

○高原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、ただいまから令和3年度第1回「医道審議会医師分科会医師専門研修部会」を開催させていただきます。

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

開会に当たりまして、委員の交代がございましたので、御紹介させていただきます。

全国町村会副会長の山崎鏡野町長でございます。

また、委員の御出席等について、本日、片岡委員、釜菴委員、山崎委員、立谷委員、野木委員、羽鳥委員、牧野委員、山内委員、山口委員は、オンラインでの御参加となっております。牧野委員は、所用により、途中からの御出席と伺っております。また、阿部委員、三日月委員からは、所用により、御欠席との連絡をいただいております。阿部委員の代理として、長野県健康福祉部から原参事、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角野理事がオンラインで御参加されております。

続きまして、前回から事務局で人事異動がございましたので、御紹介させていただきます。

医政局長の伊原でございますが、本日は、所用により、欠席させていただきます。

続きまして、審議官の大坪でございます。

山本医事課長でございます。

谷嶋企画調整専門官でございます。

錦医師臨床研修推進室長でございます。

野口主査でございます。

そして、私、医師養成等企画調整室長補佐の高原でございます。よろしく願いいたします。

なお、大坪審議官におかれましては、公用の都合により、途中退席とさせていただきます。

また、本日、オブザーバーとしまして、文部科学省医学教育課から島田企画官にオンラインで御出席いただいております。

なお、本日は、日本専門医機構より、今村副理事長、兼松副理事長に参考人としてお越しいただいております。

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

(首肯する委員あり)

○高原医師養成等企画調整室長補佐 御承認をありがとうございます。

以降の議事進行につきましては、部会長をお願いいたします。

また、撮影はここまでとさせていただきます。

それでは、遠藤先生、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。

本日も、どうぞよろしく願いいたします。

初めに、資料の確認について、事務局からお願いいたします。

○高原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、委員の先生方にはタブレットを御用意させていただいております。お手元のタブレットから資料を御覧いただければと思います。タブレットをお持ちの方は、画面左上の第1回をクリックしてください。

上から、座席表、議事次第、資料1、資料2、資料3-1～3-4、資料4、参考資料1～6、最後に都道府県意見となっております。

不足する資料がございましたら、事務局までお申しつけください。

また、本日オンラインで御参加の委員の皆様へのお願いとなります。御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。また、御発言の際は、Zoomサービス内のリアクションボタンのアイコン内にある「手を挙げる」をクリックいただき、部会長の指名を受けた後に、マイクのミュートを解除の上、御発言いただきますようお願いいたします。また、御発言終了後は、マイクを再度ミュートにさせていただきますようお願いいたします。

それでは、部会長、引き続きお願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、議事に入らせていただきます。

本日の議題は5つございます。第1番目が「令和3年度の専攻医採用と令和4年度の専攻医募集について」、議題の2が「令和2年度厚生労働大臣の意見・要請に対する日本専門医機構等の対応について」、この1と2は報告事項でございます。議題の3番目が「令和4年度専門研修プログラムに対する厚生労働大臣からの意見・要請案」、議題の4が「その他の意見・要請案」、この3と4が本日御審議いただく内容でございます。議題の5が「専門医に関する広告について」で、これも報告事項として扱わせていただきます。

それでは、議題の1に入りたいと思います。「令和3年度の専攻医採用と令和4年度の専攻医募集について」、日本専門医機構の兼松参考人より、資料1を御説明いただきたいと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

○兼松参考人（日本専門医機構副理事長） 日本専門医機構の副理事長を拝命しております、兼松隆之でございます。

本日は、理事長の寺本が所用のためこの会議に参加できませんでしたので、今村副理事長と私の2人が出席いたしまして説明をさせていただくこととなります。よろしく願いいたします。

それでは、「令和3年度の専攻医採用と令和4年度の専攻医募集について」という日本専門医機構資料1を御覧になっていただきたいと思っております。

2ページ目は、令和3年度専攻医の採用についての結果を今から御説明申し上げます。

これは令和3年度の専攻医の募集のスケジュールですが、専門医機構でシーリングのことを検討し、医師需給分科会で御意見をいただきながら、医療政策研修会、都道府県担当者への研修・意見交換会をいたし、令和2年3月27日、シーリングの計算を機構で行いまして、シーリングの案を決定いたしました。これを医道審議会にかけていただきまして、シーリング案が審議されたということでございます。そのようなことを踏まえまして、7月中旬にプログラムの審査を終了予定ということで、国に提示いたしました。それは県にも情報として提供され、ここで地域医療対策協議会の御審議をいただきまして、また医師専門研修部会にこれが戻ってきまして、意見・要請等を勘案いたしまして、機構といたしましては、1次公募あるいは2次公募という段取りを取ったということでございます。

次をお願いいたします。これは令和3年度の専門研修プログラムのシーリングの変更点でございます。特に令和3年度に大きく変わったところは一番下のところでございます。④を示していただけますでしょうか。採用数の平均が少数である都道府県への配慮のため、過去の採用数の平均が少数（5以下）の都道府県別診療科のシーリングは対象外とするということが令和2年度に決められた新しいルールでございます。

次をお願いいたします。これは、令和3年度専攻医採用におけますシーリングの実際の数です。都道府県でシーリングの数がここに示してあります。都道府県の各診療科の数値はシーリング数プラス連携プログラム数で表して、ここに実際の数が表示しております。

次をお願いいたします。これは、専攻医採用数を都道府県別で見た一覧表であります。北海道から沖縄まで47都道府県の、平成30年、平成31年、令和2年、令和3年の採用実績がここに示されております。

次をお願いいたします。少し増減をはっきりと見ていくために、都道府県別採用数の推移を見てみました。年間の採用者平均数を出しまして、その地域でどれだけの専攻医が増えたのかという検討をしたわけでございます。まず、赤字は、採用数増減の伸びで全国平均7.3%という一つの指標をつくりまして、7.3%以上あるところは伸び率が大きかったと規定いたしました。そのほか、ブルーのセルは、医師少数県を示しております。黄色いセルは医師多数県を示しております。そのどちらでもないものが白枠になっているところがございます。こうして見ますと、都道府県では東北のほうで医師少数県が多いのですが、この間、各都道府県の中でも非常に頑張って専攻医を集められたところもございます。また、右のほうはどちらかというと医師多数県が多いところがございますが、このところも増減につきましては非常にいろいろなパターンがあるということでございます。ただ、言えますことは、都会、東京辺りの非常に大きなところの伸びに比べまして、その周辺のところが伸びてきているということが一つの特徴かと思えます。しかし、一般的にはなかなか全てのところで押しなべて増えるということではありません。

次をお願いいたします。同様のところで、採用実数を各診療科ごとにまとめたものがございます。全体としましては、平成30年が8,410、平成31年が8,615、令和2年が9,082、令和3年が9,183と、順調に数は伸びてきているということが言えようかと思えます。

次をお願いいたします。先ほどのパターンと同じように、赤いところは伸び率が全国平均の7.3%よりも増えたところを示しております。青いセルはシーリング対象外の診療科でございます。見てみますと、内科、精神科、整形、産婦人科、泌尿器科、臨床検査、救急科、形成外科、リハビリテーション、総合診療は伸びているところがございますが、この中でシーリングにかかっていなかった診療科はブルーで示しておりますけれども、外科、産婦人科、病理、臨床検査、救急科、総合診療科、これらの6つの診療科に関しましては、伸びたと言うことができるかもしれませんが、外科や病理はやはり少ないという状況でございます。

次をお願いいたします。これは実際の専攻医の採用を示しております、黄色の枠のところはシーリングがかかった領域でございます。

次をお願いいたします。以上をまとめました令和3年度専攻医採用のまとめです。日本専門医機構は、厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数を基に、シーリング協議会の意見を勘案してシーリング数を決定いたしました。令和3年度の専攻医は、全てのシーリング対象の都道府県・診療科において、シーリング数内で採用されておりました。続きまして、シーリング効果について、まず、都道府県別の効果については、医師多数の都市圏の医師が減少し、その周辺が増加している例を認めるが、必ずしも全ての医師少数県において全国平均以上の専攻医の数の増加には至っていないということでした。2番目としまして、診療科別の効果については、シーリング対象外の診療科の増加を認めるが、外科及び病理は全国平均以上の専攻医の数の増加には至っていないということでございます。

次をお願いいたします。次は、「2. 令和4年度専攻医募集について」でございます。

これも、同様にして、厚生労働省、都道府県、専門医機構と、医師専門研修部会の御意見を伺いながらやってまいりまして、今日の資料で赤いマークがついておりますこのところで、令和4年度の専攻医募集のスケジュールにかかっているところでございます。

次をお願いいたします。令和4年度募集におけるシーリングの考え方につきましては、一部の領域より、令和3年度の採用については、新型コロナウイルス感染症の影響により採用数が例年と異なる動きをしており、令和3年度の採用数を用いることを避けたほうがよいのではないかと御意見もいただいております。そのことから、令和4年度のシーリングについては、令和3年度の採用数を用いた再計算を行わず、令和3年度採用と同じ数値としてはいかがかと考えているところでございます。その他の運用につきましては、連携プログラムに関する規定やシーリング対象外とするものの考え方についても、令和3年度と同様としてはどうかということ、ただし、令和3年度にシーリング対象外とした地域枠医師等の中で、医師少数区域や医師少数スポットで研修を行う予定がない者が含まれており、制度の趣旨に反することから、令和4年度において運用を厳格化し、医師少数区域または医師少数スポットで研修を行う予定の者のみをシーリングの対象外としてはどうかということでございます。上記の方針及びシーリングについては、令和3年2月19日の理

事会において機構として承認したところでございます。

次をお願いいたします。これが今の補足でありまして、こういう具合にして、今、医道審議会にかかっております。今後、プログラムが認められると、こういうことになっていくかと思えます。

次をお願いいたします。ここにありますようなスケジュールで、今後、進めてまいりたいと思えます。

私からの説明は、以上でございます。よろしくをお願いいたします。

○遠藤部会長 兼松参考人、ありがとうございました。

それでは、ただいま御報告のありました専門医機構の御報告内容につきまして、御意見、御質問等があれば、いただきたいと思えます。いかがでございましょうか。

立谷委員、お願いいたします。

○立谷委員 今、兼松先生から最後にあったお話なのですが、医師少数地域、医師少数スポットに、できるだけゼネラルな医師に行ってもらいたい。これは全国市長会としての皆さんからの要望なのですが、今回、新型コロナのワクチン接種で極めて現実的な課題に直面したのです。結局、ワクチン接種者である打ち手の数の問題は解消されたかには見えますが、相当高額な賃金を用意して東京から呼んでいるという話も聞いているのです。それが現実なのです。新型コロナのワクチン接種だけではなくて、問題は感染者が出て重症化した場合の治療の問題になってきます。ですから、先ほどの兼松先生のお話、医師少数スポット、医師少数地域にどうやって医師を配分していくのかは、今後も非常に大きな問題になってくると思えますので、問題意識としてぜひ重要に扱っていただきたい。今回の新型コロナワクチン接種及び場合によってはその治療の問題として、受入医療機関の問題でもあります。何せ医師という担い手がいなければ、ワクチン接種もそうだし、治療もそうだし、非常に強く痛感したところでございます。

後の議論になってまいります。東京から医師を移さなければいいのではないかという、簡単な問題でもないのです。今回は地方が相当高い賃金を払って東京から移したわけです。そういうことが恒常的に起こるようではいかぬと私は思っているのです。そのことは、専門医制度を考えると最初の問題でもあったのですが、何とか現制度でここまで来ているから、この中で、我々地方側としては、医師不足というか、同じ日本人であればあまねく診療が受けられる、ワクチンもそうですし、そのことを一つの大きな目標としていただきたい。

特に外科ですね。外科については、深刻だと思います。地方で緊急手術ができないというのは恐怖社会ですから、そういった意味では、今までの結果を見て、これは以前から申し上げていましたけれども、非常に強く感じるところです。

よろしくお願ひしたいと思えます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。貴重な御意見として承りました。

ほかに何かございますか。

山内委員、お願いいたします。

○山内委員 ありがとうございます。

スケジュールの確認を機構の先生にさせていただきたいのですけれども、今いただいた資料のスケジュールの確認で、2022年4月開始予定の専門研修プログラムの中で、2月19日シーリング決定となっております。毎年、私ども、どこでも現場はそうだと思うのですけれども、来年度の医師の採用の人員は少しずつ夏ぐらいから人数は決定していくこともあって、何人かということがプログラム側に伝達されるのが、前のようにぎりぎりシーリングで人数が減ったりということがあると、非常に現場は混乱します。研修プログラムの確認が6月中旬から7月末になっていて、そこや医道審議会でシーリングをどうするかということが変わったり、現場に採用の人数が何人ということが伝わってくるのは、そこからまた学会の調整があったり、大分現場は混乱します。

最終的に聞きたいことは、そういった意味で、現場に伝わってくる採用人数の最終的なものは、このプログラムでいうとどの辺りになるのでしょうか。それに基づいて、研修プログラムの最終調整は8月中旬から9月中旬になっておりますけれども、そういった人数がそこで決まるということであれば、もう少し前倒しの日程も御検討いただければと思います。

○遠藤部会長 山内委員、ありがとうございました。

御質問があったかと思しますので、よろしくお願いいたします。いつぐらいになるかということですね。

兼松参考人、よろしくお願いいたします。

○兼松参考人（日本専門医機構副理事長） 兼松でございます。

ただいまの御質問のところで、この定員枠がどれだけになるのかということが早く決まれば、それだけ現場も助かるということは十分に理解できるところでございます。しかしながら、いつまでということを上申するのは大変難しいところで、ここのはほかの状況とよく調整を図りながらできるだけ早くというところで機構としても努めさせてもらえればと思います。改めてそういうところも検討いたしますので、よろしく申し上げます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

これは、機構だけの問題ではなく、関連する厚生労働省等の審議の流れとも関連いたしますので、重要な御指摘だと思って受け止めさせていただきたいと思っております。ありがとうございました。

それでは、山口委員、お願いいたします。

○山口委員 ありがとうございます。

今の山内委員の御指摘は私もいろいろなところからお聞きしていることで、それが決まらなると本当に行政も医療機関もとても困られていると思います。2月スタートということで今の結果になっているのだとしたら、それを前倒しにすることで解決できるのではな

いかと思いますが、現在、そういった計画はないのでしょうか。今の御回答だと、結果として分からないという回答になるかと思いました。

○遠藤部会長 どなたかに対する御質問ということでしょうか。

○山口委員 機構の方をお願いしたいと思います。

○遠藤部会長 そのような考え方があるかどうかということで、兼松参考人、よろしくお願ひいたします。

○兼松参考人（日本専門医機構副理事長） 今までもこのスケジュールについてはいろいろ検討してきて、こういうところが、今、成り立っているところだと思います。ほかのところ、どういうところであればいいかということ、いろいろ他の領域との兼ね合いもございしますので、お時間をいただきまして、できるだけ早くするということで努めていきたいと思ひますので、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。

山口委員、いかがでしょうか。

○山口委員 若い医師たちにとっても大きく影響することだと思いますので、いろいろなところが関係していて大変だということも重々承知はしておりますけれども、制度が始まって数年がたってきていますので、できるだけ早急に解決していただきたいと思ひます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。重要な御指摘だと思います。

お待たせしました。野木委員、お願ひいたします。

○野木委員 ありがとうございます。

今、ここで聞いていいのかよく分からないのですけれども、こういうシーリングの制度が始まってしばらくたってきているのですけれども、むしろ立谷委員とかにお聞きしたいのですけれども、こういうシーリングの制度が立ち上がってきて、少しでも医師少数地域にドクターが増えてきたという印象を持っておられるのかどうか。このシーリング制度は、個人的にはいろいろな部分でまだ微調整が必要だろうとは思っているのですけれども、実際にこういう制度が始まったのは医師少数地域に医師を送るということで始まったのだと思うのですけれども、ここに来て、これが本当にちゃんと達成されているのかどうか。印象だけでもいいのですけれども、お聞かせいただければありがたいと思ひます。

○遠藤部会長 兼松参考人がお手を挙げておられます。お願ひいたします。

○兼松参考人（日本専門医機構副理事長） その点につきましては、機構でも検討いたしております。そうしましたときに、医師少数のところに医師が増えてきたかということ、必ずしもそうではないという結果であります。一つには、医師多数のところにシーリングがかかることによって、多少そのところの人の動きはあるのですが、その動きも、見てみますと、決して、その地域から遠くのところに、要は、もともと医師が少ないところに医師が移っていったということではなくて、あるいは、都会に近いところで研修しようとしていた人がそれができずに大都会の近くの府県で研修をしているということですので、決して少ないところへの人の流れができていくところは考えにくいと思ひます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

立谷委員、お願いいたします。

○立谷委員 私に質問をいただいたものと思ったので、全国市長会の中でどういうインプレッションになっているのかということ若干申し上げたい。

全国市長会の中でも、この地域医療に対する協議会はつくってございまして、医師で市長という人も結構いますから、いろいろな生の話を聞いております。私は、この専門医制度は下手をするとこの地域医療偏在を助長するのではないかと、最初に懸念したわけです。プログラム制による専門医の取得が義務づけられることになると、どうしても一極集中と。

一極集中というのは2つありまして、全国的には三大都市圏に対する一極集中という問題もありますが、それぞれ各県の中にミニ一極集中という問題があります。医学部所在地、県庁所在地にどうしても集まってしまう。今の兼松先生のお話もそれにつながるところがあるのですが、どうしても同じ県内でも結局医学部所在地のところに医師がたくさん集まって、医学部が偏在しているところは来る。今回、新型コロナのワクチン接種で非常にそういう思いを強くしたわけです。

例えば、私の福島県を見てみますと、福島県の専攻医の募集実績という意味では増えておりますが、それが医師少数地域にあまねく行き渡っているかということ、現実にはなっていません。専攻医を取った人がそっちに赴任すればいいのではないかという議論もありますが、なかなかそこは難しいところでもあります。

後からの議論で申し上げたいと思っていたのですが、私がカリキュラム制度を主体に考えるべきだと言ったのはまさにそこなのです。特定の地域というか、非常に医療資源にあふれていて勉強する環境もしっかりできていてというところで勉強したがるかもしれないですが、この会議の目的も、国民医療ということ考えたときに、私は日本国民である限りはあまねくしっかりした医療を受ける権利があるというところに立脚した物の考え方が必要ではないかと思っています。

そういった意味では、全国市長会の各市長たちの意見を聞くにつけ、なかなか現段階でこのシーリングが問題解決になったとは言い難いと思っています。ただ、何もしないよりはいいと思いますが、問題解決になっているところまではとてもいっていない。どうしたらいいのかというのは皆さんで議論していただきたいと思ひますし、私は究極の目的は国民医療ということになると思うのです。国民医療のうちかなりの部分を地域医療が占めているということ考えたときに、シーリングの在り方で是正できるのであればもっと頑張りたいと思います。地方にいた場合、ワクチンの話をしましたが、例えば、交通事故や災害のときに整形外科の医者だけでは足りないのですね。外科の医師がしっかり対応してくれないと、災害のときなどは本当に大変な思いをするわけです。そういうことを考えたときに、私はさっき外科の医師が増えればいと申し上げましたが、若い医師が自分はこうやって生きていきたいという思いと社会のこういう人が欲しいという思いは必ずしも一致しないのです。そここのところは全体のバランスでしっかり考えていく必



要があるのだらうと思います。

非常に総括的な話になりますが、全国市長会の各市長たちからの直接の意見です。そのようにお考えください。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、先ほど来お手を挙げておられます角野参考人、お願いいたします。ちょっと時間が押しておりますので、簡潔にできれば助かります。

○角野参考人（三日月委員代理） 先ほどのスケジュールのところ、どこが律速段階になっているのかということだけ教えてください。

○遠藤部会長 これは機構に対しての御質問ですか。

○角野参考人（三日月委員代理） はい。機構をお願いします。

○遠藤部会長 それでは、兼松参考人、お願いいたします。

○兼松参考人（日本専門医機構副理事長） ありがとうございます。

ずっと長年の中でこれをやっておられて、その段階で区切りをつけてやっているところですので、どこがどうなればということもなかなか難しいところはございます。まずは、この流れで行かせるという工夫に努力を重ねていくことが必要かと思えます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

まだ御意見はあるかもしれませんが、時間が押しております。また、この議論は全体に関わるようなお話が既に出ておりますので、後の議論の中でもまた御発言いただければと思います。話を先に進ませてもらいたいと思います。

ただいま、様々な御意見が出ましたので、来年度に向けた採用スケジュール等を考える上でも、今のような御意見も踏まえていただくことをよろしくお願ひしたいと思えます。

議題の2番目でございますが、「令和2年度厚生労働大臣の意見・要請に対する日本専門医機構等の対応について」でございます。

これも、引き続き、日本専門医機構の兼松参考人より、資料2の御説明をお願いしたいと思えます。

よろしくお願ひいたします。

○兼松参考人（日本専門医機構副理事長） よろしくお願ひいたします。

資料2でございます。これは「令和2年度厚生労働大臣から日本専門医機構への意見及び要請に対する日本専門医機構からの回答」でございます。

ここにありますのは、まず、左のほうで縦長のカラム、「（1）令和3年度開始の研修プログラムにおけるシーリングに関すること」、「（2）令和4年度以降開始の研修プログラムにおけるシーリングに関すること」が厚生労働大臣から問われた大項目でございます。それにつきまして、左から3番目のところ、厚生労働大臣からの意見にはこういうことがあって、真ん中、令和2年10月に日本専門医機構から回答をしたところでございます。右は、回答の経過、すなわち、令和2年のところがどのようになっているかということで、一番右のカラムは取組状況で、対応済みあるいは対応中というものが書かれてあります。

ここにありますものの中で、対応済みというところは割愛させていただき、なおかつ、各項目の中からえり出しましたところで説明を集中的にさせていただければと思います。

まず、1のカラム、上から4段目、シーリング対象外の基幹施設のプログラムにおいて、研修期間の大部分をシーリング対象地域における連携先で研修を行っているプログラムがあることが報告されていることから、実態を調査すること、また、シーリングが適切に機能するよう、指針を改定し、シーリング対象地域における研修期間の一定の上限を設けることという御指示をいただいております。これに対しましては、真ん中のところでありますが、シーリング対象外の地域における基幹施設の研修について実態調査をさせていただきますということを機構からお答え申し上げておりました。その上で、問題があれば、シーリング対象地域における研修期間に一定の条件を設けることも検討してまいります、また、それに伴う研修プログラム整備もし、上限を設けることもいたします、整備をしていきますということでございます。今年になりまして、シーリング対象外の地域における基幹施設のプログラムについて対象地域の連携施設が長期に研修が行われないように、基本領域学会には指導をさせていただきました。今後、問題があれば、シーリング対象地域における研修期間に一定の条件を設ける等も検討し、また、それに伴う研修プログラムの整備指針の改定についても検討いたします。これが1つでございます。

その他、2ページ目の一番上の段、プログラム整備基準に記載されているとおり、専門研修プログラムの全期間における研修先が計画されていることはプログラム制の前提であり、研修先に未定の期間があるプログラムについては募集を認めないこと、昨年度も同様のことが指摘されたということでございます。今後は厳格に運用をしていくようにという御指示をいただいております。これについては、去年のところでありますが、今年度より多数の研修プログラムにおいて、当機構のシステムで、ローテーションの登録、調整が行われました。ただ、一部の基本領域においては独自のエクセルの申請書で基本領域学会に提出を求めているため、要するに、申請書の見直しや当機構システムの利用率を上げることでさらに円滑なローテーションの登録や調整をしたいと考えているところでございます。

その次に関しましては、上から3段目でございます。専攻医が350名以上のところは、複数の基幹施設を設置していないということをはきちんと言えるようにということでございます。機構からの答えといたしましては、都道府県の基幹施設の複数化につきましては専攻医の選択肢の観点からも必要と考えられますが、都道府県によって指導医の不足などの観点から基幹施設の複数化ができないところもありますので、そのところを勘案して今後は進めさせていただきます。都道府県内の基幹施設の複数化につきましては、基本領域学会とも協議を重ねているところです。検証が終わりましたら、また報告させていただきます。

その次のところは、上から6行目、「(3)研修プログラムの内容に関すること」の最後のカラムでございます。地域医療の中核を担うことが期待される総合診療医プログラム

を選択する専攻医が伸び悩んでいる、総合診療医のキャリアパスを明確化するなど、総合診療医を選択する専攻医の増加が見込めるような魅力的な制度を構築することが要請されたところでございます。これにつきましては、総合診療医と内科専門医取得のダブルボードを念頭に置きまして、いろいろな新たな取組をしておるところでございます。機構といたしましても、総合診療医と内科学会とのダブルボードの合意を得ましたので、これをさらに進めていきたいと思っております。

「（４）臨床研究医コースについて」は、臨床研究医コースの専攻医はシーリングの対象となることから、今後の定員の設定に当たっては、地域医療提供体制への影響を考慮し、信頼性の高いデータに基づいて教育や研究を維持するための必要な医師数を検討することなど、慎重に検討することを要望されております。これにつきましては、昨年も今年も同様でございますが、専攻医養成数に関する検討協議会において、各領域だけでなく、自治体関係者の皆様方の御意見をいただきながら設定いたしたいと思っております。

最後のページでございますが、カリキュラムについてでございます。これは、先ほど来、話題にもなっておりました、各領域における地域枠の育児や介護に関わる方のためには、カリキュラムを整備する必要があるということでございます。真ん中のところは、各領域のカリキュラム整備をして、２領域から申請がありますので、理事会にて承認をさせていただいております。今後は、機構のホームページにカリキュラム整備基準を掲載することも早急に進めてまいります。機構から、同様のことをホームページにも出しております。

３ページ目、「（１）カリキュラム制について」の最後のカラムでございますが、公平性の観点から、日本専門医機構による専門医募集を開始する前に、基幹施設が採用者を内定することがないよう、制度を検討するということでもあります。機構としては、そのようなことは今まで認めたことはございませんけれども、今後、このような意見も十分に参考にしながら取り組んでいきたいところでございます。

どうぞよろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま御報告のあった内容、あるいは、既に事前配付がされておりますので、それ以外のところでも結構でございますので、御意見、御質問等があれば、承りたいと思います。いかがでございましょうか。

山内委員、お願いいたします。

○山内委員 すみません。時間がない中で、ここで議論することかどうか。

２ページ目の上から６番目、総合診療専門医のところ、地域医療プログラムをもっと推進するという点に関して、この解決策のところは内科とのダブルボードの協議と総合診療医がサブスペの領域を広げることが書かれています。これに関して、立谷委員がいろいろと何度もおっしゃっているように、ゼネラルができて地域を守ってくれるような人たちを育成したくて総合診療医を育成するというのを、私は医師需給分科会にも

関わっておりますが、地域医療の解決策として総合診療医をとにかく増やしたいということはそういう目的だと思うのですね。それに反して、例えば、内科とのダブルボードになると、総合診療医の数は、見た目には増えているけれども、結局は、そのまま循環器内科に行った人、もっと専門的な人がダブルボードで持っていて数が増えているだけで、地域医療の本当に最初のところ、プライマリーケアをやる人たちが増えていない、数だけがごまかされていくような懸念を持ちました。

もう一つは、そういった意味で、総合診療医の人たちもサブスペに行けるということは一つのキャリアパスとしては重要なかもしれませんが、本当の意味でのプライマリーケアの人材育成という観点から、それも外れていくのではないかと思います。羽鳥委員は総合診療のことに関わっておられますし、その辺の地域医療を支える総合診療医という観点から、こういった方向性でいいのでしょうかということを確認させていただきたいと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 羽鳥です。

山内先生、御質問をありがとうございます。

総合診療と内科のダブルボードについては機構内で様々な意見がありまして、ダブルボードをとりたいと思っておられる先生は、1つの学年は180~200名ですけれども、数名の方、恐らく10名はいかないだろうと思いますので、先生方が御懸念になるようなことにはならないと思います。ダブルボードという道もありますよという提示の仕方であって、ダブルボードを積極的に進めているということではありません。

また、サブスペの話が出ましたけれども、今、総合診療で求めようと思っているサブスペとは、家庭医療、病院総合、あるいは、いわゆる僻地などの地域医療に特化した、その3つぐらいのことを総合診療から行けるサブスペと思われれます。ある意味で、総合診療を極めていきたい人たちをさらに伸ばしていける場をつくろうということ。総合診療から内科領域のサブスペを目指したい人は、内科のダブルボードをとってからになるかと思いますので、もしおられても数名です。ただ、皆さんも御存じのように、今回のコロナを通して最も頑張っているのが総合診療の先生たちで、ある意味で基本的に感染症のことをもっと知りたいと思っている人たちも多数おられます。内科系のサブスペも、先ほど、循環器という、カテーテル屋さんみたいなイメージのお話もありましたけれども、そうではなくて、もっと幅広く臓器のことも知りたいと思っている人たちもおられるわけですので、そういう人たちにも道を開いていきたいと思います。例えば、内視鏡のスクリーニングをされるとか、あるいは、地域によって本当に腎臓の専門医がいなかったところでは透析の一定の資格を差し上げる。必ずしも透析専門医ではなくても、認定医あるいはスペシャリストみたいな形でもっと興味を広げていけるような道を開きたいということ。ありますので、内科のまねごとをされるとか、そういう意味での総合診療のサブスペのイメ

ーじではないことを御了承いただきたいと思います。

僕からの発言は、以上です。

○山内委員 了解いたしました。地域医療の中核を担うことが期待されるという言葉がしっかりと書かれておりますので、そこが、ミスリードというか、間違ったメッセージにならないように、今、総合診療医は地域医療の担い手として非常に期待されている部分があると思いますので、そのように検討していただければと思います。ありがとうございます。

○羽鳥委員 ただ、総合診療医の先生にとっても、いわゆる3年が終わった後、さらに先にどんなことをやったらいいのかと悩んでいらっしゃる方もおられるので、いろいろな道を示してあげたいということで示しているものです。それが少し際立って見られてしまうと大きな間違いにつながると思いますので、十分に気をつけて発言していきたいと思います。ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

立谷委員、お願いいたします。

○立谷委員 私は、総合診療専門医という考え方そのものに反対してきました。

事例を言います。青森県のある病院の話になります。皆さん、専門医で自分の専門しか診ないのです。一般外来をする医師がいなくなったので、その市長さんは弘前大学から医師は県のためにヘリコプターを飛ばしてくれという要望をしたという事例があります。

要するに、専門医の先生方が専門医を標榜するのはいいのですが、総合診療専門医でないと一般診療をしなくなってしまうということに私は非常に危機感を覚えているわけです。ですから、診療は初期研修が終わった人はみんなやらないといけない。例えば、当直をしたらどのような患者でも診なければいけないわけですから、そういう意味では、わざわざ専門医と称することが果たして適切なのかどうかという問題を、私はずっと投げかけてきたのです。

現実的に、今、地方では困っています。要するに、総合診療をする医師が減ってきています。これを総合診療専門医だけで果たして全部賄えるのかということになると、甚だ疑問です。地域としては難しい状況だと思っています。現実的にそういう事例がいっぱい私のところに聞こえて来ています。

ですから、「総合診療専門医」という呼称にこだわることも地域医療としては現実的ではないということなのです。この話を今蒸し返してもしょうがないと思いますので、そのところは、専門医機構でどういうふうに持っていったらいいのかは非常に難しい問題だと思いますが。私は羽鳥先生に申し上げたい。「かかりつけ医」などと言うよりも、「専門」とつけなくても「総合診療医」と出せばいいと思っているのです。これはずっと言ってきたことですが、現実的に地方の病院ではみんな困っている。大病院になればそれなりの医師が集まるのかもしれないですが、青森県の某市では医師派遣のためにヘリコプターを飛ばせというまでの話になっているという現実もあることを御認識いただきたいと思

ます。これはすぐに結論を出せることではないと思いますが、地方では極めて厳しい現実です。つまり、専門医の先生がそれしか診ないということです。

○遠藤部会長 御意見として、承りました。ありがとうございます。

できるだけ多くの方の御発言をいただきたいと思います。

釜菴委員、お願いいたします。

○釜菴委員 今立谷委員が言われたのはまさに私もそのとおりだと思います。それぞれの医師は自分の専門領域を持っているわけですが、今回のコロナに対する対応の中で、いた必ずしも幅広くいろいろな場面に対応できていないという状況もありましたので、それらのことを踏まえて、総合診療専門医でなければ幅広い領域に対応できないという形でなく、自身の専門領域に関わらず多様な状況に対応できる医師の養成をぜひ専門医機構にもご協力いただきたい。これは常々申し上げているところです。

今の資料2の中での問題は、1ページの上から3つ目、プログラム全期間における研修先を把握するシステムを早急に構築については、右から2つ目の列の経過報告を見ると大分整備されてきたところのようですが、その辺りの状況をできればもう少しつまびらかにお示しただけるといいなと思います。シーリング対象外の基幹施設でやって不適切な形になることもしっかりこの辺りで把握できるわけですから、こういうふうに応用した結果、このようによくなりましたと、今日でなくて結構ですけれども、機構にはぜひその辺りの改善の状況をお示しいただきたいと思います。

私からは、以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。機構への御要望がありましたので、ぜひ機構として御対応いただければと思います。

それでは、片岡委員、お願いいたします。

○片岡委員 ありがとうございます。

先ほど総合診療に関しての議論がありましたけれども、コロナ禍において総合的な判断ができる力を持った医師の必要性がさらに認識されたところだと思うのです。例えば、内科などでも、狭い専門領域ではなくてより幅広くといったニーズとか、あるいは、そういう動きもあると思います。内科以外のほかの基本的領域からも、もっと総合的な力をつけたいというニーズ、専攻医の先生側からのニーズもあると考えますので、その辺りを促進するような動きも必要なのではないかと思います。

また、内科に関しては、非常に人数が多いことから、各県でシーリングの影響も非常に大きいものがあると思いますので、今後、その辺りはさらに詳細な検討をいただけたらと考えます。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、一通り御意見をいただきましたので、本件についてはこのぐらいにさせていただきます。多様な御意見が出ましたので、これらを踏まえまして、3番目の

議題であります「令和4年度専門研修プログラムに対する厚生労働大臣からの意見・要請案」の審議に入りたいと思います。これが、ある意味、今日のメインイベントでございますけれども、これにつきましては、資料3-1、3-3、3-4につきまして、事務局から御説明いただきたいと思っております。

事務局、よろしく申し上げます。

○野口主査 事務局でございます。

資料3-1、3-3、3-4を用いて御説明させていただきたいと思っております。

まず、資料3-1を御覧ください。「令和4年度専門研修プログラムに対する厚生労働大臣からの意見・要請案」でございます。事前に専門研修プログラムについて都道府県から意見をいただいております。それに基づく意見・要請案でございます。

2ページ目、「1. 令和4年度専門研修プログラムの整備状況」についてでございます。

3ページ目、連携施設での研修期間についての意見・要請でございます。こちらは、昨年度よりも前から意見・要請をさせていただいております内容でございますけれども、基幹施設と連携施設の設定に関するものでございます。依然として基幹施設での研修期間が6か月のみで、ほかの期間をシーリング対象の都道府県の機関で研修を行うプログラムが存在しているというところでございます。下に不適切と考えられるプログラム例を記載してございますけれども、3年間のプログラムのうち6か月の基幹施設での研修をシーリング対象外のところで設定して、それ以外の期間はシーリング対象の地域でずっと研修するというところでございます。こういった不適切なプログラムの設定については改善をお願いしたいということで、下の意見案でございます。こういった不適切なプログラムの実態をまずは調査していただきたい、もう一つは、シーリング対象の地域における研修期間の上限が一定程度示されなければプログラムの改善が難しいと考えられますので、こういった一定の上限を設けていただきたい、改善が認められないプログラムについては厳正に対処いただきたいという意見案でございます。

次をお願いいたします。続きまして、都道府県におけるプログラム数についてでございます。採用数が350名以上の基本領域学会につきましては、1つの都道府県に2つ以上の基幹施設を設定してくださいという認定基準としてございます。しかしながら、真ん中のページの表にございますように、研修プログラムがまだ1つだけの都道府県の診療科が幾つかあるところでございます。こういったものに対する意見としましては、もちろんこういった認定基準に基づいて複数の設定をしていただきたいという御意見がある一方で、紫の枠にございますように、医師少数県におきましては、指導体制が十分に保てない、複数の基幹施設を設置することが困難であるという意見をいただいております。また、研修内容の質の担保や指導医の配分といった観点も考慮すべきという意見をいただいております。もちろんこの基準に基づいて複数化をしていただくというところが前提ではございますけれども、困難な事例は都道府県からも御意見をいただいているところでございますので、どんなところがどんな理由で複数化が困難であるのかといったところも含めて、複

数化に関する検証をしていただきたい、また、その結果について報告をいただきたいという意見案とさせていただきます。

次の5ページ目でございます。プログラムにおける研修先の設定についてでございます。先ほど資料2でも日本専門医機構からも御報告がございましたけれども、プログラムが設定されたときに、空白の期間があるプログラムがございます。これまで意見・要請を通じて改善をお願いしてきたところでございますが、今年登録されたプログラムの中でも、真ん中の紫の枠内でございますように、1万7490プログラム中、約320プログラムがあると。約2%程度でございます。そういったものについては、改善をお願いしたいところでございます。もう1点、都道府県からいただいた御意見といたしましては、各研修プログラムに二次医療圏の情報がないというところで、プログラムが医師確保あるいは偏在対策に資するものとなっているか判断が困難であると。こういった2つの御意見をいただいております。それを踏まえまして、意見案でございますけれども、こういった未定の期間があるプログラムについては募集を認めない、こういったプログラムはありますので厳正に対処いただきたいというところを記載させていただきました。また、都道府県に対しては、各プログラムで医療提供体制に影響を与えるかが判断できますように、二次医療圏の情報をプログラムに組み込めるか検討をお願いしたいという意見でございます。

6ページ目、「2. 研修の機会確保に関すること」でございます。

7ページ目、主に2つ、研修の充実、地方での研修についての意見をいただいております。1つが、指導医の確保関連に関してでございます。専攻医だけでなく指導医の確保も同時に重要であるという御意見で、指導医の派遣に実効性のある仕組みを創設することとか、インセンティブを働かせるようにすべきという都道府県の御意見をいただいております。それを踏まえまして、意見案でございますけれども、地域偏在の効果を高め、地域枠医師の研修機会を確保することは重要でございますので、専攻医と指導医、どちらも増えるような実効性のある仕組みも創設いただきたいという意見案でございます。もう1つは、連携プログラムに関してでございます。連携プログラムによって、都市部周辺に連携プログラムで研修をすることはありますけれども、地方の医師少数県には行き届いていないところでございますので、こういったところについても積極的に選択されるように推進いただきたいという意見でございます。

「3. 各領域学会の取り組み状況」でございます。

9ページをお願いいたします。各領域学会に対しましても、都道府県からの意見を踏まえまして、昨年度、大臣からの意見・要請をさせていただいております。意見・要請の内容は、左の列に示してございます。シーリング数を遵守しているか、採用数の設定に当たっては都道府県の意見を聴いた上で設定しているか等の意見を挙げさせていただいております。対応状況については、○、△、×で示しておりますけれども、○が対応済み、△は対応中、×はこれから対応が行われるものと伺っております。ハイフンになっているところは、もともと対応の意見・要請を行っていないところでございます。例えば、シーリン



グの設定がされていない診療科におきましてはシーリング数に関する要請は行っていないといったところで、学会によって個別に要請をしているところがございます。

次のページ、「4. 令和5年度開始の研修プログラムにおけるシーリングに関すること」でございます。

11ページ目をお願いいたします。令和3年度におきましては、①～④のシーリングの緩和の考え方に基づいてされたところで、令和4年度につきましても、令和3年度を踏襲したところがございますので、同様に①～④の緩和策が取られているところがございます。

12ページ目、令和5年度のシーリング数の考え方についての意見でございます。各都道府県から、様々なシーリング数に関する御意見をいただいております。シーリング数がきちんと遵守されるよう厳格に運用してほしいという点とか、新型コロナウイルス感染症の流行に加え、シーリングによって医師の確保が困難であるといった意見とか、採用数にばらつきがございますので現行のシーリング数を維持してほしいといった意見をいただいております。こちらを踏まえまして、令和5年度以降のシーリング数に関しては、これまでのシーリングの効果・課題を検証した上で設定するとともに、専攻医の採用においてはシーリング数が厳守されるような厳密な運用を行っていただきたいといった意見案とさせていただきます。

続いて、資料3-3を御覧いただけたらと思います。資料3-3につきましては、資料3-1に記載しております意見・要請案を文書に落とし込んだものでございます。こちらの3-1に記載していない細かい内容については、資料2で先ほど機構から御説明いただきました。対応状況につきましてまだ対応が進んでいないものあるいは対応中のものについても、改めてこちらの文書に記載させていただいて、対応をお願いしたいというものでございます。

1ページ目の「1. 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」、(1) 令和4年度のシーリングに関すること、(2) 令和5年度以降の研修プログラムにおけるシーリングに関すること。

2ページ目が、(3) 研修プログラムの内容に関することでございます。

3ページ目の(4) 臨床研究医コースについて、(5) 地域枠医師に対する対応についてというところに関しましては、資料3-2で改めて御説明させていただきたいと思っております。基本的には、3-1の内容をこちらに記載させていただいたものでございます。

また、資料3-4を御覧いただければと思います。資料3-4につきましては、厚生労働大臣から各学会に対する意見及び要請でございます。こちらに関しましては、資料3-1の9ページ目に、先ほどの各学会における取組状況の一覧、○×△の表をお示しさせていただいたと思っておりますけれども、それに基づきまして、まだ対応が済んでいないものやこれから対応が必要なものについては、改めてこの文書に要請を記載させていただいた次第でございます。各学会におきまして、この対応状況によって記載内容の調整をさせていただいております。

資料の説明については、以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御説明がありましたように、資料に従いまして、今見ております資料3-3と3-4が案になっておりまして、その根拠は資料3-1で御説明があったわけでありまして。これらについて、御質問、御意見等があればいただきたいと思います。いかがでございましょうか。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 前から私が申し上げていたことなのですが、資料3-1の9ページです。カリキュラム制について表が出ています。カリキュラム制についての対応が、内科、外科はよくやっておりますが、そのほかはあまり進んでいないです。

もう1つ、私が前から申し上げてきたことなのですが、このカリキュラム制への移行に認められている要件として、介護や結婚などといろいろとあり、機構が認めた場合となります。一つ申し上げますが、パワハラは理由になりますか。専攻医が受けているパワハラ、私はそれが非常に問題だとずっと思ってきたのです。大学に従属させるようなシステムではいけないのです。十何年前に初期研修制度が始まったときのことを考えると分かりやすいかと思いますが、これは先祖返りをするような制度であってはいけない。ですから、ある程度専攻医の研修の自由度を考えたときに、カリキュラム制は絶対に必要だろうと私は思ってきたのです。パワハラは果たしてこのカリキュラム制に移行する理由になるかどうか、そのところを教えていただきたい。カリキュラム制を前提に考えなければいけない部分もあると思いますが、今の取組の状況を見ると、カリキュラム制については、皆さん、力が入っていないということを感じざるを得ないです。そのところをお答えいただきたい。

○遠藤部会長 ありがとうございます。これは機構への御質問ということですね。

○立谷委員 はい。

○遠藤部会長 今村参考人、お願いします。

○今村参考人（日本専門医機構副理事長） 立谷委員、ありがとうございました。

機構としてもパワハラの問題は非常に重要視しておりまして、機構の中に委員会をつくっております。現場からいろいろなお声として上がってくるものが全てパワハラということでは決してないのですが、明らかにパワハラだということが起こってはいけないというメッセージとして機構として発信していると。もしそれが明らかにパワハラだということになれば、当然カリキュラム制に移行していただくこともあって当たり前のことだと思っております。機構として各学会に対してカリキュラム制を整備してほしいということは申し上げていて、全ての学会は整備されているということになっているのですが、ここにあるように、カリキュラムを取れる病院がホームページに公開されていないとか、現場の先生から聞くと、そういうカリキュラム制があることを知らない方たちもまだいらっしゃるという実態も把握しておりますので、私ども機構としては、できるだけ多く

の専攻医としてこれからやっていかれる方たちに、カリキュラム制があるんだよということを広くいろいろなツールを使って知らしめていくことが重要だと思っております。引き続き、専門医になろうという方たちへのそういうメッセージが大事だと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

立谷委員、お願いいたします。

○立谷委員 1つだけ申し添えますが、パワハラは受けた人がそう感じるかどうかも考えなくてはいけないのです。パワハラをした人が「私はパワハラをやっています」と言うことではないのです。そこのところは、学修する、研修する方々の意思を尊重して、適切にその人の将来を考えてあげるといようにしていかないといけない。先生も今までそういうものを見てきたと思います。医師は大事に育てなければいけないと思いますので、しっかりとしていただきたい。

○今村参考人（日本専門医機構副理事長） よく分かります。さっき申し上げた委員会はそういう現場の先生のお声を酌み取るために設けられているものですので、そういった若い先生方、医師ですね。パワハラを行っていると思われるような先生の声を聞いているわけではありません。ただ、全てがパワハラに当たるかどうかという判断はなかなか難しい部分もあるので、そこは委員会の中で慎重にこれからも議論していくことになろうかと思っております。

ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

続きまして、山口委員、お願いいたします。

○山口委員 ありがとうございます。

3点ほど、意見と質問がございます。

資料3-1の4ページのところに、研修プログラムが1つしかない都道府県のことを書かれていますけれども、これは機構で検証していくというお話がございました。医師少数県だから指導体制が十分に保てなくて1つしかないというところは致し方ないと思いますので、検証するときに、どういう理由で1つになっているのかということをしっかり聞いていただいて、その理由に根拠があるかどうかということをしっかり示してもらうことが大事だと思います。検証される際に、その辺りを考慮していただければということが1つです。

5ページのところで、未定の期間があるプログラムが結構な数あることに驚きました。この未定のプログラムがあることを、受理するときに見つけることはできないのでしょうか。受理した後にこんなにたくさんあるというのであれば、最初の段階でもう少しこの辺りのところはチェックを入れることができるのではないかと思うのですが、それが無理なことなのかどうかということをお聞きしたいと思っております。

9ページで、先ほど立谷委員もおっしゃっていたカリキュラム制の学会の項目のところ

で、かなり×の学会がございます。これは、公開していないということなのか、そもそもカリキュラム制で研修可能な医療機関がないので×になっているのか、理由が分かっている範囲で教えていただきたい。事務局をお願いしたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

最初は、専門医機構にお聞きしたいと思います。

今村参考人でしょうか。兼松参考人でしょうか。

○今村参考人（日本専門医機構副理事長） 今、山口委員などから御指摘いただいて、研修プログラムが1つしかないというのは、基本的には、医師少数県で指導体制が十分に確保できないということだと思います。指導医のいないところでどのように研修体制を確保するかは非常に重要なので、ある程度指導できる人材を確保できるように、まず、そういったところに行っていただく仕組みについて、今、機構では議論しているところです。実態については、申し訳ありませんが、私も今御質問いただいたようなこの一つ一つの学会の詳細について御説明することはできませんけれども、基本的には医師少数県が大きな理由になっているという認識を持っています。

今、指導医、いわゆる専門医を既にとった方たちに、いかにある一定期間指導に行っていくかということの工夫も、機構の中で、いわゆる専門医の更新基準の中で、これは義務ではありませんが、インセンティブをつけた形でその地域に行っていただくということを記載しています。プログラムが組めるようにという意味でも、重要なことだと思っています。このことについては、今、全国知事会の社会保障の部会のなかで、知事の先生方からも、そういった先生に行っていただくに際して、今勤めている病院からその専門医が抜けることについてのいわゆる送り出す側の問題、出ていった先生が戻ってきたときに元の場所に戻れるのかという問題、一つ一つの病院と機構の間でどこが不足しているかをマッチングすることの難しさがございますので、あくまでそういう少数県の中の医師確保計画の一環として、そういった地域に行っていただくための仕組みを、知事会と、こういったプログラムが1つしかないということをただ県に指摘するだけでは改善が難しいので、総合的に取組をしていきたいと思っていますので、そのことだけ御報告させていただきます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御質問はあと2つあったかと思いますが、もう1つが研修先未定は事前に分からないかどうかということです。これについては、いかがでしょうか。

○今村参考人（日本専門医機構副理事長） 医療機関は突然にいろいろな人事の問題が起こって、なかなか決め切れないケースが現実にあることも事実だと思います。ただ、例年ずっと同じプログラムで常にこの半分以上が未定になっているというプログラムが存在することについては、極めて問題だと私も思っております。事前の確認がどこまでできているか、されているかということについては、大変申し訳ありませんが、私もそこまで把握

できていないのでこの場で明確にお答えはできませんけれども、こういったものを認めていかないう方向できちんと対処し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。

3番目は、カリキュラム制についての話で、これは事務局への御質問ですね。お答えをお願いいたします。

○野口主査 事務局でございます。

カリキュラム制について、改めて9ページ目を御覧いただければと思います。大臣の意見・要請の内容、一番左の列でございますけれども、下から3番目がカリキュラム制での研修を開始できるような体制を整えているかというところで、昨年度、内科、精神科、リハビリテーション科に整えるように意見・要請をさせていただいて、既に対応を済まされているということです。現状、全ての診療科におきまして、カリキュラム制での体制が整っているところでございます。

ただ、それが周知されているかということがその下の列でございます。カリキュラム制で研修可能な医療機関のリストが公開されているかという点につきましては、こちらの列に示させていただいている×と△のところに関しましてはまだ対応が済んでいないところですので、カリキュラム制に関しては全ての診療科で整えられている一方で、それが周知されているかという、幾つかの診療科ではまだ不十分な状態があるところでございますので、こちらに関しては、改めて公開するなど、専攻医が分かるように周知をいただきたいという意見・要請をさせ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。

山口委員、今のような回答になりましたけれども、いかがですか。

○山口委員 カリキュラム制のことについては、上の段を見て分かりました。

ただ、未定のところについては、もし事務的に事前に対処できるようなことがあれば、そうしていただくように改善していただければと思います。

ありがとうございました。

○遠藤部会長 御意見として承りました。ありがとうございました。

お待たせしました。山内委員、お願いいたします。

○山内委員 ありがとうございます。

非常に時間がないところで申し訳ないのですが、今回の専門研修部会も久しぶりに行われたにもかかわらず内容が盛りだくさんで、一生懸命やっていたのは分かるのですが、対策がパッチワーク的で非常に危険性を感じておりまして、どうしても意見を言わせていただきたいと思っております。

私は、この資料3-1の7ページのところで、1つ、都道府県からの意見という中で、連携プログラムは転居を伴うため専攻医の負担となっているという意見が出ておりますが、それを、今、皆さんにもよく考えていただきたいと思っております。1つは、今、例えば、専攻医がプログラムの中で6か月どこか違う病院に行くときに、6か月、新しく敷金・礼金を

契約して住むところを借りたり、また、都内のところをそのままキープして行くか、それとも再契約をするかとか、地域の病院によっては住居を用意しておいてくださっているところもありますが、全てがそうではなく、非常に金銭的に負担になっていながら専攻医が頑張っているということです。

もう1つは、専攻医の年齢は大体30代の前半ぐらいで、女性にとっては出産の時期と重なるのですね。そういった時期に本当に専攻医はみんな悩んでいます。いつ出産と本当に計画的にできることでもないですし、どこに出産のタイミングを持ってきたらいいか、子供を産んでしまったら地域に行くのをどうすればいいか、そういうことを悩む年齢で、みんな一生懸命やりくりをしています。そういう中でやっていることを一つ理解していただいた上で、今村参考人が言ったことで、確かに専攻医にとって指導医に恵まれている環境で勉強をさせてあげることはベストだと思います。ただ、指導医に関しても、先ほど今村参考人が「インセンティブ」と言いましたが、専攻医の更新のために指導医にも地域に行ってもらおうという発言をされましたが、それは決してインセンティブではなくて、そういう義務を与えることで、指導医に関しても、専攻医と同じように、例えば、6か月間行きなさいという義務になってきたら、小さい子供を持っている人はどうしたらいいとか、パッチワーク的に地域医療を支えていくという方向性にどんどん行っているような気がして、非常に不安を覚えています。

根本的に、地域の方々からしてみても、そうやって派遣で来てもらうのではなくて地域に根づいていただく、専攻医にしても指導医にしてもその地域をしっかりと守っていただく人たちにいていただくことが最終的な目的なので、専攻医をどうして地域に行かせるかという、そこで研修をするとそのまま根づいてくれるのではないかということから多分地域に行かせるという発想も出てきたと思いますので、何となくそういうパッチワーク的にやっていくことで、結局、先ほど立谷委員がおっしゃっていたように、医局制度で、地域の病院が医局に頼んで、頭を下げて、医局から専攻医も指導医も派遣してください、派遣しますからこういうふうにしてくださいみたいな、そういった制度が戻ってきてしまうような方向にすら感じますので、その辺のところは非常に注意をして進めていただければと思います。

○遠藤部会長 今村参考人、どうぞ。

○今村参考人（日本専門医機構副理事長） ありがとうございます。

先ほどの私の説明が十分でなかったために、山内委員に多少御不安を与えてしまったかと思えます。究極的な目的は本当に地域に根づいた専門医や専攻医がいることで、当然のことですけれども、現状としてはそういう状況になっていないので、そうなるまでの仕組みとして何ができるかというお話です。若い先生たちにいきなり医師が少ないところに行って研さんしなさいということだけでは、専攻医の先生方にとっても大変申し訳ないことなので、指導できる先生たちにどのようにして一定期間地域に行っていたかということになりました。その際に、まさしく山内委員がおっしゃったように、それぞれの人生

の中のいろいろなプランがあるわけですから、この時期に行ってほしいということではなくて、専門医が更新できるかなりの期間のどこかで、自分として行ける時期があったら行っていただきたいと。なおかつ、インセンティブというのは、行くことではなくて、行くことによって専門医の更新がしやすくなるような利点をつけて行っていただくと。今のところ、その程度のインセンティブしかないので、これももっと自主的に行っていただけるようなインセンティブとは何かと考えていく必要はあろうかと思えますけれども、これはあくまで過渡的なものであって、これをずっと続けることを目的にしているわけではないことだけ一応申し上げておきたいと思えます。

○山内委員 了解しました。過渡的ということは分かりますから、過渡的な方向性で、簡単な方向性というか、割と権力が行きやすい方向とかに進んでしまうと、それを戻すことはとても大変になると思えますので、その辺も議論していただければと思います。

○今村参考人（日本専門医機構副理事長） 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。

先ほど来、お手を挙げておられます、野木委員、お願いいたします。

○野木委員 ありがとうございます。

資料3-1の3ページなのですけれども、ここで私がいつも思うのは、シーリングの問題点になってくると思うのですけれども、実際にあった事例なのですけれども、例えば、精神科などでは、九州はほとんど全県でシーリングがかかっている。実際、九州の先生で、シーリングがかかっているから中・四国の病院に行かなければならなかった、自分の思っているところと全然違うところに行かなければいけなかった事例。逆に、例えば、九州のある県は、実際にシーリングで入った先生はどうしているのかといたら、実際にシーリングの基幹施設には6か月、あとは全部東京で研修している。実際に地元でしたかった先生は全然違う県に行かされている。こういう問題点がシーリングの中では起こっているということも、レアなケースでしょうけれども、考えていただきたいということはあると思えます。

それと、4ページ目で、都道府県の1つしかないところがあるという意見が出ていましたけれども、実際にどうなのかということをよく調べないといけないところがあります。レアなケースではあると思えますけれども、地方においては大学病院がすごく力を持って、ほかにつくることは許さないみたいな県もなきにしもあらずという気はいたします。つくったら次からおまえのところには医者は派遣しないぞと言われてたら、それは当然つくれない状況にあるのではないかという気はしますので、そういうことがないのかどうかというところはしっかり見ていかないといけないのではないかという気がいたします。

プログラムの未定の部分ですけれども、大学の教授に言わせると、この未定は、1年目でその先生方の特性を知って次はどここの病院に回すべきかを決めなければいけないので、なかなかそこは決め切れないという教授もおられます。また、専攻医の中でも、例えば、初めて精神科に入って、連携施設はいろいろとあるけれども、どこに行っていいいのかよく

分からない、1年間研修してからどこの病院に行きたいのか考えたいという形の先生もおられるのも事実なのですね。精神神経学会としては、出してくださいとは言っていますが、そのような理由を言われて、もうちょっと待ってくださいというケースが少なくはないという気がいたします。ですから、その辺のシーリングの問題点をもう少し考えて、私は、個人的には、シーリングにプラスアルファを設けて、プラスアルファを取られる基幹施設等に対しては、さっき山内先生がおっしゃいましたけれども、パッチワーク的であっても、地方にしばらく行くということもあっていいのではないかと思います。専攻医の住居の問題とか、いろいろとありますけれども、個人的には、パッチワーク的であっても、そういうところに行ってみて、将来またこういうところに来てもいいなという感触を持って帰ってもらうことは非常に大切なことだと思って、全く見ていないと行きたいとも思わないような気がするので、僕は、その辺はパッチワーク的であったとしても経験することが重要であり、将来への関心が生まれると思います。

(音声中断)

○遠藤部会長 野木委員、すみません。今、音声と画像が途切れております。

○野木委員 以上です。

○遠藤部会長 申し訳ありません。最後のところが、音声と画像が固まって伝わっていないので、何か調子が悪くて、実はほかの委員の先生も時々音声がか切れているという状況になっていて、十分に把握できません。ここの設備の問題なのかもしれないのですが、申し訳ありません。大体は推測をしながら意図はちゃんと理解しているつもりなのですが、

今、やり直すので、ちょっとお待ちくださいということです。

(接続調整)

○遠藤部会長 ありがとうございます。申し訳ありませんでした。原状回復いたしました。皆さんの顔もよく見えております。

そういう状況になりましたけれども、ただいま、3-1、3-3、3-4で、特に3-3、3-4につきましては、事務局の原案が出されているわけですが、それに直接関係するものもそうでない運用上の御意見も含めていろいろとお聞きしているわけですが、非常に重要な御指摘をいただいていると思います。

まず、この議題の3番目につきましては、資料3-3と3-4につきましては、この部会としてどう扱うかということでもあります。

今、お聞きしたところ、まず、3-3、特に3-4は学会に対する意見ということだと思いますけれども、個別の内容についての明確な修文要請はなかったと理解してはおります。ただ、関連して非常に重要な御指摘を幾つかいただいているということでもありますので、これの扱いでありますけれども、原則、修文された内容について大きな反対はなかったということですが、幾つかそれに関連する御意見もありましたので、それについては、修文が必要かどうか踏まえて、部会長預かりという形で対応させていただくことが一つ



の方法としてあるかと思えますけれども、そのような対応でよろしゅうございますでしょうか。もし御反対の方がいらっしゃれば、お手を挙げていただきたいと思えます。

山内委員が手を挙げておられますね。お願いいたします。

○山内委員 ごめんなさい。反対ではないのですけれども、内科学会に関する要望のところで、シーリング数を明確に守ることと書いてありまして、最初のところに戻ってしまいますが、先ほど来、数を守ってもらうようにということを行うのであるならば、その告示を早くしていただくということで、今回は間に合わないかもしれませんが、今後、いつまでにシーリング数を明示するのでそれを守るようにということをきちんと入れていただく方向性を検討していただければと思えます。

繰り返しになって、申し訳ございません。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。重要な御指摘であります。複数の先生からも出ている御意見だと思います。

ほかに、この3-3と3-4でこれだけは一言ということはいかがでしょうか。大体御意見は承ったと思えます。

それでは、議題3についてはそのような対応とさせていただきます。

議題4に移らせていただきます。「その他の意見・要請案」ということで、その他というのは、要するに、プログラムの内容ではないということですね。それについて案が出ておりますので、それについて事務局から御説明いただきたいと思えます。

○野口主査 それでは、資料3-2、3-3を用いて御説明させていただければと思えます。

プログラムの内容以外のところについての意見でございます。3-2でございます。

まず、「1. 専門研修における研究医枠について」でございます。

3枚目をお願いいたします。将来研究に従事する医師、臨床研究医の養成につきましては、こちらの現状と課題に基づきまして、日本専門医機構様で臨床研究医コースが設定されているところでございます。真ん中のチャートでございますが、臨床研修が終わった後、基本的には7年間のコースでございます。最初の2年間で臨床の研さんをした後は、研究と専門研修を両立しながら、学位の取得と専門医の取得を同時に行うというコースでございます。ポイントとしましては、カリキュラム制で行うことと論文のファーストオーサーとしての2本以上の実績を求められているところでございます。

4ページ目でございます。この募集と採用につきましては、今記載してございますとおりで、まず、カリキュラム制で行う等の特徴がございまして、募集に関しましては、まず、初年度は40名からスタートをしているところでございます。

5ページ目、実際の採用のスケジュールでございますが、緑のところは実際の採用のスケジュールでございます。薄い緑のところは通常臨床専攻医の採用スケジュールでございます。濃い緑の矢印のところは臨床研究医のコースの採用でございます。通常専攻医の採用よりも先立って採用が行われる設定となっております。

細かいスケジュールにつきましては、6ページに示してございます。

7ページ目でございます。こちらの臨床研究医コースについて、都道府県からも御意見をいただいているところでございます。このコースにつきましては、1つ目の○でございますけれども、シーリングの枠外で設定されているということでございますので、採用が大都市部に集中しているため、医師偏在の助長を招くのではないかという御意見をいただいております。また、下から4つ目の○でございますけれども、本コースを修了した医師のキャリアを追跡し、本コースが臨床研究医の育成に効果があるのかを検証されたいという点、その2つ下、臨床研究医コース修了後も研究医が着実に研究に取り組めるような方策を検討するという御意見もいただいております。

こちらを踏まえまして、今年度の意見・要請案でございます。8ページ目をお願いいたします。臨床研究医コースの定員設定に当たっては、地域医療提供体制への影響を考慮する必要があるところでございますので、データに基づいて医師数を検討することが1つ。2つ目でございますけれども、臨床研究医を増やすためには、コース修了後も研究に携わることが重要でございますので、追跡調査を行うとともにキャリアの支援について御検討いただきたいという意見でございます。3つ目、このコースを継続的に改善していくために、履修者の満足度だけではなくて適切な指標を設定して評価を行っていただきたいという案でございます。

9ページ目以降、「2. 地域枠の従事要件に配慮された研修プログラム」に関する意見でございます。

10ページ目、昨年度の意見・要請の内容でございます。今後、上の枠にございます厚生労働大臣からの意見・要請でございますが、今後、都道府県の同意を得ずに地域枠を離脱し専門研修を開始した者については、原則、専門医機構の専門医認定を行わないという意見を出させていただきまして、下の枠の専門医機構からの回答でもそのような方針で御回答いただいております。一方で、実際にこのような回答をいただいたところではございますけれども、実際に運用する段階となつてはいろいろ都道府県から御意見をいただいているところでございます。

11ページ目を御覧ください。1つ目の○でございますけれども、専門医制度における離脱防止策に関して、不同意と認定することで都道府県が法的な責任を負うことのないように、貸与時の説明すべき事項や地域枠からの離脱に対する同意／不同意の基準を明確に示すなどの積極的な関与により、実効性のある仕組みを整備するという御意見をいただいております。地域枠に関しましては、こういった専門医の認定を行わないことを医学部入学時に説明がなされているわけではないというところもございまして、そういった整理も必要という御意見もいただいております。また、3つ目の○でございますけれども、地域枠と一般枠医師が同率の成績で判断しなければならない場合は、地域枠医師を優先してプログラムに参加させるなどの配慮についての意見をいただいております。また、下から2つ目でございますけれども、地域枠医師、自治医科大学卒業医師などの従事要件がある

医師が専門医資格を取得できるよう、プログラムの中断の柔軟な対応やカリキュラム制の整備を進めることといった御意見をいただいております。

12ページ目、これらを踏まえての意見・要請案でございます。昨年度は、離脱防止策についての意見・要請をさせていただいたところではございますけれども、こちらについては、次のページにありますように、改めて検討することとして、今年の意見・要請案としてはこちらでございます。地域枠医師が地域医療に従事しながら専門性を身につけることができるよう、柔軟なプログラムの設定やカリキュラム制の整備を進めることとさせていただきます。

13ページ目でございます。先ほど都道府県からいただいた御意見のように、地域枠の離脱に関して不同意と認定することについては、いろいろと都道府県から意見をいただいております。どのような地域枠の範囲で不同意として認定したらよいか、その際の留意事項は何かという御意見をいただいているところでございます。また、専門医機構におかれましても、専門医を認定しない場合の手順等も整理が必要でございますので、今回、地域枠からの離脱における都道府県及び専門医機構の役割について改めて整理してはどうかという論点でございます。もう1点、離脱だけではなくて、定着を促進するという観点で、この地域枠医師が地域医療への従事と専門性向上の両立を容易にするために、専攻医採用プロセスにおいて優先する枠組みを検討してはどうかという案でございます。この2点に関しましては、先生方に御意見をいただいた上で、今後の議論につなげてまいりたいと思っております。

また、資料3-3を御覧ください。今申し上げたようなその他の意見・要請につきましては、3ページ目以降に、(4)臨床研究医コースについて、(5)地域枠に対する対応についてと記載させていただいているところでございますので、こちらも併せて御確認いただけたらと思っております。

資料の説明としては、以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

既に御議論いただいた内容も含まれておりますけれども、このようなことであるということ。これが事務局の原案なのですが、これについて何か御意見はございますか。

片岡委員、お願いいたします。

○片岡委員 ありがとうございます。時間がないところ、すみません。

地域枠の離脱に関する議論については、私は都道府県からの御意見を非常に重く受け止めるべきではないかと思っております。確かに昨年度離脱に関するディスカッションはあったのですが、十分に議論がなされたとは思えないですし、自分自身も、もっとそのときにきちんと意見を述べられたらという反省もしているところです。地域枠の卒業生の方はもともと地域に貢献したいという強い気持ちを持って志願して来られているので、離脱するとリカバーができないという仕組みではなくて、まずはできるだけ離脱しないように、可能な限りそこを何とかサポートするというのを併せて進めないといけない、そちらのほう

が先決ではないかと思ひますし、県との同意／不同意についてももっと議論が必要ではないかと思ひます。

特に女性医師に関しては、18歳のときとは、例えば、家族環境とかも大きく変化が見られる場合もありますので、特に配慮が必要なのではないかと思ひます。地域卒卒業生にも、一律ではなく多様性を求めるべきではないかと思ひます。

ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、山口委員、お願いいたします。

○山口委員 ありがとうございます。

臨床研究医コースのことなのですけれども、初年度は40名の定員で始めたということですが、実際にそこに参加した人は具体的に何名だったのか、地域が集中していないか、ばらつきがどうなっているのか、募集の段階でキャリアパスは見えた状況で募集されているのかどうかということをお聞きしたいと思ひます。

一方、地域卒で離脱した人を専門医として認めないということなのですけれども、地域卒を最初に設けた当時はいろいろ曖昧だったことも多かったと思ひますので、これを専門医として認定しないことを決めた後に地域卒に入った人からそれを適用していくことがいいのではないかと思ひます。そうでなければ、そんなことは聞いていなかったということになってしまうと思ひますので、その辺りの線引きをしっかりとしたほうがいいのではないかというのが私の意見です。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

前半は、御質問でしたね。

○山口委員 前半は、質問です。

○遠藤部会長 それでは、臨床研修に関して、何人参加したのか、集中度はどうなのか、参加者はその後のキャリアパスが理解できているのかといったことを御質問されました。これはどなたですか。

兼松参考人、お願いいたします。

○兼松参考人（日本専門医機構副理事長） 臨床研究医コースの中に入られるのは、地域をどういう具合に分けるかということではなくて、各専門領域にお願いして推薦してもらって40名を受けるということですので、そのところに地域性はあまりないように思ひます。

昨年度にしましては、40名の枠があったところ、実際に応募があったのは28でございました。去年は、実際にこの制度が立ち上がりましてから応募期間が短かったこともありまして、このようなことになっているかと思ひます。

○遠藤部会長 あとは、参加される方がキャリアパスをどの程度理解されているのかということですね。

○兼松参考人（日本専門医機構副理事長）

その点に関しましては、説明会とかを開きながら、いろいろなことでかなり周知をしたつもりです。ただ、1回目ですので、そこら辺のところは広く行き渡っているかどうかということには疑問がありますので、今後、回を重ねながら完成に近づけていかなければならないと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山口委員、いかがでしょうか。

○山口委員 この臨床研究医コースをつくるときにかなり急いでつくられている印象がございました。専攻医が選ぶというのは人生もかかっているわけですので、その辺りはしっかりと先が見えるように整えていただいて、ぜひそういった募集の仕方をしていただきたいと思えます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。山崎委員、お願いいたします。

○山崎委員 私からは、特に専門医制度全般についての要望です。

町村部におきまして、従来から地域偏在・診療科遍在は大きな課題でありまして、特に今回のコロナ対応により、医師確保の重要性が再認識されたところであります。

専門医制度につきまして、医師偏在を助長するという課題が出てきました。引き続き、対応をお願いしたいと思えます。

資料3-2の中で、地域枠医師についての課題があります。医師が不足する町村部におきまして、特に地域枠医師の定着は不可欠でございます。

加えまして、地域枠医師が、地域医療に従事しながら専門医資格を取得できるように整備していくことも必要であろうと思えますので、特に要望しておきます。

柔軟なプログラムの設定やカリキュラム制の整備などにおきまして、地域枠医師に寄り添った制度設計をお願いしたいということが町村会の思いでありますので、ぜひよろしくをお願いします。

○遠藤部会長 どうもありがとうございます。御提案として承りました。

ほかにいかがでございましょうか。よろしゅうございましょうか。

ありがとうございます。

それでは、資料3-3でございますけれども、3-3の中の特にその他ということに関連するところですが、幾つか御意見が出ましたが、基本的にはこの原案について明確な御反対の理由はなかったように思えますけれども、もう一度皆さんの御発言を確認させていただいて、私のほうで修文が必要であると判断したら修正させていただくという対応とさせていただきますと思えますが、いかがでございましょうか。よろしゅうございましょうか。

ありがとうございます。

それでは、そういうことで、議題の4についてはそのように対応させていただきたいと思えます。

議題の5、最後に残った議題ですけれども、時間が過ぎております。もちろん報告に御意見を承ることはあるのですけれども、報告事項なので、もしよろしければこれは次回以降に回したいと思っておりますけれども、よろしゅうございますか。それとも、今報告したほうがよいという方がいらっしゃれば、お手を挙げていただければ、今、やっつけてしまいます。

特段いらっしゃらないようですので、議題の5、専門医に関する広告も重要な課題ですけれども、別の検討会で議論されている内容の報告になります。これについては、次回以降報告ということにさせていただきたいと思っております。

ありがとうございます。

こちらの通信の不手際で中断させていただきまして、申し訳ありませんでした。

それでは、こちらで用意いたしました議題は以上でございますので、これにて本部会を終了したいと思います。

事務局、何かございますか。

○高原医師養成等企画調整室長補佐 事務局でございます。

次回の部会開催日程につきましては、追って、調整の上、改めて御連絡させていただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

○遠藤部会長 よろしくお願いたします。

それでは、時間を超過いたしまして、大変申し訳ございませんでした。

本日の部会をこれにて終了させていただきます。

どうもありがとうございました。