

○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。

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

出欠状況について、山口委員より、御欠席の御連絡をいただいております。

また、大井川委員の代理として、茨城県保健医療部長の丸山参考人、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御参加いただいております。

現時点で、委員12名のうち11名の出席があり、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、本日は参考人として、一般社団法人日本専門医機構より渡辺理事長、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御出席いただいております。なお、宮城委員より14時15分頃、渡辺参考人より14時50分頃、退席の旨をいただいております。

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、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、会場出席の皆様におかれましては、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、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。

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いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。

本日の議題は「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。

事務局から関連資料の資料1「今後の専門研修制度に向けた検討について」の説明をお願いします。

○加藤課長補佐 事務局でございます。

資料1「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。

まず、前回の議論の振り返りでございます。3ページ目でございます。幾つか御紹介させていただきます。全般的な事項についてですけれども、3つ目、シーリングの厳格な適用が必要、4つ目、特別地域連携プログラムは、シーリング枠内で実施するべきといった御意見をいただいております。それから、専門研修の充実等についてですけれども、1点目、若い医師たちの研修の充実を一義に考えないといけない、3つ目、4つ目、5つ目は、

指導医をどのように配置するか、環境整備等、本当によい学びができる場をどのように構築し、専攻医に伝えていくかが非常に重要、医師少数区域に行っても専攻医がきちんと教育を受けられるようにするべき、専攻医や現状の医師数がないと指導医を育成することも難しいということで、都市部から地方へ指導医が派遣されるような実効性のある仕組みを検討してほしいといった御意見がございました。

続いて、5 ページ目ですけれども、まず、初めに「専門研修制度の趣旨や位置づけについて」でございます。今後の専門研修制度の議論に当たり、これまでの経緯やデータなどの御紹介をさせていただければと思います。

6 ページ目、専門医に関する議論の背景ですけれども、専門医の質、求められる専門医像に国民との間でギャップが存在するということや、地域医療との関係といった背景がございました。

7 枚目、そういった背景の中で、平成25年に検討会の報告書が取りまとめられておりまして、枠の中「新たな仕組みの概要」の「基本的な考え方」のところですが、国民の視点に立った上で、育成される側のキャリア形成支援の視点を重視して構築すること、プロフェッショナルオートノミーを基盤として設計するという考え方にに基づきまして、矢印の先、専門医の質の一層の向上や医療提供体制の改善という柱で取りまとめられているところでございます。

8 枚目、9 枚目に報告書取りまとめ以降の経緯をまとめてございまして、様々な関係者の方から御意見をいただきながら、シーリングの開始に至っているということでございます。

この流れの中で10枚目、平成30年に医師法の改正もございまして、医療提供体制の確保に与える影響に配慮して医師の研修が行われるよう、適切な役割分担を行い、相互に連携を図りながら協力することが努力義務とされているということでございます。

11枚目をおめくりいただきまして、シーリングが開始されてからの最近の経緯をまとめてございます。令和2年度のところでございますが、都道府県別の診療科別必要医師数を基にしたシーリングは、この令和2年度から採用されてきているところでございます。その後、3年度から6年度にかけては、新型コロナウイルス感染症の発生や、シーリングの効果検証の結果を踏まえるべきということで、シーリング数については、据え置く措置が講じられてきているところでございます。

12枚目から15枚目にかけて、シーリング効果検証の研究結果の報告、7月の部会で報告されたものを再掲してございます。15枚目に考察がございまして、太字の部分で、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。地域偏在については、シーリングのある領域では、医師多数県での採用者数が抑制されているということでしたけれども、医師少数県の採用者数の増加は、全体で見ると増加ということである一方、地域ごとに見ますと、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ことでした。

続いて、16枚目からデータを幾つか御紹介しております。

16枚目、専攻医にとって専門研修プログラムを選ぶ際に重要な要素でございまして、半数近くの専攻医が専門研修プログラムの内容や優れた指導者の存在を、専門研修を選ぶ際の重要な要素と回答しているということでございます。

17枚目、専門研修を行う予定の医師の割合でございまして、臨床研修を修了した医師の約9割が専門研修を行う予定としているという状況でございます。

続いて、18枚目、こちらは専門研修終了後に、専門研修地で引き続き就業する割合を示しているデータベース解析ですけれども、約8割が引き続き専門研修を行った地で就業するという結果でございます。

19枚目、こちらは専攻医を対象にして、研修終了後に基幹施設が所在する都道府県に残る意向を聞いたものでございますが、約63%が残ると回答しておりまして、分からないと回答しているのは、26%という結果でございました。

こちらのアンケートを都道府県別に集計しておりますが、20ページ目、診療科ごとに集計しておりますが、21枚目で、参考でございます。

ここまでの内容を22枚目にまとめてございます。1つ目から5つ目のところ、先ほど御説明したとおりでございます。6つ目ですけれども、以上の視点、状況を考慮しつつ、専門研修制度に係る様々な期待や要望、医療提供体制や医師偏在対策に係る検討状況を踏まえ、専門研修制度に関する必要な見直しについて検討する必要があるのではないか。この際、特に、シーリングについて、現状の仕組み等を整理した上で、検討することとしてはどうかとさせていただいております。

こちらを踏まえまして、次のページからシーリングの仕組みとともに、現状の御説明をさせていただければと思います。

おめくりいただきまして、24枚目に、現状のシーリングの仕組みの全体像をまとめております。1番から4番に整理しておりまして、1つ目、シーリング対象とする都道府県別診療科の選定。2つ目、シーリング数の採用上限数の決定。3つ目、シーリングの内訳（プログラムの設定）。4つ目、その他としておりますのは、採用数が少数の都道府県別診療科に対する配慮でございます。

25枚目以降に、まず「（1）シーリング対象都道府県別診療科の選定」について、お示ししております。

26枚目に、現在のシーリング対象の考え方をまとめております。使っております指標は3つございまして、A、足下の医師数、B、足下の必要医師数、C、将来の必要医師数の3つでございます。シーリングの対象としておりますのは、Aの足下の医師数が、Bの足下の必要医師数とCの将来の必要医師数、両方を超過している場合をシーリング対象としているということでございます。

27枚目、今、御説明しましたとおり、シーリングの対象都道府県別診療科は、医師・歯

科医師・薬剤師統計等のデータから算出した必要医師数等に基づいて設定しているということでございます。

28枚目、足下の医師数も指標のひとつとなっておりますが、こちらの最新のデータは、令和4年となっているというところでございます。

29枚目に「シーリング対象選定基準や必要医師数等と他の計画のサイクル等との関係」をまとめております。シーリング対象選定基準等に用いる必要医師数や足下医師数は、地域における専門医の養成確保に一定の影響を与えるものと考えております。こうした選定基準の設定や、指標の算出に関わる状況として、都道府県が策定する医療計画や医師確保計画の計画期間や、最新データの参照可能時期というものも考慮すべきではないかと考えております。先ほど足下の医師数について、最新データは令和4年と申しましたが、直近の検討、令和7年度の募集においては、平成30年のデータを用いているという状況でございます。

30枚目に、ここまでのまとめをさせていただいております。

1点目、2点目は御説明のとおりでございますが、3点目、足下の医師数や都道府県別診療科別必要医師数のデータは、シーリング対象の選定等の基準となる指標ですので、実態を反映する観点から可能な限り最新化することが望ましいものの、地域における専門医の養成確保に一定の影響を与え得ることから、医療計画等のサイクルを考慮し算出することが合理的であるとしていただいております。

4点目、足下の医師数は、直近の検討において平成30年のデータを用いておりますが、参照可能な最新のデータは、令和4年のデータとなっているというところでございます。

続いて「(2) シーリング数や採用上限数の決定について」、32枚目にシーリング数・採用上限数の算出方法について、現状の仕組みをまとめております。

左側の図を御覧いただければと思いますけれども、現在基にしておりますのは、薄い紫のバーで示しております、過去3年間の平均採用数、それから、その右側にあります濃い紫で示しております、必要医師数を達成するための年間養成数Bでございます。

このAとBの差のところに着目しておりますが、この20%分を過去3年間の平均採用数から引いた数というものを、右下、通常プログラムとして設定しているというところでございます。

この青い枠、通常プログラムの上のほうに連携プログラムが緑枠でありますけれども、こちらが激変緩和として位置づけられているというところでございます。

さらに、その上でございます、赤い特別地域連携プログラムがシーリングの外側にあるという仕組みとなっております。

35枚目ですけれども「シーリング数の設定に係るこれまでの経緯」ということで、冒頭のほうでも御説明しましたがけれども、令和3年度以降は、新型コロナウイルス感染症の発生や、制度の検証の必要性等からシーリング数は据え置かれているというところでございます。

36枚目、先ほど、新型コロナウイルスの影響というお話をしましたので、前後を比較し

ておりますけれども、全体として傾向の大きな変化は見られなかったと考えております。

37枚目は、地域ごとにまとめた採用数の経緯でございます。

38枚目を御覧ください。「人口10万人あたりの専攻医採用数と主たる診療科別医師数の比較」でございます。こちらは、9月の専門研修部会において御議論いただいたグラフでございますけれども、縦軸に見ておりますのが人口10万人あたりの専攻医採用数でございます。こちらは内科の例でございますが、赤枠で示しております都道府県が、シーリング対象となっている都道府県でございます。グラフの中央に全国とあります全国平均と比べますと、シーリング対象県において、この全国平均より大きく上回る都道府県がある一方で、全国平均に達していない都道府県もあるということを示すデータでございました。

続いて、39枚目に「シーリング数や採用上限数等に関する都道府県意見」を御紹介しております。全体的な方向性についてですけれども、2つ目、シーリングを厳格に実施すべきといった御意見や、3つ目、特別地域連携プログラムは、シーリングの枠内で実施するといった御意見をいただいております。

「シーリング数の算出方法や考慮すべき事項について」ですけれども、2つ目、シーリング対象県における、若手医師の減少・流出や医師の高齢化に配慮すべき、4つ目、専門医の資格取得後、大学等から多数の医師が県内外の関連施設へ派遣され、医師偏在や診療科偏在の是正に一定の貢献をしている実情がある、5つ目も同様ですけれども、医師の養成・派遣は県境を越えて広域的に行われている実態を踏まえ、こうした医師の養成・派遣を担う大学の役割を適切に評価すべき、といった御意見をいただいております。

ここまでのまとめを40枚目にさせていただきます。

1つ目から4つ目のところは御説明したとおりでございます。特に5つ目、人口10万人あたりの専攻医採用数を見ると、全国平均と比べて平均からの乖離が存在しているということ、それから、6つ目、都道府県からはシーリング数に関する厳格な運用を求める指摘がございますし、また、実務上もシーリング数の算出ルールが複雑化しているという状況かと考えております。

次のページ「(3) シーリングの内訳（プログラムの設定）について」に入らせていただきます。

42枚目に、各プログラムについてまとめております。

シーリングの内訳として、基本となる通常プログラムのほかに、激変緩和の観点から設けられた連携プログラムがございます。こちらはシーリング対象外の都道府県となっておりますが、さらに、足下充足率0.8以下の都道府県を連携先とした都道府県限定分というものもございます。

さらに、令和5年度専攻医採用から導入された特別地域連携プログラムは、さらに足下充足率が低い都道府県の医師少数区域に連携先を指定しているということでございます。

このうち、特別地域連携プログラムについて、44枚目のスライドにまとめております。

こちらは、専攻医の増加が認められにくい東北地方等への偏在是正効果を期待して、令

和5年度に導入されたという経緯がございました。

○の2つ目、最大287の枠があるところですが、採用実績については、令和5年度60名、令和6年度42名というのが現状でございます。

○の3つ目、令和7年度の専門研修におけるシーリング案に対する、厚生労働大臣から日本専門医機構への意見においては、地域偏在是正の実効性を検証しながら改良を加えるという方向性でお伝えしたところでございます。

45枚目に「特別地域連携プログラムに関する都道府県意見」を御紹介しております。

(1) 効果検証を実施してほしいといった御意見や、(2) プログラム作成等の運用に関しては、研修病院の実態が分からないため、プログラムを作成することが非常に困難であり、基幹施設からコンタクトしやすい仕組みが必要といった御意見もいただいていたところでございます。

49枚目、連携先における研修環境に関しても都道府県から御意見をいただいております。

連携先における研修環境についての2つ目ですが、医師少数区域等においては指導医不足により、連携施設を設定できないことがあるといった御意見や、シーリング制度により、医師少数県に専攻医を派遣しても、指導医がいないケースもあるといった御意見がございました。

また、その他の3つ目、特定の世代にシーリングとして押し付けるのではなく、一定程度経験を積んだ医師が過疎地域の医療に従事する制度と、全年代の医師を対象に、医師の偏在対策を検討すべきといった御意見もございました。

50枚目です。先ほど指導医不足に関する御意見をいただいたところでして、専門研修指導医に関する規定を、こちらで御紹介しております。日本専門医機構において策定されております、専門医制度整備指針の中に記載がございます。3の(3)、ii番のところですが、専門研修指導医とは、当該領域における十分な診療経験を有し、教育・指導能力を有する医師とされております。専門研修指導医の要件については、各基本領域学会が定め、機構の承認を得るということとされております。

51枚目に、この内科の例を御紹介させていただいています。5番の①のところ、専門研修施設の認定基準として、指導医が3名以上在籍していることという基準がございます。②が連携施設の認定基準でして、指導医が1名以上在籍していることというのが含まれております。6の③が専門研修指導医の基準でして、必須要件として4点挙げられてございます。内科専門医資格を取得していること、臨床研修論文を発表もしくは学位を有していること、3番、指導医講習会を修了していること、それから、十分な診療経験を有することとされているということでございます。

52枚目に、予算事業の御紹介をさせていただいております。医師不足地域の研修医療機関において、地域医療に配慮した形で専門研修を促進するための指導医派遣に関する補助を行っております。都道府県と国と2分の1ずつの補助となっております。

53枚目、プログラム全般に関する御意見を御紹介させていただきます。こちらは、プログラムを問わずに、医師少数区域での経験を積むことを促す方策などを求める意見が寄せられているということでございます。

54枚目に、ここまでのまとめをさせていただきます。

1点目、2点目は、各プログラムの御説明でございます。

3点目のところ、令和5年度専攻医採用から導入された特別地域連携プログラムについては、地域偏在是正の実効性を検証しながら改良を加えることという方向性で意見をお伝えしておりまして、現在、日本専門医機構において必要な検討が行われているところでございます。

4つ目、シーリング対象かどうかを問わず、地域における専門研修の充実化を図るためには、十分な指導医の確保が重要であり、都道府県からも地域における指導医の確保が必要であるとの指摘があるということでございます。

最後に「(4) その他」について御説明させていただきます。

56枚目を御覧ください。こちらが、専攻医採用数が少数である場合の配慮措置でございます。上の表のように、専攻医採用数が少数である場合の、一定数の定員数の保障をする仕組みが現在ございます。具体的な対応としまして、平成30年から令和2年の3年間の採用数のいずれかが10未満である場合に、その3年間の採用数のうち最も大きい数をシーリング数とするという仕組みでございます。

こちらで、10未満という基準がありましたけれども、57枚目に、その10未満ということについて、少し分析をしておりまして、この10という専攻医については、内科においては採用数全体の0.4%でして、脳神経外科においては、採用数全体の4.6%ということになります。専攻医採用数が少数である場合の配慮の趣旨からは、特に全体としての採用数が多い診療科においては、配慮の役割を発揮できていない可能性があるのではないかとさせていただきます。

58枚目に都道府県からの意見を御紹介しておりまして、採用数が少ない場合の配慮をするべきという御意見をいただいております。

ここまでのまとめを59枚目にさせていただきます。

1つ目が、先ほど御説明した現行の仕組みの部分でございます。

2点目、専攻医の採用数が少数である都道府県別診療科においては、シーリング数の減少がわずかでも影響が大きいことや、専攻医、専門医を含めた若手医師は、どの地域であっても一定程度確保する必要があること等に留意した運用として、こうした配慮の措置が設けられているものと考えております。

シーリング上の配慮に係る基準を設けるに当たっては、専攻医数は診療科によって異なることから、当該診療科の専攻医数に対する割合に基づき、基準を設定することが合理的と考えております。

ここまでシーリングの仕組みについて、1番から4番に整理して御説明いたしました。

れども、続いて、専門研修制度を取り巻く動向について御説明させていただきます。

61枚目に、新たな地域医療構想等に関する検討会の資料を紹介させていただいております。この議論の中で、医師の派遣機能や医育機能、より広域な観点で診療を担う機能を、より広域な観点から「医療提供を維持するために求められる機能」ということで位置づける方向性で議論が進んでいるものと承知しております。

62枚目、大学病院による医師の派遣機能として、こういった実績があるということを示すスライドでございます。

63枚目、こちらが年末までに策定するとしております、総合的な医師偏在の対策パッケージでございます。この中にも、大学病院と都道府県の連携パートナーシップを推進する方向性とされているところでございます。

64枚目、このパッケージを策定するに当たって基本的な考え方として示されていることですが、赤線のところ、若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、全ての世代の医師へのアプローチが求められると、いう考え方が盛り込まれているところでございます。

続いて、68枚目以降、特定機能病院に関する検討会の中でも、医師派遣に関する議論がなされているところでございます。

71枚目のところに、直近の論点のところがございます。特定機能病院として大学附属病院本院の承認要件を含めた、求められる医師派遣等の内容をどのように考えるかといったこと、どのような医師派遣について、より検討すべきかという論点で議論がされたところでございます。

ここまで、専門研修の趣旨や位置づけ、シーリングの仕組みと現状、専門研修を取り巻く状況の紹介を踏まえまして、72枚目から「今後の専門研修制度について論点」を示させていただきます。

73枚目「専門研修制度の今後に向けて」ということで、これまで、日本専門医機構関係学会等の関係者により、構築、運用されてきているところでございます。

論点としまして、引き続き、専門研修制度に係る経緯、議論に基づき、育成される側の視点及び地域医療提供体制の視点に留意するという基本的考え方を維持しつつ、これまでの運用上の課題、専門研修制度を取り巻く状況を踏まえ、必要な見直しについて検討すべきではないかと。

2つ目、今回については、専門研修制度における定員上限（シーリング）の設定の在り方について、見直しを検討してはどうか、としております。

そのほかの論点もあると考えておりますが、今後、本部会でさらに検討を加え、必要に応じて見直すこととしてはどうか、とさせていただいております。

続いて、シーリングの具体的な話に入らせていただきます。74枚目、論点②－1「シーリング対象とする都道府県別診療科について」でございます。

矢印の先の論点ですが、今後のシーリングの対象都道府県別診療科の検討につい



ては、医師確保等に与える影響を考慮し、医療計画等のサイクルを考慮した対応を図ることが適当ではないかとしております。

ただし、令和8年度募集のシーリング対象の検討においては、令和7年度と同様のシーリング対象の基準を維持した上で、上記を実施するまでの特例的な対応として、最新の足下の医師数データであります2022年の医師数が、2024年の必要医師数を下回る場合は、シーリングの対象外としてはどうかと入れさせていただいております。

続いて、75枚目「シーリング数や採用上限設定について」でございます。特に枠の中の4つ目、人口10万人当たりの専攻医採用数で見ると、ばらつきがあるという点や、5つ目、都道府県からは厳格な運用を求める指摘や、実務上のシーリング数の算出ルールが複雑化しているという現状がございました。

76枚目に論点をお示ししております。シーリング数の設定に当たっては、専攻医の採用数や全国の平均を大幅に超える場合に適正なシーリング数を設定することはもとより、平均を下回る場合であっても、各地域において定常的に一定数の若手医師を育成する必要性があることに留意が必要ではないか、としております。

以上を踏まえ、通常プログラムの定員数の算出について、これまでの当該都道府県別診療科の平均採用数ベースの算出から、当該診療科全体の人口当たり平均採用数ベースの算出をするとともに、これまでシーリング外に設定していた特別地域連携プログラムの定員数をシーリング内に設定することとしてはどうか。

他方、令和7年度採用までの状況からの激変を緩和する観点で、直近の過去3年間の平均採用数を満たすまで連携プログラムの定員数の設定を許容する考え方については、維持することとしてはどうかとさせていただいております。

続いて77枚目、シーリングの内訳に関する論点でございます。

枠の中に現状を再掲しております。3つ目、特別地域連携プログラムについては、実効性を検証しながら改良を加えることとしており、必要な検討が行われているところでございます。

4つ目、シーリング対象かどうかを問わず、地域における専門研修の充実化を図るためには、十分な指導医の確保が重要であり、都道府県からも地域における指導医の確保が必要であるとの指摘があるという現状でございます。

78枚目に論点をお示ししております。

特別地域連携プログラムについては、導入後の検証がなされているところでして、日本専門医機構における検討状況を踏まえつつ、育成される側及び地域医療提供体制の双方の視点から引き続き検討し、必要に応じて見直しを行う等の対応を行うこととしてはどうかとさせていただいております。

2点目ですけれども、連携プログラムの連携先での研修を含め、地域における専門研修の質の向上を図る観点から、例えば、大学病院等の基幹病院から指導医を地域に派遣した実績を有する場合については、以下のような観点で評価を行うこととしてはどうかとさせ

ていただいております。

具体的には、指導医の派遣に係る実績に応じて、通常プログラムの定員数を増加すること、指導医不足がより顕著な地域への指導医の派遣については、さらなる評価を行うこと、ただし、こうした評価に当たっては、連携プログラムの定員数とのバランスの確保や、シーリング制度の趣旨等の観点で一定の上限を設けることとさせていただいております。

3つ目が、連携プログラムに関してですけれども、各プログラムの定員数について、先ほど、過去3年間の平均採用数を満たすまで連携プログラムの設定を許容する考え方をお示しましたように、令和8年度採用以降も令和7年度開始専門研修で採用された専攻医師の一定程度を確保した上で、各プログラムの採用数の比については、激変を緩和する観点から、令和7年度のものを維持することとしてはどうかとさせていただいております。

4点目、連携プログラムを設定するための要件というものが現状ございまして、通常プログラムの地域貢献率20%以上という要件となっております。こちらについては、令和7年度募集に係る考え方と同様、この地域貢献率の一定の割合を確保することとしてはどうかとさせていただいております。

79枚目、その他の仕組みに関する論点でございます。

シーリング数が少数である場合のシーリング上の配慮について、当該診療科の専攻医数に対する割合に基づき基準を設定し、診療科ごとの実態を適切に踏まえた対応としてはどうか。

具体的には、シーリング対象となっている診療科の令和6年度の専攻医数の平均を取りますと561名になりますが、この現行の基準10名というのは、割合として約1.7%となりまして、このことを参考にシーリング上の配慮の効果が適切に発揮されるよう、一定数の定員数保障を行う基準等の在り方を見直すこととしてはどうかとさせていただいております。

最後に、80枚目に論点③「専門研修制度を取り巻く状況との関係性」をお示ししております。

大学病院本院が担う医師の派遣や医育機能の重要性が指摘されているところでして、本部会とは別に検討が進められている大学病院の基幹病院が担う医師の派遣機能については、指導医の不足する地域への医師派遣を通じた地域医療提供体制の確保の視点や、医師の地域偏在対策の視点のみならず、専門研修の充実化を通じた育成される側の視点からも重要であるとさせていただいております。

専門研修制度において大学病院等の基幹病院から、指導医を地域に派遣した実績を有する場合について、通常プログラムの定員数を増加する等の評価を行うこと、論点②ー3で示すような対応ですけれども、こういった対応については、新たな地域医療構想や医師の偏在対策といった施策とも整合的だと考えられるのではないかとさせていただいております。

最後、81枚目に、ここまでの論点をお示しさせていただいたものの、事務局としての提案の全体像をまとめさせていただいております。

事務局からの説明は以上でございます。

○遠藤部会長 大部の資料の説明をありがとうございました。

なかなか盛りだくさんでございますけれども、これからは、議論をさせていただければと思いますが、特に、事務局原案というところが1つのポイントだろうと思いますので、どこからでも結構でございますので、御意見等をいただければと思いますが、それでは、どちらからいたしましょうか、まず、会議室の委員から行きましょうか、どなたか御意見、御質問はございますでしょうか。

それでは、今村委員、どうぞ。

○今村委員 御説明ありがとうございました。

新しい提案が複雑過ぎて、まだよく理解できていないところなのですが、1点、質問です。この専攻医は、プログラムによって大学病院のプログラム、それと、大学病院外のプログラム、大きく2つに分かれると思うのですけれども、そこら辺の資料というのはあるのでしょうか？、主に大学病院が、専攻医研修をしている診療科もあれば、そうではない診療科もあるのでしょうか。

○遠藤部会長 そのような資料について、事務局、いかがでしょうか。

○加藤課長補佐 ありがとうございます。

大学と大学病院以外のプログラムの採用数につきまして、こちらではお示しをしておりますけれども、そういったデータを、今後、専門医機構とも相談しながらお示しすることは検討させていただければと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

今村委員、よろしゅうございますか。

ほかに、何か御意見等ございますか。

では、オンラインの先生にお願いしたいと思います。

それでは、まずは、牧野委員、お願いいたします。

○牧野委員 牧野です。

今の質問と少し関連するので、発言させていただきたいのですけれども、78枚目のところで、上から3つ目の○なのですけれども、その4行目「各プログラムの採用数の比については、激変を緩和する観点から、令和7(2025)年度のを維持することとしてはどうか」と書いているのですけれども、特別連携プログラムとか連携プログラムは、都道府県の中の全体のシーリングの数というのは出ているのですけれども、多分それぞれの都道府県で、どのプログラムに何人という割り振りをしているのだと思うのです。

その割り振りの採用数の比については、従来の採用数の比については、2025年のものを維持するということで書いているのですけれども、それぞれのプログラムがちゃんと応募者がいて、定員を満たしているのかどうかというデータというのはあるのでしょうか。

○遠藤部会長 では、事務局、コメントをお願いいたします。

○加藤課長補佐 ありがとうございます。

今回、資料の中では特別地域連携プログラムに関する採用の数をお示ししておりますけれども、連携プログラムについても、枠に対する採用の数というものはデータとしてあると認識しており、こちらとも日本専門医機構と一緒に、今後検討させていただくことかなと考えております。

それから、各プログラムの割合についてですけれども、32枚目のところにお示ししている、少し技術的なところになりますけれども、緑色の背景にしたところに、現行の原則に沿って計算した場合の割合というものをお示ししております。

以上となります。

○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。ありがとうございます。

○遠藤部会長 それでは、また、オンラインでお手を挙げておられます、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。野木でございます。

今回、事務局が提案してくださった内容については、従来から私が言っている部分をかなり採用していただいているということで、非常に感謝申し上げます。

やはり基本的には専攻医にいかに充実した勉強をして頂くという意味で、まず、どういう医者を育てていくかということを考えていかなければいけませんので、これは16ページに載っているように、やはり専攻医のプログラムが充実している、指導者の中であってもしっかりした優れた指導者が必要ということですね。

その辺をやはり専攻医が重視されているということなので、いわゆる地方偏在是正という意味合いでは、優れた指導医がいるということが大前提になってくるということは、やはり考えていかなければいけないという意味合いでは、いろいろ考えていただいたのかなと私は非常に感謝しております。

ただ、もう一方では、いわゆるインセンティブの中で、下世話な話にはなりますけれども、金銭的なインセンティブがあるのかどうかということですね。都道府県の地域偏在のところに行ったときに、どれぐらいの給与等がいただけるのかというのは、これは都道府県の知事さん等に頑張ってもらわないといけないのではないかなという気はしていますので、その辺りも考えながらしたいと思っています。

それから、私は、いつも意地悪な質問をするのですけれども、機構の渡辺先生にお聞きしたいことがあって、いつもシーリングに反対と言いますが、私はシーリング自身には反対ではなくて、やはりシーリングを設けることは非常に大切なことですが、シーリングを設けた際に、オーバーした人だけが、医師の偏在エリアに行くのではなく、全員で分担して対応するということを採用するのはいかがなのですかということを言い続けたのですけれども、なかなかそのお返事がなくて、前の理事長の寺本先生は、非常に医師の偏在地域に行くのは非常に勉強になることであって、すごく人気のあるプログラムなのですとおっしゃいましたけれども、現実的には、表を見ていると人気はないことが歴然

と出ていると思いますので、やはり、みんなシーリングを超えたエリアが、ある程度は分担して地域に半年間ずつつても行くということになると、地域偏在問題も大分解消するのではないかという気がします。

ただ、先ほど言いましたように、しっかりした指導医がいるということとか、多少金銭的なインセンティブがつくということが条件になってくると思うのですけれども、それをやはり採用されないという理由は何があるのかということが、1点お聞きしたいなと思っているのですけれども。

それと、シーリング枠外のところでも、やはりそういうインセンティブがついてくると、行ってもいいよという先生が出てきても不思議ではないので、そういう先生も積極的に医師の充足率の少ないところに行ってもらおうというのは、検討していてもいいのではないかと思いますけれども、いかがなのでしょう。

○遠藤部会長 それでは、渡辺参考人、コメントをお願いいたします。

○渡辺参考人 診療科によっては、例えば、総合診療、内科などジェネラリストを養成するようなプログラムにおいては、多様な地域と我々が呼んでいる医療資源の乏しい地域に行くことは専門医更新の条件になっている領域もございますから、医師少数地域での研修の誘導策を全く設定していないということではないと御理解いただきたいと思います。

そもそも、総合診療とか、内科のようなジェネラリストといいますか、全身を診るといふ領域に関して、我々もそのような地域で学ぶということは非常に大事だという考えでプロモートしております。

ただし、昨今の状況からそれに必ずしも専攻医になる先生方が賛同してくださっているわけではないという現実が出ているのだと思っております。

一方で、診療科によっては、ある意味で集約化したほうがいい領域もあると思います。画像診断とか遠隔治療のほうが教育や診療の効率が良い領域もございます。したがって、領域ごとに違いはございますけれども、当機構で専攻医が医師少数区域を含む多様な地域で研修を受けるということに関してはプロモートしているつもりでございます。

ただし、日本は法治国家で個人の選択に強制力はありませんし、今委員がおっしゃったようなインセンティブの問題に関しては当機構ができる能力、力、権限から可能なものではございませんので、厚労省が主導して国全体で考えていただかなくてはいけない面が非常に強いのだと、私は理解しております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

よろしゅうございますか。

○野木委員 野木ですけれども、ちょっと答えをはぐらかされたという印象がないわけではないですけれども、シーリングそのものが、やはり自由に自分が勉強したいところで、できないということがあるので、シーリングをつくった時点で、やはり自分の意志を曲げられているところがあるので、渡辺先生がおっしゃっていることを本当にするのであれば、シーリングを設ける必要はないという考え方になってしまうのではないかなという気はし

ますので、ちょっとはぐらかされたかなという印象はあります。

以上です。

○遠藤部会長 御意見として承りました。

渡辺参考人、何かコメントはありますか。

○渡辺参考人 はぐらかしたつもりはございませんけれども、やはり当機構としてできる権限内では頑張っているということをご理解いただければと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、事務局、どうぞ。

○西嶋医事課長 事務局です。

少し補足をさせていただければと思いますが、やはり専攻医の先生方に、一定程度地域を経験していただくことは非常に重要だと考えてございまして、先ほど御説明させていただきましたように、例えば、16ページの資料を見ていただきますと、いわゆる若い先生方が、プログラムを選ぶ際には、やはり優れた指導者がいること、プログラムの内容が充実していること、そういうことを見られているということで、今回、御提案している論点の1つ、78ページにもございますように、指導医の派遣について、そういったものを実績として定員数の評価に、今回入れてはどうかということの御提案でございます。

また、別途、この検討会とは別の医師偏在のパッケージを今回、年内にまとめるということになってございますけれども、その中で医師の派遣につきましては、一定程度の経済的なインセンティブということを、そのまとめの中に入れてございまして、そういったものを合わせて、専攻医の先生方だけではなくて、指導医の先生方にもそういった地域に行っていただくことで、専攻医に研修を積んでいただくと、こういう環境を我々としては整備していくことを目指してございます。専攻医のシーリングという問題だけではなくて、渡辺理事長から少し御発言がありましたけれども、政府全体の医師偏在の政策の中で、少しでもそういったことができればいいかなと考えてございます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。事務局からの補足説明でありました。

それでは、少し話を先に進めたいと思います。

山崎委員、お手を挙げておられますので、山崎委員、お願いいたします。

○山崎委員 今年の年末に向けまして医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージのとりまとめに御努力をいただいているところであります。

医師の適切な配置への転換が求められている中で、我々町村部におきましては、医療提供体制が非常に脆弱だというのは、いつも申し上げているところであります。

そういうところでありますけれども、専門研修修了後の修了地における定着率が8割になるなど、令和2年から実施している専攻医採用のシーリングには、大変期待を寄せているところであります。

15ページの文中、地域偏在も顕著に見られているということが数字で明らかになってい

るわけでありすけれども、その中におきまして、特に中山間地地域あるいは島嶼部の条件不利地域においては、御存じのように、依然として医師不足が顕著なわけでありす。どうしても都道府県単位でのシーリングでは補えない、そういう課題が見えてきております。

論点として示されている指導医の派遣については、医師少数区域での専攻医の採用増加、あるいは地域での専門研修の質向上が期待されているわけでありす。

我々町村にとりましても、先ほどから出ておりますように、指導医の存在は非常に重要な視点であると捉えております。指導医不足により専攻医の受入れが困難な地域などに重点を置いて進めていただくように、重ねてお願いいたします。

意見として捉えております。

○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、同じくオンラインで、片岡委員、お手を挙げておられますので、お願いします。

○片岡委員 ありがとうございます。

詳細な説明をいただきまして、どうもありがとうございます。

専攻医の先生がよりよい研修をすることを念頭に、そこに近づく対応として指導医の要素が入って、新しい観点が入っているということは、1つ前に進んだといいますか、発展的な御提案だと考えております。

一方で、それをどのようにといった点には、恐らくいろいろと課題があるのではないかと思います。例えば、派遣というのが、1人の指導医が、どの程度の分量、例えば常勤で1年間といった分量で評価するのか、あるいは週1回など、少し柔軟な赴任、派遣といったこともカウントしていただけるのか。あまりそのハードルが高いと、結局行ける人が非常に少なくなって、制度として運用が難しくなるのではないかとということも懸念をいたしております。

あとは、県をまたいで医師不足地域に派遣することが特に評価されるということではございましたが、県内に医師不足地域が存在している場合など、県内でのバランスの是正も一方で重要ではないかと思っておりますので、運用について、ぜひ詳細に御検討をいただけたらと思っております。

また、特に遠方の派遣ということになりますと、交通費とか引っ越しとか、細かいことですけれども、そういったことも、ある意味ハードルになってくる場合もあると思っております。

あとは、シーリングの算定に関しまして、人口当たりの平均採用数を今後パラメーターとして入れていくということはどうかということでしたが、採用数には大学病院の数が大きく影響してくるかと思います。しかし、大学病院に採用された医師は、ずっとそこにとどまるわけではなく、派遣で地域医療を支えるという部分も非常に大きいので、丁寧に酌み取っていただけたらと考えております。

以上です。

○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、立谷委員、お手を挙げておられますので、お願いいたします。

○立谷委員 今日の議論をいろいろ聞いていまして、改めて思ったのは、もし、シーリングという制度がなかったら、地域偏在が拡大していただろうなという気持ちを改めて持っています。

そういった意味では、先ほどの山崎委員の御発言などは、非常に核心を突いているなどと思って聞いていたのですが、今日の議論の1つの大きなポイントとして、指導医という存在が必須であると。

例えば、これは以前から議論されてきたことなのですが、過疎地域であっても、そういう地域での臨床経験を積むということが、ジェネラルの医者にとっては非常に大きな財産になるのですが、そのためには、やはり指導医が必要なのです。

指導医の定義をどうするかという点については、専門医機構のそれぞれの部会が決めることになろうかと思うのですが、私は専門医の派遣も育成も含めて、厚生労働省は一体どのように考えているのか、まず、厚生労働省の意見をお伺いしたいと思うのです。

その上で、ここをきちんとしていかないと、これは地域の経験を積む、地域での研修に幾らインセンティブをつけても、あるいは専門医の先生にインセンティブをつけても、なかなか地域偏在は改善しないのではないかと思う。

ちなみに、今日改めて驚いたのですけれども、38ページの地域偏在の一覧表があります。

私の福島県は、非常に危機的な状態です。渡辺理事長も、かつて福島医大の教授をなさっていますから、よく御案内だと思いますが、福島県の内科の状況が、こういう状況だと言っても、これは全体の平均なのです。同じ県の中にミニ極集中という現象があるわけです。つまり、医学部のある都市には医者がたくさんいて、都市部から離れると医師が少ない。私の相馬地方もそうですし、福島県の会津地方などもそうです。やはり大変な状況なのです。

これを克服するには、やはりそちらのほうに、医者も、研修医もそうだし、専攻医もそうだし、ある程度引っ張っていく力が必要だと思いますが、その前提になるのが、やはり指導医という存在なのです。

この指導医の強化という点、位置的な強化もあると思いますし、数的な強化もあると思いますし、これは、専門医機構の定めるところとなっていると思うのですが、この点について、厚生労働省の考え方を聞かせてもらいたいと思います。

○遠藤部会長 では、事務局、お答えをお願いします。

○和泉医師養成等企画調整室長 事務局でございます。御質問どうもありがとうございます。

指導医の質であったり、派遣等々についての私どもの見解ということで、お尋ねをいただいたと思っているのですけれども、基本的には、指導医の質も含めて、非常にオープン



に専門医機構のほうでルールを決めていただいている、それに基づいて指導医の指定であったり、トレーニングということをされている理解でありまして、この制度そのものも、プロフェッショナルオートノミーを基本としてというところになってございますので、そういった中で、専門医機構あるいは学会等で一定の質の担保がなされているものと認識しています。

今回、御提案として、シーリング上の評価として指導医が不足しているような地域、あるいは専門研修の充実のために派遣することを評価してはどうかということで、その配置についてお諮りをしているところでございますので、こういった形を踏まえながら、よりよい専門研修制度にできればというところが、今回の私どもの考え、案ということになってございます。

見解としては、以上でございます。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

立谷委員、いかがでしょう。

○立谷委員　専門医機構として、きちんとプロフェッショナルオートノミーの原則に基づいて、専門医、指導医を決定している、あるいは育成しているということなのですが、私が申し上げているのは、現実的に足りないのではないかとということを申し上げているのです。

ちなみに、医師不足地域には、指導医が不足しているから、だから派遣しようとか、という話になっているのですが、その指導医の育成そのものに、もっと厚生労働省は、金銭的なことも含めて、経済的なことも含めて、支援する考え方はないのかということを申し上げたつもりなのですが、いかがですか。

○遠藤部会長　では、事務局、お願いします。

○和泉医師養成等企画調整室長　事務局でございます。ありがとうございます。

本日も一定の支援の観点では、52ページ目の予算事業みたいなのところも、お出しはしていたところではありますが、すみません、今、この瞬間に直ちにというお答えがないところではあるのですが、御指摘を踏まえてどのようにできるか、ぜひ考えさせていただければと思っております。

○立谷委員　よろしくお願いします、頑張ってください。

○遠藤部会長　それでは、しばらくオンラインが続きましたので、今度は会場に移りたいと思います。

会場の先生で、何か御発言はございますでしょうか。

では、坂本委員、どうぞ。

○坂本委員　医師会の坂本でございます。

立谷委員と同じ質問になってしまうかもしれませんが、以前も御質問したことがあるのですが、ずっと何ページにもわたり指導医という単語が出てくるのですが、指導医といったら、専門医も技量も含め、知識も含めて指導する立場。

あと、都会に、大学病院に、やや集中していると思うのですが、今日の説明で指導医が何回出てきたか分からないのですが、今度は大学病院から派遣される医師は、全部指導医というイメージで説明されているのか、あるいは診療科別の専門医も専門医として今後考えていくのか、学会別も含めて、指導医というのが非常にメインのキーワードとして、ずっと今日の御説明でも出ていると思うのですが、その定義が、立谷委員と同じ質問になるかもしれませんが、ちょっとよく分からない。

○遠藤部会長 では、事務局、お答えください。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

今回、御提案した中に関しましては、途中で入れておりますけれども、この制度における指導医というところで、学会それぞれで指定しているというものもあるとは承知しているのですが、基本的には、この制度の話ではございますので、この専門医制度における指導医ということを念頭に、御提案をさせていただいております。

○遠藤部会長 坂本委員、どうぞ。

○坂本委員 ありがとうございます。

今、全国で何人いらっしゃるのですか。

○和泉医師養成等企画調整室長 今、この瞬間、数を持っていないところですが、確認は、させていただけるかと思っています。

○遠藤部会長 指導医に関連して、渡辺参考人、何かコメントがあれば、お願いいたします。

○渡辺参考人 指導医に関しては、大学から派遣されるとか、指導に当たる場所や施設の問題ではなくて、例えば、最低限専門医を3回更新しているとか、教育経験が何年あるという形で具体的に各領域において設定しています。

つまり、領域ごとで、指導医のキャリア要件は違います。私は内科出身ですから、内科を例に挙げれば、専門医を更新して、何年指導医歴があるかということを決めております。

つまり、指導医は個人の今までのキャリアで決まっていることで、どこで働くかという話ではないのです。

私は、比較的大きな領域では指導医が非常に不足しているとは思っておりません。指導医の地域偏在があるのだと考えております。

指導医を医師少数の地域に派遣することに関しては、専門医機構では指導医派遣の場合はシーリングの枠外にすること程度で、機構単独の力ではそれ以上は難しいと思います。もちろん御協力はいたしますけれども、当機構だけの権限では難しいことと思っています。

それから、問題なのは、指導医を派遣した場合に、シーリングの枠外にするとはいいますが、多くの医師少数県ではシーリングがかかっていないのです。医師が少ない県ではその方法は限界があると思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

会場で何かあれば、宮城委員、お願いいたします。

○宮城委員 ちょうど今、次年度の医師の配置を決める真っ盛りのところなのですが、今回出てこなかった用語で、1つ「働き方改革」も考慮いただきたいと思います。指導医の負担として、自分が指導医になれば、3人の専攻医を育てられるのが産婦人科のプログラムなのですけれども、研究もしなければいけない、診療もしなければいけない、公立病院は赤字を抱えている、そういう中で働き方改革にも適用しなければいけない。

そうなると、指導医になることのインセンティブ自体、今、考え直さなければいけない時期に来ております。今後の議論となるとは思いますけれども、ぜひそこも考慮いただければと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。重要な御指摘をいただきました。

ほかにいらっしゃいますか。

なければ、一旦今度はオンラインに戻りたいと思います。

中村参考人、よろしくお願いいたします。

○中村代理 ありがとうございます。花角知事の代理の中村でございます。

私からですけれども、全国知事会からもともと専攻医の募集定員のシーリングに関しましては、厳格な適用を要望してきていたところでございまして、今回シーリングの設定の在り方について見直すということをしていただいたこと。

それから、シーリングの枠外で設けられてきていた特別地域連携プログラムを、シーリング内に設定するということ。

それから、大学病院等の基幹病院から指導医を地域に派遣した実績を評価すること、そういったことをインセンティブとして、今回、シーリングの中に設けていただいたこと、こういったことについては、都道府県の意見を踏まえて論点としていただいたものと受け止めておりまして、そちらについては評価しているところでございます。

その上でなのですけれども、1点申し上げさせていただきますのは、76ページのところにつきまして、激変を緩和する観点で、直近の過去3年間の平均採用数を満たすまで、連携プログラム、定員数の設定を許容する考え方については、維持することとしてはどうかという記載がございます。

こちらなのですけれども、資料の39ページの都道府県からの意見でも、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るということで、シーリングを厳格に実施するべきという指摘がございます。

あくまで、これは激変の緩和ということであれば、直近の過去3年間の平均採用数まで許容し続けるのではなくて、例えば令和8年度限りの定員上限に限るということにするなど、今後のこのことまで見据えた形で、通常プログラムが、シーリングというものがしっかり適用されていくような形で、運用されるように御検討いただければと思います。

意見でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。御意見として承りました。

事務局、何か案をつくったお立場で、コメントはありますか。

○加藤課長補佐 ありがとうございます。

まず、これまでのシーリングの仕組みにおいて、先ほども言及がございましたけれども、特別地域連携プログラムがシーリングの外に位置づけられていることで、シーリングの総数が過去3年間の平均採用数を超える場合があるという状況でございました。

今回の見直し案では、そうした採用数が増えていくということに対する指摘を踏まえまして、全体の数を過去3年間の採用数100%とすることを提案させていただいているところでございます。

過去3年間の平均採用数を担保しない形とする場合は、医療現場に与える影響が考えられ、こうした影響に配慮し、急激な変化とならないような対応という観点も必要かと考えているところです。一方で、シーリング数を過去3年間の平均採用数とすることで、採用者数が減っていくごとにシーリング数も減っていくという仕組みですので、必ずしも募集定員の固定化につながるものではないと認識しております。

以上でございます。

○遠藤部会長 中村参考人、何かコメントはございますか。

○中村代理 分かりました。3年間の平均ということで徐々に減っていくということを見据えた形での案であるということが分かりましたので、そういった数字だとかを見ながら御検討していただければと思います。

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、野木委員、お手を挙げておられます。よろしくお願いします。

○野木委員 何度もすみません。皆さんの話を、少し整合性を持つという意味合いで発言をさせてもらいたいと思うのですが、基本的に指導医というのは、精神科においても、指導医はたくさんいます。うちの病院だけで見ても指導医が3人ぐらいいます。

それで、今、指導医が、いわゆるインセンティブと言っているのは、16ページにも載っていますけれども、優れた指導者がいること、いわゆる優れた指導医がいることとなっているわけですね。精神科だけを見るとそうですが、精神科の専攻医を送るには、基幹病院であっても関連病院であっても必ず指導医が必要なのですね。ですから、必ず指導医がいるのですよ。

ただ、専攻医が求めているのは、優れた指導医、指導者がいるというところが、みんな大学病院に集まる理由なのですね。やはり教授とか准教授がいるわけですよ。

それで、いわゆる一般の民間の我々の病院のような指導医では物足りないというのが、やはり正直、専攻医の意見だと思います。だから、指導医は必ずたくさんいると思います。たくさんいるけれども、専攻医が求めているのは、やはり優れた指導医がいるというところが必要だということで、みんなで共通意識を持っていただきたいと思います。指導医

はたくさんいるという考え方を持っていただきたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長　ありがとうございました。

ほかに何かございますでしょうか、違う視点からでも結構でございます。

オンラインでも会場でも結構ですけれども、大体よろしゅうございますか。

そうしますと、大体御意見は出尽くしたと考えさせていただきます。

それで、本日は事務局から原案が出されておるわけでございますので、これの取扱いを決めなければならないわけでありまして、今、お話を伺った限りでは、この原案に対して、大きな反対意見というのはなかったなと思います。

ただ、部分的にはいろいろ御意見等もございましたと思いますけれども、したがって、この事務局原案をベースにしながら、いろいろな御意見が出されましたので、事務局は、それを少し整理していただいて、次回のこの部会におきましては、事務局の考え方と、それから構成員の御指摘等を踏まえて、日本専門医機構におかれましては、具体的なシーリングの案というものを作成していただいて、それを出していただくという方向があるかと思っておりますけれども、それについては、委員の皆さん、あるいは専門医機構のお立場から渡辺参考人の御意見もお聞きしたいと思いますが、今村委員、どうぞ。

○今村委員　委員長のお話は、この原案についてということで、少し何か考えがあるかということでしょうか。

○遠藤部会長　そういうことです。

○今村委員　先ほど意見としては、言わなかったところですが、1つ危惧する点があります。これは日本医師会の考えというよりも、医師として何かの専門医になりたいというのは、その方が医師国家試験を取るとか、初期臨床を終えるとか、そういうレベルの話ではなくて、その方が、例えば整形外科のプロになりたいという話で、少し今日の議論というのが、どちらかというところ、専攻医も臨床研修の医師偏在と同等に考えられているのではないかなというのを少し危惧するところです。

先ほど、山崎委員からも、単に指導医がいればいいのかではなくて、優れた指導医が、地方にも行っていただかないといけないと、そういった優れた指導医はどこにいるのかということ、それは、地方の大学にいることもあれば、ただ多くが医師多数県のほうにいらっしゃるというのであれば、医師多数県から医師少数県に行っていただかないといけないということになります。そして、そこは、強制的に行っていただくことは、まずできないだろうということ。

それと、そういった指導医の方々も、指導医を続けるには一定数の、経験する症例数問題がありますね。それで、なぜ医師少数県だとか、過疎地域に簡単に行けないかということ、そこで、まずは本当に専門医としての研修ができるのかどうか、それは患者さんが多いところであれば、半年で満たす症例数も、過疎地域にいますと、2年、3年かかってしまうと。だから、そこをよく考えておかないと、強制的にだとか、医師少数県に来てほしいのはよ

く分かるけれども、優れた指導医であっても、普通の指導医であっても、そこにずっと2年も3年もいたら、症例数が足りなくなるので、やはり簡単にはいけないねと、そういったことが、今回の全体のプログラムの中では、十分に考えられていると言えるのかというのが1点。

もう一点は、ここの資料でも出ましたが、特定機能病院の中で大学病院本院の役割に、たくさんの大学病院さんが医師派遣をされています。今回、その部分が新たな地域医療構想の中でも出てくるし、特定機能病院の在り方でも出てきますと。ここの在り方がどう変わるかというのが定かではないと思うのですが、最初に専攻医の方は、研修は大学病院と大学病院外と、どこでされているのですかという質問させていただいたのは、普通に、例えば、何かの専門医になるのに、大学に行くと医師派遣されるのだねと、今、まだどうなるか分からないところで、今回のシーリングだけ厳しくしていくというのは、慎重にしないと、大学病院の医局に、もしくは大学病院の専門医制度に行くよりは、大都市の大学病院外の研修病院に行ったほうが得だねと、ますます、そうすると、大学からの医師派遣ができなくなってしまうし、今、御提示いただいたプログラム、一見よさそうなのだけれども、そもそも論のところ、ますます大学には専門医が集まらなくなる可能性も十分あると。そこら辺を考えたときに、今回のプログラムの在り方が、本当にこれでいいのかというところで発言をさせていただきました。

○遠藤部会長 分かりました。

お待たせしました、渡辺参考人の御意見もお聞きしたいと思います。

○渡辺参考人 私も今の今村先生の御意見に近い考え方を持っております。といいますのは、やはり全て強制力を持って配置できるのであれば地域偏在問題は解決すると思うのですが、行く側の立場、もしくは専門医を育てる側、指導する側の立場が反映していない気がいたします。

日本の場合は、何かの強制力で研修場所を決定することは法的に出来ませんので、研修プログラムを運用又は受容する側の立場をもう少し考えていただければと思っております。

具体的には、この案は、少し時間をかけて議論していただきたいと思うのは、細目に関して言えば、特別連携プログラムを、シーリングの枠内に入れるということに関しては、私自身は、専攻医として手を挙げる方が多くはいらっしゃらないという気がいたします。

もちろん、どなたかおっしゃったように、地域で働くことは非常に大事なことのだということのプロモーションは、我々自身も、特にジェネラルな分野、総合診療、内科などに関しては、今もやっているつもりですし、これからももっと力を入れていきます。また、特別連携プログラムは非常に効果的だという意見に対して私もそう思っています。これは拡大していかなくてはいけないということだと思っております。しかし、これをシーリングの枠内にいれると、現実的には、これが縮小していくのではないかなということを危惧しております。もちろん、それは私の単なる危惧でありますけれども、その点はもう少し慎重に、いろいろな方面からの意見、特に育成する側、例えば、領域学会など実際に育成

する側の意見も、この部会に少し反映していただければと私は常に思っております。プログラムをつくって育成している側で、これで本当にうまくいくのかどうかという意見を含めて聴取していただいて、もう一度議論していただくべきかと思います。あまり軽々に、今回の基本路線で行くことに関しては、危惧しております。

以上です。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

オンラインの委員の皆様で、これに関連して何か御意見はありますか。

よろしゅうございますか。ありがとうございます。

ただいま、渡辺参考人と今村委員からお話がありまして、もう少し人の動きの様々なモチベーションや制度の変更等々の要素があるわけですので、それを十分議論せずに、枠だけを変えていこうという、それによって流れを変えようということなのだと思いますが、そこが不十分なのではないかということで、少し議論はするべきだということでもありますので、私もそのように思います。本日も一部のことしか議論はされなかったなという感じもいたしますので、したがいまして、本件については、また継続審議ということで、次回以降、それなりに本日いただいた意見等々について、事務局もそれなりの資料等々を整理していただくということにして、分かりやすい形で我々に提示していただければと思います。

野木委員は、手を挙げておられるのでしょうか。

どうぞ。

○野木委員　すみません、何度も、皆さん同じ土俵におられる方なので、一応先ほどの共通認識という意味合いで思っているのですけれども、この専攻医の問題と、医師の地域偏在問題、並びに不足問題というのは、今村先生がおっしゃるとおり、ここで同じ土俵で話をするのは、少しおかしい話だというのは、以前から出ているのですけれども、今日、こんなことを言ったら怒られますが、立谷委員がおられますので、その辺の経緯を立谷構成員のほうからお話ししていただければ、分かりやすくなるのではないかなと、立谷構成員、発言されなかったもので、私は最初のときに、何でこんな議論をここでやるのですかと聞いたときに、立谷構成員から、いろいろと教えてもらって、そういうことになった経緯というのを教えてもらったので、もしよろしければ、立谷構成員のほうから話していただければ、みんな共通理解ができるのではないかなと思いました。

以上です。

○遠藤部会長　では、立谷委員、御指名ですので、よろしくお願いします。

○立谷委員　大変難しいことを聞かれたような気がするのですが、専門医制度の問題が始まったときからの議論に戻るのですが、私は地方の代表なのです。医療過疎地域も抱えているわけです。我々全国市長会というのは、815の市区からなっているわけで、医師の数の多いところもあるし、少ないところもある。これは町村会も同じことだと思うのですが、そういう中で、この医療というのは何のためにやるのだと。

国民医療の観点から申し上げれば、私は、それぞれの医師の教育というのは、もちろん重要な問題だし、これは絶対しっかりやっていかなくてはいけない問題なのですが、それと同時に、国民医療にとってどういう形になるのかと、どういう影響があるのかという観点から、私は医師の偏在を特に大きな課題として、これは我々地方の首長として、国民医療ということを1つの大きなテーマとして考えてもらいたいと、そういうところから、こういう議論が始まっているのです。

専門医制度が発足するに当たって、医師の質の確保ということは、やはり国民のためにも、あるいは医師自身のためにも非常に大きな問題であるということは、みんなで了解したわけです。

しかしながら、そのことによって、曲がりなりにも医師の偏在を助長するようなことがあってはならないだろうと、そういう共通認識のもとに、シーリングという発想が生まれたのです。

ですから、私は、最初に申し上げましたけれども、もし、このシーリングという制度がなかったら、さらに医師偏在が加速していただろうかと、今は思っています。そのことが、しかるに、やはり限界がありますから、そういう中で方法論をいろいろみんな考えてきたわけです。

その方法論の1つとして、今日の話もあるのだらうと思っていますが、議論をもっとすべきだという御意見については、私も何ら反対するものではないですし、今までの経過の中でこのような形に積み上がってきたという、この専門医制度の議論の歴史というのも、私は、皆さんの考え方の大きな資産ではないかと思っています。もちろん、地方の意見もそれなりに反映させてもらっていると思っていますし、また、医師の立場からいって、それぞれ大志を持って、志を持って医師になっているわけですから、その貴重な志が、現実的に社会の役に立てるように、個人としても力をつけていかなくてはならないし、研鑽も重ねていかなければならないと、そういう複合的なファクターの組み合わせや積み重ねが、こういう議論になってきたものだと思います。

しっかり説明になっているかどうか分かりませんが、全体として申し上げるとしたら、国民医療という観点あるいは個人の医師の資質という観点、いろいろな意味で議論を重ねてきたということだけは間違いのないことだろうと思っています。

○遠藤部会長　ありがとうございました。

大体意見は出尽くしたかと思いますが、様々な御意見もあろうかと思いますが、事務局提案は、かなり中身が細かな話も含まれている内容でありますので、もう少し議論をしてもよいかなと思いますので、そういう意味で、次回も継続審議という形で様々な御意見を反映した形の分かりやすい資料等をつくっていただくような形で、少し議論を深めていって結論にもっていきたいと考えますので、事務局、どうぞ。

○和泉医師養成等企画調整室長　事務局でございます。

最後に、また、御意見をいただいてありがとうございました。



その点については、まさに必要な資料であったりとか、今村先生から御指摘をいただいたような専攻医が症例を十分経験できるような形等々、いろいろ御示唆をいただいたところでありまして、私どもの認識としては、そういったものも含めて一定の基準を設けて専攻医の施設を認定していただいているところだと思っております、そこの説明であったり、こういったパッケージになっているかというところは整えて、また、次にお諮りをしたいと思いますし、改善したものであるところはあると思っております。

一方で、御相談でございますけれども、今回考え方をお示したところでございまして、具体的にどうなるかというところは、少し数字がないものですから分かりにくくはなっているかと認識してございまして、この考え方あるいは今日の御議論を受けて一定の修正をした上で、どのようになるかのシミュレーションというものを、機構の先生方とも御相談しながら、この部会に次回お諮りさせていただけないかということについて、伺わせていただきたいと思います。

○遠藤部会長 制度を変えたことによって、結果的にどう変わるのかというのは、誰でも知りたいところのわけでありまして、議論の判断をする上でも大変重要だと思いますので、それは、ぜひやっていただければと思います。

したがって、事務局原案をベースにした場合のシミュレーション結果を示すと、そういう理解でよろしいですか。

○和泉医師養成等企画調整室長 今回、御指摘もいろいろいただきましたので、どのように反映できるかというところもあるのですが、そのどう反映したらこうなるというところも含めて、丁寧に説明できるように御用意できればと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

まさに地域偏在が、どういう効果をもたらす改革なのかということは、数字で分かることは非常に重要だと思いますので、シミュレーションは、ぜひ可能であるならばやっていただければと思っております。

今村委員、どうぞ。

○今村委員 今日発言をさせていただいたのも、シーリング反対ということよりは、まずまず今回の指導医を派遣、これもいいと思うのですよ、ただ、先ほど大学の先生からもお話が、すごく控え目に今日はお話しされているなと思うのですけれども、ただでさえ、今、大学病院への負担が非常に大きくなっている。

そういう中で、今回の指導医派遣となればなるほど、本当に大学病院は大丈夫かなと。そういう点では、ぜひ大学病院の負担が、これで変わらないのか、さらに大きくなるのか、大きくなることについて、先ほど、特定機能病院の在り方が議論され、そちらでもかなり、ただでさえ、今も厳しい状況の中で、これをどうやって守り、育てるかということは、かなり考えてさしあげないと、恐らく大学病院はパンクすると、もう少数区域に行っていたく以前の話になるなど、そこも少しお考えいただきながら、次に御提案いただければと、よろしくお願いします。

○遠藤部会長　そこが非常に重要だという御指摘のわけですが、その辺も踏まえて御検討をいただければと思います。

ほかに何かございますか。

坂本委員、どうぞ。

○坂本委員　坂本です。

ちょうど第8次医療計画、2040年の地域医療構想、診療科偏在を含めて、骨格が12月中にはほぼ出ていると思うのですが、それで、来年ガイドラインが決まっていく。

その中でも、この専攻医の問題、臨床研修の問題を書いておりますけれども、かなり議論されていると。それで、多数県、少数県の問題も含めて、多数地域、少数地域まで含めて、そういう議論になってきているので、そちらの議論を見ながら整合性を取っていかないと、こちらだけで決めても、なかなか難しいかなというのを思います。

あと、少数地域に行くということは、地域医療構想に入ってきておりますけれども、介護も生まれてくると思いますので、その辺も考えながらの、専攻医の先生も、地域の介護も考えて確認してくださいねという方法もあってもいいのではないかなと、まだ、構想が固まっていないので、その辺も含めて整合性をよろしく願いいたします。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

事務局、何かありますか、要するに類似のことが3つの検討会で行われているということのわけですが、それはそれなりの整理をした上で整合性を取るような形で、議事運営をされているという御理解だと思いますけれども、何かコメントはありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長　すみません、部会長にまとめていただいたとおりで、なるべくそういった整合性を見ながらというところでございます。

構想の検討も一定の取りまとめ、座長預かりという形ではあったと思うのですが、取りまとめをいただいているところでございますので、そういったところとの整合性あるいは方向性に齟齬がないかということも丁寧に見せていけるように、次に向けて準備をさせていただければと思います。ありがとうございます。

○遠藤部会長　よろしく願います。

ほかに何か、それでは、渡辺参考人、お願いいたします。

○渡辺参考人　今、坂本先生のおっしゃるとおりなのですが、大学の問題も大きいと思います。

もう一つ、医学部の定員の問題も絡んでくるのですが、10年少し前から地域枠が導入されております。今後、それがどのぐらい大きな影響を持っていくかという点は、予測で結構ですが、示していただきたいと思います。我々の検討では、シーリングをかけるよりは、地域枠の方がよほど大きな力があると考えられます。それでどの程度解決するかは、私には分かりませんが、医学部の地域枠の効果も併せて検討していただければと思います。多元的に議論するというところに、私も賛同いたします。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

それぞれ地域偏在を解消する仕掛けはあるわけですが、それぞれ異なる検討会で議論しておりますので、地域枠は、この検討会ではやらない話になります。あくまで、ここは専門医の養成プロセスの話が、この部会でのあれですので、そのようにして、一応整合性を取りながら議論はされているという感じはいたしますけれども、そういう議論なども、少し御紹介してもよいかもしれませんね、関連があるということで、事務局、どうぞ。

○和泉医師養成等企画調整室長 御認識のとおりで、渡辺参考人の御指摘は、ごもっともだと思っております。様々な形で、この養成過程の検討であったり、偏在の対策をさせていただいておりますので、今回もかなり大部の資料になりましたが、さらに多くなると思いますけれども、御紹介できるように準備をさせていただければと思います。

○遠藤部会長 では、そのように対応させていただきます。

ほかに何かございますか。

よろしゅうございますか。それでは、本日は大変貴重な御意見をいただきました。それらも含めまして、次回は、またこの問題について、さらに深めた議論をしていきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

事務局から、何かありますか。

○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。よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 それでは、本日は長時間にわたりまして、貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございました。

それでは、これをもちまして、令和6年度第3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。