

○堀岡医師養成等企画調整室長 定刻になりましたので、ただいまから、「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。

本日は、先生方には御多忙のところ御出席を賜り、まことにありがとうございます。

初めに、委員の御紹介をさせていただきます。今回、医師専門研修部会の委員に御就任いただきました先生方を五十音順で御紹介させていただきます。

長野県知事、阿部守一様。

国立社会保障・人口問題研究所所長、遠藤久夫様。

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座、片岡仁美教授。

日本医師会常任理事、釜菴先生はおくれて到着されるということでございます。

全国市長会会長、相馬市長、立谷秀清様。

全国町村会副会長、北海道白糠町長、棚野孝夫様は、本日御欠席でございます。

日本精神科病院協会常務理事、野木渡様。

日本医師会常任理事、羽鳥裕様。

日本病院会常任理事、牧野憲一様。

滋賀県知事、三日月大造様は、本日代理として、健康医療福祉部から角野理事が御出席いただいております。

聖路加国際病院副院長・ブレストセンター長・乳腺外科部長、山内英子様。

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長、山口育子様。

計12名の委員の方々をお願いしております。よろしく願いいたします。

また、オブザーバーといたしまして、文部科学省医学教育課から荒木企画官に御出席いただいております。

なお、本日は、日本専門医機構より今村副理事長、兼松副理事長、日本内科学会より宮崎先生、日本外科学会より小寺先生にお越しいただいております。

部会として、本日の審議に参考人として御出席の御承認をいただきたいのですが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○堀岡医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

次に、事務局の体制を御紹介させていただきます。事務局、多いですので、一部とさせていただきます。

吉田医政局長でございます。

佐々木医事課長でございます。

岡部医師臨床研修推進室長でございます。

その他、私ども担当の者が事務局席に座っております。

それでは、まず初めに、医政局長より一言御挨拶を申し上げたいと思います。

○吉田医政局長 改めまして、医政局長の吉田でございます。

きょうお集まりいただきました委員の皆様方、そして参考人の皆様方、平素より、我が

国の医療行政、とりわけ医師の確保・養成について、さまざまな角度から御理解、御支援、そして御指導をいただいております。改めまして、この場をおかりして御礼申し上げたいと思います。

また、今般、今回第1回となりますこの医師専門研修部会立ち上げに当たりまして、お忙しい中、委員をお引き受けいただきまして、また、本日から御審議をいただくこと、御礼を申し上げたいと思います。

後ほど資料にもありますように、私どもにとりまして、地域の医療、そして我が国全体の医療を支えていくために、医師の数、そして、そのお医者さんをきちっと全国的に偏在なく確保していく、それは地域でもありましょうし、診療科の分野もあろうかと思いますが、ということが大きな課題であるという認識、強うございます。

資料の中にもございますように、ことしの春には、そのような医師の偏在対策に資するように法律改正を行いまして、その対策を強化させていただいたところでございます。医師確保、いろいろなアプローチがあろうかと思いますが、今般の法改正においてはとりわけお医者さんの養成過程からこの偏在に対して取り組めないかということ掲げておりますし、その中での議論として、きょう御審議をいただくような専門医の過程においてもどのように考えていくかということについてもいろいろと御指摘をいただき、最終的に制度とさせていただいたところでございます。

そもそも新しい専門医につきましては、御案内のように、その専門性を強化する、高めるという観点からいろいろな検討が当事者の方々の間で行われてきましたけれども、地域医療というものを確保するという観点からいろいろな御懸念、あるいは御指摘が出てきたこともありまして、結果、1年実施を延期して、ことしの春から実際に施行をしたというところでございます。

その上でも、まだまだ、この専門性をどう確保し高めていくかということと地域の医療をどのように確保していくかということについてはさまざまな御意見、あるいは課題もあると思っておりますので、この部会における御議論を踏まえた上で、法律にのっとなって私どもとしては対応させていただきたいと思っております。

いずれにいたしましても、いろんな角度からの御意見を私どもとしては受けとめさせていただきたいと思っておりますので、忌憚なく御意見をいただきますようお願い申し上げます。部会発足に当たっての御挨拶とさせていただきたいと思っております。よろしく願いいたします。  
○堀岡医師養成等企画調整室長 それでは、初めに資料の確認をさせていただきたいと思っております。

資料は、クリップでとめてある資料を4つ、参考資料7つ、つけております。不足してい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、部会長が選任されるまでの間、私のほうで議事を進めさせていただきたいと思っております。

本日の議題は、1. 部会長の選任について、2. 医師法施行規則の一部を改正する省令

案等についてでございます。

まずは、部会長の選任を御審議いただきたいと思います。医道審議会令第6条第3項の規定に基づき、部会長は医道審議会委員の互選により選任することとされておりますが、事前に遠藤先生を御推薦される意見を頂戴しております。遠藤先生を部会長とするということによろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○堀岡医師養成等企画調整室長 よろしく願いいたします。

以降の議事運営につきましては、遠藤先生にお願いしたいと思います。遠藤先生、部会長席に御移動をお願いいたします。

(移 動)

○堀岡医師養成等企画調整室長 それでは、遠藤部会長から一言御挨拶をいただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 ただいま部会長に選任をいただきました遠藤でございます。どうぞよろしく願いいたします。

局長のお話にもありましたように、この新専門医制度、これは患者、国民が質の高い医療を受けられるようにという目的で構築された卒後研修の仕組みであり、その目的は国民の利益にかなうものであると認識しておりますが、ただ一方で、研修のあり方が医師の地域偏在を加速させるのではないかと、あるいは女性の医師の働き方に不利益を生じさせるのではないかと幾つかの懸念が生じておるということでございます。

若い医師の行動に大きな影響を及ぼします専門医制度は、凶らずも社会にさまざまなインパクトを及ぼしかねません。その意味では、専門医制度は単に卒後研修の一形態という枠を超えた存在になっているとも言えるわけであります。現状では、公的な資格でない専門医制度は、原則として、専門家が主体となって運営するプロフェッショナルオートノミーを基本とすべきではあります。その社会的な影響の大きさから、その運営にはさまざまな社会的要請に配慮することが求められているわけであります。

よい医師を養成するということも、医師の偏在を助長させないということも、どちらも国民の利益につながる重要な社会的な要請であります。したがって、この2つの社会的要請をうまく調和させることが重要なわけであります。これまでもこの問題については検討会が設けられてきましたけれども、今般、法律改正に伴い法律に裏づけられた審議会の一部会として新たに本部会が発足いたしました。関係者の皆様が委員として参加されておられますので、活発な御議論を期待しております。また、来年度の専攻医に応募する研修医の方々の不安を解消するという意味でも、議事運営が円滑に進みますよう御協力をお願いしたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

マスコミの方で、撮影している方はこれまでにさせていただきたいと思っております。

それでは、議事に移りたいと思っております。

議事の1番の部会長の選任は終了いたしましたので、2番の「医師法施行規則の一部を

改正する省令案等について」の審議に移ります。

まずは、議題2「医師法施行規則の一部を改正する省令案等について」、事務局より資料が出されておりますので、説明をいただきたいと思います。事務局、お願いします。

○加藤企画調整専門官 医政局医事課の加藤と申します。着座にて御説明させていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは、資料1から資料4まで順に御説明させていただきます。資料が、背景資料を含めておりますので非常にボリューム多いですけれども、かいつまんで御説明させていただきます。

それでは、資料1に入らせていただきたいと思います。3ページをごらんいただきたいと思います。まず、専門医の議論の背景ですけれども、やはり課題としましては、既に局長からも発言がございましたとおり、専門医の質、そして、3つ目でございますとおり、地域医療の関係、地域偏在、そして診療科偏在が主な課題となっていることは周知でございます。

次の4ページ目に、その診療科偏在の一例を示させていただきます。こちら、厚生労働省の三師調査に基づくものですが、ここ20年で診療科偏在がこの程度進んでいることは御案内のとおりでございます。

次の5ページに移らせていただきます。こちらは若手医師の専門医に対する意識の調査に基づくものですが、実に約93%の若手医師が専門医の取得を希望しており、そして、下に御案内しておりますとおり、内科を初め、総合診療科を含めましてこのような取得希望の分布となっております。

次の6ページに移りますけれども、専門医の在り方検討会などでこれまで注目度の高い総合診療医に関しましては定義をしまいいりましたし、続きまして7ページになりますけれども、新専門医制度におきましても、総合診療専門プログラムを基本領域の一つとしまして、専門医機構の中で整備基準が示されております。

続きまして8ページ以降、これまでの議論を少し御紹介させていただきます。

9ページでございますとおり、これまで専門医の在り方検討会にて新たな専門医の仕組みを議論していただいておりますけれども、その基本的な考え方に関しましては、国民視点に立つこと、そしてプロフェッショナルオートノミーを基盤とすることが確認されました。

続きまして10ページになりますけれども、専門医の評価や認定は統一的に行う必要があるということで、中立的な第三者機関の設立を御提案いただきまして、この提案に基づき、平成26年、一般社団法人日本専門医機構が設立されております。

続きまして11ページに移らせていただきます。この専門医機構で御提案いただいております専門医の領域に関しましては2段階の方式となっております、19基本領域、こちらは総合診療を含めますけれども、その上にサブスペシャリティ領域を設けるということになっております。

12ページに移りまして、専門研修制度に関しましては、これまで主にカリキュラム制が主たるものでございましたが、やはり質の確保の観点から、基本的にはプログラム制とする。ただし、女性医師の働き方の観点や、あるいは地域枠の育成といった観点から、カリキュラム制の必要性というのはこれまでも議論されてまいりました。

13ページには、その研修プログラムのイメージをお示ししております。

14ページに移らせていただきますけれども、これまでの仕組み構築における経緯を時系列にお示ししております。先ほども言及がございましたが、平成28年の6月に日本医師会及び四病院団体協議会より要望書を賜りまして、7月7日付で、大臣談話で新専門医制度の開始を1年見送ることを要請しております。

また、さまざまな御意見をいただきまして、専門医機構は新整備指針を12月に新たに決定しておりますし、次の15ページに移らせていただきますと、改めまして、平成29年7月には、市長会からも御要望をいただきました。

そういった議論を重ねまして、平成29年10月に、日本専門医機構は専攻医の仮登録を開始しておりまして、平成30年4月より平成30年度専門医研修プログラムの研修が無事開始されております。

16ページ以降は、これまでいただいた要望書などを再度掲載させていただいておりますので、こちらは割愛させていただきます。

24ページに移らせていただきます。こちらは、昨年になりますけれども、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」というものを開催させていただいておりまして、医師の養成に関して、専門医を含む卒前、卒後の一貫した医師養成のあり方を議論していただきました。一部の構成員の方は引き続き本部会でもお世話になります。よろしく願いいたします。

こちらでまとめていただきました要望を、25ページになりますけれども、まとめていただきまして、日本専門医機構に提言をさせていただき、そして、専門医機構の中では、新整備指針や運用細則でこちらに対応いただいているというような状況でございます。

26ページには、平成30年6月に理事の改選が専門医機構のほうでございましたので、こちらを御案内しております。

27ページに移りまして、専門医研修の今年度の概況ということで現状をお示しさせていただきます。

28ページにその概況をお示ししています。平成30年度開始のプログラム数は3,063プログラムでございましたが、その採用数は全体で8,410人と、かなり多くの医師が専攻医になったということになります。

集中が懸念されておりました5都府県における採用数は3,870人、東京都は1,824人となっております。一方、地方では、外科、産婦人科などの専攻医のニーズの多い診療科において、0人、あるいは1人の採用のみであったという県も散見されました。

29ページに移らせていただきます。こちらは診療科別の採用数になりますけれども、厚

生労働省の平成28年の三師調査に基づきまして比較しております。医師の総数自体がふえておりますので、各診療科全て、採用数は、参考値に比べて増加していることになりすけれども、割合に関しましては、内科、外科が一部減少しております、小児科、精神科、眼科、耳鼻科などが割合としては少しふえております。

30ページ以降、これまで議論いただきました地域医療に配慮すべき事項、特に新整備指針に盛り込んでいただいた内容の実情をまとめさせていただきましたので御紹介します。整備指針の中に、これまで専門医機構がプログラムを審査するに当たって各都道府県などから意見を提出していただいて協議をするということになっておりましたけれども、平成30年度プログラムにおきましては、昨年の9月に、47都道府県、ほぼ全ての都道府県から日本専門医機構に要望が提出されましたが、その回答が平成30年3月31日付の回答となったということがございました。

31ページになりますが、続きまして地域医療の配慮に関する事項、連携施設に関することとございます。4行目の後半になりますが、「連携施設での研修は3カ月未満とならないように努める」とございますが、現在の日本専門医機構におきましては、上記の確認は行っていないということがわかっております。特別な理由なく、連携施設で1カ月のみの研修をするプログラムなどが散見されております。

続きまして32ページに移らせていただきます。専攻医の採用実績が350名以上の基本領域におきましては、各都道府県、複数のプログラムを置くという基準とされておりますけれども、平成31年度に開始する各診療科の研修プログラムが1つのみの都道府県数をこちらにお示ししております。括弧は平成30年度のものになります。

続きまして33ページになりますけれども、こちらは厚生労働省がこういった地域医療の配慮、あるいは地域枠、女性医師の働き方の支援をするカリキュラム制度の導入などに関して各学会に調査を行わせていただきまして、その結果をお示ししております。こちらはごらんいただきたいと思っておりますので、割愛させていただきます。

最後に35ページになりますけれども、懸念されております5都府県への専攻医の集中に関しましては、採用者数が過去5年の専攻医の採用実績の平均値、これはいわゆるシーリングと言いますけれども、これを超えないこととしておりましたけれども、下記の表のように、こちら、採用数はカリキュラム制を含むものになっておりますけれども、一部の診療科でシーリングの上限数を超えていることがわかっております。

ここまですが資料1の説明になりますが、資料2に移らせていただきます。「医療法及び医師法の一部改正について」でございます。

1ページ目に改正する法律の概要を示させていただきましたが、こちらの趣旨としましては、地域間の医師の偏在の解消と地域医療の医療体制を確保するための措置をまとめたものになっております。

2ページ目に移らせていただきますけれども、地域医療におけるそれぞれの課題に対して、この法律の中でどのような施策が盛り込まれているのか、まとめたものになります。

1から5までございますが、3に「医師養成過程を通じた医師確保対策の充実」とございまして、この専門医研修部会はこの施策に基づいたものになるということになります。この3について、次のページで少し詳しく御説明します。

3ページ目でございます「3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実について」です。医師養成過程を通じた医師偏在対策を講じる必要があるということを経験的な考え方としまして、医学部におきましては、各都道府県知事が地域枠などを創設、あるいは増加を要請できること。臨床研修に関しましては、都道府県が臨床研修病院を指定し、あるいは研修医の定員を定めることができるとしております。

そして、専門研修関係に関しましては4番になりますけれども、「厚生労働大臣は、日本専門医機構等に対し、当該研修の実施に関し、必要な措置の実施を要請できることとする。また、日本専門医機構等は、医師の研修に関する計画が医療提供体制に重大な影響を与える場合には、あらかじめ都道府県知事の意見を聴いた厚生労働大臣の意見を聴かなければならない」ということになっております。

実際の法律の文言を次のページでお示しさせていただいております。厚生労働大臣・都道府県知事の意見を反映させる制度に関してになります。医師法第16条の8、「医学医術に関する学術団体その他厚生労働省令で定める団体は、医師の研修に関する計画を定め、又は変更しようとするとき（当該計画に基づき研修を実施することにより、医療提供体制の確保に重大な影響を与える場合として厚生労働省令で定める場合に限る。）は、あらかじめ、厚生労働大臣の意見を聴かなければならない」ということになっております。

3項以降が、厚生労働大臣が専門医機構に意見を述べる前に、都道府県からどのように意見を集約するかを説明した文言となっております。それを図示したものが左半分になりますけれども、地域医療対策協議会から都道府県知事、そして厚生労働大臣に意見が集約されまして、日本専門医機構などに意見を述べさせていただくことになっております。

次の5ページに移らせていただきます。同じく医師法第16条の8の第2項になりますけれども、「厚生労働大臣は、前項の団体を定める厚生労働省令の制定又は改廃の立案をしようとするときは、医道審議会の意見を聴かなければならない」ということになっております。

下段、第16条の9におきましても、「研修を受ける機会を確保できるようにするため」とございまして、こちらも同様に、「医道審議会の意見を聴いた上で団体を定める」ということになっております。

次の6ページになりますけれども、医師法施行規則の一部を改正する省令におきまして、この第19条の2で、「法第16条の8第1項及び第16条の9第1項の厚生労働省令で定める団体は、次に掲げる団体とする」ということで、このように列挙させていただいておりますけれども、1項に一般社団法人日本専門医機構、2項目以降が基本19医学会で総合診療を除く18領域の担当する学会を列挙させていただいております。

続きまして7ページに移りますけれども、地域における意見の集約の場としまして、都

道府県協議会、これには医師会、病院団体、大学や基幹施設を含むことになっておりますけれども、こういった協議会を各都道府県で開催し意見を集約し、知事名で厚生労働省に意見をさせていただくことになっております。

ここまで御説明させていただきましたのが次の8ページの右下にございます図で再度お示しさせていただいておりますので、御参照ください。

続きまして資料3に移らせていただきたいと思います。こちら、日本専門医機構より提供していただきました資料になります。既に記者会見で発表されている資料にはなりませんけれども、来年度の専攻医の採用数のシーリングについて方針をお示しいただきましたので、ここで簡単に御紹介させていただきます。

8月27日付の記者会見の資料になりますけれども、5都府県のシーリングは来年度も継続して行うこと。そして、東京都以外の4都府県に関しては前年度のシーリング数をそのまま採用し、東京都に関して、今年度の専攻医の採用数が5%をめどに調整を行う。特に東京都のみ、あるいは東京都、神奈川のみで完結しているプログラムを優先的に削減することとお示しいただいております。

次のページになりまして、先日の9月25日にお示しいただいた記者会見の資料になりますけれども、次年度の東京都のシーリング数に関して各診療科別にお示しいただいております。

続きまして資料4になります。専門医採用のスケジュールになります。7月25日に、先ほどの医療法及び医師法の一部を改正する法律が公布になりましたけれども、これに基づきまして、厚生労働省は都道府県から意見を集約する必要がございますので、専門医機構から資料を提出いただきまして、厚生労働省から都道府県における作業をしております。

8月1日付で12診療科のプログラムを頂戴し、10日付で4診療科、23日に外科、25日に内科、そして、9月7日に総合診療科のプログラムを専門医機構から厚生労働省のほうに送付いただいておりますけれども、厚生労働省からは同日、あるいは翌営業日には都道府県にデータを送付しております。

9月28日に、本日、医師専門医研修部会を開催しておりますけれども、10月15日に、都道府県からの意見を本部会第2回で議論させていただき、日本専門医機構などへ意見を提出させていただく予定となっております。

足早ではございましたが、説明は以上になります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

議題の2はこの省令案についてお認めいただけるかどうかの議論ということになりますが、これは後ほどまたお話ししたいと思いますけれども、それを議論するための材料ということで、専門医機構の動静についていろいろとお話をいただいた、あるいは法律改正についていただいたということでございます。

したがって、まずは、資料2であります5ページ、6ページあたりでございますし、あるいは資料3、4、このあたりが現在行われております専門医制度の動静でござい

ます。これらを中心に御議論いただいて、後ほど省令について御判断をいただきたいと思  
いますので、まずは、現行の専門医制度のあり方について御意見をいただきたいと思いま  
す。また、参考人の方々も発言権はございますので、御遠慮なく。それではどうぞ。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 山口でございます。

幾つか質問したいこと、確認したいこと、意見がございます。まず、資料1の24ページ  
のところ、これまで専門医のことについて議論してきた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御紹介がございますが、これと今回の専門研修部会とのすみ分  
けというのがどのようになっているのか、先に始まっていた検討会はもうなくなるのか、  
そのあたりのところがちょっとよくわからないので、まずそれを教えていただきたいとい  
うことが1つです。

それから、同じ資料1の30ページのところ、平成29年度、都道府県全てから日本専門  
医機構への要望が提出されて、ことし3月31日に各都道府県に回答が出されたとございま  
すが、私の聞いている限り、要望したことに対しての明確な答えというのが返ってきたわ  
けではなくて、今までいろいろと各都道府県が出してきたことについて明確な答えがいま  
だにないというようなことがございます。今回、きょうの御説明の中にも、各都道府県の  
医療対策協議会で審議をして、それを知事から厚労省に上げるというようなことがござい  
ましたけれども、今回4つのことを確認するよというところが各都道府県に指示があっ  
たと思います。

ところが、かなり都道府県の行政の中には不信感がありまして、例えば私は大阪の医療  
対策協議会の委員でもあるのですけれども、昨年度で言いますと、知らない間に募集定員  
が機構で変更されていたと。それに対して都道府県に対しての前もっての話が全然なかつ  
たとか、あるいは定員内なのに採用数を減らせと言われたというようなこともございま  
す。4項目についても非常に事務的な確認で、私も、これについて今度審議するのですと言  
われたのですが、もう既に事務方で確認が終わっていることを、そうですねしか言えないわ  
けですね。きちんと医療対策協議会で審議しようと思えば、例えば募集定員の情報である  
とか、あるいは前年度の実績、採用数、例えば各診療科ごと、あるいは基幹施設別の専攻  
医の採用数、それから、5つの都道府県に対してシーリングが行われている数の根拠です  
ね。そういったものがきちんと都道府県レベルに情報として提供されないことには議論  
という事はできないなというような状況がございます。

そして、現実には、プログラム、機構から厚労省に渡り、厚労省から都道府県にと  
いうことですが、実際のところ、聞いてみますと、各領域のプログラムは、各都道府  
県が各学会のホームページにアプローチして初めて入手できたと。ですので、機構  
から責任を持って情報提供していただく必要があるのではないかというようなことを  
私も実感として感じているところでもあります。

そのことについて、今度新しい執行部になられたということで、どのように改善してい

かれているのかということをお尋ねしたいと思いますことと、あと2つですけれども、35ページのところに、シーリングの状況ということで、実際には超えていたというような現状が出てきたわけですけれども、たしか今後の医師の在り方を考える検討会のときに、前副理事長は、超えていないと明確におっしゃっていて、後になって、超えていたということが出てきたと私は思っているのですけれども、どうしてこういうことが起きたのかということもお聞きしたいということ。

それから、今の機構の執行部の方にお聞きしたいのは、国民の視点ということで、専門機構がそもそも始まったのが、サブスペ領域の専門医というのが余りにも乱立していて、国民から見たときにどの専門医が信頼できるのか明確ではないということで、基本領域はある程度安定している。でも、サブスペのところはいろいろと、明確に、ここは安心できるというようなことが国民の視点ということでこの制度ができてきたと思っておりますが、サブスペの議論というのが今どこまで進んでいるのか。これは若い医師たちのことを考えたときに、これからサブスペのところが見えないままにどこか選びなさいと言われても、非常に将来的な計画ということにもかかわることではないかと思っておりますので、昨年度までのことはお聞きしていますが、7月以降、今現状としてどこまで改善が進んでいるかということをお聞かせいただきたいと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 了解しました。まず最初に、検討会と当部会との関係ということで事務局にお尋ねします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 医師養成室長の堀岡でございます。

「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」、平成30年3月まで頻繁に開催していたわけでございまして、山口先生とか立谷市長とか、ここにいらっしゃる委員の方もたくさん参加していただいたのですが、こちらの検討会は、卒前・卒後の一貫した医師養成のあり方を総論的に議論する検討会として位置づけておりまして、その中で例えば臨床研修の必修化とか、あとは医学生の医行為についての議論も行わせていただいで、文科省と協力して、医行為についての違法性阻却などの対応を行わせていただいたわけでございます。

今回、新たに医療法、医師法が改正になりまして、医道審議会のもとにこのような専門研修部会を置くということが法律上明確に規定されて、その中で団体の指名とかそういったことを行うということが明確に法律で規定されましたので、きちんと法律に基づいた医道審議会のもとに部会を立てなければならないということになりまして、今般、この部会を開催したわけでございます。ですので、この部会の法律上のミッションといたしましては、明確に意見を言う先の団体を定めること。そして、事務局といたしましては、そのような意見も御議論していただくというようなことを考えておりますので、専門医に対するそれらのことについてはこの部会で今後は議論していただくことと考えております。

○遠藤部会長 もう一つ、その検討会は存続しているのかということが質問でありました。

○堀岡医師養成等企画調整室長 平成30年3月に、医学生の問題、諸研修の問題、専門医の問題とさまざまな対策が打ち出されて、議論が、こういうことをするべきということが一度定まった状態でございますので、今肅々と、そのものについて、先ほどの医行為の違法性阻却については対応いたしましたけれども、そういうのを全部やっているところでございますので、また、そういう一貫した要請の中でしか議論できないことがございましたら開催する可能性はあるとは思いますが、まずは、ここでいただいた宿題をこういった個別の部会できちんと処理していくというステージだと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。あと3つほど質問がありましたけれども、これは機構にお尋ねということでよろしゅうございますね。

では、参考人、申しわけありませんが、機構としてお答えいただけますか。

○今村参考人 副理事長を務めております今村でございます。

まずは、本来、理事長の寺本がこちらに伺って機構の姿勢をしっかりと述べなければいけないところですが、どうしても他の公務で伺えないということで、今日は兼松副理事長と私で参っておりますので、私のほうからお答えできることはお答えしたいと思っております。

山口委員の御指摘の点につきましては、今後の医師の養成の在り方と地域医療に関する検討会でも機構に対して大変厳しく御指摘をいただいたことで、7月に新しい執行部が発足してからその点は最も重要視しているところです。

具体的には、1つは、やはり迅速な情報公開、これは理事会や委員会などで、どんな議論をして、何が決まったのかということをやや多くに関係者の方々、これは今、自治体という例をいただきましたけれども、これから専攻医になろうという若い先生方も含めて、動きが見えないことが不安につながる、あるいは機構に対する不信感につながっているというのは間違いのない事実だと思いますので、そこをしっかりと迅速にやろうということで、今まで我々医師のような人間が広報をどうするかということをやっていたのですが、メディアの方に広報の担当理事になっていただいて、例えばホームページに出ていますよという、それだけではやはりなかなか知っていただくことは難しいので、いろいろな手段を使って、できるだけ迅速に情報公開したいということを今取り組んでいるところです。

もう一つは問い合わせの件ですけれども、問い合わせもいろいろな中身がありまして、専攻医からのお問い合わせもあれば、学会からのお問い合わせもあれば、自治体からのお問い合わせもある。本来当たり前のことかもしれませんが、それをどういう分類の御質問なのかという、その問い合わせ先の種類、そしてそれに誰が答えるのか、事務局レベルの答えなのか、担当理事が答えるのか、委員会が答えていくのかというような整理が、残念ながら今までできてこなかった。これをきちんと整理できる仕組みを設けてやっていこうということで取り組んでいます。

それからもう一つは、事務局内での情報共有、これは理事者も含めてですけれども、ど

ういうお問い合わせが来ているかということについて、理事者も十分に把握できていないようなことがあったことも今までの反省点だと思っていますので、これはスピードと、それから正確にということと、誰が答えるのかということの体制整備というのは今やろうとしているところです。

それから、やはりタイムテーブルをしっかりと意識して運営していくということが必要であって、今回も医療法・医師法の改正があって、地对協と厚労省と機構の間の要請、意見の聴取などが規定されましたが、いつまでに何をやっていかなければいけないかということを中心に頭に置いた上で我々組織として活動していかないと、スケジュールがずれていきますので、そのことが専攻医の先生たちの不安、懸念につながっていくということになりますので、そこも大変意識をしているところでございます。

それから、サブスペシャリティの問題については、内科と外科については従来からの議論で、これはサブスペシャリティとして認めましょうというものが前執行部のときに既に認定されているのですが、それ以外のサブスペシャリティについては、おっしゃったように、どうするかという議論をこれから始めるということになっておりますので、まさしく国民目線で、本当にその診療領域がサブスペシャリティとしてふさわしいものかどうかということ議論していくということですね。遅いという御指摘をいただくかもしれませんが、まずは専攻医の募集ということが今一番大きな課題になっておりますので、速やかに始めるということでございます。

○遠藤部会長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 もう実際に始まってしまっている制度で、昨年度もずっと指摘してきたことが全然、私から見ていると改善されないままに1年が過ぎてしまって、今度新しい執行部になって、いろいろ問題点は把握して、早急に改善していかれるというのはとても御苦労の多いことだと思いますけれども、今まで指摘あったことをぜひ迅速に進めていただいて、見える形にさせていただきたいということと、本当に各都道府県できちんと議論できるような情報提供ということをぜひお願いしたいと思います。

○今村参考人 そのとおりだと思いますので、努めたいと思います。よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 ほかにいかがでしょう。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 私は、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」の委員として議論に参加してきました。専門医制度についてはとりあえず始めて、それも歩きながら考えますという形でしたが、東京都等への医師偏在の結果を見て、じくじたる思いです。こんな結果になるのであれば、もうみんな反対すればよかったと思っています。

今度の法律案では、地域医療協議会の権限が強化されている。つまり、都道府県知事の権限が強化されてはいるのですが、そもそもこの医師が集中している東京都等5都府県以外は調整できるだけの医師がいません。調整のしようがない。これが現実です。その状況

は前から言われていましたけれども、それが専門医制度が始まったことによって拍車がかかったわけです。ですから、我々市長会とすれば、この制度は、認めるべきではなかったと、異口同音に言っています。特に東京都の状況には、皆さん、相当怒り心頭です。

これは事務局に伺います。東京都が一千三百数十人から1,800人、475人ふえているわけですね。東京以外の4府県もふえています。この状況では東京等の特定の地域に集中しないようにシーリングかけるのは、やむを得ない措置だと思います。個人的には、30%くらいのシーリングが必要だと思います。そうしないと、東京等の集中する5都府県以外の道県の地域医療協議会が幾ら頑張っても何もできない。今後の考え方、取り組みを事務局にお尋ねします。

次に機構と事務局にお尋ねします。私は、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」のときから、クラウドでも何でも活用してカリキュラム研修についてしっかりしたシステムをつくって、症例重ねた人が専門医とれるようにしなければならない、と再三主張してきました。地域の病院で頑張る人が報われないといけない。ですから、機構には地域で頑張る人たちが専門医を取得する際にプレミアをつけるような制度を導入してはいかかかと提案しました。十分検討に値するというのが機構からの答えでしたが、検討した様子はみられません。また、クラウドで管理するという考え方も内科学会からあり、予算が必要であれば、国が予算をつけて進めてほしいと申し上げましたが、出何ら進んだところがない。

そういう中で、結局、46%が東京等の5都府県に集中した。このことは真摯に反省すべき。5都府県に入っていない宮城県。宮城県内で医師偏在が生じています。ほとんど仙台市に集まっており、医師が過疎と言われる県の中でも医師偏在が顕著であるという現実がある。このような状況で、この専門医制度が医師偏在に拍車をかけているとしたらこれはもうとんでもないことであり、是正措置が必要だと思う。そのためにもカリキュラム研修についてしっかりとしたシステムを構築して地域で頑張る医師たちが専門医をとりやすいようにしなければならないと考えるが、機構と事務局の考えを伺いたい。

私、専門医制度の質的な検証とか必要なのは、どちらかというサブスペシャルの分野ではないかと思っている。内科とか外科は、専門医を取得する条件がもっと緩くてもいいのではないかと思う。内科専門医とか外科専門医、というか、専門医という言い方が果たして適切かどうか、私はちょっと疑問です。というのは、地域住民から市町村長がお叱りを受けるのは、診療機会に浴さなかったということなのです。大抵の場合、医師から専門外だと言って断られるのです。

地域治療の相当部分が救急医療であり、内科、外科の医師が適切にいないと救急医療に対応できず、地域医療は維持できない。「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」のときに、団塊世代が大量退職すると外科の医師が不足し手術に支障をきたす。したがって、特に外科の医師の育成は社会にとって大事だということを申し上げてきましたけれども、特に内科、外科の医者の存在と、サブスペシャルの専門医の存在は違うと思う。

ですから、内科と外科はとにかく入り口広くして、多くの先生方に入って出ただけ  
るようにしないと、我々の社会もたないのではないかと。特に地域社会もたないというこ  
を非常に強く思っています。これは先生方にお聞きしたいと思います。

それともう一つ、私、これまで何度も申し上げているように総合診療専門医というのに  
非常に違和感を感じています。例えば病院の当直をする医師は、総合診療できる人であ  
ればいいのです。それを総合診療専門医と、ここまで専門医という箔づけしなければい  
けないのか疑問です。つまり、何でもかんでも専門医にしておもうという気持ちがあ  
ったから、総合診療専門医という、ジャンルをつくったにすぎないと思います。

これは日本医師会の先生にお聞きしたいと思うのですが、かかりつけ医は総合診  
療専門医ではないのでしょうか。かかりつけ医そのものは、私は、総合診療医ではな  
いかと思います。それをなおさら総合診療専門医というものをつくるとしたら、これは  
総合診療をやる一般のお医者さんに松竹梅のレッテル張るようなもので、こんなと  
ころにレッテルを張る必要があるのか疑問です。

地域医療としては、総合診療専門医という松のレッテルを張った医者でなくたって  
構わないわけです。かかりつけ医でも、いわゆる内科の先生でもいいのです。ですから、  
私は、かかりつけ医なんて言わないで、総合診療医と言った方がいいのではないかと  
いうことをこれまでも医師会長にも申し上げてきました。若い医師でかかりつけ医に  
なろうとする人は少ないと思いますが、総合診療医という名称であればなろうとす  
る人は多いのではないかと思います。

地域医療を守る立場から見ると、総合診療医の存在、総合診療専門医という存在  
そのものが、地域医療を圧迫しているような気がします。そういうスーパードクター  
がいたって構わないし、そういう人にどういう称号つけても構わない。そういう学  
会があっても構わないとは思いますが、地域医療の現場で頑張っている医師の多  
くは普総合診療専門医という呼称は持っていません。しかし、地域医療に貢献して  
います。

病院で当直をしている医師は様々な患者に対応せざるを得ず十分総合診療医  
です。あまりに専門、専門と言うと専門外のは診ないということになりかねない。  
それが地域住民の医療に対する不満となります。市そういうことも考えてやっ  
ていかなければいけないと思うので、厚生労働省と医師会にこのことは質  
問したいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 4つほど御質問がありました。最初に東京集中に関するシーリング  
の問題、これは事務局へのお尋ねということですので、実は東京へのシーリング  
かけているのは、機構もかけておりますので、後で機構からもコメントいた  
だきたいと思いますが、事務局、お答えいただけますか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 東京都にどのように集中して、シーリングを  
どうするか、厚生労働省から、専門医制度について、それを今はっきりお  
答えするのは難しいところでもありますけれども、資料の28ページに少し  
そのあたりのデータがあるので、例え

ば、今、市長御指摘いただいたとおり、東京の医学部定員は1,446人でございます。平成22年。で、初期臨床研修医の定数は1,350人でございます。確かに医学部定員、大きく変化していますので一概には言えないのですけれども、大体3年目から5年目の医師のうち16.1%の医師が今まで東京にいたという状況でございます。

今回、あくまでも専攻医プログラムの基幹病院の登録した場所というところではございますけれども、その意味では21.7%の医者が東京で登録しているというわけで、これについては、専門医機構も今データを集めていただいておりますけれども、ローテート状況がどうだかということをしちんとデータ上言えないと、本当に完全に集中したかどうか正確には言えないところがありますけれども、今、市長が言ったような、こういった数字を横に並べてみますと、そういう状況が示唆される可能性はあると考えております。

日本専門医機構のほうでも、シーリングについて、そもそも実績ベースで、この制度を開始することで偏在が悪化しないようにという配慮はしていただいておりますけれども、今回、こういった状況を踏まえてさらなる措置というもの、後ほど多分御説明いただけたと思いますけれども、考えてはいただいているところがございますけれども、いずれにせよ、市長の御指摘、非常に重要なポイントだと思いますので、今回、法的に、専門医機構、もしくは学会に提出する意見の中にそのような意見も踏まえて意見を入りたいと考えております。

○遠藤部会長 では、関連で機構からもコメントがあるかと思っておりますので、今村参考人、お願いいたします。

○今村参考人 立谷先生からの御指摘は、大変重要な点だと思います。今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会で、東京の一極集中があるのではないかという御指摘をいただいたときに、前副理事長が、プログラム上で、1年目、2年目、3年目にそれぞれ東京に基幹病院のあるプログラムの専攻医がローテートによりどの程度東京都以外に出ていくかという予定のデータをお示しました。

実際にプログラムがきちんと機能するかどうかというのは、今、厚労省から説明があったように、きちんとデータを追っていないとわからないのですが、その時点では3年目には3割を超える方たちが各府県に出ていくというデータになっていたというものです。そもそも派遣ということが適切かどうかという問題はあると思いますけれども、少なくとも数だけで言うと、ある程度そういう形で、地方の先生たち、あるいは病院を支援しているということはあるだろうということで、そう申し上げたのだと思います。

もう一点は、過去5年のいわゆる採用実績の平均値を超えていなかったということですが、この採用数自体の客観性についても、必ずしも過去の正確なデータを14領域学会すべてが把握できているわけではないという状況でした。今まではカリキュラム制でやっているので、カリキュラム制においては、一部の学会ではその数を把握していたのだけれども、正確には把握していない学会もあって、すべての学会の正確なデータが、十分に把握で

きていないという中で、数値を設定しなくてはならなかったという実情があります。

そうは言いつつも、今、立谷先生がおっしゃったように、臨床研修の数字と比べると、あるいは人口比で比べると、東京に集まっている医師はやはり多いという可能性は十分あるだろうということで、専門医機構の執行部が交代したところで、東京都については5%のシーリングをさらにかけることになった次第です。この5%について、5%程度かと先生はお考えと思うのですが、専門医機構ではシーリング検討委員会を早急に立ち上げて、各学会の先生たちとの意見交換を機構の執行部でさせていただきました。

そのときに、正直申し上げて、多くの学会の先生方が5%の削減に強い反対をされました。しかしながら、これはやはり世の中の要請であり、また今後の医師の養成の在り方と地域医療に関する検討会の意見も踏まえて、機構の理事長として、とにかく偏在を助長させないという強い方針で5%のシーリングをかけたということです。それぞれの学会には事情があって、これ以上のシーリングは困るというような御意見も相当ありましたけれども、やはり専門医機構がリーダーシップを持ってこの専門医の仕組みを動かしていく以上は、今回はこの5%については了承していただきたいということを申し上げて、そういう方向におさまったと理解しています。

基幹施設から地方の連携施設にローテートする仕組み、大学が派遣する仕組みというのが、地域の病院にとってさまざまな御意見があるというのは私もよく存じ上げていますけれども、実は今立谷先生から御指摘をいただいた宮城県ですが、仙台の中心にある病院の先生から、今まで東京の大学からある診療科の医師を派遣してもらっていたけれども、今回の機構のシーリングによって、その大学からうちは定数が減ったので、先生のところに派遣する医師は減らしますというような話も実際にございました。

したがって、数字をいじるということは、単純に数字合わせをすることというわけにはいかなくて、やはり地域医療に大きな影響が出ることだと思っていますので、まずは5%ということはしっかり我々として守ってまいりますけれども、その後の影響については、やはりきちんとデータを見ながら分析して、どうするかということに対応していきたいというのが機構の方針ということで御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、2つ目の質問のカリキュラム制について、これは事務局と機構、両方へのお尋ねだったと思いますが、いかがでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 カリキュラム制につきましては、今、立谷市長からも御紹介ございましたけれども、前回の検討会の中でもきちんと位置づけるようにということをも日本専門医機構に位置づけて、日本専門医機構のほうでも整備指針を変えていただくと考えております。

一方でしかし、33ページ、34ページで、今回、厚生労働省のほうで各学会に調査を実際に行いましたけれども、カリキュラム制の研修者数が、制度上は位置づけていても実質上

いないとか、また、一部に今後はやる予定ないといったお答えをしているような学会もございませう。いずれにせよ、きちんと日本専門医機構の整備指針とか、もちろん、前回の検討会の意見に基づいて変えていただいた整備指針でございますので、そのようなことを遵守していただくということは必ず必要だと考えておりますので、今いただいたような御指摘を踏まえて、各学会への法的な意見の中できちんと取り入れていきたいと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。機構で何かコメントございますか。

○今村参考人 基本的には、今、厚労省から御説明があったとおり、機構としてもしっかりと各学会に対して対応を求めてまいりたいと思っております。プログラム制で準備を整えていたところカリキュラム制の併用に変わったことに対しての、時間的な余裕がなかったとか、あるいは機構から学会に対する適切な説明が十分でなかったということもあろうかということは十分に反省をしておりますけれども、本当に地域で、地域枠の先生方、そして、出産・子育ての先生、介護、の先生、留学などの理由でプログラム制による専門研修が困難な先生、さまざまな先生方がそういった環境で専門医をとれないということがあってはならないと思っておりますので、カリキュラム制をしっかりと中に組み込むと。

それから、今まではプログラム制で入って、途中でカリキュラム制に変わるということで、なかなかデータベース上しっかりと管理できていなかったものを、最初から、入り口の段階でカリキュラム制とプログラム制がきちんと区別できるようなデータベースを今準備しているところであります。多くの方たちがしっかりと専門医をとれるような形の準備をしてみたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、内科医と外科医についての専門医の考え方についてお尋ねと、こういう理解でよろしいですか。

○立谷委員 はい。

○遠藤部会長 そうしましたら、恐縮ですけれども、内科学会と外科学会から出席されております宮崎参考人と小寺参考人に、そのあたり、ちょっと回答をお願いします。

○宮崎参考人 それでは、内科の代表といえますか、ちょっと御説明させていただきますけれども、内科学会は、今般の新専門医制度の改革に当たりまして、2つの専門医制度を持つ学会として、その中間的なレベル、具体的に言いますと、認定医制度というのと専門医制度と2つございました。旧制度においては、認定資格を持った者はサブスペシャリティの素養といえますか、比較的カリキュラム低いレベルでの修得を目指す制度。総合内科専門医というのはもっと高度な、内科のジェネラルな専門医としての素養を要求する制度と2つございまして、今回の制度設計におきましては、到達目標としてはその中間的なレベルというのを目標に制度設計しております。制度設計というのはカリキュラムの策定ということでございます。

そうした理由は、先ほど立谷先生言われましたように、サブスペシャリティにシフトし

過ぎているのではないかと。今の世の中がですね。かつて大学にナンバー内科というのがございましたけれども、今やほとんどが臓器別の、循環器内科とか呼吸器内科等に分かれました。第一内科、第二内科と言っているのは非常に少なくなっております。そのこと自体が、より内科の領域がサブスペシャリティにシフトしているということの反映ではないかと思えますけれども、それを反映して、今、立谷先生言われたように、断るといふことですね。私はこれこれの専門医なので、診ませんと。自分のこれこれの専門医の患者さんのみを診ますという内科医がふえたのではないかと。そういう反省の上に立ちまして、しかも、我が国は、少子高齢化、2025年問題等ございまして、これから急速な高齢化をするということは、一人の患者さんに複数の疾患が同時併存するということの意味しておるといふことを踏まえた上で、内科医たるものは、何々の専門家というだけではなくて、ジェネラルな素養をまず持つべきだろうと。したがって、今までの認定医よりもより高いレベルの、総合内科専門医ほどではないけれども、専門医の入り口程度のレベルではなくて、もう少し高いレベルの内科のジェネラルな能力を持つようにというふうに設計いたしました。それが、今現在オンゴーイングで進んでいる新専門医制度における内科専門医のカリキュラムでございます。

私どもは、そのようなジェネラルを持つということが、今、先生、その後に、どこまでできるかという、例えば総合診療専門医という専門医をつけるというのは全部全てできるというようなイメージではございません。やはり内科は二階建て制度は厳然としてございまして、循環器内科だとか、サブスペシャリティを専門医は持つべきだと思って、持つ必要がないということは全然考えておりません。持つべきですけれども、その分、ジェネラルを今までより重視するべきであるというのが今回の制度の肝でございます。

私どもは、そのような制度をすることによって、恐らく地域の先生方のニーズといひますか、必要数、先ほどちょっと申し上げましたけれども、地域におきましては高齢化がどんどん進んでいきますので、それに対応できるような内科医がふえていくものと期待しているところでございます。

ちなみに、個人的ですけれども、私、実は富田林病院という病院の病院長を2年前に拝命して、そちらのほうにも行っているのですけれども、その病院は、御多分に漏れず、内科医がやめて、赤字に大転落して何億円という赤字が出ているような病院でございました。それで、私は、大阪の東の田舎のほう、南大阪の病院では、スペシャリティよりも、よりジェネラリティを重視するような内科医を3名連れて行きました。全部で50名ぐらいの医者しかいないところの、3名のみが変化したわけです。そうすることによって稼働率90%を超えるようになって、そして、経営も改善するということが起こっております。これは一つの実験的といひますか、私はやはり、スペシャリティを持っているのだけれども、ジェネラリティを重視する内科医こそが、地域の病院の経営も含めた改善につながるのではないかと経験したところでございます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、外科について、小寺参考人、何かあればお願いします。

○小寺参考人 まずは、外科医がいなくなったという点ですが、まさに私たちもそれを心配しているわけであって、おそらくリクルートに一生懸命でない外科の教授はいないと思います。やはりある程度きつい分野ではあるのでどうしても敬遠されがちですけれども、いかにそうでないイメージで学生さんを引きつけるかということは今考えない教授は多分いない。非常に苦勞していますけれども、頑張るしかないところです。専門医制度の方についてコメントいたしますが、実際、外科といっても、卒業して3年目から5年目ぐらいの、つまり専攻医に相当する外科医というのは、個々の病院の事情に応じて、そこで足りない分野や診療科をカバーするような仕事をたくさんやっている人たちなのですね。まさにサブスペ云々よりも、一般的なことを幅広くきちんとやることを求められている人たちなのです。

外科の専門医制度で、卒後5年目の外科医に専門医という呼称がふさわしいかどうかということについては、昔は認定医と呼んでいた時代もありましたし、私個人としては、必ずしもじっくりこないと思っていますけれども、今や新たな制度で専門医と呼ぶことになってしまっているのです。そこは仕方がないとして、実際には本当に幅広く外科系の医療行為ができる人たちなのです。それに加えて各サブスペ領域の手術も最低限これだけはやろうねという決まり事はありますけれども、それ以外ではかなり幅広い範囲の手術を経験していただけるような専門医制度になってございます。ですので、現在の外科専門医が外科当直をした時に、あれはできぬこれはできぬということにはならない専門医制度であると私は思っています。

ただ、今注意しなければいけないのは、この後、各サブスペの専門医制度の詳細が決まっていけますけれども、サブスペ領域によっては、基盤となる外科専門医で要求される各サブスペ領域の手術の配分をあまり望ましいものと考えておらず、早くから自分たちのサブスペ領域の手術やトレーニングをやらせたいという非常に強い希望を持っておりまして、そうなると、外科専門医の概念はいかなるものなのかということをもう一遍考え直さないといけないということにもなります。

私としては、立谷先生がイメージされている専門医という概念と私のイメージしている概念は多分同じような内容だと思っていますので、それを堅持した専門医制度を引き続き続けたいと思っていますけれども、そのあたりで幾つかのサブスペ領域を今後説得して、現在の専門医制度、まだ始まったばかりですけれども、今のイメージの専門医制度を続けねばならないなということは考えておりますが、そのあたりはやはり領域によって若干の意見の相違というのはございます。

しかしながら、立谷先生のおっしゃるとおりで、外科医の数を少しでも充足していくためにも、今後とも皆様の御理解をいただきたいと、むしろお願いする立場でございます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

あと最後の一つは総合専門医等の話でありまして、これは日本医師会ということなので、羽鳥委員、お願いしたいと思います。

○羽鳥委員 日本医師会の羽鳥です。専門医機構のほうでは総合診療専門医検討委員会の担当委員長なので、2つの立場から話します。

まず、立谷先生がおっしゃった、日医の言うかかりつけ医は国民から見てわかりにくいと言われますが、診療報酬改定の文言にも謳われていますが、国民にも定着してきたと思います。かかりつけ医と総合診療医は同じことを意味するのでは、ということについては、日本医師会はまさに先生と同じ立場にたって意見を述べていると考えます。ただ、日医の中ではかかりつけ医という言葉を使ってめざすところは日医かかりつけ医研修会のやつであります。立谷先生のおっしゃる総合診療に近いと思っております。

専門医機構の総合診療専門委員会の目的のひとつは、総合診療専門医のアイデンティティを確立しようということなのです。もう一つは、他科で専門をきわめた先生が、地元にもどって地域医療を熱心にされている先生などを対象として、外科の先生のおっしゃった、外科の先生で、20年ぐらいて地域に戻られたと。あるいは中堅病院のリーダーをされて、地域で開業されたとか、また、年齢や役職のために手術の症例を重ねられなくなると外科専門医も更新できなくなり結果として外科専門医ではなくなってしまう方もおります。そういう先生たちはまさに総合診療医の中でも専門医といってもいいぐらいの方だと思うので、そういう先生たちに総合診療専門医の資格を付与できるような仕組みも将来的には支えられるのではないかと思います。ただ、まだ総合診療専門医のアイデンティティが確立していない段階でそれをこの中で提言するのは難しいと思います。

医師の偏在ということに関しては、これは専門医機構、あるいは研修医、専攻医だけで解決するのはやはり難しい。当たり前のことだと思いますし、ある意味で、すべての世代の医師が支えていかなければならないだろうなとも思います。例えば沖縄県では、救急病院の院長先生が定年となった後に、離島や僻地を支えるようなことをされている方々も数多くおられて伝統になっています。それもやはり一つのモデルにもなり得ることではないかと思しますので、その辺も検討させていただけたらと思います。

○遠藤部会長 一通り、立谷委員の質問についてはレスポンスがありましたので、一言、立谷委員。

○立谷委員 今、今村先生から、シーリングをかけたことにより東京の大学病院から仙台の病院に派遣されているというようなのが派遣できなくなるケースもあるという話だったですけれども、私、それはモデルケースにはならないと思います。東京から地方に派遣されるということで日本の医療が成り立つとしたら、それはおかしな話です。東京の大学病院に東北の病院がお願いに行かなければいけないような事態をみんな懸念しています。お願いに行く旅費やその医師が出張する旅費は医療費から出るわけですが、そして、お願いする人とされる人の立場ができます。ですから、東京一極集中はよくないということをも

確に申し上げなければなりません。

もう一つは、都道府県の地域医療協議会の存在そのものが否定されてしまいます。東京と宮城県の間地域医療協議会というのは存在しません。ですから、東京の大学から地方に派遣すればいいではないかというのは、私は、これは議論にならない、そもそも前提としておかしい話だと思っています。誰が誰にお願いしに行くのだということを考えただけでもおかしいし、コストの面からもおかしいし、いろんな意味で我々の考えてきた制度そのものが否定される話になります。シーリングをかけた結果のご説明がありましたが、5%減らしても21%が20%になるだけです。東京の人口は全国民の10%です。医師偏在というのは国の形が変わっていく一つの象徴だと思います。これはやはり真剣に考えていかなければいけない問題です。学会ごとの議論とは異なり、社会全体として議論するのがこの場だろうと思いますので、その観点から見れば東京一極集中はよくない。

それから、今、宮崎先生と小寺先生からの話を伺い、我々の市長たちの考えと先生方の考え、大体一緒です。ですけれども、私は、そのためにもカリキュラム研修についてしっかりとしたシステムを構築しなければならないと思っています。外科も内科も専門医取得に関して非常に柔軟にさせていただいたと思っていますけれども、どうぞ外科の先生になってくださいとか、どうぞ内科の医者になってくださいと、そういう姿勢でいかないと、内科や外科のなり手がいなくなり、国民医療が維持できなくなると思います。

そこで、例えば認定医と専門医の間の中間的な存在、かつての内科専門医と認定の中間的な存在という話でしたけれども、私は、どういう形であっても、やはり内科を志した者が内科ができなくなることがないように、外科を志した者が外科医としてやっていけるように、そういうシステムが必要だと思います。そういった意味では、時間がかかってもカリキュラムを積み重ねれば、きちっと認定してあげることが必要だと思います。機構には特に申し上げますが、カリキュラム研修の大事さというのはそこにあります。

かつては、認定してやるぞとか、専門医として認めてやるぞとか、こういうやつは認めてやらないとか、例えば半年休んだら認めてやらないとか、排除の論理だったのですね。これでは。

○遠藤部会長 申しわけございませんが、短目をお願いします。

○立谷委員 ごめんなさい。

それからもう一つ、前回まで議論になったのですが、初期研修のことも議論しないといけないと思います。初期研修を修了したら総合診療ができるようするというのが初期研修のそもそもの目的だったはずですが、ですから、総合診療医という概念、これをもう一回見直していかないといけない。これは厚労省の皆さんに申し上げたいと思います。○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、今村参考人。

○今村参考人 立谷先生のおっしゃっていることはよく理解しています。私が申し上げているのは、先ほども触れたように、東京の大学が地方の病院に派遣することを全面的に是

としているわけではありません。まずそのことを大前提として、これまでもそして現状もそうになっていたものを、どうやって先生がおっしゃるように変えていくのかというのは大変重要な課題だと思いますが、いきなり派遣しているところの数だけで減らしたときに大きな混乱が起こることを危惧しているので、まずは5%の削減を徹底したいということだという御理解をいただきたいと思います。つまり、それがいいということ認めているわけではないということです。

それから、先生がおっしゃった専門医の仕組みだけでこの地域の偏在を変えるということは無理だと思っておりますので、この後、厚労省の医師需給分科会でもいろんな議論がされることだと思いますけれども、やはり医学部の教育をどうするのか、そして、CBTやOSCEをどのように変えていくのか、国家試験をどう変えるのか、学生の時代でどこまで医行為をするのか、そのことによって臨床研修のあり方が変わり、専門医のあり方が変わり、地域偏在が変わっていくという、大きな医師の養成のあり方の全体の中で考えていかなければいけないというのは、まさしく先生のおっしゃるとおりだと思いますし、先ほど山口委員からも、今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会なくなるのかとおっしゃった意味は私はそこにあるのかなと思ってうかがっておりましたので、そこで引き続き、そういった医師のいわゆる養成についての議論が続くと理解しておりますので、そこでしっかりとまた議論していきたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。釜菴委員、それから、先ほど御質問された羽鳥委員、それから阿部委員の順番でお願いいたします。

○釜菴委員 今の今村参考人のことに関連するお話と、それから、総合診療専門の話をちょっと申し上げたいと思いますが、全ての大学でのCBT、OSCEが非常にしっかりとしたものに整理されて、診療参加型の臨床実習と、それから初期研修の2年、この終わった時点でかなり総合的に患者さんを診ることができる医師を養成しようということは、立谷委員も御指摘のように、もうこれは多くの合意事項であって、そのような形で今着々と動き始めていると認識しております。したがって、初期研修修了した時点では、かなり患者さんを総合的に診ることができる医師が今後は養成されてくると期待いたします。

その中で、日本医師会の提唱している、かかりつけ医と総合診療との関係についてですが、総合診療のことが非常に大きく取り上げられた経緯は申すまでもありませんし、先ほど宮崎先生からも御指摘があったように、余りに細分化して、断ってしまうというようなことがある中で、やはり患者さんを全体として診られて、そして必要に応じて専門医にいろいろ振り分けることができるようにということで大変注目されているわけですが、これは日本医師会の主張しているかかりつけ医と全く同じと感じます。

しかし、日本医師会のかかりつけ医については、大事なことは、いつでも気軽に相談に乗れること、そして最新の医学知識をしっかり身につけていて、そして必要に応じて専門

医にちゃんと紹介できる、家族全体を診られる、それから、社会医療、社会におけるいろいろな公衆衛生とか何かにもちゃんと対応できるということを目指しているわけですが、総合診療の領域で総合的にものを見るということについて、かなり学問的に深く掘り下げようという考えがあって、そして、それを追求している、学問的に総合診療を非常に深めていこうという考えの積み上げがあります。それから一方で、大学病院などにおいてそれぞれの診療科の間をつなぐ総合診療の領域というのが必要だという面がありまして、これはどちらかというとかかなり専門性が高い部分になります。ですから、総合診療専門と言っている部分の中にもいろいろなものがあるのかなと感じます。

一方で、僻地とか、医師が非常に足りない地域において何科でも診てくれる医師が欲しいというのは、これは医師が足りないということがむしろ問題なのであって、そこは必ずしも総合診療との直接の結びつきはそんなに私は強くないように思います。

それから、先ほど羽鳥委員からの、かつていろいろな専門領域をやっていた人が、例えばメスを置いた後に総合診療専門医を与えるというのは一つの考え方ですけれども、これは私は非常に反対意見もまだ多いように思いまして、とてもそのようになかなか整理できるわけではないように私は個人的には感じています。

ですから、日本医師会のかかりつけ医は、既にいろいろな経験を積んだ医師が、かかりつけ医研修をちゃんと積み上げることによって、先ほど申し上げたような望ましい形にしっかりと準備をして、そして地域において役立つということですし、これは地域において活躍している医師はみんなそういうところで今頑張っているわけですから、数もありますし、急に養成する必要はないということで、日本医師会のかかりつけ医をしっかり進めていきたいというのは、立谷委員からも先ほどエールをいただいたと感じておりますが、日本医師会としてはしっかり進めていきたいと感じております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 1つは、先ほどの資料2の18ページ、19ページにありますけれども、幾つか省令案、通知案が出ているのですけれども、今回は制度発足当初ということもあって、労基からの規制があるのは仕方ないですが、専門医機構18の学会が同列に規制を受ける書きぶりですが、専門医機構がガバナンスを確立して機能しはじめたら専門医機構のほうに権限をいたくしてもらえないのではないか？

○遠藤部会長 これは事務局、運用上の問題という理解でよろしいですかね。

○羽鳥委員 はい。

それともう一つ、先ほど、県の地域医療協議会が稼働していないのではないかとということでありましたけれども、僕も地方の医師会を回ることが多いです。この専門医機構や、地域偏在の話をするときに、地域医療協議会というのがどの程度機能しているかというのを聞きすると、まだ全然動いていないというところもたくさんあります。厚労から県に

対して機能させてほしいということをお願いしたいと思います。

例えば、立谷市長のいる前で申しわけないですけれども、福島県からは、福島県には医師偏在や医師不足の地域はないと県のほうからは上がってくるのですが、その一方で、東京都からは、台東区とか葛飾とか、そういうところには医師不足であると。そういうことでもって見直してほしいとか、そういうことも出てくるので、やはりまだ機能しているとはとても思えないということがありますので、その辺もぜひよろしくをお願いします。

○遠藤部会長 では、事務局、質問がありましたので、お願いします。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

次の議題にもつながる話ではございますけれども、現時点で、医療施行規則の中には、専門医機構と、それから18学会を記載しているところでございまして、専門医機構のほうで全体をとりまとめてやっていただくということでもありますけれども、現状では直接いろいろとやりとりをさせていただいているということもありますので、将来的にどうなるかというのは、やはり各機構の状況、各学会との関係を見ながら、状況に応じて見直しをしていくという余地はありますけれども、現時点はやはり実態に合った形で規則案を提案させていただいているということでございます。

○羽鳥委員 わかりました。懸念が払拭された場合には改正される可能性があるという言葉は生きるということによろしいですね。

○佐々木医事課長 それはそのときの状況に応じて、さまざまな法律であるとか通知等は変えていくということだと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。阿部委員、どうぞ。

○阿部委員 私のほうからも少し地方の立場からのお話を申し上げたいと思いますけれども、まず、今皆さんのお話を伺っていると、関係者の皆さんの大変な御努力の中でここまで持ってこられたことに私は敬意を表したいと思います。さまざまな立場からさまざまな問題があるので、ぜひそれを率直に出し合って、ぜひいい方向で、目指す方向はやはり、国民の皆さんが安心して医療を受けられると。これは専門性が高い医療でもあり、地域医療でもあり、両面、冒頭、局長と部会長から御発言いただいたことがやはりこの場の共通の視点で、それを具体的にどう実現するかということをしっかりフォーカスして検討していく必要があるのではないかと思います。

そういう中で、冒頭の資料説明の中でも幾つかいろんな具体的な課題が提示されましたので、これは専門医機構であったり学会の皆さんであったりの御協力、あるいはまた我々も協力する中で、ぜひ実態をまずしっかり共有することが必要なのではないかなと思います。

冒頭、山口さんのほうからもお話あって、これは例えば私どもに対する専門医機構からの回答も非常にそっけない回答になっているのですね。これは責めるということではなくて、むしろ、多分、いろんな県からありとあらゆる観点のことがいって、なかなか短期間

でまとめるのは正直難しい部分もあるのではないかなと思いますので、それは逆に私としては、専門医機構側の悩みが一体何なのかということを出していただいて、それを我々地域で考えるときにどうすればいいのかということの前向きにぜひ、これ、問題だから何とかしろというだけでなく、なぜそうなるのかということも共有して、前向きに取り組ませていただけるとありがたいなと思います。

そういう意味で、厚生労働省の事務方の皆さんには、幾つかの具体的な課題があるので、実際どうなっているか、関係者が何に苦慮しているかということをご共有していただくと具体的な話がしやすいのかなと思います。

それから、地域にとっては、先ほどから出ております、これはかかりつけ医という言い方がいいのか、総合診療専門医がいいのかというのは今議論があるところでありますけれども、やはり総合的に地域医療を支えていただける人材というのは不可欠であります。

これは若干私の個人的な経験で申しわけないですけれども、私は昔ある難病にかかったときに、都内でも大規模な総合病院に救急で搬送されて行ったのですけれども、最初、1日目は全ての診療科を回らせていただきましたけれども、何だかわからなかった。私は、専門医制度、もちろん専門性高めていくというのは非常にいいことだと思っているのですけれども、片方で、先ほどもお話あったように、専門領域をつないでいくお医者さんとか、あるいは総合的に診ていただくお医者さんがなおざりにされてしまっはいけないという、高度な部分でのなおざりがいけないということが1つと、それからもう一つは、長野県は地域医療関係者のおかげで長寿県になってきましたけれども、昨日も、私、県内の病院に行って、若いお医者さんの皆さんとも意見交換させていただきましたけれども、非常に高い志を持って地域に溶け込んで、これは、ある意味、学会等の目指されている専門性の向上とはまた少し違う話かもしれませんが、地域の皆さんと、例えば一緒に酒を酌み交わしながら、本当に地域の安心を支えている活動をされているお医者さんも大勢います。ですから、こういう人たちにモチベーションが上がるような専門医制度にぜひしていただくということが重要ではないかと思っています。

それからあと、地域の立場からすると、先ほどのシーリングの問題は極めて大きな関心事項であります。このシーリングのところも、先ほど申し上げたように、まず実態であったり、その専門医機構の中での御議論がどういう御議論で、5%、東京、シーリングかということも共有していただいて、これは社会的な課題です。私は知事の立場として、総合行政、産業の振興も教育も全てやっていますけれども、私がいろんなところで申し上げてきているのは、地域にとってこれから重要なのは医療と教育だと申し上げてきています。

そういう意味で、医師のあり方というのは、地域の産業振興であったり、教育の振興であったり、全てにかかわる問題ですし、お医者さんの存在というのは、やはり本当に地域の担い手であります。この点については、学会の皆さん、医師会の皆さん初め、ぜひ皆さんに共有いただいて、そういう地域に欠かせない人材をどう育てて、そして地域の中にどう溶け込んでもらえるようにするのかという観点は、私は強く持っていたきたい。その

ためにも、先ほどのシーリングの話であったり、それから連携病院とのローテーションの話であったり、この連携施設等のローテートの実効性が今どうなっているのかということもぜひ検証していただければと思います。

それから、地域枠の医師とか女性の医師の問題は、先ほどもお話あったように、カリキュラム制はしっかり考えていっていただきたいと思っています。

最後に、これは厚生労働省へのお願いですけれども、我々、先ほどの法令等の改正で、都道府県知事が地域医療に対して責任が重くなってくると。これは私はしっかり受けとめさせていただいて、その責任を果たしていかなければいけないと思っています。ただ、まだまだ、これは我々自身の側の対応も十分でないところもあると思いますので、そこはぜひ、厚生労働省と都道府県がしっかり問題意識を共有して、一緒に取り組ませていただきたいと思ひますし、また、都道府県に任せるからには、大枠の枠組みはもちろん厚生労働省でつくっていただく必要がありますけれども、地域の側でも柔軟性を持って地域の実態に合った取組ができるような制度にぜひしていただきたいと思ひます。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。重要な御指摘でありまして、特段の御質問でもありませんでしたけれども、事務局、あるいは機構で何かコメントがあればいただきたいと思ひますけれども、いかがですか。

医政局長、どうぞ。

○吉田医政局長 医政局長でございます。

今、阿部委員のほうから御指摘いただいた部分、幾つか受けとめさせていただきますが、大きく、その中でも2つ、今後この部会において御議論いただくにつけても、実態をできるだけ共有する。我々、行政として持てるもの、あるいは機構、学会を初めそれぞれの方からの資料を御提出いただいて、あるいは研究者の方々の専攻研究などなども入れながら、きちっと共有を積み重ねながら、そのファクトをどう評価するか、そこは解釈、立場ありましようけれども、という形で運営させていただきたいということは、まず私どもとしても最善の努力をさせていただきます。

それから後段の、医療政策そのものが、ここ数年のいろいろな改革の中で都道府県においてその位置づけが重くなっている。医療政策における都道府県の位置づけが重くなると同時に、私どもが伺う限り、都道府県行政における医療政策、もう少し言えば、医療・介護まで含めた地域におけるケアシステムをつくるということについての重みが増しているということについても十分私どもとしても共有しておるつもりではありますが、いろいろな政策の中において、先ほどおっしゃっていただいた、これは市長会も含めてですけれども、自治体における御努力をどういう形で支えるか、自主性という、あるいは自由度という部分と、国としてある程度しながらサポートするという部分をきちっとわきまえながら今後も取り組ませていただきたいと思ひます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

機構として何かコメントございますか。

○今村参考人 御指摘いただいたことは本当に大事なことばかりだという認識でございます。機構は、今までデータがなかったところで新たなデータベースを構築していくと、そして、外部から信頼される透明性の高い組織であるということが非常に大事だと思っております。そのためには、従来から言われているように、事務局体制の強化ということが非常に重要だと思っております。今、正規採用職員が8人、そして派遣職員6名の14人体制で事務局を運営しておりますけれども、数千にわたるプログラムの中身を全部チェックしたり、学会とのやりとりや、あるいは外部からのやりとりも全部対応するということが、人が少ないからできないのか、人が十分にそれぞれの役割を担って機能できていないのかというのは、これはなかなか難しいところはございますけれども、またまだまだ財政状況が安定しない組織ではありますけれども、とにかくしっかりと事務局機能を強化して、申し上げたような信頼される透明性の高い組織にして、先生方とともに、これは厚労省もそうですし、学会もそうですし、自治体の皆様ともしっかりと連携しながら、よい仕組みにしていくために努力していきたいと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、先ほどお手を挙げた順番で、山内委員、野木委員、それから山口委員は最後という形で。では、山内委員からお願いします。

○山内委員 ありがとうございます。

私自身も、以前から、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」でいろいろと皆さんの意見などを聞いておまして、そちらのほうで出た意見で、ぜひ、今後こちらで検討するのかどうか事務局にもお答えいただきたいのですが、検討する必要、非常に懸念事項としましては、皆さんのお手元の参考資料6にありますこの整備指針のほうをいろいろとその検討会ではよく見たと思うのですね。

そのときに出た意見としましては、専門医の更新ということで、とりあえず今回、とにかく始めるということで、専門医の認定に関してのところはいろんな議論もして、それで、この指針のとおりにいきましたけれども、専門医の更新のところ、21ページに、学術業績とか診療以外の活動実績ということがしっかりと挙げられておまして、そして、各学会にヒアリングをしたときも、更新にも論文の数とか学会活動とか、そういったものを加えている学会も非常に多くありました。

そういう中で私が懸念しておりますのは、地域のことを考えますと、例えば専門医をとって、それから地域の病院で一生懸命診療に携わっていて、そういった先生方が論文を書くということとか、それが義務になってくると、また更新ということができなくなったり、そういった悪影響というか、もちろん論文を書くことも大切ですが、5年の間にそういったことというのは非常に大変になってきますし。

例えば海外では、アメリカの場合には、アカデミアはアカデミアでそういったキャリア

がありますけれども、診療のほうのキャリアとしてのアメリカのボードというのは、10年に1回の更新にはなりませんけれども、CMEという、定期的に勉強していかなければいけないクレジットはとれなければいけませんけれども、10年に1回の診療に関するテストという形での更新になっています。

ですから、この専門医というものは診療のクオリティというものはかるものとして挙げられてきたので、その辺のところをきちんと、今後またこの部会でやるのかどこでやるのかわかりませんが、そういった形で、地域で頑張っている先生方が更新できなくてということがないような方向性も検討していただきたいと思います。

もう一点は、診療科の偏在に関して、立谷委員等からもいろいろと地域のこの意見がありましたけれども、地域の偏在を考えると、最初に医政局長からもお話がありましたが、診療科の偏在というものはどうしても考えていかなければいけないとは思っておりますので、そういったこと。

昨今、女性医師の話題でも、女性医師がふえるとそういう楽な診療科がふえるのではないかみたいなことを言われまして、それは女性医師のせいだけではなくて、きちんとキャップをかけたりとか、そういった診療科の偏在に対するある程度の制度というのもきちんとなされていくべきだと思いますので、その2点を、今後どこで検討されるのか、そして、今後また検討をぜひしていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。更新の問題と、診療科偏在の問題でございますけれども、どこで検討するのかということがありましたけれども、その検討の場について何か、事務局、コメントございますか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 1つ目の更新の要件に関しましては、さまざまな御意見もあると思いますので、日本専門医機構が各種学術団体と調整しながら一義的には考えていくべき問題かと思っております。

2つ目の診療科偏在につきましては、資料2の8ページに、今回の医療法、医師法改正の中身についての専門医研修に関するところをまとめておりますけれども、「将来の診療科ごとに必要な医師数を都道府県ごとに明確化し、国が情報提供」というようなことも含まれております。もちろん、情報提供するだけでは無責任で、今、山内委員から御指摘のとおり、働き方の問題もございまして、今、医師の働き方対策に関する検討会も回っておりまして、そちらでも働き方の改革というものを進めないと、そもそもそれが診療科偏在の一因であるという御意見も多数いただいておりますので、働き方改革、そして医師需給の問題でのこの制度改正案の内容の議論といったところで検討すべき問題なのかなと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。野木委員。

○野木委員 私は初めてで、全体の流れがわからなくて申しわけなくて、非常に疑問点を持ったところがあるのですけれども、医師の専門研修部会で地域偏在、医師の偏在の話が

出てきて、どういう関連があるのか、最初、読めなかったのですね。専門部会なのに医師の偏在という話で、だんだんわかってきたのですけれども、専門医の話が出てきたら、若い医師は当然そこでとりたくなるのですよね。僕は若いほうだと思いますけれども、やはりとりたくなる。それで都会にいたくなる。子どもの問題があったりして、とにかく専門医をとりたい。それから子どもの問題、子どもをいい学校に行かせたいとかいろんな問題があって、どうしても都会にいたくなる。これはもう事実なのです。

それで、今、専門医つくって、専門医の中で地域に行きなさいというふうに無理やりまたそれを、つくったものに小手先でまたやり直すみたいなの、つくったものが変だったから、そこに小手先で直す。非常に違和感があって、さっき、羽鳥委員も今村参考人も言われましたけれども、シーリングをかけるのもいいですけれども、シーリングかけるということは、とりたい先生方にとらせないと、ほかに行けということになるので、すごく違和感がある。

では地域偏在の問題、どう解決するのかという問題があるわけですが、とりたい先生には早く専門医をとらせて、ちゃんと診療できるようにする。そのかわり、その後で、地域医療の偏在をどのように解消するか。例えば、子どもが大学に行ってしまったら自分はどこにいてもいいわけですから、極端なこと言ったら、診療報酬が高く設定されればそっちへ行こうかなというような気持ちになったりすると思うのです。今そこが余りないからみんな動かないですよ。

さっき宮崎先生が、3人ドクターが来たからすごくよくなったとおっしゃったのですが、やはりやる気の問題だと思うのですよ。専門医の先生で、指導医のいないところに嫌々行かせて、3カ月、6カ月で、こんな嫌なところに来たと思ってやられる。そうしたら、行く先生もしんどい、受ける患者さんも、非常にやる気のない先生が来て診察を受けないといけない。これはもう最悪の状態になると思うのです。熱意のある先生が来てくれないと意味がないのです。

だから、僕は、それよりも専門医をとらせて、その後、地域でもいろんな医療ができる。あるいは専門医でもちょっと年配になってきた先生が、ちゃんと地方に行って、地元に戻って診療ができて、50からでもちゃんと開業できたり、ちゃんと医者ができて、いいように食べていけるというか、要するに、診療所、開くの大変ですから、それが戻るような形をとらないと、この問題は、僕は個人的には解決しないように思います。先生もおっしゃったけれども、ほかに行ったら、次、専門医、維持できないわと。そういうのがやはり問題なので、その辺は解決して、ちゃんとした医師が地方に行ってちゃんと開業できるというか、ドクターできるようなシステムをつくるべきではないかなと僕は思って、ここに、専門医のところ無理やり入れてしまうと非常に違和感があって、その辺はどうかかなという疑問点があったということで、ちょっと教えていただければ。今初めて来たのでよくわからなかったもので、変な質問だったら申しわけないです。

○遠藤部会長 かなり根本的な話になりますので、では、医事課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今回、御指摘いただいたとおり、医師の偏在というのは、実は専門医の仕組みをどうするだけでは対応できないということでございます。今回、資料2のほうで医療法・医師法の改正についての概要をお示しておりますが、医師少数地域で勤務した医師を評価する仕組みであったり、都道府県の権限を強化するということであったり、さまざま取組をすることにしておりまして、これはこの会議で議論していただく内容に限らず、さまざまなことを総合的に進めていくという予定でございます。今の御指摘も他のさまざまな検討の場でいろいろと活用させていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、お待たせしました。山口委員、どうぞ。

○山口委員 先ほどからシーリングの話が出ていまして、実際にこの募集が始まって、シーリングが守られているかどうか、どの段階で見えてくるのかというのが、ちょっと募集の段階ではわからないと思うのですね。ある程度結果が出てきたときにわかってくると思うのですけれども、例えば今回の部会の中でそういったことを確認するようなことは機会として与えられるのかどうかということをちょっと確認したいということが1つ。

それから、この省令案ですけれども、いろんな団体、この部会の中で言える相手というようなことで並んでいる中に、先ほど羽鳥委員のほうから学会もというお話があったのですけれども、例えばシーリング守らないということがあったりすると、そこはまた意見を言っていないといけないということもあると思いますので、私は当面、機構だけではなくて、学会も一緒に並んでいるということが大事ではないかなと思っております。

もう一つが、先ほど最初に申し上げたときに、今、確認事項として都道府県に4つとなっておりますが、どうもそれでは審議ということが十分できないとすれば、それを十分審議できるようなこと、省令ではなく、通知か何かで例えば加えていただくようなことというのは今後考えられるのでしょうか。

1つ意見と2つ質問です。

○遠藤部会長 意見については承りました。質問についてはお願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今の御意見を踏まえまして、日本専門医機構が正確にいつから来年度の募集を始めるのかというのは、この法律にのっとった形ではございますけれども、募集が終わった段階で、いずれかの段階で、ことし、35ページのとおり、さまざまシーリングを超えているような診療科もございますので、一度この専門医部会を開いて、そのような機会を設けさせていただければと考えます。

もう一つ、通知の件ですけれども、大変申しわけございません。できるだけ議論の時間を長くさせていただこうと思って、そこまで細かいお話をしなかったのですけれども、参考資料5のほうに省令に基づく通知というものをつけさせていただいております。この中で、もう少しわかりやすく、どのような形の意見を出すのかということをお示ししたりしておりますので、これについても省令とあわせて各都道府県に含めて通知したいと考えて

おります。

○遠藤部会長 よろしいですか。

それでは、次、先ほどお手挙げた牧野委員、それから角野代理、片岡委員。では、まず牧野委員。

○牧野委員 同じような話になりますけれども、地域別のシーリングに関してですけれども、これはぜひともしっかりやっていただきたいというのが私の意見です。といいますのは、医師というのは、早くに専門医になって、早く出すというのも大事ですけれども、医師として育ったところで長く医師を続けるという、これはもうまぎれもない事実なのですね。医科大学のある都市には医者は多いということです。専門医をとるときにも、東京でたくさん養成してしまうと、どうしても東京に集まってしまう。ですから、やはり地方でもしっかりと育てなくてはいけないということを僕は思います。ですから、このシーリングをしっかりする。実は今回のデータが後から出てきて、シーリングを上回って採用していることがわかりました。こういったことがあってはいけないのですね。ですから、これを起こさないための仕組み、これをどうつくるのか、それを確認したいなということがまず1つ質問です。

あと、意見としてですけれども、今回の専門医制度、ちゃんと症例のあるハイボリュームセンターでしっかりと指導医を使って養成しようということで、いい専門医が育つと思います。ただ、地域が必要とする医者が本当にできるのかなというのが私の一つの疑問です。

というのは、今のように診療科が細分化してしまうと、医師会の方がかかりつけ医という言い方をしていましたけれども、実は病院会では病院総合医というものを養成しようとしています。といいますのは、中小の病院に行くと、細分化した診療科の医師がいても役に立たないのですね。ある程度、幾つかの診療科をまとめて診てくれるような、例えば内科とか外科とかいうカテゴリーで診てくれるような診療科、それは地方の病院にとって必要な医師なのです。

今の専門医制度でそれが本当に育つのかということを一回しっかり考えなくてはならないということです。そして、その先にある、今地域ごとのシーリングということでやっていますけれども、各診療科のシーリングですね。これから5年先、10年先、15年先にどの専門医がどのぐらいの数必要なのかという議論が実はまだどこでも行われていないはずで、手術部がある一定の数しかないのに、そこに専門家がたくさんいたってしょうがない。ですから、そういった議論をしっかりとしなくてはいけないのではないかとというのが私の意見です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、角野代理、お願いいたします。

○角野代理 では、手短に。

私は、こう見えても小児科専門医でして、要は名ばかり専門医というやつですね。だか

ら、こういう専門医をつくらないために今回のこの制度ができたわけでありまして、ということ、この目的をもう一度考えますと、やはり3年目、そこでしっかりしたキャリアを積んでもらおう。そうすると、それなりの一定の症例というのは絶対必要であって、ただ単に医者をあちこち足らんとところにばらまいて、そこで研修させても、症例がなかったらちゃんとした医者にはなれないわけですね。

ですから、ここで大事なのは、募集定員を決めるときに、いわゆる根拠となる数字ですね。その地域、その病院において、内科であればどういった症例がどれぐらい想定されるのか、外科であればどう、耳鼻科であればどうだとか、そういうものがあって、それぞれのところの定員といいますか、それが決まってくるのではないかなと思います。ですから、そういったデータベース、それからその活用について、また国のほうでも何か規定といいますか、そういったものを示していただきたいなというのが1点です。

それから、総合診療医、専門医の話が出ていますが、僕は、これは名称だけで何か混乱しているようなところがあるように思っています、中身的には絶対大事だと思うのです。このカリキュラム見る限り、プログラム見る限り、それだけのレベルの人がいないと今後はもたないかなと思います。ですから、そういう意味で、この総合診療専門医というのはやはり残していくべきだと考えます。

それから、専門性をどんどん進めていくことにすると、まだ始まって1年ですが、地方としても、それぞれのところ、例えば研修施設、あるいは自治体、それから機構もそうですけれども、それぞれがこの1年間のタームの中でいつ何をするのかというのをやはりある程度示していただいたほうが動きやすいのかなと。そして、この地域医療対策協議会を運営するにしても、また研修施設が頑張るにしても、やはり一定補助金というのがないとなかなかしんどいかなという思いがあります。

それから、医師確保ですね。もちろん、この制度の中でも医師確保していくわけですが、例えば滋賀県の場合ですと、県と各病院、みんなでとにかく滋賀県に医者を残そう、あるいは滋賀県に医者呼び込もうということで頑張っているわけですね。それだけ魅力のあるものにしていかないと医者は来ない。魅力というのは何かというと、もちろん生活もあるいろいろなありますけれども、やはり臨床医にとってはやりがいですね。そういうもの。

でも、そのためには、まさに地域医療構想を今進めています、それぞれの病院が特徴を持って機能分化をしっかりとしていく。それをすることによって、それぞれに関心のある、興味のある医師が集まるのではないかなと思います。だから、これはやはり地方の努力というのも非常に求められている話だと思うのですね。

と同時に、もう一つ、きょうちょうど文科省の方が来られていますけれども、大学との連携、これは非常に大事で、まさに大学が医師を派遣してくれるわけですが、滋賀県の場合は、医大は滋賀医大だけです。我々、そこに非常に期待するわけですが、歴史的には京都大学と京都府立医科大学の実があるわけですね。最近、府立も京大も医師

が出せなくなってきたというので遠慮ぎみになってきたというのがありますけれども、まだまだこの3つの大学の関係あるのが1つと、それを滋賀県としてまとめるというのが難しいのですね。滋賀医大とだけ話をするならまだ楽ですけども、ほかのところと考え出すとなかなか難しい。また、それぞれの病院も元々の派遣元というのがあります。そこに遠慮するようなところがまだちょっとあったりするわけですね。

と同時に、大学、例えば滋賀医大でちゃんとなったとしても、結局のところ、これはうちの滋賀医大だけの体質かわからないけれども、病院長いわく、各教授の考えやしなあと言われるような形で。

○遠藤部会長 角野委員、手短にお願いします。

○角野代理 済みません。だから、そういったことで、大学がもっと一丸となってやるとい、窓口を1つにしてコントロールする、そういうのが欲しいなと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。片岡委員。

○片岡委員 ありがとうございます。

私は、大学の地域医療人材育成講座で、地域医療を担う人材の育成・教育ということをお山県の方々と協力体制でもってここ8年間やってきたのですけれども、私は、地域医療への貢献と、それから専門性の獲得、あるいはキャリア形成というのは必ず両立すると思うし、どうすればできるかということをお、こういうフラットな場で、さまざまな立場の方が意見を出し合って真剣に考えるということがやはり第一歩かなと思っています。

特に専門性というお、非常にスペシャリティが高い分野と、あるいは内科、外科のようにジェネラリティがある程度ある分野と少し考え方違おと思いますけれども、特にジェネラリティを要するお分野においては、地域の現場というおのは非常に学ぶところが多いすばらしいフィールドだと思おするので、あとは指導体制をどのように確保するおかというあたりが非常に重要なおところだと思おします。

先ほど牧野委員も言われましたけれども、若いときにおどこで過ごしたかというおのが将来どこで活躍していくおかということにかなり影響するおというようなデータもごぞいます。そういう意味では、やはりシーリングは私は大事だと思おしています。初期研修でも、平成22年にある程度地域偏在が是正できるおようにといた改編がなされて、それによる効果があったお思うおのですけれども、初期研修医のデータでも、初期研修のときにお地域にいる方が3年目にはやはり都市部に集まるおというデータが既に出てました。そういうことを考えますと、現在のシーリングを、それが実効性あるおのか、あるいはこの数でいいおのかということをお継続的に評価することが必要なのかなと思おします。

それから、済みません、もう一点。女性医師に関して、やはり専門医をとることが目的ではなくて、とった後、その職能をどう社会に生かすおかということが大切なので、その意味で、現場での診療実績を評価していただくおという山内委員の御意見、非常に重要だと思おいます。また、プログラムが余りにもかっちりしていると、夫婦で別の場所で研修すると

か、いろんな問題も起こってくるので、柔軟性ということもぜひ求めていきたいと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。司会の不手際で若干予定した時間をオーバーしてしまいましたけれども、一通り御意見を承れたと思います。

今後のスケジュールでございますけれども、この専門研修部会第2回が10月の中旬に開かれる予定でございます。その際には、各都道府県から厚生労働省に提出された地域医療対策協議会での議論を踏まえた各知事からの意見を集約されることになっておりますので、その際に、本日いろいろな御意見が出ましたので、それも盛り込んでいただくということでお願いしたいと思います。

最後になりましたけれども、議題2の医師法施行規則の一部を改正する省令案ということで、省令案が出されております。既に議論もされましたけれども、この内容、お認めいただくということでよろしゅうございますか。

(「異議なし」と声あり)

○遠藤部会長 ありがとうございます。それでは、事務局におかれましては、了承されましたので、所要の対応をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

以上で本日予定しておりました議題は終了いたしました。皆様、当初から非常に活発な御意見、ありがとうございました。

今後の進め方について、何かあれば事務局からお願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 本日いただきました御意見を整理し、省令や通知の発出、また次回の検討会の準備等を行っていききたいと思います。

次回の部会の開催日程につきましては、10月15日10時半から、四谷の主婦会館プラザFで開催する予定であります。よろしくお願いいたします。

○遠藤部会長 それでは、これにて部会を終了したいと思います。長時間どうもありがとうございました。