

○堀岡医師養成等企画調整室長 定刻になりましたので、ただいまから第6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。

構成員の欠席でございますけれども、荒井正吾構成員、新井一構成員、奈良構成員、南学構成員、邊見構成員、山口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て奈良県の林医療政策部長、また吉村構成員の代理として日本専門医機構の松原副理事長に御出席いただいております。

また、今村構成員は、所用によりおくれて御出席との御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方々にも御参加いただいておりますが、事務局に異動がございまして、本日、最初の御出席でございます医学教育課長の西田課長でございます。

○西田文部科学省医学教育課長 西田でございます。よろしくお願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 また、引き続き、眞鍋企画官にも御参加いただいております。

○眞鍋文部科学省企画官 眞鍋でございます。

○堀岡医師養成等企画調整室長 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、よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 それでは、早速、議事を進めていきたいと思っております。

まず、事務局から資料の確認をお願いしたいと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 資料番号が多くなってございまして、申しわけございません。

上から議事次第、座席表、資料1、2、3、参考資料が6枚ございます。それに加えまして、机上配布資料で、奈良県荒井知事からの「専門医制度の実施に伴う地域医療の確保に関する意見」、また立谷構成員提出資料といたしまして、1枚出ております。また、事務局から、今回、三師調査等の特別集計を行った資料を参考資料として出させていただきます。

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。

(カメラ撮影終了)

○堀岡医師養成等企画調整室長 それでは、遠藤座長、引き続きお願いいたします。

○遠藤座長 資料はよろしゅうございますか。

それでは、早速、議事に移りたいと思っております。

本日の議題は、3つございます。1つ目が「卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方について」、2番目が「専攻医の採用・登録状況について」、3番目が「その他」というこ

とでございます。

まず、第1番目の「卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方について」、事務局より説明をいただきたいと思っております。その後、皆さんで議論していただければと考えております。

では、事務局、説明をお願いします。

○櫻本企画調整専門官 事務局でございます。

資料1の「卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方（その2）」をごらんください。こちらに関しましては、前回、「卒前・卒後の一貫した医師養成の在り方」について御議論いただきまして、それに引き続きまして、現在の検討状況を報告させていただきます。

右下のページ番号に沿って御説明させていただきますが、2ページにありますように、最初に医学生の臨床実習における基本的医行為についてでございます。

3ページ目から5ページ目ですけれども、こちらは前回、御提示させていただきましたように、平成3年に取りまとめられた報告でございます。一般的には前川先生の名前をとって前川レポートと言われておりますけれども、こちらのほうに26年前に水準Iから水準IIIについて、まとめていただいたものでございます。

6枚目は、医師養成のための卒前・卒後教育の流れということで、卒前教育の現在の状況ですけれども、左側、平成12年の医師法改正以降の、大学による医学教育改革の自主的な取組ということで、平成13年に「医学教育モデル・コア・カリキュラム」が策定されまして、平成17年に、前回も御議論いただきました、CATOという組織で「共用試験」をやっていた、平成26年にはAJMCのほうで「医行為」の水準の策定をしていただいております。

右側の進行中のさらなる取組ということで、平成32年までに臨床実習後の技能・態度を評価する「Post CC OSCE」、ポスト・クリニカル・クラークシップ・オスキーの正式実施に向けて、現在トライアル実施されているということと、平成35年までをめどに「国際水準の医学教育の認証」を目指した組織による全大学の受審の取組を行っております。

ページをおめくりいただきまして、こういったことから、前回、医行為についてのさらなる整理というものは御議論で挙がっておりましたけれども、現在、それに向けまして、平成29年の厚生労働科学研究費補助金で、医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究というものを取り組ませていただいております。

こちらに関しましては、医師としての最低限必要な診療技術の習得のために、医学部の5年生、6年生で主に行われている臨床実習において、適切な指導のもと、診療に関する実務を経験する必要があるということで、診療に関する業務のうち、人に危害を及ぼすおそれのある行為は「医行為」と呼ばれ、臨床実習において、医学生が実施することができる医行為の例示は、先ほどの前川レポートで明らかにされているところである。

一方、前川レポート策定後26年が経過した現在、医術の進歩や医学教育を取り巻く環境変化に対応するため、臨床実習において医学生が医師の指導のもと実施できる医行為を再度明確化する必要がある。こういったことで、臨床実習をさらに質を高めていくことを目

的としております。

研究概要としましては、まず、臨床実習の実態調査ということで、全国の大学医学部の臨床実習において、現在実施されている医行為を調査させていただき、医学教育における実態の調査・解析を行う。

それに基づいて、真ん中ですけれども、医行為の内容を分類していく。例えば、指導医の指導・監視のもとに実施すべきものであるとか、実施が望ましいもの。また、3番にありますとおり、原則として指導医の実施の介助または見学にとどめるもの。こういった例で分類してはどうか。

右側にございますように、これに基づいて医学部学生が行うことができる医行為の明確化ということで整理し、進めていくということで、メンバーにつきましては、下に主任研究者、研究協力者等。また、オブザーバーは、厚生労働省と、すみません、文部科学省が抜けておりますが、文部科学省もあわせて進めさせていただいているところでございます。

続きまして、8枚目がモデル・コア・カリキュラム・共用試験・医師国家試験でございます。

9枚目、10枚目が医学教育モデル・コア・カリキュラムの構成で、9枚目にございますとおり、AからGの各項目に分けられて構成されておまして、10枚目が医学部入学から卒業までの全般的な流れを出しております。モデル・コア・カリキュラムにつきましては、上にございますとおり、学生の学習時間数の3分の2程度を目安としたものでございます。

それから、ページをおめぐりいただきまして、11枚目ですけれども、こちらは「必ず経験すべき診療科」として、5、6年生で主に行われている臨床実習で行うべき7診療科を提示したものでございます。こちらに書いてございますように、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、総合診療科、救急科に加えて、G-4-3の地域医療実習、G-4-4のシミュレーション教育などが含まれているという現状です。

続いてのページは、共用試験、CBTとOSCEの概要が書かれておまして、これも前回、御議論いただきましたけれども、こういった形でCBTが全大学で現在、行われているところでございます。

続いて、国家試験です。13枚目が平成26年度医師国家試験改善検討部会報告書でまとめられたもので、真ん中の主な論点と方向性の赤字で書いてありますとおり、出題傾向として「臨床実地問題」に、より重点を置くこととするといった方向性が打ち出されております。

それから、次の14枚目でございますけれども、医師国家試験の変更点ということで、出題数は500題から400題に減じることと、試験日数については、従来の3日間から2日間に変更する。こういった改革を行っているところでございます。

続いて、15枚目が医師臨床研修制度になります。

医師臨床研修の経緯が16ページ目から18ページ目まで書かれておりますけれども、簡単にざっと御説明させていただきますと、昭和23年にインターン制度開始。

昭和43年に臨床研修制度の創設がされまして、医師免許取得後2年以上の努力義務ということで進められておりました。その後、専門医志向のストレート研修中心で、プライマリ・ケアの基本的な診療能力の修得が不十分といった問題点を指摘されたことから、現在の形の平成16年度の臨床研修の必修化が医師法の改正とともに行われました。

そちらが、17ページにございますように、医師法上、診療に従事しようとする医師は、2年以上、臨床研修を受けなければならないということ。

それから、臨床研修の基本理念として、将来専門とする分野にかかわらず、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならないといった理念で進められております。

平成16年度以降の流れが18枚目ですけれども、16年度の必修化後、制度の見直しを検討ということで、指摘された問題点につきましては、専門医等のキャリアパスへの円滑な接続が妨げられるでありますとか、受入病院の指導体制の格差。それから、一番下にあるような、募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大し、研修医が都市部に集中したといった御指摘がございまして、平成22年度に臨床研修制度の見直しということで、研修プログラムの弾力化、必修科目を7科目から3科目に変えたことや、研修医の募集定員の見直しということで、都道府県別の上限の設定などを行っております。

そして、平成27年度の見直しでは、募集定員の倍率を1.2倍から1.1倍に向けて進めていくといった対応がされております。

ページをおめくりいただきまして、これがその後の到達目標等の検討状況ですけれども、現在、医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループや医師臨床研修部会において、文部科学省における臨床実習モデル・コア・カリキュラムとの整合性等も踏まえた検討が進められております。

20ページから23ページ目までが、実際にどのような形でモデル・コア・カリキュラムと臨床研修の到達目標が関連しているかというものを示したものでございます。

20枚目は到達目標ということで、モデル・コア・カリキュラムと臨床研修の到達目標について、今まで目標については、基本的には項目が合っていない状況だったものを、1から9番ということで項目を合わせております。

それから、21枚目は評価方法でございすけれども、評価についても、今まで臨床研修において定型的な決まったものをお示ししていなかったのですけれども、例えば目標の1番の医学・医療における倫理性につきましては、レベル1からレベル4に分けまして、レベル1については、卒前のモデル・コア・カリキュラムの内容を示しておまして、レベル3になると、臨床研修の到達目標のレベル。レベル2はその間、レベル4は到達目標以上という段階的な評価票を示すことによって、卒前と卒後について段階的に評価できるような形を示しております。

続いて、22枚目ですけれども、必修科の見直しとしまして、22年度に弾力化ということで変わっておりますけれども、平成32年度以降、7科目必修科ということで、内科、救急、

地域医療に加え、外科、小児科、産婦人科、精神科などが必修科目として加わっております。

これによりまして、23ページ目でございますとおり、最初に御説明させていただいたモデル・コア・カリキュラムの臨床実習で必ず経験すべき診療科と、臨床研修における必修診療領域については、おおむね同等の内容を研修できるような形になっております。

以上を踏まえまして、24枚目、今後の見直しの方向性ですけれども、25枚目が今までのことを1枚でまとめたものです。

上段の「これまで」のところにつきましては、例えばCBT、共用試験については、位置づけが不明確であったり、臨床研修については、医学生が何をどこまでやるか不明確。臨床研修につきましては、必修は内科、救急、地域医療のみであったこと。

こういったことから、基本的な診療能力の修得がおくれるのではないかという御指摘を踏まえまして、下段の改革案のところですが、臨床実習の充実、臨床研修での外科等の必修化を通じ、基本的な診療能力の修得が早期に可能ということで、まず、マル1は、医学生が行うことができる医行為を整理ということで、臨床実習の充実。マル2、臨床研修のところ、基本的な診療能力を身につけるために、外科、産婦人科、小児科、精神科を必修化。マル3が、医学生の共用試験（CBT）の位置づけについて整理。第4は、「Post CC OSCE」の正式実施。第5は、国家試験の出題傾向として「臨床実地問題」により重点を置くといった案を示させていただいております。

次のページですが、医師の卒前・卒後教育に関する今後の改訂時期として、前回、御議論いただきましたように、卒前・卒後教育を検討する実施主体と改訂年度が異なっていることから、今後、同時期に改訂を目指す方向で検討を進めているところでございます。

27ページ目は、参考に近年の改訂の状況を示させていただいたものです。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

この件につきましては、前回も皆様、御議論いただきましたけれども、また事務局から、それも踏まえて御説明がありました。

何か御質問、御意見等あれば承りたいと思います。いかがでございましょう。

それでは、立谷構成員。

○立谷構成員 この話、前も私、申し上げたのですが、もうちょっと前に話を進めないといけないと思いつつ、この臨床研修制度が導入されたとき、医師不足の問題が起きたのです。卒業してすぐに現場に参画すべき若いドクターが研修に回って、その分の医師不足の状況が起きたということは記憶に新しいというわけでもない、大分前の話です。

前にも申し上げましたが、臨床研修制度の導入の結果、医者として、ドクターとして社会で活躍する期間が2年おくれた。その間、勉強しているからいいではないかというのですが、そこに後からも議論が出ますけれども、専門医で3年ということになると、卒後5年、研修で消費され、社会へ出る期間がそれだけおくれる。特に、女医さんなどにとって

は大変なことだと思うのです。

そういう問題の中でも、地方の病院は何とか研修医を集めようとするわけです。研修医を集める、その一番の動機は、その研修医が将来、この地域に残ってくれるのではないかという期待です。将来の医師確保のために何とか集めようとする。さっき都市部に集中する問題があると言いましたけれども、地方は研修医に対する報酬を高くするのです。高くすることによって、卒業生の中でも経済的に大変な人もいますから、そういう人たちがどちらかというと来てくれます。しかし、これは後からの議論とリンクしてきますけれども、そういう人たちも都市部の基幹病院で後期研修というか、専門医研修を受けようとする。

相馬市では隣の新地町と一緒に公立相馬総合病院という病院を運営しています。この病院でも研修医を集めなければいけないというので、研修指定病院をとるだけの努力をして、それなりの手続を踏んで、体制もつくって、給料も高いわけです。例えば、今年来たのは横浜市立大学。遠くから来るのですが、初期研修が終わると帰ってしまうのです。そうすると、地方の病院にとっては余り役に立たない。

というのは、病院は、初期研修が終了しましたというレポートを厚労省に出すのに大変な思いをするわけです。それから、指導医は指導医で相当な時間をとられる。問題の研修医は、実際の診療への貢献度は全くゼロで、役に立たないです。ですから、地域医療の観点からすると余り有効なことではない。だけれども、別の観点からすると、医者 の質を高めるためだという議論。地域医療の観点から言うと、全く相反することになる。

私、申し上げたいのは、この資料の11ページをさっきぱっと見て、医学部でこういうことをやらなければいけないということが示されているのですが、これは研修医の必要項目なのかなと思ったら医学教育なのですね。研修医として取得すべき資質の相当部分が、私は医学教育の中でもこなせるのではないかと思います。ですから、医学教育を充実させることによって、大学を卒業して、国家試験合格と同時に総合診療ができるような医学教育をすべきではないかと考えます。これは相当突っ込んだ議論になってきます。

そうなりますと、専門医のための教育というのを2年間前倒しできることになると思います。専門医制度については後からお話しさせてもらいたいと思っているのですが、相当な問題が出てきている。その問題の一つ環として、例えば、公立相馬総合病院のような、田舎の病院で研修医を養成しても、研修修了までいっても、結局、都会の病院に行ってしまうという事例が毎年、起こっているわけです。

ですから、医師の質をよくするのだという議論と、もう一つは、医師は何のためにいるのだという議論があります。医師は、国民医療あるいは地域医療のために存在しているわけですから、評価委員の先生方の顔ぶれを見ていると、この中で国民医療という観点で全体のところから考えている先生がどのぐらいいらっしゃるのかなという気持ちに若干なります。

ですから、もっと大局的に、医学教育というのは何のためにやっているのだ。その結果、どうやって社会に貢献するのだ、国民医療にどうやって貢献するのだということを考えて

いったときに、私は医師の質をよくするという議論だけでは世の中、立ち行かないのではないかと思います。そこで問題提起させていただきたいのは、医学教育の中で取り組める分については取り組んでいって、初期研修の2年間のデューティー、特にこの2年間は保険診療できないわけですから、これを改善していかないと、是正していかないと、もうちょっといい形にはなっていないのではないかと。医学的教育にはそれだけの改善余地があるのではないかと考えていますので、問題提起させていただきたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、順番で、今村構成員、加納構成員、お願いします。

○今村構成員 25ページの事務局から御説明いただいた総合的な診療能力を持つ医師のシームレスな養成は、今まさしく立谷構成員がおっしゃった医学部教育の見直しという非常に重要なことが示されていると思います。ここに1番から5番まで改革の取組というのが記載されていますけれども、これは一連のものであって、相互に密接に関連しているので、ばらばらな議論をしていくと従来と同じことになってしまうことが懸念されます。

26ページにありますように、近年の改訂年度。それぞれ改訂される年度がずれているので、例えば医学部教育をいつまでに、どのように見直すかということは、その後の臨床研修の話にもはねてくるのに、例えば臨床研修のあり方が先に議論されて、結論が出てしまうというやり方になっているような気がします。この辺の5つの具体的な改革案について、どのようなタイムスケジュールで、いつごろまでに全てのあり方というか、医学部教育、国家試験、臨床研修も含めて、そして専門医も含めての検討をされるのかという、おおよその全体観をお持ちの上で議論することを提案されているのかどうか、教えてください。

○遠藤座長 では、事務局、お願いします。

○櫻本企画調整専門官 御指摘ありがとうございます。

まず、スケジュールについてでございますけれども、確かに1から5番について、まとまったスケジュールをお示ししておらず、大変失礼いたしました。

まず、マル1から順番に御説明させていただきますと、マル1の医行為につきましては、7ページでございます研究班のほうで、今年度中をめぐりに一定の医行為の整理をすることを考えております。

それから、マル2の基本的な診療能力を身につけるためという臨床研修につきましては、医師臨床研修部会のほうで議論しておりまして、平成32年、下側の改訂年度で言うところ「(H32)」となっておりますけれども、そちらを目指して改革を進めているところでございます。

済みません、1、3が一緒ですけれども、医学生の共用試験の位置づけの整理につきましても、医学生がやる医行為の整理とか、CBTが終わった後の位置づけといったことと非常に密接にかかわってきておりますので、1番と3番をセットで検討を進めていきたいと考えております。

それから、4番の「Post CC OSCE」の正式実施につきましては、6ページ目でございます。

すけれども、平成32年までに、文部科学省あるいはCATOのほうで「Post CC OSCE」の正式実施に向けてトライアル実施を進めているところでございます。

また、マル5の出題傾向としてという国家試験のところにつきましては、13、14にございますとおり、既に一定程度進めさせていただいているのですけれども、次のページにある同時改訂のところ、さらに一連のものとして進めていけるように検討を進めていきたいところでございます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

今村構成員、よろしゅうございますか。

○今村構成員 ありがとうございます。

これは、医学部教育だと文科省の所管になりますし、国家試験だと厚労省所管ということになりますが、本日は両方の省が来られていて、密接な連携のもとに御議論いただくという、当たり前の話ですけれども、そういう方向性でやっていただければということ。

また、国家試験のあり方も、知識重視から、いわゆる臨床的なものを重視する方向に変えていくべきだと思っています。そのためには、その前の医学部教育を見直さなければいけないということだと思しますので、ぜひそこはしっかりと連携してやっていただければと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

お待たせしました。加納構成員、どうぞ。

○加納構成員 ありがとうございます。

今の内容等に関連しての話ですが、荒井知事が出されている資料がございまして、別添に幾つかの図が載っているかと思えます。もともと初期研修が始まった平成16年度と比較して、この時点でいわゆる5都道府県、大都市群から臨床研修は2割ぐらい減ったということでした。この下の図を見ますと、25年から28年にかけての初期研修に関しては、順調よくかどうかわからないですけれども、右上がりになっていってます。一方で、後期研修に関しては、今回、初めてなのかどうかわからないですが、30年度に関しては、これは専門医制度の影響なのかどうかわかりませんが、初めて右下がりになったという傾向の図が出ております。

これに関しまして、今回の新研修制度は、大都会集中と言いながら、地方へ研修医は出ているのだなということはおわかりなのですが、先ほどの議論で、この59.5%、60.3%と初期研修医が増加しているのに、後期研修医は54.2%、53.9%へ下がるのが問題なのかなと思います。これを見て、今後は我々、しっかりと偏在の話を考えていかなければいけないのかなと思います。これについて、下がった理由は専門医制度にあるのでしょうか、これは林参考人にお聞きしたほうがいいのかと思います、どういう形で図が出てきたのか。

○遠藤座長 それは、専攻医の採用・登録状況という第2番目の課題で議論したいと思

ますので、まだ初期研修。

○加納構成員 初期研修の話に関連するかなと思ったのですが。それでしたら、そのときに確認させていただきます。

○遠藤座長 ほかにございますか。

それでは、山内構成員、お願いいたします。

○山内構成員 今、お示しいただいたのですが、1点確認なのですが、平成35年までに行われる国際水準の医学教育の認証ということにおいては、今、ここに出していただいている医学教育の仕方以上には変わらないということによろしいでしょうか。ということは、立谷市長から御指摘があったように、欧米はカレッジに4年行ってから、4年間、メディカルスクールという形と、高校卒業から6年の医学部という日本の教育の中で、初期研修の2年間というものが欧米の医学部の3、4年生に当たるようなところもあったと思うのですね。

そういった意味で、医学教育をその中で前倒しにするならば、欧米と同じように卒業から、内科なら内科、外科なら外科基盤の専門医に行くことによって、その研修の期間を短くできるということも想定できると思うのですが、そこを確認させていただけますでしょうか。

○遠藤座長 では、事務局、お願いします。

○眞鍋文部科学省企画官 文部科学省医学教育課企画官の眞鍋でございます。お答え申し上げます。

現在、JACMEと言われる組織が医学部の教育について国際的な認証を行っております。その中で、特に今の医学教育に影響を与えるところに関しては、今、御議論がありますけれども、臨地実習、臨床実習を充実させなければならないというところであろうかと思いません。今、各大学がそれに必死に取り組んでいるところであります。臨床実習の場確保になりますと、大学病院だけではなくて、市中病院の力も借りなければならないということで、今、大きな見直しをしていただいているところと思っております。

私どもが毎年夏にやっておりますワークショップがあるのですが、そこでアンケートをとりますと、平均的に臨床実習は40から50週ぐらいという答えが出てくるのですが、今回の国際認証の基準に合わせますと、恐らく70週を超えるような水準で臨床実習をさせなければいけないということになるかと思っております。そういうことを考えますと、大学の臨床の力を上げるために取り組む方向で、今、各大学で取り組んでいるところだと認識しておりますので、この認証を35年までに全大学が受けるという予定で進めておりますので、そうなった暁には、臨床レベルがかなり上がった学生が輩出されてくるだろうと思っております。

○遠藤座長 山内構成員。

○山内構成員 そうなりましたら、今、各大学の努力目標でやったださっているということで、医学部の教育の中に2年間やっている部分の臨床実習が少しずつ組み込まれて、

それと同じ程度のレベルが保障されるようになってくると、将来的には初期研修を見直すというか、なくすという形の議論もされてくるという認識でよろしいでしょうか。

○遠藤座長 医事課長、どうぞ。

○武井医事課長 御質問ありがとうございました。

医学教育が変わってくることに伴って、当然、臨床研修も変わってくると思いますし、今回、臨床研修部会でもいろいろ御議論いただいたのですけれども、ここに一部出ているように、シームレスにいろいろなものを改善していこうということがとても大事なことだと考えております。そのために、以前は別々に議論していたところも一緒に議論するようになりましたし、会議の場も従来は別々の場だったのですが、合同で開催するという文科省と厚労省の連携といった取組も始まりました。現時点では、臨床研修を将来どうするというについて明言することはできませんが、将来的にはシームレスに考えていく中でしっかり検討してまいりたいと思います。

○遠藤座長 山内構成員。

○山内構成員 専門医のほうも見直されてきて、今までは専門医制度がなかったというか、専門に入っても一般の内科のカリキュラムが余りなく、専門の内科に入っていたりということがあったので、初期研修をいろいろな科ができるようにということで研修されていたのですけれども、その上と下が直ってきたら、その見直しということも含めて、両方から。先ほど立谷構成員が御指摘いただいたように、医者へのトレーニングの期間がどんどん長くなると、それだけ実地に地域に出ていく人たちも少なくなりますし、そういった観点からも引き続き御検討いただければと思います。

ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

お待たせいたしました、林参考人。

○林参考人 本日、荒井知事が所用のため出席できないため、代理での出席をお認めいただきまして、ありがとうございます。

先ほどから医学部教育について、非常に期待が大きい構成員からの御指摘がありましたけれども、本県も県立医科大学を持っている関係上、この点については非常に大事なことだと思っております。臨床実習が72週ということで各大学、取り組まれていると思うのですけれども、臨床実習の期間をふやすことには熱心なのですけれども、そこで時間が1.5倍にふえたからといって、それだけ質を上げるとか、できることがふえるようになるまで本当に達しているのかということに非常に問題意識を持っております。

こういった資料で文部科学省さんから出される資料は、モデル・コア・カリキュラムをこう変えましたという資料が多いのですけれども、実際に医学教育の場で教えられることの質、要するに教育の質を測るとか比るとか、あるいは向上したかどうかを確かめるという取組を文科省さんのほうでされているのか、あるいはされていないとすれば、これからしていただけないかという要望ですけれども、もしあれば教えていただければと思いま

す。

○遠藤座長 眞鍋企画官、お願いします。

○眞鍋文部科学省企画官 文科省でございます。

林参考人の御指摘、非常に大事だと思っております。文科省といたしまして、この臨床実習に限って申し上げますと、まず見学型が中心である実習を診療参加型にぜひ変えていただきたいということで、各大学には御説明しています。これも私ども、アンケートをとってわかっているのですけれども、医学生、それから現場で授業をされる先生もお忙しいということもあり、見学型中心になりがちだったところを診療参加型にするということで、これは現場にとっては相当負担も増えますけれども、効果もあるということで、進めていただいていますし、今回の国際認証も、そういう診療参加型の実習を増やすということで認証になっております。

そういう外部評価が進んでいくと、実際にはそういう診療参加型で医学生が卒業時に臨床の力がついている医学生がふえてくると思っているところであります。

○遠藤座長 ほかにございますか。

立谷構成員、お願いします。

○立谷構成員 今の議論は、見学型の実習と臨床参加型の実習との比較ですね。今までは、どちらかというとな大学の取組は見学型の実習だったのです。それに対して、初期研修は臨床参加型の実習。ですけれども、当然、初期研修医の場合は、医師免許を持っていながら自分の責任でできないということだった。どうせできないのだったら、これは大学でやっても同じではないかというのが我々の考え方です。

臨床研修制度というのは法律で決まったことですから、法律で決まっていることを今後どうするのですかと国の職員に聞いても答えられないことだと思います。そうであれば、この場で一つの提言として出していくことがあってもいいのではないかと思います。初期研修の時間を短くするか、あるいは将来的に思い切ってやめてしまうか。その分、医学教育を充実させることによってできるのであれば、国民医療にとってはそのほうが絶対いいですから、初期研修の時間を早く切り上げて、どちらかというとな専門教育のほうに回す。そういう方向しかないのではないかと思います。そんなことを御提言申し上げたいと思います。

○遠藤座長 御意見として承りました。

桐野構成員、お願いします。

○桐野構成員 医師をどういうふうに養成するかというのはいろいろな考えがあって、今、おっしゃったように、欧米では26歳でお医者さんになるというのが多い。日本は24歳で6年間ありますから、その6年間で、26歳で医師になる国と同じレベルに持ち上げるのは、医療の高度化や複雑化という観点から言えば、いろいろ無理があるのです。医師を何歳ででき上がりにするかというのは、いろいろな考えがあります。例えば、高校から医学部をつくって、20歳にはお医者さんにしてしまうという考えだってあるけれども、先進諸国

はどこもそういうことは採用しておりません。大体は24とか26で責任を持って診療するというやり方をやっております。

それから、初期臨床研修制度がなぜ必要になったかというのは、いろいろあるのですが、私個人は、卒後、いかに医学部教育を充実して、現在、50週ぐらいやっている臨床実習をもうちょっと臨床参加型にして80時間ぐらいにすれば、初期臨床研修制度の2年間の経験は全然要らないかという、それでは基本的診療能力は獲得できないだろうと私は思います。ですから、初期臨床研修制度も専門医制度ももっと充実していかないと、医療の高度化や複雑化に対応できないというのが一方の考えです。

だけれども、それをどんどん切り詰めて短くして、なるべく早くお医者さんを出せという考えだって十分あり得ると思います。ただ、どれが将来の日本の医療のために役に立つかというのは、相当議論しないと難しいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 済みません、ちょっと論点がずれるかもしれませんが、事務局へ質問です。

前川レポートが出て、これを拝見すると、かなり踏み込んだ医行為が実施できることを平成3年に出されていて、それをほとんどの学生が行っていないから、参加型の臨床実習ということになってきたのだと思うのですけれども、今回、新たに研究班を設けて、その調査を実施して、どういう行為が行われているか、改めて調べますと。そこから、また新たに行方を分類して、何ができるかを議論しますとなっていますけれども、今まで、どんな大学でどの程度のことを学生にさせていたのかという調査自体が過去にあるのかどうかということ、できなかつたら、なぜそれができていなかったのかということが把握されているのか。

つまり、これだけのものがしっかりとつくられているのに、それが実施されなかったのかということの理由というのがわかっているのか。多分データがないからわかっているのだと思いますけれども、念のため確認する次第です。

教育は、結局、教育者というか、先生方、確かに今、臨床は非常に忙しいですけれども、教えることにすごく熱心な先生もいるのですね。教育というのは、結局そういうもので、教える側が人に教えることで自分も学ぶという経験も物すごくできるわけで、全ての医師がそういうことができるのか。あるいはそういうことをやってもらうためにはどうするのかという、教育・指導する立場の先生たちへの教育というのも必要なのではないかと。ちょっと抽象的なお話になりますけれども、思っています。

質問だけお答えいただければ結構です。

○遠藤座長 では、事務局、お願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今までの調査ですけれども、AJMCなどで一部の大学とかで調査している実態がございますけれども、今回は全医学生に対して、果たしてどれぐら

い回収できるかわかりませんが、やろうと考えております。

また、なぜいま一、実習が進んでいないかというのは、いろいろな原因があると思っています。例えば、前川レポートが平成3年ですので、周知されていないところが1つございます。なので、医学生だけではなくて、臨床実習の責任者に、その大学において一つ一つの行為において、やらせる方針なのか、そもそも見学しかさせないつもりなのか。大学自体の方針なども聞くような調査も予定しております、そういった結果も踏まえて、何でできていなかったのかというの、一部わかるようなところが出てくるのかなと思っています。

○遠藤座長 森構成員、お待たせしました。

○森構成員 話はとてもよくわかるのですが、医学生は今、かなり疲弊しているのです。なぜかという、毎週のように試験をやらされて、詰め込み、詰め込みでやっている状態なのです。なので、相当改革しないと、医学部を充実すれば初期研修の2年が減るとか減らないという話ではなくて、とりあえず、今やっていることのロスがあったら、それを排除して、きちんとした6年間の医学教育をやるということをやらないと、今、教えることがどんどんふえているものですから、詰め込み状態になっているのですね。

だから、そこへ臨床実習をまた増やせという話をしてくと、これはパンクする人がどんどんふえてくると思います。その辺の視点もきちんと捉えていただいて、ロスをきちんとカットした上で増やすということをやらないと、うまくいかない。

それから、もう少し余裕のある医者をつくらないと、がちがちの状態にどんどんなっていくと、現場でほとんど使えないですね。せっかく早く出てきても、ほとんど現場では使えないような医者が出てきますので、そのあたりのことも十分踏まえた上で、ロスをカットするというのも考えに入れていただきたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

渋谷構成員、どうぞ。

○渋谷構成員 今のお話にちょっと関係するのですが、医者と同じような職人の世界、寿司屋がいると思いますけれども、例えば寿司屋でも一人前になるのに10年かかると言っていたのが、3カ月のトレーニングで、寿司屋として、まあまあの味を保つようなベンチャーがあると思います。それと同じで、進学論争を僕は避けたいのですけれども、医師だとこのぐらいの年数だったらというのは、今の時代はナンセンスだと思っています。

例えば、アメリカの某医学部だと講義をやらなくて、本当にビジネススクール的なケーススタディーとか、現場に放り込んで、自分で考えさせて、自分で問題を発見させてやっていく方針とか、全て医学以外の分野では進んでいるわけです。ですから、立谷先生がおっしゃるような、最低限の知識は大事だと思いますけれども、それ以上は現場で学びながら、自分でやっていく方法を我々は教えていくような形にしないと、今までのやり方をそのままにして、新しい知識を入れれば時間はふえますけれども、取捨選択して、テクノロジーも入れながら学生を指導していけるような方向でやっていくしかないのではないかと

思います。年数ありきではなくて、中身ありきでやっていただければと思っております。  
○遠藤座長 ありがとうございます。

まだ御意見あるかと思えますけれども、少し話を先に進めさせていただきたいと思えます。非常に重要な御指摘を多々いただきましたので、これらの議論につきましては、御意見を踏まえまして、事務局におかれましては、文科省、厚生労働省、それぞれの御担当で所要の進めを進めていただければと思えますので、よろしく願いいたします。

では、次でございます。「専攻医の採用・登録状況について」、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。よろしく願いいたします。

○松原参考人 資料をお配りしております。ただ、この資料につきましては、1次の認定は終了しておりますが、2次の分は応募した数字であって、登録して、最終的にこれが認められた数字でないで、まだ外に出すのは少し早いということで、回収させていただくことを厚生労働省さんとの話でこのような形で出させていただきました。

これにつきまして、幾つかの問題点があるのはたしかでありますし、なぜそのようなになったのか、私どもも随分議論しているところでございます。簡単に申しますと、1次の結果、7,791名が応募していただき、辞退者はまだ反映しておりませんが、各医療機関にこのような形で応募され、それが認められたということであります。

ページ2でございますが、これは2次の登録者数であります。現在、登録した方について、各医療機関がそれを受け入れるかどうか、あるいは調整して対応するという事で、まだ合格者数ではございません。したがって、合計した数字が出にくいので、このような形になっているやに思うのですが、2次の応募者が右下、569名ございました。1次の決まった方と2次の応募者を集めて、どのような形になるのかということをお検討いただきたいと思います。これにつきましては、私は全部合計した数字を出すように言っていたのですけれども、ばらばらでまことに申しわけございません。

資料2でございますが、今回、そのようなことに対して検討した結果、1次登録で7,989名が登録して7,791名が採用。そして、2次で569人が新たに登録というところまでの資料でございます。

大都市集中を何とか抑制しよう。これが私どもの今回の大命題であります。幾つかの点からそれを検討し、大都市で採用するにおいて、どの程度募集をかけるのか。それにつきまして、過去5年の専攻医の採用実績を各学会に出していただくようお願いしました。ただ、採用実績につきましては、御存じのように、これをきちんとやれる学会は脳外科学会だけでございます。というのは、去年、大都市においてシーリングなしに数字をきちんと出して、プログラムを走らせたのは脳外科学会だけあります。

内科学会はカリキュラム制でございましたので、御存じのように、どこに誰がいるかわからない。あるいは、どこに行くのかわからない。そして、誰が指導するのかについても明瞭でない状態を、今度、プログラム制に変えて、どこに誰が行って、誰が指導して、どのような研修をしたのかということをお明らかにするやり方に変えるということでございます。

す。東京、神奈川、愛知、大阪、福岡に偏らないようにするということに、外科学会あるいは産婦人科学会も同じくカリキュラム制でやっておりましたので、一体何人が採用した実績となるのかということを集めることが大変難しゅうございました。

そこで、各学会にお願いしたのは、各学会の専門医を受験する方の数、そして合格者の数、あるいは各学会において、これが正しいだろうという数字を出していただきました。それにつきましては、各学会にお願いしたところでございます。その各学会の数字に基づいて、今回、その平均値を出し、大都市に集中しないようにということで、外科や産婦人科においては絶滅危惧種と心配されておりますので、大都市への集中を解除しましたが、あとの学会につきましては、この5年間の専攻医の採用実績をきちんと出していただいて、それに基づいて募集をしていただきたいということで出したところであります。

これにつきましては、各学会にお願いして、各学会の出された数字を機構は受け取って対応したわけではありますが、最終的にその数字とどれぐらいずれているのか。そういったことを検討しつつ、この5都道府県に偏っていないということに対応するために、各学会にお願いして、1次応募のときも、これについては修正していただきたいところは修正していただいて、今回の数字になっております。

2次の応募につきましても、そこにあいたところで、5都道府県で定員が十分に満たされているところはお願いいたしまして、その採用の受付をしないという方向で、この2次の応募の数字が出ております。応募の数字を見ますと、1次と合計しまして、ほぼ最初の予定の専攻医採用実績と一致していると私どもは思っています。しかし、幾つかの批評があるように思いますので、その説明を少ししたいと思っております。

この会議後回収の別紙1と別紙2ですけれども、これを合計しますと、今回の人数。もちろん、先ほど申しましたように、2次の募集において採用されない方も出てまいります。3次の募集については、現在、機構では5大都市を除いて対応していただきたいということをご理事会で検討しているところでございますが、こういった数字につきましては、幾つか私どもも検証いたしました。2つの問題がございます。

1つは、東京都の数字がかなり大きいので、これがいかなるゆえんなのか。これをどのように理解するのかということでございます。

また、これについて、都道府県において確かに数が多いようなところもございます。それがなぜそのようなことになったのかということを検討いたしました。そこにおいて、私たちの一つの結論は、今回は基幹病院のある県において基幹病院に登録していただくということでございますので、当然、東京都は大学病院も多うございまして、大きな病院も大変数が多いので、そこに登録して、そして地域医療のために各都道府県に対して、人を1年目、2年目、3年目の間に送っているというのが実際のところでございます。

そういった観点から見ますと、東京が送っているところは、特に関東地方。そして、歴史的に静岡、山梨も含めて、これまで大学病院も含め、大きな病院が人を派遣し、そして関連施設として実際に医療を行っております。そういったことで、数字がいかがかという

ことを検討しますと、北海道ブロックはざっとした数字でございませけれども、236名、そして東北ブロックが423名、中部ブロックと関東ブロックにつきましては、静岡県がかなり減っているので、これはなぜかということも随分検討したところ、歴史的に静岡県に東京から人を送っていた。簡単に言いますと、本籍東京で住所地静岡の方がかなりいらっしゃいます。

近畿も、近畿一円に出している京都大学は、京都においてかなり人を集めているようでもございませるので、そういったことも含め、各ブロックで計算しますと、この集中はほとんど解除されていて、一番多いのは関東ブロックの1.44%が、専攻医数との比較においてふえているということだけで、あとは中四国ブロックが減っていると私ども、思いました。

ただ、これの組み合わせのときに何と比べるかということでもございませ。比べる資料が実際のところございませせん。そこで、一つの指標として、厚生労働省さんが三師調査で集めている資料を私ども、参照してみました。三師調査の数字がどのようなものか、考え直したのですが、まず第1点目は、卒業して、研修医は研修と入ります。3年目、4年目、5年目は、その年に在籍しているところが在籍地となります。そして、それ以上についても、同じく本人がいるところが在籍地となりますが、そういったもので2018年の三師調査で内科、外科、その他において、3年目の医者がどこにいるかということ調べて比べた結果を申し上げているところでもあります。

三師調査においては、先生方も書かれたことがあると思ひますけれども、12月の忙しいときに調査票が来て、それを書かねばならないので、精度にかなり問題があることがわかりました。実際に集めている数と医師の数が、医師免許を持っている人たちと、それを提出した人との間にかかなり乖離がある。これは何を意味するかといひますと、全ての人アンケートに回答しているわけではないということでもあります。そういったことも含めまして、何をもって補正するかということでも、これはある程度、率をもって補正するしかないだろうと思ひましたので、互いの率で計算しましたら、今、申しましたように、関東が1.4%オーバーということでもありました。

ただ、関東においての東京はちょっと特殊な事情がございませ。何が特殊かといひますと、今回は3年目の医師が対応するところ。つまり、前回まで研修医だった人が、今度、新たに3年目の医師になるところにおいて、この専攻医の数が出ているわけでもありませけれども、それと2018年の3年目と比べてみたときに、どこに大きな差があるかといひますと、今回の機構での専門医というものは、4年目、5年目、6年目の方も皆さん、そのプログラムに参加されています。

特に、東京でそれが顕著で、正確に分析したものをまた発表申し上げますけれども、精神科とかリハビリといったところにおいては、4年目以降の人がかなり入っていて、簡単にカウントして、全部で8,600人のうちの八十数人はそういった4年目の方です。関東ブロックで全体の1%ぐらひはその方たちがいらっしゃいます。新たに勉強しようと思ひて東京に移動することも大変重要なことだと思ひますが、そういったものを考えますと、

この1.44というのは、私どもが考えているのは、関東で見たときにはそう大きな差ではなかった。

特に、千葉とか埼玉とか神奈川はマイナスになっておりますが、ここがなぜ起きたかという、本籍地が東京都で、実際の住所地は埼玉、千葉という医師がかなりいるということであり、本籍地として基幹病院を登録し、その基幹病院のあるところが本籍地として県に資料が出るわけであり、大きな県に在籍しながら、実際に医療を行っているのは周辺のところである。これは同じような傾向がございまして、近畿も九州も中部も、東北は今回かなりふえている状態で、北海道もそうであります。北海道は1つの道で1ブロックでありますけれども、それで計算しますと、エリアにおいては医師の数は大体収束して、適切な数が出ているということでもあります。

そういったことで、東京にかなり集まったので、医者がいなくなったやに報道している機関がございまして、私どもは、それは間違っていると思っています。最終的に育てば、関東で半年やれば、半年後には関東圏に派遣されているというのが実態であります。

次に、もう一点、内科が非常に減ったのではないかということについて、私どもも十分議論いたしました。ここにおいて大きな問題があることが1つわかりました。内科において、全体の数字は厚生労働省さんが出していただいている1枚物の回収資料、裏側に事務局提出というものがございまして、これにおいてわかっているのは、8,360人が今回、1次に募集が決まり、2次で応募している方です。そして、7,077が3年目の医療調査数が28年のときにこれだけいたということでもあります。

ここにおいても一つ考えておかなければならないのは、地域枠の人たちがふえているので、かなりの人数が実際には増加している。その中で、内科が2,659で、3年目の医師の内科と総合診療を合わせまして、ある程度しかふえておりません。このところがどういう意味を持つのかということは今、検討しているところでもあります。三師調査というのは、先ほど申しましたように、専攻医の数と比較するのに完全なものではございません。かなりデフェクトがあります。

これがいろいろな問題があると思っておりますけれども、例えばこの調査において、先ほど申しましたように、専攻医のところは4年目、5年目、6年目が入っているということ。さらに、内科の場合には、内科の基幹病院と内科の関連基幹病院とか関連した病院というものがああります。それを見ますと、内科医として専門医を取りたいと思って修行して入っている人たちの数というのは、実際に内科学会の認定医の応募者から十数%の再受験者を除き、内科の場合には他科からの受験者がございまして、小児科の方がかなり多うございまして、その方たちが数%いますので、それを引くと、80%ぐらいが受験者数の中で内科の専門医をきちんと取りたいと思っておられる。

つまり、先のサブスペシャルティも含めてとりたいと思っている方たちであります。そういった方たちの数を外しますと、内科学会のデータの2,659というのは、きれいに一致したデータであります。そういったことを考えますと、内科が減ったのではなくて、実際の

内科を示している数字が、今回、私どもが出した専攻医の数であって、移籍登録の3年目の数字というのは少しずれているのではないかと考えています。

かなりふえているところを補正するという方法もありますけれども、そこで1点だけ、少し物議を醸すかもしれませんけれども、三師調査というのは、全ての病院において内科に携わっている人の数であって、内科の専門医を取ろうと思って、そうした内科のプログラムの前のカリキュラムのときに基幹施設に行き勉強している人たちの数とは乖離しているということでもあります。つまり、そういった内科の専門医を取ろうと思って内科に行っている方の数は、三師調査の内科の数よりかなり少ないというのが実際であると、私たちは今回、見ております。

いろいろな科に行かれる方、内科で勉強してからリハビリに行かれる方、あるいは内科で勉強してから救急に行かれる方、病理に行かれる方、麻酔に行かれる方もいらっしゃいます。そういったことを考えると、この数字自体は、内科学会が持っているデータとほとんど一致していますので、私は内科医が大変少なくなったという報道に対しては、内科学会とともに、それは違っていると考えています。内科学会で実際に内科専門医になろうと思っている人たちの数は、私どもが今回出した機構の合計。そして、確かに総合診療も内科の一部であるという意見もございますが、それを合わせれば、きれいな形で一致しております。

そういったことについて、三師調査が全て専門医の比較できる対象であるという主張に対しては、私どもは反対いたします。むしろ、今回のデータをもとに、ことし、来年、再来年と積み上げていくデータをきっちり把握できるようになりましたので、それをもとに十分に議論してまいりたいと考えています。そこにおいて、偏ったからだめだとおっしゃっている方々にとって、確かに自分の評価に専攻医が来なかったからけしからぬと言っておられる病院の経営者の方々、多くいらっしゃるのによくわかりますが、内科学会が自分たちが指定したものでしっかり育てていきたいということについては、私はある意味では国民にとって大事なことだと思います。

ただ、国民の医療をきちんとやることと、質を高めることにおいては、立谷先生がおっしゃいましたように、よほど検討しながら国の中で決めていかないと、幾ら質が高くなっても、行く人がないような地域が出ては、これは私は大きな間違いだと思います。そのところにおいてバランスをとりながら、機構としてはさらに検討してまいります。

総合診療につきまして、今回、162人が応募してくださっています。これについて、最終的な数字が183となる予定であります。こういったものにつきまして、私ども、一番心配したのは、大都市に集中してしまえば、内科が幾らシーリングを引っ張っても、内科と非常に近い総診へ行かれますと、地域医療が大変混乱しますし、これから地域医療を担っていただきたい人たちが全て都市に集まり、内科によく似た総合診療で勉強するということが集まると、また大きなトラブルがありますので、理事会で十分議論し、地域において実際に勉強してもらおう。そういった方々がふえれば、地域で一番困っている最前線の中

小の病院、国民健康保険が対応している診療所に今、人がいなくて大変困っています。

そういったところで、指導者はおりますので、勉強していただきながら、地域において国民医療を支えるようなことを勉強していただきたいという結論を理事会で得ましたので、こういったことで対応しているところでもあります。私どものテーゼである、大都市に集中するのではなく、地域で実際に仕事ができる医者を育てるということにおきましては、理事会で十分議論した上での結論でございますので、御理解賜りたいと思います。

長くなりましたが、以上が私どもの今回のデータについての御説明でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

早速、御意見、御質問いただきたいと思います。

立谷構成員、どうぞ。

○立谷構成員 私のほうから提出した資料は、福島県の地方紙である福島民友の今日の記事です。宮城県では河北新報という地元の新聞があるのですが、同じような記事が掲載されています。多分書いている人は一緒だと思います。地域の偏在について書いてあります。

今の先生の話ですと、専攻医は東京にいっぱい集まっているけれども、それは登録している人である。実際、そこから地方に派遣されるのだから、このとおりではない。あくまでも登録者の数であって、実際には登録先から専攻医が地方に派遣されることになるので、実数はこのとおりではなくなるのだというのが先生の今の説明だったと思いますが、私、そこに非常に問題があると思っています。先生の話聞いて、20年前の大学の医局の様子を思い出してきたのですが、登録した人を派遣するのは、誰が派遣を決定するのか。誰が派遣先を決定して、誰がどこに頼みに行き、どういう仕掛けで派遣するのか。これは、ある意味で失礼になるかもしれませんが、昔の大学医局の復権です。つまり、基幹病院というのは、ほとんど大学病院です。

それでいいのかという、一つの大きな疑問があります。ですから、基幹病院に集めて、そこから地方の病院に派遣するから、地方もいいのだという考え方が日本の地方の医療を果たして救うのかどうか。私は、極めて疑問です。地方の医療機関で、基幹病院におまへのところにやってやるからと言われなかったところはなるのですかという問題がある。県の地域医療協議会が調整するという話がありますがけれども、それぞれの県の地域医療協議会にそんな力はあるとは思えません。私は、これは明確に昔の時代に逆行する話だと思います。

この現象が、今までだと研修医とか専攻医が余り集まってこなかった病院でも、東京の私立大学の医局はみんないっぱいということに表れています。昔から名門と言われて、人がもともといっぱい集まったようなところにはもちろんたくさん集まっています。ちなみに、慈恵医大の大木先生の外科には290人います。先生のところは、地方にいっぱい派遣していますが、要望のすべてに応えることはできない。290人の医局で全部カバーすることはできないですね。

ですから、京都大学が近畿地方のどこまでカバーするのか、カバーしてもらえるのはど

こなのかということを考えてときに、私は基幹病院にいっぱい登録して、そこから地方に派遣するからいいのだという話にはとても納得できない。こんなことをやっていたらどうなるのだろうという心配があります。これは改善していく必要があるのではないかということをお指摘させていただきます。

○松原参考人 一つ一つ答えさせていただいていいですか。

○遠藤座長 そういうやり方でいきますか。そうしたら、松原参考人。

○松原参考人 先生、おっしゃるとおりです。私も、ここまで明瞭な形になるとは思っていませんでした。私がやった総合診療のところは、全て基幹病院と、どこに行くかということをおスケジュールできっちり示していただいて、そこに登録した専攻医が行けるようにしました。

ところが、各学会が今までやってきたのは、基幹病院に集めておいて、関連病院が10個ぐらい並んで、その中でどこかに行ってもらいますよという形にしているので、一体どこに行くのかわからないまま専攻医も入っておりますし、その大学病院がその中でどういふふうに分り振るするかという権限が残っているわけでありまして。本来であれば、専攻医がどこに行くということがきちんとわかるような仕組みに、私はすべきだと思います。

そして、今、お指摘いただきましたように、日本の医療はいろいろな歴史があります。もともとの大学があって、戦後すぐに大学ができて、さらに新設医科大学ができて、そういふ歴史を積み重ねております。そして、関連病院も、前のところから派遣されてきた方が部長であり、院長であり、そこでつくったプログラムは、派遣されたもともとのところが基幹病院になることも多うございます。そういふ目で見ますと、確かにいろいろなことがわかってまいります。例えば、今回、登録者数が非常に少なくなっている県は、ほとんどが新設医科大学のあるところでありまして。日本の医療は、40年、50年では簡単には変わらなくて、その歴史的なものもある。

しかし、そこを押さえながら、どう変えていくかというのは、今回、これできちんとデータを出し、どこに、誰が、どのように行くかということをお明瞭にして、それを積み重ねていって初めてできることであって、現在の状況が、実際にはそのような形になっているということがありますので、先生がおっしゃるとおりだと思いますけれども、そのためにはこうやって一個ずつ積み重ねてデータを出していくということがなければできませんので、そのあたりのことを御理解いただきたいと思います。

○遠藤座長 渋谷構成員。

○渋谷構成員 ありがとうございます。

松原先生のお話、非常に参考になったのですけれども、三師調査、最新のものと比較も含め、数字を出していただいたことには感謝したいと思います。

その上で、先生の御議論は、かなり定性的なスペキュレーション、特に都市部に集中したかどうかに関しては、その辺は否めないと思っております。ですので、今回、懸案となっているのは、都市部でのシーリングのかけ方とか、シーリングがあることによって、ど

ういう制御が働いて、そして実際に例えば内科へ行きたかったとしても、シーリングがあるためにマイナーを選んだとか、あるいはそれが本当に合理的選択だったのかどうかということを判断するためにも、5大都市でどういうシーリングをかけて、どういうメカニズムで制御が働いたかということを数字で明らかにしていただかないと、この問題は収束しないと思っています。

それから、もちろん先生がおっしゃるように、これからこれを発端として、きちんとしたデータをとっていくというのは非常に大事だと思いますが、まず機構として、特に学会との関係も含めて、これから機構が透明性とアカウンタビリティを保ち、ガバナンスをするために、こうした問題点はきちんと定量的に出していくことが必要だと思っています。

もう一つは、先生がおっしゃったように、専攻医はどのような行動をして、どのようなふうに動いていくかというデータは気にしていただきたいと同時に、各学会とか専門機構が地域の専攻医の受け入れというのも大事ですが、症例数とか指導医の数という情報とかも今後出していきながら、どのようなふうに地域においてマッチングしていくのか。そうしたのも、今後ぜひ検討していただきたい。

最後に、8月2日でしたか、大臣談話というものがありましたけれども、もしこうした問題があった場合には、国や地域とか機構がきちんと議論して対応策を講じるということはアグリーしたはずだと思いますので、そのための準備として、まず、シーリングのかけ方と、どういう制御が働いたかということを、今回は難しいかもしれませんが、次回でもぜひ明らかにしていただきたい。数字でお願いしたいと思っています。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

松原参考人、コメントを簡潔にお願いします。

○松原参考人 おっしゃるとおりです。あくまで最後の数字は、私どものスペキュレーションであって、これを証明したいと思っています。

もう一つ、各学会にお願いしているのは、4月からどこへ、どのような方が行ったかという正確な資料を出してくれということです。そうした資料を集めることによって、実際にシーリングをかけたのがきちんとできていたかどうかということについて対応できます。私ども、これを始めるに当たって、脳外科以外の数字が全くないところで着地したわけがありますので、これが絶対に正しくて、これが未来永劫、あるべきとは思っていません。しかし、先ほど申しましたように、4月から12月の。

○渋谷構成員 4月もありがたいですが、その前、始まる前に学会が。

○松原参考人 どこへ行ったのかという数字。

○渋谷構成員 5大都市で、脳外科以外でもそういうものは出ているはずですので、それをきちんと出していただきたい。

○松原参考人 それを出したいと思っています。そして、それを出して積み重ねていくことによって、初めて、何がどうなったかがわかる。

○遠藤座長 1つ確認させてください。したがって、4月以降の話ではなくて、参考人がお話しになられたことは、恐らく何がしかの数字をベースにしながらかお話しされているわけですが、その資料が出ていないので、少なくともそのようなことも含めて、4月を待たずにわかるようなことを出していただけないかということだと私は。

○渋谷構成員 ですね。それで、もしそういう偏在の問題が顕著であるならば、談話に基づいてきちんと対応していただきたいということを申し上げた。

○遠藤座長 また、4月以降のフォローアップというのも大切だと思うのですが、ということですが、いかがでございましょうか。

○松原参考人 そのとおりであります。実際に各県において何人入ってきて、何人出ていったかという資料を出しておるところであります。そういったことを皆様にお示ししないと、このシーリングがうまくいったかどうかという証明になりませんので、そういったことについて。今回、各科が何人を定数としたのかということ、またその根拠は何だったのかということについても、もう一度検討し直してもらっています。本当にこれであなたたちの出した数字は正しかったのかということ。

○渋谷構成員 ですから、最初のデータも出していただいて、検討した結果はまた出していただければと思います。

○松原参考人 了解しました。

○遠藤座長 よろしく願いいたします。

それでは、お待たせしました。森構成員。

○森構成員 私のほうからは、今、松原先生がおっしゃったのは正しくて、私も機構にいるのですが、大変議論しながら進めてきて、今のやり方ではこれが限界だっただろうと私も思っています。

ただ、これはお話があったように、これから見直ししながら、次年度、どうしていくのかということを中心に前向きに捉えていくということです。立谷先生がおっしゃったように、一番の問題点は、就職する場所とプログラムを選択する場所は違うということを明確に言ってきたわけですが、現実には、プログラムを選択すると、そこに人事権が生じてしまうのです。それが問題なのです。なので、これをどういうふうクリアするか。

今、松原先生がおっしゃったように、プログラムの中に、どこへ行くかということを決めてしまえば、数的には非常にわかりやすいのですが、それを決める段階で人事権が発生するのです。そうすると、基幹施設が全てコントロールすることになってしまいますから、これも非常に危険だと私は思っています。ですから、このあたりはもう少し議論を機構でも深めていきたいなと思います。

なので、入局するという、あるいは大病院に行くということと、プログラムを選択するということが少しごちゃごちゃになっているので、これを1回整理しないとまずいだろう。例えば、あるA病院に就職している人が専門医になりたいということで、の基幹施設の大学病院に声をかけてプログラムに応募したいと言ったら、うちに入局してくれなか

つたらだめだよと言ったというケースが実際あったのです。これは間違っているのですね。

機構はそんなことをやってはいけないと、ちゃんと言っているのですがけれども、文面を読むとわかりにくいのです。機構の法律ともいえる整備指針の中に、連携病院で採用した専攻医については、専攻医の希望があった場合、できる限り長期間、連携病院における研修期間を設定するなどの柔軟なプログラムを作成しろとちゃんと書いてあるのですが、次のところに「ただし」とありまして、プログラム責任者と協議を行えと書いてあります。協議を行うと、プログラム責任者が嫌だと言えるだろうという、ここがグレーゾーンにされてしまっているのです。こういう文言に対する使い方をされているので、この辺の文面は機構のほうでもう一度修正し直さないともう一度いただろう。

私は一番最初の理事会でも申し上げたのですが、地域で専攻医を募集するような地域プログラムというものがあってもいいのではないかと思います。これは、地域が責任を持ってやるようなプログラム。今は基幹施設だけのプログラムですが、それをもう少し広げたほうがいいかもしれない。この辺のこともこれから議論していきたいなと思っておりまして、追加させていただきます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

加納構成員。

○加納構成員 確認させていただきたいと思います。先ほどの林参考人にお聞きしたところですが、地方の初期研修は明らかに改善しているということですね。これを見ますと、逆に5大都市はどんどん減っているということだと思います。ただ、今回の後期研修に対しましては、先ほどの松原参考人のお話を聞きますと、それが理由なのかなと思いました。東京への1.何%かの増加はそれかなと。それから、今年度、3年目になる方以外的人数が入ってきていて、こういう誤差を起こしている可能性があるということでした。それがなければ、これは今までどおり、右上がりになってきて、少しずつですが、改善しつつあるという認識をしますが、これはきょう出されたのでしょうか。確認してよろしいでしょうか。

○遠藤座長 林参考人、お願いします。

○林参考人 御指摘ありがとうございます。

荒井の名前の机上配付資料について御質問いただきました。

2点あるのですがけれども、2点目のほう、つまり意見で言うと、1枚目の最後の「また」以降のところについて御説明させていただきたいと思います。平成30年度春の専攻医の人数について議論されているわけですが、その後ろに別添としてつけさせていただいている、この人数がどういう意味を持つのかということですが、

先ほど加納構成員から資料の説明を既にしていただきましたけれども、繰り返しになるかもわかりませんが、医学部の入学定員が、平成21年度、22年度に大きくふえております。

初期研修医の採用実績で言うと、平成27、28年に大きくふえてきています。これは、地域枠としてふえたところが多いものですから、これで大体1,000人ふえているのが、県によっては20人とか30人という数の地域枠として設定されていて、この春あるいは去年の春は専攻医の数がふえることを期待している県が多いというのが実情でございます。

先ほどの議題で御説明がありましたように、定数の管理をかなり厳格にされているということで、初期研修医の数については、大都市部からそれ以外のところに徐々に移っていくようにという形で、今、されているということでございます。したがって、その効果として、大都市部以外の初期研修医の割合が、この3年で見ても3%近くふえているということになります。

後期研修医がどうなるかということに非常に注目しておりました。松原先生からお話がありましたように、29までのデータと30までのデータ、同じ形で比べられるものがないものですから、何を比べるかというのはなかなか難しいところでございますけれども、ここでは厚労省でやられた臨床研修医アンケート。これは、研修を終わられたときに、3年目はどこに行きたいですかと、3月に聞かれているので、ほとんど行く予定の場所を聞いたものと、今回、1次・2次登録、きょう機構が配られた数の合計を使って出したもの出させていただいております。

松原先生のお話を伺っていても、過去何年かと比べて、それほど変わらない数字になった、あるいは少しだけ関東が多かったというところに落ち着いたのだらうと理解いたしました。

申し上げたいのは、過去と率が変わらなければいいとは私どもは思っていないということでございます。今、申し上げたことは、過去10年にわたって非常に多くの努力、あるいは国・自治体をあわせて、相当なお金を投じて地域枠の設定、入学定員の増加というものが行われまして、その成果がやっと専攻医に及ぶのが去年、ことしでございますので、各県20人、30人、医師がふえるといいますか、平成16年に20人、30人減ったところがようやくもとに戻る可能性があるということを期待しているという年でございます。

そういう意味から、過去数年と同じだったから、それでいいという結論ではなくて、過去数年と比べて、地方の医師の数が少なくとも初期研修医と同等にふえていくかどうかという観点から議論していかないといけないと思っています。

そういう観点から、先ほど渋谷構成員からありましたように、今回のシーリングのかけ方。大きな問題は起きなかったのかもしれませんが、いろいろなところで正確な数字でなかったということで、若干緩かったような印象を持っておりますので、ここははっきりと、どういうシーリングをどうかけたのかということを確認にさせていただいて、次年度をどう設定するかということを決める前にきちんと議論すべきだと思います。

それから、もう一つ、荒井の紙の1点目でございます。少し前の話でありますけれども、都道府県協議会でこの9月、10月に非常に多くのエフォートを割いて、さまざまな情報収集、議論をさせていただきました。「意見があれば全て出して下さい」ということで、各

県から出させていただきます。たくさんの時間を割いて意見を出したのですけれども、残念ながら専門医機構からは、「できるものから反映させます」という紙1枚をいただいたのみでございます。

各県からは非常に重要な意見がたくさん出されております。地域医療支援への配慮に関しての意見も多く出されてございます。今、回答に向けたどの段階にあるのか。回答しようと思えば、誰が答えるという割り振りも必要でしょうし、それを取りまとめることも必要だと思いますけれども、どれぐらいの目処で回答を出されるのかについて、教えていただきたいと思っております。

○遠藤座長 これは、御意見を賜っておく。

○林参考人 回答については、今、お答えいただけることがあればいただきたい。

○遠藤座長 それでは、松原参考人、お願いいたします。

○松原参考人 林参考人のおっしゃるとおりでございますが、先ほどおっしゃいましたように、私ども、何の資料もないところから、この形で何とかやっております。ただ、先ほど立谷先生、渋谷先生がおっしゃったところもあわせて、早くこれを分析してデータを出したいと思っておりますので、今、おっしゃいましたことも含めて、なるべく早く対応させていただきますと思います。

○遠藤座長 よろしゅうございますか。

○林参考人 後のほうの、都道府県からの意見の御回答はいただけるのかどうか。各県から意見が非常に多く出ておりますので、お願いします。

○松原参考人 早く出すように、私も三、四カ月、ずっと言っているのですが、残念ながら、それに対して十分対応できていないことについては、全く申しわけないと思っております。これにつきましては、データを分析すると同時に、各都道府県からの御意見を吸い上げているということをきっちりお示しするような文書を出し、また御協力いただきたいと思っております。全く申しわけございません。

○遠藤座長 そういう意味で、対応する準備ができているということで、よろしいですか。

○林参考人 今後、御回答いただけると、今、理解いたしましたけれども、よろしいでしょうか。

○松原参考人 そのとおりです。人員の制限がありますので、今、やらなければいけないのは、2次募集の対応を適切に実行しなければなりませんので、全く申しわけございません。

○遠藤座長 それでは、お待たせしました、立谷構成員。

○立谷構成員 また発言させていただきます。さっきの森構成員の話ですが、プログラムを選択する際に人事権が発生するという問題です。どうしてもそうなるのは、もともとの初めの制度設計がよくなかった。専門医を取るために、かなり厳しい専門医研修が義務づけられたのです。例えば、半年中断したら、今までの実績が全部なくなるとか、全ての医者が専門医を取らなければいけないとか。それが学生たちに恐怖心を植えつけたのです。

大学なり基幹病院で相当がっちりやらないと、専門医が取れない。専門医が取れないと医者としてやっていけないのではないかという恐怖心を植えつけてしまった結果なのです。だから、基幹病院にたくさん集まるといっても、今までの流れなのですね。

私は、ここではっきりとアナウンスすべきだと思います。カリキュラム制もあり得ると。カリキュラム制を充実させるようにということを私、申し上げてきましたけれども、この考え方と、プログラムを選択する際に人事権を持ってしまわないようにするのだ、あるいは市中病院にいても専門医を取れるようにするのだという考え方は、大体一緒なのです。森先生と同じだと思いながら、さっき話を聞いたのですけれども、カリキュラム制と考え方をしっかり打ち出して、学生たちにそんなに恐怖心を持たなくたっていいのだとはっきりとアナウンスしないと、私は診療科の偏在もなかなかなくなるのではないかという気がします。

きょうは、押淵構成員がいらっしゃるので、国保病院ですけれども、相馬の隣町に宮城県丸森町というところがあります。そこは、ドクターが三、四人の病院ですけれども、地域の中核病院で地域医療を担っている。この病院に総合診療医がいないと総合診療ができないかという、とんでもない話で、そこは外科の先生がやっています。何でも診てくれます。私は、そういう先生こそが地域にとって一番ありがたい先生であって、大病院で総合診療科という窓口を持っているようなところだったら、何の苦労もない。地域医療としては、何でも診てくれる先生が一番ありがたいわけです。そういう先生の存在で地域医療が成り立っているということです。

では、そういう先生が、これから専門医制度が始まることによって、あなたはどこの専門にも属していないね、みたいなことになってしまうと、我々のような地域の医療は崩壊するということです。ですから、そういう方々に門戸をどうやって開くかということも大事だし、私は、総合診療医とか、そういうものは日本医師会の資格として出してくれればいいと、松原先生に前から申し上げているのはそういうことなのですね。そうやって彼らを立てていかないと日本の医療は成り立たないという側面がございます。それは、ここでの議論ではないですが。

申し上げたいのは、プログラム制をできるだけ簡易にして、これで取得できるのだという安心感を与えることが必要だと思いますので、ぜひ御検討いただきたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

何かコメントがあれば。

○松原参考人 地域において、きちんとした医療ができる医者を育てていくということについては、私どもも大賛成であります。その中で、プログラム制で今回、始めますが、そのプログラム制に大きな問題があれば、カリキュラム制とうまく組み合わせていくのが、次の私どもの仕事でございますので、今回の資料がきちんと出たということ自体、これを進めていくためのまず第一歩でございますので、先生、おっしゃっているようなことも含めて、森先生とも、同じ理事でございますので、力をあわせてやってまいります。

○立谷構成員 いいですか。この会議で、吉村先生のときに明確に言っていただいたのです。カリキュラム制でもやれるようにする。ですから、私はデータはとってもいいですけども、データ整理をする前から機構としてきちんとやるということをお約束してきたことですから、私はそのことを若い人たちに明確にメッセージとして伝える必要があるのではないかと思います。

よろしくをお願いします。

○松原参考人 了解いたしました。ただ、内科学会が今までやっていたカリキュラム制の専門医の認定というのは、以前は300ベッド以上あって、内科は少なくとも50ベッド以上あって、新臨床研修制度における基幹病院であるというのがぎちぎちに固められていたものが、大分それが緩和されて、ベッドの制限がなくなり、ただ、臨床研修医を育てるような基幹病院であるということがまだ残っているのは事実であります。そういったことも含めて、幾らカリキュラムでやるといっても、研修する場が広がったり、あるいは担保されないとできませんので、先生おっしゃるとおり、これは私ども、次の課題と思っています。

そこにおいて、国民にとっての一番いい医療は何か、そして国民の皆さんが受けられる医療は何か。つまり、質の担保と場所の担保をきちんとやっていかなければいけないということを、学会の先生方ともよく相談してまいります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

林参考人。

○林参考人 カリキュラム制については、県からいろいろな意見が出ていましたので、これは重ねてお願いでございますけれども、こういったところに県からの意見にまだ御回答いただけていないことの弊害が出ていると思います。例えば、自治医大の卒業生が将来、どこかの専攻に進みたいときに、今年、プログラムに応募しないといけないのか、カリキュラムでも可能だから、プログラムに応募しなくてもいいのかということ判断する際の材料とする必要があったということでございます。

これはゆっくり待っていていい問題ではなくて、その年、その年の方については、そのときに各学会からカリキュラム制はどういうふうに応募できるのか、どこの施設に行っておけばカリキュラム制の対象となるのかということがわかっていないと運用されないことになるのです。やりますという約束だけではなくて、実際の運用を学会でやっていただいて、初めて意味があるということでございます。したがって、こういったところをやっていただくためにも、県から出させていただいた質問について、いつまでに回答いただけるかということもお約束いただけるとありがたいと思います。

○松原参考人 今回の件は、3月末日までにきちんと御回答申し上げます。いろいろな県からいろいろな質問が来ていて、それについて機関決定しなければならないという問題がございますので、大変お困っているところでございますが、年度末、始まるまでにはお答えしなければならないと思っています。

○遠藤座長 ありがとうございます。よろしくをお願いします。

ほかにございますか。

立谷構成員。

○立谷構成員 これは、全国市長会、我々市長会の議論の中から出てきたことです。地域的な偏在と、もう一つは診療科の偏在。診療科の絶対数の偏在は、それほどないという意見もありますが、現実的にこの地方には産婦人科がゼロだということがぼつぼつと起きているわけです。それが小さなまちだったらしょうがないのですが、一つのブロックの中に全然いない。あるいは、小児科についてもそうです。ですから、診療科の偏在ということも地域においては大きな振幅になってくるという指摘が全国市長会から出ています。

この点について、1つ御提案申し上げたいことですが、地域医療にかかわるところに対して、前に私、専門医を取るときに、点数を上げ底するようなことを考えてもいいのではないか、プレミアムをつけてもいいのではないかということをご提案申し上げました。学会の判断ということになるのですが、そういうことをダイナミックにやっけないと、なかなか難しいだろうと思います。

さらに、全国市長会で出てきている意見としては、地域別診療単価の導入、これは医師会ではとても冗談ではないと言うかもしれないけれども、これは市長会から出てきています。地域別診療単価の導入に加え、診療科別診療単価の導入という意見も出てきています。実現は難しいことかもしれませんが、そういう意見が出てきている。もう、そういう時代に来ているのではないかという意見が、医師不足で悩んでいる、あるいは診療科の偏在で悩んでいる地域の代表の首長たちから出てきているということをご報告申し上げておきたい。

それから、もう一つは、特に産科・小児科等々の医療資源の乏しい分野での地域医療にかかわる部分については、何らかのインセンティブをつけるように考えていかないと解決しないと思います。今日は医政局長がいらしておりますので、これは、市長会からの提言でございますので、ひとつ御検討いただきたいと思います。検討会のほうではなくて、厚生労働省のほうに申し上げて申しわけないですが、インセンティブのことも考えていかないと、これから地域医療はなかなかやっけないと思いますので、ひとつ御検討いただきたいと思います。

○遠藤座長 御意見として承りました。

ほかになにかございますか。

尾身構成員、お願いします。

○尾身構成員 今、立谷構成員のほうから診療科ごとの偏在の問題が出て、これは大事なので厚労省のほうに確認ですが、私の理解では、たしか厚生科学の研究班があって、それで診療科の偏在について一部有識者で研究したというのが、結果はインターネットに出ていると思いますけれども、この研究の結果は今、どういう位置づけになっているのか。これから、それを発展してやろうとしているのか、あれは単に研究だということ、直接厚労省の医療政策には余り影響がないのか、位置づけがどんなふうになっているのか、ち

よっと教えていただきたいと思います。

○遠藤座長 事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 去年、取りまとめました第2次中間取りまとめの医師偏在対策の議論の中で、医療ニーズを踏まえた診療科ごとの必要な医師数の明確化というものが打ち出されております。先生御指摘の厚労科研も、そういったもののエビデンスの整理の一つとなるかと思えますけれども、いずれにいたしましても、今後、国が将来の診療科別の医療ニーズを見据えた適切な診療科を選択することで、診療科偏在の是正につながるような一つの目安のようなものをつくろうと考えている方向で制度改正を進めております。

○遠藤座長 尾身構成員、よろしいですか。はい。

それでは、山内構成員。

○山内構成員 今、お答えいただいたように、机上配布資料の立谷構成員の新聞のところにも、日本病院会の相澤会長がおっしゃっているコメント。あと、先ほどおっしゃっていただいた医師需給分科会のほうでも、かなりの意見として、医師不足、地域偏在が言われるようになって久しいですけれども、どの地域に、どの診療科の、どのぐらいの医療体制が必要かということのデータを厚生労働省のほうで示すということで、それがなければ議論できないということも随分言われてきていると思うのですね。

専門医のことに关しましても、本当に外科医がこれだけ必要なのか、脳外科医がこれだけ必要なのか、どの地域にどういうふうに必要なのか。小児科・産婦人科も、子供がいない地域とかを見たら、どのぐらい必要なのかといったことデータをいち早く出してほしいということは、何度もいろいろなところから意見が出ていると思うのですけれども、今、お答えいただいたのでは、いつまでにそういったデータを出していただけるのか。地域医療のそういったものは多分、待ったなしだと思うのですけれども、具体的にいつごろにそういうデータが出てくるかということをもう一度お聞きしてもよろしいでしょうか。

○遠藤座長 では、事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 現在、さまざまな法改正を含めた対応をしております。去年の中間取りまとめではそういうことをするというのを打ち出したわけでございますけれども、どのような形でやるかというのは、かなり御意見も違いますし、将来の医療ニーズをどのように診療科別にやっていくのか、テクニカルに非常に難しい問題。そういったところが厚労科研でも見えてきましたので、いつまでということは今、明言できませんけれども、少なくともさまざまな制度改正が議論されている中で、その一環として進めていきたいと考えております。

○遠藤座長 ほかにございますか。よろしゅうございますか。

非常に積極的な御議論をいただきまして、ありがとうございました。

専門医制度、できたばかりということでありまして、とりあえずやりながら、さまざまな調整をしていかなければいけないという存在だと思えます。本日は、大変いろいろな立

場から御意見を承りました。それぞれのお立場から、それぞれの社会的要請がありますので、これはなかなか難しいわけであります。実は、私も専門医機構の理事の末端におるわけですが、専門医機構としましては、こういった御意見に配慮しながら、次年度に向けて新たな仕組みをつくっていただきたいと思います。

また、同時に、透明性という問題のかなり重要な御指摘を受けましたので、可能な限り、できるものについてはデータの開示をやっていただくことをぜひお願いしたいと思います。また、この場で必要なデータ等の御説明をお願いしたいと思いますので、よろしくお願いたします。

大体よろしゅうございますか。

それでは、最後、「その他」でございます。事務局から資料3について説明をお願いします。

○星医師養成等企画調整室長補佐 事務局でございます。

資料3をご覧ください。都道府県協議会につきましては、以前の検討会で簡単に御説明させていただいたところでございます。その際、構成員の皆様から、都道府県協議会は機能していないのではないかなどの御意見をいただいておりますので、都道府県協議会に関する調査を行いまして、本検討会に御報告させていただくこととしていたところでございます。この調査結果がまとまりましたので、報告させていただきます。

まず、1の設置状況です。47都道府県全てで設置済みとなっております。

2 構成員です。これは、厚生労働省の通知に沿って、研修施設、大学、医師会、病院団体、都道府県、市町村の代表者がおおむね参加している状況です。なお、都道府県については、構成員として参加していない場合は事務局として参加していただいております。

3の平成29年度の開催回数です。平成29年4月から11月までの開催回数は、3回開催していただいたところが6県、2回が9府県、1回が32都道府県となっております。

4の日本専門医機構への意見等提出状況です。40都道府県で行っており、7県では意見なしと回答している状況です。

5ですが、この提出された意見等については様々なものがありますが、主なものとしては、1つ目、日本専門医機構から各都道府県への情報提供の時期、内容等に関するもの。これは、具体的には日本専門医機構からの情報提供が遅れたことや、情報提供の内容が不十分だったことについて改善を求めるものなどです。

次の日本専門医機構の役割に関するもの。これは、具体的には日本専門医機構から学会や基幹施設、臨床研修医等への周知や情報提供を求めるものなどです。

次の基幹施設、連携施設等の追加に関するもの。これは、具体的には個別のプログラムについて、従来、専門医を養成していた医療機関を連携施設等に追加することを求めるものなどです。

次の募集定員に関するものは、具体的には個別のプログラムについて、募集定員の追加を求めるものなどです。

次の総合診療領域における1次審査等に関するもの。これは、具体的には総合診療領域の中で1次審査を通過しなかったプログラムについて、再考を求めるものなどです。

こういったものが挙げられます。

各都道府県協議会の名称や構成員、開催回数については、別添をごらんいただければと思います。

今後、この調査結果を踏まえて厚生労働省で検討を行いまして、都道府県協議会がより効果的に機能するよう、仕組みを改善していきたいと考えております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

何か御質問、御意見ございますか。

では、林参考人。

○林参考人 ことし、ほとんどの都道府県が国からいただいた通知に基づいて活動していただいたということになるかと思います。ことし、情報提供が遅かったということは、来年は改善していただけるものと思いますけれども、そのことに加えて、専門医機構で本来チェックしていただくべきプログラムの詳細について、県がかわりにチェックしたという結果になっているのではないかという印象を持っている県が多いように感じます。

国の通知でここをチェックすべきというところを見ていくと、確かに連携施設で何カ月やることになっているかとか、そういったものは学会や機構側でチェックできるものだと思いますので、都道府県協議会が本来、活動すべきところに特化して、きちんとそこに関心を集めるような形に活動内容を御検討いただければありがたいと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。どうもありがとうございました。

本日の議事は以上でございます。

それでは、次回以降の日程につきまして、事務局から連絡はありますか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 本検討会の今後の進め方につきましては、具体的には座長と御相談の上、進めさせていただきたいと思っております。

次回の日程は、事務局で調整の上、改めて御連絡させていただきます。

本日は、御参加、本当にありがとうございました。

○遠藤座長 それでは、これにて本日の会議は終了させていただきます。

どうもありがとうございました。