

○寺村室長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和5年度第1回「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。

開会に当たり、臨時委員の退任と就任がございましたので、御紹介いたします。

山内臨時委員が退任され、横浜市立大学医学部産婦人科学主任教授の宮城教授が臨時委員に任命されました。

本日は、大井川臨時委員から欠席との御連絡を頂いております。

それでは、現時点で委員2名及び臨時委員9名の出席があり、過半数を満たしておりますので、本部会は成立しますことを御報告申し上げます。

また、本日は参考人に出席いただいております。一般社団法人日本専門医機構より渡辺理事長、岡田理事の2名、大井川臨時委員の代理として茨城県保健医療部次長兼医療局長の砂押参考人。

また、オブザーバーとして厚生労働省医政局総務課から矢野保健医療技術調整官、井上課長補佐、文部科学省高等教育局医学教育課から堀岡企画官に出席いただいております。

議題に入る前に、前回から事務局で人事異動がございましたので、御紹介させていただきます。医事課医師養成等企画調整室長補佐の出雲と医事課主査の染谷です。

また、撮影についてはここまでとさせていただきます。

(報道関係者退室)

○寺村室長補佐 なお、引き続き傍聴される方は、今後は写真撮影、ビデオ撮影、録音することはできませんので、御留意ください。

それでは、資料の確認をお願いいたします。

資料については事前に事務局からメールでお送りさせていただいております。会場出席の皆様については、お手元に配付させていただいております議事次第と資料1から4、参考資料1から3-2の御確認をお願いいたします。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。

また、本日、オンラインで御参加の委員の皆様へお願いです。

御発言時以外は、マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。また、御発言の際は、Zoomサービス内のリアクションボタンのアイコン内にある「手を挙げる」をクリックいただき、部会長の指名を受けた後にマイクのミュートを解除の上、御発言いただきますようお願いいたします。また、御発言終了後はマイクを再度ミュートにさせていただきますようお願いいたします。音声トラブルの際には、事前にお伝えしております事務局の携帯電話の番号まで御連絡をお願いいたします。音声トラブルが解消しない際は、お電話を通じて御発言をお願いいたします。その際は、パソコンの音声はミュートにさせていただくようお願いいたします。

また、会場出席の皆様におかれましては、御発言時以外はお手元のマイクはオフにして

いただきますようお願いいたします。

それでは、以降の議事運営につきましては、部会長をお願いいたします。遠藤先生、よろしくをお願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

皆様、本日もどうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、早速、議事に入らせていただきます。

本日の議題は2つございまして、議題の1が「2024年度専攻医シーリングについて」、議題の2が「子育て支援加算について」でございます。

まずは、日本専門医機構理事長の渡辺参考人より、議題1について、資料1「令和5年度の専攻医採用と令和6年度の専攻医募集について」、また、資料3の「2024年度プログラミング募集専攻医シーリング数(案)」の御説明を頂きまして、続いて、岡田参考人より、議題2につきまして、資料2「子育て支援加算の条件」につきまして御説明を頂いて、その後、事務局から資料4「2024年度(令和6年度)シーリング等に関する論点」について御説明を頂きたいと思っております。

それでは、これらの御説明を一通り頂きたいと思っております。まずは、渡辺参考人より、どうぞよろしくをお願いいたします。

○渡辺参考人 日本専門医機構理事長を拝命しております渡辺でございます。

それでは、資料に従って御説明していきたいと思っております。

まず、令和5年度の専攻医採用の状況について御報告します。

資料1の3ページです。これは令和5年度の専攻医募集のスケジュールでして、令和5年度からは特別地域連携プログラムというものがシーリングに入ってまいりまして、6月22日は同じなのですけれども、最終的な研修部会が10月28日に若干例年より遅れたことがございまして、採用の開始が12月になったということが昨年の一つの特徴でありました。このことに関しましては、実際に募集する領域学会のほうからは、できる限り、あと1か月ほど早くやってほしいという御意見を多数頂きました。我々のほうで基本領域との協議会、意見を聞く会でございまして、開いておりまして、その中ではそういう意見が非常に強かったということは御報告しておきます。

次に、令和5年度のシーリングの状況でございます。新型コロナウイルス感染症の影響で採用数が例年とかなり変わった動きをしているということに関して、2018年度の医師需給分科会が出された、領域別、都道府県別の必要医師数に基づいたシーリングに関して、5年度も引き続き再計算を避けて行うという基本方針でございました。

もう一つは、特別地域連携プログラムですが、足元の充足率が低い都道府県のうち、医師少数区域等にある施設または年間の時間外・休日労働時間が1860時間を超える、研修でするのでC-1に相当する施設を1年以上連携先とするプログラムを通常プログラムのシーリングの枠外として設けるといことが一つの特徴でありました。当初の議論としては、都道府県単位で行うというような提案もしたわけなのですが、最終的には厚労大臣の御意見

を頂いて医師少数区域に限定したということでございます。それから、1860時間を超える時間外・休日労働がある施設にということが加わったということです。

子育て支援加算に関しましては、特別地域連携プログラムの設置を条件として、そのプログラムに対して1名となるような子育て支援プログラムを設けて、この要件に関しては3つございまして、後で岡田参考人から詳しく御説明するので、ここでは避けませけれども、提案いたしました、地域偏在を助長する可能性があるということと、これは都市部にそういう条件を満たす施設が多いという意味だと思っておりますが、それから子育て支援の要件に関してももう少し検討したほうがいいのではないかと御意見を頂きまして、見送ったというか、保留になったということでございます。これに関しては、現在、当機構の中の将来構想委員会というところでこの問題は非常に重要だという位置づけで討議を行っております。その途中経過に関しましては、後で岡田参考人から御説明させていただきます。

令和5年度の専攻医は、全てのシーリング対象の都道府県・診療科においてシーリングの枠内で採用されたということは御報告しておいたほうがいいと思います。要するに、シーリングを超えたところは全くなかったということでございます。

次の5ページは、具体的に令和5年度の専攻医のシーリングの内訳でございます。数字は通常のプログラム、それから連携プログラムで、括弧の中に入っているのが昨年度新たに設定した特別地域連携プログラムの数字でございます。各都道府県別、診療科別にこういうところにシーリングが設定されているということでございます。具体的にもう少し細かい通常プログラム、特別地域連携プログラム等に関しましては、資料3にございます。これは細かい図ですので、ここで説明する余裕はございませんので、後で見ていただければと思っております。

6ページは、専攻医の実際の採用数の都道府県別の一覧で、シーリングが開始された2018年から6年間にわたる経年的な変化でございます。青いセルで示している県がいわゆる医師少数県、黄色が医師多数県でございます。合計を見ていただきますと、昨年度は9325名でございます。2018年から例年少しずつ増えてまいりまして、これは地域枠等の医学部の定員の増加に従って増えてきたということだろうと思っておりますが、それがほぼ頭打ちになったというか、その上昇が止まったということ反映しているのだろうと思っております。

これに関しまして、参考資料3-1と3-2を出していただけますか。この数字を見たときに、都道府県別、診療科別に多いのか少ないのかということの評価するためには、1つの指標としては人口当たりの専攻医数がどうかということが重要だと思しまして、今年初めてそういう計算をしてみました。計算に使ったものは、専攻医登録数に関しましては、当機構の数値でございますけれども、人口に関しましては、毎年10月に発表されている総務省の人口統計を使いました。したがって、これに関しては、2023年度はまだ発表されておりませんので、2022年度までの数値を都道府県別に記載しました。数値としてなかなか分かりにくいということもございまして、参考資料3-2を見ていただきますと折れ線グラフがあります。これだけ見ると何のことかよく分からないということがございまして

で、次のページから地方別に記載しました。

黒で書きましたのは全国の平均でございます。まず、全国の平均に関しましては、医学部の定員の増加に伴う、言い換えれば地域枠の増加に伴うと考えてもいいのかもしれませんが、人口当たりの専攻医数は2022年度までは徐々に増加しております。北海道は、ほぼ平均ということです。

次の東北地方を見ていただきますと、秋田県など減少しているところもあれば、ある意味で人口が減っているということが影響しているのかもしれませんが、青森県、岩手県などはむしろ全国平均を上回って増加しています。人口当たりの専攻医数でございます。

次に、北関東に関しましては、群馬県などはかなり上昇してきている。これは折れ線で統計処理が可能なわけではないので、確定的なことは申し上げられませんが、そういう傾向があります。

南関東、埼玉県、千葉県では非常に上昇しているのですが、特筆すべきは、東京都は人口当たりの専攻医数に関しては5年間一貫して減少しています。これは明らかなのだろうと思います。

甲信越に関しましては、山梨県が非常に増えているように認められますが、山梨県は専攻医数が少ないので、上限に関してはかなりばらつきがあるものと理解していただければと思います。

北陸も、福井県などは増えているように見えますけれども、富山県は明らかに少しずつ人口当たりでは割合が減っているということでございます。

東海も、見ていただきますと三重県が減っていて、静岡県に関してはかなり増えているということが言えると思います。

近畿では、兵庫県が非常に増えて、他はほとんど平均値というように、いろいろな傾向が見てとれると思います。

中国地方の島根県の動きなどは、数が少ないことによる誤差、ばらつきだろうと考えられますけれども、前年度までは非常に大きく増えているということでもあります。

四国の徳島県に関しては減っていると思っております。

九州も、一部、宮崎県など従来少ないところでも結構増えています。

少数県とそうでないところとを分けて解析しましたけれども、必ずしも少数県で増えているということでも多数県で増えているということでもございません。したがって、減っている東京都、三重県、徳島県、富山県等に関しては何か特殊要因があるのだろうということが考えられまして、それについても検討しようと、ただし、これは全国的な話ではなくて都道府県単位のことでございます。

次は、診療科別の経年的な変化を資料1の7ページに示しております。これに関しましては、割合から見まして、これも統計処理はなかなか難しいと思いますが、明らかに増えていると思われるのは救急科です。それから、肝煎りのといいますか、総合診療が微増ですけれども、明らかに増加傾向にあります。一方で、内科と外科の伸び悩みが顕著である

ように思われます。

次のページからは都道府県別・診療科別の統計でございますので、参考程度に見ていただければと思います。

次に、10ページに移りますが、新しく設けた特別地域連携枠での採用数を診療科別に表しております。特別地域連携プログラムに関しましては、内科と精神科が非常に多かったということが見てとれます。合計で60名が採用されました。資料3の最後のページにございますが、特別地域連携プログラムとして当初、これは都道府県単位で取った段階だと思えますけれども、287というプログラムであったところに60名、これをどう解釈するかということでございます。プログラムがあるから必ずしもそこに全員登録されるわけではございませんので、そういうせいなのか、一つの解釈としては、都道府県単位ではなくて医師少数区域、二次医療圏に限定したことによって専攻医がそういう地域にはなかなか行かなくなるとか行きにくかったというようなことがあるのかもしれないと考えております。

特別地域連携プログラムに関しましては、多分、委員の先生からのご質問もありましたが、どこへ派遣されたのかということです。この特別地域連携プログラムの数値に関しましては、派遣元のところに専攻医数が登録されております。したがって、1年とか1年半そちらに派遣された、恩恵を受けたほうに関しては数字が先ほどのデータでは出ていないのです。では、どこに派遣されたかということがプログラムで出ております。一番多かったのは茨城県です。埼玉県も多かったのですが、あとは、都道府県限定分といいますか、従来の連携プログラムでは行かなかった新潟県です。特に新潟県は精神科が非常に目立って10人ということです。これに関しては、新潟県は精神科に関して御努力されたと聞いておりますが、それは後で御説明いただければと思います。

22ページ、参考でございますけれども、これは、従来の都道府県限定分、従来の連携、足元充足率0.8以下のところと連携したものでございます。22ページは派遣元のほう、どこから行ったかということですが、御覧になって分かるように、やはり東京都が圧倒的に多い。一部、京都府や大阪府がございましてけれども、ほとんどが東京都です。要するに東京都から新潟県や茨城県等に動いたということであって、これは先ほどの数字には出ていないので、こういう表を作りました。

足元充足率0.8のところの都道府県限定分の分布の資料もあつたと思えますけれども、これに関しては全くパターンが違っているということが言えると思えます。新潟県や茨城県にそれほどたくさんの方は行っていません。特別地域連携プログラムでは、福島県や山形県にも複数行かれていますけれども、これも都道府県限定分ではそういうところには行ってないということなので、パターンが明らかに違うということを示したかったのです。

解釈としては、特別地域連携分に関しましては、数はそれほど多くはないのですけれども、一定の成果はあつたのではないかと考えております。東京都から少数区域、これは継続できればと思っておりますし、可能であれば、もう少し証明ができれば、都道府県単位であれば、私は個人的には玉突きと言っているのですが、大学や基幹病院から玉突き方式

で派遣される可能性もあるのではないかと、これはまだ推測でございまして、証明は全くございませんので、強く主張するところではございませんけれども、そういうふうにお考えしております。

12ページは、シーリングの効果についての一応の評価でございます。都道府県別に関しましては、先ほど申し上げましたが、主に東京都、三重県、富山、徳島県等に関しては一部減少というか、伸び悩んでいる地域がございますけれども、全体としては人口当たりでは増えている。ただし、少数地域が特に顕著に増えているのではないということになります。

それから、診療科別に関しましては、それほど大きな変化はないのですが、総合診療と救急科に関しては増えている。内科、外科に関しては伸び悩んでいるというか、横ばいですが、人口別では増えていないということでございます。

特別地域連携プログラムについては、導入初年度は60名でございまして、茨城県が最多、埼玉県、新潟県等、従来の都道府県限定分では行かなかったところに専攻医が行っている。しかも、診療科に関しましては、従来はほとんど行かなかった内科が最多で、次いで精神科、小児科というように診療科の分布も変化がございます。どちらかというと比較的ゼネラルな診療科に行っているのではないかと考えております。特別地域連携プログラムに関しましては、都会部のゼネラリストを志望する専攻医にとっては、ある意味では貴重な経験になる、地域医療を学ぶいい機会だということで、我々としても推進していきたいと考えております。

以上が令和5年度のシーリングの御報告でございます。

続きまして、令和6年度の専攻医募集についてお話しいたします。

令和6年度の募集のスケジュールでございます。先ほど申し上げましたように、本日6月22日に第1回の専門研修部会を開いていただいております。都道府県への情報提供、御意見聴取などを経て、今年ではできるだけ日程内というか、11月に募集が開始できるようにできればと私どもも希望しております。基本領域学会等の意見聴取でも強く御意見を頂いているところでございます。

それを踏まえて、当機構の「地域医療・定員問題検討委員会」は、私が委員長を務めさせていただいておりますけれども、来年度に関しましては、シーリングの枠に関しては変更しないということにして、要するに2年間のデータを蓄積する。逆に、その間に何らかの形で当機構が中心になって、シーリングは、これまで6年間でございますけれども、効果があったのかどうかということに関して、データが全部そろいかどうか分かりませんが、可能な限り検証したいと考えております。対象となるのは、多分、地域枠の効果というのはかなり大きいと思いますので、地域枠との力価と言ったらおかしですが、パワーがどの程度違うのかというようなことも含めて検討していくということで、次年度にある意味でそれを生かした改定も考えている。もちろん改定しないかもしれませんが、シーリングそのものをどうするかというような話も出てくるかもしれません。

それから、2023年度においては子育て支援のことでございますが、後で岡田参考人からお話をさせていただきたいと思いますが、これは当機構の一つの重要課題だと考えております。シーリングに限ったことではなく、既にプログラムの履修に関しても、子育ての要件があれば、プログラム制からカリキュラム制にするということでも少し余裕を持って取れるようにしていただくというようなことは現実にやっておりますが、そのほかの施設要件等に関してどういうふうなこれを組み込んでいくかというようなことに関しては、今年いっぱい検討中であります。シーリングの要件に関しましても、子育て支援枠の要件に関しても、現時点での考え、アイデア、案、たたき台をつくっておりますので、ぜひ委員の先生方のほうから御意見を頂いて、次年度の案をつくっていく上で参考にさせていただければと思っております。したがって、子育て支援加算に関してはもう1年見送って、その間に御意見を聞きながら練り上げていくという形でございます。このことから2024年度のシーリングは2023年度と同様にすることとしたいということでございます。

最後のページは、特別地域連携プログラムの計算の仕方でございますので、都道府県限定分とか参考にさせていただければと思っております。

私からは取りあえず以上でございます。

○遠藤部会長 渡辺参考人、ありがとうございました。

新しい指標等を駆使されまして、動向についての御説明も頂けました。

それでは、日本専門医機構理事の岡田参考人より、資料2につきまして御説明を頂きたいと思っております。よろしく願いいたします。

○岡田参考人 ありがとうございます。日本専門医機構理事の岡田でございます。

私からは子育て支援加算について御説明させていただきます。資料2を御覧ください。

子育て支援加算について、専門医機構では、医療崩壊を防ぐため、医療の需給バランス安定を持続可能にするための強化策として必要と考えております。医学部の入学者は女性の占める割合が増加しており、また、レジデントや専攻医というのは、医師の修練、かつ子を授かり育てる時期とも重なっております。男女とも家庭と仕事のワークシェアを必要としています。この子育ての時間を医師の男女ともに割り当てることは、持続可能な人間社会を形成する上でも当然の制度設計であると考えております。

子を産み育てることは、個人やペアの趣味や好みではなく、必要不可欠な営みであり、家庭でワークシェアできていない医師がいたとすれば、医療界の人材喪失となり得ます。そして、社会での労働力をできるだけ有効に活用し、できるだけ減少させないために、社会での労働時間帯の育児支援が重要になると思われます。

つまり、短期的な育児休暇のみの支援では不十分であり、医師の労働時間帯での育児支援が非常に重要だと思われます。また、医師の労働時間に見合った保育支援、また、医師の労働時間を社会での労働時間に合わせる、すなわち保育時間に合わせる努力も今後は必要かとも考えられます。そのために、市民の協力を求める啓発活動を行っているかという点も重要と思われます。

今回お示ししました子育て支援加算の条件の中には、病院内保育環境だけではなく、地域での保育施設や支援体制との協力や提携を求める内容も加えております。地域の医療関係者や都道府県、また、市区町村等が連携して、地域の実情を巻き込んでの取組が行われるということが求められているかと思えます。市民への医師労働時間削減への協力の依頼も必要かもしれません。その他、院内保育の設備や保育料の支援なども求めていきます。そして、これらの内容を検討し、支援状況の把握を行うということは非常に重要であると考えておきまして、病院全体での子育ての意識改革を求めることとして、部長クラスなどの管理者への講習会や、こういった子育て支援の委員会等の設置なども想定しているところであります。

次のページをお願いいたします。具体的な子育て支援加算の条件(案)についてお示しします。以下に提示しました条件のうち、(A)かつ[(B)または(C)]としています。

Aの条件としては、1番目に院内保育があること、2番目に院内保育や認可保育が対応不可能な場合において無認可保育やベビーシッター雇用の経済的支援を行っていること、この1と2を必要条件としております。3番目として、院内病児保育体制の設置です。子育て中の子供の突然の発熱に何度も悩まされる多くの医師がいます。病児保育は急な病児に対応する、また回復期にも利用できるなど、医療現場での研修を中断させないために非常に重要です。また、4番目として24時間保育体制を行う曜日があることでは、専攻医では夜間の診療なども重要な研修機会と考えております。5番目の院内で学童の時間外保育や、6番目のお迎えサービスなどの利用推進など、小学生になっても安心して利用できる支援の設置が望まれ、3から6のうち、少なくとも1つを求めております。

Bとして、これらのサービスが男女を問わず利用しやすい状況にあることは当然ですが、院内でこういったものがなかなか利用できない場合には、地域の同様な体制と提携し利用を支援していることとしました。また、子育て支援に対する意識改革の試み、つまり、病院全体での子育てへの意識改革のため、管理者や職員の講習会の開催や、委員会を設置して利用状況の把握をしているなどの点も重要な要点かと考えられます。そして、特別地域連携の病院においても同様の体制が整っているなど、育児と仕事が両立可能な職場環境が整っていると認定されることを条件といたしました。

Cでは、厚労省の次世代育成支援対策推進法で実施されております「くるみん認定」「プラチナくるみん認定」を取得していることも条件に加えました。男性の育児休暇取得率が上がっていることも話題ですが、一定の労働時間の条件を満たす必要があることや、「プラチナくるみん」は、育児を行う女性労働者の就業継続支援や能力向上のためのキャリア形成支援などの取組が見られる施設に与えられるということで、こちらも目に見える認定かと思っています。こちらは今回の子育て支援加算の条件へ組み込んでおります。

なお、「院内保育がある」または「院外の保育体制と提携し利用を支援している」は、全ての基幹施設、連携施設の基本要件とすることを提案しています。

2023年度に向けての子育て支援加算の御提案では曖昧な点も多かったかと思われます。



しかし、今回、ハードルの高い子育て支援の条件を具体的に提示することで、仕事と子育ての両立が可能な環境を整えている施設を評価して支援を行いたいと考えております。

以上、子育て支援加算の御説明です。御検討のほどよろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 岡田参考人、どうもありがとうございました。

それでは、最後に事務局から資料4についての御説明をお願いします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 それでは、お手元に資料4「2024年度シーリング等に関する論点」を御用意いただければと思います。

1 ページおめくりいただきまして、こちらに先ほど渡辺理事長、岡田参考人から御説明いただきました資料1、2、3を踏まえた論点を挙げております。

まず、1つ目、シーリングやその他日本専門医機構が行っているこれまでの取組を踏まえ、医師の偏在対策や研修機会の確保等の観点から、今後の取組においてどのようなことに留意すべきか。

また、先ほど御提案がありましたように、特に子育て支援加算につきましては、日本専門医機構からの御提案を踏まえまして、日本専門医機構での検討状況を共有いただいた上で本部会においても検討することとしてはどうか。

3つ目といたしまして、令和7年度に向けて日本専門医機構において検討中の子育て支援加算については、シーリングの枠外に設置することや、その要件をどのように考えるか。

この3点について御意見、御議論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、御報告が全て終了いたしましたので、これからディスカッションに移らせていただきたいと思っております。

ディスカッションの内容ですけれども、2つに分けさせていただきまして、1つが、論点で言えば、1番目の渡辺参考人が御説明いただいた内容ということでございます。令和5年度の専攻医採用、令和6年度の専攻医募集についてということでもあります。あと、シーリング(案)につきまして、これについてまずは御意見等を頂ければと思います。その後、子育ての話をしたと思います。

それでは、いかがでございましょうか。牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 どうもありがとうございます。

2024年度のシーリング、前年度と同じような枠組みで行うという点に関しては私も賛成です。それを行った上で、検証しながら進めていきたいというふうに伺ったのですけれども、その検証内容、これが単に専攻医がどこに行ったのかということだけの検証になるのか、それとも各地域の医師の偏在が全体として何か緩和されていっている、そういったことも含めて検証されるつもりなのか、そこのところをお聞きしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

渡辺参考人、いかがでしょうか。

○渡辺参考人 私どもとしては、具体的な計画案等に関してはまだ詰めている段階なのですが、一つは、やはり地域の偏在の解消、もしくは診療科偏在の解消に対して、シーリング、これは先ほど申し上げましたけれども、特に経時的な変化だけではなくて地域的な変化、それから地域枠がどのくらい入ってきているかということも比較対象になると思います。そういうことを解析する有効な解析方法があるかどうか、私は疫学は素人なので申し訳ありませんが、今まで医師の必要数や偏在指数等々を算出してきた厚労省の研究班の方々にたくさん入っていただいております、これまで持っておられるデータ、経験、方法論を踏まえて、シーリングはどの程度、もしくは特別地域連携プログラムがどの程度役に立つかというようなことに関してまず検討したいと思っております。

もう一つは、本来、我々が一番問題にしなければいけないのは、本当に専攻医のためになっているのか、専攻医の質の上昇につながっているのか、専門医機構としてはむしろそちらのほうが主体でございます。そういうことに関しての何らかの指標を見るということと同時に、専門医、専攻医に、私ども専門医のリストは持っておりますので、どういう形で取るか分かりませんが、アンケート調査のようなことを行って、一つは新専門医制度としては本当によかったのかというようなことまで含めて、それから、シーリングが、例えば御自分の選択診療科、研修場所、診療科の選択の何かモチベーションを変化させているか、影響を受けているかというようなことに関して調査したいと思っております。これに関しては今まであまり行われてきておりませんので、そのことによって新専門医制度そのもの、シーリング設定そのものに対しての専攻医側のもしくは専門医を取られた方の調査ができると考えております。したがって、お答えとしては、両方の視点からやっていきたいということがお答えだと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

牧野委員、いかがでしょうか。

○牧野委員 ぜひともいろいろな角度からの検証をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、山口委員、お願いいたします。

○山口委員 御説明ありがとうございました。

今、渡辺参考人がおっしゃった専攻医あるいは専攻医経験者の意見を聞くということは私も大賛成ですので、若い方たちが専門医制度に対してどう考えているのか、本当に身につけているのかということをご検証していただきたいと思っております。

今回の論点に沿ってですけれども、まず、見ていますと、シーリングがかかっている都市の周辺にやはり流れていって医師少数県にはいないというような傾向があることからすると、前回も申し上げましたが、そろそろシーリングは限界ではないかと思っております。今回、検証されるということですから、シーリング以外の方策がないのかということも含めてぜひ検証していただきたいと思っております。

特別地域連携プログラムですけれども、足元医師充足率が低い都道府県ということからすると、分布を見ていると、どうしても東北を中心にした北のほうに偏ってしまっています。今回、東京が多いというのも、東京からだと比較的アクセスしやすいということもあって、関係性を医療機関とつくりやすいということもあると思います。どうしても西日本や南日本からのアプローチができないということも考えますと、医師少数区域に限ることではなかなか増やせないではないかという気もいたします。先ほど渡辺参考人から都道府県単位にというようなお話もございましたけれども、一定の成果があった、継続するとおっしゃっていましたので、その辺りもう少し増やせるような方策ということを考えないといけないのではないかと思います。

先ほど資料1の6ページで、採用実績の人数が計のところだというお話があったのですが、実は私、このこととは違って、実際に専攻医として専門研修を受けている方が何%ぐらいなのかということ疑問に思っておりましたので、そのことを事務局にお尋ねいたしました。そうしたところ、例えば令和4年の採用の方は初期研修を終える予定数よりも実際に専攻医として採用されている方が169名多い。さらには、その翌年になると302名多いということが分かってきました。どうしてそういうふうにかかなり多い人数が増えているのかとお尋ねしたら、正確なところはよく分からないけれども、一度専門医を取った後に複数の専門医を取る方とか、数年遅れて専門医を取ろうとする方がいらっしゃるというのが考えられるのではないかとお聞きしました。この辺りの実態について専門医機構として把握されているのかどうか。といいますのも、もし把握されていなければ、今後の定員にも影響してくるのではないかと思いますので、実態を調べる必要があるのではないかと思います。現在のところ、どうなのかということをお教えいただきたいと思います。

もう2点、質問がございます。

資料1の14ページに「令和6年度専攻医募集のスケジュール（案）」がありまして、私もいろんなところから、令和5年度の採用開始が遅かったことで非常に困ったというような声を聞いております。1か月早くなって11月からの予定ということで、できればそうしたいと先ほどおっしゃったのですけれども、実現の可能性と、何がはっきりと言えないところなのかということをお教えいただきたいのが2点目です。

3点目として、今日のこの研修部会を踏まえて、前年度は地域医療対策協議会の意見を聞くということが、照会するという太い矢印であったのですけれども、14ページを見ますと必要に応じて照会ということでちょっと薄くなっています。これは聞く予定がないということなのか、その辺りの確認をさせ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、渡辺参考人、お願いいたします。

○渡辺参考人 一つは地域性の問題ですね。東日本がというお話でございますが、委員がおっしゃったように、少数県というのがどうしても東北と北関東、新潟県を含めて信越な

ので、そこを対象にすれば、当然東日本から行くことが多くなることは致し方ない。ほとんどが東京からというのも納得できます。

ただ一方で、このことに関しては、送り出すほうもそうなのですが、受け手のほうの都道府県の努力にかかっているということでございます。今回も、実は大阪府と新潟県というのは非常に密に、これは県の努力なのですが、プログラム段階ではかなり予定されていたということを聞いております。結果としてはそれほど多くはなかったのですが、少数県が東に多いから致し方ないという面と、それから、もちろん西日本にも宮崎県とか非常に少ないところもございまして。四国なども減っているところもありますので、ここで期待したいのは、特別連携もしくは連携プログラム、都道府県限定分に関しましては、都道府県もしくは専攻医に来ていただきたい基幹病院等々に頑張ってもらって。それから、学会がそれを仲介する。仲人のようなことをやるということを内科、外科等では実際にはやっております。それを進めていくというときに、個人的には都道府県単位でやっていただくことが重要です。

もう一つは、では地方の少数県の都市に行った場合、玉突きになるのかということに関して、これはやはり地対協に頑張ってもらえないといけないと思います。そこまで専門医機構が介入するというのは事実上不可能でございますので、そういう意味で最後のお話になりますけれども、地対協で出てきた御意見というのは貴重だと思っております。

それから、臨床研修の数、もしくは医師の国家試験合格数と専門医数が一見多く見えている。それはある意味では当然のことでありまして、というのは、定員が増えてきているわけです。研修は2年かかるわけです。臨床研修も2年かかる。初期研修も2年かかるわけです。そうなってきますと、当然、その曲線をずらして考えないと、私、ずらしてみましたが、そんなに大きく逸脱しておりません。その図はたしか専門医機構で作りましたね。それが一つであります。

もう一つは、先ほど委員がおっしゃったように、臨床研修が終わって1年目で専門研修に入るかどうか、それはかなりばらつきが出てくる。ただ、そのばらつきはずっと継続的にばらつくところでございます。したがって、そういう計算で、本来研修に入るべき、要するに2年前卒業した方の数から見ますと、それほど大きな問題はなくて、90何%が専門研修に入っていると理解しているのですが。

○山口委員 私が手にしたデータを見ますと、令和4年3月に修了予定の研修医の数よりも実際に専攻医として採用された方が169人多い。その翌年は令和5年3月に修了予定の人が9023人で、実際に専攻医として採用された方は9325人ということで302人多い。同じ人の枠なので増えていっているから増えるということではなくて、そこで専攻医になるべきところの予定者数です。

○渡辺参考人 そういうデータだと委員のおっしゃるように必ずしもストレートに専攻医に入っているかどうかということと、とにかく新制度でございますので、ちょっと言い方は悪いですが、様子見ということもございまして。従来から、私も内科学会とか腎臓

学会で委員をやっておりましたけれども、専攻医に実際に入る方は、一応最短コースのタイムスケジュールは出しておりますが、そのとおりにいくことはほとんどありません。7年で取れるというのですが、例えば内科の専門医であれば、平均して卒業10年ちょっと程度が平均値ですので、いろんなことをやった上で専門研修に入るということは十分あり得ると思っております。

それから、スケジュールに関しましては、昨年度は最後の専門研修部会が10月28日、これは1か月遅いわけなので、委員の先生方もしくは厚労省に対して失礼なのかもしれませんが、これを早めていただくということが、専門研修部会が一番のレートリミッティングなファクターだと考えております。

○遠藤部会長 山口委員、いかがでしょうか。

○山口委員 ありがとうございます。

先ほどの専攻医の数のことについては、例えば初期研修を終わってすぐに専攻医として研修を始めた人がどれぐらいいるのかとか、何年かたって入った人がどれぐらいいるのかというようなことは、調べることは多分可能だと思います。そういった実態を把握することで今後に生かせるのではないかという意味で申し上げましたので、できればしていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 渡辺参考人。

○渡辺参考人 それに関しては、今、機構で登録システムという、ITのシステムですけれども、それを構築しております。それに関して最近出てきた案は、今まではプログラムの登録をするのに使うものと、それから専攻医のマイページとあって、その履歴を書きこむもの、あと共通講習の履歴、共通講習は更新に必要な単位ですけれども、それがリンクしたもののなのですが、そのマイページに関しても医籍番号でひもづけますので、研修とか卒業とか、今どこで研修しているのか、何科の基本領域、サブを取得したのかというようなことが全部1枚のページに出るようなものを、今模索しております。システムの上では出来上がっていると状況で、そうなりますと、5年ごと更新されますので、厚労省の医療政策等にも非常に役立つものだろうと思っておりますので、5年ごとではありますけれども、三師調査等にはないユニークな役割があると思っております。5年たったら東京から新潟に移っていたとか、その人はどういう履歴だというようなことが分かるようなシステム構築を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。

オンラインで先ほど来、お手を挙げておられます野木委員、それから、会場の立谷委員の順番にさせていただきたいと思っております。野木委員、どうぞ。

○野木委員 ありがとうございます。

要望にはなるかと思うのですが、先ほど牧野委員もおっしゃっていたと思いますが、シーリングの検証の必要性をどこまで見ておられるかということはやはり考えていただきたい。もともと私は以前よりシーリングに関して、平等性ということを非常に強く言ってい

ますので、変な話ですけれども、特別地域連携プログラムは、前理事長が、非常に人気のあるプログラムで希望者が多いと言われていたと思います。では、どんな方がこのプログラムに入っておられるのかということはやはり検証してみるべきだと思っています。東京は大学講座が多いと思いますが、その大学講座の中でどの大学出身者がどのような形で行っているのかという第三者的な検証をしていかないと、前も言いましたけれども、うちの大学に入りたいなら特別地域連携プログラムに入れよというふうな駆け引きをされて入っているような方がいないのかどうか、平等性を欠くようなことが起こっていないのかどうかというのはやはり検証していただきたいと思っています。そのことが次の子育て支援加算にも繋がるのかもしれませんが、やはり平等性を検証して欲しい。シーリングをつくることは別に悪いことではないですけれども、シーリングを超えた数の人はみんな平等に地域の医療を担っていくということも必要ではないですかとは言ったのですけれども、あまり取り上げられなかったということがあるので、やはり平等性、そんなに地域の医療に人気があるというのであれば、皆さん平等にそれをやっていくということが必要ではないかと思っていますので、その辺の検証をよろしくお願いいたします。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

渡辺参考人、何かコメントございますか。

○渡辺参考人 平等性ということで言えば、結局、今のところは、専攻医の登録といいですか、勧誘というのは自由競争でやっております。そういう結果として青田買的な、要するに、先ほど申し上げました、うちに来たらというようなことがある可能性はあると思います。それを払拭するにはマッチングしかないのかなと思っています。

マッチングは臨床研修で実証されておりますし、これは都道府県単位の地域偏在解消にも使えるものだと思っています。ただ、臨床研修等、方法論としては全く確立した、これは経済学の概念ですので、遠藤部会長はよく御存じだと思いますけれども、先生のところ（注： 学習院大学）の教授が我々にも教育していただいております。ただし、臨床研修は1プログラムですけれども、基本領域は19プログラムあるわけです。一番難しいのは、それぞれの19プログラムで、かつ都道府県別の定員をどう設定するかというのは至難の業です。それをどうするかということが最大のネックです。それさえ決まればマッチング制度は非常に良い方法と思います。

もう一つは、地域枠に関しましては、基本的に都道府県単位の問題でありまして、そこに応募していく方は専攻医として都道府県もしくは大学との取り決めで決めていただく問題です。今、不同意離脱というのが問題になっておりまして、不同意離脱というのは途中で考えが変わった、志望が変わったというようなことで、もしくは結婚とか、いろんなことで変わったというようなときに、県が同意しませんと言ったときにどう扱うかが問題です。従来は専門研修を受けられない、もしくは修了を認めないという、そういう意図はないのですが、とも取られないものがホームページに出ておりましたので、今、ホームペー

ジでそれを取り下げて、その辺に関して機構がどう仲裁できるか、主体になるわけではございませんので、あくまでも仲裁していけるかというようなことを考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

野木委員、いかがでしょうか。

○野木委員 ありがとうございます。

やはりいろんな事情があると思うのですけれども、平等性を尊重していただけるような方向で行っていただいて、各大学いろんな方向性があると思うので、絶対ということではないですけれども、やはり平等性はある程度重視していただきたいということがありますので、その辺の検証をお願いしたいという気がいたしました。

以上です。ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、立谷委員、お待たせいたしました。どうぞ。

○立谷委員 私は、国民医療とか地域医療という観点から発言させていただきたいと思っております。

専攻医の質の向上のためにこの専門研修部会が働く最大の目的があるというのは大変よく分かるのですが、私たちは地域医療を何とか維持していかないといけない、医療過疎による地域崩壊を防がなくてはならないという地域の代表としての立場があるのです。ですから、この制度が発足した以上、シーリングという制度を維持していかないと地域医療は守れないのではないかと、基本的にそういうスタンスで我々地方としては考えているということです。

今年度から特別地域連携プログラムが始まって、来年度も継続するということなのですが、状況によっては発展的に考えていかななくてはならないだろうと思っています。というのは、地域の病院とか地域の医療を担う立場で考えると、1年だけ来てもらってもしょうがないのです。やはりその1年が継続しないと困るのです。ですから、3人セットでないと地域の病院としてはあまりメリットがないです。1年だけ来て1年間よかったねという思いをすることは地域医療にとって決してプラスではないのです。継続していかなくてはならない。ですから、これは様子を見ながら、これが全ての解決になるはずもないですから、地域医療の困難さに対する一つの方法論としてはいいことだと思います。渡辺理事長にお願いしたいのですが、理事長は福島県という地域医療の過疎地帯で活動しておられましたから、よくお分かりだと思うのですが、地域医療としては、1年だけ来られてもしょうがない。1年間に1人で3年間継続という3人セットで考えていただければいいなと思っています。こういう方法が一つの解決策になるはずもないのですが、対応策の一つになるだろうと思っています。

それと、東北のほうばかり、そういう傾向がある。山口先生からの御指摘だったのですが、私の親しい都内の某私立医科大学の外科の教授は、医療過疎地帯の四国に医師を送っ

ています。これは基本的なことなのですが、県単位で考えても意味がないのです。よく言われるミニ一極集中という言葉がありますが、県庁所在地、医学部所在地は過疎県であっても医者がいっぱいいます。同じ県の中でも過疎地域と医師充足地域があつて、ミニ一極集中という現象があるのです。例えば西高東低と言われますが、西の県でも過疎地では医者がいなくて、市長さんたちはそれぞれ相当苦勞しているという話を聞いています。ですから、行政が予算を使って寄附講座をつくったりしているケースが結構あるのです。やはりいろんな形で対応していかなければいけない。3人セットで、地元の病院、地方の病院からすれば1年間を毎年3年間は続けていただきたいということです。

それと、厚生労働省に考えをお聞きしたいと思います。例えばさっき言った東京都内の私立の大医局のところに専攻医が入ってきた場合、その専攻医の行き先を県と調整しなければいけないのですが、県内にもさっき申し上げたように医師充足地域と極めて過疎地域とあるわけです。これは徳島県にもあるし、宮崎県にもあるのです。福島県にももちろんあります。ですから、県の地域医療協議会との連携が必要になってきて、調整を学会がどこまでできるかという、厚生労働省がある程度各県と連携しながらやらないといけないだろうと思います。これは特別地域連携プログラムだけではなくて、連携プログラムそのものともオーバーラップしてくる考え方ではないかと思うのです。せっかくこういう形でルールが敷かれようとしていますから、ここは厚生労働省も地域医療の観点から汗をかいていただきたい。

この2点です。渡辺先生には頑張っていたきたいと思ひますし、厚生労働省にも調整方、頑張ってもらいたいということを申し上げました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、渡辺参考人、コメントをお願いいたします。

○渡辺参考人 3人単位でということなのですが、日本は民主国家でございますので、行くほうの意思もあつて、同じところに3人というのは現実的には難しいところもあります。これは立谷先生がおっしゃるように、1人が行って1年で辞めて帰ってこなければいけないという義務はございません。だから、受入先がどういふふうに対応するか、変な言い方ですが、大事にするかということでも結構決まってきます。私も福島県で20数年過ごしておりまして、東京とか様々なところから、これは大学受験の段階ですけれども、やってきて、それで地域に根付く方も非常に多いのです。だから、特別連携はチャンスをつくっているのだというような形で考えていただいて、あとは、地域でその方たちを定着する努力も是非していただきたいと思ひます。

ミニ一極集中に関しては、地対協の役割に関連してくるのだと思ひます。特別連携が都道府県単位のほうがいいのではないかというときには、一つ的前提としては地対協なり大学病院が医師少数地域に玉突き的に送り出さずとすることを前提にしている訳なので、それがセットにならないと本当の過疎地域に人が行くということはないかもしれませぬので、そういう形で考えております。



もう一つは、これは診療科によって全く違うのです。私は内科医なのですが、内科医とか総合診療医というのはむしろ過疎地のほうが勉強になるという気がします。私も学生時代、茨城県に長くおりましたけれども、全てを自分でやらなければいけない状況で研修が受けられる。指導医の問題が多少あるのですけれども、そういうことに関しても、総合診療の委員会とか内科などに関しては今、一生懸命申し上げているところです。ゼネラリストとしては、地域で働く魅力を広報活動というか、アウトリーチするというのも重要だと思います。現実に行ってみれば非常に満足している人もいると思います。これはアンケートでも調べてみたいと思いますけれども、そういうふうに感じます。

寄附講座に関しては何とも言えないところがあるのですが、要するに、病院で寄付金が出せるところだけ医師を得るということにもなりかねないので、寄附講座に関してはある程度の縛りが必要だと思います。例えば地域自治体が出すとかいうのはそんなに大きな問題はないのではないかと思いますけれども、一つの手ではあるのだらうと思います。福島県は寄附講座が非常に多い県だと思っておりますけれども、そんな感じです。

地対協に関しましては、県で頑張っていただかないと私どもはなかなか手が出せないところだらうと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局にも御質問がありましたので、コメントがあればどうぞ。

○山本医事課長 事務局でございます。

偏在対策における国の役割等々に関する御意見、御質問であったかと思っております。偏在対策は、国、都道府県、また専門医機構やそれぞれの関係者が連携しながら一体的に取り組んでいるものだと考えております。国においても医療計画作成指針をつくったり、地域医療介護総合確保基金の設置、また、この専門研修部会では先生方の意見、委員の意見を踏まえて大臣からの意見・要請をするなど、それぞれ与えられた責務、権限、役割の中で取組をさせていただいているものと思っております。今後、これは不断の取組が必要なものと考えておりますので、こうした御議論を踏まえて、我々も関係課、また関係部署と連携しながら取組をさせていただければと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 渡辺理事長の玉突きの話がありました。玉突きをプロデュースしないとイケないのです。県の地域医療協議会でどこまでできるかという、これはやはり弱いのです。ですから、そこは厚生労働省である程度強力な指導が必要だらうということを実感として感じます。地域医療協議会が本当にうまく機能すれば、研修ができる病院に医師を送ることによって研修の済んだ医師を出すことができるのです。これは難しいようだけれども、現実的にそういうことが必要なわけです。でないと、福島県の一人医長の田舎の病院には

医師がなかなか行かないのです。現実的にはそれは全国各地にありますから、厚生労働省も頑張ってもらいたいと思っているところでもあります。ぜひよろしくをお願いします。

それと、さっき渡辺理事長が1人1年を3年に拘束はできないと、当たり前のことだと思うのです。医師に対する手厚い給料もそうだし、待遇もそうだし、さっき言った子育て環境をよくするということが多分そういうことになってくると思うのですが、それは一生懸命やると思います。具体的に言うと、地方の医師が少ない病院は現実的に非常に給料が高いため、大事にするということは、地方の病院、医療過疎地域の病院はそう難しいハードルではない。やはりそこに行くことによって何らかのメリットを受け取ることがないと医者たちは動かないわけです。さっき渡辺理事長が地域の病院に行つての経験が非常に役に立つということをおっしゃいましたが、全くそうです。私自身もそういう経験を随分してきました。ですから、そのことをどうやって評価してやるかということをおっしゃらないと、現実的にはなかなかその気にはならないということなのです。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

少々押しておりますので、進めさせていただきたいと思えます。

それでは、オンラインで山崎委員、お願いいたします。

○山崎委員 よろしくをお願いします。

資料1の7ページにありますように、シーリングが始まった平成30年から令和5年採用実績の推移を見てみると、特に小児科の医師が減っているように思えます。こども家庭庁ができ、子育て環境の整備が重要視されている中で、とりわけ小児科医不足というのは憂慮すべき事項ではないかと思っています。安心してこどもを産み育てる環境というのは保護者にとって非常に魅力のある町村、自治体であります。そういう意味で、偏在している医師の確保の問題もあるのですが、特に小児科医は町村にとって喉から手が出るほど欲しい存在ですので、地域における小児科医の確保・充実に向けた施策についてもお願いしておきたいと思えます。また、立谷会長がおっしゃったように、医師が少ない町村部においてはシーリング等の偏在対策が命綱になりますので、引き続きどうかよろしくをお願いいたします。

以上です。

○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。

それでは、お待たせしました。釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 ありがとうございます。

既に皆様からいろいろ御意見が出ましたけれども、やはり研修する医師にとって最大のよい環境を整えるということ、優れた環境で研修が可能になるということと、それから地域における医師の偏在をこれ以上拡大させない、あるいは地域の偏在を少しでも和らげるということは、場合によってかなり相反することになる。その両者をうまくバランスさせることがなかなか難しいということがあって、この医師専門研修部会の役目はその辺りのところのバランスを取るということに一番大きな役割があるのではないかと改めて感じま

す。

その中で、今後のことを考えていく上で検証が必要だというのはまさにそのとおりなのですが、検証に最も資するデータは実は専門医機構に蓄えられているデータであると思いますが、渡辺理事長先生からそれが利用可能になるというようなお話もありましたが、このデータの蓄積はずっと行われてきていますけれども、それを利用可能な形で分析するのはまた別の手を加えなければいけないというところで、この点について全て機構に託すというのは少し難しい面があるように思います。

したがって、お願いとしては、このデータがなるべく早く利用可能になるために、さらに厚労省にお願いして、そこがうまく使えるように御助力を賜りたい。これは多分、予算措置が必要になるのだろうと想像いたしますけれども、それによって、例えば外部にきちんと委託して、それが早く利用できるようにするというようなこともぜひ考えていただく必要があって、そのデータに基づいて最も適切なバランスの取れたところを選んでいくということが可能になるのではないかと思います。

それから、これは申すまでもありませんけれども、医師の偏在を助長しない、あるいは解消に向かわせるために、医師の専門研修のところだけでそれをやるのはとても無理でありまして、それ以外に、これまでもいろいろ検討が行われてきていますけれども、偏在を解消するための手だてをどうするかという検討は別途しっかり行われなければならないと思います。

意見を申し述べました。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

一点、渡辺参考人にお聞きいたしますが、データ蓄積をされているということの第三者利用については、条件をクリアした人がほかの目的で使う、そういうことについては何かお考えがありますか。

○渡辺参考人 そもそも個人情報という観点から検討しておりまして、学会等々で一番問題にされるのは医籍番号という話なのですけれども、これはもちろん実名が出るわけではございませんので、一応クリアしていると考えております。

それから、釜菟先生の発言で、地域偏在に関しては、我々のほうとしては、検討するときに地域枠は誰が聞いても地域偏在の解消に役立っているというのは多分異論がないのではないかと思います。地域枠の卒業生が、今全国で1500～1600人いまして、専門研修に入られている方はアンケート調査で、48都道府県でどのくらいの方が専門研修にその地域で入られているかということに関しては、これはアンケートなので精度はちょっと問題かもしれないけれども、90数%入っておられます。離脱というか、そこから出られた方が数%いらっしゃいます。4～5%ということなので、そうすると1500～1600人のうち千数百人はその地域に残っておられるということがあります。シーリングがそれに加えて役割があるかどうかに関して検証しようという観点でやっています。

もう一つは、研修環境に関しまして、診療科によって、先ほど言った総合診療等に関し

て、内科もそうなのですが、決して地方の少数地域が悪いとは全然思わないのです。むしろ私どもがよく聞くのでは、アンケートみたいな形で調査した方がいいと思うのですけれども、お医者さんは子供の教育環境とか、教育熱心な方が多いのか、そういうことを言われる方が多いのです。また、専攻医が地域で研修するには学会の役割が大きい気がします。ある学会では、研修環境をよくするために、数は多くないのですが、指導医と専攻医をカップルで送った学会もごさいます。そういうことも一つ追求する方法かなと思っています。

もう一つは、我々のほうから強制するわけにはいかないのですが、専門医機構のデータの利用ということに関して言えば、始まってまだ数年の段階ですので、それほどデータの蓄積があるわけではごさいません。かなり重要になってくるのは、私の出身は内科なので、内科の学会にはお願いしているのですが、過去の学会認定の専門医制度のときのデータも連続的な変化としては非常に重要だと考えておりまして、その他、政府の厚労省関係の統計、例えばDPCのデータ等も併せてやっていければと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 今、渡辺理事長先生からお話がありましたが、医師免許を取得した人がどこで初期の研修を行い、その後、専攻医の研修をどうやったかというデータはかなり機構にたまっているわけですから、まずそれをきちっと解析して、個人情報伏せた形で全体の傾向がしっかり見えるということは、もう出てもよいのではないかと考えているのですが。

○渡辺参考人 今からやりたいと思います。よろしくお願ひします。

○釜菴委員 よろしくお願ひします。

○遠藤部会長 それでは、お待たせしました。花角委員、お願ひいたします。

○花角委員 ありがとうございます。

2つお話しします。

一つは、先ほど来、話題になっていました特別地域連携プログラムで新潟で実績が出た背景といいますか、要因ですけれども、精神科と内科があるのですが、はっきり言って精神科については人的なつながりです。大学と病院、あるいは病院同士での特別な人間関係があったから連携ができたと聞いています。内科のほうは違ひまして、都道府県同士の話合ひで連携を積み上げたということでありまして、都道府県同士の話合ひをして病院等を仲介してプログラムが出来上がったと聞いています。

もう一点、こちらが本来申し上げたかったところですが、先ほど立谷委員からもお話がございましたけれども、私も日々地域医療の確保でいろんな苦勞をしている人間としてお話をしたいと思っています。改めての確認ですけれども、平成30年4月から始まった現在の新たな専門医制度は、医師の質の一層の向上と医師の偏在、地域偏在と診療科偏在の是正を図ること、この両者を目的としていると理解しています。したがって、この専門研修部会でも医師の偏在是正が論点として議論されているということは、全国知事会としても

感謝したいと思います。

その上で、医師の偏在是正を行っていくという観点から申し上げたいのですが、先ほどからお話の中心となっているシーリングの効果検証ということでもありますけれども、そもそもシーリングの趣旨は、地域偏在や診療科偏在を助長しないように、医師の多い地域や診療科で専攻医の採用数に上限を設けるとのことだと理解しています。先ほどの報告の中で都道府県別の効果を見たら、医師多数の大都市圏の医師数は減少し、その周辺県で増加しているという例を認めるけれども、全国全ての医師少数県における専攻医数の増加には至っていないという報告を頂きました。これはつまるところ、現在のシーリング制度が激変緩和措置という名の下に過去の採用実績まで定員を戻して、このことによって大都市圏の定員が固定化されているというところが原因ではないか。つまり、シーリングの姿が本来の姿になっていないのではないかとというふうに理解しています。少数県に医師が行き渡っていないのであれば、繰り返しますけれども、それはシーリングの効果がないということではなくて、本来のシーリング制度になっていないということではないかと思っております。検証をしっかりと行っていただいた上で、シーリングの在り方、さらなる厳格化なりを考えていただきたいと思っています。

また、今ほど御報告しましたが、特別地域連携プログラムの効果も検証していただくことになると思いますが、これはシーリングの枠外にされているのですね。このことがまた、どういうふうに偏在是正に影響しているかということについてもしっかりと見ていただきたい、そのように思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。検証について非常に重要な御指摘を頂きました。渡辺参考人、何かコメントはございますか。

○渡辺参考人 シーリングは、おっしゃったように、計算式の中に前年度、前々年度、2年間の採用実績が入っておりますので、そこから引き算をするのでということです。例えばシーリングの設定の仕方を必要医師数を何年後かに養成するときの1年間の必要養成数というような形でやればよいという意見もあると思いますが、これは特に都市部等で大混乱が来る可能性もあるので、緩和措置が行われていると考えております。

それから、先ほどの繰り返しになりますけれども、地域枠がその中でかなり効果を発揮していると思われまますので、もしかしたらそういう形での専攻医のレベルでの募集に関するシーリングはそれほど必要ないのかもしれないということも一方で言えると思っております。その辺も含めて検討していきたいと思っております。

それから、知事がおっしゃったので非常に教訓的なのは、先ほど申し上げましたけれども、特別地域連携プログラムを組むときに、病院同士、人同士、それから学会が仲介して、新潟の場合は大阪府とかなり交渉していろいろ以前からやっておられたと聞いておりますので、都道府県で頑張ってくださいというのも大事な事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。

まだ御意見があるかもしれませんが、議題1のほうで大分時間を取っておりますので、議題1につきましては、これぐらいでまとめたいと思います。皆様から大変重要な御指摘を頂きました。機構のほうから出されております2024年度の専攻医のシーリングについて特段大きな反対はなかったと私は理解しておりますので、皆様方の御意見も十分に反映しまして、今後のシーリングあるいはシーリングの検証を含めた日本専門医機構の取組については、本部会での御意見等々を参考にしながら進めていっていただきたい、このようにしていただきたいと思いますが、皆様、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。事務局におかれましては、都道府県にも必要に応じて御意見を承っていただければと思いますので、その辺もよろしく願います。

それでは、議題2「子育て支援加算について」ということで、先ほど御説明がありました。加算のみならず、その周辺のこと結構でございます。子育て支援というのは非常に重要な課題になっておりますので、御意見等を頂ければと思います。いかがでございましょうか。

それでは、牧野委員、片岡委員、山口委員の順番でお願いします。牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 どうもありがとうございます。

岡田参考人に質問させていただきたいのですけれども、前回、子育て支援が出てきたときにはシーリングと一緒にくっついて出てきたので、よく理解できなかったと思っているのですけれども、この加算というのは、基本的に1つのプログラムごとに定員を増やす、プラスするという意味での加算と理解してよろしいのでしょうか。シーリングと絡めるのであれば都道府県単位とかいうふうになってしまうのですが、この内容を見ていると施設単位というふうにも取れるのですが、いかがでしょうか。

○遠藤部会長 岡田参考人、いかがでしょうか。

○岡田参考人 ありがとうございます。

その点に関しては、まだこれからも議論が必要なところかと思っておりますけれども、昨年度はシーリングの枠外で設定させていただければということで御提案しました。施設単位で子育て支援について非常に手厚く対応されているところを支援するという意味で、施設単位での子育て支援枠の設置ということを提案させていただいております。しかし、そのときには、特別地域連携枠等の設置も行っているということで、シーリングの枠外に置くことでの激変というか、影響というものに鑑みて、特別地域連携の枠も設置しているということも条件の一つとして提案させていただいた次第です。その点について、まだそこまで今回の提案では入っていないところでもありますけれども、今後、シーリングの枠外ということであれば、そういった特別地域連携なども含めて子育て支援加算を行っていければと思っておりますが、よろしいでしょうか。

○牧野委員 ありがとうございます。

例えば施設単位で行う、プログラム単位で行うということであれば、指導医の数でもって採用できる専攻医が決まってくるということですので、その指導医の数以上に専攻医を置いていいというふうにも取れるのですが、それでよろしいのでしょうか。

○岡田参考人 その点についてもまだ検討が必要かと思えます。確かに指導医の数によって決められているところもありますので、それを超えての子育て支援枠、1つの施設に複数名を配置するということではありませんので、原則としては施設に1つという形で配置できれば、ある程度制限した形での子育て支援になってしまうと思えますので、そういった点に関しましても今後の議論の一つかと思っております。

○牧野委員 私自身も子育て支援というのは非常に重要なポイントだと思えますので、ちゃんと制度の中で皆さんが納得できるような制度設計を考えていただきたいと思えます。よろしくをお願いします。

○岡田参考人 ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、片岡委員、お願いいたします。

○片岡委員 御説明いただきまして、ありがとうございます。

資料2ですけれども、特に1ページ目、この説明の内容、メッセージもすばらしいと思って拝聴しておりました。加算する際にどのように運用していくかというのはまだ議論が必要であると思えますが、こういった取組が大切であるというメッセージを伝えることになるので、ぜひ前向きに進めていただけたらと思っております。

2ページ目に関しまして、意見ですけれども、Aで、1プラス2を必要条件とし、3、4、5、6の中で少なくとも1つを実施しているという案を御提示いただいています。この中で、3の病児保育は非常に重要だと思えますが、病児保育がこの3、4、5、6の中では設置し運営していくということにハードルが高いのではないかと思いますので、病児保育がある場合には、より重みづけをつけるといったようなことがあってもいいのではないかと思います。4、5、6に関しまして、予算あるいは場所があれば割とハードル低く運用できるものに位置づけられるのではないかと思います。

一方で、前回議論になりましたのが、保育施設、病児保育は、病院の規模が大きいほうがそうしたサービスといいますか、支援対策も取りやすいので、偏在を助長するのではないかという意見もあったかと思えます。そういう意味で、割と取り組みやすい4、5、6が入っているのはいいことではあると思うので、例えば医師不足地域や病院の規模が小さい、そうしたところが不利にならないように、大規模病院ではない中小規模の病院、医師不足地域はそこにポイントをあらかじめつけるといったような形で、それぞれができる範囲の中で一生懸命取り組む、その辺りをうまく酌み取れるようにしたらいいのではないかと思います。

それから、感想ですけれども、地域との連携の中で行うといった文言も含んでいただいて、先ほど中小規模の病院の課題をどうするかということも話が出ましたが、地域との連

携の中で1施設だけでやるのではなくて連携の中で行っていくというメッセージをしっかりと示していただいているので、これもまた中規模、小規模の施設にとっては取り組みやすくなった一つの大きなポイントになるのではないかと思います。

一方で、先ほど牧野委員からも御質問がございましたとおり、具体的に運用をどのようにしていくかということに関してはもう少しディスカッションが必要なのかと思いますけれども、全体として前回の御提案をさらに発展した形でよりよい御提案を頂いたことを大変感謝いたしております。ありがとうございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございます。

そのような御評価を頂きましたけれども、岡田参考人、何かコメントございますか。

○岡田参考人 ありがとうございます。

今、御提案いただいた内容は非常に参考になります。3番目の病児保育は確かにすごくハードルも高いですので、そういったところに重みづけをすとか、病院の規模によってはやはりこういった設置も難しいところもあると思いますし、地域との連携というのも取り入れておりますけれども、そういった病院の規模でのポイントづけとか、細かいところでどこを設置先として認定していくかという、非常に参考になる御意見を頂いたと思います。ありがとうございます。

○片岡委員 ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

実は江澤委員がパソコンの関係で見えなかったのですが、挙手されているということでしたので、初めての御発言の方を優先したいと思います。江澤委員、お願いいたします。

○江澤委員 では、子育て支援加算の条件について申し上げたいと思います。ここに列挙してある項目については、子育て支援加算というよりは、我々経営者というか、雇用主からすると、労務管理上、職員のためにいろんな工夫をして取り組む内容と考えております。実際いろんな取組をしているところも相当増えていると思いますから、普通の労務管理上の一環として取り組むべきもので、これを加算とできるのかどうか、また今後これは医療機関が独自に取り組む内容とも考えておりますから、どういうものがあるべき姿かというのはまた考えていく必要があるかと思います。

そういった中で、保育の主役は子供ですから、特に成長著しい時期にしっかりとした保育理念の下、充実した教育、すなわちドクターである親が預けたいというような保育というのがこれから求められる、今も求められていると思います。いろいろ学習であったり、各種行事であったり、体験実習であったり、健康づくりであったり、丈夫な体づくりであったり、いろんな取組があろうかと思いますが、院内保育というところまで預かり保育的なイメージの印象もありますから、しっかりと普通の認可保育が行っているような教育に負けないようにやっていくことも取組次第では十分可能だと思いますので、そういった子供の視点というのは大事かと思っています。



以上、意見でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。大変重要な御指摘だと思います。御意見として承りました。

それでは、続きまして、会場の山口委員、お願いいたします。

○山口委員 ありがとうございます。

岡田参考人に何点かお尋ねしたいと思います。

この子育て支援加算の条件を考えるに当たって子育て中の医師の意見というのはどれぐらい聞かれたのか、お尋ねしたいということが1つ目です。といいますのが、実際に子育て中の人にこれを見てもらったのですけれども、もちろん子育て支援加算なので、子育てなのだと思いますが、妊娠中の時点からの支援が継続的に必要ではないかということです。

それから、仕事と子育ての両立をしていると、本人、夫婦だけではなくて、例えば義理のお父さん、お母さんや、さまざまなところから圧がかかるというようなことで、この条件を見ていると、きちんと預かる制度をつくるから働いてねというふうに読めてしまうというような意見もありました。なので、時短であるとか、そういったことも中に入れていく必要があるのではないかということが2つ目です。

それから、例えば産休・育休とか、そういう間、あるいは急に休まないといけなくなるというようなことも子育て中にはあると思います。そのときの残ったスタッフへの支援、その辺りが充実していないと、使うことがなかなかできないというようなことも現実にはあると思いますので、その辺りのことについて何かお考えがあれば、あるいは検討されたのであれば聞かせていただきたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 岡田参考人、いかがでしょうか。

○岡田参考人 ありがとうございます。

何か大規模な調査やアンケートを行ったということではないのですけれども、私も総合教育研修センター長という立場でもありますので、専攻医の意見ですとか、あと専攻医を終わってまだ若い医師の意見など、また子育て中の医師の意見なども幾つか聞いてということで入れております。

妊娠中の支援や時短制度などいろいろ御提案いただいたと思うのですが、確かに預かる制度をつくるので働いてくれというメッセージにどうしても捉えられてしまうというのはあるかもしれませんが、時短とか休暇を取るとか、そういった点に関しては、今、カリキュラム制ということでも専門研修は継続できるということもありますので、そういった点も使いながら行っていただければと思っています。

もちろん、この制度をつくるに当たって、今後、専攻医の意見や実際のアンケートなども将来構想委員会のほうでも検討はしておりますので、ぜひ参考にさせていただきたいと思います。ありがとうございます。

○遠藤部会長 山口委員、どうでしょうか。よろしいですか。ありがとうございます。

次に、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。

子育て支援は、総論的には大賛成なのですが、これがなぜ加算に結びついてくるのか、私は非常に疑問があります。先ほど皆さんがおっしゃったように、加算をもらっている人だけが優遇できるということになってしまわないか、では誰を選ぶのかということですね。先ほどから出ています妊娠中の人なのか、子供が実際にいる方なのかどうなのか。例えば私の娘は今、子育て中ですが、旦那さんの病院側の保育所にお世話になっています。娘の勤務する病院には保育所がないので旦那さん側の保育所に入っています。このことを考えると男性でも対象になるということだと思いますが、同期の中には育児をされている方々がたくさんおられます。みんな苦勞しながら保育所に預けたり工夫や努力をしています。その中でどのように選ぶのか。この議論は、変な話ですが、シーリングというのは都道府県単位で考えているのに、こういう加算に関しては個別案件になってしまって、今まで言っていますけれども、何か平等性に欠ける部分があるように思います。なぜ、それが加算に結びついていくのかというのが非常に不思議ではないところがあると思います。

もっと酷い例を言いますと、私の知り合いのご夫婦ですが研修先がひとは福岡、もうひとは大阪になってくると、それこそ子供をつくるというような環境にはならない。ご夫婦とも子供をつくれるような状況にないというふうになってしまうわけです。根本的に考えるのであれば少子化の問題から考えていかないと、子育てもすごく重要ですが、それを加算にしてしまうというのは変なことで、やはり別枠でこの支援、少子化問題を考えていくべきと考えます。そうでなければ非常に平等性を欠く。誰をどう選んでいくのか、加算する研修先は決まってもどう選ぶのかということが非常に大きな問題になってく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。

御意見として承りましたが、岡田参考人、ただいまの御意見につきまして、何かコメントございますか。

○岡田参考人 貴重な御意見ありがとうございます。

確かに加算というところで平等性の問題を御懸念されているのはよく理解いたしました。ただ、子育て支援がここまでできていない施設もたくさんあるというのも事実でございます。しっかりと行っているところは評価したい、子育てを頑張って支援していただいているところを支えたいというのがこの制度が発足した一番の基でありますので、頂いた御意見を参考にぜひ今後また検討させていただきたいと思っております。ありがとうございます。

○遠藤部会長 どうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、お待たせしました。立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 実は先週まで遠藤部会長と一緒に「こども未来戦略会議」の委員をやってお

りました。この子育て支援は非常に大切なことなのです。こういうことは実行されるようになっていかななくてはならないと思っています。ちなみに、相馬市の公的病院は保育所をやっております、子供のお預かりをできるだけやっております。その財源は税金で払っています。

子育て加算、子育て支援に対するインセンティブをシーリングに反映させるというのは難しいと思うのです。なかなか困難だと思いますが、子育て支援ということは社会としてやっていかななくてはいけない。これは別な意味での社会問題ではないかと思うのです。子育て支援をちゃんとやっているところは点数を上げるとか、そこまでいくと極端かもしれませんが、厚生労働省としてどういうふうにお考えか、聞いてみたい。シーリングだけで済ませるとするのは非常に困難なテーマではないかと思うのです。先週まで子育て会議をやってきた立場として御提案申し上げたいと思いますけれども、いかがでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、いかがでしょうか。

○山本医事課長 事務局でございます。

今、お話のとおりで、子育てはいろいろな部署が関わるところで、医政局のこの部署だけで何か確定的なことを申し上げられることではないと考えております。そうした中で、専門研修の枠の中で子育て支援加算をどうしていくかについては、専門医機構で御議論を重ねていただくとともに、また専門研修部会でも御議論いただければと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 立谷委員。

○立谷委員 シーリングに反映させるというのは非常に困難だと思いますが、この問題についてはやはり社会として前向きに歩んでいかななくてはいけないものだから、これは専門医機構の中だけで済まされる問題ではないということを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。

それでは、花角委員、それから片岡委員の順番でお願いいたします。

○花角委員 ありがとうございます。

今ほど立谷委員がおっしゃられたことと重なりますが、あるいは先ほど野木委員、江澤委員がおっしゃられたこととつながりますけれども、もちろん子育ての支援ということは極めて重要な政策課題でもありますし、各病院が子育て支援の環境整備に努めるということ、これもすごく大事なことです。それをしっかり後押ししてあげたいというのは全く同感であります。そのこととシーリングの加算理由になるということが論理的にどうつながるのですかと理解に苦しむところであります。端的に言ってしまうと、大都市圏の単なるシーリング逃れになるだけではないかというふうにも心配するところでありまして、子育て支援を進めていく、そのことは、繰り返しますが、否定しませんが、シーリングとして考えていくということについては、しっかりとした議論が必要だと思っています。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、片岡委員の御意見を聞いて、場合によっては岡田参考人あるいは渡辺参考人にその辺りのことをお聞かせいただきたいと思います。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。度々申し訳ありません。

先ほど野木委員からも実例を挙げていただきましたけれども、実際問題、いろんな病院をローテーションするとか、そういった制度の様々な制約によって専攻医の期間中に子供を持つとかあるいは子育てをするということが非常に困難を伴うことは事実であります。でも、その中で皆さんは非常に苦労して、何とかしようとそれぞれの方が大変な努力をされている状況があると思います。そういう方々、これから子供を持つとかとか、あるいは子育てをしている方にとって、専門医機構あるいはこうした審議会などで子育てをどのように支援するのがいいかといったような話題が俎上に上って、ディスカッションしていただいて、どういう方向があるべき方向かということを議論していただいているということ自体が、そういう渦中にある方にとってはすごく勇気づけられることになると思います。ですので、運用は工夫が必要だと思いますが、ぜひ後退しないように工夫して前に進めていただけたらありがたいと思います。もちろんシーリング逃れにならないようにというのは、至極そのとおりでと思いますので、そこはどのようにという運用の部分をしっかりと考えていく必要はあろうかと思います。どうもありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、子育て支援の重要性については皆さん御同意いただいているわけですが、それを加算の要件にしていることについて少し説明が必要なのではないかという御意見が出ておりますが、これは渡辺参考人でしょうか、岡田参考人でしょうか。では、渡辺参考人、お願いします。

○渡辺参考人 直接関係があることではないと思います。これは施設の子育て支援を進めていく上での一つの方策ではないかと思っています。そのために上限を厳格にしなければいけないということで、特別地域連携プログラムを行っているということを条件に、それに対して1人の子育て枠を限度としています。不適當かもしれませんが、そういうふうに一生懸命子育て支援を頑張っているところに対する御褒美のような意味もあると思います。確かに論理と形で言えば、子育て支援とシーリングは関係ないではないかという議論はできると思います。したがって、そういう制約をつけて、頑張っているところに対して、ある種のプライスを出していると私は考えております。そのことによって子育て支援が進んでいけばいいかなと思っています。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局からもお願いします。

○山本医事課長 先ほどの発言に補足させていただければと思っております。医師不足や偏在が叫ばれている中で、医師が活躍していただける環境を整えていくということが非常に重要だと思っております。医師の働き方改革で勤務環境の改善も含めて、医師がなかなか働きにくい社会的状況の中で、働くことが困難な状況だけでも、環境が整備されるこ

とによって、より活躍できるようになっていくということが重要なのだらうと思っております。そうした中で、勤務環境の改善、働き方改革を含めて取り組む中で、子育ての支援をこの専門研修の枠組みの中でできるかどうかということを御議論いただければと思っております。我々としては、医療提供体制の中でやるべきことをやりながら、また、この会議では専門医制度の中でどうするかということを御議論いただければと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、野木委員、お手を挙げておられますので、よろしく申し上げます。

○野木委員 ありがとうございます。

最後になりますけれども、私はちょっと意地悪なのですけれども、逆を考えます。子育て支援は非常に重要なことなので、シーリングの加算ではなくて、子育て支援をやっていないところはむしろシーリングを減らすというぐらいの勢いでないと進まないと思います。意地悪だと思うのですけれども、御褒美ではなくて、やらないと駄目なのです。それをやっているから御褒美ではなくて、やらないところは減らすぐらいの勢いでないと増えないと思います。ほかの都道府県も地域もみんな子育て支援をやっているわけですから、御褒美をあげるというのは何となく理解に苦しみます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。御意見として頂戴いたしました。

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、議題の2につきましては、ただいま様々な御意見を頂戴いたしました。専門医機構におかれましては、本日の様々な御意見を踏まえまして、引き続き、どのような在り方が望ましいのかということを御検討いただければと思っておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

以上で本日用意した案件は終了いたしましたけれども、何かございますか。よろしゅうございますか。

それでは、今後の進め方について事務局から何かコメントがあれば申し上げます。

○寺村室長補佐 本日はありがとうございました。

次回の部会の開催日程につきましては、追って調整の上、改めて御連絡させていただきます。どうぞよろしくお願いたします。

○遠藤部会長 それでは、本日、長時間にわたって、かつ非常に積極的な御発言を頂きまして、どうもありがとうございました。

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