

○寺村室長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和5年度第3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。

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、参考人に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、大井川臨時委員の代理として茨城県保健医療部次長兼医療局長の砂押参考人。

また、オブザーバーとして厚生労働省医政局総務課から井上課長補佐、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。

審議官の宮本でございます。

○宮本審議官 宮本でございます。よろしくお願いいたします。

○寺村室長補佐 医事課長の林でございます。

○林医事課長 林です。よろしくお願いいたします。

○寺村室長補佐 また、医政局長に着任いたしました浅沼につきましては、公務のため遅れての出席の予定です。

それでは、撮影につい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、御留意ください。

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、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。会場出席の皆様につきましては、お手元に配付させていただいております議事次第と資料1から2、参考資料1から6の御確認をお願いいたします。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、会場出席の先生方におかれましては、御発言の際、マイク持ち手部分のスイッチをオンにいただき、発言の場合以外はオフにさせていただきますようお願いいたします。

また、本日、オンラインで御参加の委員の先生方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、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。その際はPCの音声はミュートにさせていただくようお願いいたします。

ただいま宮城委員がオンラインで入室されましたので、御報告をさせていただきます。

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、よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 皆様、こんにちは。お忙しい中、御参集いただきまして、どうもありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思います。

本日の議題は、議題1が「令和6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」でございまして、議題2が「シーリングに関する研究について」、これは報告事項となります。

以上の2つでございます。

まず初めに、事務局から議題1について、資料1「令和6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」について御説明いただきたいと思っております。事務局、よろしくお願いいたします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

それでは、資料1「令和6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」をお手元に御用意いただければと思います。

まず、1ページおめくりいただきまして3ページでございますけれども、こちらに前回の6月22日、専門研修部会で専門医機構より御提出いただきました「2024年度専攻医募集におけるシーリング（案）の基本的な考え方」を改めて載せさせていただいております。

こちらは今年度のシーリング、専攻医募集と同様の考え方ございまして、一番上に書いてございますように、足下医師充足率が低い都道府県のうち、医師少数区域等にある施設を1年以上連携先とする特別地域連携プログラムを通常募集プログラム等のシーリングの枠外として別途設けるということを機構より御提案いただいております。

具体的に特別地域連携プログラムとはというものを一番上に記載しておりますけれども、連携先として、原則、足下充足率が0.7以下の都道府県のうち、医師少数区域にある施設、あるいは年通算の時間外・休日労働時間が1,860時間を超える医師等が所属する施設であって、採用数としては原則都道府県限定分と同数、そして、連携先での研修期間としては1年以上とするという案を御提案いただきました。

こちらに対しまして前回の部会及び都道府県から御意見を頂いておりますので、そちらを御紹介できればと思います。

1ページおめくりいただきまして、5ページになります。

幾つか御紹介させていただきますと、まず、部会での御意見でございますけれども、特別連携プログラム等の連携先の調整につきましては、ミニ一極集中することがないように連携先を配慮すべきだとか、特別地域連携プログラム等の連携先については、地域医療対策協議会も協力して調整すべきではないか、あるいは都道府県同士で調整を行う方法もあ

るのではないかとといった御意見を頂いております。

また、特別連携プログラム等の運用については、1つ目の○に書いてありますように、採用実績をもう少し増やせるような方策を考えるべきだとか、連携先施設には単年で専攻医が途切れることなく継続的に研修に来るように調整すべき、また、プログラムの募集・選考に際し、平等性を担保した採用を行うべきというような御意見を頂いております。

また、その他特別連携プログラム等に関する御意見といたしまして、特別地域連携プログラム等の効果について、シーリングの枠外に設置されている影響も含めて検証すべきというような御意見も頂いております。

都道府県からの御意見も御紹介させていただければと思います。

まず、特別連携プログラム等の調整・運用について記載されておりますけれども、事前に連携先を明確に設定し、連携先での研修を確実に履行する仕組みとすること、また、特別地域連携プログラムの連携期間は1年では短く、1年半とするなど、医師の偏在を是正できるような仕組みとすること、また、シーリングの枠内で実施すべきというような御意見を頂いております。

こういった御意見を踏まえまして、6ページになりますけれども、2024年度のシーリング案についての厚生労働大臣意見の方向性（案）を記載させていただいております。

まず、1ポツ目でございますけれども、特別地域連携プログラムについて、日本専門医機構及び対象の基本領域学会は都道府県と協力し、医師少数区域の一覧や地域医療確保暫定特例水準を予定している施設一覧等を活用し、連携施設の候補一覧を作成・公表する等、研修プログラム基幹施設が特別地域連携プログラムの連携先を検討・設定しやすいように配慮すること。

また、特別地域連携プログラムにおいては、連携施設での医療提供体制の確保の観点から、必要に応じて日本専門医機構及び対象の基本領域学会が研修プログラム基幹施設及び連携施設と調整し、当該施設で毎年、専攻医が途切れることなく研修できるよう配慮すること。

そして、日本専門医機構及び対象の基本領域学会は、特別地域連携プログラムの認定された連携先施設において1年以上の研修が実際に行われているか、定期的に確認を行い、適切に特別地域連携プログラムを運用すること。こういった意見の方向性（案）を作成させていただいております。

続きまして、子育て支援について、こちらは本日の参考資料4にも載せさせていただいておりますけれども、前回の専門研修部会におきまして、子育て支援加算の条件について日本専門医機構から御説明があり、御議論いただいております、当議論での委員からの御意見及び都道府県からの御意見について、御紹介させていただければと思います。

8ページになりますが、まず、子育て支援のシーリングとの関連についてということですが、こちらは幾つか懸念点として御意見を頂いております。

子育て支援に対するインセンティブをシーリングに反映させるのは困難ではないかとい

った御意見や、シーリングは都道府県単位であるけれども、子育て支援加算についてはプログラムごとに加算するという案は平等性に欠けるのではないか、あるいはプログラム単位、基幹施設単位での枠数の加算を行うと、必要な指導医の数を上回る数の専攻医が採用されるおそれがあるので、そのような懸念も含めて検討すべきではないかといった御懸念点を頂いております。

また、加算という手法ではなくて、子育て支援を行っていない場合にシーリング数を厳しくするという考えもあるのではないかというような御意見も頂いております。

子育て支援の評価等についてですけれども、病児保育については、重点的に評価してよいのではないかといった御意見や、産休・育休等の際の残ったスタッフへの支援の充実についても検討すべき、あるいは子育て支援の評価に当たっては、医師不足地域や規模の小さい病院はなかなか難しい点もあるので、そういった病院が不利にならないようにするのがよいのではないか、あるいは子育てからではなくて、妊娠中からの支援も必要ではないかといった御意見を頂いております。

都道府県からも同様の御意見を頂いております。例えば、一番上に書いてございますけれども、シーリングの枠外での設定が想定されており、これは地域偏在を助長する懸念があるため十分に議論・検討することだとか、シーリングの枠内で実施すること、あるいは子育て支援に配慮した勤務環境の整備は医師偏在対策のシーリングと結びつけるものではないのではないかといった御意見、あるいは医師多数県に有利に働く制度であり反対だとか、都市部の医療機関に対しては、子育て支援の条件を満たさなければプログラムを認定しないなどの措置を設ける必要があるのではないかといった御意見を頂いております。

子育て支援の評価等についても、子育て世代の勤務が現状少ない医療機関でも、子育て世代の医師が働きやすくなる環境整備を行うことが重要であるというような御意見を頂いております。

こういった御意見を踏まえまして、事務局のほうで要請の方向性（案）を作成しております。9ページを御覧いただければと思いますけれども、まず、子育て支援につきまして全般的に記載いたしております。

子育て支援については、シーリングの対象となる医療機関以外にも、原則全ての医療機関が検討すべきことであることから、各研修施設の基本的な施設要件とすること等、シーリング以外の評価手法も含めて適切に検討すること。その際、病院の規模や地域によって、子育て支援サービスの提供のしやすさや方法が異なることから、その評価にあたっては、医師不足地域や規模の小さい病院が不利にならないよう配慮すること。

そして、子育て支援の対象者については、子育て中の医師だけでなく、妊娠中の医師や子育てを支える医師等も対象として検討すること。その際、例えば、休暇や時短勤務を行う場合には、周りの医師の理解やサポートができる体制構築の方法についても併せて検討することと記載しております。

また、シーリングに関連した検討についても、最後に記載しております。シーリングに

関連して子育て支援を検討する場合には、例えば、シーリング対象都道府県における各施設間での子育て支援の評価に応じた枠数の移動等、既存のシーリングの枠内での調整とし、地域偏在を助長しない方法で検討することを要請の方向性（案）として考えております。

事務局からの御説明は以上になります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいま事務局から原案の説明がございましたが、これについて御意見、御質問等を受けたいと思いますが、いかがでございましょう。

山口委員、牧野委員の順番でお願いします。

○山口委員 ありがとうございます。山口でございます。

特別地域連携プログラムの意見の方向性については、賛成でございます。

子育て支援についてですが、やはり私は、ここにも書いてあるように、子育て中の医師だけではなくて、妊娠中の医師、あるいは子育てを支える医師等も含めてですけれども、こういったことについての対策をとるということは、初期研修専攻医がいるような研修施設では当たり前のことだと思えます。ですから、これをしていなければ研修施設にはいけないぐらいのことだと思えますので、これとシーリングを結びつけて考えるということとは少し違うのではないかなと思っておりますので、当然のこととして対策すべきだという方向性で進めていただきたいと思いますと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、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。

まず、最初のほうの項目なのですが、足下充足率、特別地域連携プログラムのところですが、3ページになります。

まず、これは質問なのですが、米印の3番目、年通算の時間外・休日労働が1,860時間を超える医師が所属する施設とか、そういったところに限るということで、働いているときにはかなり劣悪な環境と言えるようなところだとは思うのですが、ただ、来年2024年からは1,860時間を超えることはまかりならんという状況になっている。各施設が一生懸命取り組んで、少なくともそれは超えないようにというところまで結構来ているのかなと私自身は認識しているのですが、現時点でこれに該当する施設が全国でどの程度あるのかというのが把握できているのであれば、教えていただきたいというのが質問です。

あと、今回の6ページの意見の方向性の案に関しては、私も賛成いたします。

次に、7ページからの子育て支援に関してなのですが、これも山口委員と全く意見が一緒で、これは別にシーリングに絡めて取り組むべき問題ではなくて、どこの施設でも取り組まなくてはならない問題ということですので、シーリングとはかけ離して取り組んでいくという方向性を出すべきだと思います。

以上です。

○遠藤部会長 では、事務局、1,860時間を超えそうな医療機関というのは把握できておりますか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 御質問いただき、ありがとうございます。

先生がおっしゃるとおり、医師の働き方改革の法律が来年4月に施行されることとなっておりまして、以降は休日・時間外の労働時間が1,860時間を超えるような勤務はできないという上限の規制が設定されることとなっております。

ただ、一方、現時点、法施行される前の段階におきましては、各都道府県にそういった医療機関・施設はまだ現存しておりまして、そういった医療機関につきましては、各都道府県に対して、現状でそういった施設がないかどうか、また、現状の休日・時間外の労働時間がどうなっているのかということは実際に調査いただいております。

現状は一定数いる状況ではございますけれども、来年度に向けては、そういった医療機関というのは、その時間数は1,860時間以内に収まっていくようになっております。

今回の特別地域連携プログラムにつきましては、現状、1,860時間を超えている、あるいは超えるおそれがある医療機関に対して、実際に勤務環境改善等を行いながら、専門研修の先生方に研修していただいて、それが一定程度は勤務が苛酷な状況にある先生方の一助になっているところがあるのかなと考えておりますけれども、現状といたしましては、全国で一定数あると認識しております。

○遠藤部会長 牧野委員、いかがでしょうか。

○牧野委員 分かりました。

現在調査中ということですので、これから実施される際には、そういった医療機関がどこにどういった施設があるのかということ公表するということをしていただかないと、どこを手をつなぐというときに、相手が見つからないと手をつなげませんので、その辺の配慮もお願いしたいと思います。

○遠藤部会長 働き方改革の座長なので、私から一言。

たしか調査はされていますよね。令和4年8月から9月にかけて都道府県とか大学病院を対象に調査はしていて、その中で、令和6年4月以降も1,860時間相当を超える見込みの人というのを一応聞いてはいて、公開されていますから、その数字を言ってもいいですか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 そうですね。第3回までは医療部会においても公表しております。

○遠藤部会長 公表されていますよね。御参考までに調査結果を申し上げますと、大学病院以外が237人、大学病院が69人が1,860時間を超えそうということです。必ずしも多くはないということです。よろしいですか。

では、立谷委員、関連でお願いいたします。

○立谷委員 私は子育て支援並びに働き方改革というのは別の次元で議論すべきことだと思うのです。これをシーリングに結びつけるのはちょっと無理があると思います。

今日は厚生労働省の医事課長さんがおいでですから、突然振って申し訳ないですが、働

き方改革とか、あるいは子育て支援が不十分な医療施設については、私はもう点数で評価するぐらいの方向性だと思うのです。これをシーリングと結びつけて議論するのはちょっと無理があるのではないかと思うので、医事課長の林さんに頑張っていたいただいたほうがよいのではないかと思いますので、ちょっと申し上げさせてもらいました。

○遠藤部会長 医事課長、何かコメントはありますか。

○林医事課長 御意見ありがとうございます。シーリングと子育て支援の関係については、まさに今日この場で御議論いただくテーマでございますので、御意見を踏まえて、また、日本専門医機構とも相談して対応していくことになると思います。それ以外にも国の政策、診療報酬も含めて様々な措置・支援が必要ではないかという御指摘だと思いますので、そうしたことも受け止めながら引き続き勉強してまいりたいと思います。

○遠藤部会長 よろしくお願ひします。

それでは、オンラインに移りたいと思います。オンラインでは、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。

基本的な部分に関しては賛成であります。ただ、意見としましては、例えば、5ページのところに「地域連携プログラムの連携期間は1年では短く、1年半とする」という要望等が出ているのですが、都道府県からの意見も非常によく分かるのですけれども、3年間の研修で、特別地域連携プログラムのように、医師が少ない、指導医が少ないところで1年半というのは、私は個人的にはしんどいのではないかなと。そこはかなり慎重に議論していかないと、実際に行った先生が、ほとんど指導医がいない中で1年半研修するというのは少し無理があるのではないかなという気がします。

それから、初期に行った場合は、まだほとんど研修できていない先生をぼんと送り込むというのちょっと無理がある部分だと思いますので、その辺の考慮はするべきだと考えました。

それから、6ページ目の意見の中で出ている部分ですが、これも都道府県がおっしゃるのはよく分かるのですけれども、足下充足率が変わってくることによって特別地域連携プログラムで行くところが変わってくるということがあるので、その辺の整合性とか、継続性という部分をどう考えるのか。確かに都道府県がおっしゃるとおり、研修が始まってまだ間のない方が、足下充足率が上がったから来年からは行きませんよということが発生した場合に、どのように対応していくのかということ少し考えておかなければいけないのではないかなと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 なるほど。ありがとうございます。

意見の方向性（案）についても、継続性については、実態が変わった場合への対応のようなものももう少し反映するべきではないかという御意見ですよね。ありがとうございました。

それでは、日本医師会の江澤委員、お願いいたします。

○江澤委員 ありがとうございます。それでは、資料に沿って意見を述べさせていただきます。

まず、6 ページの方向性ですが、おおむねこの方向でよろしいかと思いますが、特別地域連携プログラムにおきましても、ちゃんと専攻医が充実した研さんができるということが大前提でありますので、まず、この意見の方向性について、初年度はたしか60名の医師がここにエントリーしていると思いますけれども、当事者である専攻医へやっと2年目になるというこの時期にヒアリングをしても、まだ経験の浅い段階ではありますが、取りあえず当事者である専攻医へのヒアリングを行って、主役はやはり専攻医でございますので、そういったことを含めて何が最適な方策かというのは考えていく必要があろうかと思っておりますので、そういった部分を含めて、本当に充実した内容の研さんが行われているのかも含めて、新しい仕組みでございますから、いろいろなそういったことを知りながら検討していくということは重要ではないかと思っております。

続きまして、9 ページですが、こちらは以前も申し上げましたし、これまでの意見にも複数ございましたけれども、子育て支援というのは、当然、全ての医療機関が労務管理上対応すべきものでありますし、働き方改革の視点も含めて、こういった労務管理上の対応はさらにしっかりと行っていくべきだと思いますから、下の【シーリングに関連した検討について】に記載がございますが、シーリングと結びつけるのは本論ではないということで、これは前回もそういった意見が多かったと記憶しています。

そして、その上で、全ての医療機関において、子育て支援でも充実した研さんができるということを担保していくことが重要ではないかと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、片岡委員、お待たせいたしました。よろしく申し上げます。

○片岡委員 ありがとうございます。聞こえておりますでしょうか。

○遠藤部会長 聞こえております。

○片岡委員 ありがとうございます。

まず、6 ページに関しましては、やはり特別地域連携プログラムを組みやすくする。そして、真に専攻医の先生にとって教育的にも充実した内容にしていく。その方策を模索していくということは非常に重要だと思います。

例えば、地域枠に関して、地域枠の学生がどの医療機関に派遣されていくのかということに関しても、学生は情報が少ないと非常に不安感を持ちますし、そのために各県は非常な努力をして、例えば、いかに地域として地域枠の卒業生を迎える準備ができているのか、指導体制はどのようになっていくかということ、キャリア支援プログラムも含めまして、情報開示、情報提供を非常に綿密にされているし、また、工夫もされていると思います。

それに倣ったような形というのもいいかもしれませんが、実際に地域に赴く専攻医の方の不安な点ができるだけ少なくなるように、しっかりとした情報提供をお願いしたいと思いますし、また、連携プログラムをつくる病院側としても、情報が少ない中でどこと連携すればいいのか分かりづらい、組みづらいといった意見もお聞きしますので、専攻医の先生のためにも、あるいはプログラムのためにも、ぜひその辺りをより実質化していただけたらと思います。

子育て支援に関しましては、まず、子育て支援をしっかりと行っていく体制をつくるということが一番重要なので、必ずしもシーリングとひもづけをしなくてもいいのではないかという意見については、妥当なのではないかと思います。あと、今回の意見としても出ておりました支える側への配慮についても、非常に重要な視点だと思います。

一方で、子育て支援とざっくりと言ってしまうと、実際に何をすればいいのかといったことが漠然とした中で、ただしているということだけが独り歩きするのではあまり意味がないと思いますので、実際に何を行ったらいいいのか、どこが重要なのかということの詳細に提示して行って、それを無理なく実行できるようにといった点についても御配慮いただけたらと思います。

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。

それでは、続きまして、花角委員、お願いいたします。

○花角委員 ありがとうございます。よろしいですか。

○遠藤部会長 はい。聞こえております。

○花角委員 ありがとうございます。

まず、意見の方向性そのものについては、特に異論はありません。賛成ですが、最初の特別地域連携プログラムについては、私の基本的な立場を申し上げておきたいのですけれども、やはりシーリングの枠外で上乗せでやる特別地域連携プログラムは医師の偏在の助長の懸念があると思っております、基本的にはシーリングの枠内で実施していただきたいと考えています。様子を見ていくということであれば、特別地域連携プログラムが医師の偏在是正にどのような影響を与えるのか、しっかり分析していただきたいと思います。このことを最初に申し上げておきたいと思います。

しかし、制度ができた以上、少しでも医師の偏在是正に資する運用がなされてほしいと思っております、2つほどお話をさせていただきたいと思っております。

まず1点目は、意見の方向性の1点目に書かれていますけれども、連携施設の候補一覧を作成し公表する。連携先を検討・設定しやすいように配慮することが盛り込まれていますが、これはこれでよいことだと思っておりますが、一覧表を作成・公表するだけではなく、それが活用されるように、そして、実際に連携が進むように運用されることが重要だと考えています。

また、前回の部会で報告がありました令和5年度の連携状況を見てみますと、確かに新

潟県は人的なつながりなどをうまく活用しまして、比較的多い数の15のプログラムが設定されましたけれども、全体としてみれば、連携先というのはほとんどが首都圏の近郊に偏っています。ぜひ連携が広く地方にも及ぶような配慮をお願いしたいと思っています。

そして、意見の方向性の3点目、研修を実際に行っているかを定期的に確認するということについてでありますけれども、都道府県、あるいは各医療機関において、現状、どの医療機関が連携しているのかが見えづらい状態であります。連携を後押しするためにも、ぜひ都道府県ごと、あるいは医療機関ごとの連携状況、研修を実際に行っているか確認した結果も含めて可視化していただいて、情報提供していただく仕組みについても併せて検討していただきたいと思います。

そして、もう一つ、最後に付言しますが、今後のシーリング数の算定における特別地域連携プログラムの取扱いでありますけれども、枠外である特別地域連携プログラムを使っただけの採用数を採用実績数に含めてしまいますと、さらに一層偏在を助長することにつながりかねないということから、採用の実績数に含めることがないようにお願いしたいと思っています。

最後に、子育て支援加算であります。これまで多くの委員が述べられたとおり、また、私も前回申し上げましたけれども、子育て支援の環境整備に努めることは大変重要であります。それがシーリングの加算理由になるということは理解に苦しむところであります。シーリングとは別の領域で評価すべきものと考えています。

以上です。

○遠藤部会長 貴重な御意見をどうもありがとうございました。

ほかに御意見はございますか。よろしゅうございますか。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 花角知事の御意見を拝聴いたしました。私は隣の福島県であり、理事長の渡辺先生はかつて福島医大の教授をなさっていたので、我々の地域は似たものがあると思うのですが、私は、地方の立場としては、特別地域連携プログラムはありがたい制度だと思っています。

これがどこまで地域偏在の解消になるかということ、多分、やってみないと分からないと思うのです。先ほど知事がおっしゃった、特別地域連携プログラムの実績を本来の連携プログラムの中に入れるという話がありましたが、私は外側に出して伸ばしていくべき考え方ではないかと思っています。

それと、もう一つ、私は地方の場で推進するように申し上げてきたのですが、地方の病院の立場でいきますと、この前も申し上げましたけれども、1年の途中で医師がいなくなってしまうのでは地方の病院、地方の医療経営が成り立たないのです。ですから、やはり1年という単位は必要です。

それから、これが始まったら、途切れることはないようにしていただかないと、地方の病院として、地域医療としてはなかなか大変なものがあるという現実がございます。

そういう中で、現実的には、だからといって、経験はこれからという専攻医の方々が専門医がいないところにぼんと放り出されるというのは極めてリスクーだと思えますし、患者さんを診ることは勉強になりますけれども、やはりしっかりした指導医の下に研さんを積むということが大事なことになります。

そうしますと、現実的にはこれは玉突きの現象を期待するしかないのです。つまり、専門医がいるしっかりした病院、ある程度の中核病院に特別地域連携プログラムの専攻医を送って、その病院から専門医がいないような、極めて医師数が少ないようなところに玉突きで医師を出してやるという政策でいかないと、やはり地方の利益というか、安心ということにはつながらないのではないかと私は思うのです。

そういった意味では、私は、1年間を提案してくれるというのは非常にありがたいことだと思うのです。ただ、1年で終わったのではやはり地方は大変なのです。これは意見の方向性の2列目に書いてありますけれども、専攻医が途切れることなく研修できるように、途切れることなく派遣できるようにということになるかと思うのです。地方の中核病院が専攻医を受け入れることによって、玉突き状に過疎地帯に医師が出せるようになる。これは、県全体の地域医療計画と連携してくることになるかと思うのですが、そういうことで特別地域連携プログラムを生かすということの一つを考えていただきたい。御提案させていただきます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいまの立谷委員の御発言を踏まえまして、あるいは別の話でも結構でございますけれども、何か御意見はございますか。よろしゅうございますか。

それでは、大体御意見は承れたと思います。

それでは、議題1の取扱いをどうするかということでもありますけれども、まず、このシーリング案につきましては、基本的には御賛成いただいていると思います。ただ、やや細かい内容で御意見がありました。

ということで、議題1については、基本はこの方針を認めていただくということにさせていただきますが、御発言された内容をこの中にどう含めるか、あるいは含めないかも含めて、それについては、座長預かりという形で検討させていただければと思います。そういう扱いにさせていただきたいと思えますけれども、その点についてはよろしゅうございますか。

(「異議なし」と声あり)

○遠藤部会長 同様に子育てのほうも、こちらはそもそもシーリングと関連させるべきではないという意見がかなり強く出ております。方向性(案)のほうでは1番目に「シーリング以外の評価手法も含めて適切に検討する」という言い方で書いてあるわけですが、御発言の内容からすると、少し修文しなければいけないと思えますので、こちらも皆様方の御意見をできるだけ尊重した形で修文させていただくということで、これも座長預かりにさせていただきたいと思えますけれども、それでよろしゅうございますか。

(「異議なし」と声あり)

○遠藤部会長 ありがとうございます。では、そのように対応させていただきます。ありがとうございました。

それでは、議題の1番につきましては、以上のとおりとさせていただきます。

続きまして、議題の2番目でございます。これは日本専門医機構理事長の渡辺参考人より報告事項という形で御説明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。

○渡辺参考人 日本専門医機構理事長を拝命しております渡辺でございます。

今、委員の皆様、それから、ウェブ上での様々な団体の御意見がありました。そのことにも関係してくるのだと思います。

シーリングはこれで6年目に入ったわけですが、毎年のごとく制度が変わってまいりましたけれども、少なくとも6年間の蓄積がある。

一方で、基本領域に関しては、2018年に日本専門医機構の新専門医制度で研修が始まっておりまして、最初の2年分の方に関しては、領域によっては既に3年間の研修が終わって専門医が誕生しているということです。、日本専門医機構にはデータベースとして毎年約9,000人位の方が研修を終わるわけですが、その一部がもう専門医を取得している訳です。すなわち、約4万人分の各領域別都道府県別の専攻医、専門医データベースがございますので、そのデータベースを主体にして、シーリングの効果の検証を行うべきではないかという私どもの意見で、厚労省とも御相談の上で研究を実施するというところでございます。

また、先ほど一部の委員の方々から、専攻医の意見も聞いたほうがよろしいのではないかということもございました。我々も、教育者の側だけではなくて、専攻医側の領域、地域の選択理由に関しても検討する計画も立てました。それらを踏まえて、令和5年度の厚生労働省の行政推進調査事業補助金、一般的に厚労省特別科研と呼んでおりますけれども、計画を申請し、ご許可をいただいて、実行し始めたところということです。

その概要を御説明したいと思います。

目的は、そこに書いてございますが、現在のシーリングの地域、診療科偏在に関する効果を検証し、また、専攻医の都道府県と診療科の選択要因の分析を行うということでして、さらに、諸外国を含めて、どのような施策といいますか、方法が行われているかということで、もしくは偏在指数を含めて、どのような指数が使用されているかということも調査して、今後、シーリングを行うとすれば、シーリングの方法や評価の指標、医師偏在対策としてのシーリングの将来的な制度設計を考えていくということでございます。もし案ができれば、それを提言していくということでございます。

実際問題としてどういう研究方法をとるかというのは、下のポンチ絵に描いてございますが、データとしては、1つは、一番下でございますが、できれば臨床研修医、専攻医、専門医に対してアンケートを行って、先ほど申し上げたように、その地域、その診療科を選んだ理由を、例えば、地域枠の方かどうかという項目を分けて調査をすれば、いろいろ

な選択要因解析ができるのではないかとということでございます。

もう一つは、左上にございますけれども、当機構が既に持っておりますデータベースは、専攻医の所属であるとか、どこで臨床研修を行ったかということが1つのページになっているものでございます。これが既に4万人分程度あります。そのうちの1万人以上が専門医になっておりますから、その流れが解析できるということでもあります。

それから、右になりますけれども、外国の様々なデータを含めて、既にできているデータベースを調査するという事です。外国、特に日本の参考になるような欧米のものを調査するという事で、アンケート調査と当機構のデータベース、それから、もう既にできている政府の統計等々、諸外国を含めてデータベースを調査することで、6年間、シーリングの効果があつたのかどうかという解析をするということと、シーリングの効果的な指標、もしくは方法論の検証を行うということと、それから、一般的な偏在の要因の解析を行うということをやっていくということとあります。

その結果として期待される効果としては、専攻医の診療科の選択、もしくは研修を行う地域がいかにか決定されるのかという要因を解析するという事です。自分が生まれた土地だからとか、出身大学所在地だからとか、そのようなことが要因と判明するかもしれません。

それから、これまでのシーリングの6年間の結果の調査を行って、今後のシーリングの方法や指標、それから、将来的な制度設計も、何か結論が出れば提言を行っていくということとございます。

具体的な方法は今申し上げたとおりなのですが、3ページのほうに具体的に書いております。シーリングの効果に関する基礎的調査・効果分析ということと。今言ったように、アンケート調査と当機構が持っている専攻医・専門医のデータベースを組み合わせで検討するという事です。それを基にして、シーリングの手法の検証と効果的指標の開発は今申し上げたとおりです。そのときに諸外国の制度等々も参考にして行っていくということとです。

それから、都道府県、診療科の選択要因、これは専攻医側が何をもちて選択するかという要因も非常に大事なことでございますので、そこに何らかの手を打つ施策を各方面でとっていただくということが可能になることを期待しているということとございます。

どのような研究成果が出るかは、これは研究ですから、やってみなければ分からないということと、必ずしもシーリングは非常に効果があつたとか、ぜひ必要だということとを前提にしているわけではございませんので、どういう結果が出るかということとありますけれども、研究成果をどのように活用するかということが3ページの下のほうに書いてございます。

本研究が実際に厚労省の特別科研として承認されたのは今年7月でございます。したがって、今はまだ組織をつくったり、研究計画をつくったり、アンケートの原案をつくったりという非常に基本的な作業をやっております。結果が出るには半年程度はかかるだろ

うと思います。来年5月ぐらいをめどに報告書を出せるようにやっていきたいと思っています。単年度の研究でございますので、とにかく年度明けには結果を出さなければいけないということでもあります。

制度の見直しや新たな提言に関しては、十分に議論をする時間も必要ですし、各基本領域学会ともいろいろな議論をして、コンセンサスをつくっていく必要があります。場合によっては都道府県等々を含む各種団体、医師会等々の御意見もいただかなければいけないということです。

その結果、新たなシーリングまたはそれに代わる案をつくるには、平成7年度にそれを生かすというのは時間的に非常にきついということがございます。したがって何か思わしい結果が出れば、可能であれば令和8年度の研修の募集から活かしてゆきたいと思います。したがって、必要に応じて委員の先生方とか各団体からの御意見を踏まえて微調整をしていくということはあると思いますけれども、来年度に関しては、この研究を基にした大幅な変更をするにはちょっと時間が足りないと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 渡辺先生、ありがとうございました。

それでは、ただいまの御報告につきまして御意見があれば、承りたいと思います。

では、山口委員、その次に立谷委員でお願いします。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 御説明ありがとうございました。

質問がございます。まず、今年度で6年目に入ったのでしょうか。シーリングを積み重ねてきて、結果が出たところでどんな影響が出ているのかということアンケート等で当事者の方たちから聞くということはとても重要なことだと思います。毎年変更がなされてきたと思うのですがけれども、そういったことの影響も含めて、できたら浮き彫りになるようにしていただきたいなと思いました。

お聞きしたいことは、諸外国の施策を調べるということなのですが、当然ながら、専門医機構を立ち上げたときに諸外国ではどうなのだろうかということ調査されたのではないかと思います。そういうものが立ち上げ時にあったのかどうか。もしあったとすれば、今回の調査はそれと何が違ってくるのかというところを教えてくださいたいと思います。

○遠藤部会長 渡辺理事長、いかがでしょうか。

○渡辺参考人 専門医機構の立ち上げと同時に、当機構の前身の組織である評価認定機構が一般社団法人でない時代にも、外国の調査、特に欧米とか韓国とか、日本の制度に近いところに関しては行いました。かなり詳細な報告書が作成されております。

日本に外国の制度が適用できるかどうかというのは非常に問題だと思いますが、一般的に申し上げましてアメリカとヨーロッパでは制度が全然違います。御存じのように、ヨーロッパに関しましては、かなりきちんと定員が決まっております、これは専攻医の定員

というよりは、地域でどの医者が何人というところで、開業する先生は何人定員があるかということが決まっております。それをすぐさま日本のシーリングに結びつけることを国民の方々が認めるのであれば、それも一つの方法だろうと思います。ただし、それは当機構がやることではなくて、むしろ政府とか厚労省でやっていただくことだろうと思います。

現在のヨーロッパの医師の分布が参考にできるということですが、ヨーロッパのように規定で定員が決めることが日本でできるかというのは非常に疑問だろうと思います。

では、この研究に関してどういう蓄積があるかというのと、この研究は、私が日本専門医機構の代表になっておりますが、基本領域学会とか専門医機構の役員が主体になってやるのではお手盛りの可能性もございますので、分担研究者が8人おるのですが、分担研究者の半分以上は医療政策等々の専門家で、当機構からは、私を含めて3人しか参加しておりません。

その中の1人の広島大学の教授をなさっている先生が主体になって、もう既に諸外国の制度との比較というのが行われております。すなわち、基になる諸外国の制度の調査というのももう既にかなり出来上がっております。

今回、我々の非常にユニークな点というのは、専攻医のデータにアクセスでき、専攻医や指導医にアンケートができることです。専攻医の動態がデータベースで観察できるということを組み合わせることで。たくさんの外国の資料を集めることよりは、分担研究者の方が既に厚労特別科研で発表されたデータと結びつける作業で何か得られないかと考えております。

以上です。

○遠藤部会長 山口委員、いかがでしょう。

○山口委員 諸外国のことも含めて、結果については非常に期待して待ちたいと思います。ぜひ実態が分かるような報告をしていただければと思います。

○遠藤部会長 それでは、お待たせしました。立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 先ほどの渡辺先生の説明の中で、専攻医になろうとする人たちが何をもって選択するか、という話がありました。これが大きなポイントになってくると思うのです。私はこの場で外科の医者がいないと地域医療が成り立たないということを再三申し上げてきたのですが、外科医になろうとする人気はあまりないのです。その割に皮膚科に行こうとする人の話はよく聞くのです。全員に聞いたわけではないのですが、私は、渡辺先生がかつて教えていた福島医大の学生たちの何人かに動向を聞いたのです。今の学生というか、研修医たちは先々を見るのです。これは我々の時代とは大違いで、人生設計を考えた上で自分の診療科を選ぶのです。

外科系の専門家・専門医は維持するために症例をこなさないといけない。それが大変だから、後々でもできる科目ということになると、やはりメスザイテは敬遠されるのです。その割に眼科の医者が多いのはよく分からないのですが、一般的にそういう傾向がある。

これは身につまされる話ですが、私の親しい50代の心臓外科医がもう自分は心臓外科の

手術はできないと言うのです。これ以上、資格というか、維持することは難しいと。器用な先生なので、内科の手伝いをやってもらっています。私は、専門医機構として、これはもう最初の頃の議論だったと思うのですけれども、医師も将来的に視力が落ちてくるのは当然のことだと思いますから、それは一つ専門医機構として配慮していただきたいと思うのです。最近の若いドクターたちは人生設計を考えるようになってきているのです。我々の世代とは全然違って、しっかりしたものです。そこのところを一つ御参考にしていただきたいと思います。

○遠藤部会長 では、渡辺理事長、お願いします。

○渡辺参考人 先生のおっしゃるとおりの傾向があると思います。1つには、自然に任せるといふか、市場原理からいけば、厚労省の医師需給分科会の検討でも、10年先には必ず医者が余るといふときに、私自身も確かに今の診療科の選択が、将来、本当に10年先に医師が余って、しかも少子高齢化でいろいろな病気を複数持っている方が増えるという状況で、ちょっと言い方が難しいのですが、本当に自分の将来を考えていくときに、我々ができることは、新聞社等々でもいろいろな調査をしておりますけれども、今後、どういう領域が必要なのだということを十分に知っていない可能性もあるのではないかと考えております。

そのためには、やはり厚労省を含めて、医師会やいろいろな団体で将来的な医師の分布、地域を含めて、それから、どういうことが望ましいのか、本当に必要になってくるのかという10年後、20年後の未来図をつくるということが非常に大事なのではないかなと思います。

医師の必要数に関しては、あと、診療科別にも厚労省の分科会で出ておりますが、それが本当に正しいかどうかということもあるのですが、理解された上で選択しているかどうかというのは疑問な感じがしております。その辺をよく知っていただくというのが一番大きな作業ではないか。

立谷先生がおっしゃったように、専門医機構で何ができるか。1つは、我々のほうでは、メスを置いた外科の先生の活用ということで、専門医をどうやって維持できるかということに関して、外科学会は非常に厳格で、外科の先生方というのは、NCDという手術の記録で実際の手術をやっていないと、専門医として認めないのだという姿勢がございます。

逆に内科の場合は、簡単に言えば、例えば、先生のように院長になられるとか、お役所に勤めるとか、いろいろなケースで必ずしも患者さんと1対1で接する機会が一定期間でもなくなる状況では知識のリニューアルというのが非常に大事という考えで、セルフトレーニング問題という、非常に難しいのですけれども、50問の本当にアップ・ツー・デートな問題を5年に1回は必ず通らなければいけないのです。私も内科の専門医なのでやりませけれども、6割を取るのなかなかきついなという試験をやるわけです。このように、診療科によって事情が違うということがございます。

我々ができることというのは、内科も外科も含めてどこが共通点なのかということなのです。

今、それを検討しております。ちょっと名前が悪いと言われたのですが、機構の中にシニアキャリア検討ワーキンググループという組織をつくっているのです。その結論は、医師でない委員もいらっしやって、何か知識をリニューアルするのか、もしくは診療を実際に行っているのかということ抜きにして、専門医と名乗ってもらっては困るとの意見が強調されました。これは医者以外の方の意見です。では、どうするかということで、各論としては症例実績も結構でしょう。でも、それができなくなった場合は、何らかのテストなりをやっていただいて、証明していただくという更新の基準というのを今まとめつつあります。

それから、もう一つの論点は、内科や外科の医師が働く場所は、厚労省の統計でも、若い頃は比較的病院、大病院、大学病院、領域としてはサブスペシャリティ領域で働く。ところが、大体40歳ぐらいを境にして診療所勤務が多くなって、ジェネラリストになっていくとされます。それが地域医療を支えているという側面がございまして、我々だけではなくて、例えば、内科の学会では、今、リカレント教育という概念を提唱しています。2段階制で、初期にちゃんとジェネラルな内科をやって、それからサブスペシャリティをやっていただいた場合に、そこで活躍していく。これは日本の医療で非常に大事なことなのです。

しかし、メスをもう持てない、体力がもたない、脳外の10何時間に及ぶ手術なんかできないということになれば、総合診療でもいいのですけれども、外科なり、内科なりのジェネラルにもう一回戻っていただくということを今は推奨しております。リカレント教育という形になって、ある年齢になったらジェネラリストに戻れる教育ということが、今、我々がやっている取組の一つです。

以上です。

○遠藤部会長 結構なのですけれども、冒頭に私が申し上げました、あくまでもここの審議会の議論する内容というのは、地域偏在に関する話であって、今はもう診療科偏在の話に移っておりまして、シーリングに関する研究とは無関係なところの議論になっております。ただし、これは非常に重要なことですので、続けていただいて結構なのですけれども、ほかの方も手を挙げておられますので、その辺も踏まえて簡潔にお願いできればと思います。

失礼しました。立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 今日の本来の議論でないのは分かっていますが、そもそも診療科の偏在の一つの大きな原因になっているということはしっかり申し上げておかなければいけないことだと思うのです。ジェネラリストがいらないということでもって、今、地域としては開業医の先生がいなくて行政は非常に困っています。今日の議論の本筋ではないのですが、これは一つ専門医機構としても十分踏まえて御対応を願いたいと思います。

大変失礼しました。

○遠藤部会長 こちらこそ失礼しました。大変重要な課題でありまして、時間が余れば、

また御意見を頂ければと思います。

それでは、お手を挙げておられる方、山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 全国町村会の山崎です。

今回の議論について大まかに申し上げますが、医師の地域偏在、あるいは医療人材というのは大きな課題であるということで議論がなされているわけでありましてけれども、特に山間地域、島嶼部等の医師不足地域では医師の確保が急務でございます。そのような中で、恒久的な医師偏在の解消に向けまして、引き続き力強い御支援をいただきたいと思っております。

シーリングというのは地域偏在対策を目的としておるわけでありましてけれども、効果は限定的なものであるということが議論の中でいろいろ出ている中で、今回の資料2に示されておりますシーリングに関する研究で、効果の検証、あるいは要因を解明することによりまして、地域偏在対策としてさらなる効果が得られることを期待したいと思います。

以上であります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、野木委員がお手を挙げておられました。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。

シーリングを検証するというのも非常に重要なことだと思っております。ただ、一方で、統計的なところはよく分からないのですが、前回も言いましたけれども、臨床研修システムのほうではマッチングシステムというのを使っていますので、マッチングシステムとこのシーリングシステムのいいところ、悪いところをもう少し鑑別するというか、その辺りもやはり見るべきではないかなと。シーリングだけを見ても分かりにくいところがあって、ちょうど今、医師の臨床研修マッチングシステムがありますので、満足度等も含めて、その辺は比較するべきではないかと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○遠藤部会長 それでは、理事長、いかがでしょうか。

○渡辺参考人 簡潔にやります。

マッチングに関しては、2つございまして、今の臨床研修はマッチング制度をやっている、これは非常に長い歴史がございます。それに関しては厚労省のほうで資料を持たれていると思っております。

言っておられる意味は、臨床研修としてはプログラムが1つですから、非常にやりやすいという面があるのですけれども、それと当機構の専攻医に対するシーリングとの関係というのは、この研究でもできればやりたいと思っております。ただ、我々は資料を持っておりませんので、これは厚労省の御協力がないとできないことなのですが、非常に重要な視点であります。

もう一つのマッチングに関する視点というのは、当機構の専攻医の選択にマッチングを導入するかどうかということだろうと思っております。これに関しては、前理事長のときからワーキンググループを設置して検討しております。マッチングの利点は、青田買的ではな

くて、専攻医間で公平な選択と登録ができるということでもあります。

ただ、非常に難しいのは、臨床研修でもそうだったと思うのですが、定員の設定だと思います。特に臨床研修では、プログラムが1つにもかかわらず、試行錯誤で定員をかなり減らしていった、1.1何倍という形になってやっと地域の偏在の是正効果があった。ところが、専門医に関しましては基本領域が19あるわけです。その中では、内科のように年間3,000人入ってくるようなところと、数十人という領域もございまして、それをどういう形で定員設定していくかということ。しかも、全体の専攻医が大体9,000数百人になりますから、全体の定員を何割ぐらいにしていくのか、地域によってどうするのかというようなこと、診療科ごとに違いはないのかということ。今、その点の検討はしております。

マッチングのシステムそのものは経済学の領域で完全に確立した手法でありますので、定員さえ設定すれば専門医機構でも使えるものだと思っております。本日は検討中ということで勘弁していただきたいと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

マッチングの話が出たので、ちょっと確認ですが、マッチングは基本的に需要と供給の間を非常に効率的に調整するというメカニズムなのですけれども、シーリングの話と直結するのですか。そうではないですね。つまり、地域偏在とは関係ない話だということ。

○渡辺参考人 定員設定をきちんとすれば、現在のシーリングでの募集というのは手挙げでやっているわけで、その選択方法としてのマッチングはあり得るということです。

○遠藤部会長 なるほど。その辺が効率的にできるという話ですね。臨床研修だって、そもそも都道府県別にシーリングをかけたわけですね。それが大前提の話なわけですから、それを前提に、実際に選ぶときにはマッチングのほうが条件の下で選びやすいということですね。ありがとうございます。

それでは、お待たせいたしました。釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 ありがとうございます。

私は、現在、日本専門医機構の理事を務めておりました、その立場もありますが、今日は専門研修部会の委員として発言いたします。特に御質問というより、私の意見を申し述べ、シーリングの件について、整理につながればと思って発言させていただきます。

そもそも今回の厚労科研特別研究で専門医機構の渡辺理事長先生に研究代表者になっていただいた背景として、これは私の推測ですが、先ほど渡辺理事長先生からお話が出たように、専門医機構にいろいろなデータベースが大分蓄積されてきたということで、このデータベースをいかに利用して現状を分析・解析できるかということで、やはり専門医機構はそこで主体的な役割を担わなければならないということから、渡辺先生に研究代表者を務めていただいているのだろうと理解しています。実際の分析をする専門の方はまた構成員になっておられるという理解で、これは渡辺先生が先ほどおっしゃったとおりです。

専門研修の専攻医がシーリングをかけられる背景としては、まず、もともと医師全体の地域偏在という問題があって、そして、診療科偏在というものもあって、その改善にシーリングが少しでも役立つのではないかという面と、一方で、不安としては、さらに医師の偏在を助長する可能性があるので、シーリンでそれを緩和しようという発想で出てきたものだろうと思います。

一方で、専攻医の立場からしますと、シーリングをかけられると、本来、自分が行きたいと思っていたところに行けなくなるという問題が生じて、実際の専攻医にとっては不満が多い。したがって、シーリングは外してほしいという要望がずっとあります。

その中で、今回検証しようということになって、今日の資料2の2ページに研究の目的、あるいは期待される効果というのが整理されているわけですが、今回、下に書いてあるような項目でしっかり検証していただいたとしても、その全ての問題が解決できるような評価ができるとは思えないです。

ですから、シーリングをかけたことによって、仮にシーリングをかけなかったとした場合と比べてどうだろうかという解析はある程度できるだろうと思いますが、シーリングそのものが割合にマイルドな状況で行われておって、究極、先ほど遠藤先生からお話が出たマッチングというのを推し進めていこうとすると、それこそ応募できる研修機関を本当に研修医と同じ数にするということで、割り振りを完全に都道府県ごとにびしっとやっしまえば、それはマッチングでいけばいいと思いますけれども、現状はそうではないので、割合に緩やかな仕組みでやっているということです。

したがって、シーリングの効果が不十分だという御指摘もありますけれども、これはそもそもそんなに厳しい仕組みでやっているわけではないので、やむを得ないところではないかなと思います。

今日、私がぜひ申し上げたいのは、この検証はぜひやっていただきたいと思うのですが、この検証の結果によって、今後のシーリングのありようをしっかりと決めるというところまでには、なかなか結果が得られないのではないかなと感じておまして、今回の検証も踏まえてではありますけれども、今後のシーリングがどうあるべきかという議論については、この検証結果が出る以前から少しずついろいろな検討を進めていかないといけないのではないかなと思っておまして、シーリングをぜひ続けるべきだという意見と、それから、もうシーリングはかなわないと思っている研修医の方々もおられる中で、今後のありようについての検討はもうぼちぼち進めていく必要があるのではないかな。これは厚労省の事務局にもお願いであります。そういう方向で検討を進めていく必要があるのではないかなと考えております。

以上、意見を申し述べさせていただきました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに御意見はいかがでございましょう。よろしゅうございませうか。

それでは、予定していた時間は若干ありますので、シーリングに限らず、あるいは地域

偏在に限らず、専門医制度についていろいろな御意見もおありになろうかと思っておりますので、この部会そのものはそれに対して何か言えるような立場ではないので、言ってみれば、専門医機構理事長との意見交換会みたいな形になりますけれども、何か御意見をおっしゃりたいということがあればぜひ承りたいと思っておりますが、何かございますか。

立谷委員、よろしいですか。

○立谷委員 もう先ほど申し上げましたので、ありません。

○遠藤部会長 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、渡辺先生、どうもありがとうございました。この研究についても大変期待させていただきますので、いろいろな御意見もありましたので、それを踏まえることができる範囲において対応していただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、取りあえず本日予定しておりました議題は、以上のとおりでございます。

事務局から今後の進め方等について、何かありますか。

○寺村室長補佐 事務局でございます。

医政局長に新たに就任しました浅沼より、一言御挨拶を申し上げます。

○浅沼医政局長 医政局長の浅沼でございます。本日は闊達な御議論をいただき、誠にありがとうございました。9月1日付で医政局長になりました。

本日御議論いただきました医師の地域偏在、診療科の偏在につきましては、医政局が長年取り組んでいる課題でございまして、今までも幾つもの施策を組み合わせながらその解消に向かって取り組んできたところでございます。そうした中で、新専門医制度につきましては、今日、渡辺先生がお越しですが、平成30年度から日本専門医機構におきまして、専門医の認定や養成、プログラムの評価、また、認定が統一的に行われておりますが、本部会での御議論を踏まえて、厚生労働大臣から日本専門医機構、関係学会に対しまして医療提供体制の確保の観点等から意見・要請を行っているところでございます。

このような中で、専門医の質の一層の向上と医療提供体制の確保をともに進めていくことは大変重要なことであると考えている次第でございます。

本日、委員の先生方には大変貴重な御議論をいただきまして、私からも御礼を申し上げますとともに、引き続きこの場を通じまして御助力、あるいは御指導を賜りますようによろしくお願いを申し上げて、挨拶とさせていただきます。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

○寺村室長補佐 それでは、次回の部会の開催日程につきましては、追って調整の上、改めて御連絡をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 それでは、これをもちまして今回の「医道審議会医師分科会医師専門研修部会」を終了したいと思います。長時間、どうもありがとうございました。