

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

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

まず初めに、新たに委員になられた先生の御紹介をさせていただきます。

全国町村会より、椎木副会長でございます。

○椎木委員 全国町村会の副会長、山口県町村会の会長を努めております椎木でございます。よろしく申し上げます。

○西岡医師養成等企画調整室長補佐 次に委員の欠席等についてですが、本日、阿部委員、三日月委員、片岡委員から所用により御欠席との連絡を頂いております。また、釜菴委員からは所用により途中退席との連絡を頂戴しております。

本日、日本専門医機構よりオブザーバーとして寺本理事長、今村副理事長、兼松副理事長が、日本内科学会より長谷川先生、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承認を頂きたいのですがよろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○西岡医師養成等企画調整室長補佐 ありがとうございます。

以降の議事運営につきましては部会長にお願いいたします。また、撮影はここまでとさせていただきますので、よろしく申し上げます。

(カメラ撮り終了)

○遠藤部会長 それでは、これから議事を始めたいと思います。本日もよろしく申し上げます。

それでは、まず最初に資料の確認をお願いしたいと思います。事務局、お願いします。

○西岡医師養成等企画調整室長補佐 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まして、委員、参考人の先生方の皆様にはタブレットを御用意させていただいております。お手元のタブレットから資料を御覧ください。

本年度、専門研修部会の第1回から第3回までの資料につきましてはフォルダ、また、本日の資料としまして、座席表、議事次第のほか、資料1から資料5まで。また、資料1及び資料3につきましては、枝番で1-1、1-2、3-1、3-2とさせていただきます。また、参考資料として1から4まで御用意させていただいております。また、タブレットではございますが、机上配付として都道府県からの意見を1つ入れておりますので御確認ください。

それでは、部会長、引き続きよろしく申し上げます。

○遠藤部会長 よろしゅうございますか。

それでは、議事に移らせていただきます。本日の議題ですが「1. サブスペシャルティ領域について」「2. 令和2年度専攻医募集結果等について」「3. その他」の3つでございます。

まず、議題1、サブスペシャルティ領域について、事務局より資料1-1「サブスペシャルティ領域の在り方に関するWGの報告」、資料1-2「サブスペシャルティ領域の在り方に関するWGの報告書」及び資料2「専門医制度整備指針の改訂等に関する都道府県の主な意見」について御説明を頂きたいと思います。その後、日本専門医機構の寺本参考人により資料3-1及び資料の3-2「日本専門医機構整備指針 改訂案」を御説明いただきたいと思います。その後、再び事務局から資料4「厚生労働大臣からの意見・要請案」を説明していただきたいと思います。

以上、全部を説明していただいた後に御議論いただければと思います。それでは、事務局より説明をお願いします。

○佐野主査 事務局でございます。資料1-1を御確認ください。「サブスペシャルティ領域の在り方に関するワーキンググループの報告」という資料になります。

まず、2枚目のスライドで、これまでのサブスペシャルティ領域に係る議論について振り返りをさせていただきたいと思います。

まず「背景」といたしまして、2018年度から開始されました新専門医制度におきましては、二段階制を基本とされておりました。二段階目のサブスペシャルティ領域の部分につきましては、日本専門医機構が下記に挙げております内科、外科、放射線科、合計23領域を独自に認定しており、昨年4月から連動研修を行うことが予定されておりました。

しかし、左下のほうになります。昨年の3月の専門研修部会におきまして、地域医療提供体制の影響等の懸念から、4月から行う予定でした連動研修の開始が見送られることが決定されました。その後、専門研修部会において議論が続けられておりましたが、前述の地域医療提供体制への影響への懸念が払拭されず、サブスペシャルティ領域には集中的な議論が必要ということで、この医師専門研修部会の委員に加えアカデミアや若手医師の代表を交えた形でワーキンググループを設置し、そちらにおいて議論をするということが決定されました。

その後、本年2月5日に「サブスペシャルティ領域の在り方に関するワーキンググループ」を設置してございまして、計3回の議論を踏まえまして、先日3月5日に取りまとめが行われましたので、ここに御報告をさせていただきます。

報告書の概要につきましては、3ページ、4ページ、5ページとなります。

まず、3ページ目ですが「サブスペシャルティ領域にかかるこれまでの経緯」ということで、先ほど御説明されたような内容が整理されております。

今回、検討に当たっては、中ほどの段落の「検討の視点」というところに4つ挙げておりますが「国民にとってわかりやすいものか」「地域医療提供体制に影響を及ぼさないか」「医学の学問としての観点から妥当であるか」「専攻医のキャリア形成において妥当か」

の4つの視点から検討を加えております。

基本的な考え方といたしましては、まず、そもそものところで、現在、日本専門医機構におきましては個別学会単位で認定が行われておりますが、平成25年のいわゆる高久報告書にあるとおり診療領域単位の認定を原則とすること。

また、専門的医療を日本全国で提供できる、いわゆるプロフェッショナルであることと、専門的な知識や技術を修得している、いわゆるスペシャリストであることを区別した整理をすることが妥当である。

さらに、いわゆるプロフェッショナルの中でも狭い範囲で高い専門性を目指す領域と広い範囲を対象とした総合的な診療を行えることを目指す2つの領域があり、特に後者の広い範囲を対象とした診療を行えるプロフェッショナルは国民に求められていること。

また、基盤となる専門医とサブスペシャリティ領域の1つ程度で地域医療の中で十分に幅広い診療が行えること。

また、連動研修を行う際には症例数や研修体制に一定の要件を求めること等を検討すべきだということで、サブスペシャリティ領域に関する基本的な考え方がまとめられております。

続きまして4ページ目となりますが、具体的にサブスペシャリティ領域をどのように制度設計するかにつきましては、サブスペシャリティ領域を「連動研修を行い得る領域」「連動研修を行わない領域」「少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域」の3つに整理するという形で整理が行われております。

それぞれの要件といたしましては、中ほどの点線で囲まれている部分になりますが、連動研修を行い得る領域に関しましては、初診患者の受療行動を適正化し得ること。

主に2次医療圏から3次医療圏単位で必要であること。

多くの大学における講座の分類に近似していること。

また、一般的な診療を行う上で、ある程度幅広い疾患に対応でき、活躍し得ること。

先ほど挙げさせていただきました4つの視点を満たすものとしておりまして、例えば全ての都道府県で研修が行われる体制が整備されていることなどの要件が整った領域とすることが適当であるとされております。

また「連動研修を行わない領域」に関しましては、症状が遷延する場合や診断後により専門性の高い治療を患者が求めた場合に参考となること。

3次医療圏単位で必要であること。

大学における講座がないことが多いけれども、多くの大学において十分な教育が可能であること。

また、基本領域や、先ほど御説明させていただきました連動研修を行い得る領域の能力向上に資すること等の条件を挙げております。

最後の3つ目の整理ですけれども「少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域」ということで、難治疾患患者の受診などに有用であること。

また、連動研修を行い得る領域との連携を踏まえた上で地域医療提供体制に貢献すること。

技術認定や特定の疾患対策、特定の領域の発展に資すること。

また、それまでに修得したサブスペシャリティ領域の能力向上に資すること等の要件を挙げております。

さらに、この3つの階層の中で同じ階層の中に包含関係がある領域がないようにすることでしたり、一つの専門医の名称で表す医師の専門性は一つであるべきであること。

また、今回、一度認定された領域につきましても、定期的な見直しが必要であること等の具体的な制度設計について述べております。

続きまして、5ページ目が、先ほど2枚目のスライドでお示しした日本専門医機構が現状認定している23領域の整理についてになります。

こちらは、後ろのページにありますポンチ絵で説明をさせていただきたいと思いますが、6ページ目、7ページ目の図は、先ほど御説明させていただきました整理についてまとめた図になります。

具体的には23領域につきましても、8ページと9ページ目の図になります。

まず、8ページ目ですが「内科領域のサブスペシャリティ領域」につきましても、先ほど御説明させていただきました3つに分類を行っております。

まず、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、血液内科、内分泌代謝・糖尿病内科、脳神経内科、腎臓内科、膠原病・リウマチ内科、こちらにつきましてもは連動研修を行い得る領域として整理が行われております。

また、肝臓内科、消化器内視鏡につきましてもは、連動研修を行い得る領域に消化器病とともに消化器内科として集約を行った上で、この2つにつきましてもは技術認定や特定の疾患対策等を深める領域と考えられますので、少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域とすることが適当である。

また、内分泌代謝と糖尿病につきましても、領域として一部包含関係にあることでしたり、実態として両者を併せて標榜されていることが多いこと等を勘案いたしまして、この2つを併せて連動研修を行い得る領域に整理を行い、それぞれを少なくとも1つのサブスペシャリティ領域を修得した後に研修を行う領域に整理をしております。

下のほうのアレルギー、感染症、老年科、腫瘍内科に関しては、基本領域及び連動研修を行い得る領域を基盤とした横断的な分野であること等から、連動研修を行わない領域ということで整理が行われております。

続きまして、外科は6個領域が挙げられている中、消化器外科、呼吸外科、心臓血管外科、小児外科、乳腺外科、この5つにつきましてもは連動研修を行い得る領域ということで4つの視点を踏まえ整理が行われております。

内分泌外科につきましてもは、対象疾患を複数の診療科が診療していることでしたり、全国における研修施設の整備状況等を勘案いたしまして、連動研修を行わない領域に整理し

ております。

放射線科につきましては、放射線診断、放射線治療ともに、これまでも学会専門医は必ずいずれか片方の専門医しか修得できないということでしたり、地域医療提供体制や専攻医のキャリア形成の観点から連動研修を行い得る領域とすることが妥当ということで、こちらに整理が行われております。

最後にもう一度5ページに戻っていただきたいのですが、下のほう「今後のサブスペシャルティの認定について」ということで、今後、この23領域についても日本専門医機構で認定が行われることが見込まれますが、その際も診療領域単位の認定を行うことが原則であり、今回挙げた4つの視点から認定を行うことが妥当である。

また、専門医の乱立が再び起こることがないように慎重な検討が必要であり、必要に応じて医道審議会においても議論がなされるべきということで報告書がまとめられております。続きまして、資料1-2が報告書の本体となります。

概要につきましては、先ほど説明をさせていただきましたので省略をさせていただきます。

最後に「おわりに」という部分が11ページについております。

最初のパラグラフにおきまして、平成30年度医師法改正を踏まえ、専門医制度が担うプロフェッショナルが、学術的な視点だけではなく地域医療提供体制の確保の視点を持つこと。さらに専門医制度の中で一定の責任を果たす必要性が高まっている。

また、3ポツ目ですが、サブスペシャルティ領域の専門性を修得した場合においても、地域の中でどのようにその専門性を生かし、地域医療に貢献し得るか。

また、4パラ目になりますが、その後、総合的な診療をキャリアの中で行う場合に、そういった総合的な診療の質を担保するための研修を受けられるようにする仕組みも必要であること。

さらに2040年を展望し、今後、適宜必要な見直しを行っていくことが必要であるということで報告書はまとめられております。

報告書の説明は以上となります。

次に、資料2を御覧ください。

こちらは昨年11月の専門研修部会におきまして、専門医制度の整備指針及びサブスペシャルティ領域の細則につきまして御議論いただいたところと思っておりますが、それを踏まえまして都道府県に対して意見を求めておりましたので、その御紹介となります。

2ページ目を御覧ください。

代表的な意見をまとめておりますが、まず「地域医療への影響に関すること」といたしまして、2ポツ目になりますが、連動研修の実施やサブスペシャルティ領域の設定をした場合も症例数が限られ指導医が少ない地方においても専門医が修得できるような仕組みとする必要がある。

次の3ポツ目になりますが、逆に連動研修が認められなくなると、2階建ての専門医修

得をさらに遅らせるものであることから、内科志望の医師の減少を助長してしまうのではないかとといった観点が挙げられております。

ただし、連動研修を行う場合には、地域医療提供体制の影響を必ず考えることといったことで、先ほどサブスペシャリティ領域のワーキングでも挙げられていた内容と同等の内容が都道府県からも挙げられております。

また、この研修方略につきましては、2ページの下の方になりますが、3ポツ目におきましては症例数の多い病院に専攻医が集まり、より地域偏在が進むことから、カリキュラム制に統一するべきではないかといった御意見でしたり、地域枠医師については、指導医のいない施設でも一部認めるように検討を行うこと等の意見が出ております。

また3ページ目ですが、この分かりやすさの観点から1ポツ目で、国民目線から見て現在の23領域のサブスペシャリティ領域は分かりづらいのではないかと。特に内科系の領域の重複が大きいといったような指摘が挙げられております。

また、領域や施設の認定等に関することといたしまして、専門医の責務を明確化し、専門医の認定後のいわゆる更新についても厳格に定めること。

また、地方においても専門研修の施設が認定されやすく、指導体制を構築しやすいようなシステムとすること。

また、総合診療に関しても2階部分に相当するサブスペシャリティ領域を認定することといったような意見が出ております。

最後に「研修、その他に関すること」として、一番最後のところですが、新専門医制度の本来の目的である専門医の質の改善に関わる評価でしたり、シーリングを含めた本制度の実施による「地域医療への影響」について評価すべきであるといったような御意見も出ております。

こちらのワーキングの報告と都道府県からの意見を踏まえまして、資料3の説明を後ほど専門機構の方にしていただいた後に、資料4で意見・要請という形でまとめておりますので後ほど説明をさせていただ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。

それでは寺本参考人により御説明をお願いしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

○寺本参考人 それでは資料3-1を御覧いただきたいと思います。

これは専門医制度整備指針の第三版という形で、第二版は私どもの前期の理事会で決まったものですが、今回、サブスペシャリティの部分が非常に加わってきているということで第三版として出すことになりました。序文は私のあれになりますし、その後、一通りの目次がございますけれども、基本的にはこの構造自体は大きく変わってはいません。

これに関しまして、サブスペシャリティが加わったことによって一部変わっているところというのが、見え消し版で3-2になっていると思っておりますけれども、ここが主として変わってございます。一つは今までの第二版で一部言葉の問題とか重複の問題とか幾つかご

ざいまして、また、サブスペシャルティを、先生方のお手元にこれからお示ししますが、一部サブスペシャルティに関する細則を決定するということになりまして、一部サブスペシャルティのところはかなり重複してくるということから、最初の文言からはサブスペシャルティに関しては外してございますが、次のページの最後のところに「サブスペシャルティ領域については、基本領域学会が担当する学術団体（サブスペシャルティ学会）と協力してサブスペシャルティ学会専門医検討委員会（仮称）を構築し、基本領域専門医育成のための制度と同様のサブスペシャルティ領域専門医育成のための制度設計を行い、機構の助言・評価を受ける。その詳細はサブスペシャルティ領域専門研修細則に定める」という形にしてサブスペシャルティ領域のところを別途こちらに設けるという形にさせていただいております。

そのサブスペシャルティ領域に関しての細則は。

○佐野主査 参考資料2になります。

○寺本参考人 「サブスペシャルティ領域専門研修細則（案）」ということで、まだ（案）ということになっております。これは幾つか都道府県等々からの御意見もございますので、そういったものを踏まえてさらに改定していくことも考えておりますが、現状としてはサブスペシャルティ領域についてはここに書いてあるような形で、今、我々は考えております。

この「1-1 サブスペシャルティの認定」ということで、必須条件が社会的使命であるとか、基本領域がそれで承認しているとかいうようなこと。それから専門研修施設とか指導医数、そういったものがきちんと記載されていることと、それが要件を満たしているというようなことが必須条件としてございますが、ほかにも幾つかの要件を出してございます。

そういったものを全て、実はサブスペシャルティ領域に関しましては、これに対して各サブスペシャルティ領域から出てきたものに対して、専門医機構のほうで委員会がございまして、そこで評価するというときの評価の対象としてこんなものをつくっているということでございます。

それから、サブスペシャルティ領域に関しては、認知度といったものが非常に重要になりますので、次のページで「基本領域の承認と同意」「サブスペシャルティ領域としての認知」ということで、多くのところで、大学病院等々で一定数以上該当するとかそういったようなことは、先ほどのものにもございましたけれども都道府県にあるとか、大学病院あるとか、大きな病院あるとかというようなことで記載されているということ。

その次に、専門医制度からのある程度の歴史を持って堅固な制度になっているというようなこととか、そういうようなことが書いてございます。

恐らく、先ほど来大きな問題になっていたのは、やはりサブスペシャルティ領域の専門医の検討委員会というのをきちんとつくって、そこで議論したものを次に持って、こういうところを出してくるというようなことであろうかと思っておりますので、それを書いてござい

ます。

それから「3. 専門研修に関する原則」ということで、3-1として「サブスペシャリティ専門医像」というものをきちんと記載すると。

それから「専門研修カリキュラム」です。これは実際にはほとんどがカリキュラム制になるかなと。先ほどもそんな話が出ていましたけれども、ものによってはプログラム制も出てくるわけですが、カリキュラム制が多いということでございます。

そういったものの中の一つとして、3-3-2のところがございますけれども、先ほども一定時期に非常に過剰な登録をするというのは問題だということ、ある一定の間にはある一定の数の症例しか認定しないというような形でCAP制を用いるというようなことをしております。

研修期間に関しては原則として3年以上とするということ、これはあくまでも原則なので、サブスペシャリティ領域によっては場合によってはもっと短い、もっと長いというようなこともあるかと思っておりますけれども、原則論としてこのように書いてございます。

あとは研修の質の保証とか専門研修カリキュラムの見直し等々について書いてございます。

こういったような内容を各領域学会に対してお示しして、その内容に従った形で各領域学会から申請のあるものを判断していくというのはこの細則になっておりますので、この細則の内容がないものということは、いずれにしろサブスペシャリティとしては認定できないですし、これが出ているからといって全てが認められるわけではないということで、先ほどもかなり抑制的に認めるべきであるというようなことも、この中では一応記載させていただいております。

これに関しましては、大体5年ぐらいで改定をしていくというように我々としては考えてございます。

サブスペシャリティ領域の細則に関しては一応そんな形で、先生方からまたいろいろな御意見がございましたら、それに合わせてまた改定をさせていただきたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、事務局から引き続き説明をお願いしたいと思います。

○佐野主査 それでは資料4を御覧ください。

「医師法第十六条の八及び第十六条の九に規定する厚生労働大臣から日本専門医機構への意見及び要請（案）」ということで、専門医制度整備指針及びサブスペシャリティ領域専門研修細則に対しまして、先ほどの都道府県からの御意見とサブスペシャリティ領域のワーキンググループの報告書の内容を併せて日本専門医機構への意見及び要請（案）とさせていただきます。

まず、1の医師法第十六条の八関係の「医療提供体制の確保に重大な影響を与える可能

性に関すること」ということで、まず（１）で専門制度全般について意見を書いておきます。

専門医の領域の認定に当たっては診療領域単位の認定を行うこと。また、一人の医師がキャリアの基盤となる専門医１つとサブスペシャリティ領域の専門医１つ程度の取得により十分に幅広い診療が行える領域設定とすること。

下に、先ほどのワーキングの報告書に書いてあることの中で、特に重要なことを抜き出しております。

さらに具体的なサブスペシャリティ領域につきましては（２）になります。

まず、先ほどの報告書に基づいた領域の認定を行い、報告書の内容を十分に反映した制度とし、特に以下の点について厳守することといたしまして、都市部へ集中しないような十分な仕組みを整備すること。

また、連動研修につきましては、地域医療提供体制の確保に影響を及ぼさないよう要件を定めること。

また、基本領域が確実に修得されるように、連動研修を行う際には専門医取得に必要な症例数の配分をしたり、必ず基本領域の修得状況を確認すること。また、総合的な診療を行う医師のキャリアパスを明確化すること。

さらに最後のポツになりますが、日本専門医機構が認定すべき領域は将来にわたり変化することが予測されることから、一度認定された領域につきましても定期的な見直しを行うことということで意見を書かせていただいております。

また、次に医師法第十六条の九関係で、研修の機会の確保に関することといたしまして、まず「（１）カリキュラム制について」で、基本領域のプログラムは予定どおり実施した上でサブスペシャリティ領域の研修につきましては、原則カリキュラム制とすること。

また、３ポツ目になりますが、カリキュラム制を選択した地域枠医師等については、指導医がない施設での症例についても一部認めることができるように検討すること。

また「（２）研修の内容について」になりますが、こちらは先ほどのワーキングの報告書に書かせていただいた内容となっております。

資料４の説明は以上となります。

○遠藤部会長 ありがとうございました。

以上、議題１に関連する資料を全て報告を頂きました。

ただいまの説明につきまして、御意見・御質問があれば頂きたいと思いますが、いかがでございましょうか。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 医師会の立場からということですが、資料１－１の７ページ、８ページ目ですが、このサブスペシャリティ領域を内科領域と書いていますけれども、例えば心臓、循環器でも外科からも小児科からも来るので、内科領域のというくくりは何かおかしいような気がします。

もう一つ、消化器内視鏡も、外科も小児科も、地域によっては九州のほうでは放射線科からもたくさん行くということもあるので、そうすると内科の消化器内科、消化器内視鏡ではなくて外科等他の基本領域からすすまれる方もいるわけですから、逆にサブスペから見てどの基本領域が自分のサブスペ領域と関連があるのか、そういう見方も必要ではないかと思います。

そういうのは、1つは健康局の話なのでうまく連携が取れていないかもしれませんが、健康局でがんの対策型がん検診というのをやっています。例えば、消化器内視鏡について言うと、今までバリウムの検診が多かったところがほとんど内視鏡に変わりつつあると。あと5年もすればほとんど内視鏡検診に変わるだろうと。そうすると、地域によってがん検診をするのに内視鏡専門医が必要になってきます。実は消化器内科のほとんどの先生が内視鏡をまずは勉強すると思います。ワーキングで示されたポンチ絵では内分泌と糖尿病が分かれて、内分泌が下で糖尿病が3階ですが、それと同じように消化器内視鏡も消化器内科、消化器内視鏡あるいは肝臓とか、その3つ混然となっていてもいいのではないかなという気がします。

そういうのは、例えば先ほどの対策型がん検診では、内視鏡専門医が二次読影するというのがほとんどの地域になっているので、内視鏡専門医の資格が取れるのかは地域医療への影響が大きいのではないかと思います。

基本的な構成は非常によくできていて国民の方々にも分かりやすいと思うのですけれども、臨床の場から言うと少し絵を変えていただけるほうがいいかなと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいまの御発言について、何かコメントございますか。

では、事務局どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

幾つかの要素が今の御発言の中に含まれていたかと思いますがけれども、少しこの図を解説させていただきますと「消化器内科」と位置づけているところには、左側へ行っていただきますと「消化器病」「肝臓」「消化器内視鏡」とございますけれども、これは消化器内科の中でも肝臓や内視鏡の研修も必要だろうというような観点で横断的に記載させていただいているということですので、今回領域を定めるということで、この消化器内科領域におきましては、消化器病、肝臓、消化器内視鏡のそれぞれの学会が、この消化器内科の研修の内容を三学会が併せて構築していくというような方向で検討されてと聞いておりますので、御指摘の消化器内視鏡が早い段階から研修が必要ではないかということに関しましては、この消化器内科の領域の中でも十分消化器内視鏡の研修がされ得るものと認識しております。

また、内科以外のところでもということで御指摘がございましたけれども、当然我々も消化器内視鏡をやれる医師が内科に限らず、外科、ほかの診療科にまたがっていることは

承知しておりますが、今回の議論の対象としましては、あくまで機構のほうで内科のサブスペシャルティとして認定されたこの15領域において議論をしたというような立てつけでございますので、今回一定の考え方等を整理させていただきましたから、これに基づいて日本専門医機構においても、こういった領域の基本領域を終えた方たちが、その後内視鏡の研修するのかということは機構の中で御検討いただけるものと認識しております。

○遠藤部会長 羽鳥委員、いかがですか。

○羽鳥委員 1回目のワーキングでは1.5階に内分泌領域があって、3階に糖尿病がありました。前回のワーキングの会議で同じく1.5階になっていたのも、それだったら消化器内科、消化器内視鏡なども、一つの相補的に消化器領域を形式的に学ぶ場というか形成する領域という意味で、この3つが1つでもいいようにも思えるのですけれども、いかがなんでしょうか。

○遠藤部会長 それでは、山口委員、どうぞ。

○山口委員 ワーキンググループで話していた1人として、今のことですけれども、やはり内視鏡というのは技術であって、ほかの項目と質が違うのではないかと。どれぐらい技術的に向上するかというようなことで考えると、やはり1つのサブスペを終えた次の段階という位置づけが妥当ではないかということがここでは一致した意見だったので、こういう分け方になっていると思いますし、患者の立場から見たときにも、やはりほかの領域と内視鏡が入ってくることで、ちょっと分かりにくくなるというようなこともあって、ここはやはりきちんと分けるべきではないかと。

特に肝臓内科も、私は肝臓内科というのを目にする、肝臓に関する内科全体かなと思うのですけれども、実際は肝炎対策のドクターだということですので、それだとしたらやはり1つの領域を終えているではないかというようなことで、このように分かれたと認識をしております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

釜菴委員、それから立谷委員、どうぞ。

○釜菴委員 これはまず内科の基本領域を修得した方々が、その後学ぶという中で、連動研修という形で基本領域の研修の最中に、先々の進む方向についても経験した症例を整理して、また、認めていこうという流れの中で、この医師専門研修部会においては地域医療の提供体制に大きく関わる分野について、ワーキングでしっかりサブスペシャルティを整理してほしいという要請の中でワーキングが行われたということでありまして、それぞれの内科の基本領域を修得した人が、その後でどのようにいくかという整理になるわけです。それは外科についても同じです。

それで、今、山口委員が言われたようなところは、ワーキングでは皆、合意が得られた内容で、それが整理としては一番よいだろうということで、今回、この医師専門研修部会に御報告がなされているというところでもあります。

その結果、今回のこの医師専門研修部会で御了解を頂けた場合には、連動研修を実施する領域が、機構がサブスペシャルティとして認定された23領域よりも狭まります。これは連動研修ができる領域というのは新たに設定したために、23全部がそれに該当するわけではないという整理になったことに私は非常に大きな意味があると思っております、これは地域医療提供体制と特に関わりのある部分について、このワーキングで整理したものを、ぜひこの専門研修部会でお認めいただきたいと考えているわけです。

これはワーキングのときにオブザーバーとして御出席いただきました寺本理事長先生からも御説明がありましたけれども、今後の日本専門医機構が新たに認定する領域がこれから増えてくるかもしれないけれども、まずは地域医療提供体制に特に関わる部分として今回の整理ができたということですので、そのところについてはぜひ皆様の御理解と御了解を賜りたいとワーキングの一員として思うところであります。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

お待たせしました、立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 今日の議論や話の内容を聞いていまして、知事会の意見が私は地方を代表するものが多く含まれていると思うのです。まず、大きな観点からいって、私はこのサブスペシャル領域を原則カリキュラム制とするということに非常に評価をしたいと思えます。というのは、各県ともに、これから地域枠の医者がどんどん出てくるのです、地域枠の卒業生が出てくるわけです。この地域枠の卒業生が地域で活躍するためには、地域での立場を明確にした上で勉強していただくということが必要になってくるわけです。

そういった意味では、やはり地方の地域の中小病院で働いているような人たちでもしっかりした研修が受けられるように、専門医修得ができるようにということになるわけですが、そうやって考えたときに、これはずっと私は前から言っていることなのですが、そもそも基本領域を原則プログラム制にするということが果たして妥当なのかということを考えるのです。

これはもう一つの観点からいうと働き方改革の問題が出てきます。私はプログラム制の場合だとどうしても大学病院に所属しなくてははいけなくなる。その大学病院が無給医局員を発生させないで全員を健康保険に入れることができるのだろうかとか、医者らしい生活ができるのだろうかとかそういうことを考えたとき、私も無給医局員の経験はありますけれども、土日を潰して働かなくてはいけないような生活を強いるよりは私はいけないと思うのです。やはり地域の医療に従事しながら、後期研修医であっても地域としては十分仕事に使えるわけですから、そういう中で基本領域であってもちゃんと資格が取れるように、認定されるようにしていかななくてはいけないのではないかと私は思うのです。

それと知事会のほうから上がってきている要望の中に、家庭医を認定しろという話がありました。私は家庭医という言葉が適切かどうか分かりませんが、やはり総合診療専門医みたいなながちがちの制度よりも、私はむしろ初期研修が終わったら総合診療ができなくて

はいけないと思っておりますから、そういった意味ではぜひ日本医師会に総合診療医というものを認定するようにはしていただきたいと思うのです。何も専門医機構だけではないと思うのです。医者が全員専門医にならなくてははいけないという法律はないわけですから、これは日本医師会にひとつ頑張ってください。

もう一つ、これは各論になりますが、外科領域のサブスペ領域の中に内分泌外科が外れているのです。内分泌外科というか大体甲状腺になると思います。東日本大震災で原発事故を経験いたしました。甲状腺外科というのは極めて重要なものであります。私は乳腺外科と同じような扱いにすべきではないかと。福島県は特殊な事情かもしれませんが、全国的にもこれは重要な観点になってくると思うのです。原子力発電所がたくさんあるわけですから。日本はこういう思いをしているわけですから、これは乳腺外科と同じような扱いにしていけないと。連動研修でできない部分も多いのではないかと議論もありますけれども、福島県で見るとそこは地域の工夫次第で何とでもなるということですので、一つその点については要望を申し上げたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。承りました。

今のことに関して、何か御意見がありますか。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 そのことについてもワーキングの中では議論になりまして、私も何で1つだけ外れているのかなと。この図を見ますと外れているように見えてしまうのです。

ところが一時期、1.5階とか2階という言い方があって、それによって何か上下関係になっているような、例えば、この連動研修を行わないと少し遅れているように見える図になってしまっていたのを、もうそういう呼び方はやめましょうということで整理がされて、その結果、なぜ内分泌外科だけが連動研修を行わないということになったかということ、その条件に見合っていることですので、そういう整理をしたことですっきりとしたという経緯があります。

ただ、これは今はこのように決まりましたけれども、必ず見直しをするのだということが話し合いの中で出てまいりまして、今回の報告書、資料1-2の8ページの○の3つ目の2行目から「一度認定された領域についても、少なくとも5年に1度を目安とし、日本専門医機構で定期的な見直しを行い、必要に応じて医道審議会から意見・要請を行うべきである」と書いてあります。これは本当に5年でいいのかという話もあったのですが、ワーキンググループの中で確認をしたところ、何もなくても5年に1度は見直しをすることを明確におっしゃいましたので、今おっしゃっているような福島県ではできるかもしれませんが、全国全体で見たときには連動研修ができる条件に見合わないというようなことで、今回はこういう位置づけになっていますので、もしかしら近い将来、そのような条件が合えば見直しということが行われる可能性もあるということで理解して、みんなでこれを合意したところであります。

○遠藤部会長 立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 私が言っているのは、乳腺外科とか小児外科と何で扱いが違うのですかという事です。

○山口委員 条件が合っていないところは事務局から説明を。

○立谷委員 ですから、例えば甲状腺外科専門医というものもあっていいと思うのです。そういうのは必要だと言っているのです。乳腺外科専門医と同様に、それは内分泌外科という言い方をしてもいいかもしれませんが、私は甲状腺外科専門医というのは必要だろうということを言っているのです。連動研修は実は二次の問題で、こういうくくりが方をしていくと別物みたいな感じになってしまうのです。そのところはどうかという事を言っているのです。

○遠藤部会長 それでは、これは事務方をやっておられた事務局にお聞きしたいと思えます。お願いします。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

この内分泌外科に関しましてワーキングでも非常に議論になったところでしたので、その点の議論を御紹介させていただきたいと思えます。

今回、1-1をもう一度御覧いただきたいと思えますけれども、主に4つの視点ということで、ページとしては6ページになりますが御議論いただいたところがございます。まず一番のネックになったところは、やはり「地域医療提供体制に影響を及ぼさないか」のポイントでございますが、これは47都道府県の中で5つの都道府県においては研修施設がないということになっておりますので、これは非常に大きなポイントで、もしこれを連動研修として位置づけた場合、甲状腺を志すという人は研修施設がない都道府県に行かなくなるということが大きく予想されますので、今は内分泌外科で出ていますけれども、内分泌外科というような領域においては一定程度の偏在が進んでしまうのではないかなというような懸念が1つ。

そして「国民にとって分かりやすいものか」というところが2つ目にございまして、内分泌外科といったときに、現状としては甲状腺の悪性腫瘍と副腎の悪性腫瘍を主に見ているというようなことで記載されておりますが、実態として甲状腺は手術するけれども自分は副腎は見ないですよというような方と、その逆の方と混在しているというのが現状でございます。ですので、その名称と、その方がお持ちの専門性が一部同一ではないというようなことが指摘されております。その点、国民にとって分かりやすいものかどうかの観点から、一つ問題視されました。

最後に、実態として各施設の調査を行いましたところ、甲状腺外科あるいは内分泌外科として単独の診療科を持っている施設がほとんどなくて、乳腺・甲状腺とかほかの診療科と一緒にしているようなところが多いということで、これを分けることによる地域医療提供体制の影響などが懸念されたということはございますので、そういった主に3点でいろいろ御指摘を頂きまして、こういったポイントをやはり解消していくことによってよりよい研修体制を構築し、そして、先ほどもありましたように5年後の見直しなどで研修体

制等やそういった実態が変わっていれば、また検討し得るのではないかというような議論をさせていただきました。

以上になります。

○遠藤部会長 立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 私も甲状腺外科は必要だと思うのだけれども、内分泌外科という呼称は果たして適切かどうかと思います。それで、もう一つは、こういうことにして甲状腺外科を認めないことによって、結局甲状腺外科を志す人が減ってしまうのかという議論については私は逆だと思うのです。やはり甲状腺外科医というのは必要だし、しっかり認めてあげないと、福島県だけが特別というわけではないと思いますけれども、甲状腺外科を志す人の立場も考え、また、甲状腺外科医を増やす必要もあるだろうということも考えて私は申し上げているわけです。5年後といっても、いなくなってしまうかもしれないわけですから、そのところはひとつ考えていただきたい。

また、内分泌外科という呼称が適切とは私も思いません。例えば、甲状腺・乳腺というような一くくりであっても、それは甲状腺外科専門医であり乳腺外科専門医であるということに変わりはないと思うのです。意見として申し上げます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

今のことに関連する話はございますか。

関連ですね。それでは釜菴医院、牧野委員の順番でお願いします。

○釜菴委員 今、立谷委員から御指摘があった中で、ワーキングの中ではまずこの領域の名称どうするかということは非常に議論になりましたけれども、この名称については今回のワーキンググループの扱うミッションではないということで、名称についての整理が十分できていないというのが現時点だろうと思います。

それから、日本専門医機構が認定する領域について、広告を可能とするというようなことが決まっているわけですが、この標榜あるいは広告の問題と今回の議論はまだかなり距離があるので、名称の問題と標榜・広告の問題は別に扱う、それはそれで検討する場を事務局のほうでも考えてもらいたいということで、皆さんの合意が得られたという経緯があります。

もう一点は、先ほど立谷委員から日本医師会についての大変温かいお言葉を賜りましたが、これは御案内のとおりですが、日本医師会はかかりつけ医機能研修という制度で、これは日本医師会が認定するという大袈裟な形ではありませんけれども、しっかり研修が終了した人を顕彰できる仕組みがございます。それで、ワーキンググループの議論の中で、我が国の専門医の養成については、専門医として非常に専門性の高い、あるいは「とがった」という表現が使われましたけれども、とがった領域もあるけれども、一方で、その結果として「谷が深い」と。谷が深いという意味は、専門性に特化した結果、守備範囲が狭くなるという意味だろうと私は理解をしていますが、そういうこともあったこと。

それから、日本は諸外国、特にアメリカなどと比べて専門医として役割を担う期間はそ

れほど長くなく、専門性のある程度究めた後で、地域においてかなり総合的な領域を担っていただいている場合が多いのだということが日本の特徴であるというような調査結果をお示しいただいたのもあって、その辺りも踏まえてのことです。ですから。我が国においてはもちろん専門の領域をしっかりと担うという人材も必要ですが、その中で総合的に地域において医療を担っている方々が多いということで、その方々に対しての最新の必要な情報をしっかりと日本医師会から提供していくという仕組みは確立されていると私は認識をしておりますので、その点も発言をさせていただきました。

以上です。

○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。

まず、内分泌外科のことですけれども、今回議論したのが学会単位ではなくて領域単位、ある程度の幅の広さを持った領域単位の認定にしましょうということで議論をしていたわけです。ですから、例えば消化器のところであれば、消化器学会、内科学会という単位ではなくて消化器領域の認定ということですから、その中に肝臓内科も入ってくるし消化器内視鏡も入ってくるということで、まず領域という広さを持たせたというのを一つ御理解いただきたいと思います。

もう一つ、その意味で内分泌外科領域というのはやはりある程度の領域であって、これは一つ一つの領域別に行っていくとそうはならないわけです。特に内分泌に関しては甲状腺が最もそうなのですが、必ずしもそこに至る人というのは外科の出身だけとは限らない。例えば耳鼻科から甲状腺外科に入ってくる方もいらっしゃるわけです。そうすると、連動研修というよりも外科の研修が終わった、耳鼻科の研修が終わった、そういった人が内分泌外科のサブスペシャリティを持つという立てつけを考えたときには、やはり連動研修とはちょっと違ったほうがいだろうと**考えます**。それに加えて、先ほどから言っていますように、内分泌外科の研修のできる施設が非常に限られるという、その2つの理由でこういったことになったと私は理解しています。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、山内委員、どうぞ。

○山内委員 2点、機構に確認したいことと、もう一つ事務局か機構側に確認したいことがあります。

まず、参考資料2にありますサブスペの細則で、先ほどお話しいただきました、こちらのほうはまだ案ということですので、これからまたいろいろな形で変わってくるのだと思うのですが、先ほど寺本理事長もサブスペのワーキンググループのほうに出ただいて、サブスペのワーキンググループの資料1-2の報告書の7ページのところで、先ほども御指摘があったように、まずサブスペの期間に関しては、一律に3年にするのではなくというのを、こちらのほうでその会の中でも指摘があり、7ページ目の一番上の○で

すけれども「一律に3年とするのではなく、柔軟に判断するべきある」ということを御指摘させていただいたと思います。それが、先ほどサブスペの細則のほうでは、原則として3年以上という書き方になっておりますので、ニュアンスが非常に違ってくると思いますので、その辺を今後変えていかれるのであれば、ぜひそちらのほうを反映させていただきたいということ。

あと、もう一点も同じようなことになりますが、8ページ目のところで先ほど来ありましたように、上から3つ目の○のところで「少なくとも5年に1度を目安とし」と書かせていただいたと思います。それがサブスペの細則の方では5年が原則というような書き方になっておりますので、そここのところもワーキングで2点のところのニュアンスの違いを指摘させていただいておりますので、今後それをうまく細則に盛り込んでいただけたらとは思っております。

その2点のお願いと、もう一点の確認なのですが、今回出されました資料2の都道府県の主な意見のところにもありますように、2ページ目の「サブスペシャルティ領域の研修方略」という一番下の四角の中の上から2つ目の●のところで「カリキュラム制を選択した地域枠医師については、指導医のいない施設での症例についても一部認めることができるよう検討すること」という御意見が出されています。これを反映していたと思うのですが、本日の資料4の2ページ目のところに、厚生労働大臣からの意見という形で地域枠の同じようなことが書かれております。資料の2ページ目「(2)研修の内容について」の上のところで、同じようなことで「カリキュラム制を選択した地域枠医師等については、指導医のいない施設での症例についても一部認めることができるよう検討すること」ということが書かれております。

これがもともとサブスペの議論を始めたときにマイプライベートファイルに戻っていただいて、第3回の資料1の6ページ目のこの図、サブスペの連動研修の議論をしていたときに、これが指導医がいないところでは連動研修として行った症例が認められないということが問題で、地域医療提供体制に影響を及ぼすということが一番大きな議論の始まりだったと思うのです。

私の質問は、今出ているように、地域枠の人に対して、学生に対しては、指導医のいない施設での症例も認めるということが、ここの図が崩れることになるので、崩れるというか、それはあくまでも一点は、地域枠の人のみ起こり得ると思うのです。ですから、地域枠の人のみ、昨日も医師需給分科会のほうでも地域枠のことを議論しました。地域枠はかなり厳しくなってくると思います。地域枠に行った学生さんが不利益にならないようにしなくてはならないと思います。そういう点で、これはあくまでも地域枠の人だけに認められる特例として機構がお考えなのか、その場合、例えば地対協でこの地域枠の学生が、ここで連動研修を行って認めてもらいたい、でも、ここの病院は指導医がいない、これを認めてくれるかという疑義を機構に出すというシステムによって、機構が、この人の場合はしょうがないでしょう、認めますというシステムを考えていらっしゃるのか、そこを教え

ていただけますか。ここが崩れていくと、みんな指導医がいなくても連動研修を認めるというのだったら、最初の地域医療提供体制に影響を及ぼすということが違ってくるので、そこをどうお考えなのかを教えてくださいませんか。

○遠藤部会長 それでは、寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 たくさんあったので、なかなか整理してお答えすることが難しいのですが。

○遠藤部会長 もう一回、整理をします。

質問されたことは5年というものと。

○山内委員 5年ということと、少なくとも5年に1回という書き方に変えていただきたいということと、あとは原則としてサブスペが3年以上という書き方ではなく、一律に3年とするのではなく、その辺は領域によってという形の書き方に細則はまた変えるように検討していただきたい、ワーキンググループの報告書を用いて変えていただきたいという、それはお願いします。

最後の地域枠の専攻医に関して、指導医のいない施設での症例を認めるというような依頼が出てきていますので、それを今後どのようなシステムで認めていくのかということの質問です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

よろしくをお願いします。

○寺本参考人 サブスペシャルティに関しての研修期間は、原則として3年以上ということで私どもは考えていたのですけれども、今回の整理の中で、例えば肝臓の問題とか内視鏡の問題とかそういうことを見ていくと、場合によってはもっと短い期間でそれを取ることができる。すなわち消化器の領域で研修したことを一応カウントできますので、そうすると短い時間でいけるということでございますので、おっしゃるとおりで、必ずしも全部3年以上ではないということで私どもは整理させていただきたい。この前からの議論をいろいろとお聞きしていて、そこは変えていこうと思っております。

もう一つ、このサブスペシャルティのシステムに関しては、大体5年1度と書いてありますけれども、実はこの細則の中で最初のところに、最初は一応3年目で見直しましょうと。その後は、大体原則として最低5年ごとには見直しましょうということですので、恐らく最初はこういう状態ですので、決まって、恐らく3年ぐらいすると場合によってはいろいろなこと起こってくるので、少なくともそれぐらいで1回やると。

その後は原則として、先ほどもおっしゃったように少なくとも5年に1度は、必要に応じて場合によっては必要になってくるだろうと。先ほど立谷委員がおっしゃったように、場合によっては内分泌外科とかそういったところがそれなりの整備をされていった場合には、当然のことながらそれは認める範囲になっていくのではないかなと思いますので、枠組みは変わってくるのではないかなと。そういったような違い。

もう一度、最後の連動研修の問題ですけれども、今、サブスペシャルティの方々にもいろいろお願いしているのですが、内科学会としては構築されているのですけれども、特

別連携施設というのを作って、いわゆる指導医が必ずしも十分でないところがありますけれども、その場合に関しては、その基幹施設の指導医が、場合によっては遠隔になるかもしれないかもしれませんが、場合によっては時々カンファレンスに出させていただくというような形でした。言い方は悪いですが、そういうことで認めたものだけが質として担保できるので、それが内科学会の実績には記録されていくということで、それが症例としてカウントされるということになりますので、ある意味、質もある程度担保をしているのではないかと。十分かどうか分かりませんがね。そういう形でちょっと過疎な地域においてもできるような環境は、今、学会のほうでも整備していただいているということでございます。

○遠藤部会長 よろしいですか。

山口委員、お願いします。

○山口委員 今回の山内委員の御質問を聞いていて、資料3-1と3-2を今日お出しになったことで少し混乱が生じているのではないかなという気がいたしました。というのも、そもそもこの制度部会があって、ワーキンググループをつくらないといけないということになって、3回ワーキンググループをやってきました。ワーキングの中で取りまとめが行われて、今日その報告があって、それを踏まえて、資料4にある大臣から機構に対して出される要望があって、これを受けてこれから指針とか細則を変えていかれるのではないかと私は理解をしております。

その段階で、私はこの3-1と3-2がなぜ出てきたのかというのがちょっと理解できていなくて。例えばこの3-1は、今まで第二版だったのが第三版だということを先ほど御説明の中で寺本理事長はおっしゃったのですけれども、表紙のところには「2019年〇月」となっていて、開けますと序文のところは「令和元年10月」で、2019年ですね。ここは10月と確定されていて、これからまだ変えていかれるのだとしたら、この先の年になるのではないかなと思います。

そう思って見え消しを見ると、こちらの資料3-1の中にはもう溶け込んでいるのです。そうすると、出てきているのは、この2ページ分はどこがどのように変えられたのかということが分かって溶け込み版が読めるのですけれども、既にほかの部分も変えて溶け込まれているかどうかというのが全く見えなくなっていますので、なぜこの段階でこの資料をお出しになったのかという意図を明確にさせていただけたらありがたいかなと思います。

○遠藤部会長 では、寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 これは基本的にはこのサブスペシャルティの議論するときに、場合によってはサブスペシャルティ学会、サブスペシャルティを申請している学会とか、そういうところがある程度こういう方針でやっていくということを示さないとならないということで、ある程度サブスペシャルティの細則はつくりましょうという議論になってきて、そして、細則をつくるに当たっては指針の一部を変えなければならないということがあったので、

令和元年のときにそういうことを議論して、ある程度こういったものを固めて、これに沿った形である程度学会さんたちがいろいろな整備をなさっているところもございます。

したがって、今回、これである程度、整備指針、細則といったものが、先ほども御指摘が大分ありましたので、そういったところが変わってまいりますと、それを基にしてまた各領域学会にお願いして改定していくと。土台がないといろいろと議論がしにくいと思いますので、やはりそこを一応つくらせていただいていると。

○遠藤部会長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 これまでのこともありますので、おつくりになっていることはもちろんいいと思うのですが、できれば分かりやすくということであろうと、要望が出されて、要望がこの内容でいかどうかをこの場で認められて、出された結果、どう変えたのかということの後日、ここを変えましたという形で見せていただいたほうが、まだ変わっていないではないかとおっしゃったのも、そこの辺りの前の段階のものをお出しになったからではないかなと思いますので、できれば今回のことを踏まえて、何をどう変えられたのかということ、この後の部会の中で御報告いただければと思います。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局ですが補足させていただきます。

今回、前回の専門研修部会で専門医機構から提出いただきました整備指針とサブスペシャルティの研修の細則がございますけれども、今回、御覧のとおり資料になっているほうは整備指針です。あくまで、このサブスペシャルティの細則は参考資料ということで、この2つを明確に今回位置づけ、この会議では違っていて、御議論の対象はこの整備指針です。今回、我々、この専門研修部会から意見を申し上げたものに関しては、主に運用細則で反映され得るものという我々は認識しておりまして、これに関しましては厚生労働大臣から意見をして、専門医機構の中で御議論いただいて、再度この専門研修会に上がってきます

この整備指針に関しましては、サブスペ以外のところも含めて前回御議論いただきましたので、その点、修正していただいて、サブスペの部分も一部ございますけれども、そこに関しては恐らく、今回、意見申し上げる部分のレベルではないと思いますので、この整備指針に関しましては、今回御議論いただいた内容に基づいて一旦承認していただいて、これは最終的には専門医機構の中で社員総会が開かれて、最終的な承認プロセスということになると思いますので、この整備指針と運用細則の位置づけが今回の議論の中では違うということと、細則に関しましては、再度、今回意見・要請をさせていただいてから、もう一度提出していただくということに関しては御理解いただければと思います。

○遠藤部会長 立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 山内委員の話とちょっと連動するのですが、この地域枠の問題です。今、地域枠はもう要らないのではないかとか、あるいは縮小してもいいのではないかとという議論があるのです。それに対して地方は、医師が少ない過疎地域は、この地域枠は何と

しても死守してもらいたいという意見があります。

私は東北地方ですから医師の非常に少ない地域なのですけれども、やはりこの地域枠を今後とも堅持していかないと、日本の医師の偏在是正はなかなかできない。東京一極集中に対して地域枠の医師が地方に残るケースが多くなってきているのです。これはだんだんと変わってきています。前は奨学金、借金を返済して東京に帰ってしまう人がいっぱいいましたけれども、そのことに対する制度も今いろいろつくられようとしていますから、これは減ってくるのです。

したがいまして、極めて有効な手段であると。我々、地方としてはそのように認めている。そのことを前提にしていた場合、この地域枠の医師のキャリア形成が、地方の病院で診療しながらどうやって担保できるかと。山内先生の先ほどのお話はそういうことに尽きるのだと思うのです。それはサブスペシャルのみならず、基本領域についても全く同様なことは言えるのです。初期研修が終わったドクターは総合診療をできなくてはいけないと先ほど申しあげましたけれども、そういう総合診療ができる若い医者を地方としては欲しがっているのです。そうすると、どうしてもここで話を蒸し返すようになりますけれども、プログラム研修を前提とするということが果たして適正なのかどうかということ、ぜひ地域枠に当てはめて考えて、もう一度議論してもらいたいと思うのです。

それと、先ほども申しあげたのですが働き方改革に合致するのかどうか。例えば、これは事務局のほうにお願いしたいと思うのですが、シーリングをやりますよね、シーリング県によって何人だってやりますけれども、その内訳をして、預かる期間がプログラム研修に当てはめたときに、そこに当てはまった若い医者たちが果たして無給医局員にならなくて済むのかどうか、国民健康保険を持たざるを得ないみたいなことにならなくて済むのかどうか、これはひとつ検証する必要があると思う。ここで幾ら議論しても、ここで働き方改革に合致しないような制度だったらガラガラポンになってしまうのです。ですから、そういう議論に、今の社会体制に耐え得るような制度でないといけないということを、ぜひ事務局で検証してもらいたいと思います。

○遠藤部会長 医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長です。

今の働き方改革の関連の部分でございます。特に議論の中で、そもそも医師全体の働き方ということもありますが、やはり若手の方々の中には一生懸命勉強したいという方もいると。ただしそういう方々がきちんと労働時間とか、御指摘の処遇も含めてちゃんと守られているのかどうかというのを担保してあげなくてはいけないという議論もされております。そういった意味で、働き方改革の文脈の中では初期研修や専門研修の方は別の枠組みを用意して、その方の研修の内容とか処遇も含めて、特に初期などは結構明らかになってきておりますので、専門研修のほうもどういう形でやっていくかということは検討して、今日は来ておりませんが文科省と連携してしっかりとやっていく課題であるという認識でございます。御指摘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。

お待たせしました、野木委員、どうぞ。

○野木委員 ワーキンググループの働きはそれなりに評価していいというところ。それから、今回は領域という形になっているので、少し柔らかくなったような、逆にちょっとぼけて分からなくなってしまったのではないだろうかという疑問点があるのですけれども、3番の連動研修を行い得る領域という部分があって、これは前から僕も言っているところで、例えば老年科というのはあるのですけれども、領域という形になるとちょっと分かりやすいのかなと思ったのですけれども、この辺りなどは何を指しているのかが僕は分からないのです。

そういいますのは、日本老年学会というの、7つ学会がくっついた学会ですよ。それで日本歯科学会とか日本ケアマネジメント学会とか医師ではない人たちも集まった7つの学会で、1つ日本老年医学会というのがありますけれども、いろいろなコメディカルがくっついた学会になっているわけですよ。その辺り、どちらを認定されていたのかどうか、僕はよく分からない。

例えば、アレルギーもそうなのですけれども、一見、アレルギー・老年科というのは国民に分かりやすいように見えますけれども、アレルギーなどもそうなのですけれども、評議員とか代議員を見るとばらばらなのです。小児科の先生がいて、皮膚科の先生がいて、眼科の先生がいて、臨床研修をやっている先生がいて、アレルギーを標榜したところに行ったらとりあえずしかできないような、たまたまぶつかりあって皮膚科の先生だったら診られるかもしれませんが、私は目がかゆいのですと言ったら、いや、私の領域ではないですよ。先生、アレルギーとあげているではないですかとならないか。この辺りは非常に曖昧な部分があるのではないか。分かりやすそうで分かりにくい部分があるのではないかという疑問点があったのです。

それと、これは間違っていたら言ってほしいのですけれども、今日、機構のほうでサブスペ委員会があって、今回、いろいろな御議論をするという指針をつくりたいということで、今まで認定はしていたけれどもあまり審査はしていないというような話がありまして、今回、やはり審査基準をちゃんとつくって認定するべきではないかというような話が機構の中であるということで、今まである程度の審査はしているのでしょうかけれども、いわゆる基準があまりなかったと。何でこの学会がサブスペの23に入ったのかよく分からないという不明確な部分も多いので、やはり審査基準をつくるべきではないかと。審査基準も地域医療に配慮したとか、そういう部分も入れるべきではないかというような意見が出ていると聞いているのですけれども、その辺りは事実なのか。

そうなってくると、サブスペで23が出ていたものをもう一度ここで見直しするのかわという話になりますよね。それはそれで、この領域になっていますからいいと思うのですけれども、やはり見直しする必要があるのかどうか。5年後の見直しというのはいいのですけれども、3年後でもいいのですけれども、自分の入っていたスペシャルティが3年後にな

くなる、5年後になくなってしまおうと、今度私はどうすればいいのだと。例えば、老年科の専門医を持っていたけれども見直されてなくなってしまいましたと。私はどうなるのですかと。やはりこういうをつくるべきではないと思うので、そこはやはりもう少し慎重に決められて、そこでスタートするほうが僕はいいと思うのです。

以上です。

○遠藤部会長 コメントがあればどうぞ。

では、寺本参考人、どうぞ。

○寺本参考人 今、審議の体制が機構内にはないのではないかという話ですけれども、そのようには私は思っておりませんで、今まで大分多くの議論を重ねて、私の前の理事会から全ての学会でいろいろなことを調整して、ヒアリングして、どういう体制でやればいいのかと。そういうものを整理したのが細則の中にまとまっていて、その細則に従って23をどのようにして考えるかという、幾つかここでもレビューシートという形でお示したかと思えますけれども、そういう形でレビューしておりますし、そういった意味で審議機能が全くないということはないので、一応そういうことをしながら。

これからも恐らく、今回のまとめが幾つか視点が出てまいりましたので、その視点に従った形でこれから審議はもちろんしていくということですので、私どもはそういう体制をつくっていると。

老年病に関しましては、これはあくまでも内科領域を研修された方が次の専門として持たれるものですので、コメディカルの方とかそういった方までを含めているということではございません。ただ、老年科というのは、そういう意味でいうとかなり幅広く、いろいろなところと一緒にやっているという意味で、やはり横断的に考えていかざるを得ない。

アレルギーも先生がおっしゃるように、アレルギーというのはかなり横断的にやっていますけれども、恐らく、今、私たちの会報の中でもアレルギーに関する学会はこれだけの数があるのだという中で書いてございますが、それこそメジャーなところもございまして、それといろいろな研修の内容というのですか、これから更新の問題も出てきますので、更新の際にどれだけのことを終了してなければ更新できないというようなことも決まっていますので、そういった形で担保されるし、ある意味そういった分野が確立されてくるのだろうと私は思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

今村委員、どうぞ。

○今村参考人 ありがとうございます。

先ほど立谷委員のおっしゃった地域枠に対する思い、心配とか地域枠がいかに重要かというのは本当にそのとおりだと思います。

御発言の中で御心配をされたことがあったので、情報提供をさせていただきたいと思うのですけれども、実は昨日も偏在対策とか需給分科会の中でこの偏在の議論、そして、いわゆる地域枠をどうしていくのかと。今、立谷先生がおっしゃっている減らすという話は、

多分、臨時枠で増員していたものが一旦切れるので、それをどうするのかということと、文部科学省がもともと持っている恒久定員の中に地域枠をどの程度食い込ませるのかというようなことで、地域枠は減らすという方向よりも、参加している委員の中では増やしていくという考えで私は進んでいるという理解をしています。厚労省は、決まっていないことなので、なかなかそういうお話ができないのだと思うのですがけれども、参加していた委員は何人もいらっしゃるって、うなずいておられるけれども、多分そういう方向で行くのではないかということと。

それから、やはり地域枠の方というのは、医師不足地域に行くのと、いってこいという労働者ではないので、やはり医師としてきちんとしたキャリアを形成しなくてはいけないということについても、そこに参加の委員は全て皆同じ思いを持って発言をしています。

さらに専門医機構の中でも、いわゆるカリキュラム制を基本領域で取れるのは、決して女性の出産・育児・介護・海外留学だけではなくて、この地域枠の方たちも、いわゆるカリキュラム制を取れるということをちゃんと整備をしておりますので、やはりこれからいかに地域の偏在をなくすために、この地域枠を上手に活用していくのかということがすごく大事だと。

先生も御存じだと思うのですがけれども、今まで各都道府県や大学によって全く違ったやり方で地域枠というものが設定されていたので、それをきちんと全国的に統一した形での地域枠というのを設けていこうということで、まさしく先生の思いを実現していくという方向で進んでいると御理解いただければありがたいと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 事務局に確認ですけれども、先ほど、アレルギーはいろいろなところから、内科だけではないのではないのかとか、老年内科のこともおっしゃったのですがけれども、これは連動研修を行うところについては全て、例えば、消化器内科領域、循環器内科領域というように「内科」とついていて、アレルギー、感染症、老年科、腫瘍内科については「内科」を外して領域になったと。これはいろいろなところから入ってくるというようなことで外したと私は記憶していますので、特に内科から全部ではないという位置づけだということでもよろしいでしょうか。先ほどのお話だと、内科からというようなイメージでお話をされているのかなと思いましたが、そうではないのではないかということを確認したいと思います。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 御質問ありがとうございます。

まさしくその点、ワーキンググループの中でもかなり議論されたところでございまして、最終的にはこれは広告等にもつながってくる話でございまして、いろいろな観点から最終的に議論が必要かと思えます。

先ほどのこれまでの議論の中で1つあるのは、示している名称と持っている専門性がやはりイコールあるいはニアリーイコールではないといけないのではないかなというような議論がございましたので、例えば、アレルギー専門医と書いていても子供は診られませんよというのがいいのか、その専門性を持っていても一部のことしかできないということに関してどう考えるのかということに関しては、まだ議論が収束していないと思っておりますので、その点も含めて今後、名称に関しては議論されていくものと認識しております。

○遠藤部会長 よろしいですか。

どうぞ。

○山口委員 ほかの基本領域から入ってくるという理解でよろしいですね。

○加藤医師養成等企画調整室長 ほかの領域から入って来れるかどうかは、これはまた別途、ほかの基本領域とサブスペシャルティ領域との関係性で機構のほうで整理されているかと思っておりますので、当然アレルギーであればもちろん耳鼻科領域の方々が多いことから、そういった議論は進んでいると思っておりますので、今後そういったところがまたお示しされると認識しております。

○遠藤部会長 ほかにはございますか。

大体よろしゅうございますか。

牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 牧野です。

寺本参考人に質問したいのですけれども、地域医療を守るという観点からなのですから、先ほど特別連携施設があるとおっしゃって、小さな病院で指導医のいないところでもちゃんとそれになっていけば専攻医が行きますよということでしたね。今、細則とか要綱を見ていて、まず1つが「特別連携施設」という言葉がどこにも出てきていないのです。それが気になったのと、実際にあると仮定して、この施設として認定されている施設が全国にどの程度あるのか、これも併せて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 数は私もつかみ切れていないのです。これは内科学会のほうがむしろ御存じかもしれませんが、一応、基本領域のときに内科領域としては、そういう特別連携施設を作るということで大体皆さんまとまっています。今、サブスペシャルティのところに関して、例えば神経内科とかそういうところはなかなか難しいところがございますので、そういったところでは特別連携施設を作ると言っていますので、私どももどうするかは考えますけれども、細則の中に書き込むかどうか、つくらねばならないとなるとまた大変かと思っておりますので、つくれる場合もあるみたいな形で考える場合もあるかと思っております。今、定かに答えられなくて申し訳ございません。

○遠藤部会長 関連で内科学会のお話を聞きたいので、長谷川参考人、お願いいたします。

○長谷川参考人 内科学会のほうから、今の特別連携施設のことについて御報告を申し上げ

げます。

内科学会のプログラムの中にきちんと特別連携施設というのを位置づけております。現在、全国で1,300ほどの特別連携施設がございますので、きちんと整備されていっていると理解しております。

それから、教育施設ですけれども、この新しい制度が始まる前は、二次医療圏でどれぐらい網羅しているかというデータがございまして、全国344二次医療圏の294でございましたけれども、新しいプログラム始まりまして、現在、344分の344ということで全て網羅されてきているということを御紹介したいと思います。

○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 今に関連して、非常に混乱してしまったのですけれども、第3回の資料1の6ページ目の図を見ていただきたいと思うのですけれども、<連動研修導入された場合のイメージ>の右端のところ、例えば、S内科のサブスペを取りたい研修医がいて、その研修医がマル2の連携施設に行ったらばS内科の研修指導医がいないわけですね。そうするとS内科の研修が不可能になってしまって、連動研修、ここでS内科を志望の人は、このマル2の施設に行かなくなってしまうという問題が起こるので、例えば、地域枠、その医療圏が、例えばマル2の連携施設しかなくて、この地域に残らなくてはいけない専攻医という規定がつけられた専攻医が仮にいたとしたらば、その人はS内科を取りたかったらば連動研修が認められなくなってしまうので、S内科を諦めるか地域枠を抜けてマル1かマル2の病院に行くしかないということが起こってしまうということが今問題で、それで、寺本理事長がおっしゃってくださったのは、そういうことがないように、例えばマル2の連携施設の専攻医になったとしても、S内科の指導医がいなくても、例えばマル1の基幹施設の指導医がS内科がなくてもマル2の連携施設に、例えばウェブでもいいから教育のプログラムを週1回やったり、そういった形での連携をすれば、このマル2の連携施設に入ったS内科志望の地域枠の専攻医も、その症例を連動研修の症例として認めてもらえるということが特別連携施設というイコールそういったものを特別連携施設と呼ぶということの理解でよろしいでしょうか。

○遠藤部会長 長谷川参考人、どうぞ。

○長谷川参考人 そのように理解しております。

○山内委員 そういった形でできるものが既に1,300。

○長谷川参考人 はい。一応登録されてきていると理解しています。

○山内委員 それでよろしいのですね。分かりました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました、野木委員、どうぞ。

○野木委員 ちょっと細かな話になるのですけれども、立谷先生もちよっとおっしゃっていたのですけれども、基本領域で総合診療というのがあるわけですから、これを内科

のサブスペシャリティを見ると、内科からしか行けなくて、これは総合診療から行けるといっているのではありませんか。

○遠藤部会長 羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 専門医機構で総合診療の専門医を担当していますけれども、今これをまさに議論しているところで、いろいろ希望を出しています。今日も理事会でアンケートを作って、いわゆるサブスペ領域の幾つかの学会に総合診療からの希望はありますかとか、逆に受け入れてもらえますかとか、そういうことを今取っ払いこうとしているところです。

ですから、先ほど言いましたけれども「内科領域の」と書かれてしまうと他の基本領域にいけなくなるような構造になってしまうのはよくないと思います。

○野木委員 そうすると、内科及び他の基本領域からでもオーケーみたいな感じで進めているということですね。ありがとうございます。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 先ほど山内委員から御指摘いただいた、例の第3回の6ページ目のローテーションをするときS内科の研修が不可能になるという話ですが、内科で特別連携施設千幾つ御用意いただいているということですが、これを可能にするためには、サブスペシャリティ領域の特別連携施設が必要ですので、内科の特別連携施設ではなくて連動研修したときにしっかり連携施設に回らないといけないというのは、サブスペシャリティ領域の特別連携施設の整備が必要になりますので、その点、今回、大臣からの意見・要請の中にも含ませていただきました。

○山内委員 もう一度確認ですけれども、今のは内科の特別連携であって、これからS内科のサブスペが決まった時点で、S内科がそういった意味での特別連携をこれから整備するということなので、まだ数は分からないという理解でよろしいでしょうか。ありがとうございました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

寺本委員、どうぞ。

○寺本参考人 その意味で、先ほど一例を挙げましたけれども、神経内科のようなところはもう既に特別連携施設を使って研修するというのも決めていますので、恐らく今回の連動研修というのは決まってくると、各関連学会がそれなりの構築していくように私達も指導していこうと思いますし、一応、内科のほうでそれだけの数のものがありますので、そこにあるスペシャリティの方たちの配置というのも考えていく必要があるのではないかなと思いますので、それをしていこうかと思います。

○山内委員 第3回の資料1の6ページの、ここで地域医療が崩壊してしまうということが非常に問題でしたので、そういった形で先ほど寺本理事長がおっしゃっていただいたような専攻医の方々の質をちゃんと担保して、教育の機会をちゃんとしてあげて、しかも地域枠の人たちが、その地域に残れないようなことがないような体制をちゃんと整えていただけたら問題がなくなるのだと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

大体よろしゅうございますか。

椎木委員、どうぞ。

○椎木委員 全国町村会でございますが、中山間地域とか離島、先ほどからいろいろ議論になっておりますが、そのような大変条件不利地域における医師不足を本当に実感しておる全国町村長の立場から、今日の報告につきまして所感を述べさせていただきたいと思っております。

今回御報告いただきましたとおり、新専門医制度におけるサブスペシャリティ領域の設定におきましては、地方に対する一定の配慮がなされたということも実感しており、大変感謝しているところでございます。

皆さんも御承知のとおり2024年の4月からの医師の働き方改革が開始となると、医師確保がより一層困難になるのではないかという不安も抱えておまして、住民が本当に安心して生活できなくなるのではないかということも強く懸念をしているところでございます。何としても地域医療を維持していくためには、新専門医制度の施行に伴いまして、中山間地域等で勤務する医師が不足することないように、十分な配慮をさらにしていただく必要があると考えております。

今後、御提案のとおり全国各地における研修が実施され、症例数が限られる地方においても、先ほどからの議論のように、専門医資格の修得に当たって不利にならないということが大変重要であると思っております。そういう実効性ある制度運用の着実な実施をぜひともお願いしたいと思っております。

また、地域では、自治医科大学とかまたは地域枠を活用した医師確保が進められているところでありますが、地域への勤務とキャリア形成が両立できるようにするなど、先ほどからいろいろ皆さん方が工夫をしていただいているので大変ありがたいと思っております。そういう就業義務のある地域枠医師に寄り添った制度の運用をぜひともお願いしたいと思っております。

最後ですが、2040年を展望した医療提供体制の改革の状況を見極めつつ、専門医として認定する領域につきましても、地域医療体制が持続的なものになるように、ぜひとも継続的な見直しも行っていただくよう重ねてお願いしておきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、大分時間もたっておりますので、この議論はこれぐらいにさせていただきたいと思っております。

失礼、それでは小寺参考人、どうぞ。

○小寺参考人 内分泌が気の毒なので、外科から一言だけ言わせてください。

ここで外科学会がお願いしている内分泌というのは、例えば耳鼻科出身で、甲状腺だけをやるという人ではなくて、あくまでも外科領域の基本研修をやって、将来はここに進む

という形なのです。あまりにも人数が少なくてマイノリティーだから損をしてしまったなという感じは私たちもすごく受けて、非常に心が痛むのです。

今回、もし連動研修を行い得る領域のサブスペとなるとしましても、是非、これは精査していただく、あるいは精査させていただいて、これを選んだ方々が現実にこの先3年間の外科基本領域の研修でどういう病院に本当に行ったのか、本当にそういう特別な病院にしか行っていないのかどうか、そこはぜひ検証させていただいて、その結果によって3年後にも、できれば見直すということもありますので、ぜひそういうときにはまだチャンスを取らなければいけないなど。そういうのがないと彼らも心が折れてしまうと思うのです。そこはぜひお考えいただきたいと、一言だけ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、この議論はこれぐらいにしたいのですが、1つここで決めなければいけない案件がありまして、これは厚労大臣から日本専門医機構への意見及び要請ということです。これはこの部会において承認をすれば、この案が消えまして正式な依頼ということになりますので、資料4がそれに該当いたしますが、この内容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 特段疑問は出なかったと思いますので、それでは御承認いただいたということでさせていただきたいと思います。

したがって、機構におかれましては、この意見書要請に対してきちんとした対応をお願いしたいと思います。また、様々な地域偏在に対する御意見が出ておりますので、また御検討いただけたらと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、次の課題に移ります。

次は議題2でございまして「令和2年度専攻医募集結果等について」ということで、事務局から資料5の説明をお願いします。

○佐野主査 事務局でございます。

資料5「令和2年度専攻医行募集の結果等について」を御確認ください。

今回、今年4月から専門研修を開始する令和2年度専攻医の募集の結果が出ましたので、御報告をさせていただきたいと思います。

まず、2ページ目を御覧ください。これまでのシーリングの経緯について振り返りのスライドとなっております。

まず、新専門医制度開始後1年目2年目におきましては、五大都市、東京都、神奈川、愛知、大阪、福岡、こちらのほうにシーリングがかかっておりました。ただし、いろいろな課題が挙げられた結果、昨年度、2020年度の専攻医募集におきましては、都道府県別診療科必要医師数に基づいたシーリングをかけた上で専攻医の募集を行うということで募集が行われております。

実際のスケジュールが3ページ目となります。

昨年、この審議会でも回数を重ねて御議論いただきまして、最終的に9月11日の専門研

修部会を経て、9月20日の専門医機構の理事会においてシーリングが決定いたしまして、10月15日から第一次募集、続いて第二次募集、最終調整期間ということで2月20日をもって専攻医の募集・採用が終了しております。

実際の採用結果につきまして、4ページ目からまとめております。

4ページ目が都道府県ごとにまとめた2020年の採用者数となっております。まず、全体といたしまして専攻医の数が昨年と比べて5.3%増加しております。今回、都道府県別にまとめたものを全国の平均の伸び、5.3%より高いところを赤い文字で塗っております。全体的な傾向といたしましてはシーリングがかかっていた西日本、特に九州でしたり近畿地方というのは採用数が抑えられており、中部地方とか東北地方というのは採用数が増えているところが多いといったような結果となっております。

続きまして、5ページ目が診療科別にまとめた一覧表となっております。

こちらでもシーリングが比較的強くかかっていた診療科は採用数があまり伸びておらず、それ以外の診療科は増えているといったような状況となっております。

さらに細かいものが6ページ目、7ページ目となっております。都道府県別、診療科別にシーリング数や採用数をまとめたものとなります。例えば6ページ目の左下、東京都の例を見てみますと、東京都は全体としては1,770人から1,783人と増えておりますが、皮膚科とかその他眼科など、シーリングがかかっているものはシーリング内に収まり、ほかの診療科、外科等の採用数が増えた結果、全体として数が大きくなっているという結果となっております。

続きまして、8ページ目が全国を見た分析となります。

このグラフにつきまして、横軸に偏在指標、縦軸に必要養成数を分母に取り、専攻医がどれぐらい採用されているのかという全国の割合を載せております。この必要養成数と実際に採用された専攻医の割合が同じ数、1.0になることが完全に偏在がなくなった状態でございますが、まだ2020年度の1年間の分析となりますが、昨年度よりはこの赤の線で書いてある1.0、偏在が完全になくなった状態に少しだけ近づいているというような状況となっております。

採用数の結果の報告は以上となるのですが、9ページ目、現在、日本専門医機構内で議論されていることといたしまして、昨年、各学会や各道府県からの声といたしまして、連携プログラムを組むことがなかなか困難であったといったような箇所があったということで御報告を受けております。それを受けまして、現在、日本専門医機構内で、この連携プログラムの専攻医の受入れを希望するところと、送り出すことを希望している都道府県、両者の情報を集約してこの連携プログラムの策定を支援してはどうかということで、構内で議論が行われております。

また、ほかの御意見としていたしまして10ページ目となりますが、シーリングがかかった都道府県におきまして、都道府県内の医療機関の定員数をどうするのかといった調整がかなり困難だったといったような事例の報告がございますことから、国としても一定の方

針を通知してはどうかといったことで案を御提示させていただいております。

具体的にはこの提案内容の中にありますが、まず、地域医療対策協議会において、誰が調整を行うのかという調整機関(者)を設定すること。さらに、具体的な調整方法として、こちらはまだ案ということになります。例えば2番の下線を引いたところになりますが、医師少数区域等で勤務する期間が長いようなプログラムから順に定数を配布してはどうかといったようなことで、何らかの形で都道府県内の定数の決め方についてもモデルケース、こうやったらどうかといった提案を行うといったことを検討しております。

11ページ目に「2021年度専攻医募集にかかるシーリングについて」ということで最後までとめておりますが、今回御報告させていただいたような募集結果を踏まえて、次のシーリングについてどのように考えるか。また、最後に、9ページに挙げさせていただきましたとおり、今、専門医機構内で連携プログラムの仲介といったことの議論が行われておりますが、こちらの取組につきましても国として必要な支援を行ってはどうか。また、都道府県より各都道府県内のシーリング調整に苦慮した報告があることから、調整方法についても一定の方法を示したらどうか。そういったことで論点として挙げさせていただいております。

資料の説明は以上となります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、事務局からの提案も含まれておりますので、それに対してでも結構ですので、いろいろ御意見を承りたいと思います。

野木委員、どうぞ。

○野木委員 去年もひょっとしたらお願いしたかもしれませんが、シーリングに関しましては都会地が多いとかそういう形でそれは1つの指標だと思うのです。ただ四病協団体から考えますと、やはりそれぞれシーリングがかかっているところでも、病院にはドクターほとんどいないという病院も結構多く言われるのです。去年も言ったとは思いますが、やはり病院と診療所は分けてほしいというような話が出ていたのです。ただ、病院と診療所を分けてほしいという話があるのですけれども、大学病院などは入れてくれるなよという話もありましたので、いわゆるその辺はどう分けるのかと。大学病院みたいにぐちゃぐちゃドクターがいるところを隣と一緒にされたらたまったものではないという四病協からの意見として出ていますので、その辺りの指標も、シーリングはこれでいいと思うのですけれども、そういうのもやはり見てほしい。

立谷先生が言われるように、都会地であっても病院が過疎地になっている場合もないとは言えないわけですね。医師会の先生方に怒られますけれども、開業医さんがすごく多くて、病院にドクターがいなくて、実際回っていないというところも、民間病院は結構しんどいところが出てきていますので、その辺りも指標として出していただきたいというような意見が出ていましたのでよろしく願いいたします。

○遠藤部会長 ほかにいかがでしょうか。

山内委員、どうぞ。

○山内委員 今の資料の4ページ目のところを見ると、2020年度の応募者が9,465名いて、採用者が9,072名で、採用実績というものがまだ出ていませんけれども、結局、応募した方と採用された方と393名の差がありまして、私が心配しているのは、専攻医の方々が自分の希望する県にシーリングがかかって採用されなかった人たちが一定数いらっしゃるって、その方々がどうしているか。例えば、どうしても東京で採用されなければいけないから、そこで専攻医としてではなく1年間何らかの形でキャリアを積んで、また次の、いわゆるそういう浪人生と言ったらあれかもしれないですけども、また次の年に、実際問題2019年度の採用実績が8,615で、2020年の応募者が9,465ですごく増えているのです。もちろん専門医制度がすごく知れ渡ってきたということはあるのかもしれませんが。

そういった方々が実際にいらっしゃるのかどうかということがもし分かりましたら、いわゆる自分が希望するところに入れなくて非常に困っていらっしゃる専攻医の人たちがいるのであれば、そういった実態を調べていただきたいということが1点で、それは別にシーリングをすべきでないということではなく、そういった専攻医の人たちが不利益を被っていることがあるのであればちょっと考えなければいけないという観点からです。

もう一点は、そういったことが起こってくると、毎年毎年こうやって待っている人たちがどんどんどんどん増えていってしまっていて、そういったことが起こらないで何とか地域に散らばっていただきたいという思いからシーリングをしているのですけれども。反対にそうではなくなってしまう現象が起こってしまうことはよくないので、その2点からそういう情報がもし分かっていたら教えていただきたいなと思いました。

○遠藤部会長 寺本参考人、いかがでしょうか。

○寺本参考人 つまびらかには分かりません。要するに応募した方々というのは、場合によっては登録の番号だけ取って、実際には専攻医ではないという方もいらっしゃいますので、つまびらかには分かりません。ただ、先生がおっしゃったような、今回、自分の希望した県もしくは希望した診療科へどうもうまくいけないということで浪人する方もいるやに聞いております。ですからそれがどれぐらい人数がいるのかというのは、これから先生がおっしゃるように把握していくことは必要なのです。

この中の9,400というのはちょっと多い数字なので、何度か応募してしまう人もいるので、システム上の問題で若干そういうことが起こってくることはあるのです。ですから、これが全てそうかどうかはもう一回精査させていただきたいと思います。

○遠藤部会長 よろしくお願ひします。

事務局、どうぞ。

○佐野主査 今の応募者数についての補足なのですけれども、日本専門医機構のほうから頂いた数字ですけれども、こちらの数字は一次募集に応募して、それで採用されなくて再度二次募集に応募した方というのにも含まれている、つまりダブルカウント、また、最終調整期間も合わせればトリプルカウントされている方も一定数含まれている数と伺っており

ます。

ありがとうございます。

○遠藤部会長 ほかにいかがでしょうか。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 10ページ目、専攻医のシーリングの具体的な運用のことで、先ほど下線が引かれた医師少数区域等で勤務する期間が長いものから順に定数配分をしたらどうかという意見が書かれていますけれども、実際に今、専門医機構の中で総合診療だけこの僻地勤務があって、普通は6か月だけれど6都府県については12か月というのがあるわけですが、総合診療をやっている専攻医の先生方からはへき地業務が我々だけであるのは不公平という感覚があります。これは本来は地域を支えるのはみんなでやるべきことだろうということでもあります。

○遠藤部会長 事務局はよろしいですか。

ほかに何かございますか。

大体御意見は出そろったということでよろしゅうございますね。

ありがとうございます。

それでは、この件につきましては、いろいろな御意見も頂きましたので、引き続きまた議論をさせていただきたいと思います。事務局におかれましては、それに適するような資料の作成をお願いしたいと思います。

それでは、本日予定していた議題は以上でございますけれども、何か全体を通して御意見が一言あればという方がいらっしゃれば承ります。

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、事務局からお話ししていただきたいと思います。

○西岡医師養成等企画等調整室長補佐 次回の部会開催日程につきましては追って調整の上、委員の先生方に御連絡させていただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いたします。

○遠藤部会長 それでは、これにて部会を終了させていただきたいと思います。どうも長時間、活発な御意見をありがとうございました。