

○石丸医事課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから「医療従事者の需給に関する検討会 第23回医師需給分科会」を開催いたします。

構成員の先生方におかれましては、本日は大変お忙しい中、御参集いただきましてまことにありがとうございます。

初めに、構成員の本日の御出欠について御連絡をさせていただきます。

北村構成員、鶴田構成員、永井構成員、中島構成員、裴構成員、堀之内構成員、本田構成員、森田構成員からは、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

また、小川構成員から、所用により途中で御退席という御連絡をいただいております。

事務局でございますけれども、まず北波総務課長はおくれての出席、それから、吉田医政局長、佐々木医事課長、西田医学教育課長は所用のため途中で退席となりますので、御了承いただければと思います。

次に、資料の確認をいたします。お手元の資料をごらんください。上から議事次第、座席表、構成員名簿。それから、資料が4つございまして、資料1、資料2、資料3-1、資料3-2と4つございます。

不足する資料、落丁等ございましたら事務局にお申しつけをいただければと思います。

ここでカメラは退室をお願いいたします。

(カメラ退室)

○石丸医事課長補佐 以降の議事運営につきましては、片峰座長にお願いをさせていただきますと思いますが、よろしいでしょうか。

○片峰座長 それでは、議事を進行させていただきます。

本日の議題は、議事次第にございますように、1つ目が「医師確保計画を通じた医師偏在対策の全体像について」。2つ目「目標医師数及び目標医師数を達成するための施策について」。3つ目「将来時点における必要医師数と大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の養成等について」ということになります。

きょうの会議で大まかな方向性を決めなければいけないというポイントが幾つかございますので、御審議に御協力よろしくをお願いいたします。

それでは、事務局よりまず資料1の御説明をお願いいたします。

○松本地域医療計画課長補佐 それでは、資料1をごらんください。「医師確保計画を通じた医師偏在対策の全体像について」をいま一度、全体を見渡せるように整理をさせていただきました。

2ページをごらんいただければと思います。背景について御確認をいただければと思います。

こちらの上から2つ目の箱、医師偏在の状況でございますけれども、前回、御議論いただいておりますけれども、左側、医師偏在の指標ということで、従来の人口10万人対医師数にさらなる下のところの5要素を加えて、より精緻な医師偏在指標とするということでございます。この偏在指標を用いまして右側、医師多数区域・

少数区域の設定でございますけれども、下位何%というようなところで一定の割合で医師不足区域を設定することに前回、議論がおおむねまとまったと考えております。

それを用いましてその下、医師確保計画のところでございますが、3つの箱がございまして、確保の方針と目標医師数、それを達成するための施策と3つに分かれてございますが、方針については中身を選んで進めていくというところでございますが、真ん中の目標医師数を定めて、右側のそれを行うための施策を立案するというような関係になってございます。

目標医師数に関しましては、真ん中の箱の中に書いてございますように、3年間の計画期間の終了時点を目指すというところを後ほどの資料で詳しく述べていますけれども、偏在指標を踏まえて算出するというところがございます。

この3年間のサイクルをPDCAで回していくことで、徐々に医師偏在をなくしていくことです。一番下にPDCAサイクルの実施というところでサイクルを見えるようにまとめております。

というのが全体像のおさらいでございますが、3ページでございますけれども、前回もお示しをしたメニューの全体像と、4ページでございますが、時点と指標のセットになっているところの確認でございます。

5ページは、前回の御意見をおおむね概要にまとめさせていただいております。

まず1点目ですけれども、将来の理想的な提供体制のグランドビジョンをつくるべきではないかという点でございます。

2点目ですけれども、まず顕在化した医療需要というものはあるのですが、これは現在の医師配置等の分布に影響を受けているということで、これをそのまま用いるのは適当ではないのではないかとございまして。人口分布や年齢分布を考慮して、それを全国平均で標準化したものというのがあるべき代理指標として、そこからの乖離というのはまた別に議論すべきではないかというのが2点目でございます。

3点目ですけれども、医師総数に限度がある中でどういうふうにやっていくべきかというところは、1行目の最後でございますように、相対的な議論でやっていく必要があるのではないかと。その際に平均値そのものの妥当性に関しては、相対的な議論には影響しないというものですから、この平均値そのものについて考えるのは最終的なゴールとしてあるのですけれども、4点目に続いておりますが、2行目以降、優先順位を決めてしまって、調整のための具体的なツールや仕組みに議論をシフトさせていくほうが生産的ではないかというところを御発言いただきました。それを踏まえて将来的には最後の〇にございまして、現在の偏在対策とは分けて議論の方向性があるというところがございます。

最後の6ページに全体のスケジュール感と政策の関係をまとめていますけれども、1つ目の四角にございまして、3年サイクルで医師確保計画のPDCAを回していくわけですが、この中で喫緊の課題で早期に効果を発揮する医師偏在対策を行っていく。そのために目標医師数を使うというのが1点です。

下のところ、2点目ですけれども、地域枠や地元出身者枠の政策効果をもって医師偏在を直すというところもございますので、これに関しては長期のスパンで見ていく必要がございます。

最後の※にございますが、もちろん需給の均衡を偏在をなくした後も医師需要の話がありますので、地域枠・地元出身者枠の設定は、それを踏まえて行う必要があるということをお付けしております。

以上でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

この全体像、どなたか御意見、御質問ございますか。

最後の図の一番上のXXが書いてある丸は、何を意味しているのですか。

○松本地域医療計画課長補佐 こちらでございますけれども、将来時点にどこかで医師偏在の解消を行うという時点というものがございますが、この将来の時点をいつにするかというところに関しましては、また資料3以降で御議論いただきます。

○片峰座長 ほかにどなたか。どうぞ。

○福井構成員 ほかの構成員の先生方ともども、私自身も何回かお話した事柄をほぼ全面的に取り入れていただいた方針で、私は個人的にはありがたく思います。ぜひこの方針に沿って、実際にデータを出すのは大変だと思いますが、目に見えるような形の目標を設定していただければ、みんなで歩調を合わせて努力できるのではないかと考えます。

○片峰座長 ほかにございますか。なければ次から具体的な議論に入りますので、先に進めさせていただきます。

次は議題2「目標医師数及び目標医師数を達成するための施策について」、資料2の御説明をお願いいたします。

○松本地域医療計画課長補佐 資料2について、目標医師数の設定のところから資料の説明をさせていただきます。

おめくりいただきまして、目標医師数についてというところで3ページまで行っていたとさせていただきますと、先ほどの全体像の中で目標医師数の位置づけをお示ししてございます。

4ページ、5ページは、赤枠の中が目標医師数の位置づけでございます。

6ページは、先ほど申し上げた全体の進め方ですが、目標医師数に係るのは前半の1のところ、三次医療圏、二次医療圏間の偏在を3年計画で是正していくというところに係るものでございます。

それでは、この目標医師数の設定についての基本的な考え方の案を、7ページをごらんいただきながら説明していきたいと思っております。目標医師数の考え方でございますが、こちらの7ページ、まず上の三次医療圏のところでございますけれども、左側に図がありまして、右側については文字で説明になっておりまして、右側のところ、箱の中をごらんいただきたいのですが、目標医師数としましては、3年サイクルの計画が終了する時点の医師偏在の指標の値が、その3年前の計画開始時点の医師少数三次医療圏の基準値、この境目

になりますけれども、これに達することになる医師数、この基準値が達することになる値を医師数に変換しまして、目標医師数に設定することにしたいと思えます。

下のところがございますように、計画時点で基準値を下回る医師少数三次医療圏につきましては、医師確保が必要ということになりますし、それ以外のところについては目標を達成済みというところになります。それを3年サイクルで繰り返して段階的に医師偏在の解消を図っていくというイメージでございます。それが左側の図でイメージをお示ししております。次のページにも具体的なイメージがございますので、また詳しく御説明します。

下のところの二次医療圏でございますけれども、こちらも三次医療圏と考え方は同じでございます。計画終了時点の医師偏在指標の値が、開始時点の少数区域の基準値そのものに達することになる医師数を目標医師数に設定することにはどうかということでございます。

それ以外の区域につきましては、都道府県が独自に目標を設定することは可能ということにしておりますが、参考としまして国は偏在指標がこの場合の全国平均値に等しい値になるときの医師数を提示して、参考としたいと考えております。二次医療圏に関しても、これを段階的に繰り返して、段階的に偏在の指標を図っていくということでございます。

8ページ、今の説明を具体的にイメージにした三次医療圏バージョンでございますけれども、申し上げたように少数区域との境目になる基準の値を変換して目標医師数にするというところがございます。下のグラフにございますが、基準値を下回る三次医療圏につきましては、目標達成のために必要な医師数というのは赤の矢印分になります。これはイメージですが、右側のところがございますように、今後増加する医師数分がこの少数区域に積極的にというか、優先的に来るような施策を打っていくというところがございます。

9ページ、二次医療圏のイメージですが、先ほど申し上げましたように医師偏在指標の値が少数区域の基準値に達することとなる医師数を目標医師数にするということでございますので、下の図の青のところの医師少数区域の基準値でございますけれども、ここに達するように、左のほうの少数区域から医師数が増加していくように施策を打っていくことになります。

10ページ以降、具体的な施策、3年サイクルの目標を達成するための施策ということでございますので、ほかの地域から医師を呼び込んでいくような施策、定着するような施策ということになります。

12ページでございますが、全体の中での位置づけをお示ししております。

14ページは既存の資料でございますが、地域医療支援センターの運営事業の内容をお示ししています。

15ページは今回の法改正における位置づけの違いとしまして、地域医療対策協議会の位置づけが明確化、強化されていて、この地域医療対策協議会の議論に基づきまして、地域医療支援センターの事務を着実に実施していただくことが法律に明記されていることをお示ししてあります。

16ページ、17ページは既存の既にお示しをしている資料でございますけれども、若手医師の参画についての高知県の事例をお示ししております。

18ページは医師の派遣の全国調整のイメージでございますが、少数区域で働くことを認定する新たな制度を創設されることを踏まえまして、データベースを用いたマッチングの仕組みをお示ししております。

19ページ以降はキャリア形成プログラムの御説明でございますけれども、地域枠の医師等が地域で働く際に、きっちり専門的な医療技術を身につけられるようにキャリア形成をしていこうというところがございますが、21ページにキャリア形成プログラムの全体像がわかるように図でお示ししております。大学医学部のところから卒業して研修医になって専門研修を行って義務年限を終えるというところまで、ただ地域に行ってもらおうというだけではなくて、技術が身につくようにローテーションを組んで中核病院と地域を行ったり来たりするようなものですとか、研修医のときにきっちりと技術が身につくようにということがイメージでお示しをしています。

22ページ、23ページに具体例ということで、22ページは徳島の資料ですけれども、研修医のときには中核病院にある程度いて、技術を身につけて、地方に行ってまた戻ってくるというようなサイクルが踏めるというところがお示しをしてあります。23ページは秋田県の事例でございます。

24ページはへき地でのキャリア形成プログラムということで、既に一度お示しをしている資料でございます。

25ページは学部生段階からのキャリア形成支援ということで、医療法施行規則ですとか運用指針にもお示しをしておりますが、考えられる具体例としましては、夏休みの間に地域で実習する等のプログラムを経験していただくということで具体例を示してございます。

26ページは、このようなキャリア形成プログラムの事例ということでございますけれども、千葉県的事例でキャリアコーディネーターを配置して、関係を構築しているという事例でございます。

27ページ以降は、勤務環境改善ということでございますけれども、幾つか既に検討会でお示しをした事例を紹介しておりますが、29ページのように代診医を派遣するという事業を行っているという事例をお示ししています。

30ページ、31ページは、遠隔医療の事例でございます。

32ページは、勤務医負担軽減で代診医をどのように配置するかというところのイメージをお示ししております。

先ほども述べた医師少数区域での勤務を認定する制度につきまして、34ページにイメージをお示ししております。

36ページが新たな臨床研修制度の定員設定の考え方について図をお示ししています。

最後のページは、地域医療介護総合確保基金から、これらの医師確保に関して使用できるメニューの対象事業をお示ししています。

以上で御説明を終わります。御議論よろしくお願いいたします。

○片峰座長 ありがとうございます。

多岐にわたると思うのですが、まず最初に7ページ、目標医師数をどういう形で設定するかという基本的な考え方をお示しいただきました。きょうはここは基本的な考え方についてこれでいくかどうかということは、1つの結論を出したいと思います。そういったことも含めて御議論いただければと思います。どうぞ。

○神野構成員 流れとしては賛成いたします。ただ、この中でせつかくのこのデータをうまく利用する方法を考えなければいけないと思うのですが、例えば三次医療圏で少ない多い、二次医療圏で少ない多いでマトリックスをつくると、4つでいろいろなパターンがある。例えば私の石川県は三次としては医師数は多いのですが、ほとんど金沢にいますから、ほかの医療圏は極めて少ないというところもあるし、恐らく岩手県とかは全体三次で少ないけれども、盛岡周辺にたくさんいるとか、それによって施策が変わってくるような気がいたします。そういった意味ではマトリックス化をしたらどうかなと提案いたします。

もう一点確認ですが、今回の目標医師数に関しては前回もありましたが、まず頭数の問題であるということですね。本質的には診療科偏在のことに踏み込まなければいけないのですが、診療科偏在でもこれと同じような三次、二次でのものを将来的につくる予定があるかないかみたいな話を厚労省、事務局にお尋ねしたいと思います。

○石丸医事課長補佐 今おっしゃっていただきました診療科別の数というところですが、全体の診療科の必要医師数、これから御議論をいただきたいと思っておりますが、県単位で養成を行っていく単位があるというところもありますので、まずはそこは都道府県からお示しをしていくというふうにしていきたいと思っております。

○小川構成員 ただいまの神野先生の御意見に賛成なのですが、全体としての流れは非常によろしいのではないかと思います。

先ほど神野先生が御指摘になった金沢地区は多いけれども、その他の地区は少ない。例えば岩手県でも盛岡地区は多いけれども、その他の地区は少ない。これは確かにそのとおりなのですが、これにもう一つからくりがあって、この間、前回の会のお示ししたのですが、大学病院のある二次医療圏は、例えば1,000床ある大学病院であれば500人ぐらいの臨床医がいる。ただ、その人たちがその二次医療圏にずっといるわけではないのです。その人たちの半分ぐらいは医師不足地方の二次医療圏に診療応援に行っているわけです。ですからその辺のファクターを今の資料2の2枚目のところの医師偏在指標で考慮すべき5要素の中に、患者の流出入は入っているのですが、常勤医の流出入が入っていないのですが、これで大丈夫なのかなというところはいかがでしょうか。

○片峰座長 いろいろなケースがあるでしょうということですね。どうですか。

○佐々木医事課長 今の御指摘は非常に重要な点であると思っておりますし、我々も少しいろいろな検討すべき点もあるのでございますが、今回まず、医師の少ない地域をどうしていく

かという施策を議論いただいております。多いところについてどう評価していくかという視点は確かにあると思うのですが、まずは今日は少ないところについてこのやり方でいいかどうかというところを御議論いただければと思っております。

○羽鳥構成員 医師会の羽鳥です。

少ないところでの議論だけでいくと、目標医師数がどんどんふえていってしまうことになり得ると思うので、先ほどの大学があるところとか、そういうところのこともきちんと議論していかなければいけないのではないかと思います。要するに大学にいて研修の先生とか、まだでき上がっていない先生方については同じ戦力になるわけではないことも一つでしょうし、小川先生おっしゃったように医師不足少数区域のところたくさん派遣しているわけですから、そういう考慮がないと偏った方向に行ってしまうのではないかと思いますので、その辺は最初から考慮しておいたほうがいいのではないのでしょうか。

○佐々木医事課長 少し説明が不足しておりますして申しわけありません。具体的に施策を打つべき地域、少数区域というのはどこかというところをまず決めていただく。その解消を具体的にどう達成していくかという中で、実態の把握も必要になってまいりますけれども、実際に大学の派遣であったり、どういう形で対応しているのかというところを、そこは地域の計画の中で子細に書いていただくことになるとは思います。実際に大学なり中核的な病院がどういう形で貢献していただいているかという情報は当然踏まえた上で、県ごとの計画というのは立てられるべきだと思っております。ですから例えば今のような御指摘は、国のほうで示す指針や通知にそういうことも考慮して計画を策定いただくよう、記載すべきかなと思っております。

○片峰座長 要するに基準値をどこに引くかというのが物すごく関係しますね。それは3年ごとに基準値が見直されて徐々に。最初の3年間はかなり、本当の少数区域のところ引かれるわけで、多いところに関して余り影響はないかもわかりません。そういったことも含めていかがですか。どうぞ。

○福井構成員 私も兼業・副業を把握する必要があると思います。ただ、三次医療圏とか二次医療圏なり、面で扱った場合には、それらが全て吸収された数になるかもしれませんので、まず数のことをディスカッションしてもいいのかなと思いましたが、地域医療が、大学病院の先生方の兼業・副業で成り立っているところはたくさんありますので、並行してそちらのデータも把握できるようにぜひお願いしたいと思います。

○山内構成員 もう一点は、今度の専門医制度でかなりの専門医制度の基幹病院がそういった形での地域の派遣ということを非常に組み立てておりますので、専攻医の方々が3カ月以上、実際に少数区域に既にきちんと行くようなシステムができ上がっている場合もありますので、そのローテーションのことなども先ほど佐々木課長がおっしゃったように、都道府県の中に落とし込んで情報を集めるのであるならば、そういった情報が集まってくるとは思いますので、その情報をもとに検討していただければと思います。

○片峰座長 ほかに、どうぞ。

○今村構成員 きょう決めなければいけないことは、この目標医師数の基本的な考え方ということであれば、これで賛成です。実際に三次医療圏も二次医療圏も下位の〇%という数字で今のところ数字が入っていないのですけれども、これは今、厚労省として具体的なイメージがあるのか、今後この会で決めることに当然なるのでしょうかけれども、いつ決めるのか。きょうなぜ示されないのかということと、具体的なイメージがもしあるのでしたら教えていただけますか。

○奥野地域医療計画課長補佐 当然この会で〇というところについては決めていきたいと思っております。ただ、まず含むべき要素についてお考えを整理させていただいた上で、実際に具体的に手を動かしてという順番になりますので、今は準備ができていないという状況でございます。

○新井構成員 私も方針に関しては基本的にこれでよろしいのではないかと思います。

今回15ページに地域医療対策協議会と地域医療支援センターの関係性を明確にさせていただいて、これは大変すばらしいことだと思いますが、実際に現状を見ますと地域医療対策協議会というものは県によってかなり機能の違いがあります。ここをやはりいかに魂を入れるかというか、いかに機能させるかが非常に重要ではないかと思います。県職員の担当者の経験値とか熱意とかが、地域医療対策協議会の機能にかかわってくるというのは現実にあるわけですから、その辺もぜひ御考慮いただければと思います。

○山口構成員 私も基本的な算定の仕方については賛成ですけれども、今、新井構成員がおっしゃったように、私も地域医療支援センターの役割が重要だと思っています。今回の法律の中に書き込まれた上に国のチェックが入ることになっていますので、きちんと本当にできているかどうかを確認していかれると思いますが、その中の機能が弱いところをどうフォローするかということも含めて大切ではないかと思っております。

もう一つが34ページの医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進ということで、新たな制度ということで一定期間診療した医師を厚生労働大臣が認定する。これは法案提出前にも話が出ていて、非常に議論をしたところだと思います。一応このところに地域医療支援病院等と書いてあるのですけれども、果たして地域医療支援病院の院長になるということの条件だけで本当にインセンティブが働くのかということがあると思いますので、ここは改めてどういう範囲に拡大する必要があるのか、ぜひ議論したいと思っております。

以上です。

○今村構成員 別の観点でぜひ厚労省にお願いしたいのですけれども、そういう医師不足地域に派遣される医師のキャリア形成は非常に重要だと思っています。好事例を先ほどお示しいただいたのですが、一体、誰にキャリア形成を責任持ってやっていただけるのか。コーディネーターという名前も出ていましたが、こういうことを全国的にやっていくのだったら、それなりにしっかりと誰がやるんだということをおある程度明確にしておく必要があると考えます。それと同時に勤務環境改善につきましても、都道府県に医療勤務環境改善支援センターがありますが、現時点では医療勤務環境改善支援センターは、派遣される

医師の勤務環境を守るために何をすればいいかという発想で業務に当たっている人はいないと思うのです。法律の中で今回、地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターが連携する必要があるとしっかり明記してありますけれども、そのことが現実的に現場で機能するように、しっかりと厚労省として考えていただきたいというふうにお願いします。

○山内構成員 今の御意見と似たようなことなのですが、34ページの医師が臨床研修では今、地域医療が義務づけられて、その後でも行くようなことがだんだん、もちろん要件以外にも、認定という形以外にもどんどん義務づけられていく中であって、私が非常に思いますのは、女性医師が出産、子育てをどこの時期でするのがいいのかというのが物すごく重要なことになってきて、子供を産んで、子供がいるにもかかわらず、例えば半年間へき地に行かなければいけないとか、その場合、例えば出産の時期にそういうことがあるならばいつにしたらいいかということなどがありますので、そういった意味でも地域に行くという形のあり方、この34ページの図を見ると、その中で半年とかそれくらい行かなければいけないような形の図になっていますけれども、例えばほかにありましたように代診医という形を女性医師がとって、1カ月に1回、土日だけへき地に行くというような形をとることも、積み重ねていけば認定していただけたらとか、そういったところの細かい調整ということも一つ、プランとして入れていただきたいと思います。

それに当たって今、言ったような地域医療支援センターが、今、実際に医師派遣という形で派遣会社みたいなものがあって、そういった人たちが細かくそういう派遣ということではできるので、地域医療支援センターにもそういう専任の人がいたら、そういった形の派遣を組むことは可能だとは思いますが、そういった方向性もビジョンの中に入れていただければと思います。

○片峰座長 今の一連の質問、管理者要件が棚上げになっていますね。あれは今回のシリーズの中で、ここで議論することになるのでしょうか。それとももう少し先になるのでしょうか。そこはどうですか。

○石丸医事課長補佐 今の今の34ページの部分の御指摘さまざまあったかと思いますが、ここは厚生労働大臣が医師少数区域等で一定期間、診療した医師を認定する制度という部分になりますので、これはまた別途、会をとって議論をさせていただきたいと思っております。また次回以降に御相談をさせていただきたいと思っております。

○片峰座長 それでは、とりあえず資料2に関してはここで切りまして、恐らく大きな議論になる資料3の関係に移りたいと思います。

議題3「将来時点における必要医師数と大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の要請等について」。ここは資料3-1と資料3-2に分けて御議論いただきたいと思っております。説明は1と2あわせてやっていただければと思います。よろしく申し上げます。

○松本地域医療計画課長補佐 資料3-1でございますけれども、地域医療計画課から説明をさせていただきたいと思っております。

今までは3年計画の際の目標医師でございましたが、次は将来時点の医師の偏在指標ということでございます。

おめくりいただきまして3ページですが、大学の医学部における地域枠・地元枠の設定というところでの将来時点の指標の活用ということでございます。

4ページも同様でございます。

5ページは、本日御説明した全体像の中で、こちら長期のマル2のほう、地域枠・地元枠の設定で偏在を解消するというところ、長期の視点でございます。

この将来時点の医師偏在指標でございますけれども、6ページは前回のところで御議論いただいた現時点のものの概要ですが、これと同様の考え方で将来時点の要素についても考えることが妥当ではないかと考えています。

7ページは、1の人口から5の診療科別のところまで考え方をお示ししてございます。1の人口のところですが、現時点と将来時点は基本的に同様の考え方ということで、ただし、人口構成等の経時変化については、将来部分の変化を見込むということの考え方でございます。

2番でございますけれども、流出入につきまして現時点と原則同じということを考えておりますが、足元の都道府県間の調整と経時変化をプラスできるというところで、将来の変化を見込めるようにしてはどうかと考えております。

3のへき地から5の入外別、診療科別のところにつきましては、基本的に現時点と同様の考え方を採用してはどうかと考えております。

医師の供給推計については、後ほど御説明をいたします。

8ページですが、まず将来時点の設定時点をいつにするかというところを御議論いただきたいと思っております。ポイントは3つございますので、こちらに3つ示してありますが、次ページ以降に詳細がございますので、9ページをごらんいただきながら1点目の地域枠の効果がいつ出るのかというところについて御説明をいたします。

9ページでございますけれども、今回の医師確保計画の見直しですとか、働き方改革の議論を踏まえますと、2022年度以降、医師の養成について地域枠・地元枠、医師養成の検討と整合するように、地域枠・地元出身者枠を今後設定していくことになるかと思っております。2022年度に仮に医学部の地域枠・地元枠の変更を行った場合に、6年後の2028年度から政策効果が出始めることとなります。仮に地域枠の義務年限を9年間といたしますと、義務年限期間中の地域枠医師がどんどんたまっていくということで、定着率は非常に高いと考えていますので、これが9年間蓄積されるということで2028年から蓄積9年間と考えますと、2036年にこの9年分の効果が全て蓄積される。最大化と書いてございますけれども、最大限効果が発揮されるのがこの時期以降となるかと思っております。これが1点目の論点で、地域枠・地元枠を変更した場合の政策効果が出るまでに、15年ほどかかるということでございます。

2点目でございますけれども、10ページになります。これは一度御議論をいただいたマ

クロ推計でございますが、赤の線が供給推計で、3本並行している線が需要の推計でございます。今後、長期、非常に長い期間、2040年、2050年といきますと、高齢化と人口減少の効果が一定程度変化して、需要に関しては基本的に下がっていくということでございます。さはさりながら、当面団塊世代の高齢化等ございますので、医療需要は上がっていくわけでございます。それを考えますと、余りに遠い時点を将来として設定いたしますと、不適切な医師偏在対策になってしまうのではないかと懸念がございますので、余り遠い未来でも不適當ではないか。

ほかの観点から申しますと、推計が長期になりますと不確実性が増しますので、10年、15年というような単位が適當ではないかということが、2点目のポイントでございます。

11ページは3点目のポイントになりますが、医療計画の中に医師確保計画が書かれるわけですが、これは6年ごとの医療計画の見直しと、その中の医師確保計画は前期、後期と3年ごとの見直しになってございます。ということは今、行っている第7次医療計画が2023年度末まで、その次の8次が2029年度末までであることを考えますと、地域枠の効果がでてくるタイミングと合わせますと、第9次医療計画が終了する2035年度末というのがちょうどいい区切りになってくるということでございます。

以上を踏まえまして12ページでございますけれども、御提案としましては、先に結論から申し上げますと、一番下の下線のところがございますように、2036年を将来時点として医師偏在指標の設定をしてはどうかという考え方でいかがでしょうかということでございます。

上に戻っていただきまして、矢印の1個目のポイントですが、先ほど申し上げたように地域枠・地元枠の効果がでてくるのを待つというところが1点目。余りに遠い将来を設定することは不適當ではないかというのが2点目。3点目、医療計画、医師確保計画の計画効果をきちんと見込むという点で、合わせることを望ましいのではないかとこの点でございます。これら3点を踏まえまして、2036年を設定時点としてはどうかという御提案でございます。

続きまして、この資料の冒頭で申し上げましたけれども、偏在指標の補正のところの考え方につきましては、基本的に現在指標をもとにして一定程度、将来のものを見込むということでお示しをしておりますので、13ページがそれを式の中に織り込んだものとなります。

今までの医師偏在指標の将来時点のものについての御説明ですが、15ページ以降は、それを用いまして将来時点の必要医師数を御議論いただきたいと思っております。この必要医師数でございますけれども、将来時点で偏在を解消したということを言うために必要な医師数でございますが、必要医師数の考え方について16ページの矢印2つにお示しをしております。

1点目ですけれども、こちらの必要医師数の考え方ですが、1行目でございますように将来時点において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値、これを全国値としまして、全国で需要と供給が均衡している点の医師数になるかと思っております。

けれども、これを全国値と同じような値に各地域ごとになることを偏在解消の目標、必要医師数としてはどうかというところでございます。

これを用いまして、都道府県知事は各地域の医師供給推計とのギャップを解消することを目指し、医師確保対策を講じることにしてはどうかと考えております。

医師供給推計というところでございますけれども、17ページには以前、合意をいただいたマクロ推計がございますが、これを地方単位に落とすということで、18ページをごらんいただきたいと思うのですが、供給推計につきまして、これも地域ごとに行うわけですが、各都道府県の性と医師としての年次、医籍登録年数別の就業者の増減をトレンドとして見込むということでございます。都道府県別の積み上げがマクロ推計と整合するように、同じ数になるように、マクロ推計を超えないように補正はいたしますけれども、各都道府県別にトレンドを伸ばすということを基本に考えたいと思います。それが1点目です。

2つ目のポツですけれども、そのようなトレンドを見込んだ推計をする場合、医師の流出入の変化によって不確実性があるということですので、幅を持って推計をすることではどうかというのが2点目でございます。

3点目ですけれども、これら基本的な考え方をベースといたしまして、さはさりながらこのトレンドについては地域枠とその他の枠は違うと考えられますので、地域枠の設置を要件とした臨時定員部分の医師推計については別途推計を行う、分けて行うということではどうかというところでございます。

19ページでございますが、先ほど申し上げた必要医師数というのが全国の均衡と同じ値になるということになってございますけれども、これを達成するためにどうするかというのが下のグラフでございます。青のところは現在医師数で、右の黄色が将来の医師供給推計でございますが、一番右の緑の柱全体が将来時点における必要医師数でございます。これを2つの施策の組み合わせで供給と必要医師数のギャップを埋めていただくわけですが、1つ目ですけれども、一定程度医師派遣や定着促進などの施策で対応する。緑のグラフの上のところは、下のところに、それで足りない部分につきまして、一定程度は大学医学部に対する地域枠、地元出身者枠の増員で対応していくというのが、将来時点の偏在対策ということになるかと存じます。

資料3-1の説明は以上です。

○石丸医事課長補佐 続いて、資料3-2の御説明をさせていただきたいと思っております。「大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の要請について」という資料になります。

最初まずおめくりをいただきまして2ページでございます。これは第2次中間取りまとめまでの議論ということになりますけれども、地元出身の入学者ですとか、地域枠の入学者、これは都道府県に定着する割合が高いというようなことがありますので、こうしたところをどういうふうに制度の中に織り込んでいくかという議論が行われたということかと思っております。

右側はこの制度全体のコンセプトでございますけれども、医師少数県と医師多数県に分けて、少数県の中では地元出身者枠の要請ということですか、医師多数県から少数県に医師が移ってこられるようにということで、県をまたいだ地域枠の要請ですか、そういった議論が行われたということでございます。

3ページをごらんいただきますと、そういったことも踏まえまして今回、医療法、医師法の改正を行っておりますけれども、その中で医学部関係の見直しと赤の枠で囲んでいるところですが、都道府県知事から大学に対して地域医療対策協議会の協議を経た上で、地域枠または地元出身者枠の創設または増加を要請できることとするということが法律の中に盛り込まれているということになります。

4ページは医学部入学定員の枠組みについてということで、これは何度もお出ししているおなじみの図でございますけれども、平成20年以降、医学部の地域枠の設置を要件とした臨時定員ということで、臨時定員の増員をずっと行ってきてございます。

今、一番直近のところ、平成30年というところになりますけれども、全体9,419人ございますが、その中に恒久定員以外の赤の部分が臨時定員となっております。

5ページ、6ページをごらんいただきますと、これも以前お出しした資料でございますけれども、この地元出身者というところが定着をするというようなことについては、国際的にもしっかりエビデンスがあるということで、根拠に基づいた施策ということで行ってございます。

7ページも以前、一度お示しをした図でございますけれども、地元出身者が地元の大学に進学した場合に、地元都道府県にどれだけ定着するかということが、黄緑色の折れ線グラフでお示しをしておりますが、卒後の年次が1年目から40年目までのデータを並べておりますが、ずっと一貫して8割程度はこの地元に着しているというデータをお示ししております。

8ページ、ここから論点というようなことになってきますけれども、地域枠・地元出身者枠、一くくりに言っておりますが、そこの考え方をまず整理したいと思います。

現状のところですが、まず地域枠については県内の特定の地域での診療義務があるということになりますけれども、それは各都道府県内における二次医療圏間の地域偏在を調整する機能があるということになるのではないかと思います。

それから、後でお示ししますけれども、一部の地域枠には特定の診療科での診療義務があることを明示している場合もありますので、そういった場合は診療科間の偏在を調整するような機能もあるということなるかと思います。加えて、先ほどもありました臨時定員の増員と組み合わせた地域枠というものについては、都道府県間での偏在を調整する機能があるということが整理できるかと思っております。

2つ目、地元出身者枠ということですが、こちらは当該都道府県の大学の所在地で、この都道府県内に長期間にわたって、8割程度の定着が見込まれているということになります。基本的には地元出身者枠というようなことを言ったときに、特定の地域等で

の診療義務が必ずしもないというものになってきますので、直接的には都道府県内における二次医療圏間の偏在調整の機能はない。ただ、これは結局は県外への出ていかないということになりますので、都道府県間の偏在を調整する機能があるというように整理できるのではないかと考えております。

なので論点ということですが、地域枠と地元出身者枠はそれぞれ機能が異なっておりますので、この地対協の協議を経た上でということですが、都道府県知事から大学に対してこれらの創設、増加を要請できる場合、その要請の内容については地域枠と地元出身者枠を分けて、別に整理する必要があるのではないかとこのようなこととございます。

9ページ、まず地域枠についてということですが、先ほどの地域枠の機能を踏まえると、都道府県知事から大学に対して地域枠の創設等を要請できるような場合ということとは、下のイメージにもございますけれども、ある当該都道府県内に医師少数区域があるような場合にしてはどうか。それから、当該医師少数区域における下のイメージ、不足と書いている部分、医師少数区域の基準値よりも下回っている部分を不足分と書いてございますけれども、この医師不足分の合計数も必要な地域枠の数として、地対協の協議を経た上で要請ができるようにしてはどうかということとございます。

10ページは地元出身者枠の創設等についてということとございますけれども、先ほどの地元出身者枠の機能を踏まえると、都道府県知事が大学に対して増加等を要請できる場合というのは、当該都道府県全体が医師少数都道府県であるような場合としてはどうか。当該医師少数都道府県における、また下のイメージをごらんいただければと思いますが、医師少数都道府県の基準に達しない部分を医師不足分というふうにしなして、この医師不足分を必要な地元出身者枠、これは数がイコールになるわけではないですが、定着率等を踏まえた地元出身者枠の数として、地域医療対策協議会の協議を経た上で要請できることとしてはどうかということとございます。

「なお」というところですが、当然この地元出身者枠の数だけでは医師不足分を満たすことができない場合も当然ありますので、そういった場合は地対協の協議を経た上で県内の大学の地域枠設置を要件とした臨時定員の増員、それから、医師多数都道府県の大学に対する県またぎ地域枠の創設または増加を要請できるということとしてはどうかということとございます。

11ページは、昨年の医師需給分科会でも地域枠の状況ということで調査したものをお示しさせていただいておりますけれども、ことしも地域枠の履行状況等調査ということで、全国の都道府県を対象としなして、自県が奨学金を貸与する地域枠等の医学部生、医師の勤務状況等を調査したものとございます。

調査手法と書いておりますけれども、基本的には平成20年度以降に設置をされた地域枠、これはちょうど臨時定員とひもづいたものの設置時期と重なりますが、これについてのアンケートを全47都道府県に行ったということとございます。

回答率は、100%回答をいただいておりますけれども、一部、都道府県に対して照会を継

続しているという部分がありますので、これは左上にも書いておりますが、暫定報告ということで精査継続中であることを前提にお話しできればと思います。

12ページ、今回新しくとったデータになりますけれども、もともと前回の医師需給分科会においても羽鳥構成員から御指摘をいただいたことでもございますが、今回の医療法、医師法の改正の審議の中でも、一部の大学で臨時定員とひもづいた地域枠が埋まっていないのではないか。また、それが一般枠として用いられていることもあるのではないかなどという指摘を受けていることもありまして、実際の選抜方式がどうなっているかというようなところもデータとしてとっております。

この後、別枠方式ですとか手挙げ方式という言葉が出てきますので、最初に考え方を整理したものを御説明させていただきます。この地域枠の学生の選抜方法、一般枠と別枠の募集定員を設けるという別枠方式というものと、一般枠と地域枠を共通で選抜をして、事前ですとか事後に地域枠の学生を募集する手挙げ方式というものに大別されるのではないかと整理をしております。

さらに、この別枠の方式の中でも選抜の時期を一般枠の選抜と同時にする場合と先にやる場合ということで先行型、特別型に分けられるのではないかと考えております。

次の手挙げ方式は、選抜のときには一般枠も地域枠も一気にまとめて選抜をして、合格した方の中から地域枠の希望を募って地域枠に入っていくものでございますけれども、その希望を募る時期というのが選抜の前と後で分かれています。ただし、これは下に※で書いておりますが、地域枠の希望を先にしている方を優先して選抜しているというような場合は、一緒に選抜しているのが区別型となってくると思いますので、上の別枠方式（区別型）として整理をしております。

13ページ、これは平成30年度の地域枠の設置の状況でございます。都道府県別、大学別の臨時定員と組み合わせた地域枠、それから、それ以外の地域枠の設置状況を下の表としてまとめております。臨時定員に係る地域枠は全体で募集数は1,032人となっております。臨時定員はそのうち903名ですけれども、これは臨時定員の増員分と、もともと恒久定員の枠内と合わせて募集をしているものもございますので、ここの数が少し募集数のほうが大きくなってございます。

それから、臨時定員とは関係なく実質的に設置をしているような地域枠もございます。それを合わせると全体で1,197枠になります。

左下、先ほど整理をしました別枠方式、手挙げ方式のそれぞれの方について、どのぐらい募集数があるかということをお示ししています。

右側ですけれども、先ほどの地域枠のところでも話がありましたが、基本的に地域枠は特定の地域での診療義務というのは当然かかっているということになります。特定の診療科での診療義務というのが明示的に書かれているというようなものが、全体の中で213枠ほどあるということになります。

14ページ、まず臨時定員関係の地域枠を集計したものになります。こちら先ほど平成30

年のものだけではなくて、平成20年以降の全ての地域枠を集計したものになります。下に表でまとめて書いておりますけれども、まとめると一番下の点線の囲みのところをごらんいただくと一番わかりやすいかと思いますが、先ほどの別枠方式で募集をした場合、これは全体の定員の中の91%程度が奨学金の貸与実績がある。つまり91%は定員の中で確保できているということになります。それに対して右側の手挙げ方式ですけれども、これは79%ぐらいしか貸与実績がないということになります。

さらに、これは奨学金を貸与して地域枠に入りましたその後ということになりますけれども、離脱の状況もとっておりまして、別枠の方式の場合ですと義務年限は最後、9年後までずっと必ずしも全員追いついていけませんので推定の値となりますが、95%が別枠の場合は義務履行を最後までやると推定されるのに対して、手挙げ方式だと86%ぐらいしか義務履行されないというような集計になっております。

15ページ、これは個別のプログラムごとの充足・離脱の状況となりますけれども、平成30年の臨時定員の増員と関連する地域枠という部分を集計したものでございます。その中で貸与実績が悪いプログラム、これが幾つかあるということがございますので、この地域枠の充足率が8割未満であるというようなプログラムを、左から充足率が悪い順に並べさせていただいております。赤枠のところはまさに充足率でございますけれども、この募集定員に対して0%というのは誰も奨学金貸与の実績がない。つまり1人も埋まっていないということになります。青の部分は奨学金の貸与者数の実績ということでグラフの中で示しておりますけれども、ここの部分というのが埋まっているもの。一番右のところはちょうど71%となっておりますが、これ以降さらに8割を超えるようなプログラムがあるということになっております。

これは大学と書いてある欄は精査中としておりますけれども、最初に申し上げましたとおり、この調査自体、都道府県に対して調査をしているものでございます。それから、下に都道府県に対してまだ精査といいますか、照会をかけている部分もございますので、その精査継続中というところもありまして、今の時点ではこの大学というところは必ずしも正確でない場合もございますので、ここは精査中とさせていただいております。

16ページは、先ほど臨時定員関係のところの結果をお示ししましたけれども、臨時定員と関係ない地域枠もありますので、それらも含めた全体の結果というのがこちらになります。こちらですと臨時定員の関係の部分だけより大分数字的には悪くなっておりまして、別枠方式ですと貸与実績が89%、それに対して手挙げ方式ですと貸与実績は60%ぐらい。それから、推定の義務履行の率となりますけれども、別枠方式ですと93%に対して、手挙げ方式だと82%が義務履行をすると推定されるということになっております。

これらを踏まえて17ページとなります。地域枠の先ほどの確保率、それから、離脱率の状況を踏まえますと、手挙げ方式の地域枠というのは、最終的に義務を全うする人数が設定枠数の7割程度であると現時点の推計では推定をされるということになります。一方、別枠方式による選抜でやっているものは、9割程度が最終的に義務を全うするところまで

いくというふうに推定をされる。加えて、各都道府県、医療圏における特定の地域における診療義務を基本的に果たすということになりますけれども、それは事実上、診療領域を完全に自由に選択することは難しく、自由に選択させるというのは地域枠の趣旨にも合致しないのではないかとということがございます。

それに対して対応の案ですけれども、都道府県知事、この地域枠の学生、医師を確実に確保することができる必要がありますので、この地対協の協議を経た上で原則、大学に対して特定の地域における診療義務のある別枠方式による地域枠を要請していただくということとしてはどうかということでございます。

さらに、この要請を受けて設置された地域枠ですけれども、実際には特定の地域等において診療義務を果たす場合には、診療領域についても一定の制限が課されることとなりますので、この地域枠の選抜の際には、それを明示しておくこととしてはどうかということでございます。

資料3-2の説明は以上でございます。

○片峰座長 資料3-1、資料3-2の御説明をいただきましたけれども、資料3-2、地域枠の議論を少し長くとりたいと思います。

それできょうは早く退席される方がおられますので、資料3-2を先にやりたいと思います。たくさんあると思いますけれども、今村先生からどうぞ。

○今村構成員 若干3-1にも触れさせていただきたいのですが、地域枠・地元枠の話というのは、確かに戦略的にこれから活用していこうという意味では将来の話ですけれども、臨時定員増はそもそもが偏在対策のために増員しているという要素が非常に大きい。閣議決定までしてそうやって増員をしたことが、そもそも有効に機能してこなかった部分もあるのかどうかということもきちんと検証しないといけないと思うのです。きょう御提言いただいたように、戦略的にこれを活用すれば地域偏在の解決に有効に寄与するだろうということはよくわかりました。

3-2のデータは、一つはまず都道府県に調査をされていますね。これは本来的には大学が定員を決めておられて、これからは都道府県知事が大学に要請をするという構図になっているわけですから、当然のことながら大学が今までどういう形でこの地域枠を設定されてきたのか。きょうはマクロの結果だけお示しいただいているわけですが、先ほどの3-2の資料の中で15ページを見ていただくと、県ごとに出ているのですが、ちょっとよくわからないのは、例えば、茨城県というのは4つ出ているのです。どうしてこういう図になっているのかというのは一つわからないのですが、結局、県単位で示されるとそれぞれの大学がどのような取り組みをして、地域枠が埋まっているのかというデータが見えてきません。ある大学はちゃんと地域枠は全部埋まっているのに、ある大学は非常に充足率が低いというばらつきがないのかどうかというのは、非常に重要な問題だと思っているのです。

なぜこれが重要かということ、今後は先ほどの地域医療支援事務というのが都道府県に発

生するわけですが、県内に地域枠の医師がいるからこそ、地域に派遣できるわけです。そうすると今まで充足されていないような県には、そもそも十分な地域枠の医師がいないということになるわけです。従来からこの地域医療支援センターが機能していないのは、そもそも派遣する医師がいないんだという意見もあったと思うのです。だから我々がここで議論するに当たって、各県内にそもそもどれだけ今プールされている医師がいるのか。それから、大学がどのように今まで対応されてきたかというのは、はっきり示していただきたいと思っています。

○片峰座長 今の今村先生の最初の質問の部分なのですが、要するに2022年度の医学部定員から仕切り直しをするということですね。そのためには今までの地域枠、臨時定員増がどうだったのかという反省も含めて、まずチャラにして、新しいものを2022年度からつくり上げる。そのための考え方について議論する。そうよろしいですか。

○今村構成員 結構です。

○片峰座長 では、どうぞ。

○山口構成員 同じところですが、私も実態が見えないと全く話し合いができないと思っています。

今回、この資料を拝見して非常に驚きました。先ほどの資料3-2の最後に「原則、大学に対して、特定の地域における診療義務のある別枠方式による地域枠を要請することとしてはどうか」と書いてありますけれども、もともと私たちが地域枠の議論をしているときは別枠方式だと思っていました。それが手挙げ方式とさも正当化したような名前で書いてありますが、これはずる型で、地域枠という名前で確保した人数を地域枠の学生ではなくて、一般枠でこれまで教育をしてきたということです。きょう文科省の医学課長がいらっしゃっていますが、前回、選抜方法は大学の自治だとおっしゃいました。しかし、私はもはや自治ではないのではないかと思います。

それどころか、地域枠の流用とも言えると思います。本来、別枠だと思って議論をしていたことがそうでない大学があるとしたら、先ほど今村構成員おっしゃったように、今、実際にどれぐらい地域枠の学生あるいはそこを出た医師がいるのかということを、この場で明らかにしていただかないといけないのではないかと思います。

特に14ページを見ていますと、いわゆる手挙げ方式の定着率ですか。推定義務履行率は低いわけです。地元出身者であれば、きちんと地域枠の人であれば定着して実効性があるということはずっとこの分科会でも議論してきたわけで、そうでない実態があるということ自体、驚きではないかと思います。これは文科省としては認めておられたやり方なのでしょう。そのあたり確認をしたいと思います。そうでなければ、今後どういう対策をとっていただくのか、厚労省の枠を超えて文科省の中でも明確にいただく必要があるのではないかと思います。

○片峰座長 文科省、どうでしょうか。

○西田医学教育課長（文部科学省） 先ほどの先生の御質問ですが、これは平成20

年度、正確には22年度から現在の平成31年度までを増員期限とする臨時定員増を伴う地域枠の設置を進めてまいりました。実際の選抜の仕方については、この10年間で絶対的に別枠でないといけないということは申し上げてきませんでした。また、これまではまず地域枠数をふやそうとしてまいりましたので、そこに実際に何人の学生の方がいらっしゃるのかということについてのフォローアップも十分ではなかったと思っております。今回こういう形で厚生労働省において県に調査をされて実態が明らかになりましたので、文部科学省も現在、大学に調査をしておりますが、大学の定員の設定の仕方、臨時定員との関係などについても、この場で御議論いただけるように、調査の結果を御報告させていただければと思っております。

○山口構成員 ぜひ調査し、報告していただきたい。緊急医師確保対策という名前でもってふやしているにもかかわらず、そういう実態と見合わない結果になっていたということは非常に残念なことだと思いますし、そうであれば今後はしっかりした対策をとっていただかないと、なし崩しになる。ここでの議論もなし崩しになってしまうと思いますので、ぜひきちんと出していただきたいと思います。

○羽鳥構成員 厚労省の地域枠の手挙げ方式と別枠方式を調べていただいたのは、大変ありがたいと思います。ただ、先ほども言いましたように、ここは先ほどの資料2で好事例で示されている、この県が20人の地域枠定員を10年間定員増をしていますが3人しか実際には地域枠で勤めていないというのが事実ですから、これは好事例にも何もなっていないではないですか。ですからこれから文科省が大学に対して調査するということですので、その結果を見て例えば来年度の入試にも反映するとか、そういうこともあり得るのでしょうか。地元枠・地域枠を有効に使うと定着率が高いと示されているので、それをしっかり検証していくのも大事ではないかと思いますので、その辺のこともよろしくお願いします。

○今村構成員 今の羽鳥構成員の10年間地域枠定員を設定して、結果1人ということについて、もう一度お話をいただければと思います。先生が御理解されても私は10年間で1人という意味がよく理解できない。

○羽鳥構成員 某大学は100の定員だったのが地域枠の20を入れて定員が120になっています。120になって10年間毎年20人ずつ地域枠を要請していたことになっていますが、現実には地域枠の方は3人しかいないということが実態です。それは大学の先生に確認しているので、これは事実だと思います。この大学は手挙げ方式で入学試験時には一般枠と地域枠を分けて入学させておりません。入った後に地域枠を手挙げで募集しています。現実には3人しか地域で就職しなかったということになる。

○今村構成員 今、羽鳥構成員が個人的に大学の先生から情報を得られて、今のようなお話をされている。そもそも今回、厚労省が調査しなければこの実態はわからなくて、何年もこれが続いていたということになるわけです。先ほど山口構成員が調査結果をここに出していただきたいというお話をされたけれども、それは要するに個別の大学がどのような数字でやっておられたかということを出していただくことだと理解をしておりますので、

ぜひ文科省にはよろしくお願ひしたいと思ひます。

○佐々木医事課長 この点に関しましては、文科省さんとよく連携して我々も取り組んでいきたいと思っておりますが、先ほど事実関係で15ページのところに県が複数あつてということがございますけれども、実は地域枠自体は例えば地元の大学だけではなくて県外の大学にも枠を持っているという仕組みもありますので、複数ある場合には、縦の列はどこかの大学とある県の枠がありますというつくりになっております。御指摘もありましたので、文科省さんと連携しまして、そこら辺のところも明らかになるような形で資料等を今後作成してまいりたいと思っておりますのでございます。

○片峰座長 足下の長崎県は非常に成績が悪くてじくじたる思いなのですが、恐らく枠に関する考え方というのが大学によって違ふのだと思ふのです。例えば地域枠でとつた学生さんの中で奨学金をもらわないという判断をした学生がいた場合に、それは認めている大学が結構多いのではないかと思ふのです。そうしたら実質的には地元枠になるわけです。その事例が1つ。

もう一つ、大学の入試の慣例として医学部でなくてもA0入試とか推薦入試とか一般入試、一般入試も前期・後期とかそういうやり方があります。だけれども、管理は恐らく全体の定員で管理しているのです。だからA0入試の定員はあるけれども、そこで成績が満たずに定員割れした場合、残った定員はほかの枠に回すということが恐らく大学入試の慣例としてずっとあつて、それを地域枠に関して適用した大学がひょつとしたらある。文科省にはそこら辺も含めて少し調査していただいて、恐らく地域枠とは何かという定義もはっきりしていなかつたような気がするのですが、先生どうですか。

○小川構成員 今、今村先生がお話したことも含めて少しお話をしたいのですが、そもそも一番最初は平成20年に新医師確保総合対策ということで、これは別に地域枠等々を言っているわけではなくて、11大学、要するに医師不足県の10大学プラス自治医大の11大学に定員増を認める。その次の年の平成20年から21年に関しては、緊急医師確保総合対策ということで定員増がスタートした。そしてさらに平成22年から経済財政改革の基本方針2009に基づいて何が始まつたかということ、地域の医師確保の観点からの地域枠の定員増と、研究医養成のための定員増と、歯学部の定員を削減した大学に対する医学部の定員増と、この3つが出たのです。

それで私がびつくりしたのは、当然、入試のスタイルが変わるわけですから、全国の大学の入試要項にこれを書き込まれているだろうと思つていたのですが、まず研究医養成あるいは歯学部からの定員移転による定員増に関しては、それをやつた大学はちゃんと次の年の入試要項に書き込まれています。ところが、地域枠に関しては書き込まれていない大学がたくさんある。要するに一般枠で入試をして、これは地域枠でとつたんですよと言つているのだけれども、結局、定員を満たしていない。

募集要項で説明していないことはだめだというのが、実はきのうの文部科学省の中間報告で明確にされているわけです。ところが、この十数年間、入試要項に書き込みもしない

で地域枠をやってきた。これは許されるものではありません。というのは、これは平成21年4月に文部科学省の高等教育局長から通達がありました。今の地域の医師確保のための入学定員増、研究医養成のための入学定員増、歯学部入学定員の削減を行う大学の特例というこの3つを出したわけです。ここに何て書いてあるかということ、国が地域枠選抜規定に条件をつけて認めた。要するに「地域医療等に従事する明確な意思を持った学生の『選抜枠』を設定するのであれば、大学の定員増を認めます」と言っているのです。

ところが、結果を見ますと学生の選抜枠すら設定もされていない大学が国立大学を中心に複数の大学が、そのような取り扱いをしている。そうするときのう出た中間報告は何だったのかということになるわけで、ですから各大学で一体どういう取り扱いで地域枠あるいは研究医養成枠、歯学部入学定員枠を設定してきたのかということは、文部科学省がちゃんと精査する義務があると思いますが、いかがでしょうか。

○片峰座長 文部科学省、どうですか。

○西田医学教育課長（文部科学省） 今、先生がおっしゃった募集要項との関係でございますが、いわゆる別枠方式、手挙げ方式というような形で申しますと、別枠方式というのは入試の段階で地域枠学生の選抜も行っているということになりますので、当然、募集要項にもやり方について明記をされているということになると思いますけれども、手挙げ方式、特に入学後、事後に地域枠の学生の選抜をするというような方式をとっている場合であれば、いわゆる入試の募集要項の段階で表記がないということもあり得ることかと思っています。

ただ、地域医療を志している高校生に対して、この大学で定員増が行われていて、地域枠がこれぐらいあるんだという情報を入学前に提供することは非常に重要だと思いますし、その点については既に前の国会でも議論があったことでもありましたので、文部科学省から各大学に対して通知という形でございますが、そういった情報提供は確実にやっていただけるようにというようなお願いは既にさせていただいております。

以上です。

○片峰座長 いかがですか。

○福井構成員 枠とか人数のことと少し違う話で申しわけありませんが、もし文部科学省で調査される場合に、入学した学生が本当に将来、地域医療をやりたいとか、ジェネラルな視点を持って地域に出て診療したいと思ってもらえるような教育とかカリキュラムが組まれているかをぜひ調べていただきたい。

私が大学にいたときの経験では、総合診療とか救急の教授を除けば、教授会の大多数は反対します。ジェネラリストの養成、地域でプライマリーケアをやる医師の養成には、サポータティブなお仕事をおっしゃらない教授が全部決めるものですから、従来どおりの狭い分野のサイエンスだけに興味を持つ医師を養成する人とカリキュラムになりやすいのです。

こういうミッションを持って地域医療に携わる医師の養成という場合、やはりカリキュラムもそれに伴ってかなり変えていただかないと、心の底から、卒業後、地域医療をやり

たいという医師が養成されないのではないかと危惧をしております。できるだけ調べていただいて、カリキュラムをどのように変更して、どういうふうに関域医療をやる医師を養成しようとしているか、その足跡を知ることができればありがたいのですが。

○小川構成員 ただいまの文部科学省の答弁なのですからけれども、それでは納得できないのです。というのは明確に高等教育局長から入学定員の考え方ということで、地域医療に従事する明確な意思を持った学生の『選抜枠』を設定しなさいと。これを設定すれば県内の学生だったら5人分、県外の学生だったら2人分、合わせて7名を超えない範囲で増加もできますよと。これを普通の人が読めば当然、5人の県内の学生は地域枠で入ってきて、それでちゃんと地域枠で卒業していくというふうに見られるわけです。それが現実にはですから先ほど1人というお話もありましたけれども、極めて定員を充足していない一部の複数の国立大学が存在するという事実があるわけですから、これは一番最初からの制度がこのような高等教育局長の通知からすればこれはいいのかもしれませんが、これをちゃんとやっているかどうかをチェックしていなかった文部科学省の問題ではないかなと思いますけれども、どうでしょうか。

○今村構成員 本当に問題があったということはそのとおりでと思うのですがけれども、今後、有効な形で地域枠を活用していくということは、多分ここの委員の皆さんの総意だと思います。

その際に、今までのような一般枠として受験をして、その後で手挙げでやるというやり方をそのまま継続してよいのかどうかというのは、我々は決められないわけです。文科省にしっかりとした方針を出していただいて、地域枠についてはこういうやり方にしてくださいということはある程度やらない限り、大学の自治だといって今までそういうことをやってきたからこういうことになっているのだと思いますので、ぜひとも入試の際の地域枠のあり方についてもきちんと統一した考え方を出していただいて、次回、データとともに議論をする材料にさせていただければと思います。

○権丈構成員 この医師需給の世界にhomecoming salmon hypothesisとかいろいろ持ち込んできまして、こういう話に発展してきて非常によかったと思っています。

資料3-2の最後の17ページのところで地域枠というのを普通の人日本語として理解するものにしていきたいと思いますというのは、私はこの方針でいいと思っています。私も2006年から2007年ぐらいから、とにかく地方の医学部の偏差値が随分上がってきたので、入試の段階で完全競争のままにしておく中央の進学高校が地方の医学部を全部占拠していくようになるので、このhomecoming salmon hypothesisみたいなものが機能しなくなるので、地域枠をという言葉を使って言っていたのです。

そういうことを言っていたら、いつの間にか地域枠に地元枠とかいろいろな言葉がくっつかないといけない状況になっているというのは、気持ちはわからないでもないです。というのもこの中で社会学者は私一人だけなのですからけれども、恐らく医学部が偏差値を守ろうとするシステムを考えていくと、こういうものが生まれてくるのだらうと思います。だ

から手挙げ方式にしておく、入学段階のところでは何の障害もない形にできるので、だから大学がサボってやったわけでもなく、怠慢だからやったわけでもなく、恐らく狙ってやったとするとすれば、これはちゃんと地域医療をしっかりとやっていくのだと、そのための地元枠、地域枠なんだということとは、今後も衝突していく話になります。

そして、homecoming salmon hypothesisとかWHOが推奨しているような入学段階のところで、しっかりと地域医療を解決するための手段が今回の医療法・医師法の改正に組み込まれていて、今まではその辺のところをお互いが自覚が少し薄かったから、こんなことになってしまったけれども、これから先はしっかりと、この前の法律の中で地域枠は地元枠に限るといようなものが出てきたことをきっかけに、この話が表に出てきたというのは私は大きな進歩ではないかと思っています。と同時に、先ほどのような医学部が偏差値を守っていくビヘイビアというのがあるとすると、これから先も障害は高いと思いますので、皆さんでこれから先もがんがん言っていけないといけないと思っております。

○神野構成員 最終の結論は権丈先生と同じで、17ページの結論は大賛成。その方向が正しい方向かなと思います。

この過程に関しては、昨今問題になっている女子学生の話とか多浪人生の話とつながってしまったら、そちらに議論が行くので嫌だなと思いつながらなくても、ここは文科省に中から改革していただく、見直していただく必要があるのかなと思います。

自治医大の学生さんは、最初から地域医療というマインドを持っています。それ以外の地域枠の学生さんというのは、恐らく多くの大学ではほかの一般枠の方と一緒に勉強して、一緒に実習して、一緒に卒業していくという意味では、明らかに地域に対する気持ちというのは違うと思います。

そこで、先ほど来、出ているような例えば地域医療支援センターと都道府県等々で何らか地域枠の学生さんをフォローアップするような仕組みをここに入れていくと、ですから別プログラムというよりは地域医療支援センターが地域医療というものを、地域枠の学生に別に植え付けていくというような仕組みをもしかしたらここに入れていくと、少し解決策になるのかなという印象を受けました。

以上でございます。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 皆様の意見と同じで、文部科学省の方にいろいろ言われて本当に申しわけない、大変だとは思いますが、何よりも本当に私は今まさに来年の受験を目指している、もう11月になろうとしておりますので、受験生の方々、今回、今おっしゃったように、いろいろな問題で医学部のどこを受けるかということで非常に迷われていらっしゃる、あとは何よりも地域医療に従事したいという明確な意思を持った志の高いというか、そういう明確な意思を持った医学生が、今までの選抜方式によって何人も医師になることを諦めてしまっている人たちが、現実このことによっていることに目を向けていただいて、1日でも早く、来年の受験生からそういった人たちを取りこぼすことがないように

明確に至急、スピード感を持ってやっていただければということを切にお願いいたします。

○山口構成員 今の山内構成員の御意見に全く賛成ですけれども、念のために念押しで申し上げますが、今後考えていただくときに例えば地域枠が5人という定員で1人しか入らなかつたら、あと4人は欠員にするということは当然のことだと思います。そうしていかないとこの大学は地域枠の定員に達していない。ではどうするかという対策を講じることにつながらなくなると思うのです。だからそのあたりもきちんと正当化して、見える仕組みづくりをぜひしていただきたいと思います。

○羽鳥構成員 3-2の17ページのところで地域枠の選抜方式。地域枠というのは別枠方式だという前提でお話をしますけれども、2つ目の○で「事実上、診療領域を完全に自由に選択することは難しく」と書かれているので、先ほど福井先生もおっしゃられましたが、例えば総合診療領域を例にあげると、大学では総合診療は収益が上がらないのでベッドは持たせないという大学がふえてしまっている。中部のある大学では講座がなくなってしまう、老人科と併合されるとかそういうこともあるそうですので、入学試験時に地域枠の選抜に科を絞って募集をする。例えば外科の先生が不足しているので外科系の先生をふやしたいと思っても、実臨床に入ってみると不向きの場合もある。そういう人が出ても行けるような例えば内科系は総合診療、外科系は外科、マイナーは余り行ってほしくないなど、少し科の選択条件を絞るような提案するなど必要ではないか。

○権丈構成員 議事録では先ほどの私の発言に継続して書き込みたいところなのですが、過去何度もデータが出てきたと思うのですが、地域枠という形で入学された方々の国家試験の合格率は低いわけではなくて、結構高く、普通の人よりも高くなっているというような状況でした。モチベーションが高い人たちが入学してしっかりとした教育をやって、しっかりと勉強していくといい結果が出ているというようなこともあるわけですので、入り口の段階のところで来年の入試のために小手先の対策をとっている大学の行動というのは、ちょっと世の中からずれているのかなというのがあります。そのあたりのところも考慮して前向きにこの問題は取り組んでいただきたいと思っています。

○平川構成員 私がこんなことを言うと申しわけないかもしれませんが、大学がそんなに悪いとは思えなくて、詐欺師でも何でもないと思うので、それなりの理由があつて今の形になっていると思うので、一方的に地域枠は問題だということではなく、もう一度、文科省の方に事情をきちんと踏まえた上で慎重に対応されたほうが、今の話だと大変一方的な議論になってしまつて危険だと思いますので、それで早急に来年の春云々という話になってしまつたら、こんな議論が煮詰まらないまま大変なことになって、この医師需給分科会の影響力は大変大きいと思っていますので、そこは慎重にしていきたいと思っています。

○三根構成員 私はことしからこの会議に出ていまして少し遠慮してはいたのですが、このスキームでいくと医師偏在是正の武器は今日の地域枠の議論と都道府県の機能でしかないと思います。ただ、どれだけの強制力があるかどうかはこの民主主義の時代になかなか難しい観点もあるかと思うのですが、平川先生おっしゃったように本日の論点が厚労省

のスキームであるならば、文科省とこれを現実的に進めていくためには問題点はどこかということをはっきりさせていただいて、要は国家として目標をクリアするということですので、お互い責めることなく進めていくべきだなと思います。

○片峰座長 ではこの件、文科省から次回何か出していただけますか。

○西田医学教育課長（文部科学省） この問題に関しましては、前の医療法の改正の審議の過程でも議論になったという経緯もございます。文部科学省は、8月に厚生労働省と連名で31年度の入学定員増の扱いについて局長通知を出しているところではありますが、地域枠として臨時定員増をしたにもかかわらず、その分が埋まっていないという現状については、大学として埋めていただく方向で当然、努力していただくことが必要だと表明をした上で、例えばいわゆる今ここで別枠方式となっていますけれども、そういった形をとることによって定員を充足していただくような方法をとっていただきたいということ、それから、臨時定員の期限が31年度までで、終わりますので、32年度以降の再度の臨時定員増の算定に当たっては、確保の状況を踏まえた上で算定、精査しますと大学に既にお伝えをさせていただいております。そういった形で今後、取り組みたいというような表明は既にさせていただいているということをお報告させていただきたいと思います。

○片峰座長 きょう文科省に御依頼されたようなデータというのは、今回は間に合わないかもしれませんが、どうですか。この会議に出てきますか。

○佐々木医事課長 この話は両省連携した話でございますので、かわりまして答えさせていただきますが、我々のきょうの資料もまだ精査中のところもありますので、きちんと数字も文科省さんとあわせて精査した上で、きょう宿題をいただいたような内容についてお答えできるような形の資料を用意してまいりたいと思っております。

○片峰座長 それでは、この議論はここまでにしまして、先ほど御提案があった地域枠と地元枠と分けて考えましょうと。要するに地域枠、地元枠の設定は考え方が違いましたね。これに関して御議論いただきたいのが1つ。

それから、3-1に関しまして将来目標をどこに設定するかという議論があつて、幾つかの論点から御提案は2036年かどうかということがありました。この2点はきょうある程度方向性を出したいということですので、そこだけでなくてよろしいのですけれども、残りの時間、そこを議論したいと思います。どなたからでも、いかがですか。どうぞ。

○福井構成員 2つ目の目標の年について、私も区切りから言うと2035年度末というか2036年でいいと思います。ただ、その間に何かしら中間評価的なポイントを設けるというのはいかがでしょうか。そうでないとフィードバックをその間にかけることができませんので、ぜひ考えていただきたいと思います。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。当然この地域枠・地元枠のところも含めて医師確保計画自体、見直しを定期的に行っていくということですので、その都度、当然PDCAサイクルを回しながら、その辺も評価をしてやっていくことになるかと思っております。

○片峰座長 ほかに、松田先生どうぞ。

○松田構成員 福井構成員の意見に直接関係するのですけれども、マクロではこれでいいと思うのですが、地域別に見ると高齢者自体も減っている地域があります。要するに医療需給のピークは都道府県や二次医療圏でもかなり差があるので、だからマクロだけでやってしまうと、地域によっては需要が1回上がって下がってきってしまうところが出てきます。したがって、2036年目標にしてしまうと途中でおかしなことになってしまう可能性があるのです、だからそういう意味で年度別にモニタリングするような仕組みをつくっていかないと間違えてしまうだろうと思います。

○新井構成員 地域枠と地元枠を明確に分けるとするのは、今までの地域枠が十分に機能してこなかったがゆえの新しい方針だと思うのですけれども、地元枠は結局、恒久定員の中に含まれて、地域枠は臨時定員というすみ分けになるのでしょうか。

○石丸医事課長補佐 この地元枠のところは、資料の10ページをごらんいただきたいと思いますが、御提案としてはまず都道府県間の偏在といいますか、医師少数都道府県の不足分を補っていくというところの考え方として、まずは地元出身者枠の設定を大学にさせていただくことを要請する。その上で、それを満たすことができない場合は、地域枠設置を要件とした臨時定員の増員、それから、県またぎ地域枠の要請をしていただくという順番でやることは提案させていただいてございます。

○新井構成員 もし地元枠が恒久定員の中に含まれるのであれば、先ほどの地域医療対策協議会での議論が非常に重要だと思います。大学側の意向も充分踏まえた上でやることが重要だと思いますので、それだけよろしくお願いします。

○片峰座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 先ほどちょっと難しい御質問というか御要望を三根先生からいただいたと思うのですけれども、短期の政策目標と長期の政策目標があることは確かでございます、例えば資料2の6ページをごらんいただきたいのですが、我々、短期的な対策というのは主に二次医療圏の中の偏在を是正するような施策だと思っております、別に地域枠と地元枠だけで医師偏在が大きく全て解決しようと思っているわけではなくて、今、資料2の6ページのとおりマル1とマル2がございますので、短期的な対策で二次医療圏ごとの偏在をきちんとやる。今、計画課から御説明がありましたけれども、キャリア形成プログラムとかさまざまな県の好事例を紹介しましたが、そういったものを踏まえて短期的な対策というもの。もう一つ、今、地域枠、地元枠の長期的な施策、両方で直そうとしているものですので、地域枠、地元枠が万能で何かできるというふうに思っているわけではないです。

また、都道府県ごとの医師需給を踏まえるというのは、まさに先生がおっしゃるとおりでございます、そのような方向で地元枠、地域枠というものを設定のときにはやってまいりたいと考えております。

○今村構成員 地域枠、地元枠の考え方は、今の御説明を伺って改めてわかったのですが、自分自身を考えてみると、実はここの定義について誤解をしていた部分がありま

して、地元枠というのは例えばA県の方がA県の大学に行く。地域枠だとB県の人もA県で働きたいということで地域枠を活用することがあるとか、そういう意味合いで地元枠を捉えていたのですけれども、きょうのお話だと地元枠だと県内にはいるのだけれども、特定の地域等での診療義務がないという条件なのだと。そうすると医師がある程度たくさんいるところでは、マクロとして地元枠というのは設定しませんというような前提で地元枠、地域枠を活用していくということによろしいのですよね。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ちょっとややこしいのですけれども、資料3-2の2ページをもう一度ごらんいただきながら、絵を見たほうがわかりやすいと思うので御説明するのですが、多分、地域枠の効果が高いことから地元枠と地域枠で両方が絡み合ったほうが効果が高いという資料も今まで出していたので、それが一体のものというようなイメージが、正直、私たちもこの概念整理がそれまでであったのですけれども、多分、地元枠で別に奨学金もさらにつけて地域枠をもしつければ、それは一番絶対に定着率も高いですし、二次医療圏の医師不足地域にも行っていただけるような効果があるようなものになると思います。

それでもよろしいのですけれども、今回は地元枠というのが残る確率がそもそも金をつけなくても高いわけですから、地元枠というものを設定して、A県の医師不足県の少数県のそもそも医師不足はある程度解消する。さらにもちろんここで県またぎだけが地域枠という言葉になっていますが、別に大学とお話し合いをしていただいて、奨学金を県がつけて、さらに二次医療圏に行くような奨学生をつけてもいいわけですので、地域枠というのは奨学金がついて二次医療圏に行くような枠組み。地元枠というのは都道府県の中の医師少数状態が自然と、それを入れることによって残る枠組みとして今回、概念整理をさせていただいているところでございます。

○今村構成員 ありがとうございます。丁寧な御説明をいただいて頭の整理はある程度できたのですけれども、そもそも厚生労働省の皆さんが一生懸命議論して整理をしたものを、現場でどこまでそういった考え方が浸透するのかという問題もあるので、また言葉も似ていますし、概念も非常に整理が難しい部分があるので、これはしっかりとそれぞれの県で理解していただけるように、厚生労働省としてもぜひ説明を丁寧にさせていただければと思います。

○神野構成員 3-2の資料の9ページ、10ページなのですけれども、あさつてのことを聞くかもしれませんが、9ページの医療圏で少数区域で不足のところを足し算して地域枠をつくるという話。次のページはA県、B県、C県を比べて不足のところでは地域枠の必要数が出てくるという話はよくわかるのですけれども、では9ページのc、d医療圏はどうするのですか。

それから、10ページのC県に対して過剰医療圏、過剰地域がもとに戻って偏在医師数云々の話なのかもしれないけれども、これを出すときにc、d医療圏あるいは次のページのC県の多過ぎるところをどうするかということを書かずにこれだけ出すと、どンドンふやそ

うぜという話になってしまうのではないかと思いますので、いかがでしょうか。

○石丸医事課長補佐 先に地元出身者枠の10ページから御説明をさせていただきたいと思えますけれども、基本的にはまず県内の大学に要請をしていただくことをベースということになります。その後「なお」と書いてある2個目の○のちょうど3行目のところになりますけれども、県内の大学でやるか、医師多数都道府県の大学に対する県またぎ地域枠の創設または増加を要請できることにしておりますので、要は医師少数都道府県が医師多数都道府県に県またぎ地域枠を設置していただいて、そこから医師がまた戻ってくるというような仕組みにすることを考えているところです。

地域枠というところで9ページですけれども、c医療圏、d医療圏どうするかというところがありますが、地域枠の創設、増加というようなところでは、基本的に医師総数区域の不足分をどうするかというところで算定をするという考え方で書いておりますけれども、先ほども御説明させていただきましたが、将来の時点の医師偏在対策を県内でとるといったときに、必ずしも全て地域枠だけでこれを解決するという話ではございませんので、ほかの施策との兼ね合いで言うと、基本的には医師多数区域から医師少数区域に医師を持ってくるような施策というものを、各都道府県において考えていただくということもありますので、そこをあわせて地域枠は考えていただくことになろうかと思います。

○神野構成員 だからこれはマイナス部分だけ足し算して地域枠をつくってよという話ではないということをきちんと言わないと、ふやすばかりの話になってしまうかなと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 若干補足いたしますと、まさに先生が最初におっしゃったとおりで、この議論の前に、一番最初に言ったとおりで、医師多数県、医師少数県というベクトルと、医師少数区域のありなしのベクトルで4つできるのです。医師多数県で医師少数区域がない県なんて、さらに医師をつくる必要性がどれだけあるのかというのがまず議論の出発点だと思っております。医師少数県で医師少数区域がたくさんあるところが一番優先されるべきなので、そこについては今までどおり、もしくは今まで以上のさまざまな施策で、さらに地元枠、地域枠、さらなる今回の医療法、医師法改正も含めた権限も最大限使えるようなものを用意すべきだという、その4つのマトリックスで考えないといけないと思っております。

○権丈構成員 これはこの前議論して、大体承諾してもらったところですね。医師が多いところの地域内に少数のところがあるようなところに関しては、余り政策的に介入する必要はないのではないかと。焦点を当ててしっかりやっていきたいと思います。この前のところで承認されていることだと思います。

○山口構成員 今の論点のところでのいろいろな御意見等を御説明いただいたことで非常にすっきりと理解ができましたので、地域枠、地元出身者枠あるいは地域枠の創設、増加、ここに提案されていることについて私は賛成です。

それと時期ですけれども、これまでの議論とかいろいろな資料を拝見すると、確かに2036

年というのが大きな目標なのかなと思いますが、先ほど松田構成員おっしゃったように地域によって非常にばらつきがあって、私たちが実感を持って地域がどう変化していくのかというのは、やはりいろいろと進んでいかないとわからない部分があると思いますので、そのあたり細かく変化を見ながら臨機応変に話し合いをしていくことも大事かなと思います。

○片峰座長 ほかにございますか。どうぞ。

○福井構成員 何回も蒸し返して申しわけありませんが、理想的な専門性の配分、比率も考えていただいて、それを頭に置いて、医師のトータル数を考えることができればと思います。方針の中には入れていただいたのですけれども、具体的な議論になると専門性の偏在についてどう扱うのが少し見えなくなってきましたので、データを出すこと自体が大変難しいし、理想像の設定はさらに難しいというのは重々承知していますが、ぜひこの点についても考えていただきたいと思います。

○片峰座長 松田先生、どうぞ。

○松田構成員 蒸し返すようで申しわけないです。資料3-2の最後のところですが、診療領域についての一定制限というものがあるのですけれども、18歳の段階で、まだ医学を学んでいない状況で特定の診療科に絞り込んでしまうというのは無理があると思うのです。地域の限定というのはできると思うのですが、ある特定の地域で働くという個々の枠で入ってきた学生の評価と、診療科の偏在を埋めるという全体の評価、これは多分大学別の評価になると思うのですけれども、大学が地域偏在を解消する努力の評価というように、2つの軸で評価しないとなかなか難しいのではないかと思いますので、そういう評価の仕方も少し考えていただけたらと思います。

○片峰座長 ありがとうございます。大体きょうのミッションは達成できたと思います。

今後の進め方も含めまして、事務局から最後まとめをいただければと思います。

○石丸医事課長補佐 次回の議論と今後の議論の進め方につきましては、本日いただきました御意見、御議論を踏まえて、片峰座長と御相談の上で進めさせていただきたいと思います。

また、次回の医師需給分科会の日程につきましては、追って事務局から御連絡をさせていただきます。と思っています。

○片峰座長 では、どうも御苦労さまでした。これで終了いたします。