

○出雲臨床研修指導官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和5年度第2回「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、お忙しい中御出席を賜り、誠にありがとうございます。

本日は、岡村委員、釜菴委員、木戸委員、谷口委員、宮地委員、森委員、横手委員はオンラインで御出席いただいております。また、花角委員の代理として新潟県福祉保健部参事の和田様に御出席いただいております。

また、本日は参考人として、地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センター初期臨床研修プログラム責任者の藤見様、産科重点プログラム責任者の竹村様、小児科重点プログラム責任者の小垣様にオンラインで御出席いただくとともに、順天堂大学医学部附属静岡病院臨床研修センターセンター長の中尾様、筑波大学附属病院総合臨床教育センターセンター長の瀬尾様、公益社団法人日本小児科学会会長の岡様、公益社団法人日本産科婦人科学会常務理事の関沢様に御出席いただいております。

また、本日は文部科学省高等教育局医学教育課から堀岡企画官にオブザーバーとしてオンラインで御参加いただいております。

ここで、厚労省側の出席者を紹介させていただきます。医政局長の榎本でございます。また、このたび人事異動がございました。大臣官房審議官（医政、口腔健康管理、精神保健医療、災害対策担当）の宮本でございます。続きまして、医政局医事課長の林でございます。このほか、オブザーバーとしてオンラインにて医政局地域医療計画課災害等緊急時医療・周産期医療等対策室から前中小児・周産期医療対策官及び片岡室長補佐が参加しております。

それでは、マスコミの方の撮影はここまでとさせていただきます。

以降の議事運営につきましては、国土部会長にお願いいたします。

○国土部会長 皆さん、こんにちは。大変暑い日が続いておりますけれども、本日はお集まりいただきましてありがとうございます。

それでは、まず、資料確認を事務局からよろしく申し上げます。

○出雲臨床研修指導官 それでは、資料の確認をお願いいたします。

事前に、

議事次第

資料1 医師臨床研修制度の見直しの検討について－小児科・産科プログラム－

資料2－1 藤見・竹村・小垣参考人提出資料

資料2－2 中尾参考人提出資料

資料2－3 瀬尾参考人提出資料

資料2－4 岡参考人提出資料

資料2－5 関沢参考人提出資料

参考資料1として委員名簿、参考資料2として参考人一覧を配付させていただいておりますので、お手元に御準備いただきますようお願いいたします。

不足する資料等がございましたら、事務局にお知らせください。

本日、オンラインで御参加いただいている委員及び参考人の皆様につきましては、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。御発言の際は、Zoomサービス内の「手を挙げる」ボタン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して御発言をお願いいたします。また、御発言終了後は再度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。

それでは、部会長、引き続きお願いいたします。

○国土部会長 それでは、議事を進めたいと思います。

本日の議題は「医師臨床研修制度の見直し（小児科・産科プログラム）の検討について」であります。

まず、資料1について、事務局より御説明をお願いします。

○出雲臨床研修指導官 事務局でございます。

それでは、資料1に沿って御説明をさせていただきます。よろしくをお願いいたします。

まず1ページ目でございます。本日、御議論いただきます小児科・産科プログラムは、平成21年の臨床研修制度のあり方等に関する検討会の意見の取りまとめにおいて、「小児科、産科など医師不足の診療科の医師の確保に資するよう、一定規模以上の病院は、将来これらの専門医になることを希望する研修医を対象とした研修プログラムを用意する」とされたことを受け、設置されているものでございます。

この小児科・産科プログラムは、将来小児科医または産科医になることを希望する研修医を対象とし、小児科または産科の研修を重点的に行うプログラムであり、研修医の募集定員が20人以上の基幹型臨床研修病院において、小児科、産科、それぞれ募集定員各2名以上を必ず設けることとされているところでございます。

なお、資料に記載がございますように、臨床研修症例の施行通知において、当該プログラムにおいては、小児科または産婦人科の研修を重点的に行うなど、当該研修医のキャリア形成に資するプログラムを作成することとされておりますが、重点の内容については特段定められていないところでございます。

また、募集定員の配分に当たっては、小児科・産科プログラムの設置を義務づけている病院に対しては、各都道府県において各臨床研修病院に定員を配分する際に、厚労大臣が定める都道府県ごとの研修医の定員の中から4を配分することとされているところでございます。

2ページでございます。先ほど申し上げましたとおり、平成22年度から定員が20名以上の病院において小児科・産科プログラムの設置が義務づけられているところでございますが、令和2年度から4週以上の小児科研修と産婦人科研修が必修となっております。こうした中、小児科研修と産婦人科研修が必修とされたことも踏まえて、この小児科・産科プ

プログラムの意義等を改めて検討することが必要である旨、指摘されているということで、令和4年12月にも御意見をいただき、令和5年3月の本部会にお示しした資料になります。参考2にお示ししておりますように、この小児科・産科プログラムの定員充足率は46.8%となっております。一方で、それ以外の一般のプログラムの充足率は81.0%ということで、一般のプログラムと比べると定員の充足で苦戦しているというような状況でございます。これは都市部が集まる6都府県であっても同様で、小児科・産科プログラムが74.4%であるところ、一般のプログラムは98.8%、また、それ以外の県では、小児科・産科プログラムが28.6%であるところ、一般のプログラムは68.9%となっているところでございます。また、参考3では、小児科・産科プログラムに関する都道府県へのアンケートの結果をお示ししております。このプログラムについて、どちらかというところ「意義はある」というものが21、どちらかというところ「意義はない」というものが8となっております。意見の例につきましても、資料にお示ししているとおりでございます。また、参考4につきましても、後ほど後ろのページで御説明をさせていただければと思います。

3ページ目にまいります。こちらは2ページ目の資料をお示した令和5年3月の本部会においていただいた主な意見となっております。御紹介させていただきますと、「小児科対策のためには、小児科・産科を支える人材の育成は引き続き重要であるが、地方において小児科・産科プログラムへの応募が少ない現状では、この制度の見直しまたは中止が必要と言わざるを得ない」といった御意見や、「産科プログラムについては、産科志望でない研修医が、同病院の通常のプログラムに入るのが難しいという理由で応募してくる場合が少なからずあり、結局、選択研修の際にはほかの診療科に移ってしまい、このプログラムが病院・研修医の双方にとって負担となっている」といった御意見。また、「このプログラムの募集定員枠がフルマッチしない場合、次年度の募集定員上限の算定に響いてくる。病院にとって、4人の募集定員枠を用意することが負担となっている」といった御意見。また、「国として小児科専門医、産科専門医をもっと増やしたいのであれば、このプログラムの存在が大きなメッセージとなる」といった御意見をいただいているところでございます。

こうした御意見を踏まえ、本日は、4ページ目に記載の内容などについて、小児科・産科プログラムを実施している病院及び関係学会からのヒアリングをお願いしているところでございます。

5ページ目でございますが、本日御発表いただく病院及び所属する府県における小児科・産科プログラム等の充足率の状況についてお示したものでございます。括弧外が定員数、括弧内が採用者数となっております。

本日御参加いただいております地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センターは、都市部に所在し、小児科・産科プログラムの定員も一般プログラムの定員もほとんど埋まっている状況。また、順天堂大学医学部附属静岡病院は、地方に所在し、小児科・産科プログラムは採用に苦戦されている一方で、一般プログラムの定員はほとん

ど埋まっている状況。また、筑波大学附属病院も地方に所在し、小児科・産科プログラムは採用に苦戦をされており、一般プログラムについても若干採用に苦戦されている状況にあります。

7ページ目以降に参考としてデータをお示ししております。

7ページ、8ページは、都道府県別に令和5年度の小児科・産科プログラムの定員の充足状況をお示したのものになります。この小児科・産科プログラムにつきましては、令和5年度は全国で113病院に設置いただいているところがございます。また、それぞれ「小児科」と書いてあるところは小児科プログラム、「産科」となっているものは産科プログラムのマッチング数及びマッチング率、採用数及び採用率をお示したのものになります。この中で「小児科・産科」となっているのは、小児科と産科で別々に分けたプログラムを設置せず、1つのプログラムとして設置されているものになります。

この資料でございますが、例えば岩手、福島、新潟などはマッチングの段階でも採用の段階でも研修医が集まらない一方で、東京、神奈川、千葉、京都、大阪などはマッチング段階でもある程度研修医が集まり、また、2次募集により採用段階ではさらに集まっているというような状況がございます。

続きまして、9ページにまいります。9ページでは、小児科・産科プログラムにおける小児科、産科の必修の実施週数をお示ししております。小児科、産婦人科については、令和2年度から臨床研修において必修となっており、臨床研修症例の施行通知において、一般プログラムであっても4週は研修を行うこと、また、8週以上の研修を行うことが望ましいことが示されております。

こうした中、重点化の内容は定められていないものの、小児科・産科の研修を重点的に行うと定められている小児科・産科プログラムにおいて、産科・小児科の必修の実施週数を見ると、最短で一般プログラムと同じ4週となっている病院もあり、平均で15週、最長で48週となっているところがございます。

続きまして、10ページ目でございます。こちらは研修前の希望診療科と研修修了時点での将来希望する診療科及び満足度に関するデータをお示ししているものでございます。左上の小児科プログラムの修了者を御覧いただければと思います。令和4年修了者は、91人が小児科プログラムに入り、このうち研修前に小児科を希望していたのは72人、小児科以外を希望していたのは19人となっております。また、プログラムを修了した時点では、もともと小児科希望だった72人のうち、そのまま小児科を希望するのは58人、もともと小児科以外を希望していた19人のうち1人が小児科希望となり、小児科希望者の数は合計で59人となったというものでございます。

次に、右上の小児科プログラム、産科プログラム以外の修了者を御覧いただければと思います。令和4年修了者で、小児科・産科プログラム以外の研修を行った研修医6,160人のうち、研修前に小児科を希望したのは402人、小児科以外を希望していたのは5,758人となっております。また、プログラムを修了した時点では、もともと小児科希望だった402人

のうち、そのまま小児科を希望するのは254人、もともと小児科以外を希望していた5,758人のうち58人が小児科希望となり、小児科希望者の数は合計で312人となったというものでございます。

次に、左下の産科プログラムを御覧いただければと思います。産婦人科系も同様に、令和4年修了者は78人が産科プログラムに入り、このうち研修前に産婦人科系を希望していたのは60人、産婦人科系以外を希望していたのは18人となっております。また、プログラムを修了した時点では、もともと産婦人科系希望だった60人のうち、そのまま希望が変わらないのは48人、もともと産婦人科系以外を希望していた18人のうち3人が産婦人科系希望となり、産婦人科系希望の数は合計で51人となっているところでございます。

次に、右下の小児科プログラム、産科プログラム以外の修了者を御覧いただければと思います。同様に、小児科プログラム、産科プログラム以外の研修を行った研修医6,160人のうち、研修前に産婦人科系を希望していたのは324人、産婦人科系以外を希望していたのは5,836人となっております。また、プログラムを修了した時点では、もともと産婦人科系希望だった324人のうち、そのまま希望が変わらなかったのは213人、もともと産婦人科系以外を希望していた5,836人のうち87人が産婦人科系希望となり、産婦人科系希望者の数は合計で300名となっているところでございます。

また、それぞれの表中、括弧内の数値は満足度を示したものでございます。こちらはプログラム修了者全体で見た場合に、小児科プログラム、産科プログラム、それ以外のプログラムで満足度に大きな差はございませんでした。

また、小児科プログラムや産科プログラム修了者のうち、満足度が高いほうが研修修了時に小児科や産科を希望しているといった傾向もございませんでした。

続きまして、11ページ目は小児科医数の推移をお示ししています。15歳未満の人口に対する小児科医の数は近年一貫して増加をしており、15歳未満の人口10万対医師数は、令和2年には平成6年の2倍となっているところでございます。

続きまして、12ページ目は産婦人科医師数の推移となっております。こちらは徐々に増加しており、令和2年における15から49歳の女性人口に対する産婦人科医数は平成6年の約1.4倍となっているところでございます。

次に、13ページ目でございます。こちらは小児科及び産婦人科の各年度において専門研修を開始した専攻医登録者数の推移をお示ししております。これらはそれぞれ日本小児科学会様、日本産科婦人科学会様から御提供いただいたデータとなっております。

専門医の認定について、カリキュラム制からプログラム制に変更になっており、小児科については、平成27年度以降はプログラム制のみでカウントしていることなどから、平成27年度から人数が減っていると伺っております。

続きまして、14ページは臨床研修の必修の分野・診療科見直しの経緯についてお示したものでございます。

また、15ページは、小児科、産婦人科に関する医師臨床研修指導ガイドラインの記載を

抜粋したものでございます。

続きまして、16ページ、17ページは、それぞれ小児科医師、分娩取扱医師の医師偏在指標をお示してございます。それぞれ青で色付けされているのが下位3分の1に該当する県となっております。

本日は、これまでお示した内容とこの後に行われる小児科・産科プログラムを実施している病院及び関係学会からのヒアリングを踏まえ、この小児科・産科プログラムの意義や方向性について御議論いただければと存じます。

以上でございます。

○国土部会長 詳細な説明をありがとうございました。ご説明の中に初めて見るデータもかなりあったと思いますが、後でしっかりディスカッションをお願いしたいと思います。

次に、議題に関して、各参考人から提出資料を御説明いただくことにいたします。

まず、本日御参加いただいております小児科・産科プログラムを設置している病院の参考人から順次御説明いただいた後、それらに対する質疑応答を行いたいと思います。そして、同様に学会からの参考人の方より御説明をいただき、その後にそれらに対する質疑応答を行った上で、参考人の皆様にはそこで御退室いただいた後に、委員間で議論をしたいと思います。

なお、御説明は各団体8分以内でお願いしたいと思います。

それでは、小児科・産科プログラムを設置している病院の参考人の方から御説明をお願いしたいと思います。

まず、藤見・竹村・小垣参考人、地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪急性期・総合医療センターの参考人の皆様から御説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○藤見参考人 そうしたら、大阪急性期の藤見がまず御説明さしあげたいと思います。

資料2-1を御覧ください。

次に行っていただいて、私が説明するところは、基幹プログラムの責任者ですので、ざくっとこの1枚目だけ私が説明させていただいて、その後、産婦人科は竹村、小児科は小垣が説明をいたします。

このスライドは、病院全体での病床数、医師数、研修医数等々が書かれています。病床数は865で、小児が54、産婦人科が86。

3段目に行っていただきますと、研修医数は病院全体では46人いるのですけれども、小児科、産婦人科は4、4ということでフルマッチをしていると。

あと、参考程度に救急の受入患者数に関しては、これは救急車の受入患者数なのですけれども、病院全体では7,402台、小児の救急車が1,966台、産婦人科が87台。

あと、分娩件数等々は個別にまた産婦人科の竹村、小児の小垣から説明いただきます。

スライドをお願いします。次から竹村が話をします。

○竹村参考人 産婦人科プログラム責任者の竹村です。

当院の産科・婦人科の概要に関してなのですが、医師が常勤医14名、専攻医3名という状態でやっています。先ほども出ていましたけれども、分娩数が1,200前後で推移しております。無痛分娩をある程度やっているということと、それから、母体搬送の受入れがこの程度の件数で、婦人科の手術を中心にした緊急受入れもやっています。手術数は700件過ぎぐらいをやっていますが、去年は、御存じかと思いますが、ランサムウェアのトラブルがあってちょっと数が減っています。

それから、ここに入れ忘れましたが、もう一つの特徴としては、体外受精を含めた生殖医療もやっております。

次のページをお願いします。産婦人科重点プログラム、研修プログラムに関しては、産婦人科のローテーションは12週間を必須という形にして、もちろん希望によってそれを延ばすことはできます。それから、無痛分娩を産婦人科で管理していることもあって、初期研修の間に麻酔科を2か月以上回っていただくというのをしておりますが、それ以上の縛りは特にありません。3か月以上回っていただくことになるので、初期研修の段階で、ほぼ帝王切開に関しては、上級医が監督することでできる程度までをやるというのを目標にしております。

それから、産科当直に関しては、初期研修のほかの救急当直とかがありますので、産科当直まで入れてしまうと働き方改革の関係で昼間の時間に研修に出てこれられなくなってしまふような感じになるので、そういうのはやっておりません。

次をお願いいたします。先ほど示していただきましたように、募集定員2名でやっていて、これまで100%採用できています。大体75%が産婦人科に進んでくれています。それ以外に、基幹型プログラムのほうから産婦人科を選択してくれた方が6年間で3名いらっしゃいます。

次をお願いします。どういうケースかという、産婦人科を志望していたのだけれども、糖尿病内科に移りたいといって後期研修で糖尿病に行かれた方が2人いらっしゃいました。それから、例3は女性の方で、初期研修の間に結婚をして、当直が多い科は避けたいというようなことから皮膚科に進まれた方が1人いらっしゃいました。それから、逆に泌尿器科を志望して入ってこられましたけれども、女性泌尿器のようなことをむしろやりたいということで産婦人科専攻に変わった方もいらっしゃいます。

次をお願いします。メリット・デメリットですが、やはり研修医にとっては最初から産婦人科を目指してということがありますので、産婦人科チームの一員として、他科をローテーション中も産婦人科医のスキルを身につけるために学会とか研修会とか勉強会に声をかけてできるだけ参加してもらおうようなことをこちらもしますし、向こうも積極的に参加してもらえるとというのはメリットかと思います。

指導医のほうからいうと、この人は産婦人科に来る人なのだからというので、指導に対するモチベーションがより上がるということはあるかと思います。

うちの病院、それから地域の産科医療としても、もちろん確保にはつながっているもの

と思います。

うちの場合には、先ほど出ていたような産婦人科を希望していない人が産科プログラムにアプライしてくるというのはなくて、逆に、基幹プログラムの倍率よりはむしろ産科プログラムの倍率のほうが高くなるような状態が続いているので、ですから、いかに産婦人科にそのまま進んでくれるような人を採用できるかというようなことを考えるという状況になっています。

次をお願いします。では、小児科の小垣先生、お願いいたします。

○小垣参考人 小児科の小垣です。

私どもの病院の小児科は、小児科医が全部で12人おりますけれども、このうち女性医師が5人おまして、12人のうち当直できるのは9人という状況で運営をさせていただいております。

表にしています小児科の実績は過去5年間の分ですけれども、コロナ前は、救急車は2,600台ぐらい、大阪府下の小児の救急搬送件数の約1割を引き受けております。入院患者数は3,000近くというのがコロナ前でした。コロナの後、救急搬送数、それから入院患者数も減っている状況ですけれども、救急搬送数に関しては、2022年は2,000件ぐらいに増えてきているという状況です。大阪府下で小児科をやっているところでこの救急車、それから入院患者数をやっているところは、大体小児科医が20人近くあるいはそれ以上のところが多いのですけれども、私どものところでは12人、そのうち当直できるのが9人という体制で、逼迫しているような状況でやっているというのが私どもの状況です。

次のスライドをお願いします。小児科重点プログラムと通常との違いですけれども、小児科の必修を8週としていて、最大20週まで受け入れることにしていますが、大体見てみますと、皆さん、16週間取られる方が多いと認識しています。小児科プログラムを取りますと、一般的なプライマリーケアのみならず、重症例ないし新生児症例も担当医となってやっていただくほかに、2年次からは小児の救急にも携わっていただいている、すなわち救急の現場を担ってもらうマンパワーの一員になっていただいているということになります。

次のスライドをお願いします。募集定員は2名なのですけれども、過去5年間フルマッチです。ただ、小児科を初めは希望していたけれども、小児科になったのはそのうち6名、60%です。どこへ進んだかというのは次のスライドで示しますけれども、基幹プログラムのほうから小児科を目指してくれる方も3人おりました。ただ、この基幹プログラムの3人のうち2人はもともと小児科希望であった人間であります。

次のスライドをお願いします。小児科は皆さん御存じのように、1つの科に呼吸器もあれば循環器もあれば救急もあれば集中治療もあるというようないろいろな分野を含んでいるのですけれども、小児科志望をしているうちに、小児の血液に興味があったけれども、やはり大人のほうをやりたい、あるいは小児外科に進みたい、小児の中で救急に興味があったのだけれども、やはり大人の循環器救急がやりたい、小児の中でも小児集中治療をや

りたいといったような、小児科を目指しているのですが、その中でさらに細分化された中の成人科に進んでいくという多方面の志向の者が多いという印象を受けています。他科からローテートしている間に小児科になった方も、少数ですが、いました。

次のスライドをお願いします。メリット・デメリットですけれども、先ほど産婦人科の先生がおっしゃったのと同様で、早くから小児科あるいは新生児科ということ意識しながら、他領域の病気、疾患を勉強することができて、かつ、小児でするのでかなりスキルを習得するには時間がかかりますので、その習得につながっているということがいえませし、他科をローテートしているときに小児と関係するような皮膚科であるとか、整形であるとか、眼科だとかというところに意識を早く持ちながら研修ができるといったメリットがありますし、指導医は、先ほど言いましたが、私どものところは人数が少ないですので、チームの一員として扱うということをしております。これによって、地域の小児科・新生児科の確保につながっているものと思っております。

次のスライドをお願いします。今後、義務づけることが、もし義務ではなく任意とした場合でも、先ほどから言っていますように、本当に初期研修医であっても小児重点の方は非常に貴重な人材ですので、ぜひとも置いてきたいなと思っております。さらに小児科のプログラムを充実させるために、可能な限りいろいろな救急現場に出したり、学会発表論文のところも今後指導していきたいと考えております。

以上です。

○国土部会長 3人の先生方、ありがとうございました。3施設の御説明が終わった後に質疑応答をしたいと思いますので、もうしばらくお待ちいただければと思います。

それでは、続いて、順天堂大学医学部附属静岡病院から中尾参考人、御説明をよろしくお願いいたします。

○中尾参考人 順天堂静岡病院の臨床研修センター長の中尾でございます。順天堂静岡病院での現状について御報告申し上げます。

御覧のとおり、我々の病院は順天堂大学の附属病院、いわゆる大学病院でございます。場所が伊豆半島のちょうど付け根の辺りにあるような病院で、かなり田舎、すぐ先が僻地に相当するようなぎりぎりのところにある場所でございます。ちょうど昨年まで大河をやっていました北条とかあの辺がある場所にあるような病院です。

病床は633床の病院で、常勤医師が274名、指導医は84名で、研修医は53名と比較的多くの研修医の先生に集まってきていただいております。救急の患者数が1万2926人、手術件数8,798件ということで、伊豆半島の中にあつて、いわゆる基幹病院に相当するような、大学病院なのですけれども、地域の基幹病院的な役割を担っております。

ここには書いておりませんが、ドクターヘリの基地病院をやっております、ドクターヘリの出動件数は全国3位ぐらいで、かなりアクティビティーの高い救急病院というふうな認識を持っていただければよろしいかと思っております。ですけれども、非常に田舎にあるということが特徴かと思っております。

スライドをお願いします。当院の概要ですけれども、先ほど少し御紹介いただきましたが、比較的基本コースのほうはマッチ数がここ数年は順調なのですけれども、産婦人科、小児科のほうのプログラムはなかなか応募者がいないという典型的な病院かと思っております。我々の病院は産婦人科、小児科を併せて1つのプログラムというような形を取っております。内訳を説明させていただきますと、まず小児科ですけれども、あと、我々の病院ではNICUの新生児科、ここが同じ小児科ですけれども2つの科に分かれるような半独立状態になっています。

スライドを戻っていただいてもよろしいですか。研修医ですけれども、小児科はゼロから3人程度です。入院患者数が小児科は592人、年間入院患者数が3,529人、指導医が小児科では3人ということで、大学病院なのですけれども、田舎のほうの病院で、かなり少ない人数で頑張らせていただいています。救急病院ですので、救急患者の受入れは1,172人ということで、小児科の先生はかなりお忙しく働いていただいております。

NICUですけれども、病床数が30あります。医師が9名派遣されています。研修医はゼロから2人ということで、年間の新生児の入院数が376、救急でNICUもしくはGCUに入る患者さんが9,357人、NICUの専門の資格を持っている指導医の先生が1人ということで、年間の救急の受入数は189名ということでした。

産婦人科ですけれども、51床あります。医師は11名派遣されております。年間の入院患者数が2,105名です。指導医は5名、救急が955件、分娩件数が807件、母体搬送件数は124件。一応、総合周産期母子医療センターに指定されているような病院でございます。

スライドをお願いします。我々の病院のプログラムですけれども、特徴は、恐らく基本プログラム、多くの日本の病院が今このようなスタイルになっていると思うのですけれども、必修である内科が6単位の救急医療系が3単位、必修化である外科、産婦人科、小児科、メンタルがそれぞれ1単位ずつと地域医療が1枠、あとは全部フリーということで、自由にプログラムを自分で組んでできるというようなシステムになっております。

産婦人科・新生児・小児科プログラム、我々のほうではこれをまとめて周産期プログラムという愛称で呼んでいるのですけれども、妊娠・出産から成長までというところを一つで捉えて、そういうところを診ていくドクターを育成しようというコンセプトでございます。ですので、合わせて4名の枠になっております。

見ていただきますと、実はこのプログラムも基本のプログラムに比べて違うところは、麻酔救急がトータル4か月で1か月多いということと、必ず周産期を余計に1単位取っていただくというところ以外は、ピンクの部分、いわゆる自由に選んでいいよというところを比較的広く取ってございます。産婦人科・新生児・小児科ですので、ここを全部産婦人科、全部小児科というケースもあろうかと思えますし、もしくは、こちらのプログラムに入ったのだけれども、残念ながら別の道を考えるというようなケースもありますので、そのようなちょっとまだ揺れていますが、応募の時点でまだどうなるか分からないというような学生の方々でも、選んだ後に進路が変わっても、比較的新たな進路にも対応できるよ

うな状況になっております。そのようなところが特徴かと思えます。

スライドをお願いします。研修医の待遇は御覧のような状況です。働き方改革が叫ばれる前から、一応、救急病院でかなり当直とかも忙しいので、当直が明けましたら9時に帰宅させるようなシステムを早くから確立しておりますので、研修医の先生は逆に一晩一生懸命頑張って、翌日は9時に帰っていいよというような形にしております。有給は2年間で1年目10日、2年目は20日のトータル30日、夏季休暇は毎年5日あります。

スライドをお願いします。進路の状況なのですが、我々の病院はここ数年、上の段がちょっと小さくて申し訳ないのですが、2023年、22年、21年ぐらいは基本プログラムの充足率が非常にいいのですが、それより前になると、大学病院不人気プラス田舎不人気の典型的な病院でございました。ですから、基本プログラムもなかなか集まらないというのが、10年前はそういう状況でやっておりました。その頃になりますと基本プログラムも充足しておりませんので、産婦人科・新生児・小児科のプログラムに関しては、ほとんど応募がないという状況でございました。

この中で、基本プログラムの中からぼつりぼつりと産婦人科や小児科に進んでいる子たちがいるのですが、我々の病院は本当に救急で特徴的な病院ですので、特に小児科なんかに進んだ子たちは結構アグレッシブで優秀な子が多くて、むしろこの後、小児しか診なくなるので、この2年間はいわゆる一般的な救急とか成人、おじいちゃん、おばあちゃんとか、地域とか、そういうのをしっかり診たいのでこの病院に来ましたというようなむしろ志が高い、この後いい小児科になっているのを僕は知っているのですが、そういう子たちが結構来て、基本プログラムのほうにむしろ応募してきているというような傾向もありました。

近年になってきますと、なかなか基本プログラムが埋まってきましたので、先ほども少し出ていましたけれども、我々の病院ですと、むしろ産婦人科・新生児プログラムのほうが倍率が低いので、もちろんそちらを希望している人が産婦人科・新生児に来て、順天堂静岡病院でトレーニングを受けたいということと、その前の説明でも少しありましたけれども、本当は基本プログラムがいいのだけれども、小児科を積極的には考えていない、産婦人科を考えていないけれども、静岡病院で非常に働きたいということで、受け皿的な感じでプログラムを選んでいるような人がぼつりぼつりと出てきていて、そうなってくると少しずつ我々の周産期プログラムのほうに人が入ってきているというふうに見えるかと思えます。

スライドをお願いします。産科・小児科プログラムの意義・効果について、現場の先生から御意見を伺ってまいりました。全国的に特に地方で産科医、新生児科医、小児科医が不足する中、魅力のあるプログラムを提供することで、将来周産期医療を志望する医師が増えることが一番の意義だと考えると。指導医、研修医ともによりよい周産期医療を提供したいという同じ目標を共有できるということで、熱意ある指導の下充実した研修が可能であり、後期研修医に近い経験を得られることがメリットであろうと。小児科の先生です

が、周産期を希望する若手医師を早期に拾い上げて幅広く症例を経験させることは意義がある。一方で、初期研修医の真の目的である、幅広い診療科を経験させ、地域差なく全ての科に精通した総合医を育成するというためにも、成人医療、外科、マイナー科の経験を十分させることも必要ということで、必ずしも小児科プログラムを経てこなくても、一般プログラムから小児科に来ていただいても結構だというような御意見でございました。

産科・小児科プログラムの設置を義務づけることについての見解ですけれども、産婦人科の先生からは、周産期医療に充実する医師の深刻な不足を考えると、産科・小児科プログラムを設置することは意義がある。義務化するかどうかはその地域の病院の事情もあると思うので、今後議論が必要かと思えます。実際、少ない人数でぎりぎりで行っているようなところもございますのでということですね。

小児科ですが、初期研修医の段階で減少する周産期医療に携わる診療科を希望する医師が増えることは、将来の周産期医療にとって期待できる。しかし、臨床研修病院の特性によっては、小児科医の慢性的な不足や医療ソースが十分でない研修病院もあることは考えられ、研修医指導まで十分に行えない可能性もある。周産期プログラムを配置できるかどうかは、病院の規模、小児科医確保のバックグラウンドを十分に評価する必要があるというような御意見がございました。これは院内の産科、小児科の先生の御意見のまとめです。

以上になります。

○国土部会長 中尾先生、ありがとうございました。しばらくお待ちください。

それでは、3番目、筑波大学附属病院から瀬尾参考人、御説明をよろしくお願いします。

○瀬尾参考人 よろしくお願いいいたします。

では、スライドをお願いします。筑波大学附属病院の病院概要について御説明させていただきます。筑波大学は、病床数759、小児科79、産婦人科が65となっております。研修医数ですけれども、こちらは令和4年の4月か5月の一地点での人数ですが、病院全体では研修医は87名いますけれども、小児科は8名、産婦人科が8名という形で、大学病院の中で研修を行っております。年間入院患者数ですけれども、こちらは実患者数となっております。延べではありませんが、小児科が1,300人、産婦人科が2,300人ということで患者さんが入院しております。指導医数は全体で263人、うち小児科が28人、産婦人科が16人となっております。救急受入件数、小児救急受入件数、分娩件数、母体搬送件数、産婦人科の手術件数はお示ししたとおりになっております。

次のスライドをお願いいたします。小児科プログラムの概要、特徴になりますけれども、まず前段階としまして、筑波大学の一般プログラムにおいても小児科が2か月、産婦人科が2か月という形で、かなり長い期間、一般プログラムでもそれぞれの科の研修が行われております。ですので、期間はそれほど変わらないのですけれども、特徴としまして、小児科は、小児科の研修担当医師が研修医と相談して、本人の希望などを確認しながらプログラムをオーダーメイドで作成できるということが一番になると思います。先ほどマッチングに苦戦している病院ということで筑波大を選んでいただいたようなのですけれども、

そうはいつでも一応1学年60人ぐらいのマッチ者がおりまして、そうするとやはり本人のローテーションの希望に対して第1希望を通すというのがなかなか難しいのです。それに対して小児科・産科プログラムは人数が少ないですから、本人たちの希望がほぼ通る、オーダーメイドで研修が作成できるということが両方のプログラムの一番いいところかなと思います。

そして、大学病院ですので、市中病院に協力病院としてお願いして研修をしているわけですが、その大学病院と市中病院の両方の研修ができるということも特徴です。

そして、救急研修というのが必ず3か月以上ありますけれども、小児科の場合は小児の3次救急を担う急性期病院で研修を行っております。そして、外来研修も小児科のクリニック、あと外科研修を小児外科で行うというようなプログラムになっております。

次をお願いいたします。産婦人科プログラムの特徴になります。先ほどと同じようにオーダーメイドで作成できるということが一つ。それから、産科だけではなく婦人科も含めて、最大11か月産婦人科を研修できます。あと、救急と麻酔の研修を、一般的には救急科は3か月ということになっているわけですが、救急／麻酔という形で、外科系ですので、麻酔科も同時に研修ができる。それから、精神科では周産期のメンタルヘルスを学ぶ、小児科研修では新生児を学ぶという形で産婦人科に特化しております。

2年目の最後は、もう一度産科で研修を行うことで専攻医研修へのステップとすることになっているのですが、泌尿器外科なども学びたいという人もいますので、そちらに行っていたり、また婦人科での研修も可能になっております。

次のスライドをお願いいたします。こちらは筑波大学のマッチングの成績となります。先ほども言いましたけれども、通常のマッチングは60人程度なのですが、やはりちょっと小児科、産婦人科は苦戦しております。特に産婦人科は苦戦しております、平成22年にこのプログラムができたと思いますが、そこから累積で3名しかマッチしていません。小児科につきましては、ここに11人と書いてあるのですが、11人研修を修了しております。今現在3人が研修中ですので、全体では14名で、研修を修了したうちの10名が小児科の専攻医になっております。1名だけ離脱したということになります。1名は内科のほうに進んだと思います。

産婦人科につきましては、3名中3名が産婦人科に進んでおります。ただ、もともと筑波大学は産婦人科の研修プログラムはそれなりに後期研修の人数がいまして、5名から7名ぐらいは毎年専攻医に登録しておりますので、産科プログラムのコースが3名だけだったということで、全体としては別に産科の人気がないというわけではありません。

また、今年受験者なのですが、既に今年受験者は締め切っておりますが、小児科については14名、それから、一般プログラムとの併願もいますけれども、産科プログラムについては3名の応募がありました。

次のスライドをお願いいたします。小児科・産婦人科プログラムの意義・効果についてです。こちらは小児科、産婦人科、全ての先生に聞いていただいて、科全体からの意見と

なります。指導医のメリットですけれども、産婦人科を志す医師、将来の同僚の育成ということで、指導のモチベーションが上がる。こちらは小児科の先生も同じことをおっしゃっていました。

そして、デメリットは、全ての先生が特にないということでお答えになっております。

研修医にとっては、先ほどもオーダーメイドだという話がありましたけれども、計画の自由度が非常に高く、自身の希望する研修内容を指導医と共に実現できる。また、科の勉強会、講習会、学会、研究など、産婦人科や小児科をローテーションしていないときも研修医のうちから参加できる。専門研修の初めからほかの者より高度な研修が開始できるというメリットを挙げられました。

デメリットなのですけれども、先ほど1人、後期研修のプログラムはほかの科を選んだのですが、やはり筑波大学でほかの科を選んだ場合、人間関係に悩む可能性があるのではないかという意見がありました。

それから、当該地域・医療機関への影響ですけれども、プログラムがあることで、小児科・産婦人科医を目指す医師が地域に来てくれる可能性がある。また、一般プログラムの研修医よりも高難度の当該科の診療に携わることができていると考えられ、地域の小児科・産婦人科診療に貢献していると考えられるという意見がありました。

次のスライドをお願いします。小児科・産婦人科プログラムを義務づけることへの意見ですけれども、こちらは病院全体の意見になりますが、義務である必要はなく、任意でよいと考えております。ただし、当院は定員がマッチ者数を大きく上回っているため、任意となっても設置する予定です。

どのような条件であれば設置する意義・効果があるかということですが、やはり必修科研修の院外・院内の配分などを研修医が自由に決められるというのが非常にいいのではないかと。それから、選択研修として、いわゆる基礎研究のような、臨床研究のような、そういう研究を行えるという選択肢をつくるのもいいのではないかと。また、入院診療のみではなく外来診療を行ったり、大学病院と市中病院の両方で研修できるなど、様々な研修を受けられる機会を設けると魅力的になるのではないかとという意見がありました。

以上になります。

○国土部会長 ありがとうございます。

3つの施設からそれぞれ参考人から御説明いただきました。委員の先生方から御質問がありましたら御発言をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

では、清水委員、どうぞ。

○清水委員 丁寧に御説明くださりましてありがとうございます。

瀬尾先生にお聞きしたいのですけれども、先ほど小児科プログラムとか産婦人科プログラムはかなりオーダーメイドでローテーションを作成できるというふうにおっしゃっていたと思うのですが、例えば小児科プログラムの研修医が耳鼻科や放射線診断科などを選ぶ場合、受ける側が1か月何人までにしてほしいというような制限があると、全てがオーダ

一メイドにいかないのではないかと思ったのですけれども、そういうことは筑波大学さんの場合にはないでしょうか。

○瀬尾参考人 御質問ありがとうございます。実は、以前はそういうことがあったのですけれども、2020年にプログラムが変更になりまして、その後、選択研修期間が非常に減ったのです。平成16年と同じようにまた必修科が元に戻りましたから、そうすると、放射線科とかは基本的には選択研修科ですので、今まで選択研修の期間が長かったときはたくさんの方が放射線科を研修したいと言っていたのですが、選択研修の期間が減って、数も減りましたので、最近はそういうことがあまりないです。

○清水委員 ありがとうございます。

○国土部会長 ほかにいかがでしょうか。全体としては、私の印象としてはポジティブな御意見が多かったように思います。

では、木戸委員、どうぞ、御発言ください。

○木戸委員 ありがとうございます。大阪急性期・総合医療センター小児科の研修効果を上げる取組、御提案がいろいろ挙げられていますけれども、大変参考になることが多く、学会発表などもしてもらって、学問としての面白さを知ってもらうということも大変重要かと思えます。

また、小児科プログラムの研修医にER当直にも入ってもらって、小児の救急を勉強してもらったりすることは、当直の担い手が少ない中で貴重な戦力となっているということですので、本人にとっても大変勉強になるチャンスで、モチベーションが上がるのではないかと思います。

ただ、これだけ症例も多くて充実した研修ができる場所であっても、研修修了後にほかの診療科に進むのが4割に上るという理由は非常に興味深いところです。ここに挙げられているように、専門分野で成人のところを学びたいなど、表向きの理由を挙げておられますけれども、やはり実際には当直が多くて忙しいとか、将来子供が減っていくので小児科に行くのは心配など、本音のところがあるかもしれません。研修医の実際の本音のところについて、先生のほうで何かお聞きになることがあれば知りたいところです。

私も、ほかの診療科に進むことが決まった研修医に、私には先生のような働き方はできませんと言われて結構ショックだったことがありました。労働環境の問題で進路を諦める人がいるのはとてももったいないことです。働き方改革によって安心して希望する道に進めることが重要ではないかと思いますが、実際の声が聞かれているかどうか、大阪急性期・総合医療センターの小児科の先生にお話を伺いたと思います。

以上です。

○小垣参考人 御質問ありがとうございます。他科へ移っていく研修医を実際に見ておきますと、非常にアクティビティーが高い研修医が多いです。すなわち、小児科の救急では満足できない、もっと自分で手技をやりたい、そのために小児集中治療科へ進んだり、あるいは循環器内科へ進んだりというように、小児よりももっと幅広く、高度に、しかも自

分の手でやりたいという方が多いというか、ほとんどだと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、森委員、どうぞ、御発言ください。

○森委員 あいせい紀年病院の森と申します。御説明ありがとうございました。とてもよく分かりました。

1つ事実関係のことでお聞きしたいのですが、大阪急性期・総合医療センターの先生にお伺いいたします。今のお話にもございましたように、小児科の重点プログラムから、例えば血液内科であるとか、あるいは産婦人科から糖尿病内科であるとかということをお示しいただいたのですが、これは専攻医になるときに同じ病院を選んでいるということなのでしょう。と申しますのは、小児科というのは基本領域に当たるわけで、次に専門医を目指すときは、内科とか外科とかそういう形で選ぶはずなので、かなり専門的なところをお話しされているのですけれども、これは、例えば病院の中に循環器内科というのがあって、小児科からそちらへ行きたいということで行くという意味でしょうか。事実関係を知りたいので、教えていただけますでしょうか。

○竹村参考人 よろしいでしょうか。ありがとうございます。産科プログラムから糖尿病内科に移った方に関しては、もちろん内科研修という形になるので、ただ、将来的に糖尿病内科をやりたいということで、うちの同じ病院の中で内科の後期研修を始めるような形になった方がいらっしゃいますという状態です。

○小垣参考人 小児科のほうを説明させていただきます。小児科のほうは、先ほど言いましたようにアクティビティーの高い者は、ほかの科をローテーションしている間にそちらのほうに引かれてしまうということが多くて、ほとんどの人が院内の他科へ行っているということです。1名だけ、小児集中治療を目指した方は、当院では小児集中治療、いわゆる3次救命を目指すような小児集中治療はないので、他院に行きました。

以上です。

○森委員 ありがとうございます。

○国土部会長 ほかに御質問等はございますでしょうか。

では、私のほうから瀬尾先生にお伺いしたいのですが、先生の病院では一般プログラムでも小児科が例えば2か月というふうに設定してあると伺いました。最初の厚労省からの説明資料の中で、小児科重点プログラムでさえ4週のところもある中で、一般でも長めに設定しているのは病院のポリシーなのでしょうか？背景に何かありましたら教えてください。

○瀬尾参考人 ありがとうございます。筑波大学では、最初に必修化が始まった頃からずっとその体制なのですけれども、やはり必修化というのは、全ての科をある程度診られるようになるというのが非常に大事な事かなと思っておりまして、1か月という研修をしますとほぼお客さんで終わってしまうというような意見が指導医からありますので。実際には研修医からは長過ぎるというようなアンケート結果が来たりすることもあるのですけ

れども、それぞれの指導医の先生方と相談をして、来年度についても同じく2か月ずつでやるというふうにしております。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。

ないようでしたら、学会の御発表の後までいていただくことにして、追加で御質問があったら後でお願いしたいと思います。ありがとうございました。

それでは、次に、学会からの御説明をお願いしたいと思います。

まず、公益社団法人日本小児科学会から岡参考人、御説明をよろしくお願いいたします。

○岡参考人 今回はこのような機会をいただきありがとうございます。

資料のほうを提示いただけますでしょうか。ありがとうございます。

私ども小児科の現場では、小児科プログラムを含む医師教育に取り組んでまいりました。本日は、小児科プログラムを設けている施設にアンケートを取りまして、現場からの声を御報告したいと思います。従来より、我々は、そこに示しますように少子化対策としての小児科医育成の必要性ということを訴えてまいりましたが、本日はその視点も含めて御説明をさせていただきます。

2ページ目をお願いします。まず、初期研修において小児科研修が4週間以上の期間必修化されている状況で小児科プログラムを設置する意義はありますかという質問に対しては、あるという回答が多く見られました。声としては、必修化は医師全員が小児医療を学ぶという考え、小児科プログラムは小児科医を増やすため、全く別の目的だという声が多かったと思います。

続いて、今後引き続き小児科プログラムの設置を義務づけるべきでしょうかという質問に対しては、義務づけるべきという回答が過半数で、必要ないものは少数でした。

自由記載の意見では、少子化が進み小児科希望の医師減少が危ぶまれる中、重点的プログラムの構築は非常に重要といった声が多く、また、義務づけないと小児科医を増やす効果のあるプログラムが減っていくという声もありました。これは少子化の中で小児科医の育成は国が義務化しなければ大きく後退するのではないかという現場の非常に強い懸念だと思います。

次のページをお願いいたします。小児科プログラムが指導医及び研修医にどの程度メリット・デメリットがあるかという質問については、どちらにもメリットはあり、デメリットはあまりないという回答がほとんどでした。これは先ほどまでの御提示と同じであったかと思えます。特に研修医については、小児科以外の診療実習でも他科の先生方から研修医の将来に対する意向を踏まえた指導を受けられるといった声もありました。

次のページを御覧ください。小児科プログラムの存在が与える地域及び地域医療機関への影響については、どちらも影響があるという回答は3割程度で、改善が必要ではないかというふうに思われました。声としては、将来地域での小児医療を担う人材確保に有用であるといった積極的な意見がある一方で、地域によっては基本プログラムすら3割程度の

応募しかなく、あえて小児科プログラムを選ぶ人がいない、あるいは全体のマッチ率が低く、研修プログラムとして人気がないという評価をされてしまうといったマッチング率に関する声がございました。

次のスライドをお願いします。5ページ目ですけれども、小児科プログラムの意義・効果については、質の高い小児科医の育成、あるいは地域の医療機関に後期研修医として残ってくれる可能性が高まるといった地域への影響、社会的な意義などに関し、意義・効果があるという意見が多数ありました。否定的な意見としては、やはりマッチングの実績、それから初期研修プログラムとしての課題、社会的効果が不十分などの意見もございました。やはりマッチング率をどう上げていくかという取組の重要性があるかと思えます。

次のスライドをお願いします。それでは、どのような条件にすれば小児科プログラムの意義・効果があるかという質問に対しては、指導医の教育プログラムの設置、研修医のサポート体制の強化、関連する他科を含めた専用のプログラムなど、プログラム内容の充実に関する意見、あるいは小児科以外の診療科との連携、地域医療の経験や治療体制の充実などの提案があり、非常に前向きな意見が多数ありました。

次のスライドをお願いします。このスライドでは、幾つかの論点について私どもの考えを記載させていただきました。まず、周産期医療と小児医療は国の6事業として位置づけられておりますが、先ほどの資料で年少人口当たりの小児科医が増加しているというデータではございますけれども、右側に小児科学会の調査の資料も提示させていただきましたが、実際の地域の小児医療体制を支える人員は危機的な状況で、勤務状況も厳しい状況にあります。少子化が問題になっている中で小児科医育成は社会の必要なインフラであるということをぜひ御理解いただければと思います。現在の育児環境の中で小児科医の業務は多様化しており、育児支援や虐待対応など難しい問題もございます。また、小児科は成人の内科の全領域をカバーしている上に、新生児医療もございますので、そうした全領域のサブスペシャリティー、専門医も各地域で確保していく必要があります。

また、病院経営の観点からは、採算性の厳しい小児科は非常に難しい立場に置かれておりますので、義務化しなければプログラム継続は長期的には難しくなってくると思います。また、小児科プログラムはプログラム責任者が緻密に計画した内容の研修を受けられる、あるいは先ほどございましたようにオーダーメイドの研修を受けられるなど大きなメリットがございますので、そうした点も重要かと思えます。また、地方については、地方での小児科医育成のためには、学生がビジョンを持てるような魅力的なプログラムを提示して周知していくことが重要といった意見がございました。

次のスライドをお願いします。最後にまとめでございます。小児科学会としては、小児科プログラムにつきましては、引き続き義務づけを継続することを要望させていただきます。今回のアンケートでは、効果的な小児科医育成のためにほかの診療科と連携をしたカリキュラムや地域医療の経験や指導体制の充実など、プログラムを改善することでさらに小児科プログラムの意義を上げることができるといった現場からの前向きな意見が多く出さ

れております。今、義務化を外すという議論ではなく、こうした小児科医育成に向けた前向きな意見に耳を傾けていただきたいと思えます。

学生・初期研修医に小児科プログラムの内容や意図が十分に認知されていない現状もありますので、プログラムを分かりやすく提示するなど効果的な広報のさらなる努力が必要と思えます。今後さらに少子化が進む中で、学生・初期研修医が地域でどのような小児科医になるのかビジョンを持てるように、プログラムを提示し周知していくことが重要であると思えます。

また、小児科プログラムがアンマッチになることで施設としてのマッチング率が下がることが次年度の定員に関係するなど各施設の負担になっているという声がありました。そもそも確保が難しいので小児科プログラムは義務化してまで設定をいただいているわけですので、施設としてのマッチング率の計算の際に、小児科プログラムを外すように配慮をお願いしたいと思えます。

小児科研修4週間の必修研修については、総人口の12%に当たる年少人口の医療のために、将来小児科以外の診療科でも子供の診療に関わることになる先生方に基礎的な小児医療の研修を提供するものです。これを小児科プログラムの必要性和関連づけて議論することは適切ではないと考えております。

今般、国としては異次元の少子化対策を取り進む中で、小児科学会は従来より、小児科医育成は重要な少子化対策であるということを提言してきました。皆様方も御承知かと思いますが、お隣の韓国では、小児科医のリクルートができないために小児医療が危機的な状況となり、国を挙げて小児医療崩壊を懸命に食い止めようとしているところです。我が国も国を挙げて取り組まなければ小児医療は危機的な状況となります。引き続き、小児科プログラムで地域での小児科医育成につながるように、マッチング率が十分でない地域も含めてプログラムを充実させていく積極的な姿勢が重要かと思えます。

それから、最後に、先ほどから小児科プログラム修了者の進路で小児科医以外を選択するという話がありましたけれども、私自身の経験の中でも、小児科プログラムを終了後、ほかの領域に進まれた先生方もおられます。私としては、どちらかという応援をした立場で、例えば精神科に進んで児童精神科に進みたいという先生、あるいは周産期にもともと興味があり、最終的には産婦人科を選ばれた先生、あるいは小児がんを志していた先生が成人の血液内科に進むような先生、そういった先生方は一定程度おられ、同じ施設で勤務をされていましたが、そうした先生方にとっても小児科プログラムの研修というのは恐らく役立てていただける内容だったと思えます。そして、将来、小児科を応援していただける、そうした存在になるというふうに信じております。一言付け加えさせていただきます。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。質疑応答は産婦人科が終わってからのしたいと思います。よろしく願いいたします。

それでは、続きまして、公益社団法人日本産科婦人科学会から関沢参考人、御説明をよろしく願いいたします。

○関沢参考人 日本産科婦人科学会の関沢と申します。今日はこのような機会をいただきまして、どうもありがとうございます。

それでは、次のスライドをお願いいたします。まず、産婦人科医療を取り巻く状況について説明させていただきたいと思っております。産婦人科医療ですけれども、産科医療のみではなく、婦人科腫瘍であるとか生殖補助医療、女性ヘルスケアなど広範囲な医療を担っておりまして、少子化が進行している中であっても、結婚や妊娠の高年齢化や女性の社会進出など、そういった変化に伴って産婦人科医の必要性は高まっているという認識にあります。

また、産婦人科は24時間体制で分娩に対応する必要があるということから、どうしても長時間労働となりやすく、ほかの診療科に比べて当直回数も多く、分娩取扱い病院の勤務医の時間外の在院時間の平均は、これは学会の調査ですけれども、年間1,824時間ということで、非常に長いという実態があります。

次のスライドをお願いいたします。2018年と比較した2021年の産婦人科常勤医師数ですけれども、総数で言いますと全国で421人増加しておりますが、都道府県別に見てみますと減少している府県が3分の1程度あるということで、地域格差が拡大している状況がうかがえるかと思っております。

次のスライドをお願いいたします。日本産科婦人科学会では、医学生や臨床研修医に対しまして、積極的に産婦人科医療の魅力を発信する活動を一生懸命行ってきた状況にあります。そういったこともありまして、2017年度以降、新規の産婦人科専攻医の数は緩やかに増加する傾向にあります。しかしながら、地方におきましてはわずかな増加にとどまっております、分娩取扱いを中止する施設が増加しているとか、分娩施設の集約化が起こっているとか、そういったことが特に地方において多く起こっているような状況にあります。

こういった中で、今後、産婦人科医の地域偏在や働き方改革などに対応していくために学会としまして年間必要な専攻医の数を計算いたしました。昨年度行ったわけですけれども、625人が実際に必要であるということで目標を設定しておりますが、現状としては500人に達していないという状況にあります。

次をお願いいたします。次に、産科重点プログラムの運用状況について分析した結果をお示ししますが、プログラムの充足率で見ますと、大学病院以外の施設では全国的に高く、また、5都府県の大学病院の充足率も比較的高いということが確認できるかと思っております。

次のスライドをお願いいたします。5都府県に限定して見ますと、大学病院以外の充足率は非常に高いということと、大学病院で見ましても、東京、神奈川では比較的高いというのが実情となります。

次をお願いいたします。次はプログラム修了者に対する調査結果についてです。このデータは先ほど厚労省の報告にもあったデータになりますけれども、こういったデータから、

産科重点プログラムは産婦人科医増加に対して一定の貢献をしているというふうに判断されるのではないかなと考えております。

次をお願いいたします。そこで、産科婦人科学会としましては、急遽、産科重点プログラムを設置している医療機関の産婦人科責任者に対しましてアンケート調査を行いました。その結果について御報告したいと思います。

次をお願いいたします。産科重点プログラムが産婦人科専攻医の確保において有用かということについて尋ねましたけれども、54%が有用であると回答しております。特に大学病院以外の施設で有用性を評価する意見が多く出ていたという結果であります。

次をお願いいたします。基幹型施設での産科重点プログラム設置の義務について意見を伺ったところ、現状維持ということを41%が希望しております。およそ9割がプログラムに対して肯定的に捉えているということが分かりました。

次をお願いします。基幹病院での設置義務について、現状維持を希望すると回答した先生の意見ですけれども、産婦人科を希望する研修医にはよい選択肢であり、多くの産婦人科医を輩出している実績がある。働き方改革の影響によりさらに増員が必要であり、継続的な産婦人科医確保が重要であるというような意見がありました。

次をお願いいたします。希望する施設が設置する形式でいいというふうに回答した先生からは、施設や地域によって必要性が異なる。意欲のある施設がプログラムを整備するほうがいいというような意見がありました。

次をお願いいたします。設置条件の見直しが必要というふうに考える先生からは、研修医の募集定員を10人以上の病院でプログラムをつくれるようにするというので、小規模でも教育能力があり、アクティビティの高い施設が参入可能になり、特に地方都市において、そういった施設での産婦人科医の確保につながるのではないかなというような意見が複数出ておりました。

次をお願いいたします。プログラムが不要というふうに回答した先生からは、産婦人科が必須研修となったことで研修を差別化できない、応募者の数が少ない、選択のメリットがないなどの意見があったということになります。

次をお願いいたします。産科重点プログラムの設置を独自に判断、選択できるようになった場合に、貴院で設置しますかという問いに対しましては、59%の施設が設置すると回答されておりました。設置しないとの回答は8%のみということでした。設置するという回答は、5都府県や大学病院以外で高いという結果でありました。

次をお願いします。自由記載の意見になります。産科の重要性を国や行政が認識していることを医学生に示す意味でも、プログラムの存在は重要である。産婦人科医の確保に非常に役立っている。プログラムを選択するメリットの拡大を希望する。産婦人科専門医の研修との連動を可能にするなどのメリットを明確にすることで、医師確保への貢献度は高まる。大学入試の際の指定診療科枠の受け皿として産科重点プログラムはあってもよいと思うというような意見がありました。

次をお願いいたします。今回の調査を踏まえたまとめを示します。

次のページをお願いいたします。設置条件についての見直しを求める意見としまして、具体的には設置基準を10人以上として、希望するところがプログラムを設置できるようにすることで、養成する意欲のある施設でプログラムの設置が可能となり、地域の大学病院ではない施設が設置することで、特に地域で医師確保に難渋しているところで産婦人科医の確保に寄与できるのではないかというような意見がありました。

また、産婦人科専門医の研修との連動を可能にすることによって、プログラムを選択するメリットを拡大することで希望者が増加するのではないかというような意見があり、こういった改革というか変化は前向きに検討するに値するものと考えました。

最後にまとめをお示しいたします。少子化が急速に進み、出産や子育ての支援を強化すべき社会状況の中で、産科医、小児科医の充足は社会インフラとして重要であるわけですが、特に地方において産科医不足が深刻な状況にあります。また、産科重点プログラムの産婦人科医確保における有用性を多くの産婦人科医が実感している状況にあります。

そういったことを踏まえまして、本会からは、産科重点プログラムは産科医の確保に一定の役割を果たしていること、また、特に地方における深刻な産科医不足の状況が続いていることから、産婦人科医の確保に向けた産科重点プログラムの継続もしくは発展的な設置基準の変更を希望するというようにさせていただきました。

どうもありがとうございました。

○国土部会長 ありがとうございました。

それでは、ただいまの各参考人からの御説明について、委員からの御質問がありましたら、お願いいたします。

では、伊野委員、それから横手委員の順番でお願いします。どうぞ。

○伊野委員 ありがとうございます。

最初の小児科プログラムについての御発表、ありがとうございました。大変勉強になりました。先生が最後におまとめいただいている文言の中に、「地域でどのような小児科になるのかビジョンを持てるようにプログラムを提示する」や、一番最後の行にありますように、「マッチ率の十分でない地域も含めてプログラムを充実させていく積極的な姿勢が重要である」とお書きいただいておりますが、具体的なプログラムについての御説明をいただけますでしょうか。

○岡参考人 御質問ありがとうございます。抽象的な表現で申し訳ございませんでした。私自身が、実はこの制度がちょうど立ち上がったときに大学の教室におりまして、そのときに小児科プログラムを組みました。それは非常に楽しい作業で、自分がどういったことを勉強したかったかということ盛り込み、しかも、ほかの科の先生も手伝っていただけますし、それからあと、地域に出すことも大事で、その当時の私が所属していた大学病院の研修施設は、地域に出すのもいいよというふうに言ってくれて、2か月間、かなり遠隔の地域の病院の小児科で、ほぼ研修医と同じような研修をできるようなプログラムを非常

に楽しくつくりました。それは、要するに、どういうふうな小児科医になってほしいのかというビジョンをその地域の働いている先生の姿も含めて見せると、そういったようなプログラムであったかなと思います。

なかなか地域でマッチング率が低い場合、それは全体のマッチ率も低いわけで、その中で小児科を推奨するのはなかなか難しい作業であることは私も重々承知しているのですけれども、やはりそういう地域の、こういうすばらしい先生がいて、こういうところもあって、こんな頑張っている先生がいて、あなたもそういうふうに頑張ったらどうかみたいなビジョンを見せられるようなプログラムとか、そういったようなことでリクルートをしていかないと難しいのかなというふうに個人的には思っております。

ただ、いろいろ各施設の縛りもあると思いますし、各先生方が本当に御苦労されているのは重々承知しているのですけれども、やはりプログラムをどういうふうに、その研修医の先生がやりたいということを実現しつつ、しかし、やはりこちらはプロですので、こういったことをやるといいんだよということを教えてあげることがすごく大事じゃないかなと思ってプログラムを組む必要があるのではないかと思っております。

ちょっとお答えになっていないかもしれませんが、申し訳ありません。

○国土部会長 ありがとうございます。

続きまして、横手委員、御発言ください。

○横手委員 ありがとうございます。まずは全ての参考人の先生方に大変すばらしい御発表を賜り、大変参考になりました。また、このような機会をいただきました厚生労働省の皆様には感謝申し上げます。

岡先生に1点、それから関沢先生に2点、簡単に御質問したく存じます。岡先生の最後のパートで、韓国で大変なことが起きているというふうにおっしゃいました。私は全く知識がないものですから、もしよろしければ、どういうことがきっかけで何が起きたか、ポイントを教えていただけますでしょうか。

○岡参考人 韓国は、どこまでこういう公の場で話していいか分かりませんが、私が数字としてははっきり言えることは、昨年、50大学の小児科プログラムの中で38が応募者ゼロだったというふうに聞いています。そのことによって小児科の研修プログラムが崩壊すると同時に、そうした大学病院が果たしていた機能が機能しなくなったために、大変な事態になっているというふうに聞いています。

○横手委員 なぜそれが起きたのでしょうか。

○岡参考人 1つは少子化が日本よりもさらに進んでいること、また採算性が非常に悪いということが挙げられます。これは韓国の先生と私がいろいろ意見交換をした際に気が付きましたが、日本の厚生労働省は今まで小児科医療に関していろいろと支援をしていたいて、診療報酬などでも、今でも日本でも正直非常に厳しいですけれども、韓国の小児医療報酬はもっと厳しいということがあって、日本の小児病院も赤字ですが、韓国の小児病院の先生はもっと本当に大変な状況だということ意見を交換したときにおっしゃって

いました。その2点ではないかなと思います。

○横手委員 ありがとうございます。

それでは、関沢先生に2点だけ、恐れ入ります。4ページの資料で、分娩施設の集約化ということをごらつかというネガティブな意味合いでおっしゃったように感じたのですが、これは施設が減るがために、やむにやまれず集約化というか、結果的に一部の施設だけが残ったのか、あるいは地域における何らかのリーダーシップが執られて積極的に集約化が行われたのか、この集約化の意味について御解説をお願いしますでしょうか。

○関沢参考人 ありがとうございます。集約化ですけれども、実際にアクティブな形の集約化というのは、なかなかやはり敷居が高くて進んでいないというのが実情ではないかと思えます。結果的に、ある都市に幾つかあった公的な病院といろいろな病院が少しずつ産婦人科から撤退して、残ったのは1個だけになっているというような意味での結果的集約化というのがほとんどではないかなと考えます。

○横手委員 ありがとうございます。

最後の質問です。関沢先生にお願いいたします。大学病院以外のマッチング充足率が高いということをごさいました。この大学病院と大学病院以外の差はどういうところにあるとお考えでしょうか。

○関沢参考人 今回、厚労省のデータを見させていただいて、正直、私自身は都内の大学病院におりますのであまり認識していなかったのですが、地方の大学のマッチ率はすごく悪いんだと、それは一般プログラムを含めてよくないということを知った次第です。そういった流れの中で、どうしても一般プログラムもマッチしないという状況にあるとすれば、産科プログラムもマッチ率が低くなって当然なのではないかなと思います。

特に地方の場合は、地方であっても大学病院以外であるとしっかりマッチしているということで、大学病院以外に行きたいというような希望は地方でかなり強いというのが実情なのかなと思いました。

そういったこともありまして、大学ではなくて、もうちょっと規模が小さくともやる気のあるところがプログラムを設置できるような状況になれば、大学が医師を送らなければいけないような施設がそこで充足されてくるといえることができると、地域の中でもうまく回っていくのかなといった意見も出てきていたということで、学会的にもそういった考え方はすごくあるのではないかなというような話になっております。

○横手委員 地方における大学病院離れというところと理解しました。

ありがとうございます。以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、木戸委員、御発言ください。

○木戸委員 本日の配付資料1の10ページに臨床研修前後の希望診療科及び研修の満足度という資料がありますが、このところで小児科・産科の重点プログラムのほうが、それ以外の修了者よりも、有意ではないにせよ若干満足度が低めなのがちょっと気になるところ

です。いずれのプログラムであっても研修医にとって少しでも満足度が上がるように、よりよい制度設計になるように工夫していくべきで、実際に研修した人から意見や提案を酌み取ってフィードバックする仕組みを検討するべきだと思います。

満足度が少し低めの理由として、例えば、興味がある分野にもっとより踏み込んだ研修を期待していたが、そうでもなかったとか、逆に、初期研修として興味ある分野を中心にするとせよ、振り返ったらもっと幅広く研修したかったなどいろいろな御意見があると思います。実際にこうした重点プログラムの研修を受けた方の感想や意見について、研修医にプログラムの感想をお聞きになったり、それに基づいて何らかの改善に向けて実施されたこと、工夫されたことがあるかどうか、本日参考人としておいでの研修病院の先生にお聞きしたいのと、あとは産婦人科で本日プログラム責任者へのアンケート調査結果を御紹介いただきましたけれども、研修医に対して調べた調査結果があるかどうか。産婦人科と小児科のそれぞれの先生にお伺いしたいです。

質問は以上です。

○国土部会長 どなたからお答えいただけますでしょうか。

○小垣参考人 御質問ありがとうございます。大阪急性期・総合医療センターの小垣と申します。

実際に受けた研修医、特に卒業の前にいろいろと場を設けて話を聞くことがあるのですが、実際に聞いてかなえてあげられるような要望に関しては、かなえる工夫をしています。例えば、中枢ルート、静脈路確保において末梢ではなくて中枢路の確保の手技をもっとやりたかったというのがありまして、その次の年からは、実際に患者に行うことはちょっとハードルが高いですけれども、人形を用いた、シミュレーターを用いてそういうことをやるということで、結構人気が出るというふうな取り入れた部分もあります。

ただ、一方で、自分の研修をやっている間にもう少し3次救急をやりたかった。でも、これはなかなか自施設で小児の3次救急がそれほどたくさん来るわけではありませんので、そこはやはり施設として、これは難しいねという話をして、そういった希望があれば、次の段階でそういうところをやるのが大事だよというふうに説明をしています。実際的なところはそういったところがございます。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、順天堂大学の中尾先生、何かございますでしょうか。

○中尾参考人 我々の施設は、恐らく典型的な地方の、しかも大学病院の一番人気のないパターンのところだと思います。周産期プログラムを取る学生さんはほとんどいらっしゃらないのですけれども、先ほどもちょっと申し上げましたが、自由度の高いプログラムにしておりますので、自分で勝手に小児科・産婦人科をどんどん増やして、基本コースでありながら産婦人科専門コースを自分で勝手につくれるというようなところもございますので、後々少しまだ、9割方進路は決まっているんだけれどもなと揺れているような方の場

合には、基本コースに入ってくるというパターンが結構、ここ数年を除いては、これまでは非常に多かったというようなことになると思います。

我々のほうとしても、ほぼ進路が決まっているのであれば、ちょっと特色を持たせて、周産期プログラムですと静岡県ですと県立のこども病院とか非常にいい病院がありますので、そういうところにも研修に、そのコースだけ行けるようにしたりして、何とかそちらのほうにも誘導するにはしたのですけれども、それをもってしても、やはり基本プログラムが空いているのであれば、そちらに入って産婦人科とか小児科を重点的に自分で組んでしまえばよくて、それ以外に、老人であったり普通の一般の3次救急、ドクターヘリ、そんなものもやってみたいというような希望も非常に多くて、なかなか人が集まらない状況にあります。

ですので、うちの場合には、小児科、産婦人科希望の子も毎年1人、2人ぐらい、ぼつりぼつりとして、決してコースがあるなしで人数とか将来進む研修医の数に変化するということは、人気病院であるとか都市部の病院の先生方が持っておられる印象とは大分異なります。ですので、設置に関しては肯定的な意見が非常に多いのですけれども、地方のほうの、田舎のほうのなかなか研修医を集めるのが大変な病院にいる者からすると、必ずしもなくても、基本プログラムの自由度を高くすれば、いかようにでもコースはつくれるというふうな印象は持っております。

あとはちょっと、私は産婦人科ではないので、コースを選んだメリットがどこにあるかが外から見ていてちょっと分からない。例えば、産婦人科・新生児・小児科のコースを取って、その中でも特に何か月以上とかという縛りがあれば、その後の専門に進んだ3年目以降のうち、1年間免除になって、1年早く専門医が取得できるとか、もちろんそういう縛りをつけるのですけれども、そのコースを卒業すると1年早く専門医になれるとかいうメリットがあれば、最初からぶれなく産婦人科、小児科を目指しているような学生さんには非常に魅力的なプログラムに一気に変貌するようなことも考えられると思いますので、その辺もどうかということも考えています。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

大阪の竹村先生、御発言がありますか。

○竹村参考人 研修医の希望に関してですけれども、これは別に産婦人科プログラムに限らないですが、特にローテーション期間の短い方ほど、うちで何をやりたいかという希望を出していただいて、何かテーマを決めてもらうほうが研修効果が上がりますよということはこちらのほうから提示していて、具体的にどういうことをやりたいというお話をしてもらえれば、実際に実現可能かどうかは別にして、しましうと。産婦人科コースの方もそうですけれども、例えば早い時期から生殖医療に興味があるからそういうところをむしろ見たいとかいうようなことであれば、割とそういうのは考えられますし、逆に、先ほどうちの小垣からありましたように、中枢ルートを取るのがやりたいと言われても、なか

かいきなりは難しいし、1か月では難しいということはあると思います。

産婦人科コースに来ていただければ、最低12週間は回っていただくという形にしているので、その中で実際に分娩の見学、分娩に立ち会うというだけではなくて、実際にディシジョンメイキングであったり、手技的に縫合処置をしたりとか、あるいは先ほどお話ししたように帝王切開に主体的に関わっていただいたりとかができますよというのは、こちらからも提示しているというような状態かと思います。

先ほど筑波の先生がおっしゃったように、それは別に産婦人科コースでなくても、もちろん一般コースであっても選択で産婦人科のところを長くして、自らそういうふうの名のり出ていただいたら、それはいかようにでもできるというのは、もちろんそうかとは思いますが。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、瀬尾先生、どうぞ。

○瀬尾参考人 ありがとうございます。もちろんプログラムを終わった人たちには意見を確かめています。1年に1度、アンケート調査とか面接調査をしております。その調査の結果で変えたところの一番大きいところは、最初にプログラムができたときは、それぞれの指導医が、産科だったらこの病院がいい、小児科だったらこの病院がいいというような、指導医が考える最高の病院セットみたいになっていたのですけれども、やはり研修医はもっと違うところで研修したいという希望がありまして、いろいろな研修希望があるので、協力病院を増やしました。そこが一番、指導医の思う最高と研修医の思う最高が違うということをしっかり聞き取り調査で聞き取れたのではないかなと思っております。

○国土部会長 ありがとうございます。

学会代表の方からはございますか。では、岡参考人。

○岡参考人 ありがとうございます。どうしても重点プログラムの先生方というのはまだ小児科の後期研修プログラムに入っていないので、そこで直接学会として意見を聞いたことはあまりないのですけれども、個人的に大学の講座の責任者として、プログラムの責任者として、小児科重点プログラムの修了者に今回意見を聞いてみたのですけれども、先生方の意見としては、ある程度こういうことを勉強したらいいというカリキュラムを提示してもらえるので、自分でああいったような形のカリキュラムを組むことは難しいだろうという意見をもらいました。そういう意味、こちらがプログラム責任者として組むカリキュラムとこの満足度をどういうふうにマッチングさせていくのかということは、本当にこの数値を見ても私は大きな宿題だと思っていて、ここはやはり小児科側としてもこれから努力しなければいけない非常に大きなポイントだということは、私もこの小児科プログラムの点数が低いというのは、今回の会議資料の中で非常にショックだったということは申し上げておいていいかなと思います。

○国土部会長 ありがとうございます。

関沢先生、何かございますでしょうか。

○関沢参考人 産婦人科学会として、プログラムを専攻した研修医に対する調査はやっていないという状況にあります。岡先生の言われたような視点で、やはりプログラム自体を考えていく必要があるのかなと感じました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

ほかに御質問等はございますでしょうか。

私のほうから1つ確認ですけれども、関沢先生が資料18ページでおっしゃった、設置基準を10人以上として希望するところがプログラムを設置できるようにというご意見があったと思います。これは、もう少し小規模なところでも産婦人科を重点的にしたいと希望している病院があるという理解でよろしいでしょうか。

○関沢参考人 地方に行くと、結局20人以上というと大学病院以外はなくなってしまうところが多いということで、ただ、地方の中で周産期を一生懸命やっている病院があつてというようなことはよくあることだと思いますので、そういった病院でやる気のあるところがお手挙げして設置できるようになって、県内でそういったプログラムの定員をうまく融通し合うことができれば、そういったところでのマッチ率はずっと高まるのかなと。大学病院以外のほうが人気があるという現実を考えると、すごくうまく流れるのではないかなというのが意見です。

○国土部会長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。大変活発な御討議をありがとうございました。

それでは、時間も大分過ぎてきましたので委員間の議論に移りたいと思います。参考人として本日御協力いただきました皆様には、大変お忙しい中、お時間をいただき、貴重なお話を聞かせていただきました。本当にありがとうございます。いただいた御意見などについて、今後の議論に大いに活用させていただきたいと思います。

それでは、参考人の皆様におかれましては御退室をお願いいたします。ありがとうございました。

(参考人退出)

○国土部会長 大変お疲れさまです。続きまして、引き続いて委員の間での議論を行いたいと思います。今日は委員だけによるコンフィデンシャルな議論はそれほど必要ないのかもしれないのですが意見交換をお願いしたいと思います。私の感想としては、どちらも存続を希望するという御意思が多いと感じました。ネガティブな意見もあるのかもしれないと思いますが、ここで率直な御意見を賜りたいと思います。

それでは、挙手の順番で、森委員からよろしく願いいたします。

○森委員 ありがとうございます。大事なことは、今回必修になったということが1つあって、それから、基本的なプログラムでも選択できる自由度もある。もう一つ大事なのは、この研修そのものが幅広いジェネラルな医者を育成することが目的だということですね。この3つのことを考えると、この重点プログラムが本当に必要なのかというのは非常に疑

間がつくところですが、本日のヒアリングを聞いていると、全くネガティブな意見はないので、そうなってくるとなかなかこれは判断が難しいなと思って聞いていました。

ただ、少し事実確認をしなければいけないのですが、例えば必修になったということに対して、学会の先生のほうから、必修は小児科を目指す人を増やすためではなくて、小児科を勉強してもらうためのものであると。そのとおりののですが、必修化になる際に議論をした際には、その当時は小児科が減っているので必修に戻してほしいというところが前面に出ていました。ですから、やはりそういった使い分けはあまりしないほうが私はよろしいかなと思いました。

あとは、高度な研修ができるというのをメリットに掲げておられる先生もいらっしゃったのですが、やはり高度な研修は専門研修が行うべきだというふうに色分けされているはずですので、その辺りも幅広いジェネラルなお医者さんを育成するということにはちょっと合わないのかなと思いました。

ただ、小児科医が非常に少ないということであれば、この問題をまた別の時点で議論して続けるというのはあると思いましたが、研修そのものとしてはあまりポジティブな感じを私は持っておりません。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、宮地委員、どうぞ、御発言ください。

○宮地委員 ありがとうございます。私も小児科・産科プログラムの存続に関して賛成です。理由は、小児科・産科は、卒前教育の臨床実習が今後、診療参加型へとシフトしていく上で比較的障壁がある科、すなわち医学生が医療者の一員として担うことができる役割や医行為が、科の特性上どうしても制限されがちな診療領域であるためです。臨床実習がまだそれほど真に参加型にならない状況においては、卒後臨床研修の期間は研修医にとって、その科の特性を理解し、そのコミュニティーの一員として受け入れられて働くとはどういうことかということを経験して肌で感じながら、将来その科の医師としてやっていけそうかどうかという自らの適性を測る重要な期間になっています。そして、それはまとまった期間、かつ、より真正性が高い、すなわち小児科医なら小児科医、産科医なら産科医としての現実を自分が医師として生きてみるができる学習経験が必要です。

私自身は必修化された新医師臨床研修制度の下で研修医として過ごした者の1人なのですけれども、科ごとに全く文化が違う、ルールが違うローテーション研修の中で、必修の4週間では、ようやくその科の雰囲気や生活に慣れるのが精いっぱいです。これが今行われている卒前での診療参加型臨床実習の充実の議論と同時並行での本件の意義の一つだと思います。

問題点に対する解決策として、本日のヒアリングでも話題に上がりましたように、マッチング率の算出方法やその公表の工夫であったり、募集定員20名以上という人数制限を下げるといった設置基準の変更には賛同いたします。

また、小児科・産科プログラムの実効性として、このプログラムを選択した研修医が実際にどの程度小児科医、産科医になったかという割合を用いることは適当だと思いますけれども、ほかの科を目指す医師と同じように、患者さんや指導医との出会いやライフサイクルの変化など、予期せぬきっかけに応じて将来の専門科を決める機会を奪わないという理由から、重点プログラムを選んだなら小児科医や産科医にならなければならないという強制にすべきではないと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

挙手が多いので順番にいきたいと思います。岡村先生、よろしくお願ひします。

○岡村委員 今日の3病院と2つの学会の意見を聞いてみて、やはりこの重点プログラムというのは、何らかの形で存続していったほうがいいと思います。

1つのネックになっているのは、アンマッチの場合に次年度以降に計算されてしまうところが一番皆さん気にされているようなので、これは何とか改善したほうがいいと思うのが1点です。

もう一つは、今日要望があった、研修医の募集枠が20人以下の病院でも立候補できないかという、それに関しても何か審査をするなりして、15人あるいは10人ぐらいまで引き下げを検討したらよいと思いました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

続きまして、釜薙委員、御発言ください。

○釜薙委員 ありがとうございます。やはり全国的に見て、小児科あるいは産婦人科の医師を積極的に養成していくということは国民全体にとって非常に重要なことであり、私はこの重点プログラムを継続するのが適切だと考えます。

一方、今日の議論に入ります前には、マッチングが非常にどうしても低いとか、あるいはそのプログラムを選んだ人が別の動機で他の診療科に行ってしまうということに対してネガティブに捉える思いもあったのですけれども、しかし、今日のヒアリングを伺った結果、やはりそれぞれの重点プログラムをいかにしっかりよい魅力の高いものにするかという努力を重ねることによって改善していこうという今日のお話は非常に大事だなと感じました。

先ほど岡村先生も指摘なさいましたけれども、この重点プログラムのマッチングが低いことが病院としてのマッチングの評価を下げってしまうということは、そうならないようにする手当てが私も必要だろうなと感じます。それを手当てした上で、ぜひこの重点プログラムをさらによいものにしていくということが目指されるべき方向ではないかと思います。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、木戸委員、御発言ください。

○木戸委員 診療科偏在の問題は、外科とか救急などほかでももちろんありますが、産科と小児科の医師養成の問題は、少子化で診療の対象自体が今後どんどん減ってくることが予想されています。そうした点において、また次元の異なる問題を抱えております。ですから、やはり別枠として慎重に検討すべきと思います。

どう担い手を確保するかですけれども、奨学金などを活用して人を増やそうとしている地域も実際にありますが、なかなか一時的な経済的インセンティブではもはや人材確保は難しいと思います。それよりも、興味をせっかく持ってくれる研修医にその興味をより深め、育てるようなプログラムを提供して、夢を持って安心してキャリアを積んでいけるようにサポートすることが一番重要かと思います。

例えば、地方でお産が減って子供が少なくなってしまうと、そこではなかなかお産とか小児救急の経験が少なくなってしまうますが、そういった場合に国内外に留学できるような体制として、興味を深めて、実際に地方大学で既にそういったことに取り組んでいるところもあります。ぜひそうした好事例を集めて、共有して、横展開をして、全体のプログラム内容の底上げを図るということも考えていくべきだと思います。

私からは以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

続きまして、横手委員、御発言ください。

○横手委員 ありがとうございます。千葉大学の横手でございます。

ある診療科をまず志望していて、それが研修の途中で変わるというのはどこでも同じことだと思いますから、このプログラムがあることで、小児科、産婦人科の研修が深まり、そして、その人数がないよりは増えるということは間違いないのではないかと思います、プログラムの存続には賛成でございます。

以下、少々お時間を頂戴しますが、本日、私が感じた個人的な感想を追加させていただきます。

やはり少子化対策はこれから極めて重要であり、また、小児科、産婦人科というのは非常にやりがいのある、社会的貢献度も高い魅力のある分野だと思います。それがどうしても減ってくるというのは、それを上回る何か不安あるいは障壁があるからだと感じます。その中で、小児科、産婦人科ともに対象人口に対する医師数が増加傾向にあるというデータを拝見して大変驚きました。とすると、やはりその配分/配置が問題なのではないかという感じます。できるだけ当直を少なくしたり、無理なく働けるような環境を整備しなければ、幾らマッチングの枠を確保したり工夫しても、根本的な解決にならないのではないかと。そういう意味では、地域によってポジティブな意味での医療機関の集約化、地域医療構想と医師の偏在化対策が必要と感じます。それは協力病院を含めたものかもしれませんし、交通インフラを整備して、どこからでも病院にアクセスできる、あるいは遠隔医療などICTも用いて地域の診療所と連携できるような、そういう工夫も併用した集約化が必要ではないでしょうか。

あとは少子化対策の根本的な対応として、各家庭に手当てをまくというようなことも大事かもしれませんが、やはり最低限の小児・産婦人科医療は各地域でしっかりと病院が継続できるような形で、診療報酬も含めた支援をしっかりとさせていただくということが、今日は厚生労働省の医政局の皆様もお集まりでいらっしゃると思いますので、本日の議論とは別に根本的に必要なのではないかと感じまして、一言コメントさせていただきます。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、新潟県から御参加の和田さん、よろしく願いいたします。

○和田様 よろしく願いいたします。新潟県、花角知事に代わりまして発言させていただきます。

本日の議論におきましては、地方の状況ということを皆さん方、御考慮いただきましたけれども、実際に地方でどういったことが起きているか、新潟県の実情でお伝えしますと、産婦人科医の先生方の確保が難しくなり、臨床研修病院から産婦人科医がいなくなり、それで分娩休止になる施設が既にもう出始めておりますし、小児におきましても、小児科医の不足から、近々もう小児科を引き揚げざるを得ないという施設が出てくる。

市町村におきましては、小児医療そのものもそうなのですが、学校健診や母子保健、そういったものにも非常に支障が出始めるということが実際に起き始めて、深刻な問題となっております。

産科・小児科重点プログラムということを御検討いただいた中に、日本全国で産科医、小児科医の数を増やすということがまず大きな課題としてあったと思っておりますが、その課題に関しましては、この重点プログラムを修了した方たち、そのうちの少なくとも3分の2以上が産婦人科、小児科に進んでいるというその事実、それから、もともとそちらを希望されていた方の8割は産婦人科、小児科になっているという数字そのものは、非常にこのプログラムに効果があるというふうに考えてよろしいのではないかなと思っております。

ただ、今回、課題としまして充足率や満足度ということも問題として挙げてきたかと思っておりますけれども、このデータを取られたのは令和4年のデータだったかと思うのですが、御存じのようにCOVID-19の流行下でございます。その場合、小児の入院の数、これは産婦人科のほうもそうかと思っておりますけれども、非常に入院数が少なくなってしまった年でございます。そうやってきますと、小児科の重点プログラムに入ったからといって、当初考えていたような入院数が確保できなくて、十分な研修ができなかったというバイアスもこの満足度の数字には表れている可能性もあるかと思っておりますので、引き続き、この点に関しては経過を見ていかないと、慎重に判断していかないといけないかとも考えております。

あと、多くの肯定的な御意見がありました。やはり多くの産婦人科、小児科の先生方がこのプログラムで養成されているということは間違いありません。ただし、地域のマッチングに関しましては、特に東北地方、これは新潟県も実はマッチングに大変苦勞している県であります。産婦人科や小児科に関しましても医師少数県になっている県でありますけ

れども、このプログラムの内容に関しまして、各施設にお任せしてしまっていたというのが実際のところかと思えます。ですので、これは学会も挙げて、こういったプログラムが研修医にとって望ましいのか、より今後、小児科・産婦人科医として伸びていくためにこういったプログラムがいいのか。自由度もそうなのですけれども、現在、より工夫したプログラムの改善ということを引き続き検討すべき時期なのだろうと思っております。

あと、やはり広報に関しましてもまだ不十分ではないかと実は思っておりますので、こういったプログラムがあるということをしっかり広報していく、それも今後の課題として挙げさせていただければと思います。引き続きよろしく願いいたします。

以上でございます。

○国土部会長 ありがとうございます。

続きまして、伊野委員、御発言ください。

○伊野委員 ありがとうございます。私も、プログラムとして多様性があることはいいと思いますし、非常に魅力的な小児科のプログラムがあったり、それから、産婦人科のよりモチベーションを上げるプログラムがあることはいいのですが、一律義務化というところで、やはり地方の、特に5都府県以外のところのマッチング率を見ていると、これでもいいのかと思います。

それから、将来どの科に行こうとも、基本的臨床能力を身につけるといのが本来の臨床研修プログラムの趣旨で、それで基本の診療科を入れたわけです。そうすると確かに私の大学でも、産科プログラム、小児科プログラムも行きたいけれども、より自由度のある一般プログラムに入ってから決めたいという研修医さんたちも多いのです。ですから、先程おっしゃられたように差別化するのが本当にいいのかと、今日は考えながらお聞きしておりました。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

続きまして、谷口委員、御発言ください。

○谷口委員 ありがとうございます。今日は知らないことをたくさん聞けて、非常に勉強になったと感じております。その中で、小児科と産婦人科の重点プログラムに関しては実際のプログラムをお聞きして、すごく魅力的なプログラムをつくられていて、恵まれた研修環境だと思いました。

ただ、内容を見てみますと、もともと産婦人科あるいは小児科に進もうと思っていた人が選択をして、より充実した研修を送れる、あるいはより早く成長を促すとか、そういった意味合いが強いのではないかと感じました。この重点プログラムをつくるきっかけが、医師不足の診療科に対する医師確保に資するというのを考えると、むしろ一般プログラムの中の産婦人科あるいは小児科の内容を充実させて、そこでより広い人たちを産婦人科あるいは小児科に誘導するような取組が必要なのではないかと感じてしまいました。

確かに最初の事務局からのデータを見ますと、ここ5年ぐらいで随分と産婦人科医、小

児科医が増えてきているということですが、では、これが本当に重点プログラムのおかげかどうかというところについては、しっかりと検討する必要があるのではないのでしょうか。むしろそういった診療科の医師が少なくなってきたということに対して、産科婦人科学会なり、小児科学会なり、それぞれがいろいろな努力をした影響も大きいのではないかと考えているものですから、私はどちらかというところ、重点プログラムとして必須化をし続ける意味が本当にあるのかなと感じた次第です。

以上です。

○国土部会長 ありがとうございます。

それでは、時間も来ましたので、最後に清水委員、御発言ください。

○清水委員 ありがとうございます。清水でございます。

私はどちらかというところ、反対派です。今日厚労省から提示された資料1の11ページとか12ページを拝見いたしますと、小児科、産婦人科医師が増えているのは確かですし、平成22年から特化したプログラムが始まっていると思いますが、それより以前から上昇傾向はずっと続いているわけですね。今どなたかがおっしゃったように、臨床研修が始まった当初、小児科、産婦人科の数が少ないということが問題で、さらにそれから5～6年後、臨床研修制度のために小児科、産婦人科が減ったということが取り上げられて、制度改定時に小児・産婦が必修化ではなくなったので、その代わりとして特化プログラムができたと認識しております。その意味では、特化プログラムの役割は十分にはたされたと考えられます。

それから、基本分野の中の外科などは2020年の三師調査を拝見しても全く増えていないのです。そうすると、少ないパイをどうやって分け合うのか。もし小児・産婦のプログラムが許されるのであれば、外科の特別プログラムもつくってほしいという声があっても当然になってしまうので公平性についても問題になるかと思えます。せっかく必修にしたのですから、内科、外科とともに小児・産婦人科、精神科、それぞれがそのプログラムの中でいかにして自分の診療科の魅力を提示するのかをお考えいただければよいのではないかと思います。

ただし、先ほど伊野先生もおっしゃいましたけれども、2年間の臨床研修は、将来どの分野に行くとしても、基本的な診療能力を身に付けた医者を育てることが理念でございますので、例えば小児とか産婦人科の専攻医になってからでよいことを臨床研修の間にやることを目標にするというのは、ふさわしくないと思えます。

それから、マッチングにおいて地方で定員がうまらないうことに関しては、定員を一般のプログラムに振り分けることができますから、2020年から増えた選択期間で自由に希望診療科を選択するなどすれば、かえって自由度が増していいのではないかなと。特にマッチング率の低い地方の都道府県においては、プログラムがゼロの定員を保持するよりは、一般プログラムに定員を振り分けるほうが効率的ではないのかなと思う次第です。

以上でございます。

○国土部会長 清水委員、ありがとうございます。私は外科なので、ちょっと外科重点

プログラムの事を考えながら聞いていたのですけれども、産婦人科と小児科の人口比辺りの医師数が増えているのは、少子化の影響もあるかもしれませんが、それぞれの学会が努力された結果でもあるとも思っていますので、減少が続く外科関係者としてはそういう意味では忸怩たるものがあります。ありがとうございました。

時間がもう大分過ぎてしまって大変申し訳ありません。今日はこの案件について結論を出す必要はないと聞いておりますので、参考人の方々からの非常に貴重な情報と、委員の皆様からの貴重な御意見を伺ったということになると思います。

全体の印象としては、清水先生のような慎重意見もありますが、全体としては存続にポジティブな御意見が多かったように思います。一方で、マッチ率の計算とか、基準の拡大とか、幾つか要望もありましたので、そちらについてもまた厚労省に必要な対応を検討いただきたいと思います。

それでは、今後の予定について、事務局から御説明をよろしく申し上げます。

○出雲臨床研修指導官 本日いただいた御意見を整理し、必要な対応を行ってまいります。また、次回の部会開催日程については改めて調整させていただきます。

○国土部会長 それでは、本日は長時間にわたり御審議いただきまして、大変ありがとうございました。少し時間が超過して申し訳ありません。

それでは、これで本日の医師臨床研修部会を終了いたします。ありがとうございました。