

○佐野医事課主査 それでは、定刻になりましたので、ただいまより「医療従事者の需給に関する検討会 第37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加いただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、本田構成員から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、事務局の人事異動がございましたので、構成員の皆様にご紹介申し上げます。

医政局医事課長の山本英紀でございます。

○山本医事課長 山本でございます。よろしくお願いいたします。

○佐野医事課主査 本日の会議の進め方について御説明いたします。本日、オンラインで御参加いただいている構成員の皆様は、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。御発言の際は、Zoomサービス内の「手を挙げる」ボタンをクリックいただき、座長の指名を受けた後に御発言をお願いいたします。その際はマイクのミュートを解除していただきますよう、お願いいたします。御発言終了後は再度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。

なお、Zoom会議中のチャットでのコメントは原則受け付けておりませんので、あらかじめ御了承ください。

それでは、資料の確認をお願いいたします。資料は資料1～3です。さらに、参考資料といたしまして全国知事会からの意見書がございます。事前にメールいたしました資料に不足がございましたら、事務局にお申しつけください。

マスコミの方の撮影はここまでとさせていただきます。

以降の議事運営につきましては片峰座長にお願いさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、片峰座長、よろしくお願いいたします。

○片峰座長 皆さん、こんばんは。片峰です。

昨年11月以来ですから、久しぶりの開会ということですが、この間、コロナ対応の中で大変お忙しい中、医政局医事課におかれましては本日の開会に御尽力いただきました。感謝申し上げたいと思います。

昨年8月、11月と2回開催いたしまして、そのときには令和4年度以降の医師養成数について、とりわけ地域枠を中心に御議論をいただいたところでございますが、今日は諸般の事情で、大体御想像がつくかも分かりませんが、この案件については今日は棚上げということにさせていただいて、御案内のとおり3つの議題を取り上げさせていただきます。

最初の「これまでの医師偏在対策について」というところは、これまでこの分科会で御議論いただいて、2年前でしたか。医療法・医師法の改正という形で日の目を見た改革、医師偏在対策についてのおさらいということになります。今後、この分科会においても医師偏在対策については引き続き議論すべきことだと思いますので、その前提としておさら

いをさせていただいて、今後の議論についての御意見をお伺いできればと思います。

2つ目、3つ目は医師養成に関わる、これまであまり取り上げていなかった研究医枠、そして、歯学部振替枠。この2つについて今日は御議論いただきたいということでありませす。

それでは、資料に基づきまして、最初は「これまでの医師偏在対策について」の御説明をお願いいたします。

○佐野医事課主査 事務局でございます。それでは、資料1を御確認ください。「これまでの医師偏在対策について」という資料になります。

2ページ目を御覧ください。医学部の定員における議論の中におきましても、昨年8月の第35回医師需給分科会でいただいた御意見といたしまして、一番下の太字のところとなりますが、偏在対策がどの程度進行したのかという検証を行いながら地域枠についての議論を進めていくのがよいではないかといった御意見をいただいております。こういった議論を受けまして、今回、今まで既にお示ししたスライドもございませすが、医師偏在対策について、これまでの取組とその効果について事務局でまとめさせていただいております。

3ページ目を御覧ください。こちらは昨年3月に整理したものととなりますが、医師需給分科会におきましては、総合的な医師の需給バランスや偏在対策全般の在り方について議論をする場ということで整理をいたしております。

4ページ目を御覧ください。4ページ目は、医療法・医師法の一部を改正する法律ということで、平成30年の法改正に基づきまして、それぞれ各種取組を進めております。

5ページ目を御覧ください。その中で、医師養成課程につきましても、地域枠、臨床研修、専門研修、それぞれにおいて偏在対策を実施しております。まずは今回、この医師養成課程を通じた偏在対策といたしまして、地域枠、臨床研修、専門研修、それぞれについて、完全にその効果を切り分けることはなかなか難しいところではありますが、行っている現在の対策とその効果を次ページ以降のスライドでお示ししております。

まず、地域枠につきまして、6ページ目は、今までお示ししたスライドとなりますが、新医師確保総合対策、緊急医師確保対策。これらに基づき医学部の臨時定員が増員されておまして、7ページ目でございますように、平成20年度以降、臨時定員、地域枠の数が増加してきているところとなります。

8ページ目を御覧ください。こちらも昨年8月にお示ししたものととなりますが、こういった地域枠に関しましては、当該都道府県への定着率が高いといった効果が出ております。

続きまして、9ページ目となりますが、大学への定着という観点から見てみますと、地域枠の学生がこの濃い青のほう、地域枠以外が薄い青のほうのグラフとなりますが、地域枠の医師においては、卒業大学の医局に残る割合が高いといったこともこの臨床研修医に対するアンケートから見えてきております。

10ページ目となりますが、こちらは平成20年から地域枠の臨時定員増が行われていることから、平成26年頃からその効果は顕在化すると考えられております。その平成26年以降

の医師数の動きを見ておきますと、特に医師少数都道府県において医師数が増加しているという結果が出ております。

続きまして、臨床研修になります。臨床研修におきましては、研修希望者に対する募集定員の倍率に目標値を設定しておりまして、年々、その倍率を縮小しているところとなります。

次の12ページ目を御覧ください。臨床研修医の採用実績につきまして、定員の上限の設定などの効果から、大都市部に関しましては採用数がほぼ横ばいの状況となっており、その他の都道府県の臨床研修医の採用数が主に上昇している状況となっております。

また、13ページ目となりますが、令和3年度からの臨床研修の募集における定員設定に関しましてはさらに定員の計算方法を見直しておりまして、医学部入学定員による募集定員の算定に当たって一定の上限を設けることでしたり、地理的条件等の加算、地域枠による加算、また、採用実績による加算の廃止等々を行っており、より全体として大都市圏の都道府県の定員を圧縮し、それ以外の都道府県の募集定員を確保することで見直しが行われております。今後、この見直しの効果の分析が可能となりましたら、改めてお示ししたいと思っております。

続きまして、14ページ目以降が専門研修となります。専門研修におきましても、新専門医制度が開始された2018年から五大都市、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡に関しましては定員の上限が設定されております。ただ、その後、医師偏在指標など新たな指標などを基に再度分析を行ったところ、神奈川県や愛知県などに関しましては医師多数県ではないということで、2020年度にこの専門医制度のシーリングに関しましては制度の見直しが行われております。都道府県診療科別により細かく必要医師数を算出し、それに基づいた上限の設定を2020年度から開始しております。

15ページ目は実際の計算方法、かなり細かいところになりますが、医師・歯科医師・薬剤師統計の医師数を基に、労働時間等を加味し、必要医師数を算出した上で、それを用いてシーリングの数値を設定しております。

16ページ目、17ページ目がその採用結果となります。2021年、次の4月の採用者の数字はまだ出ておりませんので、昨年4月に研修を開始する者の採用者の数値となります。シーリングが比較的強くかかっていた大都市圏の採用数に関しましては比較的抑えられている状況で、この赤で塗っているところは全国値が5.4%、専攻医の数が増えておりますので、そこより数が多くなっているところを赤で塗っております。そういったことで大都市圏、特にその周辺部に関しましては大きく数が伸びている状況になります。

17ページ目が診療科別の一覧となります。こちらに関しましては、シーリングが比較的かかった診療科に関しましては大きくは伸びていないといった状況となっております。

続きまして、18ページ目になりますが、専門研修における連携プログラムという取組も2020年度から始まっております。こちらのプログラムは研修期間の中の1年6か月以上、シーリング対象外の都道府県で研修を行うといったプログラムになっておりまして、通常

の募集プログラムに加えてこういった連携プログラムを採用することができるといった取組となります。こちらで実際、どのような都道府県にローテートしていったのか。そういったことに関しましては今後、専門医機構と協力してさらなる分析を行いたいと考えております。

続きまして、19ページ目になります。地域枠を離脱した場合の対応ということで、こちらでも昨年報告させていただいた内容となりますが、臨床研修、専門研修、それぞれにおきまして、都道府県の同意なく離脱した方に対してこのような対応を行っております。

特に専門研修に関しましては、20ページ目となりますが、昨年10月、厚生労働大臣から専門医機構へ正式に意見・要請を行っております、専門医機構から回答をいただいております。

21ページ目は、その流れ図となります。

22ページ目以降が、医師養成課程のその後に関する取組となります。

22ページ目が、主に地域枠の医師等を対象といたしましたキャリア形成プログラム。

23ページ目が、医師確保計画。

24ページ目が、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度と、これまでもこの分科会でも報告させていただいたような取組を実施させていただいております。

また、都道府県内の偏在に関しましては25ページ目となりますが、都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制整備ということで、様々な権限が都道府県に移譲されているところとなります。

26ページ目が今回の論点となりますが、ただいま御説明させていただきました医師偏在対策の中で、今後の地域枠医師の活用について、どのように考えるか。また、それ以外の医師偏在対策として、どのような対策を強化すべきと考えるか。今回は先生方の御意見を幅広くいただきたいと考えております。

事務局からは以上となります。

○片峰座長 ありがとうございます。

最近のデータも含めて御説明いただきましたけれども、それでは、皆さんの御意見を伺いしたいと思っております。手挙げをしていただいたら、こちらから指名いたします。

まず、山口構成員、お願いします。

○山口構成員 ありがとうございます。

今、御説明いただいたように、地域枠や地元出身者が地域に定着することに対して有効であることはこの数年ずっと議論してきて分かっていることで、そのことは皆さんと共有できていると思っております。今、初期研修の中で半年間ぐらい医師少数地域に派遣することをやってはどうかという声が上がっていることも聞いてはおりますけれども、もともと医師が少ない地域なのに、初期研修医が来るということは、教えるというにさらなる負担が増すだけではないかと私は思っています。

今まで地域枠、地元出身者、それから、専門医制度のシーリングなどで研修にまつわる

医師偏在対策をおこなってきたわけですが、私は本来、医師偏在対策と研修制度というものはやはり分けて考えるべきではないかと思っていて、これ以上、今までやってきた対策以上に初期研修とか専門医の研修の中に偏在対策を入れることについては反対で、ほかの方法を考えたほうがいいのではないかと思っています。

確かに今、御説明の最後に、医師少数地域に勤務した医師の認定ということがあったわけですが、それだけだと、やはりどうしても人数が増えないので、リカレント教育というのでしょうか、生涯教育の一環として40～50代ぐらいの勤務医の方たちに医師少数地域に行っていただけるような制度も少し考えていかないことにはなかなか大きく改善することがないのではないかと思っています。ですので、研修とはちょっと分けた制度をそろそろ考える必要があるのではないかと思います。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

今の御議論は前々からずっとペンディングで残っている議論ですね。そういった意味では、この少数地域で勤務することのインセンティブをどうつけていくかという、これを拡大するかしないかの判断をどこでするかというのは非常に大きな問題だと思うのですが、医事課のほうから今のことに関して何かございますか。ありませんか。

○佐藤地域医療計画課長補佐 地域医療計画課でございます。

今の医師少数区域等で働くことのインセンティブにつきまして、認定医制度というものがございます。認定医は少数区域に一定期間、従事いただいた場合に、そこでの従事経験というものを出示していただき、それを我々のほうで認定させていただき仕組みでございます。今後、そういったものを活用して、よりインセンティブを高めていくことも検討していきたいと思っております。

○片峰座長 よろしいですね。

それでは、神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員 どうもありがとうございます。

2ページにいろいろな意見があるわけでありまして、一番下にありますように、前から申し上げておりますが、強い偏在対策がないならば、やはり総医師数は増やさなければいけないという意味でいろいろな偏在対策といったものを、弾を込めていただいたのですが、まだなかなか結果が出てこないのが現状なのかなと思います。

今日は2つ、事務局に質問したいと思います。

まず、9ページでございますが、この地域枠以外の大学の医局への入局、卒業大学の医局で45.1%云々があるのですが、これは地域枠が始まる前と後でこの経時的な流れというか、この臨床研修制度が始まる前後も含めて、ちょっと経時的な流れは大体把握していらっしゃるのかということをお聞きしたいと思います。と申しますのは、これは1点のデータでありますので、時間軸でこの卒業大学の医局に入る入らないというものを見たほうがよろしいのかなと思ったわけでございます。

もう一点であります、偏在対策が今、いろいろ出てきますし、それから、25ページで都道府県の権限という話も出ているわけでありまして、まだあまり着手されていない弾として、外来、入院の医師の偏在、すなわち開業の話であります。そのところに関して、これまでの議論の中で医師多数区域で開業するときには都道府県から何らかの申し入れをするという話があったのですが、この弾は動いているのかどうかについてもお聞きしたいと思います。いろいろな偏在対策を複合的にやらないとなかなか全体の偏在対策にならないのではないかと思います、質問いたします。

以上です。

○片峰座長 それでは、事務局からお答えください。

○佐野医事課主査 事務局でございます。1点目の臨床研修アンケートに関して経時的な流れを把握しているかどうかという点について御回答させていただきます。

このアンケート自体がいつから始まったのかという正確なところが今、手元になく、分からないのですけれども、平成20年代の前半頃から始まったものとなります。その中で、この医局に入っているかどうかというアンケート項目がいつから実際、アンケートに組み込まれたのかという点については、今後調べた上で、可能な範囲内で分析を行いたいと思います。

○佐藤地域医療計画課長補佐 地域医療計画課でございます。2点目にいただきました外来の偏在指標の関係でございます。

現在、都道府県におきましては、この外来機能に関しまして地域医療構想調整会議などを活用して、その地域の不足する機能、私どものほうで例示しておりますのは夜急診ですとか、学校医での公衆衛生的なものですとか、在宅医療、を例示させていただいてございます。そのほか、標榜されている診療科などを基に機能等を示しており、特に多数の区域などにつきましては不足する機能を担ってくださいという取組が進められているとは聞いてございます。

○神野構成員 すみません。その数というのは、どれぐらいやったかというのは分かりませんか。

○佐藤地域医療計画課長補佐 失礼しました。地域医療計画課でございます。

網羅的に現在、調査等はできてございませんけれども、我々のほうでこの外来医師、多数区域の多いような都道府県に聞いてございます。数として定量的なものはございませんが、聞いているところでは全て調整会議などを使いまして、実際に開催してのもの、それから、書面のもの等ございますけれども、実際にそういった議論等を促されているとは聞いております。

○片峰座長 神野構成員、よろしいですか。

○神野構成員 はい。できるだけ、これからいろいろなものを評価していかなければいけないので、数のエビデンスというものをぜひつくっていただきたいと思いました。

以上です。

○片峰座長 それでは、新井構成員、お願いします。

○新井構成員 今、山口構成員からお話があったことに少し関連することを申し上げます。これまで行ってきた臨時定員増による地域枠が、地域医師偏在対策に非常に有効であったことは認めます。また、この分科会でも医師少数県あるいは医師少数地域というものは精緻に設定して、それをこの施策に活用するということが非常に大きな進歩があったと認識しています。一方で、頭数をそろえる、医師の数をそろえることに余りにも固執するが故に、例えばさっきお話があったように、初期研修の地域医療に従事することを義務化したり、あるいは専門医の資格更新の際に一定期間地域医療に従事することを強いることが専門医機構において議論されているといったことを聞くにつけ、次のステップとしてはやはりそろそろ数に固執することから脱却しないとまずいのではないかと思う次第です。

例えば、私は脳神経外科医ですけれども、その立場で言えば、例えば脳卒中のプライマリーケア、これを国全体で均てん化することが重要で、そのためにある特定の地域に必要な医師の数がどうかという議論が出てくる訳です。要は医療の中身に踏み込んだ医師の偏在対策というか、そういう論点での議論があっても良いように感じています。初期研修医制度に手をつけたりとか専門医制度に手をつけて頭数だけそろえるといったことをすると、結局、初期研修医制度や専門医制度の本来の趣旨が変容してしまうようなことが起こるのではないかということをお少し危惧しております。もちろん、これは非常に難しいことであることは承知であえて申し上げているのですけれども、そういう方向の議論も少し必要なのではないかと思いい見いたしました。

以上でございます。

○片峰座長 新井先生、今の御趣旨は、要するに医学部とか研修レベルの数の問題よりも、その後のほうが重要だという理解でよろしいですか。

○新井構成員 おっしゃるとおりです。ですから、研修医の均てん化、専攻医の均てん化ではなくて、やはり専門医をいかに均てん化するかが問われている、さらに言えば、専門医の均てん化、数の均てん化ではなくて、専門医が行う医療をいかに均てん化して、国民が享受する医療をすべからず平等にする、どこでも同じような医療が受けられる、そこがやはり最終的に目指すところではないかと思えます。余りにも数に固執してしまうと、やはり山口構成員がおっしゃったような問題が生じるのではないかと思えます。研修医はしっかりした指導医のもとで教育を受けることが本質ですし、また専門医制度の専攻医に関してはやはり専門知識をしっかり習得してもらうことが本来の趣旨であるはずで、そこが崩れてしまうようなことが起きないかということをお少し心配しております。

○片峰座長 この件に関連して、どなたかございますか。

そうしましたら、次は小川構成員、お願いいたします。

○小川構成員 ありがとうございます。

1 ページの一番下の太字で書いてあるのは当然のことです。そして、岩手県でも地域枠が充実したことによって地域定着が図られてきています。地域枠に関してはこの委員会で

も随分議論されて、その効果に関してはきっちりと出ていると思います。一方で、もともと地域偏在を解消する方法の中には、医師過剰と言っていいのかわかりませんが、医師が多い県と極めて少ない県の間で、多い県から少ない県に対してサポートするような方式が初期の段階では議論されていたと思います。

しかしながら、全ての都道府県の中で医師不足の二次医療圏を持っていない県は一つもないわけです。東京ですら島嶼部は医師不足なわけで、ただ、県全体からすればその多い県と少ない県が極めて色分けできているわけです。そういう意味では、23ページに医師確保計画とありますが、医師が不足している地域では医師が多い地域から医師を派遣して増やすとか、そういうことが書かれているわけで、これをただ単に法律まで変えて地域医療支援病院の一定の病院の管理者としての要件とすることが医療法上入ったわけですけれども、これでは全然、医師が多い県から少ない県に医師の移動は起こらないわけで、やはりそっちのほうをもう一回、議論の核心に戻していただきたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

○片峰座長 今の件、いかがでしょう。どなたか、御意見はございますか。画面で手を挙げていただければいいと思います。

どうぞ。

○佐藤地域医療計画課長補佐 地域医療計画課でございます。

先ほど話題に出していただきました、医師少数区域で勤務することのインセンティブの関連かと認識してございます。

先ほど御紹介させていただいたとおり、現時点では認定医というものを創設させていただきまして、まだ始まったばかりでございますけれども、これをどういったふうに活用して、このインセンティブをどう育てていくかということが課題かと認識してございます。その一環の中でそういった地域医療支援病院という枠組みも出てきてございますが、そのほか、様々なインセンティブが考えられると思いますので、こういったものがより進むよう、我々のほうでも考えていきたいと思っております。また、こういうふうにしたらいいのではないかと御意見がございましたら、様々ないただけますと大変幸いです。

○片峰座長 小川先生、県境をまたいで多数県から少数県へ動かすという、何か具体的な仕組みについて御提案はございますか。

○小川構成員 いや、現在、ここで提案を持っているわけではないのですが、もともと、本委員会で議論をしていた当初にはそういう方法はないのかという議論から始まったのではないかと思います。それが地域枠が非常に効果があることが分かって地域枠の充実に話が移っていったのですが、地域枠に関しましてはこれ以上を拡充することはかなり難しい話なので、やはりそういう意味でのインセンティブを考えていただきたいと思っております。

それから、医療法上で「地域医療支援病院等」になっているのです。地域医療支援病院等の管理者になれるという条件が入っているのですが、平成30年現在で地域医療支援病院



は全国に586病院あって、その中で岩手は6病院あるのですけれども、地域医療支援病院が1つしかない県が幾つかあるわけです。したがって、やはり法律上、地域医療支援病院の管理者になれるというインセンティブだけではかなわない問題だと思いますので、何か違った方法を考えていかなければならないのではないかと思います。

ですから、議論の方向を、地域枠に関してはある程度めどが立ったので、医師過剰県、医師が多い県から少ない県へどうやって医師を動かすかということに議論の焦点を変えていくことが必要なのではないかと思います。

○片峰座長 それでは、今村構成員、お願いします。

○今村構成員 ありがとうございます。

地域枠については一定の効果があり、都道府県間の医師数の偏在についてはそれなりの効果が出てきているというのは厚労省の事務局からの御説明のとおりだと思いますけれども、いわゆる診療科の偏在であるとか、あるいは県内における地域偏在にどう取り組むかというお話については、22ページのキャリア形成プログラムの「県内で不足する診療科を中心に、診療科や就業先の異なる複数のコースを設定」というところで、以前からここでも少し御紹介があったと思うのですけれども、地域枠の中にある程度の幅を持たせた診療科の設定をしているところがありますという御説明があったように思います。先ほど神野構成員からデータに基づいてというお話がありましたので、全国の地域枠の中で一体どのくらいの数の方たちがどういう設定をされているのかというのは残念ながら私は分からないので、ぜひそういうデータも事務局のほうで御示しいただければ参考になると思っておりますので、今後の議論に資するものとしてぜひお願いしたいと思います。

もう一点が、先ほど小川構成員から医療法のお話が出ていましたけれども、平成30年の医療法の改正の中で、この22ページにあるように、いわゆる地域枠の方たちにはしっかりとキャリアの形成プログラムをつくるということはあると思いますが、もともと地域医療支援センターという医師派遣機能を担っているものが医療法の中に位置づけられているけれども、実際上機能していないのではないかとのお話がずっとございました。また、新たな働き方改革の中で、医療機関で働く医療従事者の勤務環境をしっかりと守るために勤務環境改善支援センターを医療法の中に位置づけた。さらに、地域医療支援センターと勤務環境改善支援センターがしっかりと連携するというのもこの医療法の中に位置づけられているわけですが、以前は、地域医療支援センターを活用して派遣できる医師がいないから、仕組みはあるのだけれども、機能していないのだというお話もありました。今、地域枠でそれなりの数の医師がそういったところに所属することができるようになってきたと理解していますが、実際、どのくらい地域医療支援センターが機能しているのか。また、しっかりと勤務環境改善支援センターと連携を取るということになってはいますが、どのような連携が取られているのかという実態が全く見えていないので、ぜひその点につきましても、いろいろデータを集めていただいて議論の参考にさせていただければと思っておりますので、この2点を事務局にお願いしたいと思います。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、少し時間が押してきましたので、今、福井構成員、北村構成員、権丈構成員、家保構成員。そこまででお願いいたします。簡潔にお願いいたします。

まず、福井構成員からお願いいたします。

○福井構成員 私からは簡単に、事務局に伺いたいのですけれども、今回、新たな権限、非常に大きな権限が医師の養成について都道府県に移譲されたわけですが、各都道府県のこの権限の受入状況というか、どういう部署で、どういう体制でやっているのか。もし把握しているようでしたら、分かる範囲内で教えていただきたい。

といいますのは、私は卒後臨床研修評価機構に関わっていて、都道府県からの問合せがあるようですが、知識のばらつきが大きいように聞いていますので、もし分かれば教えていただきたい。

○片峰座長 それでは、事務局、お願いします。

○佐野医事課主査 事務局です。医政局医事課です。

こちらの都道府県内のどこの部署でやっているのかということに関しては、都道府県ごとによって様々ですので、こちらのほうでどの部署でやっているというのを一律でお答えするのは難しい状況となっておりますが、この都道府県への様々な業務の移譲に当たりましては、特に臨床研修の業務の移譲に当たりましては、都道府県の人員確保のために地方交付税による措置がされておりますので、そういった形で人員体制の補強が都道府県のほうで行われているものと認識しております。

○片峰座長 順番が逆になりますけれども、家保構成員から今の質問に関連して高知県の状況も含めてコメントいただけますか。

○家保構成員 ありがとうございます。家保でございます。

高知県では、医療部門の中にそういう医師確保の部門、それから、その養成を支援するような第三セクターを設けておまして、そこで各種の資格を取るためのファンドを設けております。各都道府県によりまして、担当課長が割と長いことやっているところと、ころころ替わるとことがあり、やはり制度理解の熟度が変わるのも当然ですし、大学との関係性も変わってまいりますので、そのあたりは都道府県格差はあるかなという気はいたします。

答えになっているかどうか分かりませんが、そういう状況でございます。

○片峰座長 それでは、御質問のほうも一緒にお願いします。

○家保構成員 都道府県の立場で申し上げますと、地域枠の設定、地元大学との協議、それから、医師確保計画と、都道府県内に医師を残すような方策としては非常に強化をしていただきました。実際、それによって医師少数県もかなり、35歳未満の医師数も増えております。その点については非常にありがたいと思っております。

ただ、どこの都道府県も自らの問題を解決したいとの意識を持っておりますので、先ほ

ど小川先生がおっしゃったように、医師多数県からでも少数県を応援するような仕組みを都道府県に考えるとと言われましても、それはなかなか難しい。やはり自分の県の中の医師不足圏域にいかにかローテーションしながら回っていただくのか、県内の均てん化を第一に考えていかないとはいけませんので、苦勞しているところでございます。

当県でも他の都道府県の大学からローテーションで支援いただいている診療科・病院もありますので、引き上げられないように、また関係が途絶えないように気を使っております。それを新たにつくるのは非常に難しいというのが実感です。多分、それが、キャリア形成プログラムで都道府県またぎのところなかなか進まないことの一つの原因かなと思います。

もう一つ、地域偏在についてはそれなりに改善したのですけれども、診療科偏在については、正直、あまり改善していないような気がします。特に地方の都道府県においては、診療科の偏在を是正する方策が都道府県にはなかなかない。当県でも奨学金で特定の診療科を選んでいただいた医学生には増額するという施策もありますが、そういうところについて国全体として、何か方策を考えていただくと都道府県としては非常にありがたいということでございます。

以上でございます。

○片峰座長 何か事務局からお答えはありますか。

なければ、権丈構成員、お願いします。

○権丈構成員 小川先生の話と関連することですけれども、先生が「地域医療支援病院等」というふうに、法律のつくりが「等」になっているという話がありました。この「等」というのは、私の理解では、例えばJCHOはこのルールにのっとって病院長は認定医師でなければならないこととするとか、日赤とか済生会とか厚生連とか、各病院、このルールにのっとってやっていきますということを許容する文章として解釈していたのですが、この解釈は間違いでしょうかということをお事務局に伺いたいと思います。

○片峰座長 事務局、お願いいたします。

○佐藤地域医療計画課長補佐 地域医療計画課でございます。

すみません。現時点において、認定医師を評価する枠組みとしましては地域医療支援病院というところで、今後のインセンティブを考える上で何か決まっているものがあるわけではございません。そういった何かなじむものがあればそういったものの枠組みを考えることができるのではないかとこのところ現在「等」というものは置いてありますけれども、現在決められたものは置いてありません。

○権丈構成員 いや、決められたものはそうなのですけれども、自発的に手を挙げますということは許容できる法律のつくりになっているのではないのでしょうかということです。

たしか、そういう話を会議の中でみんなでしたと思います。JCHOとか、いろいろなところがみんな、この地域医療のことを考えてくれているところが手を挙げれば大丈夫のような法律のつくりにしておいてねとかという議論はみんなでしたのではないのかと

思うのです。

○佐藤地域医療計画課長補佐 地域医療計画課でございます。

すみません。当時の資料等は手元にはございませんので、また確認させていただければと思います。

○権丈構成員 よろしくお願ひします。これは大きな一歩になり得るとというのが昔、議論していた話ではないかと思っております。

○片峰座長 それでは、北村構成員、お願ひします。

○北村構成員 よろしくお願ひします。

地域枠に関して大体落ち着いてきたという議論だと思うのですが、視点は患者から見て医者がある、あるいは行政からしてうまいこといったということなのですが、視点を変えていただいて、地域枠の学生、地域枠出身の医者にとって満足いく人生を歩んでいるかということを危惧しております。実は、自治医科大学の卒業生が入学50周年くらいになるのでアンケートを取りました。自治医大にもう一回入りますかと言うと、7割くらいの人が入ると。それで、自治医大で良かったことはと言うと、学校ではなくて同窓生のつながりというものが一番多かったです。

それと違って、地域枠の人たちはどうしても少ない数で地方の僻地や医師不足のところを回っています。そして、県によって違いはあると思うのですが、義務年限の9年を終わるとそのまま、その後の生活保障はあまりなくて、今、初めて地域を経験したから、都会ではないですが、大きな病院で院長になれるみたいな、地域を捨ててこいみたいなメッセージしか来ておりません。この地域枠の人たちの気持ちというか、ニーズとか、そういうものをもうちょっと酌み取っていただきたいのが一点です。

権丈先生がおっしゃった、病院に行くというのは、実は調べましたら、昭和47年前後の第三次医療法改革のときに地域支援病院という概念ができて、そこで地域に働く人たちをサポートするという概念ができたみたいですが、なかなかうまくいっていないようです。そういうこともぜひ調べていただきたいと思ひます。

2つ目のお願ひは医師の多様性です。いつも言っているのですが、今、医学部に入ってくるのは6年一貫教育を受けた人であるとか医学部専用の予備校を出たような方で、いわゆる上級・中級、中の上の方ばかりです。県またぎの医者を動かすのではなくて、各県において、医師不足、医師少数地域出身者の学生、高校生を積極的に医師にする、あるいは格差偏在と言うとちょっと語弊があるかもしれませんが、そういう中・上級の人たちの指定ではなくて、経済的にもつらいくらいの方を医者にするという、そういう指定です。今の地域枠は今後9年間、地域で働くことを条件としていますが、出身を医師少数地域出身というものが少なからずあります。そういうものをもうちょっと拡充していただいて、その県で医師少数地域出身者を医師にして、そこで働いてもらうという仕掛けはいかがなものかと思ひます。

実際、イギリスではそういう制度を使っています。郵便番号によって、いわゆる貧困の

方が多い地域の郵便番号の人が入りやすいとか、また、インドネシアでは宗教のイスラム教と関連して、貧困なり医師少数地域の人を医師にして、そこに返すという試みもあるので、やはり入学の時点から地域で働く、地域の人が地域で働くということも考えたらいかがかと思います。地域枠の発展系として、この2点を提案させていただきます。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。重要な御提案だと思います。

それでは、取りあえず、この議論はここまでにさせていただいて、最後に時間が残ったら、また引き続き御議論をお願いしたいと思います。取りあえず、次に移らせていただきます。

次は研究医枠についてということで、資料の御説明をお願いいたします。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 文部科学省でございます。それでは、研究医枠について御説明さしあげます。

まず、1枚めくってください。2ページ目で、データから御説明さしあげます。医学系大学院進学者における基礎系の割合ということで、グラフで示させていただいております。

御覧のとおり、基礎系の割合はほぼ横ばいでありますので、研究医と呼ばれる方たちの割合が伸びていないのはこのデータを見ても明らかだと考えております。これは14年ぐらいのデータなのですが、一応、研究医枠が平成22年に導入はされてはおりますが、割合としてはそこまで伸びていないというのが見て取れるかと思えます。

では、次の3ページへ行っていただければと思います。世界と比較してどうかということについてデータをまとめさせていただきました。

これは論文数になるのですが、中国が大幅に増加しているのは議論するまでもないと思うのですが、それ以外の新興国と呼ばれる韓国やインドなども10年で倍以上の伸びを示している。表を御覧いただくと、スペインから始まってフランスまでがG7の国になるのですが、それらの国においても、比率は様々ですが、要は右肩上がりとなっている状況の中で日本だけが割合は下がっているという状況になっておりまして、文部科学省としても、この点については危機感を持って、いろいろ対策を取っているところです。

その中の対策の一つとして、次の4ページへ行っていただければと思いますが、平成22年度より「骨太の方針」で決定させていただいたのですが、複数の大学の連携によるコンソーシアムを形成して、研究医養成の観点から卒後と大学院教育を一貫して見通した特別コースを設定して、適切に履修者を確保することを要件として研究医枠というものを導入させていただきました。

このコースというものは、MD-PhDコースですとか、臨床研修と並行した進学コースを設定してくださいとか、プレプログラムを実施してくださいとか、あとはキャリアとセットで提案してくださいということで、我々としても査定をして措置をさせていただいたところです。

次の5ページをお願いします。こういった中で今後、研究医養成に係る研究医枠という

ものはどうしたらいいかなのですが、まず、臨時定員というものはこの場でこれから議論していくとは思いますが、研究医枠というものを継続するかどうかをまず考えなくてはならないと考えております。

とはいえ、医師の総数の議論と切り離して議論することはできませんので、この場で医学部定員全体の方向性等を踏まえて必要性を精査していきたいと考えております。その総数の議論が終わり、研究医の議論も進めた後で、仮に臨時定員枠内でも継続する場合には、今の要件をもうちょっと厳格化した要件を課したいと考えております。

さらに並行して、定員制度以外の形で、先ほどデータでもお示しさせていただいたとおり、日本の研究力が低下していたのは明らかですので、定員制度以外の形で何らか、研究医の振興施策というものを我々のほうで併せて検討していきたいと考えております。

その要件案になるのですが、今もそうなのですけれども、卒後や大学院教育を一貫して見通した特別コースを設定して、増員数の2倍以上の履修者を確保してくださいということ。あと、特別コースの履修者が、大学院進学に際して、どのような進路に進み、研究活動を行っているかどうか。あと、その追跡調査を大学のほうで行ってもらって、文部科学省まで報告していただくという要件を課したいと考えております。これは当然、継続する場合という条件です。あとは、厚労省さんが始めました基礎研究医プログラムとしっかりリンクをさせてくださいということ。あるいはこれも引き続きになりますが、常勤ポストを設置してください、奨学金も設定してください。キャリアもしっかりサポートしてくださいという要件を引き続き課していきたいと考えております。

ここからはほぼ参考なのですけれども、数字についてざっくりと御説明さしあげたいと思います。

近年、どれほどの定員を措置しているかなのですが、令和元年度に関しては40名、令和2年度については26名、令和3年度については27名、30名から40名ぐらい近年は措置しているという状況になっております。

これは臨時定員部分だけなのですけれども、では、研究医ということでどれほどかというのは次の7ページになるのですが、一番右のところですよ。延べでは平成22年から令和3年度までで269名を定員として措置して、研究コースとして設定された方々は875名ということで、措置した定員数の3.3倍ぐらいの履修者を確保していただいているという状況にはなっています。

次の8ページへ行っていただければと思います。では、具体的に各大学さんがどういう取組をやっているのか。あと、数字も含めて御説明さしあげます。

これは大阪大学さんの事例なのですけれども、これまでに20名増員させていただいております。この大阪大学さんのほうで設定した特別コースの履修者は111名ということで、約5.6倍の履修者を確保していただいております。これは1年の後期から希望者を募って、基礎医学研究を体験していただいたりとか、2年以降も一貫して卒後までつながるようなコースになっています。医学英語教育を重視したりですとか、学会発表や海外留学を積極的

に奨励したりサポートをしていただいていると伺っております。

次の9ページへ行っていただいて、神戸大学さんのコースです。

これも増員数としては12名ですが、履修者としては69名、この特別コースに参加していただいて、これも大体5倍以上を確保していただいております。これはMD-PhDコースを設定していただいたり、大学院・早期研究スタートプログラムということで、卒業後、初期臨床研修を受けながら大学院に進学して、特待生制度と連動しているものなど、いろいろなキャリアパスを用意していただいております。ちょっと複雑ですけれども、一応、キャリアパスに係る図も書いてあるので、御参考にしていただければと思います。あと、ダブルメジャー制度も設定してあるところもあります。

おおむね、私からの説明は以上とさせていただきます。ありがとうございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

日本の医学研究の低迷はかなり深刻だと思うのですが、文科省としては、この研究医枠というものはそのなりの効果が上がっているという解釈でおられますか。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 ありがとうございます。

効果をどう捉えるかによるのですが、少なくとも人数に対して若干増えているということではあります。ただ、研究という観点から、では、効果は上がったのかと問われますと、卒業生がどういった成果を発揮してくれたかまで把握しているかは、現時点では把握はできていないので、提案の部分でも書かせていただきましたが、仮に続けるとなれば、しっかりと大学のほうでその成果をフォローアップして我々に報告していただくという枠組みを考えております。

○片峰座長 それでは、御意見を伺いたいと思います。

山口構成員、お願いします。

○山口構成員 ありがとうございます。

研究医が必要なことは理解しておりますし、基礎研究に従事する人が減っていたり、論文数が少なくなっていたり、海外留学する人が減っているということも聞いてはおります。ただ、この研究医枠というものを見ていたときに、さっき履修者という数が出てきたのですが、履修者イコール研究医枠で入った人なのか、研究医枠ではないけれども履修した人がいるということなのか。そのあたりが何かとても曖昧だなという気がしました。

というのも、見ていると、研究医枠ということで臨時定員としてプラスアルファの定員をつくっているわけですね。これは前にも地域医療枠でも問題になったことですが、最初から研究医枠として入るのか、一応、プラスアルファで人数を多くして入った中で手挙げ方式にしているのか。そのあたりがどうなっているのかということを文科省の方にお聞きしたいと思いました。

もし研究員枠として、例えば3名だったら3名ということでプラスの定員にして、入った人は別に研究医枠ではない、一般枠としての教育を受けている人が実態としてあるのであれば以前の地域枠の手挙げ方式と同じことなのではないかと思います。そのあたりを含

めた、今、分かっていることと、今後実態調査みたいなことを文科省としてこれからされるおつもりがあるのか、そういうことができるのかも含めて教えていただきたいと思います。

○片峰座長 それでは、お答えをお願いいたします。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 ありがとうございます。

枠に関してですけれども、大学によって別枠で選抜している大学もあれば、そうでない大学もある状況です。枠で、手挙げ方式で、その後、入っていただいた方も当然、履修者という方には含まれております。我々としてお願いしているのは、増員した数の2倍以上が特別に設定されたコースを履修するように大学として努力していただきたいということにこれまでの運用としてはそうしております。

その後、どうなったかという御指摘ですが、説明と若干かぶってしまうのですけれども、今後は大学のほうで特別の設定したコースを履修した方々がどのような進路に進み、どのような活動をされているかというのをフォローして我々のほうに報告してもらうという、仮にこれを続けるのであればですが、そういう枠組みをお願いしようと考えております。そのほか、様々御意見あるかと思しますので、仮にこの研究医枠が継続された場合は、こういった場でも御議論いただいた意見を踏まえて運用を検討したいと考えております。

○山口構成員 よろしいでしょうか。

研究医枠として人数を増やした学生を入学させることができるというプラスアルファになっているわけですので、やはりそのあたりはそれが機能しているかどうかをきちんと調査する必要があるのではないかと思います。

今回、このことも議論の俎上に上がっているわけですが、先ほどから出てきている実績や実際のきちんとしたデータを見せていただいて議論しないと、やはりこれは定員をどうするかにも関わってくるのだと思いますので、きちんとどういうふうな、手挙げ方式なのか、枠としてどんなことをしてもらおうとしているのか。実際の実態調査みたいなことはきちんとしていただく必要があるのではないかと私は思います。

○片峰座長 山口構成員、長崎大学の場合なども見ていまして、やはりなかなか、入り口の問題もあるのですけれども、長崎大学は別枠で取っているのですが、要するに18歳で研究をやりますという決断をするのはなかなか難しいことみたいですね。要するに医学教育を受ける間にやはり臨床志向が非常に強くなってということが一つある。

もう一つ、今の御質問で関連すれば、ゴールをどこにするかというのが各大学ばらばらなのです。要するに医学部の特別コースを受講することがゴールなのか、大学院に入ることがゴールなのか、それとも、研究者として生きることがゴールなのか。そこら辺も含めて、なかなかデータが出しにくい状況かなと僕は思っているのです。

○山口構成員 18歳で選ぶことは難しいのは本当によく分かります。だからこそ、研究医枠ということが必要なかどうか。そこを考え直す必要があるのではないかと思います。

○片峰座長 その議論だと思います。



それでは、今村構成員、お願いします。

○今村構成員 ありがとうございます。

今、山口構成員のおっしゃったこととかなり共通するお話だと思うのですが、そもそも論を言うと、これは身も蓋もない話にもなってしまいますのですが、やはり日本の科学研究を国際的な競争力を持つぐらいに高めてもらうためにこういう研究医枠をつくったということであれば、これは現時点では完全に失敗しているといしか言いようがない状態なわけです。この論文数を見ても、研究医枠をつくった後に一時的に右肩上がりになっていますけれども、論文数が減っている国は、日本以外はないわけです。これは異例なことで、私もこうやって改めて見ると、大変ショックなデータであって、こういう研究医枠で研究マインドを持った医師を養成するやり方そのものが効果を示せなかったということなのかなと思います。

これは医師だけの問題ではなくて、2ページ目にあるような基礎系の大学院に行かれています方たちは必ずしも医師ではない人たちも入っておられると思うので、研究医枠を取った方たちが本当にその後どのような道に進んだのかというフォローもできていない。これから調べていきますというお話ですが、私はなかなか効果が得られない仕組みなのではないかと思います。そもそも18歳で選択することは難しいというお話もありましたが、やはり医師になっていく中で研究マインドを持った医師が養成されるには、医学教育の中でいろいろな課題があるのだと思いますけれども、やはり臨床に行きたいというのは臨床の先生方が熱意を持って教育されるからなのだろうと思いますし、基礎系の先生方のマンパワーが少なく、学生に対するフォローなどがなかなか大学でできないのかもしれない。いずれにしても、これは一回見直したほうがよろしいのではないのかという気がしております。

いきなり、長年やってきた制度をやめてしまうわけにもいかないのかもしれないのですが、一定のいろいろなデータを見ながら改めて検討し直したほうがいいのかというふうに正直感じております。

○片峰座長 それでは、福井構成員、お願いします。

○福井構成員 私も文部科学省の科学技術・学術審議会の委員をしていて、論文数が日本はほかの国に後れを取ってきたということは何年間にもわたって伺ってまいりました。基礎医学は3ページのような状況だと思いますが、たしか臨床医学は少し増えてきていたのではないかと思います。

ここでの議論は基礎研究だけにフォーカスが合っているように思いますけれども、私は臨床研究の基礎能力を向上するために、日本でも、私は京都大学にいるときに公衆衛生大学院をつくって、統計学だとか疫学をちゃんと勉強した上で臨床研究をやるという欧米のようなコースもできてきていますので、ぜひそういうコースも研究のルートに今後は入れてもらえないか。大学院研究科としてのいわゆる公衆衛生大学院は文部科学省がカウントする中では5つできていて、それ以外にプログラムも非常にたくさんの大学で今や、運営

されていますので、臨床研究についての今まで以上に目配りしていただけないかというのが一つのお願いです。

それから、基礎研究について、本当にどうすればいいのかというのは大変難しい問題だと思いますが、やはりある程度、臨床の経験がないと、理学部出身の研究者と同じ視点からの研究になると思います。ヒトの診療に携わったことのある医師が基礎研究に携わるのが最大の特徴だと思いますので、臨床を続けるよりも基礎研究のいろいろなグループを率いて、臨床医の視点から問題を見出して研究のチームを率いれるようなキャリアが魅力的になるような方策をどうにか考えなくてはと思っています。

解決策でなくて申し訳ありませんけれども、以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、新井構成員、お願いいたします。

○新井構成員 今、この研究医枠について、どちらかというとな否定的な意見が多かったかのように思うのですが、私どもの大学の例ですと今、福井先生の言ったこととも関連するのですが、必ずしも基礎に行かなくても、いわゆるフィジシャン・サイエンティストというのでしょうか。そういう人材の育成には一定の効果がある、そういう印象を持っています。

研究医枠を導入したからすぐに『Nature』『Science』の論文がぐっと増えるかということ、そういうものではなくて、やはりこれこそじっくり時間をかけてみていかないとなかなか難しいように思います。今効果がないから一刀両断で切ってしまうのはどうなのかなと思います。

私どもの大学ですと、研究医枠からの大学院への進学は明らかに非常に高まりましたし、最終的にそういう人材が臨床に戻ったとしても、それはそれで日本の医学・医療のためには貢献してもらえないかと思っています。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

では、今村構成員、お願いします。

○今村構成員 何度もすみません。

今、新井先生から一刀両断の下にという、確かにそういう言い方でしたのでちょっと誤解を招いたかもしれません。さきほど言い忘れたのですが、地域枠が、大学ごとに基準が違った形で運用されていたという問題点があって、この会議でそれを統一することが決まったと理解しています。

この研究医枠についても、大学には独自性もあると思いますし、それぞれの考え方もあるのでしょうけれども、今回、文科省から例示として出されている2つの大学、あるいは今、新井先生からお話のあった順天堂大学の例などを含めて、こういうやり方をすると良い、いわゆる研究マインドを持った医師が、臨床であろうが基礎であろうが、育つのだと

いう一定のものが無いといけないのではないかと思います。それぞれの大学が独自に、入試の時点でルールがばらばらになっているのはあまり好ましいことではないと思いますので、全く同じというわけにはいかないにしても、おおよその方向性をそろえていただくことは御検討いただいたほうが良いのではないかと思います。

○片峰座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

僕からも個人的には、やはり国立大学が法人化されて以降、大学病院の在り方が大きく変わったのが恐らく医師の中の研究マインドが落ちていく一つの原因ではないかと思っていますのです。あまりにも診療のエフォートが大きくなり過ぎて、そこにさらに専門医制度なども充実してきて、なかなか早い時期に研究に携わる医師が少なくなってきたのが非常に大きいのではないかと思っていますのです。

そういった意味では、研究医枠の話もそうですけれども、もっと大きなところで問題解決の策を打たないとなかなか難しいのではないかと思っていますのですが、文科省さん、何かコメントはございますか。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 ありがとうございます。

幾つかコメントをいただきました。まとめてというか、いろいろばらばらと御回答さしあげます。

今村先生から、この研究医ということで、数のアプローチが失敗したのではないかという問題提起がありました。論文数というものは、当たり前ですけれども、因数分解すれば頭数掛ける1人当たりということなので、これはもうちょっと精緻に分析しなくてはいけないので、数が本当にどうなっているのか、1人当たりの論文数も下がっていないのか。そこら辺をしっかりと我々としても分析していきたいと考えております。冒頭の御提案にも共通するかとは思いますが。

臨床研究とかも、この研究医枠については別に排除はしておりませんし、実際にフィジシャン・サイエンティストコースというものを設定していただいている大学もあります。ですので、各大学がそういう希望があれば我々のほうに、今のスキームですが、今後、令和5年度以降どうするのかというのはまだ決まっていませんけれども、現状のスキームでも臨床研究に取り組みたい、臨床研修のコースをつくりたい大学があれば、我々としても、しっかりとした査定の下にですが、それは応援したいと考えております。

片峰先生の最後の御指摘ですけれども、なかなか難しいですが、大学病院あるいは大学を取り巻く環境が様々に変わっている中で、我々としても、医者に限らず研究者の振興についてどうすればいいのかというのは我々の課ではなくて省全体で今、検討しているところですので、それと足並みを合わせながら、我々がこの会議に参加しつつ、医学部定員の在り方が令和5年度以降どうなるかが決まったら、医師の総数の需要をどうするのかという話が決まった段階で、研究医についても今後どういう振興施策が必要なのか。その中で、その内数として定数の措置をどうすればいいのかを一緒に考えていきたいと考えております。

す。

○片峰座長 そうしましたら、今日の資料の中の5ページにある論点案ですね。これは研究医枠を継続するかどうかも含めて今後、継続審議になると思いますので、この論点案をベースにまた少し今後考えていくということで今日はお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

それでは、次に資料3です。歯学部振替枠の御説明をお願いいたします。

○佐野医事課主査 医政局医事課です。それでは、資料3を御確認ください。「歯学部振替枠について」という資料になります。

2ページ目を御覧ください。これまでの歯学部振替枠を要件とした臨時定員設置についての経緯について御説明させていただきます。

平成22年度からこちらを要件とした臨時定員増に係る方針が示されておりまして「経済財政改革の基本方針2009」を踏まえて、地域の医師確保等に対応するための臨時定員増の一環として、このような枠が設けられております。その中で、歯学部入学定員を減員する場合、一定割合の医学部定員の増加を認めるということで、増員期間はほかの地域枠と同様に10年間、平成31年までとされておりました。

また、その後、令和2年、令和3年、令和4年と暫定的に臨時定員が延長された際に、こちらの歯学部振替枠についても延長がなされており、近年ですと44人で推移しております。

具体的にどこの大学に置かれているのかというのが3ページ目となりまして、北海道大学、東京医科歯科大学、大阪大学等、こちらの「臨時定員」という枠の一番右側に数字が入っているところの大学にそれぞれ置かれております。

論点といたしましては4ページ目となりますが、令和5年度以降の歯学部振替枠の考え方につきまして、これまで少なくとも中間取りまとめには明確な記載がされていない状況となっております。これらを踏まえまして、令和5年度以降の歯学部振替枠の在り方についてどのように考えるか、構成員の先生方に御意見をいただきたいと思っております。

事務局からは以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、御意見をお伺いしたいと思います。

そうしましたら、小川構成員からお願いいたします。

○小川構成員 3ページの資料を御覧いただきますと、ほとんど歯学部振替枠を設けている大学の多くは国立大学で、私立大学では本学だけでございます。

実は、歯学部からの振替枠をどう使うか。これはやはり北東北3県は医師不足、一番厳しいところでございますから、当然のことながら、本学の学生を入れて、そして、本学の学生に関しては、歯学部の学生に関しては6年間、医師不足地域で歯科を学んできたわけでありまして、その辺の状況はよく分かっている。西日本の歯学部の大学からこの振替枠で入学させたとしても、当然、医者になるために入ってくるわけで、卒業すれば西日本

に帰っていくのは明確なわけでございます。

それで本学の学生を優先的に入れたわけでありまして、それが文部科学省からは不適當であると。入試要項に書いていないでしようとならぬペナルティーを受けることになったわけでありまして。当然のことながら、外から来た学生は、遠いところから来た学生は北東北に残ることなく戻って行ってしまふということでありまして。

まず1つ、文部科学省にお伺いしたいのは、2つあるのですが、入試要項にちゃんと書き込めば学生を優遇することに関しては法的に何ら問題がないと考えてよろしいのでしょうか。

○片峰座長 お答えいただけますか。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 文部科学省です。

厳密に言うと所掌違いではあるので、正式な回答は追ってとさせていただきますと思いますが、入試要項に書き込めば何でもというものではないと承知はしております。正式には担当課のほうから正式な御回答を差し上げたいと思います。

○小川構成員 それであれば、どういうふうに入試要項に書き込めば可能になるのか、きっちり御指導いただければと思います。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 かしこまりました。担当課のほうに伝えて、しかるべきルートで御回答を差し上げます。

○小川構成員 もう一点なのですが、後で文部科学省に問合せをしたのですけれども、本学といたしましては歯学部正規の定員を削って医学部の臨時定員に振替えをしたわけですから、いずれ臨時定員はなくなるわけでありまして、そのときにちゃんと歯学部正規の定員に戻していただけるのかということでありまして。

非常におかしいのは、医学部の振替えを使って、歯科医の需要を考えないで適正定員を、歯学部の定員を減らすようなことはあってはならないと思いますし、私どもは私学で、国立と違って定員につきましては経営に直結する極めて重要な問題でございます。そういう意味では、やはり臨時定員がなくなるときには、正規の定員を臨時定員に振り替えたわけでありまして、一応、当初はきっちりとお戻しいただいて、歯学部の定員については全国的に歯科医の需要を考えて適正な定員に、別に議論をするべきだと考えますが、いかがでしょうか。

○片峰座長 これは歯学部の定員問題にも関わるのでございましょうけれども、お答えいただけますか。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 文部科学省からでよろしいでしょうか。

まず、厚労省さんのほうから御説明いただいたとおり、2009年の「骨太の方針」で平成22年度以降、医学部・歯学部を併せ有する大学については、歯学部の定員を減員する場合、医学部の増員を臨時的に認めるという運用をしてきております。この振替枠は、先生も御指摘いただいたとおり、歯科医師の需給の観点から定員を合理化する方針の下で置かれたものですので、基本的にはこの当時、平成21年の「骨太の方針」は変わってはいません。

ただ一方で、おっしゃったように、厚労省さんのほうにおいて検討会も今、2月に立ち上げたと伺っておりますので、その中で歯科医師の需給についても議論がされていくというふうに我々としても伺っております。ですので、その議論も踏まえながらですけれども、歯学部定員の在り方については文部科学省としてもそういった諸般の議論を踏まえて検討していきたいと考えております。

直ちに今回の臨時定員の措置とつながるものではありませんが、一応、現時点でお答えできるのは以上になります。

○片峰座長 よろしいですか。

それでは、次は釜菴構成員、お願いします。

○釜菴構成員 釜菴です。

この歯学部の振替枠が導入された時点は、非常に医師不足が懸念され、医師養成が喫緊の課題であるとともに、一方で歯学部の養成数はそれほど多くないほうがよいのではないかという共通認識の中でこの仕組みが導入されたとは記憶しております。

それで今、小川先生が指摘されたような問題点も当然あるわけですが、一方で歯学部の定員というか、歯科医師の養成数をどうするかという議論がもっと早く検討がされるかなと思ったら、そちらのほうは、この間もちょっと伺ったならば、あまり進んでいるようではないのです。ですから、その問題は非常にしっかり議論して、そちらのほうからどうすべきかということは考えるべきだと思います。

一方で、この歯学部振替枠という仕組みについて、これを使って医師の養成数を考える枠組みについてはそろそろ、これは役割を終えたと考えてよいのではないかと思います。歯科医師の養成数の議論は議論でしっかりやるということと、それから、医師の養成数についてはそのことと分けて議論ができるような時期になったのではないかと私は考えておりまして、そのように発言いたしました。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、山口構成員、お願いします。

○山口構成員 今の釜菴構成員のお話が回答なのかなと思ったのですが、素朴な疑問として、この歯科医振替枠は歯学部を持っている大学にしかできないことで、ということは、全ての大学に公平ではない枠だと思います。そもそも素朴な疑問として、これを設置した理由や目的は何なのかと思って、今、釜菴構成員がおっしゃったのですが、もし公に答えていただけるのであれば理由や目的を明確にしていきたいということと、さらにそれを継続した理由は何なのでしょう。先ほど釜菴構成員がおっしゃったように、私もそろそろ、これは公平ではない枠ではないかと思いますので、漫然と継続するものではないのではないかと思います。

文科省の方からもしお答えいただくとしたら、文科省の方の御回答が、ちょっと声が小さくてほとんど聞き取れないときがありますので、少し大きめにお願いしたいと思います。

○片峰座長 それでは、これはまずは厚労省ですか。文科省ですか。どちらからでもお答

えください。

○佐野医事課主査 医政局医事課です。

まず、この歯学部振替枠が設けられた経緯に関しましては、先ほど釜薙構成員から御説明いただいた形が基本だと思っておりますが、2ページ目に記載させていただきましたとおり「骨太の方針2009」の際に、各地域の医師の確保等に早急に対応せねばならないということで医学部の臨時定員を増やすといった方針が示されておまして、その一環として歯学部入学定員を減員する場合、そこの大学に臨時定員を置くということで設けられた経緯となります。

その後、延長された経緯に関しましては、令和2年、令和3年、令和4年と、ほかの臨時定員地域枠や研究医枠の延長と併せた形でこの歯学部に関する臨時定員も一緒に延長されたといった経緯となります。

もし文部科学省さんのほうで補足があれば、お願いします。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 ありがとうございます。音声は大丈夫でしょうか。ちょっとマイクの関係だったかとは思うのですが。

○山口構成員 今は聞こえます。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 分かりました。

我々から特に補足することはありませんが、制定経緯等は厚労省さんのほうから御回答いただいたとおりだと思います。我々として今、これをどう考えているのかということに関しては今、厚労省さんのほうとも議論はしているわけではないので、現時点でこの場でいただいた御意見を踏まえて厚労省さんのほうとも今後議論をしていきたいと考えております。よろしくお願いたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

きちんとみんなが納得した継続する理由がないのであれば、やはりここは一度見直す必要があるのではないかと。納得できる継続でなければ意味がないと私は思います。

以上です。

○片峰座長 僕から厚労省に質問なのですけれども、要するに地域枠も含めた臨時定員全体をどうするかという議論とこの歯学部振替枠とか研究医枠とか、そこは分けて議論して、例えばそこだけやめるとか、そういうこともあり得るという理解でよろしいのですか。それとも、臨時定員全体に結論を出した上でということなのではないでしょうか。そこら辺がこの分科会のこの後の議論のポイントになると思うのですが、そこら辺はどうでしょうか。

○山本医事課長 医事課長の山本でございます。

そうした点についても、総合的に今日の議論を踏まえて、次回までに論点、議事等を整理させていただければと考えております。

以上でございます。

○片峰座長 ほかにいかがですか。ございませんか。

家保構成員、お願いします。

○家保構成員 ありがとうございます。

当県の場合、歯科医振替枠はございません。そういうことですので、実際はよく分からないのですが、もしこの定員数の方が地域枠で入られた方と同様の取扱いを、例えば専門医とか臨床研修医の対応でなされるのでしょうか。それによって、先ほど座長がおっしゃられたように、臨時定員枠全体の話なのか、個別の話なのかなどを考えるということになるかと思えます。

もし地域枠と同じ扱いを卒業後されるということであれば、それはこれまでの地域枠定員に足し算をした上で各都道府県のいろいろな考えがあるかもしれませんし、また別であれば、先ほど山口構成員がおっしゃったように、非常に不公平であるというのはこの定員増がない都道府県から見ますと明らかでございますので、その点も踏まえて状況を教えていただければと思えます。

○片峰座長 お答えいただけますか。

○佐野医事課主査 事務局でございます。

現状、歯学部振替枠で定員増となった部分に関して、必ずしも地域枠と同様な従事要件がかかっているわけではないと認識しております。

○片峰座長 よろしいですか。

○家保構成員 そうしますと、都道府県にとってみれば全く無関係の一般入試枠の定員が増えただけで、地域定着にも貢献しない枠になります。やはり少し見直しを考えたほうがいいのかと考えます。現に歯科振り替え枠ある都道府県から異論を言われるかもしれませんが、やはりその点は通常の地域枠とは違った考え方で整理すべきと思えます。

ありがとうございました。

○片峰座長 ほかにいかがでしょう。

神野構成員、お願いします。

○神野構成員 この2ページの資料の下のほうに増員期間2年間とするのは「第35回医師需給分科会での議論を踏まえ」と書いてあります。私がぼうっとしていただけたのか、構成員の方は皆さん御存じだったのか、知りませんが、この議論は今までなかったのではないかという、何か唐突感が非常にあって、なかなか頭の中で整理できなかったことなのかなというふうに私は思います。なので、今回、これが出たことを契機として、次回以降、特にこの臨時定員増の、あるいは地域枠の論議の中で必ず上げていただくことが必要なかなと思いました。

以上です。

○片峰座長 言われるとおりで、少なくとも僕が知る限りは、この分科会での議論は臨時定員をどうするかという議論だったのですよ。その臨時定員の中には、地域枠がメインだけれども、こういったほかの枠も入っていた。そういう中で、個別の議論はほとんどしてこなかったのが事実だと思いますよ。



したがって、先ほどの繰り返しになりますが、この分科会として、例えば臨時定員全体の議論とこの個別の議論を分けてしていくのかどうかというところは重要な判断のポイントになるかなと思うのですが、神野構成員はどう思われますか。

○神野構成員 このできた経緯を考えると、私は分けて考えたほうがいいのかと思いますけれども、いかがでしょうか。

○片峰座長 この点に関して、ほかにいかがですか。

釜菴構成員、お願いします。

○釜菴構成員 私も神野先生と同意見です。まず、この歯学部振替枠に関しては、これらぜひ別途に、別に考えるべきです。先ほども申し上げたように、歯科医師の養成数をどうするかという議論と関わってくることなので、連携を図る必要はありますけれども、本医師需給分科会のメインの課題である医学部の臨時定員、また、全体の定員をどうするかという議論と分けて検討すべきものだと思います。先ほどの2番目の課題の研究医枠についても、これは別に扱ってもよいのではないかと私は考えております。

以上です。○片峰座長 ほかにいかがですか。

○佐野医事課主査 片峰先生、小川先生がもう一度。

○片峰座長 小川先生、ありますか。どうぞ。

○小川構成員 歯学部振替枠にしても研究医枠にしても、最初は地域枠から始まったわけですが、要するに臨時定員を増員するためにはどうすればいいかというところから来たので、全体を統括するような定義等々がなくてスタートしてきたのが現状だと思います。

したがって、資料1の6ページにありますように、医学部臨時定員増に係る方針は新医師確保総合対策から始まって緊急医師確保対策云々かんぬんという形で、非常にその年その年で都合良く、勝手に整合性なく政策が進められてきたのが現状だと思いますので、この辺できっちりと全体を見渡して統一的な議論をするべきなのではないかと思えます。

○片峰座長 山口構成員、お願いします。

○山口構成員 ありがとうございます。

私も最初からこの分科会に参加していますが、この振替枠についてしっかり議論した記憶は全くございません。ですので、いろいろな枠があるのだとしたら、きちんとその枠の意味合いを考えて、やはり分けて考えて見直すべきではないかと私も思っております。

以上です。

○片峰座長 ほかに。

なければ、今日の御意見を踏まえて、今後の議論をどうするか、事務局と相談して、また決定したいと思います。

少し時間は余っていますが。

○佐野医事課主査 小川先生、また手を挙げられていらっしゃいます。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 今までの議論と関係ないのですけれども、地域枠等と関係しているわけではないのですが、一言よろしいでしょうか。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 第35回の医師需給分科会、これは令和2年8月31日に議論されたことなのですけれども、地域枠の定義について、一応、皆さんと議論をされたと思います。しかしながら、これは実は地域枠の定義がこれで決定という形であれしたわけではなくて、私としては非常に消化不良になっておりまして、せんだって前回の第36回の分科会の前に事務局のほうに私見という形で一応、地域枠の定義をこういう形にしたらいいのではないかとということでお示しをしたことがあります。

ただ、そのときは、今回の議論は違う議論だから、それは取り下げてくださいということで取り下げたわけではありますが、ぜひ地域枠の定義について、地域枠に関してはこの定義が全てでございまして、きっちりとはやり、この定義を皆さんの合意を得るような形で決定していただかないと各都道府県も非常に混乱するのではないかと考えておりますので、地域枠の定義について、もう一回、御議論の場をつくっていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○片峰座長 ほかにございますか。

では、福井構成員、お願いします。

○福井構成員 私も、この会はあくまでも地域の偏在、診療科の偏在に特化して、患者さんのケアに当たる医師についての話合いに集中したほうがいいのではないかと思います。

文科省の事務局の方に伺いたいのですけれども、この研究医を増やすためにはやはり別個のかなり強力なディスカッションをした上で国として大きく体制を変える必要があると思います。何かそういう検討会は既に立ち上がって、医学研究を発展させるための話し合いはということもう始まっているのでしょうか。それとも、もしなければ、私は少なくともこの会議程度の委員と時間を投入して検討する価値のあるテーマだと思っている次第です。

○片峰座長 文科省、いかがですか。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 ありがとうございます。

研究医に関する検討会が立ち上がっているかという御質問でしたら、それは現在立ち上がっておりませんが、そうではなくて、日本の研究全体に関して、総合科学技術・イノベーション会議で既に昨年1月、研究力強化・若手研究者支援総合パッケージというものを決定しております。それを基に今、様々な支援が進んでいるところなのですけれども、もちろん、そのみではなくて、我々は当然、医学教育課ですので、研究医に関しても、先ほどから御提案のある臨床研究も含めてですが、どういった支援があり得るのか。今までは定員措置プラス我々の予算事業も若干ありましたが、そのみではない支援措置は何かできないかということは今、担当レベルでは検討を進めております。

この会議の中で御報告するものとして適切かどうかはちょっと厚労省さんと話したいと思いますし、別途、先生などの御意見も伺いながら、日本の研究医、臨床研究も含めて、どういう形が望ましいのかを考えていきたいと思っています。その中に定員措置に関しては、この医師需給分科会の場合でも改めて御議論いただく形にはなるかとは思いますが。

○福井構成員 ありがとうございます。

私はかなり思い切った施策を打ち出さないと、特に医学部の出身者はなかなか基礎系には行かないのではないかと考えています。

以上です。

○片峰座長 それでは、斐構成員からお願いします。

○斐構成員 ありがとうございます。

先ほどの前半の議論にもつながると思うのですが、これまで制度的なところの数字も出していただいて、きちんと戦略が一個一個決まっているのかなとは思いますが。

これからさらに偏在対策を加速するためにこれまでとは違う、それ以外の対策としての御意見を1つ言わせていただきます。医師偏在という問題のメッセージの受け手のメインの一人は間違いなく医師です。特に若い医師です。そうすると、当然ながら制度的なアプローチは必要だと思うのですが、私はもう一つ、やはり消費者心理へのアプローチというか、若い医師をターゲットにした、アプローチはどうしても欠かせないかなと思います。そうすると、偏在対策という取組がどう見えるのか。ある意味、定性的な議論も非常に大事なかなと思います。

その議論に、さらに軸が2つあるかなと思います。1つはコンテンツの軸です。多くの都道府県の医師少数区域、または医師が少ない地域に医師を募集するといった取組の情報発信を注意して見ているのですが、その多くが、医師が足りないから来てほしいとか、何とかしてほしいみたいな、そういう危機感マーケティング的な、医師の自己献身性に訴える部分がやはり少なからずまだまだ見て取れます。そうなりますと、そのアプローチも悪くないのですが、ちょっと陳腐化してきている感はぬぐえません。どの都道府県も同じことを言っているのです、やはりなかなか若い人に届きにくく、埋もれてしまいます。

そうなりますと、例えばですが、医師少数区域をリアルにイメージできない若手の先生方が結構多いので、どこかの医師少数区域をモデル地域みたいにして、そのリアルボイスを伝えるのはすごく大事な部分かなと思います。数字だけではなくて、定性的な本当のリアルボイスを伝えていく。厚労省さんがモデル地域を選んでやっていただきたいと思っています。

2つ目の軸が、アプローチの軸です。既存のホームページやチラシ等は、悪くはないのですが、若い方々にはなかなか届きにくい部分がございます。そうすると、やはりSNSとか、または何かコミュニティーのインフルエンサーとか、そういった若い人たちに医師少数区域の中身の情報が刺さるような別のアプローチが必要かなと思います。

制度としての枠組みというものはこれまで着実に整えつつあるのかなと思います。それを

加速するための別のエンジンをそろそろ積む時期ではないかと思っております。

以上でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

何かコメントはございますか。

そうでしたら、ほかに何かございますか。

○福田医師養成等企画調整室長 先生、事務局でございます。

○片峰座長 どうぞ。

○福田医師養成等企画調整室長 先ほど、地域枠の定義について小川構成員から御意見をいただきました。その点に関して補足で説明させていただければと思っております。

もともと、地域枠が地元出身者枠であった、あるいはいわゆる地域枠。かなり定義が混在していたという問題提起から第35回のところで地域枠の定義を改めて確認し、再定義をさせていただいたところがございます。一応、その分科会におきまして、その案につきましては御了承いただいたと考えております。ただ、周知に関しては不十分だったかもしれませんので、通知等が必要な手続は踏みたいと思っております。

一方で、この定義についてお示ししたものはこれでなければいけないところの最低条件という形でお示ししたものでございます。例えば奨学金の貸与とかについては問わないというふうにしておりましたけれども、これは課していただくところを大学や都道府県の協議の上、設定していただくことについてはそれぞれの主体の下で行っていただきたいという考えでございますので、あれを最低要件ということでオーソライズいただいたものと御認識いただいた上で、それを満たして、かつ必要な要件があれば、それを設定していただくという形になるかと思います。

以上になります。

○片峰座長 小川先生、分科会としては前回の会議で地域枠、地元枠でしたか。あの定義は一応認めていただいたという解釈なのではございますけれども、その辺はどうですか。

○小川構成員 一応、議論はまだ続いていたと思うのです。あの第35回のときに突然、資料がどんと出てきて、これでいいかと言われても、そのときにあまり議論が深まらない中で何となくそういう形になってしまった。ですから、私としては非常に消化不良の状況でございまして、ですから、そんなに時間は取らないとは思いますが、ぜひどこかの時点でもう一度御検討いただければありがたいと思っております。

これは、この地域枠の定義というものがいずれ、これが非常に大事なものは、何が大事かという、現在は臨時定員でやっているのですけれども、いずれ臨時定員はなくなるので、では、正規定員のほうに臨時定員も移していきましようという議論もあったと思えます。そういうことからすると、極めて重要な定義になりますので、1回だけの委員会で突然出てきたもので了承されたと考えていただくのはちょっと乱暴かなと思えます。

○片峰座長 いや、今後議論するのは全然構わないのですけれども、事実経緯から言いますと、8月の第35回で提案していただいて、様々御議論いただいて、その上で同じものが

第36回目に出てきて、そこで一応、一つの結論という形になっているのだと思うのですよ。

○小川構成員 第36回のときに、私のほうからは一応、修正案の提案を事務局に送りました。しかしながら、今回はそれを議論する場ではないので取り下げてくれということで取り下げたわけでありまして、したがって、私が提案した修正案については先生方の目にも全く触れていないということでございますので、門前払いの状況だったと言えるかと思えます。

○片峰座長 了解しました。

そうしましたら、ほかに大丈夫ですか。

今の御議論も含めまして、今後の分科会をどう進めていくか、あるいはそこら辺のスケジュール感も含めて事務局から少し説明していただきたいと思えます。

それと、資料5について、もし御説明があったら、一緒をお願いいたします。

事務局、どうぞ。

○山本医事課長 事務局でございます。

先ほど小川先生から御指摘いただきました件につきましては、過去の経緯も整理いたしまして、また御相談させていただければと思っております。

そのほか、今後の進め方につきましては、今日、それぞれの議題につきまして広範な御意見をいただきましたので、改めて整理をして会議の設定をさせていただければと考えております。

事務局からは以上でございます。

○片峰座長 よろしいでしょうか。今日はこれで終わってよろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○片峰座長 そうしましたら、ここで終了いたします。最後に事務局から連絡事項等があったら、お願いいたします。

○佐野医事課主査 事務局でございます。

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させていただきます。

それでは、本日の会議は終了とさせていただきます。ありがとうございました。

○片峰座長 どうも御苦労さまでした。