

○堀岡医師養成等企画調整室長 若干定刻前でございますけれども、御出席いただける委員の方がおそろいでございますので、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ございますが、本日、阿部委員、三日月委員、棚野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。

また、山口委員からは所用により途中で中座ありとの御連絡をいただいております。

オブザーバーといたしまして、文部科学省医学教育課から、荒木企画官にお越しいただいております。よろしく願いいたします。

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、日本内科学会より宮崎氏、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。

日本専門医機構の今村参考人におかれましては、所用により若干おくれて御出席との御連絡を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)

○堀岡医師養成等企画調整室長 以降の議事運営につきましては、部会長にお願いいたします。また、撮影はここまでとさせていただきます。

遠藤先生、よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 皆さん、おはようございます。年末のお忙しい中、どうも御参集をありがとうございます。

まず、資料の確認について事務局にお願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 資料の確認をお願いいたします。

お手元の資料をごらんください。資料といたしまして、資料1-1、1-2、2-1、2-2、資料3-1、3-2、3-3。資料3は横紙で5枚までございます。資料4、資料5ということで、ちょっと資料が多くございます。

また、参考資料につきましても、1、2、3、4、5とございますので御確認いただければと思います。

ごく簡単に今、参考資料を見ていただいている途中で御説明したいと思っておりますけれども、参考資料5として、日本専門医機構から前回お話をいただいた、来年度のスケジュールについて、既にお渡しいただいております。来年度は9月初旬に専門医登録開始をする予定ということで、その旨で全体のスケジュール感を早めて、プログラムの提出をいただけるということで、日本専門医機構より厚生労働省に御報告をいただいたことを御報告いたします。

また、参考資料6といたしまして、前回、厚生労働大臣から、この分科会での意見も踏まえて、日本専門医機構及び関係学会に出した意見についてまとめさせていただいております。おおむね意見のほうを取り入れていただいているという御回答になっております。

最後に参考資料7、日本専門医機構から、細かい話でございますけれども、今回、形成外科学会の昭和大学のプログラムについて、東京から神奈川にプログラム自体が移ったので、シーリング自体もそのように対応させていただくという御報告をいただいております。以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

資料はよろしゅうございますか。

それでは、議事に入りたいと思います。

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1「専門医制度について」の資料が出ております。資料1-1「平成31年度専攻医一次募集の応募状況について（平成30年度の採用数との比較）」及び資料1-2「平成31年度専攻医プログラム一次募集の応募状況（五都府県）」について、事務局から説明をお願いしたいと思います。

○加藤企画調整専門官 資料1-1と資料1-2を説明させていただきます。

資料1-1は少し字が小さくなっておりますが、平成31年度選考医一次募集が11月22日で一旦締め切りになっておりまして、こちらは応募状況ではございますけれども、現在、昨年の採用数と各診療科別、各都道府県別で比較させていただいております。

ごらんいただきたいのは、まず、右下にございますけれども、各診療科別で平成30年の採用数と平成31年の応募者数を比較しております。右下、合計のところをごらんいただきたいのですが、特に変化がございましたのは、小児科、産婦人科、総合診療科におきまして、小児科はマイナス40、産婦人科はマイナス22、総合診療科はマイナス26と、今の応募状況ではございますけれども、少し減っている状況がごらんになれます。整形外科もマイナス65ということで減ってはおります。

逆に、診療科としましては、皮膚科、形成外科がそれぞれ40、35とふえておりますので、一次募集の状況ではございますけれども、こういった傾向が見えてきたということになるかと思えます。

また、都道府県別でごらんいただきますと、およそ五都府県以外のところで20以上の変動があったところに関しましては、宮城県、秋田県、福島県、そして、高知県が20以上減少しており、逆に、静岡県は31ふえておりまして、都道府県でも一定のばらつきがあることが見受けられます。

あくまでこちらは応募状況でございますので、今後、特にシーリングがかかっているところに関しては、採用に関して調整が行われると専門医機構から聞いております。

1-2に関しましては、五都府県のシーリングがかかっている診療科を主にお示しさせていただいておりますけれども、特に東京に関しまして、7つの診療科において、現在、応募数ではございますけれども、シーリングを超えておりますので、今後、超えている分に関しては、各学会及び機構にて調整されるものと聞いております。

資料の説明は以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。 それでは、ただいま事務局から説明があった内容について、御質問、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か。

山口委員、牧野委員の順番でお願いします。

○山口委員 2つ質問ですけれども、応募状況ということで、多分、400～500人ぐらいがこの中に、数が入っていないという計算になるのかなと思っていますが、今のこの状況が全体の何%ぐらいの方が第一次で応募しているというふうに捉えられているのかということがまず1つ。それから、きょうは参考資料6ということで、今後のスケジュールを出していただいていますけれども、前回だったか前々回だったか、シーリングが昨年度は守られていなかったということもございまして、できれば確定する前に、この専門研修部会で御報告いただきたいというお話をいたしました。

このスケジュールを見ていると、確定してから御報告いただくと、内容もそれ以上変更できないということがありますので、確定する前にぜひこの部会でどういう状況かということをお話しいただきたいと思っているのですが、このスケジュールの中のどのあたりにそれが組み込まれることになるのか、今の御予定でも結構ですので、教えていただければと思います。

○遠藤部会長 最初の御質問は事務局、どちらがお答えになりますか。

○山口委員 機構から出てきている数字だとしたら、機構の方にお答えいただいても結構でございます。

○遠藤部会長 何%ぐらいですか。

それでは、機構、寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 機構としては、昨年が8,410ということで、少なくともそこにはいくのだろうと思うのですけれども、恐らくそれよりも多少多いのではないかというのは、昨年必ずしも登録できなかった人とか、そういう方たちも含まれるでしょうし、いろいろな理由でその後、やはりこのプログラムに入りたいとおっしゃっている方もいらっしゃる。それから、現実に、途中でおやめになった方たちもいらっしゃるのです、そういった方もこれから応募してくる可能性があるのです、ちょっと数はわからないのですが、でもおおむね、90%以上はここに入ってきているだろうと思いますので、そういう形で御理解いただければと思います。

先ほどのスケジュールの件でしょうか。これもちょっと機構のほうの話だと思うので、お話しさせていただきますが、実は一昨日、各領域の学会の先生方にお集まりいただきまして、一応議論いたしました。そこでこのシーリングに関しての話がメインになるわけですけれども、各学会、ある意味では、ある学会は、私たちはまだ認めていないということもあるのですが、ただ、このシーリングは絶対に守りますという確約をいただいておりますので、シーリングに関しては、少なくともこの数字は、シーリングの数はきちんと守られるというように私たちは信じております。

○遠藤部会長 山口委員。

○山口委員 それはこの部会で、最終的なぎりぎりの状況で確定する前に御報告をいただくと解釈してよろしいでしょうか。

○寺本参考人 そういう場があるのでしょうか。よくわからないのですが。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 確定する前に厚生労働省のほうに御報告をいただきますので、万が一シーリングを超えているようなことがあれば、この部会を開催したいと考えております。よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 山口委員、いいですか。

○山口委員 ありがとうございます。

○遠藤部会長 牧野委員、お待たせしました。

○牧野委員 牧野です。2つあります。

まず、1つは単純な質問なのですが、31年度選考プログラムは何ページかな。この用紙です。ページ数が振っていないのでわからないのですが、資料1-2です。

ここで事務局にお伺いしたいのですが、五都府県の合計で31年の応募数と30年の採用数があるのですが、31年の応募数というのは、この下の東京、神奈川、愛知、大阪、福岡の単純な合計と考えたのですが、どうも数字がちょっと違うようなのです。リハビリのところが一番計算しやすいので例として出しますと、東京が25、神奈川が4、愛知が6で、これだけでも35になるわけですが、足したものが31になっているのですね。

○加藤企画調整専門官 御指摘のとおり、資料にミスがございましたので、改めまして御報告させていただきたいと思います。

○牧野委員 わかりました。

○遠藤部会長 御指摘のとおりミスがあるということなので。

○佐々木医事課長 済みません。これは後ほど正確な数字を改めて御報告申し上げます。

○遠藤部会長 では、会議中に改めてデータを出してください。

2番目のほうです。

○牧野委員 2番目です。シーリングのプロセスに関する話なのですが、例えば東京であれば、内科などは結構上回っていますね。あと、1人が上回っているようなシーリング、1人だけが上回っているというものもあれば、何十人も上回っているというものもありますけれども、具体的に調整のプロセスはどのようにして行うのか。もしわかれば教えていただきたいのです。

○遠藤部会長 寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 機構のほうから、これも一昨日行った検討委員会のほうで、皆さんお話をいただいたのですが、内科に関しては、大分まだ下回っているので、20ぐらい下回っております。一応内科学会がどうされるのかということは、私はまだ十分存じ上げていないのですが、二次募集ができれば恐らくするのではないかと思います。ただ、先生がおっしゃるように、1とか2とかしか余っていないところに二次募集をすると、かな

り大変なことが起こるかもしれません。そういうところは、学会にお任せしますけれども、学会の中で、もう既にある一定のルールをつくっている学会もあるのです。こういう条件のもとで1名ならば1名をどこから補充するとかいうようなことがあるみたいですので、その条件に合わせてしております。

もう大体多くの学会は、そういうネゴシエーションをしているみたいなので、大体その辺はそう混乱なくできるのではないかと、この前の様子では認識いたしました。

○遠藤部会長 よろしいですか。

そのほか、いかがでしょうか。

野木委員、どうぞ。

○野木委員 今のお話だと、一次募集でもう超えているところは、基本的には二次募集はかけないという形でいいわけですね。確認だけです。

○遠藤部会長 ほかによろしゅうございますか。

それでは、大体御意見は出尽くしたということで、ただいまいろいろと御意見がありましたので、専門医機構におかれましては、今回の議論を踏まえまして、31年度募集のプロセスを進めていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

続きまして、次の資料でございますが、資料2-1から資料4までをまとめて御議論いただければと思いますので、資料2-1から資料4まで、事務局から説明をお願いします。

○加藤企画調整専門官 事務局から御説明させていただきたいと思います。

資料2-1、2-2に関しましては、厚生労働省が行っております三師調査を特別集計したものを御報告させていただきたいと思います。

これまで三師調査は、年齢別、都道府県別では、特に公表データとして出しておりませんでしたが、今回、専攻医の動向を過去のデータに照らし合わせて検証するために特別集計を行いましたので、その結果を資料2-1、2-2として御報告させていただきます。

まず、資料2-1になりますけれども、左側に「平成30年度開始専攻医」がございますが、右側に太字になっております「平成28年度三師調査（医籍登録3年目）」、「平成26年度三師調査（医籍登録3年目）」と続きます。過去2年前、4年前、6年前の3年目、専攻医の開始の1年目になりますけれども、全国の分布状況がどうだったのかということをお示ししております。

特に太字、赤字で囲まれていますところに、平成30年度シーリング上限数とございます。その隣に、小さくて恐縮ですけれども、三師調査の平成28年、26年、24年の平均人数というふうにございますが、下の※1にございますとおり、平成30年度シーリング上限数は過去5年の各診療科の採用実績の平均人数ということでしたので、これに当たる値を三師調査から算出しております。3,745ということで、シーリングの五都府県、各診療科合計が出ておりましたが、三師調査に照らし合わせますと2,646ということで、各診療科別も下にお示ししております。

もう一点、ここでごらんいただきたいのが、五都府県で、全診療科の中で占める割合で

す。赤線で囲んでおりますが、平成30年度開始専攻医が46%であったのに対し、28年、26年、24年はそれぞれ43%、45%、46%となっております。ただ、ここをごらんいただきたいのが、平成30年度の専攻医は8,400人であるのに対して、平成28年度の三師調査は7,085とございまして、ここに差が1,000ぐらいございます。こちらは該当する学年の入学者数が当時の地域枠の増員によって1,000人程度ふえておりまして、この増加分は1,000人中の相当数が地域枠ですので、単純比較をして7,000人から8,000人への増加に当たっては、地域枠がふえているということを加味して、この46%と過去の数値を比較、ごらんいただければと思います。

続きまして、裏面になりますけれども、こちらは全国・東京都ということで、東京都の過去の三師調査のデータをお示ししております。赤枠で囲んでいるところは、先ほどの全国版の東京都に値するところですが、平成30年度開始専攻医に関しましては21%。これはプログラム登録者数ですが、21%となっているところ、平成28、26、24と追っていただきますと、17、18、18ということになります。下をごらんいただきますと、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県も同様に御比較いただけるように並べております。

続きまして、資料2-2に移らせていただきます。こちらはごらんいただきたいのが、平成30年度開始専攻医の、先ほど御案内した46%とございますが、これまでは28、26、24と3年目がどうであったかということをお示しさせていただきましたが、右の真ん中に「同一年次」とございます。平成24年度医師免許取得者が、平成26年から28年にわたってどのように変化したのかということをお示ししています。平成26年度がこの同一年次の方に関しては、医籍登録3年目ということになりますけれども、平成28年度は医籍登録5年目になるわけです。赤字のところをごらんいただきますと、45%から42%ということで、五都府県からほかの都道府県に移った方が6.8%いらっしゃるということになるかと思えます。

この下をごらんいただきますと、東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県がそれぞれ専攻医の3年目から5年目になったときに、どのように異動しているのかということがおおよそパーセンテージでお示しさせていただいております。東京都は18.8%から15.4%と減っているものの、一方、神奈川県では6.9%から7.3%で、幾らかふえておりますので、東京都から神奈川県に移っているということが予測されるかと思えます。

裏面をごらんいただきますけれども、こちらは現在、御説明させていただきました、同一年次がどのように移ったかということの、東京都の診療科別をお示ししております。東京都は、先ほど18.8%から15.4%と、削減率、その中で、東京都に3年目でいた方が5年目になってどれぐらい減ったのかということが、全体では17.6%でしたけれども、右端にございますとおり、各診療科別でそれぞれパーセンテージは大きく異なりまして、特に小児科や整形外科におきましては29.5%、整形外科は39.3%ということで、3年目から5年目で大きく東京都からほかの都道府県に移っているということが、この資料からは把握することができます。

ここまでが三師調査の説明でございましたけれども、この三師調査は過去のデータでご

ございますが、今回、資料3-1からございますとおり、新専門医制度になって、今後、どのように動くのか、日本専門医機構に調査を行っていただきましたので、その速報版ではございますが、結果の概要を御説明させていただきたいと思っております。

今回、対象者は各専門研修プログラムのプログラム責任者に対してアンケート調査を行っています。期間は先月、11月13日から22日にかけて行っていただきまして、調査項目とございますけれども、およそ専門研修プログラムは3年間のものが多いのですが、36カ月それぞれの都道府県で研修をしているのかということ、プログラム責任者に回答していただいております。回収率は85.7%になっております。

裏面をごらんいただきますけれども、今回、この調査に基づきまして、実際にこの36カ月間、どのように専攻医が異動しているのかということ、時点の資料と地域貢献率などをこの後、資料3-2、3-3、3-4として御紹介させていただきます。

それでは、資料3-2に移らせていただきます。こちらは最初、47都道府県分になりますが、専攻医がまず、それぞれの1年目、2年目、3年目の4月の時点でどの研修地にいるかということをお示しさせていただきます。上は北海道から下は沖縄までございますけれども、真ん中上段にございます東京都をごらんいただきますと、1年目4月の時点で19.7%、そのまま右にスライドいただきますと、2年目、3年目で12.5%、8.7%と減っているように見受けられます。

ただし、下のほうに移っていただきますと、合計の上にございます無回答、未定というもの、1年目は68人、1%が無回答であったのに対し、2年目、3年目は未定、無回答ともにふえておまして、特に3年目の4月に関しましては、未定と無回答を合わせますと50%を超える方々が、まだ研修地が決まっていないというようなデータが出てまいりました。

こちらはそのまま裏面をごらんいただきますと、東京都のプログラムになりますけれども、東京都に登録している専攻医がどのように動く予想になっているのかということをお示ししております。再び東京都の欄を左から右へごらんいただきますと、84.8%が52.9%、36.5%となりますが、下の合計の1つ上をごらんいただきますと、無回答が3年目に関しましては756人ということで、50%近い方がいまだに3年目の研修地に関しては無回答ということになります。

ここまでが資料3-2になりますけれども、これは4月時点での研修地でございましたので、36カ月間トータルで考えるとどうかということで、今回、地域貢献率の考え方をお示しさせていただきます。こちらは一部の診療科、各学会では導入されている考え方ではございましたが、計算式等、各学会でそれぞれ違いがございましたので、今回、一つ定義を定めまして、比較させていただきます。

地域貢献率の計算式というところをごらんいただきたいのですが、右側でございますとおり、分母を総研修期間とさせていただきます。基本的には皮膚科医が36カ月でございますけれども、そのうち五都府県以外の道府県で研修をしている期間がどれぐ

らの割合なのかということ、それぞれの都道府県の登録専攻医を足し合わせたものを地域貢献率とさせていただきます。

例1にございますとおり、1年目が福島県・東京都、2年目が栃木県、3年目福島県・東京都と、このように研修を行った方に関しましては、プログラムを通じた貢献率は66.7%とカウントされることとなります。これまでのように三師調査だけで追っておりますと、それぞれ2年置きに、12月にその都道府県の勤務地を聞いておりますので、例1におきましては、三師調査では2年とも東京都にいるということになりますけれども、このように地域貢献率を算出しますと、幾らか地方での貢献が見られるということになります。

例2にございますのは、東京都から異動したことを先ほど資料2で御案内しましたが、神奈川県など五都府県に移動している方も幾らかいらっしゃいますので、こういったところに関しましては、貢献率としては神奈川県をカウントせず、例2に関しては50%とさせていただきますというような定義に設定させていただきます。

この考えに基づきまして、五都府県のプログラムをごらんいただきますと、裏面になりますけれども、それぞれ東京都から神奈川県までの1年目から3年目の地域貢献率をお示ししておりますが、右端に1年目から3年目の平均をお示ししております。ごらんいただきますように、東京都は12.17%ということで、ほかの4府県よりも多く地域貢献率がカウントできるというような結果になっております。

引き続き、地域貢献率に関しまして、資料3-4をごらんいただきますけれども、こちらについては、東京都の地域貢献率をお示ししております。採用数の下に、東京都の地域貢献率ということをお示ししておりますけれども、各診療科別で大きく差がございます、先ほどの三師調査と同等、同じ傾向にはございますが、やはり比較的小児科、整形外科、産婦人科などが、主要な診療科におきましては貢献率が高いということになるかと思いません。比較的採用数が小さい診療科に関しましては、数値にばらつきがございますけれども、太字のところが主要診療科になりますので、御参考にしていただければと思います。

資料3シリーズの最後になりますけれども、A3になります、3-5をごらんいただきたいと思えます。こちらは資料2でお示した三師調査と今回の調査を比較したものになります。右半分が三師調査の平成24年度、26年度、28年度になります、それぞれ東京都に集中している医師3年目のパーセンテージをお示しさせていただきます。真ん中の太枠にございます今回の調査に関しまして、平成30年度11月時点をごらんいただきますと、東京都は19.5%ということで、これまでの東京都の割合に比べるとやや高いということになっております。

以上が資料3シリーズの御説明になります。

最後に、資料4を簡単に御説明させていただきます。

厚生労働省は、臨床研修を終える医師2年目の最後に臨床研修修了者アンケートというものをやっております、臨床研修が終わってから専攻医になるに当たって、どこの都道府県からどこの都道府県に異動するのかということアンケートで確認しております。こ

ちらは3月に行っておりますので、およそ情報の正確性は高いとは思われますが、右側、平成29年3月修了者アンケートをごらんいただきますと、下に行きますと、推測合計値ということで、回収率を反映したもので589名。今回、新専門医制度が始まった平成30年3月修了者アンケートに関しましては646名ということで、パーセンテージにおきまして、100%から110%にややふえているというような結果を今回のアンケート速報値として御報告させていただきます。

長くなりましたが、御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。

さまざまな調査、中には特別調査をしていただいたものもありますけれども、このようなデータが出ているわけですが、御質問、御意見があれば承りたいと思います。

どうぞ、立谷委員。

○立谷委員 市長会から来ております、相馬市長でございます。

資料3をちょっとじっくりしながら私は拝見したのですが、私の理解ですと、東京で研修をしても、これは地方の大学、地方の病院にちゃんと派遣するのだと。それが必ずしも適切ではないと私は申ししてきましたけれども、少なくともそういう話だった。

まず、厚労省にお聞きしたいのですが、資料3-2です。東京都に最初に19.7%の専攻医が入る。2年目、3年目、それは8.7%に減っている。これは地方に行っているというふうに理解していいのか、あるいは一番下のところに、無回答とか未定というものがあります。50%を超しているのです。その無回答とか未定というのは、どこの方々が多いのか。これを教えてください。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 御質問ありがとうございます。

資料3-2は、見かけは東京都が19.7、12.5、8.7と減っているように見えますけれども、立谷市長がおっしゃるとおり、実は2年目、下の未定と無回答が合計38.5%いまして、未定と無回答というのは、3年目はもう50%にも及んでおります。

これらについて、どこのプログラムが多いという分析はまだしておりませんが、事実上、プログラム制ということながら、2年目、3年目が未定というようなプログラムが多いということで、東京のプログラムの人も、どこに行くのかは全くわからない状況だというのがこのアンケートの結果だと考えております。

○遠藤部会長 立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 今度は専門機構にお聞きしますけれども、前に松原さんとのディスカッションの中で、プログラムをつくる時に、プログラムに将来の地方での研修先もうたうのだと。それも含めたプログラムなのだ。私は、プログラムでがちがちにするのはよくないということをやったし、そのことによって地方が大変になるということも言ってきた。だけれども、地方にも、きちんとプログラムの中で地方の病院に回すようになるのだと。そういう理解でいたのですね。ですが、地方に行くことが決まらないでプログラムが成立す

るというのは、これはおかしいのではないかと思うのですが、専門医機構のほうではいかがですか。

○遠藤部会長 それでは、どなたがあれですか。

寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 この点は非常に我々も、プログラムがしっかり決まっていないうことに関しては、かなり問題だと思っております。ただ、多くのところで、幾つかのところに3つ、4つというような形で、そこから選択できるような形のプログラムがあると思うので、そこはどこで何をするかということに関しての選択肢については、未定というのは変な言い方ですけども、そういった部分はあるのだろうと思っています。

それが例えば、少なくとも東京ではないと言うと言い方が悪いですけども、東京である可能性もないとは言いませんが、かなり違うところなので、決まっていないうケースは多いのではないかと考えています。ただ、プログラムの中でその部分が曖昧になっていることは問題なので、ここで新たにプログラムをもう一回きちんと見ていただいて、ある時点で確定をどんどんしていただかなければいけないかなと私たちも考えております。

○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 私は、一番問題にしたのは、地域医療の立場でこのことを、プログラム制度を問題にしてきたわけです。地域医療が立ち行かなくなったらどうするのだということを、市長会を代表してここで申し上げてきたのです。

その一つの答えとして、プログラム制でも地域医療を守るようにするのだと。したがって、プログラム制にはそのことをきちんと書き込んで、それを後期研修医、専攻医もそのことを踏まえた上でやっていくのだからと、そのような話だったのです。

明らかに現況とそごがあるかと思えます。これは一つお認めいただきたいと思えます。このようなことでは、地域としては、今までの議論に対してお答えになったことと現実が違っているということが1点。これはそのようなことだと理解しますから、私がカリキュラム制をきちんとしろというのはそういうことだったのですね。ですから、このプログラム制がどこまで地域医療に対して信頼性が置けるものなのか、あるいは地域医療に対して阻害要因にならないかということを常に言ってきたわけです。ちょっとそのかいまを見たような気がする。

もう一つ、資料3-3をごらんになっていただきたいのですが、資料3-3の地域貢献率の考え方という問題です。後から数字が展開されてくるのですが、1つは専門機構に聞きたいと思うのですが、ここで言っている、福島県に行ったり栃木県に行ったり、福島県に行ったりして、この場合は3年のうち2年間を地方で過ごすから、これは地域貢献率が66%だという計算になるのですけれども、そもそも最終的に東京でやるから東京の大学が全部コントロールするのだという形になるのでしょうか、1つの疑問として、私は福島県ですから、震災の後なので、こうやって来てくれるような話は大変ありがたいのですが、

栃木県にこの後期研修医、つまり、専攻医が行くときに、栃木県の地域医療協議会との連携はどうなっておるのでしょうか。

これは今までの協議の中で、専門医機構に対しても、地域医療協議会の中でしっかり議論して物事を申し上げるということが大前提だったはずですね。こういうケースが、架空のケースかもしれないけれども、私は福島県の地域医療協議会に参加していて、東京の大学病院から専攻医が来るというカウントをしたことはありません。したがって、その情報提供は全くないのです。そこに大きな問題があるわけです。地域医療ということの大前提に考えないと、医学教育も日本の医療もおかしくなるぞというのが私の主張なのですが、その地域医療を県ごとに束ねていこうとしているのが今の考えだったのです。その県ごとに束ねる際に、大学から派遣していただくのだから、派遣するのだから私はわからないけれども、地域医療協議会として把握できていない。ということは、言葉が悪いけれども、地域医療に対しては、専門医機構のひとり相撲になっているのではないかと思います。

その派遣する病院が、そもそも大学との関係で派遣するのであって、地域医療の関係ではないという現実になるとしたら大きな問題だと私は思っているのです。この地域医療協議会との連携について、この問題について、どのように考えるか。これは医政局長の考えをお聞きしたいと思います。

○遠藤部会長 これは重要な課題であり、今まで余り議論されてこなかった課題だったと思いますので取り上げたいと思いますが、地域医療協議会と専門医のローテーションとの関係をどうするかということです。

今、医政局長は公務で来ていないのですけれども、医事課長、どうぞ

○佐々木医事課長 済みません。医政局長がおくれておりますので、医事課長でございますが、お答えさせていただきます。

大変重要な御指摘をいただいております、先般の通常国会で成立しました医療法・医師法改正法、医師偏在法でございますが、御指摘のとおり、地域の医師の確保に関しては、各都道府県の地域医療協議会で議論して、配置を決めていくということになっております。その中で、国会の質問等でも出たのですけれども、大学が派遣している医師についても地域がしっかり把握していないといけないのではないかと、協議会との関係はどうかということもございました。

我々といたしましては、県内で働く医師がどこから来ているとか、どのように確保されているかということも、地域での議論には大変重要な情報だと思っておりますので、今回、こうしたプログラムでどこに行くというような情報がとれば、各都道府県から御要望があれば提供するなど、何らかの形で各都道府県が把握できるようにしなければならないということかと思っております。

そういう意味では、これは機構なりとの協議も要るとは思いますが、各都道府県でそういった情報がきちんととれるようにしていくということは大事なことでありますので、具体的な方法とか、そういうことは検討していく必要があると認識しております。

○遠藤部会長 よろしいですか。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 今の話なのですが、私は、今、情報をとれるようにとおっしゃったけれども、情報をとるだけでは話にならないと思うのです。ああ、そうですか。ありがとうございますますということでは、地域医療はよくなるわけです。ですから、地方が本気でやるというのであれば、機構を通して地域医療協議会から大学に要請できないと、これは何にもならないと思います。本当に東京の大学から地方に行っているということがうまくいくということであれば、最低それをやらないといけない。

もう一つ、資料の何枚目だかはわからないけれども、専門研修プログラムの地域貢献率とありますが、これは東京とほかの道府県は全部違いますね。つまり、東京都の場合はほとんど派遣。他県に派遣。だけれども、神奈川県とか福岡県は同一県内に派遣するケースが結構多いですから、これはまず、貢献率に関しては比較の対象にならないと思うのです。

もう一つ、これは私が前にも申し上げたことなのですが、例えば東京から宮城県に派遣するということを、関連病院があるからといって、果たしてそういうことが適切なのかということも議論していかないといけないと思うのです。東京一極集中の問題はそこにあるわけですよ。東京から宮城県の病院に派遣すれば旅費もかかるし、引っ越し代もかかるし、宮城県の病院は東京の大学病院に日参しないといけないわけです。その動きについて、宮城県の地域医療協議会はタッチできないですね。だから、東京一極集中はまずいと言っているわけです。

そういうことなので、ここは地域医療協議会がもっときちんと機能するように、機構のほうは本気でやるのであれば、機構のほうもしっかりやらなくてはいけないと思うし、それができないようだったら、これは日本の医療が悪くなるだけだと思いますから、それなりの判断が必要になってくると思います。

そういうことで、医政局長、もう一回話してください。

○遠藤部会長 医事課長。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

もう少し具体的にということかと思えます。まさに御指摘のとおりでございます。地域、どの病院にどういう医師がどこから来ている、どのように確保されているかという情報があつてこそ、しっかり議論ができるということだと思いますので、具体的なやり方については、また少し検討しまして、この専門部会や、もしくは関係するところでも御報告したいと思えますけれども、いずれにしても、現時点ではできていないということかと思えますので、そういったことに取りかかれるようにやってまいりたいと思っております。

○遠藤部会長 重要な検討項目ということで、山内委員、山口委員の順番で。

○山内委員 現場で実際にプログラムを運営している立場からなのですが、御指摘はごもっともで、今回、地域貢献率というものを出示していただいたことを非常に感謝して

おります。東京のプログラムとして、やはりこの専攻医になるときに、プログラムをつくるときに、地域貢献をしなければいけないというか、地域貢献をするプログラムをつくるべきだということで、いろいろと本当に現場では、大学病院はもともと地域との連携があったと思うのですけれども、私どものような病院でも、地域との連携を図るようなプログラムをずっと組んでまいりました。

そういった点で、そういった形での地域貢献率を見ていただくことはとてもいいことだと思うのですけれども、確かに今回、出されてきた数字は、もしかしたら非常にがっかりするものだったかもしれませんし、未回答もあるのですが、実際に現場でプログラムをしていますと、去年から初めて1年目が入ってきて、それで3年目にどこに行くか、本当にその人がそこに行けるかということは未確定な部分があるので、そういう答えになったと思うのですね。

ただ、プログラムを専門医機構に認めていただく段階で、ほとんどのプログラムが地域との連携の病院を挙げていると思うのです。ですから、実際の現場では、そういう努力をされていて、確かにおっしゃるように、それと機構と、あとは地域医療協議会との連携はこれから具体的に一歩ずつ踏み出していくところですので、実際に、例えば福島県相馬市の病院と連携をとっているということを言っているプログラムはもうわかっていると思うのです。機構のほうではプログラムのほうで出していますから、それを福島県なら福島県に行くとして出しているプログラム名を協議会にきちんと上げていただいて、協議会とそういったプログラムがきちんとディスカッションできて、どれくらいの人数が欲しくてどうしたいということをおっしゃるように具体的に進めていくということは、できると思っております。

ですから、そういった形で、これからもこの地域貢献率を見ていただくことで、反対に機構とか学会が、プログラムは、特に五都府県のプログラムは、そういった地域に行っていきたいのだ、行くことを評価しているのだという形で、現場のほうも、やはりこういうものが出てくると、戦々恐々はしますので、そういった形の啓発にもなっていくと思いますので、その第一歩、具体的な一歩を踏み出していただいたということで、私自身は、現場のほうとしましては、非常に評価をしております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 先ほどの立谷委員の御意見に関連して、まずは地域貢献率です。先ほど佐々木課長が、各都道府県から要望があれば情報が出るようにとおっしゃったのですが、要望があればではなくて、やはりそういう実態をきちんと把握できるようなシステムづくりをしていただきたい。都道府県の方がおっしゃるのは、情報が本当に入っていない。どんな情報を把握すればいいかわからないというのが現状だと思いますので、実際に医師が動いているのであれば、自分の都道府県にどれぐらい、どの期間、どこにどう入ってきているのかということをおきちんとつまびらかにして、情報提供をして、地域医療支援センタ

一が本当に役割を果たせるように、システムをつくっていただきたいと思います。

それから、地域貢献率、先ほど東京から出ていくのと、都以外の五都府県の場合は、ちょっと流れが違うのではないかと。私もそう思っていて、この数字だけで判断するというのは結構無理があるのではないかとということも感じているところでもあります。

さらに、資料4を見ますと、これは平成30年3月と29年3月で比べていますが、29年3月というのは専門医制度を1年ずらすと決めた後のアンケートであって、30年3月は本格的に始まりますよという直前ですから、どちらかという実態をあらわしているのが30年3月ではないかと思うのです。そうすると、やはり東京都にということの一極集中の実態がここにあらわれてしまっているのではないかと思ひながら拝見しました。

資料2-1の読み方として、事務局に確認をしたいと思っていることがあります。資料2-1で、五都府県の占める割合を出してくださっていて、平成30年と28、26、24というところを比べてみますと、一見余り変わっていないように見えるわけです。ところが、人数が1,000人以上違うところが、先ほどの地域枠の増加分だというお話がございました。

1,000人だとすると、8,410人のうち12%に該当するわけですね。そうすると、本来ならば地域枠の方たちですから、地域に定着していただかないといけないということが、割合がほとんど変わっていないということは、定着していないということに読めるのかなと思ひました。そうしたときに考えられることとして、2つあるかなと思うのですけれども、例えば本当に地域枠をつくったことで、医師の少数地域はふえました。でも、その他の少数ではないけれども五都府県に入っていないところが減ったという場合と、その他のところは同じで、やはり少数地域というのは実際に地域枠として定着していないという場合と、大きく分けても2つ考えられるかなと思ひます。ここに数字しか出てきていませんので、そのあたりの実態がどんな状況なのか。詳しい数字をごらんになっていて、結果として今回、資料を出していただいていると思うのですけれども、何か見えている傾向みたいなものがあれば、地域枠を考えていく上ではとても大事なことだと思ひますので、御意見を伺えればと思ひます。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

非常に詳細な御指摘であれなのですけれども、わかりやすく御説明いたしますと、1,000人近くこの間に、この三師調査の間に、医学部定員というのがちょうどふえた年でございますので、一番急激にふえているのですが、そのほとんどは地域枠でございます。

そうなのですけれども、先ほど示したとおり、11月時点での専門医機構でいただいた調査では、若干東京都がふえておりますので、そういう意味では、地域枠以外の方の動きが変わったのではないかとすることは、推測はできますが、事務局として正確に分析し切れているわけではないので、そのようなことは推測されるかと思ひます。

専門医機構とのプログラムと、地域枠で奨学金をもらっているかどうかということのひもづけなどができるか、今の時点ではすぐにお答えできませんので、いろいろどのような

分析ができるか考えてみたいと思います。

○山口委員 もし詳細がわかれば、また資料を出していただければと思います。

○遠藤部会長 では、羽鳥委員、立谷委員の順番で。

○羽鳥委員 立谷委員の御指摘はもっともだと思うのですが、私も専門医機構の総合診療担当で、400プログラムの妥当性を検証するための検査を行っておりますが、少なくとも総合診療プログラムの中では、1年目はどこへ行く、2年目、3年目はどの病院でどの診療科へ行くかを明示されています。2期目2019年4月スタートのプログラムの診査も行っておりますが、2年目も同じように明示されてますので、総合診療に関しては、無回答、不明はないと思います。

もう一つ、これから追いかけていくべきは、一人一人がどういう研修をして、どういう専攻の病院を選んでいたかということのデータをとっていくことだと思いますので、正確追跡してデータベースを活用して議論していく。これはことしにできるわけではないにしても、数年後に備えてしていくということも大事だと思います。医師には医籍番号という背番号がついていますので、それを活用してきちんと追っていけば、もう少しまたいい議論ができるのではないかと思います。

基本的に、前よりはよくなっているのではないかと思います。

○遠藤部会長 それでは、立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 この地方への出向というか、専攻医の研修出向のような形になりますね。これが地域医療協議会と全く関連性がない最大の原因は、大学の医局の都合でなされているということだと思うのです。大学の医局の都合で、あそこの病院は関連病院だけでも医師が足りないからあそこに送らなければいけない。これを地域貢献と数えていいのかどうかという1つの疑問があります。というか、大学病院の仲よし会の中での人の移動ではないのです。

ですから、私は、本当に地域医療のことを考えるのであれば、このプログラム研修という考え方の中に、もっとしっかりと地方の医師の不足の状態が入るような考え方でないといけないと思っています。つまり、地方の大学病院の関連病院でも、そろそろ後期研修医がいるような病院もあるのです。そうではないところもたくさんあって、そちらのほうが地域医療の上で問題だということを私は申し上げているのです。これは一つ、機構として考えられることなのか、厚労省として考えるべきことなのか、ここはすぐに答えが出ないと私は思いますが、御提案申し上げておきます。

もう一つ、資料2-1で、これは先ほどの話なのですが、地域枠を設定したにもかかわらず、東京の医師の集中がパーセンテージとして少し上がっているわけです。ということは、私は地域枠という政策そのものが果たしてよかったのかどうかということに非常に疑問を感じているのです。ですが、もう一つの問題として、医学部新設の問題があります。東北の場合、東北に震災復興のためにひとつということを申し上げましたけれども、私はそれ以上のことは申し上げたつもりはないのですね。あのときに私が申し上げたのは、や

はり医師不足、特に地域偏在是正のためには、定数でもって調整していくのが一番いいだろうと。定数による医師育成の調整が一番いいだろうというようなことを申し上げたのですが、この地域枠の結果はどうだったのか。この数字を見る限り、現行の制度は極めてよろしくないというか、意味がない。意味がないとまで言うては失礼かもしれないけれども、余り効果がないことは間違いない。

ですから、私は地元枠ということはずっと言ってきましたけれども、この地域枠の見直しも全体で考えないといけないし、地元でやった人たちが結局地域医療の役に立つためには、専門医研修が全部必要かどうかは別なのですが、私がずっと言ってきたのは、医師会がしっかりしてくれと言ってきたのです。医師会がきちんとするというのも大事なことです。だと思えますけれども、今後の地域枠がこれでよかったのかということも、後々につながる大きな問題になりますから、議論の対象にしていかなければいけないと思っています。

○遠藤部会長 地域枠に関しては、医師偏在の対策を専門としている部会がありますので、恐らくそちらの議論になる。この委員の中にも、そのメンバーもいらっしゃいますので、ここはあくまでも専門医機構の機能の中での議論という形になります。そういうことだと思います。

いろいろと御意見が出ていますので、機構あるいは学会からも何かコメントがあれば、ぜひ伺いたいと思います。何でも結構でございます。

○寺本参考人 今、地域枠の話が出て、私どもは、地域枠に関してはかなり難しい問題があるというふうに理解しております。1つはいろいろなところの要望の中でも、地域枠の方々はずしも地元で、地域のルールに従っていなくて動いている方もいらっしゃるようになっているので、この辺の問題も1つだと考えておかなければいけないのかなと思っています。今回、私どもは、地域枠に関しては、ある程度専門医機構でもつかまなければいけないということで、登録時に地域枠という登録の画面をつくっておりますので、そういった形で登録していただくことによって、この地域枠の方々ができるように動いていくのかということは、ある程度つかめるようにはなるのではないかと期待しております。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。

そういうことで、地域枠と機構のローテーションの問題は、実は1つこの問題としてはあるという御指摘ですね。

どうぞ。

○宮崎参考人 内科の宮崎でございますけれども、先ほど来の地域ということと同時に、内科としましては、診療間の偏在も重要ではないかと考えております。

資料2-1、私どもは三師調査のこういう分析を余り見たことがなかったものですから、きょう拝見しますと、それまでは内科系に占めた三師調査の割合が大体38%前後だったわけですが、平成30年度の今回の新制度が始まった段階で31%まで減っております。

これは私ども内科の立場からしますと、実感とかなり合っておりまして、若い先生たち

を含めて、内科に進む先生方が減っているのではないかという印象を持っておりましたけれども、今回、この数字を見ることによって、それがどうも正しそうだということを実感したところでございます。

その中で、私どもはシーリングについてかなり遵守しておりまして、東京も、神奈川は3名までぎりぎりでしたけれども、事務局の努力によってかなり調整を行いまして、シーリングの中におさめることができたという状況でございます。他の診療科は超えているところもあるようなので、診療科の偏在ということも含めて御議論いただいたほうがいいのではないかと考えております。

もう一点は、先ほどの内科の減少というのは、学会の立場としても非常にシリアスな問題でございますので、重視しておるのですけれども、今後の日本の国の少子高齢化で、高齢者が非常にふえていくという状況で、1人の患者さんに複数の疾患が同時に併存するということが容易に予測できる。医療の立場からはそういう問題が既に起こっているわけです。がんと心臓病とか、死因の第1位、第2位を占めるような重要な病気が同時に存在するような患者さんが非常にふえているわけです。そのような患者さんのケアができる、少なくとも最初にタッチしてからマネジメントも含めて診療できるという診療科は内科しかないと思うのです。

内科の中のサブスペシャリティーでいろいろありますけれども、総合的にケアするような内科医が非常に重要になる。複数の疾患、これしか診ないという内科医ではなくて、複数の領域にわたる診療能力を持つような者を育成しないといけないということで、今回、内科学会としては、新専門医制度におきましては、総合、ゼネラルな能力を持つような精度をつくったところでございます。我々としてはそういう努力をしているつもりなのですが、一方で、それがなかなかふえていないとか、むしろ減っているということについて大変危惧しておりまして、学会としての努力もしておるのですが、政策的といいますか、そのようなことも含めて御議論いただきたいというのが正直な気持ちでございます。

○遠藤部会長　どうぞ。

○池田参考人　内科のほうからも貴重な御意見を賜りましたので、私は外科のほうから1分だけ頂戴したいと思います。

資料3-3でございます。今回、いわゆる専門研修プログラムの地域貢献率の指標をつくっていただきました。私は非常にきれいなデータが出ていると思います。外科学会でも、東京を例にとりますと、専攻医の数と人口の比、あるいは専攻医の数と手術数。外科学会では全日本の外科の全てのデータをNCDに登録しておりますので、これはきれいに出来ます。その比率、あるいは東京における指導医の数と専攻医の比率。これを出しまして、ただ単に総数ではなくて、どの程度本当に専攻医がその地域の中で貢献しているかということがわかるのですけれども、そうすると、どうも東京は全国平均ぐらいあるのです。これは東京の弁護ではございません。ですから、今回、資料3で出していただいた地域貢献率と我々のデータは、非常にきれいな一致が見られるというふうに解釈しております。

もう一つ、資料3-3の同じページを見させていただきますと、例2のところでは福島県・東京都が1年目、2年目が栃木県、3年目が神奈川県。このようにございますけれども、私どもは印象といたしまして、やはり1年目は東京で、要するに、自分の本籍地でちゃんと鍛えて、2年目、3年目はほかのところで修行させていただく。そういうプログラムというか、カリキュラムをとっているところが非常に多いと思います。

一方、個人レベルでは1年目が終わった段階で3年目はどこに行くかというのは、まだちょっと指定できない。というのは、女医などだと、もしかしたらいろいろなイベントがあるかもしれませんし、その間に結婚するかもしれない。そのときの情勢を見て、この人にはこの県がいいだろう、この人にはこの県がいいだろうというように運用しておりますので、そういうことで、はっきりプログラム開始のときには何々病院と指定できないのですが、必ずそこの地域の病院には送っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何か、釜薙委員、どうぞ。

○釜薙委員 この検討会の発足の経緯を考えますと、29年に専門医機構による新たな専門研修が始まるというときに、29年の段階の準備では、地域の医療が崩壊するほどの医師の異動が起こるのではないかと、特に東京に集中してしまうのではないかとという大きな懸念があって、開始を1年間おくらせて今日に至ったわけですが、そのあたりの状況をしっかり正しいデータをもとにいろいろな立場から検討するという意味で、本検討会があると理解をしております。きょういろいろお示しいただいたデータは、現時点で得られる、いろいろこれまで見たことのないようなデータがいろいろ出てきて、大変成果が出てきているように思うのですが、そもそも専攻医の研修が専攻医自身にとってしっかり実のあるものになって、先々我が国の医療に貢献できるすぐれた医師を育てるということが大きなテーマでありますので、そこを踏み外してはいけないと思います。

一方で、この専攻医の仕組みによって地域の医療にまた大きな影響が出ては困るという立谷市長を初めとする多くの皆様の御懸念にしっかり対応していくという、両方の面を考えなければならないと思います。その中で、立谷市長も先ほどおっしゃったのですけれども、東京から余りあちこちに回るという仕組みが本当によいのかどうかということは、しっかり踏まえないといけないと思います。基本はそれぞれの都道府県の中で、将来必要な医師をしっかりと養成する。そのために地域枠、地元枠を大いに活用してやっていく。この方向はぜひ堅持をしなければいけないと思います。

地域枠の評価については、現時点ではまだ早いと思います。いろいろ運用上の問題も、先日も指摘されていて、地域枠、地元枠がしっかりと機能できるような体制を確保した上で少しやってみて、評価をするということが必要だろうと思いますが、現時点の予想としては、地域枠、地元枠はそれぞれの都道府県で必要な医師を養成する仕組みとしては、私は大事な柱になるものだろうと思っております。

その中で、きょうは地域貢献率が出ましたけれども、プログラムであちこち回していくということも必要なのですが、それが専攻医がしっかり研修をする上で役立つ仕組みにならないといけないので、地方を回ることが先にあって、研修がおろそかにされてしまうようなことがあってはいけないと思うのです。いろいろ研修の指導をしておられる医師の方と個々にお話をすると、むしろしっかり、じっくり腰を落ちつけてやってもらったほうが良いという、余りあちこちぐるぐる回るというシステムがいいかどうかということについては、反対の意見もあります。その中で、地域の医療をしっかりと守りながらやっていくという両方のバランスが非常に大事なのだらうなと強く感じる次第です。

今後の方向としては、しっかりデータを踏まえて検討していく必要がありますが、私が期待しているのは、平成16年に臨床研修の制度が導入される前後でどのように診療科の変動が起こったのかということまでしっかりと見ていく必要があると思いますが、その結果、やはり診療科の偏在は進んだと思いますし、今回の30年からの専攻医の仕組みが導入されたことによって、東京に医師が集まったということも動かせない事実だろうと思っています。そのあたりもしっかりデータを精査しながら、地域の医療を壊さない形で研修の実を上げていく。その大変微妙なバランスをとっていく必要があるのだらうなと感じる次第です。

感想というか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。

ほかに何かございますか。

片岡委員、どうぞ。

○片岡委員 ありがとうございます。少し、先ほどの御意見と重なるところもあるのですが、今回、非常に重要なデータをお示しいただきまして、ありがとうございました。

確かに平成28年と比べると、地域枠による増加分が必ずしも地域に定着していないという流れはあるようです。ただ、やはり大切なのは3年後より、例えば医師が3年後でどうかということだけではなくて、長い目で見て地域医療へ貢献する医師をどう育てるかということが大事だと思います。

一方で、実際に地域枠の卒業生あるいは地域枠の学生と接していると、地域に貢献したいという思いはすごくあるのだけれども、どうしても自分が目指す専門分野のプログラムの求めるものと、地域への貢献というところがうまく合致せず、そのために地域枠の義務を断念せざるを得ないというケースもあるので、それは非常にもったいないことだと思いますし、最終的に地域に貢献するということを果たすために、各専門医プログラムあるいは機構に、地域枠についての理解と、あるいはカリキュラム制を含む、それも含んでいいと思うのですが、柔軟な対応をお願いしたいと思います。また、地域枠に関するデータは、各大学がそういったデータをもっと、今も集積が進んでいると思うのですが、そこも精緻にフォローアップを行っていくべきかなと思います。

先ほどもありましたように、制度の是非を今、評価するというよりは、どのように運用

してよりよいものにしていくかということが非常に大事なのではないかと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。

立谷委員。

○立谷委員 私は、先ほどから発言をされていて違和感を覚えているのですが、地域貢献率という言い方は適切ではないと思います。これは地域出向率ですね。貢献しているかどうかは、私は先ほど地域医療協議会の話をしましたけれども、仲よしグループの仲よし病院の中で動いているだけで、それが果たして地域医療に、例えば福島県の地域医療にプラスになっているという保証はないと思います。ですから、貢献率というのは、ちょっと物事をきれいに書き過ぎではないかという気がします。

それから、これは福島県の実例ですが、福島県内の私立の浜通りの病院です。原発で大変な思いをしました。原発事故がある前からなのですが、東京の大学病院から医師の派遣をいただいているところが数カ所あります。日当が極めて高い。したがって、赤字の原因になってしまう。ですから、やはり地域の中で回す仕組みを考えないと、病院経営が立ち行かなくなったときに、その住民が大変な思いをするのですね。これはくれぐれも私は申し上げたいと思うのですが、医者をやるからいいという問題ではなくて、医者が必要なところに行かないといけない。必要なところに行って、医師をある意味で獲得した病院が地域医療に適切に貢献できないといけない。その病院がしっかりと継続するということが地域にとって極めて大きな問題です。

そういう経営のところで、将来心配している事案が幾つかございますので、そんなことも含めて考えていかなければいけない問題なので、これは先ほど言ったことになりましたが、医事課長さんにぜひお願いしたいと思います。これは私からの要望です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山内委員、どうぞ。

○山内委員 今の立谷委員の御意見はもっともだと思うのですけれども、先ほど、今、地域医療対策協議会のところに意見を言えるようにとか、本当に実際に地域で何が足りなくて何が必要なのかということは、地域の方々が一番よくわかっていると思うのです。

おっしゃるように、専攻医をただ地域に放出するだけで、それでその地域の貢献になるのかどうかということは地域ごとに違うと思うのです。診療科の偏在も、今、東京都に本当に、これから大阪万博もあれば大阪にも人口が集中し、その周りの都道府県の人口がどのように変わっていくかということも、かなりこれからドラスティックに変わってくると思うのです。そういった意味で、その地域で本当に若い女性がいて、産婦人科医が必要なのか、いるのか、いないのか。それとも、高齢の方がいて、内科の医師が必要で、内科の医師でもベテランの医師が必要なのか、その医師は交通事故が多くて外科の手術が多いから、ばりばり外科の手術を手伝ってくれる専攻医が欲しいのかとか、そういった細かい地

域のニーズをこれから落とし込んでいくことができるようになったと思うのです。

ですから、地域医療対策協議会の中で具体的に協議を、きちんとその方向性を見せていただくことで、それで専攻医のみならず、本当に必要な人材をうまくマッチングしていくという必要があると思っています。

その中で、今、言ったように、このまま野放しにしていくと、先生がおっしゃるように、やはりインセンティブがお金ということになってしまうと、これから今の医師のマッチングをやっている業者のようなところが出てきて、地域医療の必要なところに高いお金をつり上げて、間のマージンを取って医師を派遣するようなビジネスがどんどん起こってきてしまうと思うので、そうなる前に、国がウオッチングしている間に、きちんと地域医療対策協議会と、現場といろいろなところのやりとりをもっときちんと進めていく。地域医療協議会のほうでも、本当に現場でどういう人が何人ぐらい、どういう医者が欲しいのかということ、診療科の偏在もそこにはかかわってくると思いますので、きちんと示していただくような流れをぜひリーダーシップをとって出していただければとも思っております。

○立谷委員 いいですか。実例を言います。

今、私は市長をしておりますが、公立相馬病院という公的病院の管理者なのです。その人工透析がピンチです。人工透析の医者がふかふかになっていまして、いつ離脱するかわからないのです。これが福島県の災害に遭いましたから、災害に遭った相馬地方の極めて大きな問題なのです。相馬の人工透析の患者は仙台に行ったり、遠くに行って相当危険な思いをしてやっている。何とかしなければいけない。県の命題、相馬市長の命題でもあるのですね。

地域医療協議会でその力があれば、地域医療協議会にお願いしたいと思うのですが、力がないから、いろいろ人づてで探しているけれども、なかなか見つからない。人工透析の患者、だから、留守番でいいのだったら、私は市長をやめてその留守番をやろうかと思うぐらい、そのぐらい切羽詰まっています。

もし東京の大学病院で、我々のところに地域医療協議会のリクエストを聞いて、泌尿器科でもいいですし、腎臓内科でもいいし、福島医大の泌尿器科の教授がもう透析は私はやらないと言ったところに始まるのですが、そういうことがあると、だっとおかしくなってしまうのです。そのときに東京都との連携があってもいいかもしれない。そういうときこそあってもいいかもしれない。だけれども、それは誰が仕切るのか。地域医療協議会と東京に大学病院はいっぱいありますから、間に立つのは誰なのか。それが業者であってはいけないのですよ。これは絶対いけないのです。だけれども、それはどうなのかという問題ですね。私は、地域医療協議会と専門医機構の間の話を、そんなことを言ったって、地域医療協議会などは全く力がないではないかと言ってきたのはそういうことなのです。

これは医事課長と医政局長とで考えてください。それがもし機構ができるのだったら大したものだと思いますけれども、絶対にできないと思います。東京の一極集中を困っていると言っているのは、こういうことが起きるから困るわけです。それを東京が何とかして

あげましょう、何とかしましょうというのであれば相当知恵を回さないといけないですね。

それから、内科の先生、外科の先生がいらっしゃるけれども、ぜひ頑張ってください。我々は田舎の病院をやっている、私はいろいろなところから相談を受けますけれども、当直医がないのです。当直医ができるのは内科の医者と外科の医者なのです。ゼネラリストなのです。眼科の先生に当直をしろと言ったって難しいのです。みんな断ってしまうだけですから、そうすると、地域医療が成り立たない。

一番ありがたいのは、困ったときに診てくれる医者なのです。夜でも、夜中でも、何とか診てくれる医者なのです。それはやはり内科と外科の先生が一番だということ。ここはぜひ門戸を広げて、どんどん外科の専門医、内科の専門医をつくってもらいたいと思います。総合診療専門医にこだわるのは、私は反対してきたのですけれども、内科認定医でも結構ですから、地域医療の立場からしたら、ぜひこの2つのグループには頑張っていたきたいなど、ちょっとこれは発言でしかないのですけれども、厚労省にはそういうことをお願いします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

大体御意見はよろしゅうございますか。結局地域偏在の問題をどうするかということでございますけれども、この部会はあくまでも研修部会でございますので、わずか3年間の専攻生をどうするかという議題でありますから、これをもって地域偏在議論をどこまでできるかというのは大変難しいことではあります。関係も多少はしていますけれどもね。そういうことでありますが、強いお気持ちは理解できました。

それから、さまざまな御意見が出ました。シーリングの問題もあるし、プログラムのローテーションの問題をどうするかとか、地域医療協議会との関係をどうするか。重要な御指摘をいただいております。これは機構のプログラムを考えていく上で必要なものもあったと思いますので、そのあたりはこれから御議論をしていただくということでさせていただきたいと思います。

いずれにしても、新しい制度ですので、それに伴う変化をちゃんとエビデンスで追っていく必要があるということでは、かなり共通していたと思いますので、これは機構と事務局あるいは学会にもお願いしたいと思うのですけれども、できるだけこれに資するような、この制度を導入したことによって、どのような変化が起きたかという視点からわかるようなデータがあれば整理をしていただいて、また皆さんに見ていただくことにさせていただければと思います。

この議題は非常に重要な議題であったので、大変活発な御議論をいただきました。これぐらいにさせていただきたいと思います。

あとは残りました1つの議題が広告のことでございます。資料5「日本専門医機構の基本領域専門医の広告について」、これも新しい制度の上では非常に重要な課題でございます。これについて事務局から、まずは資料の説明をお願いします。

○加藤企画調整専門官 事務局より、資料5「日本専門医機構認定の基本領域専門医の広

告について」の御説明をさせていただきたいと思います。

2 ページ目をごらんください。平成25年に専門医のあり方検討会が開催されておりまして、現在の専門医機構をもとにする新専門医制度について議論がされておりました。新たな仕組みの概要をごらんいただきたいと思いますが、中立的な第三者機関、専門医機構のもとになる考え方が示されており、データベースの構築などに関しても、このころより議論されております。

総合診療専門医に関してもこういった記載がございますけれども、次の3ページをごらんいただきますが、赤枠で囲ってございますとおり「広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする」と、専門医のあり方検討会ではこのようにまとめさせていただいておりました。一旦専門医機構がプログラムを開設するまで、こういった議論に関しては特に扱われておりませんが、次のページをごらんいただけますでしょうか。

専門医の広告に関する方針（案）ということで、事務局より提案させていただいております。1 ポツになりますけれども、今、御紹介させていただきましたとおり、専門医のあり方検討会で「第三者機関が認定する専門医を広告可能とする」とまとめられておりましたが、2 ポツ目にごございますとおり、既に平成30年度のプログラムの運用が開始されておりますし、また、学会の専門医の機構による更新が開始されておりまして、日本専門医機構が定める19基本領域のみについて「日本専門医機構認定〇〇専門医」という広告ができるよう、医療広告の規制などを検討する「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」において、検討を開始してはどうかということで、方針を1つ御提案させていただきます。

また、3 ポツ目にごございますとおり、現在もプログラム整備基準などが議論されておりますサブスペシャリティー領域の広告に関しては、日本専門医機構が十分に制度を整えた後に、本部会でも改めてその広告については議論するというので、今回、御提案させていただきますのは、あくまで19基本領域のみということで、検討の開始について御提案させていただきたいと思います。

説明は以上になります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局からこのような意見が出ておりますが、山内委員、牧野委員。

○山内委員 この広告のことに関して、関連して出てくる話題が、専門医の更新に関してなのです。こちらの会でも何度か申し上げていると思うのですが、専門医の制度の参考資料3、皆さんのお手元にあります「専門医制度新整備指針」の21ページをあけていただきますと、3 のところで専門医の更新に「学術業績・診療以外の活動実績」というものが挙げられているのですね。

これに関しては、今後、学会や専門医機構のほうで具体的にはやっていくと思うのですが、私自身は、今の資料5に挙げられていたような最初の専門医を、それぞれの診

療領域における適切な教育を受けて十分な知識、経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師と定義するのであるならば、この更新、まず、専攻医をとるときに学会発表の経験とか論文の経験は必要なのではないかという御意見がいろいろとあって、専攻医をとるときには、それはいいと思うのですが、その後の更新においても、この学術業績や診療以外の活動実績が要求されると、先ほど来地域医療のことを言われていますけれども、専攻医をとるときは東京の大学とか東京で頑張ろうと、頑張っただけで、そして、地域の病院でとにかく患者さんを診て必死になってやってきて、休みもとれない、学会に行く時間もとれないというような先生方が、更新ができないような現状が起きてくると思うのです。

そういった意味から、更新をするためにも、やはり大学とかにいなければいけないというようなことが起こってくることを非常に懸念しております。実際に、私はAmerican Board Of SurgeryのRecertification、更新を2～3年前にとりましたけれども、アメリカのほうでは、そういったボードといういわゆる専門医は、診療の実績、あとは診療にかかわる知識のeラーニングをして、CMEのクレジットをとることができます。私が一緒に試験を受けた先生は、もう発展途上国、医者がない南の島に行って医師をやっているアメリカ人の先生でした。そういう先生もインターネットでBoard Of Surgeryがつくる問題集をやりながら、ある程度の点数をとることによってクレジットがとれ、それに関する試験を受けることによって再更新ができ、また、安心、信頼できる外科医としてそういったところに戻ることができるというシステムになっています。

ですから、これは学会と専門医機構が分かれることで、アカデミアとそういう診療の担保をする医師の認定の、そこが分かれるということの目的から始まっていると私は理解しておりますので、更新に関してはもう一度考えていただきたいと思っています。

その上で、今回、広告を、学会が認定する更新をした人を専門医機構の専門医として認定するということになる、現段階の学会の更新の認定は、当然学会独自でありますので、学会への参加とか、学会での座長とか、論文とかいうものが出てきています。それと専門医での認定というものの更新の認定が、いつの間にかそれを一緒にすることによってシームレスになってしまうことも懸念をしておりますので、そのあたりをしっかりと切り分けて考えていただければと思っています。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

広告の話というよりも、むしろ地域偏在とも関連したような話で、更新のあり方について適切に考えると、従来山内先生が御指摘されている内容だということですね。

それに関連して、まずは機構から御意見、あるいはもしあれば学会からも、どうぞ。

○寺本参考人 非常に重要な問題で、ただいま専門医機構のほうでも、認定・更新検討委員会のほうで、今まで考えてきた更新条件を、さらにもうちょっときちんとした形でしていこうということで、更新の議論をもう一回しております。先生のおっしゃっているようなeラーニングに関しては、当然これは認めていかなければならないわけで、それも1つ

の条項として、もちろん補足で加えてございますが、そういったことも考えてはいます。

したがって、eラーニングをどういう形で構築していくかという問題もございます。特に共通講習みたいな形である程度皆さんがどこでも使えるようなものに関しては、ぜひとも私はeラーニングの構築をするべきだと思っておりますので、もう少し私たちのほうの機構でも、機構独自のものとしてeラーニングをつくれれば、そのようにしていきたいと思っておりますので、更新に関しては、もうちょっとこれから考えなければいけない問題が残っているかと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

学会、お願いします。

○宮崎参考人 内科学会の現状についてちょっとお話しさせていただきますと、先ほど寺本先生が言われましたけれども、eラーニングと同時に、eテストングといって、5年間に1回試験を受けることを要求しています。これは専攻医の更新に際して、5年間で質が落ちてはいけないわけですので、患者さんが安心してできる専門医を維持するという立場からは、定期的なチェックは必要であって、それは単に、ややもするとクレジットも必要なのですけれども、テストをするということも一つの安心につながるのではないかなという趣旨になってございます。更新そのものは、しかしながら、必須項目はそれで、やはり基本的にはクレジット方式で、更新の点数を獲得することによって、50点だったと思いますけれども、更新していくという制度でございます。

その中に幾つかの選択肢がございまして、教育セミナーの受講であるとか、論文とか学会発表というのも点数のカウントの一つとしてございます。しかし、必須項目ではございません。ですので、今、山内先生が言われたように、地域において東京都からそういうセミナーになかなか行けないような人、こういう人々に対する内科学会の配慮としては、eラーニングもそうですし、eテストングもそうですし、特定のものを必須化するものはさほど、テストングだけであるということで、選べるということが、単位を獲得するために選択できるという制度にしてございます。

そうすることによって、それぞれの更新が必要な先生方がしやすいようにする。しかしながら、質は担保しないとイケない。この2つの相反する両面を維持するための制度というようにしてございます。恐らく専門医機構の中では、それをさらに広げようという御趣旨だったのではないかと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、外科領域で池田参考人、お願いします。

○池田参考人 逆に先生の専門上、私が申し上げることは釈迦に説法になってしまうかもしれませんが、やはり研修の便宜はキーワードの一つでございまして、きちんとしたeラーニングの構築、あるいは学会の活動が得意な先生もございまして、症例をたくさん手術されることが得意な先生もございまして、いろいろな個性の組み合わせできちんと更新ができるように、そのような仕組みは考えているつもりでございまして、またど

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す。

お待たせしました。牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 牧野です。私は2点あります。

まず、1つは今の更新のことに関連して、いろいろな意見が出てきたので、eラーニング等は必須だと思います。といいますのは、実は、私は北海道にいて、脳外科の専門医を持っています。それを更新するために、ことしいろいろとやりました。学会以上に学会にいる時間が長くなりました。それは、そこで専門領域研修というものを受けてはいけなからで、この事実は、実は地域医療にとって大きな問題です。地方にいて、そして、学会の参加に長い日数を割けない医者にとっては、もはや学会に出られなければ更新ができない。では、更新を諦めるのか、それとも、都会に行くのか。そういった選択を迫られる。ですから、これは実際に専攻医が来る、来ないの問題以上に、指導医が地方からいなくなるという重大な事態をはらんでいます。

ですから、学会出席に多くの日数を費やさなくても済むような制度設計が、一部の学会だけではなくて全ての学会で同じように運営されるということが必須だと思います。これがまず、第1点です。

次に、広告の件です。これを30年度から検討を開始しようということですが、これに関しては、私は反対です。といいますのは、例えば脳外科学会の例をとりますと、5つのグループに分けて、その5分の1ずつが毎年更新できる。専門医機構の専門医になっていける。ですから、1年たったら全体の20%が専門医機構の専門医、残りの80%は学会認定の専門医になるのです。専門医機構認定の20%だけが広告をできて、それ以外が広告できない。その両者に医師として、それぞれの専門医としてどれだけの実力の差、質の差があるのか。これを国民目線で説明できないと思います。

まして今後3年たって、専攻医が学会認定の専門医になりました。そのときに自分の指導医はまだ学会認定の専門医ではありません。ですから、新たな若い人だけが広告できる。これは国民から見たら絶対に納得できない状況だと思います。そういう理由で反対です。

○遠藤部会長 牧野委員、これは多少誤解もあったかなと思いますので、事務局から現在の広告の制度と新しい機構の広告との関係について少し整理をしてください。

○堀岡医師養成等企画調整室長 御説明が足りず申しわけございません。

先生の誤解でございまして、ここで言っているのは、今でも日本脳神経外科学会専門医というものは広告できます。学会認定の専門医は直ちに広告をできなくして、日本専門医機構だけの広告をできるようにするというのではなくて、日本専門医機構認定専門医も広告できるようにするということの検討の開始でございまして、そこだけはちょっと誤解でございまして。

○遠藤部会長 つまり、現状は、学会認定は広告できるわけですがけれども、専門医機構認定は広告できない状態になっていますので、それを学会と同じように広告可能にしようか

どうかという議論なのです。

○牧野委員　そういうことですか。わかりました。

○遠藤部会長　失礼しました。事務局の説明が少し足りなかったかと思います。

立谷委員。

○立谷委員　私は、まだこの議論は時期尚早だと思っている。ずっといろいろな議論をしてきましたが、カリキュラム制のことだってまだ生煮えですね。eラーニングのことについてもさんざん言われてきているけれども、まだ専門医機構にそれだけの力はないと思っている。ですから、これは専門医機構が専門医でございますという看板をかけるほど市民権を持っていないと私は思います。こうやって議論している中で、私は、それほどの力はないと思っている。時期尚早だというのが私の率直な考えです。

もう一つ、総合診療専門医というのは、こんなものはおかしなものだと私はずっと言ってきました。何となれば、総合診療をうんとできる人がいたら認めてやればいいではないかという話もあるのですが、私は医師免許に松竹梅をつくってはいけなく思っているのです。総合診療専門医などというのは、松竹梅をつくる以外の何物でもないと思います。そういう技術がある人を認めるのは構わないけれども、そこまでして、あれはたしかゼネラルな医者をするのか。では、総合診療専門医というものをつくれればいいではないか。そのぐらいの話だったはずなのですが、そういうところで、今、この段階で広告の話をしたらいいのではないかとか、認めたらいいのではないかとというのは、私は時期尚早なのではないかと思えます。

以上、御意見です。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

今村参考人、どうぞ。

○今村参考人　機構の立場で、今の立谷先生に対して御理解をいただきたいということも含めてお話ししたいと思いますけれども、機構の脆弱性についての御指摘はそのとおりだと思っております。私どもも、しっかりとして信頼される組織になっていかなければいけないということに、本当に努力しなければいけないと思っておりますけれども、これは、実は表裏一体の関係にあって、広告ができるような専門医をつくっていくのだということが、機構をよりしっかりさせていかなければいけないという我々に対する強いプレッシャーにもなります。

それに今、プログラムに入られている若い専攻医の方たちが、では、3年なり経って専門医資格を取得したところで、自分たちは専門医として広告できないのかということになることは、非常に不安をあおって、逆に若い方たちの意欲をそいでしまうおそれもありますし、あくまでも今回の提案というのは、検討をし始めるということを言っているのであって、今すぐ専門医機構の専門医を広告するということを言っているわけではないと私は理解しています。これは1年、2年という期間が必要な話になるかもしれないと思いますので、今から始めて、今の専攻医になられた方たちが修了したところに、それが広告できる

ような体制をとっておくということをしていただきたい。そういう思いでこれは多分、出していると思えますし、私ども専門医機構もそれに応えられるような組織になるように努力をしていきたいという意味で、これはお願いですけれども、ぜひ御理解をいただければありが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。機構からの御意見ということでありました。したがって、広告がもしできないということになりますと、現在、1年生で入っている専攻医の方が、専門医になった段階では、それが広告できない専門医という形になって、既存の学会の専門医はそのまま広告できるということになると、この新しい仕組みの専門医は、どれだけの人が今後、受けることになるのかという問題もあるわけです。これだけ大きな仕組みをつくっていてどうなるかという議論もあるわけですね。ただ、立谷委員がおっしゃるように、まだまだ不完全なところがあるので、そこら辺はしっかりするべきだということだと思います。

ここで書かれているのは、今村参考人がおっしゃったように、広告のことを検討する検討会が厚労省の中にあるらしいので、そこで検討を開始したらどうかという案でございますので、本日お諮りするのには、ここで検討を開始することをお認めいただけるかどうかということでございますけれども、いかがでございますでしょうか。

○立谷委員 私は反対です。

○遠藤部会長 反対ですか。検討にも値しない。

○立谷委員 値しない。先ほど言った更新のこととか、eラーニングとか、今まで課題がいっぱいあるのです。そういうことをクリアしてからでいいと思います。

○遠藤部会長 そうすると、タイミング的には、今、1年生がいるわけですから、3年後には出てくるわけですね。対応は可能ですか。

事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 さまざまな御指摘をいただきましたので、そういった問題点、また、立谷市長が御指摘のカリキュラム制についても、参考資料6でお答えしているとおり、各学会から前向きに検討いただけるというお答えを、全学会からいただいておりますので、そういったものを踏まえて、またこの部会でも出し直させていただきたいと考えます。

○遠藤部会長 医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 補足でございます。

こちらでの検討も当然課題が残っているということだと思います。ただし、広告の検討会のほうでも、こういうことで今後、議論が起きてきますよというような御紹介はさせていただきたいと思っております。そういう意味では、こちらでの議論や課題が、当然進捗を見ながら最終的にどう判断するかというところはあると思うのですが、いずれにしても、こういう課題について、今後、広告で位置づけることについて議論を始めるということ、どの時点で決定するかはありますが、いずれにしても、今後議論が、こういう

ものが起こり得るということについては、できれば検討会で御紹介をさせていただきたいと思えます。

必ずしもそれを必ずするというお約束ということではなくて、いろいろな宿題が残っているということを前提に御紹介をさせていただくということは、できればさせていただきたいと思えます。

○遠藤部会長 私もそう思えます。あくまでも検討をするということは、基本的に多くの人と議論をして一つのを決めていく民主的な決定プロセスでありますので、結果がどうなるかはともかくとしまして、検討を開始するということはやるべきではないかと私は思えますけれども、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、そういう形で検討を開始させていただきたいと思えます。

○羽鳥委員 整形外科学会が御自分の学会の専門医を機構の専門医に切りかえることを進めているということもあるので、次の部会の際に、整形外科学会理事長に参考人としてきていただき、実際を示してもらいましょう。整形外科学会専門医の方が学会専門医を辞めて、機構専門医を名乗る方達も出て来ているので、どうやって救うかも少し考えていただきたいと思えます。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○佐々木医事課長 今の点もありますけれども、さまざまな、この専門部会で議論していただくこともまだ残っているということは理解しております。また部会長と御相談しながら、どういう形でヒアリングをするかということは御相談してまいりたいと思えます。

○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 先ほど学会認定の専門医も広告ができるということだったので、考えを変えます。やはり今、このプログラムに乗かって研修を受けている専攻医、これは実際にその後、試験を受けて専門医になるわけですよ。そのときに彼らが不利益をこうむらないような制度設計をしっかりとさせていただきたい。その意味で、広告の議論はスタートしていいと思えます。

○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たいと思えます。

広告に関しては、ほかに御意見はございますか。大体よろしゅうございますか。ありがとうございます。

あと、議題に「2. その他」がございますけれども、何かあればどうぞ。

野木委員、どうぞ。

○野木委員 話がちょっと戻るようなのですが、専門医の更新の話在先ほどちょっとされていたと思うのですが、これは広告とも関係するのかもしれませんが、うちは精神科病院ですね。内科の先生、外科の先生、専門医の先生方に来てくださいますと言ってもほとんど来てくれません。ほとんどの先生が、精神科病院には行かないという先生が多いので

すね。実際、外科の先生、内科の先生が来てくださるのは、60とか65になってからなのです。そういう先生方も診てくださいというと、外科の先生などはもう現役を退いて、我々の病院に来てくださって、褥瘡の処置とか簡単なナートとか、そういうことをいろいろしてくださる先生が、それで一部に限りますが、もう年齢が75だけれども、私ができることをやってあげるよと言って、結構いろいろな形で外科の先生などがやってくださるのです。それはいわゆる外科という意味を持ってやっておられるわけですが、専門医機構で更新になってきたとき、そういう先生は多分、更新できないと思うのです。

もう75になっておられるとか、そういう先生方を、ずっと外科の専門医でやってこられた先生を、そんな年齢になってから、あなたは更新できませんから専門医ではないですよというふうに、外科のアイデンティティーを崩してしまうというのは、私はいかなものかなという気がしますので、それはまた議論の対象にさせていただければ、やはり年配の先生、ちゃんと臨床をされている先生には、専門医をしてこられた先生には、それは継続的に専門医を持っていただいて、年齢によっても外科医であるというアイデンティティーを持って診療していただきたいと、私は個人的には思っていますので、これは別の話ですが、お願いしたいと思います。

○立谷委員 何でも専門医というのは間違っているよ。

○遠藤部会長 それでは、専門医機構、何かございましたらお願いします。

○寺本参考人 ただいまの問題は非常に重要な問題で、私たちもある年代の方々に、またこういったものを全部もう一回履修してくれというのはなかなか大変な状況が出てくることは承知しております。

今、整備指針の中では、ある一定回数更新が続いた方に関しては、今後、そういったものを全部提出する必要はないという形の書きぶりになっています。ただ、その書きぶりを、私はちょっとこの前も大分見たのですけれども、たしか3回更新とかになって、そうすると、15年ぐらいで更新条件をすべて履修しなくていいような形になってしまう。そうすると、問題ではないかということで、それは例えば30歳でとると、45ぐらいでもうよくなってしまいます。これはおかしいと思っております。今、年齢の問題についてはもう一回、更新検討委員会のほうで議論していただくようお願いしております。でも、ある程度年齢は、どれぐらいの年齢がいいのかということは、なかなか難しい問題ですけれども、その辺はもう一回議論させていただきたいと思っております。その点は御理解いただきたいと思います。

○遠藤部会長 よろしくをお願いします。

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した。

長時間非常に活発な議論になりました。ありがとうございました。

それでは、専門医機構及び事務局にはさまざまな宿題が課せられたわけでありますので、適宜よろしく対応のほどをよろしくお願いいたします。

それでは、本日の部会はこれにて終了したいと思います。事務局から何かございます

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、本日、委員の先生方からも開催のタイミングについて御指摘をいただきましたので、そうした御指摘を踏まえて、追って調整の上、改めて御連絡させていただきます。よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 そういふことですので、皆様どうぞよろしくお願いいたします。

恐らくこれで、よいお年をとるのがいいタイミングかと思えますけれども、長時間どうもありがとうございました。