

○櫻本企画調整専門官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第7回「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を開催いたします。

構成員の先生方におかれましては、本日は大変お忙しい中、御参集いただきまして、まことにありがとうございます。

構成員の先生方の欠席について、荒井正吾構成員、尾身構成員、桐野構成員、奈良構成員、南学構成員、及び吉村構成員は、本日、所用により御欠席との連絡をいただいております。

荒井正吾構成員の代理としまして奈良県の林医療政策部長、また、吉村構成員の代理としまして日本専門医機構の松原副理事長に御出席をいただいております。

堀構成員につきましては、所用によりおくれて御出席との連絡をいただいております。

本日の会議には、文部科学省医学教育課の西田課長にも御参加いただいております。

以降の議事運営につきましては、座長にお願いいたします。遠藤先生、よろしく願いいたします。

○遠藤座長 それでは、早速、議事に移りたいと思います。

まず、事務局より資料の確認をお願いしたいと思います。

○櫻本企画調整専門官 それでは、資料の確認をさせていただきます。

上から、第7回「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」というものからです。議事次第、座席表。資料1「専攻医の採用状況について」が、日本専門医機構の「専攻医の採用状況について（概要）」、別紙1、別紙2、別紙3、別紙4までございます。その他、参考資料1～5とございます。

また、机上配付資料としまして、奈良県知事提出資料が配付されております。

これらのほか、構成員限りの机上配付資料として事務局提出資料が配付されております。

不足している資料などがございましたら、事務局にお申しつけください。

なお、マスコミの方々の撮影はここまでとさせていただきます。

それでは、遠藤座長、引き続きよろしく願いいたします。

○遠藤座長 資料はよろしゅうございますか。

それでは、議事を進めていきたいと思います。

本日の議題は、「専攻医の採用状況について」でございます。

専攻医の採用状況について、日本専門医機構の松原副理事長から御説明をお願いしたいと思います。よろしく願いします。

○松原参考人 副理事長の松原でございます。

なかなかデータがそろわず、まことに申しわけなく思っておりますが、ようやく全体像が見えてまいりましたので、一度御報告申し上げたいと思います。

まず、資料1でございます。

「専攻医採用・登録者数」は、3月15日までの1次、2次、3次を合わせた数字であります。これにつきまして、合計で8,394名が登録をしてくださっております。この現状につき

ましては、前回お話ししました2次までとほとんど傾向は変わっておりません。1次で7,791名、2次で553名、3次で50名が今は登録されています。これではほぼ採用が決まっていますが、まだ少し変動があるように聞いております。合計は、今、申しあげましたように、8,394人であります。

さらに、これの次のページを見ていただけますでしょうか。こういったことに対して、5都道府県でシーリングをかけたわけでありまして、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡については、採用実績数が過去の5年間の採用実績の平均値を超えないものとしてお願いしたところでありまして、これにつきまして、これまでカリキュラム制だけでやっていたところも幾つかありますし、それに準じて対応していたところ、あるいは、ほぼプログラム制でやっていたところと、18学会のうち全部が全部この5年間のデータを持っているわけではございませんでした。

別紙3について、今回の平均値を出していただいた根拠を書きいただきました。このような形で、年度ごとに、24年、25年、26年、27年、28年と見ますと、かなり変動があるように見えます。また、整形外科におかれましては、3年分のデータしかお持ちになっていないということでしたので、24年、25年は削除しております。

これを見ますと、確かにふえた年もあれば減っている年もあり、こういった数字をもとにして計算したのが別紙2であります。ここにおきまして、5年間の平均値をとりますと、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡と各科にわたってこういったシーリングを平均値として出していただきました。

そのシーリングにつきまして、先ほどの別紙1でありますけれども、ほとんどがその枠内に入っているということに結論がなります。私どももカリキュラム制をとっているところはまさに雲の上から見ているようなもので、どれぐらい本当にあるのかどうかわからなかったのですが、あけてみると学会がおっしゃっていたような数になっています。この5年間の平均値でございますが、出す基準が、先ほど申しあげましたように、全てが採用者数を持っているわけではございません。採用者数を持っていたのが6施設、そして、申請者数で判断したものが6学会、そして、それらの2つを持ってなくて受験者数でこの数字を出してくださったのが4学会、さらに入会者数でそれを出していただいたものが2学会ございます。小児科などは、基幹施設でカウントをした小児科学会の認定専門医の研修登録申請者数を出してございます。内科は内科認定医、これは専門医の一番入り口でございますが、その受験者数しかカリキュラム制でしかやっていないので出ていないということになります。しかし、おおむね大体学会がお示しされたデータが今回のデータとほぼ一致していることから見ますと、適切なデータだったのではないかと考えているところであります。

その結果として、別紙4を見ていただけますでしょうか。字が細かくて申しわけございません。見えにくいと思いますが、全体像を見るにはこれが一番わかりやすいと思います。つい先日までこれが何十枚にも分けた資料でございましたが、ある日突然、縦横計算すれ

ば誰がどこに行って誰がどこから入ってきたかが何人かというのがわかることに気がつきまして、事務局に急いでつくっていただいたものであります。この見方でありまして、上のところに都道府県がございます。下の左側にも都道府県が並んでおります。まず、左の都道府県ごとに、一番右端が「総計」になっておりますが、これは現在3月31日まで研修をしている研修医の数であります。したがって、かなりこの研修医の数にも開きがございます。各県におきましては、少ないところでは30人台、多いところでは東京都の1,350人が研修医として現在3月31日まで研修している数字であります。さらに、今度は下を見ていただけますでしょうか。下に「総計」として数字が並んでおります。これは今回その各都道府県からどの都道府県に行ったかということ、つまり、専攻医の数の合計が出ております。この表でございまして、一番上のところに「東京都」がございまして。東京都を上から下まで見ますと、最終的に合計した1,825が東京都で今度専攻する方の数であります。逆に、東京都を横に見ますと、東京都から外の県に出て行かれた数がずっと一覧表として出ていて、最終的には現在いる東京都の研修医の数1,350に合計でなります。

東京都を拡大しますと、次のページを見ていただけますでしょうか。字が小さいので拡大しております。これは東京都から東京都に行かれた方は先ほどの一覧表で1,115人いらっしゃいますが、その他の方々が710名いらっしゃいます。その方々の内訳であります。これを見まして、まず、北海道と沖縄から15名ずつ東京都へ研修が終わって専攻医として来られています。特に沖縄中部病院が大変有名な病院で、東京からかなり毎年研修に2年間行かれる方が多いように聞いております。茨城県が34、栃木県が28、埼玉県が101、千葉県が132、神奈川県が165、山梨県が13、長野県が14、これが関東甲信越ブロックであります。こういったところからかなり集中的に東京都に集まり、特に、埼玉県、千葉県、神奈川県は、100を超える方々が東京都の基幹施設に登録をされているのがわかります。ただ、静岡県について、51と大変多い数がございます。静岡県も、浜松に大学があるわけでございますが、西と東とかなり特色があるようでございまして、この静岡県の51を後でまた分析してお話しいたします。さらに、宮城県から13人、愛知県から10人、大阪府から13人、福岡から15人、これは行った方もあれば戻ってきた方もありますけれども、大都市からもある程度の人数が集中しているのは確かでございます。しかし、あとの県はほとんどが5以下、福島が10名でありますけれども、これもかなり東京からもともと送っているという話を学会の先生からお聞きしました。あとの県から特に集まって東京に大変集中したということではなく、むしろ関東ブロックと甲信、静岡から、この方々がいらっしゃるのをはっきりわかります。

もとの読みにくい表、別紙4に戻っていただけますでしょうか。特にびっくりしたのが静岡県の51でございますが、左側の「静岡県」のところを右に見ていただきますと、静岡県の研修医がどこに行ったかが一目瞭然であります。静岡県の研修医、95名が静岡県に残られましたが、あとは全国にある程度散っているのです。特に集まって移動されたのが、51名が東京都に基幹施設に登録されています。千葉にも11名登録されています。こういっ

た特徴がございます。

さらにほかの県を調べますと、左側の都道府県のところの上から2番目、青森県を見ていただけますでしょうか。青森県は、もともと52名が青森県に残っておられますが、岩手県に8名、宮城県に6名、東京都に7名移動されています。秋田県を見ていただけますでしょうか。秋田県に残られたのが59名、すぐ隣の青森県に6名、宮城県に8名、山形県に残られた方が50名、宮城県に12名が行かれています。少し下がりますと、富山県と石川県と福井県と見ていただけますでしょうか。富山県、石川県、福井県は、それぞれ44、77、34が残っておられますが、石川県に富山県から20名、福井県は石川県に4名。つまり、かなり医療圏というのは隣の県とのつき合いが非常に親密であり、こういった形で隣の県に所属を移されている方もいらっしゃるというのがこの表でわかります。さらに、岐阜県におきましては、87名が岐阜県に基幹施設を登録されていますが、15名は愛知県。静岡県は先ほど申しました。島根県を見ていただけますでしょうか。島根県は、35名が自分のところに残っておられますが、8名は鳥取県。広島県を見ていただけますでしょうか。広島県は全部で128名が広島に残っておられますが、21名は岡山、広島県の東部の福山のあたりは、もともと医療圏としては非常に岡山と親密な関係があると聞いております。山口県を見ていただけますでしょうか。山口県は、40名が残られましたが、下関のほうは福岡と非常に緊密な医療圏であると聞いていますが、福岡県に16名。香川県も見ていただけますでしょうか。37名が残って、岡山県に9名、これは瀬戸内を挟んだところであります。高知県を見ていただきますと、47名は高知に残っておられますが、4名は岡山に。大分県、宮崎県を見ていただけますでしょうか。大分県は54名がもとに戻り、宮崎県は32名ですが、9人が福岡県に、4名が宮崎県から福岡県に行っておられます。もともと宮崎県は研修医が44名しかいらっしゃいません。大変少ないところから少しの数でも移動されると、その県は大変なことになるというのは重々理解できます。

ただ、この表を見ていただきますとおわかりになるように、移動はほとんどが隣の県あるいは医療圏として非常にブロックの中で親密なところにその籍を移していらっしゃいます。東京に全国から一遍に集まったのではなく、東京は関東ブロックから集中されていること、静岡だけが例外ということであります。

そこで、前回御指摘いただきました4月からどこにいるのかということをもまずは調べてみました。今のところ321の施設から277の回答をいただいております。当初、100ぐらいのときには、20%以上が東京にはいらっしゃらずに、4月1日においても東京以外にいらっしゃるということがわかりましたが、だんだん数がふえてまいりますと、277までふえますと、現在の平均値13.6%が外に出ているということであります。まだ最後の集計が終わっておりませんが、2年目、3年目にどこに行くのかということアンケートで聞いております。100施設ほど戻ってきておりますが、100施設について申し上げますと、2年目は30%が東京都以外、3年目は約50%が東京都以外に行っておられます。ただ、先ほど申しましたように、当初集めた数字のところからふえればふえるほど下がってまいりますので、この数

字が最終的に固定できるとは思いませんが、今、申しましたように、1年目が13.6%、2年目が30%以下、3年目が50%は超えないけれどもそれぐらいに近い方がその県の中で他の県に行っておられるということでもあります。

これは、何度も申し上げましたが、今回はプログラムの中で基幹施設が存在する県において登録していただいています。基幹施設は必ず同じところではなくて、連携施設にも必ず出向しなければならないというルールの中でやっております。特に近隣の県につきましては、これとなるべく訓練を行うようにということをお願いしておるところでございますが、東京都のプログラムにおいては、今、申しましたように、全てが全て行っているのではない。静岡県から51名が来られていますが、実際に調べてみますと、東京都の1年目の4月1日から24名がほかの県に出ているということでもあります、24名が静岡県に出られるということがわかりました。すなわち、その県から全て医者が引き上げたのではなくて、籍をそのプログラムの基幹施設のあるところに移したということでありまして、実際に恐らく4月1日からはそれほど大きな波乱が起きないのではないかと。また、東京に全国から一遍に集中したのではないということまでがわかっております。さらに、2年目、3年目で、今、申しましたように、かなりの率が東京都からまた各県に出向いたしますので、それで実際問題としては関東ブロック並びに静岡において回っているのではないかと思います。

静岡については、私どもも大変心配して分析しました。その中で、静岡で51名が一体どこからどこへ移ったのかということを検討したわけでございますが、これについては、オフレコにさせていただきたいのですが、約10名は順天堂大学に行かれました。ただ、順天堂大学は静岡県の東部に分院を持っておられますので、そこの方たちが恐らく順天堂大学に籍を置かれたのではないかと思います。また、東京大学、日本医科大学、さらに慈恵医科大学、そういったところは古くからこの地区の東部のほうに医師を派遣されているし、研修をそこでしていただいていますので、そういったことで特に静岡だけが特別な数字として浮かび上がってきたのではないかと思います。医療圏としては、私ども医師会は関東甲信越といいますけれども、これだけ見ますと、関東甲信、越は除いて、静岡はかなり東京の医療圏があるのではないかと思います。

こういった全国を見回しますと、私どもの今回の専門医機構はどこに誰がいるかということ明らかにするためにこういったプログラム制をしいたわけでもあります。なぜなら、どこにいるかということが明瞭になることと誰が指導したかということが明瞭になるということは、医療の質を高め、研修医の質、専攻医の質を高めるために必要でありますので、そういう形でこのように導入させていただいたわけではありますが、結果として、関東ブロックの中では確かに偏りがあるけれども、関東ブロックは2～3年の間に、2年目、3年目の先生たちが行くということでほぼバランスがとれており、各地方におきましては、近隣県あるいは古くからつき合いの長い県に対して、そういった医療的な関連があることがわかりました。

しかし、一番大事なことは、地方において偏らないということでございます。そうしますと、別紙4の一番右の研修医がどこに行ったかといいますと、これを見ますと、1県1医大制で120人は最低卒業しているにもかかわらず、120人が残っていない。つまり、新臨床研修制度のマッチングによつての偏りが、結局、専攻医の時点で専門医を決めるときにはそれほど移動はなかったけれども、改善されていないということでもあります。

そういったことを含めまして、私どもも今回これでようやくデータが、この1年度そろい、2年度そろい、3年度そろいましたら、誰がどこでどういう研修をしたのかということが私どものところにデータとして残るような形になっております。それを見られれば、一体どこにどのように働きかければ、専門医の数が均等になるあるいは偏らないようになるということもわかってくると思いますので、今回はカリキュラム制でやっていたところを雲の上から見て、えいやと決めて、何とかうまくいった、奇跡的にうまくいったわけがありますが、これが何度もうまくいくとは限りませんので、今回のデータをもとにして、1年目、2年目、3年目とデータを蓄積しながら、私どもができる限り専攻医が国民の皆さんにとって十分に仕事ができるように、地域にバランスがとれるように、考えてまいりたいと思っております。

ただ、私たちの一番大きな仕事は、まず、専門医について質を高め、誰がどこでどのような研修をして誰が指導したかということ明瞭にして、学会の先生方とよく話ししながら対応していくということでもあります。それをしながら、国民の皆様が望む、自分の地域において十分な医者が来て、自分たちが医療を受けられるようにということに対して、両方に対して責任を負っておりますので、今から十分に検討しながら対応してまいります。

私どもも今回は初めてのことであり、この規定を決めるまでがかなり右往左往いたしました。始めたのが10月の中ごろでありますので、そこからデータを集めて分析して、このようにまとめることに大変時間がかかり、皆様方に御心配をおかけしたことについては、本当に私どもの不徳の致すところでございますし、これがきちんとできないということであれば、私たちも大変恥じるところでございますが、ようやく数字としては別紙4のようにまとめることができました。また、これについて十分ではないと私たちも思っておりますので、この資料をもとにしてさらなる検討を加えて、先生方の御意見のもとに私どもの機構をよりよいものに。

また、私どもはこれを一遍にやりましたので、説明ができず、特に都道府県におかれましては、何がどうなっているのかわからないということで大分お叱りを受けたところでございます。最終的に不安定なものを出すとは非常に難しゅうございますし、また、学会の皆さんから言われたのは、研修医、専攻医の皆さんの個人情報を守って欲しいという依頼を受けておりましたので、中途半端なことをするよりはきちんとまとめて出したほうがよいのではないかという議論をしながらここまで来たわけでございます。最終的に、個人情報を外したこういったデータを公開できることになり、今、私たちも胸をなでおろしているところでございますが、決してこれで十分だとは思っておりません。まだまだやら

ねばなりませんし、先ほどのアンケート調査も、すぐ答えてくださるところもあるし、すぐには答えてくださらないところもあります。総合診療だけは、1年目がどこ、2年目がどこ、3年目がどこで研修するのかということのスケジュール表を出していただいていますので、総合診療についてはどこで研修するのかあるいはどの県に行くのかというのがすぐにわかるような仕組みにしてあります。今回は、関連施設として指定しただけで、どこで研修するというところまではアンケートの前のスケジュールとして出していただいていませんので、こういったアンケートでしか私たちも把握ができませんが、これについても改良して、より明瞭に把握できるようにする必要がありますと思います。

ただ、各病院におかれましても、人事的にどこかの先生がやめられたらそこに派遣しなければならないとか、すぐに決められない、ぎりぎりのところでしか決められないという事情は私たちもよくわかっておりますので、そういったことも踏まえながら、総診については、3年ごと、それぞれやるべき科が違いますので、こういった明瞭な数字が出せましたが、同じく内科でスケジュールを出してくださいとお願いしたら、恐らく大変になるかと思えます。しかし、国民のために前向きに努力してまいりたいと思っておるところでございます。

今、ざっと説明しましたが、最後に1つだけ、これは厚生労働省の資料でございますので、会議後回収となっておりますが、事務局から提出してくださった資料、同じく東京がこのアンケートとずれがないかということを検証しましたが、これは回収率が85.9%、つまり14%の方が回答されていません。私たちのところはもともとの登録したところから登録したプログラムの印が出ますので、100%であります。これのまた1年後でございますので、さらに数何百人かふえておりますので、これから見ますと、今回それほど大きな差ではない。15%を載せた上に、母数であるところを計算しますと、ほぼ今回の私どものデータと一致している。厚生労働省さんのアンケートのデータと一致していたということを御報告申し上げます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの報告につきまして、御質問、御意見があれば、承りたいと思えます。

いかがでしょうか。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 御説明ありがとうございます。

今、主に地域の移動ということについて御説明いただいたと思いますが、確かに地方に偏らないということが偏在ということに大きく影響するということはもちろんそうだと思います。しかし、今回の結果が出たときに、内科や外科、いわゆるメジャー科と言われるところの専攻医が実はかなり少ないということで、それがまた医師の偏在問題に大きく影響を及ぼすのではないかという懸念をいろいろなところから多々聞いております。

そのことについて先ほどの御説明は一切触れておられなかったもので、そのことについてどのような見解をお持ちかということをお聞きしたいのが1つ。

先ほどから、ようやくここまで来ました、うまくいったというお話がございましたけれども、私は大阪府の医療対策協議会の委員を務めておまして、大阪府の現状で非常に困っているということの相談を受けています。といいますのも、9月に募集定員について機構から連絡があった。その募集定員の中身を見ていたところ、基幹病院が完全に抜け落ちていたり数字が異なっていたりして、間違いが多々あって、これはどうなっていますかと問い合わせしたけれども、いまだその回答がない。その間、いろいろなところで調べていたけれども、結果としてはっきりした募集定員の数がわからなかったもので、12月25日に、大阪府から機構に、基幹病院別の募集定員、採用数の情報提供の依頼をしたけれども、これについても回答がなかった。そこでいろいろなことを調べながら待っていたところ、2月2日の締め切りになって、どうやら数字がおかしいということがわかってきて、各基幹病院になっているところに問い合わせをしたところ、あるとき専門医機構の数字が突然変わって、募集定員が減らされてきているとか、数を変えられたということが2月2日になってわかったそうです。そのことについて機構に問い合わせをしたところ、いまだかつて返答がないということで、この3月23日に機構の理事長に対して大阪府からプログラムのことについての要望書という名前の抗議文が送られていると思います。そこで、基幹病院別、領域別の応募、採用状況についての情報提供を、今の段階でしてくださいと、こんな要望をされています。さらには、応募数に突然上限を別途設定した理由や根拠を示してほしい。あるいは、上限が設定されていない領域とか、応募者が定員の1割や半数にも満たないのに、5都府県について全ての領域において3次募集が認められなかった。このことについてなぜなのかという理由が全くわからないのに、それを示してもらえない。これは都道府県の中で非常に今も混乱しているというか、不満があちこちで起きているという実態をお聞きしています。そうすると、ここの数字が出てきたので、これで胸をなでおろすという状況では決してないのではないかと感じております。そのあたり、かなり理解されていない現状があるのではないかと。そのことについても要望書を出したら、お電話があって、後日回答しますという返事しかもらっていない。こういうことについてどう思われているのかということをお聞きしたいと思いました。

○遠藤座長 松原参考人、どうぞ。

○松原参考人 私も大阪でございますので、大変申しわけなく思っております。

まず、内科でございますけれども、当初、この1次募集が終わったときに、内科が少なくなると大分マスコミのところで報道が流れました。私たちもその根拠が何なのか当初わからなかったのですが、内科で聞きますと、ほぼその専攻医の数とは現在の状況で合っているという話でございました。

何が問題かといいますと、感覚で減ったのではなくて、三師調査の3年目の先生たちの調査をしたときに、その数字と4～5%が合わないから、恐らくそこでもって内科が激減



したということが報道されたと思います。ところが、三師調査の内容でございますが、これはその全部の医者がどこにいるかということ进行调查しています。今回、私どもの一番最初にやった仕事は、全ての医者が専攻医になる必要はないということを最初に宣言しております。つまり、今回、最初のデータ、私たちが専攻医として受けとめたデータは、専門医をとるとして、専門医の指定されている病院に行って就職した人たちの数であります。ところが、眼科や耳鼻科や脳外科、特に脳外科は1人で3年目から手術をするのは無理ですけれども、内科は比較的3年目からある程度一人前近いことができます。調べましたら、その内科の規定している基幹病院以外に3年目からかなり行っておられる方がいらっしゃって、その方々が数%いるので、そのこのところで三師調査のデータと私たちが学会で持っているデータとは乖離があるということがわかります。つまり、専攻医として3年目のときには、家庭の事情もあって、内科学会が指定している大きな基幹施設ではなくて、地域の中でそういった病院に勤めている先生方もいらっしゃるということでもあります。これは、カリキュラム制にしても、プログラム制にしても、そういったことで落ちが出るということ自体、そこで勉強されているわけですから、十分に対応しなければならないのが事実であります。内科学会と十分話をしましたら、内科学会としては、いつ勉強されてもいいので、またそういったことについて、自分たちは責任を持って、ある一定の教育をするためには、ある一定の指導者のいるところでないと無理だろうという考え方でそのようになっているということでありました。つまり、三師調査のデータは、内科を診療している全体の数字であり、今回の私どもの専攻医の採用登録者数は、その専門医をとろうと思って3年目からそれに入っているあるいは入りたい人たちの数字でありますので、つまり、そのこのところの数パーセントの差はかなりの数として出ているように思います。私もこれに気づくまでは、内科の募集をしたのに内科が減ったのかなと思ったのですが、そうではなくて、専攻医として研修する内科医の数と実際に内科の診療をしている3年目の先生の数とは違いがあるということでもあります。

次に、そういったことについて、内科のところも幾つかの問題があり、随分検討していただきましたが、今回の定数は各学会にお任せしています。機構が完全に定めたものではありません。したがって、機構は学会から言われたプログラムごとの定数を集計して皆様にお示ししているだけで、そのプログラムの定数がどのように決められたかについては、私どもは具体的には関与しておりません。全部に関与しろという意見もございましたが、各科においていろいろな事情がございますので、初年度、定数自体も定めるのに今までのデータが十分でない中で調べておりますので、そういったことで、私たちも各県から問い合わせがあった分は全て学会にまた問い合わせ聞いていますが、学会も各プログラムの担当病院に聞いてくださっていますけれども、きちんとした数字が出るというのは、最終的にこの最後の専攻医の採用がどれだけアプライがあって、どれだけ登録したかというところでしかわかりませんでしたので、結果が非常に遅くなったことについては謝りたいと思います。

最後に、3次募集ですが、残っていたのは20～30人でありました。したがって、このぐらいの数字であれば、大きな変化はないだろう、大都会に行ってもいいのではないかという意見がありました。理事会で議論したところ、3次まで残っていたら自由に大都会のあいているところに入れるとなったら、それは1次、2次でいろいろなことを考えた人に対してフェアではないのではないかという意見がありましたので、3次までIDもとらずに登録もせずに来た人たちが、最後に都会のここがあいているからといって東京に入れたら、何をやっているかわからないというだけではなく、幾らその数が少数であっても、それに従って東京ではなく神奈川に移動した先生、埼玉に移動した先生もいらっしゃいますので、それを考えれば、今回、5大都市は、そういった穴ができる以上はとめると。最終的に、IDをとっていなかった方々は、いろいろな事情がございます。介護でとらなかった、留学でとらなかった、全然気がつかなかった方もいらっしゃいますが、50の方がIDをとられて参加されました。意外と50人というのは小さいようで大きいわけですが、今、申しましたように、最後のところで全てをあげますと、その最初のところで我慢した方々、専攻医の人たちに対して不公平になるのではないかという理事会の意見が出ましたので、理事としてそれを私どもも同意して、今回、大きくても30～50であるなら、ここは一回締めようということ一旦締めたところでもあります。

今のが私の回答であります。

○遠藤座長 山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 今、松原代理の御見解をお聞きしたわけですが、今後偏在ということにどうつながっていくのかということ、最初のほうについては、今、答えが出る問題ではないと思いますので、地域だけではない多面的な見方で、今後、きちんと見ていっていただきたいということが1つ。

今、大阪府のことについてお返事いただきましたけれども、それこそきちんと都道府県にそういったことを説明していただく必要があるものであって、都道府県の不信感というものがあると、この制度自体がうまく回っていかないのではないかと、それを一番懸念しています。ですので、連絡体制をもう少し迅速にとって、しっかりと疑問に答えないと、これは機構が必要な情報を出していないのかなと思われているところもあると思います。実際にもしかしたらそこは機構として整理して伝えなければいけないことをやっていないのかもしれない。不信感があるということ自体が私は問題ではないかと思っていますので、そこをきちと改善していただきたいと思います。

○松原参考人 私もそう思います。私たちも適切に速やかに情報を公開したいのですが、マンパワーの問題がある。いろいろな制約がある。また、学会の許可をとらなければ動けないといういろいろな制約の中で、できる限りのことはしたつもりでございますが、特に5大都市、東京、大阪、愛知、福岡、神奈川におかれましては、シーリングをしかれたということ自体大変なことでございますけれども、行政の方々から苦痛だと、説明しろと言われましたが、これにつきましては、大臣の意向もあり、私たちは、また、日本医師会も

大都市の分のシーリングをしなければ集中し、また、前回の新臨床専門医制度のようなことになるだろうと。せっかく新臨床医制度で1.1倍に縛っているところが解除されたら、また集まるのではないかという懸念は確かにそのとおりであります。私たちが一番最初にやったのは、この前のようなマッチングの1人が3つまで登録して、好きなところに行けるという仕組みではなくて、どこに行くことになったかということ登録していただく制度に変えましたので、このような形になっておりますが、都道府県、特に大都市の行政当局におかれましては大変申しわけなく思っておりますが、私たちもマンパワーだけではなくて、各学会に、個人情報も含め、いろいろなことをお願いして出させていただく立場でありますので、1つが出なければ、なかなか難しゅうございます。今のところ、契約の問題でも、個人情報が守れないので契約はしないという学会もございますし、その学会の中で、十分に対応していかなければと。

○遠藤座長 松原参考人、簡潔にお願いいたします。

○松原参考人 以上です。

○遠藤座長 先ほど手を挙げた順番で、立谷構成員、渋谷構成員、加納構成員の順番でいきたいと思います。

○立谷構成員 松原先生、よくまとめていただいたと思っています。

非常にこれは雄弁なデータです。先生は、そもそも東京から地方に初期研修に行った人が戻ってきたということをおっしゃいましたけれども、この数字で東京都で専攻医を目指す人が1,800人いらしゃいます。8,300人分の1,800人ですから、22%ぐらいですね。人口比からいって、東京にそもそもこんなに医者は要らないわけです。アンバランスもいいところなのですね。これを見ただけで、東京一極集中は否定できないことだと思います。

なぜかというところが問題なのです。私の福島県は、臨床初期研修医が10人東京に行ってしまうと、東京から1人も来ないです。福島県の学生、東京の私立の大学に行ったような学生が、福島県に戻ってきてもいいのですが、精査しているわけではないですけれども、そういう現象は一つも見られないですね。宮城県も東京に13人行っているけれども、東京から宮城県に戻ってきたのは1人しかいないですね。

これは多分初期研修制度にも問題があるのだろうと思います。というのは、福島県の場合、福島医大が120人の卒業生を出しているにもかかわらず、初期研修医が95人しかいないのです。まず、ここに問題がある。それから、その95人のうち10人は出て行ってしまった。これはどこの県でも似たような傾向が見られるのではないかと。ですから、これは初期研修のことも含めて問題にしないと。私は、全国市長会を代表してきています。この会は医師養成の在り方と地域医療に関する検討会ですから、地域医療の立場から医師養成を議論するために私は来ているのですね。

地域医療にとって重要な役割を担っている自治体の長、そして受益者の立場からいって、現状に示されたこの状況は極めて遺憾である。こんなことを放っておいたら日本がおかしくなってしまうと危惧している状況に対して、専門医機構がよい方向に働いてくれるのだ

ったら大変ありがたいのですが、悪い方向に持っていくとしたら、これは速やかに是正していく必要があるかと思えます。8,300人のうち1,800人が東京に集中するという現状は、地域医療の立場から看過できない。

さらに、その大学の卒業生が何人だったのかということ踏まえて考えれば、どこで専攻したかというのはある意味での結論になりますから、そういった意味で、極めて厳しい結果と言わざるを得ないのです。ですから、内科の専攻医が何人、外科の専攻医が何人という前に、まず、絶対数として極めてゆゆしき事態であると。地域別診療単価の話をする市長もいるのですが、私はこれを見て、今、なるほどなと思っています。そこまで深刻な状態だと思っています。

この会の中でカリキュラム制が望ましいと私が申し上げてきたことなのですが、今日の資料をみるとこれはプログラム研修ということでやっていますね。プログラム研修ということになると、どうしても大都市の基幹病院、大学病院中心、ほぼ大学病院に近い。それを是正するためにいろいろなところでできるのだということをやって、いわゆるカリキュラム研修に非常に近い状態になってきたという結論に向かっていたと私は認識していたのですが。

それで、私は、松原先生に申し上げるのではなくて厚生労働省に言いたい。これは専攻医を目指す人たちに、しっかりと説明しないといけないと思うのです。カリキュラム研修を成立させるためには、この会でも問題になったのですが、クラウド上で症例の管理をする等々のことが必要になってくるのです。ですが、これもこの会で議論になったのですが、機構にそんな資金力がない。財力もない。人もいない。そういうところで、地方で頑張る医者への助けになるような状況がないのです。だから、私は南相馬市立病院の話は何回もしましたけれども、地方で頑張って初期研修をやって、そのまま地方で専攻医ができるような、そういう人たちに優遇するようなことを考えていかないと、この状況は打開できないと思う。そのためには厚労省の支援が必要になってくると思うのです。しかしながら、機構も制度も始まってしまったわけですから、今さら要らぬとは言えないと私も思っています。だとしたら、厚労省が予算をつけてしっかりとサポートをすることが必要ではないかと思うのです。システムをつくるための支援をしていただかないと。地域の病院で専攻する人たちが、例えば、専門医をとりやすいとか、そういう御褒美がないと、この状況を打開できないと思うのですね。初期研修についても、もっと考える必要がありますね。そこまでさかのぼって考えないと、東京一極集中はとまらないと思うのです。

ですから、そのところは厚労省の皆さんにしっかりと考えていただいて、初期研修の見直し、専攻医、専門医、これは資格と書いてありますけれども、これは資格ではないですね。国家が認めているわけではないので、一社団法人が免状を出しているだけですから、認定でしかないと思うのですね。監督官庁として、責任官庁として、もうちょっと踏み込んだ対応が必要ではないかと思えますので、お答えください。

○遠藤座長 事務局、コメントをお願いします。

○武井医事課長 事務局の医事課長でございます。

今、立谷構成員から重要なポイントが幾つか示されたと考えております。

例えば、カリキュラム制とか、システムの改善、クラウドも含めて、それを実施するための予算や組織、初期研修の改善に向けても御意見をいただいたところかと思えます。

今回の検討会は、このタイトルにもございますように、地域医療が一つのキーワードでございますし、医師養成という観点から申し上げますと、非常に長いスパンの医師養成をシームレスに行っていくといった観点から、今回、御検討いただいているところかと思えます。

今後、立谷構成員からも御指摘いただいたように、カリキュラム制を希望される専攻医の方もいらっしゃると思えますし、支援については、まず、具体的な支援の内容を検討してまいりたいと思っております。また、その支援を実際の現場に持っていくような、特に地域医療の観点から、具体的な方策についても、厚労省としてどのような対応が可能かということについて早急に検討を進めてまいりたいと思っておりますので、きょういただいた議論を十分に踏まえて検討していきたいと考えております。

○遠藤座長 どうぞ。

○立谷構成員 医療の質を上げるとか医師の資質を上げると言うのと、誰も反論できないですよ。それは、とても必要なことなのです。ですが、そのことによって、地域にいと医療の勉強ができない、いい指導者につけないというところにはまってしまうと、地域医療がどんどん衰退していくのです。医療の質も必要ですが、地域医療はもっと必要。だから、これを両立させるように考えないといけないのですね。例えば、クラウドを使った学習の仕方があってもいいかもしれない。つまり、地域で頑張る医者をもっと優遇しないといけないのです。

これは実例ですが、私が担当している公立相馬病院は、関東から研修医が来るのです。地方の研修指定病院はみんな給料が高いのです。だから、来るのです。だけれども、研修期間が終わってしまうと帰ってしまうのです。研修した後に、その地域にとどまるような措置が必要ではないかと思うのです。ですから、初期研修とセットで考えないと、地域医療の貧困はなかなかとまらない。専攻医がどこで研修するか、後期研修するかということと、必ずしもそれはイコールにならないのだけれども、少なくとも専攻医が地域社会で専攻することによって、医療をすることによって、アドバンテージを与えるような施策が必要だろうと。ずっと言ってきましたけれども、これは専門医機構も真剣に考えないと、少なくともこの状態は、日本の破滅を予想されるだけです。東京だけでは日本はやっていけないですから。私は市長会を代表して来ていますけれども、これは国民医療を代表している意見だと思って聞いていただいて結構だと思います。一番の受益者は我々ですから。

○遠藤座長 松原参考人、どうぞ。

○松原参考人 先生のおっしゃるとおりです。私たちもこの数字がよい数字だとはとても思っていないです。先生がおっしゃるように、一番大事なことは、まず1つは、新臨床研

修制度のやり方を抜本的に考え直さなければいけないということと、専門医がどこで勉強しても十分に勉強できる体制を国の中でつくっていかねばいけないということだと思います。学会の先生方は、自分たちの配下の大きな病院で、自分たちの研修を受けた専門医が指導しなければ専門医として認めないというような感じに思っておられる方がかなりいらっしゃると思いますが、一つの見方としては、責任者としては当然かもしれません。つまり、教えるほうは、ちゃんとしたものをちゃんとしたところで教えたいと思っっているのですが、地域においては医者が本当に足りなくて困っているところはあるわけですから、先生のおっしゃるとおりなのです。だから、それを今回はデータをきちんと出して、これが3年もいけば、一体どこに何の問題があったかわかりますから、それをもとにして、どの地方にいても十分な研修ができるシステムを、国の力で応援していただいて、構築しなければならぬと私も思います。

○遠藤座長 それでは、お待たせしました。渋谷構成員、お願いします。

○渋谷構成員 ありがとうございます。

きょうはデータの話をしたいのですがけれども、まずは松原先生に、前回要望したデータをきちんと出していただき、本当に関係者の御尽力に感謝したいと思います。

その上で、先ほど山口さんが不信感とおっしゃったのは、10月に始まって、今、3月ですよ。6カ月間、こうしたデータは一切出てこなかった。先生は、個人情報とおっしゃいましたけれども、これは個人情報とは関係ない。アベレージのデータですから、例えば、うちのスタッフにやらせれば半日でできる量のデータなのです。それを6カ月間、小出しにして、ここまで延ばしてようやく出したと。だから、不信感なのではないですか。

専門医機構というのは、透明性を担保して、説明責任を示すためにきちんとデータを常に開示しないとイケない。そのためにあるのですよね。そのためのデータベースをつくるための予算はついているわけですよ。それをやらないなら、ほかにやってもらったらいではないですか。

このデータを示すことに幾つか言いたいのですがけれども、まず、東京あるいは都市部への集中は、結構大事なデータが回収資料と東京都のこれまでの採用状況ですね。回収資料は86%、506人が東京に専門医制度が始まる前に行っていて、単純にデータが86ということになると、595人、今、710人ですから、専門医制度が入ってから東京への集中が100人以上ふえているわけですよ。これだけでも東京に集中していると言えるではないですか。だから、まず、それを認めてくださいよ。集中していないと認めてはいけません。だから、先生のロジックは。

○松原参考人 東京に集中しています。ただ、関東一円からが主体だったということです。

○渋谷構成員 でも、まずは都市部への集中は抑制されていることはいそですよ。だって、都市部に集中しているではないですか。まず、それは認めましょうよ。だって、データはそれを語っているではないですか。東京集中は前からあったのですよ。ただ、その回収資料と、始まってから1.2倍ぐらいふえているのですよ。だから、専門医制度が入ってからも

行っているのです。それを認めましょうよ。それが大事。それを認めた上で次に進むということをしない限り、不信感はぬぐえないですよ。

2つ目が、シーリングのデータですよ。別紙3、平均のデータもありましたけれども、内科でも70~80減っている以外は、ほかはフルでマッチングしているので、ある程度シーリングがきいているというのはありますけれども、内科の場合、なぜこれだけ差があるのかちょっとわからないのですけれども、その辺もどのように決めたのかというのは、先生に聞く話ではないかもしれません。そういうものを含めてデータを出さないといけないと思います。

3つ目が、立谷市長がおっしゃっていたように、これから、例えば、先生は静岡はいろいろな特殊な状況があって、浜松、順天堂大学の病院があると言いましたけれども、基幹病院ではないけれども、地方の病院に広がっていた人がそういうところに戻って、本当にこれからプログラム制も含めて連携をつくって、あるいは、カリキュラム制でもプログラム制でもいいのですけれども、連携で回すということを明言しているわけですから、それが本当に行われているかどうかをちゃんと見てください。何を申し上げているか。これを何で今ごろ出すのかと。こんなものは10月に来て集計したら、悪いけれども、うちのスタッフなら1日でできますよ。まず、これをしなかったことが私は反省すべきだと思うし、これを出さないから不信感が募るわけです。多少間違えてもそれは訂正すればいいわけですから、まず、あるデータを全て出して、そこから議論が始まる。それが専門医機構がやることだと思うのです。

その3点です。1つはデータの話、1つは東京集中は前からあったけれども、専門医制度が入ってから増悪したと、それは認めてください。3つ目は、これから大学病院、大都市病院に集中した、特に静岡などはそうなのですが、そうした特殊事例を含めて、ちゃんと誰がどこでやっているか。しかも、カリキュラム制、プログラム制で回ったのか。それから、女性医師とか、いろいろな事情がある人が本当に戻って、ちゃんとそういう多様性が認められるプログラムになっているのか。ちゃんとトラックしていただきたい。それはもちろん今の専門医機構だけでは難しければ、国と一緒にやっていく。そうしたものをきちんと構築していただければと、その3点について御意見いただければと思います。

○遠藤座長 松原参考人。

○松原参考人 3点目からいいですか。この一覧表は、本当に私は先週思いついたのです。一々こんな書類を山のように都道府県ごとに出して、それで終わりというのでは、これは無理だろうという話で、これを出入り計算したら非常によくわかるということに気がついてこの表にさせていただいたのですが、私どもはこの10月中ごろから始めましたけれども、結局、1次登録でどれぐらい参加されて、2次登録でどれだけになって、3次がどれぐらいになるのか、全く見当がつかなかったのです、ある程度3次登録まで終わってからきちんとしたデータを出したいという意向があったのは確かです。そのおかげで大変おくれたのと、データ処理がどういう形にすると一番わかりやすいかということに対して、私が鈍く

て、この前まで気がつかなかったということで、大変申しわけなく思っています。

内科につきましては、内科だけは認定しかありません。それより上は総合内科専門医で、また別次元でありますので、今回の専門医の数を規定するのは、認定医の数でなければならぬだろうということで計算したのですが、その数字が余りにもおかしな、数字が大き過ぎましたので、これを検討しましたら、再受験者数を入れていたことがわかって、それを修正してくれということで修正したために、少し当初に思っていたよりも収束していったという形であります。再受験者数を外しますと、本当に最初の今回の数値とびたっと合って、ぎりぎりのところだからまさにそうだったのかなと思うのですが、全て私たちが決められるわけではありません。私たちは、各学会にお願いして、データを出していただいて、それを集計して、こういう形になっているということであります。

それから、課長、この前のアンケート調査のデータにつきましては、これは厚生労働省のデータですので、どう思われますか。

○遠藤座長 事務局、どうぞ。

○武井医事課長 皆さん、公表していただきたいというのが今日の御意見かと思っておりますので、公表する方向ということで準備し検討したいと思います。

○松原参考人 そうではなくて、課長はこの数字をどう思われますか。

○武井医事課長 この数字については、まず、周辺の県からの流入がどういう状況になっているかを示すデータになっています。ちょうど1年前なのですね。臨床研修の2年目から翌年度の3年目というか、旧専門医のシステムに入っていくという方々ですので、3月の時点ということを考えて、ほぼどこの県にどう移っていくのかということを示していると思います。実際に、東京にいらっしゃる方々については、埼玉、千葉、神奈川から昨年も同様に移動しているというので、これは静岡も含めてでしょうけれども、大きな流れ自体は昨年から大きく変わっていないということがこのデータから言えるかと思いません。

合計値と回収率を整理した上で、他の県についてはデータを見ていく必要があると思います。また、去年、新専門医制度ができていないときの数値であることに加えて、実際に勤務したデータでなくアンケートといった性格の数値になりますので、その点にご留意いただく必要があると思います。そういった観点から、今回のデータは、参考としての扱いになると理解しております。

○松原参考人 渋谷先生から、かなり大きくずれている、ことしと去年と傾向が違うのではないかと、大変東京に集まったのではないかとという御意見をいただいたのですが。

○渋谷構成員 違います。東京集中は前からあったけれども、専門医制度が入ってさらに増悪したと私は申しました。だから、そこを認めてください。別に昔から東京集中がなかったとは言っていない。

○松原参考人 厚生労働省さんもそのように思うのですか。この数字は、例えば、全員が答えた場合という仮説と、人数が去年とことしと大分違いますので、そういった仮説から



考えると、ある程度の数はほぼ一致しているのではないかと、この資料の説明として私は受けたのですが。

○武井医事課長 計算しますので、少々お待ちください。

○遠藤座長 それとはまた別の質問がございましたので、松原参考人、答えられることがあれば。最後のは御意見ですね。コメントをいただきたいということですか。

○渋谷構成員 東京一極集中はなかったというのは訂正していただきたいと。

○松原参考人 東京集中について、なかったとは思いますが、今回のもので大変大きく集中したのでは、全国から集中したのではないということだけしか、私どもは言えないと思っています。

○渋谷構成員 とにかく「集中はなかった」という言葉は使わないでください。集中しているわけですから。

○松原参考人 全国からの集中ではなかったと申し上げております。

○遠藤座長 それでは、先ほどから手を挙げておられます加納構成員、お願いいたします。事務局からの回答が出次第、また聞きたいと思います。

○加納構成員 東京一極集中の問題にまた話が戻るのですけれども、地方の問題と大都市の問題、冒頭に山内構成員から話がありましたように、大阪は足りないのです。今回よくわかったのは、資料別紙1と2を比較して、シーリングに対しての数字を見ますと、内科はもちろんとれませんし、整形、麻酔科に至っては半分近く、また、救急に至っては3分の1ということなのです。

前にも申しましたように、これからふえる高齢者、2025年でふえる全国の高齢者の半分はこの5大都市圏に集中するわけなのです。そこに医師がいなくてはどうなるのかということを考えていただきたいと思います。大阪は、地域医療構想では1万床のベッドをふやさなければいけない。それに対する医師の数と合わせて考えれば、減っているわけなのです。それから、さっきの東京一極集中が問題ですが、5大都市圏でなくて、東京一極集中の問題を議論していただいて、このシーリングを考えるのであれば、ほかの4大都市圏は外すぐらいの考えで対応を考えなければ、2025年までに今の1.8倍高齢者がふえることには対応できません。それに対する対策もしっかり考えなければいけないのと、先ほどの地方への偏在の問題、両極端の問題ですが、その両方を別々の次元として考えてそれぞれ処理していかなければいけないと思います。東京一極集中が原因であれば、そこをいかに解決するかということだと思っております。

○遠藤座長 それでは、コメントがあればお願いいたします。

○松原参考人 表の別紙4を見ていただけますでしょうか。これは大阪から大阪に行った方は480名、つまり、もともとの研修医が600人しかいなかったところが、専攻医は650名、基幹施設として登録しています。つまり、これは大阪がどうなっているかというのはこれから集めてみようと思いますが、少なくともこれだけを見れば、専攻医の数が50名近くふえているのは事実です。つまり、先生がおっしゃるように、救急はいなくなった、外科も

いなくなった、内科もいなくなったとおっしゃいますし、病院においては確かにそのような現象があるやに思います。ただ、数から見れば、むしろ50人ふえています。その中で、50人がふえるようなところはほかにどこにもないわけですから、今回、大阪もそういうことでシーリングをかけましたが、これが50ふえたのが多いのか少ないのかということも含めて、今後、検討させていただきたいと思います。

○遠藤座長 加納構成員、どうぞ。

○加納構成員 今のはちょっとおかしいと思うのですけれども、50がふえたと言いますが、専攻医で集まってきたのは確かに数的に50がふえていますけれども、過去の流れから考えて、専門医の時系列でみた数はふえているか減っているかという話とは全然違うと思うのですね。これは地方から回ってきた結果、最終的に初期研修よりは50名ふえたという形だと思うのです。それと、時系列で見たことと全然話が違うのではないかと思います。

○松原参考人 時系列で見なければわからない話を、今、そうやって大変減ったというのはおかしな話で、私どもが提示しているのはこの数字ですから。

○加納構成員 シーリングの話は過去5年の平均値と書いてありますから、それと比較するというのとは一つはあるかと思って、過去との平均との比較で、3分の1、2分の1という表現をさせていただきました。

○遠藤座長 話を先に進ませてください。

山内構成員、お願いいたします。

○山内構成員 ありがとうございます。お時間がない中、済みません。

まず、2点だけ、きょうお答えいただかなくても、今後の協議としていただきたいこととして、渋谷構成員がおっしゃったように、都市部への集中、特に東京への集中ということ、今までから言われていることで、認めざるを得ないことだとは思いますが、その中でずっと考えていて、専攻医、今の研修医の人たちの立場からして、根本に帰って、どうして都市部に集中するのかということをもう一度きちんと解析して、その原因、もちろん都市部に人口もありますし、そういった意味でいろいろなことはあるのだとは思いますが、どうしてそこの若い人が都市部に集まるのかということをもう少しきちんと見ていかないといけないかなとは思っております。

そういった中で、1点、お願いなのですが、都市部への集中を抑制する観点から先ほど制限をかけましたけれども、大阪とか、都市部の協議会の方々にもきちんと御回答がなかったということと同じように、多分応募した専攻医自身に対しても、なぜそのようにせざるを得なかったかという、本当に主役が不在の議論になっているのではないかと、非常に心を痛めておまして、専攻医自身にきちんとした説明もしていく義務が私たちはあるとは思っておりますので、それもある一定の期間のときに、きちんと専攻医の方々にも御説明していただきたいと思っております。2点目ですけれども、専攻医がどうして都市部に集中するのかという原因を考えたときに、研修医、専攻医というときには、都市部で症例がすごく多かったりとか、いろいろな新しい技術が学べる都市部の病院にど

うしても行きたいという思いはあるのだと思うのです。その中で、そういった都市部で研修をした人たちが、地域医療を支えるために地域に戻ってもらえるようなシステムということ大きな目で考えてもいかなければいけないと思っています。

そういった意味で、専門医の更新に関してなのですけれども、前々からお願いしておりますように、この細則のほう、皆さんのところに参考資料3であると思うのですけれども、整備指針の21ページにありますように、専門医の更新要件に関しても、私が非常に気になっているのは、学術業績、診療以外の活動実績というものが入っております、以前、学会のプレゼンテーションの中でも、更新のために学会で何編を発表しなければいけない、何編の論文を書かなければいけない、さらにここには専門医試験問題作成や、試験委員、監督などの試験に関する業務などもあります。そういった形のことは、地域を支えながら診療を一生懸命やっている人たちには、学会の評議員になったり、理事になったりということが非常に難しかったり、論文を書くということも非常に難しくはなると思います。アカデミアでやっていきたいという方々と、専門医をとってから地域を支える診療を一生懸命やっていきたいという方のキャリアが違っていいのではないかと考えております。

ですから、この辺の更新の要件に関しても、今後、見直していただくことで、専門研修医を、研修を終わった後に、地域医療を支えるために地域に戻って診療をやりたいという人たちですら潰してしまわないように、今後、検討をお願いしたいと考えております。

○遠藤座長 もしコメントがあれば、松原参考人、よろしくお願いします。

○松原参考人 承りました。よく理解できます。

○遠藤座長 お待たせしました。林参考人、どうぞ。

○林参考人 渋谷構成員から、地域偏在が増悪したのかどうかという論点が出されています。私は、それは増悪したという意見をここで述べたいと思います。

奈良県知事提出の机上配付資料を出させていただいております。事前に情報提供いただいたデータを使ったために、今回の資料と若干数字がずれる部分が出ていることは申しわけなく思いますけれども、私の申し上げる結論においては変わらないということですので、必要があれば後から数字は修正させていただきたいと思います。

まず、1枚目、初期研修医・後期研修医の採用推移というものです。左側は三師調査のデータのある後期研修を24～26年度に始められた時代の方です。左側の初期研修の人数のシェア、真ん中の緑になっています後期研修の人数のシェア、これはこの時期にはほぼ変わっていませんでした。差があっても0.1とか0.3という状況でした。右側ですけれども、これが今回30年度後期研修を始められた方々で、2年前に初期研修をどこで始められたか、そして、今回はどこに登録されたかというものでございます。松原副理事長がおっしゃるように、地域内での流動がありますので、その部分をどう解釈するか、きちんと分析する努力をすべきだと思います。地域内の流動がたくさんあるからわかりませんという態度は非常にずさんだと思いますし、残念に思います。

関東全体で見ますと、初期研修のシェアが34.9%だったところ、後期研修のシェアが

37.3%ということ、2.4%ふえています。若干静岡に行かれる方、神奈川に行かれる方がいらっしゃると思いますけれども、先ほどのお話を聞く限り、2.4%、200人というボリュームよりはずっと小さいものだと思います。

同じように見ていって、ふえているのが関東、近畿、九州、減っているのが、例えば、東北、北海道、あるいは東海というところが減っているということで、地域偏在がそういった意味で増悪したということについては、きちんと分析をすれば出てくることだと思いますので、そういった努力をまずは専門医機構でもしていただきながら、次に向けてどう改善していくのかという議論を進めていきたいと思います。

それでは、なぜそれが起きたのかということを見ますと、これはシーリングが少し甘かったのかなと思います。2枚目のほうが、各学会が専攻医の採用実績としておっしゃっている過去5年の数字ですけれども、これを三師調査による医師数と比較させていただいています。東京と神奈川の数字、これは登録地と従業地が違うという先ほどからずっとおっしゃっている議論がありますので、東京と神奈川の三師調査の数字と比べても、三師調査の方が少なく出るというのは理解できるのですけれども、それでは、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、静岡ぐらまで足しても、それでも今回の各学会が専攻医採用実績とされる方の数のほうが、実際の医師数よりもずっと多い科がたくさんあります。三師調査の回収率は確かに100%ではなくて、各年によりましては、9割を若干超えるぐらいではないかと思います。そういったことを勘案しても、先ほどから専門医の受験者数を使ったというお話を伺っていても、こういったところで専攻医の採用実績として使われた数字が、科によっては非常に大らかだったということをおっしゃるを得ないと思います。

ですので、先ほどから3年ぐらいデータを蓄積しておっしゃっていますけれども、3年蓄積するとこれは既得権化してしまうのです。それからでは遅いと思います。今は初期研修でいろいろな仕組みをつくったり、あるいは、奨学金を県でお支払いしたりとか、そういったことをしながらいろいろな努力をしています。これを3年放置するというのではなくて、来年度に向けた見直しをこの場でも議論いただきたいと思います。学会に委任するというだけでは決して済まないと思います。

来年度に向けた見直しについて、コメントをお願いしたいと思います。

もう一点、10月来、県から出させていただいている御質問、御意見について、前回のこの検討会で、3月中に御回答いただくという明言をいただきましたが、私の知る限り、今のところはまだいただけない状況であります。もともと議論をたどると、県の中で解決すべきことは県の中で解決すべきだと私も申し上げてきたわけですが、それは今回の仕組みは専門医機構に全て意見は集約していただいて、そこからお答えするのが筋なのだとずっと専門医機構から主張されてきて、このような状況になった。だからこそ専門医機構に意見を出させていただいたわけでございます。なので、むしろ県の中で基幹病院に意見などは出してくれるなというのが最初のスタンスでいらっしゃるように記憶しております。そのように集約をしておきながら回答が返ってこないというのは非常

に残念なことでございますので、ここの部分についても来年の整備指針の見直しも必要ではないかと思えます。

以上です。

○遠藤座長 松原参考人、コメントをお願いします。

○松原参考人 事務的な作業が十分でなくてというのは、私も、再三再四、県にデータを出せと何度も申し上げているところですが、ただ、マンパワーが足りないので、全部のデータが出ない、一部の県だけに送るのが難しいということだったので、こういう事態に陥ったことについては、私は副理事長としてまことに申しわけなく思っております。

私自身も、所属は日本医師会であって、ここにずっといるわけではありませぬので、完全に進捗状況を把握できていたわけではありませぬが、確かにマンパワーから考えると非常に難しい状態であったのは私も思えます。それから、何度も申しますけれども、三師調査というのは、全ての医者が専門医をとるという仮説に立って考えているものであって、中には、それよりも家のために早く収入が欲しい先生もいらっしゃるし、ほかの勉強したい人もいらっしゃいますので、三師調査のデータの比率というのは、専門医のところを持ってくるのは無理だというのが、私どもも、一番最初、なぜこんなに差があるのかということで、随分考えた結果の結論であります。

○遠藤座長 林参考人。

○林参考人 論点を明確にしたいのですけれども、私は内科や外科が減ったということをおっしゃっているわけではないのです。2枚目でいうと、皮膚科などが三師調査に出てくる医師数のほうが多いのです。皮膚科のプログラムにいる間にほかの科の研修をするというのは余り考えにくいわけですから、実数よりも多い実績が扱われているということについておっしゃっているのです。

副理事長がおっしゃるのは、三師調査のほうが少なくなるべきだとおっしゃっているだと思いますけれども、そうであればなおさらのこと、この専攻医の採用実績の上振れは非常に問題だと思います。

○松原参考人 一言だけいいですか。科によって性格が違って、例えば、脳外科医が3年目で脳外科の診療をするということは、見習い程度はできても、無理な話です。ところが、内科とか皮膚科とかは、比較的学会の中でも基準的な病院に行かなくても、それは十分なことが地域の皆さんに対応できます。そのように、眼科や耳鼻科と皮膚科は少し性格が違う。つまり、科を全部同じに考えること自体が間違っていて、科によって特色があるからということをおっしゃったところですか。

○林参考人 そのことは理解した上で、例えば、脳外科医から麻酔科に研修に出られるような方がいらっしゃることを差し引いても、これだけの上振れを問題視されないという姿勢はいかがなものかと思えます。皮膚科からほかの科にいらっしゃる、あるいは眼科からほかの科にいらっしゃることは、私の知る限りでは考えにくいのではないかと思います。

○松原参考人 そこは見解の相違ですから仕方がありませんが、ただ、私たちはこの3年

間、以後、全くこのままやると申し上げているではありません。今回のように、雲の上から見たような数字で物事をやるというのは非常に危険なので、同じようなやり方は私どもは無理だと思っています。むしろ今回のデータをベースにして十分に考えていかないと、今までのこれだけの数字が各学会ごとにばらばらだったというのも事実ですから、そのところは今年度から見直して、対応を考えていきます。このまま、今のままで同じやり方で3年間蓄積していくことがいいとは全く思いません。

○林参考人 そうしますと、来年度の定数に向けて見直しをしてくださるという理解でよろしいですか。

○松原参考人 そのとおりです。そのために、今、プロジェクトチームをもう一回作り直して、月に1回の理事会では足りないので、毎週集まって、何に問題があったのかということをも明瞭にして、前に進めたいということをも理事会決定いたしました。

○遠藤座長 よろしいですか。

ほかにございますか。

堀構成員、どうぞ。

○堀構成員 都市部の集中については、皆さん、議論がありましたので、そちらではなくて、専攻医の診療科ごとの偏在についてちょっとお伺いしたいのですが、例えば、山梨県とか山形県を見ますと、診療科で見ると専攻医がゼロというところが5つ以上あったりします。それは、どのような意味があるのでしょうか。そうしたゼロの診療科の専攻医は当該エリアでは、不要だと思われるということなのか、それとも指導医不足あるいは基幹病院でそういう診療科がないのか、それはどのようになっているのでしょうか。

○遠藤座長 松原参考人。

○松原参考人 私どもも、いない県があるということをも大変危惧しています。ただ、実際にこれを指導できる人がいるかどうか、症例があるかどうか、これについては学会の判断で、科によってこれも大分違いますので、そのところはないということは何を意味するのかということについては、次の一番最初の大きな宿題だと思っています。

例えば、ある県において外科医が1人しかいない。しかし、見ていると平均値をとったら4でも、1人、0人、1人、0人、4人、10人と、時々教授が変わると大変集まります。そのようなことで平均をすると多いということもあります。しかし、その県にその科の先生が育たないというのは大変大きな問題でありますので、そういうことがないように、十分私たちもそれに気をつけて対応したいということを考えています。

○遠藤座長 堀構成員、どうぞ。

○堀構成員 恐らく国民の目線から考えますと、この県に住んでいると、この診療科とこの診療科の専攻医がないということは、将来的に当該エリアでは、専門的な治療が受けられないのではないかという心配が生じることがあると思いますので、恐らくこれは専門医機構だけではなくて、都道府県と厚生労働省等で協力することかと思いますが、今後とも御検討いただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかによろしゅうございますか。

それでは、先ほど事務局が保留されていた回答について。

○堀岡医師養成等企画調整室長 最後の臨床研修医関係で、データのことは非常に複雑なので、松原先生の御質問にも答える形でお話ししますと、今、机上配付している506人という数字は、29年の臨床研修アンケートなので、27年4月に臨床研修医になった8,244人に対するアンケートで計算をしています。回収率は85.9%で、医学部定員自体がふえていますので、確かにことしの30年の数は専門医機構の出している数字で8,394人ですので、その部分の増加の部分があるというのは、そのとおりです。データが1年ずれていまして、医学部定員が上がっているということ、あとは回収率が85.9%であるというデータでございます。客観的なデータだけ御説明いたします。

○松原参考人 渋谷先生のおっしゃるように、私も東京に集まらなかったとは思わないのですが、今回一番大きなものは、アンケートでしか手に入らなかったデータがこのように明瞭になって、それが前回と比べて傾向は同じだということ等を踏まえて、今回からこのデータをもとに、次にどうしたらいいかを考えるのが本来あるべきで、これをやらなければアンケートしかなかったわけですから、そのところの私たちの努力を少し評価していただければ幸いです。

○遠藤座長 渋谷構成員。

○渋谷構成員 もちろん評価していますし、私は完璧なデータを追い求めるよりは、きちんとあるものを精査して次に進めるというのが大事だと思いますし、まず何よりもこの2つを比べれば東京への集中は明らかであると、それは専門医制度の前からあったかもしれませんが、専門医制度導入によって増悪した。それを認めていただきたいと思います。

以上です。

今回のデータを出していただいたことには、本当に心から感謝しております。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

予定していた時間を大分オーバーしておりますので、大体これぐらいにしようかと思えますけれども、本日は、専門医機構に対して大変厳しい御意見もございました。専門医機構におかれましては、今後とも本日の議論の内容を十分に踏まえまして、厚生労働省とも相談をしていただきながら、専門研修についてよりよいものになるよう、さらに制度の改善等を進めていっていただきたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

以上をもちまして、本日の議事は終了したいと思います。次回日程等について、事務局、何かありますか。

○櫻本企画調整専門官 本検討会の今後の議論の進め方につきましては、具体的には座長と御相談の上で進めさせていただきたいと思います。次回の日程は、事務局で調整の上、

改めて御連絡をさせていただきます。

以上です。

○遠藤座長 ということでございます。

それでは、本日の議題はこれまでに終了にしたいと思います。

構成員の皆様、本日は、大変お忙しい中、長時間どうもありがとうございました。