

○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2回「医道審議会医師分科会医師専門研修部会」を開催いたします。

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

現時点で委員の過半数を満たしておりますので、本部会が成立しますことを御報告申し上げます。

また、本日は参考人に出席いただいております。大井川委員の代理として茨城県保健医療部理事兼次長兼医療局長の砂押参考人、花角委員の代理として新潟県福祉保健部の中村参考人に、一般社団法人日本専門医機構より渡辺理事長、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。

審議官の森です。

○森審議官 よろしくお願いたします。

○染谷課長補佐 医師養成等企画調整室長の和泉です。

○和泉医師養成等企画調整室長 よろしくお願いたします。

○染谷課長補佐 なお、森審議官は公務により途中退席する旨、御了承ください。

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。

(報道関係者退室)

○染谷課長補佐 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いてはお手元に資料を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5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、本日、オンラインで御参加の委員の皆様へのお願いとなります。御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。また、御発言の際はZoomサービス内のリアクションボタンのアイコン内にある「手を挙げる」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してください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、よろしくお願いたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。皆様、本日もどうぞよろしくお願いたします。

それでは、早速議題に入りたいと思います。本日の議題は2つございまして、議題1が「令和7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案」というものでございます。議題2が「今後の専門研修制度に向けた検討について」でございます。

まずは事務局から議題1について、資料1の「令和7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案」の説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○加藤課長補佐 事務局でございます。

資料1をお手元に御用意ください。「令和7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案」でございます。

おめくりいただきまして、まず、前回、日本専門医機構から提示されたシーリング案の確認をさせていただきます。3ページ目をおめくりいただきまして、今回提案されたのは特別地域連携プログラムの連携先についてでして、これまでの足元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連携先としておりましたけれども、こちらに加えて、新たに医師少数区域の病院に新規に医師を1年以上派遣する施設を連携先としてはどうかといった御提案をいただいたところでございます。なお、通常プログラムと連携プログラムについては2024年度と同様とするということでございました。

おめくりいただきまして、4ページ目が、今回新しく提案されました特別地域連携プログラムの連携先の新たな要件について図で表したものでございます。左側、シーリング対象の都道府県を採用元としまして、右側、原則足元充足率が0.7以下の都道府県を連携先として専攻医が研修するというところでございますけれども、これまでは医師少数区域にあります病院Bを研修施設とするとしておりましたけれども、今回の提案は、医師少数区域にある病院Bに新たに医師を送ることで、研修施設Aを連携先とすることを可能としてはどうかという御提案でございました。

続きまして、「2.令和7年度のシーリング案について」、6ページを御覧いただきまして、流れの確認でございます。真ん中にございます「厚生労働省」の欄を御覧いただきまして、7月19日、前回の第1回医師専門研修部会でこちらのシーリングの案を御説明いただきました。こちらに並行いたしまして、下の欄「都道府県」に対して厚生労働省から協議をかけておまして、地域医療対策協議会を踏まえまして、知事からの意見を提出いただいたというところでございます。今回、第2回の医師専門研修部会は、前回の部会での御意見、それから都道府県知事からの御意見を踏まえまして、大臣意見を案としてお示ししておまして、こちらが了承されましたら、日本専門医機構及び学会に対して大臣意見を発出するという流れとなっております。

次の7ページ目に移りますけれども、こちらは前回の専門研修部会でいただいた御意見の概要でございます。まず、特別地域連携プログラム等についてでございます。1つ目、専門研修終了後に連携先の県への勤務希望者が一定数いることは評価すべき。また、専攻

医の期間に医師少数区域で地域医療を経験できるプログラムとして価値があるということで、この特別地域連携プログラムについては継続、あるいはより発展させていけるような改良や工夫をするべきといった御意見でございます。

2点目、連携先の施設の候補一覧につきまして、こちらは昨年度から作成・公表の要望をいただいております、昨年度の大臣意見にも含まれていたものでございますけれども、連携先を確保し、プログラムを作成するために重要な情報であるため、一覧表の作成・公表を早急に進めてもらいたいという御意見を改めていただいております。

続いて、特別地域連携プログラムの新たな要件（案）についてでございます。1つ目、新たな要件では連携先を医師少数区域にある施設に限定しないこととなり、医師少数区域で経験できるというプログラムの目的に反するのではないかという御意見。2つ目、医師少数区域に限定しないことで都道府県内の偏在が助長されるのではないかという御意見。それから、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るなど、地域偏在の解消に効果が期待できるような制度設計とするべきではないかという御意見をいただいております。

残りの3点につきましては、新たに医師を派遣することの実行性の観点での意見でございます。まず、医師少数区域の病院に派遣できる医師を一人でも確保することは現実的にはかなり厳しいという御意見、こういったことに実行性があるかという御意見、それから、都道府県の地域医療対策協議会で新たに派遣される医師のコントロールや検証を行うといった考えもありましたけれども、こういうことは難しいのではないかという御意見をいただいております。

8ページ目に進んでいただきますと、都道府県からの御意見の概要をお示ししております。

全体的な事項としましては、厳格なシーリングを運用することという御意見をいただいております。2つ目は、シーリング対象の都道府県に所在する連携施設における研修期間に一定の上限を設けるべきとあります。こちらは例えばシーリング対象外の都道府県にある施設を基幹施設としながら、研修期間の大部分を連携先のシーリング対象の都道府県で研修している実態があるのではないかと御指摘からいただいている御意見でございます。

次に、特別地域連携プログラムについてでございますが、これに対しては医師の地域偏在を助長するおそれがあることから、地域偏在是正の実効性を検証し、シーリングの枠内で実施することという御意見をいただいております。

続いて、特別地域連携プログラムの連携先の新たな要件（案）についてでございます。新たな要件（案）は、都道府県内の医師の地域偏在を助長するおそれがあること、それから、地域医療対策協議会での協議は極めて困難であること、そして、新たな要件は東北・東海・甲信越地方に限ることといった御意見をいただいております。

特別地域連携プログラムの連携先につきましては、連携先の候補一覧を作成するための照会がなかったということや、こういった連携先の候補一覧を早急に作成し、公表するこ

とという御意見を都道府県からもいただいているほか、連携先となる要件は都道府県の意向を反映させるべきといったものや連携希望の病院から手挙げするなど、基幹施設からコンタクトしやすい仕組みが必要という御意見もいただいております。

こういった前回の部会での御意見や都道府県知事からの御意見を踏まえまして、今年度の令和7年度シーリング案に対する大臣意見の方向性の案を4点整理してございます。

まず1点目、特別地域連携プログラムについては、地域偏在の解消や専攻医が地域医療を経験できること等の目的を維持し、地域偏在是正の実効性を検証しながら連携先の要件や研修期間等について改良を加えていくこととしております。こちらは前回の部会での医師少数区域で地域医療を経験できることに価値があるといった御意見や、偏在是正の可能性が少しでもあるといった御意見、都道府県からその検証の必要性や連携先を絞る、枠内に設置するといった御意見も様々いただいている状況を踏まえまして、今後も引き続き改良を加えながら発展させていただきたいという趣旨での意見となっております。

2点目、特別地域連携プログラムの連携先の新たな要件についてでございます。提案された医師少数区域の病院に新規に医師を1年以上派遣する研修施設につきましては、医師派遣の実行性の担保が困難と考えられること、それから、地域偏在の助長の懸念があることから、連携先の要件には含めず、既存の要件のとおりとすることとさせていただいております。

3点目、昨年度の令和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の意見でありました、「特別地域連携プログラムの連携施設の候補の一覧を作成・公表する等、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」について速やかな対応を行うこととしております。

最後の4点目、シーリング対象外の基幹施設のプログラムにおいて、研修期間の大部分をシーリング対象地域における連携先で研修を行っているプログラムの実態を調査し、医道審議会に今年度中に御報告することとしております。

以上、知事等の意見を踏まえ整理しました4点の方向性につきまして、御了承いただけましたら、医師法にのっとりまして大臣意見の発出に向けて進めさせていただければと思っております。

事務局からは以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

これまでの議論及び自治体からの議論をまとめたものが、最終的にはただいま説明のありました9ページに原案として出されておりますので、これを中心に御意見等をいただければと思いますが、オンラインと会場が分かれていますので、まず会場の委員の先生から御意見があれば、いただきたいと思っております。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 山口でございます。

この意見の方向性については、私は賛成したいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

では、立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 前回の議論がほぼ反映されていると思いますので、私としても賛成したいと思えます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

野木委員、お願いいたします。

○野木委員 ありがとうございます。

意見の方向性という意味合いでは、私は賛成という形になると思います。

ただ、後で言うべきなのかどうかは分からないのですけれども、今、地域偏在の問題が大きな話題になっていて、知事会が発表されたり、日本医師会が発表されたり、あるいは厚生労働省大臣がこの地域偏在の問題をどうするのかということの特にここ1か月ぐらいでいろいろな発表をされているという事実があって、その部分をどう踏まえていくのかというのは今するのか、後にするのかということをお教えいただきたいと思えます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

これは事務局のお考えをお聞きしたいなと思えますけれども、いかがでしょうか。

○西嶋医事課長 医事課長でございます。

委員御指摘のとおり、医師偏在については厚労省も含め様々な方々、団体から声が上がっていると認識をしております。先日、大臣からも計画という形でお示しをしておりますけれども、そういった内容につきましては、大臣からも先日、指示がございましたので、地域医療構想等の検討会等の場を使って年末までに議論いただくという手だてでございますので、たちまちこの検討会ということではないかなと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。オンラインで御意見がとおりになる方、いかがでしょうか。

中村参考人、お願いいたします。

○中村参考人 ありがとうございます。

新潟県花角知事の代理でございますけれども、方向性としましては同意させていただきます。

その上で、1つ目のポツのところ、地域偏在是正の実効性を検証しながら、今もその話がありましたけれども、連携先の要件や研修期間等について改良を加えていくと。こちらは具体的にどんな改良なのかということですが、連携先としましては、例えば前回の研究結果でシーリングの効果が及んでいないような地域があることが分かったということであるため、そういった地域に限定するであるとか、あるいは研修期間も今、特別地域連携は1年になっていますけれども、もともと連携プログラムでは1年6か月という

ことですので、その効果によっては1年を1年6か月としていくであるとか、あと、プログラムによっては3年以上のプログラムもございますので、そう考えると例えばプログラム期間の半分にするという改良が考えられるかと思っておりますので、今後も改良を加えていただければと思います。

あと、3つ目のポツのところについては前回、花角知事から発言させていただきましたけれども、プログラムの検討、作成に重要な情報となる連携先候補の一覧は早急に作成・公表を進めていただければと思います。

私からは以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御意見として頂戴いたしました。ありがとうございました。

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。

私の意見は、9ページにあります今後のシーリング案に対する意見の方向性に関して、4点ありますけれどもいずれも賛成いたします。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございました。

それでは、宮城委員、お願いいたします。

○宮城委員 横浜市立大学の宮城です。

提案については賛同いたします。

一点、今後の課題にもなるかと思うのですけれども、特別地域連携プログラム推進でちょっと心配なのが、内科や外科など、サブスペシャリティが非常に分化されているところでは、専攻医の間にはほとんどサブスペが決まってしまうと、そうするとやはり専門領域のハイボリュームセンターの所属を希望する方が多くなってしまって大都市偏在ということになるということも今後の課題としては重要なのではないかなと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

今後の課題としての御提案だと理解させていただきます。重要な御指摘だと思います。ありがとうございました。

それでは、山崎委員、お願いいたします。

○山崎委員 よろしく申し上げます。

町村会といたしましては、医療提供体制が脆弱な地域が大変多い中で、シーリングが解決の一助となるように期待をしております。

一方で、議題2にも関わることですが、地方では医師の高齢化が顕著でございます。たびたび申し上げますけれども、シーリング対象県の中に専攻医採用枠が全国平均を下回る県が含まれているということでもあります。大都市部におけるシーリングの激変緩和措置の見直しも含めて検討が必要であろうかと思っております。

ただ、シーリング対象の県内におきましても中山間、あるいは離島、医師少数区域が存在するために、シーリングの効果が届きにくい、届いていない地域があると思っております。実効性のある仕組みが早急に必要であろうということでもあります。

よろしく申し上げます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。御意見として承りました。

それでは、片岡委員、お願いいたします。

○片岡委員 ありがとうございます。

私も方向性として賛同いたします。

意見としましては、前回も申し上げたことと同じで恐縮なのですが、初期研修医の広域連携型プログラムも今、準備が進んでいるところだと思うのですが、連続性ということも考え合わせると、それらとも連携していくことが重要ではないかと思っておりますので、意見として申し上げます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにオンラインではよろしいでしょうか。

それでは、この件につきましては御意見が大体出尽くしたかなと思っておりますので、今、ほとんどの委員の方々からおおむね原案については御賛同いただけたということでございますので、基本的にこの内容につきまして御承認をいただけたというふうにさせていただきたいと思っております。

したがって、この内容、あるいは場合によっては幾つかの御意見もございましたものですから、その辺も踏まえるかどうか、この辺についてはまた検討させていただきますけれども、それを踏まえて厚生労働大臣から日本専門医機構等に対して意見・要請を行うという段取りで進めさせていただきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

ちょっと事務局に確認したいのですが、このシーリングの具体案についての承認は必要ですか。

○加藤課長補佐 シーリングの具体案、参考資料3につきましても内容に含まれておりますし、都道府県からの御意見もいただいております。それらを踏まえて日本専門医機構に御意見をフィードバックさせていただきまして、最終的に確定となるものと認識しております。

○遠藤部会長 本部会でこれの御承認が必要かどうか、つまりこれの説明がなかったので、それについて確認をさせていただきたいというこの具体的な事務局の考えをお聞きしたいと思っております。

○染谷課長補佐 課長補佐の染谷でございます。

こちらの具体的なシーリング案についても御確認いただいた上でこちらの大臣意見ということになっていると思っておりますので、この部会においても何か御意見があれば、承ればと考えております。

○遠藤部会長　　そうですか、分かりました。

　　したがって、参考資料3には都道府県別のシーリング枠が書いてあるわけですが、これは特段問題ないかと思えますけれども、最終的に当部会で御承認をいただければと思えますけれども、特段何か御意見はございますか。よろしゅうございますね。

　　それでは、こちらでも当部会で御承認をいただいたということにさせていただきたいと思えます。ありがとうございました。

　　それでは、2番目の議題に移らせていただきたいと思います。「今後の専門研修制度に向けた検討について」、もう既にこの内容についてはいろいろとコメントもいただいたかと思えますけれども、引き続き御検討いただければと思えます。

　　それでは、資料2について御説明をいただきたいと思います。

○加藤課長補佐　事務局でございます。

　　資料2「今後の専門研修制度に向けた検討について」をお手元に御用意ください。こちらは前回、今年度第1回の部会において専門医機構の渡辺理事長からシーリングの効果検証に関する研究の結果を御報告いただきましたけれども、そういった結果や知見を踏まえながら、今後の専門研修制度に向けた検討を開始させていただければと考えております。本日はそうした検討の初回キックオフという位置づけでございます。

　　おめぐりいただきまして、「1.現状のシーリング数等について」でございます。3ページ目に現状のシーリングを振り返りとしてお示ししておりますけれども、まずシーリングの対象につきましましては、『「2018年の医師数」が「2018年の必要医師数」および「2024年の必要医師数」と同数あるいは上回る都道府県別診療科』とされております。領域の例外としまして、外科・産婦人科、病理・臨床検査、救急・総合診療科の6診療科はシーリングの対象外とされております。それぞれ対象外としている理由は3)から5)に書いてありますけれども、外科・産婦人科については平成28年度の医師数自体が減少しているなどの理由、病理・臨床検査は専攻医が著しく少数である等の理由、救急・総合診療科は「今後の役割についてさらなる議論が必要とされている等の理由でございます。

　　下の枠に移りまして、通常プログラムのシーリング数についてでございます。こちらは2018年から2020年の3年間の平均採用数をベースとしておりまして、ここから「2018年～2020年の3年間の平均採用数」と「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」の差分、これは必要医師数を考えたときには過剰とも捉えられるような分でございますけれども、これに20%を掛けて調整したものを除いている形となっております。

　　4ページ目をおめぐりいただきまして、こちらはシーリングの全体像でございます。先ほど御説明しました通常プログラムは左下の青い枠のところに位置づけられておりまして、その上に連携プログラムがございます。先ほど通常プログラムの算出の際に、必要医師数の観点からは過剰な分とも捉えられるものを除いた数を連携プログラムとして戻されるような仕組みとなっております。連携プログラムの連携先はシーリング対象外の都道府県、期間は1年半、また、連携プログラムの一部は都道府県限定分という必要医師数を分母、

現在の医師数を分子としたときの足元充足率が0.8以下の県で研修するプログラムとなっております。

以上が通常プログラムの連携プログラムでございますけれども、この2つに特別地域連携プログラムというものがあるのがシーリングの外側で設置されているような形となっております。特別地域連携プログラムの連携先は、先ほど申しましたけれども、足元充足率0.7以下の都道府県のうち医師少数区域にある施設などが連携先とされております。研修期間は1年以上とされているところです。

続いて、5ページ目でございます。こちらが先ほどのシーリング全体像を実際に適用するとどのような都道府県診療科にどのような数で適用されているかというものでございます。数が書かれているところがシーリングの対象となっている都道府県診療科でございます。例えば東京都の内科を御覧いただきますと、通常プログラムが398、連携プログラムが123、特別地域連携プログラムが52という見方をする表でございます。

おめぐりいただきまして、6ページ目がシーリングの結果といたしますか、専攻医がどれほど採用されたかという実績を都道府県別に示した一覧となっております。見方の一つの例としまして関東の周辺を見ていただきまして、13番の東京都ですけれども、こちらはシーリング対象となっている領域が多いですけれども、平成30年から比較して令和6年にかけて採用数は抑制されているということが見ていただけるかと思えます。一方で、東京都の周りの埼玉県、千葉県、神奈川県などは、締め出すような形で採用数が増えているという状況でございます。また、東北のほうに目を移していただきまして、岩手県や秋田県、山形県などがそうですけれども、あまり数が増えていないといったことも見ていただけるかと思えます。

続いて、7ページ目に移っていただきまして、今度は診療科ごとの採用実績数を示したものでございます。左側の診療科の名前のところに緑色がかかっているのがシーリング対象となっている診療科、白いところがシーリングの対象外となっている診療科でございます。シーリング対象の診療科ではシーリング対象県への集中を防ぐという仕組みになっているので、全国で見ると増加も減少も想定されるものでございまして、実際に増えているような診療科も減っているような診療科もあるという状況でございます。シーリング対象外の領域については地域ごとの制限がないという領域でございますけれども、特に外科・産婦人科がシーリング対象外になっている理由が平成28年の時点で医師が減っているという理由でしたけれども、産婦人科については少し増えている傾向、一方で外科についてはあまり増えていないのではないかという状況でございます。

それから、救急科と総合診療科については、今後の役割に関して議論が必要とされるという理由でシーリング対象外となっておりますけれども、こちらは人数が増えてきているという状況でございます。

おめぐりいただきまして、次にシーリングに関する研究結果・御意見、それから、本日は新たにデータもお示しいたします。9ページ目は前回、渡辺理事長から御報告いただき

ました、シーリングの効果検証に関する結果の一部でございます。まず左側、新たにシーリングが設定された際の採用者数の変化でございます、前年にシーリング設定がなくて当年に新規に設定された場合に採用者数がどのように変化するかというものですけれども、採用者数は前年と比較して減少していたというものでございます。

右側に移りまして、上側の図はシーリングのある領域について医師少数県、医師中程度県、医師多数県に分けて採用者数を見たときにどのように推移しているかというグラフでございます。シーリングのある領域について、医師多数県における採用者数は抑制されておりまして、医師少数県及び医師中程度県における採用者数は増加しているという結果でございます。

次のページに今の説明したものの詳細版を載せております。先ほど医師少数県全体で見ると採用者数は増えていましたということをお説明しましたがけれども、少数県の詳細を見てみますと、九州1県、関東5県は数が増えている一方で、東海3県、東北5県、甲信越2県については増えていないということで、シーリングのある領域における医師少数県の採用者数の推移については地域によるばらつきがあり、増加していない地域も存在するというものでございます。

右側がシーリングのない診療科における採用者数の推移でございます。ばらつきがありますがけれども、2018年時点の母数の差があることも御留意いただいた上で見ていただければと考えております。

続いて、11ページ目が研究の全体に関するまとめでございますけれども、研究の中では機構がお持ちでいらっしゃるデータベース分析と専攻医に対するアンケート調査の方法が取られておりましたけれども、アンケート調査については2020年度から2023年度の4年間に専門研修プログラムに登録した専攻医1万5876名の回答、これは46.3%の回答率でしたが、こういった調査でございました。

2つ目、制約がない場合にどういった都道府県・領域を希望していましたかという質問に対して、16.4%が別の都道府県・基本領域を希望したと回答しておりました。必ずしもシーリングによる直接的な効果に限ったものではない、具体的には例えば試験とか、シーリングではなくプログラムの定員があつたりといったシーリング以外の影響もあると考えておりますけれども、こういったシーリングは医師偏在対策として専攻医の都道府県・基本領域の選択行動に一定の効果があつたと評価できるとされております。

地域偏在のところですがけれども、シーリングのある領域について、シーリングのない領域と比較して医師多数県での採用者数が抑制されておりまして、医師少数県の採用者数は増加してはいたけれども、この医師少数県の採用者数の増加については地域によってばらつきがあつて、特に東北・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という状況でございました。

診療科偏在につきましては、対象となる都道府県や採用上限数等、設定方法により大きく異なってくると考えられるため、本研究では十分に解析することが困難であつたとされ

ております。また、関連する事項としまして、専攻医は都道府県を変更してでも基本領域を優先する意向が強いということも本研究では明らかとなっております。

結論のところでございますけれども、現行のシーリングは医師の地域偏在対策・診療科偏在対策において専攻医の選択行動に一定の効果があると推察されるとされております。今後、今回得られた結果も踏まえ、地域枠をはじめとしたその他の医師偏在対策の効果を除いたシーリングによる効果の解析等を含む他の視点からの継続的な解析が必要である。その上で、専攻医の意向等を踏まえた適切な医師偏在対策を行うことが重要であるとされております。

続いて、12ページに、前回、専門研修部会の皆様からいただいた御意見の概要をお示ししております。全体的な事項としまして、医師多数県の人数を制限することについては効果がありましたけれども、医師多数県で研修できなかった方は近隣の県に流れてしまっており、医師少数県を充足するという対策にはなり得ていない。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。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。ぜひ緩和措置の見直しを進めてもらいたいといった御意見、それから、都道府県がシーリングについての現状をどう受け止めているか、意見を聞くべきといった御意見もいただいております。

特別地域連携プログラム等についてでございますが、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は決して少なくない。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といった御意見や、地域偏在の解消に少しでも可能性があるということで、改良を加えながら続けてもらいたいといった御意見をいただきました。

その他のところで、地域定着には研修環境が重要という調査結果があるということで、地域医療教育のためのマネジメントや環境整備に関するノウハウが蓄積されている都道府県や大学のセクションとも連携し、効率的な運用やアイデアの収集をしてはどうか。それから、地域定着のために重要な要素に研修環境があり、医療DX等を含めた研修環境の整備を考えるべきといった御意見もいただいております。

13ページ目、14ページ目が、都道府県からいただいた御意見でございます。まず、シーリング数の設定方法につきましては、激変緩和措置により大都市部の募集定員が固定化されていて、シーリングを厳格に実施するべきといった御意見。それから、シーリング数については、過去3年間の採用数が考慮されると単年度の一時的な採用数の増加に影響を受けるということで、シーリング数の算定方法の見直しを行ってほしいといった御意見。それから、シーリング対象県からは、シーリングにより若手の採用が抑制されることで若手医師が減少するということ、もともと高齢医師が多かったためにシーリング対象となっていたという事情もある中で、医師の年齢構成に配慮するべきといった御意見もございます。

地域偏在への配慮の観点につきましては、シーリングの対象外となっている診療科についてもシーリングを設定するなど、都市部への集中を是正する対策を行うこと、診療科に

よってはシーリングのさらなる厳格化を行うべきという御意見をいただいております。

診療科偏在への配慮の観点としましては、全国的に不足感の強い診療科はシーリングの対象外とすること、採用数が少ない診療科に配慮すべき、個々の診療科が持つ特性を踏まえて対象とするかを検討すべきといった御意見をいただいております。

おめくりいただきまして14ページ目、都道府県からの意見の続きでございますが、連携プログラム等につきまして、特別地域連携プログラムは現行のシーリングの枠内で実施することという御意見、そして、通常プログラムを含めてより多くの専攻医が医師少数区域で経験を積むことを促すべきといった御意見もいただいております。

総合診療専門医等についてのところですが、1つ目、全人的な治療ができる内科医や総合診療医など、今後、ますます地域医療に必要となる医師を幅広く育成するため、過度な専門医志向を助長することのないよう制度設計において留意してほしい。2点目、地域で必要とされる総合診療医について、専門医取得後のキャリアパスを明確にするなど、専攻医数が増加するような魅力のある制度設計や魅力の積極的な発信をしていただきたい。3点目、総合診療専門医のダブルボードを取りやすくしてほしいといった御意見もございます。

最後、その他のところですが、シーリング設定対象となると、医師が充足しているとの誤ったメッセージが発信されてしまうといった御意見をいただいております。それから、専門研修は専門領域を深く学ぶ期間として充実した研修先で行うべきであって、そういった制度の趣旨を踏まえた医師偏在対策とすべきだという御意見もあります。それから、ライフステージや質の高い研修など、専攻医の立場に立った運営をするべきといった御意見。最後に、地域枠医師が、医師不足地域を中心に地域医療に従事しながら専門医資格の取得や更新ができるよう、柔軟なプログラムの設定、カリキュラム制の整備、ローテーションへの配慮等、当該医師が適正にキャリアを積めるよう柔軟に対応していただきたいといった御意見もいただきました。

15枚目からが、今回、新しくお示しをするデータとなっております。まず、縦軸でございますけれども、人口10万人当たりの専攻医採用数でございます。真ん中の辺りに「全国」の赤い点がございまして、これよりも上側が全国平均よりも多く専攻医が採用できている都道府県、これよりも下側が全国の平均よりも専攻医採用者数が少ないところがございます。横軸ですけれども、人口10万人当たりの主たる診療科別医師数でございます。こちらは内科のスライドでございますので、現在、県にどれほど内科医師がいるかというものを人口10万人当たりで見たものでございます。真ん中にあります全国平均よりも右側が全国よりも内科医師が多い都道府県、左側が全国の医師よりも内科が少ない都道府県ということになります。それから、赤い枠に赤字で書かれている都道府県は、シーリング対象となっている都道府県でございます。全国を真ん中に見たときに、右上の部分は現在、内科の医師が多いけれども専攻医採用者数も多いという見方もできますし、逆に左側は全国の内科の医師が少ないのだけれども専攻医採用数も少なくなっているという見方です。

また、右下にあります赤いシーリング対象となっている科については、シーリング対象となっているのですけれども実は専攻医採用数が全国よりも少ないということでございます。

留意事項としまして、今、シーリング対象とすべきかどうかとそのシーリング数をどうするかということには、必要医師数やそれに基づいた年間養成数を使っております。この計算には都道府県ごとの医師の年齢構成、それから患者さんの年齢構成も使われておりますし、都道府県間の患者さんの流出にも配慮された緻密な指標となっておりますので、必ずしもこのグラフの中で見方が一致するものではないということには御留意いただく必要があるというのが一点。

それから、必要医師数算出時点が2018年のデータを使ったりしておりますので、一方こちらは令和4年のデータを使っているということで、この5～6年でどれほど医師が増えたかという時差の観点も御留意いただいた上で見ていただければと思っております。

後ほど論点をお示ししますが、赤枠の県のシーリング数の程度について、強めたり、あるいは弱めたりということの検討に資するデータとして御覧いただければと思っております。

こういった形で内科から小児科という形で18領域についてデータをお示ししておりますので、御覧いただければと思います。総合診療につきましては、こちらのデータ算出に使っております三師統計にこの項目がないということで、今回、データとしてはお示ししておりません。

34枚目に、本日、御議論いただきたい論点を整理しております。今後、専門研修制度の検討として地域偏在・診療科偏在に配慮したシーリングを実施するに当たり、シーリング対象基本領域の設定や各都道府県におけるシーリング数の設定方法、総合診療専門医の在り方といった様々な観点があると考えております。その中で今回は前回の本部会で示された厚労科研の研究結果や各都道府県のデータ、都道府県からの御意見を踏まえて、以下の論点について御検討いただきたいとしております。

まず1つ目が、シーリング数の見直しについてでございます。シーリング対象県については、先ほどデータで御覧いただきましたとおり人口10万人当たりの専攻医採用者数が全国平均に達していない県もある一方で、全国平均を大きく上回る県もございました。それから、意見としてシーリングの厳格化に関する意見もいただいております。こういったことを踏まえて各都道府県におけるシーリング数の抑制や緩和についてどのように見直すべきかというものが1つ目の論点でございます。

2つ目、連携プログラム・特別地域連携プログラムの設定の見直しについてでございます。シーリングのある基本領域について、シーリング対象外となっている医師少数県の採用者数が増加しているものの、地域によってばらつきがあり、特に東北・東海・甲信越地方においては増加に乏しいという状況がございました。特別地域連携プログラムは、東北地方等への連携を念頭に設定されたプログラムであるという経緯もありますし、激変緩和措置を見直すべきという意見もいただいております。こうしたことを踏まえ、通常プログ

ラムと連携プログラム、特別地域連携プログラムの設定方法や各プログラムの設定数についてどのように見直すべきかというものが2つ目の論点でございます。

事務局からの御説明は以上でございます。よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

非常に丁寧な御説明をいただきました。これまでのルールの説明、それから調査結果の内容や現状どうなっているかということについての御回答もありまして、最終的には論点という形で案が示されております。これまでもいろいろと御意見があったかと思えますけれども、また改めて皆様方の御意見を頂戴したいと思えます。

それでは、また会場から御意見を頂戴できればと思えます。山口委員、どうぞ。

○山口委員 ありがとうございます。山口でございます。

御説明どうもありがとうございました。まず資料の11ページですけれども、意見と質問がございます。この考察のところ、医師多数県での採用者数が抑制されている一方で地域によってはばらつきがあって、本来行ってほしい医師少数県になかなかシーリングによる効果が発揮されていないということが書かれているのですけれども、結論のところ、専攻医の選択行動に一定の効果があると推察されると一番上に書いてあるのですが、私はこれにちょっと違和感がありまして、医師の地域偏在対策・診療科偏在対策において医師多数県の抑制としては一定の効果があるということであって、専攻医の選択行動ということに一定の効果というのは文言としてちょっと違和感があるなと思えました。

というのも、この研修部会というのは本来、専攻医がどれだけ充実した研修を受けることができるか、専門医制度の中で充実した研修を受けてもらうということが第一義のはずですね。それがどうしても偏在対策の効果というところばかりが強調されてしまいますので、まず若い医師たちの研修の充実ということを一義に考えないといけないのではないかとこの文章を読んでいて改めて思いましたので、こういった文言にも少し気をつけていただきたいなと思いました。先ほどの東北・東海・甲信越といった医師少数県にシーリングではなかなか効果が現れなくて、どうしてもシーリングがかかっているならばその近隣に流れてしまうということですので、今の在り方でその辺りというのはもう限界かなと前から申し上げているように感じています。

それから、総合診療専門医ですけれども、これからのかかりつけ医機能ということも今、言われていますけれども、やはり総合診療を目指す方は増えていただきたいと思う中で、この専門医制度が始まってもう6年がたってきていますので、14ページのところに都道府県からの意見として専門医取得後のキャリアパスを明確にするということが書かれていますが、総合診療専門医の方たちがどういったその後になっているのかということをし少し調べていただいて、これから専攻医になる人たちにちゃんと指し示すということをして、魅力ある総合診療専門医が増えているかどうかということも明らかにしていただく必要と、情報提供ということが不可欠かなと思っています。

質問ですけれども、今回、15ページから初めて見るデータを出していただいたわけです

けれども、これは病院で働く医師と診療所とが混ぜこぜになっているのではないかなと思いました。というのも、17ページの皮膚科を見ていると、人口10万人当たりの医師数というので東京に皮膚科が突出しているというのは明らかに診療所ではないかなと思うのですね。これは今後の専攻医の研修の在り方を考えていくときに、診療所と病院とを別に出していただくことが大事なのではないかなと思ったのですけれども、そのデータがそうになっているのかどうかということと、今後、分けて御提示いただくことが可能なのかということをお尋ねしたいと思います。

○遠藤部会長 では、よろしくお願ひします。

○加藤課長補佐 ありがとうございます。事務局でございます。

こちらに今回、お示ししているデータは医療施設従事医師数ということで、クリニックも含めた、診療所も含めた、病院も含めたデータとなっております。今後、こういったことを分けてお示しすることは可能ですので、こういったことも含めて検討させていただければと思います。

○遠藤部会長 山口委員、いかがでしょう。

○山口委員 可能な限りどういった医療機関なのかということがある程度分かるようなデータを出していただくと、それが専攻医の研修先に該当するのかどうかということで、シーリングを考える上でも重要なデータになるのではないかと思いますので、ぜひとも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。

ほかにいかがでございましょうか。

それでは、立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 ちょっと山口委員と立場が違うので、私は地域医療の代表として、市町村長の代表として話しているので、地域医療の観点からいきますと、15ページの内科の地域偏在と、それから専攻医の採用数は非常にショックなのです。我々地域医療の立場から言うと、例えば左下が専攻医の少ない医師少数県ですね。ですが、左下の青森県にしろ、山形県にしろ、福島県にしろ、ミニ極集中という現象があるのです。医学部所在地においては医師は少なくないのです。その周辺の一般の市町村はどこも苦しい思いをしているのです。東北は特にそうです。ですから、そういう観点から考えたときに、私はこのシーリングというのは、さっき町村会から意見がありましたけれども、医師偏在に対する是正という期待がどうしてもあるのです。ただ、そのことにとらわれて専攻医の教育がおろそかになっては困るという立場も十分分かります。

ですから、そのところは医師少数地域に行ってもきちんと教育が受けられるように、例えば意見として出てきましたけれども、DXの活用とか、国民医療の立場からどうしても申し上げざるを得ないのです。そういった意味で、非常にショッキングなデータです。

それから、総合診療専門医について、これは実際福島県であった話ですが、原発地帯に救急の総合病院があります。その町長さんの息子さん腹が痛い、なった。しかしな

がら、そこにいる内科の先生は診てくれなかったのです。今日は内視鏡の専門家がい
から診られませんと。こういう矛盾が起きたらいけないのです。内視鏡の専門医では
ないから腹痛が診られない。これは極端な例かもしれませんが、医師たるもの、初
期研修を終えた者は内科の医者であればある程度対応できないといけないと思
うのです。ですから、現場では専門医が居ないということで患者を診ないとい
うリスクをはらんでいるというのもまた事実なのです。結果として、2つの病
院に断られて私のところに電話が来たのです。そういうことが実際に起こり得
るのです。ですから、総合診療専門医を例えば同時に取り得るようにしないとい
けない。総合診療専門医でないから診られませんみたいな言い訳をしてはいけ
ないと思う。

ですから、私はジェネラルの内科や外科の医師が地方にとってはどうしても必要
というのに対して、15ページのグラフは非常にショックです。外科についても同様
に思いますので、なかなか全体の議論としては大変だと思うのですが、地域医療
の観点からぜひ今後、大いに検討していただきたい。恐らく町村会も知事会も
同じような意見だと思います。地域医療の観点からそのことを強く申し上げて
おきたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。御意見として承りました。

ほかにいかがですか。

野木委員、どうぞ。

○野木委員 まずちょっとお聞きしたいのですけれども、論点の中にシーリング
数の見直しと特別地域連携プログラム設定の見直しという2つの論点があるの
ですけれども、今の話はシーリング数の見直しということですか、それとも2
つとも発表しろという。

○遠藤部会長 事務局、お願いします。

○加藤課長補佐 どちらも含めてです。

○野木委員 分かりました。

それで、シーリング数の見直しの部分で各先生方が意見をおっしゃって、なる
ほどと思ったのですけれども、例えば私が見ていてふと思ったのですけれど
も、18ページの精神科なのでも、自分は精神科なのでも、なぜ佐賀県がこんな
多いのだろうと。自分が日本精神科病院協会にいてこういうことをあまり感
じたことがないので、これはどういうことなのかなというのはもうちょっと
いろいろ分析して見ていかないと分からない部分だという気はしました。

それと、次のページの外科なのでも、外科も岡山が突出してちょっと多いので
すね。岡山が突出して多くて、結局外科が多いから麻酔科も多いし、放射線
科も多いのかなと、岡山が結構突出しているのですね。これは外科、麻酔科、
いわゆる放射線科というのが連動しているのかどうかというところはシー
リングを考える上でしっかり見ていかないといけない。先ほど立谷委員が言
われたように、これをどの医療圏で見ていくのかというのはもうちょっと細
かく全体を見ていかないと分からないのではないかと。これだけのデータで
全てを決めてしまうというのは非常に危険があるなという気はしました。

それともう一点、最初に言ったのですけれども、今回初めてこの偏在問題をいろいろなところがいろいろな形で言うようになっていて、日本医師会さんなども基金を設けてするみたいな話をされていますね。この機会は捉えなければならないと個人的には思っています。先生方が言われたのですけれども、私は専攻医が何を望んでいるのかということをもまず考えなければならないと思うのです。専攻医の思いとしてはやはり基本的にはしっかりした研修がしたいというところが一番にあるのだと思うのですね。

それから、以前から何度も言うのですけれども、1人でぽんと地域に行ってしまったら浦島太郎ではないですけれども、しっかりした研修が自分だけ受けられていないのではないかなという不安感があるのですね。今、私の息子も専攻医なのですけれども、収入を少しでも増やしたい。専攻医になっていても収入が少ない。この辺は専攻医のニーズがどこにあるのかということ調べなければならないと、でも、大前提にはしっかりした研修をしたいというのが一番にあると思うので、ここを重視してあげなければならないということがあると思っています。

一方で、専攻医は独身の方がまだ多いです。だから、異動は結構するのですよ。私の息子もそうなのですけれども、今、専攻医の2年目をやっていますけれども、1年目は大阪の大学にいましたけれども、2年目は岡山の近くの病院に行っています。新幹線で行くぐらいの距離です。ただ、最初は相当嫌がっていましたが、行ったらそこのいわゆる指導医の先生がしっかりしていてちゃんと教えてくれる。それから、1週間に1回の大学のカンファレンスに新幹線で行くのですけれども、その費用も出してくれる。割合ちゃんと勉強させてくれるという環境の下にいるので、給料も少し高いし、今、結構満足しているという形になっていますので、専攻医のニーズがどこにあるのかということをしっかり見ないとうまくいかないのではないかなと思っています。

それで、特別連携も地域連携もそうなのですけれども、自らが参加したいプランをつくらなければならないと思うのです。今まではそうではないのですよ。私は前回、表現汚くいけにえと言いましたけれども、行きたくないところに行かされるのではなくて、行きたいところに行くというプランをつくらなければならないと個人的には考えています。

それで、やはり指導医をどうするのか。先ほど言いましたけれども、今回、基金という形で出ているので、こんなことを言ったらまたすごい批判を浴びるかもしれませんけれども、いわゆる国公立病院や大学の退官された先生に2～3年、給料を倍にしていってもらって、そこで指導してもらおう。そうすると、やはり若い先生は絶対ついていくのですよ。あの先生が行くのだったら行こうと私は思うと思うのですね。退官した大学の教授が行かれたら、その大学の教授は絶対誰か1人よこせみたいな形で弟子を連れて行くのですね。ですから、大学では教授の下で勉強をみんなと一緒にやっていたし、部長の下でみんなの中でやっていたのが、その先生が行かれてついていけば一対一で教えてもらえるのですよ。ペーパーも教えてもらえる。こんな機会はめったにないのですよ。ただ、その退官された先生が本当に地方に行ってくれるのかということなのですけれども、長い期間でなくてもいい

のですよ。2年、3年でもいいけれども、給料を倍ぐらい出して基金を使って行く。それから、地方に行く先生方、専攻医の先生は給料も上げてあげるということを考えていかなければいけないと思います。

そして、別にシーリングではなくてもシーリング対象外のところの方でもそちらのほうに行ってもいいようにしてあげて、教授や退官された先生が行ったら、やはり行きたいと思うのですよ。一時、特別地域連携で新潟県がちょっと特別な理由で精神科が多かったのは、私は教授の影響ではないかなと。良い教授がおられたからみんなそこに行ってもいいよと思われたのではないかなと思って、みんな良い研修をしたいというところがあるので、そういうことをしないとなかなか地域連携のところに行きたいとみんな思わないと思うのですよ。そして、それをちゃんとアピールしていく。ここにはこういう先生がいますよ、そうしたらちゃんと研修を受けられますよということを書いてあげたらみんな行くのではないかなと思っています。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。オンラインのほうに移りたいと思います。いかがでしょうか。

片岡委員、お願いいたします。

○片岡委員 ありがとうございます。

先ほど野木先生から岡山の外科、麻酔科、放射線科の話に少し言及がありましたので、それも踏まえての意見になるのですけれども、私は2年前まで岡山大学病院におりまして、岡山の外科で特記すべきことは、大学病院の研修医の先生の中にも外科志望者が非常に多いことです。恐らくその理由として、学生実習も外科の実習が特に優れていて、診療参加型で、学生が主体になって学べる環境が大変整っているということがあります。また、医局を越えて若手を育成する、という機運が非常にありますので、そういう意味で学生から研修医、専攻医といった形で研修のシステム自体がとても整っている、学べる環境であるということが若手を引きつけています。教育が結局のところ人を引きつける一番のファクターであるということに賛同いたしますし、恐らくそういう要素があって外科希望者が多いのだらうと思っております。麻酔科、あるいは放射線科も恐らく同様の要素があるのではないかと考えます。

良い教育というものがあってこそ、そこに若手が集まるというのは間違いないことだと思うので、指導医をどのように配置するかということ、また、環境整備も含め、本当に良い学びができる場をどのように構築して、それをまた伝えていくかということは非常に重要だと思っております。これが意見の1つ目です。

それから、山口委員もおっしゃいましたけれども、総合診療専門医は確かに既に数年がたっておりますけれども、今回、残念ながら総合診療専攻医のデータがまだないということで、そこは残念だったのですけれども、ぜひ今後、そういったデータも分析していただ

きたいと思います。それから、総合診療医のキャリアパスについては実際に専攻医になっている人、あるいは学生から見てもキャリアパスが非常に多様であり、多彩であるということで、見えにくさというものは指摘されております。ホスピタリスト的に病院で働くのか、あるいは家庭医という位置づけで診療所で働いていくのか、活躍の場所もかなりバリエーションがあるので、実際にどういうキャリアパスをたどっていったのかということも含めて現状分析をぜひ。これは学会でもいろいろ取り組まれているのは間違いないのですけれども、そのような分析というのもぜひ今後、お願いしたいなと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御提案、承りました。ありがとうございます。

それでは、山崎委員、お願いいたします。

○山崎委員 町村会の山崎です。

先ほど立谷先生もおっしゃったように、町村会としても同様の意見でありまして、診療科医師数の中に開業医も大勢カウントされているのではないかとということでもあります。高齢になられていても、地域にとりましては必要な医師の数ということでかなり大勢おられます。ただ、これから数年たつうちに開業医も廃業されるという声も数多く聞いております。そういうところが危惧されるところであります。

34ページのシーリング数等の見直しに関する論点の中で、連携プログラム、特別連携プログラムの設定の見直しについて特に申し上げるところでありますけれども、それぞれの地域の実情を十分に把握した上で、医師の偏在を助長しないように配慮いただきたいと思っております。特に東北、あるいは東海・甲信越に重点を置いた見直しなど、真に医師確保が必要な地域において効果が発揮できるようにお願いしたいと思います。

以上です。よろしく申し上げます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、お待たせしました。牧野委員、よろしく申し上げます。

○牧野委員 ありがとうございます。

私からは1点ですけれども、先ほど山口委員がおっしゃったことにもちょっと関係するのですけれども、シーリング数というのは必要医師数を基準にして見ているということになります。ただ、必要医師数というのはいろいろな働き方をしている医師がいるわけで、年齢も違う、高齢でもフルタイムで働いていない人、子育てしている人などのいろいろな人がいるわけなのですけれども、あと、病院で働いている人、開業している人、場合によっては、私はこれから麻酔の話をさせていただきますけれども、病院に勤務しないでフリーターの働き方で勤務している人、いろいろな方がいらっしゃるわけです。

実は北海道というのが私のいるところで、麻酔科のみシーリングがかかっています。27ページを見ていただくと分かると思うのですけれども、確かに麻酔医という人口10万人当たりでは非常に多いということが出ています。ところが、専攻医の数は必ずしも飛び抜け

て多いわけではない。むしろ全国平均よりも下回っている。実際、病院にいる我々としては麻酔医が極めて少ないと感じています。そして、大学からは派遣できないから、麻酔管理のできる特定看護師を養成しろといったことすらも言われています。ですから、充足しているということと実態がかなり離れていると感じているわけです。

ですから、この実態が離れているというのは医師が多くてもそれが必要なところで勤務していないということの反映だと思いますので、どういった場所でどれぐらいの年齢の医師がどういった働き方をしているのかといったことも調査をした上で、こういった必要数の算出に結びつけていただきたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、宮城委員、お手を挙げておられますので、よろしく願いいたします。

○宮城委員 前の先生方と共通する部分もあるのですけれども、今回の診療科や都道府県別のデータというのは大変重要な一歩だとは思いますが、次は本当に足りないところ、困っているところが反映されるような調査方法を考えていただければと思います。

その一案というか、今、傾向として、私は神奈川県で大学病院に勤めておりますけれども、形成外科や皮膚科の美容外科系の自費診療に医師がどんどん流れている可能性があるのではないかとということと、それから、せっかく総合診療科を標榜しても医師が足りなくて、結局内科や外科の医師が手伝っているような病院も多いのではないかとということ、あるいは今後、総合診療医が育っても、在宅でチームをつくって24時間診ているようなクリニックが非常に診療報酬で最近優遇されているので、そちらに流れてしまうのではないかと細かいところでの懸念がいろいろ現場では出てきているということを吸収していただければなと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

他の審議会でも類似の議論も出ております。この部会でできる範疇とそれ以外の話もあるわけですが、重要な御指摘をいただいていると思います。

それでは、中村参考人、お願いいたします。

○中村参考人 ありがとうございます。

今日も研究の結果が説明されているところですが、シーリングの効果というのは大都市圏の周辺に限定されているということですので。今回新しく出たデータでも、データの解釈などにつきましては議論があるところかと思いますが、医師少数県についてはほとんどの診療科で人口10万人当たりの医師数、それから専攻医採用数ともに全国平均を下回っているような状況であります。シーリングの対象となっている県におきましても全国平均を大幅に上回るような専攻医の採用数というところがございまして、シーリング対象の診療科で確実に採用数が減少していくように激変緩和措置を見直して、シーリングを厳格に適用することが必要だと考えています。

その上で、連携プログラムや特別地域連携プログラムなどにつきましては、地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会でも提言しておりますけれども、シーリングの枠内での実施、先ほど申し上げたように派遣先をシーリングの効果が発揮されていない地域への派遣に限定する、といった必要な見直しを検討いただきたいと考えています。

あと、魅力を上げていくとか、そこで研修したいという場をつくっていくということが大事だという話が先ほど出たかと思っておりますけれども、そういったことをするための人というものの一定の数というものはある程度必要だと思っております、専攻医と現状の医師が少ないと指導医を育成することもなかなか難しいということがあると思っておりますので、指導医の育成に関しましても、例えば知事の会でも提言しておりますけれども、医師不足が顕著な医師少数県などに指導医を派遣した都市部の病院に対してとか、あと、先ほど本人に対してのインセンティブの話もありましたけれども、医師本人へのインセンティブの付与といったことで、都市部から地方へ指導医が派遣される実効性のある仕組みについても検討いただければなと思っておりますのでございます。

私からは以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御提案も含めて御意見いただきました。ありがとうございます。

それでは、文部科学省の堀岡参考人、お手を挙げておられますようお願いいたします。

○文部科学省高等教育局医学教育課（堀岡企画官） 御発言の機会をいただきありがとうございます。文部科学省の堀岡でございます。

文部科学省では、今、10年ぶりに大学病院の医学教育・研究が非常に厳しい状況になっておりまして、検討会なども開催して厚労省とも協力をして様々な施策を打っているところでございます。今回、ちょっと御発言したいのは、例えば医師数や採用数の中に大学院生というものがかなりの数含まれていると考えております。それらについてどんな交流ができるのか、どんな検討ができるかというのはなかなか難しいところがございますけれども、もちろん地域偏在に影響を与えたり、研修の質に影響を与えない範囲内で、大学院生は臨床に集中して100%やっているわけではございませんので、そういった検討ができないかということを一言お話しさせていただければと思います、御発言の機会をいただきました。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。

大学院生という形の専攻医もおられるということなので、その対応の仕方をどうするかということだと思います。

ほかに何か御意見はございますでしょうか。専門医機構理事長の渡辺参考人、これまでのお話を聞いて何かコメントはございますか。いらっしゃらないかな。

○渡辺参考人 私でしょうか。

○遠藤部会長 もしこれまでで何かコメントがあれば結構でございますけれども。

○渡辺参考人 コメントといいますか、皆さんのおっしゃっていることは気持ちの上ではよく理解できるのですが、一番難しいのは、専攻医の希望も聞きながら、専攻医の研修環境や生活環境等々に関して考慮しながら専門医制度は決めていかななくてはならない面もあることです。先ほど特別連携プログラムはシーリングの枠内だというお話がございましたけれども、シーリングの枠内で特別連携プログラムを専攻医に選んでいただければよろしいのですが、それがいいとは言いませんが、特別連携プログラムを選ぶ方は非常に少なくなると思いますので、選ぶ側の論理も考えていただければと思います。

それから、内科の例の新しく厚労省でつくっていただいたデータを見ておきますと、ちょっと見方を変えますと東京は右の上であり、逆に言えば埼玉、千葉は左下にあります。医療圏を都道府県だけで見ていくことに問題があると思います。特に関東では、人口当たりの医師数や専攻医数が極端に少ない埼玉、千葉、茨城の方は、実際には東京に医療を受けに集まるわけです。だから、本当に医療圏の考え方は都道府県単位だけで考えていいのかどうかというのは常に疑問を持っております。

逆に言えば埼玉、千葉に専攻医が流れるということが悪いことなのかどうか。全国で一番人口当たりの医師が少ないわけですから、そういう観点も少し考えたほうがいいかなと思っております。

次に、総合診療医に関しましては、まだ実際に研修が始まって6年で、徐々に増えております。さらにどのような医師なのかという医師像についての議論は進んでおります。それを今、広報といいますか、大きく全国に知らせるようにホームページやSNSを使って広める活動しております。まだ十分ではないということなので、新しくできたものに関して10年単位で見ていただいたらいいのではないかなと思っております。

また、シーリングをかけるには必ず必要医師数ということが基礎になるわけですが、必要医師数に関しても診療科別に決めるというのは非常に難しいところがあると思っております。その辺の考え方も整理してやっていかななくてはならないのかなと思っております。

それから、地域にとって大事なのももちろんジェネラルなお医者さんと、同時にサブスペシャリストも非常に大事なことなので、専門研修の2段階制はそこに論拠があるわけです。まずジェネラルな研修をして、次にサブスペシャリティを会得して活躍し、ある年齢になりますと例えば外科系の先生は体力的に手術が難しくなるので、ジェネラリストに戻ることが地域医療に貢献する道かと考えているのです。そこで、もう一度ジェネラルなことを勉強していただく機会、すなわちリカレント教育を当機構でも設けようと教材も含めて検討しております。

それに関連して、病院と診療所のデータの区分けというのは私も非常に大切なと思っております。

ちょっと散漫になりましたけれども、私の印象は以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何か御意見はございますか。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 渡辺先生にも聞いていただきたいのですが、私はこの総合診療専門医という言い方にこの議論の最初のと時から疑問を呈してきたのです。専門医でなければ総合診療をやらないのかと。つまり、ジェネラルの医師は総合診療をやってしかるべきなのです。内科や外科の医師は総合診療専門医という物の言い方自体が私はいかがなものかと思ってきたのです。

今、リカレント教育とおっしゃいましたが、リカレント教育でやるとしたらやはり総合診療能力だと思ふのです。ぜひ検討してもらいたいと思う。内科の医師が内科のサブスペシヤルを取ったとします。そのサブスペシヤルと同時に総合診療という能力を取ってもよいのではないかと思うのです。

現場の立場での話になりますけれども、現場としては総合診療ができる医師が欲しいのです。総合診療専門医ということだけでなくも診療ができる医師が欲しいということなのです。そのところはぜひ御検討いただきたい。地域医療ということを考えてたら特に御検討いただきたい。要望しておきます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。

それでは、渡辺参考人、コメントはいかがですか。

○渡辺参考人 今の立谷委員のご発言に関してですが、現在の制度で既に当機構内で例えば内科と総合診療のダブルボードを取る方法、もしくはある年齢になってメスを置いた外科の先生、メスを置いた整形外科の先生等々に関してジェネラルな診療、もしくは整形内科では、腰痛などで学問的には内科的な治療に移る場合のジェネラリストとしての研修プログラムに関しては、現在検討中です。例えば、メスを置いた外科の先生がいかに総合診療の専門医を取るかということに関してはプログラムを検討しておりますし、一部意見がまとまりつつあります。

それから、診療は専門医ではなくてもいいのではないかという点は、もちろんそう思います。ただ、子どもが使う専門医は、国民の患者さんに標準的な医療ができるという意味である程度の基準を達成されていることが示され、安心感を持っていただくためです。専門医を持っていない非常に優秀なお医者さん、スペシヤルドクターがいらっしゃるということは私も同意しますし、その方々が専門医を持っていなくても地域の方に非常に信頼されるということはある得ると思います。専門医はあくまで制度として標準的な修練をしたお医者さんというブランドです。製品でいえばJIS規格的なものだと考えていただきたいと思います。それ以外の先生方を排除するわけでもないし、その先生方の質が低いということを行っているわけではないということは御理解いただきたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

大体御意見は出尽くしたということではよろしゅうございますか。

ありがとうございました。

本日も非常に多様な御意見が出されたわけでありますけれども、今後、シーリングの在り方、もっと言うならば専門医制度の在り方について、日本専門医機構におかれましても、あるいは我々本部会におかれましても引き続き検討を続けていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日予定しておりました議題は終了いたしました。

今後の進め方等について事務局から何かあれば、御説明をお願いします。

○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。よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 それでは、本日の議論はこれで終了したいと思います。

長時間にわたりまして、委員の皆様には大変ありがとうございました。