

○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4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、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に御参加いただいております。

現時点で委員12名のうち12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。

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、参考資料1～3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。

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、おはようございます。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

本日の議題でございますけれども、今後の専門研修制度に向けた取組ということになっております。事務局から資料「今後の専門研修制度に向けた検討について」が提出されておりますので、事務局からこの説明をお願いしたいと思います。

○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、前回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いうことを論点としておりました。

4ページ目に見直し案の全体像がございます。

1つ目、シーリング対象都道府県の選定についてはこれまでの基準を変えない一方で、令和8年度専攻医採用においては、最新のデータであります2022年の医師数を考慮しまして、これが2024年の必要医師数を下回っている場合、シーリングの対象外とするという配慮を提案いたしました。

本日、さらに御議論を深めたいと考えていますのは「2. シーリング数や採用上限数、

プログラムの内訳等」のところでございます。

右側の図で御説明いたしますと、下から順番に青い部分、通常プログラム（基本数）を当該診療科の直近過去３年間の全国専攻医採用数の平均と全国の総人口分の都道府県人口数を掛けて算出するという、その上の加算分を直近の過去３年間の平均採用数の一定割合に満たない場合、所定の要件を満たす場合に加算するという、それから、緑色とオレンジ色の部分、連携プログラムについては、直近の過去３年間の平均採用数の一定割合に満たない分を設定するというのが御提案でございました。

５～７ページ目にかけて、前回いただいた御意見を記載させていただいております。

８ページ目に前回の議論と対応を表にしてお示ししております。表の全般事項につきまして、主な御指摘として、都道府県からの要望が反映された見直しになっていることや、指導医の要素を加えることで専門研修をよりよくすることにつながるという御意見をいただいております。それから、シーリングを適切に実施することが地域医療にとって重要であるといった御意見も改めていただいたところでございます。

こちらの対応案としまして、前回の議論をさらに深め、本部会でお示しいただく方向性を踏まえ、日本専門医機構において適切にシーリングを設定いただくという流れを想定させていただいております。

専門研修指導医の派遣についていただいた御意見としまして、様々な派遣の形態を評価に含めるなど、柔軟な対応が適切であるということ、地域へ長期間指導医を派遣することは指導医自身の能力や資格の維持等にも影響を及ぼす可能性があるということ、大学病院に所属すると地域に派遣されるとの誤認を生じ、さらに大学への負担を大きくしてしまう可能性があるという御指摘をいただきました。それから、指導医は重要だが、特により優れた指導医が求められていることや、指導医については機構のみならず厚労省としても必要な対応を図るべきという御指摘もいただきました。

対応案としまして、指導医派遣についてシーリングにおいてどのような場合に加算を行うかについて、本日考え方を提示させていただければと思っております。この際、指導医はもとより大学病院等のプログラム設定側への負担の観点も踏まえて検討させていただいております。指導医の質の向上については機構において対応を検討いただくとさせていただいておりますけれども、事務局においても対応を検討していくこととしております。

連携プログラムにつきまして、特別地域連携プログラムは拡充していく必要があるが、各機関において設定できるようにしていくべきではないかという御意見をいただいております。こちらに対して各機関において設置が進むよう、令和７年度大臣意見を踏まえ、機構で検討中という状況がありますので、こういったことも踏まえて進めてくという方針とさせていただいております。

基礎データについて、ここに記載していますような状況を御質問いただきまして、日本専門医機構にも提出いただいた資料をこの後の資料で提示させていただきます。

以上のような前回の議論を踏まえまして、９ページ目にあります４点を目次とさせてい

ただいております。

まず、専門研修指導医の派遣についてでございます。

11枚目、専門研修指導医については、地域における専門研修の充実化を図るために十分な指導医の確保が重要であるということ、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いう指摘を踏まえた提案でございました。

12枚目に具体的な論点で、前回の論点であります、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、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、その実績に応じて通常プログラムの定員数を増加するという、また、指導医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や、こうした評価に当たっては加算に一定の上限を設けるということを案としておりました。

専門研修指導医に関する議論をさせていただいているところですが、14枚目にこの規定の御紹介をしております。日本専門医機構の専門医制度整備指針において、専門研修指導医の役割や要件に関する考えが定められているところでございます。

15～17枚目にかけて専門研修指導医の要件を抜粋してございます。このような形で各領域の専門研修プログラム整備基準において、専門研修指導医の要件が定められているということでございます。

18枚目が専門研修指導医の状況に関してでございます。専門研修指導医の人数についてですけれども、正確な把握には課題があるが、少なくとも各診療領域において一定程度の指導医が確保されているという状況ということでございます。また、分布につきましては内科指導医について、ほとんどの二次医療圏に所在しているということでございます。

19枚目が小児科指導医の分布でございます。こちらの分布を見ますと、指導医数や人口10万人当たりの指導医数にはばらつきがあるということでございます。

20枚目が実際に地域にどれほどの医師が派遣されているかというデータでございます、国立大学病院全体で4万6000名ほどの常勤医師が地域に派遣されているということでございます。

21枚目の左側の図、こちらは非常勤の派遣でございます、約8,900か所で兼業による非常勤の派遣が行われているということでございます。

22枚目も同様のデータでございます。

23枚目、専攻医採用数における大学病院及びそれ以外の病院の内訳でございます。採用者ベースでの大学病院やそれ以外の病院の内訳を見ますと、大学病院での採用が比較的多いという状況でございます。

24枚目から指導医派遣に関連する取組の御紹介をしております。専門医認定支援事業という予算事業でございます、医師少数区域等への指導医の派遣に対する支援でございます。一定の実績があるということでございます。

25枚目が地域医療介護総合確保基金でございます。医師派遣等を行う医療機関の運営に

対する支援を行うことが可能となっております。また、派遣医師が派遣後に海外研修等に参加する自己研さんに必要となる経費も対象経費としているということでございます。

26枚目が昨年末に策定されました医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの御紹介でございまして、この中の経済的インセンティブにおいて、重点医師偏在対策支援区域の一定の医療機関に対する派遣される医師への手当増額の支援等が盛り込まれているということでございます。

27枚目にその詳細がございまして、当該区域内の医療機関に医師を派遣する派遣元医療機関に対する支援というものも検討するという事となっております。

28枚目、こちらは自治体と大学の取組の紹介をさせていただいております、茨城県と医師少数区域にあります鹿嶋市、それから、昭和大学が協定を締結している例であります。派遣先となる医療機関が特別地域連携プログラムの連携先とされるとともに、指導医と専攻医の派遣が行われているという例でございまして。

29枚目、指導医派遣の考え方を整理するに当たりましてニーズを記載させていただいております。指導医派遣に対するニーズについては、専攻医にとっては様々な地域で充実した研修を享受できるという点かと考えておりますし、派遣先施設においては専門研修指導医や専攻医の受け入れによる人材の充実、派遣元施設との連携強化、ネットワーク形成といった点にあるかと考えております。これらから指導医の派遣に求められる役割として2点、1点目が専門研修の質の向上に資する指導体制を構築すること、2点目が指導医に対するニーズの高い地域での専門研修体制を確保することとさせていただいております。

この2点の役割を軸としまして、30枚目に考え方をさらに記載させていただいております。上の専門研修の質の向上に資する指導体制を構築することにつきましては、対象の医師やその勤務形態として考え方を3点記載させていただいております。

1点目が、原則、各基本領域のプログラム整備基準に定める指導医の要件を満たす医師であること。

2点目が、派遣元と派遣先の連携・調整により派遣された医師であること。

3点目が、専攻医の指導を行うこと等を通じて専門研修の充実に資する勤務形態であることとでございます。

右側の欄に具体例を記載しております。

(2) 派遣元と派遣先の連携・調整により派遣された医師につきましては、派遣元から出向等の形式で異動した上で、所定の期間が経過した後に派遣元に戻る予定の医師、そのほか派遣元から専攻医を受け入れて指導を行っているなど、専門研修環境の向上に資する医師等とさせていただいております。

(3) の勤務形態につきましては、常勤/非常勤の勤務形態や派遣期間によらず、専攻医の指導に当たることが想定される場合とさせていただいております。こちらの勤務日数や派遣期間については、週当たり勤務日数が週5日未満の場合や月単位の勤務であっても専攻医の指導を担当していると思っております。ただし、派遣実績を期間・時間に応じて計

算する必要はあるとさせていただいております。

下の方にまいりまして、指導医に対するニーズの高い地域での専門研修体制を確保することについては、派遣先に関する考え方を2点提示させていただいております。（１）が専門研修施設への派遣であること、（２）がシーリング対象外の都道府県の派遣であることでございます。

例としまして、連携プログラム等の連携先要件を満たす地域への派遣とさせていただいております。指導医と専攻医がともに派遣先で勤務することが望ましいが、指導医単独での評価も評価の対象とし得ると考えております。それから、シーリング対象外の都道府県としておりますけれども、足下充足率が特に低く、指導医派遣のニーズが高い地域への派遣については、追加的な評価を行うことが妥当ではないかと考えております。

31枚目から論点に入らせていただきます。

まず前回の議論、1つ目の○のところは冒頭で御説明したような御提案でございました。

2つ目の○、前回いただいた御意見としまして様々な派遣の形態を評価に含めるなど柔軟な対応が適切であるといった点や、指導医自身の能力の維持や大学の負担等も考慮する必要があるといった御指摘をいただいております。

指導医の状況、医師の派遣の実情につきまして、指導医には一定の基準が定められておりまして、数として一定数の指導医が登録されているということ、小児領域のデータを見ますと地域ごとのばらつきがあるということでございました。

2つ目、大学病院は現に地域における医師供給の役割を果たしており、相当数の医師の派遣を行っているということで、派遣される医師の過度な負担を避ける観点からは、こうした既存の取組も含め、適切に構築することが考えられるとさせていただいております。

3点目、医師の派遣については、お示ししましたような関係団体による実態調査、確保基金における医師派遣に対する支援など、既に一定の情報収集や支援のスキームがあるところでございます。専門研修制度において医師の派遣の評価を行う際には、指導医はもとより医師の派遣を担う大学病院や都市部の基幹病院等の過度の負担を避ける観点から、既存のスキームと可能な限り整合的な形で実施することが考えられるとさせていただいております。

32枚目が論点でございます。シーリング制度における指導医の派遣の評価について2つの視点を示させていただいております。（１）が専門研修の質の向上に資する指導体制を構築すること。（２）が指導医に対するニーズの高い地域での専門研修体制を確保することでございます。

具体的なことを枠の中に記載させていただいております。

1点目、原則として各基本領域のプログラム整備基準に定める指導医の要件を満たす医師が専門研修施設に派遣された場合を対象とすること、派遣元医療機関と派遣先医療機関の連携・調整により、次の①及び②を満たす指導医を派遣した場合としております。①が「専門研修の質の向上に資する常勤及び非常勤の指導医」、②が「ニーズの高い地域での

専門研修体制の確保に資するシーリング外都道府県に派遣される指導医」でございます。

3点目、また、医師派遣の既存のスキームに応じた評価を可能とする観点や、医師への過度な負担を避ける観点から、年単位の派遣のみならず月単位の派遣の場合についても実績に加えるなど、実績の柔軟な積み上げを可能としてはどうかと考えております。さらに指導医に対するニーズのより高い地域の派遣実績については、より高い評価を行うこととしたらどうかとしております。

最後の4点目、この評価、通常プログラムの加算を行う場合の加算数について、上限でございますけれども、例えば通常プログラム基本数の一定割合としてはどうかとさせていただいております。

続いて、「2. 連携プログラムについて」の方に入らせていただきます。

34枚目、各プログラムについてでございます。これまでの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、採用数の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。連携プログラムは地域医療に資する観点から、シーリング対象外の都道府県での一定期間の研修を設けておりまして、さらに一部のプログラムについては連携先都道府県を足下充足率の低い地域に指定しているということでございます。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、足下充足率が低い都道府県の医師少数区域に指定しているというプログラムでございます。

36枚目、この特別地域連携プログラムについては、専攻医の増加が認められない東北地方等への偏在是正効果を期待し、令和5年度から導入されたということで、地域偏在是正の実効性を検証しながら改良を加える方向性としていただいております。

38枚目が前回の議論の論点でございました。シーリング数に関する厳格な運用を求める指摘から、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ということ、それから、通常プログラムを算出した上で直近の過去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いうものでございました。

41枚目までお進みいただきまして、特別地域連携プログラムの採用実績でございます。表の一番右側の列、赤い部分が令和6年度のシーリング数でございます。左側が令和6年の採用実績となっております。

43枚目、主な診療領域における専門研修施設の基準でございまして、各診療領域において専攻医が十分な経験を積めるよう専門研修施設の基準を定めており、専門研修施設及び連携施設で相互補完的に症例数を含めた研修の質を確保しているという仕組みとなっております。

44枚目に地域における症例数のデータを提示させていただいております。内科の専攻医ですけれども、専攻医当たりの経験症例数の状況を見ると、様々な地域において一定数の症例を経験することが可能であることが示唆されると考えております。

45枚目が日本専門医機構の取組の御紹介でございます。地域における診療実績を評価す

る取組として、専門医更新審査の審査基準である共通講習の受講必修8項目のうちの5項目を免除するというような取組をされているということでございます。

46枚目、日本医学会連合のアンケート調査を御紹介させていただいておりまして、学会会員を対象にした意識調査の中で、キャリアプランの中で地域の医療機関で地域医療に従事したいと回答している医師が一定数いるということでございます。

47枚目が年齢別の結果を示しているものでございまして、40代未満の若手医師、地域の医療機関で地域医療に従事したいと回答した割合は他の年代に比べると小さいものの、一定数は存在するというところでございます。

48枚目、連携プログラム等の運用における課題でございます。この連携プログラム等の運用においては複数の関係者が関わっておりますが、専攻医を送り出す基幹施設においては専攻医が連携先において充実した研修を行うことを保証するため、事前に連携先の情報を得ておく必要があること等の連携先確保に向けた課題があると聞いておりまして、施設間のみならず、その他関係者の役割や連携が不可欠であると考えております。

49枚目が連携プログラムに関する論点でございます。前回の議論を踏まえまして、特別地域連携プログラムをシーリング内に設置する場合は、特別地域連携プログラムの採用数が次年度のシーリング数に影響するというところで、シーリング数を維持するためには特別地域連携プログラムにおける採用率を確保する必要性が生じるということでございます。

一方で、令和5年度、6年度の採用率は低いということ、また、令和7年度の専門研修に対する大臣意見においては、連携先施設候補一覧の速やかな作成や、連携先の要件、研修期間の見直し等を伝え、日本専門医機構において検討を進めていただいているという状況でございます。

論点としまして、令和8年度の専攻医募集に向けては、特別地域連携プログラムをシーリング内に設置することとする一方で、以下のような当該プログラムに関するさらなる改善、プログラム設置側の視点に立った一定の配慮を行ってはどうか、とさせていただいております。

1点目、令和7年度大臣意見に基づく対応を進めるとともに、今後、連携元として認識している課題への対応についても現場の意見を踏まえつつ検討を行うとしております。

2点目、令和8年度選考医募集に向けた新たな連携先の確保は連携元の負担が大きいことから、令和8年度募集に限り、新たに追加された特別地域連携プログラムの枠から連携プログラムの枠の振替を可能とすることとさせていただいております。

続いて、「3. 試算結果」をお伝えいたします。51枚目にお進みいただきまして、試算結果を御提示させていただく前に算出の手順を御説明いたします。

赤い①とある部分でございますが、通常プログラムの基本数でございまして、当該診療科の全国専攻医採用数の平均に全国の総人口分の都道府県人口を掛けて算出した部分でございます。

②が通常プログラムの加算分という部分でして、専門研修指導医の派遣実績に応じ、通

常プログラム基本数の一定割合を上限とした加算を設定するという部分でございます。

③が連携プログラムでございまして、直近の過去3年間の平均採用数に満たない分を連携プログラムとして設定するというところでございます。

52枚目は試算結果でございまして、指導医派遣に応じた通常プログラム数の加算の上限を通常プログラム基本数の5～25%とした場合のシーリング数でございます。このような形で加算の上限によって通常プログラムと連携プログラムの割合、バランスが変わるということとして、事務局としては15%程度が適切と考えておりますが、御意見をいただけますと幸いです。

「4. 今後の進め方」のスライドを54枚目にお示ししております。前回12月と本日の議論において、令和8年度募集に向けたシーリング等に関する考え方の議論をしていただいております。こちらの議論を踏まえまして日本専門医機構において検討を進めていただき、機構、学会、施設において対応を進めていただくということを考えております。

プログラムの登録まで準備を進めていただけたら、医師法上に定められているような手続としまして、都道府県においてプログラム等の確認をいただいて、大臣意見の検討、決定をする。それらを踏まえて、機構、学会、基幹施設において必要な対応をしていただくということを考えております。専攻医の募集開始につきましては、例年どおりの11月めどということをご記載させていただいております。

最後に、参考資料としまして関連施策も含めた資料をつけておりますので御参考にしていただければと思います。

事務局からの御説明は以上でございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、ただいま事務局から説明のありました内容につきまして御意見等をいただければと思います。基本的には事務局の御説明の中では、専門研修指導医の派遣についての話、あと、連携プログラムの話、最後に試算が出ておりますので、試算のポイントは先ほどもお話がありましたように、加算分の上限を何%ぐらいにするかという辺りが議論の中心かと思います。相互に関連しておりますので特に分けないで御意見等をいただければと思いますけれども、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。御説明どうもありがとうございました。

今回事務局から出てきている論点のところについては、おおむねそのとおりでいいかと思っております。特に49ページの連携プログラムについての論点ということで書かれているところについても、これでいいかと思っております。それから、今おっしゃった52ページのシーリングの仕組みの見直し案を踏まえた試算結果ですけれども、連携プログラムをシーリングの中に入れることによって、恐らくこのプログラムを立てる病院が増えるのではないかなと思っておりますので、現在、例えば連携プログラム等シーリング数の332というところが少し上がるのではないかと。かといって飛び抜けて増えるということも考えにくいので、



ちょうど15%ぐらいが妥当ではないかと思っています。

その上で、少し質問したいことがございます。8ページのところに前回指摘があったように、指導医は重要だが特により優れた指導医が求められているというような御意見があったようで、私は前回欠席しておりますが、私もこれは本当に大事だと思っているのですけれども、指導医の評価ということが実はとても難しいのではないかと思います。指導医の質の向上については機構において対応を検討いただく、事務局においても対応と書いてあるのですが、どのように優れた指導医の評価をしていくと話し合われているのか、対策を立てていらっしゃるのかということをお尋ねしたいことが1点目です。

2つ目としまして、以前から私はシーリングの限界ということをやっとお話ししていて、シーリングがかかっているところにおいては、シーリングを守ることによって一定の数が増えないということができていると思うのですけれども、そこで入れなかった人たちがどこへ行っているかという医師少数地域には行っていないで、近隣の県の病院に流れている。それをどうすれば医師少数県に行ってもらえるようにするかということの一つが連携プログラムをシーリングの中に入れることにしたことかなと思っているのですが、それで間違いないかということを確認したいことが2点目です。

それから、30ページ的具体例の右の下のところ、連携先の中でも連携プログラムの都道府県限定分など、足下充足率が特に低く指導医派遣のニーズが高い地域への派遣については追加的な評価を行うことが妥当と書いてあるのですけれども、足下充足率が特に低くて指導医派遣のニーズが高い地域というのが見えないと思うのです。これがどのくらい存在していて、この先、どこがどのような方法で都道府県に見せていくのか、あるいは国民に見せていくのか、そのことはどういう御予定になっているのかということをお教え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。

では、事務局、お答えいただきたいと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長　事務局でございます。山口先生、ありがとうございます。

まず、前段は御賛同いただいたコメントをいただきましたので、御質問のところを回答させていただければと思います。より優れた指導医というところでコメントをいただきました。これは事務局として非常に難しいところでありまして、先生の御要望には沿っていない回答だと思いますが、一旦私どもの認識としましては、例えば今回お示しした14～17ページ目、全ての診療科ではないですけれども、指導医の要件が定まっていて、これは機構で14ページ目の一般的なルールをつくった上で、各学会で15ページ目以降のように領域ごとに特色を持って基準を設けているということだと思います。こういった形で一定の質の担保を図っているところだと思いますが、先生からは、より優れたという観点で質の評価をどうするのかということをお質問いただいたと思います。

ここについては厚労省として今確たる答えがあるわけではないのですけれども、各領域、

あるいは学会よってプロフェッショナルオートノミーの中で評価される部分もあると思いますので、機構の先生だったり、あるいは学科の先生とも議論しながら、質の担保はどうやっていけばいいのかというところは議論をしなければいけない状態かと思っております。なので、御質問の評価をどうやっていくのかというところについて、今は確たる答えがないのですけれども、問題意識としては受け止めさせていただいて、どうやっていくかというのは検討させていただければと思っております。

それから、シーリングの限界という点で御質問をいただいたと思います。今回、特別地域連携プログラムを含めてシーリングの中に入れることが、こういったよりニーズのあるところに派遣することにつながると考えており、事務局としてはそういう特別地域連携プログラムを設定しようというインセンティブにつながると考えているので、そこを促していきたいと考えております。

一方で、前回の議論でもありましたが、派遣元の負担も大きいということを聞いておりますので、そこについては前回の大臣意見でも議論をさせていただいたようにリストをつくったりだとか、要件の在り方であったりとか、あるいは今回少し論点を広げさせていただいたところですが、48ページ目のようにいろいろな関係者がいますので、その関係者の意見も聞きながら、どう派遣ができるのかということを考えていきたいです。

また、3点目に聞いていただいたことともつながりますが、今回指導医の派遣で、まさにニーズが高いのはそういった特別地域連携プログラムを設置するような地域だと思っております。特に足下充足率の低い医師少数区域というところが要件になっていますので、特別地域連携プログラムの派遣先というか連携先に指導医を出していただくというのが、追加的に評価するときに最も想定されるところかと思っております。専攻医に行ってほしいところと指導に行ってほしいところというのは、ある種一致していて、そこは特別地域連携プログラムの連携先なのではないかと、今のイメージとしては考えているところでございます。

それは3点目のお答えにもなりますが、追加的に評価をするという場合は、まさに特別地域連携プログラムの連携先のような地域、足下充足率が低くて医師少数区域といったところに指導医が派遣されている場合は、追加的な評価の対象になるのではないかと考えているところです。

○遠藤部会長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 ありがとうございます。

それがどこなのかということの公表の仕組みみたいなものはどうなっているのでしょうか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

特別地域連携プログラムは、専攻医の行き先という観点でも、どこに行くのかをリスト化したほうがいいのかという議論があったと思います。ここは今、機構の先生方ともディスカッションしていて、どう出せるかというのは調整中ではあるのですけれども、

それと一緒にお示しできればいいと思っているところです。

○山口委員 都道府県がいろいろ連携プログラムを都道府県内の病院につくってもらうに当たって、どこなのかということが分からないとプログラムのつくりようがないと思います。そこは急いで作成していただきたいと思います。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。

牧野委員、よろしくお願いいたします。

○牧野委員 私も今回の論点についてはおおむね賛同いたします。

ただ、一つだけ意見を言わせていただきたいのですが、専門研修指導医の派遣というのは、専攻医の教育の観点だけでなく、派遣先の地域での医療への貢献ということでも評価できると考えております。この場合、32ページの下から2つ目のマルで示した文章には、さらに指導医に対するニーズのより高い地域への派遣実績については、より高い評価を行うこととしてはどうかとあります。40ページの2つ目の○には、この評価を与える先として、プログラムの定数を増やすなど、プログラム自体を指していると思います。

しかし、そういった評価だけでなく、実際に派遣される臨床研修指導医自身に対してのインセンティブをもう少し考えてもいいのではないかと考えております。実際に行く指導医が、そういった医師少数区域に行ってもよいと思える仕組みも合わせてつくることが大事だろうと思います。ただ、派遣される医師には手当増額といった経済的なインセンティブも含まれているようですが、それ以外に、例えば専門医の更新時に有利に働くようなインセンティブなども考えてもいいのではないのでしょうか。

45ページには、これに近いものとして、最低1年間比較的医師が少ない都道府県で勤務した場合の共通講習の受講必須8項目のうち5項目を免除するといった更新基準も確かにあるのですが、これは医師少数区域に行ったインセンティブというよりも多様な地域における診療を通して幅広い経験を積むといった、どちらかというと研さんをうたっています。そうではなくて、指導医として派遣した場合のインセンティブ、これは1年に満たないようなより短期であっても更新時に有利に働くようなものを考えてもいいのではないかと考えています。医師少数区域地域というのは症例数が少なく、更新時に一定の症例数を経験することが求められますので、当然更新には不利に働く可能性があります。それに対するインセンティブを設けることで、指導医がより派遣に応じやすくなる環境ができるのではないかと考えております。御意見です。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御提案でありましたけれども、事務局、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 ありがとうございます。

専門医の更新におけるインセンティブということも御指摘いただいたと思います。今この時点で、厚労省としてどうできるかというよりは、むしろ機構、あるいは学会の中でどう捉まえらるかというところだと思いますので、こちらを事務局としても受け止めて、

関係者の先生方と議論できるようにしたいと思っております。

経済的インセンティブも見ていただいたところです。今回の偏在対策のパッケージでも、そういった地域に行く場合のインセンティブ、それは指導医に限りませんけれども、そういったものを盛り込んでおりますので、使ってもらえるものを束ねて指導医の先生方への支援にできればと思っております。こちらは私からのコメントでございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、野木先生、お願いします。

○野木委員 山口先生と牧野先生と基本的には同じで、厚労省の提案というのは、私は非常にいいのではないかなと思っていて採用していったらいいのではないかなと思っています。また、私がいろいろな意見を言っていた部分もこの中には入っているようなので、非常にありがたく思っています。

ただ、しつこいようですけれども、一部の専攻医に地域偏在を押しつけているという側面があるので、そこはもうちょっと考えていってもいいのではないかな。そのことはずっと私の根底にあるので、そこはまた機構の方にも考えていただきたいと思います。

それと、牧野先生も話しておられましたが、一部シーリングに関して、各都道府県の必要医師数というのがありますが、これをどう考えていくのかというのは非常に難しい問題だと思っています。というのは、いろいろな資料を厚労省が出してくださって我々もいろいろな勉強ができるようにはなっているのですけれども、例えば徳島県とかは非常にドクターが多いという評価が出ていたのです。シーリングの問題もいろいろあると思うのですけれども、一方で、この資料の中にはなかったのですけれども、徳島県は開業医さんの年齢、医師の年齢が非常に高いと聞いています。そうすると、今後医師がどんどん減っていく可能性があるということを考えていかないと、あまり全体の人数だけで見ていると、例えば75以上のドクターが多いところになると今後激減してくるのではないかなというところも考えておかないと、ただ単に必要な人数だけで、これが解決する問題ではないのではと私は考えています。

それから、先ほど山口委員が言われた14ページに載っている指導医の話です。確かに機構のほうで一応の概念を決めておられるとは思いますが、非常に概略的すぎるのではないかなという気はしています。18ページを見ていただいたら今回データが出ていますが、各学会での専門医の指導医数が出ていますけれども、各学会によってすごく人数に差があるのです。これは多いからいいとか、少ないからいいとか、そういう問題ではないのですけれども、かなり人数がばらばらです。例えば私の科の精神科などは非常に多い、逆に眼科とかは非常に少ないというデータも出ていますので、ある程度の指導医の基準というのは決めていくほうがいいのではないかなと思っています。

一方で、精神科が今結構多いように思うのですけれども、各基幹病院とか、あるいは関連病院では、指導医が足りないということが最近言われていますので、この人数でも足りない状況になってきているというのが一つあるのかなと思っています。今後、指導医とい

うものを考える上で、もう少し全体的に緩和してもいいのではないか。外科学会などは手術をしていなければ専門医ではないとか、指導医ではないというような話もあるようですが、その辺はもうちょっと考えてもいいのではないかなという気はしています。

それと、話は長くなりますが、23ページ、大学病院とそれ以外の病院の内訳を今回厚労省から出していただきました。私はこれを見てびっくりしたのですけれども、大学病院と比べて、それ以外がすごく増えているのです。そのことに驚いています。総合診療などは大学病院よりも圧倒的にそれ以外のほうが多いということですが、なぜこんなことになっているのかというところは少し考えていかなければならないのではないかなと思っています。

個人的には経済的な部分も多いのではないかなと思っています。大学病院にいるときは、基本的には病院からは少額のお金しかもらえなかったので、当時の先生は当直にいっぱい行っていましたよね。それが今、働き方改革を踏まえて当直に行けなくなっているのではないか。そうすると、みんな生活がかかっている部分の中で、大学病院に行くよりも大学病院以外に行くほうがいいのではないかなという気持ちが出てきている一つの表れではないかなと思っています。いろいろ出ていましたけれども、大学病院で働く先生方の給料も考えていかなければならない時期に来ているのではないかなと思っています。

最後に、91ページも面白いデータだと思いました。研修医の採用人数の割合の推移がありますが、昔と比べると6都道府県ではなくて、その他の都道府県にすごく研修医が行っているのです。これはどういうことなのかなと、私にも想像がつかないのですけれども、厚労省のほうは、何でこうなっているのかというのを教えていただければありがたいと思いました。

以上です。

○遠藤部会長　ありがとうございました。多方面の御指摘をいただきました。

最後の御指摘の中には御質問がありましたので、91ページのグラフの内容について、事務局から何か解釈があれば教えていただきたいということです。お願いいたします。

○和泉医師養成等企画調整室長　野木先生、どうもありがとうございます。

90ページ台まで見ていただいてありがとうございます。90～91ページ目と臨床研修、いわゆる卒後2年間の臨床研修の施策の状況を書かせていただいております。91ページ目の6都府県以外の定員の割合が近年増えているということにつきましては、90ページ目に少し書かせていただいておりますが、臨床研修制度が始まってから定員の上限の乖離を少なくするという観点で大体1.05倍まで縮小するということは、90ページ目の年表のようになっているところの令和3年度以降のマスのところを見ていただければと思いますが、倍率を医学部卒業した方、マッチングに参加する方の全体から1.05倍まで縮小するということを継続的にやってございます。そうすると、都市部に集中していた部分が地域にも行くということで、この推移を見ているのかと思っております。こういった議論が右肩に書いてございます臨床研修部会で御議論させていただいた内容かと思っております。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

片岡委員、お願いいたします。

○片岡委員　大変詳細な御説明、また、様々な御提案をいただきましてありがとうございます。

まず、1番の指導医派遣につきましては30ページで説明がありましたが、かなり柔軟な在り方も検討いただいております、それについて大変ありがたいと思いました。ただ、実際は超えなければいけないハードルも多々あると思いますので、その辺り、現場の声をぜひ聞いていただけたらと思います。

2番目、特別連携プログラムにつきましては、こちらは資料で42ページになるかと思うのですが、特に特別連携プログラムの連携先につきましては、現在の要件では真に必要とされている場所として、東北地方などが中心になっているかと思います。ただ、そうなりますと、例えば関西以西などですと、もともとの地理的な結びつきとか、連携というのが薄い地域に派遣することにもなりますので、かなりハードルも高くなるかなと思います。

今後、指導医派遣等が進んで教育体制という意味での連携が進んでいくと、専攻医への派遣も指導体制を確立したうえで行っていくということも期待できる可能性があると思います。一方で、現実的に安心して派遣できる、すなわちもともとの連携体制がある程度取れている、あるいは地理的にも近いところの連携も可能となるような、少しハードルを下げた実行可能性が高い連携も可能という道もつくっていただくことが大事なのではないかと思いますので御検討いただけたらと思います。

また、52ページの加算数のシミュレーションにつきましては、15%程度がいいのではというお話がありましたけれども、様々な要因を考えた場合、私も15%程度というのは妥当なのではないかと感じました。

以上でございます。

○遠藤部会長　ありがとうございました。貴重な御意見として承りました。

山崎委員、よろしくお願いいたします。

○山崎委員　町村会の山崎です。今年もよろしくお願いします。

前回の部会の意見を踏まえまして本日出されました事務局案につきましては異論がないと考えております。しかし、全国の都道府県域内におきまして、医師偏在による地域間格差が依然として課題であるということでありまして、その上で何点か意見を申し上げたいと思います。

まず、専門研修指導医の派遣についてでありますけれども、地域医療における指導医に対するニーズの高い地域での指導医の確保は非常に重要であります。その上で、資料1の30ページに、派遣先といたしましてシーリング対象外の都道府県が示されておりますが、シーリング対象の有無にかかわらず中山間地域、あるいは離島等の条件不利地域におきまして、指導医の確保が困難である現状も御理解いただきたいと思います。

また、32ページに論点としての記載がなされておりますけれども、医師の負担等を考慮し、指導医派遣の評価を柔軟にすることにおきまして、ニーズの高い地域におきまして指導医確保が一層進むことを期待しております。一方、月単位の派遣を評価対象にすることによりまして影響、あるいは課題が生じた際には、丁寧に検証すべきと考えております。

また、シーリングの見直し案を踏まえた試算結果についてであります。52ページの試算結果におきましては、加算上限の割合等のシーリング数が示されておりますけれども、いずれにいたしましても通常プログラムのシーリング数増加が医師不足地域の専攻医採用に支障をきたすことのないように御配慮いただきたいと思います。

以上であります。ありがとうございました。

○遠藤部会長　ありがとうございました。貴重な御指摘だと思います。

続きまして、花角委員、お願いいたします。

○花角委員　私から2つお話しさせていただきたいと思います。

今ほど山崎委員の御発言にも関係してまいりますけれども、これまで医師偏在に悩んでいる医師不足の地域では、大学医学部の地域枠の拡大ですとか、臨床研修医の確保ということでいろいろ努力をしております。それに加えて、臨床研修修了後の専攻医にぜひ地域に定着してもらいたいということ、そのためにどうしていくべきかというところが課題となっていたわけであります。

専攻医として定着していただくためには専門研修を充実させることが必要で、そのためには指導医の存在が不可欠だということで、実は医師不足の県の知事でつくる知事の会がございまして、これま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を構築してほしいということを国に対して提言してきたところであります。今回、そうした中でシーリングに絡めて指導医というものを盛り込んでいただいたシーリングの見直しについては、本当に真正面から受け止めていただいて踏み込んでいただいたということで、まず、感謝申し上げます。

もう1点は、今回の52ページのシーリングの仕組みの見直しを踏まえた試算結果であります。専攻医の募集定員におけるシーリングの厳格な適用ということについては全国知事会からも強く要望してきたところであり、前回の部会でも市長会の立谷委員などからも、医師偏在を助長しないよう、シーリングが設定された意義ですとか、シーリングによる地方での専攻医の定着に対する期待について御発言があったと承知しています。地方では、シーリングによる医師偏在是正への期待は本当に大きいものがあります。

したがって、加算についてはもちろん医師多数県等から指導医を派遣するインセンティブとなるように一定規模は必要だということは理解をしていますが、必要最小限、バランスの取れたものとすべきではないかと思っています。したがって、今回の事務局案の15%程度としたらどうかという御提案についてですが、決め手はありませんけれども、結論から言えば当面これで進めてみて評価していくということでよいのではないかと考えております。

私からは以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

続きまして、丸山参考人、よろしくお願いいたします。

○丸山参考人 本日、茨城県知事の大井川が参加できませんで、代理として保健医療部長の丸山より一言発言申し上げます。

大事なことは先ほど花角知事がおっしゃっていらっしゃいましたので、私ども茨城県としても指導医の派遣の重要性などを今回事務局案に組み入れていただいたことについて御礼申し上げたいと思います。

28ページで当県の事例をありがたくも挙げていただいたのですが、1点補足させていただきますと、これは特別地域連携プログラムという形で派遣がなされたのは専攻医2名でございます。実は指導医はかねてから小山記念病院に昭和の大の先輩として20年来いらっしゃった先生がいました。そういった顔の見える関係があったということも背景にあったことは補足させていただきます。事務局はこのことは御承知のため、30ページでございますけれども表上段（2）の例、2ボツ目で派遣元から専攻医を受け入れて指導を行っている、要は指導体制が整っているところも評価の対象として事務局案に入れていただいたことについては重ねて御礼申し上げたいと思います。

当県も常磐線は水戸まで、つくばエクスプレスの沿線以外は医師不足地域となっておりますので、専攻医に来ていただくためには指導医にいていただかないと困るという声はよくお聞きしております。その中で、1点だけ要望を申し上げたいのですが、30ページの表下段で指導医に対するニーズの高い地域での専門研修体制を確保することとありますが、派遣先の考え方として（1）において専門研修施設と指定をいただいているのですが、指導医とセットで専攻医に来ていただくとなった場合に、その時点ではまだ専門研修施設の指定を受けていない医療機関の可能性もあることを当県としても想定しておりますので、無条件にというわけにはいかないかと思いますが、将来的に専門研修施設の認定を受ける見込みのある医療機関も対象とすることを御検討いただければ幸いです。

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した。御意見と御要望を承りました。

それでは、今村委員、よろしくお願いいたします。

○今村委員 先ほどからのいろいろな御意見で、今回の新しいプランに関しては、私のほうもおおむねこれでうまくいけば非常にいいのではないかと感じているところです。

その上で、山口委員、自治体側からは山崎委員、花角委員からもお声が出た部分で、これがうまくいっているかどうかの評価の部分は、「どのような仕組みでだれに評価するかが大事だと思います」、その際に、行政は行政側でしっかりと動いていると、大学は送る側としてうまく送れていますと、あと、いい指導医が来てくれたかどうか、また、地域医療の中でうまく機能しているかどうかは、地元の医師会に聞いていただくと、評価はできていくのではないかと。そういった第三者の目で評価していただくとき、誰が評価されるか



ということも、御意見を聞いていただきながら、これらの仕組みがうまくいくようにしていただければと感じたところです。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ある意味で試行的なところも部分的にあるわけですので、評価というのは非常に重要だと思います。

事務局、何か評価についてのお考えはありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

座長にまとめていただいたとおり、やってみて分かるところもあると思っていて、今村先生から御指摘をいただいたどのように人が回っているかというところについても、今回指導医の派遣をしていただく機関から一定の実績を報告というか、届け出ていただくことになると思うのですけれども、そうすれば、こういった地域に医師が出ていただいているかということが少しデータとして分かってくると思います。

今、利用可能なデータを見ると、あくまでどの大学がどれぐらい出しているかというボリュームしか分からないのですけれども、どこに行ってくださっているかというところがより分かってくると思いますので、その中で、近隣だけではないかと山口先生がおっしゃられたところになっているのであれば、さらにインセンティブをどうかけていくのかというところを少し見直していけると思います。現場の意見を伺いながら、そういったデータを見ながら評価できると、今のところ事務局としては考えているところでございます。

○遠藤部会長 御検討のほど、よろしくお願いいたします。

それでは、立谷委員、お願いいたします。

○立谷委員 今のいろいろな議論を聞いていまして、全国市長会としては特に地域医療が一番の問題と思っていますので、地域医療の質・量ともに不都合にならないようにということ、そのための方法論なのだと思います。いろいろ議論を今日までなされてきましたけれども、試行錯誤を繰り返しながら、あるべき形に持っていくというのが一番の筋ではなかろうかと思います。そういった意味では、現在の厚生労働省でつくっていただいたこの方針に対して、私としては現段階でこの方針に従って進めていくことが一番ではないかと思っています。

ただ、これが決定打であるとはとても考えられないです。現段階ではこのような形で進めていただいて、また不都合が出てくるとも当然予想されますから、その段階で我々地方の意見も十分聞いていただいて、適切な対応を取りながら修正を重ねていくことが必要ではなかろうかと思います。私としては現段階ではこのような形でまとめていただいて、とりあえずは進めていくというような方針でよいのではないかと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 今回のところに書いてあることではないのですけれども、特別地域連携プロ

グラムに参加した専攻医の方の声が、次に行こうとするかどうかという人たちに大きく影響するのではないかと思います。ですので、こういうことを施策として立てるだけではなくて、若い方たちがそこで得たものがあるのかどうかという検証も必要ではないかと思います。もし、それでプラスになったのであれば、そういった声を伝えていくということも大事なのではないかなと思いますので、ぜひそういったことも併せて進めていただけたらと思います。

○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。

それでは、渡辺参考人、お願いいたします。

○渡辺参考人　今のことに关してですが、私の宛名で専攻医からクレームが来ております。某都市部から東北のあるところに特別連携で派遣された方です。問題点は、簡単に言えば、2つあります。まず、生活面の問題ともう一つは研修の条件の問題だと思います。例えば、都市部だと今若い人はほとんど車を持っていませんが、地方に行けば生活に必須な車を自前で用意するというようなことがあります。

研修環境という2番目の問題に関しては診療科により異なります。内科、総合診療とか小児科のように、いわゆるジェネラリストのための研修であれば、私は医師少数地域など、いろいろな地域で研修するというのは質の向上になると思うのですが、例えば外科系の診療科であれば症例数の問題があります。この私がいただいた手紙に対しては、一応それでも地域でやることは意味があるからという返事はおきましたが。

もう一つは、厚労省の和泉先生、加藤先生、西嶋先生とも相談しているのですが、派遣をする側、研修をマネージしている側の御意見を聞いたらいいのではないかということです。連携プログラムの専攻医数が多いのは内科ですので、内科には今一応アンケートを頼んでいます。

また、当機構の宣伝になりますけれども、今は若手の意見を聞くという意味で最近いろいろな学会でつくっているのですが、U40と言われる若手の意見を聴取する組織を設置しようとしております。そこでも各領域の40歳未満の専攻医か専門医になりたての方の意見を聞くということなことであります。そういう意見を聞いておりますと、これは仕組みづくりも大事なのですが、派遣される側の何らかのメリットはなくても生活面の補償と研修環境の問題は非常に大事かなと感じております。これは都道府県の担当者の方とか厚労省でもいろいろ仕組みを考えていただいてありがたいと思っているのですが、そこをもう少し進めて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。重要な情報の共有ができたかと思います。

何か事務局でコメントはありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長　ありがとうございます。

山口先生の御指摘は、特別地域連携で行った若い先生の声の聞いてはどうかということだと思います。渡辺理事長から御説明いただいた現場の声は重要だと思うのですが、その

一つの例で議論するのは難しいと思いますので系統的に声を拾うということだと思いました。そこは機構の先生方とどう声を拾えるかというところは検討して、全体的なデータとして出せるのかどうかをチェックしたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 よろしく願いいたします。

ほかに御意見はございますか。よろしゅうございますか。それでは一通り御意見は頂戴できたということでございます。

まずは事務局から提案がありました原案でございます。基本的には専門研修指導医の派遣に関するものと連携プログラムに関するもの、方向性が出されたわけでありますけれども、これについてはおおむね賛成という意見が多かったと理解させていただきます。

ただ、幾つか御意見等もございましたので、少し修文の必要があるかどうかも含めて議事録を見直させていただきまして、必要があれば修文させていただきたいと思います。なければこのままということにさせていただきたいと思います。それにつきましては座長一任ということでさせていただければと思いますけれども、それでよろしゅうございますか。

(委員首肯)

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それから、加算のパーセントの話でありますけれども、これも事務局からは15%を考えているということでありましたし、また、実際に委員の中からも15%でいいのではないかなというようにお話でありました。いずれ検証しながらその効果を見ながらという大きな枠組みの中でのお話だと思います。したがって、これにつきましても15%ということに決定させていただきたいと思っておりますけれども、それでよろしゅうございますか。

(委員首肯)

○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。

それでは、日本専門医機構におかれましても、本日の議論に基づいた形で令和8年度専攻医募集に向けた準備を進めていただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

何かあればコメントをお願いします。

○渡辺参考人 私も指導医の派遣を今回実績として認めていただいたということは、日本全体の専門医制度からすれば非常にいいことだと思います。ただ、実際問題として、これから先、厚労省との議論、もしくは内部の委員会で議論をしなくてはいけないと思います。実際の運用面からは、上限の設定も、実はこれをよく見ますと、特別連携のプログラム数が令和6年の採用数42の数倍なのです。そうしますと、プログラムを増やした部分の採用数を確保できないと次年度のシーリングを減らすことになるわけなので、方針としてはやっていきますけれども、そう単純にはいかないのではないかと思います。

それから、特別連携プログラムに関しては、制度を1年毎に変えていくのではなくて、

ある程度の実績を見て変えていくほうがいいのかと個人的な意見を持っております。シーリング内にするということ、専門研修部会のほうでそういう御意見が非常に強いのであれば、それはやってみることになると思うのです。次年度、これを達成しないと数が減るという意味では、圧力になることがいいことかどうかは別として、検討といいますか、相談しながらやっていきたいと思います。それ以外にもいろいろな方法論的な問題があり、簡単にうまくいくのかという感覚は持っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

実態として様々な課題があるというような御指摘だったと思います。

今の話について、事務局は何かコメントがありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

まさにこれから、この方向性に沿って部会でお決めいただいたことについて、うまく回るようにさせていただければと思っております。渡辺理事長をはじめ、機構の先生方、あるいは学会の先生方には変更に伴う御負担がございますので、そのスムーズな対応ができるように、我々も精一杯サポートさせていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 どうぞよろしくお願いいたします。

ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。

ありがとうございます。それでは、本日のアジェンダは以上でございます。

事務局から何かございますか。

○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。よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 それでは、長時間どうもありがとうございました。

本日の議論はこれまでにさせていただきたいと思います。

それでは、これをもちまして第4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。