

○野口医事課主査 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39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、戎構成員、三根構成員、平川構成員より、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、永井構成員より、所用により14時45分頃に御退席との御連絡をいただいております。

また、熊木総務課長は所用により途中からの出席、鈴木地域医療計画課長は所用により欠席とさせていただきますので、御了承いただければと思います。

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。

医政局医事課企画調整専門官、谷嶋弘修でございます。

それでは、本日の会議の進め方について御説明させていただきます。

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、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、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、あらかじめ御了承いただければと思います。

それでは、本日の資料でございますけれども、資料は資料1、2と参考資料がございます。事前にメールをさせていただきましたが、資料に不足がございましたら事務局にお申しつけいただければと思います。

それでは、マスコミの方の撮影はここまでとさせていただきます。

(マスコミ頭撮り終了)

○野口医事課主査 それでは、以降の議事運営に関しましては、片峰座長、お願いいたします。

○片峰座長 それでは、議事を進行させていただきます。本日もよろしくようお願いいたします。

本日の議題は、令和5年度医学部定員と歯学部振替枠の見直しについてが1つ目。2つ目に本医師需給分科会第5次中間とりまとめ案に関する御審議をお願いすることになっております。

第5次中間とりまとめを行うという考えに至った経緯でございますけれども、後ほどまた詳しい話になるかもしれませんが、御承知のとおり、現在第8次医療計画策定に向けた検討会が立ち上がって、その下の部会において、当分科会の検討課題でございます医師確保、あるいは偏在対策等を含めまして様々な幅広い分野にわたって検討が開始されたとい

うことであります。本分科会としましては、しばらくはその議論の経緯を見守るべきではないかと考えております。一方で、本分科会が6年近くにわたって積み上げてきました議論の成果を第8次医療計画に反映させていただくということも非常に重要なことであると思っております。そういった観点から、この時期に一区切りとして第5次中間とりまとめを発出したらどうかということをございます。この件に関しては後ほど御議論いただきたいと思ひます。

それでは、順番に従ひまして、最初の歯学部振替枠の見直しについてということをございます。皆さん御承知のとおりでしょうけれども、これに関しましては、先行してマスコミのほうで感染症専門医はとか救急医枠という話が出ています。このことを含めまして事務局のほうから資料の説明をお願いしたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 片峰座長、ありがとうございます。

オブザーバーではありますが、文部科学省より御説明差し上げます。資料1を御覧ください。「令和5年度医学部定員と歯学部振替枠の考え方について」ということで、案としてお示しさせていただいております。令和5年度の医学部定員については、これは前回御議論いただいたことですが、歯学部振替枠を除き、令和4年度と同様の方法で設定するという議論になっております。

歯学部の振替枠に期待された役割については一定程度果たされたことから、同枠組みは廃止をした上で、地域における医師確保や診療科偏在対策に有効な範囲に限って、地域枠臨時定員として認めたらどうかということ、御提案させていただきました。

前回の御議論の中で、もうちょっと運用の具体的なことを示していただきたいということでしたので、今回、右の青の点線の四角のとおり、事務局の案としてまとめさせていただいております。歯学部振替枠の取扱いについては、マル1、新規の地域枠臨時定員は、もともと歯学部振替枠を有していた大学に限定せず、各大学から要望可能とさせていただきたいと考えております。マル2として、それに手を挙げるができる大学あるいは都道府県については、将来時点における医師不足都道府県等の地域枠とし、総合診療科、これは地域において幅広く活躍できるお医者さんとか、救急救命科、これも地域に不足している診療科とか、内科等、社会的なニーズに対応する枠等を設定するということとさせていただきたいと考えております。これについては、上のほうの※書きになりますが、当然ながら事前に自治体、都道府県と大学との間で調整のついた範囲に限って要望可能とさせていただきたいと思ひます。

簡単ですが、御説明は以上になります。

○片峰座長 先ほど僕が申し上げたマスコミの報道に関してのコメントはいかがですか。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 我々も報道としては承知しております。見出しで「感染症」となっていたのも承知していますが、感染症は、ここに御参加いただいている先生は御承知のとおり、サブスペシャルティですので、医師のキャリアパスからはワンクッション、ツークッション飛躍のある見出しであったのではないかなと思ひます。

今回我々が御提案させていただくのは、自治体からのニーズに応じた診療科指定をしてくださいということですので、国のほうから、今、我々は例示として総合診療科、救急、内科ということは示させていただきましたが、感染症というのは、要望すれば、最終的にそういうお医者さんを育てたいという枠を見据えて、例えば内科とかを設定するのは可能だと思いますけれども、まず自治体と大学の間で議論いただいた上で、地域に必要な診療科というのを設定していただければと考えております。

○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。手を挙げていただければ、順番に発言いただきたいと思います。最初に山口委員、お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

質問ですけれども、将来時点、2036年、15年後に医師不足、都道府県等の地域枠ということは、現段階で15年後に不足地域だと想定されるという理解でよろしいのでしょうか。何をもってそうだとと言えるかという基準みたいなものはあるのでしょうか。という質問です。

○片峰座長 ここは明確にさせていただいたほうがいいと思います。恐らく本分科会で第4次とりまとめの過程で出されたシミュレーションだと思うのです。要するに、医師多数県と少数県という区別ではなくて、もう一つ将来予測をしたデータがあったと思うのですが、事務局のほうでそこら辺を明確にいただけますか。

○野口医事課主査 事務局でございます。

今、座長のほうから御説明いただきましたように、基本的に第4次中間とりまとめで公表させていただきました将来時点、2036年時点の医師不足都道府県というところで、そちらを基本的に基準とさせていただきます。お願いいたします。

○山口構成員 ということは、今、各都道府県の方々は、自分たちはこの地域は該当するのだと理解できていると受け止めてよろしいですか。

○野口医事課主査 おっしゃるとおりでございます。

○片峰座長 よろしいですか。

そしたら、新井委員、お願いします。

○新井構成員 新井でございます。

資料の2ページにある診療科偏在対策に有用な範囲に限って、地域枠臨時定員として活用するとあり、「有用な範囲に限って」というのが診療科指定と理解しています。確かに「診療科指定」というのは言葉としてはいいのですが、実際に今の地域枠でも小児科とか産婦人科、救急など、ある程度診療科指定で募集をしている枠もあるのですが、これがなかなか充足しないという現実があります。したがって、果たしてこの診療科指定というのがどのくらい有効なのか。募集はしてみたけれども、結局、応募がなかったということになってしまうのではないかと、少し心配しているのですが、その点はいかがでしょう。

○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。

現行で診療科をしている地域枠というのも一定程度存在します。これは要件の縛りの強さに濃淡はありますけれども、その充足状況については、診療科を指定しない無色というか、一般の普通の地域枠の充足状況とおおむね同程度と考えられます。数字としては細かいので、追って新井先生に直接御説明差し上げますが、一定の規模であればこの傾向は変わらないのではないかなと考えております。

また、都道府県から診療科偏在の是正についても様々知事会等々から御要望いただいております。また、一部の大学からも臨時定員を増やしていただきたいという要望がありますので、そういったニーズは一定程度あるのではないかなと考えております。

○新井構成員 分かりました。一部の大学からはこの診療科指定が本当に機能するのかわどかという心配の声が上がっておりますので、その辺は十分に配慮していただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○片峰座長 それでは、次に高知県の家保さん。

○家保構成員 家保です。ありがとうございます。

都道府県の立場から申し上げますと、今回の方向性は基本的にありがたい。すべからく全都道府県というよりは、将来的に医師の確保が困難な地域、医師不足県ということも妥当でございますし、歯科の振替枠を有効に利用するという点でもいいと思います。

ただ、診療科指定につきましては、入学当時に希望された診療科と6年間の教育、また、初期臨床研修を経て志望が変わる方が現実に多数いらっしゃいます。当県では診療科指定はしていませんが、特定の診療科に希望される方には、インセンティブとして奨学金を増額する仕組みをつくっております。当初小児科とか産婦人科を希望されますが、卒業時点ではほかの診療科という方もそれなりの数いらっしゃいまして、加算した部分だけの奨学金を返還するという仕組みで何とか対応しております。

そういう傾向がありますので、都道府県の努力、奨学金制度、大学の現行の努力だけではなかなか難しい部分がございます。もしこういうことを設定するのであれば、確実にそれが実行できるように大学もしくは厚生労働省で仕組みを設定していただかないと、いざ運用する際に地元大学、都道府県としては非常に苦勞することが想定されます。ぜひともその点は御検討いただきたいというお願いでございます。

以上でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、小川委員、お願いいたします。

○小川構成員 ありがとうございます。

先ほど御指摘のあったところでございますけれども、特定の診療科の指定ということになりますと、例えば岩手県では産婦人科と小児科をやっておりますが、応募はございません。それと一つ、このように条件を厳しくすればするほど受験生の学力は落ちます。そういう意味からしますと難易度が低くなる。せっかく入れた、そして6年間教育をした学生

が結果的に進級・卒業できず結果、国家試験に通らなくなるという可能性もあります。学力ベースからいたしますと、地域枠に加え将来の診療科を限定するなど条件を次々に重ねていくことは、学力の低下をもたらし、そういう意味からすると、あまり効果的ではないのではないか。新井構成員の御意見と同じで、そういう意味ではこの辺を考え直したほうがいいのではないかということです。

それから、18歳の子供が医療・医学も何も知らない段階で将来何科になるのだというモチベーションが実際あるのかどうか。やはり大学の医学部で学んで、その結果、この方向に進むのだということになるのだと思いますので、18歳の高校3年生がこういう診療科を目指すのだというのは、なかなか難しい話なのではないかと思います。

以上です。

○片峰座長 小川先生、前回先生から発言があって、僕のところもそうですけれども、歯学部振替枠を供出した大学にとっては既得権がなくなるということに関しては、先生は御了解をいただけますか。

○小川構成員 了解はいたしません。というのは、歯学部振替枠をつくっていただいたときには、例えば地域枠とか診療科別という条件は入っていなかったわけです。そして、歯学部恒久定員から医学部の臨時定員に入れたわけですから、もしそういうことであれば、これはたしか平成22年だったと思いますが、そのときの約束と違う形になります。そうであれば医学部の恒久定員に入れるとか、こういう条件を入れていただければこのままではちょっと無理なのではないかなと思います。

○片峰座長 小川先生、もうよろしいですか。

○小川構成員 もちろん、まだあるのですけれども、取りあえずのところはここで切っておきます。

○片峰座長 医学教育課のほうから今のところをもう一回説明していただいたほうがクリアになると思うのですが、今回の中間とりまとめ案の中にも歯学部振替枠の役割は終了したと書いてあるのですけれども、その観点も含めて、先ほどの論点、既得権の話ですが、考え方を少しクリアにしておいていただいたほうがいいかなと思いますので、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 まず、歯学部振替枠のそもそもの導入の趣旨ですが、これについては、骨太の方針2009年、小川先生が御説明いただいたとおり、平成22年度、医学、歯学部を併せ有する大学については、歯学部の入学定員を減員する場合、それに見合う医学部の増員を臨時的に認めるということで、運用を図ってきたところでして、これは医師の需給というよりは、歯科医師の需給の観点から歯学部定員を合理化するという目的の下で置かれたものでして、この目的は現在も変わっていない。

加えて、その歯学部振替枠による医学部臨時定員が恒久的な減員であることを前提として認可しておりますので、この振替枠が廃止された場合についても歯学部定員は再び元に戻るということはないという運用になっております。

片峰先生がおっしゃった「既得権益」という表現は、すみません、事務方としてはあまり使いたくないのですけれども、そういった扱いについては、今回御提案いただいている診療科指定の地域枠ということに手を挙げていただいて、医師の需給の状況に合わせて措置をする、診療科偏在の対策に有効な範囲に限って認めるという枠で御提案させていただいております。

小川先生とその直前の家保先生からも御説明があった医師のキャリアパスが極度に縛られてしまい、手を挙げる人がいないのではないかと、充足しないのではないかとという御懸念に関して、再度になってしまうのですけれども、今時点でもおよそ200名超診療科が指定されている、小川先生がおっしゃった産科、小児科ということ、そこまで縛られているものではなく、もうちょっと幅広く指定しているものも含めてですが、現行でも95%以上その定員枠が充足しているという状況になっています。

この規模が、必ずしも正確な予測をするのは難しいのですけれども、一定の規模であればこの傾向は変わらないのではないかと考えています。急に18歳人口が減るという状況でもないです。漸減はしていきますが、減るという状況ではないので、恐らくこの傾向は続くのではないかなと。

キャリアパスを極度に縛るという観点からは、卒業後のキャリアパスや受験生への配慮という観点からも、産科、小児科も、あるいはもうちょっと幅広く総合診療とか救急、内科、複数の診療科を指定して、選択の幅を持たせてあげることが望ましいのではないかと我々としても考えております。

大学側に何らかのインセンティブはないかという点に関しても、我々としても医学部教育が6年間の中でより充実した教育を受けることができるように、何らかその支援ができないかということのをこれから財務当局も含めて調整していきたいと考えておりますので、御理解いただければと思います。

○片峰座長 それでは、今村構成員からお願いいたします。

○今村構成員 ありがとうございます。

幾つか確認と意見を申し上げたいと思います。今まで大学ごとに運用していた地域枠というのがばらばらだったので、本検討会でルールを統一しましょうということで、地域枠では別枠で試験をしていただくということとしたわけです。しかし、もう既に大学によっては診療科指定をしているところもあるというお話ですけれども、今後制度として新たに診療科の指定ができるとなると、結局、その地域枠の中に新たにもう一つ枠を設けることになるのですが、その運用については、それぞれの大学ごとに独自に設けるというお話なのか、あるいは統一的に何かルールを決めるのか、その辺のお考えはどうなのかということ伺いたしたいと思います。

というのは、同級生の中に一般枠と地域枠があって、さらにその中に診療科を指定されている学生が含まれるということの問題が起こってこないのかどうか。そもそも、今までそういう募集をしているところがあるというお話ですけれども、一体どれぐらいの大学

がどれぐらいの診療科、どれぐらいの人数をそもそも試験で選ばれているのか。さらには小川構成員からも御指摘のあったような学内での成績というものが、他の学生と違っていないのかどうか。そういうエビデンスに基づいてこれをどうするかという議論は一定程度必要なのではないかと思います。若い人たちは縛りが多くなればなるほどそういうものを避ける傾向にあって、先ほどのお話を伺うと、地域枠の枠はあるのだけれども応募してくる人たちがいないみたいなお話があるのであれば、一体募集の定員がどのぐらいあって、今、どのぐらい応募されているのか、そういうデータもぜひお示しいただきたいなと思っています。これは今日一定の結論を出さなければいけないお話なのかもしれないのですが、文科省として現状の実態について教えていただければと思っています。

これは細かいことですが、歯学部の振替枠の取扱いのところで、メディアに感染症科というのが出ていて、これは今回の検討会の話とは全く別の話ということですが、サブスペシャリティというご発言がありましたけれども、ここに挙げられている診療科が、いわゆる専門医の基本領域ということで挙げられているのだとすると、救急救命科という科はなく、「救急科」が正しいので、公の文章として出されるのだったら、そこは修正されておいたほうが良いと思います。

以上です。

○片峰座長 それでは、お答えいただけますか。簡単をお願いします。

○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。

まず、数ですけれども、令和3年度実績で診療科を何らかの形で指定しているという大学は、自治医科大学を除いて、80大学中27大学において診療科を一定程度指定しているものがあります。その中で診療科指定、具体的な人数というところから言うと、地域枠全体が1,723名、診療科指定が245名ということになります。これは恒久定員枠内に置かれている地域枠も含まれているので、臨時定員だけというわけではないのですけれども、245名の地域枠が存在しております。

指定されている診療科が多いのは産科、産婦人科。小川先生がおっしゃったとおりの科ですとか、あとは今村先生がおっしゃった救急科。あとは小児科、総合診療、その次に内科、外科という形になっております。

充足率ですけれども、これは年度ごとにばらつきがありますが、おおむね96%か97%ぐらい充足しております。地域枠が97%、98%。当然縛ることによりちょっと学生が嫌がるという傾向は、数字で言うと1%、2%現れていますが、必ずしも全く閑古鳥という状況にはならないのではないかと思います。これは当然ながら蓋を開けてみないと分からないという状況であるのは、先生方が御懸念のとおりだと思います。

○片峰座長 それでは、堀之内構成員、お願いします。

○堀之内構成員 ありがとうございます。がんセンターの堀之内です。

既に御議論が何回もありましたので、シンプルに参りたいと思います。1点目が、片峰先生以下、この分科会では地域偏在、診療科偏在がこれまで議論されてきて、精緻な議論

があるのですけれども、ここに来て地域枠の中での話が一番波及してしまった感じがあります。その部分に懸念を覚えております。ですので、今日後半でよくまとまったこれまでの議論のとりまとめがあり、そちらをしっかりと発信できるようにすることが何より大事なのではなかろうかと思っております。その点、関係各位にお願いしたいなと思っております。

次が具体的なツールとしての診療科の指定ですが、これも今までさんざんいろいろな御意見があったところです。応募する側からすると、応募しづらいなと思う方が多いだろうというところが、今まで御指摘があったところです。そもそも診療科偏在に関して何かしら手を打つ方法として、そんなにうまくできた方法ではない気がいたします。ですので、これについてはある程度慎重に考えないといけないのだろうというのは皆さんと同じところではあります。

1点伺いたかったのは、今までは充足率のところが出てまいりました。一番効いてくるのは、実際臨床に入る専門医とかを取得するときに、やはりあの専門医がいいなと思って、そこでこの診療科の縛りから離れるために地域枠自体を抜けてしまうという方が結構出るのでなかろうか。そこを連動させることの危険性もあるのではなかろうかと思っております。今、まさに養成しているところだと思うのですけれども、大きな目的を達成するために設定したちょっとした仕掛けのために全体の目的が達成できなくなってしまうということがないように、よくモニタリングされることが必要だと思います。現時点で例えば地域枠自体からこれがきっかけで離脱されてしまった方の数はあるのでしょうかという御質問になります。

○片峰座長 今の御質問にどなたか答えられますか。

○野口医事課主査 事務局でございます。

診療科指定から外れるということで、地域枠も外れるケースについて、データとしては持っておりませんが、そういったケースがあると伺っております。

○片峰座長 そしたら、神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員 今回の歯学部振替枠、地域枠の件でなくて、私の今までの議論に対しての理解が悪いのかもしれませんが、今日の資料の一番上であります。「令和5年度の医学部定員については、令和4年度と同様の方法で設定する」と明言されているわけですが、参考資料を見せていただきますけれども、これはちょっと古いですね。令和4年までは、今までどおりに臨時定員もやる。令和4年で1回御破算にして、そして令和5年はまた新たに地域枠等を各地域別に考えるという議論だったように思います。違っていたら教えていただきたいのですが、今回はっきりと令和5年の医学部定員は令和4年と同様ということですので、参考資料にある臨時定員933人、恒久定員8,397人は、令和5年は今までどおり行くのですということをご宣言するということによろしいですね。確認です。

○片峰座長 僕の理解では、歯学部枠を除いてそこが大きなポイントだと思います。

事務局、それでよろしいですね。

○野口医事課主査 事務局でございます。



参考資料につけさせていただいたのが令和4年度の医学部定員の考え方でございまして、こちらは令和2年と3年と同様に設定をさせていただくということで、臨時定員933人を上限としております。この中に歯学部振替枠も入っておりますので、令和5年度につきましても臨時定員の上限は、歯学部振替枠を地域枠としたものも933というふうな設定方法になるかと考えます。

○神野構成員 すみません。その辺のところは明確でなかったような気がしたので、あえて質問させていただきました。

ありがとうございます。

○片峰座長 神野先生、僕の理解で言いますと、地域枠全体を含めまして、医学部定員の適正化についてはなかなか結論が出そうにないという中で、例外として歯学部枠を今、議論していただいているわけです。これをそのまま地域枠そのものとして議論するとおかしなことになるのだらうと思うのです。そういった意味では、少し別の角度から必要性を付加しないと理屈が通らないのではないかと考えていて、そういった意味でこういう提案になったのかなというのが僕の理解です。

○神野構成員 分かりました。

それでは、小川先生、もう一つございますか。

○小川構成員 ありがとうございます。

そもそも論ですけれども、入学時の診療科指定というのは、医学教育全体の問題でございますし、6年間の医学教育、今までやってきた医学教育と違う形になるわけです。それから医学部の入学試験の在り方も大きく変わることになるので、こういう非常に重要な問題を例えば医療従事者の需給に関する検討会で決めていいものかどうか。医学教育全体に関係する問題ですから、それを医師需給の検討会、あるいは医療従事者の需給に関する検討会で議論すべきことなのかどうかということから問題を提起したいと思います。よろしくをお願いします。

○片峰座長 なかなか難しい質問ですけれども、どなたか御意見ございますか。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 文部科学省から発言をして大丈夫でしょうか。

○片峰座長 どうぞ。

○小松崎文部科学省高等教育局医学教育課長補佐 今、小川先生がおっしゃったとおり、診療科を指定するというので、現在指定されている地域枠に関しては、当該診療科を意識したような特別の教育が組まれることが当然望ましいと思うので、先生がおっしゃるとおり、医学教育全体の問題に関わってくるというのは、御指摘のとおりだと思います。

そのため、文部科学省としても診療科指定の地域枠の学生を中心に何らか特別なプログラムが組めることができるような支援を含めて、今、検討を進めているところであります。

もう一点、我々としても今、ちょうどモデル・コア・カリキュラムの改訂を進めておりまして、医学教育の中で3分の2はモデル・コア・カリキュラムの中で決めるとされてお

りまして、残りの3分の1については各大学の自由に任せる、あるいは各学生の自由に任せるという形になっておりますので、その3分の1の中でそういったプログラムを組んでいただくというのは可能なのかなと思います。ただ、一方で、モデル・コア・カリキュラムは近年肥大化しているのではないかと、モデル・コア・カリキュラムをこなすのでいっぱいになってしまっているのではないかと御指摘をいただいておりますので、今回のモデル・コア・カリキュラムの改訂ではスリム化というのをしっかりやって、今回のような診療科指定の枠の学生に沿った教育もできるような余裕を持たせられれば良いかと考えております。

○片峰座長 それでは、最後に北村委員にお願いしたいと思います。前回北村構成員のほうから総合診療医の不足の問題を地域枠と関係づけたらという御意見をいただいたと思います。北村構成員、そこも含めてお願いいたします。

○北村構成員 ありがとうございます。

ちょうど今、文科省から御説明があったことも聞きたいと思ったわけです。こういう診療科枠を指定した場合、6年間の教育課程でそれぞれ違うものを用意するのか、総合診療に行く人には総合診療を多く実習させる、救急救命に行く人は救急を多く学ばせる、そういうことが本当にいいことなのかどうか議論しないといけないかなと。

では、一般枠の人は救命救急枠からはじかれてしまうという意見も出るかもしれないですし、逆に総合診療は地域医療の枠の人が行けばいいもので、自分たちは総合診療に行かないという発想になられても困るわけで、教育課程は今の段階では同じであるべきだと思います。もちろん、エクストラの夏休みに何とかするという部活的な活動でやる分は構わないですが、正規の課程においては全ての人が同じカリキュラムであるべきだと思います。

言葉尻を捉えるようで恐縮ですが、「社会的なニーズに対応する枠」と書いてありますが、逆に社会的ニーズに対応しない診療科というのはあるのでしょうか。全ての診療科が社会的ニーズに対応して存在しているわけですので、もしどうしても書くのであれば、「地域のニーズに対応する枠」としたほうが、それぞれの地域枠との整合性で合致しているのではないかと思います。

今度は卒業したときの従事要件ですが、地域枠は一般に9年になっていますが、診療科は、普通にやりますと初期臨床2年、専門医の研修が3年ですと、5年くらいで救命救急の専門医とか内科の専門医が取れます。そこまででいいのですか。それとも9年間内科をやらなければいけないのですか。それとも一生内科をやらないといけないのでしょうか。この従事要件は一律に決める必要がないかもしれませんが、地域枠というのは9年とはっきり言えますが、診療科というのははっきり9年と言えないような気がします。地域に対応した診療をしていれば、それでいいのではないかとこの気もしないでもないのですが、このような点を教えてください。

○片峰座長 事務局、答えられますか。

○野口医事課主査 事務局でございます。

北村先生から御指摘のあった従事要件についてでございます。今回地域枠として歯学部振替枠であった枠を運用するということでございますので、基本的には地域枠としての従事要件9年間で課されて、なおかつキャリア形成プログラムなども適用されると認識をしております。その中で診療科がどのように指定されるかというところでございますが、基本的に都道府県との従事要件の設定によるものと思います。その中の9年間全てをその診療科でという場合もあるでしょうし、条件の設定の仕方によっては異なったやり方もあるのではないかと考えております。

○片峰座長 北村構成員、今の御説明のとおりで、基本的には大学と都道府県との話の中でこのカリキュラムが決まってくるのだと思うのです。専門の方向性が。そういった意味では、ここでどういう方向性でなければならぬと決めるのもなかなか難しいのかなと思うのですが。

それでは、山内構成員を最後にさせていただきます。

○山内構成員 すみません。お時間がないところを手短かにですけれども、私は皆さんの御意見を聞いていて、診療科指定の地域枠というものが本当に必要なのか、本当に大丈夫なのかということをもう一度しっかりと考えていただきたいと思います。今ありましたように、1つは、学生の側からしてみたら、18歳で高校を卒業して医者になるかどうか、やっとの思いで医者になるという決意をした人たちが、診療科まで決めるのは非常に難しいと思います。

それから、今、文科省の方が医学部内での教育もそれを考えるとおっしゃいましたが、医学部内で例えば総合診療科に行く枠だったから、そちらのほうの教育をしてきていて、その方が最終的に例えば外科のほうをどうしてもやりたくなってきたときに、その教育が今度は偏ってしまうという反対の弊害もあるのではないかとということも思っております。

もともとこれは総合診療科が足りないというか、総合診療科がたくさんいたほうがいいのかということで、その枠に関しては、ここでみんなで合意をしたことではあります、ほかの診療科とかは特にそういったことを決めるよりも、もともとの議論の中で地域枠というものを今までしっかりとされてこなかった、形骸化してきている地域枠をしっかりとまずは守ってもらおうということがあったので、反対に診療科指定の地域枠というものをつくると、またその部分があるはいいけれども、結局は守らないという形骸化してくるということが起こることを非常に懸念しております。ですので、診療科指定の地域枠ということに関しては慎重に考えていただければと思います。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。では、ここまでにしたいと思います。

様々な御意見が出ました。基本的には歯学部振替枠を中止すると。それで出てきた44のポストをその地域に限定せずに、地域のニーズに応じて汎用性のあるポストとして活用すると。その上で、今日の議論のポイントは、提案の案の中のマル2のところの書き方の問題があると思うのです。「診療科指定の地域枠」と明確に書くかどうかということも含

めて検討していただくということで、歯学部振替枠をこういう形で活用していくという大きな方向性については、取りあえず御了承いただいたということでよろしいですか。

(首肯する委員あり)

○片峰座長 駄目という方は手を挙げてください。

それでは、取りあえずそういうことにさせていただきます。

次は、最初に申しました医師需給分科会第5次中間とりまとめの案について、資料2に基づいて御説明をお願いいたします。

○野口医事課主査 事務局でございます。

それでは、事務局より資料2について御説明させていただけたらと思います。今朝方送らせていただいたものに沿って御説明させていただきます。

このとりまとめ案は6つのセクションで構成しております。前半の3つのセクションについては、本分科会で検討いただいております。需給推計であるとか偏在対策等について、これまでの取組ということでまとめさせていただいて、後半の3つに関しては、今後の需給推計、偏在対策の方向性について提言という形でまとめさせていただきました。

まず、1ページ目から御説明をさせていただけたらと思います。「1. はじめに」のところでございますが、本分科会は平成27年に始まりまして、39回にわたって開催しております。4つのとりまとめを公表しております。様々な取組が行われてきているというところでございます。マルの2つ目、3つ目で第2次中間とりまとめ、第4次中間とりまとめ以降の取組について少し触れさせていただいております。今回の第5次中間とりまとめでは、これまでの取組を総括するとともに、令和5年度の臨時定員を含め、今後の医師需給の考え方について整理を行うものがございます。

2番目、医師の養成数と需給推計についてでございます。こちらは過去の推計について記載しております。これまで平成20年から地域枠を中心に増やしてきたというところで、医師数に関しては毎年3,500~4,000ぐらい増えているというところで、今後もこの傾向が続くということが見込まれているところがございます。

以前も需給推計を行っているところがございますが、令和2年に従来の推計方法を見直して精緻化してございます。具体的には供給推計で海外医学部卒の伸びなどを考慮したり、需要推計において地域医療構想を踏まえて推計に組み込むというところですか、労働時間の上限についても織り込んだ形でございます。そういった需給推計を踏まえすと、令和11年頃には需要と供給が均衡するという推計の結果でございました。

2ページ目、3番目、医師偏在対策の概要についてでございます。これまで地域医療構想の推進と併せて医師の偏在対策の取組を進めてきたところがございます。

2つ目のマルは、本分科会と臨床研修部会、専門研修部会の立ち位置についてまとめさせていただきました。本分科会で全体の需給とか偏在の対策について一体的に検討を行って、それを踏まえて臨床研修部会、専門研修部会で検討を行っていただいているというところがございます。

(1) 「地域枠等」から「地域枠」の設定へというところでございます。これまで地域枠が設けられてきたというところですが、不適切な運用実態があったというところで、令和2年度から別枠の方式、また、キャリア形成プログラムの適用、そういったものが行われてまいりました。

2つ目のマルでございます。「地域枠等」という呼称については、定義が曖昧だった、運用も異なっていたというところ、改めてこちらの分科会での議論を基に、別枠の選抜方式というところ、従事についても9年以上とした上で、キャリア形成プログラムへの参加を要件とさせていただいております。

(2) 臨床研修制度における地域偏在対策でございます。平成16年に始まったこの制度でございますけれども、都市部に集中する傾向が続いたため、都道府県別の上限設定をさせていただいて、さらに募集定員の倍率を縮小するというところについてまとめさせていただきました。

(3) 専門医制度における地域・診療科偏在対策でございます。新専門医制度を30年に開始しておりまして、地域偏在、診療科偏在についても配慮するという観点で、都道府県別・診療科別の専攻医の採用数の上限を設定してございます。こちらに関しても、地域の実情、実態にも配慮するというところで、都道府県の意見を踏まえて厚生労働大臣から意見・要請を行う制度としてございます。

(4) 都道府県における地域偏在対策でございます。平成30年の医療法・医師法の改正に基づきまして、医師偏在指標を参照しておりまして、そちらを基に医師確保計画を策定していただいているというところでございます。また、基金の活用などでも医師の確保を行っていただいているところでございます。

また、医師少数区域での勤務経験を厚生労働大臣が認定する制度等によって、インセンティブの設定といったものも行っていきます。

外来医療機能につきましても、こういった外来医療計画を策定するような取組、対策を講じているところでございます。

ここまですべて3番までというところで、これまでの需給推計、偏在対策についてでございます。

4番目以降が今後の将来についての考え方でございます。

まず、将来の医師需給に関する本分科会の考え方というところで、「(1) 医師需給を取り巻く状況と認識」というところとさせていただきます。(1)の1つ目のマル、2つ目のマルでは需給推計を再掲させていただいております。令和11年頃には需給が均衡し、その後も医師数は増え続けると。一方で、人口減少に伴い将来的には医療需要が減少局面になるというところで、医師の増加のペースについては見直しが必要であるというところがございます。一方で、偏在については依然としてあるというところですので、引き続き偏在対策が重要であるとしております。

次のマルでございます。こういった中長期のマクロの医師の需給に関しては、大きな見

通しの変化はないと考えてございますが、今般コロナウイルス感染症の流行によって、一時的、局所的に医療提供体制が逼迫するという事態が生じたところですので、こういった事態に柔軟に、機動的に対応できるような医療提供体制の構築が求められているというところでございます。

今後については、こういった地域医療構想の推進と、マクロ需給推計に基づく医師養成数の見直しに加えまして、本年、改正医療法によって位置づけられた新興感染症の対策が盛り込まれた医療計画と医師確保計画等を通じて、こういった必要な措置を講じていく重要性について触れさせていただきました。

(2) 令和5年度以降の医師養成数についてでございます。今、申し上げたような状況を考慮した上で、医師養成数につきましては見直しの必要性があるということと併せて、医師偏在対策を進めるところが必要であるというところでございます。

4枚目でございます。次のマルは歯学部振替枠の見直しについて触れさせていただきました。

次のマル、令和6年度以降の医学部定員につきましては、第8次医療計画等に関する検討会における議論の状況を踏まえて検討する必要があるとさせていただいております。

その際、従事要件の実態把握であるとか、従事要件の設定方法についても検討することが重要であるとさせていただきました。

5番、偏在対策に関する提言でございます。本分科会での議論を踏まえて様々な偏在対策を行ってきたところでございますが、地域枠医師の高い定着割合など、こういった一定の効果が現れ始めているというところでございますけれども、医師の養成には時間を要して、現時点での効果は限定的であるというところで、今後十分な効果検証が必要であるとしております。その上で、特に留意すべき事項として(1)から(3)を挙げさせていただきました。

まず、医師養成過程における地域・診療科偏在対策としまして、地域における医師の確保を図るというところで、地域枠の設置・増員を進めていく必要があるというところ。ただ、設置・増員を進める際には、定員数が安定している恒久定員内で措置することが望ましいということに記載させていただきました。恒久定員を含む医学部定員内に地域枠を確保していくということが重要とさせていただきました。

次のマルは、本分科会と各臨床研修部会、専門研修部会のことについて記載させていただいております。

次のマルでございます。キャリア形成プログラムのさらなる充実・魅力化。また、国による都道府県の取組の支援というところをまとめさせていただきました。

5ページ目に入ります。(2) 医師確保計画及び外来医療計画でございます。本分科会で議論を進めてきた医師確保計画、外来医療計画に関しては、8次医療計画の検討会において、医療計画や地域医療構想と一体的に議論されるというところを記載させていただいております。

その具体的なところですが、こういった医師確保ガイドライン、外来医療のガイドライン、こういった改正の検討が行われることとなっておりますので、こちらで引き続き検討をしていただきたいと思いますというところがございます。

また、医師不足地域での勤務に対するインセンティブを高めるというところで、先ほど挙げさせていただいた医師少数地域の経験を認定する制度であるとか、また、そういった取組の一層の推進によって、医師養成過程だけでは時間がかかると予想されることを、さらに加速するということが重要であるとさせていただきました。

(3)は総合的な診療能力を有する医師の養成についてでございます。今後偏在対策を進める上では、先ほども先生方から御指摘があったとおりでございまして、幅広い地域のニーズに対応できる総合的な診療能力を有する医師を育成するということの重要性について記載させていただきました。

次のマルでございます。こういった領域を目指す方のために、キャリアパス、ロールモデルが必要であるというところ。

医学教育についても、こういった医師養成が必要であるというところと併せて、既に特定の専門性がある先生におかれましても、こういった能力を身につけていただくことを促すというところについて触れさせていただきました。

次のマルでございます。一方で、診療科偏在に関しては、こういった医師だけではなくて、これまで行ってきた偏在対策、地域の実情も加味する必要があるというところがございます。

(4)には医師の働き方改革との連動を記載させていただきました。医師の確保と併せて、地域医療を担う勤務医の勤務環境を改善するということの重要性について記載させていただきました。これから医師の働き方改革が進むというところで、その際、出産、育児、介護などライフイベントを経験する医師が、仕事と家庭を両立できるような勤務環境の改善を推進するというところを記載させていただいております。

最後に、「6. おわりに」でございます。これまでの総括というところがございます。1つ目のマル、平成27年発足時の問題意識としましては、それまで増員されてきた医学部定員がございましたけれども、地域偏在、診療科偏在の解消にはつながっていないというのが問題点でございまして、偏在対策を最重要課題として位置づけまして、これまで客観的な指標に基づく偏在対策の実施につながったというところがございます。

次のマルでございます。今後そういった対策を推進する観点では、第2次中間とりまとめにおいて課題として整理した認定医師の管理者要件、そういったものの拡大等についても将来検討を期待したいというところがございます。

次でございます。本分科会のミッションでございました医師の需給推計に基づく医学部定員の在り方については、最終結論を得ていないという状況でございます。マクロ需給推計については中長期的には大きく変わらないというところがございます。

次は今後の医学部定員についてでございますが、現在、第8次医療計画等に関する検討

会の下、地域医療構想、働き方改革、新興感染症の観点というところで、医療提供体制の議論が進められているというところを踏まえて、改めて検討する必要があるとさせていただきます。その際、地域枠定員の医師偏在指標に基づく調整に関しましても、同一三次医療圏だけでなく、二次医療圏の医療提供体制も踏まえて検討する必要があるとさせていただきます。

最後でございます。これらの検討が行われる際、6年間の議論が生かされるとともに、関係者が自身の視点に加えて、他の関係者や意見も理解し、我が国の医療を最適化する上で最も合理的と考えられる結論を得られるよう検討が行われることを期待するというところで、最後の結びとさせていただきます。

少々長くなりましたが、資料の説明は以上でございます。

○片峰座長 どうもありがとうございます。

それでは、御意見をお受けしたいと思います。手挙げをお願いいたします。それでは、最初に新井構成員、お願いいたします。

○新井構成員 新井でございます。

資料の詳細な説明をありがとうございました。4ページの「今後の偏在対策等に関する提言」の(1)の最初のマルです。上から4行目「その際、安定した運用の観点から、定員数が安定している恒久定員内で措置することが望ましく」とございますけれども、これが本当に望ましいのかどうかということをおえて申し上げたいと思います。将来的な医師需給バランスを考えて臨時定員増をゼロベースで見直さなくてはいけないということはよく理解できるのですが、だからといって恒久定員の中に地域枠を組み込むことを短絡的に結論することが妥当なのかどうかを聞きたいと思います。

先ほどからも議論になっていきますけれども、地域枠を恒久定員の中に組み込みますと、欠員が出せなくなりますので、そうなりますと、大学としては自己防衛的に地域枠の数を制限するということが起こるのではないかと思います。2年前からこの地域枠は別枠入試になっていますので、一般入試から補填はできないということになっています。それを考えると、恒久定員の中に組み込まれた地域枠が本当にうまく機能するのか心配です。

起こると予測されることは、大学は恒久定員の中の地域枠を抑制しようとする一方で、自治体のほうは地域枠を増やせと圧力をかける。こういった事態が生じたときにどうなるのか。その次のところに「自治体や大学の状況や考えを踏まえながら」とありますが、この「考え」という文言は、大学の自主性をある程度認めるというふうに読み取れるわけですが、そこが非常に大きなポイントになると思います。大学の自主性に対する配慮を是非お願いしたいと思います。

もう一点は、国立大学に関しましては、国立大学協会の入学選抜についての実施要領というのがありまして、入試資格に制約のある入学選抜入試に関しては、これを5割以下にとどめるという取決めがあると聞いています。地域枠を5割まで認めるといったようなことが以前に議論されたように思うのですが、そうなりますと、総合型選抜とか学校推薦と



か、そういった入試ができなくなって、大学に求められているダイバーシティの達成ということに障害が生じる可能性もあると思います。

したがって最初の発言に戻りますけれども、地域枠を恒久定員の中に組み込むことが望ましいという断定的な言いぶりが果たして妥当なのかということについては、かなり慎重な議論が必要なのではないかとこのことを改めて申し上げたいと思います。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、  
構成員、お願いします。

○斐構成員 ありがとうございます。斐でございます。

中間とりまとめ、非常に網羅的にまとめていただきましてありがとうございます。

私からは5ページの「(4) 医師の働き方改革との連動」と「おわりに」の項目の幾つかに当てはまると思うのですが、地域の「定着」という言葉に関して、定着の再定義を今後はどこかでしなければいけないのかなと思います。つまり、今、医師需給を考える上で、実数としたら基本的には人数ベースで考えていますが、ここに働き方ということが新たな変数として加わるわけです。そうなりますと、医療提供実態は、働き方改革が進んでいき、働き方の多様性がさらに活動的に進んでおりますので、提供実態は大きく3つの視点から考える必要があると思います。

1つは常勤、非常勤という視点です。2つ目が地域をまたいでの勤務。3つ目が兼業・副業。働き方改革で兼業・副業の通算時間が時間外上限規制に当てはまりますので、どのようになるかこれから読みにくくなってきます。となりますと、地域の医療提供体制の実態が、人数だけの把握では不十分な部分が出てきかねないこととなります。つまり、これからの医師の働き方改革や働き方の多様性を踏まえての医師需給の考え方にリアルな働き方の実態も加味して考えたほうが、より適切な地域医療提供体制の構築につながっていくのかなと思います。ただし、働き方の実態を把握するのは非常に困難だと思います。ただ、困難だから把握しないというのは少し乱暴かなと思いますので、ある程度の概数だけでも把握する努力は必要なのかなと思います。

医者数とその働き方、この2変数で医師需給をこれから見ていく必要があるのかなと思いますので、中間とりまとめの今回の5ページの(4)に関わる部分かと思っておりますので、1つコメントとして付け加えさせていただきます。

以上でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、釜菴構成員、お願いします。

○釜菴構成員 釜菴です。

片峰先生の下でこの検討を医師需給分科会で6年にわたってやってきて、次は第8次の

医療計画等に関する検討会のほうに場合によっては議論が移っていくのかもしれないのですけれども、今回の第5次のとりのため、今日示された案はかなりよくできているとは思いますが、これまで積み上げてきた議論の内容をしっかりと5次のとりの中に盛り込んでいただきたいと全体として思います。

その中で、これまでの議論の中で地域枠の学生がそれぞれの地域で大いに活躍するようになってきたという状況は、全国の各地で見られていると思います。そのことは大きな進歩・進展で、よい方向に向かっていると思いますが、今回この検討会でこれまでにいろいろ検討してきたマクロの需給、あるいは個々の地域における需給の検討はかなり精緻に行われてきていて、そして今後想定される働き方の改革についても一定のいろいろな要素を加えて需給推計ができてきたと認識をしておりますので、これまでの成果を十分生かしていく必要があるだろうと強く思います。

それは具体的には冒頭で神野構成員からもお話がありましたが、今回は令和5年のものを決めるのだけれども、結局、蓋を開けてみると、44名の歯学部振替枠のところしか令和5年ではいじれなかったわけです。しかし、これまでの議論では、地域枠と恒久定員のところをもっとダイナミックに動かしていく方向性を出して、合意も形成してやっていきたいと強く願っていたわけですが、コロナ禍等もあって検討がどんどん延びていっているわけです。変更の2年前にはきちっとそのスキームが示されなければならないということになると、令和6年がうまくいくのか、あるいは7年がうまくいくのかという不安を感じるわけでありまして、これまでの議論をしっかりと生かしてその成果が出てくるようにと思います。

新井構成員から御指摘があった御懸念もよく理解していますが、これは地域枠を全部なしにして、全て恒久定員の中に埋め込むというところまで行かなくても、それぞれの地域における医師が多いところ、少ないところに応じて対応できることが大いにあるわけでありまして、全然そのところをいじらないというので先々まで行くわけにもいかないだろうなと思っておって、成果をしっかりと生かした形で前に進めていくということが必要でありますので、その決意を第5次のとりの中に。何しろこれまで6年も随分議論してきたわけですから、その成果をしっかりと現実に生かしていく、あるいは変えていくというところの決意をもう少し示していただきたいというのが全体としての私の意見です。

今度第8次の医療計画等の関係で、5疾病・5事業が5疾病・6事業で、新興感染症等の対応のことを踏まえた変更というのはぜひ必要になってくるわけですが、その議論の中で、感染症の診療に携わる者、あるいは呼吸器内科の専門医が必要だという指摘もあります。コロナ禍、これまで1年半以上の様子を見てみると、自分の専門領域は専門領域としてしっかりと持ちながらも、なるべく幅広い領域に役に立つ医師がぜひ必要でありまして、それは必ずしも総合診療専門ということではなくて、幅広い診療領域に自分でいろいろ工夫をし、勉強しながらチャレンジをしていくということが極めて重要であるということ、コロナ禍を通じて痛感をしているところであります。

ですから、専門領域の人を増やすということで、冒頭に片峰座長からもお話があったマスコミに出た部分で、あれはちょっとミスリードだろうなと思うのだけれども、感染症の専門医を多くつくるためにどうのこうのということでは決してないと思うのです。ですから、感染症も基本ですから、それに精通している医師を増やしたいけれども、専門は専門であっていいと思うので、その辺のところを踏まえた形で、今度医療計画の見直しの中に新興感染症のことが入ってきますので、その精神をぜひ踏まえてやっていただきたいということを指摘したいと思います。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。貴重な御意見だと思います。

それでは、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。

私もよくまとめていただいたと思っています。ただ、冒頭片峰座長からいろんな検討会やワーキンググループでそれぞれに話し合いが行われているので、この医師需給分科会としてはしばらくその意見を待ってというお話がございました。このとりまとめを見てみますと、具体的に話し合う場が確定している内容。例えば第8次医療計画の検討会とか、初期研修医、あるいは専門研修という話し合いの場が明確になっているところは、具体的に書き込んであるのですけれども、5ページの(2)の3つ目のマル、医師少数区域経験認定医制度。これは「おわりに」の2つ目のマルのところにもそのことがあって、ここに関しては「引き続き検討する必要がある」と書いてあるのですが、どこで検討するかということが具体的に書かれていません。

認定医制度というのは、この分科会の初期の頃に、例えば開業条件にもする必要があるのではないかという意見まで出ていました。結構大事な部分を占めていたところではないかと思っています。この偏在問題の解決というと、すぐに初期研修や専門研修など、若い医師のことに議論が集中してしまう傾向があって、私はもうそろそろ若い人の対策というのはそこぐらいで止めて、例えば40～50代ぐらいの即戦力のある医師に一定期間医師不足地域に行ってもらおうという対策が必要で、そのほうが患者としても安心ではないかとずっと感じてきましたし、発言もしてきました。ですので、この辺りの議論というのは継続する必要があると思っているのですが、これはどこで引き継がれるのか、検討していくのかということを確認していただきたいと思います。

先ほどの歯学部振替枠ですけれども、大枠では枠組みは廃止するということと、大枠は決まりましたが、診療科を指定することについては様々議論があったところで、私も18歳の段階で診療科を特定して医学部に入ろうという人はかなり限定的ではないかというか、途中で変わりたいときに非常に困難が伴うのではないかと懸念しています。

そのことについては、今、明確にならないまま、大枠だけで、では、その方向でと先ほどなったのですが、これも引き続きどこでどういうふうに話し合われるのか。非常に大事な部分だと思います。それがこのまま何となくで決まってしまうのはよくないのではない

かと思いましたが、その2つの内容をこの後、どういうところで話し合っていくのかということ具体的に示していただきたいと思います。

以上です。

○片峰座長 今の山口さんの御質問に関しては、ここで答えられますか。

山口構成員、僕の理解を申しますと、基本的にこの分科会をこの先どうしていくかというのは非常に重要な検討課題だと思っています。後から権丈先生にも御発言いただきたいのですが、この分科会でないとできないことが恐らくあるのだらうと思うのです。その中の重要な課題の一つが先ほど言われた第2次とりまとめのときにあれだけ議論して、ほとんどの皆さんが合意したにもかかわらず、その中間とりまとめには書けなかった、要するに、今、言われたことなのですからけれども、そこも含めて今後検討しなければいけないと思っております

歯学部に関しては、基本的には令和5年度にやらなければいけないので、できればここで決めたい。条件は、44枠を全部使う必要はないと思うのです。それこそ先ほどの書きぶりは、御意見を踏まえて少し書き換える必要があると思うのですが、それぞれの地域とそれぞれの大学からそのニーズに基づいてという辺りのところで提案をいただいて、それは厚生労働省と文科省が責任を持って、許認可のところできちっと切り分けていただくということが必要なのではないかと考えていて、この44枠を具体的にどうするかという議論をし始めると、なかなか決着もつかないのではないかなと思うのですけれども、事務局、この件に関して、どうですか。

○伊藤文部科学省高等教育局医学教育課長 文部科学省医学教育課長の伊藤でございます。

今、片峰先生が御指摘いただきました。また、この需給分科会でも御審議いただきました懸念点というところ、卒後のキャリアパスと受験生への配慮というところはしっかり踏まえた上で、また、1つの診療科に限るということだけではなくて、複数の診療科を念頭に置いた選択の幅を持たせるような取組にするとか、そういった形で設定の仕方というのは配慮しながら、責任を持って文部科学省と厚生労働省さんと調整しながら、今回の議論を踏まえてしっかり運用をさせていただきたいと思っております。

あと、地域的なニーズに対応する枠と「診療科指定」という言葉。指定というよりも、ある領域について重点的にしっかり学ぶ、そういった取組でやらせていただくということで、この地域枠の特別対応のところについては対応させていただきたいと思っております。そのような運用をしっかりやらせていただきたいということで引き取らせていただきたいと思っております。

○山口構成員 では、その件については、文科省と厚労省で責任を持って今後決めていただくということでいいのですが、先ほどの認定医制度のような、医師需給分科会でしか話し合えないという枠組みであれば、もう終わりですみたいな雰囲気はすごく漂っているので、先ほど申し上げたようなところは、一端保留になって、1年半空白の間に頓挫したような気もしています。ですので、その辺りは継続して議論できる場をきちっと確保してい

ただきたいと思えますし、あまり空白をつくってはいけないのではないかなと思っておりますので、ほかの方の御意見もお聞きしたいところです。

○片峰座長 山口構成員、分科会をやめると誰も言っていないですよ。

○小川地域医療計画課長補佐 座長、よろしいでしょうか。

○片峰座長 はい。

○小川地域医療計画課長補佐 事務局でございます。地域医療計画課でございます。

今、御指摘がありましたいわゆる認定医制度でございますけれども、こちらは国、大臣のほうで認定するという制度でございますが、いわゆる地域偏在をしっかりと解消していくという意味で、都道府県のほうでも第8次医療計画の中でしっかりと活用いただきながら、偏在対策に生かしていただきたいということを考えております。第8次医療計画検討会、またはその下のワーキンググループの中で医師偏在対策の一環としてしっかりと議論をしていきたいということを考えております。

1点、管理者要件のことになってきますと、各医療機関の種別というところとの兼ね合いもございますので、そこは医政局、関係省庁としっかりと連携しながら検討していきたいと考えております。

○片峰座長 それでは、福井構成員、お願いします。

○福井構成員 私からは2点ほど。

1点目は、今の山口さんのお話ともオーバーラップするかもわかりませんが、3ページの下から3つ目のマルのところ「緊急時に柔軟に、また、機動的に対応できる医療提供体制」という言葉があって、それから5ページの下から4つ目のマルのところには「特定の領域の専門性を有する医師が総合的な診療能力を身につけることを促す」という文章がございます。私は、有事のときと平時のときの診療内容を変えることができるような、そういう医師を多く養成しておく必要があると思います。そのためには、自分の専門性にこだわらなく、周囲の状況に応じて自分の提供する診療内容を変えようとするマインドセットと、それから緊急的な研修プログラムを受けてでも行おうというところをあらかじめ定期的に何かの形で認定するような、そういうシステムをつくっておいてもいいのではないかとというのが1点です。

2点目は、ちょっと視点が異なることで申し訳ないのですが、報告書はよくできていると思えますが、ただ、この先5年、10年後に医師の診療上の仕事の量とか内容が大きく変わる可能性も片方ではあります。例えば電子カルテの問題は、全国で全部横串を刺したらどうなるかとか、AIを導入されると、画像診断のリーディングとか病理の所見などかなりの精度で、病理医が対応しなくてもよくなる分野が出てくる。もう近くまで来ているように聞いています。それから他の職種、薬剤師とか看護師さん、コメディカルが、現在我々医師が行っていることをどれぐらいシェアできるのかなど、医師の仕事の量と内容が近い将来かなり軽減されたり、変わる可能性がありますので、ぜひそういうことも。恐らくこれは第8次医療計画等に関する検討会なのかもわかりませんが、医師の仕事の内容

や量の変化も視野に入れてディスカッションしていただければと思いました。

以上です。

○片峰座長 どうもありがとうございます。

それでは、神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員 ありがとうございます。2点意見を言わせてください。

先ほど釜范構成員からもお話があったように、第8次医療計画で新興感染症が加わるということでもあります。医師偏在の条件というのが、今の医療提供体制でどうなのという条件でいろいろ検討されている。先ほど斐構成員がおっしゃった働き方という変数があるのと同じように、もしかしたらウィズコロナ、アフターコロナの医療提供体制、あるいは人々の価値観の中での医師需給というものは、もう一つ変数として変わったものが出てくるのではないかなと思います。

現時点でも私たちは偏在を入院と外来という二極で見えておりましたけれども、最近、大都市を中心にしていわゆる往診専門医師集団という方も結構たくさん出ているわけであって、今の在宅療養では必要なのでしょうけれども、今後この方々の集団が非常に大きくなってくると、またここに新たな偏在あるいは変数というものが出てくるのではないかなと思います。そういった意味では、ダイナミックにいろんな変数を取り入れなければならないのかなというのが1つの意見であります。

もう一点は、今、福井先生も触れられました総合診療云々でありますけれども、いわゆる総合診療専門医という方を増やすということと、5ページの真ん中ぐらいにもありますが、キャリアチェンジといいますか、今、別の専門医になっていらっしゃる方に総合診療マインドを持たせる。その両面が必要だと思います。

ただ、ここは質も必要ですけれども、量的拡大をしないと、いろんな諸問題は解決できないのかなと思います。一部の医療団体では総合診療専門医は要らないとおっしゃっている方もいると思いますが、この需給分科会の議論は、総合診療的な医療ができる人を増やすのだというのでずっと来たわけでありますので、そういった意味で、総合診療医あるいは総合診療のマインドを持った人をもっと育てるということをもっともっと強くアピールしていただきたいなと思いました。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、権丈構成員、お願いします。

○権丈構成員 1つ考えていたこと以外に、今、神野先生からお話があったので少し説明します。報告書案では「医療需要」で統一されていた言葉を「医療ニーズ」と「医療需要」という言葉に使い分けるようにというアドバイスしました。そのときの説明として、福井先生がおっしゃってきたように、何割の総合診療医、何人の総合診療医という人たちが必要であるということまで考えていって、そういう提供体制が準備されたらそれは需要になるわけだから、最終的に需要を試算することになる。この範囲内で物を考えていくけれ

ども、技術的に今の診療を延長するということができないから、今の試算方法になっているということを感じて仕事をやってくれという意味も込めています。やらなければならないのは、ニーズが大きく変化してきているということです。そのニーズの変化に提供体制をマッチさせていくにはどうやっていけばいいかということについて、我々はこの提供体制の改革ということで何年間もみんなですべて議論しているところがあるので、ニーズというものが今ある提供の施設、提供体制とマッチしているわけではない。何とかしてニーズに見合った形に提供体制を変えていくために、今、いろんなことをやっている。その中で重要なのがこの医師需給分科会なのですよということで、初めは「医療需要」で統一されていた文章を、「ニーズ」と「需要」に切り替えてもらっています。

普通は市場メカニズムの下で供給が需要とマッチするので、需要はいつも提供体制とマッチしていると考えることができ、これは多くの経済でも同じなのですけれども、需要は提供体制とマッチしていません。医療の場合は、ほかの産業と少し違って、ニーズがあっても需要にはならない場合があれば、需要はあるけどニーズとはマッチしていないということも生じ得ます。その部分の切り分けをしっかりと考えてくださいというアドバイスをさせていただきました。

次は山口さんとか福井先生とか神野先生のご発言と重なるのですけれども、6ページの上から1つ目のマルに「第2次中間とりまとめにおいて将来に向けた課題として整理した」というのがあります。第2次中間とりまとめのところで整理したこととして、「医師少数区域経験認定医を管理者の要件とする医療機関の拡大等について」というのが1つあるのですが、先ほど片峰先生がおっしゃったように、当時、この会議は月に2回か3回やっていました。みんなで侃々諤々の議論をしていたわけですが、そのときには、ほかに丸1として専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定とか、無床診療所の開設に対する制度上の枠組みの導入とかを議論してありまして、これと並列して先ほどの少数区域における認定医の話も、第2次中間とりまとめに書かれていたわけです。

ですから、ここで将来に向けた課題ということであれば、2017年12月にまとめられた第2次中間報告の中での丸1、丸2、丸3は、3つ並べておくことのほうが自然ではないかと思います。侃々諤々の議論の結果、第2次中間報告では両論併記で全部書かれているのですが、それはそれでいいとして、みんなで議論して課題として考えなければいけないということを一覧アップしたということは、ここで書いておいていいのかなと思いますし、この重要なことを議論する場所というのは、恐らくここしかないと思うのです。この医師需給分科会というのはそこを少し自覚しておいて、ここの議論をほかのところに持って行って議論するというのは準備されてもいないようなので、私は今回は第5次中間報告というこの中間報告というので結構いいのではないかと。また時機がきて機会があれば復活してくるということのをこれまでも何回も繰り返しておりますので、そういう体制としての会議体というものが世の中にあっているのではないかと考えております。

1つ感想ですが、3ページの(2)の前の文書全体が、適切な医療提供体制や医師の配

置をしっかりとやっていきながら、機動的に対応できる提供体制の構築を求めるとかいうことを全部セットにして、医師需給分科会は、新型コロナウイルスの影響というものはこの提供体制の在り方や医師の配置で対応できるだろうということを考えている。したがって、これまで試算されてきた令和5年度の医学部入学者が医師となると予想される令和11年頃には均衡すると推計されているとして、この結果そのものは医師需給分科会としてそう大きく見直す必要がないということがここに書かれてあるわけですが、これは結構大きな意味があると思いますので、もう少し分かりやすく書いておいてもいいのかなという気はしております。

以上になります。

○片峰座長 権丈構成員、最初の案では第2次中間とりまとめの3つのポイントを全部書いていたのですよ。最終段階で1つだけになってしまったのですけれども、ここを回復させるのは可能だと思うので、ちょっと検討させてください。

○権丈構成員 よろしく願いいたします。それは自然だと思います。

○片峰座長 それでは、初めての発言の方を優先させてください。本田構成員、お願いします。

○本田構成員 本田です。

私も皆さんがおっしゃっているようなところで2点申し上げたいのですけれども、1つは、多くの先生方がおっしゃっていましたが、このコロナ禍で私の取材とかを通して、これだけの数の医師がいるのに、どうして現場の対応。専門的な感染症とか専門的なコロナを診るという部分ではない、もっと前半の部分、そういうところがなぜできないのかと疑問に思っているところが一般国民としては大変多くて、多くの先生がおっしゃっていたように、専門領域をそれぞれがお持ちであっても基本的な総合診療的なことができるということがいかに大切なことなのかということ、コロナ禍で国民にも見せつけた形になっているのではないかとすごく感じています。

そういう意味で、総合診療の専門医を増やしていくことがその解決になるのかどうかというのは、いろいろ議論もあるところだし、私も疑問に思っているところもありますけれども、総合診療ができる医師を増やしていくということ自体はとても重要なことで、それをきっちり書いていただいているということはとてもいいと思っているのですが、加えて、山口委員がおっしゃっていましたが、これから医師になる若い先生たちだけでなく、そういう方々よりも今、現場で医療を担っている多くの医師の方々がそういう視点で働ける、研修できる、そういう仕組みをちゃんとつくっていく。これは医学教育とか医療のその後の教育の問題にも絡んでくるかと思いますが、そういうこともきっちり。先ほど福井先生は認定制度があってもいいのではないかとおっしゃっていましたが、そのような形の研修というものをしっかりやっていくということをもう少し強く書いてもいいのではないかと思います。

もう一つは医師の働き方の部分ですが、これは斐先生が詳しくおっしゃっていたのです



けれども、私もすごく同感で、今、現場の医療の提供の在り方はすごく様々。若い先生がいろんな形態をつくっていらして、例えば御自宅は首都圏にあつたり、関西にあつたりするのだけれども、週の半分は東北で働いて、では、いない間は診ないのかといったら、そういう方々が連携をしてその地域を責任を持って支えているという働き方とか、いろんな形が出てきているので、今までになかった変数みたいなものを考えていくということを書き込むことは私も賛成であります。新しい医療の形というものも見た上での医師需給を考えるということを基本的な考え方の中にも入れたらどうかと感じました。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、久しぶりに御出席だと思いますが、松田構成員、お願いします。

○松田構成員 すみません。出席はずっとしているのですけれども、いつも静かだったのですみません。

釜菟先生や福井先生が言われたことはほとんどそのとおりでと思います。5ページ目のまとめのところの3の「総合的な診療能力を有する医師の養成」ということですが、そもそも論で考えてみると、なぜ臨床研修制度、初期臨床の仕組みが始まったのか。そのときの議論を思い出してみると、総合的な診療をできる医師を育てるということでこの臨床研修制度が始まったのだと思います。それから10年以上たつわけですけれども、いまだにこの話が出てきてしまうということは、恐らく初期臨床研修の在り方に関して不備などところがあるのだらうと思っています。働く時間の制限とか、研修科目の選択とか、そういうところで総合的な診療をできる医師をより増やさなければいけないという世の中のニーズと、今の初期臨床研修の在り方が合っていないのではないかなと思います。このところでぜひそれも触れていただきたいと思います。

もう一つ、これもいろんな先生がおっしゃられたことですがけれども、実際に人口の変化がすごく大きくて、偏在して、足りないところでは患者自体が減ってきている。しかも高齢化が進んでいる。そういう患者さんもいろんな病気を持っているわけですが、病気に着目して、それで専門科別の医師が何人必要だという話をしてしまうと、多分間違えてしまうのだらうと思います。これは権丈先生が指摘されたとおりでと思います。

そういう意味では、それぞれの地域でその傷病構造から考えて、総合医的な医師がどのくらい必要なのか、あるいは各診療科の外科医が何人、どこに必要なのかということがある程度その都道府県で議論してやっついていかないと、結局、声の大きなところに実際にはそれほどニーズがないのに産科医が行かされたり、実際にはそれほどニーズがないのに眼科医が行かされて、ほとんど手術もできないという状況になってしまう。それは非常に不幸なことだと思うのです。それは今、実際に起こっていることですがけれども、そういうことがないようにするためにも、都道府県単位でもう少し丁寧にそれぞれの地域にどういうニーズがあるのかということを見なければいけないのだらうと思います。

それから、福井先生が言われたとおり、今、医療提供体制にすごく変化が起こってきて

いて、僕が一番注目しているのは品川区方式です。要するに、ネット上に待合室ができて、24時間365日、受けたいという人がそこに登録していく。空いた先生からその患者さんをオンラインで診療して、そこから処方箋も出せる。もしそこに往診、専門の先生たちがつながってくれば、今、軽い救急で病院にかかっている人たちは多分ほとんど在宅で診療されてしまうようになってしまうのです。そうすると、救急をやっている病院が本来の救急に集中できるようになるだろうと思います。今、そういう形でICTなどを活用して医療提供体制が非常に変わってきている。変わる可能性がある。そういうことも踏まえて考えていただかないといけない。

そのときに考えなければいけないのは、今、往診のやり方は卒前医学教育でも初期臨床研修でもやっていないのです。でも、これは恐らく全診療科の人たちが必要になってくるのだろうと思います。要するに、オンライン上でうまくコーディネートすることによってグループ診療ができてしまう。そのことのインパクトはすごく大きいと思うのですけれども、そういう意味では、3番の総合的診療能力のところには、総合的に対応できる仕組みに対応できるためにも、そういう往診とかそういうものの研修も入れていくということをやっていかないといけないのではないかなと思いました。

地域枠の中にサブスペシャリティを設けるとか、そういうところに関する問題点は、今までいろんな先生が御指摘になったとおりです。

以上です。

○片峰座長 時間が押してきたので、あの方々は手短にお願いしたいと思います。中島構成員、お願いします。

○中島構成員 よろしく申し上げます。

地域で働く看護師から。既に先生方がおっしゃっておられる内容とダブるところがあるのですが、自治体には地域の住民のニーズを細心に捉えていただくことが必要だと思っています。例えば、高齢者の多い地域であれば、地域包括ケア病棟と在宅側にそれぞれ総合診療医が配属され連携が取れるような配慮ができれば地域ニーズに合った医師の配置になると常日頃思っています。それぞれの自治体が住民の意見を聞き把握すること、医師の配置の最適化を考えること、地域枠の学生や医師との丁寧なマッチングなど、自治体の役割の重要性をアピールしていくことも必要と考えています。

以上です。ありがとうございました。

○片峰座長 よろしいですか。

ありがとうございます。

それでは、戻りまして、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。

5ページの「医師の働き方改革との連動」というところにもし可能であれば付け加えていただきたいと思っている点がございます。これは福井構成員、松田構成員もおっしゃりたいいわゆるイノベーションのお話。もう一点は、働き方改革の中でタスクシフト・タスク

シェアの議論が随分されております。このことが必要な医師数にも今後急速に影響してくると思われまので、これは都道府県の役割のことだけ書かれているのですけれども、例えばタスクシフト・シェア、ICT、AI、こういったイノベーション、特に遠隔医療による画像診断であるとか、あるいは患者さんの状態を確認するような情報の管理であるとか、あるいはオンライン診療によるD to P with Dなどが進んでくれば、相当に影響してくると思うので、そういう記載も将来医師を養成するに当たっての検討課題としてここに書き込んでいただいてもいいのかなど。これはお願いでございます。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、小川構成員、お願いします。

○小川構成員 ありがとうございます。

2 ページ「医師偏在対策の概要について」というので4点述べられているのですけれども、これに関しては、これからの養成と地域定着に関して言っている話なのですが、今まで医師の多数県から少数県のほうに医師が流れるような仕組みについてディスカッションされてきたと思うのですが、2 ページの3の(1) (2) (3) (4)の次に、医師多数県から少数県への医師の流れということを入れていただきたいと思います。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、この中間とりまとめは、どういう形にしる親会の御承認をいただかなければいけないと思います。さらには、今回のコロナ禍で提起された問題の中で重要なのは、医師だけでは解決できない問題がたくさんあるのだと思うのです。看護師さんの問題は非常に大きいし、OT・PTも大きいし、それぞれの分科会が親会の下にあるのです。そういったところの話も含めて全体に森田構成員からコメントをお願いしたいと思います。

○森田構成員 今日非常に密度の高い議論を聞かせていただいたと思っておりますが、今、片峰座長がおっしゃいましたように、この医師需給分科会の上には看護師、あとOT・PTとか、分科会を下に持つ親会があり、私が親会の座長を勤めております。ただ、看護師、OT・PTについては、正直申し上げて私のところにもほとんど報告がございません。専らこの医師需給分科会に議論が集中しております。

今日御議論がありました、私自身がほかの分科会も含めて何年かやってきたところの印象を申し上げますと、正直申し上げまして同じような議論がずっと繰り返されてきたと感じております。議論がきちんとした形でまとまる前に環境の変化であるとか新しい要素が入ってきて、それがまた次の議論を生み出していくということを繰り返してきたと思います。

最初は大学の定員を含めた医師需給の総数の議論でしたが、地域偏在の問題、診療科偏在の問題が加わりました。その後働き方改革の問題が入ってきて、これまたそこで別の変数をどう取り込むかという議論になってきたと思いますし、今回はそれに加えてコ

ロナによる別な要因が入ってきたということです。正直申し上げまして、これをこういう形で続けていって着地点はどこにするのかということこそそろそろ考える必要があるのではないかと考えております。

事務局の方もそういうことを御心配になっていると聞いております。私自身は、福井先生、松田先生、片峰先生もおっしゃいましたが、いろいろな新しい要素が医師需給に関わってきて、当初考えていた大学医学部の定員の議論だけに収まるようなものではない、もっと大きな医療提供体制であるとか環境の問題を考慮しなければならなくなってきたと思います。福井先生も御指摘になりましたけれども、今、データヘルス改革が進んでおります。私も厚労省でそちらもやらせていただいておりますが、これが整備されてきますと、いろいろな形での医療の分業がデータの共有化によって結びついてくるということになると思います。それは、人口減少が進んできて患者さんも減ってきている、医師も減ってきているという地域で医療を支えていくためには非常に重要なツールになってくるのではないかと。その場合、医師が実際に県境を越えて移動するというのがどんどん増えてきているとしますと、そういう要素も含めてもう一度需給というのを考えていかなければいけない。その際、いわゆる地域というものの在り方が今までの考え方でいいのかということを考えていかざるを得ないと思います。

さらに、今回のコロナでもございましたけれども、先ほどのタスクシェアとかタスクシフトであるとか、業種間も含めていろんな議論が出てきているように思っております。そういう議論をこれからしていかなければならないし、今回のコロナ禍によってそういうことを急に促されてきていると感じております。

その意味で言いますと、今回の第5次の中間とりまとめ案というのは、読ませていただきましたし、いろいろ御意見が出て、そうかなと思うところも多々ございますが、一応皆さんの意見を整理した形でここでまとめられていると聞いております。

ただ、かくあるべしとか、こうしなければならないとか、そういう意味で合意をきちっと取ったというものでは必ずしもないと思っております。文末の表現を御覧になればお分かりになるように、「必要である」「重要である」「望ましい」、ずっとそういう形になっております。これはこれとして我々の議論の結果をまとめたものだと思いますけれども、これからこの会議、ほかの分科会も含めてどうするかということについては、見直していくべきではないかと考えております。私のほうから見ておりましたが、今、それだけ医療の環境が変わってきております。

最後にそれに関連して申し上げますと、医療保険財政のほうも今回のコロナによって相当大きく変わらざるを得ないのではないと思っております。そういうことをにらみながら、ちょっと場を変えろというわけではございませんけれども、切り口なり視点なりアジェンダというものをもう一度検討するときではないかと思っております。これまでかなり細かく需給調整のための仕組みであるとか在り方を考えてきましたが、今、申し上げましたように、環境要因、非常に大きな変数がしかも大きく動くということが予想されるときには、

具体的に何年後にどうするかという調整を考えるよりも、変化があったとき、それに対してどう適用するかという制度的なツール、そういうものを検討するというのも重要であると思っているところでございます。

皆さんと考えが同じかどうか分かりませんが、そういう意味で構成員の皆様にもお考えいただきたいと思ひますし、事務局のほうでもそういう観点からこれまでのことも含めて見直していただければと思ひております。

片峰先生、御期待に沿える発言だったか分かりませんが、以上でございます。よろしくお願ひいたします。

○片峰座長 どうもありがとうございました。

ほかにどなたかございませぬか。よろしいですか。

この中間とりまとめに関しては、様々貴重な御意見をいただいたと思ひます。かなりの部分は恐らく最終案に盛り込めるのではないかなという印象を持っていますので、そこは親会の座長、事務局も含めて検討して最終案をまとめたいと思ひます。

最初の歯学部振替枠に関しましては、先ほど議論がありましたように、医学教育課で字句の修正も少し考えていただいて、運用は万全を期していただきたいと思ひます。今日の意見をぜひ踏まえていただきたい。

それから、この分科会は先々、これからどうするのかという話なのですが、僕自身として何らの形で続けるべきではないかなと。これは親会の御判断もあると思ひます。だけど、今のままというわけにもいかないのではないかと個人的に思ひていますが、これも事務局と相談しながら決めたいと思ひますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、ここで事務局から何かあればお願ひいたします。

○野口医事課主査 片峰座長、ありがとうございました。

そうしましたら、今後の議論の進め方については、座長と御相談させていただきまして、また構成員の皆様の方に改めて御連絡をさせていただければと考えております。

ありがとうございます。

○片峰座長 終了してよろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○片峰座長 よければ、これで終了したいと思ひます。どうもありがとうございました。