

2022-2-2 令和3年度第2回医道審議会医師分科会医師専門研修部会

○高原医師養成等企画調整室長補佐 それでは、定刻より少し早いですが、皆様おそろいでございますので、ただいまから令和3年度第2回「医道審議会医師分科会医師専門研修部会」を開催させていただきます。

本日は、先生方には御多忙のところ御出席を賜り、誠にありがとうございます。

開会に当たり、委員の御出席等について御説明申し上げます。

本日、片岡委員、山崎委員、立谷委員、野木委員、羽鳥委員、牧野委員、山内委員は、オンラインでの御参加となっております。

また、阿部委員、三日月委員からは、所用により御欠席との御連絡をいただいております、阿部委員の代理として長野県健康福祉部から原参事、また、三日月委員の代理として滋賀県健康医療福祉部から角野理事がオンラインで参加されております。

また、事務局につきましては、伊原医政局長は公務のため欠席、また大坪審議官は途中退席をさせていただく予定でございます。また、福田医師養成等企画調整室長、北原医政局総務課保健医療技術調整官はオンラインでの出席となっております。

また、本日オブザーバーとして、文部科学省医学教育課から島田企画官にオンラインで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北村理事に参考人としてオンラインで参加いただきたいと考えております。部会として、本日の審議に参考人として御出席の承認をいただきたいのですが、よろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○高原医師養成等企画調整室長補佐 ありがとうございます。

それでは、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。

(マスコミ頭撮り終了)

○高原医師養成等企画調整室長補佐 遠藤部会長、よろしくお願ひいたします。

○遠藤部会長 皆様、本日もどうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、まずは、資料の確認について事務局からお願いいたします。

○高原医師養成等企画調整室長補佐 それでは、資料の確認をお願いいたします。

本日は、議事次第、資料1から資料3、参考資料1から参考資料3をお配りしてございます。

不足する資料がございましたら、事務局までお申しつけください。

また、本日、オンラインで御参加の委員の皆様へのお願いとなります。御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。また、御発言の際は、Zoomサービス内のリアクションボタンのアイコン内にある「手を挙げる」をクリックいただき、部会長の指名を受けた後にマイクのミュートを解除の上、御発言いただきますようお願い申

し上げます。また、御発言終了後はマイクを再度ミュートにしてくださいようお願いいたします。

それでは、部会長、お願いいたします。

○遠藤部会長 それでは、議事に入りたいと思います。本日の議題は3つございまして、1番目が「専門研修における子育て世代の医師に対する支援について」、2番目が「医師の時間外労働の上限規制における専攻医への対応について」、3番目が「専門医に関する広告について」、以上の3つでございます。

それでは、まず議題1に入りたいと思いますが、議題1に関連する資料1を事務局から説明していただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○野口主査 事務局でございます。

資料1を御覧ください。「専門研修における子育て世代の医師に対する支援について」でございます。

2ページ目を御覧ください。こちらは、今般、育介法が改正されまして、そちらに伴って専門研修における対応を検討したいというものでございます。

まず、育介法の改正の概要でございます。趣旨としましては、出産・育児等による労働者の離職を防ぎ、男女ともに仕事と育児等を両立できるような観点で所要の改正が行われております。

概要として代表的なところとしましては、1つ目、男性の育児休業取得促進のための子の出生直後の時期における柔軟な育児休業の枠組み「産後パパ育休」の創設でありますとか、2番目、育児休業を取得しやすい雇用環境整備の義務づけ。3番目、育児休業の分割取得といった改正がなされています。

3ページ目をお願いいたします。こちらの法改正におきまして、附帯決議で定められております事項を御紹介いたします。

有期雇用労働者の育児休業・介護休業の取得要件の緩和について、その趣旨を周知徹底すること。

また、下のアンダーラインを引いてあるところでございますけれども、加えて、臨床研修医や専門医を目指す医師など、勤務先を短期間で移らざるを得ない者が育児休業を取得しやすくなるような方策を検討することとされております。

この有期雇用労働者の育児休業・介護休業の取得要件の緩和については、この資料の16ページ目を御覧ください。

参考資料におつけしておりますが、有期雇用労働者の取得要件の緩和というところで、改正前ですと2点、取得要件がございました。引き続き雇用された期間が1年以上であること。2つ目が、1歳6か月までの間に契約が満了することが明らかでないこと。この2点がございましたが、法改正によって(1)の要件が撤廃されております。この改正によりまして取得が緩和されたところではございますけれども、専攻医におきましては勤務先を短期間に移ることが多くございますので、そういった状況にある医師が育児休業を取得

しやすくなるような方策を検討できればと考えております。

それでは、本資料のほうに戻らせていただいて、4ページ目をお願いいたします。良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議でございます。

こちらにおきましても、類似の事項としまして、衆議院におきましては、子育て世代の医療従事者が、仕事と、出産・子育てを両立できる働きやすい環境とするところだったり、参議院におきましても、同様に臨床研修以降の研さん期間中の医師が育児休業を取得しやすくなるような方策の検討。また、仕事と出産・育児を両立できる環境を整備ということが定められてございます。

5ページ目をお願いいたします。こういった附帯決議を踏まえまして、既に臨床研修部会のほうでは、妊娠・出産・育児と臨床研修の両立に向けた取組というところで検討が進められてございます。

具体的な方策の案をお示しいたします。6ページ目でございます。

代表的なところを御紹介いたしますと、例えば研修プログラムへの記載でございます。研修プログラムの「研修医の処遇に関する事項」としまして、新たに「妊娠・出産・育児に関する施設及び取組」を記載することとしてはどうか。例えば、研修医の子供が使用できる院内保育・病児保育等の取組といったものを記載してはどうかということでございますとか、臨床研修病院の指定申請書への記載につきましては、この病院の指定を受けようとする場合には、こういった取組・施設について記載することが提案されてございます。

7ページ目を御覧ください。また、都道府県が病院ごとに募集定員を設定することになってございますけれども、このときに年次報告書に記載された妊娠・出産・育児に関する取組を勘案するように施行通知に記載してはどうか。このような提案がなされてございます。

8ページ目以降につきましては、現在、専門医機構での妊娠・出産・育児における専攻医の状況であるとか、そういった医師への対応状況についてお示ししてございます。

まず、研修プログラムからの辞退者とその理由について、一覧でおまとめしております。残念ながら辞退される方もいらっしゃるのですが、その理由として、妊娠・出産・育児であった者は、3年を通して24名という状況でございます。

9ページ目、お願いいたします。

専門研修と妊娠・出産・育児の両立に向けた取組としましては、専門研修においてはカリキュラム制を推進していただいております。専門研修では、通常はプログラム制で、各年度において行うべき研修というものが定められているわけでございますけれども、カリキュラム制によって柔軟に研修を行うことができるというものでございます。

各領域学会の取組状況を下の表におまとめしております。このカリキュラム制を研修ができるように整えているかというところだと、19領域、全ての領域におきまして取組が進められているところでございます。一方で、そのカリキュラム制で研修可能な医療機関

のリストを公表しているかというところについては、学会によって対応が分かれている状況でございます。

10ページ目を御覧ください。このカリキュラム制がどのように活用されているかという現状でございます。

上の表は、カリキュラム制で専門研修を開始した専攻医、最初からカリキュラム制で始めた専攻医の数はこれまでに100名でございます、その理由が出産・育児・介護である者については11名ございました。

下の表は、カリキュラム制へ専門研修の途中から移行した専攻医の数です。プログラム制で開始して、途中から移行が可能になっております。この専攻医の数については98名。理由が出産・育児・介護であった者は55名ございました。

11ページ目をお願いいたします。こういった附帯決議あるいは専門医機構での取組を踏まえて、専攻医が妊娠・出産・育児と専門研修の両立を図ることができるような方策を検討してはどうかと考えてございます。

論点としましては、専門研修期間中にこういったライフイベントが生じた際の対応について。

また、ライフイベントの影響を受けやすい子育て世代の医師のニーズの把握について。専門研修における子育て世代に対する支援制度の周知について。

こういった観点について、先生方から広く御意見をいただければと思っております。資料説明としては以上でございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、ただいま事務局から報告のあった内容について、御意見、御質問等、いただければと思います。いかがでございましょう。

それでは、羽鳥委員、お願いいたします。

○羽鳥委員 日本医師会常任の理事で、専門医機構で総合診療検討委員会委員長をしております。

先ほど資料の10ページにお示しいただきましたように、総合診療でもライフイベントに十分配慮して、整備基準で定めており、それにかなうプログラムを作ってもらっています。

もう一つは、医道審議会医師臨床研修部会のほうにも出ているのですが、臨床研修部会でも議論になったのですが、病院に勤務しておりますと、実際問題として、女性医師の方でお子さんを院内保育に預かってもらえるところが非常に少ないということがあります。

当然、病院のほうですと正勤の方を重視ということになりますから、病院の看護師さんとか臨床検査技師さんとか、他職種の方は比較的容易に院内保育の制度を利用できるのですが、短期でころころ入れ代わっていく専門医の専攻研修をされているときは、3か月とか半年というとなかなか預かってくれないという実際的な問題があるので、その辺を先ほどの文章の中にもう少し書き込んでいただければいいのではないかと思います。う

ちも娘がちょうど研修が終わって専門研修に入ったのですけれども、同じ悩みで、結局おばあちゃんが駆り出されているような状況なので、ぜひ具体的な指針の御検討をお願いします。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、続いて、山内委員、お願いいたします。

○山内委員 ありがとうございます。

先ほどの16ページに示していただいた、1歳6か月までの間に契約が満了することが明らかでないというところをもう一度確認させていただきたいのですけれども、専攻医の場合、先ほどありましたように、本当に短期間で変わらなければいけないので、例えば専攻医の3年目で妊娠した場合、その同じ施設に1年半、子供が1歳6か月になるまでいない場合には取れないということになるのでしょうか。多分、妊娠・出産の育児休暇の部分は、もちろん後ろにもう少し延びるのでしょうけれども、そうすると育児休業は1歳6か月までの間に契約が満了してしまう場合もあるので、その場合、取れないということになってしまうということでしょうか。すみません、質問です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局、お願いします。

○野口主査 事務局でございます。

1歳半になる前に移ってしまう場合については、判断のポイントとしましては、こちらの下に記載してございますとおり、育児休業の申出があった時点で更新がないことが確実であるか否かというところになります。ですので、更新しないということが明示されていない場合については、こういった判断がされないということになりますが、場合によっては、1歳半になる途中で移ることが明らかであるので、法定のものについては取ることができないというケースもあるかと思えます。

○遠藤部会長 山内委員、いかがでしょう。

○山内委員 法定のもの、例えば専攻医の3年目でそうなった場合に、次のところをある程度考えていくと思うのですけれども、その場合、次の病院に移ることが、プログラムの最終学年で移ることが明らかであったら育児休業は取れない。法定のという意味は、取れないことになってしまうということでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、お願いいたします。

○山本医事課長 事務局でございます。

おそらく、個別判断が入ってくるところで、一概にお答えできないところがありますので、確認した上で別途お答えさせていただければ大変ありがたく存じます。この場で明確に御回答できなくて申し訳ございません。

○遠藤部会長 では、正確な回答が分かりましたら、また後でということで、山内委員、よろしゅうございますか。

○山内委員 この最初のところに書いてありますように、専攻医研修医は非常に特殊で短期間で移るので、3ページの附帯決議に書いてありますように、それでしたら、専攻医研修医の場合は、そこの部分を考慮するみたいな形のことをここで決めたほうがいいと思いますので、発言させていただきました。それを基に取れなくなってしまうということが起こってくる可能性は非常にありますので、その辺のところを検討していただく場なのかと思ひまして、申し上げました。

よろしくお願ひいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局、どうぞ。

○山本医事課長 事務局でございます。

この場で詳細をお答えできなくて申し訳ございません。今回の議論は今回で終了ではないこともありますので、正確に確認した上で御議論いただけるように、次回に向けて準備をさせていただければ大変ありがたく存じます。

以上でございます。

○遠藤部会長 よろしくお願ひいたします。

○山内委員 ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。片岡委員、お願ひいたします。

○片岡委員 ありがとうございます。

先ほど山内委員が御指摘された要件の一つに関しては、継続審議と申しますか、まだ議論の余地があるところかと思うのですけれども、一方で、有期雇用の労働者の休業取得要件が緩和されたこと。特に、雇用期間1年以上という条件がなくなったことは非常に大きいので、これが緩和されることによって、専攻医あるいは研修医などの子育て世代の育休取得が可能になってくるケースがとて増えてくると思います。今、一番問題になっているのが、1年以上継続して雇用されているというところが引っかかって、育休取得が難しい場合が非常に多いことです。附帯決議で、そのあたりについて、臨床研修医や専攻医に関してもしっかりと言及していただいたことは非常に大きいと思っております。

あとは、周知するための方策というのも様々に検討していただいているので、それも非常にありがたいことだと思うのですけれども、実際、現場の病院の段階まで来ると、十分にそれが周知されて、個々のケースにきちんと適用されるかという点は、より一層周知の工夫ということも必要になると思いますので、ぜひそれを進めていただきたいと思います。

あとは、意見というか、質問なのですけれども、7ページに都道府県における病院ごとの募集定員設定時に勘案すべき事項ということで、こうした妊娠・出産・育児に関する施設及び取組を勘案するということが書いてあるのですけれども、これは具体的には、例えば積極的にこうした妊娠・出産・育児とうまく両立しやすいような工夫をしている施設あ

るいは都道府県に関しては、例えばシーリング等も含めた、定員設定において何らかのインセンティブなどについて勘案するという意味なのか、教えていただきたいと思います。

実際に病院をローテートしていく中で、例えば大学病院のように人数が多く、病児保育施設とか院内保育施設が整っているところじゃないと、なかなか研修継続ができないといったケースもあって、そういうときに定員の問題で受入れが難しいといったことは起こり得ることであると思いますので、そのあたりについて、今後どういったことを想定して、この勘案すべき事項と記載いただいたのか、教えていただけたらと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、事務局、お願いいたします。

○山本医事課長 事務局でございます。

臨床研修医の定員の配分につきましては2段階ございまして、国から都道府県への配分を決定するものと、その上で、都道府県内において各病院に割り振るものがございます。今回記載しているのは後者のほうで、国から都道府県に配分させていただいた上で、都道府県が各病院にどういう定員を配分するかというときに、研修プログラム等々だけではなくて、子育て環境等々も勘案した上で配分していただきたいという趣旨で、臨床研修部会で御議論いただいているものになっております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

片岡委員、いかがでしょう。

○片岡委員 ありがとうございます。

ただ、県を越えての移動ということもあり得るので、県に対する配分というのを変えないというところも、今後はもう少し柔軟な対応を考えていただく必要があるのではないかと思います。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、お待たせしました、立谷委員、お願いいたします。

○立谷委員 今日議論されている問題は、非常に根本的な問題だと思っています。男女共同参画社会というか、お父さん、お母さんが一緒になって子育てをするということも踏まえて、これはこの議論が始まったときの一番最初の問題だったのです。女性医師が妊娠したら外れなければいけないのか。そこから始まってきてことで、大分進んできたなという実感を持っています。

そこで、確認しておきたいのですが、育休を取るという権利です。育休を取るというのは、女性に限ったことではないのです。これは相馬市役所の実例ですが、奥さんが看護師で、旦那さんの相馬市役所の職員が、奥さんとの話し合いの上で、旦那さんのほうが1年、育休を取りました。こういうことは、当然、今の社会としては認めてあげなければいけな

いことなのです。男性の医師が育休を取るということも制度的に私は認めなければいけないと思いますので、皆さんにもお考えいただきたい。

それから、今日、子育てのための条件的な話がいろいろなされておりますが、そもそも1年以上勤務しないと適用にならないという条項が除外されていく方向であるというのは、非常にいいことだと思います。これにこだわっていたのでは、議論そのものが成り立たなくなります。医師は動きますから、動かざるを得ないような日本の医療情勢にあるわけですから、そこで1年以上勤務していなければ適用にならないという話では子育ての環境を整えるということではできないと思いますので、これは非常にいいことだと思います。一方で、後期研修でどこかの期間に、例えば大学病院に所属した人が、健康保険証を全員持っているのか、という問題があります。全員持っていないようなケースがあるとしたら大問題だと思います。

研修医、後期研修医をたくさん採用するようなところが、全ての後期研修医にしっかり保険証を持たせて身分の保証をしてあげることができなかつたら、これは問題だろうと思います。つまり、無給医局員なんていうのはとんでもない話なので、しっかりとチェックしていく必要があると思います。ここまでの議論をする大前提の問題だと思いますので、どのようにお考えになっているか、部会長を中心にして御議論いただきたいと思います。○遠藤部会長 無給医局員云々の議論、つまり適正な報酬が支払われるかどうかということの御議論ですけれども、これに関連して何か御意見がございますか。もちろん大前提の議論だと思いますけれども、どなたか。

角野参考人、先ほど来、お手を挙げておられますけれども、このテーマでなければ、ちょっと後回しにさせていただいて、今のお話、誠にごもつともな話で、そこでまた確認しようというお話だと思いますけれども、何か御意見ございますか。若い医師が適正な待遇を受けずに研修をせざるを得ない。これは昔々からの議論があったわけです。インターン闘争の頃からの話であるわけで、相当改善していると思いますけれども、今後ますますそういうことは大前提だろうということだと思いますが、何かこれに対してコメントございますか。

どうぞ、釜菴委員。

○釜菴委員 今、立谷委員から御指摘があった点は、非常に大事な根本的な問題だと思います。それで、卒後2年の臨床研修については、かなり手厚い支援が受けられることになっていますが、3年目以降の専攻医というか、専門研修において、実態把握がなかなか難しいところもあって、無給で雇用されるような事態が全くないのかどうかというところが、十分に確認できないというところがあるだろうと思います。

私ども医師会は、医師の資格を取られた方にしっかり勤務する環境を確保していくという、大変大事な役割を担っているわけで、そのあたりの情報の把握については、私どもとしてもできるだけさらに努めなければならないと思っておりますけれども、今、立谷委員が言われた視点で、現実でまだ完全に解消されていないのではないかと、いつも危機感を



持ちながら対応していかなければならない現状だろうと認識しております。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

臨床研修のほうは国の制度という形になりましたので、それなりの対応がかなりきっちりできたわけですが、専門医研修の話につきましては、まだその辺のところは不透明な部分も若干あり得るだろうということで、その辺の監視は非常に重要だという御指摘だったと思います。そのとおりだと思います。

今のことに関連して何かございますか。取りあえず、立谷委員に1回お戻ししましょう。

○立谷委員 よく週刊誌等で目にすることです。週刊誌に出ないようなところでも、大量に後期研修医を集める医局を幾つか知っておりますが、私はシーリング以前の問題だと思います。ドクターたるもの、ドクターとして扱われなければいけない。特に、初期研修を終わった人たちはドクターとして扱われてしかるべきだと思います。いつまでも徒弟制度をやっているみたいな、先祖返りみたいなことをやっていたら話にならないと思いますし、そういうことが大前提だと思います。若い後期研修医たちがきちんと子育てできるかという大前提だと思います。

保険証を持たないということが実際あるらしいですが、保険証を持たせられないという人には子育てを推進するような制度は全然成り立たないと思います。一極集中につながっているという側面も類推されないわけではないので、これは早急に調べて是正していく必要があるのではないかとこのことを強く提言申し上げます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、お手を挙げておられますので、文部科学省の島田企画官、コメントがあればお願いいたします。

○島田企画官 文部科学省の島田です。

文部科学省におきましても、大学病院における無給医問題に関しまして、非常に問題であると認識しており、調査を実施して公表もいたしております。そして、調査するのみならず、医学部附属病院を置く各国公私立大学長宛てに、高等教育局長から医師等の適正な雇用・労務管理に取り組むよう依頼し、また改善方策、再発防止策の履行状況なども確認しているということで取り組んでおります。引き続き、このような取組を続けていきたいと思っております。

ありがとうございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。貴重な情報を御提示いただきました。

それでは、日本専門医機構の北村参考人からコメントいただければと思います。

○北村参考人 専門医機構の理事の北村です。

立谷先生がおっしゃるようなことに鑑みまして、今年度のプログラムから、処遇、保険の有無並びに給与などをプログラムに書いていただくことにしました。以前は処遇というのは余り書いてもらわなくて、何病院を回るというプログラムだけでしたが、そこに給与

と保険を書いてもらうというふうにしております。これが取組です。

あと、専門医機構として心配しているのは、大学院生ということで研修をされている人がまだいるのではないか。そうすると、学生という身分で保険とか給与とか、そこが違ってくるかなということもあるので、今、島田さんがおっしゃったような調査の中で、大学院と専門医の研修を同時にやっておられる方の処遇等も検討していただければと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、先ほど来お手を挙げておられました角野参考人、お願いいたします。

○角野参考人 滋賀県の角野でございます。

このスライド9、10ですけれども、先ほど立谷委員が言われたように、私も男性医師が育児等にも当然参加するわけですので、そのあたりがしっかり分かるような文言でないといかぬと思います。例えば、スライド9の研修カリキュラム制のところの「(略)」は、「女性医師等」と「等」がついていますから、男性医師も当然含んでいると思うのですが、女性医師だけをイメージしたような文言になってしまうのです。ですから、出産により求職・離職を選択した女性医師、また育児等により求職・離職を選択した医師とか、そういうふうに男性医師もちゃんとここには対象となっているということが分かるように。随所にそういうことがほかのところで見られるかなと思っております。

それから、このスライド10を見ましても、カリキュラム制があったことによって、もともと出産・育児・介護というのは、全て予定されていたものばかりとは限らないわけで、研修中に突然こういう事態になることもあるわけです。そういった中で、カリキュラム制があるというのは非常にいいことで、スライド9にある全ての学会において研修を開始できる体制は整えておられるのはいいのですけれども、学会ホームページ等で公開しているかとなると、していないところが幾つかあるのです。半数とは言いませんが、あります。

これは偶然かどうか分かりませんが、スライド10を見ると、カリキュラム制へ途中から移行した専攻医の科目の内訳は、ホームページを公開している科ばかりで、それ以外のところにはないのです。これは偶然かも分かりませんが、ということから、どちらにしても、学会ホームページで公開していないところはなぜ公開していないのか。これがもし分かるようであれば、教えていただきたいなと思います。

よろしく申し上げます。

○遠藤部会長 これは、北村参考人、何かコメントがございますか。機構での調査のようですので、公開していない理由について調べていただきたいという御要望があったわけですので、機構として何かお考えがあるかどうか、何かコメントがあればいただければと思いますが。北村参考人。

○北村参考人 すみません、ちょっとほかの電話に出たので、もう一度御質問ください。

○遠藤部会長 分かりました。ただいま、資料の9ページで、研修カリキュラム制の状況

について、カリキュラム制で研修する体制を整えているということでは、全ての基本診療科が○をつけているのですけれども、ホームページ上で公開していないところが幾つかあるというので、その理由が何か分かるのか。あるいは、その理由がわからなければ追加的に調べていただきたいというような御意見がございましたので、ちょっと振らせていただきました。いかがでしょうか。

○北村参考人 基本的には、全部ホームページで公開していただくようにしておりますが、この理由を聞くと、大抵はホームページの改訂はお金がかかるので、年の変わり目くらいにまとめて変えるので、それまで待ってくださいとか、そういう事務的・技術的な問題であって、特段隠しているとか、そういうことではありません。おかげさまで、19の全領域にカリキュラム制、変な名前なのですけれども、いわば単位制のほうに移るということには、全科、喜んで合意していただいたので、すぐに改善されると思います。

以上です。

○遠藤部会長 分かりました。どうもありがとうございました。そういうことなので、いずれこれは全部「○」になるだろうという見通しを示されたわけです。

角野参考人、よろしいですか。

○角野参考人 ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、新しい方で、まず、山口委員、どうぞ。

○山口委員 ありがとうございます。山口でございます。

この問題は、初期研修医以上に、専攻医は年齢的にも出産・育児ということが、男性も女性もそうですけれども、該当する方が多くなると思いますので、しっかりと対策を講じていく必要があると思っています。

ただ、実際に私たちが考えるというよりも、その年齢にいらっしゃる方たちがどんなニーズを持っているのかということは、聞いてみないと分からないところがあると思います。例えば、地域によっての条件も異なるのではないかと思いますので、条件の異なるいろいろな地域の専攻医に相当する人たちに、例えば出産や育児に関係したときに、どんなことがあれば研修が継続できるのかとか、どんなことがあればきちんと生活を考えていけるのかということを、ぜひヒアリングしていただいて、そのニーズを収集していただきたいと思います。

と言いますのも、私も若い方たち、専攻医ぐらいの方たちとお話しをする機会があるのですけれども、例えば、できればこの3年ぐらいは継続して研修を受けたい。ここで1年ブランクがあると、技術的に向上できそうなのになら、それを断念したくないと、結婚や出産をわざと後回しにしているということを知ったりいたします。あるいは、地域によって専攻医が2人しかいない。そのときに、自分が今、出産するととても迷惑がかかってしまうと遠慮していたり、あるいは残された人の負担の問題もあると思います。特に医師少数地域においては、これは根本的な問題だと思うのですけれども、そういった中で働

いている方たちのニーズをぜひ聞いていただきたいと思います。お願いします。

1つ質問ですけれども、いろいろな制度について、若いドクターたちは結構知らないことが多いので、例えば今回の育介法の改正なども、こういう制度に変わって、こんなことを取得できるようになったのですよということを、例えば研修先の病院がしっかりと専攻医や研修医に伝えていくということが通知などで発出されているのでしょうか。入職時に研修などが行われると思うのですけれども、そういったときに必ず伝えることに入れていただく必要もあるのではないかなと思いましたので、現状どうなっているのかということをお聞きしたいと思います。

あとは意見ですけれども、今まで医師の偏在問題で、偏在するときの対策に若い方たちをいろいろと講じてきたと思うのですけれども、こういう問題を考えたときにも、偏在問題を研修している人たちで人数を何とか賄おうというのは、もうそろそろ対策としては外したほうがいいのではないかと思います。むしろ、40代、50代ぐらいの即戦力になるドクターが医師少数地域にしっかりと一定期間行くような方策を考えないと、こういった産休・育休を取ることも自体にも影響してくるのではないかと思いますので、そのことも併せて考えていく必要があると改めて感じました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、1つ御質問がありましたので、これは事務局でよろしいですか。では、事務局、お願いいたします。

○野口主査 周知に関しての御質問に関してですけれども、法改正の趣旨とか、こういった有期雇用労働者に対しての条件緩和については、ホームページ等で担当部局のほうで周知されていると承知しておりますけれども、研修を受ける専攻医に対して直接の周知ということでは、まだ十分にできていないところがございます。ですので、今後、こういった専攻医に対しての周知に関しては、専門医機構としっかりと相談しながら考えていきたいと思っております。

○山口委員 必要な制度をしっかりと伝えるということも通知していただいたら、ありがたいと思っております。

○遠藤部会長 課長、どうぞ。

○山本医事課長 御指摘のとおりだと思っております。

6ページを御覧いただいて、周知をどうやっていくか、今回のいろいろな制度改正の中でより一層推進していく必要があると考えております。臨床研修のほうは、6ページ目の一番上の研修プログラムへの記載や年次報告書への記載等々で、幅広く周知できるようにという取組を開始したところがございます。日本専門医機構とも御相談しながら、医師の働き方改革等の取組もありますので、どういう取組が必要か、今回の議論を踏まえて検討させていただければと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 どうぞよろしくお願ひいたします。

よろしゅうございますか。はい。

それでは、お待たせしました、釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 どうもありがとうございます。

私も資料の9ページ、10ページですが、本医師専門研修部会においては、カリキュラム制の導入がぜひ必要だということを議論して、そして専門医機構もそれに対応していただいで今日に至っていると思います。

10ページに、カリキュラム制で専門研修を開始した専攻医、途中から移行した専攻医の実数をこのようにお示しいただいたということも大変ありがたく思いますが、この数が多いか少ないかというところについては議論があると思いますけれども、私の印象では、もう少し柔軟に、カリキュラム制もしっかり選択できるぐらいのボリュームがあつていいのではないかなと感じておりました、専門医機構におかれましては、さらにそのあたりの御検討も踏まえてやっていただければと思っております。

これは要望事項です。ありがとうございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、先ほど来、お手を挙げておられる野木委員、お願ひいたします。

○野木委員 ありがとうございます。

いろいろな御意見が出て、それ以外のところでちょっと教えていただきたいと思ひます。

山口委員がさっきおっしゃいましたけれども、専門研修だけではなくて、ドクターです。例えば、うちもそうですけれども、専門研修の先生が夫婦で研修を受けられている場合があつて、今回も子供さんが生まれたということになっているのですね。父母の育児休業取得は、権利としても大切ですし、今後そうなるのでしょうけれども、例えば我々精神科であれば、病院にドクターが5人とか6人しかいない場合、2名突然抜けてしまうと非常に大変なことが発生するのです。

例えば、今回のオミクロンでもそうですけれども、うちの病院でも1人2人発生すると、大学病院からの派遣は一切止まるわけです。そうすると、当直から、非常勤のドクターから、全部ストップしてしまつて、残ったドクターがてんやわんやで回すという形が出てくるので、これは山内委員がさっき言われましたけれども、こういうものが取りやすい環境を、病院側にも何らかの補助金とか、そういうものが出るのかどうか。ドクターを次、雇つたとしても、それは一時的なドクターになりますので、そのドクターがいいから、もう専門研修医は採りませんということにはならないので、そのあたり、病院に対して何らかの補助金とか、そういう施策は考えておられるのでしょうか。教えていただければありがたいです。

○遠藤部会長 では、事務局、よろしくお願ひします。

○山本医事課長 事務局でございます。

医療機関における、いわゆる子育て支援環境整備に関する財政支援のお尋ねであつたか

と思います。これは、全てここでお答えすることは難しいところもあるのですが、地域医療介護総合確保基金の中で人材の確保・養成のところもございまして、そうしたもので、従来も保育施設等に関する補助をさせていただいておりますし、一定の仕組みはあるかと思っております。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。

○野木委員 それは、雇用先の病院に対する補助金もあるという考え方でよろしいでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、お願いします。

○山本医事課長 おっしゃるとおりです。基本的には医療機関を対象にしたものになっておるかと思っております。また、新たな取組をしていただく医療機関を中心として、基金以外の特別な補助事業も準備させていただいて、御活用いただいているとも思っております。

以上でございます。

○野木委員 ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、山崎委員、お手を挙げておられますので、お願いいたします。

○山崎委員 山崎です。

私からは、7ページの法改正を踏まえた都道府県の対応についてというところですが、令和6年度以降の研修については、都道府県における病院ごとの募集定員の設定時に、妊娠・出産・育児に関する施設及び取組を勘案するということなので、この勘案すべき事項は、それぞれの都道府県に周知されているのかお聞きしたい。

よろしく申し上げます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、事務局、お願いします。

○高原医師養成等企画調整室長補佐 事務局でございます。

今の御質問につきましては、まだ都道府県のほうには周知してございませんので、施行通知等の改正を含めて、今、検討しているところでございます。

○遠藤部会長 山崎委員、いかがでしょう。

○山崎委員 これからということですが、令和6年といえば、予算もあることですし、それぞれの都道府県によっても、あるいは自治体によっても、将来的な計画もございまして、この勘案すべき事項については、早急に周知する必要があるのではないかと。そういうことで、その体制が整うというところでは、それから中身を入れていくので、中身だけの議論でなくて、箱物を整備するということは重要なものの一つではないかと考えておりますので、よろしく申し上げます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。御要望として承りました。

それでは、片岡委員、お願いいたします。

○片岡委員 ありがとうございます。

先ほど山口委員がおっしゃられたことにも関連しますが、私たち岡山大学病院で、特にライフイベントと仕事を両立するための様々なサポートを、最初は文科省のプロジェクトとして経費を頂いて、その後、厚生省のモデル事業とかでもサポートいただいて、ずっと続けているのですけれども、相談はコンスタントに入ってきて、年間百数十件ぐらいは入ってくるのですけれども、最近、その中で、専攻医の方が研修中の妊娠・出産といったことで、どのようにローテーションを調整したらいいとか、研修に関連した御質問というのが前に比べると非常に増えてきているという印象を持っています。

我々はそういう活動を前からしていたので、窓口として機能できていると思うのですけれども、そうしたニーズというのは非常にあると思うし、そういう声を集めるということも非常に重要だと思います。例えば、専門医機構のホームページを拝見しますと、よくある質問ということで、妊娠に関することも少し掲載してあるので、とてもいいと思うのですけれども、両立に関する事など、相談があればここにアクセスできますよという分かりやすい周知の仕方の一つとして、そういったこともぜひ工夫していただけたらいいのではないかと思います。

意見です。よろしくをお願いします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、北村参考人、今のお話に対して何かコメントがあればお願いしたいと思います。

○北村参考人 ありがとうございます。

御発言したいと思っていたことと合うので、カリキュラム制に変更する場合の専攻医に、実はちゃんとインタビューしております。山内先生がおっしゃったように、ヒアリングを兼ねてインタビューしております。いつも一番言われるのは、専門医機構が女性に優しくないということです。もう一つは、いわゆるマタニティハラスメントが存在することが言われます。専攻医の身分で妊娠するとは不届きだみたいなものが一番多いのですけれども、医局長みたいな人がローテーションを崩さないといけないということで、そういうことを言うてしまうのだらうと思いますが、そういうことに対してプログラム責任者を通じて留意というか、かなりきつい注意などをしております。

今、片岡先生からおっしゃっていただいたのは、ハラスメントの窓口はあります。ただ、まだ妊娠・出産に関して一般的な相談を受け付けるという窓口は、研修の一般的相談事としか指定していないので、特段用意してありません。御指摘を受けて、女性なり、妊娠・子育て等に特化した相談窓口みたいなものが用意できれば準備したいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

片岡委員、よろしゅうございますか。

○片岡委員 ありがとうございます。

もし、特化したというのが難しい場合は、一般的な相談に含めて、こういう相談にも乗れますというものが一言書いてあったら、すごく相談しやすくなるのではないかと思います。御検討ありがとうございます。

○北本参考人 ありがとうございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、山内委員、お願いいたします。

○山内委員 たびたび申し訳ありません。

育休・産休に関して、特に出産の予定日がある程度見えてという状況もありますが、もう一つは、女性医師の場合、切迫流産とかで自宅待機をしなければいけないとか、入院になったり、そういったことで突然休んだりする場合もあつたりすることが多いと思うのですね。そういった形で体制を整えていくということをしていただけると本当にありがたいと思っております。

その中で、育休・産休を取るときに、先ほど野木委員からも現場のお話がありましたが、私どものところも女医さんが非常に多いですから、突然そうなった場合とか、残った人たちの負担というのは尋常じゃないということと。あと、御本人も、それに対する申し訳なさから、無理してしまつて切迫流産になったり、流産になったりということが起こつたりしているのですね。ですから、いろいろな制度上でそれをカバーできるという対策を考えていくことがとても必要だと思っております。

その中で、私が1点、継続審議ということであれば参考として調べていただきたいのが、教員の産休・育休の代替教員の制度がうまくいっているのかどうか、私もよく存じ上げませんが、そういったものがあると思うのですね。教員も担任などを持っていたら、代えるのもなかなか大変ですけれども、そういう制度があつて、医師も当然、その人が休んだから、じゃ、代わりの人というのはなかなか難しい状況ではありますけれども、何らかのそういう制度があつたら、もう少し安心して休めるのではないかとことを思っております。ですから、教員におけるその制度を参考に、また教えていただければと思うことが1点と。

もう一つは、専門医機構、北村参考人がいてくださいますが、今、専攻医は基幹病院と連携病院とか、1つの施設で完結するのではなくなつたシステムができています。ですから、その基幹と連携で、基幹と基幹の連携でもいいですし、連携した施設で、例えば1人、急に産休が出た、育休が出たということがあつた場合、それでも出せないということとはよくあることなのですから、基幹連携同士がお互いに連携し合う体制を整えることとこのを機構から一言言っただけならば、それなりに優先的に人を回すことを考えようとかしていただけるのではないかと思います。

もう一つは、医師会の先生方もいらっしゃるのですが、医師会の先生方にもお願いですが、たしか女性医師バンクというものを医師会では今もやっていらっしゃると思うのですけれ



ども、そういったものなどがうまく産休・育休の代替医師みたいな形で活用できるのかということをお教えいただきたいと思いました。

以上、その点をよろしくお願ひ申し上げます。

○遠藤部会長 それでは、お三方への質問ということですので、事務局に調査依頼ということがありましたので、まず事務局からお答えください。

○野口主査 ありがとうございます。

教員の代替教員の制度といったものが医師でもあるのかという点に関しては、事務局のほうで一旦引き取らせていただけてお調べしたいと思います。

○遠藤部会長 よろしくお願ひします。

北村参考人、何かコメントございますか。

○北村参考人 基幹病院が別の基幹病院を自分の連携病院にしていたりして、基幹病院同士が連携しているプログラムも多々あります。ただ、今、山内先生がおっしゃるような形で、産休を取られた人の補充にそれが有機的にうまく働くかというのはなかなか難しく、多くの大学病院の医局長の仕事なのですが、そこの穴埋めに苦勞しているのが現状だと思います。

産休・育休を取れることはよくなったのだけれども、地域に行ってもらうところに、地域医療の援助という意味合いとしては穴が空いてしまうなという懸念も持っています。大学病院に残しておいたほうが、その補填とかには便利なのですが、地域に行きますと補填が利かないということで、大学病院からまた送らなければいけないとか、ややこしくなるのでということもあって、こっちを立てればあっちが立たずみみたいなどころがあるので、またプログラム委員会等、内部で相談していきたいと思っています。

どうもありがとうございました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、日本医師会ということで、釜菴委員からお願ひいたします。

○釜菴委員 女性医師バンクに登録していただけています方が随分増えてきています。ただ、今、山内先生から言われるような、すぐそこにうまくマッチングができるかどうかというところは、まだまだそこまでの登録者の確保というところには至っていないと私は認識していますが、ぜひそちらの方向にも役立てていく必要があると思いますので、マッチングをお試しいただくということは選択肢になり得るかなと思いますので、女性医師バンクのほうにも今日の議論をしっかりと共有しておきたいと思っています。

ありがとうございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山内委員、よろしゅうございますか。はい。

ほかに何かございますか。よろしいですか。

それでは、大体時間になったかと思ひますので、本件はこのぐらひにさせていただきますと思ひます。非常に重要な御指摘、御意見をいただきました。また、宿題も事務局は受

けたこととなりますので、事務局におかれましては、本日の御意見をまとめまして、できれば次回、具体的な対応案を出していただいで、それをこの場で御議論いただくという段取りにさせていただければと思いますので、恐縮ですけれども、事務局としては若干汗を流していただきたいと思います。よろしくをお願いします。

また、その際、どういう形でこの対応案を日本専門医機構に伝えるかということについても、この場で少しお諮りしたいと思いますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、議題2に移りたいと思います。議題2は「医師の時間外労働の上限規制における専攻医への対応について」でございます。事務局から関連する資料2の説明をお願いいたします。

○藤川補佐 事務局でございます。

医師の時間外労働の上限規制における、C-1水準が適用となる専攻医への対応について、現在、厚生労働省が日本専門医機構と調整を進めている事項について御報告させていただきます。

まず、2ページを御覧ください。昨年5月に医療法等の改正法案が成立し、2024年4月から、勤務医に対する時間外労働の上限規制の適用が開始されることとなりました。これは、医療機関の類型別の時間外労働の上限設定、そして一般の労働者に上乘せした健康確保措置を組み合わせた制度となっております。類型別の上限設定として、2024年度以降、まず、原則となるA水準を年960時間未満の時間外・休日労働の水準としつつ、ここにございますように、地域医療の確保のために必要な場合、あるいは医師としての技能の向上のために集中的に研修を積む必要がある場合、こうした場合に適用される水準として、医療機関を指定する形でB水準、連携B水準、そしてC-1水準、C-2水準という類型を設けまして、年1860時間未満の時間外・休日労働を認めることとしております。

同時に、こうした特に高い上限が適用される医師について、確実に健康を確保する観点から、連続勤務時間の制限あるいは勤務間インターバルの確保などを義務づける等の健康確保措置を規定してございます。

C-1水準について説明を補足させていただきます。「医師の働き方改革に関する検討会」におきまして、時間外労働の上限規制を行うに当たっては、臨床研修医・専門研修中の医師が一定の知識・手技を身につけるために必要な診療経験をj得る期間が長期化し、学習・研鑽に積極的な医師の意欲にj応えられない上、医師養成の遅れにつながるおそれがあり、ひいては医療の質及び医療提供体制への影響が懸念されることから、こうした業務に従事する医師に適用する時間外・休日労働の上限水準の特例的な水準、すなわちC-1水準として設けることとしたものでございます。

次の3ページを御覧ください。2024年4月からの時間外労働の上限規制の適用開始に向けた道行きを、この図で表してございます。

先ほど申し上げました連携B、B、C-1、C-2水準、これらをまとめて特例水準と呼んでおりますけれども、この特例水準の適用を目指す医療機関は、2024年4月までに医

師の労働時間の短縮に関する計画の案を作成していただいて、医療機関勤務環境評価センターによる第三者評価を受けた上で、都道府県から特例水準の対象医療機関としての指定を受ける必要があるという形になってございます。すなわち、2024年4月までの間に、それぞれの医療機関の中で、この時短計画の作成を含め、働き方改革に向けての具体的なアクションを開始していただく必要があるということでございます。

また、C-1水準に関しましては、臨床研修プログラム、そして専門研修プログラム／カリキュラムにおけます時間外労働の時間数の明示を行うこととなっております。各医療機関におかれましては、このための準備を開始していただく時期が近づいてまいりました。

次の4ページを御覧ください。こちらは、特例水準の指定に係る労働時間の確認に関する各機関の役割を示したものとなっております。

C-1水準の専門研修プログラム／カリキュラムにおける専攻医の募集に際し、各学会とか日本専門医機構におかれましては、各プログラム／カリキュラムが労働時間の実績と想定労働時間数が明示されることとなりますので、何らかを契機に、そうした実績と想定労働時間数に乖離があると判明した際には、理由を御確認いただいたり、必要に応じて改善を求めていただいたりするようお願いしているところでございます。

続いて、5ページでございますが、こちらはC-1水準の指定のフローでございます。

向かって右が専門研修プログラムに関するものですが、上から2つ目のグレーの四角を御覧ください。各医療機関は、各専門研修プログラム／カリキュラム内の時間外労働時間の上限を設定していただき、それがA水準、すなわち年960時間を超過する場合には、その時間数をプログラム／カリキュラム内に追加で明示していただいた上で、通常のプログラム／カリキュラムの申請手順に沿って各学会へ申請いただきます。

その後、基本領域の各学会、日本専門医機構での審査後に、地域医療対策協議会で議論いただき、都道府県がそのプログラム／カリキュラムに対し、別途、各医療機関からの申請に対し、C-1水準の指定を行います。専攻医は、そうした時間外労働時間数の明示されたプログラム／カリキュラムを自身で確認の上で、自身の希望するプログラム／カリキュラムへ応募することになります。

続きまして、6ページを御覧ください。こちらは、主にC-1水準対象医療機関の指定に係る専門研修基幹施設と連携施設の関係をお示したものです。

基幹施設のC-1水準の要否に関わらず、連携施設は専攻医の研修期間中の時間外・休日労働時間数の上限を設定し、明示するとともに、基幹施設へ報告、また実際の専攻医の研修期間中には、専攻医の時間外・休日労働時間数を管理し、実績を基幹施設に報告することを求めています。

一方、基幹施設におかれましては、自施設のC-1水準の要否に関わらず、研修医療機関がどこであったとしても、そのプログラムで研修を行っている専攻医の時間外・休日労働時間数を管理していただくことを求めています。

次の7ページを御覧ください。こうしたC-1水準の制度設計に当たっては、「医師の働き方改革に関する検討会」、そして現在も続いております「医師の働き方改革の推進に関する検討会」にて議論が重ねられてまいりました。先ほど来申し上げておりますとおり、今後、各プログラム／カリキュラム内において、各研修における時間外労働の想定最大時間数を明示することとしておりますが、これは専門研修プログラム／カリキュラム内に記載された時間外労働の実態を踏まえて、C-1水準の適用が各医師の発意に基づいて行われることを制度運用上で担保するためでございます。

また、実際にこうした時間外労働の時間数を明示する際は、各医療機関における研修期間中の労働時間を年単位に換算して明示していただくこととなります。

さて、約2年後に迫った勤務医に対する時間外労働の上限規制の制度開始に当たり、C-1水準の専攻医への対応について、専門研修における具体的な対応が必要な事項を、現在、日本専門医機構と調整を開始しております。

1つ目が、複数医療機関にまたがるプログラム／カリキュラムにおける想定労働時間の具体的な記載方法。

2つ目が、2024年度の時点でC-1水準に相当するプログラム／カリキュラムで現在研修中の医師への対応。

そして、3つ目が、C-1水準の対象となる研修プログラム／カリキュラムにおける想定労働時間の明示を開始する年度でございます。

次のページを御覧ください。まず、複数医療機関にまたがるプログラム／カリキュラムにおける想定労働時間の具体的な記載方法ですが、専門研修プログラム内に時間外・休日労働の想定上限時間数、及び過去の時間外・休日労働の実績を、基幹施設と連携施設ごとに一覧表にして明示していただくのはどうかと考えております。

次のページを御覧ください。こちらが具体的な明示方法の案でございます。必ずしもこれと完全に一致していただく必要はございませんが、一番上でございます募集前年度実績と想定時間外・休日労働時間数、当直・日直のおおよその回数と宿日直許可の有無を記載することは、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」において議論が行われ、こうした項目は専攻医プログラム／カリキュラムに応募する医師に対して、C-1水準であるかどうかを含め、自分の研修期間中の働き方を選択する上で必要な事項として設定されております。

次のページ、10ページを御覧ください。こちらは参考となりますが、専門研修プログラムのC-1水準の要否に関してお示したものです。

時間外・休日労働の想定時間数が年960時間を超過する場合は、各医療機関は、その所在する都道府県へC-1水準の指定申請が必要となります。

続いて、11ページを御覧ください。2024年度の時点でC-1水準に相当するプログラム／カリキュラムで、現在研修中の医師への対応についての具体的な対応についてお示したものです。

2024年4月の時点で、A水準を超える時間外・休日労働が想定される既存の専門研修プログラム／カリキュラムに対して、医療機関は、都道府県よりC-1水準の指定を受ける必要がありますが、現時点でこの既存のプログラム／カリキュラムで研修中の専攻医は、自身のプログラム／カリキュラムがC-1水準に相当するものであるかを自らで確認することはできません。

このため、各施設における既存の専門研修プログラム／カリキュラムがC-1水準の指定を受けることとなった場合は、2024年度以降、そのプログラム／カリキュラムにて専門研修を継続する医師と施設との間で、医師の時間外労働の上限規制に基づいた36協定の締結について双方に自己点検してもらうよう、日本専門医機構を通じて基本領域の関連学会等へ周知を行っていただくこととしてはどうかと、現在、専門医機構と調整を開始しております。

12ページを御覧ください。こちらが3つ目ですが、C-1水準の対象となる研修プログラム／カリキュラムにおける想定労働時間の明示を開始する年度についてです。

制度の円滑な運用を担保するために、医師の時間外労働の上限規制が適用されます2024年度の時点で、専門研修プログラムで研修予定となる専門研修プログラム／カリキュラム内には、想定労働時間の明示を行うことが望ましいのですが、各施設における専攻医の労働時間の把握ですとか、プログラム／カリキュラム内での取りまとめなどにかかる負担を踏まえる必要があると考えております。

このため、各施設における準備負担を踏まえ、遅くとも、専攻医1年目から医師の時間外労働の上限規制が適用されることとなる2023年度募集、すなわち2024年度開始の専門研修プログラム内には、想定労働時間の明示を行うこととしてはどうかということで、現在、専門医機構と調整を開始しております。

事務局からは以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、事務局の原案も出されておりますので、ただいま御報告があった内容について、御意見、御質問等をいただければと思います。いかがでしょう。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 ありがとうございます。山口でございます。

今、一番最後にあった12ページのC-1水準の対象となる研修プログラム／カリキュラムについては、2023年度募集のプログラム内に想定労働時間の明示を行うこととしてはどうかと書いてあるのですが、もしこれを行うこととするのであれば、早くに周知する必要がありますと思います。いろいろな専門医制度に関わることでお話を聞いていますと、さまざまな決定事項が伝わってくるのが遅くて、対応に本当に大変な思いをしているということをよく聞きますので、2023年度に行う募集ということになると、早くから準備が必要になると思いますので、行うことにすれば、早急に連絡していただく必要があるのではないかなと思います。大体、いつ頃をめどに決められるのでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、どうぞ。

○藤川補佐 事務局でございます。ありがとうございます。

2023年度募集ですと、2022年の秋ぐらいにはおおよその想定労働時間数を実際に書いて準備していただかないといけません。そうなってきますと、1年あるような期間でございますので、我々といたしましても、専攻医に関わらず、全ての医療機関の勤務医に対する労働時間の把握をするよう呼びかけを強めているところではございますが、さらにこの専攻医、同様に臨床研修医もそうではございますけれども、C-1水準に相当するような、対象となるような医師の労働時間の把握については、日本専門医機構とも協力させていただきながら、早急に労働時間の把握に努めるよう、通知とか事務連絡とか、そうしたものを工夫して用いながらやってまいりたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山口委員。

○山口委員 かなり大きな大学病院でも、医師の労働時間の把握をようやく始めたばかりだということがあると聞いていますので、さらにこういうことも加わるとなると、準備しないといけないことが多々あると思いますので、できるだけ早くしていただければと思います。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、野木委員、お願いいたします。

○野木委員 ありがとうございます。野木でございます。

この参考資料の10ページを見ていただいたらと思うのですがけれども、これは病院ごとの1年間の想定上限時間数という形で理解してよろしいのだと思うのですがけれども、基幹でも連携でもそうなのですが、専門研修制度では比較的少ないと思うのですが、臨床研修医制度等であれば、科ごとに想定上限時間数が全然違うということが発生してきて、例えば救急にローテーションしている時は非常に長時間だけれども、ほかの科では比較的短時間だという形で、ならして想定上限時間数になっていると思うのですが、今回の法の趣旨とすれば、一番ハードなところを書くべき。要するに、1つの病院で2か所以上の科を回る場合は、一番ハードなところを想定して書くべきだと思うのですが、いかがでしょうか。

○遠藤部会長 では、事務局、お願いします。

○藤川補佐 事務局でございます。御質問ありがとうございます。

御指摘いただきましたとおり、専攻医の立場からしますと、そうしたハードな診療科を回る際にどれぐらいの時間外労働が発生するのかといった点については、気になる点ではございますが、基本的にこのプログラムごとに各医療機関の時間外・休日労働の想定上限時間数を明示することとしておりまして、必ずしも時間外・休日労働が一番多くなるところを想定するというものを定めたものではございません。原則的には、基幹病院でしたら、その基幹病院をプログラムでローテーション中の想定上限時間数ということで、各医療機

関におかれまして設定していただくものとなっております。

○野木委員 ありがとうございます。野木です。

だから、それがちょっとおかしいのではないですかという指摘をただけです。極端な例を挙げると2日に1回しか来なくてもいいですよ。と言われる科があつたりするその一方で救急のようにずっとこの1週間休みなしだと思ってくれと言われる科がある場合、ならしたら少ないじゃないかという話になると、僕は本来の法の趣旨からすると、そういう形がまかり通るのは変ではないですかという質問だったのですけれども、通らないのであれば結構です。

○遠藤部会長 よろしいですか。御意見として承りました。どうもありがとうございます。

それでは、牧野委員、お待たせしました。

○牧野委員 ありがとうございます。

医療機関の管理側の立場ということで聞いていただきたいのですけれども、今回、B水準とC水準が示されて、基本的に両方取る必要があるのかどうかということで、今、考えているところです。例えば、専攻医・研修医が行う研修と日常の業務の切り分けというのは、正直言ってできないと思うのです。であれば、業務が忙しいということで時間外が多く発生するというものであれば、これは地域医療の確保という立場でB水準というふうに我々は認識するのですけれども、その業務を専攻医が行ったという場合には、C-1水準でなくてはいけないということで示されているように思うのです。

先ほど野木委員もおっしゃったように、診療科ごとにその時々で時間外の増減というのはかなり起こるわけです。ですから、それをどう考慮しながらC水準に手挙げをするのかというところで、大変迷うところがあります。そもそも専攻医のプログラムに書き込まれている事項をこなすことにおいて、時間外までいかない、960時間以内におさまるというのであれば、別にC水準は要りませんと考えるのか、それとも、そのとき、例えば私の病院を回っている専攻医がこのプログラムで960時間を超えてしまったとしたら、これは必ずC-1水準を取っていなければいけないと考えるのか、この辺の考え方をお聞かせいただきたいなと思います。

○遠藤部会長 では、事務局、お願いいたします。

○藤川補佐 事務局でございます。御意見ありがとうございます。

まず、専攻医が技能向上のためにやむを得ず長時間労働となる場合は、その専門研修プログラム／カリキュラムはC-1水準の指定を都道府県より受ける必要があります。法律上、B水準または連携B水準を専攻医に適用することは不可能ではありませんが、専門研修プログラム／カリキュラム内への時間外労働時間数の記載が、仮に年960時間以内におさまっていたとしても、医療機関が専攻医へBまたは連携Bを適用させる場合は、その専攻医の労働条件といえますものは、時間外労働が年960時間を超える上限となっている可能性があります。このため、各専攻医自身が、自身の時間外労働の上限について、自身の労働条件を就職前に十分に確認する必要があると考えております。

なお、医療機関として、専攻医にB、連携BまたはC-1水準のいずれかを適用する場合は、その長時間労働となる業務といたしますものが、プログラム／カリキュラム内の業務かどうかで御判断いただければと思います。

○遠藤部会長 牧野委員、お願いいたします。

○牧野委員 最後のところで、業務がBに該当するものか、Cに該当するものかで切り分けていいということでしたけれども、基本的には切り分けというのがなかなか難しいのが臨床の現場だと思います。それで、例えば、このプログラムに参加すれば、B水準として960時間を超える可能性があるといったことを専攻医に知らせるという在り方では駄目なのでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、何かありますか。

○藤川補佐 もちろん、B水準であることをお知らせしていただいても構わないものではあるのですが、専門研修プログラムを選択する際、彼ら、若い医師たちが労働時間を確認するすべというものが、今回、プログラム／カリキュラム内に明示された労働時間数になるのではないかと予測しております。なぜかと申し上げますと、各医師が就職などのホームページ等を見ても、その医療機関でどれぐらいの時間外労働が発生するかどうか、全ての医療機関のホームページを開けば分かるといった状況には現在ございません。

そうした中で、今後、こうした時間外労働の上限規制というような医師の働き方改革に関する法律が始まっていく中で、そうした若い世代の先生たちに向けて適切な労働時間の目安というものを、仮にこのカリキュラム内の記載が960時間ですとか、そうでなかったとしても、各医療機関におかれましては、Bであるのであれば、Bの医療機関であるということ各ホームページ等で医師の募集の際にお知らせいただければ、応募してくる医師にとりましては、Cではない。しかしながら、Bと分かっている応募してもらえるのであれば、別に差し支えないものだと考えております。

○遠藤部会長 牧野委員。

○牧野委員 分かりました。ありがとうございます。

ということは、BとC、両方併せて取らなくても大丈夫ですよと理解してよろしいのでしょうか。

○藤川補佐 その医療機関における御判断だと思っております。Bを専攻医に適用させるということでしたら、Bで専攻医を適用させるということで、その旨がちゃんと若い先生たちに伝わるような工夫は、できる限り努力していただきたいなと思います。

○牧野委員 分かりました。ありがとうございます。

もう一点、ちょっと違った角度で、先ほどもちょっと話題になったのですが、この進め方です。B水準、C水準を取ろうとしたら、2023年度中に都道府県から許可を取らなければいけないということで、我々は2023年を基準に準備しているわけです。ところが、2023年のプログラムに書き込まなければいけないということは、22年度中に許可を取るべく進めなければいけないということで、かなり前倒しで準備をする必要が出てくるのです。



けれども、現実には各医療機関は結構難しいのではないかと思いますけれども、この辺の進め方に関して、何が何でも今年度中に取りてください、記載してくださいということを求めるのでしょうか。

○遠藤部会長 では、事務局、お願いします。

○藤川補佐 事務局でございます。

プログラムに時間外労働時間数の明示を行っていただくことを2023年度募集からお願いしているのみでして、医療機関勤務環境評価センターの評価受審ですとか、時短計画の作成ですとか、こうしたものを今年度中に必ずしも受けなくてはならないというわけではございません。

ただし、2024年4月から、この指定を受けた上で、各医療機関における医師の働き方改革の制度を適用させていくためには、なるべく早めの取組を行っていただきたい。そうしたお願いを厚生労働省としておりますが、必ずしも今年度中に全てをやり終えてしまわなければならないというものではございません。ほとんどの指定申請が2023年度以降になってくるものではないかと我々としては承知しております。

○牧野委員 分かりました。ありがとうございます。

○遠藤部会長 それでは、お待たせしました。羽鳥委員、お願いいたします。

○羽鳥委員 ありがとうございます。

日本医師会でなくて、専門医機構の総合診療の立場から申します。7ページ目の3つ目の○のところですがけれども、先ほど野木先生からも御指摘ありましたけれども、研修期間中の労働時間を年単位に換算するという文言がちょっと引っかかるところであります。というのは、総合診療の場合、救急あるいは小児科も回らなければいけないことが義務として課せられておりますので、救急を回るときは、先ほどもおっしゃられたように、1週間、夜間当直を含めて研修に入っています。その部分だけ換算すると960時間を超えることもあると思うのですけれども、1年間通して見れば960には達しないかもしれない。

この辺の考え方を、忙しいところをピークで捉えなければいけないのか、それとも1年間ならしてみても、それを満たしていればオーケーとするのか。要するに、研修の粗密があるということを見ると、どのように記載したらいいのかというのが、各プログラム作成者にとっては悩ましいところじゃないかなと思いましたが、質問しました。

以上です。

○遠藤部会長 事務局、お願いします。

○藤川補佐 事務局でございます。

医師の時間外労働の上限といいますものは、年単位で考えるものとなっておりますので、あくまでも年960時間を超えるかどうかといった観点で、この上限の明示も行っていただければと思います。月とか日ではなく、年で考えるというのが、ほかの労働者の法制度と比べて医師の特別則では特徴的な部分でもありまして、年で常に考えていただければと思います。

○羽鳥委員 分かりました。年で換算するのはいいのですけれども、その3か月、救急に勤めるときを年で換算すれば960時間になってしまうということですね。ところが、ほかの9か月の部分では960時間をはるかに下回るような場合もあるので、年単位でというのなら分かるのですけれども、年単位に換算してと言われてしまうと、一番厳しいところを書かなければいけないのかなと考えられるのですけれども、それでよろしいでしょうか。

○藤川補佐 先生、ありがとうございます。

こちら、分かりにくい表現かと思いますが、1年間研修するような施設の場合は、その1年間での労働時間の上限ということで書いていただければいいと思いますが、2か月とか1か月しか回らない連携施設における時間外労働の想定上限というものは、1か月であれば掛ける12をしていただき、3か月であれば掛ける4をしていただく、そのようなイメージでございます。

○遠藤部会長 羽鳥委員、よろしゅうございますか。

○羽鳥委員 了解しました。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、野木委員、お待たせしました。

○野木委員 ありがとうございます。

何度も同じような質問で、羽鳥先生も牧野先生もおっしゃったのですけれども、厚労省の言われることは分かるのですけれども、例えば専門研修プログラムで、この時間を見て専攻医の先生や臨床研修医の先生方が応募して、中に入ったら全然違うじゃないかという話が出てこないかなというところは私は心配するのです。我々病院側からすれば、ここをうやむやにしておいて時間を減らせればありがたい部分はありますけれども、受ける側からすると、一番ハードなところはどれぐらいあるのだろうというのを見て、そのプログラムに入るという形になるので、今の段階のこういう曖昧な書き方だと、ちょっと詐欺的な印象を受けてしまうような気がします。

実は、うちの息子が今、臨床研修医をしていますけれども、短時間で済む週は毎週実家に帰ってきますし、そうでないときは1か月、全く帰ってこないという、しんどさが全然違うと言っていますので、そのあたりは何らかの形で少し表現しないと、ちょっと問題があるように思いますので、これは要望ですけれども、よろしく願います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

事務局、何かコメントありますか。

○藤川補佐 事務局でございます。御意見ありがとうございます。

今回の制度におきましては、現状、このような考え方をしておりますけれども、当然ながら、我々といたしましても、専攻医の採用に当たっては、採用の際に医療機関と若い専攻医を目指す先生たちとの、そうした労働時間に関するコミュニケーションというものが非常に重要だと認識しております。先生方におかれましても、そうした対応の際には、プログラムや研修内容だけでなく、労働条件とか、妊娠・出産時にどのような対応をその医

療機関で行っているとか、そういったことのコミュニケーションを十分に取っていただければと思います。

また、御要望についても承っておりますが、省内で検討させていただこうと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

よろしゅうございますか。ありがとうございました。

それでは、山崎委員、お願いいたします。

○山崎委員 町村会の多くが中山間、僻地医療というところですが、どうしても医師の確保が難しく、大学病院からの医師の派遣に頼っているわけだが、働き方改革により、派遣先の病院での労働が制限されるおそれがある。そうすると、今後は、派遣も難しくなってくるのではないか。また、医師の労働条件であるが、町村の診療所においては、現実には救急医療が制限され、特に夜間の救急医療は非常に少なくなっている。よって、当直・日直は、医療業務でなく、単なる宿直としての業務と捉えていくのが妥当な判断ではないかと思う。そのような内容を相互に認識していれば、労働時間にカウントしなくてもいいのかもしれない。

○遠藤部会長 では、事務局。

○藤川補佐 事務局でございます。

委員のお尋ねの件は、宿日直許可基準についての御質問でございますでしょうか。

○山崎委員 そうです。

○藤川補佐 地域におけます救急医療ですとかを行っていらっしゃる医療機関におかれましても、その労働密度に応じて、宿日直許可基準が取れるような医療機関もあるかもしれませんが、そちらは地域の実情に併せて、現状を地域の労働局に御相談の上で、その許可が取れる、取れないかを御判断いただくこととなっております。このため、労働時間に計上するかどうかは、その許可基準があるかどうかに関わってまいりますので、現状、許可が取れていない医療機関が許可の取得を目指す場合は、その地域の労働基準局とお話し合いを進めていただければと思っております。

○遠藤部会長 山崎委員、いかがでしょう。

○山崎委員 分かりました。ありがとうございました。

○遠藤部会長 それでは、続いて、立谷委員、お願いいたします。

○立谷委員 今の山崎委員の議論については、全国市長会としても随分さまざまな場面で発言させていただいています。地方の小規模病院でも当直医は置かないといけないのです。その当直医が当直している時間を全部労働時間に数えられてしまうと、小規模病院の地域医療は成立しない。これは、随分いろいろなところから意見が出てきました。言葉がいいかどうか分かりませんが、寝当直という言葉があるのです。当直しながら、起こされても1回か2回だと。これを労働時間に数えられたのでは地域医療はもたないということで、寝当直については労働時間に数えないということでの理解をいたしております。そのようなことを前提にしないと、小規模地域の小規模病院は成り立っていきませんので御紹介さ

せていただきます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。御意見として承りました。

それでは、続きまして、牧野委員、お願いいたします。

○牧野委員 ありがとうございます。

研修医の労働時間をプログラムに記載するという点に関しては、私も賛成するのですが、その記載の在り方、方法ですが、例えば9ページを見ていただきますと、時間外・休日労働の上限の時間数という格好で時間が書かれています。ただ、実は医師というのは、同じプログラムの中で勤務したとしても、例えば10人いたら、ある医師は、その1人だけ非常に熱心で時間外も全部背負い込んで勤務したと。その結果、1人は1400、残りの人は900時間ぐらいということは往々にして起こり得るのです。その場合、プログラムとしては900だろう。だけれども、上限としては1400ぐらいまで起こり得ると通常考えるのではないかと思うのです。

ですから、通常のプログラムではここまで。ただ、上限としてはこの辺まで行く可能性がありますよという記載方法に直すことはできないでしょうか。

○遠藤部会長 お願いします。

○藤川補佐 事務局でございます。

まず、先生から今、御指摘いただきましたとおり、医師によっては、そうした労働時間というものが非常に異なるということは我々も十分に承知しておりますため、9ページの一番右の列、参考の部分に、前年度実績として1行だけ時間数を書いておりますが、その医療機関の実情に併せて、8割の専攻医は960～1000におさまっているけれども、2割の医師は1600とか1500時間になっている。そのような前年度実績を具体的に一番右の列のところに御記載いただければと思っております。

ただし、C-1水準といいますものは、プログラムごとに指定を受けることとなっておりますので、もし1人でもそうした医師がいましたら、上限というものは960以内だということで、そのプログラムがC-1水準の指定を受けていない場合は、全てのそのプログラム／カリキュラムで研修を行っている医師は、時間外・休日労働の上限が年960時間となってしまいます。このため、1人でもいらっしゃるのであれば、C-1水準の指定を受けていただく必要があると考えております。

○遠藤部会長 牧野委員、いかがでしょう。

○牧野委員 分かりました。

実は、労働法上の問題ですけれども、36協定というものがあって、これが病院で働かせていい上限の時間なのですけれども、この36協定が例えば1400時間であっても、専攻医に関しては、C水準を取っていなければ960時間を絶対に超えてはいけないという縛りになるのでしょうか。

○遠藤部会長 では、事務局、お願いします。

○藤川補佐 事務局でございます。

36協定に関しましては、この医師の時間外労働の上限規制に併せて、医療機関に対して36協定の申請書類というものも、別途、現在準備しているところでございます。その中におきましては、C-1水準とかB水準、連携B水準の医師などと別立てをしてお書きいただくこととなりますので、今後ですけれども、C-1水準のプログラムで専門研修プログラム／カリキュラムの時間外労働の上限が960を超えてしまう場合は、C-1水準のプログラムとしてプログラム丸ごと、960時間以上の36協定が結べるように、そうした特例水準の指定を都道府県から受けていただく必要がございます。36協定の様式というのが、今後、医師に対しまして変わってまいりますので、そういったことも御考慮いただければと思います。

○遠藤部会長 牧野委員。

○牧野委員 分かりました。了解です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

御意見は大体出尽くしたかと思えます。時間も押しておりますので、本件につきましてはこのぐらいにさせていただければと思います。随分いろいろな御意見も出ましたので、事務局及び日本専門医機構におかれましては、専攻医の時間外労働の上限規制に関しまして適切な対応を引き続き御検討いただくということで、お願いいたしたいと思えます。

それでは、続きまして、議題3「専門医に関する広告について」について事務局から御説明いただきたいと思えます。事務局、どうぞ。

○北原保健医療技術調整官 医政局総務課の北原でございます。

資料3を御覧ください。こちらにつきましては、前回、9月17日の会議の際に、時間の都合で持ち越しとさせていただいた案件での御報告となります。資料自体は、8月の医療部会でお示しした資料を一部改編したものでございます。「専門医に関する広告について」ということで、「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」における検討状況を説明させていただきます。

おめくりいただきまして、資料の1ページ目でございます。こちら、平成25年に取りまとめられました「専門医の在り方に関する検討会」の報告書の概要でございます。

左の中ほどを御覧いただきますと、赤字で専門医の養成・認定・更新とございまして、2つ目の○で、広告制度を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とするということが、この時点で記載がございました。

次の2ページ目を御覧ください。

こちらも同様の報告書から抜粋したものでございますけれども、1ポツ目、専門医制度を持つ学会が乱立して、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念を生じる専門医制度も出現するようになった結果、平成25年時点、現在の学会主導の専門医制度は患者の受診行動に必ずしも有用な制度になっていないため、質が担保された専門医を学会から独立した中立的な第三者機関で認定する新たな仕組みが必要であるということが記載されてございます。

下半分に新たな専門医制度の基本設計の図がございますけれども、基本領域（19領域）

がございまして、それ以外がサブスペシャリティ領域となっているところでございます。

次のページ、3ページ目でございますけれども、広告等の在り方については、「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」において議論を行ってきたところでございます。

令和3年度の検討状況といたしましては、6月、7月に専門性に係る広告の取扱いを議論いただきまして、一定の方向性が示されたものが4ページ目になります。

4ページ目でございますけれども、論点といたしましては、平成25年の先ほど御紹介した報告書の内容に基づき、平成30年から新専門医制度が開始されました。令和3年の秋から日本専門医機構が基本領域（19領域）の専門医について認定を開始する予定であると伺っていたところでございます。また、サブスペシャリティ領域の議論の整理には、一定の期間を要する見込みということでございました。

このような背景を踏まえまして、患者等が求める医療に関する適切な選択に資する情報の提供をより適切に行う観点から、専門性資格に関する広告について、どのような対応が考えられるかということを検討会でお諮りさせていただきまして、対応案にございますけれども、日本専門医機構が認定する基本領域の専門医については、令和3年秋から認定開始となることを踏まえ、同時期より広告可能としてはどうか。また、サブスペシャリティ領域については、詳細な整理を受けてから、その広告の在り方を検討することとしてはどうか。

そして、2ポツ目、歯科領域についても同様に、日本歯科専門医機構が認定する専門医を広告可能とした上で、サブスペシャリティ領域については、医科と同様に詳細な整理を受けてから、その広告の在り方を検討することとしてはどうか。

そして、3ポツ目、日本専門医機構の設立の趣旨や、国民から見て分かりやすいものとする観点から、同機構が認定する専門医の広告を基本としてはどうかということで、学会等が認定する資格名の広告については、これらの趣旨を踏まえ、当分の間の経過措置と位置づけるとともに、新規の広告の届出について適切に取り扱うということ。

また、同一領域の専門性があるものについては、日本専門医機構認定専門医に限って広告することとしてはどうかということで、最後の一文につきましては、例えば学会認定の小児科専門医と、日本専門医機構が認定する小児科専門医と、両方お持ちである場合に、後者の日本専門医機構認定専門医に限って広告することとしてはどうかということでお諮りさせていただきまして、この方向性について御了承いただいたという状況でございます。

参考資料3に医政局長通知をおつけしておりますけれども、この方針にのっとりて告示改正を行いまして、令和3年10月1日より新たな告示が施行されてございますので、御報告申し上げます。

事務局の説明は以上となります。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

本部会とは異なる検討会で議論されている内容でありましたけれども、ぜひ御意見、御質問等、いただければと思います。いかがでございましょう。

では、山内委員、お願いいたします。

○山内委員 ありがとうございます。昨年、これは時間がなくてお聞きすることができなかったのですが、ありがとうございます。

まず、確認したいのは、基本領域に関してそうで、今、サブスペに関しても専門医機構でどこまで認めるかということは議論されていると思うのですがけれども、サブスペに関しては、今後、これはまた別に検討されていくということによろしいでしょうか。

○遠藤部会長 事務局、お願いします。

○北原保健医療技術調整官 回答申し上げます。

御指摘のとおりでございます。今回「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」で議論させていただきましたのは、基本領域の19領域に限って広告可能とするということでございます。サブスペシャルティ領域については、まだその全容が見えていないということで、その範囲を決めることは困難であるというのが結論でございます。それを踏まえて、サブスペシャルティ領域については、詳細な整理を受けてから、改めて広告の在り方を検討することとさせていただきます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山内委員、よろしいですか。

○山内委員 ありがとうございます。

○遠藤部会長 ほかにございますか。よろしゅうございますか。ありがとうございます。

それでは、本件は専門の検討会で議論されている内容でありますので、ある意味、当部会では報告事項のような扱いになるかと思っておりますので、それでもいろいろ御意見があれば承りたいということがありましたので、引き続き、適切な対応ができるように御検討いただければと思っておりますので、事務局のほうはよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

それでは、まだ若干時間がございます。用意した案件は以上でございますけれども、何かその他で御意見等ございますでしょうか。

羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 これは将来の議論で結構なのですが、専門医機構の専門医は基本領域の広告はできるということになったのですが、現実に大学の教授であられるような方におかれましても、内科認定医とサブスペ領域の専門医をお持ちの方もおられるのですがけれども、専門医機構のほうでは、基本領域の専門医を取っていないとサブスペの専門医は名乗れないようなことになってくることがあるという議論をされていると思います。

そうすると、大学の教授であっても専門医と名乗れなくなってしまうような事態が出てくるのかなというところが気になるので、その辺、まだ言葉として明示しにくいところもあるかと思うのですが、4ページ目の最後の行で、その趣旨は通っているはずだということかもしれませんけれども、もう少し明確にされておいてもいいのかなと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。御意見として承りました。

それでは、山崎委員、お手をお挙げになっておられます。よろしくお願いします。

○山崎委員 先ほど資料2の中で申し上げましたが、特に町村部におきましては、地域偏在あるいは診療科偏在が大きな課題であり、コロナ対応により、医師確保の重要性が再認識されたところでもあります。そういう中で、専門医制度により、医師偏在を助長することのないよう、引き続き、対応をお願いします。これは、町村会からのたつてのお願いということで聞いてほしいと思います。よろしくお願いします。

○遠藤部会長 どうもありがとうございます。大変切実な問題だと思います。どうもありがとうございました。

ほかにございますでしょうか。

牧野委員。

○牧野委員 ありがとうございます。

医師専門研修部会の位置づけに関してのお願いといいますか、意見なのですけれども、この部会、最終的には厚生労働大臣が専門医機構に対して意見を言うということで、大変重要な位置づけの部会と認識しております。以前、私なども関わって、例えばサブスペに関する議論を行って一定の提言をしてきたわけですけれども、そういった議論が、最近では別のところで全て行われていて、この部会の中で取り上げられることがなくなってきているということで、この部会の位置づけというものを専門医機構の中でももう少ししっかりと位置づけていただきたい。ある程度、ここでの意見を反映させる仕組みにさせていただきたいというのが意見です。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

当部会のありようというものを再検討する必要があるだろうということですね。これは、私も部会長として、事務局と一緒に重く受け止めさせていただきたいと思いますので、検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

ほかに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。長時間にわたりまして、非常に貴重な御意見等、いただきました。

それでは、本日はこれもちまして終了したいと思いますが、今後の進め方について事務局から何かございますか。

○高原医師養成等企画調整室長補佐 事務局でございます。

次回の部会開催日程につきましては、追って調整の上、改めて御連絡させていただきます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、本日は長時間にわたり御審議いただきまして、本当にありがとうございます。



た。

また、日本専門医機構からは北村先生に御出席いただきまして、どうもありがとうございます。

それでは、これをもちまして、本日の「医師専門研修部会」を終了したいと思います。どうもありがとうございました。