

○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。

委員の欠席についてでございますが、本日御欠席の御連絡をいただいている方はございません。小寺先生と今村先生、今まだいらっしゃっておりませんが、おくれて御参加いただけると考えております。

本日は、阿部委員の代理として長野県から中島副知事が出席されております。

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出席されております。

野木委員の代理として、日本精神科病院協会から森副会長が出席されております。よろしく願いいたします。

なお、本日、日本専門医機構より寺本理事長と、現在おくれておりますが、今村副理事長。日本内科学会より宮崎先生。日本外科学会より小寺先生が御出席いただく予定でございます。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。

(「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、部会長をお願いいたします。また、撮影はここまでとさせていただきます。遠藤先生、よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 皆様おはようございます。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、初めに資料の確認について事務局からお願いしたいと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 資料の確認をさせていただきます。

資料1、2、3という本資料がございまして、資料1だけがパワーポイントの資料となっております。

参考資料は7つついてございまして、さらに各都道府県から厚生労働大臣への意見というものを机上配布で机の上に置かせていただいております。

机上配布資料につきましては、会議後回収をさせていただきますので、御了承ください。

不足する資料等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 それでは、議事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。

前回の部会で定めた専門医機構や各学会に対する厚生労働大臣からの意見案につきましては、資料3として事務局がまとめております。これは後ほど議論したいと思います。

初めに、議題1「専門医制度について」ということで、事務局よりまとめられております資料1「第1回医師専門研修部会の主な議論」及び資料2「都道府県知事から厚生労働大臣への主な意見」が提出されておりますので、これについて事務局から御説明をいただいて、その後に各委員からの御意見を承りたいと思います。

それでは、事務局、説明をお願いします。

○加藤企画調整専門官 着座にて失礼させていただきます。

まず資料1に入らせていただきたいと思います。

前回の専門研修部会でさまざまな御議論をいただきましたけれども、2ページにわたってまとめさせていただいております。4つに分類してまとめさせていただいております。

1つ目に、日本専門医機構の事務局体制についてというタイトルにしておりますが、こちら情報提供や情報共有について御議論をいただきました。また、都道府県からの要望に対してはまだ回答がないこと。医師養成検討会の指摘に対して迅速に対応を求める意見がございました。

2つ目に、専門医制度、特にカリキュラム制について御意見をいただいております。カリキュラム制度がやはり重要であること。また、1年間のタームの中でいつ、何をするのかということを示してほしいという意見をいただいております。

裏面に移らせていただきますけれども、3点目にシーリングに関する意見が多数ございました。東京都へのシーリングが30%ぐらいのシーリング数が必要なのではないかという意見や、やはり東京で養成すると東京に集まってしまうのではないかという意見。そして、シーリングの数に関しては継続的に評価することが必要だというような意見をいただいております。

4つ目に、各学会への要望事項ということでまとめさせていただいております。幾つかの学会がシーリングを上回って採用してしまっていることはあってはならないこと。来年度の専攻医の募集に関しては、募集が終わった段階で本部会を開いてシーリングを超えている診療科がないか確認する必要があるという意見をいただきました。また、総合診療医の議論に関しましては、総合的に診療できる医師が地域には必要ではないかという御議論をいただきました。

次に、資料2に移らせていただきますけれども、あわせて参考資料1をごらんください。前回も御説明させていただきましたが、医師法第16条の8、こちら改正になっておりますけれども、この16条の8に基づきまして厚生労働大臣は、日本専門医機構などに意見をすることになっております。第2項にございますとおり、意見を言う先に関しましては前回の専門医部会で決めさせていただきました。今回はこの第3項、第4項に基づきまして、各都道府県の地域医療対策協議会が開かれた後、各都道府県知事より厚生労働省に意見をいただいておりますので、こちらをまとめさせていただきましたのが資料2になります。

資料2をごらんいただければと思います。上から専門医制度に関することということで、再度情報公開の徹底や、3つ目にごございますとおり各都道府県が協議に必要な事項をしっかり都道府県に提供してほしいという意見をいただいております。また、個別になりますけれども、長野県からは基幹施設に過去になっていたものが、今回の新制度でなることが困難になったこと。また、4つ目にごございます香川県からは、各都道府県からの意見について真剣に議論していただいていないのではないか。このような状況では県協議会で幾ら協

議しても無駄ではないかといった御意見もいただいております。熊本県からは、医師少数地域における連携施設で検証できることを必須化してほしいというような意見。また、岐阜県は、現在のプログラム整備基準では、精神科の領域では2つプログラムを持つことが難しいといった意見をいただいております。

裏面に移らせていただきます。冒頭、福島県から、サブスペシャリティーについて議論を早急に行ってほしいという意見をいただいております。また、総合診療医に関しても京都府からは、医療資源が乏しい地域の病院を連携病院に含めてほしいといった意見をいただいております。

また、地域枠に関しましても多数御意見がございまして、同率の成績の場合は地域枠の医師を優先してとるような取り組みが必要なのではないか。また、下から2つ目になりますが、山梨県からは、他の都道府県からの基幹病院による採用の制限を運用として行うことが必要なのではないかといった意見をいただきました。

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、ただいまの資料1、資料2に関しまして御意見、御質問等いただきたいと思っております。いかがでございましょうか。山口委員、どうぞ。

○山口委員 資料1の裏面の「4. 各学会等への要望事項」のところで、私が前回シーリングを超えている診療科がないかどうかをしっかりと確認することをこの部会でやってほしいと要望したことをしっかりと書きこんでいただいて、ありがとうございます。それに付随して、これは各学会への要望事項でございますが、これは一旦、機構がまとめた上で、この部会の中で発表するというような位置づけと考えるいいでしょうか。それぞれの学会から出てくるものなのか、機構でそのあたり責任を持たれるのか、「学会への」と書いてあるので、そのあたりの位置づけというか関係性を示していただきたいと思っております。

○遠藤部会長 では事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 どれぐらいの時期にもう一度、一次募集が終わった後の会議を開催するかによりますが、今、事務局の腹積もりといたしましては、各学会への募集が終わって、シーリングを恐らくは守っていただいていると思っておりますので、その結果を専門医機構から第一次募集の状況ということで、この会議で御議論いただければと考えております。

○遠藤部会長 ほかにいかがでございましょう。釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 シーリングということが出てきまして、特に東京を中心として5都県のこれまでの採用状況と、実際にプログラムに採用される方との変化を見ているわけですが、この変化のデータというのが詳細に見てみますと、それほど非常に確実なデータなのかどうかというところが疑われるというか、まだ不備があるような印象も一部持つておりまして、一方でそれぞれ医師が非常に足りない、どんどん東京に行ってしまうと危機感を募らせている県においては、実績をつぶさに、詳細に調べていまして、何年には何名の医師がどの

診療科に行ったというようなデータは、しっかり持っているところがほとんどだろうと思います。ですから、ぜひその都道府県が持っているデータ、特に足りないと思って非常に苦労しているところのデータを、これは多分、厚労省にお願いするのがよろしいかと思いますが、厚労省でしっかりまとめていただいて、そのデータも見えるようにしていただくと議論が非常に適正、公正に行われるのではないかと思います。

ちなみに、専門医機構からプログラムの採用をした人の一覧が都道府県別、19の基本領域別に出ました。それと自分の県のこれまでの集計とが必ずしも合わないという事例も私も把握しておりまして、これはどういう理由なのかというところの検証ももちろん必要ですが、非常に医師が足りない、東京などに行ってしまうというふうに思っている県は、それらのデータを過去ずっとにわたって詳細に持っていますから、そのデータを利用すると適正な状況がより明確になるのではないかと思います。そのことを厚労省にお願い申し上げます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

厚労省への依頼でございますので、何か厚労省、コメントをお願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 釜菴先生から御指摘いただいた点、私どもも現時点でなぜそれが生じるのかということをあれし切れていないのですけれども、1つ考えられるのは、要は専門医機構認定のプログラムでないものとして3年目の医師として残っているということが、一部の都道府県であるのかもしれないと思います。

いずれにせよ、平成30年の各都道府県別の医師の数は本来、国全体では三師調査というもので調べるものがございますけれども、それについて統計は来年の年末になってしまって非常に遅い結果になってしまいますので、現時点でどのようなデータでそのようなものが評価できるのかということは、我々のほうで検討して考えてみたいと思います。

○釜菴委員 関連いたしまして、今、三師調査の話が出て、厚労省が三師調査をずっと年度を追って、過去にさかのぼって分析できるように今、努力していただいていると承知しております。大きな変化は申すまでもなく、平成16年に臨床研修制度が導入されたところで大きく変わりました。その前後、そして運用のその後、見直しが行われた時期がありました。そして、今回の専門医の仕組みが導入されたというのも大きな変化です。これらの前後でもってどうなっていて、都道府県における19の基本領域でここは行くしかないと思いますが、19の基本領域ごとにどういうふうになったのかというところが見えてくると、議論がより精緻になるかと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

○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。羽鳥委員、どうぞ。

○羽鳥委員 総合診療に関して専門医機構で担当で行っているのですが、厚生労働大臣への主な意見、資料2ですけれども、今、机上配布の膨大な資料をばらばら見ていると、総合診療に関してはもっと各都道府県からいろいろな意見が出ていると思うので、これをぜひ整理してお渡ししたい。専門医機構の中で総合診療医に関して毎日のようにディスカ

ッションしているのです、各都道府県で何がどう問題なのかぜひ早急に知りたいと思います。例えばここに出ている京都府の意見で、もう少し地域にいろいろ配慮してほしいということが出ている。京都市のところが京都市周辺の地域に対してもう少しきちんと派遣ができないかということであろうかと思いますが、今、手元に総合診療の400プログラムを実際に見ていると、実際には京都市基幹病院が周辺に配慮しているように見えてますので、他の地区もこのような指摘があるかもしれませんので何がどういけないのかきちんと明確にさせていただけたらと思いますので、よろしくお願いします。

○遠藤部会長 事務局、何かコメントがあれば。

○堀岡医師養成等企画調整室長 この都道府県からの資料は、公開の場では机上配布にいたしますけれども、きちんと機構に対して資料としてお送りいたしますので、その点の御配慮を我々からもお願いできればと思います。

○遠藤部会長 立谷委員、お待たせしました。

○立谷委員 総合診療医の話がありましたけれども、これは全国市長会でも総合診療専門医とは一体何だという話が出ています。そもそも初期研修が終了した時点で全員総合診療ができる状態ではないかと。前回も申し上げましたが、この総合診療専門医を設けることは、医師免許に松竹梅をつけることではないかという話が出ています。

この新専門医制度はそもそも全てのドクターがいずれかの専門医の資格を取得しなければならないという考え方から始まったのです。そして、専門医の資格取得のために非常に厳しい条件を設定しました。私はこの制度は医師にかなりの負担をかけると思いました。と同時にいわゆる専門に属さない一般的な医者、広範な地域医療に従事する医師はどうするのだという疑問を感じました。総合診療医という名称であればよかったのですが、そこに専門をつけて今まで余りなかったジャンルができてしまったのです。ですから総合診療専門医という名称自体、違和感を覚えますが、今さらやめろと言うことはできないと思います。

しかしながら、総合診療専門医の資格がなければ地方で医者はできないのかという議論が市長会でよくできます。これは知事会でも同様の意見が出ていると思います。私は日本医師会にかかりつけ医ではなく総合診療医という名称にすべきと申し上げてきました。

ですから、全ての医者が専門医の資格を取得しなくてはならないということを決めたところに大きな間違いがあるのです。これは明確に申し上げておきます。そのことを踏まえて総合診療専門医の資格を取得する際は、できるだけその条件を緩くするべきと考えます。そのような議論をしていただくように専門医機構に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。

関連で羽鳥委員、お願いします。

○羽鳥委員 前回も申し上げましたけれども、立谷先生とは全く同じ意見であります、少なくとも来年度に関しては、今ここで放り出したらこれから応募しようと思っている先生方には非常に迷惑もかかるので、1年間はこのままやらせてほしいということが一つ。

もう一つは、これに関してはきちんと今後専門医機構の中で議論いたしますので、そのときまた御意見を寄せていただけたらと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、山内委員、どうぞ。

○山内委員 今の総合診療とかプライマリーケアとか、そういう議論がこの場ですべきことなのかどうなのかわかりませんが、ただ、その定義というか考え方が非常にそれぞれが違っているので、結局、議論がかみ合っていない気がしますので、私自身、海外でずっと医療をアメリカのほうで自分も研修医をやってきました、やはりアメリカとかでは地域医療を担う担い手としてプライマリーケアとしてきちんとした、例えば簡単な縫合ができたりとか、救急の処置ができたりとか、お産はとれなくてもある程度のそれができるような、そういう人たちをファミリープラクティスとかプライマリーケアという形できちんと専門医として育てるようなシステムができていて、そういった人たちが地域に配属されているので、ある程度のトリアージができるというレベルになってきていると思うのです。

今の医学教育にも絡んでしまうかもしれないのですが、今の研修医の1、2年目というのは本当にいろいろな科をローテーションして、今、医療も非常に教育というか覚えなければいけないことや、手技的なことも多数になってきていて、その2年間でアメリカでやっている、いわゆる地域医療を1人でやっていけるレベルまで行けるかどうかという、そこに関してはいろいろな御意見はあるでしょうけれども、なかなか難しいような現状にもなってきた上での総合診療医という形になってきたのではないかと思っていますが、その辺のところは皆さんの中でも割と意見が違ったりとか、そういったことがあるとは思いますが、そのこのところをここで議論すべきではないと思うのですが、そのこのレベルの議論になってしまうと、そこから始めなければいけないという点が非常に聞いていて思いました。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

では山口委員、どうぞ。

○山口委員 私も総合診療専門医というのは、2年間の研修だけではとても総合的に診る能力はつかないと聞いていますので、これから高齢社会になってくる中で複数の疾患を持った人をトータルに本当に診られるような総合診療医であれば、これからの時代、とても必要とされているのではないかと考えています。ほかの領域よりも成長するのに時間が逆にかかると聞いていますので、そのあたり機構の中でもきちんと定義できるように議論していただけたらありがたいなと思います。

それから別件で、先ほどの釜苞委員のお話の中で、都道府県が医師になった後の動向を詳しく把握されているはずだとおっしゃったのですが、例えば大阪府でしたら昨年度、最終的な採用数がどうなったのかというようなところが把握できていないと聞いています。ですので最終的にデータがないので今、議論しようと思っても次の年度に向けての

議論ができない状況があるとすれば、専門医機構として1年目、最終的に各都道府県で募集定員は各病院どうなっていて、その実績が何人だったのか。そういったものを最終的にしっかり出される方向性で今、動かれているのかどうか確認しておきたいと思います。

○遠藤部会長 これはどなたが。専門医機構のお考えですね。それでは、寺本参考人、お願いいたします。

○寺本参考人 専門医機構の寺本でございます。前回、出席できなくて失礼いたしました。

先ほどもお話がございましたけれども、総合診療専門医に関しましては大分御議論がありまして、今、立谷先生がおっしゃったように、総合医なのか総合診療専門医なのかというところの議論は、先ほど山口委員が非常にすばらしいお話をしてくださったと思うのですけれども、今の2年間の研修で彼らにそうしたら国民が本当に信じてこの人たちに診療を任せられるかという、私が拝見している限りではなかなかまだ難しい。その後、したがって今までは後期研修という形でさらに磨きをかけていったわけですが、今後は後期研修というところで専門医をとっていただきたいという流れになったのだらうと思います。

その中で総合的な診療をやりたいという方たちはかなりいらっしゃるわけでありまして、その方たちに対して総合診療専門医という名前で地域で活躍していただくということは重要だらうと思います。地域で活躍していただく総合診療専門医というものとして、もう一つは病院の中でも今、大分、先ほど高齢化の問題がございましたし、例えばある特化されたセンターみたいなところでも、総合的に診ないといけない先生方もいるわけです。そういう中で総合診療専門医というのは非常に活躍する場がこれからあるだらうと私は思っております。

前回、百八十数名という形の採用数だったわけですが、これはまだまだ足りないというのが私の印象でございまして、今後ふえていくべきだらうと思っております。そういう意味で、できる限り総合診療専門医に関してはきちんとした基盤をつくっていくことが非常に重要だと思っておりますので、今、総合診療をやっている先生方、そして、内科をおさめていただく、小児科をおさめていく、救急をおさめていくという形のきちんとしたプログラムを組んだ上での専門医という形に私はしていくべきであらうと思っておりますので、この辺ももちろん今後ももう少し議論した上で、きちんとした形をつくっていくということはお約束したいと思っております。

○遠藤部会長 山口委員がおっしゃったのは、何人応募されたのかということで、数字をはっきりしてほしいということです。

○寺本参考人 個々のプログラムの数字ということですか。

○山口委員 定員と最終的な初年度の採用数です。

○寺本参考人 採用数は前にたしか出していると思っておりますけれども、プログラム数に関しては、今回のものがまだ十分出ていないのは非常に申しわけないと思っておりますが、それは今後も鋭意できるだけ早目に出していくようにしたいと思います。

○山口委員 実績がどうだったのかということは何度照会しても回答がないので、実数が

得られていないという現状があるようです。

○寺本参考人 わかりました。それは対応したいと思います。どうもありがとうございます。

○遠藤部会長 では、釜菴委員どうぞ。

○釜菴委員 山口委員からも言われましたけれども、とても足りなくて困っているところはみんな出しています。規模の大きな、今、大阪という話が出ましたが、東京とか大阪の集計は必ずしも精緻なところまではいっていないのかもしれないけれども、本当に足りなくて、何とか1人ふやそうと思っているところは必死に10年分のデータを持っています。福岡県もかなり調べていて、福岡は数が多いのですが、先ほど指摘しましたように福岡のデータと機構が公表されたプログラム採用数との間に差異があるので、そこはきちんと都道府県からのデータも必要だろうと感じました。

立谷委員から先ほどお話があったところで私もそのとおりだと思うのですが、専門医と言っても現在議論しているのは基本領域のところであって、本来、議論すべきところはもっとその上の部分なのです。基本領域の部分というのは診療科と直結するので、地域医療体制の提供と非常に密接に関係してくるので、専門医機構とそのこととももちろん無縁ではないというか、そのことに大いにかかわっていただかなければならないというところなのですが、専門というのは本来は私どもが描いているイメージは、もっとずっとレベルの高いものであって、臨床に携る医師は自分の主たる診療科目は持ちますので、そのことについては卒後ある時期にそれを決めるということはこれまでも行われていたことで、いわゆる専門医という概念とはちょっと違うかなと思います。

今後の議論を進めていく上で総合診療のことはぜひ議論が必要ですが、先ほど羽鳥委員が言われたように来年はこの方法で、次年度以降はまた改めて考えるということでしたけれども、総合診療のプログラムについてはもう既にかなりしっかりしたものができていて、関係者の合意もかなり得られていると思います。ですから、ここでまた総合診療専門の養成の議論がゼロから始まるということになると、かえって混乱を来すのではないかと。今、形成されつつある合意をいかに強固なものにするかという視点でいけばよいのではないかと思います。

一方で、非常に医療資源の足りないところにいろいろな領域を診られる医師を配置してほしいという医師不足地域、特にへき地からの御要請はたくさんあるわけですが、それはもちろん総合診療の能力もぜひ必要ですが、医師自体を送ることが大事なので、そこは私は少し別にこの議論というよりは、医師需給の中で足りないところにいかに医師を配置するかということがしっかりできれば、そのあたりはまた状況が変わるのかなと思っております。

日本医師会が進めているかかりつけ医というのは、前回もこの会で申し上げましたが、御自身のもともとの専門領域は専門領域としてお持ちになりながら、幅広く患者さんを総合的に診られるように日本医師会のかかりつけ研修をしっかりやっていただくことによっ



て、医師はすべからず総合的な能力を身につけていただきたいという願いで今、展開をしております。というのは、これから養成する総合診療専門医の数がふえている役割が担えるまでにはかなり時間がかかります。養成数が百八十何名がまだ足りないという寺本先生のお話がありまして、確かにそうかもしれませんが、ほかの領域も足りないところはたくさんあるわけでありまして、専門医機構の新たに養成する総合診療専門医がその役割を全部担えるということはとても不可能であります。数のことを考えますと、新たに養成される方への期待も踏まえながらも、これまでやっている医師がそういう役割をしっかりと担うという日本医師会の方針が私は妥当だろうと信じております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、まず森代理、牧野委員、宮崎参考人の順番でお願いします。

○森代理 今、山口委員からもお話がございましたが、そのことについて少しだけお話をしようと思います。

定員数といいますか、定員と採用数は違うのですが、採用数が実際の数と合わないというのか、機構が出しているものと合わないというのが大きく分けて3つぐらい要因があるのですが、1つはまず機構は立谷先生がおっしゃったように義務化されているわけでは実ではなくて、任意の制度ということが前回のアドホックの委員会で決まったはずで、これは守っておるわけです。ですから現在も九十数%で100%ではないのです。ですからその残りの方たちはどこかに採用されています。ですが、それは機構のほうにはわかりません。ですから、まずその誤差が1つあります。

2つ目は、カリキュラム制とプログラム制というものがございまして、去年はプログラム制のカウントをしたのです。カリキュラム制のカウントができていないのです。というのは、プログラムというのはほとんどプログラム制のプログラムに登録をしている関係で、カリキュラムで入った人たちというのは実は外に漏れてしまっています。なので、そのために人数が合いません。ことしはそういうことのないようにしようということで、カリキュラムをとる人も登録をするようにいたしました。実はそれをやると今後新しく問題が起こるのですが、カリキュラム制というのは3年でやらなくても5年かかっても10年かかってもいいわけです。そうすると、これからカリキュラム制の方がふえてくると、その方たちが10年かかってなる人たちが全部シーリングでかかってくると、その科はすごく減ってしまいます。ですので、そこら辺の誤差をどうするかという問題がございまして、もう少し慎重にこれは考えていかなければいけないというのが2つ目。

3つ目は原因不明というものです。これは一部の県ではどう考えてもおかしいというのがありそうだと聞いておりますので、これは機構としても全力を挙げて調べなければいけないと思っています。これは機構の検証委員会の委員長として申し上げました。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

お待たせしました。牧野委員、どうぞ。

○牧野委員 先ほどから議論を聞いていて総合診療のことなのですが、総合診療医というのと総合診療専門医という2つの言葉が出てきているのですけれども、期待しているもの、それぞれの意味しているものが違うかなと思っているのです。

立谷先生なんかの考えている総合診療医というのは高齢化社会に対応して、いろいろな疾患を抱えた高齢者を診られるような人を対象にしていると思うのですが、ある意味、内科の総合医がいつまでもずっと内科の総合医だけでいてくれたらかなりの数が養成できて、地方の小さな病院でも活躍していただけるのです。ところが、内科の総合医というのはそこで終わらないのです。サブスペシャリティというものがあって循環器科医、消化器科医、腎臓内科医といった新たなサブスペシャリティを持っていて、そちらの専門医になって内科の総合医でなくなってしまうのです。ですからいわゆる総合医というのが地方からいなくなるというような現象が起こっている。この部分をしっかりと議論しないと、どこまで行っても議論はかみ合わないなと思います。

今、専門医機構で養成しているのは、単に高齢者を診るだけというわけではなくて小児も診られる、出産も診られる。やはり総合医として一段高い能力を求めているのが総合専門医というものなのですが、それが実際にどれだけ必要なのかという疑問です。これといわゆる総合医といって地域医療で本当に必要な全身をしっかりと診られて、これからふえる高齢者をしっかりと診られる人は医者の中の20%ぐらい、かなり大きな部分を占めなければいけないのではないかと思っているのですが、それはとても専門医というカテゴリーだけでは賄えないと思います。そうであればやはり総合診療をしようとする人をふやすしかない。これはある意味、マインドなのです。総合医に必要な教育は少なくとも内科医であれば受けている、場合によっては外科医でも受けているのです。ですから総合的に患者さんを診ましょうという医師をいかにふやしていくかということが必要かと思っています。

病院会ではそういった医師を養成するために、病院総合医という新たなカテゴリーをつくって養成することを始めていますが、ここで総合医と総合専門医を幾ら議論してもかみ合わないなと思っています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

宮崎参考人、お待たせしました。

○宮崎参考人 内科の宮崎でございます。

先ほどの総合診療医のことが議論になってございますので、一言コメントさせていただきたいと思います。

まず最初に内科学会としましては、今回の制度改革の出発点というのが、何々の専門だから私は診ないというような医者がふえた。特に先ほどプライマリーケアのことが総合診療医イコールというようなイメージがございますけれども、一番最初に患者さんとコンタクトしたときに診断をする必要があるわけですので、診断をするときにその患者さんは、私は心筋梗塞ですという患者さんはいません。胸が痛いとか何らかの兆候を言うわけです

ので、それを手がかりにして診断する医者こそが非常に重要だということに対して、今まで内科の反省点もあると思いますけれども、余りにもサブスペシャリティーのほうにシフトし過ぎてしまって、循環器の専門医なので消化器は診ないという医者がふえたのではないかと、今回の制度改革においてはジェネラルを重視するような制度改革としております。

具体的に言いますと、認定医は今まで初期研修を除いて1年間の研修でございましたけれども、今回の新制度におきまして内科専門医は他の基本領域と足並みを揃えて3年間の研修を課してございます。それがどれだけ有効か、これはやってみないとわかりませんけれども、先ほどマインドの問題だということはそのとおりだと思います。単に1年を3年にすればマインドがよくなるかどうかわかりませんが、しかし、1年間よりも3年間の研修をしたことのほうが、経験数は確実に増加することによって、例えば今まで10人のうち6人が専門でないと断っている医者がいたとするならば、その6人は新しい制度においては例えば4人になるとか、5人に減ることが期待されるというのがポイントではないかと思えます。

もう一つは、決して彼らは悪気があって診ないといっているわけではないのです。実際に経験がないものだから、余りにもサブスペシャリティーにシフトし過ぎたがゆえに恐怖感を感じる。自分の知らない患者さんを診るのが怖いという医者も多いわけです。楽をしようという人もいないとは限りませんが、多くは自分の専門以外を診るのが怖いとか、責任が持てないという理由によってそういう態度をしている医者が多いのではないかと思います。ですので、一つの期待としましては、今回の制度では3年間の内科研修をすることによって、これまでよりもジェネラルに症例経験をすることで”たらい回し”問題の改善が期待できるのではないかと私どもは思っているということでございます。

もう一点は、先ほどの総合診療度どうするのかということでございますけれども、我が国においてはプライマリーケアというのは内科の特に救急疾患に関しましては昭和30年代、40年代の交通戦争はもう既に大分減りまして、内因性の救急疾患がメインになっていると考えてございます。ですのでプライマリーケアのメインは内科ではないかと私ども考えておりますので、総合診療の研修の内容につきましても内科でかなり精緻につくりましたが、そして3年間というカリキュラムをつくっておりますので、それを総合診療の研修に生かすようなことがよいのではないかと、ということが2つ目。

3つ目は、内科学会としましては、先ほど申し上げましたようにジェネラルを重視することにしておりますので、現在、内科認定医ではなくて総合内科専門医資格という3万人ぐらい既に5年以上の研修を終えた、ジェネラルなマインドを持った内科医がございまして、そのような先生方を生かすようなサブスペシャリティーのことも考慮しているということをつけ加えておきます。

以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 総合診療専門医の話が先ほどから出ております。地域医療の観点から今の話に非常に共感するところがあります。県内のある病院に循環器の先生が3人おりますが、3人とも一般外来の診療はあまりなされません。私は循環器が専門だと言って診療されないとのこと。このような実例から我々市長会が最も危惧するのは、総合診療専門医の医師でないと一般外来の診療をしなくなる、つまり自分の専門しか診療しなくなるのではないかということです。

確かに全部診られるように技術の習得をした先生方をたたえるべきだし、それなりの資格なり何なりを与えるべきだと思います。しかし、そういう先生で地域医療が成り立つかという、私はとてもとても難しいと思うのです。先生おっしゃるように、例えば循環器を専門とする医師であっても内科や他の診療科を一通り教育されたうえで循環器を専門とするわけなので、循環器しか診療しないというのは変な話です。震災のときの事例で、ある県の大学病院から被災地の病院に派遣された医師が、私は消化器しか診療しませんと言ったということがありました。この医師も初期研修を修了しているので診れないわけではないはず。医者マインドが患者さんを救うことよりも自分を守ることに変わってきているのではないかと思います。

私は専門医制度が、医師が自分の専門領域しか診療しないという風潮に拍車をかけるようなものであってはいけないと思います。今の内科の認定医でも何でもある程度ジェネラルな見方をしてやってくれる人はそれなりに評価すべきです。専門医制度がジェネラルに診療している医師の足を引っ張ってはいけないと思います。私は地域医療の観点から、総合診療専門医でないと総合診療ができなくなることを非常に危惧するのです。この点を御考慮いただきたいと思います。これは日本医師会に一番お願いしていることではあるのですが。

○遠藤部会長 それでは、棚野委員、お願いいたします。

○棚野委員 前回、欠席をして申しわけなく思っています。私は全国町村会の立場で出席をさせていただいておるのですが、既に皆さん御案内のとおり、全国各地、山村を含め、あるいはおのおの地域によっていろいろな条件が違うものですから、医師不足、医師の偏在で大変困っておるのは御案内のとおりだと思います。

そういう中で今回、新専門医制度が立ち上がることによって、いわゆる地域の偏在が少しでも解消されるんだという趣旨に私ども理解をして臨んでいるのですが、そうであればよりよいものになっていただきたいという思いの中で発言をさせていただきたいのですが、私は今回の議論の中で釈迦に説法ですが、ぜひ地域や患者さんの側に立った改正、改革であっていただきたいなと思っております。今、いみじくも立谷委員からお話がありましたように、ややもすると例えば飛行機の中で誰かがぐあいが悪くなって、お医者さんいませんかと言って全員が名乗り出るかどうか非常に疑問があります。最近、全く違う管轄の

方は恐らく手を挙げないのではないかと考えております。一体これは何なんだ。国民は、地域住民は、お医者さんは、少なくとも初期の段階はまさか救急救命士より元気がないなんていうことにならないと私は思っておるのですが、そのような心配もしながらお医者さんを待っております。

そういう中であって今回いろいろな思いがあるのですが、総合診療の専門なのですが、ここだけが今回突出していますから、これが狙いなのだろうということはわかります。ただ、このことが地域に医者がいないからお医者さんさえいればいいのだろう。まさかそういうことにはならないと思いますが、大事なことは、地域住民が来てくれるお医者さんにどういう気持ちを持っているかということをも十分考えながら、この総合診療というお医者さんを育てていただきたいと私は思っているのです。

これは根本のことだと思います。いろいろな制度の見直しはあるのでしょうけれども、お医者さんを志すときの根本的な精神をもう一回、これは後ほど時間があればお話させていただきたいと思うのですが、そういう時期を迎えているのだと思いますけれども、今回、総合診療という言葉を知ったら、ほかの首長さんたちは一体これはどういうお医者さんを育てるのだろうと知っているのか。中身が正直言ってまだわかりません。これからわかるのかもわかりません。要するに総合ですから全てを見ていただけるのだろうと思うのですが、見ると浅く広くの分野に行かざるを得ない。そうすると地域にしてみると、いや待てよと。これはすぐに大きな病院、これはすぐまたあっちの病院というふうに振られるのであれば、地域が偏在していますから時間的なことも考えてどうなのかという思いもあります。それであれば最初から言ったほうがいいのではないかとこの心配も実はあるのです。ですからそういう意味から言うと、この総合診療というのは聞こえはいいし、そうやっていただければ非常にありがたいと思うのですが、今少し地域住民といいますか、そういう方々にわかるような説明、お医者さんばかりではなくて、そういうことをぜひあわせてやっていただきたい。

もう一つは、総合診療のプロセスを見たときに、いつとき、これはまた大きな都市に集中しないのか。逆に言うと、さらに地域の偏在が進むのではないかとこの心配があります。そういうことにならないような対応策もきちんとあわせてやっていただければという思いでおりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

角野代理、お願ひします。

○角野代理 滋賀県の角野でございます。

まず専門医です。専門医制度ができると聞いたときに、自分自身はこんなたくさん専門医をつくってどうするのかなという思いを持ったわけですがけれども、要は専門医、この場でもかなり専門医という言い方そのものに温度差があるのです。考え方に。これはそうすると一般の人たち、県民の人たちはどう思うのかなという気持ちになります。

恐らく一般の人たちはどちらかというところ専門医と聞くと、それに対してすごい人だと。

内科専門医、外科専門医はすごいというイメージを持つと思うのです。だからこの時点で名称を変えよとは言いませんが、この議論はもちろん大事ですけれども、今後、一般の国民に対してこの制度でつくられるところの医師というものがどういう医師であるのかということをもっと具体的に示していかないと、今後ここには専門医、必ずしも取る必要はないということが前提としてあるわけですね。そういったときに専門医を持っていない先生と、専門医という名前がついている先生と、今のままいってしまえばすごい差がつく。でも、あえて専門医制度に乗らなくても臨床的にはすごい人も当然いる。今までだって別に博士号があろうがなかろうが腕のいい人はいたわけですから、だからそのあたりで一般の人がわかるような形にしていくことが大事なのかなと思います。

この総合診療医、私は山内さんが最初に言われたアメリカの例は大賛成でして、近い将来のことは難しいと思いますが、先ほど言われましたように今の開業医の先生方がかなり担っていただいているけれども、いみじくも今の担い方というのがベストとは言っておられませんでした。将来的にはもっともっと広く、かつ、深さは難しいところですが、あるべきであろうと。しかし、そういった医師を養成でふやしていこうと思えば、これは10年、20年かかる話でありますから、ですから今は今おられる先生方が確かに総合医的な役割を果たしていただいておりますので、そこを大事にしつつ、だからそれでいいんだではなくて、この先々を考えたときに専門医というものをしっかりと養成していかないと、それこそ各学会、科が医師不足と言っていると、医者は一体何人要るんだという話になってくるわけです。

私はこのあたりのところを国として日本の医師像というか、それぞれどの医師がどれだけ、前も言いましたけれども、2025年どころか2040年、2050年ぐらいを見据えた中での疾病構造とかそういったことを考える中で、必要な本当の医師数というものを一定出して、そして地域での総合診療医を中心とした、アメリカなんかは半数ぐらい養成しているのですが。そういう形を目指すという意味で総合診療医というのは今はとにかく絶対に残すべきであって、中身はもちろん変えていけばいいのですけれども、今ここで必要ないというのでなくしてしまうと、日本の医療の将来はないのかなと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

では、片岡委員、中島代理、お願いします。

○片岡委員 私も総合診療専門医に関しては大変重要だと思います。

私は学生教育を現場でしている立場から話しますと、学生は今の時代ですので何らかの専門医を取得するというのは皆さん当然と思っていると思うのです。一方授業を例に挙げますと、存在しない授業、存在しない科目は重要というふうには認識できないわけです。総合診療医というのが存在することで、こういった分野が大事なんだというメッセージが学生にはちゃんと伝わります。もともと以前からジェネラル志向というか、広く患者さんのために、あるいは地域のために活躍したいという学生さんは多くおられたと思います。

例えば1年生ぐらいのところアンケートをとると、幅広く患者さんのために活躍したい、地域のために頑張りたいという意見はたくさんあるのですけれども、ただ、それが学年が上がってくると何かの専門性を選ぶといった流れの中で、とにかく何かを選ぶということでどこかに収束していているという現状があると思いますので、そういう意味では広いスキルが必要とされる分野というのが明確に見える形になるということが私は必要だと思います。

それから、私は地域卒の教育にもかかわっているのですけれども、地域卒ができるときにも、地域卒だけが地域医療に従事すればいいということで始まったのではなくて、地域卒の学生、卒業生がリーダーになってみんなで担うのがいいというのがもともとのお考えだったと思います。我々のところでも地域卒だけが地域医療教育を受けるのではなくて、そこをきっかけにして全員が地域での実習を低学年から行う。そういった形でマインドの醸成が行われるようになってきたと思います。

その観点から考えても、総合診療専門医だけが総合診療あるいは地域医療を担うのではなくて、総合診療専門医がリーダーになっていただいて、それで内科も含めてジェネラルな分野が連携しながら社会の要請に応えていくということが今後、必要になってくるのではないかと思います。

総合診療という分野ができたことで、その重要性を皆さんが再認識されたり、あるいはこういう形で議論が深まるというプロセスそのものがとても大切だと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、中島代理、お願いいたします。

○中島代理 長野県におきましても総合診療専門医は非常に重要だと思っております。長野県は県土が広くて中山間地が多く、高齢者も多い中では、総合診療専門医をいかに確保していくか、しっかり取り組んでいきたいと思っております。

長野県でもこれまで信州版の総合診療医という独自のプログラムに取り組んでいたことから、国レベルで総合診療専門医がしっかりとカリキュラムされてきたことは非常にありがたく思っています。一方で今回、総合診療専門医について全国で184名と専攻医全体の2%程度で、まだまだ少ないのではないかと思っています。長野県でも14の基幹施設があるのですけれども、今年度の総合診療専門医は3施設で7名ということで、期待していたよりも少なかったかなと思っております。

先ほどからも議論があるのですが、総合診療専門医の役割とか位置づけをぜひ明確化していただいて、キャリアパスを明らかにしていくことが非常に重要だと思っております。まだまだ若い医師に総合診療専門医の魅力が伝わっていないという問題点もあるかと思っておりますので、先ほど片岡委員がおっしゃったように大学教育の中での魅力発信も重要だと思っておりますし、日本専門医機構におきましても総合診療医の魅力とか働きがいとか、必要性を十分若い医師に認識いただくように取り組んでいただければありがたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 今の話を伺っていて論点がずれていると感じます。総合診療専門医で日本全体を網羅できるのだったら、こんないいことはない。現実的に総合診療専門医でもって日本の津々浦々を全部網羅することは不可能だから、今、総合診療専門医を何人か育成したところで混乱するだけであると申し上げています。混乱しないために医師会でちょっと頑張ってもらいたい。総合診療という形がきちんとできないと地域医療はもたないのです。ですからみんなが総合診療専門医の資格というか技術を持てる世の中が来るのであれば、それはそれでこんないいことはない。だけれども、そうなっていないから今大変なのです。そういう議論をしているときに、みんなが総合診療専門の力を持てたらいいですねというのは理想論であって、現実からかけ離れているわけです。これは議論のそもそもの問題ですから、最初に戻って現実の地域医療の観点からこの議論を進めていただきたいと思えます。

○遠藤部会長 それでは、寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 私も今、いろいろな御意見を伺っていて、総合診療専門医というのは非常に重要なのだろうと私自身は思っております。今おっしゃったように総合診療専門医がどこにでもいけばいいではないかという議論になると大変なことになるわけでありまして、先ほど片岡委員がおっしゃったように、その方がリーダーになって、あまねく地域の人たちの診療の手助けをするというのが、恐らく総合診療専門医の役割だろうと私は思っています。

そういった意味では、先ほどどれくらい必要かという議論がございましたけれども、それはこれから計算していかなければいけないことだと思うのですが、各地域においてある一定数は総合診療専門医がいて、そして、それが各地域の医療のリーダーとなって動いていくという姿が私はあるべき姿だろうと思っております。そういった意味でも、要するに専門医機構のできたそもそも論からすれば、そういう総合診療専門医を認定しますよというのが専門医機構の役割ですから、皆さん国民がこの方であれば信頼に足る総合診療をやる方であるということを認めるどころと考えていただいたほうがいいのではないかと考えて、私は専門医機構の立場としてそう考えております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山内委員、お願いします。

○山内委員 立谷委員がおっしゃることとてもよくわかりますけれども、ビジョンがなければ物事は進まないの、ビジョンをそこに置きながら現在できるような対策を立てていくといった形で物事を進めていかなければいけないとは思っています。

そういった点で話が変わってしまうかもしれないのですけれども、シーリングのことにに関して今回、手元の回収資料で非常にたくさんの方が書かれていて、きょうのこの会議でこれは見て議論すべきことなのかどうかはわかりませんが、私は地域のことももちろん



考えていますが、反対にバランスを持って考えなければいけなくて、私自身は東京都の病院から来ておりますので、別に東京都の肩を持つわけではありませんけれども、東京都のこちらにある配付資料の23ページからのところには、東京都の病院、そういった非常に人が集まってきてしまうので、それに対して私どものプログラムもそうですけれども、地域のところにできるだけ人を派遣するような形を、いろいろと苦労して考えております。そのデータがここにまとまっていて、今後シーリングなどを考えるに当たって、要するに現場で地域に人がいるということが目的ですので、東京都の基幹のプログラムに何人採用されたということが目的ではないので、実際にこれからこういうデータが出てくると思いますので、どれだけの人たちがどこの病院に派遣されていてとか、そういったことの数も見ただ上での専攻医の実際の配置の部分という形でのデータをできるだけ集めて見ていただきたいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

これは機構にお伺いしたらよろしいですね。寺本参考人。

○寺本参考人 これは厚労省からいただいている補助金で指示されているところのデータベース検討会がでございますけれども、その中でどれだけの人たちがどのようにして動いていくかということについての集計を今しつつあるところであります。

そういった意味で言うと、前回もお話がありましたが、今回の専攻医の人たちがどの地域にという数字で、1年目は東京都でも十数%が東京都以外に出ているわけです。2年目には30%、3年目に40%近くが行っているという数字になっていくわけですが、これは予定数でございます。あくまでもプログラムの予定数です。

したがって、本来のその方たちが本当にどこに、何カ月間そこにいたのかという数字がこれから非常に重要な問題になってくるわけで、そのことをデータベースの中から我々は引っ張り上げようということで、そういうデータベースの構築を今しているところです。恐らくそういったような中から地域にどれだけ貢献していくかということももちろん専攻医たちにあると思うのですが、将来的にそういった方々がそういったところに根づくという力も持っていると思うのです。ですから動くということは、それなりの意味を持っているだろうと思っておりますので、おっしゃるとおりで今後も実数でいろいろと議論していきたいと私たちも思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

大体御意見は出尽くしたかなと思っておりますので、それでは、この議題についてはこのあたりにさせていただきたいと思っております。

次に資料3、厚生労働大臣から日本専門医機構等への意見及び要請（案）というものが事務局から出されております。これについて事務局から説明をいただきまして、その後、皆様から御審議いただきたいと思っております。

では、事務局、説明をお願いします。

○加藤企画調整専門官 それでは、資料3を御説明させていただきたいと思っております。

資料3をごらんいただきますけれども、1ページ目と2ページ目が改正医師法第16条の8及び9に掲載した、厚生労働大臣から日本専門医機構への意見及び要請になります。また、3ページ目以降が各18学会に対して、それぞれ意見をまとめさせていただいております。

まず参考資料2をごらんいただけますでしょうか。本日取りまとめました意見及び要請に関して、参考資料2の頭紙をつけて専門医機構及び各学会に送付させていただきます。こちら3行目の後段にございますとおり、各項について真摯に御検討の上、今後の御対応について御回答されたいということで、回答を求めさせていただいております。

それでは、資料3の中身を少しポイントだけ御説明させていただきたいと思っております。

資料3、1ページ目、専門医機構に対する意見を、括弧にございますとおり医療提供体制の確保に重大な影響を与える可能性に関すること。こちらは第16条の8に該当する内容でございます。

簡単に御説明させていただきますけれども、1ポツ目、2ポツ目は情報の公開、提供の徹底に関してです。プログラム整備基準やサブスペシャリティーに関しても早期に公表し、そして専攻医への速やかな周知を求めています。

3つ目ですが、こちらは事務局機能の早急な強化をお願いさせていただいております。

4つ目、5つ目、6つ目に関しましては、先ほど議論がございましたとおりシーリングに関することですが、各大都市圏からの周囲の地方への専攻医の動きなどをデータに基づいて予測とともに公表すること。そして、シーリングに関してはカリキュラム制度の採用人数も含むこと。そして、最後の7つ目ですが、統一的な指標を作成して、各学会の統一的なデータを公表することをお願いさせていただいております。

最後の点になりますが、今回の厚生労働省の調査におきまして、連携病院で3カ月以上、勤務していないプログラムなど、整備基準を満たしていないプログラムが散見されましたので、整備基準や運用細則にのっとっているかどうかということを厳正に審査していただきたいと思っております。

次のページに移らせていただきます。こちら整備基準と運用細則の遵守の徹底に関してですが、連携病院において長期間、連携病院に研修を希望する方に関しては、それが可能なように柔軟なプログラムを整備していただきたいという点や、専門研修の指導医が不在の病院においても研修が行えるようにという記載がございますので、こういったことの徹底をお願いさせていただいております。

次に、研修機会の確保に関すること。こちら第16条の9に該当しますが、カリキュラム制の整備の徹底、総合的に診療できる医師を幅広く各都道府県で養成すること。そして、地域枠の医師に対しての配慮をお願いさせていただいております。

また、総合的に専門医機構から各学会に対して実施の徹底を指示していただきたいということで、5つ挙げさせていただいております。繰り返しになりますが、新整備指針や運用細則に厳正にのっとった研修プログラムを整備すること、シーリング数を厳守す

ること、また、カリキュラム制の専攻医に関してもそれに含むこと。募集期間が専門医機構が定めた募集期間よりも早く募集開始しないことを周知徹底いただきたいと思っております。

また、各都道府県への情報提供のおくれはございましたけれども、各学会から専門医機構に対する登録も期限内に行っていただくことを要請しております。

3 ページ目以降、各学会になりまして、こちらは各学会の事情に応じてまとめさせていただいておりますけれども、4 点それぞれ厚生労働省から各学会に対して行った調査に基づきまして書いております。4 点は、各都道府県におきまして複数のプログラムを用意すること。そしてカリキュラム制度を整備し、またその整備したカリキュラム制度に関してちゃんと情報公開していただくこと。3 つ目はシーリングを遵守いただくこと。そして、整備指針が一部ウェブサイトに掲載されていない学会がございましたので、こういった点は改善していただきたいということをお願いさせていただいております。

資料の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、これにつきまして自由な御意見をお願いします。立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 非常に気になることなのですが、私は地域医療に従事している医師が地域にいながら、地域医療に従事しながらでもちゃんと専門医資格がとれるように、カリキュラム制をしっかりと位置づけてくださいということはずっと申し上げてきました。それがきちんとなされていないところが大分あるということに非常に違和感を覚えています。これはしっかりと取り組んでいただきたい。

もう一つ、ここの表現の中にもあるのですが、例えば出産で一時期お休みする、親の介護でお休みする、そういう正当な理由にもう一つ、深刻に考えなければいけないことがあります。基幹病院は大学病院が非常に多いので大学病院での教授のパワハラの問題があると思います。私が知っているだけでもそういう話はよくあるのです。かつて、それで医局をやめていった人がいたわけです。前にも言いましたけれども、10人いれば10人の教授がみんな立派な人とは限らないわけです。大抵何人かは変わった方がいらっしゃって、そこにパワハラの問題が出てくるのです。そういうときに若い医者が涙を流しながら頑張ることがいいとは思えません。自殺者が出るようなことであってはいけないわけです。私は全ての医師が基幹病院でのプログラム制で研修を受講するということに非常に違和感を覚えたのは、一つはそこでした。加えて、当初の制度設計ではプログラム制からカリキュラム制に移行する条件が非常に厳しいものでした。プログラム制からカリキュラム制に移行する理由として、教授のパワハラというのも実際にはあると思うのです。だけれども、そんなことは理由として書けないから、その人の生活状況とかを理由とした。それは逆に言うと地域医療に従事している人の立場を救うことにもなってくるわけです。カリキュラム制の位置づけが不備なことについては大変遺憾に思いますので、カリキュラム制をしっかりと位置づけていただきたい。

プログラムからプログラムへの移行、プログラムからカリキュラムへの移行する場合、必要となるのは積み上げた症例や実績をしっかりと記録しておくシステムです。内科学会ではクラウドを利用してシステムを構築するという話が出たことがありました。システムを構築するために厚生省はちゃんと予算をつけたらいいでしょうという提案をしたことがありました。しかし、まずは機構として事務局体制をしっかりと強化することと、そして、専門医を目指す専攻医の自由度がある程度担保される制度運営をすることが必要であると思います。地域医療に従事する医師への配慮も含めて、そののところは理事長にしっかりと指導していただきたいと思います。

○遠藤部会長 それでは、寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 その懸念はよく私たちもわかっておりますし、それから、今回も非常に問題になりましたのは、プログラム制とカリキュラム制という言葉が今回はプログラムということで皆さん登録されているので、その中にちょっとごっちゃになっていた部分がありました。そういうことでことしの登録システムに関しましては、そこにカリキュラム制ということ、それから、地域枠という自分がどこで登録するかというところにつけさせていただいたのです。

カリキュラム制のところをクリックいたしますと、その中に今、先生おっしゃったような出産であるとか育児であるとか、そういったものも当然出てくるわけですがけれども、そのほかに地域医療に資する場合とか、最終的にその他というものがございます。したがって、先生のおっしゃるようなことというのは、ある意味で言うとその他になるのかもしれませんがけれども、そのような場合というのはある程度機構並びに基本領域のところと御相談の上ということになりますので、かなり機構と基本領域の先生方との相談の上でないと、先生のおっしゃっているような意味で完全なパワハラであればかなり問題だと思いますけれども、それはどうなのかいうことは相談しないとわからないことなので、そういう体制をつくり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。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 今回、専門医機構の執行部が刷新されたわけですがけれども、かねてより問題になっているのが事務局体制の脆弱さが多方面で指摘をされていて、私もそのことをとても強く思っていますし、今回、都道府県からの要望を見ても、何を聞いても回答が返ってこない。それもいろいろなところでこの苦情を私も聞いております。

今回この要望の中の3つ目のところに、事務局機能の強化ということが挙げられているわけですがけれども、この2行だけでは弱いので、もう少し強くしていただけないかと思いました。例えば「問い合わせに適切に対応するため、専用の担当者を置くなど」の後に「具体的な目標を掲げ」ぐらいのことを書いていただくと、回答を求めているわけですので、回答のところはどこを目指して、今はまだそこにすぐには行かないかもしれないけれども、ここまでを目指すんだということを明確に示していただくことが、本当の意味での強化と

いうことにつながるのではないかと思います。ぜひどのように強化していかれるかということも含めて、そこを明確に示していただかないといろいろな分野の方の不安が払拭できないと思っていますので、ぜひお願いしたいと思います。

○遠藤部会長 御要望として承りました。

釜菴委員、どうぞ。

○釜菴委員 今の山口委員の御指摘と同じ内容ですが、本日は10月15日で、週末にいろいろなイベントであちこち行っておりましたけれども、私は日本医師会にいるので、専門医の申請はいつから受け付けてくれるんですかというふうに多くの方から聞かれました。それは10月中旬という話までは私も承知しているけれども、まだ日については機構から公表されていないという話でありまして、いずれ出るだろうとは思いますが、どう考えてもこれはおかしいですね。寺本先生が新たに理事長になられてから事務局体制の改革について先生が何をおやりになられたか。そして、今後どのように、いつまでに何をおやりになろうとしているか、ぜひきょうはお聞きしたいと思います。

○遠藤部会長 では、関連なので羽鳥委員。

○羽鳥委員 釜菴先生の質問ですけれども、きょうの医道審議会専門研修部会の了解をいただかないと日程が公表できないですから、都道府県や学会の担当から聞かれたときにはそのようにお答えしています。

○釜菴委員 ただ、常識的にどう考えてもきょう15日の時点で募集の日が決まっていないというのは、これはあり得ないことです。ですからそれは先生にお願いしたい。

○寺本参考人 おっしゃるとおりで、まさしく10月中旬ど真ん中のところでまだ決まっていないというのは一体どういうことか。それはいろいろなところからお聞きしているので私どもも非常に苦慮しているところでございますが、今、羽鳥先生おっしゃったように、今回のことでちゃんと我々が対応するということが前提で開始できると伺っておりますので、それがいつになるのかというのは明言して、また混乱を招くというのは非常に問題だろうと思っております。今、差し控えさせていただいているというのが現状でございます。

それから、事務局体制でございますけれども、私も今村先生と一緒にずっと監事をやっております。そのことは常に指摘してまいりました。私もこのままでは機構の事務局としては問題だろうと思っております。実際に私が事務局等々といろいろお話をしてみても、人的な問題がとにかく非常に厳しいという状況です。それは1つには今、大分募集をかけておりますけれども、なかなか該当する方が応募してくれないということもございます。もう一つは、御存じだと思いますが、財政がかなり逼迫しているのです。恐らくいろいろなことが動いていかない限りにおいては、今の機構は運営できないという状態でございます。そういった中での体制づくりとなりますので、かなり限られた範囲になってしまうこともやむを得ない。

ただ、一番の問題点は、今は事務局長が不在という状態が2年間続いている。これが一

番大きな問題で、かじ取りがきちんとならないといけないだろう。私の在任中にできればきちんとした事務局長体制をつくっていく。

もう一つ、今の職員に関しては、少なくとも数名は、関係部局は幾つか分かれておりますけれども、関係部局それぞれにそれぞれが特に今、総診の部分が非常に手薄になっておりますので、その部分には手当していくことは考えておりますので、そこらをこれからやっていきたい一つの大きな目標だと思っております。

事務局としては、先日来、何度かというか、月に一度は必ず事務局会議を行うようにいたしまして、皆さんで情報共有をした上で、どこに人が足りないのか、どこに人をこれから配置するかということのを少ないながらも考えていくというのが現実的な方法だということで今、対応しているところでございますので、ともかくは非常に今、人数が少ないということは承知の上で、これから事務局体制を強化していきたい。強化になるかどうかわかりませんが、していきたいと思っておりますので、非常にいろいろなところに御迷惑をおかけしていることは私としても遺憾に思っておりますので、その辺は御容赦いただきたいと思っております。

○釜菴委員 事態を変えられるのは、理事長先生の強いリーダーシップしかないと思しますので、よろしくお願い申し上げます。

○遠藤部会長 ほかに何かございますか。では羽鳥委員、中島代理の順番でお願いします。

○羽鳥委員 先ほどの取扱注意の会議後回収というものですが、例えば三重県は全く意見なしと出てきているのですけれども、本当に意見がないのかなとも思いますが、厚労省としてはこれでよしとしたのでしょうか。あるいは問い合わせし直したということあるのでしょうか。三重県は全くゼロですか。全てなしなのですが。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ちゃんと法律に基づいた手続を踏んで都道府県から意見を聞いていますので、なしならなしとしか言いようがないかと。

○羽鳥委員 ちゃんと聞いてくださっているならいいのですが、もう一回やりとりしなければいけないものなのかどうかをお聞きしたくて。

○遠藤部会長 中島代理、お願いします。

○中島代理 2点ほど資料3について意見があるのですが、先ほども議論になっております資料3の4ポツ目の基幹病院ごとに専攻医のローテート状況とプログラム等を調査するというので、機構のほうからしっかり調査するという話はいただいているのですが、ぜひ統一したデータで具体的な指標を設定して整理いただけるとありがたいと思っております。

例えば先ほどからも話が出ていますが、基幹施設からのローテートがどこの都道府県で行われたか、またはどの連携施設に何人来たか。さらには単にローテートで来たという情報だけではなくて、その期間が3カ月なのか6カ月なのか、そういったことも非常に大切ですので、そういった統一した指標を設けて、ぜひ都道府県でも来年、意見が提出する前にしっかり判断できるようなデータを早目に出していただければありがたいなと思っておりますので、この資料3の中にも統一した指標を設定してデータを集めるという視点も盛

り込んでいただけるとありがたいなと思っています。

それから、資料3の2ページ目の2ポツ目のカリキュラム制で、先ほどもカリキュラム制の重要性についての意見がございましたが、長野県でもこのカリキュラム制による研修体制の整備、そしてこのカリキュラム制度が運用されることは非常に重要だと思っています。ただ、現段階で8学会ではまだカリキュラム制による研修体制の整備がされていないということですので、ここの文言も2ポツ目の3行目ですが、柔軟な研修カリキュラム制による検証を行うよう早急に各学会に通知することとあるのですが、まだこのカリキュラム制による研修体制の整備がなされていないところもありますので、例えば来年度の専攻医の募集までに8学会、まだ整備されていないところではカリキュラム制による研修体制の整備をしっかりと行い、その上で研修を行うような記述にしていなければありがたいなと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

山内委員、どうぞ。

○山内委員 今の寺本理事長のお話をお伺いして本当に切にお願いしたいのは、来年専攻医になる人たちが昨年も非常に迷わされて、本当に制度が始まるのか始まらないのか。本年もいつになったら採用が決まるのか。普通の医者的人事の中では次の場所を探したりとか、それこそお子さんがいる人たちは学校とかも探したりとか、次の就職先がどこになるのかということは本当に切実な問題なのです。ですから私ども本当はこの医道審議会で専門医機構に意見を総合診療医だとかいろいろなことを申し上げてきましたけれども、今、限られた資源の中で優先順位をつけなければいけないと思うのです。

その中で来年から始まる専攻医の人たちが道に迷わないように、その人たちの将来のことをまず第一に考えて、日程の調整とかそういったことをとにかく一番に、寺本理事長はいろいろな重荷を抱えられて本当にあれなのですけれども、何よりもそこをしっかりと考えていただきたいと思うのです。これからの将来、医師のやる気というかモチベーションがそれこそ今、フリーランスの医師がふえて、先ほど医者の思いとかモチベーションとかありましたが、そういった意味でモチベーションのパラダイムシフトが起きそうなところの段階にあって、専攻医として頑張ろうとしている人たちのモチベーションが下がらないように、とにかく来年度の採用の日程などをまずは粛々とできるだけ確実に進めていただければとお願いいたします。

○遠藤部会長 重要な御指摘だと思います。何か機構として、寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 非常に私たちもそのことは重く受けとめておりまして、今回に関しましては言いわけになって申しわけなのですけれども、私自身が選出されたのが7月20日という非常にタイトな状況の中で、しかも医療法、医師法の一部改定というものがございまして、そういったことで少し遅れ込んでしまったということがあって、専攻医の方たちには大変申しわけなのですが、本来9月に始めますよという話が前執行部の間であったので

すけれども、それをずらさざるを得なくなった。ここに混乱が生じたのは承知しております。

私は来年は執行部、よっぽどのことがない限り変わらないでいけると思っていますので、来年に関しては既に一応この前も理事会の中でも話しましたけれども、大体9月をめどに開始することを前提にして、その前にどのようなタイムスケジュールでいろいろな委員会であるとかプログラムの提出時期であるとか、そういったものを決定しましょうというタイムスケジュールを今つくっているところでございますので、よっぽどの何かがない限りにおいてはそのような流れを公表できればと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○遠藤部会長 よろしく願いいたします。

お待たせしました。角野代理、どうぞ。

○角野代理 どうしても機構のほうにばかり議論が行きまして、このままだと執行部になる人が誰もいなくなるのではないかと。こんな役やっつけられるかとなるのではないかと心配するのです。私はもちろん機構の努力もあれですけれども、これは厚労省にお聞きしたいのですが、国としてこれだけ機構が大変な状況で、要は人的な部分が一番大きいと思うのですが、そのあたり今後どのような支援といいますか、それを考えておられるのかお伺いしたいと思います。

○遠藤部会長 では事務局、お願いします。

○佐々木医事課長 医事課長です。

今の御指摘でございますけれども、基本的には機構自体も学会と連携して、独立してやっていたらという関係だと理解しています。我々としなくてもいろいろな情報がありますとか、直接我々が学会とのやりとりをやったりということで、協力してやってくれる部分というのはあると思っておりますけれども、それ以外に直接的にどういう点でサポートできるかというのは、機構自体のお考えも聞きながら、我々としてもできることはしっかりやっつけようということでございます。

我々のほうがそういう意味では今こういう形でというよりは、まずは今、御指摘があったように、いろいろな専攻医の先生方の御心配とか、いろいろな方々から御心配をいただいておりますので、それは関係課としてはきちんとそういうことは前に進んでいくようにしなければならないと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。それでは、宮崎参考人、お願いいたします。

○宮崎参考人 先ほどからのカリキュラム制のことにコメントをさせていただきたいと思うのですが、カリキュラム制という言葉が混乱しているのではないかと印象を持ちます。

カリキュラム制という言葉自体、何が違うのかということをおなりに考えてみますと、専攻医の研修をする際に、研修の質を保つために必要なことは期間と場所と2つあると思



うのです。それに指導医が指導するということの3つがよい研修を行う必須条件ではないかと思うのです。カリキュラム制というのは期間を特定しないという意味ではないかと思えます。プログラム制というのは3年なら3年とか、その期間内に一定の場所で、誰が、この期間に研修を行うという意味でプログラムが予定されている、あるいは計画されているという意味だと思うのですが、カリキュラム制というのが期間を特定しないということのみが違うのではないかと思います。

そこで資料3の内科学会に対する意見としまして、カリキュラム制を用いた専攻医の数を毎年公開することという要望案が出ているのですが、私ども内科学会、先ほど立谷先生からお言葉をいただきましたけれども、J-OSLERというウェブ上で症例を蓄積していった、なおかつインタラクティブに指導及び評価をしていくというシステムを開発しております、それを用いてもう既に研修が始まっております。それを用いることによって専攻医は先ほどの出産とか留学だとか、専攻医の先生方が予定の期間に当てはまらない場合が多々あるわけで、そうなったとしても記録が時間と、タイムスタンプを押した期間の記録と内容が保持されるということを用いて、別に期間は特定しない。プログラム化されていますが、そこに合わない場合にはそれが延びるだけであるというような研修内容になってございます。

ですので最初からカリキュラム制というのであれば、期間を特定しないわけですがけれども、では場所はどこのという問題が出てくるのではないかと危惧しております、プログラム制を用いているので教育連携施設だとかいう研修の場を特定することと、研修の認定といいますか、場所の質の担保等のことができる、プログラム制を用いているのでできるわけだと思うのですけれども、カリキュラム制を用いますとそここのところがずれてくるのではないかと危惧がございまして、内科学会としては先ほどのJ-OSLERのシステムを用いてございまして、毎年報告すると、これに先ほどプログラム制を用いてやっているわけですが、ドロップした専攻医の数がどの程度かという報告にとどまることになるかと思うのですけれども、それでもよろしいのでしょうか。

○遠藤部会長 では、我々の議論ということでもありますので、まず先に牧野委員から、それから事務局にコメントをいただきたいと思えます。

○牧野委員 今の発言で、カリキュラム制だとどこで研修しているかよくわからないというところがあったのですが、従来、学会認定の専門医というのは大体カリキュラム制で運営していたのです。教育指定病院というものがあって、そこで扱った症例はカウントしましょうというルールでやっていましたので、同じようにカリキュラム制であってもちゃんとどこで研修を受けたのかということの把握はできると思えますが、いかがでしょうか。

○宮崎参考人 もちろん内科学会の今までの旧制度の教育施設及び連携施設は維持する予定でございまして、旧制度においてはそういうルールで運用していたわけですが、新制度においてはプログラム制ですので、プログラムの主体はプログラム責任者が供給施設を管理するという、主体が学会からずれるわけです。ですから内科学会としてはやりますけれ

ども、それを担保するのはどちらかというプログラム責任者の責任であるということになろうかと思えます。その点を危惧しているということでございます。

○遠藤部会長 では事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 こちらにつきましても整備指針、整備運用細則をきちんと守っていただきたいという一環で書いているだけでありまして、例えば専門医制度整備指針の7ページにも、はっきり研修プログラムと研修カリキュラム制というものが書かれております。

今おっしゃっていただいたとおり、場につきましても確かに各学会のほうで、今までも学会認定施設という枠組みでまさに牧野先生おっしゃったとおりやっていたので、どこでまでなのかという議論はあるのかもしれませんが、まさにカリキュラム制を用いた、つまり逆に言うとプログラムにきれいに乗っているのか、カリキュラムに行ったのかということはJ-OSLERがあればわかると思えますので、そういう制度があるということが専攻医の方々皆様がわかるということも重要ですので、そういう意味でも今、毎年人数を公開していただくことは非常に重要だと事務局としては考えております。

○遠藤部会長 関連で山内委員。

○山内委員 宮崎参考人がおっしゃった場合は固定するという形の解釈だったと思うのですが、以前この指針を見直したときに意見が出たことは、例えば基幹病院AにAというプログラムに入った女医さんが結婚・出産をして、実家の近くのところはどうしても御主人の都合もあって移らなければいけない。今度、ほかの県に行って基幹病院Bのプログラムに移りたいけれどもといった形でも、それも認めていただけるような形の柔軟性という意味と、あと例えば男性でも御両親の介護で専攻医の途中でどうしても御両親がいる県のプログラムに移らなければいけない。基幹病院から基幹病院に移ったりしたりとか、そういった形に対する柔軟的な態度ということも、ですから場が移ることもあり得るという形も認めていただいているということによろしいでしょうか。

○宮崎参考人 おっしゃるとおりです。既にそのような実例も出てございまして、内科学会としては旦那さんが移ったので奥さんも家族がございますので、一緒に地域に移りたい、プログラムを変えたいという御希望でございましたけれども、それは希望と、寺本先生と御相談させていただいて承認ということにしてございます。フレキシブルに運用するのは最初から出されておりますので、そういう運用を基本とするという暗黙の了解といたしますか、それがあられると思うのです。ただ、それが明文化されていないということで問題なんでしょうか。

○遠藤部会長 寺本参考人、お願いします。

○寺本参考人 今の件に関しましては、カリキュラム制というものに対して各学会の受けとめ方も大分違って、それぞれがまだ十分でき上がっていない。それが今回、私どももいろいろと調査してみた結果わかってきたことなのです。

そういったことからしますと、カリキュラム制に関しては機構としてある程度、カリキ

キュラム制に関する要件をある程度決めなければいけないのではないかと考えておるところでございます。これに関しては各関係領域の先生方とも相談した上でないといけないと思いますので、これから改めてそういうことをきちんとしていこう。今のところのカリキュラム制というのは恐らくやるとすると、従来の形のカリキュラムで症例を何例積んでという形のものになるので、何年でもいいという形になると思いますけれども、一応、場の問題であるとか指導医の問題であるとか、そういったものも全部含めた形の要件といいますか、そういったものも一緒に制定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。

立谷委員、どうぞ。

○立谷委員 今の議論とつながってくるのですけれども、先ほど私は教授のパワハラの話をしてしましたが、これは教授のパワハラを理由として認めることはできないと思います。そのドロップアウトしそうな専攻医は一身上の都合と言うと思うのです。後からのことを考えれば、教授のパワハラが理由とは言はずがない。

ですから今の話、内科学会は進んでいると思うのですが、一身上の都合ですべて承認すべきだと思います。それを認めてあげないと私は何が心配かという、内科専門医とか外科専門医を育てなければ世の中やっていけないと思うのです。私は先ほどもジェネラルの話をしてしましたが、地域医療を預かる立場としては内科専門医にどうぞなってくださいとか、外科専門医にどうぞなってくださいと、そういう態度でいかないと地域医療はやっていけなくなると思うのです。

ですからそういった意味でプログラム研修からプログラム研修でもいいし、カリキュラムでもいいし、養成するんだという意識が必要だと思う。切り捨てるとか排除するというものでは決していけないと思うので、カリキュラムということを申し上げたのもそもそもそういうことなのですけれども、そこはひとつよろしくお願ひしたいと思ひます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

羽鳥委員、お願ひします。

○羽鳥委員 先ほどの机上資料の厚生労働大臣への意見のところにもた戻ってしまうのですけれども、これは参考資料1にあるように医師法16条8の9ということで、厚生労働大臣に意見を聞かなければならないということですが、今ざっと見てまだほかにも抜けているかと思いますが、例えば奈良県、滋賀県はまだ意見を寄せていないですね。それから、鹿児島、三重、徳島、佐賀などは先ほど言ったように意見なしなのですけれども、これは先ほどの第16条の8の4項の都道府県知事は地域医療対策協議会の意見を聞かなければならないというのが、これは聞いたのでしょうか。そして、書いてある主体が県となっていて、地域医療対策協議会に聞いた痕跡が全く見られないと思うのですが、もしここで全了として例えば今、想定されている近々専攻医の募集をすることになったとしたら、この医道審議会の意味がなくなるということになってしまいませんか。

○遠藤部会長 では、医事課長お願ひします。

○佐々木医事課長 今回の御心配の点なのですけれども、我々も意見を言っていたかという新しくできた仕組みですので、各都道府県が十分理解していないと困るということで、数回にわたって期限はいつまでですよ、会議はこの日にあるのでぎりぎりまでお待ちしますよということはお伝えして、順次来ております。きょうちょっとこの資料自体に間に合っていないところもある、今、抜けているところとおっしゃいましたけれども、それ自体は大体内容も聞き取っておりますが、文書としては出てきてなくても他県が出してきている内容の範囲と承知しておりますし、また、再三にわたって意見を文書で出すようにということは依頼しておりますので、そういう意味では十分、手順を踏んだ上できょうこの会議に出しておりますので、御心配のような手続的に大丈夫かという点は問題ないと考えております。

○羽鳥委員 もう一つよろしいですか。先ほど堀岡さんから言われた本当になしだということなのですけれども、せめて地域医療対策協議会に聞いたのかどうかぐらいのアンケートは欲しいです。

○堀岡医師養成等企画調整室長 アンケートというか、我々からこの意見を出すときに、地域医療対策協議会等そういった会議体を通した上で回答するように求めていますので、これは全てそういう会議を通した上でいただいた意見だと認識しております。

○遠藤部会長 片岡委員、お願いします。

○片岡委員 私もカリキュラム制に関する事で、山内委員がおっしゃったようにプログラムのスイッチをすとか、そういった形で内科学会は実際に運営しておられるということですので、この書き方として2ページの何か合理的な理由がある場合に柔軟な研修カリキュラム制によるというふうにつなげると、それよりほかのやり方があるというのが見えにくくなるので、例えばプログラムの変更ができるとか、あるいは何か理由があったら延長ができるとか、恐らく各プログラムといいますか、各分野ごとによく読み込めば書いてあるというのは承知しているのですけれども、それがぱっと見てわかるように書いていただいたほうがわかりやす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、角野代理、お願いいたします。

○角野代理 今、意見が出ていないと滋賀県の名前が出たので名誉のために、出しておりますので、それだけ一つ。

それと、協議会で議論したかどうかということなのですけれども、このためにだけ協議会ってなかなか都道府県はするわけにいかないのです。ところが、機構からいろいろ宿題というかデータをもらってやるべきことは当然あります。それがどうしてもおくと協議会が開けないという実態があります。今回、滋賀県では本当にそこが困ったところで、結局、文書照会とかそういう形でやっているわけなのですけれども、本来ならば集まって意見交換したいところなのですが、協議会の日の設定が要は前回も申し上げましたようにスケ

ジュール感がわからないので、なかなか立てられない、日程が決められないという実態があります。

そこで、それに関連しますけれども、機構への意見がまたふえて申しわけないのですが、やはりそういったスケジュール感というか、そういったものもあらかじめしっかりと示していただきたいというのを、資料3の要請の中に入れていただければありがたいかなと思います。

○遠藤部会長 事務局どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 大変申しわけございません。私どもから都道府県にプログラム情報を渡すのに、なかなか専門医機構から情報がいただけなくて、お渡しできなかったことを厚生労働省としてもおわびしなければならないのですけれども、そういったことが起きないように資料3の最初のポツで、都道府県が意見を取りまとめるために適切な期間を確保するため、早急に専攻医募集のスケジュールを公表し、総合診療科も含め全診療科のプログラム情報を厚生労働省に提出する時期を明らかにしていただくということを、一丁目一番地で意見のほうに書かせていただいております。

○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。よろしゅうございますか。では釜菴先生お願いします。

○釜菴委員 きょうは知事さん、あるいは知事さんの代理の方もいらしていらっしゃるの、ぜひ申し上げたいと思うのですが、この専門医研修の仕組みの結果、医師の偏在がさらに進んでしまっただけとはいけないという強い思いの中でこの議論が行われておって、しかし、専門医のことだけで医師の偏在が片づくわけでは決してなくて、医師需給全体を考えた議論を国としてやっていただくことは当然だけれども、一方で専門医の仕組みが新たに導入されたために、医師の地域や診療科の偏在が進んではいけないという思いで皆さん出てきていただいていると思います。

シーリングということが取り上げられて、来年、2019年の導入においてもそれが行われるということですが、シーリングが今後ずっと続けられるのかどうかというと、なかなかそこは難しいようにも感じます。今後これは議論をしなければいけないのですが、いかにしてその地域に必要な医師をそれぞれの県が自分のところで専攻医を研修させるかということについて、もう既に散々御努力をいただいていることは十分承知の上で、さらに県にそれをお願いしなければいけないと思います。

それぞれの県にある医学部の入学の時点から特に地域医療支援センターの担当の方が、全ての入学生にしっかり連絡、連携をとって、そして、卒業の時点までに、その地域での医療に携わることをぜひ指導していただくという取り組みは、どうしても必要なのだろうと思っております、既にやっていただいていることを重々承知でお願いを申し上げたいと思います。

それから、これは今後の機構における御検討いただきたい課題として、今、プログラムでの採用は基本的には全国一律で行われます。しかし、場合によっては5都府県をまず置

いておいて、非常に足りない、困っているところの採用をまず1回やって、その後でまた全国、二次募集という形で多いところもやるというような仕組みも場合によっては検討の余地があるのではないかと考えておりました、ぜひ御検討を賜りたいと思います。

以上です。

○遠藤部会長 御意見として承りました。

それでは、棚野委員、お願いします。

○棚野委員 ただいまの御意見は非常に重要な意味を含んでおりました、私ども今回ここに参加をさせていただいているのも、申し上げましたように、やはり何と言っても医師が偏在して困っているのです。ところが、御承知のように今、全国一律のこういう制度でやらなければならないということはわかるのですが、おのおのの都道府県、違いがあります。それを一律ということになるといろいろな無理が生じます。

ですから私は先ほど総合診療医の話でもお話したのは、それは一つでありまして、おのおのによって現在、一生懸命に地域のお医者さんとして頑張っているお医者さんがいっぱいいるわけです。それを今回の専門医制度にぼんと乗せますと、それを否定するようなことにとられかねないという心配が実はあるものですから、逆に言うとこれから目指そうとする総合診療の専門医の方々も後ずさりするのではないかとという心配もあったものですから、そういうことがないようにこの偏在が解消されるような方向で頑張りたいということ。

今のお話の中で大事なのは、例えば私は北海道なのですが、3医大あります。1つの医大は前にお話がありましたように、地域枠の制度が始まる前から積極的にやられているのです。私は個人的にはとても評価しているのです。このいわゆる地域枠は本当に地域に密着しているのです。とてもいい。ところが、この後に地域枠が出てきてから3医大の足並みがそろっていないと見ているのです。そのそろっていないことがいわゆる道の取りまとめを非常に難しくしているというふうにとっているものですから、この辺のことも国としてその部分は介入というよりも相談をしていただければありがたい。全国のいろいろな事例があるわけですから、そういうことも今後必要だろうと。

その上で、今お話がありますように私は医者を目指す子供たちが大学に入ったときに、今、入ってからの医局の話がありましたが、大学のポリシーとして地域医療といいますか、何のために医者を目指すのかということをお釈迦に説法で申しわけないのですが、徹底してもう一度、医大自体がどうしても入学してしまうと専門のほうに教える人は走りがちになってしまいます。ですから自治医大がいいとは言いませんが、少なくとも我々はいろいろ研究していますと、自治医大ではそういうことを最初にきちんとやります。そういう分野をいま一度、原点に立ち返って、医師を目指してくる子供たちに最初のときにしっかりと今、世の中がいろいろ変わってきていますから、そうではなくて尊いものなんだということをもう一度しっかりと教育するような、教えていただけるようなカリキュラムも大学のほうに要請していただければありがたいなど。そのことによって、これは時間がかかることで

すから、あっという間にこういう若い人たちは時間がたちますので、ぜひこのことをしっかりしなければ、国が例えば直接地方には何人行けとできるなら別ですけれども、そんなこと当然できないわけですから、時間がかかってももう一度原点のその部分を力を入れていただければというお願いをしていきたいと思えます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

簡潔に牧野委員、お願いいたします。

○牧野委員 今、研修医の養成が主体になっているのですけれども、地域医療を守るという観点から考えたときに、実はもっと大事な問題があって、更新なのです。参考資料5に専門医制度新整備指針というものがあって、そこの21ページに領域講習というものが実はあります。これは以前には学会によっては無いのですが、最初のところに書かれているのが、各基本領域学会が指定する学術集会、研究会、講習会に参加し、専門医として総合的かつ最新の知識と技能を習得する。ごく当たり前の大事なことに思えるのですけれども、学会に来てそこに長くいなさい、しっかりと単位を取ってくださいということにもとれるのです。そうすると、地方の田舎の病院で1人とか2人しかいない専門医が学会に長くいくというのが現実にはなかなか難しい。そうするとなかなか更新ができない。ではそういった病院を敬遠しようかということにもつながりかねないので、このあたりを少し考えていただきたい。

その上の共通講習のところには例えばeラーニングというものがあるのです。こういったものがあると地元でもちゃんと単位が取れる。そういった工夫を各学会していただけるような指導を専門医機構にお願いしたいと思えます。

○遠藤部会長 関連で羽鳥委員。

○羽鳥委員 日本医師会で生涯教育のシステムをやっているのですけれども、その中でも今、言われました3つの共通講習に関しては医師会でも十分とれるようにしているのと、今後目指しているところは医師会でやっている生涯教育システムの中の項目を、できるだけ各学会の専門医のところで生かせるような仕組みをこれからつくってまいります。すでに内科学会に関しては内科専門医の更新に当たっては医師会の生涯教育の単位取得を加えるように言っています。ほかの科についてもそれがとれるような仕組みにしていきたいと思えますので、どうぞ御協力をよろしくお願ひしたいと思えます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。何か機構のほうでコメントがあれば。

○寺本参考人 ただいまのeラーニングの件は非常に重要だと私たち思っております、なかなか学会に出席できないとか、学会のいろいろな講演を聞くことができないということもあろうかと思えます。そういう意味ではこれからeラーニングでできるようなシステムというのは機構としても考えていきたいと思っておりますので、一部においてはeラーニングで更新できるという形になっているところもございまして、そういうところに倣いながら我々も常に変え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。

積極的な御意見どうもありがとうございました。

それでは、実はこの資料3につきまして要請（案）となっておりますけれども、この案を取るためには皆様方の御同意が必要になるわけでありますが、さまざまな御意見もありました。伺っておりますと、基本的には大きな反対はなかったと思いますが、多少、付加的に文言を入れるべきではないかという御指摘も幾つかございました。ただ、もう一度審議会で議論しますと、審議会でこれが決まりませんと次回の専攻医の募集ができないということになりますので、専攻医の利益を考えますと本日これを終了させたいと私は思っております。

したがって、この文案の修正につきましては、もしよろしければ部会長預かりということで対応させていただきたいと思いますが、よろしゅうございますか。

（「異議なし」と声あり）

○遠藤部会長 ありがとうございます。では、そのように対応させていただきたいと思えます。

それでは、本日、用意をしました案件は全て終了いたしましたけれども、最後に何かこれはということがおありの方はいらっしゃいますか。よろしゅうございますか。

長時間どうも積極的な議論ありがとうございました。これをもちまして本日の部会は終了したいと思います。

次回の日程について何かありますか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 次回の部会開催日程につきましては、追って調整の上、御連絡させていただきます。

○遠藤部会長 それでは、これをもちまして終了いたします。どうもありがとうございました。