

○寺村主査 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和4年度第2回「医道審議会医師分科会医師専門研修部会」を開催いたします。

開会に当たりまして、臨時委員の交代がございましたので、御紹介いたします。

日本医師会の江澤常任理事になります。

また、本日は、阿部臨時委員、三日月臨時委員から欠席との御連絡をいただいております。

よって、現時点で委員2名及び臨時委員8名の出席があり、過半数を満たしておりますので、本部会は成立しますことを御報告申し上げます。

また、本日は、参考人に御出席いただいております。

一般社団法人日本専門医機構より渡辺理事長。

森井専門研修プログラム委員会委員長の2名。

阿部臨時委員の代理として、長野県健康福祉部から原参事。

三日月臨時委員の代理として、滋賀県健康医療福祉部から角野理事。

また、文部科学省高等教育局医学教育課から堀岡企画官に出席いただいております。

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

医政局医事課医師養成等企画調整室長の佐々木です。

私は、医事課主査の寺村です。

なお、本日、榎本医政局長は、所用により欠席とさせていただきます。

また、撮影につきましては、ここまでとさせていただきます。

なお、引き続き傍聴される方におかれましては、今後は写真撮影、ビデオ撮影、録音することはできませんので、御留意のほどお願いいたします。

それでは、資料の確認をお願いいたします。

資料については、委員の皆様方に事前に事務局からメールでお送りさせていただいております。

今回につきましても、ペーパーレスという形で進めさせていただきます。

不足する資料がございましたら、事務局にお申しつけください。

また、本日、オンラインで御参加の委員の皆様へ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られた後に、マイクのミュートを解除の上、御発言いただきますようよろしくお願いいたします。

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、よろしくお願いいたします。

音声トラブル等の際は、事前にお伝えしております事務局の携帯電話の番号まで御連絡をお願いいたします。

音声トラブルが解消しない際は、お電話を通じて御発言をお願いいたします。

なお、その際は、PCの音声は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、以降の議事運営につきましては、部会長をお願いいたします。

遠藤先生、よろしくをお願いいたします。

○遠藤部会長　こんばんは。本日もよろしくをお願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。

本日の議題は「1. 令和4年度の専攻医採用と令和5年度の専攻医募集について」。

「2. 令和5年度専攻医募集におけるシーリング案に対する厚生労働大臣からの意見・要請案」。

「3. その他の意見・要請案」の3つでございます。

それでは、議題の1番目「令和4年度の専攻医採用と令和5年度の専攻医募集について」につきまして、日本専門医機構理事長の渡辺参考人より、資料1について御説明いただければと思います。

よろしくをお願いいたします。

○渡辺参考人　日本専門医機構の理事長の渡辺でございます。

資料に沿って御説明いたします。

次をお願いいたします。

まず、令和4年度の専攻医の採用結果について、御報告申し上げます。

次をお願いいたします。

令和4年度の専攻医募集のスケジュールでございます。

2月からシーリング案が決定して、5月にプログラム登録、7月に医道審の専門研修部会、9月に専門研修部会、10月にプログラム審査の承認を得まして、11月から専攻医の募集が始まっています。

次をお願いいたします。

令和4年度のシーリングの実施に関しましては、そこにありますように、新型コロナウイルス感染症の影響がございまして、採用数、研修の内容等が例年と異なる動きをしたということから、令和3年度の採用数を用いて再計算を行わずに、連携プログラムに関する規定を含め、シーリング数は令和3年度と同様といたしました。

ただし、令和3年度にシーリング対象外とした地域枠の医師の中に、医師少数区域や医師少数スポットで研修を行う予定のない者が含まれておりまして、これは制度の趣旨に反するということから、令和4年度におきましては、運用を厳格化して、医師少数区域、もしくは少数スポットでの研修を行う者のみシーリングの対象ということになりました。

令和4年度の専攻医は、全てのシーリング対象の都道府県・診療科において、シーリングの枠内で採用された、厳格に運用されたことを御報告申し上げます。

次をお願いします。

シーリングのプログラム数でございます。

令和4年度は、今申し上げましたように、例年と異なることから、令和3年度と同様のものといたしました。

そこに書いてございますように、通常の枠と、プラス以降に書いてある数字は、各県・各診療科別で、プラス以降のものは連携プログラム数でございます。

さらに、精神科のみは、精神保健指定医の連携枠がございますので、それをさらに加えてございます。

次をお願いします。

専攻医の採用数の都道府県別の動きでございます。

最後に「計」と書いてございますが、これは専攻医の総数でございます。

御覧になってお分かりのように、令和3年度、令和4年度とシーリングをかけましたが、東京都においては、割合からすればかなり減少しております。

ただし、周辺の埼玉、千葉等を見ていただきますと、増加している傾向がございます。

関西圏におきましても、京都、大阪に関しまして、割合からすると微減という傾向がございます。

ただし、黄色で書いてございますのは、シーリングがかかっている地域でございます。

青で示しております医師少数県、0.8未満ということですが、そこに関しては秋田、山形、福島等、東北地方を御覧になっていただきますと、必ずしも増加はしていないということでございます。

次をお願いします。

診療科別の採用数でございます。

御覧になってお分かりのように、内科等に関しましては、先ほど申し上げました専攻医の総数が年度ごとに増えておりますので、割合はあまり大きな変化はないということでございます。

それから、総合診療医に関しましては、数は若干少ないのですが、若干の増加傾向にあると思っております。

外科に関しては、残念ながら、それほど大きな増加は認めておりません。

次をお願いします。

各都道府県別の各診療科別の採用数の実績でございます。

これに関しましては、令和4年度のものでございます。

細かいので、説明は割愛させていただきます。資料を御覧になっていただければと思います。

次をお願いします。

これも同様でございます。

「令和4年度専攻医採用のまとめ」で、シーリングの効果に関しましては、都道府県別

の効果に関しましては、医師多数の大都市圏、特に東京では採用割合が減少しております。

そして、関東の周辺とされた町、神奈川等で増加している例を認めると。

必ずしも全国全ての医師少数県においての専攻医数の増加には至っていないということです。連携プログラムを採用しても、それほど少数県の増加が認められる状況ではないということです。

また、医師多数県で専攻医数が増加している例も認められるところから、シーリングについては、今後、さらに詳細な検討・評価が必要だろうと考えております。

次をお願いします。

続きまして、令和5年度の専攻医の募集に関して、御提案申し上げたいと思います。

スケジュールでございますが、今年は、日本専門医機構でシーリング案の決定は3月に行われておるので、6月22日の専門研修部会で、これから申し上げる特別連携枠、子育て支援等を盛り込んだ新たな提案をさせていただきました。

しかしながら、第2回の医師専門研修部会が本日になりまして、今後のスケジュールといたしましては、専門医機構のほうで今日御提案したもの、厚労大臣からの意見、委員の皆様のご意見とか都道府県等の意見の調整を行って、プログラムの審査が11月、募集の開始が12月と、例年から比べると、約1か月の遅れをもって進行していくと思っております。これは、この間の6月からの日程が少し長引いたということでございます。

次をお願いします。

シーリング数に関しまして、来年度のシーリングの考え方でございますが、先ほどの繰り返しになりますが、新型コロナ感染症の影響で、令和4年度については変えなかったということでございますが、令和5年度に関しましても、引き続き感染症の影響がございますので、規定のプログラムのシーリング数に関しては、令和4年度と同じ数値といたします。

令和4年度に引き続き、採用数が少数である都道府県別の診療科への配慮から、過去3年の採用数のいずれかが10未満である、あまり応募のない県に関しましては、別のシーリングを考えるということで、過去3年のうちで、10以下のもののうち、最も多いものを採用するというのと、シーリング数が5以下に関しましては、シーリングを設けることはふさわしくないということで、その地域の診療科に関しては、シーリングの対象外とすると考えております。

次をお願いします。

今回は、先ほど申し上げましたように、東京都等では減っておりますが、医師不足の特に東北地方、北関東地区の医師偏在の是正効果は限定的であったということから、足下充足率が低い都道府県の連携プログラムを別途に設けることで対策したいと思っております。

また、育児介護休業法改正附帯決議への対応の観点から、子育て世代の支援を重点的に行っているプログラムについては、上記の連携プログラムの設置を条件に、基本となるシーリング数に加算を行うということでございます。

下に書いてございますように、足下充足率が0.7。

この計算方法に関しては、参考資料を見ていただきたいのですが、2024年に必要とする医師に対しての過去3年間の医師数ということだと思いますが、それに関しまして、1年以上少数県、0.7以下のところに行くことを前提にして、昨年度の連携プログラム、都道府県限定分も医師少数県、0.8未満のところに行く定数を限度として、そういうものを設定するというのと、一番下に書いております、子育て支援の加算は、特別連携プログラムの設置を条件に、その地区に関して原則1名、少数でございますが、これは最初の試みでございますので、あまり大きな影響をしないようにということで、そういうことを考えております。

次をお願いいたします。

専門研修プログラムのこれからの募集のスケジュールでございますが、今後のスケジュールは非常にタイトになっておりまして、今日の委員会の結論をもって、厚労大臣からの意見をいただいて、12月から応募期間に入ります。

一番下を見ていただきたいと思いますが、機構で決定したプログラムに対して、専攻医が応募する。

基幹施設に関しましては、12月半ばから採用を行い、何とか4月の研修開始に間に合わせたいということでございます。

次をお願いします。

日程でございます。

次をお願いします。

もう一つの枠として、臨床研究医コースがございまして、これに関しては、前半の2年間に関しましては、臨床に専念していただいて、その後の計7年のプログラムに関しては、大学院の臨床をほぼ並行して行うことと、臨床研究の論文インパクトファクターが入ったものを2つ以上出していただくことを条件にしたもので、別枠として行っております。

8月19日にホームページで告知して、研修医を9月から募集しまして、基本領域ごとに定員の配分を行って締め切った後、採用通知を10月11日に出す。

40人の定員がございまして、採用者数は、今回は12だと思いましたが、残念ながら非常に少ない。日本の専門医制度で研究の後押しをするのは、限界があるとは思いますが、当機構の姿勢としては、日本の研究力を上げることの一助になればということで設けた制度でございます。

残念ながら定員に満たないということで、次をお願いします。

例年にはないことなのですが、今年は日程上、通常の専攻医の募集が12月になりますので、臨床研究医コースでも二次募集を行うことになりました。

これは当理事会にも認められまして、10月24日から11月4日まで募集を行って、専攻医に11月21日に通知、決定するというところでございます。先ほど申し上げましたように、通常の専攻医の募集は12月1日に始まりますので、それまでに決めるという形になっており

ます。

次をお願いします。

次は参考でございますので、シーリングの計算の仕方とかが述べられておりますので、御参考にしていただければと思います。

私からの御説明は以上でございます。

○遠藤部会長 渡辺参考人、どうもありがとうございました。

それでは、ただいま御説明のあった内容につきまして、御意見あるいは確認したい事項等がございましたら、御発言いただきたいと思っております。

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。

幾つかございます。

まず、今の資料の10ページに、シーリングの効果についてまとめてあるわけですが、結局、医師多数の大都市圏の医師数は減ったけれども、周辺に流れてしまって、一番の目的である医師少数県には実際には行っていないことからすると、かなりシーリングの限界ではないかという気がいたします。

ですので、シーリングの在り方について、もし大都市圏の医師を減らすことが目的であれば、このままでいいのかもしれないですが、そうではなくて、医師少数県にどれだけ行ってもらおうかということを考えるのであれば、また別の方法も考えていかないと、あまり意味をなさないのかなという気がしましたので、今後の議論が必要だと思っています。

それから、12ページで、今年度が令和3年度より1か月遅れたということで、準備されている都道府県にかなり負荷がかかっていると聞いています。

さらに、今回、14ページで御提案のあった特別地域連携プログラムの基準を変更することを提案されているわけですが、これまで特に特別地域連携プログラムにどのように取り組むかということで、都道府県とかいろいろな病院が連携先をいろいろと探して準備されている。それを今、変更して、たった1か月でということは、かなり無理なやり方ではないかと私は感じています。

今後の決め方を模索していく必要があると思うのですが、例えば今決めたことであれば、通常は次の年度に生かすのが普通ではないでしょうか。これを1か月後の募集に当てはめていけというのは、かなり乱暴ではないかと思っております。準備する時間が本当に足りないと思っておりますので、その在り方については御検討いただく必要があるのではないのでしょうか。

既にいろいろなところで準備をしてきていて、それがほごになってしまうこともあるかもしれませんし、特別地域連携プログラムということで、連携してもらえませんかと言われても、断られるケースもかなりあると聞いています。

ですので、そういうことからすると、ここでまた基準を変えるということになってくると、かなり現場が混乱するのではないかと懸念しておりますので、その辺りについて、どう考えていらっしゃるか、機構からお聞かせいただきたいと思っております。

最後に、17ページの臨床研究医コースですが、そもそも40名という定員は、どのような基準で40名とされたのですかと以前伺ったときに、明確な基準があまりなくて、ほかの何かに当てはめたときに、これぐらいの人数だからということで基準にされたと思うのですが、それも今回、40名の中で12名ということになると、もう少し定員の在り方が妥当なのかどうかということの見直しが必要ではないかなと感じました。

以上です。

特別地域連携プログラムの基準を変えることについては、少し考えていただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

○渡辺参考人 では、私からお答え申し上げます。

特別連携プログラムに関しましては、山口委員がおっしゃったように、結局、先ほど申しましたように、東京は、割合としてはかなり減ったということなのですが、周辺が増えた。

それは、シーリングがかかっていないところに増えていることがございますので、それで従来の足下充足率0.8をさらに下げて、これはほとんど東北と北関東、新潟あたりしか該当しないのですが、そこに送るためのプログラムの一つのチャレンジなので、あくまでも効果がどのぐらい出るかというのは、やってみなくては分からないところは当然ございますので、設けるということでございます。

このことに関しまして、遅いのではないかという話なのですが、先ほど申しましたように、6月22日の第1回の専門研修部会でも話が出ていると思いますし、学会等ではかなり準備が進んでいる状況でございます。

あと、各都道府県でもこういう話があることは分かっておりますので、例えば例を挙げていいのかわからないのですが、大阪府と新潟県とかそういう組合せ、東京都も、福島県の浜通りとかなり個別の話が進んでおります。

だから、逆に言えば、これを今年度から始めないという話になると、せっかく準備したプログラムが働かないという事態も起こり得るので、その辺に関しては準備は進んでいるのだと認識していただければと思います。

○山口委員 準備していたところが、今回のことで当てはまらなくなることはないのですか。

○渡辺参考人 これは、今回の特別連携を前提として準備しているということでございます。

あとは、臨床研究医に関しましては、とにかくいろいろな条件で、理念としては大事なことだと私は思っているのですが、専攻医の方々に関して、一つは義務として（音声不良）原著論文を出しなさいというのは、研究をやってみて、結果が分からないいうところに、7年という条件とか、いろいろなことがございますので、この3年間の結果を見て、いろいろな考え方、概念、条件等は考えたいと思っております、それに関する委員会も機構

の中に設置しておりますので、そういう準備を考えております。取りあえず、3年やってみなければ何とも言えません。

それから、なぜ40名なのだというお話があったと思います。

これも、たくさん応募があれば、もっと増やしてもいいという考えもある。

ただし、逆にこのプログラムが通常の特別連携プログラム等とバッティングするのでは問題があるだろうということで、確実な科学的な根拠はございません。

ただし、一つ参考にしたのは、臨床研修制度、いわゆる初期研修での研究コースがございまして、その定員が40名なので、取りあえず専攻医の数にすれば、医学部の学生の卒業生の約95%が専門医に入ります。臨床研修はほぼ90%ですので、それほど母数は変わらないのではないかとということで、取りあえず40名ということでございます。

応募が少ないということになりますと、募集定員に関しましても、本来はもう少し応募していただきたいので、条件、考え方、様々な条件を変えるということなのですが、それでもという話になれば、定員数も考えたい。

再来年度になって、たくさん応募していただければ、若干増やすことも考えるということで、取りあえず40名ということでございます。

以上でございます。

○山口委員 分かりました。

○遠藤部会長 渡辺先生、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。

山口委員、いかがでしょう。

○山口委員 特別地域連携プログラムについては、今まで準備してきたところがほごにならないのであればいいかなと思いますが、いろいろなものが決まるのがすごく遅いと現場の方から聞いて、準備にとっても大変な思いをされていることも伺っておりますので、最初からずっとそうですが、できるだけ募集のもう少し早い段階で決められるように、少しスケジュールを前倒ししていただくことが大事なのではないかと私は思っております。

ありがとうございました。

○遠藤部会長 貴重な御意見をありがとうございます。

それでは、お待たせしました。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。

山口委員がおっしゃったことと非常に似ている部分はあるのですが、シーリングをつくった以上は、平等性はしっかりとしないといけないところはあると思います。

以前から問題になった、いわゆるシーリング逃れみたいなものが結構たくさんあるという問題もありました。

その平等性をどう担保していくかというところが重要なポイントになってくるのではないかとこの気はしてまして、大都市周辺に流れてきたというのはあるのですが、これはいわゆる特別地域連携プログラム等が出てきて、また変な話ですが、地方、ここでは足下

充足率の低い地域に行くよりも、大都市等で研修をやりたいというところで、以前問題になった、6か月だけ基幹病院でやって、あとは全部東京で研修をしているとか、大阪で研修をしているとか、もっと言えば、前回もありましたが、九州で研修を6か月やった後は、残りは全部東京で研修をやっているみたいな形もあったわけです。

そういういわゆるシーリング逃れが結構目立ってきたのではないかとお話ししていて、そういうことに対して、どのような御回答があるのかというところはあまり明確ではなかったということです。

それから、前回のお話の中で、特別地域連携プログラム、あるいは子育て支援等も含めて、どの先生がそのプログラムに入るのだという話があったと思うのです。

基幹病院に専攻医として入ってきた先生方の中でどの先生をそのプログラムに選ぶのだといったときに、前の理事長の寺本先生は、取り合いとは言われませんでした。足下充足率の低い地域はすごく人気があるので、みんながやりたいプログラムですとおっしゃったのですが、実際、どういう人がそのプログラムに入るのかという回答は全くなかったのです。

それから、子育て支援加算に関しましても、変な話ですが、数字ありきで子育てが本当に必要な人がどれぐらいいるのか、想定が全く分からないのに、数字ありきというところは非常におかしいのではないかと議論が前回も出たと思うのですが、それに対する回答とかそういうことは全くなかった。

子育て支援に関しては、その年にどれだけ必要だったのかを考えて、次の年にそれを修正するとか、そういうことをしないと、その年に必要ないのにつけてくるのは非常に不自然と感じたので、そのことは前回もお話ししたと思うのですが、今回、それに対する回答は全くなくて、そのまま進められていることに非常に疑問を感じるのですが、その辺を教えてください。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、渡辺理事長、何かコメントがあればいただければと思います。

○渡辺参考人 シーリング逃れがこのプログラムでどのぐらいあるかということは、実態は分かりませんが、少なくとも我々の立場からすれば、プログラムごとに整備基準をつくっていただいております。そこで基幹病院に幾らということ。

それから、連携プログラムでは1.6年、特別連携では1年以上という形である程度の枠をつくっておりますので、整備基準で定められたルールにのっとっていただくこと以外には、判定するのはなかなか難しい。

子育て支援もそうだと思いますが、では、誰がジャッジするのだと。これは各領域の一次審査でございます。

我々は、どちらかという専攻医の承認もそうなのですが、二次審査、その領域が具体的に審査したものを、ある意味でルールといいますか、プロセスに間違いがないか審査する二次審査をやっているということなので、これは領域、もしくは基幹施設といいますか、

そういうところでやっていただかないと、具体的に機構が全部で1万人近い方々の履歴を逐一チェックするのは不可能に近いと思っております。

子育て支援に関しましては、御存じのように、ヨーロッパなどでは医師の5～6割が女性でございまして、多分、日本でも、医学に入ってくる方の3割以上は女性になってきておって、その中でいろいろな女性のキャリアをつくっていくのは、日本がこれから世界で生きていく場合に、非常に重要なことだと思います。

いろいろな方の意見を聞きますと、女性が専門医を取ることは非常に難しいとよく聞いておりますので、これも一つのこれからの方向性として、子育て支援、もちろん男性も含めてです。実際には、途中でカリキュラムに移った方で、子育て、介護等という話になってくると、男性の方も一定数おられますので、そのような方向性で。

とにかく、先ほど申し上げましたように、特別連携プログラムに対しては原則1名と。これは、本来の意味からいえば足りるわけではないので、取りあえず始めさせていただきたいということでございます。したがって、必要な方に対してどのぐらい充足しているかは、多分、大きな不足だろうと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御丁寧な説明をありがとうございました。

野木委員、いかがでしょう。

○野木委員 ありがとうございます。

おっしゃるとおりなのです。

おっしゃるとおりなので、地域連携加算のプログラムとかその辺は、機構が決められたらそれに準ずるしかないなので、決める段階でかなり慎重につくらないと、一旦つくってしまったら、そのまま流れてしまうのです。

どうあっても、機構が言っているのですから、これでいいのです、そうせざるを得ないというところがありますので、ここはかなり慎重につくっていただきたいというのが1点。

それから、おっしゃるとおり、子育て支援に関しましては、プラス1というのを試みでやられることは非常にいいことだと思うのですが、渡辺先生がおっしゃったように、全然足りないと思うのです。

これはもっとほかの方法を考えないと、1人とかいう段階でやっている状況ではないと思うので、シーリングという意味合いではなくて、もう少しほかの在り方を考えないと、1人というのは全くナンセンスな話になってくると思いますので、機構として、もうちょっとほかの方法を考えられたほうがいいのではないかと、個人的に思います。

○遠藤部会長 ありがとうございました。

御意見として承りました。

○渡辺参考人 ありがとうございました。

遠藤先生、よろしいでしょうか。

○遠藤部会長 渡辺参考人、何かコメントをお願いいたします。

○渡辺参考人 これは、女性を支援しよう、女性の就労もしくはキャリア形成を支援しよう、もしくは少子化対策の一助でも、これだけがお役に立つ制度ではございません。

先ほど言いました機構の整備指針において、プログラムの中で、半年以内であれば、例えばこれは男性も女性もですが、子育てに専念して、その場合は、もちろん必要な書類は出していただきますが、例えば3年間の研修の期間が決まっているものを2.5年で頑張ってもらってやるのはオーケーだと。要するに、半年間実際の臨床の場面は休んでいただいても認めることはございます。

半年を超えますと次の年に、もしくは、多くの場合、今日話題になるかどうかは分かりませんが、カリキュラム制の場合であれば、あまり年限の規定はございませんので、カリキュラム制に移っていただくことになると思いますが、半年までは認めるというのも一つの方法で、その他、いろいろと我々も日本の少子化に対応して、特に女性のお医者さんがキャリアを積めるようにという努力は、それ以外にもしているつもりです。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。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、ただいまいただきました御意見等を踏まえまして、日本専門医機構におかれましては、来年度に向けた採用スケジュール等を御検討いただければと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

ありがとうございました。

それでは、議題1は以上といたしまして、続いて議題2に入りたいと思います。

「令和5年度専攻医募集におけるシーリング案に対する厚生労働大臣からの意見・要請案」でございます。

事務局から、関連する資料2について、説明をお願いいたします。

○佐々木医師養成等企画調整室長

それでは、事務局より「令和5年度専攻医募集におけるシーリング案に対する厚生労働大臣からの意見・要請案」資料2-1になります。こちらを御説明させていただければと思います。

まず、3ページですが、先ほど渡辺理事長から御説明いただいた、本年度の専攻医募集におけるシーリング案の基本的な考え方になっておりますので、こちらは省かせていただきます。

次に、特別地域連携プログラム案について、まず、5ページをお開きいただければと思います。

まず、一番上に記載しておりますのは、専門医制度新整備指針運用細則変更案でございます。先ほど渡辺理事長から御説明いただきました変更案を基に、どのように整備指針運用細則を変更すればよいのかという専門医機構の案になっております。

具体的には、マル4に書いてありますが、特別地域連携プログラムにつきましては、2016年または2018年の足下充足率が原則0.7以下であり、医師不足が顕著である都道府県の施設において、1年以上の専門研修を行える環境が整った場合、原則として、都道府県限定分と同数を募集可能とする。

ただし、連携先、採用数については、診療科別の個別事情も考慮し、設定するという変更案をいただいております。

こちらにつきましては、前回、今年度第1回の専門研修部会で御議論いただいております。御意見をいただいております。

真ん中に、御意見の幾つかをピックアップして載せさせていただいております。

例えば地方でも、医師がミニ一極集中しているところに医師を配置するべきではない。

診療科内で地方に行く専攻医と地方に行かない専攻医の間に不公平感が出るので、特別地域連携プログラムを枠で設定し、専攻医が自らの意思で行けるようにするべき。

小児科は足下充足率0.7以下の都道府県がないので、その取扱いについては決めておくべき。

また、都道府県には医療計画や地域医療構想があるので、地域医療対策協議会は地域枠の配置や指導医の数などを把握しているため、情報提供などで連携すべきという御意見をいただいております。

また、我々のほうでも専門研修部会を受けまして、都道府県に意見照会しております。

こちらに都道府県からの御意見を載せさせていただいております。

読み上げさせていただきますと、連携施設が確保できない場合、専攻医採用数が減少する懸念があるため、既存のシーリングの枠外に設置すべき。

また、現行のシーリングの緩和となるため、シーリング枠内に設置すべきという反対の意見もあります。

そのほか、足下充足率0.7以下の都道府県に限定することは、実効性が確保されないのではないかと。

特別地域連携プログラムの新設には、既存のプログラムへのめり込ませなどの条件が必要。

また、派遣先を二次医療圏ごとの足下充足率に基づき設定すべきではないかという御意見をいただいております。

これらの御意見を踏まえまして、事務局で論点を3つ挙げさせていただいております。

1つ目の論点でございますが「連携先の医療機関に関する論点」でございます。

○の1つ目に書いてございますように、これまでのシーリングによって、都市部周辺で専攻医が増加する効果が現れているものの、その他の医師不足の地方での地域偏在は是正効果は限定的でありますので、足下医師充足率が0.7以下となるような都道府県との連携プログラムを既存のシーリングの枠外に別途設けることとしてはどうか。

また、当該都道府県の中でも、二次医療圏間の医師偏在がありますので、医師偏在は是正

を進めつつ、地域医療提供体制を確保する観点から、医師少数区域における医療機関を連携先施設としてはどうかという論点を、大本の連携先の医療機関に関する論点としてまず挙げさせていただいております。

2つ目は、前回の当部会におきましていただいていた御議論でもございますが「小児科に関する論点」でございます。

小児科については、少子化における15歳未満人口の減少により、東北地方を中心とした医師少数県において、子供の割合が低いことがございますので、足下医師充足率が0.7以下となるような都道府県はないものの、小児人口が少ない都道府県におきましても、特に新生児医療等の小児科医療におきましては、その機能を維持するために、一定程度の専門医の確保が必要となります。

そのため、小児の人口動態や小児科医療の特性を鑑みまして、小児科の特別地域連携プログラムにおける連携先施設につきましては、足下充足率が0.8以下となるような都道府県を対象とすることとしてはどうかという論点を挙げさせていただいております。

また、日本小児科学会からは、要望として、当部会にも要望書を頂いておりまして、これは参考資料4になりますので、また御参照いただければと思います。

3つ目の論点ですが、医師の働き方改革と関連した論点でございます。

○の1つ目に書いてありますように、地域における医師不足につきましては、圏域にある医師の総数の不足としてだけではなく、個別の医療機関の医師の長時間労働の形で顕在化することが考えられます。

医師の働き方改革を進めるに当たっては、個々の医療機関における業務・組織のマネジメントの課題だけでは対応が困難ですので、医師確保施策により対応していく場合があると考えております。

そのため、足下充足率が0.7以下となるような県におきましては、宿日直許可の取得、タスクシフト／シェアの推進などの医師の働き方改革の取組を行った上でなお、地域医療を維持するために、年通算の時間外・休日労働時間が1,860時間を超える、もしくは超えるおそれがあるような医師が所属する施設におきましては、指導医の確保や、医療に関する最新の知見及び技能に関する研修を受ける機会の確保等に加えまして、労働時間についても配慮するなど、研修と労働環境が整備されている場合には、特別地域連携プログラムの連携先としてはどうか。

また、その際に、対象とする臓器・疾病等をおおむね共有する内科系と外科系の基本領域など、当該医師の労働時間の短縮に資するものについては、内科系・外科系問わず、連携先とすることを可能とすることとしてはどうかという論点を挙げさせていただいております。

こういった論点を踏まえまして、意見の方向性案を7ページ目に記載させていただいております。

読み上げさせていただきますと、特別地域連携プログラムにつきましては、単なるシー

リングの緩和とならないよう十分に配慮するため、足下充足率が原則0.7以下、小児科については0.8以下の都道府県のうち、医師少数区域にある施設を連携先とするものに限りに、既存のシーリングの枠外として設置可能とすること。

また、医師の働き方改革による地域医療提供体制への影響に配慮するため、足下充足率が原則0.7以下の都道府県に所在する医療機関のうち、宿日直許可の取得、タスクシフト／シェアの推進などの取組を行ってもなお、地域医療を維持するために、年通算の時間外・休日労働時間が1,860時間を超える、もしくは超えるおそれがある医師が所属する施設であって、指導医・指導体制が確保され、かつ適切な労働時間となるように、研修・労働環境が十分に整備されている施設を連携先とするものについても、既存のシーリングの枠外として設置可能とすること。

その際、年通算の時間外・休日労働時間が1,860時間を超える、もしくは超えるおそれがある医師の労働時間の短縮に資する分野の専攻医が連携先において研修を行う場合に限り、設置可能とすること。

また、こういった特別地域連携プログラム等の募集に当たっては、通常プログラムと併せて募集・採用した後に、各プログラムを採用者に割り振るのではなく、プログラムごとに希望者が応募し、研修を行える適切な体制を整備することといったことを意見の方向性案として出させていただいております。

次に、子育て支援加算案につきまして御説明させていただければと思います。

9ページでございますが、こちら専門医制度新整備指針運用細則に、今回、機構から提出されていた子育て支援加算の案を記載されたものになっております。

マル5に書いてございますが、子育て支援加算については、子育て世代の支援を重点的に行っているプログラムについては、特別地域連携プログラムの設置を条件に、原則1名を基本となるシーリング数に加算を行う。

以下の条件がそろっている医療機関を育児と仕事が両立可能な職場環境が整っていると認めるとなっております。

こちらに対して、都道府県からの意見でございますが、特別地域連携プログラムによる加算に加え、子育て支援加算も既存のシーリングの外枠として設置すべきというものや、一方で、特別地域連携プログラムの評価も定まらない段階で、子育て支援加算を行うのは早急とか、子育て支援は全ての医療機関が当たり前に取り組むべき事項であり、加算対象とすべきではない。

また、地域偏在を助長する懸念があるため、制度の見直しや効果検証を行うべきという御意見をいただいております。

こういった御意見を踏まえまして、意見の方向性案を一番下に記載させていただいております。

子育て支援加算につきましては、子育て世代の専攻医の支援は重要であります。現状の子育て支援加算は、地域偏在を助長する懸念があることや、加算の要件が十分に検討さ

れていないことから、令和5年度専攻医募集においては導入せず、第8次医療計画における子育て支援の検討結果も踏まえながら、子育て支援の環境整備の評価方法をはじめとした制度の見直しについて、引き続き慎重かつ十分に検討を行うことという意見を提出させていただいております。

事務局からは以上になります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

本日のメインの審議事項かと思いますが、ただいま事務局から説明がありましたように、7ページと9ページに方向性案が出ております。

これについて御意見、あるいは確認事項、御質問をいただければと思います。

それでは、角野参考人、お願いいたします。

○角野参考人 滋賀県の角野でございます。

まず、特別連携プログラムについてでございますが、第1回の専門研修部会で、医師少数県においても、ミニ一極集中しているところに医師を配置すべきでない等の意見があったように、医師少数県の中でも、特に少数区域にある医療機関のみを連携施設とするのであれば、これについては問題ないと考えます。

また、論点2の小児科に関することですが、小児科については、一定程度の専門医の確保が必要と考えます。したがって、足下充足率を0.8以下とすることで差し支えないと思います。

論点3の医師の働き方改革との連携に関する点でございますが、専攻医を派遣する場合、1,860時間を超えるような苛酷な環境に派遣することとなることから、記載のとおり、専攻医にとって大きな負担とならないよう、労働環境の整備についてはしっかりと確認が必要かと考えます。

それから、子育て支援加算についてですが、引き続きの検討と併せて、なぜ子育て支援の整備状況の評価を専攻医シーリングに導入する必要があるのか、この点について、もっと明確に、丁寧に説明していく必要があると考えており、したがって、来年度への見送りについては賛成いたします。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局案について、御賛成というお考えを示されたと思います。

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。2点ございます。

小児科に関する特別地域連携プログラムの論点で、足下充足率0.7以下だと、該当するところがないということで、0.8以下にすることについては異存ございませんが、0.8以下にすることによって、どれぐらい確保できるのかということをお教えいただきたいのが1点目です。

2つ目に、医師の働き方改革と連携に関する論点の3つ目の○で、足下充足率が0.7以下

となるような県においてということで、いろいろと書いてあるのですが、時間外・休日労働時間が1,860時間を超える、もしくはそのおそれがある医師が所属する施設についてはということで、専攻医の労働時間について配慮することは必要なことだと思うのですが、そういう施設で足下充足率が0.7以下のようなところで指導医の確保は本当にできるのだろうかという疑問を覚えました。

とても理想的なことが書いてあるのですが、これは現実的にかなり無理があるのではないかと思います、その辺りの御意見を事務局にお聞かせいただきたいと思います。

以上、2点です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、事務局、コメントをお願いします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 御意見いただき、ありがとうございます。

1点目につきましては、機構の中でデータを持っておられますので、機構にもお伺いいただければと思うのですが、今、お手元にあります参考資料3の中で、もともと小児科のシーリング案が示されております。

その中の0.8以下となりますので、数えますと、10個ぐらいでしょうか、2016年度でいうと10ぐらい、2018年でいうと8県という形になるかと思っております。

もう一点の働き方改革の観点から。

○山口委員 今、音がほぼ途絶えてしまっているように思いますが。

○佐々木医師養成等企画調整室長 こちらは聞こえますでしょうか。

1点目の小児科の点につきましては、機構のデータになりますので、できれば機構からも補足いただければと思いますが、参考資料3の2ページに、小児科のシーリング案が記載されております。

ここで0.8以下のものについては、ある程度数えられるのかなと。

例えば2018年足下充足率であれば、8県あるような状況かなと思っております。

次に、働き方改革に関連した0.7以下の県のうち、さらに医師少数区域についてということでございますが、確かに、こういった中でしっかりと指導医の確保をしている施設が重要になってきますので、そこは非常に大切な観点かなと思っております。

次の資料2-2でも御提案させていただいておりますが、十分に指導医を確保することということで、例えば基幹施設から、医師を確保するように、指導医を派遣することも考えられるのかなと考えております。

事務局からは以上でございます。

○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 基幹病院から指導医も派遣することは、たしか2021年度から精神科で行われていると思うのですが、今6枠あって、それが全て埋まっているかということ、2枠ぐらいという実態があると聞いていますので、実現の可能性を考えたときに、本当に指導医ごと

行けるのかなということについても、私は疑問に思っているところですので、実現可能な方法を考える必要があ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。

それでは、長野県の前参考人、お願いいたします。

○前参考人 よろしくをお願いいたします。

私からは、シーリングに関連して御意見を述べさせていただきたいと思います。

前回の6月22日に各委員から出された意見を事務局のほうで11のスライドにまとめていただいておりますが、ここで出されたシーリングに関する意見としては、特別連携プログラムを外枠にすることで、医師の偏在が助長されるのではないかとといった危惧される声や、従来から地域偏在、診療科偏在という課題があるため、シーリングは継続すべきといった御意見をいただいているとともに、既存の連携プログラムの実際の運用状況、効果に関する分析、その評価が十分でないという意見もございました。

私どもは、かねてより医師の偏在是正のために、専攻医の募集定員に関するシーリングを実効性のあるものとするように、厳格な運用を図る必要があると考えているところでございます。

そういったことから、2点申し上げたいと思うのですが、まず、連携プログラムの効果の検証でございまして、これはそもそも激変緩和措置として設けられている連携プログラムでございまして、この効果が実際にどのくらいあったのか、そこをしっかりと検証することがまず必要ではないかと考えてございます。効果検証がされないままに、新たにシーリングの枠外に特別地域連携プログラムを設定することは、医師の地域偏在を助長するものではないかと懸念するものでございます。

2点目でございますが、シーリングの枠外に特別地域連携プログラムの募集定員を設定することに関しましては、知事会のワーキングチームなどにおいても多くの懸念が示されているところでございます。

当県といたしましては、医師の偏在を是正するために必要医師数等の数字を活用し、シーリングを実施していることに鑑み、このシーリングを厳守していくべきと考えるものでございます。

仮に、特別連携プログラムを進めるに当たっては、少なくとも現行のシーリングの内数とするべきだと考えるものでございます。

当県からの意見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 ありがとうございます。

事務局、何かコメントはありますか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 御意見いただきまして、ありがとうございました。

こちらは、確かに前回の部会でもいただいていた御意見でございまして、本当に幾つも

の御意見をいただいていると思っております。

その中で、何とか適切なシーリングになるようにということで、今回のシーリング案への意見案を提出させていただきましたが、今後もシーリング案の検討におきましては、いただいた御意見を踏まえて検討させていただければと思っております。

○遠藤部会長 よろしく願いいたします。

原参考人、よろしいですか。

○原参考人 シーリングの厳格な運用について御配慮いただくよう、よろしく願いいたします。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。牧野委員、お願いいたします。

○牧野委員 ありがとうございます。

私は、意見を2つ、簡単に述べさせていただきます。

まず、7ページですが、特別地域連携プログラムに関してですが、これに関して、医師が本当に少ない地域にいる医療機関の立場からすると、ある程度ハードルは高い気もします。

ただ、実際、ここで、例えば真ん中辺りにあります、地域医療を維持するために、年通算の時間外・休日労働が1,860時間を超える、もしくは超えるおそれがある医師が所属する施設にあって、指導医・指導体制が確保され、かつ、適切な労働時間となるように、研修・労働環境が十分に整備されている施設を連携先とすると書かれているのですが、本当に医師が足りなくて困っているところは、多分、これには当てはまらなくなってしまうので、そういった意味で、本当にひどいところの医師解消には結びつかない気はします。

ただ、専攻医の教育という観点からは、こういった条項はやむを得ないと思いますので、7ページに書かれている案に関しては、私は賛成したいと思います。

次に、9ページです。

子育て支援加算に関しての取扱いですが、これもここに書かれている内容を支持したいと思います。

といいますのは、子育て支援のために特別な枠を設けるということは、このシーリングの考え方からはなじまないのではないかと。

仮に、途中で子育てが必要になった専攻医がいたとしたら、その方に関しては、現時点ではカリキュラム制への移行とかそういった対応が取れることになっていますので、そのための枠をシーリング枠外に設定することに関しては必要ないということから、9ページの案に賛成いたします。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、お待たせしました。立谷委員、お願いいたします。

○立谷委員 今日是非常に本質的な議論になっていると思っています。

我々全国市長会としてずっと申し上げてきたことが大きく取り上げられている感じがするのですが、今日の会議の冒頭に、山口委員が誠に的を射たことをおっしゃっていました。

現況で、東京一極集中をある程度防ぐことができたといっても、東京の周辺の県のドクターが増えているだけですから、これは国民の人口動態を反映しているにすぎない気がします。

特別地域連携プログラムを考えたときに、医師少数地域への一つの支援という側面があったかと思うのです。

全国市長会としては、そういうことを非常に期待したわけですが、現実的にどうかというと、市長たちの肌感覚として、地域医療の維持に悩んでいる市長たちにとっては、北海道地域の話として牧野先生がおっしゃいましたように、専門医制度が現実的には助けになっていません。全国市長会の医師少数地域の市長たちの話として、医師不足に苦しんでいることは現実的な問題だと思っています。

渡辺先生は福島県においででしたし、福島医大のリーダーでもございましたから、そういう医師少数地域の現実的なことをよく御存じだと思うのです。先ほど長野県から効果の検証というお話がありました。効果がはっきりと見えないのではないかと。

私から、これは提案として見える化を図っていただきたい。

先ほど野木先生から、地方に行くのが半年では話にならないというお話がございました。今回、専門医機構から1年以上という案が出ておりますので、これは当然のことだと思います。

現場の病院長からすれば、半年でいなくなるのは大変困ることだし、半年ごとに交代して行って、果たしてそんなにうまくいくのかという感じがします。初期研修が終わったドクターは、一般の臨床としては十分な戦力になるわけです。

そうしますと、医師少数地域を特に重要視して、特別地域連携プログラムを運用してもらえないと思うのですが、これを見える化してもらいたいということです。

効果の検証とおっしゃいましたが、私は、例えば1年間の医師が多くいる地域からの派遣は効果があると思いますので、この点を見える化した上で、機構としても検証した上で進めて行っていただきたい。

一つの目的は、我々首長の立場からすれば、国民医療をどうやって守ってくれるのだということなのです。特に、医師少数地域の首長たちの切なる願いということになるわけです。

それから、これも山口先生からの御指摘で、誠に的を射ていると思ったのですが、医師少数地域への特別地域連携プログラムの運用において、指導医の確保は極めて困難です。

例えば外科などはそうですね。

ですが、全国市長会の意見として、地域におけるミニ一極集中を助長するようなことでは困ると申し上げてきましたし、医師少数地域において指導医が付きっきりになるような

体制を保つことは困難ですので、医師少数地域を救うということの一つの大きな目標にするのであれば、これだけデジタルの時代ですから、教育や指導方法をウェブを併用するか、知恵を絞っていただきたいと思います。

渡辺先生も福島県の浜通りのことをよく御承知でいらっしゃるし、現実的に院長先生をなされてきた御経験もあるかと思いますが、よくお分かりだと思いますが、時代に合わせて柔軟に対応していただきたいと思います。もちろん、教育は非常に大きな問題です。

教育が大きな目的であることは重々承知していますが、私は、その教育のやり方を一つ一つ考え直してもいいのではないかと考えるのです。医師の豊富な地域や病院でないと、どうしても専攻医を十分に教育するという条件を満たすことはできないのです。これは一つの提案としてお考えいただきたいと思います。私からはこの2点。

今日は、全国市長会としてはいい議論を聞かせていただいたと思っています。

厚生労働省の案につきまして、私はおおむねこのような形で進めていっていただきたい。

ただ、これをしっかりと検証して、目的としては、国民医療をどうやって守っていくかということであり、しかも条件の悪い地域の国民医療も同様に守っていく必要があるということです。全国市長会としては、そのようなことを強く申し上げたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

2つ御要望といいたまいますか、御意見が出ました。

効果の検証は、厚労省なのか、あるいは機構なのか、恐らく協力してされることになるのだと思いますが、御検討いただければと思います。

それから、本当に医師不足のところの指導体制はもっと柔軟に考えるべきだという御意見だと思います。

これは、平たく言うと、機構のテリトリーの話かなと思いますので、それを含めて、もし今何かコメントがあれば、渡辺理事長からいただければと思いますが、いかがでしょうか。

○渡辺参考人 お許しいただければ、検証に関しては、先ほど申し上げました3年間の動態に関しては、我々としても、もちろん十分とは申し上げませんが、地域別にと細かい解析に関しては、これから立谷市長の助言に基づいてやっていかなければ、厚労省に今もお助けいただかなくてはいけないと思いますが、指導医の問題に関しましては、例えば私はもともと内科医でございますので、内科に関しましては、例えばさっき立谷市長がおっしゃったように、ITを使った指導とかそういうものは、特別連携施設ということで、年度を限って様々な制度を設けております。

もう一つ強調したいのは、私の内科や総合診療とか、いわゆるジェネラリストにとっては、全期間地方にいるのは教育的に問題かと思いますが、一定期間であれば非常にいい経験になる。

これから専攻医で行ってくださった方の声を少し取り上げて、ある意味で出していくことも、決して指導医がじきじきに1対1でつくこと自体だけが、ジェネラルな医者にとってみれば、唯一の教育法とは言えない。地域の医療の実態、都会と全然違う教育もできませんので、その辺に関しては工夫していきたいと思っております。

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した。

それでは、お待たせいたしました。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。

今、立谷委員の意見とか山口委員の意見を聞いていて、地域医療のための制度の在り方をすごく考えなくてはいけないときに来ているのかなと思っております。私自身、医道審議会の専門研修部会の委員として、地域医療を守っていくことが大切なことは、非常によく分かっております。

ただ、その上で、今皆さんが御指摘されているように、ずっとここで議論されてきたシーリングをやったり、特別地域支援をまた設けたりとかいうことの効果の限界を少し考えていかななくてはいけないときにも来ているのかなと感じております。

実際問題、そういった現状があるのと、もう一つは、私自身が自分の病院でも専攻医たちを見ていて、今、渡辺先生がおっしゃったように、地域に行ってすごくよかったと思っ

て帰ってくる人たちも実際にはいるのです。いろいろな病院に行くとおっしゃっている人たちもいるのですが、その反面、本当に大変です。彼らは半年や1年とか、半年ごとにほかの病院に行ったり、前も立谷市長とかがそのたびにアパートを病院で用意するとおっしゃっていましたが、用意されていない場合もありますので、こっちのアパートの契約を解除して、また行って、また引っ越しして、引っ越し代も3月になると、遠くに行くのに何十万もかけて行ったり、それをみんな自腹でやったりということが一つあったり、子育て支援とおっしゃっていただきましたが、女性にとって、20代後半から30代前半は子供を産まなくてはいけない時期。

実際にその時期に結婚して、専攻医同士で離れ離れで、先生、いつ子供を産んだらいいのですか、また次にどこかに行かなければいけないし、どうしたらいいのですかという現状があることも非常に痛感しております。

そういう中で、専門医機構としては、専攻医に対していい教育をするために、専門医制度をつくりましたから、それが一義的にならなければいけないと思うのです。そこを崩してはいけないというところにも立ち返らなくてはいけないと思っておりますので、どこまで地域医療を専門医制度の中で支えていくことを考えていかななくてはいけないのか。

喜んで行く場合もあるので、決してそういう言葉を使いたくないのですが、さらにこれ以上、専攻医たちをどこまで犠牲にしていかななくてはいけないのかということも、改めて少し考えていく時期に来たのかなと思っております。

ですから、議論の流れとして、専攻医たちがこれから将来を担っていく大切な専攻医の

期間としての勉強の期間なので、そここのところの教育というか、これからいい専門医を育てるといふ専門医機構の本来の目的がぶれていかないようにも、私たちは常に考えなければいけないのだと改めて痛感しました。

以上になります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

基本的に、専門医の新たな仕組みによって、医師の地域偏在を助長するのであれば、助長しないような仕組みを考えるべきだというスタンスだと理解しておりますが、そもそもあった医師の地域偏在を専門医制度の仕組みを使って解消していこうというところまでは踏み込み過ぎな話であるし、そもそも無理であるということで、別の手段を使うべきだという考え方だと私は理解しているのですが、その辺のところは、また原点に立ち返って、議論、検討していく必要があるということだと思いますが、渡辺理事長、何かコメントはございますか。

○渡辺参考人 山内委員のおっしゃるとおりだと思います。

本来の目的は、いい医者をつくることなのですが、私が申し上げたように、領域によって、総合診療とか、内科の総合内科的な分野に関しては、地方に行って医者が育つ側面があると言いたかったわけです。

もちろん、地域偏在を直す方法として、専門医制度は主力にはならない制度でありまして、私自身は、個人的には地域枠とか、地域で独自に設けられている制度を活用して、多分、その効果は、私がおりました福島県の浜通りでも少しずつ出てきているように思いますので、それはある意味政策面でやっていただくことが主体であることは間違いのないと思っております。

我々は、今、遠藤部会長がおっしゃったように、偏在を専門医制度で助長することがないよというのがスタンスでございます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山内先生、重要な御指摘を改めて御発言いただきまして、ありがとうございます。

それでは、続きまして、釜菴先生でしょうか。

お願いいたします。

○釜菴委員 釜菴でございます。

今、遠藤部会長が御指摘いただきました内容整理に、私も全く同感でございます。

そして、専門研修部会での議論は、まさに本来、専攻医として、いかに効率よく短期間に研修の実を上げて、優れた医師がそれぞれの領域を学ぶかということが非常に大事なわけだけども、専攻医の研修の結果、地域における医師の偏在がさらに助長して、地域医療に大きな影響が出ないようにということで、今までずっと議論してきたわけです。

しかし、一方で、機構を中心に、シーリングがいかにうまく機能するかということで、いろいろと工夫していただいて、今日に至っているわけですが、一方で、特別地域連携プ

プログラムも含めて、非常に分かりにくいし、実現可能性というか、実際にこれがうまく機能するのかどうかというところについては、まだよく分からない部分もある中で、今後、どのように進めていくかということが課題になっているわけです。

そこで、今回お示しいただいた案については、現時点における選択肢として、適切、妥当だと思いますが、プログラムに応募して、採用を受ける専攻医が内容をできるだけ明確に理解した上で応募できるような取組は今後もぜひ必要であって、山内委員が前のときにもおっしゃっておられたように、そのプログラムに応募して、そのうち誰が地方に行くのか、よく分からないということが最初からあってはならないと。

それは随分改善されていると理解していますが、応募する医師、採用される時点において、どういう研修になるのかということが確実に本人にしっかりと伝わって、それが当初の予想と大きくかけ離れることがないようにしなければいけないと強く感じます。

立谷市長もおっしゃっておられるように、検証が非常に大事で、実際にその研修が進行した時点でどうなったのかというところになるべく明らかになるようにしなければいけない。

そして、皆様おっしゃるとおりですが、医師の地域偏在の解消は、専攻医の研修をシーリング等で手当するだけでは決して解消しないので、そのところは、さらに厚生労働省が中心になって力を尽くしていただく。そのために、私どもも全力でそれをお支えすることが必要だと痛感いたしました。

以上です。

○遠藤部会長 釜菴委員、どうもありがとうございました。

重要な御指摘をいただきました。

それでは、お待たせしました。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。

私は、子育て支援に関して意見を述べたいと思います。

こちらについて、延期に関してはやむを得ない部分があるかと思うのですが、先ほど渡辺先生がおっしゃったように、機構として子育て世代を支援する姿勢を明確に打ち出すことを何らかの形でしていただけることは、若手にとっては非常に勇気をいただくことになるのではないかと思います。

現在、具体的に現場で困難を抱えられている方はたくさんおられて、特に山内先生も御指摘のとおり、子育てをしている専攻医にとっては、ローテーション、引っ越しをする、あるいは県外に行くことで、例えば保育園が変わらないといけないとか、あるいは親のサポートも、場所が変わることによって全く状況が変わってしまうこともあり得る。

ですので、加算をどうするかということは、少し議論を延ばすとしても、例えば子育て中の場合は、ローテーションについてある程度配慮がなされることがあるというか、どういう言い方をするかは別として、そこはみんな同じようにするというのではなく、そういうところにある程度の柔軟性を持たせていいということを機構として言っていたら

と、それは子育て支援という現実的な方策として、非常に意味があると考えています。

また、先ほど来から委員の皆様が御指摘いただいているとおり、専攻医による研修をすることは、今の議論の中で非常に重要なことであると思いますし、結局、よい研修をして、よい医師が育って、その方たちが社会に貢献することがもともと非常に重要ですし、そう考えると、渡辺先生が先ほど来から御指摘されているとおり、特にジェネラル分野の先生方にとっては、医師不足地域での経験、あるいは様々な地域、様々な課題がある中での経験が非常に重要な意味を持つことは私も実感として感じているので、単に偏在の解消ということではなくて、その経験に必然性があるから、研修の内容に組み込むといった積極的な方向での提案がなされていくと、よりよいのではないかと感じています。

以上です。

どうもありがとうございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございます。

重要な御指摘をいただきました。

それでは、山口委員、お願いいたします。

○山口委員 何度も申し訳ございません。

先ほど山内委員がおっしゃった専門医の研修期間は、いい医師を育てることを一番重要視することに私も大賛成です。

研修制度とか専門医制度で偏在が助長されない対策は本当に必要なことだと思いますが、偏在対策の解決策として、これ以上研修制度や専門医の制度を利用することは、そろそろ限界ではないかと私は思っています。

以前からいろいろな会議で申し上げていて、この会議は医師専門研修のことを考える会議であって、もともと医師需給分科会で話し合っていたことが、今、別のところに移っておりますが、若い人ではなくて、例えば40～50代ぐらいのドクターが医師の不足地域に行けるような制度を考えるなどして、しかるべきときに学ばないといけない人たちが、知識と技術を地に足をつけてしっかりと研修できるようなことを重視していくことが大事ではないかと、先ほどの議論からお聞きして、改めて思いましたので、そのことだけお伝えしておきたいと思いました。

以上です。

ありがとうございました。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、今度は日本医師会は、江澤委員でしょうか。

○江澤委員 ありがとうございます。

本日から参加している江澤です。よろしくお願いいたします。

まず、本日の論点については、いずれも賛成でございます。

先ほどから複数意見が出ておりますように、我々医師にとっては、専攻医の期間は、将来の医師の礎になる、本当に貴重な時間であって、そこでの研修が将来、よき医師になる

ための非常に重要な時期だと思っています。

そして、その中で、専攻医のプログラムの充実は何よりも優先されるべきではないかと思っています。

そして、専攻医自身も、いろいろな思いとか目的があって、目指す医師像がございましたので、そういったところもどのように配慮がなされるのか、なるべくそういったところも酌み取るような仕組みが非常に重要ではないかと思っています。

そして、何よりも専門医、すなわちよき医師を育てるのは重要でありますし、これから我が国の高齢社会を見据えたときに、特に地域医療の需要はますます高まっています。ですから、いろいろな地域での経験は、必ず医師のキャリアの中では役立つことでありますし、そういったことも含めながら検討していくことが必要だと思っておりますので、先ほどから多くの意見が出ておりますように、医師偏在にこういった取組をあてがうのが主目的であっては、決して本来の姿ではないと思っています。

もう一つは、今、将来の人口推計に伴う医療需要もいろいろと示されておりますので、日本全国津々浦々、医療需要がピークアウトしている地域もあれば、これからますます医療需要が高まる地域、様々がございますので、今後、足下も含めて、中長期的にはそういったことも非常に重要な指標になりますし、足下の状況でいうと、例えば内閣府の見える化システムのSCRでも出ております。

そうすると、その地域、あるいは市町村のそれぞれのいろいろな細かい項目の医療の提供の実態も把握できますし、いろいろな詳細な分析の下、そういった形で、医師偏在も非常に重要な問題であります。

ただ、一方で、よき医師を育てるところがまず柱にあって、医師偏在は、これ以外にもいろいろと施策の取組はありますので、本件の一本足打法とならないように、今後、いろいろな総合力で支えていくことがあるべき姿だと思います。

以上です。

ありがとうございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

マイクが不調で申し訳ありませんでした。

それでは、野木委員、いかがでしょうか。

○野木委員 ありがとうございます。2度目ですみません。

いろいろな意見が出ていて、おっしゃるとおりだと思っています。

地域偏在問題をどうしていくかというのは、この委員会の大きな課題だと思うのです。

それで、これをどうしていくかというのはずっと出ているのですが、以前から本当にシーリングだけでそれがうまくいくのかと私は言っている。

一方では、専攻医は、自分の好きなところで基本的な部分を受けさせてもらいたい。例えば山内先生のところで研修したいという先生は、山内先生のところでさせてあげたい気はするのです。

ただ、人数がいっぱいになったときに、山内先生のところでは全部見られないので、その人たちの一部は足下充足率の低い地域にしばらく行ってください、ただ、戻ってきたら、ちゃんと私どもで研修させてあげますよとしていくほうが、私は平等性があっていいのではないかと思います。

今、大都市だけが多くなっていますが、もう少しいろいろな形でシーリングをつくって行って、どこでどのように足下充足率の低い地域に貢献していくのか平等性を持って考えていくべきだと思います。

さっきも言いましたが、東京がいっぱいだったら、周辺に流れていくというのは、今後、検証しないといけないのですが、本当にそれが人口動態なのか、それとも、いわゆるシーリング逃れみたいな形で周りに行っているのかというところをしっかりと検証していかないと、地域偏在問題はなかなか解消しないと思うので、多くの専攻医が半年、1年という形で地域偏在を支えていかないとしようがないと思っています。

山口委員が、年齢がいつてもとおっしゃいましたが、それは確かにそうなのですが、前も言いましたが、うちの医師会でも、息子が自分たちの地域の患者さん、自分の科の患者さんを支えてくれるようになったから、北海道の医師がいないところを厚労省に聞いて、そこに行くよと行かれた先生がおられました、実際、まだ40代の先生が、自分の開業しているところを閉じて、1年間行くとなると、今度はその先生が地域医療で支えている患者さんはどこの先生のところに行くのだという話になってしまうのです。

実際、私は別に行ってもいいのですが、私が1年間行ったら今、抱えている仕事はどうなるのかということを考えてみると実行可能性は高くはないので、その辺りを考えるならば、申し訳ないのですが、若い間に地域偏在の地域、要はそういうところで地域の医療を経験していただくこと。

若い頃は、私も大学時代は、あっちに行けと言われてたらすぐに行くわけで、こっちに行けと言われてたら、大学の医局長の指示に従ってそこに行かないと、お前は破門だと言われるわけで、それがいいのかどうかは別ですが、自分の好きな科に入って、そこで研修させてもらっているわけなので、1年遅れたからといって、個人的には別に1年遅れてもいいと思うので、地域を支えた上で、専攻医をなし得ていくことをすべきだと思うので、根本的に機構の在り方をもう少し考え直してもいいのではないかなと。

何度も言うのですが、入りたいところに入って研修するのが基本姿勢であってほしいと思っていますので、君は駄目だから向こうに行きなさいというのは、非常に寂しい気がします。意見として聞いていただければありがたいです。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに御意見、御質問はございますか。よろしゅうございますか。

失礼いたしました。それでは、山崎委員、お願いいたします。

○山崎委員 鏡野町で新しく国保病院を建て替えることになり、地域の医師といろいろと話をしている中でどうしてもお伝えしたいことは、医師が少ない町村部において、地域を

支えている開業医の方の高齢化が非常に顕著に進んでおり、病棟を持つ町立病院などが非常に危機感をあらわにしているということです。このように、医師の地域偏在、医療偏在は大きな課題であります。

そのような中で、事務局案に示されている地域連携プログラムは、私たちにとっては心強いものであります。

若手の医師が地域にそれぞれ出向いてきて、地域の実情を知った上で、福祉や介護の場面に入っていただくことは、非常に重要です。

いろいろと論点が出ていますが、我々町村にとりましては、安心して医療を受けられるようなシーリングを今後とも継続して検討していただきたいと思います。支援いたします。

よろしく申し上げます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、渡辺理事長、コメントをお願いいたします。

○渡辺参考人 度々申し訳ございません。

参考人があまりしゃべってはいけないのだと思っているのですが。

○遠藤部会長 とんでもありません。

○渡辺参考人 それに関して、私も内科医の一人なのですが、内科の学会などと話しますと、今回、例えば新潟県や福島県の浜通りとかに関して言えば、新潟、大阪の地域との連携でかなりマッチというか、連携のマッチができておりまして、逆に山崎委員がおっしゃったような場合には、例えばどこの病院に来てほしいのだと声を上げて、例えば内科だと内科学会でもいいし、外科だったら外科学会でもいいのですが、少なくとも内科の学会は、そういうことを要望して、ある意味機構がやってもよろしいのですが、仲人のような形で医師の多いところと少数県を結びつけるという作業もこれから少しずつ始まっていくと思います。

ただし、これはある病院が手を挙げるというのではまずいと思うので、各県には地対協があるわけですから、地対協でよく相談していただいて、この地域に、どこか都会からお医者さんが来てほしいという病院のリスト化みたいなものもしていただければと考えておりますが、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。

具体的な御提案だと思います。

ほかに御意見はございますか。よろしゅうございますか。

ありがとうございます。

それでは、一通り御意見は承れたと思います。

それでは、事務局から案が資料2-1で出ておりますが、基本的に、この原案に対して決定的に反対という御発言はなかったと私は理解いたしました。

ただ、様々な御意見がこれに関して続いておりますので、それに対しては、事務局、あ

るいは機構として御対応いただくことになると思いますが、それらの附帯条件を加味した上で、資料２－１の厚労省事務局提案については採択したいと思いますが、そういうスタンスでよろしゅうございますか。

(首肯する委員あり)

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほとんどの方が首を縦に振られておられますので、御賛同いただいたということにさせていただきます。

ありがとうございます。

それでは、最後の議題に移りたいと思います。

それでは、事務局、資料２－２の説明「その他の意見・要請案」となります。

よろしくをお願いします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 それでは、資料２－２「その他の意見・要請案」の御説明をさせていただきます。

資料２－２をお手元に御用意いただければと思います。

１つ目が「研修機会の確保に関すること」でございます。

３ページに、専門医制度新整備指針の指導医の確保に関する記載が抜粋されております。

具体的に少し読み上げさせていただきますと、例えば専門研修基幹施設、専門研修連携施設の構成要素といたしましては、基幹施設ならびに各専門研修連携施設は、それぞれ基本領域学会で定められた施設基準、指導体制等を備える。

また、各専門研修施設には、学会の定める専門研修指導医を置くことが記載されておりまして、例えば常勤の専門研修指導医が在籍しない施設での研修が地域医療を考慮して必要となる場合には、期間を限定するとともに、他の専門研修施設から適時適切な指導を受けられるなど、医療の質を落とさない研修環境を整えることが必要であるという記載がございます。

次のページ、４ページに行っていただきまして、次は、整備指針の運用細則を上にご覧いただけますが、先ほど申し上げました、ほかの専門研修施設から適時適切な指導を受けられることにつきまして、具体的に記載しておりますが、例えばここでは、専攻医がテレビカンファランスシステムの利用などにより、適切な指導を受けられることを言う記載されております。

こういったことに対して都道府県から御意見をいただいております、真ん中に記載しております。

１ポツ目には、医師少数区域においては、連携施設における指導医の在籍要件を柔軟に運用するなど、専門医を育成しやすい環境を整備すること。

医師の地域偏在を是正することが重要だが、医師不足地域・施設で専攻医に効果的な研修を行うことができるようにするためには、指導医レベルの偏りをなくすことを同時に考える必要がある。

また、専攻医自らがシーリング対象外県などの研修先を選択できるよう、まずは病院の指導医確保等の環境整備や、病院の症例数、周辺的生活環境等の情報提供の充実などに取り組む必要があると考えるという御意見を都道府県から承っております。

これらを受けまして、厚労省からの要請の方向性案を一番下に示させていただいております。

具体的には、指導医確保による専攻医の研修環境充実が、専攻医が医療に関する最新の知見及び技能に関する研修を受ける機会を確保できるようにするために特に必要があると認める場合は、例えば指導医を派遣したりすることなどにより、適切な研修を受けられる機会の確保ができるよう、実効性のある仕組みや取組を検討することとしております。

次のページ、5ページに行ってくださいまして、育児・介護等への配慮について記載しております。

先ほどから少し渡辺理事長などからも御発言いただきましたが、研修プログラム制と研修カリキュラム制について記載してございまして、読み上げさせていただきますと、基本領域学会の専門医取得における専門研修は、研修プログラム制または研修カリキュラム制によるものとする。

ただし、基本領域の専門研修は、原則として研修プログラム制による研修を行うものとなっております。その中で、研修プログラム制につきましては、到達目標が達成できない場合には、年限を延長することも可能となっております。

また、研修カリキュラム制につきましては、下線で引いておりますように、出産、育児等により休職・離職を選択した女性医師等、介護、留学など、相当の合理的理由がある医師であっても専門医の取得ができるよう、以下の場合には、研修プログラム制と同等の当該分野全般にわたる症例を経験し、専門医育成の教育レベルが担保されることを条件に、柔軟な研修施設選択や研修期間の延長ができるような対応を行うとなっております。

次のページ、6ページには、整備指針の後段を記載しておりますが、この中で、研修プログラムによる専門医の研修年限は、原則として3～5年とする。専攻医の状況により、延長することを可能とする。それぞれの専門研修プログラムは、研修及び指導マニュアルを整備すると記載されております。

こういったことに対する育児、介護への配慮につきましては、都道府県からも御意見をいただいております。出産、育児、介護等と専門研修を両立しようとする医師が、専門医を取得しやすくなるよう、カリキュラム制度や身分保障に関する具体的な配慮の内容を明らかにし、説明用のガイドブックを作成するなど、分かりやすく対象者に説明してほしいという御意見をいただいております。

こういった御意見を踏まえまして、要請の方向性案を次のページに記載しております。

専攻医が出産、育児、介護等の合理的理由で休業・離職を選択せざるを得ない場合であっても、その後、研修に復帰し、所定の課程を経て専門医の取得ができるよう、必要な体制整備を行うとともに、具体的な手順について、丁寧に周知を行うこととさせていただ

ております。

最後に、9ページに、研修カリキュラム制で専門研修を行う専攻医数の資料を参考として載せさせていただいております。

昨年度の第2回の本部会におきましても、資料1の10ページで、日本専門医機構資料でカリキュラム制で専門研修を行う専攻医数を記載いただいておりますが、こちらは数値に誤りがございましたので、また後ほど更新させていただければと思います。おわびして訂正させていただきます。

事務局からは以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

誠にごもっともな要請だと思いますが、これについて、何か御意見、御質問等はございますでしょうか。

既にこれまでの議論の中で触れられた内容のようにも思いますが、あえて何か御意見、御質問があれば承りますが、よろしゅうございますか。

ぜひこういう要請はしていただきたいということですね。

ありがとうございました。

以上、用意いたしましたアジェンダは全て完了いたしました。若干時間がございましたので、この場でございますので、もし皆様から何か御意見があれば承りますが。

山内委員、どうぞ。

○山内委員 ありがとうございます。

今、最後の参考資料の数のところ、産婦人科の先生方は、カリキュラム制に移行している方がすごく多いのです。

産婦人科学会は、働き方改革とか、女性の医師も多いですから、出産、子育てでどうしたらいいとか、そういったこともホームページとかで非常に発信を行っている印象があります。

そういった意味で、先ほど片岡委員からも出産や育児などの制度を分かりやすくとありましたが、今、機構のホームページを見せていただいてチェックしていたのですが、そういう提示というか、そういう情報発信のページはあるのでしょうかというのが質問。

なければ、今、分かりにくかったので、例えば専攻医が妊娠してしまって、どうしよう、私は続けられるかしら、どうなっているのかしらと見たときに、ぱっと検索して、すぐにそういう人でも大丈夫ですよ、休んで年限を増やすことができますよとか、3年で終わらなくても大丈夫ですよとか、もし必要ならばカリキュラム制に移れますよとか、そういう発信をする、ホームページにすぐに分かりやすく見えるようなところにつくっていただけたらと。

もしありましたら、申し訳ありません。すぐに見つけられなかったもので、そういうことが重要なのかなと思いました。

よろしく願いできればと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ホームページは大変重要な情報源でありますので、渡辺理事長、何かコメントはございますか。

○渡辺参考人 今の御意見に従って、ホームページ上でもアクセスできるようにしたいと思います。

こういうことに関しましては、先ほど申し上げましたが、研修のプログラム整備基準という設計図みたいなものなのですが、その中に囲まれておりますし、この中では、整備指針がホームページに出ておると思うのですが、その中で、今言った女性の問題を見つけるのは非常に至難の業かなとは思っております。

それから、今年から、今日、ここにも参加しております森井理事が中心になったプログラム委員会がございますが、そこで研修医、これから専攻医になる人たちへのガイド、こういう制度なのですということを当機構の森井理事が中心になってつくられまして、ユーチューブに配信していると思います。

そういうものも、これから内部の委員、理事等の中にも、若い人たちへアピールするには、ホームページの書類の山のようなものの中から必要なものを見つけるのはなかなか難しいので、SNSを大いに使ってやっていこうという意見も出ております。これは、ユーチューブで研修制度の概要を説明しているものが初めてで、総合診療ではやっておりますが、これからそういうものやしていきたいと思っております。

我々のような年寄りには、SNSはちょっと敷居が高いところはあるのですが、若い人向けのそういう情報発信をやしていきたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何か御発言はございますか。よろしゅうございますか。

どうもありがとうございました。

それでは、これぐらいで本日の議論を終了したいと思います。事務局から何か連絡事項はございますか。

○寺村主査 次回の部会の開催日程につきましては、追って調整の上、改めて御連絡させていただきます。

よろしくお願いたします。

○遠藤部会長 それでは、改めまして、本日は長時間、しかも非常に本質的な議論ができました。

どうもありがとうございました。

それでは、これもちまして、本日の部会を終了させていただきたいと思っております。

どうもありがとうございました。