

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

本日は、先生方には御多忙のところ御出席を賜りまして、まことにありがとうございます。

委員の欠席等についてですが、本日、阿部委員、三日月委員、棚野委員からは、所用により御欠席との連絡をいただいております。

なお、阿部委員の代理として、全国知事会長野県健康福祉部から徳本衛生技監が御出席されております。

また、三日月委員の代理として、滋賀県健康医療福祉部から小林課長が御出席されております。

また、棚野委員の代理として、全国町村会から椎木副会長が御出席されております。

また、牧野委員は少々おくれるという御連絡をいただいております。

また、オブザーバーとして、文部科学省医学教育課から荒木企画官が御参加いただく予定ですが、荒木企画官におかれましてもおくれられるということで、富田様に着席いただいております。

なお、本日は、日本専門医機構より寺本理事長、今村副理事長、兼松副理事長、渡辺サブスペシャルティ領域検討委員会委員長が、また、日本内科学会より宮崎先生、日本外科学会より小寺先生にお越しいただいております。

部会として、本日の審議に参考人として御出席のほど、承認をいただきたいのですが、よろしいでしょうか。

(委員首肯)

○加藤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 皆様、本日もよろしく願いいたします。

それでは、議事に入る前に資料の確認を、事務局、お願いいたします。

○加藤医師養成等企画調整室長 それでは、資料の確認をお願いいたします。

本日も、ペーパーレスを実践していくこととしており、委員、参考人の先生方には、お手元にタブレットを御用意させていただいております。

資料を確認させていただきます。

資料0として、議事次第、座席表をお示ししております。

また、本日御議論いただきます資料1～5まで、参考資料として1～6まで御用意させていただきます。また、本年度の第1回、第2回の資料もフォルダ内におさめておりますので、適宜御確認の上、ふぐあい等ございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、部会長、引き続きよろしく願いいたします。

○遠藤部会長 それでは、議事に入らせていただきます。

本日の議題は、2つございます。第1が「専門医制度整備指針の改訂及びサブスペシャルティ領域専門研修細則（案）について」、議題の2つ目が「連動研修を予定するサブスペシャルティ領域について」、以上の2つでございます。

進め方でございますが、まずは事務局より資料1「これまでのサブスペシャルティ領域専門研修制度についての議論」を説明していただいて、その後、日本専門医機構の寺本参考人より資料2、資料3及び資料4について御説明いただきます。再度、事務局より資料5「議事に関する論点」を説明していただきます。その後、議題1、議題2、それぞれについて議論を進めていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、事務局より説明をお願いいたします。

○佐野主査 それでは、資料1をごらんください。サブスペシャルティ領域に関しましては、本年2月と3月の専門研修部会において御議論いただいたところでございますが、しばらく間が空いておりますので、簡単に議論の振り返りをさせていただきたいと思っております。

まず、2ページ目をごらんください。専門医制度に関しましては、平成25年度のいわゆる高久報告書において、二段階制を基本とすることとされており、日本専門医機構は、サブスペシャルティ領域について、次のページにお示しする23領域を認めており、本年4月より連動研修が開始される予定となっております。

3ページ目が、現在、日本専門医機構が認定している23のサブスペシャルティ領域となっております。内科が15領域、外科が6領域、放射線領域が2領域となっております。

4ページ目となりますが、本部会でサブスペシャルティ領域について取り扱う理由につきまして、サブスペシャルティ領域に関しましては、地域医療提供体制の確保に密接に関連し、また、その先でございます広告を可能とするといった観点から、本審議会でも議論すべきではないかということで取り上げております。2月の部会におきましては、下記の（A）（B）（C）といった領域を認定するのはどうかということで議論が行われております。

具体的な認定の領域に関しましては、5ページ目となりますが、既に日本専門医機構が認定を行っている23領域の中には、より専門性が高く、いわゆる三階建て部分に相当するような領域も存在するのではないかといった御意見をいただいております。

また、6ページ目となりますが、連動研修につきましては、従来でしたら図の中のマル2といったような小規模な連携施設で研修を行う予定のものが、例えばS内科の連動研修を行うとなった場合、S内科の指導医がいないマル2の施設で研修が行えず、地方の連携施設において専攻医が研修を行えないのではないかといった懸念などが示されております。

7ページ目が、前回までにいただいた主な御意見のまとめとなっております。

まず、認定するサブスペ領域につきまして、そもそも機構が認定するサブスペ領域の専門医とは何なのかといった基準が定められないと、議論ができないのではないかといった御意見や、国民が理解できる基準に基づいて整理される必要があるのではないかといった

御意見。具体的な領域に関しましても、技術認定の要素が強い領域と専門医は切り分けるべきではないかといった御意見がございました。

また、2点目の連動研修に関しましても、基本領域の診察ができることを担保できるようにすべきであったり、偏在対策を無効にしないような留意が必要であるといった御指摘をいただいております。

最後に、3点目の事項ですけれども、そもそも各疾患をどの専門医が診療し、その医師の数がどの程度必要なのかといった基準も必要ではないかといった御意見をいただいております。

こういった議論を踏まえまして、8ページ目に記載しております3点の事務局提案におきまして、前回、3月の専門研修部会において審議会として御結論をいただき、本年4月から予定されておりました連動研修の開始が見送られたといった経緯がございました。

9ページ目が、本日の議題となりますが、前回までの部会で挙げられた課題が大きく3点ございまして、まず、どのような領域を日本専門医機構のサブスペシャルティ領域とするべきかといった基準に関する点。

2点目が、具体的に認定する領域について。

3点目が、サブスペ領域の専門医の数の点について挙げられております。この3点目の数の問題に関しましては、現在、専門医機構の寺本理事長を研究責任者として、厚生労働科学特別研究事業で検討を行っていただいておりますので、今回の部会につきましては、1点目の認定すべき領域の基準に関し、今回、日本専門医機構でサブスペ領域について記載を追加しました整備指針と細則を御作成いただきましたので、御審議をお願いしたいと思います。

また、具体的な領域に関しましても、レビューシートを専門医機構のほうで作成していただきましたので、これに基づき、御審議いただきたいと思います。

最後に、参考となりますが、本審議会でもいただいた御意見につきましては、医師法16条の8に基づき、最終的には地域医療対策協議会の御意見を仰いだ上で、再度、審議会として御結論いただいた上で、厚生労働大臣から日本専門医機構及び各学会へ意見・要請させていただく流れとなっております。

事務局からは、以上となります。

○遠藤部会長 それでは、専門医機構、寺本参考人より資料2の説明をお願いいたします。

○寺本参考人 それでは、今、御説明ございましたように、サブスペシャルティ領域のことを考える上でということで、当機構の整備指針を見直し、さらには、このサブスペシャルティに関する細則をつくるという作業をこれまで進めてまいりました。改訂されたものが資料2にございます。

内容といたしましては、資料2の3ページ目、新旧表がございますので、ここをごらんいただきたいと思います。

最初に「専門医制度の理念と設計」ということで、基本的には当機構が設立されたもと

となっていますのが、先ほどございましたような、いわゆる高久先生がされた委員会の答申がございましたので、それに基づくということで、このようなことを考えていますが、基本概念といたしましては、これまで非常に多くの学会の専門医制度ができ上がっていて、それが国民にとってわかりにくいのではないかとということから始まったということで、機構の役割としては、それを整理することも重要ですし、それを国民にわかりやすくするというので、一部限定したような形で行っていくということでもあります。

重要なことは、専攻医、専門医の方たちの質が担保されるということと、それが均一性を持った制度で行われるということでもありますので、そういった制度をつくるのが当機構の役割ということでもあります。そういったことが、結果としては国民に信頼される。そして、受診の際に非常にわかりやすいものであるべきであるということでもあります。

ただ、私は、何としても専攻医の方々をお願いしたいのは、これを取った以上、ある意味誇りを持っていただいて、国民に対して信頼される医師になっていただきたいという願望がございます。

それから、このところ2年間拝見しておりますと、専攻医の方、3年目の研修医の方々の95%がこの専門医の取得を目指そうということで登録してくださっています。そういったことを考えますと、専門医機構が地域の医療に関して考えずにはいられないだろうということ。ですから、地域偏在の問題とか診療科偏在の問題といったものをある程度考慮しながら運営していくということも、我々に求められているのではないかとということで、このところの専門医制度の理念ということで、こういった内容にまとめさせていただきました。

1の下の段にございますが、サブスペシャリティ領域についてということで、マル1、マル2、マル3で、サブスペシャリティ領域専門医育成のための専門研修カリキュラム、到達目標、教育方略。一番問題になるのは、専門医の研修施設、指導医、専門医の資格認定・更新。これは早晩起こってくるわけですが、そういったこと等々がここに加えられております。

しかしながら、最後の段にございますように、その詳細はサブスペシャリティ領域の細則に定めるという形にまとめてございますので、そういった内容に整備指針を多少変えさせていただいているということでもあります。

それから、4ページ目の「専門医制度の概要」の(1)専門医の領域についてということで、ここで基本研修の問題とサブスペシャリティというのはどういうふうに定義されるかということが書いてございます。ですから、基本領域に関しましては、既に19領域が定められて現実に動いてございますので、下線が引いてある下から4行目、一方、サブスペシャリティ領域は、基本領域を細分化、あるいは横断することによって形成される診療領域であり、既存の診療科、特定の技能を有する専門診療グループ等として広く国民に受け入れられ、国民の健康福祉に寄与すると認められる領域であるという定義の仕方をさせていただきます。

(2) 専門研修についてでございますが、サブスペシャリティ領域の専門医制度と研修についての詳細は、細則で定めるということでございます。

それから、5ページ目に移っていただきまして、基本的には、このサブスペシャリティに関しては、研修プログラム制、もしくはカリキュラム制という形をとるわけでございますけれども、プログラム制は既に基本領域で記載されておりますが、全体のカリキュラム制に関しては、完全に整備されつつありますけれども、サブスペシャリティに関しては、カリキュラム制で組むところが割に出てくるということもありますので、ここで詳細に規定するというところでございます。

言ってみれば、カリキュラム制というのは、その時々で受けたものを後で加算できるようにするという形になっておりますので、全体像を決めてというよりは、カリキュラムの一部をとっていきながら、最終的にその目標を到達するという流れになる。もちろん、カリキュラム制の中で、同じように義務年限を有するとか、出産・育児・介護等というものもここで再度記載されているということで、研修カリキュラム制について細かく記載させていただいたということでございます。

それから、6ページ目に移りまして、「4. サブスペシャリティ領域専門医制度について」ということで、ここは前にございませんでしたので、サブスペシャリティ領域専門医は、基本領域を細分化、あるいは横断化した特定領域においては基本領域より高度な専門的教育研修を受け、その診療に関してより精通した医師である。一方、サブスペシャリティ領域専門医は、いわゆる「スーパードクター」を示すものではなく、サブスペシャリティ領域に特化した診療のみでなく、同時に基本領域における診療の能力を保持するべきである。サブスペシャリティ領域専門医に関しては、細則に定めるということでございます。

その下の「専門研修カリキュラム」は、先ほども基本的に書かれているところでございますが、特に連動研修の場合には、カリキュラム制でないとなかなか可能でないので、カリキュラム制については、再々述べているところでございます。

そういったことで、整備指針に関しては、それほど大きくいじっているわけではないのですが、サブスペシャリティ領域のことをある程度視野に入れた形で改訂を加えているということでございます。

次が、サブスペシャリティ領域の専門研修細則でございますけれども、ここで8ページ目、サブスペシャリティ領域の認定ということで、ゴシックで書いてある基本領域との連続性や関連性が明確であること、国民にとって受診の目安となるような領域であって、どこに居住していても一定範囲内で診療が受けられる。そして、医療従事者にとっての共通認識が醸成され、専門医同士でも医療連携に役立つということで、i から ix まで、こういった項目に関して、きちんと整備されるべきであるということで、各領域にもこういったものを求めているというのが、この項目でございます。

認定要件も、それに応じた形で、一番重要なのは社会的使命、そして対象となる患者像とその推定患者数、専門医の素養と必要な知識及び技能、現状で該当する社会的役割の有

無。難病指定とかも取り扱っているものが、このサブスペシャリティ領域は多うございますので、そういったものも記載していただく形になってございます。

9 ページ目で「専門研修に関する原則」ということで、研修方略として、以下のことがございます。

連動研修以外のものはプログラム制のところも大分あるわけですがけれども、研修カリキュラム制というのは、ある程度連動研修もできるような形になっておりますけれども、そうでない場合もカリキュラム制はもちろん行えるわけでございます。ゴシックで書いてあるところをごらんいただきたいと思いますが、カリキュラム制は、ややもすると頑張っ、一時にいろいろな症例を入れるということがございますけれども、それは研修として余りよろしくないということで、症例や技術、技能の過剰登録を防ぐため、一定期間に登録できる件数の上限を設ける制度（いわゆるCAP制）を設定するということです。

研修の期間に関しまして、3－4に書いてございますが、原則として3年以上となりますが、カリキュラム制の場合には、研修プログラム制に要する期間より短期間になることは認められない。もちろん、いろいろな理由でカリキュラム制が選ばれるわけでございますから、それがプログラム制より短いということはあってはならないということが、ここには記載されております。

それから、10ページ目に参りますと「専門研修に関する原則」ということで、専攻医受け入れ方針でございますけれども、さまざまな研修方略に基づいて、どのような能力や適性、研修履歴を有する専攻医を求めるのかを明示すべきである。また、専攻医の地域分布に極端な偏りを生じさせないための方策を示さなければならない。例えば、各都道府県にどのぐらいのサブスペシャリティ領域の指導医がいるかということも非常に重要な問題です。そういったことを記載していただくようにしております。

それから、複数の専門領域の研修と資格取得についての特例というものを定めてございます。

「5. 専門研修期間の特例」として、複数のサブスペシャリティ領域の研修についての特例ということで、複数を取ることは一応あるわけですがけれども、例えば基本領域をやっている最中に専門領域のサブスペシャリティを取られることは、2領域にわたるわけですがけれども、いろいろな疾患において、卑近な例で言うと、糖尿病と腎臓というのは、かなり接近した、同じような疾患を診ることがございますので、そういった場合に、複数のサブスペシャリティを取ることはできるのですが、3つ以上というのは、この場合は大分希薄になってくるので、これはいけないということで、複数といっても2つというところを設定しているということでございます。

一応、今回、用意いたしました資料2に関しましては、そんな内容でございます。

資料3、現在、行われている内科と外科、放射線科に関しましては、連動研修というものを予定しておるわけでございますけれども、その領域についてということで、レビューシートは現在、百幾つの学会に対して、こういうものを出してくださいという要求をいた

しまして、そのうちの94ぐらいの返答が来ているわけですが、現在、一番喫緊にやらなければいけない問題として、連動研修を行っている方々のレビューシートについて、ここで御説明させていただきたいと思います。

先ほど御説明ございましたけれども、日本専門医機構が認定している23領域を対象として、今回はレビューシートを精査した。下のほうに、102学会を対象に行って、94から回答があったということがございますけれども、レビューシートをいただいて、その回答を日本専門医機構の事務局において集計を行って、後で触れます審査基準をもとにして専門医機構サブスペシャリティ領域検討委員会の構成員、これは内科、外科、整形外科、救急科、小児科、精神科の先生方が入っておりますけれども、その方による審査を行ったということでもあります。

レビューシートの作成の方法ということで、これは3ページ、専門医像と社会的使命ということで、これらの項目について記載していただく。

それから、基本領域の承認を得ているかどうか。1つの基本領域なのか、それとも二つ三つの領域か、それともかなり広範囲な領域の承認を得るのかということも書いていただく。

それから、サブスペシャリティ領域としての認知ということで、先ほど申しましたように、常勤医による診療科・部門というものがどの程度あるかということとか、専門外来はどうかという話。

それから、教育する上で非常に重要なわけですが、専門医数、学会の総医師数、大学病院にどれぐらい常勤医がいるか、臨床研修病院にどれくらいいらっしゃるか。それから、都道府県でどれぐらい専門医がいるかということも問い合わせるという形になってございます。

そして、専門研修施設数・指導医数についても、数が余り少ないとなかなか難しゅうございますので、どの程度かということ。

それから、専門医制度の安定性というのは、何と云ってもできたばかりというのは非常に困りますので、それもある程度の安定性があるということが必要。

それから、専門研修整備基準は、当然のことでございますけれども、専門研修施設の指定と指導を行う。それから、専門研修施設に偏りが無いこととか、一定以上の症例数が確保されている等々を記載していただくような形になっております。

それから、客観的基準に基づく専門医認定ということで、試験の問題です。どういう試験を行っているかということ。

それと、全体評価というのがレビューシートの形でございます。

4ページに、どういう評価を行ったかという審査基準が記載されております。

それに基づいた形で、資料4をごらんいただきたいと思います。大分時間を要した、かなり作業の要るもので、渡辺委員長、非常に苦勞されたと思いますけれども、各委員の先生方に点数をある程度つけていただいて、客観的な数字として書いてございます。ただ、

この数字だけで走るという問題がございまして、全体像として、どうしても必要だというものがございますので、ある程度の判断の基準として、こんな数字があるということでござらんいただければいいかと思っております。我々の目から見ても、出された学会のかなり多くのところが、それなりの合格点を出しているのではないかというのが私どもの認定した理由でございますので、これが我々で議論している最中でございます。

以上、資料4までの説明を終わらせていただきます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、事務局、資料5をお願いします。

○佐野主査 それでは、資料5をごらんください。

2ページ目となりますが、まず議事1、整備指針と細則に関する論点といたしまして、1点目ですが、平成25年の高久報告書では、専門医制度を二階建てとすることとされておりましたが、前回まで御議論いただきましたように、他のサブスペ領域の修得が前提になる領域や、技術認定の側面が強い領域については、三階建て相当の位置づけとすることも含めて柔軟に検討すべきではないかという点。

2点目の論点といたしまして、今回、細則の中に、認定されたサブスペ領域におきましては、専攻医の受け入れに当たって、専攻医の偏在対策を行うこととする旨の記載がございましたが、そもそも領域を認定する段階で、地域医療提供体制に資することができる領域を専門医機構認定のサブスペ領域として認定するべきではないかといった点。

3点目としまして、こちらは専攻医のためにもなりますが、連動研修におきまして、資料1でお示したように、ローテーションの途中で連携施設に回れなくなるといったことを防ぐために、基本領域のプログラムにおいては、あらかじめそのプログラム内で連動研修が可能なサブスペ領域を示すべきではないかという点などについて、御意見をいただけたらと思います。

次に、3ページ目、議事2については、レビューシートを踏まえまして、日本専門医機構としてのサブスペ領域の認定として、どのように意見することが妥当かという点について、御意見をいただけたらと思います。

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。

ただいま御説明いただきましたが、これから議論に入りたいと思います。

まず、議題は2つありますので、議題1、議題2に分けて議論させていただきたいと思っております。

最初は、議題1「専門医制度整備指針の改訂及びサブスペシャルティ領域専門研修細則（案）について」ですけれども、関連する資料は、日本専門医機構より御説明のありました資料2と、ただいま事務局から説明されました資料5だと思っておりますけれども、この案について、何か御意見ございますでしょうか。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 この細則ですけれども、かなり基本的なところが書き加えられているように見えるのですけれども、これはこれまでやってこられたことを改めて文章化されたのか、それとも話し合った結果、新たな考え方をここにあらわしたということなのか、そのあたりの基本的なことをまず教えていただけますでしょうか。

○遠藤部会長 では、寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 専門機構のほうから御説明させていただきます。

もちろん、今までも大分議論された内容がここには記載されていて、像とか社会的使命といったものに関して、以前からずっとある問題でございますけれども、今回、かなり強調している点は、ここでも議論になったとおりで、地域医療に対して、どれだけの影響があるかということも非常に問題になっておりますので、どの時点でサブスペシャリティを認定するかとか、始めるかということも今回は記載しておりますので、以前と全く同じものをここで示しているわけではなくて、いろいろな議論を踏まえながらお示ししたのがこの内容とお考えいただければと思います。

○遠藤部会長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 というのも、暫定的に23領域というのが既に機構の中で選ばれていて、今回、この細則をつくるに当たって、恐らくそれもあってレビューシートを作成して、改めて検討されたのだと思いますけれども、そういう見直しをされた中で、暫定的な23領域というものの評価を、現在の機構でどういうふうに行われているのかということをお聞きしたかったので、最初に質問させていただきました。

○遠藤部会長 寺本参考人、何かコメントございますか。よろしいですか。

○寺本参考人 現時点で、その評価のところまで全て申し上げることは、今後のいろいろな議論も恐らくあるかと思っておりますので、差し控えたいと思うのですが。ただ、先ほどお示しましたように、レビューシートをごらんいただければ、ある程度点数というのが出ていますので、それなりの評価の高低はあるわけですね。それをどこで、どういうふうにするかというあたりは、今後の検討課題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。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 もう一つ質問がございまして、細則の詳しいことが書いてある中で、今、御説明の中でも、複数の領域が2領域であって、3領域ではないというものも書き込まれているわけですが、これは同じ時期にという意味なのでしょうか。例えば、何年かたってから、もう一つプラスということは認められるということなのでしょうか。

○遠藤部会長 寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 カリキュラム制でやる場合、特に内科系に関して言いますと、J-OSLERという登録システムがございまして、外科系で言うとNCDという登録システムがございまして、ある時期に例えば糖尿病のサブスペシャリティの研修を行った。だけれども、また飛んで、この時期にサブスペシャリティのこの領域を取ったというのをあわせていって、最

最終的に必要とされる研修内容、カリキュラムを全部満たすということが、カリキュラム制の一つのやり方になりますので、一緒にやることもありますけれども、飛び飛びにやっていくということもあり得るだろう。ですから、例えば腎臓を診ているときに糖尿病が中心となった疾患を診ていて、かつ腎臓も診ることもあるだろうというのが、先ほど申し上げた複数という意味です。

○遠藤部会長 山口委員、よろしいですか。はい。

それでは、渡辺参考人はただいまの話に関係しますか。それでは、先に渡辺参考人の御発言をいただきたいと思います。

○渡辺参考人 補足という意味でお話しさせていただきますけれども、細則に関しましては、去年の段階から、本来こういうものを機構は認めるべきだという議論をしております、それに対して、この部会を含めて多数の意見をいただきまして、それを参考にして修正していったとお考えいただければと思います。

もう一つは、23領域になぜ限ったかという話ですが、本来は全ての領域をこのレビューシートでは評価しようとしていたわけです。ところが、連動研修をするという3つの領域に関しては、多くの基本領域の専攻医がサブスペシャリティに移っていく。しかも、従来から連動研修に近いことが行われているというので、しかもこの部会でも23に関してはかなり議論が高まったので、先行して行われたと考えていただければ。

それから、同時研修に関しましては、サブ領域が連動していくときに同時研修は認めないとはっきり書いてございますので、2つの領域が連動の中で同時に始まるということはないということです。あくまでも同時に2つの領域が連動することはないとお考えいただければ。ずれてはあるかもしれません。

以上です。

○遠藤部会長 御説明ありがとうございました。

それでは、牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 牧野です。

このサブスペシャリティ、複数の領域の同時研修は認めないということに関連しての質問になるのですが、仮に23領域を認めたとして、消化器病と肝臓とか消化器内視鏡というものが入っています。これは、症例が結構重なってくると思います。ですから、仮に同時に認めないという、ある時期に消化器の肝臓の研修をしていました。それを消化器病のほうで、その研修は使っていきませんよという縛りが出てくるという意味なのでしょうか。

○遠藤部会長 では、寺本参考人。

○寺本参考人 今、連動研修ということに限って言うと、基本領域の研修を担保しなければならないところがございますので、そこに幾つも一気に重なってくるというのは避けたいということがあります。今、申し上げている複数というのは、そうではない場合に始める。もちろん、基本研修が終わってからやられる場合もあると思いますので、そういった

ときには2つが同時になってもいいだろうということでもあります。ですから、連動研修の間は、2つといっても、基本研修と1つの領域ということになる。

○遠藤部会長 牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 追加で。ということは、連動研修ををするとしても、まず基本領域でやっている間の連動研修、例えば消化器病のサブスペの研修は認めます。だけれども、それ以外の部分は終わってからにしてくださいという考えでよろしいですか。

○寺本参考人 一応、登録としてはそうなるということですが。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにどなたかいらっしゃいますか。

では、立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 私は、基本的なことを申し上げるのだけれども、この目的に社会的な意味、地域医療に対する意味ということが大きくうたわれているのですね。これは、この議論を始めたときからの問題であって、我々市長会としては、プロフェッショナル・オートノミーという言い方に物すごく反発してきたわけです。これは、専門家たちが決めることではなくて、社会性を持って考えなくてはいけないということで、私はこの言い方に非常に不快感があります。今まで申し上げてきたとおりです。国民医療ということを中心に考えるべきだろうということ再度申し上げたい。

そもそも論になるのですが、この議論をしてきて、今まで、例えばシーリングをかけることとか、数の問題ということ議論してきたと思うのですが、もう一つ、私は、カリキュラム、カリキュラムと言ってきたけれども、プログラム研修がベースになっているわけです。それも、現実的には大抵、大学病院なのです。大学病院が専攻医を受け入れる際に、もう一つの見方があっていいと思う。その専攻医は、無給医局員になりはしないですか。国民健康保険じゃなくて、ちゃんと社会保険を持てるのですか、給料は正当に得られるのですかという観点が抜けているような気がします。

ですから、そういった意味では、どこの医局で、どこの大学病院で、何人までという、これはシーリングとまた別な、もっと基本的な考え方になりますけれども、それを抜きにして県全体で議論することだけでいいのだろうかということですね。これが1点。

それから、これは何回も申し上げてきていますけれども、場合によっては、カリキュラム制への移行を認めると書いてある。正当な理由があった場合。ただ、その正当な理由を認めるのは一体誰なのかと考えると、これは機構です。ですから、そこに権限が存在しないかという心配があります。例えば、一つの大学の教室に入って、教授が立派な人だったらいい。これは何回も言ってきたけれども、中にはそうでない人もいるわけだから。それだけじゃなくて、自分の上の指導医に二階建て、三階建てになっているわけですよ。そうすると、専攻医さんというか、初期研修も同じですけども、苦しくて適応障害になる人がどうしても出る。

そういうことを考えた場合、私は、教育を受ける側の立場もよく考えて、柔軟な対応と

いうものを前面に出していかないといけないのではないか。昔の医局制度の中で、逃げ出したやつはいっぱいいましたよ。それはそれで何とか、しっかりほかのところで医者をやっているのですね。ドロップアウトすることが、その若いドクターを潰してしまうような制度であってはいかぬ。そういう人たちをすくい上げることも考えなければいけないし、そういう中で地域医療とのバランスをとることを考えていかないといけないと思います。

御提案ということになりますけれども、このことはぜひ考慮に入れて進めていっ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。

御意見でありましたけれども、今のことに関連して、何かコメントがある方はいらっしゃいますか。

野木委員、どうぞ。

○野木委員 僕も根本的な部分で、立谷先生とちょっと意見は違うのですけれども、よく似ていると思うのですけれどもね。

僕、途中からこの部会に入らせてもらって、機構側に申しわけないですけれども、物すごく違和感がある。基本19領域もそうですし、23領域もそうですけれども、違和感がある。それで連動研修があるという。本来、連動研修になるようなものは基本領域に入るべきだったのではないかという感じもしている。それをこねくり回すために連動研修というのをつくってきて、サブスペも23領域、こういった評価点数が出ていますけれども、23領域ありきで、ほかは評価されていないと言われましたけれども、ほかを評価して、全部見てから23領域はどうか、もう一度見ないといけないと思う。

それから、この23領域の評価についても、誰が、どういう、いわゆる利益相反に関係しているのか、していないのかも含めて考えないと、これは点数が出ましたよ、この点数が正しいですよと言われても、僕は何となく納得できない。ある程度の評価はあるのでしょうけれども、そのあたり、すごくずっと違和感がある。基本領域も含めて、もう一度見直す部分があるのではないかという、蒸し返しになるのですけれども、見ていると基本的な部分で、違和感が僕はすごくあるのですけれどもね。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいまの御意見ですけれども、何か関連してコメントございますか。

それでは、寺本参考人、どうぞ。

○寺本参考人 基本領域で、特に内科というものを考えたときに、例えば内科の循環器とか消化器というところが、もし万が一、基本領域となってしまうと、我々が議論している、消化器しか診ないのではないかという医者になる可能性が非常に強いので、内科という基本があった上で、消化器とか循環器とか。その循環器に関しても、基本的に常に内科という基本領域を考えながら循環器を診ていく医者というものが我々の頭の中にあるので、今、考えている、特に内科に関しましては、どうしてもそういった流れがある。外科に関しま

しても、最初、外科の基本を習った上で、それから各領域に流れていくというのがあるので、私も、ある程度基本を押さえた上で次に進むというのはいいのではないかと。

先生がおっしゃるような形の、例えば今回、レビューシートで点数をつけた。ただ、内々でやっているのではないかと御批判だと思います。確かにそういうところがないわけではないので、我々もある程度市民の声とか国民の声といったものを入れた形にしようかという話もあったわけですが、その中には、精神科の先生とか整形外科の先生とか、それとは関係ない小児科の先生もいらっしゃいますので、そういった目を見たときにどうかということになるわけで、あくまでもこれは指標として出していることなので、今後これをどうするかということは、場合によってはほかの目を見ていただくことも必要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。

それでは、山内委員、お願いします。

○山内委員 今の野木委員の意見に対して、2点あって、1点は、今、寺本参考人がおっしゃっていただきましたように、基本領域は基本領域で、内科・外科の大きなベースを勉強してもらうというコンセプトから、専門医という発想が出てきたこともありますので、それに関しては、今、寺本参考人がお答えになったことで、私も全くそう思っております。

ただ、野木委員がおっしゃったように、あと、寺本参考人もおっしゃっていただきましたように、既にほかにも94学会がサブスペとして手を挙げられているという現状があって、専門医という制度ができたときに、国民にわかりやすいということが目的の一つでありますので、寺本参考人もおっしゃっていただきましたように、乱立は避けるべきというのはこの皆さんの合意だと思います。

今回、23の先生方やほかの先生方も、各学会の専門研修委員の先生方が非常に御苦労されて準備されていることはよくわかっております。サブスペもとても大切なことはわかっておりますけれども、今、ここで基準を決めることが、これから残りの94学会もサブスペとして認めようということになってしまったら、結局、もとに戻ってしまって、学会が独自でやっている認定制度に戻ってしまうようなことがあります。

あと、私が懸念しているのは、診療の現場では、国が認めた、学会独自でやる専門医とか、学会が独自でやる専門医という言葉を使わなくても、それは今回専門医機構に認められなくても、認定医制度が残っていていいと思います。ただ、国が認める専門医制度として、標榜とか国民にわかりやすいということがありますので、そういったものが乱立してしまうことで、ただでさえ一般内科とか総合診療医のプライマリーケアという統括する人材が非常に少ない日本の医療の現状で、アメリカとかではプライマリーケア医がまず門番的に統括してくれています。

ですから、例えば心臓の先生と、消化器でも消化器の先生と肝臓の先生が、肝臓はこうだから、いや、消化管がこうだからということで、お互いのコミュニケーションがとれなかったりするときでも、それを統括するプライマリーケア医とか総合診療医というものが

きちんとした役割をなしている医療体制の場合と、日本では、まだまだそこをこれから構築していかなければいけない。ちょっと長くなりましたが、そういった中で私が心配しているのは、サブスペの乱立によって、診療科同士のコミュニケーションがとれなくなって、患者さんに対する医療提供体制の安全性が保たれなくなるということも、私どもは注意しなければいけないと思っております。

そういう点で、今回、機構が本当に御苦労されて、いろいろな意見を集めて、23領域、出してきてくださったのですけれども、94の中で今後どうなっていくのか。本当に乱立は避けるべきですので、今の見通しとして、94全部お認めになるつもりなのか、それとも94、レビューを始めていって、線引きは23の基準を決めること、23領域を認める基準で選別できる、これからしていけるような見通しがあるのかということ、まずお聞きしたいと思いました。

○遠藤部会長　いかがでしょう。

では、渡辺参考人、お願いします。

○渡辺参考人　今の乱立というお話、94学会というのは、手を挙げた学会・領域専門であって、それを全部認めることはないということ。それで、23領域に当てはめた原則を、もし認めていただければ、基本的には残りのものにも適用しよう。内科と外科と放射線科だけがサブスペを持っているというのは、おかしな話、不公平でもありますので。

なぜ23を最初にやったかと言いますと、1つは、この基本領域は多分七、八割の方が、ゼネラルをやらないという意味じゃないですが、少なくともサブスペも何らかの研修を受ける方がいらっしゃるということで、時間的なことを考えてもということで、昔から連動に近いことをやっていたということがあって、昔やっていたから正しいとは申し上げませんが、とりあえず、最初23をやって御審議いただいている。

それから、残りのものに関しても、レビューシートのデータを我々は持っております。ここでは、幾つということが言える状況では全くないのですが、見ておまして、そんなに委員が御心配なさるような形で、そのうちの大半を認めるという状況にはない。それはあり得ないと、内容を読みまして、思っております。

もう一つ追加で、先ほどの委員のお話がありましたけれども、始まってしまって、見直しはどうするのかということがあったと思います。それに関しましては、細則の13ページになると思いますけれども、3年でとりあえず見直す。とにかく3年間、やってみましょう。それで改廃する。これは、もちろん部会の御意見と厚労省の御意見、それから医師会等々の団体の御意見等々を聞いて変えていくということで、とりあえず出発して、3年後に見直すということなので、未来永劫、このまま進んでいくということではないとお考えいただければと思います。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

では、立谷委員、どうぞ。

○立谷委員　私、見直しというのは、現実的じゃないと思います。一旦認定してしまった

ら、それを引っ込めることはできないですよ。ふえていくだけだと思います。

○渡辺参考人 認定を見直すのではなくて、アウトカムを見て、この制度自体の修正をする。

○立谷委員 今の議論として、ふえ過ぎていくのではないかという懸念があるのです。大体、内科と外科、アンバランスです。だけれども、現実的にはなれ親しんでいる部分があるのだけれども、それにしても、外科が6つで内科が15、出てきたわけです。アンバランス感は否めないです。これがどんどんふえていったらどうなるのかという国民的な疑念というか、心配があるわけです。

もう一つは、同時に標榜できるという現実も出てくると思います。今、いっぱい書いている人、いっぱいいますから。それが果たして不適切なのかという議論になると、最初の議論に戻ってしまうと思います。標榜できるのは幾つまでなのかということになると、個人の資質の問題にもなってくる。だから、なかなか大変なことだと思います。今までは、割と皆さん、勉強したら、それを専門と言えたところがあったのですが、それはそれで、ある意味で国民のニーズに答えていた部分はあったと思います。それを規定していくというのは、相当な議論が必要だろうなという気はします。

○遠藤部会長 では、山口委員、関連ですか。

○山口委員 今の流れの中で。

○遠藤部会長 では、山口委員、それから釜菴委員。

○山口委員 ありがとうございます。

私、そもそも、この23がありきでいくというのは、ちょっと違うのではないかと思います。今回、細則の中に理念として、国民に信頼され、受診にあたり良い指標になる制度であること。専門医の資格が国民に広く認知される制度であることと、言ってみれば、国民にわかりやすくということだと思います。そういう目を見たときに、この23の領域が私たちの目から見たときに、二階部分として、何でだろう。こことこことがダブっているのではないかと、そのあたり、とても疑問を感じますし、国民がわかりやすいという視点が、どこを見ればレビューシートの中で国民から見たときのわかりやすさを判断されているのかを見たときに、項目としてはそういうものが見当たらない。

さっきお聞きしたら、そういう視点は入っていないとおっしゃいましたので、国民が理解できるような選抜ということからすると、この23領域もいま一度見直す必要があるのではないかと私は思っています。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。釜菴委員。

○釜菴委員 私も、先ほどお話がありました山内委員、それから山口委員の今のお考えに賛同するものでありまして、23がを、これでよいのかどうかということは、ぜひしっかりと見直すべきだろうと思っています。それぞれの当事者である学会にとっては、連動研修が認められるかどうかというのは大変大きな問題ですので、そこは影響が大変大きいと思いますけれども、今回、寺本理事長先生が、機構の専門医のあり方について細則等を御検

討いいただいて、お話いただいた、内容は非常によくわかりました。

冒頭のところに書いてあるように、国民に信頼され、受診にあたり良い指標となる制度、国民に広く認知される制度というのは、そのとおりだと思っております、そこはぜひ、その方向で貫いていただきたいと思います。これまでの議論の、資料1の4ページ、これは以前に出されたものですが、機構が認定すべきサブスペシャリティ領域についてというところで、四角に(A) (B) (C)という3つの項目が出ていますが、私は今回はこの(A)に絞って議論していただくのがよいと思います。

理由は、専門医機構は、後で時間があればもう一度指摘させていただきたいと思いますが、これまでの積み残しの課題がまだまだたくさんあります。その中で国民の理解というのは、日常診療を担い、医療需要が高く、偏在対策が講じられる領域と書いてありますけれども、私の理解は、患者さんが紹介を受けた場合ではなくて、御自身がその診療科目を見て、ここに受診するのが自身は適当だろうと判断できるような領域がよいと思います。それは、具体的には、診療所に掲げる診療科目、あるいは中小の病院が標榜している科目が基本的なイメージで、大学病院となると、さらにいろいろな専門領域がありますから、紹介を受けない患者さんが、自分の判断で診療科目を選ぶのに役立つ診療科目というところでイメージしたらよいのではないかと私は感じております。

(B)とか(C)については、機構がこういう領域についてもしっかりと管理していくことについては、先々、ぜひそういう方向でやっていただきたいと思います。現状において、(B)と(C)を扱っていただけるかという、それはまだ体制が整っていないように感じます。したがって、(A)の部分について、この専門研修部会で議論ができれば、ある程度皆さんの理解が得られるのではないかと感じております。

意見を申し述べました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 今のことに連動するのですが、専門医制度が国民にわかりやすいというのがずっと一つの目的だった。ですが、私は一般国民が、自分がどこの専門科に属するのかが最初からわかるだろうかと思うのです。最初は、総合診療医のところに行くのです。内科であったり、外科だったり、いわゆるゼネラルなところに行って、そこで診断していただいて、あなたは、例えば心筋梗塞の疑いがありますとか、胃潰瘍と心筋梗塞の鑑別診断だって、素人はできないわけですね。ですから、国民にわかりやすいということが、必ずしも大きな理由にはならないだろう。

それと、さっきから議論していて、私も思い違いだったのですが、レビューシートは、先生、申しわけないけれども、機構がつくったシートなのですね。先ほど理事長の話にありましたけれども、これは市民の声、国民の声を聞いて、サブスペシャルについても考えなくてはいけないということですから、レビューシートは公式なものではない。これは、みんなで状況については議論しなくてはならないものだろうと思いますので、議論

に水を差すような感じで申しわけないですが、もうちょっと原点に立ち返った議論というか、考え方は必要ではないかと思えます。

○釜菴委員 関連してよろしいですか。

○遠藤部会長 はい。

○釜菴委員 今、立谷委員が言われたところですけども、私も基本的に患者さんが、まず受診するのはかかりつけ医であって、日ごろからいろいろ相談できるところに行って、そこから交通整理してもらって、紹介を受けて受診するというのが一番適切だと思っております。しかし、今回のこのサブスペシャリティの議論をするに当たっては、そういうかかりつけ医から紹介されることが仮になかった場合に、患者さんが御自身で行かれるとすれば、その診療所はふだん行っていないところかもしれないけれども、診療所に行くか、あるいは中小病院の外来を受診することはあり得るだろう。その場合に役立つという点を、まず満たしていただきたいという意味で発言いたしましたので、ちょっと追加いたしました。

○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 国民にわかりやすくというのが、必ずしも自分が受診するときに選ぶという視点ではなくて、そもそもこの専門医制度という議論が始まったのが、サブスペの部分で乱立していて、どこが本当の専門医として、私たち患者が信頼できるかということがわからなくなってきた。だから、それを第三者的な機構をつくって、プログラムから、認定からきちんとしていこうということですので、どういう領域が基本的な領域で、どういうところがきちんと認められた、さらに二階部分なのかということ、私たち国民にわかりやすく、見えるようにしていただくような意味での国民へのわかりやすさではないかと思っております。

もちろん、受診するときに、自分が選ぶ視点でこういう専門家に見てもらいたいという方もいらっしゃるかもしれませんが、必ずしもそこに限定するものではないのではないかなと思います。

○遠藤部会長 片岡委員、その次に牧野委員。

○片岡委員 ありがとうございます。

私も先ほどおっしゃられた、このサブスペシャリティの（A）の領域に関して、よく議論すべきではないかということに賛成でございます。平成25年の高久レポートで、基本的に二階建て構造ということを出していらっしゃるの、それで専門領域の上の二階建てという話で、この中で（A）（B）（C）という分け方になっているのだと思うのですが、必ず二階建てでなければいけないのかということも考える必要があると思えます。二階建ての部分は、国民の目線で見えたわかりやすさということも必要だと思いますけれども、二階にどうしてもおさまらせないのか、これは三階なのではないかというもの。これで言うなら、（C）は本当に二階建てなのか、それとも三階部分ではないか

という考え方もあろうかと思えます。

先ほど山内委員がおっしゃられた、これから幾つ認定する可能性があるのかということを考えても、本当の二階建て部分の数を制限するというのも、考え方として必要なのではないかと思いますし、かといって歴史的な背景もあるので、二階建てにおさまらない部分を全部認めないというよりは、三階建てあるいは技術認定という形で残すといえますか、考えを整理していくということもあっていい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。

では、お待たせしました。牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 牧野です。

先ほどから、国民目線でわかりやすいということでの意見があって、それは僕も一番大事なことだと思います。では、なぜわかりにくいのかということの議論が今、ないのです。国民がわかっているのは、医療法上の標榜科です。各病院には、標榜していい診療科というのが決まっていて、実はそれとこの基本領域は合っていないのです。標榜科の中には、循環器内科、呼吸器内科、消化器内科といったものもあるし、消化器外科もあるのです。ですけれども、基本領域にはないのです。ですから、わかりやすくしようとすれば、それを近づけるという努力ですね。

先ほど寺本参考人がおっしゃった、例えば内科も確かに標榜科としてあるのですけれども、そのほかに循環器とか、いろいろな科がある。内科医は、全体をちゃんと勉強しなければいけない。そうであれば、基本領域でちゃんと勉強していただいて、国民にわかりやすくするために、二階部分としてサブスペシャリティの科を設定していきましょうというたてつけにすれば、国民から見てもわかりやすくな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。

野木委員、どうぞ。

○野木委員 今、牧野先生、おっしゃったのですけれども、僕、最初に言いたかったのはそこなのです。基本領域の部分で、現状、内科だけというのは、国民にわかりにくいのです。それで、寺本先生、御苦労されてやっておられるのもわかるし、いろいろなことがわかるのですけれども、内科をしっかり何年間か勉強させてから、次に上がるというのは本当によくわかるのですけれども、循環器だけは連動でもいいのですかとなくなると、循環器は特別なのですかと、逆に議論が。特別な科だけは途中で連動できるというのは、内科をしっかりしなさいと言いながら、片一方ではいいですよというのは、ちょっと不平等な感じがするというところがあるのと。

それと、23領域の話、さっき話が何度も出ていますけれども、例えば老年病科は74点と非常に低かったわけですがけれども、23領域を認めるということになれば、次、このシートを出したとき、74点以上は全部認めないといけないという話になってくるので、そうなっ

てしまうと、話がまたまた変な方向に行ってしまう気がするのですけれども、そのあたりもちよっと考えていただくほうがいい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。

それでは。

○羽鳥委員 牧野先生、野木先生の意見と近いところですが、今、各サブスぺの学会で認めている標榜科目、それが一種の登録のときに使える科目ですけれども、六十幾つあると思いますが、これから機構の認定する機構認定の標榜医、要するに広告可能な機構認定の標榜医というのは、恐らく違うものになってくるだろうと思います。だから、そういう意味では、今のあれに縛られずに、ここでこの科目とこの科目はそういうものであるということを示すのが、この専門研修部会の一つの役目ではないかと思います。

釜薙先生もおっしゃったような、ある中小病院クラスで、例えば内科系でも5つあるいは7つぐらいのサブの科目があるとしても、それが皆同じではない。この病院では、この5つ、違うところへ行くと、また別の5つということもあるので、それを厳密にきちんとそろえていくことは難しいと思いますけれども、今ある60のサブスぺの領域も含めて、それを全部どうこうということと、ここで新たに決める機構認定の標榜科目というのは、少し分けて考えるべきじゃないかと思います。

それで、そろそろ具体的な話、機構が認定してしまった内科の15の中でも、例えば消化器系の3つは1つにするべきだ、あるいは消化器内科は技術系に上げるべきだとか、老年内科はどうかとか、内分泌内科等々には合わせるべきかとか、もう少し具体的な議論も始めていただいたほうがいい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。

まだ御意見あるかと思いますけれども、実はまだもう一つアジェンダがございますので、本日の議論は。そうしましたら、手短に徳本参考人、お願いします。

○徳本参考人 ただいまの資料5の2枚目で御議論いただいた中で、あまり議論が進んでいなかった2と3についてコメントさせていただければと思います。

特に、3項目目の基本領域の研修プログラムを提供する基幹施設において、どのサブスペシャルティ領域を、どの連携施設で研修が可能であるかということを示されることというのは、医師が研修先を選択するために非常に重要な情報だと考えておりますので、これらについて、しっかりと情報の開示を進めていただければと思っております。

一方で、基本領域の研修プログラムと初期臨床研修病院の選択と、同じような構図になるかと思っております。専攻医が基本領域の研修施設を選ぶ場合、連動研修により、どのサブスペシャルティが取得できるかを見据えて、基本領域の研修プログラムを選ぶことになるかと思っております。そうしますと、連動研修が可能になりやすい大都市の研修プログラムに専攻医が集中するおそれがありますので、地方の立場といたしましては、基本領域のシーリングのさらなる強化というものと、サブスペシャルティのシーリングの導入というものを検討いただければと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、本日のこのアジェンダについて議論は、これぐらいにさせていただきたいと思いますが、今後のこの議論の取り扱いでありますけれども、専門医制度整備指針に関しましては、本日、非常に御意見いただきましたので、本日の議論を日本専門医機構のほうで整理していただいた上で、医師法16条の規定に従って、都道府県の地域医療対策協議会に意見を諮った上で、再度審議を行うということにさせていただければと思いますけれども、そういう段取りでよろしゅうございますか。

(委員首肯)

○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います。

続きまして、議題2に移りたいと思います。「連動研修を予定するサブスペシャルティ領域について」でございます。これは、資料的には、日本専門医機構より説明のありました資料3、4、及び事務局より説明のあった資料5がそれに該当いたします。御意見や確認事項等あれば、いただきたいと思います。

○立谷委員 大体議論は出たのではないですか。

○遠藤部会長 混ざっていますので。

○山内委員 混ざっているのですけれども、前回のときに、私もどこで伝えようかと思っ、て、今、出た話題で、地域医療提供体制ということで、この資料1の6ページにある、前回の3月のこの部会でも、これが出たことで、連動研修によって地域医療提供体制が崩れてしまうのではないかと、余りにもサブスペが乱立すると、そういったことが起こるのではないかと懸念も大きな要因として、サブスペを再考すべきだということになっていたと思います。

今、御意見いただいて、確かに専門医のシーリングやサブスペのシーリングを強化することで、6ページにあるこの図が防げるのかということが私は非常に疑問で、連動研修ありきで今、始まっていますので、それが乱立すると、そのサブスペの専門医の先生たちがいない病院には人が来ないわけですね。ですから、それが一番懸念される点であったと思いますので、機構がこれに関して、どういうふうを考えているか。

例えば、前々から専攻医の指導医の更新に関して、この専門医機構の指針には、学会とかの座長とか試験の審査といったことも書かれてはいるのですけれども、地域で時間もなく、目まぐるしく診療をやっている、働き方改革でますますそうなるのか、お時間ができるのかわかりませんが、そういう先生たちにとって、診療の点数・実績というものは積み上げていけると思うのですね。ただ、学会に参加することとかの余裕がない中で、専攻医の指導医の更新に学会とか論文という要件がついていると、とてもハードルが高く、地域では指導医の資格を更新できない人がますます出てくると思います。

それと同時に、今回、サブスペの細則には、サブスペシャルティの指導医の更新という

ことは、もちろん学会ごとになるので、そこには一切触れられていませんけれども、サブスペの指導医をせつかく取っても、その更新ができなくて、地域の病院にはどんどん指導医がいなくなるという悪循環が起こってくることをちょっと懸念しております、その点に関してはどのようにお考えかということをお教えいただけますでしょうか。

○遠藤部会長 それでは、寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 先生がおっしゃるような指導医の資格の問題は、なかなか深刻な問題ですけれども、質を担保するという意味において、ある一定の教育能力を持った医師の指導は必要だろうと思っているので、そのハードルをかなり下げるとはなかなか難しゅうございますので、先生がおっしゃったような意味で、診療実績を重く見ていくことについては、少し議論させていただいてもよろしいかと思えます。でも、ある意味で、質の担保を重点に置いた形で指導医は決まるべきであろうと思っておりますので、学会活動とかを全くしていないというところ、これはいかがなものかというところはございます。

ですから、余り多くの時間を割かないようにするというのと、我々も考えているのは、できればeラーニング、eテストという形のをどんどん開発していくということが、これから大きな課題だと思っております。サブスペシャルティの中では、eラーニングを導入しているところがかなりございますので、それは可能ではないかなと思っております。

○山内委員 例えば、アメリカのボードですと、ボードと学会参加というのは切り分けられていて、アメリカのボードの更新は、当然10年に1回とか、やらなければいけませんけれども、eラーニングで試験をして、試験をWebで受ければということで、診療実績とか診療能力を見るということでのリサーティフィケーションになっている。

ですから、反対に言えば、例えば国境なき医師団のように、医者がないところでずっと診療をやっている、そういうものにデディケートしている方でも、それが更新できるといった意味での、診療の能力とアカデミアというものが全く分かれるという意味で専門医というものができてきたとは思いますが、その辺のところをもう少し議論していただければと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

渡辺参考人、お願いします。

○渡辺参考人 関連したお話で、6ページ、内科を例にとりましてでございますので、内科のお話ですが、サブスペシャルティの連動研修をやらせると医師が行かなくなるのではないかとのお話ですが、内科の研修に関しましては外科とかなり違うところがあって、ゼネラルな研修においても、施設も診療科に関してもいろいろ回ってということ。もちろん総合内科、診療所でゼネラリトを養成するという部分もあります。

しかも、ある時期にそれだけをやるとはいい。内科医の資質というのは、サブスペシャルリストでもゼネラリストの素養を持っていないといけない。ゼネラリストで生きていける方がいてもいいと思っておりますので、そういう研修の形態も、ある時期にはそこを回っ

てということをやっていくというのがローテーションの意味で、施設も多数にしている。そうなりますと、2番目のS内科にいつも指導医がいないという話になれば、それはほかのところで補充していくというのは専攻医が決めていくことなので、それほど大きな問題になるのかなと思います。

それから、もう一つの現実は、これからサブ領域の専門医制度がどうなるか、ここでの議論の結果、まだわかりませんが、今まで連動研修をやっている内科系・外科系のサブスペシャリティの専門医というのは、3年で受けている方はほとんどいらっしゃらない。大体8年から9年ぐらい、カリキュラムの要件を達成するのに現実的にはそれぐらいかかる。したがって、その間にさまざまな病院を回っていくということで、やってみなければわからないので、もし悪影響が出たら、それに関しては、先ほど申し上げましたように改訂すればいいのではないかなと考えております。

あと、そうであるとすれば、例えばNo. 2の病院に関して、サブスペシャリティの専門医がいないことで忌避されることがあるのであれば、サブスペシャリティの専門医を余り絞り過ぎてもまずいのかなという意見も持っております。もちろん、野放図に認定すればいいということではないのですが。

それから、複数持つことに関しましては、私も総合内科専門医と腎臓・糖尿病を持っているのですが、医療資源の少ない地域においては、1人の医者がゼネラリストも果たせる、もしくはサブスペシャリストもある程度果たせるというのは、もし医師が不足しているのであれば、かえって患者さんにメリットな面もあると思っております。

以上、私の意見です。

○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 理想論と現実論の違いを感じながら、今、聞いていたのです。開業した先生とか地域医療にぴったりはまっている先生が、ほかの病院を回って研修するというのは不可能です。現実的にあり得ないです。そうしないと維持できないような制度だったら、最初からつくらないほうがいいです。地域医療としては話にならない。ですから、eラーニングの話をしたかと思うと、地域回り、ほかの病院回りの話になるので、私はそういうことはいかぬと思うのです。

開業した先生が、自分の診療所とか自分のエリアを守りながら、学術的にレベルを維持するためにどうするかということを、むしろ考えなくてはいけない。機構があることによって、それがプラスに行くならいいけれども、それでどこかの病院に行かなければいけない、回らなければいけない。それで、病院診療であれ、自分の地域医療であれ、きゅうきゅうするようでは、これはいかぬと思います。申し上げておきます。

○渡辺参考人 そのことに関して。よそを回れというのは、専攻中の話でありまして、更新ではそのような義務はないです。それに関しては、eラーニング等々で負担軽減をやっております。したがって、今の先生のお話では、研修中と更新の話は別にしていただきました

い。

○立谷委員 指導医の話もありましたけれども、指導医も同じことになるのです。指導医の指導を受けないと、ということになると、結局、先生、同じことになるのです。指導医の先生のところに行かないといけない。そうすると、地域医療に特化しているような方はどうするのですかという問題が必ず出てくるのですね。ですから、資格維持とか、そういった意味では、相当柔軟に考えていただかないと成り立たないことになりますので、これは明確にお話ししておきたいと思います。

○遠藤部会長 宮崎参考人。

○宮崎参考人 指導医の件について、内科学会の立場から一言コメントさせていただきたいと思います。

専攻医が研修を始めて、質の高い研修をしていただいて、ゼネラルな内科医になっていただくというのが、今回の制度改革の1丁目1番地なのですけれども、それを実行する際に最も重要なのは指導医だと思われまます。どの先生がどういう指導するのかというのは、専攻医にとっては非常に重要な問題で、それによって質の担保が大きく変わると思われます。今までは、先ほど立谷先生が言われたように、大学病院等の指導医というのが自動的にいいますか、指導医の立場になっておりました。つまり、評価が余りされていなかったということがございます。よい指導医なのか、よくない指導医なのかという評価ができないという面が若干ありました。

そこで、今回のJ-OSLERの導入によって、専攻医の研修の内容も、透明性あるいは情報が分析できるような形になっております。その際に、指導医の評価も可能になっております。J-OSLERに同時性をもって定性的評価をしていくわけですから、どのような評価を指導医がしたかによって、その指導医がよい指導医なのかどうか。そして、その指導医がどこの病院にいてということがわかるようになってございます。

ですので、今後、指導医の質を担保することが専攻医の質を担保することに直結していただきますけれども、そのことについて、現時点でのデータでは、必ずしも都会の大学病院の指導医がいいというデータにはなっておりません。むしろ、やる気のある地域の病院における指導医のほうが質は高いという施設がございませす。

逆に言いますと、この制度を導入することによって、地域の病院が今まで以上にいい研修が提供できるということがセールスポイントになるのではないかとという面も考えられるのではないかと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでございませす。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 連動研修ということが今の議題だと思われまますので、このことについて質問したいのですけれども、私の耳に入ってくる中で、なぜ連動研修をするかという、中には、ほかの領域よりも早く専門医になれるということで始まることもあるという声を聞かまます。

まず、機構として、こういう場合は連動研修を認めていいのではないかとされている判断基準とか根拠みたいなものが機構内部であれば教えていただきたいことと。

それから、せっかく参考人が来てくださっているので、内科・外科、両方の領域において、連動研修の意味合いといいますか、どういうことが連動することで必要性があるのか、有効なのかということ、その後で聞かせていただければと思います。

○遠藤部会長 では、寺本参考人。

○寺本参考人 連動研修をする要件は、あくまでもその間にちゃんと評価できることがすごく重要なことなので、今、これを内科の中で、内科と言いましても、私たちが循環器を見たり、血液を見たりとか、いろいろなことをしながら内科研修全体を終えていくというスタイルでやっているわけですね。そうすると、そのときにきちんとした指導医がついて血液を診たとか、指導医がついて消化器を診たというのは、きちんとした消化器としての研修をしたという評価ができるでしょう。

ただ、今、宮崎参考人がおっしゃったように、J-OSLERといったシステムをつくってくださったので、そのことが完全に評価できるようになってきて、現実にこの時期に、この人はこの項目に関しては、血液に関してはきちんと修了したことが評価できることになったので、連動研修が認められる。この連動研修という問題があって、恐らくJ-OSLERもでき上がってきているのだらうと思いますし、現実にはそのほかのサブスペシャリティのところも、大分そういったシステムをつくっていらっしゃるようです。

恐らく、外科のNCDというのは、どの地域で、どういうオペを、どういうふうに行っているかということが見えてくるので、それは消化器外科として大丈夫でしょうということでは担保できるだらうということ、そこは連動研修しているということになるわけで、あくまでも基本領域を侵しているわけじゃなくて、そこは基本領域をしながら、サブスペシャリティのことも評価できる体制があるから、連動研修も認めているということだらうと思います。

ですから、ほかのところでもそういうことがあればそうですけれども、今のところ、必要性ということも含めて、内科と外科が連動研修。そもそも論として、専門研修は、例えば内科が終わってから、その後サブスペシャリティへ行けば、実際にその方たちが世の中に出て専門医として活躍するまでに相当時間がかかってしまうということが、この部会で議論されたかと思いますが、それをできる限り早い時期に、それだけの質を担保した専門医を形成するのだということ、でき上がった考え方だと思いますので、私は、ぜひともこういう形で評価できるということを前提にして認めていったという流れがあるかと思っています。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では。

○立谷委員 これ、私、最初のころに申し上げたことだったのです。この議論のそもそものが、最初は、機構は全ての医師が専門医を取ると言いました。そうすると、医学部に6年

いて、初期研修2年やって、さらに3年やって、11年間、医師として使えないのかという話になるわけですから。それを決めるなら、国民的な議論が必要だろうというところから始まっているのですが、そもそも医師が社会に出て活躍する期間がいつからなのか。かつては、大学卒業してすぐだったのです。それじゃ、素養として足らぬだろう。総合臨床ができるようにということを目標にして初期研修が始まったはずです。

ですから、私が総合診療専門医というのは変だというのはそこですが、そもそも初期研修の目的が何だったのかというところに立ち返って、教育のあり方まで問題にしないといけない。初期研修がそんなに必要なら、大学の臨床実習は何ですかという問題になってくるし、これは全体的に議論しなければいけない問題だし、そういう中で、私は医師が活躍する年齢が余り遅くなったのでは、といった意味で、初期研修と専門医研修がある程度ダブルでもいいのではないかとということも申し上げたのですが、連動研修について、いろいろな科を取ることと、仕上がりがいつになるかというのは、また別の議論なのです。これは、ぜひ全体的に文科省も含めて議論していただきたいと思います。

最初の原則に立てば、初期研修を終わったら総合診療できなければおかしいです。そこで地域で活躍しながら、例えば内科専門医を取れたらいいというのが我々市長会の考えです。そういうことでいかないと、地域医療はなかなか改善されない。基本的にそういうことだと思います。

○遠藤部会長 先ほど山口委員からは、宮崎参考人と小寺参考人の御意見も求められておりましたので、宮崎参考人、コメントをお願いします。

○宮崎参考人 内科学会の宮崎でございます。

先ほどの御質問ですけれども、6ページに書いてある連動研修の件でございます。これは、そもそも論でありますけれども、内科の研修は3年でございます。3年間の内科研修をするというのが1丁目1番地で、当然でございます。ただし、内科領域、または内科学という学問は、さまざまな領域を研修する必要があります。ゼネラルな内科専門医を育成するためには、特定の領域だけ研修というのは当然できません。ですから、循環器の研修も必要だし、消化器の研修も必要だし、内分泌、神経、さまざまな領域の研修が必要でございます。

それらの中の一部として、将来、サブスペシャリティになるような人々が、例えば循環器のサブスペシャリティを希望している専攻医がいたとすると、内科研修の間に循環器の指導資格を持つ者がサブスペシャリティの研修をしたとするならば、その循環器の研修は後々のサブスペシャリティの研修に組み入れてもいいのではないかとというのが発想でございます。ですから、内科の基本研修、連動研修を阻害するというものではなくて、そもそも内科の研修が、3年間あるうちの後々のサブスペにふさわしい質の高い研修をしたのであれば、それはサブスペシャリティの臨床経験としてもいいだろうというところから発想したものが連動研修でございます。

以上が連動研修の説明でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、小寺参考人、お願いします。

○小寺参考人 発言の機会をありがとうございます。

同じく6ページを見ていただいて、右上の連動研修のシェーマがいつも使われていますけれども、これはちょっと誤解がありまして、内科を外科に置きかえていただきたいのですけれども、外科も3年間の研修があります。これを見ると、1年目に基盤的なことをやって、2年目から専門的にやるようなイメージがどうしても出てくる。全く違って、外科の場合、手術をベースに数えますので、3年間で350例の手術にかかわる必要がございます。もちろん、手術前の管理から手術後の管理、手術の結果なども含めて勉強するのですけれども、350例のうち、外科が希望しているサブスペ領域の全てにおいて決まった数、つまり、消化器は50例とか心臓血管は20例とか、それは全専攻医に必須でございます。

だから、その必須の数をこの3年間に行うということと、同時に、全部合わせて350例以上の経験を、この3年間でしなければなりません。それが基盤の研修でございます。それが終わったときに、次にサブスペに行く予定ですがすけれども、サブスペは全てカリキュラム研修になっているということと、例えば消化器の場合、450例の経験が必要でございますけれども、450例の中には3年間で行った350例のうちの消化器の数を足してもいい。ほかの診療科も全部そういうことになってございます。

だから、例えば3年間でたまたま200例の消化器をやったら、あと150例を経験して消化器の専門医を取ることになりますけれども、1年以上かかっても全然構わない。1年というのは最低限です。これを余り長くすると、立谷先生、おっしゃったように、余りにも一人前になるのに長過ぎるのではないかという問題がある。

あとは、先ほどもちょっと言われましたけれども、泌尿器とか整形が短く、外科が長くかかるとしてしまうと、今、外科になかなか若い先生方に入っていないのに、余計敷居を高くしてしまうのではないかということもあって、ほかの診療科と同じ程度で最低限で取れるという状況はつくったほうがいいですね。あとは、カリキュラム制ですから、柔軟に運用して専門医を取るという感じになってございますので、決して2年目からどこかすごいところに行かないとできないという設計図ではないということだけは、お伝えしておきます。

以上です。

○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 今回の確認ですけれども、資料1の6ページの図によると、今、宮崎参考人と小寺参考人がおっしゃっていただいたように、例えば循環器と先ほどおっしゃいましたけれども、循環器内科の連動研修をしたい方にとっては、その方が基幹施設1に入って、連携施設マル2とマル3があった場合、J-OSLERで登録するものが、マル3の施設で循環器の指導医の先生がいる施設で登録されたものしか、連動研修のカリキュラム制には組

み込まれないということに、消化器外科の手術の例を挙げていただきましたけれども、消化器外科の専門医がいない連携施設2で消化器外科の手術をやった分は、当然、消化器外科のカリキュラム制の連動研修には組み込まれないことになります。

先ほど渡辺参考人は、そうは言っても、連携施設2のようなところで研修することは大切だとおっしゃったのですけれども、それは専攻医にとってみたら、連携施設2に行くよりは、早くできるように、連携施設3に皆さん、行きたがるわけです。そうすると、連携施設2の地域の病院とか、その施設に専攻医が行かなくなってしまうということが起こることが、今おっしゃっていただいたことから明らかなので、それに対する対策。

先ほど渡辺参考人は、そうは言っても、連携施設2に行くことも研修が必要だからとおっしゃって、それはよくわかります。ただ、専攻医にとってみれば、連携施設3に行きたい人が殺到して、連携施設2に行きたい人が出なくなってしまうということが起こるといいうことで、地域医療に対する影響があるのではないかという懸念になります。

○遠藤部会長 渡辺参考人、どうぞ。

○渡辺参考人 それは、内科医は最終的に全部サブスペシャリストになるということを前提にすればそうだと思いますけれども、ゼネラリスト、総合内科専門医というのが内科系でございますけれども、そういうものを目指して、実際に地域で活躍している多くの方が診療所の方でもいらっしゃるわけですから、そういうゼネラリストを将来。将来と言いますのは、例えばライフスパンを考えていただきたいのですが、内科医の多くの場合は、ゼネラルをやった後、サブスペシャルティの場所で、例えば腎臓内科や循環器内科で研修した後、平均的に見れば、40～50になれば大体地域に戻ってくる。

そのときに、どちらの研修を重視するかということに関しては、個人の価値観の問題ですから、それから将来像の問題ですからということをおっしゃっているの、全部がS内科で専門家になりたいと思っっているという点では、おっしゃるとおりです。

○山内委員 今のを、先ほど立谷委員も理想論とおっしゃって、非常にわかるのですけれども、機構としてというか、我々としては、それはスペシャリストにならない人たちが希望して連携施設2に行くのがふえればいいということはあると思いますけれども、そうではないことが起こる可能性があるということをお考えた上でのシステムづくりをしなければいけないということの上で、そこまで考えていかなければいけないと思っっています。

専攻医にとって、連携施設3にみんなが行くのに、自分はスペシャリストにならないから連携施設2に回されてというのも、そういう言い方はちょっとおかしいですけれども、そういう捉え方になってしまってもいけませんし、そういった意味でのシステムというものを考えていかなければいけないかなと思っっております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、野木委員、お願いします。

○野木委員 今のような議論を聞いていると、僕、また違和感が出てきて、寺本先生がすごく頑張っておられるのも本当にわかるのですけれども、先ほど言われたのは、最初、内

科に専攻医としてやって、それから専門医という、内科はゼネラルでしっかり勉強してもらってから行く。その中で渡辺先生は、そうすると8年から9年、長い時間かかりますという。そうすると、立谷先生のほうから、おまえ、それはおかしいじゃないかと言われたら、そうですね、そうしたら連動研修をつくりましょうかという、そこで戻ってしまう形で、理想論と現実がぐるぐる回って、違和感がある。

だから、最初に牧野先生もおっしゃっていたのですが、僕は本来は、基本領域の中に循環器とか、そういうものを入れてしまって、寺本先生がおっしゃるように、循環器の中でも、1年間だけは全部ほかを回りなさいという形にするほうが、きれいな気がします。実際、初期研修のときに全部回っているわけですね。その後で、自分はどこの科に行きたいか。僕たちのときは、6年間の医学部の中で、卒業した時点で何科に行きたいか、決めなければいけなかったのです。卒業して決めて、精神科に入局して初期研修を回って、それから精神科に2年後に入ったという形。

今の先生方はそうじゃなくて、2年間考える暇があるわけですがけれども、そこからまた内科で何年間かして、そこで決めなさいというのは、確かに遅くなってしまいますね。そういう意味合いでは、早くサブスペシャリティをつくるというのであれば、本当に戻ってしまいますけれども、基礎領域のところでもう少し考えてすべきではなかったのだろうかという気は、何となくするのですけれども、戻ってしまって申しわけないですけれども、意見としてはそういう気がします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 今、いろいろ議論が出ておりますが、きょうの議事2の「連動研修を予定するサブスペシャリティ領域について」というのを決めなければいけない時期については、事務局はどういうふうにご考えておられるか、伺いますが、まず私の意見を述べると、今、先生からお話があったように、基本領域の見直しということの御意見でしたけれども、これは現実的にはかなりハードルが高いので、いずれは考えるかもしれないけれども、すぐには変わらないと思いますから。

基本領域の研修を修了した時点で、次のサブスペシャリティに行くわけですが、いろいろお話が出ているように、研修の履歴はきちんと残るので、それが先々、機構認定のサブスペシャリティとなったら連動研修として認められるという話なので、まだ時間的な余裕があるように私は感じるのですが、事務局、いかがでしょう。

○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 事務局といたしましては、まず連動研修ということで、専攻医2年目からを念頭に置いたサブスペシャリティの議論を、昨年度からしていただきました。ただし、今、御議論いただいたように、この23領域につきましての議論というのは、残りの内科、外科、放射線科以外の、基本領域が終わってから始めるサブスペシャリティ領域にも影響を及ぼすものでございますので、基本的に連動研修以外のサブスペシャ

ルティ領域におきましても、再来年、サブスペシャルティ領域の研修を始める方たちがいるということは、専攻医の立場に立ちますと念頭に置かないといけない。

事務局としては、そのように考えておりますが、現在、本日御議論いただきましたように、さまざまな懸念点がございました。いろいろと御議論いただいた中で、一度認めたら立ち戻れないのではないかという懸念もございましたので、御指摘のとおり、慎重に議論を重ねて進めていくべきだと思いますので、さまざまな論点をきょう、御提示いただいたと思いますので、一つ一つ、専門医機構にも資料等を御用意いただきながら、専門研修部会でも議論をできるだけ早目に進めていきたいと思っております。

○遠藤部会長 それでは、山内委員、どうぞ。

○山内委員 私自身は、時間は限られていると思っております、現場にいる者として、専攻医の先生たちが非常に不安に思っていることと、もう既に研修が始まっておりますので、その先が見えない不安を常日ごろ感じておりますことと。あと、各学会のサブスペシャルティの先生方も、長年かけてきて準備したものが、いろいろな形でまだ正式に認められていないということの非常な不安感と、そういった先生方への御迷惑も考えると。

ただ、今、事務局もおっしゃっていただいたように、専門のアカデミアの各学会の先生方に、この委員会での議論というか、地域を担当する方々の意見というものがうまく伝わっていない気がするのです。地域医療の観点から、今、申し上げたように、そこは非常に慎重にいかなければいけない。また、国民の理解とか将来の標榜とか、国民目線でわかりやすいという原点に立ち返るところで、そのこの点の理解を深めなければいけないと思っております。

そういった意味で、国民の理解と医師の医療提供体制と、もちろんアカデミアの先生方も、立谷委員はその言葉は嫌いだとおっしゃいましたけれども、プロフェッショナル・オートノミーが崩れているということをおっしゃっている方々もいらっしゃいます。そういった面でのもう少しコミュニケーションを、私が3月に23領域を考え直すべきだと言ってから、何回か委員からサブスぺに関してお聞きしましたけれども、きょう、やっとサブスぺの資料が出てきて、機構の先生方も物すごく御尽力されているのがわかりました。

例えばこの部会だけではなくて、それぞれのアカデミアと地域と国民目線ということが、もう少し密な形でできるような体制を、例えばワーキンググループをつくるとか、そういった体制をとりながら、できるだけ迅速にタイムリーに進めていくのが必要なのではないかと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいま、サブスペシャルティにつきましては、独自に検討する検討会を、この組織の下部に設けたらどうかという御趣旨の御意見だったと思います。よくワーキンググループ等々の名称で、そういうものをつくることがあるわけですがけれども、それでこのサブスペシャルティの問題だけを専門的に議論していただくということでもありますけれども、そう

いう御提案について、いかがでございましょうか。よろしゅうございますか。委員の人選とか、いろいろあるかと思えますけれども、基本的にはそのようなワーキンググループをつくりまして、そこで議論していただくことについては御賛同いただいたということで、よろしゅうございますか。

(委員首肯)

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、そういうことにいたしまして、そこでの議論になるのでしょうかけれども、まだ時間がございますので、サブスペシャリティについて、何か御意見があれば承りたいと思います。

椎木参考人、どうぞ。

○椎木参考人 私は、全国町村会の代表として、ここに出させていただいていますが、専門医制度の理念と設計の中に、医師の地域偏在等を助長することがないように、地域医療に十分配慮した制度であるということが書き込まれておりまして、そのことについては大変期待しているところでございます。しかしながら、私たちのような町村会というのは、非常に小さな自治体が集まったところでございます。全国的に見ても、医師の地域偏在とか診療科目の偏在が生じている中で、特に中山間地域とか離島・僻地を抱えている町村会とすれば、医師の不足は極めて深刻な状況になっているところでございます。

私の町にも町立病院がありまして、医師の派遣等を通じて何とか医療提供体制を維持しているという状態でございます。医師派遣に係る財政負担も、町村にとっては大変重たいものになっておりまして、医師確保がまさに最重要課題になっている状況でございます。そのような厳しい状況の中で、サブスペシャリティ領域の連動研修が実施されることによりまして、当該領域の指導医が不在という連携施設で研修が不可能になるということが心配されておるのですが、そのようなことがないような万全な医師の偏在対策を講じていただきたいということと。

また、私たちのような町村長は、地域における医療を確保するために日々努力しているということでもあります。今後、医師確保に向けた施策を展開するに当たっては、町村における医療の現場に思いを寄せていただきまして、町村の実態を十分に踏まえたものになるよう、ぜひとも特段の配慮をお願いしたい。全国町村会を代表してお願いしておきたいと思えます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

サブスペシャリティに関して、何か御意見ございますか。

それでは、小林参考人、山内委員の順番でお願いいたします。

○小林参考人 今回、サブスペシャリティということで議論いただいているのですが、資料1の6ページにありますように、連動研修が導入された場合、連携施設に専攻医が行かない場合があるということが予想されるようになっておりますけれども、現在、私のところで新しく医師確保計画をつくる際に、地域枠の卒業医師による医師の派遣調整であ

りますとか、医師の偏在是正、キャリア形成プログラムを進めておりますけれども、基本領域の部分でさえ、それらが全てうまくいくのかというのを非常に懸念しております、これがサブスペシャルティの領域になりますと、一層厳しくなるものと思われまして、連動研修のこの図が少し誤解を招くというお話がありました。

そうなりますと、今でも懸念しているところが非常に苦しくなるのではないかというのを心配しております。偏りが起こらないようにという形で、整備指針にも記載していただいているところですが、ここを十分検討していただいて、地域の医療の確保、医師偏在対策に逆行しないような形でぜひお願いしたいと思っております。

意見にもございましたけれども、シーリング等もその一つかと思っておりますけれども、さまざまに影響・波及してまいりますので、設計は十分慎重に考えていただきたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、山内委員、お待たせしました。

○山内委員 参考資料2のサブスペシャルティ領域の専門研修細則に関しては、今、「(案)」になっておりますけれども、今回のこの委員会で決定ということになるのですか。そうであると、ちょっとお聞きしたい点がありまして、それがきょう、この会議で決まるのか、それともそうじゃないかということの質問が1点と。

もう一つは、期間に関して、原則として3年以上というのを書かれていらっしゃるのですが、海外でもサブスペの領域・特徴によって、1年の場合もありますし、2年の場合も、3年の場合もいろいろあると思います。そういった意味で、原則として3年以上と書かれていらっしゃる根拠を教えてくださいませんか。

○遠藤部会長 まず、前半の話につきましては、先ほど私がまとめさせていただいておりますけれども、たくさん意見が出ましたので、専門医機構のほうで整理していただいて、地対協に一度諮って、再度、当部会で審議するという流れで御了承を得ていますので、そういう意味で、まだ決定事項ということではないということでもあります。

質問事項について、お答えいただけますでしょうか。寺本参考人。

○寺本参考人 原則として3年以上というのは、今までの教育課程とかを考えて、ある領域でそれだけの症例を集めて経験していくということになると、それぐらいかかるのではないかということで、そういう書きぶりになっておりますけれども、ここはあくまでも原則ですので、先生おっしゃるように、1年でここはできるというサブスペシャルティがあれば、それはそれで認めないわけではないということになると思います。

ただ、恐らくそのぐらいはかかるのではないかと。基本領域に関しては3年以上で、今、4年もしくは5年というところはかなりありますけれども、それは基本領域なので、それだけのことは必要。サブスペシャルティに関しては、原則としては3年ぐらいという意味合いで考えていけばよろしいのではないかと思います。

○山内委員 先ほど来おっしゃっていただいていますように、専攻医がキャリア一人前になるまでの期間ということに、非常に皆さん配慮していただいておりますので、ここで原則として3年以上と書かれてしまうと、これから連動研修を認める、認めないということになってくると思うのですね。

そうなると、海外では1年で終わるような、日本と海外の体制とかも違ってくるとは思いますが、そういった領域においても3年以上が縛りになってしまったりということが出てきますので、この書き方に関しては、今、おっしゃっていただいたようなことが根拠であるならば、もう少し柔軟に書いていただいたほうが、専攻医にとっても。もちろん、クオリティーは絶対担保するということは、みんなの合意のもとであった上でということになりますけれども、そうしていただければと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 連動研修の時期の問題をさっきから話していますけれども、常識的に考えて、卒業した医者が胃カメラをやるまで8年かかるのです。現実的には、これはあり得ないですね。もちろんそれを先にやってもいいのかもしれませんが、みんなから認められてやりますまで8年かかるのです。ですから、西高東低だから東北は低いのもかもしれないけれども、我々の常識から言うと、それじゃ、地域医療はもちませんということになります。ですから、8年の前に大学で臨床実習をやっているわけですから、全体的に考えていかないと、専門医制度をやった方がいいけれども、地域医療が沈没しましたじゃ、何もならないと思います。これは、全体的に考え直さないといけない問題だと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 牧野です。

レビューシートに関連して、3番目の項目、サブスペシャルティ領域としての認知というところで、臨床研修病院の何%に医者がいるのかという内容の項目がありますが、これは細則のほうを見ますと臨床研修指定病院という書き方をしているのですが、これが初期臨床研修指定病院を指すのか、それとも別な臨床研修指定病院なのか、ここをはっきりさせないと。要するに、母数が違えば、当然割合が違ってきますから、どうですか。

○遠藤部会長 渡辺参考人、お願いします。

○渡辺参考人 委員会の議論では、原則として臨床研修病院、いわゆる厚労省の、「初期」と使ってはいけないようなので、臨床研修病院に指定されているものを原則とする。ただし、地域によってはないところもありますので、それは柔軟に対応するというところで「等」と書いています。

○遠藤部会長 牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 なぜこんな質問をしたかということ、例えば神経内科が100%になっています。ほかにも100%というのがたくさん出てきて、実は我々の地域では100%、ちゃんと充足し

ている診療科は、ここに出てきているサブスペシャリティの領域ではほとんどないわけ  
して、現実との乖離が非常にあって違和感がある。ここを曖昧にしたら、地域での認知と  
いうことに関しては全く意味をなさない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。

渡辺参考人、何かコメントありますか。

○渡辺参考人 例えば、この項目の意図は、研修体制をきちんとやりましょうということ  
で、立谷先生がおっしゃっているように、卒前を含めて通年的にやっていかなければいけ  
ないというのが今の概念だと思いますので、そういうことで書いております。それに関し  
ましては、全てを満たしましょう、アンドで全部結べという話ではないので、最後の項目  
にも、専門医が2名以上、登録件数が何名という形で総合評価をすることになっておりま  
すので、私がレビューシート等を見た範囲で、これが大きな問題になって外れるというこ  
とは余りないと考えていただきたいと思います。

○遠藤部会長 牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 私もその考えには決して反対しません。寺本参考人から、ここにある数字だ  
けが全てではないということもおっしゃっていただいていますので、その点は理解できま  
す。たとえ世の中に配置している病院が少なくても、重要な診療科というのは確かにある  
と思います。ですから、数字だけで物を言うべきではないと思います。

○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 先ほど来の議論の中で、1つ確認だけしておきたいのですけれども、現在、  
日本にある標榜科とか、今、サブスペシャリティ領域としての認知ということで、実際の  
病院に診療科部門があるかということは、国民にわかりやすいということで、とても重要  
かもしれないのですけれども、先ほど寺本参考人もおっしゃったように、これからの医療  
を見据えた上で、今までの標榜といったものに余りとらわれないような考え方も、サブス  
ペシャリティ領域を決めていくのに必要だと思います。

先ほど来、サブスペの中で細分化と横断化というキーワードを使っていらっやって、  
基本領域の細分化と横断化だと思うのですけれども、まさに御指摘があったように、さっ  
きの(A) (B) (C)というところでは、細分化をしていくということはありませんけれ  
ども、今、医療において、臓器別の細分化ということが、例えばがんの領域とかですと、  
がんのクリニカルシーケンスをやれるようになって、このがんだから、この薬が使えると  
いうものではなくて、横断的に、この遺伝子に変異があるのでこの薬とか、そういう臓器  
では物を語れなくなってきている時代になってきている。

そういったものも念頭に置いていただいた上で、細分化と横断化、どちらを優先的に行  
うかということにおいては、むしろこれからの医療に関しては、横断化というものが医療  
に必要なようになってくるのではないかと思います。その辺の将来の医療を見据えた上

でのサブスペの議論ということも重点に置いていただけたらと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 先ほどの立谷先生からの、8年たたないと内視鏡ができないというお話ですが、医道審議会の医師分科会という別の委員会では、医学生の医行為をもっと積極的に認めていこうということで、スチューデントドクターの医行為は、法的な担保があれば、もっとできるのではないかと。

医師はそうなのですが、もう一つ、歯科の先生方は、5、6年になると、虫歯の麻酔もするし、抜歯もできる。もちろんオーベンの先生がおられてということですが、そこまで行っているところもあるので、これから医行為の話がもう少し具体的に変わってくれば、立谷先生がおっしゃるようなことにはならないのではないかと。もっと早く前倒しになる。そういう意味では、もちろんオーベンの先生がいるという前提にはなりませんけれども、もっと早くから医行為がたくさんできるのではないかと思いますので、余り心配されなくても大丈夫じゃないかと。

○立谷委員 心配しているわけでもないですけれども、余り質の議論ばかりやっていると、実際の需要の議論も必要だということです。これは、議論してもしょうがない。

○遠藤部会長 では、釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 済みません、遅くなってしまっ。

日本専門医機構が非常に精力的に取り組んでいただいていることは十分承知しておりますが、きょうの議論の中でも国民にわかりやすいという用語がたくさん出てきました。これは、理事長先生が今後運営されることに対するエールだと思っていただきたいのですが、2018年の専門医機構が認定したプログラムが、どこに、どれだけあって、そして、それにどれだけ応募し、最終的に採用されたか、その後どういうふうに研修が進んでいるかというデータが、今もまだ出ていないですね。ですから、これは重点的に取り組んでいただいているわけだけでも、そのあたりがしっかり国民からも見えるようになることによって、機構に対する国民の理解はさらに深まると思いますので、この作業をぜひ急いでいただきたいというお願いを申し上げます。

○遠藤部会長 それでは寺本参考人。

○寺本参考人 情報だけ。ことしの12月1日から、専攻医の方たちに、どの領域で、どういう研修を行ったか、いつまでやったかということが入力できるページをつくっておりますので、今後、それが集積されると、先生がおっしゃったようなデータベースが完成するかと思っております。今まで申しわけないですけれども、この10月まで準備でかかってしまったということで、お詫び申し上げます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

大体予定した時間になりました。本日のアジェンダは大体できたと思いますが、それでは野木委員、お願いいたします。

○野木委員 要望ですけれども、前からちょっと言っているのですけれども、参考人で宮崎先生と小寺先生が出ておられて、別にその先生が嫌いなわけではないのですけれども、マイナーの先生方がどんなことを考えておられるのか。メジャー系の先生ばかり出てこられて言われているので、マイナーの先生も1人ぐらい入ってくださいと前からお願いしていますけれども、いつまでたっても聞いていただけないという。そこに僕も非常に不信感があって、機構に対する不信感が根底に出ているという気がいたしますので、よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 では、事務局、お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 先生からいただいている指摘は、我々も踏まえておりますけれども、本日におきましては、特に23領域を中心としたサブスペシャルティの議論でしたので、改めて内科と外科の先生方をお呼びさせていただきました。今後、マイナーの領域においても、関連するところにおいては考慮していきたいと思います。

よろしくお願い致します。

○遠藤部会長 それでは、これで終了させていただいてよろしゅうございますか。ありがとうございました。

それでは、積極的な御議論いただきましたことを感謝申し上げます。これにて終了したいと思います。

次回以降につきましては、また追って事務局から連絡が行くと思いますので、よろしくお願い致します。

○加藤医師養成等企画調整室長 次回の日程に関しましては、また追って御連絡させていただきます。

ありがとうございます。