

厚生労働省医政局医事課長

**武井貞治 氏**



《インタビュアー》

金丸吉昌・国診協副会長

(宮崎県・美郷町地域包括医療局総院長)

## 地域医療の確保に向けた 総合診療専門医養成と医師確保



**金丸** 本日は、お忙しい中お時間をいただき誠にありがとうございます。国のさまざまな政策を通して、地域医療の確保に向けてご尽力いただいていることに対して大変感謝しております。しかし、現状はまだまだ厳しい中にあると感じています。本日は、国の政策の中で医師確保の観点からお話をお伺いさせていただければと思っています。

現在、平成32年度医師臨床研修制度の改正の協議が大詰めのところまできていますが、この改正のポイントなど差し支えない範囲でお話いただけるとありがたいのですが、いかがでしょうか。

### 地域への定着で 医師臨床研修の重要性を再確認

**武井** 今回の32年度の改正に向けては国の医道審議会の臨床研修部会で活発なご議論をいただいたところです。これに先立ちまして、ワーキンググループを設置しました。ワーキンググループは全17回会議を行い、このワーキンググループからの提言を受けて臨床研修部会で議論を行い、その最初の論点が医学教育と臨床

# INTERVIEW

INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW

研修のシームレスな連携という点であったと思います。

その中でも関心が高い領域として、必修診療科の見直しがありました。平成16年度の制度当初では7科目でしたが、22年度から選択科目の研修期間を長くとるために、今までの必修科目から一部が選択必修科目に変わりました。この中でも直近言われているのは外科、小児科、産婦人科、精神科の領域については必修化することで、確実に習得していく領域にすべきではないかという議論があり、32年度からは内科、救急、地域医療に加えて外科、小児科、産婦人科、精神科の7科目が必修になる方向です。選択科目も48週間とっていますので、そういった意味では、選択科目の時間も確保していく中で制度を改善していくことが大きなポイントだと思います。

そして、今回地域への定着ということで、臨床研修の重要性が再度確認されました。地元出身者がその後地域に残る割合が高いので、地域枠か地元出身者の方に地元で一定程度残ってもらうために、これらの方に対する臨床研修の選考については、一般のマッチングとは分けて実施すべきではないかという意見をいただきました。こうした議論を踏まえて今後、一部の地域枠や地元出身者の選考については、地域の実情に応じて行っていく方向になると思います。

都道府県の役割の強化では、地域の実情を把握している都道府県が医師養成にコミットしていく点についても議論がありました。従来は厚生労働大臣が臨床研修病院の指定・募集定員設定を行っていました。地域のニーズを踏まえて都道府県が主体的に調整できる枠組みが必要ではないかという点ですが、国全体での調整という観点や都道府県間の課題もありますので、大枠は従来どおり国が決めて、都道府県内の調整を県に主体的に考えていただくこととなります。ただし、地域医療対策協議会などの意見を踏まえて決定していただくことや国と県との連携や適切な役割分担の中で今後、臨床研修を運営していくことになると思います。

こうした形で臨床研修を進めていきますが、都市部への集中という懸念があります。そこで臨床研修の募集定員倍率を変えていくことで、今まで対応してきま

した。32年度にはこの募集定員倍率を1.1倍にしていく目標で今準備を進めています。さらに募集定員倍率を圧縮することで都市部への集中を防ぐと同時に、その他の地域において、臨床研修医がしっかり勤務できるようにしていく必要があります。なお、実績としても募集定員倍率を圧縮することにより、都市部よりその他の地域の割合が増えています。

そのため、37年度までに募集定員倍率を1.05倍にしていく案が出されています。さらに、募集定員では医学部入学定員による算定に一定程度の上限を設定することや医師が少ない地域に配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させるということで、医師が少ない地域に配慮していく方針も臨床研修部会において合意されました。こうした対策を進めていく中で、地域の医師確保対策を進めていくことが重要なポイントになると思います。

**金丸** ありがとうございます。私自身もこの医師臨床研修部会の委員として参画させていただく中で、今回の平成32年度の改正の中身については広く深く、地域に配慮した医師確保という点からも細やかに検討されていると思いました。そして、いよいよスタートの具体的な準備に入るところだと思います。

今、国では地域包括ケアの推進や地域医療構想を受けた調整会議で地域医療の確保という観点で、政策的にまちづくりにも直結する動きを行っています。そこに、今回の研修制度の改正が大きくかみ合って、安定した医師確保へ向けて動き出せる大前提の一つがそろってきていると思います。そういう中で、さまざまな紆余曲折やいく度の議論を深めていく中で、本年4月から新たな専門医制度が始まります。医学教育、初期臨床研修、そして専攻医が進む新たな専門医、ここまで一環してかみ合ってくると、さらに地域医療の安定的な確保に直結していくと思いますが、そのあたりの捉え方はいかがでしょうか。

## 新しい専門医制度では 総合診療専門医が大きな目玉

**武井** ご指摘のとおりだと思います。臨床研修制度の

# INTERVIEW

INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW INTERVIEW

改正に向けては金丸副会長にも参加いただきまして大変貴重な意見をいただきました。私どもからも改めて感謝申し上げたいと思います。ありがとうございます。

次のテーマはこの専門医の養成ですが、今お話がありましたように多くの経緯があり、30年度の開始に向けて準備が整いつつあるという状況だと思えます。専門医の議論をするときに前提となる報告書として、基本的なコンセプトを提示したのが、平成25年の「専門医の在り方に関する検討会報告書」です。この中で、医師の質の一層の向上および医師の偏在是正を図ることを目的とする趣旨で、検討会が開催されました。専門医の質、求められる専門医像や地域医療との関係についても重要なポイントであったと思えます。

こうした論点を踏まえて今後の仕組み、基本的な考え方として、国民の視点に立った上で育成される側のキャリア形成支援の視点も重視して構築することや、プロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）を基盤として設計することが重要であるという点は、堅持されていると思えます。そして、25年から準備をしてきて29年度からスタートの予定が1年延期になりました。この背景として、地域医療への配慮が一番大きな課題であったと思えます。その後、1年間議論を深めてくる中で地域医療はもちろんのこと、たとえば女性医師への配慮ということで妊娠、出産、育児等の理由で中断することができることや、中断後の研修再開についても中断前の研修実績が引き続き有効とされることを専門医の制度、整備指針の中でとりまとめ頂きました。

そして、研修病院の都市部への集中をどのように防いだらいいのかということも大きな論点でした。大学病院は医育機関として卒後研修でも重要な役割を果たしているという前提ですが、大学病院以外の市中病院や中小病院も研修機関としてさまざまな形でご協力いただくことになりました。一部の病院は基幹施設として主体的に医師の養成にかかわることもありますし、連携施設として基幹施設とともに専攻医の研修をサポートする形もあると思えます。

研修プログラムの認定では、各都道府県に設けられ

た協議会で議論していただき、プログラムが作成される過程の中で都道府県や地元の医療関係者の皆さんにもご意見を伺った中でプログラムができるところも、大きな特徴かと思えます。

国としても専門医に関しては、「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会」を設置しました。この検討会の中では地域医療をどう考えていくのかということが継続的なテーマになります。検討会のメンバーは都道府県、医療機関の関係団体、関係学会、大学関係者、日本専門医機構などです。その中では専門医の養成プログラムをよりよいものにしていくという議論があったと思えます。

こうした中で、厚生労働省として地域医療の観点から、日本専門医機構や関係学会に対して、厚生労働大臣談話という形で、29年8月2日に出させていただきました。こうした経緯を経まして、30年度の開始が目前まで迫っておりますが、何よりも今回の専門医制度のスタートでは、総合診療専門医が大きな目玉になっています。プライマリケアを地域で受けられるように、総合診療専門医を養成する必要があるという長年の議論があった中で、ようやくこの制度がスタートします。

総合診療専門医は、総合的な診療能力を要する医師であり日常的に頻度が高く幅広い領域の疾病と障害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供できると考えられています。こうした診療能力を有するために、研修プログラムもこの能力養成に必要なプログラムが含まれていると思えます。総合診療専門医研修として18か月以上、たとえば診療所、地域の中小病院、外来診療、訪問診療、および地域包括ケアの研修が6か月以上含まれていますし、臓器別でない病棟診療や外来診療の研修も入っています。

さらに必須領域研修ということで内科12か月以上、小児科3か月以上、救急3か月以上、その他の領域別研修としては外科、整形外科、産婦人科、精神科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科などの研修も可能となっています。多彩な研修プログラムが提示されて、そこに新

たに専攻医が募集されたことが大事なことだと思っています。こうした総合診療専門研修プログラムを策定する上で整備基準ができていますので、その中でより詳細な内容が規定されています。

**金丸** ありがとうございます。国保直診施設が活動する地域では20代、30代、40代の常勤医師が減少している状況にあります。病院における勤務医師の高齢化もこれから大きな課題になってくると思います。そういった中に医師の働き方改革などについても、さまざまな議論が出てくると思います。国、都道府県、大学、地域の医療機関も国民も頑張っていく中で、それでも医師の地域偏在、診療科の偏在が解消されずに今日に至っています。医師確保の観点で以前、ある一定の管理者要件を踏まえて、適正な医師の配置が現実に行えるのかどうかという議論にもなり話題になったことも承知しています。厚生労働省の検討会の中で、そういう議論は実際に出たりしているものでしょうか。

## 最も重要な論点は医師確保 医師の地域偏在解消と診療科の偏在解消

**武井** 非常に重要なポイントをご指摘いただいたと思います。今のお話については医師需給分科会の中で突っ込んだ議論があり、最終的には医師の確保と同時に、医師偏在の解消や診療科偏在の解消という点を今後どう解決していくかということが、最も重要な論点になってくると思います。特に、医師偏在の解消については今年度いろいろな角度から議論が行われ、医療法および医師法を改正していくという方向性が示されています。地域の医療提供体制を確保するためでもあり、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定、臨床研修病院の取り扱いを一括して、法改正として検討してはどうかと考えています。

こうした医師偏在対策については、「医師需給分科会第2次中間取りまとめ」に記載されており、①都道府県における実施体制の強化、②医師養成過程を通じた医師確保、③外来医療機能の不足・偏在等への対応、④医師の少ない地域の環境整備の4点が提示されています。また、「医師少数区域（仮称）」や偏在指標の設

定など、客観的なデータに基づく医療政策を目指しています。

**金丸** ありがとうございます。医療介護福祉の関係者全員で地域をぎりぎりのところで支え、がんばっています。国ではさまざまな課題に対して幅広く踏み込んで議論していただいていることがわかりました。また、本日のインタビューを通して、国診協の会員に周知する機会を得たと感謝しています。ありがとうございます。

最後になりますが、そういった全体の情勢の中で国保直診施設は、その多くは中山間へき地・離島にあります。中小規模の医療施設ではありますが、それぞれの地域でがんばっています。改めて、国保直診へのこれからの期待や助言などをいただけたらありがたいのですが、いかがでしょうか。

## 厚生労働省の中心的課題は 地域医療と医師の地域偏在対策

**武井** まずは国診協、国保直診で実際に勤務されている先生方、医療介護福祉の関係者の皆様に、地域医療で非常に貢献いただいているという観点から、御礼を申し上げたいと思います。やはりそうした地域で働いている先生方が、何よりもその地域医療の主体であると思いますし、厚生労働省としても今年度さまざまな検討を行ってまいりましたが、その中心的な課題は地域医療であり、地域の医師偏在対策です。こうした観点につきましては、さらに厚生労働省としてもその対策を充実させてまいりたいと思っています。地域の現場で活動されている国保直診の皆さんのますますのご活躍を期待したいと思います。

**金丸** 本日は具体的な医師臨床研修の改正の中身や進捗状況、そして専門医制度の背景など、さらに喫緊の医師確保の中身に踏み込んだ議論の内容までお示しいただきまして、国診協会員を代表して改めて御礼を申し上げます。今後ともどうぞ引き続き、ご指導をよろしくお願い申し上げます。本日は本当にありがとうございました。

インタビュー収録日（平成30年2月1日）