

○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出席を賜り、まことにありがとうございます。

委員の欠席等についてでございますが、本日、阿部委員、三日月委員、山口委員から所用により御欠席との連絡をいただいております。

なお、阿部委員のかわりに、全国知事会長野県健康福祉部から徳本衛生技監が出席されております。

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、荒木企画官にお越しいただいております。

なお、本日は、日本専門医機構より寺本理事長、日本内科学会より宮崎先生、日本外科学会より池田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の御出席を承認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 以降の議事運営につきましては、部会長にお願いいたします。また、撮影はここまでとさせていただきます。

遠藤先生、よろしくをお願いいたします。

○遠藤部会長 それでは、皆様よろしくをお願いいたします。

まず、初めに資料の確認について、事務局からお願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 それでは、資料の確認をお願いいたします。

お手元の資料をごらんください。資料1、2、3、参考資料として8個つけさせていただきます。

不足する資料等がございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、部会長、引き続きお願いいたします。

○遠藤部会長 資料はよろしゅうございますか。

それでは、議題に移りたいと思います。

本日の議題は「1. 専門医制度について」「2. その他」ということでございます。

まず、議題1「専門医制度について」に入りたいと思います。資料1について、事務局から説明をいただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○加藤企画調整専門官 よろしくをお願いいたします。

資料1の2ページ目をごらんください。「サブスペシャリティ領域専門医に関するこれまでの議論」といたしまして、平成25年度にまとめられました「専門医の在り方に関する検討会報告書」におきましては、基本領域の専門医を取得した上で、サブスペシャリティの専門医を取得する二段階制を、専門医制度の基本とするということを明言されておりました。

一方、既に平成29年度に日本専門医機構では、内科、外科及び放射線科から細分化されるサブスペシャリティに関しては一部認定されており、平成30年度から研修を開始した専

攻医に関しては、平成31年度以降、連動研修としてサブスペシャリティ領域の研修を受けることが認められておりました。

3 ページ目は、これまで在り方検討会でお示しした資料になります。ごらんとおり、基本領域を経て、サブスペシャリティを研修するという基本設計をお示ししております。

4 ページ目にお移りいただきまして、二段階制についてお示ししております。二段階制というのは、基本領域を取得した医師あるいは取得予定の医師がサブスペシャリティ領域の研修を可能とするものです。各サブスペシャリティ領域の研修は、特定の基本領域の専門研修を修了していることを前提として成り立っております。

利点としましては、一定の研修を保証することによって、サブスペシャリティの研修を効率化することができる。

欠点としましては、サブスペシャリティ領域に行く専攻医が限られることや、専攻医の奪い合いが生じるのではないかと懸念が示されております。

5 ページ目に移りますけれども、これまでも、日本専門医機構で既に認定されているサブスペシャリティ領域と連動研修ということで、お示しのとおり、内科は15、外科は6、放射線は2のサブスペシャリティ領域が既に認定されておまして、下にございます連動研修（イメージ）とございますが、ここは循環器を挙げさせていただいておりますけれども、専攻医が専門領域2年目の研修に入るに当たって、連動研修が開始されるようなイメージで予定されておりました。

ただし、この連動研修におきましては、専門医機構ではなく各学会によってその登録状況が把握されているため、現在では何名の方が連動研修に入るのかということは把握されておられません。

6 ページ目に移りますけれども、サブスペシャリティ領域研修の今後の予定でございます。現在、サブスペシャリティ領域の学会に対してレビューシートを日本専門医機構から送付されており、回収されていると聞いております。

4月からは先ほど申し上げました連動研修が開始、また、全サブスペシャリティ領域の中で認定されたものに関しては、ことしの9月からプログラム募集開始を予定されており、来年の4月からまた専攻医の募集開始を予定していると聞いております。

7 ページ目に移りますけれども、サブスペシャリティ領域の制度整備基準（案）ということで、日本専門医機構より提供されております。今後、審査が行われるわけですが、審査項目としましては、特に下線が引かれておりますサブスペシャリティ領域の理念と使命、目標、方法、評価、施設要件、運用要件、研修の体制などが挙げられております。

8 ページ目に移りますけれども、現在、サブスペシャリティ領域のどこを専門医機構の認定とするかということで議論が進んでおまして、94学会に対してレビューシートが送付されておりますけれども、その中でも幾つか分類が必要なのではないかと議論の中で、紫の枠で囲んでおりますような領域の分類が検討されております。

また、その中でも、もともと二段階制を基本としておりましたけれども、より専門性が

高い領域などがございまして、3段目に相当する領域も存在するのではないかという意見もございまして。

9ページに移りますが、四角の枠の中にございますとおり、専門研修部会におきまして、1行目の後半からございますとおり、地域医療の提供体制の確保と今後その専門性の広告を可能にすることも検討する観点から、認定する領域のあり方について議論する必要があるのではないかとということで、提案させていただいております。

基本的な考え方にございますとおり、地域医療の維持に直結する領域や、国民が専門家を把握する必要性が高い領域については、日本専門医機構が認定を行い、一定の専門医の質の担保と特に必要な領域に関しては偏在対策も講じるべきではないかとさせていただきます。

こちらは事務局提案ではございましてけれども、その下にございますとおり、A、B、Cということで、日常診療を担い、医療需要が高く、偏在対策が講じられるべき領域をAとし、専門性が高く集約化が進むものの、単独の領域として一定の患者数が見込まれるものをB、特殊性が高く、研修を行える施設が限られる領域をCという形で案をお示しさせていただきます。

10ページに移りますけれども、今、お示ししたAに対しまして、地域医療の確保の観点から、A領域に関しては、各都道府県で研修体制を整備するのがいいのではないかと。B領域におきましては、各都道府県にないものの、各ブロックでは研修体制を整備したほうがいいのではないかと。そしてCに関しては、地理的制限が必要ないのではないかとということで、研修体制に関して提案をさせていただきます。

最後、11ページ目になりますけれども、今回、御議論いただきたい点を2点挙げてございます。

1点目に関しましては、平成31年度の連動研修が開始されることとなっておりますので、既に認定されているサブスペシャリティ領域がまだ制度が整備されていない部分もございまして、早急な対応が必要なのではないかとということで、御議論いただければと思います。

また、2点目に関しましては、このサブスペシャリティ領域におきましても、地域偏在や診療科偏在の観点から妥当なサブスペシャリティが何なのかということで、認定の基準などに関しても御意見をいただければと思っております。

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。

ただいま御説明がありましたように、今回、サブスペシャリティ領域の課題ということでありまして、機構でも現在、サブスペシャリティに関しては体制整備をされているということは承知しておりますけれども、当部会としまして、それについて御議論をさせていただきたいということでもあります。

また、事務局から幾つか案が出ておりますので、それについても御意見をいただければ

と思います。

いかがでございましょうか。

牧野委員、お願いいたします。

○牧野委員 牧野です。

このサブスペシャリティ領域の認定ということに関してですけれども、サブスペシャリティ領域の専門医というのは、8ページにあるように幾つかの種類があって、9ページにうまくまとめてくれているかなとは思っています。

ここで言いたいのは、今まで基本領域の専門医というのは、どちらかというとも3年間勉強して、その領域のことがある程度わかっている、ほかの医者よりもその領域に少し詳しいレベルの医者であると。いわばその領域の入門編の意味が専門医ということでしたわけですけれども、ここで事務局に整理していただいた領域Bや領域Cは、かなりエキスパートの領域の医者を指すのではないかと捉えられるわけです。そうすると、同じ専門医とあったときの概念が、一般市民から見てちゃんと理解できるのかということ。

ですから、やはりサブスペシャリティ領域の専門医のそもそも機構が認定する専門医とは何なのかという議論をしっかりした上で進めないと、国民目線で見てもわかりやすいという当初の理念が達成できないのではないかと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、機構の話もありましたので、寺本参考人、まずそれについて御発言いただければと思います。

○寺本参考人 これは非常に重要な問題で、サブスペシャリティと言いましても、私たちがエキスパートという形で捉えているわけではなくて、例えば内科の専門医を取得された方が、循環器ということで行かれるということを経験した場合には、循環器に特化してある専門性を持っているという方々で、しかしながら、循環器に関してはある程度、標準的な、しかもある程度、レベルの高い診療ができる。また、ある程度の知識を有していて、いろいろな情報も与えられるというものを考えているわけです。

確かに、先生が考えられているように、Cなどになると、私たちが頭の中でどういうものを考えるかということ、小児のがんといったものはかなり希少性が高くて、しかしながら、国民目線からすると、そういう方にどう到達したらいいかという問題がございますので、そういう方たちも一つの範疇としては考えたほうがいいと思う。

けれども、それを今からすぐにそういったところまで踏み込むかというのは、また別の問題ですので、私が今、考えているのは、ファンダメンタルと申しますか、ある程度、皆さんがここには到達したいというところをまず考えていくべきではないかと考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。立谷委員、お願いします。

○立谷委員 牧野先生の話とちょっと連動するのですけれども、そもそも専門医とは何なのかということにかかわってくるのです。サブスペシャルですから、あくまでもメインではないのです。これは相馬地方の自治体の事例ですけれども、何々専門医という内科のドクターが5人いるのです。けれども、その先生方は、自分の専門しか診ないのです。循環器内科、呼吸器内科、神経内科、例えば消化器内科はいないのです。そうすると、一般の外来の患者も診ようとしません。そういう問題が起きてくるのです。

ですから、私は内科とか外科とかは、必ずしも専門医にこだわることはないと思うのです。内科の認定医でもいいと思うのですけれども、仮に専門医と定義したとして、そちらのほうがメインだと思うのです。これを取り違えると大変なことになって、国民医療が成り立たなくなります。

それは総合診療という名前でもいいかもしれない。一般的な総合診療ができて、その上で、サブスペシャルの仕事ができる能力があるという理解が進まない、現実的には、大抵の専門医と称する人たちは、自分の専門領域しか診ないのです。それが、国民医療が立ち行かない一つの大きな原因、地域医療が立ち行かない大きな原因なのです。一般診療ができるということは、やはり最低条件だし、医者として一番必要な能力だろうと思うのですが、現実的にはそうになっていない。これが地方の実情です。

都会の大病院で、例えば医者が50人いる、100人いるという病院だと、自分は消化器しか診ませんとか、内視鏡しかやりませんという医者でも成立するのですが、恐らく日本の多くの地域の病院は、そういう恵まれた条件にない。例えば大学病院のような条件を満たせるところは、本当にごく一部なのです。国民医療、地域医療の観点からも、牧野先生の話に今、非常に共感しました。

これはすぐに結論が出ることではないと思いますが、サブスペシャルについては、余り重きを置くと、私は主客転倒になってしまうのではないかと思いますので、意見として申し上げます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、柵野委員、お願いいたします。

○柵野委員 いろいろと専門的な議論が進んでいて、例えば機構でも、このサブスペシャリティ領域についてが既に議論されているのでしようけれども、これまでの今のいろいろな御意見も含めてなのですが、私も、患者側に立って見た場合に、例えば消化器病と消化器内視鏡というのが、どういう違いなのかが正直に言ってわかりません。

それから、例えば老年病と言われますと、私が患者だとすれば、印象的に少し躊躇するとのちょっとちゅうちょするなという思いもあるのですが、このような区分の仕方というのは、名称等については今後、変わるということもあり得るのでしょうか。

○遠藤部会長 では、専門機構にお聞きしたらよろしいかと思います。

○寺内参考人 消化器内視鏡に関して、後で宮崎先生からも御説明いただくといいと思うのですけれども、恐らく消化器の中でも、消化器という専門医が成り立つために、内視鏡

というものがなければ成り立たないという一部の考え方もございまして、一応、ここに消化器内視鏡というのも入っていると御理解いただきたいと思います。

老年病に関しましては、今は多くの方がこれから老年になっていく可能性があるわけですが、非常に老年独特のいろいろな問題があるわけで、老年独特の対応の仕方もあるわけで、それに関しては、ある程度、老年の知識を持った方が対応していかなければならない。薬物代謝等も全然違いますので、そのあたりも少し勘案しながらやっていったほうがいいということで、高齢者に関しては老年病科というのが拝見したほうがよろしいのではないかとというのが、ある意味の専門医制の問題だと思います。

内視鏡のことに関しては。

○遠藤部会長 宮崎参考人、お願いします。

○宮崎参考人 それでは、説明させていただきます。

その前に、立谷先生の専門医とはそもそも何かという御質問がございましたけれども、循環器の内科系についてのサンプルで発言されましたので、その部分の説明もさせていただきます。

最初に、循環器や呼吸器などの内科系に関しては、臓器別のサブスペシャリティ専門医というのは、歴史的な流れとして、内科から枝分かれしてできたという長い歴史における経過があります。もう40年ぐらいたっていると思います。

そのような考え方で枝分かれしたサブスペシャリティの専門医がそもそも存在するわけですが、もう一つの専門医として、今回、内科学会には総合内科専門医というジェネラルの専門医という概念もございまして。臓器別ではなくて、内科全般に関する専門医。この辺はちょっとわかりにくいのではないかと思います。先ほど何々しか診ないというような内科医の対極に位置するものでございまして。現在3.5万人ぐらいです。総合内科専門医資格を持っている先生はたくさんおられます。

そのような先生方は、そもそもマインドとして、ジェネラルをオリエンテッドしているわけですので、臓器別の専門医とは若干違うマインドを持った者も含めて、内科の専門医の組織ができ上がっているということの一つ御説明申し上げております。

そのようなことと関連して、今、消化器内視鏡がわかりにくいという御質問だったかと思っております。このことに関しては、先ほどの老年病もそうですし、がん治療専門医、薬物療法専門医もそうですけれども、近年になって、最近枝分かれしてきた専門医制度でございまして。すなわち、30～40年前は、内科というジェネラルから枝分かれしてきたサブスペシャリティの専門医制度というのは、主として臓器別だったわけです。ところが、科学の進歩、特に腫瘍内科、薬物治療というのは、御存じのようにオブジーボとか、臓器別のがんではなくて、遺伝子の系によって治療していくという全く新しい発想の治療が今、始まっております。サイエンスの進歩によって、サブスペシャリティも変化していかないと、その恩恵を受けるべき患者さんに対して、適切な医療が届けられないということも踏まえて、内科学会としては、近年になって新しい分野が開発されてきた場合には、適切な専門医制

度として認めてきたという経緯がございます。

老年病もその一つだと思います。老年というのも、小児科と成人と老年、小児は成人のミニチュアではないという医学生の教育がございますけれども、老年者も成人とは異なることが多々あるということで、それを適切に診る専門医制度はあってしかるべきとして、認めてきております。

その中で、消化器内視鏡専門医とはどういうことなのかということに関して、これは最近認めた制度でございますけれども、肝臓学会と消化器病学会と消化器内視鏡学会の3つの消化器系の学会の総意として、サブスペとして認めていただきたいという依頼に対して、内科学会がそれを認めるという判断を下したものでございます。

その内科学会の判断としましては、そもそもこの3つの学会は、消化器領域とは非常に広いということが明確であります。例えば、循環器であれば心臓、血管でありますし、呼吸ならば肺である。でも消化器は、上部消化管、下部消化管、肝臓、胆嚢、膵臓、これは全部消化器の中に入っております。これら非常に広い範囲を一つの専門医制度でカバーするのは無理だというのがそもそも論でございました。

そして、消化器内視鏡という分野に関しましては、主として消化器病学会の説明でございますけれども、膨大な数の患者さんを現在取り扱っているということと、そのことによって、社会に対して極めて密接な関係のある領域として既に確立している。これからの病気ではなくて、既に存在している領域であるということが御説明の内容でございました。

内科学会としましては、新しい分野という認め方の中に、社会性というものも考えないといけなだろうという議論がございました。今まで学問的なつながりによって二階建て、サブスペシャルティというようにまとめてきたわけですがけれども、現代の世の中においては、学問だけで専門医制度を認めるというのはそもそも不都合であろうと。特に、この新専門医制度の議論が始まってからは、地域医療を壊してはならない。それから、現状から激変することは不適切であるということもございましたので、現在、この3つの学会の専門医制度の取得は、極めて密接に研修をしております。消化器肝臓、消化器内視鏡というように、カリキュラム及びプログラム自体が、3つとも固くくっついているわけです。これをばらばらにして認めること、例えば消化器内視鏡の専門医は認めないとするならば、その人々は資格を取得するのがおくらせてしまうとか、消化器系の専門医の成り立ちに大きな影響を与えるということがございました。

もう一つ、消化器内視鏡というのは、先ほど申し上げましたように、行政のほうでも、検診業務の中に、放射線的な診断ではなくて、もう既に内視鏡が検診として義務化されているというような、公のツールとして承認されているということも考慮いたしまして、これはサブスペシャルティとして認めないと成り立たない。地域医療に大きな混乱を起こすということをお判断しまして、認めたという経緯がございます。

ですから、学問的つながりということではない、別のタイプの、技術系のサブスペシャルティという位置づけをしてございます。

以上でございます。

○遠藤部会長 山内委員、釜菴委員、野木委員の順番でお願いいたします。

○山内委員 御説明ありがとうございます。

ただ、今はやはりサブスペシャルティの乱立というものは避けるべきだということは、皆さん一致した意見だと思うのです。専門医機構自体も、マンパワーなどできることも限られてきますし、国民にもわかりにくいということで、乱立を避けるという中で、クライテリアは、どこで線を引くかということは非常に難しいと思います。その中でこのたたき台を出してくださったように、どこである程度、方針を決めていくかという話だと思うのですが、今、宮崎参考人におっしゃっていただいたように、確かに消化器内視鏡がきちんとできる医者というものを国民に示すことはとても大事なことだとは思いますが。

ただ、それも全部サブスペシャルティとして乱立をしていくと、では腹腔鏡ができる外科医を肝胆膵腹腔鏡サブスペシャルティ、今度はda Vinciができる医者をda Vinciサブスペシャルティで、本当に専門医の乱立になってきていて、それは、消化器内視鏡のサブスペシャルティとは別に、消化器内視鏡のある程度の技術認定制度をつくれれば、それはそれで、専門医機構とは別のところでも認定制度をきちんと学会でつくることは大切だとは思っているのです。今、内視鏡、腹腔鏡とかもそういうふうになってきていますし、そういった意味で、例えば私どもの乳がんのマンモグラフィーとかだったら、マンモグラフィーは誰でも読んでいいわけではないのです。マンモグラフィーの認定制度があって、きちんと認定制度で勉強会に参加をして、しかも試験である程度のレベルをとっている人が、マンモグラフィーの検診で初めて読めるという形の認定制度と、専門医のサブスペシャルティというものは、分けたほうがいいのかということをおもいました。

本当に皆さん、サブスペシャルティに入れればということは、いろいろとあるとは思いますが、乱立を避けなければますますわかりにくくなると思うので、それを思ったのが一点。

もう一点は、10ページの地域偏在対策で、研修体制のことだけが挙げられているのですが、私は、例えばサブスペシャルティを乱立したら、消化器の内視鏡は数も多いですからそういった地方の先生が消化器のサブスペシャルティを取って、内視鏡の勉強に週末に何回か行って、そういう制度をとってやるということは可能だと思うのです。

例えば、特定のものを挙げて申しわけないですが、肝臓サブスペシャルティがあっても、そんなに人数は多く必要ないことがあって、それを取らなければ、その地域では肝臓を診てはいけないという、これは国民に標榜をするというという意味もあるので、肝臓専門医でなければ肝臓を診てはいけないとなったら、全国の二次医療圏に一人、肝臓専門医をつくるのかということにもなってきて、今度は地域医療においてもそういう診療が成り立たなくなるという意味での地域偏在対策も、研修体制だけではなくて、診療を誰が行っていくのかということも、10ページの中に入れていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 後者については、御意見として承りました。



前者の部分について、もし宮崎参考人から何かコメントがあればお願いします。

○宮崎参考人 ありがとうございます。

内視鏡専門医というのは、例えば腹腔鏡だとか、ほかの内視鏡も、それぞれ専門医をつくるのかということですが、これは9ページにあったように、カテゴリー化して、これからサブスペシャリティを認めていくという方向性が出ておりますので、私が申し上げたのは、現在既にそうなっていると。非常に広い領域になっていて、これを混乱させるのはまずいという判断が一つ大きく働いたということでございます。

希少性という言葉もありますけれども、これから認めていくようなサブスペシャリティに関しては、もっと社会性等々のこと、これからどのような広がりになるのか、ニーズがどれくらいふえるのかということを見届けた上で認めていくことになろうかと思えます。

そのような中で、寺本先生が答えるべきことかもしれませんが、機構の中では抑制的にサブスペシャリティを今後認めていくという方針を出されているかと思えます。抑制的に認めていくという内容としましては、最初に出発点としては、この23の領域からスタートして、徐々に認めていくという方針が出されているかと思えますので、御懸念のような、山ほどサブスペシャリティの専門医がふえていくのではないかということに関しましては、基本方針にのっとり、抑制的に認めていくことが機構の方針ということでございますので、それについては余り御心配にならないでもよいのではないかと。御心配というか、そういう方向になっているということでございます。

○加藤企画調整専門官 事務局から失礼します。

参考資料8に、本日、山口委員が御欠席ですけれども、意見書という形でこのサブスペシャリティ領域に関しましても御意見をいただいておりますので、御案内させていただきます。

また、サブスペシャリティ領域はこれまで幅広い御議論をいただいておりますけれども、論点の1、平成31年度から連動研修が開始されていることに関しては、差し迫った議題でもございますので、特にこの点は、御議論、御意見をいただければと思います。よろしくお願いたします。

○遠藤部会長 山内委員、どうぞ。

○山内委員 今、宮崎参考人がおっしゃったように、それでは5ページにある23領域は、既に認定されていて、これにプラスアルファするものについての議論ということになるということなのではないでしょうか。

○遠藤部会長 それは機構にお聞きしたほうがよろしいと思えますので、寺本参考人。

○寺本参考人 これは暫定的に認定されていると御理解いただきたいと思えます。

これは、後ほどお話が出ると思えますけれども、連動研修の問題とかいろいろな問題があって、ある程度、固まっていなくて困るということで、ある程度、暫定的にしておりまして、ここは一応、今のところはサブスペシャリティ領域としての整備基準といったことも全てでき上がっている部門とお考えいただきたい。

ただ、それが実際に全部認められるかという点、今、機構でそれを精査している。先ほど、レビューシートというのが出たと申し上げたと思うのですが、今、レビューシートを全部精査しておりますので、年度内というか、それは早々に基準を決めて認定していきたいと思っております。

○遠藤部会長 山内委員、どうぞ。

○山内委員 この委員会では、このサブスペシャリティのこれがというのは、今回初めて議論をすることだと思っておりますから、既に学会として認めて、機構としても暫定的に認めている中で、それを覆してしまうのは申しわけないのかもしれないのですが、ただ、本当にサブスペシャリティの乱立を割けるべきだと思いますし、どういうクライテリアでそれを決めていくかということをごこれからしっかりとクリアにして、国民にもわかりやすい形でやっていくのが本当に大切だと思いますので、そういった方針ということによろしいですね。

○寺本参考人 これは私どもも、少しスピード感が足りないと言われるとそれまでなのですが、次回のこういった委員会までの間には、基準もきちんとお示しして、どういうところがどういうふうに進んでいくかということは明確にしてい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。

山内委員、よろしゅうございますか。

○山内委員 はい。

○遠藤部会長 それでは、釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 本日の議論は、日本専門医機構で認定するサブスペシャリティの領域について、そして連動研修というのがもう始まるかもしれないという中で、どういうふうに整理をしたらいかがということが一番の論点だと思いますが、これまでの今回の議論、それから、先ほどの事務局の説明も踏まえて、日本専門医機構が認定するサブスペシャリティの基準がまだ十分整備されていないと申し上げざるを得ないです。

日本専門医機構のこれまでのいろいろな議論は、国民にとってその専門医がわかりやすいもので、役に立つということ。そして、その専門医の認定に当たっては、公正中立な第三者機関がしっかり認定をするというコンセプトで、それが国民のために役立つかどうかということが非常に大事でありますので、その点で、これまで大変御努力いただいていたことはよく承知をしておりますが、このサブスペシャリティに関する日本専門医機構の認定の基準が、まだ十分に国民の理解が得られるまでの整理ができていないように感じます。

これは、先ほど寺本先生から御指摘のように、機構としても急いで整備をされるということですが、それがしっかりできないことには、先ほど山内委員も言われましたけれども、暫定的かもしれませんが既に入っている部分について、果たしてしっかりした基準に該当するかどうかというところは、今は何とも言えないので、そこはまずしっかりした公正で中立的な第三者としての国民が理解できる、納得できる基準がしっかり提示されて、それに基づいてきちんと精査をされた結果、日本専門医機構の認定するサブスペシャリティ

の領域が整理される必要があるだろうと強く思います。そこは場合によっては、もう一回しっかりとやり直すことが必要だろうと思います。

連動研修については、我が国において、すぐれた医師を早く養成するということはぜひ必要ですので、その議論の中で、3年間の基本領域を済ませてから、新たにサブスペシャリティにまた行くというよりも、関連の部分については少し前倒しでやったほうがよいという考えの中で、連動研修というのが出てきたと理解をしております。そのことは十分承知をしておりますけれども、これは日本専門医機構の認定するサブスペシャリティ領域が今後明らかになってきた段階で、それまでに研修した内容を精査して、それに該当していれば、後で認めればよいことであって、もう連動研修を始めなければならないから、急いで制度を整備しなければいけないというのは、本末転倒であろうと思います。

ですから、今回はそのあたりのところを、しっかりと皆様の御同意をいただきたいと考えておりますことと、山内委員が先ほど指摘された内容は非常に大事なことでありまして、そのことについては私も賛同申し上げるところです。

宮崎先生からの、学問的だけではなく、社会性も踏まえた新たなサブスペシャリティの概念ということも、今後、ぜひ必要だろうと思いますが、学問領域あるいは学会が独自に専門領域をどういうふうに考えていくかというのは、それぞれの学会に取り組みさせていただくべきことで、日本専門医機構の認定のサブスペシャリティというのは、国民に役立つかどうかということが一番大事なことなのです。

あとは、先々は標榜というか広告との関連も出てくることなので、余り数がふえ過ぎるのはいかかというのには申すまでもありません。そのあたりの議論は、分けて考えなければいけないと思います。

先ほど事務局からも、サブスペシャリティを少し分けていこうということについては、新たな提案でありまして、これを今までしっかり議論したという認識ではありませんので、今後、そういうことも含めて、しっかりこの専門委員会でもやっていったらよろしいと思います。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お手を挙げていらっしゃるのですけれども、ただいま釜菴委員がおっしゃったことに関連して、つまりかなり明確に発言をされておられて、サブスペシャリティの基準を明確にすべきであって、それに基づいてサブスペシャリティを選択する。それが確定した段階で連動研修が必要かどうかを判断するというプロセスを御主張されたわけです。これについて、どういうお考えがあるか。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 まず、私は連動研修は当然認めるべきだと思うのです。というのは、例えば内科の研修をした場合に、専門領域と当然ダブってくる場所が出てくるはずですから、これを新たにやり直すということは無駄というか、時間がかかるだけです。医師不足の状

態というのは今、喫緊の課題ですから、私はこのことによって、医師の供給がおくれるということであっては決してあってはならないと思うのです。

もう一つ、このサブスペシャリティが広告につながってくるのです。これは宮崎先生と対立する話になるのかもしれませんが、私は、下手をすると、学会が承認すれば、3つの学会がまとまればそれは一つのサブスペシャリティになるみたいな考え方でいくと、きりが無いと思うのです。一般の国民の目から見て、消化器の専門の先生と内視鏡の専門の先生は区別がつかないのです。ですから、サブスペシャリティはある程度、大ざっぱであっていいべきであって、例えば方法論まで、手技論まで行ったときにきりがなくなるので、3階建てになってしまうのです。サブスペシャリティの上に、さらに3階建てになってしまうのです。こんなことをやってもしょうがないので、広告につながるということまで考えたときに、私はある程度、大ざっぱでないといけないと思う。

ちなみに、老人医療の専門医などは私は必要ないと思います。そんなものは医師の資格があれば誰でもできることです。そうやって、学会の数だけ専門医をつくっていったら、きりが無いわけです。ですから、ある程度、広告ということまで考えたときに、私は大ざっぱでないといけないと思う。

それから、さらに細分化された分については、先ほどのマンモグラフィーの話ではないですけれども、学会にお任せすればいいのではないかと思いますので、ちょっと指摘させていただきます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

連動研修についての御発言もありましたけれども、それについて何かお考えがありますか。委員ではなくても、参考人の御意見でも結構です。

牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 牧野です。

先ほどのサブスペシャリティの基準を明確にということは、絶対に必要なことで、その際に考えていただきたいのは、何をサブスペシャリティにするのかということに関して、要するに患者、国民が医師を選ぶときの参考になるといったサブスペシャリティでなくてはいけないということを、私は強調したいと思います。

消化器内視鏡ということで、患者が医師を選ぶことは、まずないと思うのです。けれども、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科といった区分であれば、国民は非常にわかりやすい。まず、これを基準にしていくのが正しいのかなと思っています。

次に、連動研修に関してです。その観点からいったときに、立谷委員がおっしゃったように、今、必要としているのは、まさに基本領域で養成しようとしている内科専門医というのが非常に意味があると思っています。この研修を3年間かけてしっかりとすることは、専門医機構として当然しなければいけない。どちらもプログラムで動かそうとしているのであれば、プログラムがぶつかってしまうわけですね。これが、きちんとカリキュラムであれば、ある一定の単位をとればいいということで問題は起きないと思います。

けれども、プログラムで動かそうとすれば、きちんとプログラムを連動させていくということをしないと、基本領域の内科専門医の部分の研修がどうしてもおろそかになるのではないかと懸念を感じます。

○遠藤部会長 内科のお立場で、宮崎参考人、お願いいたします。

○宮崎参考人 説明させていただきます。

今の牧野先生の御指摘は、質の問題にかかわる御質問かと思えます。

専門医たるものは、それなりの質を担保しないと安心して患者さんがかかることができないというのは当然のことだと思います。

そういう中で、内科専門医のプログラムの中に、サブスペシャリティのプログラムというカリキュラムをどう組み込むかということについて、そもそも論を申し上げますと、従来、内科専門医あるいは認定医というのは、教育施設または教育関連施設で研修して、そしてペーパー試験に合格すれば与えていました。そうすると、うがった見方をすると、自動車教習所でちゃんと教習していなくて、いきなりペーパー試験だけ通ったら運転免許を与えるかというのと、そんなことはナンセンスだということとかなり共通してしまっていて、実際に研修していないのではないかなどという疑いさえあり得るという状況があったかと思えます。つまり、プロセスを証明するということが、質を担保するという活動が重要だと考えております。

そのことを踏まえて、今回の新制度におきましては、内科学会としては、J-OSLERというウェブ上の研修システムを開発いたしまして、常に時々刻々研修の実態が把握できるようなシステムを開発しております。それプラス、サブスペシャリティにおいても、循環器、呼吸器、消化器等と全部で8つのサブスペシャリティの領域におきましては、各領域バージョンのJ-OSLERを開発しております。それがこの秋には完成予定でございます。

その2つのJ-OSLERを連動させることによって、どのような研修をいつどこで、誰の指導のもとにどのような研修をしたのかというのが証明できます。そのことによって、サブスペシャリティの質も担保できる。

もちろん、サブスペシャリティの到達目標というのはございます。内科もそうです。その到達するのは最低限といえますか、当然それを獲得しないといけないのですけれども、それを3年間ですると、サブスペシャリティを1～2年連動させることによって、コンピートするかというのと、それは内科の一部であるサブスペシャリティ領域においては、十分吸収可能だと考えてございます。

ですので、質の担保あるいはその後における証明ということも含めて、実行可能だと考えてございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

連動研修に関連しての御意見があれば、優先したいと思います。

外科のお立場を聞いてからにしたいと思いますので、池田参考人、どうぞ。

○池田参考人 割り込んでしまいまして、申しわけございません。

外科の立場から。私は機構の理事もやっておりますし、基本領域の専門医制度の責任的立場もやっております。サブスペのほうの責任的立場もやっております。3つの立場がありまして、そうするといろいろなところから見られて、逆にバランスがいい意見が言えるのではないかと考えている次第でございます。

今、御意見をいただいたところは、本当にまともでございます。まともというか、きちんと納得する意見でございます。ただ、外科医の言葉が少ないところかもしれませんけれども、ちょっと連動研修という言葉だけが先に進んでいるようでございます。これは決して基本領域をおろそかにするということではございません。きちんと普遍的なものは学んだ上で、それでなお余力がある、あるいはある一定のところに興味があるという方は、例えば心臓ならば心臓、消化器ならば消化器、その余力の部分をきちんとプラスアルファで研修したらいいのではないかと。そのようなニュアンスでございますので、決して基礎をおろそかにするということではございません。

逆に、きょうの意見をお伺いして、余り連動型を強調してしまうと、これは本末転倒、過ぎたるは及ばざるが如しになりますので、そのあたりは気をつけて運用してまいりたい。

ですから、連動型研修は、一言で言うならば、非常にカリキュラムに近いプログラム研修といいますか、その両方のいいとこどりのような感じだと私どもは考えて運用してまいり所存でございますので、一応、それだけ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、そういうお話も参考にしながら、片岡委員、徳本参考人の順番でお願いします。

片岡委員、どうぞ。

○片岡委員 ありがとうございます。

自分自身も内科医なので、先ほど宮崎先生がおっしゃった研修の質の担保ということは、実際にJ-OSLER等を用いて可能である。誰に指導してもらって、どのような経験を積んでということがリアルタイムでわかるので、質の担保ができるということはよく理解できます。あと、場合によっては、基本領域の内科研修とサブスペシャルティの研修は分けがたい部分があるということもよくわかるのです。

一方で、特にサブスペシャルティ領域のうち、10ページでいえば(A)日常診療を担い、医療需要が高く偏在対策が講じられるべき領域をどのようなプログラムで行うかということは、非常に重要なところなのではないかと考えます。

例えば、BやCのかなり限られた分野というのは、偏在対策ということには当たらないのかもしれないですけれども、例えば、基本領域の研修でできるだけ地域偏在をなくすようにとか、さまざまな地域をローテーションするということは非常に強く意識してプログラムを組んだとしても、連動研修では、やはり大規模施設ですのようなプログラムが人気が出てくると、基本領域をどこでするかというより、連動研修によってサブスペシャルティをどのようにおさめていくかということはどうしても考えざるを得ない。そこが基本領

域の研修をどこでするかということの規定していくということも起こってしまうと思うので、そのあたりは特に、10ページで言うところの偏在対策を考えなければいけない、サブスペシャルティの中でも、特に基本的な領域ということはどう扱うかという運用の面は非常に重要なのではないかと思いますので、よろしくお願いします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、徳本参考人、お願いします。

○徳本参考人 連動研修につきまして、今までクオリティーが担保できるという話と、効率的に育成できるという話があったと思います。

一方で、そもそも基本領域に関しては、その分野についてジェネラルに診療できるというのが大原則だと思っておりまして、先ほど立谷委員がおっしゃったように、自分のサブスペの分野しか診ないような医師が養成されるようなことになってはいけません。いわゆるクオリティーの問題以上に、マインドの問題が重要だと思っております。この連動研修を実施する場合には、基本領域についてはジェネラルに診られるということは、しっかりと担保できるような体制を配慮していただきたいと思います。

○遠藤部会長 連動研修の話ですか。それでは、とりあえずそこも固めてしまいましょう。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 専門医機構で総合診療検討委員会の委員長として、伺いたいのですが内科外科の連動研修、特に内科の場合、今までの内科サブスペの研修と変わらなくなってしまいます。最初からサブスペのところに行きたいが多くなり、総合内科を目指す人は決して多くないのではないのでしょうか？

ですから、今は2年目から、連動研修を認めるということですが、2年目からでなく、3年目から連動研修を認めることはどうなんでしょうか？

もう一つ、先ほどの5ページの表で、前期の機構の理事会で、消化器内視鏡、がん、薬物療法あるいは乳腺・内分泌が認められたと認識していたのですが、きょうの議論を聞いていると、ここも戻れということがここでのコンセンサスになる可能性もあるということですね。

もちろん、全部見直せという議論も一つでしょうし、消化器内視鏡、がん、薬物、乳腺・内分泌外科も見直せという議論もあるということでしょうか。最後にコンセンサスをみんな求めたいと思います。そこはぜひ決めておいていただきたい。

○遠藤部会長 これは先ほど機構からの御意見で、暫定的だというような解をされたのですが、寺本参考人、いかがでしょうか。

○寺本参考人 7ページに、私どもが考えている専門医制度整備基準というものを（案）として出しております。これを各領域にお示しして、下線の引いてあるところは必須項目ということにしております。

今、レビューシートというのは、これを全て書いていただいたものをレビューいたしまして、それに合致しているものを認めていこうということになるわけで、23は一応暫定的

というのは、それに合致しなければ、もしかするとそれはあり得ないということになりますので、そこを基準としている。

このことに関しては、ある意味、我々も次回までの間にきちんと基準を全てあらわした上で、どういう領域が認められたかということはお示しし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。

関連で、山内委員、どうぞ。

○山内委員 確認ですけれども、今、寺本参考人におっしゃっていただいた7ページは、あくまでもサブスペシャリティになりたいといったときに、プログラムを満たしているかの基準であって、先ほどおっしゃっていた、国民としてサブスペシャリティとして認める必要かどうかの基準とは全く別なものだと思いますので、今回、資料の9ページなどにありますようなクライテリアをどう決めるかということの基準とは違うと思いますけれども、それでよろしいでしょうか。

○寺本参考人 もちろんこれだけで決めるわけではなくて、先生がおっしゃっているように、それがどれくらい社会的ニーズがあるのかとか、実際にその領域がどのくらいの専門医を持っているのかとか、どれくらいの患者数を見込んでいるのかとか、そういったものも全てレビューシートの中に書き込んでございますので、レビューシートを全部見た上で、基準を決めていくということになると思います。

先ほどからお話がございますように、一番重要なことは国民目線なので、国民がわかりやすいということは一番大前提になろうかと思えます。

それから、国民が必要としているということも必要になると思いますので、患者数が多いとか、そういうところは非常に大きな問題になるのではないかと思っております。

○遠藤部会長 では、釜菴委員。

○釜菴委員 寺本先生がおっしゃったとおりだと思います。

ただ、やはり患者さんが受診をする場合に、選択するのに役立つないとだめなので、このところをぜひやっていただきたいと思えます。

それから、今の御説明の中で、日本にどのくらい患者さんがいるのかというところを考える。そこも大変大事なことで、これこそプロフェッショナルオートノミーで、しっかりとそこをやって、このくらい患者さんがいるのだから、この専門家はこのくらいの人数が要るよねというところは国が何か基準を示して、押しつけてくるということではなく、それこそプロフェッショナルオートノミーの中でコンセンサスを得ていくという作業こそが必要だろうと思えますので、ぜひよろしくお願い申し上げます。

○遠藤部会長 それでは、とりあえず連動研修とサブスペシャリティの基準についての御意見は大体承ったということでありませう。

関連であれば、牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 サブスペシャリティとして採用するかどうかということにも絡むのですけれども、10ページで領域Aとされている部分、日常診療を担い、医療需要が高く、偏在対策



を講じられるべきというカテゴリーで分類されている部分は、内科領域、消化器内科、循環器内科といったものがここに該当するのかなとも思うのですが、もしそうであれば、例えばいわゆる内科として地域偏在を防止するためにどの地域でどれだけの数を要請するというをここでいろいろと議論しているわけですが、そういったことにも絡んでくるということになるのではないかと思います。

ですから、内科領域である一定数の中で、循環器は何人、消化器は何人というところで、今後、落とし込むことを考えていくのかということも加味しながらこの領域を設定しないと、医師の偏在を考えた養成というところで、総合診療医というのが一定数必要だということを思っているわけですが、その必要数をしっかりとほじき出せるようなサブスペシャリティの考え方があっていいのではないかと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

まだ御意見があるかもしれませんが、時間が押しておりますので、先ほど手を挙げられて、私がおその分野ではないということでお指ししていないので、野木委員、お願いいたします。

○野木委員 長くなりましたので、議論が反対して、ちゃぶ台をひっくり返すような話になるかもしれませんが、内科とか外科の先生方がおっしゃっていることはわかるのですが、精神科においては、スペシャルティは基本的にないと言ったら変ですけども、どんな患者さんでも診ないといけないわけです。だから、この患者さんは認知行動療法が要りますから、うちは診ませんとか、この患者さんは薬が要りますが薬物学会に入っていないから診ませんとか、この患者さんは分析ですから、分析は診ませんとか、この患者さんは思春期だから診ませんとか、アルコールだから診ませんなどということは、精神科は許されるわけがないのです。全て診ていかないといけない。

その中で、認知行動療法、分析療法、薬物療法あるいは司法精神医学、社会精神医学と全部学んでいかないといけないのです。実際、私も学会にたくさん入っているわけです。その学会賞を見て吸収して行って、勉強していくという形になりますので、サブスペシャルティをつくって、では本当の精神科医である程度できるまで30年、40年かかりますよといったら、もう年が行ってしまっています。

だから、精神科においては、非常にナンセンスな議論。逆に言うと、前も言いましたけれども、精神科が例えば専門医を取るのに3年、私たちからすると、3年で専門医って本当みたいな感じなのです。精神科というのは、やはり長い間、いろいろな経験をして、いろいろな分野を勉強して精神科医になっていくわけで、それをサブスペシャルティがあるとかないとかいう議論をすると、それこそ患者さんが来ても、うちは診ませんよと。精神科医がいない地方に行って、診ません。これは別ですよ。あっちに行ってください。例えば、大阪に来られたけれども、うちはいないので奈良に行ってください。奈良に行ったら、当然大阪に行ってください。そんな議論になってしまうので、精神科においては、非常にナンセンスな話になってしまうのではないかと思います。

一応、精神科医である以上は、全てのことをやれないとだめだという現状がありますので、それにサブスペシャリティをいろいろと学会でつくってしまうと、どれもできない。本当に専門医ばかりで、みんな送ってしまうのか。自分のところはアルコールしかしませんよみたいな話になってしまう可能性があります。

ちゃぶ台をひっくり返すような話で済みませんけれども、そこは議論的には考えていたかないと、精神科などの非常にマイナーな科はそういうところがあると思うのですが、その辺も、内科や外科の先生が言われることもわかるのですけれども、我々のこともちょっと考えていただきたいなと思います。

○遠藤部会長 大体よろしいでしょうか。

診療科によって、いろいろと事情も違うというお話だったと思います。

それでは、まだアジェンダはたっぷり残っておりますので、とりあえず、サブスペシャリティに関しましては、機構におかれましてはいろいろと御意見が出ましたので、しっかりと整備を進めていただければと思います。

また、我々としまして、この問題は継続審議をしたいと思いますので、どうぞよろしくお願いします。

次は2つ目の資料2「カリキュラム制度（単位制度）について」について議論したいと思います。

事務局から資料を説明してください。

○加藤企画調整専門官 よろしくお願いいたします。

資料2「カリキュラム制度（単位制度）について」になります。

2ページ目になりますけれども、これまでも、専門研修部会におきまして、カリキュラム制度は複数回、議論されてきました。

地域枠医師が、カリキュラム制度でないと研修が受けられないのではないかと。また、妊娠、出産、育児などのライフイベントにおいてもカリキュラム制度が適しているのではないかと。御意見をいただき、また、委員の先生方からは、医療資源が乏しい病院においても、研修を行っている施設から、指導医の派遣、あるいは遠隔においても相談に乗ることなどによって、カリキュラム制度を柔軟に運用することで研修が可能になるのではないかと。御意見をいただいております。10月15日に厚生労働大臣の意見として、日本専門医機構に、このカリキュラム制度の整備も要請させていただいていたところでございます。

3ページ目になりますけれども、現行、主に研修制度として整備されていますプログラム制とカリキュラム制の違いをお示しさせていただいておりますけれども、今回、このカリキュラム制度に関しまして、大枠なイメージだけではなくて、基準を日本専門医機構より提出いただきましたので、4ページ目以降で御紹介させていただきたいと思います。

4ページ目の点線の枠内をごらんいただきたいと思います。

今回、カリキュラム制度として整備いただいたのは、概要としまして、カリキュラム制

度の中で必要な単位数と症例を定める。必要な単位数を期間を定めずに取得するのがこのカリキュラム制度の特徴である。この単位と必要症例を満たした時点で、研修修了として受験資格を得て、4番になりますけれども、プログラム制専攻医と同様に試験を受験することができるというのが、カリキュラム制の概要になります。

今回、単位制ということで、初めて言葉が出てきましたけれども、主な考え方を示しているのは、この下にございます単位制の考え方1になります。フルタイムの勤務を1カ月1単位とする。また、昨今の医師の働き方改革にも呼応するように、週3の勤務であれば0.6単位、半日単位であれば2カ月で1単位という柔軟な運用、働き方が可能ということで、お示ししていただいております。

また、こういったカリキュラム制度の中でも、4番、5番にございますとおり、最終的にはプログラム制と同等の経験症例数が求められており、最終的には試験を受けて、同等のクライテリアのもと、専攻・専門医が取得できるという制度になっております。

5ページ目に移りますけれども、現行、カリキュラム制度の研修の対象になる医師を、四角の中でお示ししております。義務年限を有する医科大学卒業生、地域枠医師、ライフイベントや留学、ダブルボードなどが例として挙げられております。

また、カリキュラム制が行える研修施設としましては、プログラム制より幅を持たすという意味で、下線にございますとおり、少なくとも1名以上の各領域の専門医が専攻医を指導できる施設を各領域学会基準に基づいて認定施設としてあらかじめ指定することとしております。

また、さきに御紹介しました委員の御意見に基づきまして、3番、各領域学会が定める所定の期間は、指導医が不在の医療機関においても診療を研修する期間として含めることができるということを明記していただいております。

また、4番に、47都道府県でカリキュラム制を用いた研修が行えるように認定施設を整備することとしております。

6ページ目に移りますけれども、ここは少し細かい手続論ではございますが、もともとカリキュラム制から開始をする方に関しましては、1番の後半にございますとおり、プログラム制と同様にシーリングの対象になることということにさせていただいております。

また、3番にございますとおり、各都道府県の地域枠に関しましては、キャリア形成プログラムと連携することをここに明記しております。

また、下半分になりますけれども、プログラム制から適宜、カリキュラム制に移行するに当たって、それ相当の理由があることを機構や各学会が認定するシステムがあることや、プログラム制での研修がカリキュラム制としてカウントされるようなことが記載されております。

7ページ目に移りますけれども、前回、一次募集の結果を御説明しておりましたが、平成31年度専攻医の募集におきまして、カリキュラム制度による応募状況は105名である。既にIDを発効していて未応募の方も含むということですが、105名ということで、4月からこ

のカリキュラム制度で研修することとなっております。

ただし、この制度がまだ案でございますので、各学会においては必要症例、研修期間、研修施設、指導体制などがまだ十分整備されていないところがあると聞いておりますので、早急に定める必要があるのではないかとということで、提案させていただいております。

最後、8ページ目になりますけれども、検討事項になります。これまでカリキュラム制に関しては、繰り返し議論されてきましたけれども、今回の日本専門医機構が提出する要件で十分これまで議論してきた内容が満たされているかどうか。また、2番目になります。施設基準は十分であるか。3番目に関しましては、全都道府県、全診療科でカリキュラム制は整備されるべきかどうか再度御議論いただき、4番目に、最近になりますけれども、早急な制度整備の必要性についても御意見をいただければと思います。

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。

それでは、カリキュラム制についても、この部会でいろいろと議論もされてきましたが、ここである程度、整理をした形で議論をしたいと思っておりますので、いかがでございましょうか。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 私は、このカリキュラム制度を基本にすべきだということを再三申し上げてきたのです。それぞれ、ここにいるドクターたちは、若いころ医局で研修して、医局との関係をずっと続けている人たちだと思うのです。私もずっと続けてきております。

ですが、私の経験でいうと、大体2割ぐらいの人は脱落するのです。医局が合わないわけですね。このプログラム研修を前提にするということは、私は脱落者をつくるだけだなんて思ってきたのです。若い優秀なドクターがいて、その人たちは、研究者として教授の助けになって活躍するのかもしれませんが、脱落したドクター達はどうなるのか。私の知っている脱落した側の医者たちでも、医師会の開業医になって、地域医療で頑張っている人はいっぱいいます。

そもそも、大学教授のもとにきちんと所属していないと専門医を取れないという制度そのものがおかしいのであって、前にも言ったことがあると思いますが、大学教授にも色々な人がいますから、そういう方々のところで、理不尽な医局生活に耐えなければならないのかというのがそもそも研修制度導入のときの一つの動機だったのです。

私は、先祖返りするだけでいいのかと。そこで、この専門医制度が、昔のように若手の医者を縛って、絞って、脱落した者はまともではないみたいな風潮をつくるような制度であってはいけない。ですから、私はカリキュラム制度が基本的な制度でないといけないと思っております。

今年の現況で、ほとんどの後期研修医がプログラム制に手を挙げているのです。最初からカリキュラム制と言っているのは105人しかいないという今の数字でしたけれども、実際、3年間、大学病院でプログラム制度の中で耐えられる若手の医者は何人いるだろうか

と。100%であるはずは絶対になくて、その人たちのことを考えないといけない。むしろ私は、カリキュラム制というのが一つの方法論だと思うのです。やはり専門的な知識を習得する、あるいはそういう形で認定してあげるということが大事であって、先ほどの宮崎先生の話とちょっと反するのですが、どういう研修をしたか、どういう施設で何をやったかということになりますと、かなり若手の医者を縛ることになるのです。それが外科の医師、内科の医師ということを考えて、私は今、必要な地域医療の担い手を考えたときに、やはりそれでもすくい上げて、内科の医師、外科の医師にすることを考えていかないと。ですから、質の話をするときりがないと思う。質がいい医者がいたほうがいいに決まっているのだけれども、やはりカリキュラム制を基本とした上で、一つの方法としてプログラム制があるという理解でいかないと、医師国家試験で合格させた数の医師の数だけ、適切な医師が、日本の医療に貢献しなければいけないと思います。

そういった意味で、この文言の中で非常に気になることがあるのです。プログラム制からカリキュラム制に移行する際に、パワハラなどという合理的な理由と書いてありますけれども、これは多分、合理的な理由として認められることはないでしょう。准教授などが私をいじめると。こんなところにいたくないと思う人は必ずいるはずで。そのことを専門医機構に言って、だから私はカリキュラム制に移行しますと言ったときに、その教授は、ちゃんと注意しておいたからと、是正するからと言うに決まっているのです。そうすると、脱落させるだけなのです。

私は、脱落するような人たちの自由があってもいいと思うし、そういう人たちが地方の病院に来て、それでも自分に合ったところで再出発することができるということは必要ではないか。

恐らく、そういう事例が10%は越すと思います。10%、20%、30%ぐらい出てくるのではないかと思うのです。必ずしも、みんなマッチングするわけではないですから、そういうことも考えないといけない。

脱落を防ぐという観点も必要ということなので、合理的な理由というところは、私はこの文言について、もうちょっと自由な立場を与えるべきだろうと思います。

カリキュラム制をしっかりした上で、プログラム制という方法論もあるのだという本来の立場に立っていただきたいということでございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、宮崎参考人、お願いいたします。

○宮崎参考人 立谷先生の御質問ですけれども、プログラム制というのが今、3年間となっていますが、正確に言うと3年以上であります。3年とは限っておりません。内科にしましては、先ほどJ-OSLERのことを紹介させていただきましたけれども、自分の経験した症例あるいは研修内容というのはデータベースとしてずっと残っていきますので、それこそパワハラかなんかで嫌になってやめてしまうという人は、その間の研修機関が無駄になるわけではなくて、次のプログラムに行ったときに、引き続いて研修の内容が蓄積されて

いくようになっております。ですから、ゼロからリセットするわけではありません。

そういう意味で言うと、プログラム制と言いながらも、3年以上ですので、嫌になったらやめて別のプログラムに行けば、1年ぐらい延びるかもしれませんが、無駄になるということではございませんので、そういう意味でいうと、むしろカリキュラムという言葉の違いで、最初から期間を決定しないものがカリキュラムで、プログラムは、最初は設定しているけれども、それに合わなくて延長した場合にはカリキュラム的になるという理解のほうが正しいのではないかと思ったのです。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○立谷委員 これは、最初の出発点からそうなのです。プログラム制を前提とするというところで始まっていたのです。そこに大きな問題があるのです。ですから、詰めていくと、カリキュラム制もプログラム制もそう変わりはない。ただ、症例の積み重ねに対して、どういう方法論でそれを認知するかという問題になってくるのです。それで、クラウド論とかが出てきました。

ですが、私はプログラムだとかカリキュラムだとか言うことのほうが、合理的でないと思っています。医師の育成ということを考えたら、あくまでもベースを積み上げて、認定できるような経験を積み上げて、その上で認定試験を受ければいいのだらうと思うのです。ですから、プログラムとかカリキュラムという言葉で議論すること自体間違っているのです。

けれども、考え方としては、これはカリキュラムそのものではないかと思うのです。カリキュラムの一部としてプログラムがあるのだと。ですから、プログラム制からカリキュラム制に移行するというものの考え方が、そもそもずれているのかもしれない。そもそも、そこで合理的な理由がないと、それを認めないという発想自体が、私はおかしいのではないかと思うのです。

いかがですか。

○遠藤部会長 寺本参考人、どうぞ。

○寺本参考人 機構のほうから御説明させていただきたいのですが、3ページの図をごらんいただきたいと思うのですが、プログラム制というのは、基本的には基幹病院があって、そして幾つかの連携病院をぐるぐる回っていく。そういう中で、ある一定のその方のスキルを鍛えていくという構造でありますので、基本的にはプログラム制で、私たちは、医師がどういう形で育っていくかというアウトカムを求めているわけなので、こういう形で回っていただくのが原則であるということです。

今、宮崎先生がおっしゃったように、そうは言っても時々ライブイベントがあったりとか、場合によっては非常に辛いことがあって、1年延びることがあるかもしれない。そのときの救済策的な形でのカリキュラム制である。したがって、右側のように、連携していく病院とかそういうことを必ずしもやらなくても、ある病院、ある病院で回って行って

もよろしいという形で持つていくのがカリキュラム制になっていきますので、ちょっとそのイメージが違う。

医学教育言葉としては、プログラムもカリキュラムも同じことなのですが、一応、そこで今回、単位制という言葉を入れさせていただいたのは、そういう意味なのです。ですから、ある単位数を取っていただければ認めますよというのはカリキュラム制というふうにお考えいただいてもよろしいのではないかと思います。

○遠藤部会長 立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 水かけ論になるかもしれませんが、最初、プログラム制を前提にするといったことに私は非常に反発したのです。だんだんと直ってきたと思うのですが、私はこの認定を与える側の権限が強くなるということではいけないと思うのです。

私は、こういうことは、例えば内科専門医であれば内科専門医をできるだけ多く育成するという立場に立たないといけない。今は違っていますけれども、最初は切り捨て論だったのです。排除の論理だった。それは決していけないことであって、やはり今、地域医療として特に内科の医師、外科の医師はとにかく必要なのです。そういう医師をさらに医学部卒業後、教育して、育成するという姿勢が必要。ですから、これは上から目線ではないのです。合理的な理由がある場合、認めてやるという。そういうことではいけない。

○遠藤部会長 立谷委員、御主張はよくわかりました。時間制約もあるので、ほかの人の御意見も聞かせていただきたいと思います。

いかがでございましょうか。

山内委員、釜菴委員の順にどうぞ。

○山内委員 私自身は今回、カリキュラム制のこのような詳しい指針を出していただきまして、非常に機構に感謝しております。やはり女性医師とかで、出産や育児などでそういうふうにならなければいけない人たちにとって、カリキュラム制はあると聞いたけれども、一体どうなっているのかという不安はあったと思いますので、そういったときに、そういうことが取れるというきちんとしたいろいろな流れを書いてくださいますと、それは非常に感謝しております。

それにおいて、3ページの図なのですけれども、あと6ページの上のところ、カリキュラム制を希望する理由と、主たる研修施設を登録しなければならないということが書いてあるのですが、例えば、その人が専門医の試験を受けるときに、3ページのところにA病院、B病院とありますね。これがどちらかの病院をまず特定して、ハブは決めるということの意味なのでしょうか。

主たる研修施設を決めるということでしょうか。

○寺本参考人 主たるところをお決めになって、幾つかのところを回ることも可能だと思います。

○山内委員 カリキュラム制であっても、主たる研修施設は決めた上で、あちこちのいろいろな病院でやったことを単位として認めていただくという形になるのでしょうか。

○寺本参考人 一応、そこは学校の認定している教育病院になりますけれども、そういうところを回っていただくということです。

○山内委員 わかりました。ありがとうございます。

○遠藤部会長 お待たせしました。釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 資料の5ページに、カリキュラム制の対象となる医師という中のその他領域学会と機構が認めた相当の合理的な理由というのが、例としてパワハラが挙げられているのですけれども、ここはよくわからないなと思います。

次に、7ページを見ると、既にその他というのは16名あって、これにはIDがもう既に発効されているというわけですから、その他の例については、理事長が何か把握していらっしゃるがあれば、教えていただければと思います。

○遠藤部会長 寺本参考人、いかがでしょうか。

○寺本参考人 現状で私どもが把握しているのは、臨床検査を選んだ方々が割と多くここにいらっちゃって、臨床検査の方々は、比較的カリキュラム制が非常にマッチしているということで、そちらを選んでいる方が多いのです。その方たちが9名入っていて、あとの5名というのは、まさしく立谷委員がおっしゃったとおりで、体調不良だとか何とかということもございますので、それなりの理由はあるのかなと今、思っているのですけれども、幾つか不明な点があるので、現在、各領域の学会のほうに調べていただいているところでございます。

○釜菴委員 臨床検査の方がカリキュラムに行ったほうがよいというのは、ちょっとよくわからないところもありますので、ここに書いてあるように、領域学会と機構がきちんとお認めになって、IDが出るという形になるのかなと思うのですけれども、どこは御確認をいただければと思います。

一つ意見を言わせていただくと、まずこのカリキュラム制については、基本領域の認定についてはまずは運用していただいて、先ほどのサブスペシャルティの議論がしっかり皆さんの合意が得られて、そして機構の認定基準が明らかになった上で、カリキュラムとあわせて検討いただくように要望申し上げます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

徳本参考人、どうぞ。

○徳本参考人 今までの議論を聞いても紛れはないと思うのですが、地域枠学生等を抱えています都道府県の立場といたしましては、このカリキュラム制については、全都道府県、全診療科で整備されるようお願いしたいと思います。

また、挙がっていない論点かもしれませんが、カリキュラム制であったとしても、プログラム制と同じように都市部から専攻医がしっかりと地方に出ているかということ把握していただければと思います。

カリキュラム制であれば、地方に出なくてもいいという形にはならないように、地方の



立場からお願いしたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

それでは、柵野委員、どうぞ。

○柵野委員 7ページの応募状況なのですが、我々地方もこのカリキュラム制度には非常に期待をしていますのですが、今の平成31年度の実績状況を見ますと、105名のうち、地域医療に資するのが明らかなためという方、いわゆる地域医療の関係が32名となっております。ということなのですが、最近、地域卒の医師が増加傾向にあると我々は聞いているものですから、そこは非常に期待しているのですが、そのことを考えたときに、この32名というのは少し少ないように感じます。この辺の見方というのは、先ほどの当時の説明のときにはまだ熟度の問題という御意見もありましたが、これはどういうふうのように理解すればよろしいでしょうか。

○遠藤部会長 これはどなたですか。一応、機構ですか、事務局ですか。では、事務局お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 どちらが答えてもいいと思いますけれども、地域卒の学生は今、数百人いらっしゃいます。もうすぐ800人、900人となるのですが、各都道府県にキャリア形成プログラムというものをつくるように言っておりまして、例えば6年間の地域卒学生だと大体9年間ぐらいの義務年限がございますけれども、その義務年限の中で、例えば上手に専門医をとれるようにとか、ちゃんと留学に行きたい人は行けるようにとか、そういったキャリア形成プログラムは、従来は医局がちゃんと調整していたようなことを、都道府県もちゃんとやって、その地域卒学生のキャリアがよりよいものになるようにということをやっておりますので、普通に行けるということがございます。

一方、例えば私どものほうで聞いているのは、形成外科とかは、各都道府県全てにそれがあるわけではないので、そういう場合にはカリキュラム制をとらざるを得ないということがあると聞いておりまして、地域卒学生でそういった専門医をちゃんととれるキャリア形成プログラムがどうしてもできないという場合がいろいろとあるようなので、そのときに、そちらを応募しているのかなということにはございます。

中身を細かくデータとしていただいているわけではありませんので、厚労省としてきちんと正確なことを言えているかどうかは不明でございますが、そういうことは考えられると考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何か御意見はございますか。

野木委員、どうぞ。

○野木委員 カリキュラム制度は、私も最初に聞くまでどういう制度かよくわからなかったのですが、聞くと、なかなかこの制度はいい制度だと思っております。精神科だけ言いますと、他科からの転科組や、年齢が高くなって医者になった人は結構多いのです。そ

ういう人たちはやはり専門医をとるときに一からできない。

例えば、10年間外科でやっていたけれども、年齢的にもいろいろな問題、身体的な問題で精神科に移りたい。ただ、プログラム制に入ると、また一から点滴当番から始まって、若い先生方と一緒にというのは恥ずかしいという形で、入ってこられる。実は、うちの病院だと4分の1ぐらいが他科からの転科組なのです。そういう先生方も、精神科に来られた以上は、専門医をとっていただきたいというところがありますので、そういう制度が進んでいくという救済の意味も含めて進んでいくのは非常にいいことではないかと私は思っています。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに御意見はございますか。

それでは、牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 今に関連して、カリキュラム制をとれる施設に関しての制限をなるべく甘くしていただきたい。少なくとも、プログラム制で期間型を組んでいるところに関しては、カリキュラム制も認めていただけるような対応をとっていただきたい。

といいますのは、大学病院のようなところでカリキュラム制で専門医を取りたいと思う人は少なく、むしろ、市中病院の比較的甘いと言ったら変ですけども、受け入れてもらいやすいところに行く傾向があると思うので、そういうところがはじかれると、せっかくのカリキュラム制度がうまく運用できないと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、寺本参考人、次に片岡委員、羽鳥委員の順番でお願いします。

○寺本参考人 カリキュラム制といっても、やはり質の担保はどうしても必要なもので、どこでもいいというわけにはなかなかいかなくて、先ほど申しましたように、学会が認定している教育施設とか、今までこの機構のやっている連携病院とか基幹病院とかではなくてもいいのですけれども、教育指定病院であればいいというふうな形をとるだろうと思いますので、そういう形になろうかと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

片岡委員、どうぞ。

○片岡委員 私も、カリキュラム制について、わかりやすく示していただいて、大変ありがたいと思っています。

決まっていたら教えていただきたいのですけれども、例えば女性医師などは、夫の転勤とかそういうことで、住む場所が変わったりということも想定されますけれども、最初にどこかのA病院というところで研修を始めるとして、その後、途中で全く違う地域に行くといったことにも対応はできるような制度になる予定でしょうか。

○遠藤部会長 寺本参考人、どうぞ。

○寺本参考人 寺本ですけども、実はその他の中に、パートナーの異動のためというのがございます。ただ、御注意いただきたいのが、シーリングのかかっているところに行か

れると、こういうことがややこしいので、そこだけが問題になるかと思います。

○片岡委員 ありがとうございます。

もし、自明のことであると申しわけないのですけれども、プログラムのほうは、パートナーの異動によるプログラム変更というのは非常に難しいと考えていいのでしょうか。

○寺本参考人 一応、プログラムを移動することも認めておりますけれども、今、申し上げたように、シーリングのかかっているところに行かれると崩れてしまいますので、そこだけ。

○遠藤部会長 よろしいですか。

お待たせしました。羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 総合診療に関しても、今、当初カリキュラムを想定していなかったもので、カリキュラムのシステムを今、つくっているところなのですけれども、そのときに、委員の先生から出ているのは、レベルを落とすたくないということがあります。

例えば、皆さんわからないかもしれませんが、総診1、総診2という病院でなければできない研修をしたい。それを週1日の勤務ですずっとやればいいというわけにはちょっといかないところもあるので、何らかの工夫は必要なので、カリキュラム制を認めるのはいいことなのですけれども、質は落とさないということを担保していきたいと考えています。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 これは実例なのですけれども、被災地でもありましたけれども、来年から福島県の地域枠の卒業生が初期研修が終わって次の研修先に出ていきます。

私も福島県の地域医療協議会のメンバーですけれども、原発被災地とか、話題になった病院もありますから、医療過疎地帯でもあるし、そういうところにできるだけ配置したいわけです。

ですが、そういった病院は必ずしも研修指定病院ではないですよ。当然、カリキュラム制を選択することになります。そうすると、それは研修指定病院では必ずしもないですよ。研修指定病院でないようなところで頑張ってもらいたいわけですよ。条件のいいところだけではないです。

その場合は、福島医大に地域医療支援講座という寄附講座をつくりましたので、そういうところで研修させて、3年でなくてもいいから、4年でも5年でもいいから、頑張った分だけ報われるようなシステムをつくった上で、彼らを被災地の条件の悪いところへ行っただけで頑張ってもらいたいと思っています。

そうすると、研修指定病院は、ある程度の施設でないといけないという考え方に立つと、これは福島県だけの話ではなくて、恐らく地域枠で医師偏在の解消を図るとしたら、多くの県でそういう現象が起きてくるのではないかと思うのです。ですから、3年にこだわることはないかもしれないけれども、5年頑張った、7年頑張ったという彼らに報われるよ

うなそういうシステムでなくてはならないだろうと思っているのです。

そここのところの考え方は、なかなか反映されていない。ですから、志を持って地域枠に応募して、志を持って地域社会に行くような若手の医者たちを、教育するということはもちろん大事ですが、彼らの努力に報いるようなシステムでないといけないと思うので、大学での研修、週1回とか、地域医療に従事したまま研修できるような、学会がそういうところで頑張ってくれるといいのですけれども。

○遠藤部会長 池田参考人、どうぞ。

○池田参考人 これは恐らく機構の寺本理事長よりも、学会マターではないかと思うのですけれども、先生がおっしゃったことは、広い意味での専攻医の研修の便宜ということになってくるかと思えますので、研修の便宜と言うと非常に言葉は軽くなってしまいますけれども、地域貢献ということも一つのうたい文句でございますので、それは各学会できちんと把握するべきかと私は個人的に思います。

○遠藤部会長 宮崎参考人、お願いします。

○宮崎参考人 既に今、旧制度というか現状で行われている専門医制度の中で、内科学会の専門医制度に関しましては、今、立谷先生が言われたように、自治医大スペシャルというものがございます。自治医大の卒業生というのは、僻地診療を担うことが最初から決まっておりますので、彼らに対して、専門医資格を取れるように、遠隔診療とか幾つかの条件を満たしていただければ、僻地で行った診療も専門医の研修の中に認めるという制度が現在ございます。

その新しい制度におきましても、特別連携施設というふうに名前をつけまして、そこでの研修を研修期間として認めるというふうに制度設計がなっております。

○遠藤部会長 どうぞ。

○立谷委員 その特別連携施設というのが実は問題なのです。

福島県の被災地の病院は、必ずしもそうではないのです。福島県の場合は、災害医療支援講座がありますからできますけれども、各県にあるわけではないのです。けれども、どこの県の地域医療協議会でも、それは一番の問題なのです。これは福島県だけではなくて、各県の問題だと思えますので、一つ御検討願いたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

本件につきましては、これぐらいにさせていただきたいと思えますので、引き続きまた御議論いただきたいと思います。

カリキュラム制につきましては、機構としましては、引き続き整備を続けていただきたいと思いますし、本部会でも、引き続き議論を続けていきたいと考えております。

最後の議題でございます。資料3「診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化について」、事務局から資料の説明をお願いします。

○加藤企画調整専門官 よろしく申し上げます。

資料3「診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化について」ということで、資

料を御説明させていただきたいと思います。

1 ページ目になります。これまでの議論にございましたとおり、シーリングに関しましてはこれまでもこの部会においても議論をしてきたところではございますけれども、シーリングがかかっている東京都などからも、都府県において医師が常に不足している、あるいは将来的に不足するのではないかという懸念が示されておりました。

もう一点、診療科偏在に関しましては、これまで指摘されていたものの、なかなか診療科偏在を是正するための指標などに関しても示されていなかったという課題がございました。こういった課題は、専門研修部会とともに医師需給分科会におきましても議論されておりまして、第二次中間取りまとめにおきましては、診療科ごと、都道府県別の転院を設定すべきという意見もございましたので、先日行われました第28回の医師需給分科会におきまして、診療科ごとの将来必要な医師数の見通しについて公開されましたので、この専門研修部会でも御紹介させていただきたいと思います。

2 ページ、3 ページに関しましては、これまでお示ししたとおり、診療科別の医師数の偏在が平成6年度以降、進んでいることと、ここ4年間の各臨床研修後の医師の診療科の指向性に関しては、大きな変化がないことを示しております。

4 ページ目移行、医師需給分科会での議論をお示したものではありませんけれども、これまでの専門研修部会での課題認識と大きく相違はございませんが、現状と課題になりますが、一部の診療科に集中していることと、また、医師需給分科会におきましては、医師が将来の医療需要を見据えて適切に診療科選択ができるように、情報提供をする仕組みをつくったほうがいいのではないかとことでまとめられておりました。

これの対応としまして、先ほど申し上げましたとおり、将来必要な医師数、診療科別、都道府県別医師数を国は情報提供すべきであるということで、今回の情報提供に至っております。

5 ページ目になりますけれども、非常に複雑で、さまざまな要素を勘案した計算式を用いておりますが、点線にございますとおり、今回算出するに当たって考慮した要素をお示ししています。医療ニーズ、人口動態の変化、地理的な偏在をあらわすものや患者の流出入、医師の年齢分布などが含まれております。こういったものを計算式に当てはめて算出しているのですけれども、複雑になりますので、イメージだけ、次の6ページ以降、簡単にお示しさせていただいております。

6 ページ目にございますとおり、一つの疾患におきましても、例えば脳梗塞などにおきましては内科や脳神経外科、複数の診療科が診療していると思われるので、こういった各疾患がそれぞれどのような診療科で診られているのかというデータを分析しております。これが対応表と言われるものですが、こういったもので、各疾患と診療科のひもづけをしております。

続いて、7 ページ目にございますけれども、イメージをごらんいただきたいのですが、非常に多くの要素を勘案しておりますが、現在の医師数に基づきまして、勤務時間、用時

間労働が現在も指摘されておりますが、そういった労働時間と人口推計、そして対応表に基づく患者数の変化などを勘案して、将来の必要医師数を計算しております。

8 ページ目になりますけれども、こちらイメージをごらんいただきたいのですが、計算としましては、現在の医師数に基づきまして、将来に必要な医師数におきましては、現在の医師数を維持するために必要な養成数と、将来の医師数の見通しを達成するための養成数を足し合わせたものが必要養成数として算出しているものになります。

9 ページになりますけれども、最終的には各都道府県、各診療科別必要医師数をお示ししておりますが、都道府県下における医師の流出入がないことを仮定して、1年当たりの養成数の計算を行うものとしております。

10ページ目になりますけれども、課題を示しております。3つ目のポツのさらに細かい2ポツ目、3ポツ目にございますとおり、各都道府県において、こういったデータに基づいて、医師の派遣調整や地域枠の医師などの適切な診療選択ができるように活用していかれるのいいのではないかとということや、専門医制度におけるシーリングの設定にエビデンスとして用いられることが期待されるのではないかとということで、まとめられております。

少し上に戻りますけれども、2ポツ目になりますけれども、中ほどに「※2」がついている部分になりますけれども、今回、診療科別でお示ししておりますが、今回の算出方法に限界もございまして、総合的な診療の領域に関しましては、別途、計算が必要ということで、課題として認識しております。特に総合診療、救急などが想定されております。

次に、11ページ目に移りますけれども、時間もございませんで1点のみ、非常に重要な点は、留意点の2つ目にございますけれども、各診療科医師数と専門医資格保有医師数は異なるものであり、必ずしも養成数が専攻医養成数を意味しないという点は、御留意ください。

また、12ページ目にございますのが、今、御紹介させていただきました計算方法に基づく各診療科における必要医師数の将来推計になります。簡単に御説明しますと、2016年に仕事量や勤務時間調整後という数値が出ておりますけれども、現在の医師数に、それぞれさまざまな働き方がございまして、週に半分しか働いていない人を0.5、長時間労働をしている方が多い診療科に関しましては、その係数を掛けるなどして、勤務時間調整を行いまして、横に行きます2016年、2024年、2030年、2036年は人口動態推計と、先ほどの各診療科の対応表に基づきまして、必要医師数を算出しております。

右側にございます必要養成数に係る推計に関しましては、それぞれ2024年、2030年、2036年の必要医師数を達成するために、それぞれの各年で1年ごとに養成すべき人数をお示ししております。

最後、足早ではございますけれども、今後の検討の13ページに移らせていただきます。

今後、必要医師数の見通しを国からお示しさせていただきましたので、日本専門医機構や各学会に情報提供することによって、今後、地域偏在や診療科偏在につなげられるのではないかと期待されているかと思っております。

また、前回の専門研修部会でもお示ししたとおり、現状のシーリングでは十分な東京都への集中が是正されていないことなどから、客観的で妥当性の高いシーリング数が必要であると考えられます。最終的に、今後の専門医制度を通じて、専門医の診療科偏在、地域偏在を是正するために、都道府県別、診療科別必要医師数の活用を具体的に検討してはどうかということで、事務局の提案とさせていただきます。

また、参考資料7をごらんください。こちらは都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通しのたたき台を、暫定版としてお示しいただいております。こちらは暫定版ではございますけれども、今後、専門医機構、各学会におかれましては、こういった必要医師数の推計に基づきまして、定員などのことも検討していただければと思っております。

以上、事務局の説明になります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局から、暫定的とはいえ、このような推計値が出されております。また、それについて、こういう使い方、検討の仕方したらどうかという案が13ページに書かれておりますけれども、これらについて、何か御意見があれば承りたいと思います。

○釜菴委員 きょうの12ページの資料は、前回、医師需給分科会でお示しになった数字と同じだと思いますけれども、示し方がちょっと変わられたのであれなのですが、まず、医師需給分科会の翌日の報道を聞くと、医師の数がさらに大幅に少なくなる、医師が大変足りなくなって、それをまた養成しなければならないという論調の報道が多かったと記憶しておるのです。

これは事務局に確認ですが、これまでのマクロの医師の養成数あるいは見通しの推計と、きちんと整合がとれていて、そしてこれまでの見通しを特に変更しなければいけないというものではないということを確認したいと思うのですが、いかがでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 医師数におきましては、今の医師の養成数でも、毎年数千人単位でふえておりますので、そのマクロ需給推計により出しているものでございまして、それと2024、2030、2036も診療科別ものの合計のマクロの推計については整合的なものでございます。

○釜菴委員 それから、この表をしっかりと理解するのはなかなかすぐにはわからなくて、一生懸命見ないとわからないところはあるのですが、今回、修正していただいた右側の必要養成数に係る推計という部分は、現状を維持する、4つあるうちの2016年の医師数を維持するための年間養成数がそこに書いてあって、24年の必要医師数を達成するための年間養成数というのは、2016年から2024年までの間の年間の必要養成数ということでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○加藤企画調整専門官 今、釜菴委員が御指摘のとおり、2024年までに、2016年からそれぞれ1年ごと、どれだけ養成すれば達成するかということですので、御指摘のとおりかと

思います。

○釜菴委員 それは、30年、36年についても同様ですか。

○加藤企画調整専門官 同様です。2016年の時点から2030年の必要医師数に到達するためには、それぞれ毎年どれだけ養成するかということですので、同じ意味になるかと思いません。

○釜菴委員 そうすると、その都度、例えば2024年の時点で、30年に向けてまた医師確保計画を変えて、その都度やっていくというイメージですか。

○遠藤部会長 どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

実は診療科別の医師数の取り扱いを医師確保計画上どうするかということにつきましては、まだ医師需給分科会においては議論が煮詰まっておらず、今回はあくまでも専門医の養成に関して、参考とするデータとしての提示でございますので、そういう点では、今の御指摘の医師確保計画上どうするかということについては、少しまだ議論が必要という状況でございます。

○釜菴委員 ありがとうございます。結構です。

○遠藤部会長 よろしいですか。

いかがでございましょうか。

山内委員、どうぞ。

○山内委員 資料3の13ページに書いてあるように、多分、この情報をこれから専門医の分野を選ぶ研修医の先生や医学部の学生に提示することによって、将来、余るのであれば、その科にはやめようとか、そういう動きが働くことをある程度は想定して、この数だからこの数しか採らないということをしていただければいいのですけれども、なかなかそうはできないので、そういう動きが出ることを想定してだと思っております。

ですから、この数というのは、いつ、どういった形で、これから専門性を決めようとしている人たちに情報提供していく予定なのか、教えていただけますでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 本来、大本は、まず医師需給分科会で議論するお話でございますが、今回、医師需給分科会のほうで暫定の推計が事務局ででき上がりましたので、今回、御紹介しているものでございますけれども、医師需給分科会のほうでもさまざまな御指摘をいただいておりますので、暫定と書いておきますとおり、これはあくまでも暫定のものでございまして、さまざま、いろいろな直す余地があるものでございますので、そういったことを踏まえて、それがどれぐらいのものになるのかを踏まえて、その時点で、より正確なものを使っていただこうと思っております。

まだ、具体的な時期については申し上げられないところでございます。

○山内委員 わかりました。

○遠藤部会長 よろしいですか。



それでは、徳本参考人、どうぞ。

○徳本参考人 今回、示されました都道府県別の必要医師数につきまして、資料を見させていただきますと、やはり東京都を含む都市部及び一部の診療科では、将来的に医師数が過剰となる部分が出てくるのではないかとということがわかったと思います。

一方で、資料だけを見て、医師が判断するという自主的な判断に任せていては、地方の医師が満たせるとは我々は考えておりません。専門医機構におきましては、今回、暫定値ということですが、こういったデータに基づいて、定員枠を都道府県、そして診療科別に、できれば平成32年度からでも設定していただけるよう、お願いしたいと思います。

もう一つ、これは厚生労働省にお願いすることかもしれませんが、先ほどの話にもありましたように、このデータを見ることで、若い医師が将来何科になるという判断に一定程度影響すると思います。

個別診療科の話になって恐縮なのですが、長野県としては、産科医が足りなくて非常に困っている。研究資金とかを出して、確保をしても足りないという立場にあります。

今回、2036年に産科医が、過剰とまでは言いませんけれども、足りるという絵図が出ていると理解いたしました。そういったデータを見て、若い医師が産科医を目指さなくなるということを、私たちは危惧しておりますので、こういったデータを出す限りは、そのデメリットを上回るだけの、例えば強力な医師偏在解消に資する施策や、新たに産科医を目指す方のキャリアパスを提示するなど、産科医不足で困っている地方に配慮した施策を考えていただければと思います。

よろしくお願いたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

野木委員、どうぞ。

○野木委員 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの12ページなのですが、ちょっと疑問なのが、例えば上から4番目の精神科なのですが、私が精神科なのでちょっと見たのですが、2016年から2036年の必要医師数はずっと減っているのです。ただ、右側を見たら、達成するための年間養成数はどんどん増えていっているのです。このあたりのデータの信頼性が何を指標にされているのかよくわかりにくいので、もうちょっとわかりやすいデータを出していただかないと、これで診てもらおうと、精神科の医師数はどんどん必要ではなくなっているのに、養成数は増えてくるというのは、非常に矛盾を感じますので、そのあたりもしっかりしたものをもう少し出していただくほうがありがたいです。

○遠藤部会長 この読み方を少し説明してください。

○堀岡医師養成等企画調整室長 診療科ごとの年代別分布を勘案しておりますので、その診療科の中の人が高齢であれば、より養成しなければいけないし、若い人が多ければ、それが残っていくので余りというようなことを勘案しております。

ちょっと複雑でございまして、さまざまな御指摘を医師需給分科会でもいただいております。

ますので、これはあくまでも暫定版であると考えていただければと思います。

○野木委員 ありがとうございます。

ひょっとしたらそういうことかなと思ったのですけれども、多分、精神科医はたくさん死んでいくということですかね。

○堀岡医師養成等企画調整室長 多分、医師の診療科別の年代が比較的高目であるということでございます。

○遠藤部会長 そういうことなのです。外科なんかも同じような傾向がみられるわけです。立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 全国市長会の中で、他の市長さんから出ている意見ですが、診療科別診療単価ということをもうちょっとしっかり考えなければいけないだろうという意見があります。中には、地域別診療単価まで言及する市長もいます。私の意見ではないです。全国市長会の中にはそういう意見もあるということ。

それと、働き方改革と連動してくるのですが、これは私からの提言になりますけれども、ドクターからドクター以外のスタッフに関する診療所の権限委譲を進めないと、そういうことも含めて、私は専門医なり、これから医師として成熟していこうとする若い人たち、特に診療科を選択する人たちに、こういう情報をしっかり提供する必要があるのではないかと思うのです。そんなことを御要望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、牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 牧野です。

領域ごとの将来必要な医師数の見通しということで、先ほど、徳本参考人からお話があったように、この数字で将来、不足する領域の医師がわかっているのであれば、それを確保するようなことを考えるべきではないかと思うのです。

例えば今、専攻医の募集総数は、実はその年の専攻医の倍ぐらいの募集枠があるわけです。そうであれば、全く自分の好きな領域には、少なくとも行けるということで、多分、これを繰り返していると、不足する領域の医師はいつまでたってもふえてこないということが起こる可能性があるわけです。

すぐにこの数字を使って変えましょうという意味ではないですけれども、そういった不足する医師をちゃんと確保できるような専攻医の募集の仕方を今後、考えるべきではないかと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

この議論は、また今後も継続してやっていきたいと思いますが、大体御意見はよろしゅうございますか。

それでは、羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 最後になってしまいそうなので。最初のサブスぺの問題で、少し現場で気になっていることがあるのですけれども、例えばがん検診の場合、地域で胃がん検診の場合

だと内視鏡でやる率が7割ぐらいになってきたのですけれども、そうすると、読影は内視鏡専門医でなければいけない。それから、胸のレントゲンについても、呼吸器科医または放射線診断医でなければいけない。山内先生が御指摘になった乳腺についても、乳腺の認定医でなければいけない、S、A、Bまででなければいけないとか、サブスペに関して、いろいろな条件が加わってきて、そちらの要素も結構サブスペに進みたい人たちのインセンティブになっていることもあるので、その辺の議論も一緒にしていただかないといけないような気がするので、またチャンスがあったら御検討いただきたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、本日は本当に積極的な御意見をありがとうございました。

用意した材料は以上でございますので、これをもちまして、本日の部会を終了したいと思います。

事務局から、何かございますか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 次回の部会開催日程に関しましては、2019年3月を予定しておりますが、追って調整の上、改めて御連絡させていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、これをもちまして終了したいと思います。どうもありがとうございました。