

○染谷課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから令和6年度第1回「医道審議会医師分科会医師専門研修部会」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、本日は御多忙のところ出席賜り、誠にありがとうございます。

冒頭、委員の変更がございますので、事務局より御紹介させていただきます。

公益社団法人日本医師会副会長の釜范敏委員に代わり、同会常任理事の今村英仁委員、同じく公益社団法人日本医師会常任理事の江澤和彦委員に代わり、同会常任理事の坂本泰三委員となります。

本日は、大井川委員、山崎委員、宮城委員から欠席との御連絡を頂いております。よって、現時点で委員9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。

なお、山口委員からは都合により途中退席される旨伺っております。

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

議事に入る前に、前回から、事務局で人事異動がございました。本日は公務によりオンラインでの参加となっておりますが、医事課長の西嶋とそのほか医事課担当が交代となっております。

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、以降は写真撮影、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。

(カメラ撮り終了)

○染谷課長補佐 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。会場出席の皆様においては、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4、参考資料1から3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。

本日、遠藤部会長は御事情によりオンラインでの参加となります。そのため、会場での御参加の皆様におかれましては、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会場のマイクでの御発言をお願いいたします。また、オンラインで御参加の委員の皆様におかれましても、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御発言をお願いいたします。御発言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。

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 皆様、こんにちは。本日もどうぞよろしくお願ひいたします。

本日は各種の事情でオンラインでの参加ということになりまして、御不便をおかけするかもしれません。どうぞ御容赦いただければと思います。

まず初めに、欠席の大井川委員の代理としまして森川参考人、茨城県保健医療部長でいらっしゃいます。また、一般社団法人日本専門医機構理事長の渡辺参考人の御出席をお認めいただきたいと思ひますけれども、よろしゅうござひますか。ありがとうございます。

あと、もう一つお諮りしたいことがあるのですが、今回のように部会長がオンラインでの参加、あるいは出席できなくなるということを想定して、あらかじめ部会長代理を指名するということができるわけでありまして。こういった機会でございますので、この場を借りて部会長代理の選任をさせていただければと思ひます。

部会長代理は基本的に部会長が選任することができるということでございますので、これまでの長年の医学教育や研修制度、女性医師のキャリア支援等に関わられまして、専門医制度にも御知見の深い片岡先生にお願ひしたいと思ひますけれども、皆様、いかがでございますでしょうか。よろしゅうござひますか。ありがとうございます。

片岡先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

○片岡委員 どうぞよろしくお願ひいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、議事に移りたいと思ひます。本日の議題は、議題1「2025年度専攻医シーリングについて」、議題2「専門医制度における今後の取組について」の2つでございます。

まずは、日本専門医機構理事長の渡辺参考人より、議題1について、資料1「令和6年度の専攻医採用と令和7年度の専攻医募集について」、資料2「2025年度プログラム募集シーリング数（案）」を御説明いただきたいと思ひます。続きまして、議題2について、資料3「シーリングに関する研究の報告」を御説明いただきたいと思ひます。

その後、事務局より、資料4「2025年度（令和7年度）シーリング等に関する論点」について御説明いただきます。

それではまず、渡辺参考人より御説明をよろしくお願ひいたします。

○渡辺参考人 日本専門医機構の理事長を拝命しております渡辺でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、資料1に沿って御説明申し上げます。

3ページになりますけれども、これは令和6年度研修プログラムの募集のスケジュールでございます。昨年度は専門研修部会、この会が6月22日に行われまして、その後、都道府県に対して情報提供が行われて、7月から8月にかけて知事からの意見を頂きまして、9月11日に第3回の専門研修部会で方向が決まり、11月から採用開始というスケジュールでございました。今年と少し変わっているのは、専門研修部会と都道府県への照会の順序が逆になっています。後でこれは申し上げます。

4ページは、令和6年度のシーリングの状況に関しまして、専門研修部会でシーリング

数に関しては、コロナの影響もあっていろいろなことが通常と違うということと、後で申し上げる厚労科研等で現在のシーリング制度の検討をして、拙速にすぎないように十分議論してから新しい制度を考えていこうという、新しい制度にするかこのまま継続するかは別として検討しようということで、基本的には令和5年度と同じシーリング数を採用したということでもあります。

もう一つは、特別地域連携プログラムについてです。これは、厚生労働省の医師需給分科会で議論された必要医師数を分母にして足下医師数を分子にした足下充足率が0.7以下の領域に対してプログラムを連携して組んだ場合は、枠外にシーリングを設定するということでございます。

子育て支援に関しましては、シーリングとは関係なく進めるべきであるけれども、シーリングの条件とするのはもう少し検討が必要ということで、厚生労働大臣から御意見をを入れて保留にした、今後検討するということでございます。

もう一つ最後に、令和6年度の専攻医に関しましては、シーリングの枠内で全て採用された、シーリングの枠を超えていることはないということでございます。

5ページにございますけれども、これが都道府県別、診療科別の実際のシーリングの枠、定員です。シーリングがかかっていない領域が6つございますから、それ以外のシーリングがかかっている領域に関してまとめたものでございます。

6ページに移っていただきますと、都道府県別にまとめたものでございます。専攻医の登録の実績数であります。都道府県名の前のナンバーが青字で記されているところは、いわゆる医師少数県でございます、黄色が医師多数県、無地が真ん中のミドルでございます。御覧になってお分かりのように、合計は去年から比べますと130人ほどたくさん採用されております。毎年ですが、臨床研修修了者の90%程度が専門研修に進んでいます。で採用されています。ほとんどの臨床研修修了者が専門研修に入っているということでもあります。令和6年に増加した分に関しましては、東北医科薬科大学の第1回の卒業生が臨床研修を終わって専門研修に入ってくる年ということなので、その定員分の増加が含まれているということは申し上げておきます。

次の7ページに関しましては、診療科別の経時的な採用数でございます。これに関しましては、緑のシーリングのある領域と白のシーリングのない領域でございますけれども、シーリングがあるから、ないからといって、特別に増えている、減っているということではなく、シーリングのない領域の外科や産婦人科は率としてはむしろ減っています。総合診療は徐々にでありますけれども、増加傾向にあります。シーリングがある領域であります、整形外科や放射線科、リハビリテーション科に関しては明らかに率も増加しているという状況でございます。

10ページは、特別地域連携プログラムの採用実績でございます。令和5年、令和6年に関しましては、当初、当機構が提案いたしました医師少数県単位で連携プログラムを組むということに関しては、厚生労働大臣に御意見を頂いて医師少数区域に変更したというこ

とがございます。結果としては、領域別の採用数としては内科と精神科が多いということでございます。数としては令和5年度に60名、令和6年度に42名という形で、あまり大きくは伸びていないというのが現状かと思えます。

11ページは、特別地域連携プログラムというのは、例えば東京から東北地方のある県に派遣するという場合に採用数としては派遣元のほうをカウントしておりますが、実際にどこに派遣されたかということが書かれております。一番多いのは茨城県、次が埼玉県、新潟県というような順序になっております。確かにシーリングによって東京都の採用数は抑えられているのですが、東京からそれほど遠くない県、関東圏に医師が多く派遣されています。その県も医師が非常に少ない県ですから、いい悪いは別として、そういう状況にあるということでもあります。

12ページですが、シーリングの効果に関しましては、今、申し上げましたように、大都市圏の医師が減少しているというような効果がございますけれども、必ずしも全ての医師少数県で専攻医数が増えているわけではないということです。令和5年度には厚生労働科学特別研究を、後で申し上げますけれども、行いまして、この結果を踏まえてシーリングの検討を行っていく、どういう制度に改めたほうが地域偏在、診療科偏在の是正につながるかということを検討したいということです。

特別地域連携プログラムに関しては、今、申し上げましたように、60名、42名の採用で、連携先の都道府県は先ほど申し上げましたように関東圏が多かったということです。ただ、これは医師少数区域もしくは少数県に医療を提供できる重要な施策と思っておりますので、何とか増やしたいということで、今回の令和7年度の募集に関しては多少の変更を、原則は変えないということなのですが、行ったということがございます。

次の14ページは、先ほど申し上げましたように、今年は専門研修部会と都道府県への照会が逆になったといたしますか、今日、第1回の専門研修部会が行われているということでもあります。

15ページですが、シーリング数に関して次年度の考え方としては、繰り返しになりますけれども、検証を踏まえて検討すべきで、基本的にはシーリングの枠は変えないということです。

特別地域連携枠に関しては、少数区域にある施設が研修施設としての要件を満たすところが非常に少なく、なかなか設置することが困難であるというような領域学会の意見がございます。

医師少数県の大学病院もしくは基幹病院に派遣すると、その大学病院や基幹病院から医師少数区域に医師を派遣することができるという可能性はあります。もちろん確証は全くございませんが、あるということが言われています。

そういうことから、今年度のシーリングは2024年度と同じとしますが、特別地域連携枠の設置要件として、足下充足率0.7以下の都道府県にある医師少数区域にある病院に1年以上派遣するというのを加えてはどうかという提案を今日はしたいと思っております。

さらに、前年度ございました働き方改革に関連した年間の時間外労働が1860時間を超えるもしくは超えるおそれがあるという施設に関しては、都道府県からお知らせさせていただいておりますので、これは過去のことになりますけれども、今回、働き方改革のB水準の特定労務管理対象機関に対して、令和5年度、令和6年度でそういう危険のあった、もしくは超えた施設に送るということ、これは数値的にはそんなに大きな影響はないと思いますが、こういうものを残すということです。

16ページは、特別地域連携プログラムの新たな派遣先に関して図式化したものでございます。シーリングの対象から専攻医をプログラムで派遣して、医師をA施設からB病院へ1年以上派遣される。これの検証に関しては都道府県の地域医療対策協議会のほうで見ていただいて、報告いただけたらと思っております。そういう要請をしております。

17ページに関しましては、昨年と同じように、通常プログラムに、いわゆる連携プログラム、これは基幹施設がシーリング対象の都道府県において、シーリング対象外の都道府県に一定期間研修を行うプログラムということでございますが、これに加えて、特別地域連携プログラムの中に赤字で書いてあります医師少数区域の病院に新規に医師を派遣する研修施設を加えてはどうかということを御提案したいということでございます。

次は参考資料でございます。これは今日説明する必要はないと思いますが、シーリングの計算方法、連携プログラムの考え方等がありまして、特別地域連携プログラム先と都道府県限定分、0.8以下との連携した連携プログラムの枠外のものの数が書かれております。都道府県限定分は全部で延べ84、人数ベースでいえば73人派遣されておりまして、この場合も派遣先が記されております。

令和7年度の専攻医の募集に関する当機構からの御報告と御提案は以上でございます。

続けて資料2を見ていただきますと、これは具体的なシーリングの数でございます。都道府県別に赤で書いてございます足下充足率が0.8以下の県、具体的に通常プログラムと連携プログラム、都道府県限定分、特別地域連携プログラムということで、最後に2025年のシーリングの数が書かれております。これに関しては今年度は変えないということでございます。ページがずっと続きますので、領域別に書かれておりますが、最初のページは内科でありまして、シーリングのかかる領域全てが書かれているということでございます。

それでは、資料3でございます。令和5年の厚生労働行政推進事業補助金、厚生労働科学特別研究と言われているものでありまして、題名は2ページ目に書かれておりますが、「日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証」ということで、私が研究代表者として受けて行いました。

目的でございますけれども、従来から医師の偏在対策は地域枠とかいろいろな方法が行われておりますが、専門研修におきましては、シーリングということが2018年から導入されました。当初は、東京をはじめとする大都市圏で14基本領域、先ほど言った医師が減っているものを除いた基本領域に対して過去5年間の採用数の平均を超えないというのが最初で、その次の年は加えて東京都だけマイナス5%という形で行って来ました。さらに、

先ほど申しあげましたように、2020年からは必要医師数を基にしたシーリングの現在の計算が行われるようになってきましたけれども、2018年から既に6年たちますので、その効果を検証する時期ということでございます。

本研究では、方法論としては、データベース解析、これは当機構がっております登録システムによるデータベースですが、個々の専攻医もしくは新専門医制度で専門医に登録された方、合格された方の個人別に3万5000幾らのマイページが保存されておまして、そういうデータのベースを解析するということです。

基本的には3万5000強の中で、生まれた都道府県、大学の所在地、臨床研修先、専門研修を行った場所、それから勤務先が、専門医になった方の場合ですが、そろっているものは3500ぐらいで、これは解析のパワーとしては10分の1程度ですから少し弱いということがあります。このデータベースに関して、これから先、登録が増えてまいりますので、何年か先にはかなり充実したものになるのではないかと期待しております。

その結果、専攻医の都道府県、基本領域の選択行動に関して解析したということでありまして、少し例を申しあげたいと思います。専攻医の研修先、専門研修先に残るかという質問に関しまして、6割ぐらいの方が残ると、専門研修だけをその地域で行った方でも、決めていないという方以外の半分ぐらいは残るという回答であり、先ほど申しあげた特別地域連携プログラム、連携プログラム等ございますが、その地域でまず研修していただくということが重要なのではないかと考えております。

一方で、希望どおりプログラムに合格しなかった場合に関していえば、領域を変えるか都道府県を変えるかということでございますけれども、基本的には領域は変えないで都道府県を変更したという例のほうが多かったという結果でございます。

3ページに移っていただくと、データベース解析はお話ししましたけれども、それにプラス、当機構がっておりますデータベースにのっとして、各専攻医もしくは専門医、プログラムの研修責任者に関するアンケート調査を行いました。データベースに関しては後で具体的なものを示しますけれども、エッセンスは、今、申しあげたとおりです。

アンケート調査に関しましては、専攻医調査は対象が3万6427名、そのうち回答率が46.3%、1万5857名から回答を頂きました。有効回答、解析できる回答を頂きました。これはかなりたくさんの質問数、30以上の質問数があつて、もちろんお礼のない無償のアンケートで、そこを考えますと、50%を超えなかったのですが、かなりいい数字ではないかと自分としては考えております。

責任者の調査に関しましては、プログラムの責任者数3716名ですけれども、これは60.5%と過半数の有効回答を頂いております。

プラス海外の制度との比較ということで海外調査、これは文献上の調査です。

先走ってしまいましたけれども、次の4ページはデータベースの解析です。左の欄は、前年度シーリングがなかったところに新たにシーリングをつけたらシーリングがある領域がどうなったかということ、赤で囲ってあるマイナス134とか、シーリングをかければシーリ

ングのかかった地域は減る、新たにかけると減るということです。右の欄は、上がシーリングのある科の年次変化です。シーリングがある領域に関して医師少数県と中等度県と多数県で分けて、多数県だけ減って、少数県は増えている傾向にあるということです。シーリングのない領域に関してはそれほど大きな変化はない、差はないということです。

5 ページですが、プログラム不合格だった方が293名ございまして、そのうちで、都道府県、領域とも変更しないものが64.8%、都道府県だけ変えた人が33.1%、基本領域を変えた方は非常に少ない。要するに場所を変えた、地域を変えた方が多いということが分かりました。

専門研修と勤務先、これは専門医を取られた方ですが、初期研修と同一の方が65.8%、卒後研修と一致する率が次に多くて6割ぐらい、専門研修と同じ場所という方が5割ぐらいです。

7 ページに出ておりますけれども、卒業大学と初期研修、専門研修を丸と書いてありますのは、その方が同じ地域で受けた、勤務地と同じ場所であるということです。ここにありますように、40%の方が全て大学も初期研修も専門研修も同じ場所ということですが、卒業大学と一致するのが50%、初期研修と一致するのが65%、専門研修先で勤務された方に関しては、先ほど間違いましたが、8割の方がそこで働くというふうな形が出ております。

6 ページは、プログラムが不合格になった方の場合に、領域変更というのは領域を変えた方、見てお分かりのように各領域別にほとんどいらっしゃらないということですが、領域を変更しなかった方でも場所を変えた方が97名いらっしゃったということで、ある程度の数いらっしゃったということです。

次の8 ページは、制約がない場合に今と違った場所もしくは領域を選んだかどうかということでございます。変更したという方の数でございますが、都道府県の変更が13%に対して、アンケート調査では領域の変更は7%という形で、この例でも、データベース解析ほどではありませんけれども、やはり領域は変えないで都道府県を移った方が多いということです。

9 ページの左側は、専門研修を終わった後に専門研修の場所で働くかと尋ねた場合、御覧になってお分かりのように、全体で6割ぐらいの方は働くということでございます。右側は、今回提案させていただいた特別連携の条件を少し変えたほうがいいのではないかという事の根拠になるわけですが、特別地域連携プログラム、連携プログラムにおいて、現在派遣された連携先の都道府県で勤務されるかどうかという質問です。約3割の方が今もしくは将来勤務したいとおっしゃっております。希望しないという方が3割ぐらい、まだ決めていないが3割、これはかなり希望の持てる数字ではないかと考えております。

アンケート調査に関しまして、次の10ページは、いつ診療科、領域を決めたかということを見たものですが、御覧になってお分かりのように、臨床研修の2年目が圧倒的に多い。ただし、臨床研修2年目で50%未満の領域、産婦人科、精神科、小児科など、そういう領

域に関しては、学部の時代から決めている、学部の後半期に決める、そういう方が多い。あらかじめ決めている領域もあるし、多くの領域に関しては臨床研修に入ってから決めている。その領域を選んでいただくにはどこで働きかけをしたらいいかということを表していると思います。

12ページは、ビジーになってしまって、見ていただいたらいいと思いますが、どういう条件で基本領域を選択したかという理由でございます。一番多いのはやりがいを感じるからとか、将来にわたって専門性を維持しやすいとか、非常に真っ当な理由と感じています。

次の13ページは、同じように図にしたものでございます。左は都道府県を選択した理由、右はプログラムを選択した理由が書かれております。地域を決めるのは、プログラムが自分に合っていた、出身地だからとか、プログラムを決めるのは、プログラムが充実していること、指導者がちゃんといるというようなことが書かれております。

14ページの進路に関しては、専門研修の医療機関が圧倒的に多い。専門研修を受けた関連医局に入局が今でも多い。医師不足地域に働く場合の条件も聞いておまして、そこに書いてあるようないろいろな条件、代わりの方がいらっしゃるとか、研修に関する条件もありますし、住まい、こういうものもこれから先、医師偏在を解消していく上で参考になる知見があると考えております。

外国のものに関しましては、ドイツとフランスを例に、ドイツの医師会は医師全員参加の医師会ですが、医師会が運営しているということ、フランスでは国のほうがかなりきちっとしたシーリング制度、厳格なシーリング制度を取っているということで、この制度を参考にしながら日本も考えていったらどうかということになると思います。

以上をまとめたものが最後の16ページでございます。少なくともシーリングは医師多数県から医師少数県等へ移動させる一定の効果はあったということですが、医師少数県全般にはまだ行き渡らないというのが結論であります。地域偏在に関しては、ある程度これに関する改善は必要なのかと考えておりますし、診療科偏在に関しましては、シーリングで変更するということはなかなか難しい。領域を変える方のほうがむしろ少ない。そもそも各領域の必要医師数を領域別にどうやって出すのかということが問題かと考えております。

結論ですけれども、現在のシーリング制度は医師の地域偏在対策において、診療科偏在に関しては括弧ですが、専攻医の選択行動に一定の効果はある。ただし、少数県全てに行き渡っているわけではない。今後、得られた結果を踏まえて、この研究は専門医機構を中心に続けさせていただいて、解析は基幹的な問題がまだ十分でございませぬので、その中では続けるということでありまして、その中で地域枠をはじめとしたその他の医師偏在対策の効果との比較等に関しても解析して、そのほかの視点もあるかもしれませんが、外国の制度等を参考にしながら、検討を進めたいと思います。

その上で、専攻医のアンケートにおける意向を踏まえた対策が非常に重要かと考えておりますし、専攻医の持っている意向は我々が見ても健全なものだと考えております。そこを生かせるような施策が大事かと思っております。



以上でございます。長くなり申し訳ございません。

○遠藤部会長 渡辺参考人、どうもありがとうございました。特に調査結果は非常に興味深い内容が含まれていたと思います。

引き続きまして、事務局から資料4が提出されておりますので、説明をお願いします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

そうしましたら、資料4をお手元に御用意いただきまして、1ページおめくりいただき、2ページ目を御覧いただければと思います。

こちらは今回御議論いただきたい論点を2つお示ししております。まず、特別地域連携プログラム、令和7年度、来年度のプログラムについて御議論いただければと思っております。書いておりますように、特別地域連携プログラムの新たな要件案について、実効性を含め、どのように考えるか。具体的には、特別地域連携プログラムはシーリングの枠外に設置されるということから、要件を拡大することでシーリング対象外の都道府県にどのような影響があると考えられるか、あるいは特別地域連携プログラムによって研修施設から病院への医師派遣、こういったことについて実効性を担保できると考えられるか、こういった観点などから御議論いただければと思っております。

もう一点、専門医制度における今後の取組について、こちらは今し方御報告いただきましたシーリングに関する研究もございましたので、そういった研究結果を踏まえて、今後、シーリングを見直すに当たり、シーリングの対象となる領域や都道府県、シーリングの設定数、激変緩和措置などの観点からどのようなことに留意すべきか、また、その他、医師の偏在対策や研修機会の確保などの観点から、今後の取組においてどのようなことに留意すべきか、こういったことについて御議論、御意見を頂ければと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

一通り資料についての御説明を頂きました。これからはそれにつきまして御審議いただきたいと思っております。本日の議題は、2025年度専攻医シーリングについてというものと、専門医制度における今後の取組についてという2つでございまして、最後に事務局から出された資料がまさにその内容だと思っております。前半が2025年の専攻医のシーリング、とりわけ特別地域連携プログラムについて御議論いただきたい、こういうメッセージと思っております。後半は、先ほどの調査研究等踏まえて今後の取組について御意見を賜りたい、こういうことだと思っております。

それではまず、前半の2025年度専攻医シーリングについてということで、御説明いただきました資料でいうならば資料1、資料2、あるいはただいまの資料4の前半部分、これに絡むもの、もちろん資料3の調査研究の中に含まれているものもございましたので、その辺を中心に特別地域連携プログラム等について御意見等頂ければと思っております。いかがでございましょうか。山口委員、どうぞ。

○山口委員 山口でございます。

渡辺理事長、御説明ありがとうございました。

今、渡辺理事長からもお話がございましたけれども、シーリングの結果、明らかに効果が出ているとすれば、医師多数県の人数を制限できているということです。では、医師多数県で研修ができなかった方がどこへ行ったかということ、やはり近隣の県に流れてしまっていて、医師少数県を充足するという対策にはなり得ていないのではないかと。なので、私は前から申し上げているのですが、シーリングや専門研修によって医師偏在を解決することには限界があるのではないかと、今回の御説明をお聞きしても感じました。

その上で質問したいのですが、特に今日の議題の1つ目にある特別地域連携プログラム、資料1の10ページを見ますと、令和5年が60人、令和6年が42人ということで、人数は明らかに減ってしまっているわけですが、ゼロの科も結構あります。機構としてはどれぐらいの人数を目標として立てておられたのかということをお尋ねしたいのがまず1点目です。

それから、新しく出てきた、同じ資料1の16ページで特別地域連携枠の連携先の新たな要件ということで、研修施設Aに対して採用元施設から専攻医を1人派遣すると、研修施設Aから医師少数区域の病院Bに研修施設Aにもともといらっしゃる医師を派遣するというような新たな提案で、先ほど都道府県に対して検証をお願いしているとおっしゃったわけですが、どのような検証が行われるということになっているのか、お尋ねしたいと思います。

といいますのも、これは形としてはあり得るのかと思いますが、実際に研修施設Aがもろ手を挙げて1人のドクターを医師少数区域に派遣するという実効性があるのかどうか、疑問に思いました。都道府県で検証するとしても、実際に研修施設Aに該当するところにもしこういうことを実施するとしたらどれぐらいそのことは積極的に行いますかというような意見を聞かないことには、机上の空論になってしまう可能性があるのではないかと感じましたので、検証の在り方ということについてきちんと調べる必要が、統一した検証を行っていかねばいけないのではないかと感じました。

それから、専門医制度における今後の取組ではなくて、資料3についての質問も、部長、今、してもよろしいでしょうか。

○遠藤部長 結構です。お願いします。

○山口委員 では、資料3で2点ございます。

まず1つが、5ページ、研修プログラム不合格者293名のうち、都道府県も基本領域も変更しなかった人が64.8%、過半数以上ということで大勢ですけれども、この方は実際どこに行かれたのか、二次募集か何かで皆さん分散したのか、その辺り、これだけ不合格になっていて、都道府県も基本領域も変更しなかった方はどこで研修されたのだろうかというのが疑問に思いましたので、そこをお尋ねしたいと思います。

もう一つが9ページです。アンケート結果で左側の専門研修プログラム修了後の希望ということで、実際に専門研修を受けたところで働きたいという希望者が63.1%、多い数だ

という御説明があったのですけれども、これは医師多数県と少数県に分けた分析はないのでしょうか。同じところで働きたいといっても医師多数県であれば今回の議論ではあまり意味がないのかと思いましたので、その辺りをお尋ねしたいと思いました。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

幾つかございましたけれども、渡辺参考人、いかがでしょう。

○渡辺参考人 忘れたことがあったら補足してください。

1 番目の特別地域連携は幾らぐらいを予測していたのかということに関しては、初めての制度ですから、答えは正確なものはありません。

○山口委員 目標です。

○渡辺参考人 目標は正式にこの委員会で特には設定しておりません。初年度60人ということなのですが、一つは今回、特別地域連携プログラムを変更といいますか、部分的な変更ですけれども、行おうというところでは、各領域学会等の意見は、先ほどどなたかおっしゃいましたけれども、ある程度聞いております。その場合の声が、先ほどどこかのページにございましたけれども、まとめの中にあったように、少数区域に限定した場合はやはり手を挙げる方が非常に少ないということなので、例えばこれは正確な数ではないので大体のイメージとだけいただけたらいいと思うのですが、私は内科出身なものですから、内科の学会等に聞いてみますと、当初のプログラム、これは登録したわけではなく、提案したプログラムは200数十あったというのが、実際に少数区域に限定しますと60、50という段階、その中で20何人が登録されたということなので、それが一つの参考になるのかなと思っています。内科に関しては登録専攻医数が最も多い領域で、医師の大体3分の1近くが内科でございますので、それがある程度反映しているのかと思っています。シーリング領域の中ではかなり大きいと思っております。したがって、予測ではなくて希望としては、実際に残ったものの倍程度になってくれればどうかなという気はしております。ただし、これはあくまで当機構の希望でございますので、何とも言えないと思います。

2 番目が、たしか検証ですね。それに関しては、当機構で都道府県その領域に関して調査する能力ももちろんございませんし、都道府県の地域医療対策協議会のほうに昨年度も出したのですけれども、依頼のお手紙を出して報告書を頂いてということしかないだろうと思います。それから、それがなされなかった場合、最初、登録だけしたけれども、実際に検証が行われなかった場合は、次の年のプログラムを検証させる、取り消すというようなことしかないのではないかと考えております。

その次は何でしたか、資料3。

○遠藤部会長 山口委員、3 番目の質問の補足をお願いできますか。

○山口委員 資料3の5ページの不合格者の。

○渡辺参考人 分かりました。今、データは持ち合わせておりません。確かに都道府県も変えないで領域も変えないでという方が多いというのはどういうことなのかということは、

申し訳ございませんが、今のところデータを持っておりません。

あとは9ページですね。9ページに関して少数県と多数県で分けた解析、これはやろうと思えばできると思います。ただ、今のところはグロスでしか見ておりません。先ほど申し上げましたように、研究が始まって実際の解析の時間というのは、1年間の研究でございまして、アンケートでほとんどの時間を取られておりますので、解析はかなり積み残していると考えていただければいいと思います。当然、山口委員が御心配なさっているように、残る方の多くが多数県にという可能性は捨て切れないというふうに思います。ただ、少なくとも専門研修に派遣されたところで残るという方は結構多いので、多数県は特別地域連携と都道府県限定分、要するに、次に足下充足率が低いところにとどのくらい残るかというアンケート、それは解析可能です。今後、解析していきたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山口委員、よろしゅうございますか。

○山口委員 この部会の関心事としては、医師少数県で研修を終えた人がそこに残ってくれるかどうかということがやはり重要なことだと思いますので、その辺りの分析はぜひ今後出していただきたいと思っております。

論点にある特別地域連携プログラムについては、これの実効性をここで話し合うということであれば、きちんと目標設定ということをししないと実効性があるのかどうかということの議論もできないと思いますので、それによって何をどういうふうにしたいのかということは目標を明らかに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。

では、立谷委員、お手を挙げておられます。お待たせいたしました。お願いします。

○立谷委員 特別地域連携プログラムの効果について、今後の考え方も示されていますけれども、私、この会議の場で何度か言ってきましたが、東京一極集中、首都圏一極集中、これは人口問題でもそうですし、医師の問題でもそうなのですが、それぞれの県の中にミニ一極集中という問題があるわけです。私、福島県で渡辺先生と一緒に地域医療をやっていたんですが、隣の宮城県のことを言いますと、仙台市は医師が非常に豊富なのです。ところが、仙台市以外の宮城県の各地域に行きますと、医師不足が甚だしいところがたくさんございます。

そういった意味では、特別地域連携プログラムというのは医師偏在に対する一つの有効な方法ではないかということをおっしゃったこともあったのですが、特別地域連携プログラムの3年に1年の出向先を県単位で考えるということになりますと、同一県内のミニ一極集中の集中しているところに行って、そこから地域に医師を1人派遣するということが果たしてスムーズにできるのかどうか、これは山口先生の今のお話と共通しますけれども、現実的にはかなり難しいと思うのです。

その結果、ここのところがあやふやになってきますと、医師が豊富なところに取りあえず希望して、3年に1回、1年は地方都市に行けばいいじゃないかということになったのでは、地域医療の医師不足の状況は決して簡単なものではない。渡辺理事長の話ですと、プログラムの中で地域の指導医等々の問題でなかなか手を挙げてくれるところがないというようなお話でしたが、このプログラムそのものも考えていく必要があるのではないかと思うのです。今、DXと言われていますけれども、デジタル技術をもってして教育するということをもっと積極的に考えていかなければいけないのではないかと。

地域の医師不足に対して、我々市長会として懸念の声が非常にあるわけですが、そのことに対する一つの方法論だったのが、私ははっきり申し上げて、玉突き方式というのは現実的にはかなり難しいのではないかと思います。ちなみに、私、福島県の地域医療対策協議会の委員をしておりますが、地域医療対策協議会でこれをコントロールすることは難しいです。検証するというようなことを今までやったことはないですけれども、仮に後からそうなりませんでしたと言われても、地域医療対策協議会で、こうしなさい、あしなさいと言う権限はないのです。これは最初の趣旨を逸脱してしまうことになりはしないかということ非常に懸念するわけなので、この点についてはいかがなものかという意見を開陳させていただきたいと思っております。

それと、もう一つ問題なのですが、地域に行ったドクターたちが、資料3の9ページにございますけれども、先ほど渡辺理事長もこれは希望の持てる数字だとおっしゃいましたが、特別地域連携プログラムで採用された方々が、研修修了後に地域に残ろうという方が将来的には希望したいという方も含めて4割近くいらっしゃるのですね。これはとてもいい数字だと思っています。やはりドクターとして一生やっていく際に地域医療を経験するというのとは一つの素養として極めて重要なことではないかと思っておりますので、この制度をせっかくなつくったわけですから、しっかり大事にしていていただきたい。その際に、あまりぶれてはいけないと思っておりますので、重ねて申し上げさせていただきます。よろしくお願ひします。

○遠藤部会長 立谷委員、ありがとうございます。御意見ということで受け止めさせていただきます。よろしゅうございますか。

渡辺参考人、何かコメントございますか、ただいまの御意見。

○渡辺参考人 もちろんまだ実行されるということではございませんので、当然、懸念はございます。ただし、これから先、何らかの形で地域で研修していただくという制度、道筋をつけるということは、言葉が適当かどうか分かりませんが、今の制度でそのままいくのか、それとも、ある意味で社会実験的な意味合いももちろんあると思っております。それもやっていくということ、これで希望もあるのではないかと考えております。2年間同じような形でやってきて、結局それほど増えないというところで、これをやったときに、では、それ以上の偏在が助長されるかということ、それはないのではないかと。効果はないということは考えることはできると思っております。そういう危惧はあると思っておりますけれども、こ

れ以上悪化するということはないのではないかと考えておりますので、今後の制度設計をしていく上でもこういう実証実験的なことはやっていかなければいけないのではないかと、悪影響はどういう形になってもないのではないかと私は考えております。

それから、地対協に関しては、もちろん県でいろいろ状況が違うのだろうと思いますが、私どもは、やはり地対協に頼る以外には、その地域の問題、地域で実際行われるどうかを当機構で調査することは難しいと思いますので、都道府県のほうでもある程度努力というのか、一つの努力は専攻医が来やすい環境をつくる、場合によっては家族と住めるような環境をつくるのか、そういうふうなことを、実際問題として、ここに知事さんがいらっしゃいますけれども、新潟県では一つのモデルとして、先ほど特別地域連携、精神科が多いのですが、新潟県は関東以外では突出して多いというようなことがあるので、そういうことも多分、地対協もしくは都道府県で努力された結果ではないかと思っております。ちょっと申し上げにくいことを申し上げますと、我々にだけ期待するのではなくて、都道府県もしくは地対協で自助努力もしていただきたいというふうに、それが相まって効果を上げていくのだと思っております。したがって、今回の試みに関してはやらせていただければと思っております。もちろん結果がノーということは十分考えられると思っておりますが、マイナスにはならないと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 渡辺参考人、ありがとうございました。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 今、地対協の問題というふうにおっしゃいましたけれども、私は、ミニ一極集中を助長するようなことがあっては決していけないと思っているのです。ですから、この制度については、今までやってきた特別地域連携プログラムはもうちょっと続ける必要があるのではないかと考えていますので、意見の開陳とさせていただきます。私は反対でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございました。御意見を承りました。

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。

私も基本的には特別地域連携を増やすというのは反対です。結論的に言いますと、昔、寺本理事長先生が「連携プログラムは非常に人気のあるプログラムです」と言われたので「そんな人気があるのですか」「はい、地域で医療をするということは非常にいいことだと私も思っています。非常に人気がある」と言われて「そうなのですね。では、全ての専攻医の先生方に地域に一時期行ってもらったらいいいのではないですか。通常プログラムの先生も行ってもらったらいいいのではないですか」と私、質問したとき、そこの返事は何もなかった。

要するに、ある決まった人だけに行ってもらって、決まった人だけがそこにいろというような形で、言葉悪く言うと、いけにえみたいな感じになるのではないかとというふうな気

がしました。この特別地域連携プログラムになったときに、ちょっと出ていましたけれども、研修施設としての要件を満たすところがない、少ないというのがあるのですが、本当にここに1年以上いて、ちゃんとした専攻医としての勉強ができるのかというところを私は疑問に思っています。やはり専攻医の3年間は非常に重要な期間だと思っているのです。その期間に1人でぼつんと、1人といったらあれですけども、やはりちゃんとした研修を受けられない。ちゃんとした研修を受けられないと言ったら語弊があると思いますけれども、多分、大学病院で研修していたら症例検討会、抄読会、いろんな形で毎日そういうことが行われると思うのです。

今日、渡辺先生が持ってこられた資料3のまとめの10ページにも書いてあるのですがけれども、地域に行った専攻医が全国の学会や国際学会に参加しやすい環境、一定のインセンティブがあること、休診時の代替医を派遣・調整してくれる体制があること、診療上のサポート体制があること、遠隔相談などができることと書いてあるのですね。私、非常に疑問に思ったのは、ぼんと専攻医が行って遠隔相談をしないと治療ができないというのは環境的に非常によくはないと思っています。当然のごとく、若い先生が遠隔相談でも上の先生に今日相談がありますからと気軽に言って受けてくれるかといったら、それはなかなかないと思うのです。相手の先生もお忙しいと思うので、1週間に1回にしてくれとか、10日に1回にしてくれとなってしまふような気がします。医師としてちゃんと鍛えないといけない時期にこういう人を1人だけぼんと行かせていいのかどうだろうか。

それと山口委員も言われましたけれども、実際、特別地域連携プログラムが人気がないというのも、それを表しているのではないかと思います。私、前から平等性を言いますので、やはりみんなで分けていくということ、渡辺先生もおっしゃったのですが、地域に行った人はそこにまた行きたいという人が多いということは、いろんな先生に行ってもらって地域を見てもらって、そこに1人でも残る人を増やしていくというのが筋ではないかと個人的には思っています。

資料2を見ると、また話が別になって申し訳ないのですがけれども、シーリングの話が資料2に出されており、最初の部分の内科にありますけれども、東京都を見ても、シーリング数の合計数が573と書いてあります。これは特別地域連携プログラムがあるのですがけれども、応募枠を見ていると、シーリング数を全部満たしていないのです。ということは、シーリングをかけている意味があるのかどうかというところに何となく疑問を持ってしまいます。確かにこういうふうに特別地域連携とか連携プログラムとかあるので、当然、医師の偏在地域に行ってもらうのは分かるのですがけれども、いわゆる採用数よりもシーリング数のほうが多いというのは本当にシーリングをかけている意味があるのかという疑問も何となく感じるのです。その辺がどうなっているのか、これでバランスが取れているといえば取れているのかもしれませんが、その辺に非常に疑問を感じます。

それから、基本領域を変更するよりは都道府県を変更するとか病院を変更するほうが多いと今日言われていましたけれども、こう言ったら悪いですが、当たり前の話だと思って

います。医学部に入ったときに、ここに行きたいという方が結構おられるのです。私の同級生も、最初に入ったときから、僕は鼻のことで苦労したから絶対耳鼻科に行くのだと、研修医を終わったらすぐ耳鼻科に入るみたいな形で耳鼻科に行くわけです。医学部6年間、研修医2年間していたら、自分の行きたいところが大体決まるわけです。例えば自分が精神科に行きたいのに、どこも行くところがないから眼科に変えますか。そんな先生は絶対いないのです。やはりそこは初志貫徹という形でみんな動きますので、科を変えるというのはかなり勇気が要って、自分の同級生を見ていてもそうですけれども、どの科に行ってもいいよとかよく分からない、どの科も面白そうだし、どの科に行ってもいいよというのは事実です。でも、大体の先生方がみんな決めて、この科に行きたいという形で移っていったと思います。

それから、連携、特別連携とか地域に残るといようなことも少しあったのですが、一つは、先生方もよく御存じなのですが、お礼奉公があるのです。変な話ですが、研修医2年を終わって専攻医3年やって「次はほかにいきます」と言ったら「おまえ、もう移るのか」となるのです。「おまえ、いいとこ取りかよ」と言われる。やはりお礼奉公というのは、我々の世界といたら変ですが、当然のごとく、勉強も3年では足りないので、もう少し勉強して、それで一人前になってから次のステップを踏むというのが通常だと思いますので、残るといのは当たり前の話なのかなという気はしています。

それから、今回、東京などで研修を終わって専攻した人が地方に回っていくというのが結構出ているのが渡辺先生の結果のほうからありました。それはごく自然な流れで、研修医を終わって、専攻医を終わって、ある程度勉強したら、そこで初めて次に自分はどこで何をしようかと考えられるというのが普通なのです。自分が自信がないのにほかにやろうというのは怖くてできないので、一般的には少なくとも5年、長ければ7年、8年、10年と、東京であったらいろんなことが見られますし、いろんなことをやって次のステップに行くというのが普通の流れかなと感じます。

それから、今回、厚生労働科学研究で出されていた、連携枠とか特別連携枠に選ばれた人たちが実際どれぐらいの数が出て、どれぐらいの人たちがどのように感じているのかという細かなデータが、このアンケートの中に出ていなかった。そこはすごく寂しく感じた部分です。

あと、実際、都道府県の首長さんたちが現状どうなっていると理解されているのかというデータも出さないと、よく分からないという気がしました。こちらのサイドの話だけではなしに、都道府県側がシーリングとかこういうことをして実際に来てくれているのかどうかというデータを出していただくということと照らし合わせないと、これだけを見て決定するというのは非常に危険という気がしました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。多様な御意見でありました。

御意見であります。渡辺参考人、ただいまの御意見について何かコメントがありまし



たら、お願いしたいと思います。

○渡辺参考人 私、ちょっと理解できなかったのが、東京の例えば内科のシーリングと、2020年とか2018年の採用数はあれですけども、例えば東京の内科はほとんどフルマッチになっていると理解しております。

もう一つは、少数区域でどういう研修をするかということに関しては、例えば指導医が電話連絡でというようなことでどうかという話なのですが、初期研修を終わっている方なので、ある程度の指示があれば、最近ではウェブも進んでおりますので、ウェブ診断ということもできるかと思っております。現に、領域、例えば内科であれば、特別連携施設といまして、少数区域の診療所などが大学病院なり基幹病院との連携をして研修するということで研修施設として認められているということで、ほとんど全国の二次医療圏に研修施設があるという状況ができております。

多分、診療科によって違うのではないかと思います。例えば総合診療とか、内科でもゼネラルな総合内科のような領域に関しては、地方に行くことが決してマイナスだと思っておりますし、そういうふうな形の研修はむしろ有益だと自分自身の経験からも考えておりますし、遠隔であったとしてもそこに指導医のアドバイスが日常的に得られるのであればというふうなことで、もう少しそういうゼネラルな領域に関していえば、そういうアウトリーチといいますか、広報をきちんとやっていくことで増やせるのではないかと考えております。

それから、都道府県の知事の方とか、要するに地元の方の意見をということ、それは私どもも考えております。そもそもシーリングというのは、どこにどういうお医者さんが必要なのかという必要医師数に基づいて行っているわけですが、既に必要医師数の計算というのは2018年に行われたものであります。しかも2024年の必要医師数を基にシーリングは計算して、現在もそうしているので、その間に新たに働き方改革ということも入ってきておりますので、状況が少し変わってきております。当機構で必要医師数を出すというような力量はとてもないとは思っておりますけれども、その考え方をこれから当機構でも検討していこうと考えております。

方法論としては、一つは領域学会です。領域学会に御意見を聞く。そのときに一番大事なのは方法論です。どのような計算で必要医師数が出るか。それは多分、今、言ったゼネラリストが多い領域、病理とか放射線のように画像解析で集中したほうがいい領域、救急のようにアクセス時間が大事な領域、それぞれ領域ごとに違うのではないかと考えています。

もう一つは、もし可能であれば地域の計画というか、まだ考えているという段階なのですが、都道府県の御意見を頂ければ、どういう考え方で必要医師数を決めたらいいのかというようなことを調査して、それを基に議論を始めようかと考えております。1年後、2年後、3年後のシーリングに間に合うかどうか分かりませんが、とにかく開始しなければ始まりませんので、そういうことを考えているということは申し添えたいと思いま

す。

以上です。

○遠藤部会長 渡辺参考人、ありがとうございました。

それでは、片岡委員、お手を挙げておられますので、よろしくお願ひいたします。

○片岡委員 ありがとうございます。御説明いただきまして、特に研究の結果につきましては、大変興味深く拝見させていただきました。

アンケートでも強調されていたとおり、一度地域で研修を受けることによって、連携先で診療あるいは研修を続けたいという意見を持つ方は決して少なくはないので、現時点で人数が少ないとしても、継続あるいはより発展させていけるような工夫をぜひしていただければいいのではないかと思います。

先ほど県などの担当者の御意見をしっかり吸い上げていくというお話がありましたけれども、現在、自治医科大学に関してはもちろん非常に歴史がありますし、各大学で導入されている地域枠に関しましても、実際、地域枠の義務年限が終わる方も出てくるというようなタイミングになっておりまして、各県でもその担当者のセクションあるいは大学における地域医療教育を担うようなセクションに関しては、マネジメントや環境整備に関して相当なノウハウが蓄積されていると思います。そうしたところとしっかりと連携していくことで、より効率的な運用、工夫することができるのではないかと思います。

自治医科大学の小池先生がファーストオーサーで、私も共同研究者として発表した論文もあるのですが、それは地域枠と自治医科大学の学生あるいは卒業生の方の全国調査ですが、地域定着に何が重要かというファクターで見ると、学生においては教育、卒業生においては研修環境というのがやはり非常に重要でした。そうしたところをしっかりと保障していくということは専攻医にとってももちろんとても重要なことではないかと思います。

あと、質問事項なのですが、資料1の16ページの新たな今後の工夫案ということで、例えばA病院に派遣があったときに、より地域の病院に医師が派遣されるというシナリオを拝見しました。より地域へと派遣される先生の条件、診療科とか経験年数、そういったようなことはまだ決まっていないのかもしれないのですが、その辺りがこの制度がうまくいくかどうかに関して重要なのではないかと思います。もしある程度経験がある方が、より医師不足地域に行くということであれば、そちらの指導体制が整うということにもつながるのかなと思いつつ、この図を拝見しておりました。

質問の2つ目ですけれども、初期研修のほうでも広域連携型プログラムに関して、今、議論がなされているかと思いますが、そちらのほうとも連動していく可能性あるいは予定があるのかということも気になりました。広域連携型プログラムにつきましては、例えば医師多数県の中でも医師少数区域をどう扱うかといったような議論もなされていると思いますので、初期研修と専門研修もうまく連動して、連携して取り組めたらいいのではないかと思います。

これも先ほどの議論の中で少しお答えを頂いたのですが、資料1の11ページに、例えば新潟県の精神科の先生の派遣のような、連携がうまくいっているケース、グッドプラクティスと呼べるようなものが幾つかあるのだろうと思いましたが、それらの分析あるいは情報共有といったことも今後していただければ、よりよいと思いました。

それから、先ほどシーリングについての御意見を野木先生から頂いたと思います。要するに、シーリングをかけているけれども、アプライする人数がそもそもそんなに多くないのではないかという御意見だったと思います。私が知る限り、例えば内科でいいますと、シーリングがあるので、もし希望通りに行けなかったらということで手を挙げにくくなっているという若手医師側のブレーキにもなっているのではないのでしょうか。そのために、結果、見た目の人数が均衡しているという部分もあるのかなと思います。内科等に関しましては、特に地域医療を担う分野としても重要だと思います。私も、地域医療の経験が重要であることは自分自身の経験からも強く同意するところですが、シーリングは、例えば内科希望者に関してはかなり厳しい現状になっているのではないかと考えております。

以上、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。

渡辺参考人、ただいま幾つか御質問もありましたので、何かコメントがあればお願いしたいと思います。

○渡辺参考人 16ページの図で研修施設Aと病院Bというところでありますけれども、これはやはり地域、もしくは半分の部分に関しては医局を期待しているところがあるということです。先ほど立谷委員がおっしゃっていましたが、私も福島県に20何年勤務しておりましたので分かるのですが、私は大学だったわけですが、大学の医局で、例えば少数区域に出したいといっても、実際に大学も疲弊しているような状況、疲弊というほどではないにしても、ぎりぎりで回っているということがございます。私の発想としては、そこにもし1人来ていただければ、その余裕が診療に対してはできるという形で、昔の医局制度がいかどうかは議論のあるところだと思いますけれども、ある程度イメージとしてはそれを念頭に置いているということでございます。

あと、初期研修との連携に関しては私も望むところではございますが、ただ、これは日本の壁で、文科省管轄と厚労省管轄ということもあるのかもしれませんが、情報を含めて連携がなかなか取れていない状況なので、これはできるだけ私どものほうからも働きかけして連携が取れるようにしていければというふうに思っております。

それから、グッドプラクティスの情報共有ということに関しては、今、新潟県知事さんも手を挙げていらっしゃるみたいなので、後で発言していただければいいと思いますけれども、私、先ほど言い過ぎたかもしれませんが、このプログラムをうまくやっていくにはそういう都道府県側の受入れ体制とか、あと、大学もしくは大きな基幹病院、県立中央病院とか、そういうところに対する働きかけもやっていただくというのが大事なのではないかと思えます。

シーリングがブレーキになっているのではないかということに関しては、それは一部あり得るとは思っております。そうならないような制度設計をしていかなければいけないとしか言いようがないのではないかと考えております。

以上です。

○片岡委員 ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせいたしました。牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 ありがとうございます。牧野です。

私からは、今回の特別地域連携枠の連携先の新たな要件についてということに関しての質問と意見ということで述べさせていただきます。

まず、先に質問ですが、一体何が目的なのかということをお尋ねしたいと思います。これを見たときに、現在、シーリングがかかっている医師多数県のシーリング枠外での採用を増やすということが目的なのか。それとも医師少数区域の医師を増やすということが目的なのか。資料1の12ページ、一番下の行にありますけれども、特別地域連携プログラムというのは、医師少数区域で地域医療を経験できる貴重なプログラムだと、だから積極的な応募を期待したいということが書かれているのですね。ところが、今回、提案いただいたものだと、こういった経験はできない。医師多数区域の病院に行くわけですから、これはできないということになると思います。ですから、一体何が目的でこういったものが出てきたのか、私にはよく分からないということになります。

そして、この12ページを見ますと、シーリングは大都市圏の医師が減ることに対しては一定の効果があって、特別地域連携プログラムというのはそのシーリング外で採用するわけですから、こういったシーリング効果を減らすということになるわけです。逆に、少数県において必ずしも医師が増えるわけではないということも書かれているわけです。ですから、少数地域の医師を増やすということが目的ともなかなか思えない。

実は、この玉突き方式というのは、例えば短期的に医師を派遣するということには非常に有効だと思っています。私の病院でも実際にやっています、私の病院は北海道の真ん中の旭川にあって、もっと北のほうにある小さな町の医師が不足している。そこで札幌から私の病院に医師が来て、私の病院からその町に医師を派遣する、そういったことを実際にやっているのです。それは移動時間を短くするという意味である程度効果的な方法だと思いますが、ただ、特別地域連携プログラムの新たな連携先という要件になりますと、1年間ということですので、そういった効率性も期待できないということで、そういったこともありまして、目的が一体何なのか、知りたいところです。

基本的に私としてはこれにはあまり賛成できないというのが意見です。以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、渡辺参考人、コメントをお願いいたします。

○渡辺参考人 目的はシーリング枠を増やすということではございません。当然、少数区

域、医師の少ないところにお医者さんに何とか行っていただく。やはりそこで研修をする意味のある、ゼネラルな総合診療、総合内科、精神科もそのうちのひとつかもしれませんけれども、そういう領域のお医者さんにそこに行っていただくということです。その分の都会のシーリングが増えるという話なのですけれども、実働からしますと、例えば東京が10人増えたとしても、必要な地域に行っていただいて、そこにある程度の確率で残っていただくということは、例えば仕事量を計算しても、見かけのシーリングが1つ増えたということ以上の効果があるのではないかと考えています。決してシーリングを逃れるというようなあれではありません。

それから、派遣に関しては、例えば1年派遣するのは難しいというお話であれば、私もそういうことをやっていたけれども、半年ごとに人を替わってもらってということ、そこは医局なり病院の医師にその意義を分かっていたということになれば、今の若いお医者さんたちは昔の我々の世代とは全く違いますので、ならばもう辞めますということになってしまいますので、そんな無謀なことはできないのが今の状況、特に働き方改革が実施されて以降、そういうことはないのだろうと思っています。その条件が整うところで増やすということなので、目標はと聞かれましたけれども、それほど大きな変化ではないと思いますが、東京での微増に比べれば、私もやっていた地方なんか比べれば、同じ1人の意味合いが全然違うということもお考えいただきたいと思います。1人増えることの意味と1人減ることの意味が少数区域に関してはかなり違うということも考えていただければと思っております。

○遠藤部会長 牧野委員、いかがでしょうか。

○牧野委員 確かにおっしゃることは分かります。少数区域で1人増えるというのは結構大きなインパクトがあるというのは確かに分かるのですけれども、では、それを一体どこに持っていくのか、どの県に持っていったときにそれが本当に言えるのかという辺りのことも確認していかなければいけないのかなという気もします。

私からは以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、花角委員、お待たせいたしました。よろしく申し上げます。

○花角委員 ありがとうございます。

私も意見を申し上げたいのですが、まず、特別地域連携プログラムについて、これまで各委員の御発言で随分いろんな課題も指摘されていますし、様々な問題があるのだろうと思います。しかし、始まったばかりですので、基本的にはこれで地域偏在の解消に少しでも可能性があるというところで、改良を加えながら特別地域連携プログラムを続けてもらいたいというのが基本的なスタンスです。

その上で、先ほどから新潟県の精神科での特別連携のいい例ということで御紹介もありましたけれども、あれは恐らく特別な人的な関係で出来上がったものでありまして、参考例になっていくかどうか分からないところがありますが、いずれにいたしましても、資料

1の4ページ目の2つ目のパラグラフに書いていただいていますけれども、連携先の施設の候補一覧を作成・公表する予定と、これはまだ実施できていないというふうに聞いております。以前、私、この部会で、この一覧は大事だから活用されるように運用面の工夫をお願いしたいと発言したことがあります。この連携先をつくっていくための重要な情報、プログラムをつくる重要な情報ですので、ぜひとも一覧表の作成・公表を早急に進めてもらいたいと思います。

その上で、今回の玉突き、要件の緩和については、シーリングの効果というところで、結局、大都市圏の周辺県だけが増えた。実際、特別地域連携プログラムの実績も関東地域が多い。新潟県は特別な例がありましたけれども、今回、要件の緩和の玉突きをやるにしても、また結局、大都市圏の周辺県で大学病院や基幹病院から派遣されるプログラム、そうしたものに偏ってしまうのではないかと懸念しています。こうした玉突きのパターンをやってみるというのであれば、少なくともシーリングによる効果が十分に発揮されていない東北・東海・甲信越地域の医師少数区域に医師が派遣されるプログラムに限っていただくなど、地域偏在の解消に多少なりとも効果が期待できるような制度設計をお願いしたいと思います。

もう一点、シーリングの根本的な話の繰り返しになりますが、大都市の周辺県では確かに増加した例があるけれども、全国全ての医師少数県における専攻医の増加には至っていない。資料3の最後のページに書いてありますが、今、申し上げた東北・東海・甲信越地方の医師少数県においてはシーリングによる効果が十分に発揮されているとは言えない状況にある中で、新潟県も専攻医は実はこの3年、100名前後で、ほとんど横ばいということで、このシーリングが十分に機能していないと言わざるを得ないと思っています。ぜひ激変緩和措置の見直しを進めてもらいたいと思っており、具体的にどのような見直しをこれからしていくのかという点についてはまた議論させてもらいたいと思いますが、そもそもシーリングのほうが採用数よりも多いのがシーリングなのかという御意見もありましたが、シーリングの効果が十分出るような見直しを、専門医機構への厚生労働省さんからの要請も含めて検討を進めてもらいたいというふうをお願いしたいと思います。

私からは以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御意見、御要望でございましたけれども、渡辺参考人、何かコメントがあれば簡潔にお願いできればと思います。

○渡辺参考人 特にはございませんけれども、知事が最後におっしゃったように、効果が上がるよということ、実際問題として、足下充足率0.7というのは東北と上信越が多いのです。したがって、そこに何とか医師を、専攻医ですけれども、ただ、専攻医といっても臨床研修は済んでいる方ですし、何とか条件を整えて、指導体制、あと、医師の働き方、家族を含めて住めるというような形のものを希望しているのですけれども、これはやはり先ほどから出ておりますように、都道府県の御意見、ではどう解決するのかという御

意見も頂きたいと思ひますし、各領域学会等々に関しても御意見を頂きたい。今後、それで検討していきたいと思ひております。次年度には到底間に合わないと思ひますが、1年、2年のうちに何とか提案をとということ、その中には、私、考へているのは、個人の意見で申し訳ございませんけれども、シーリングに関しては、初期研修は専門研修で行ったようにもつきついシーリングをとという意見もございます。その場合、研修の質との関係で綱引きになりますので、それが本当に担保できるのか、日本全体の医療供給の能力、数、質が落ちるのではとんでもない問題なので、そこの兼ね合いがあるので、学会というか、そういうアカデミア、自治体等の意見等、これから聴取させていただければと思ひます。

あと、リストのことに関しましては、昨年度もそういう形のものを都道府県に私どもとしては要請したつもりなのですが、ただ、単に要請しただけなのではないかと言われますと、そうなのですが、完全な形というか、御返事が来ていない県もあると事務局からは聞いております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、時間も迫っておりますので、議題1についての議論はこれぐらいにさせていただきたいと思ひますけれども、2025年のシーリング案について、特に今回は特別地域連携枠の新たな要件案というものが出ましたので、これについて様々な御意見を賜りました。本部会での御意見及び各都道府県の御意見をそれぞれ整理して、事務局におかれましては、次回以降の本部会にお示しいただいて議論が進むようにさせていただきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

続きまして、議題2「専門医制度における今後の取組について」ということで、資料3のシーリングに関する研究報告を踏まえて御議論いただければということ、既にこの議論に入っているわけでありましてけれども、改めて今後の議論ということ、来年度にとらわれずということ幅広な御意見を頂戴できればと思ひます。いかがでございましょうか。

大体御議論は出尽くしたという感じですか。よろしゅうございますか。

それでは、先ほどの議論の中に既にこの領域についても踏み込んだ御発言がございましたので、それらを踏まえて、事務局としましては、整理して、今後の議論に資するものを作成していただきたいと思ひます。

それでは、本日予定しておりました議題は以上のおりでございますけれども、事務局から今後の進め方等について何かございますか。

○染谷課長補佐 次回の部会開催日程につきましては、追って調整の上、改めて御連絡させていただきます。よろしくお願ひいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、本日、非常に活発な御意見を頂きまして、どうもありがとうございました。委員の先生方におかれましては、御多忙にもかかわらず多大な御協力を頂きまして、重ねて御礼申し上げたいと思ひます。

それでは、これで令和6年度第1回「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。どうもありがとうございました。