

○木村医師需給専門官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和7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御出席を賜り、誠にありがとうございます。

本日は、山崎委員、宮城委員から御欠席との御連絡をいただいております。

現時点で委員10名の御出席があり、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、本日は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長の中村参考人に御参加いただいております。

また、片岡委員におかれましては、16時頃から一時的に御退席される見込みであることを伺っております。

また、参考人といたしまして一般社団法人日本専門医機構より渡辺理事長に、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1～4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、早速議事に移りたいと思います。本日の議題は「専門研修における連携プログラムについて」でございます。まずは事務局から資料1の「専門研修における連携プログラムについて」について御説明をいただきたいと思います。

それでは、お願いいたします。

○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。

資料1「専門研修における連携プログラムについて」を御覧ください。

2枚目、本日、1～4に内容を整理しております、順に御説明させていただきます。

まず1番「連携プログラムの基本的事項」として、これまでの議論等の確認をさせていただければと思います。

4ページ目までおめくりいただきまして、シーリングにおける各プログラムをお示ししております。本日主に御議論いただきたいのは、左下の表にあります、赤い部分、特別地域連携プログラムでございます。連携先を足下充足率0.7以下の都道府県の医師少数区域等とするプログラムでございます。

6ページ目までお進みいただきまして、こちらの特別地域連携プログラムについては、令和5年度専攻医採用から導入されております、改良を加えていく方向性としていただいております。

7ページ目を御覧いただければと思います。前回の議論の内容でございます。

枠の下の方印の先のところですが、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、当該プログラムに関するさらなる改善や、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しておりまして、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いうことで、御了承いただいたところでございました。

8ページ目でございます。前回の議論でいただいた御意見をまとめております。

どこが候補なのかということが分からないとプログラムを作成できないという御意見や、連携先については、東北地方が中心となっているが、関西以西ではもともとの地理的な結びつきや連携が薄い地域であるため、ハードルが高いということで、現実的に安心して派遣できる、地理的にも近いところの連携も可能となるよう、ハードルを下げた実効性が高い選択肢をつくることも大事ではないかという御意見をいただいております。

また、車の入手などの生活環境の問題や、領域により地域で研修することの意義の違いから生ずる研修環境の問題といった、派遣する側の意見を聴くのがよいのではないかという御意見もいただきました。

以上がこれまでの議論の振り返りでございまして、続いて2番の「連携先の要件について」でございます。

10ページ目を御覧いただければと思います。連携等プログラムにおける連携先の対象都道府県一覧でございます。

右側のオレンジ色の部分が特別地域連携プログラムの連携先となる都道府県でございます。領域によって、少数の県に限られるということや、地理的な偏りがあるということが見られる状況でございます。

11ページ目にお進みいただければと思います。

前回の議論の中では、送り出す側、プログラム設置側として認識している課題について検討するという方針でしたけれども、学会から寄せられている御意見を紹介させていただければと思います。

連携先についてですけれども、学会からも連携先施設を紹介してほしいという御意見がございました。

2つ目のところですが、特別地域連携プログラムの連携先を、医師少数区域に限定するのではなく、基幹施設や中核的な施設への派遣を認めてほしいという御意見。その背景としまして、医師少数区域には、経験すべき症例や指導体制が十分な病院が少ない、研修を行うことが難しいということ。

3つ目ですけれども、基幹施設以外の病院は、皮膚科等の専門性の高い診療科の常勤医が不在であることが多いということがあるようで

ございます。医師少数区域に、新たに複数の指導医や専攻医の採用枠を設定する経営的余裕がないという声や、連携の話が進んでいる中で急に断られることがあり、連携を本当に望んでいるのか疑問だという意見もございました。

そのほか生活環境を含めた対応が必要といった様々な御意見が寄せられているところでございます。

続いて12ページ目をおめくりいただければと思います。人口10万人当たり専攻医採用数と足下充足率の比較を示すグラフでございます。横軸が現在要件として使用しております足下充足率となっておりまして、0.7の縦線よりも左側が連携先となっているということでございます。

一方、縦軸は専攻医採用数としております。後ほど論点をお示しいたしますけれども、0.7よりも大きい場合でも採用数が少ない場合があります。この点をどう考えるか、充足率以外も加味すべきかどうかという点は御意見いただければと考えております。

こちらは内科のデータとなっておりますけれども、13ページ目以降に18の領域についてデータをお示ししております。

続いて30ページ目以降ですが、「関係者による連携について」のお話でございます。

31枚目でございます。前回お示した連携プログラム等の運用における課題でございます。

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、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の確保に向けた課題があるということで、施設間のみならず、その他の関係者の役割や連携が不可欠であるということでございました。こういった状況を踏まえまして、本日は学会や都道府県の取組を紹介させていただければと思っております。

32枚目が学会における取組の御紹介でございます。

日本整形外科学会では、足下充足率が0.7以下の青森、岩手、埼玉のプログラム統括責任者とシーリング対象都府県のプログラム統括責任者の合同会議を開催する等、学会として特別地域連携プログラムの実施に取り組んでいるということでございました。

具体的には、会議において、医師少数区域とはどのような地域が該当するかということや、連携先からは、医師数に対する手術数や経験数は豊富で、研究等の指導にも取り組むということや、専攻医の就労環境や金銭的負担にも配慮が必要ということが確認されたということでございます。

連携先の調整に当たっては、医師少数区域に複数の整形外科医を勤務させる医療的なニーズや受入体制があるかどうかということが課題になったということでございまして、今後、シーリング対象都府県における専攻医が既に連携プログラム等に該当しないかを確認するとともに、受入れ可能かどうかの最新の情報を整理し、地域同士のマッチングを試みる予定ということでございます。

続いて33ページ目、都道府県の取組の紹介でございます。

医学部入学前の高校生、医学生、臨床研修医、専攻医、全世代の医師といった世代別の医師の確保に向けた取組の実施状況について、都道府県に対して行ったアンケート調査の結果でございます。

学部入学前の高校生等を対象とした取組や、臨床研修医の確保に向けた取組の実施率は8割以上となっておりますけれども、4番の専攻医の確保に向けた取組については半数に満たないという状況でございます。

34枚目、35枚目は、同じアンケート結果を都道府県ごとにお示ししているスライドでございます。

36枚目までおめくりいただければと思います。シーリング対象都道府県における連携先確保及び研修の質向上に関する取組でございます。

連携元の大阪府と連携先の新潟県庁などの調整によって、連携先施設の確保を実現させた事例でございます。大阪府内の研修施設から大阪府庁に対して、連携先確保の協力依頼があったことが発端となっているようでして、大阪府庁は新潟県庁等の連携先となり得る都道府県に対して、施設の紹介を依頼したということでした。新潟県庁は、県内の連携先となり得る施設に対して、受入れ希望を確認した上で、施設リストと共に施設の概要資料を大阪府庁に提供したということでございます。さらに病院見学を行っていらっしゃるということでございました。

こちらの事例においては、地域への希望聴取等の地域のニーズの把握、それから施設概要の情報共有や研修環境の確認等の研修の質の担保のための取組が実施されているということとして、これらの点は現状の課題に取り組んでいく上で学ばせていただくものがあるかと考えております。

以上、内容としては以上でございまして、39枚目に本日の論点でございます。

まず、今後の連携プログラムについては、連携元として認識している課題への対応について、現場の意見を踏まえた検討を行うこと等、当該プログラムに関するさらなる改善やプログラム設置側の視点に立った一定の配慮等を行う方針としておりました。

また、特別地域連携プログラムの連携先は、足下充足率0.7以下の都道府県の医師少数区域にある施設としており、特に充足率の低い都道府県地域への偏在対策に資することを期待した要件を定めているところでございます。

また、本日お示したように、基本領域学会から連携先施設の把握や研修環境の担保が難しいこと、遠方にあることによる専攻医の負担等が課題となり、連携先の確保が困難である実態が指摘されているということでございます。

特別地域連携プログラムの連携先については、診療科によっては数県に限定される場合があるということと、足下充足率0.7を上回る都道府県診療科であっても、採用数が全国平均と比較して低いなど、さらなる専攻医の確保が必要となり得る都道府県も存在するという状況でございます。

連携プログラムの運用に当たっては、関係者の役割や連携が重要であり、学会や都道府県において、地域のニーズの把握や研修環境の担保を行いながら関係者間で連携し、特別地域連携プログラムの推進等に積極的に取り組んでいる例が存在しているということでございました。

以上を踏まえ、矢印の先に論点をお示ししております。

まず1点目、前提としてということですが、特別地域連携プログラムについては、専門研修制度を通じた医師の偏在対策を進める観点で重要な仕組みであることから、研修の質を担保しつつ、設置を進めることが適当ではないかとさせていただいております。

この前提の上で、2点目でございます。特別地域連携プログラムの連携先について、学会等の意見も参考に、以下のような視点で見直しを検討したらどうかということで、2点示しております。

1点目が、連携先を医師少数区域の医療機関に限定しているものを、都道府県の関与の下、現場でより柔軟な運用を可能とする。

2点目が、連携先を足下充足率0.7以下の都道府県に限定しているものを、医師確保の必要性を念頭に、足下充足率以外の要素を加味することでございます。

最後に3つ目、関係者による連携に関して、地域のニーズの把握や研修環境の担保を行いながら、特別地域連携プログラムを推進するため、関係者間の協力体制をどのように構築することが望ましいか。特に、受入先となる都道府県や学会等の各立場に期待される役割、実施可能な取組として、どのようなことが考えられるかという論点とさせていただいております。

事務局からは以上でございます。お願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいま報告のありました内容につきまして、御意見、御質問等あれば伺いたいと思います。いかがでございましょうか。

山口委員、お願いいたします。

○山口委員 ありがとうございます。山口でございます。

幾つか意見があるのですが、かなり診療科によって事情の違いがあるのではないかと感じておりまして、もともと人数が少ないということは、指導医も少ないということもありますので、32ページの整形外科の学会で話し合われたように、都道府県の関係者も入って、特に学会であれば大学関係者が多いということからしますと、その地域の医療機関の事情も把握されていると思いますので、学会の診療科の特徴に合わせてさらに都道府県の方が入って話し合っていくということが大事なのではないかと思いました。

それから、36ページの大阪府と新潟県にもありますように、都道府県の担当者が連携して情報提供するということが確実にになっていくには必要なことなのではないかと思います。

ただ、私が漏れ聞いていますのは、プログラムは各医療機関でできたけれども、実際に採用者の確保ができないということに苦慮しているということを都道府県の関係者からも聞いています。どういうふうなことがあればいいかということなのですから、行く方の身になってみると、移転をしないといけない、その経費が非常に負担がかかるということであつたり、生活の関連費もかかると。こういった経済的な負担を何とかしてほしいということと、それから、一体どんな研修が可能なのかということが具体的に分からないとなかなか手を挙げるができない、こんな声も聞いておりますので、その辺りをしっかりと具体的な紹介ができるような仕組みをつくっていかないといけないのではないかと思います。

今日の論点のところですが、2つ目の○にあるように、医師少数区域の医療機関に限定しているのを、各都道府県の関与の下で、現場でより柔軟な運用を可能にする。これはやはりしていく必要があるのではないか。特に今、連携対象になっている県はほぼ東日本に集中していますので、どうしても西日本の方たちのつながりが希薄で、つながりたくてもつながれないという、その問題を解決するにはもう少し柔軟に拡大する必要があると思いました。

ただ、2つ目の連携先を足下充足率以外の要素も加味するというふうに書いてあつて、先ほど採用数が少ないところということも御説明の中にあつたのですが、よく調べないと、採用数が少ないということは、もしかしたら指導体制が不十分というところもあると思います。しっかりと研修をしていただく環境を整えてあげることが専門医になるためにとても重要なことだと思いますので、その辺りは指導体制が十分なのかどうか、しっかりと研修ができるのか、そういったことをきちんと提示した上でということではないかと思いました。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでございましょうか。

中村参考人がオンラインでお手を挙げておられます。中村参考人、お願いします。

○中村参考人 新潟県の中村でございます。

私からは、39ページの論点の2つ目のポツの連携先に関する論点なのですが、都道府県が関与するという視点と、連携先を拡張するという視点と2つのポイントが入っていると思いますので、それぞれ分けて意見を申し上げたいと思います。

まず都道府県の関与については、先ほど36ページについて加藤課長補佐から説明があつたとおり、大阪府と新潟県に関しましては、連携を行うことで実際の病院見学などで現場を見ていただくというようなことで、プログラムをつくるということにつながったことが実績としてございます。

そういう実績がありますので、都道府県が調整に関与すること自体は運用上はあり得るのではないかと考えております。ただ、少し気になるのが、この事例、大阪府庁との調整は内科の研修プログラムにおける調整でしたが、もし今後対象となる領域が拡大するとすると、調整に係る事務負担も結構増えていくことが想定されますので、それを軽減するための工夫が必要だと考えておりまして、少なくとも特別地域連携プログラムはもう既に運用が開始されておりますが、これまでどの病院間で構築をされていて、その採用実績が実際どうなのかということの現状を都道府県が把握しやすい、速やかに把握できるような仕組みというものは少なくとも必要ではないかということを考えております。

次に、連携先の拡張という視点ですが、今回御提案いただいている2つのポツは両方とも拡張の観点が入っていると思うのですが、都道府県内における医師少数区域以外への拡充と、対象都道府県自体の拡張と2段階の対象地域の拡張が同時に提案されていると思っております。

まず、しっかり把握しなければいけないと思っていますのは、現状連携がなかなかうまく進まない原因が、施設同士のマッチングの問題なのか。つまり、そもそも施設はあるけれどもマッチングがうまくいかないという問題なのか、それとも、そもそも本当に対象地域に連携する施設が存在しないということで、うまくいかないのかということが明確ではないような状態で、連携先の地域を先に拡張してしまうというのは、もともと特別地域連携プログラムが医師偏在への対応というような目的といった観点からは、慎重に考える必要があると考えております。

また、もし連携先の地域を拡張しますと、ほかのプログラム、都道府県限定分や連携プログラムとの区別、その差も不明確になってしましまして、本来の特別地域連携プログラムの目的から離れてしまうのではないかとということも懸念しており、慎重に考える必要があると考えております。

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。

いろいろな御意見が出ておりますが、後でもしコメントがあれば事務局からしていただきたいと思います。幾つか御意見をお聞きしたいと思います。

それでは、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。私のほうから一言だけ発言させてもらいます。

厚労省とか専門機構もいろいろ考えておられて、これはありがたいと思っていますけれども、基本的に専攻医研修の質をいかに担保していくかを最重点に考えていくべき。山口委員もおっしゃっていましたが、しっかりした研修ができるということをまず第一段階として考えていただきたいなと思っています。

それから、前も言ったかもしれませんが、15ページにあるように、私は精神科なので精神科の話を出しますが、佐賀県は突出して人口当たりの精神科医師の人数が多く、人口当たりの専攻医数も足下充足率も非常に高いという形にはなっています。精神科においてですが、佐賀県のように小さな地域になると、一病院が多くの先生を採っていて専攻医研修をしています、実はほかの病院にはほとんどいないのですよということとして、これで足下充足率を決めるというのはちょっと難しい側面があるなという気がします。だから、一つの病院が突出しているだけでこういうことが起こると。別に一つの病院が突出していることは悪くはないのですけれども、しっかりした病院なので悪くはないのですけれども、このことで足下充足率が上がってしまっているということを考えないといけないのかなと思っています。

もう一点、いろいろなことを考えていただいているのは非常にありがたいし、専攻医にとっても有用なことではあるのですが、私、個人的には、一貫性を持ってやっていく。ちょこちょこ変更していくと泥沼化していつて、訳の分からない状況になってしまわないかなということ、やはり一貫性のあるもの、何が必要で何が必要でないのかということをしっかり考えていかないと、これはうまくいかないということになってくると同時に、長期的に考えていかないと、今回こう変わりましたので来年度からやってくださいというふうになると、学会からもそんな急に言われてもできることではないでしょうという不安もたくさんあったと聞いていますので、その辺りはしっかり考えていかないと、長期的に考えていかないと我々が小手先で動いてしまっていて考えてしまうと、実際は学会としては非常に苦しいことになってしまいうということで、猛反発を食らうのではないかなという心配をしています。

各団体が協力的にやるということは非常にいいことなので、この辺りは長期的な感覚、一貫性のある形、やはり研修医の質の担保ということを最重点に考えていくべきだと思っています。

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、同じくオンラインでお手を挙げておられます丸山参考人、お願いいたします。

○丸山参考人 失礼いたします。県知事の大井川が本日欠席で申し訳ありません。私のほうから、39ページの御提案について2点御意見申し上げます。

山口委員の御指摘のとおり、専門研修でございますので、研修の質を担保するのは当然なことだと思っておりますし、シーリングを設定された趣旨から鑑みると、それと医師偏在対策を両立することが肝要ではないかなと考えております。

その中で今回、特別地域連携プログラムをシーリング枠内にいただいたのは、医師少数県知事の会などで要望してきたこともありまして、改めて御礼申し上げたいと思うのですが、39ページの2つ目の○の1つ目のポツ、都道府県の関与の下、柔軟な運用という御指摘、御提案をいただいておりますが、今まで医師少数区域にこういった方に来ていただくというところの中で、そうではない、それ以外の地域の医療機関にも派遣してよいという御提案でございますので、シーリングを一部緩和するような内容だと理解しております。

そうなりますと、どうしてそれが妥当なのかといったことを我々都道府県としては地域の医療機関に説明しなければなりませんし、それが妥当であることをどういう議論の下、担保していくのかということについて、都道府県間であまり格差を生じるようなことはしたくないなと思っておる次第です。要望に近い内容で恐縮でございますが、どういった形で医師不足でない地域の医療機関を連携先として認めるのかという考え方をある程度お示しをいただきたいなというのが1点。

また、この運用を経るにしても、医師少数区域の医療機関との連携拡充がなぜできないのか、新潟県さんにも御指摘いただきましたけれども、一定の分析なり説明みたいなものが要るのではないかと考えております。

2点目ですけれども、同じ○の2ポツ目で、特別地域連携プログラムの足下充足率以外の要素も加味するという御提案をいただいておりますが、前回の会議でも出ておりますし、41ページのスライドにもお書きいただいていると思うのですが、今後は、3つの連携プログラムについては、令和7年度の割合を維持するということを右側のカラムにお書きいただいているわけでございます。

この状態で、特別地域連携プログラムの要件緩和をするということになれば、特別地域連携プログラムに入ってくる診療科や都道府県が増えてくることとなりますので、その中で枠を維持するとなると一定の競争環境が生まれるのではないかとということを若干懸念します。

今回御提案いただいた狙いは、先ほどデータでお示しいただきましたけれども、足下充足率は低いけれども専攻医採用数が少ない地域に一定の手当てをすべきではないか、という問題意識だと思っておりますので、それが目的であるならば、これは御議論の対象だと思いますが、例えば特別地域連携プログラムを通常の連携プログラムの中に入れて込んで、都道府県限定分を実態に合わせて手厚く配分していただくとか、今は案としては各プログラムの割合を維持すると書いていただいておりますが、特別地域連携プログラムの要件を緩和する分、一定の配分見直しを行うとか、そういったことを行わないと狙った施策効果、要は研修の質の担保と医師偏在対策のうちの医師偏在対策の施策効果が狙えないのではないかという懸念を当県としては持った次第でございまして、そういった要素も加味しながら、慎重な御検討をいただきたいということでございます。

長くなりましたが、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。

では、片岡委員、続けてお願いいたしたいと思います。

○片岡委員　ありがとうございます。

いろいろと御検討いただきまして、ありがとうございます。

私は、専攻医の方の立場を考えてということで発言をさせていただきたいと思います。

現在の専攻医のプログラムにおいても、ローテーションが必要となっているケースが多く、専攻医の年代というのは、ライフイベントを経験する方も多くいらっしゃるので、現存のローテーションそのものでも、家庭生活などに支障を来すことも、まれならずあるとお聞きしております。

これがまさに地理的にも、あるいは文化的にもかなり離れたところにローテーションするということになると、そうしたハードルは一層高くなります。よい研修をするということ、すなわち研修の質ということが先ほど来から指摘されていますけれども、研修そのものの質を担保するのも重要ですが、落ち着いて研修に取り組めるような安心できる環境をきちんと保障するというのも若い先生方にとっては大変重要なことだと思います。そういう意味で、地理的・文化的に結びつきが強いところも選択でき得ること、あるいは状況に応じた一定柔軟な対応を個別ケースに応じて余地を残していただくことが必要だと思います。専攻医の先生の一人一人ということもお考えいただいて、全体としての方向性と、個別性を考慮するという対応のバランスを取っていただくようなことを御検討いただければと願っております。

以上です。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。

ちょうど御発言者5名ということになりましたので、ここで事務局、場合によっては渡辺参考人、もし御意見があればということですが、ただいまの御発言に対して何かコメントがあればお願いしたいと思います。

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。

本日は、様々御意見をいただいてありがとうございます。

まず今回、議論の進め方といたしましては、いろいろな観点で特別地域連携プログラムないし連携プログラムそのものかもしれませんが、それについてさらに検討を加えるという前回の御議論を延長する形で、学会の意見なども聴きながら、あるいは都道府県の取組の事例を踏まえながら、少し改善を図ってはどうかということで御提案している案でございまして、まさに今日の議論を踏まえて、さらに事務局案をブラッシュアップしていきたいと思っております。

個別の御指摘について、少し私どもの見解を述べさせていただきますと、冒頭、山口委員に御指摘いただいたように、診療科による違いはすごくあるようなことを私どもも事務局としてお話を伺っているところでございます。それは専門医機構の会議の中でもそういった御指摘があったりとか、あるいは意見をいただいた学会のお話を聞いたり、あるいは都道府県の状況も聞きながらということで、そういうところを推察したところでございます。

したがいまして、それを踏まえて39ページ目の2つ目の○の1ポツのところを御提案させていただいたということで、都道府県の委員の先生方から考え方をどう示すのかということころは、まさに今後、方向性を示していくほうがよいと思われましたので、例えば私どもで考えているのは、今回もともと特別地域連携プログラムが医師少数区域へ派遣をするということを念頭に置いた仕組みであったところを踏まえて、例えば医師少数区域を積極的に選ぶであるとか、あるいはそういったところに医師を派遣してくださっているような基幹病院を重点的に対象にするなどの考え方は一つあるとは思っておりますが、ぜひこういった考え方が適当なのではないかということも含めて、この部会で御指摘をいただければと思っております。そういった考え方をお示ししていくこと自体は、まさに事務局としてもさせていただきたいと思っているところでございます。

それから、今回、考え方として、12ページ目以降にお示しをした専攻医採用数との関係でデータをお出しいたしました。専攻医の採用数が少ないということではあるのですけれども、指導体制というものは機構でお示しをいただいている整備指針であったり、各学会で定めている基準で、指導医を何人以上設定する等の外形的な基準としてございまして、そこは最低限で、さらに各プログラムの特色を出していると思いますので、少ないからといって直ちに質が下がるということは想定をしておりませんが、御指摘のとおり質が損なわれてはいけないということは前提として念頭に置きながら、選定をしていくということは考えなければならないと思っている次第でございます。

それから、都道府県の先生方から御指摘をいただいた、本来の目的から離れていくのではないかということにつきましては、ここはぜひいろいろ御議論いただきながら考えていきたいと思いますが、私どものアイデアとしては、0.7というのを今まで基準に置いておったところでありまして、それを超えていたとしても、ニーズのあるところがあるのではないかというのが問題意識でございます。そこは0.8に直ちに延ばすのかということころはございますけれども、例えば採用数が平均よりも少ないようなところというのは、0.7を下回るところに次いでニーズが高いのではないかというのが問題意識でございまして、そこに大きな違和感とか誤りがないかということも含めて御指

摘をいただければなと思っております。

それから、野木先生に少しスケジュール感について御指摘をいただいたとっております。前回の議論でも少し制度の見直しをして、少なからず学会の方々にも影響を与えているということは事務局としても認識をしております、十分前もって方向性をお示しすることが重要だと思っております。

今回の御議論は令和9年度に向けた見直しということを想定しながらやらせていただいております、なるべく早く方向性を皆様にお示ししたいと思っておりますけれども、ここは丁寧に議論しなければならないという御指摘もございましたので、併せて考えながら具体的な案をつくっていきたいと思っている次第でございます。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

今までのところで渡辺参考人、何かコメントございますか。

○渡辺参考人　いろいろ御意見いただきまして、本当にありがとうございます。

一つは、学会での取組という山口委員のお話でございましたけれども、それは積極的に領域学会に働きかけてまいりたいと思います。地域ごとの話合いは非常に大事だと思います。

もう一つは、都道府県間の取組、要するに一つだけの専門医機構ならば専門医機構、厚生労働省ならば厚生労働省だけで考えているというのは非常にアイデアには限界があるということはそうだと思います。特に都道府県の方に関して言えば、今、我々も厚生労働大臣の等々の御意見を基にして、例えば特別地域連携プログラムの連携先のリストが欲しいということです。それに関しては、機構のシステムに登録されている施設のリストを学会のほうに確認していただいております。もう手元に持っております。非常に数はたくさんなのですが、学会のお話を聞くと、各学会はどの地域にどういう施設があるか分かっているのですが、派遣するということで交渉を始めると要らないとおっしゃるところもあるので、今回は、お許しがいただければ、都道府県にこのリストでよろしいですかということを問い合わせることを検討しております。リストを作るのも、両方向から見ていただかなければいけないかなと思っております。

それから、研修の質はもちろん大事なのですが、研修の質と専攻医の生活面、それから研修環境に関しては非常に重要です。問題はどこがそれを手当てするのかということだろうと思っております。基幹施設側がというのはなかなか難しいだろうと認識しています。今回、私どもも新しい案が出たときに、各学会から意見を提示していただきました。その意見を本日資料として提示いただき非常にありがたいと思っております。学会の意見をこの委員会で反映できるというのは非常に大事なことだと考えております。その中に、内科だと思いますが、移動の費用とか、派遣先での交通手段の費用とかを誰が負担しているかということ、実際に行った方にアンケートを取りますと、半分は自前なのです。そうなりますと、地元で研修していることに対して余計な負担がかかって、わざわざ御自分の住み慣れていないところに行くというのは非常にハードルが高いのだろうと思います。その負担に関しての提案も都道府県もしくは受入先の研修施設のほうだろうと基本的には思っています。

一部、厚生労働省の方からも聞いたのですが、そういうことで使える資金も国側にあるやに聞いております。その点は和泉室長に説明していただいたほうがいいのかもかもしれませんけれども、なぜそんなことを言うかということ、先日、内科学会でいろいろ和泉先生も一緒に議論をしたのですが、厚生労働省に用意されている様々なものも十分使われるとは思えないというところもありました。そういうことも含めて研修の質、専攻医の生活を担保するのはどこがやるのだということを、私どもの考え方としては、今、申し上げたように、都道府県もしくは研修施設側、一部、国といいますか公的なところが担うべきかと思っております。

基本的には、どこの基本領域学会に関しても、地域格差をなくすということに関して反対するとかはもちろんないわけです。ただ、いろいろなデータとか実際の仕組みといいますか、もちろん一番大きいのは経済かもしれませんが、仕組みに関しては、ぜひこの部会での意見を参考にして、厚生労働省も私どもも一緒に考えさせていただければと思っています。

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、引き続きまた御意見を頂戴したいと思います。今度は会場の方でいらっしゃいますか。よろしいですか。それでは、もし何かあればまたということで、先ほどオンラインで牧野委員がお手を挙げておられましたので、もし御発言の御意思があれば、牧野委員から始めたいと思います。いかがでございましょう。

○牧野委員　牧野です。どうもありがとうございます。

今いろいろと説明を受けたのですが、2つほど言いたいことは、まず一つは、先ほど野木委員がおっしゃっていたように、制度が結構変わって、当事者にとって分かりにくいものになってきているのではないかなという懸念があります。見直しは必要なのですが、専攻医の制度自体はなるべく分かりやすいシンプルなものに集約していくというような動きをすることも必要かと思っております。

あと、論点のところですが、2つ目の○になりますが、都道府県が関与していくというのは非常にいいことだと思います。数字だけでは見えないものというのは各地域にあります。ですから、それを地元の特に都道府県が開催して、うまく採用に結びつけるということ、プログラムづくりに結びつけるということは大事だろうと思います。

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。

それでは、お待たせしました。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　若干発言させていただきます。

そもそもこの議論が、特別地域連携プログラムの議論も、地域医療をどうやって守るかということから始まってきたと思います。専門医制度のそもそもの問題に起因するものだと思います。ですから、研修の質、専攻医の育成の質ということを考えたときに、質的なものをどういうふうな形で勉強するかというものも非常に大事な問題、もちろんそういうことです。さらに加えて、特別地域連携プログラム

によって地方に行った専攻医の先生の生活の質の問題もあるかと思うのですが、まず研修の質、一般的に言えば、症例の豊富さ、あるいはそれに対する指導、指導医の綿密な指導ということになるかと思いますが、この点は、地域に行けば症例として確かに足りなくなるかもしれないし、指導医の先生がついていけば、指導の質的なものには問題ないと思います。もう一つ、地域医療に参加するという教育効果ということも考える必要があるのではないかと思うのです。ですから、研修の質ということを考えたときに、地方で地域であればこそできるというところも評価していかないといけない。

何のためかということを考えたときに、地域医療というのは非常に大きなファクターになると思うのです。その地域医療が今のところ0.7という数字の基に、東北がほとんどですから、それだけでいいのかという御意見もありましたけれども、私は0.7というのを若干緩めて解釈してもいいのではないか。

さらに、いろいろな今までの議論の中で、地方に行った専攻医の生活の質という問題もありましたけれども、私は福島県の地域医療対策協議会の委員もやっておりますが、県の地域医療対策協議会というのはほとんど力を持っていないのです。というのは、人事については権限的な能力がないのです。ですが、やはり県の地域医療対策協議会として、その県内の地域医療の実態と、医師がどちらかという余裕のある地域との今回例が示されているのですが、大阪府と新潟県ですね。新潟県のほうも、これだけでは問題があるとさっきおっしゃっていましたが、専攻医の生活の質等々については、ある程度経済的な支援も含めて踏み込んで考えていかななくてはならない。

各県の地域医療対策協議会と、医師が豊富な地域の間での連携といいますか、協議といいますか、さらには実際のドクター、専攻医に対する支援も含めて、県の地域医療対策協議会としてもっと考えていかなければいけないのではないか。もうちょっとそこで踏み込んだ議論が必要なのではないかということを感じています。

もう一つ、今日の意見の中に、そういうことで経済的に保てるのかという話がありました。これは全国市長会として極めて大きな議論になっているのですが、今、公的病院も民間病院も経営が非常に大変です。厚生労働省としては、そういう背景の中で、医師少数地域というのは、少数であるがゆえに経済的にも成り立つのが医療機関としては大変な状況にあるわけですから、そういうところも加味して考えていただかないといけないということです。

県の地域医療対策協議会という組織と、この制度のマッチングといいますか、大阪府と新潟県の間でやっているようなところを進化させていく、新潟県の問題についても解決しながら、科によって違ってきますけれども、さらに東北地方あるいは医師少数地域に対する厚生労働省としての支援あるいは学会としての理解というものが需要ではないのかということを申し述べさせて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した。

そのほかにいかがでしょうか。オンラインでもフロアでも結構でございます。今村委員、お願いいたします。

○今村委員　日本医師会の今村です。

今、いろいろと御議論をお聞きしていて、県の関与というのが非常に大事だというお話、それはそのとおりなのかなと思う一方で、それぞれの県、医師少数県のほうは、今回、専門研修はどちらかという診療科別の専門研修ということになるわけですが、そうした場合に例えばこの診療科うちは少ないよねといった、その少ないことは分かっていると思うのですが、なぜその診療科が少ないのか。もしくは、なぜその診療科の先生が集まってくれないのだろうかという部分についての調査なり、原因というのは、その都道府県でないと分からないのかなと。それこそ医師を送り出すほうの県からすると、その事情が分からなくて送り出すというのも不安になるのかなと。こういった理由でなかなか来てもらえないとすると、お互いの県でそれはどうしたらより来てもらえるねというようなところは、それこそ今回、新潟と大阪はそういった部分もしっかり検討されたのかなとは思いますが、そういった部分は各都道府県でしっかりと検討する必要はあるのかなと。

そういたしますのも、やはり実際に行かれる方は若い先生方ですので、若い医師といいますか、そもそも若い方々の考えも変わってくる中で、そういった部分は都道府県の皆さんもしっかり御自分の都道府県の若い方々もしくは来てくださる若いドクターの考え方等も十分に理解しないと、恐らく単発的には若干強制的に行ってもらおうということではできないことはないのしょうけれども、やはり続かないのかなと。そして、そこにはやはり経済的インセンティブの部分は非常に大きいというお話が医師会のほうにもかなり寄せられてきております。特に今のような物価高騰、それから、いろいろな意味での移動のコストも非常に上がっていると。宿泊のコストも非常に上がっていると。そうすると、そういった経済的なインセンティブがしっかり担保されずに、どちらかという強制的にというのはますます成り立たない形だろうと。そう考えると、少しそこら辺は各都道府県でも実態調査は必要なのかなというところで、ここら辺は、先ほど丸山参考人が少し県の事情をお話しされていましたが、丸山委員の県では十分そこら辺の診療科別の把握はされていらっしゃるのでしょうか。

○遠藤部会長　丸山参考人、御質問が出たので、もしお答えできるようであればお願いいたします。

○丸山参考人　丸山でございます。

当県としましては、若手医師がどう考えているかというものは、主に地域枠のドクターを中心でございますけれども、アンケートを取らせていただいたりしておりますし、医師不足地域で地域枠の方なんかは9年のうち4.5年の義務年限がございますので、医師不足地域できちんとした研修ができるように、当県は筑波大学が核となって専門研修プログラムを整備しておりますので、そのような体制を取っているのは実態としてあります。経済的な御指摘はある部分はありますけれども、それよりもどういった研修がちゃんとできるのかということが若い人の関心事の大勢を占めているのかなというのは、肌感覚で恐縮ですが、そういう手応えを得ております。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

よろしいですか。

それでは、ほかの委員の方で御意見ございますでしょうか。

坂本委員、お願いします。

○坂本委員　いろいろな意見ありがとうございます。

私も郡部というか医師少数地域の経験がございますので、経済的なインセンティブということは、渡辺理事長より通勤の車とかの話も出ましたが、車の免許あるいは車がないと、特に内科医では、夜間に何回も救急で呼び出されるとか、郡部に行くと官舎もないし、また女性医師もかなり増えてきましたので、夜間救急で行くのも危険を伴って行けないとか、そういうお金だけではない問題もかなり存在すると思います。

牧野委員からも御意見が出ましたが、専攻医に強制的になると良くないので、立谷市長の御意見もよく分かりますが、なかなか強制的なことは避けたほうが良いのと、シーリングがかかり過ぎて、ここの県のここの大学のこの教授でこの分野をやりたいのにとという夢をお持ちなのに、その夢ができなかったという若い先生の意見も聞いたりすると、研修医の先生だけではなくて、指導医の先生に医師少数地域への赴任をお願いすると退職願が出てしまうということもあるみたいなので、そこの辺もなかなか難しい問題だなと思います。最後になりますけれども、大学病院も、公立も、公的病院も、経営難が非常に厳しいものがございますので、そこも一緒に考えていかないと、立谷市長もおっしゃっていましたが、一緒に政策的に考えていかないとなかなか難し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した。

ほかに何かございますか。

では、後半の議論あるいは渡辺参考人の御発言も含めて何かコメントがあれば、事務局、お願いいたします。

○和泉医師養成等企画調整室長　ありがとうございます。事務局でございます。

御意見を賜りましてありがとうございます。

今のところの見解といたしましては、いろいろな観点で考えていく必要があるということではありますが、経済的な話はどのように支援ができるかというところは、国としても、あるいは都道府県に仮に御相談するにしてもそれぞれの事情があると思いますので、必ずこうせねばというところは国としてもなかなかお答えが難しいですし、少し持ち帰らせていただきながら、他方で、若い人のそういったニーズがあるということは明らかにして、それをきっかけとして医師の確保を進めていく手はあるということはお知らせをするとか、あるいは、他の県の取組などを少しお示ししたり、今回県の取組を詳細に34、35ページ目でお出ししておりますけれども、横並びではありませんが、いろいろな取組をされているという状況を一目で見ていただけるようにお示ししているところです。

特に専攻医に対する支援、アンケート項目を作ったのは我々医事課でございますけれども、こういったニーズがあって、どういう取組がいいのかというところは、引き続き、国としても情報提供したり、あるいは収集をしたりということはさせていただければなと思っているところで、全てを都道府県にお願いするというのはなかなか難しい面もあると思いますので、国としてできることを考えていきたいと思っています。

また、今村先生から、都道府県として把握をといるところの御指摘もあったところではございますが、ここについても、例えば都道府県のみではなくて、現地の大学との連携も非常に重要ではないかと考えております。診療科別のニーズというのは、大学あるいは基幹病院のプログラム責任者の先生とか、そういったところで聞きながら探っていく必要があるのではないかと考えていますので、そういったところに例えば、これは御相談ですが、専門医機構から協力の御依頼を出していただくとか、そういった形で都道府県も動きやすいような形で環境整備していくということは、私どもはアイデアとしてあると思っていますので、各人で知恵を出して工夫ができれば、というのが今のところの私の考えでございます。

以上でございます。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

渡辺参考人、いかがでしょうか。

○渡辺参考人　様々な意見ありがとうございました。

一つは先ほど立谷委員からお話があった地域医療に参加することのメリットというお話は、私もそれはそうだと思います。ただ、それは領域によってかなり違うのだと思います。地域で活躍してという話になりますと、総合診療とか内科とか小児科とか、いわゆる全身を診る、ジェネラリストと呼んでいますけれども、そういう領域に関しては非常に意義があるのだと思います。この辺はもっと宣伝していかなければいけないと思います。

一方で、例えば我々の機構の中でも、どういうお医者さんがどこで必要なのだというようなことを今、ワーキンググループを作って議論しているのですが、例えば放射線診断や病理などの画像診断に関して言えば、むしろ数を集めて集約化したほうが、これだけITが普及してきた時代ですから、むしろ集約化すべき面があると思います。だから、集約化と偏在解消等を抱き合わせたような地域偏在解消法、それは診療科別にかなり違うのだということで、今機構内でも議論をしています。

例えば今までは専門領域の必要医師数という考え方でやっていたけれども、それをジェネラルのお医者さんとスペシャリスト、サブスペシャリストというような方が日本ではどのくらい必要なのだということも考えていかなければいけないかなと思って、当機構の中でもそういう議論が少しずつ進んでおります。秋ぐらいには皆さんの御意見を伺うシンポジウムみたいなものもやってみようかなと思っています。そういう考え方もあるのではないかと思います。

それから、毎年制度が変わってという御批判もありましたが、今回の制度で私どもが非常に評価している一つは、指導医をカップルで送れる制度というのは、アイデアとしてすごくよろしいかと思います。大学の僻地の派遣というのは、昔は医局がやっていたのです。それが今、地方の大学は特に人的に疲弊しておりますから、なかなかできなくなっているということもございます。ここでもう一度そのことをある程度再評価していくというのも一つの方法です。大学の医局を守るための制度ではないというのはよく分かっておりますけれども、そのような観点も非常に大事なかなと思っています。

それから、私どもは2023年に厚生労働省から特別科研を頂いてシーリングの効果について調査したのですが、特別地域連携プログラムに

関して言えば、派遣された方の3分の1の人がそこで残るとアンケートで答えられているのです。残りの3分の1は将来帰ってきてもいいというご返事で、医師少数地域に行かれるようなモチベーションを持っている方に関しては、行っていただくと定着率はそんなに悪くないのだということが示されております。だから、できるだけまず行っていただくことが重要です。ところが、残念ながら特別地域連携プログラムに関しては発足したときは60人程度、次の年が42で、今度は40で、漸減傾向にあるということです。これはということていろいろ厚生労働省でも制度改革を考えられているのだということも御理解いただきたいと思います。

経済面に関しては、先ほど和泉室長がおっしゃったように、どこがというのはなかなか都道府県ごとに違うのだと思います。県に出せるようなところもあれば、病院がしっかりできているところもあるというような部分があると思いますが、その辺に関してもぜひ御協力いただいて、議論に参加させていただければと思っています。

以上でございます。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

それでは、今村委員、お願いいたします。

○今村委員　1点、地域医療の経験という部分のお話も出てきました。医師偏在については、専門研修のみではなくて、そもそもの医学部の定員、また、その中での地域枠の部分が一つあり、そしてもう一つが臨床研修におけるマッチングでの地域医療の経験、そしてこの専門研修だと思いますので、ここはせっかく3つの方法論がありますので、ここを組み合わせつつ、地域医療を経験していただくという方向は、どちらで考えていただくのか、厚労省さんのお仕事なのかどうか分かりませんが、ちょっとお考えになるほうがいいのか。その上で、専門研修における地域医療の考え方をどう考えるかということかと思っています。

そして、先ほど厚労省さんのほうから、都道府県の関与、また、その地域においては大学病院さんが医師派遣をしているとすれば、大学病院さんとの関係、そして学会というお話がありましたけれども、先ほど私のほうは都道府県、行政のほうでも診療科別の状況を把握されていますかということはお聞きしましたが、その地域の医師会において、大体その地域に診療科別の医会もありますので、医師会に聞いていただくという事業かということも分かってくるのではないのかなと。そうすると、結果として都道府県、それから大学、学会、そしてその地域の医師会といったものが協力しながら、この課題にも取り組むと。また、そういった仕組みになられるように考えていくことが必要なのかなと感じたところです。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

ほかに御意見ございますでしょうか。山口委員、どうぞ。

○山口委員　ありがとうございます。

先ほども強制的に若い方にプログラムに入ってもらうことはなかなか今は難しいという話がございましたけれども、物すごく価値は変わってきていると思うのです。今回、学会から意見を聞かれたとか、都道府県の関係者から意見を聞かれているということがあるのですけれども、専攻医に次なろうとしている初期研修医の方たちにもう少し、アンケートとかではなくて、ある程度の人数にヒアリングなどをして、具体的にそういう地域に行こうという意思があるとすれば一体何が必要なのかというところを、もう少し手を上げる人たちの意見を酌み取らないと、違う価値観の世代で一生懸命考えたとしても、的外れな対策を取ってしまったのでは、やはりせっかくプログラムをつくったとしても手を挙げてもらえないと思うのです。その辺り何かこれまでに取組があったのかどうか。専門医機構も、学生さんというか若い方の意見を聞かれているということをお伺いしたことがあるのですけれども、踏み込んだそういった調査みたいなことをされているのかどうかということをお尋ねしたいと思います。

○遠藤部会長　渡辺参考人、お願いします。

○渡辺参考人　学生といわゆる初期研修医、臨床研修医に関しては、公的なものではないのですが、民間会社がやっているレジナビというのが一番影響が大きいと思います。その現場には専門医機構から毎回出席しておりまして、そこでいろいろ相談を受けたり、お話をしたり、何年かに1回ですけれども、講演をさせて戴くこともございます。それが一つです。

それから、学会では今、U-40という、40歳以下の方が集まり、専門医だけの問題ではないのですけれども、学問的なことも含めて議論する若手の会というのができております。実は当機構も、宣伝になりますけれども、最近の流れに従って若手医師の会、原則40歳未満の方中心とする組織を設置しました。どうしても専門医機構の役員は、見ていただいても分かるようにオーバー60とかオーバー70の方が結構いらっしゃるの、おっしゃるようになんか感覚がずれるというのはあります。例えば、私の年であれば、昔の医局時代の経験にかなり引っ張られますので、我々専門医機構の中では若手専門医部会の役割は大きいと思います。人選は全ての基本領域から行います。医師も今、新しくなる方は女性が約4割、西欧では6割、7割という国もありますので、ダイバーシティも大事にしなければいけないと考え、男女同数を各領域から出していただくということです。かなり人数的には大きな会になります。様々な決定に参加していただくのは時期尚早だと思っていますが、意見聴取をやるということは進めております。

○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　ありがとうございます。

アンダー40とおっしゃったのですけれども、私、幾つかの臨床研修指導医講習会に関わらせていただいています。そこに出てこられる指導医になる方たちというのは、卒後7年以上ということなので、30代、40代ぐらいの方が多いのですけれども、その方たちが初期研修医の価値観が分からないとおっしゃっているのです。なので、本当にダイレクトに的になっている方たちの意見はとても大事ではないかなと思いますので、そこをぜひ酌み取るようなことを少し考えていただく必要があるのではないかなと思いました。

○遠藤部会長　ありがとうございます。

そのほか何かございますでしょうか。一通り御意見は承ったということで、よろしゅうございますね。

ありがとうございました。

それでは、本日の議論はこれぐらいにさせていただきたいと思います。

事務局から原案が出されましたけれども、基本的な方向性について大きな反対はありませんでしたが、様々な御指摘がございました。事務局におかれましては、これらを反映しまして、次回以降の議論に資するような資料をまとめていただければなと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、以上が本日予定をしておりました議題でございますが、事務局から今後の進め方について何かあればコメントいただきたいと思います。

○木村医師需給専門官 事務局でございます。

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 よろしくお願いたします。

それでは、本日、長時間にわたりまして大変有意義な御議論をしていただきまして、どうもありがとうございました。

これをもちまして本日の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。