

2024-4-26 第4回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会

○寺村課長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから、第4回「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」を開催いたします。

構成員の皆様方におかれましては、本日は御多忙のところ出席を賜り、誠にありがとうございます。

冒頭、構成員の変更がございますので、事務局より御紹介させていただきます。

公益社団法人日本医師会常任理事の釜范敏構成員が辞任され、代わって、公益社団法人日本医師会常任理事の今村英仁構成員となります。

また、一般社団法人国立病院長会議の馬場秀夫構成員が辞任され、代わって、一般社団法人国立大学病院長会議特任委員の横手幸太郎構成員となります。

また、一般社団法人日本私立医科大学協会から小笠原邦昭構成員となります。

出席状況につきましては、今村構成員、花角構成員より御欠席の連絡をいただいております、現時点で構成員9名に御出席いただいております。

また、本日は、今村構成員の代理として釜范敏参考人に、花角構成員の代理として中村洋心参考人に、また、今後の医師偏在対策の議論に関連して、大分大学医学部総合診療・総合内科学講座教授の宮崎英士参考人にお越しいただいております。

また、オブザーバーとして、文部科学省高等教育局医学教育課から俵課長、堀岡企画官にお越しいただいております。

それでは、撮影については、ここまでとさせていただきます。

なお、引き続き傍聴される方は、今後は写真撮影、ビデオ撮影、録音することはできませんので御留意ください。

(カメラ撮り終了)

○寺村課長補佐 それでは、資料の確認をお願いいたします。

資料については、事前に事務局からメールでお送りさせていただいております。

会場出席の皆様につきましては、お手元に配付をさせていただいております、議事次第と資料1、参考資料1から3の御確認をお願いいたします。不足する資料がございましたら、事務局にお申しつけください。

また、本日オンラインで御参加の構成員の皆様へのお願いとなります。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。また、御発言の際は、Zoomサービス内のリアクションボタンのアイコン内にある「手を挙げる」をクリックいただき、座長の指名を受けた後にマイクのミュートを解除の上、御発言いただきますようお願いいたします。また、御発言終了後は、マイクを再度ミュートにさせていただきますようお願いいたします。

音声トラブル等の際は、事前にお伝えしております事務局の携帯電話番号まで、御連絡をお願いいたします。音声トラブルが解消しない際は、お電話を通じて御発言をお願いい

たします。また、その際は、PCの音声はミュートにさせていただきますようお願いいたします。

また、会場出席の構成員の皆様におかれましては、御発言時以外は、お手元のマイクのスイッチはオフにさせていただきますようお願いいたします。

それでは、以降の議事運営につきましては、座長をお願いいたします。

遠藤先生、よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 皆様、おはようございます。本日も、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。

本日の議題は議事次第に書かれておりますように、議題1「医学部臨時定員の配分方針と今後の偏在対策について」ということになります。

まずは、事務局から資料の1「医学部臨時定員の配分方針と今後の偏在対策について」、これの御説明をいただきたいと思います。その後、皆様からの御意見を頂戴したいと思います。

では、事務局、お願いします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 それでは、資料1をお手元に御用意ください。

まず、3ページから、臨時定員の配分方針についておめくりいただければと思います。

4ページですけれども、こちらは、前回、お示しさせていただきました、臨時定員の配分の事務局案でございます。具体的には、真ん中に記載しておりますように、臨時定員の基本方針については、各都道府県が積極的に大学と恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について調整を行った上で、臨時定員の必要性を慎重に検討すること。

その上で、意向のうち、偏在対策として、真に必要な範囲で臨時定員を設置することとしてはどうかと、方針を示しておりました。

そして、具体的な対応の方法でございますけれども、下の四角の中に記載しておりました。具体的には、各都道府県への臨時定員の配分については、これまで毎年必要な臨時定員の地域枠が一定程度安定してきたということから、令和6年度の臨時定員地域枠数を基準としてはどうかと。

その上で、医師少数県を中心として、将来的に医師不足となる都道府県の臨時定員地域枠については、真に必要な範囲で、令和6年度比増での設置となる場合があると。

そういった場合には、医師多数県の臨時定員地域枠の意向の一部を医師少数県へ配分・調整することで、医学部総定員が上限数以内となるように調整してはどうか。

ただし、多数県の臨時定員地域枠の意向が、配分・調整によって減少する場合であっても、原則、減少数が令和6年度比1／5を上回らない範囲で意向を認めることとして、急激な変化に配慮してはどうかという対応案をお示しさせていただいておりました。

この方針に対しまして、構成員の先生方から御意見をいただいております、5ページですけれども、配分について、都道府県の臨時定員の設定に当たっては不公平がないように、また、現状維持をしようという動きにならないように、国はきちんと見ていくべきで

あるだとか、あるいは次の6ページに書いておりますけれども、若手医師がどれぐらいいるかということも考慮して配分すべきではないか。また、医師多数県の臨時定員地域枠を振り分けることは、非常に有効ではないかというような御意見をいただいております。

そして、改めて、その次の7ページに各都道府県の地域枠の令和5年度の設置状況をお示ししております。

この中には恒久定員の地域枠と臨時定員の地域枠も入っておりますけれども、臨時定員の地域枠のみを抜き出したものが、次の8ページに記載しております。

こちらは、令和5年度から6年度の移り変わりを示しておりますけれども、ブルーが医師少数県、イエローが医師多数県、そして、グレーが医師中程度県になっております。

右下を見ていただくと分かりますように、医師多数県の合計は、令和5年度から6年度に関して変化なしということですが、中程度県においては、224名から229名に増加、そして、医師少数県においては、526名から538名と12名増加という状況になっております。

こういった状況と前回の御議論を踏まえまして、改めて医学部臨時定員の配分の調整案について、次の9ページでお示しさせていただいております。

具体的には、まず、令和6年度の臨時定員地域枠数を基準とした上で、①から③の順で調整を行ってはどうかと考えております。

①番目「医師多数県の意向の調整」でございますけれども、医師多数県については、医師少数県、中程度県と比較して、臨時定員として地域枠を確保する必要性が低い一方で、大幅な変更は教育、研修、診療体制の影響等も考えられるということがございますので、その臨時定員については、原則として、令和6年度臨時定員地域枠に0.8を乗じたものとした上で、③の調整を行う。

そして、②番目ですけれども「医師少数県の意向の調整」に関しましては、医師少数県は、医師多数県、中程度県と比較いたしまして、現状の医師が少ないだけでなく、若手医師についても少ない傾向があるということから、臨時定員地域枠の要件を満たして、かつ、教育・研修体制が維持される範囲内で、医師多数県から削減とした定員数分を活用して、原則、令和6年度比増となる意向がある場合には、意向に沿った配分を行うとしてはどうかと思っております。

そして、①、②の後に、なお、残余するような臨時定員数がある場合についてですけれども、そういった場合には、③として、その範囲内において、恒久定員100名あたり、恒久定員内地域枠を4名以上設置しているなど、さらなる県内の偏在是正が必要な都道府県については、医師多数県では、例えば、令和6年の臨時定員地域枠の1割など、一部の意向を復元する。

そして、医師少数区域のある医師中程度県では、令和6年度比増となる意向がある場合には、医師少数区域等に従事する枠となっているかなど、地域枠の趣旨の範囲内で配分を行う。

また、臨時定員には、ほとんどは地域枠でございますけれども、一部研究医枠というも

のもございますので、そういった研究医卒の令和6年度比増希望がある場合には、その趣旨の範囲内で配分を行ってはどうかという案を、お示しさせていただいております。

配分につきましては以上になりまして、次に、偏在対策についてでございます。11ページをおめくりいただければと思います。

こちらは、前回お示しした資料でございますけれども、これまでの偏在対策と今後の方向性について、御議論いただく際の資料となっております。

まず、これまでの医師偏在に関する取組を左に記載しております。医師養成過程を通じた偏在対策として、地域卒・地元出身者卒の活用や、あるいは臨床研修、専門研修における採用数上限の設定や、都道府県におきましては、医師確保計画を通じた取組というものを行っているところでございます。

そして、医師の偏在に関する現状を右に書いております。

若手医師の地域偏在については、改善傾向でございますけれども、都道府県・二次医療圏単位での医師全体の偏在は課題とあって、また、地域卒が十分に活用されていない都道府県もございます。

診療科偏在に関しましては、多くの診療科で医師数は増加しておりますけれども、特にリハビリ、泌尿器、産婦人科等の若手医師は、その他の診療科と比較して増加している一方で、外科は全体として平成20年度以降横ばいであって、若手の男性医師数も減少傾向であるということがございました。

こういったことを踏まえて、今後の偏在対策について、どのような取組が考えられるか御議論をいただいております。次の12ページに、前回いただいた御意見等をまとめております。

例えば、外科医の人口については、ピークが60歳であって、35歳未満の男性外科医から見ると減少しているだとか、あるいは若い方の働き方とか、価値観といったものを私たちが学習する必要があるのではないかと。

医師になった方が、働く場所を短時間・短期間でもよいので少し変えて、医師少数県で仕事をするという体制を取って、流動していくようにすべきではないかと。

あるいは、平日昼間と夜間・休日のような、そういった偏在というものも取り上げるべきではないかと。

そして、13ページでございますけれども、診療科の偏在に対しましては、待遇すなわち報酬が一番有効ではないかという御意見の一方で、大半は病院の経営改善に活用され、待遇面での範囲が難しい場合もある。

また、例えば、岩手県では臨床研修を行えば8割が専攻医として残っていただけますけれども、臨床研修の段階で岩手県から都会に移ってしまうことが問題であるだとか、また、最後、臨床研修医くらいの段階の医師を対象として、診療科や地域を選ぶときの要因を意識調査して、その結果に基づいて、偏在対策を考えていかなければいけないのではないかと、こういった御意見をいただいております。

今回、医師偏在の現状について、改めて、14ページ以降におまとめしております。15ページは、35歳未満の医療施設従事医師数の推移を示しております。

平成24年から令和4年にかけて、若手の医師につきましては、医師少数県では27%強増加しております、一方で医師多数県は4.6%増となっております、若手の医師については、医師少数県で伸びているという状況でございますし、これは絶対数においても、医師多数県よりも少数県が伸びているという状況でございます。

一方で、次のページで、医師全体で見ますと、平成26年の前後で比較いたしますと、医師少数県の医師数の伸び率というものは、医師多数県よりもわずかに大きいですが、やはり若手医師の差と比べると、その伸び率の差というものはわずかで、全体としては、まだまだ偏在の対策が必要であると考えられます。

次の17ページですけれども、若手の医師がこういった医療機関に従事しているかというものを、多数県、中程度県、少数県別にお示ししております。

一番上の破線は、病院に勤めている数でございます、次の実線が大学病院、そして、一番下の点線が診療所になっております。

そして、イエローが医師多数県、グリーンが医師中程度県、ブルーが医師少数県を表しておりますけれども、特に見ていただきたいのが、この点線でお示ししておりますように、平成30年度ぐらいまでは、診療所に勤める若手の先生方というものは減っておりましたけれども、平成30年以降、令和2年、令和4年と医師多数県では、少しずつ伸びているという傾向がございます。

以上が、まず、地域偏在あるいは病院、診療所の勤務のバランスというものでございましたけれども、その次、19ページ、こちらは診療科別の医師数の推移をお示ししております。

まず、全体といたしましては、真ん中の赤く総数と書いておりますように、平成20年から比べると、令和4年までは、およそ1.2倍に増えているという状況でございます。

その中で、例えば、リハビリや形成、麻酔、放射線というように、非常に伸びているような科もあれば、下を見ていただくと分かりますように、外科につきましては、平成20年と比べてほぼ変わらない、横ばいになっているという状況になっております。

少し飛ばしまして、23ページを見ていただければと思いますけれども、こちらは、35歳未満の各診療科の医師数を表しております、総数につきましては、平成20年から令和4年について伸びておりますけれども、先ほどお示しました外科につきましては、こちらは若手の医師に限りますと、女性の医師については少し伸びていますが、男性が減ってきているという状況でございます。

その次の24ページに、外科のさらに詳細な内訳を示しておりますけれども、特に消化器外科等が平成22年のときには上がっておりますけれども、それ以降、男性の若手医師は減少傾向にあるという状況になっております。

一方で、25ページを見ていただければと思います。こちらは、リハビリテーション科あ

るいは美容外科については、特に平成30年度以降徐々に伸びてきている状況でございます。例えば、美容外科につきましては、平成20年から比べると、大体令和4年については7倍ぐらいから8倍ぐらいになってきている状況でございます。

26ページですけれども、こちらは、専攻医の診療科別の採用数をお示ししております。先ほど、外科は全体としては横ばいと申し上げましたけれども、専攻医採用数につきましても、外科については、平成30年度シーリングが始まって805名であって、令和5年においては835名という状況で、一時期令和3年には904名と増加していたのですけれども、改めて現状では、平成30年と比べると、ほぼ横ばい程度になっているという状況でございます。

こういった状況を踏まえまして、27ページ、医師偏在における課題の全体像を、こういったことが考えられるのではないかとということで、案としてまとめております。

こちらは、事務局案でございますので、先生方からまた御意見をいただければと思うのですけれども、地域偏在と診療科偏在のそれぞれ考えられる要因と、これまでの対策、そして課題をここに挙げております。

地域偏在につきましては、医師少数区域では、医師が少ないというよりは、生活・教育環境が、やはりなかなか医師少数区域に行きづらいような環境があるという状況があらうかと思えます。

また、出身大学県への定着が低下しているのではないかと。

そして、大学病院等からの医師派遣についても、やはりその派遣機能というものが変化してきているのではないかと。

また、若手医師の価値観につきましても、コストパフォーマンスというものを重視している傾向もあるのではないかとという要因を挙げさせていただいております。

そして、これまでどのような対策を行ってきたのか、こちらは先ほども申し上げましたけれども、地域枠、地元出身者枠の設置や、あるいは医師養成過程における臨床研修、専門研修の採用数上限設定、医師確保計画の策定、そして医師派遣やドクターバンク事業という対策をこれまで行ってきております。

なお、残る課題といたしまして、やはり医師全体の地域偏在については、まだまだ対策を行っていかねばならないということと、また、病院診療所勤務のバランスもあるのではないかと。先ほどお示ししましたけれども、少ない割合ながら医師多数県を中心として、若手医師が診療所に勤務をしている数が増加しているということもございます。

また、日本全国の偏在是正というのは、都道府県内における偏在に対しても対応を行っていく必要がある。さらに、医師偏在、人口当たりの医師数あるいは偏在指標では表れないような過疎地域における医療へのアクセスの問題というものもあるのではないかと。これを、こちらに課題として挙げさせていただいております。

次に、診療科偏在については、診療科間の偏在で考えられる要因として、診療科間の働き方、処遇の違いがあるのではないかと。

また、外科・内科の対象疾病・手術の変化、例えば、外科でこれまで開腹手術で行わな

ければならなかったものが、例えば内視鏡でも対応ができるのではないかという変化。

また、先ほども申し上げましたけれども、若手医師の価値観の変化、こちらは将来性やタイム・コストパフォーマンスといったものの価値観の変化があるのではないか。

また、若手が入るというだけではなくて、負荷の強い診療科からの中堅以降での離脱があるのではないかという要因を挙げさせていただいております。

そして、こういったことに対して、偏在対策でございますけれども、専門研修制度におけるシーリング、診療科選定地域枠、そして、医師の働き方改革等をこれまで行っておりまして、なお、残る課題としては、外科医を中心とした、一部の診療科医師の減少、そして、美容外科医師等の増加というものを課題として挙げさせていただいております。

また、診療科の細分化における課題を一番右に記載しております。

こちらの要因といたしまして、臓器別講座への細分化というものがあろうかと思っておりますし、また、高度な専門性への高い評価、専門性重視の教育、総合的な診療能力を身につける際の限られた再教育の機会をあげております。

こういうことに対して、これまでの対策としては、臨床研修の必修化、総合診療専門医制度の創設、そして、総合診療医に対する支援事業等を行ってきております。

今後の残る課題といたしまして、増加する高齢者等における併存疾患への対応や、僻地診療所、中小病院を中心としたプライマリケアへの対応というものがあろうかと考えております。

こういった医師偏在における全体の課題に対しまして、今回の検討におきましては、さらなる地域枠の活用と中堅以降の医師の対策の観点から検討をいただければなと思っております。

こちらの赤枠で示しておりますけれども、今回、地域枠制度と中堅以降の医師における偏在対策を、まずフォーカスして御議論いただければなと思っております。

まずは地域枠について、30ページに現状の地域枠に関する要件等をお示ししております。

こちらは、特に臨時定員の地域枠を増員するに当たって、以下の要件をお示しております。対象といたしましては、地元出身者あるいは全国どちらを選抜していただいても差し支えないのですけれども、その選抜方法としては、必ず別枠方式である必要があると設定しております。

また、下から2番目に記載しておりますけれども、従事要件として、卒直後より県内で9年以上従事すると。そして、将来のキャリアアップに関する意識の向上に資する都道府県のキャリア形成プログラムに参加することを従事要件としております。

そういった中で、31ページに臨時定員地域枠と恒久定員内地域枠の各都道府県における設置状況をお示ししております。

こちらは、左に行くほど、医師多数県、右に行くほど医師少数県になっておりまして、グレーが臨時定員の地域枠の設置状況、そして、オレンジが恒久定員内の地域枠の設置状況をお示ししております。

見ていただくと分かりますように、医師少数県の多くは恒久定員内地域枠を活用しておりまして、大学に臨時定員地域枠より多くの恒久定員内地域枠を設置しているような県もある一方で、やはり、まだ設置されていないような県も幾つか見られます。

また、医師多数県でも、臨時定員地域枠を全県で大学に設置している一方で、恒久定員内地域枠も設置いただいているような県もありますけれども、やはり医師少数県と比較しては、そういった県は少ないことが見て取れます。

そして、32ページ、大学特別枠（仮称）について、こちらは文科省の検討会において、試案として、先週、提出されております。

上に記載しておりますけれども、例えば、大学病院と協力型臨床研修病院の、いわゆる「たすきがけ」型の研修を推進するとともに、卒業後から出身大学が設置するプログラムを履修する入学者選抜枠を設置することを検討してはどうかというもので、大学の教育研究、臨床あるいは医師派遣による地域への貢献が期待できる枠組みでございます。

次ページでは、これまで厚生労働省で行ってきました検討会において、どのように恒久定員内地域枠の活用について議論されてきたかを、おまとめしております。

医師需給分科会の第5次中間取りまとめにおきましては、この地域枠について、大学医学部における地域枠の設定は、地域における医師の確保を図るために有効な手段の一つと考えられる。そして、安定した運用の観点からは、恒久定員内で措置することが望ましいということが御議論されておりました。

また、第8次医療計画の見直しにおきましても、安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置について大学と調整を行うことが見直しのポイントとして挙げられておりました。

34ページには、地域枠の診療科特定についてお示ししております。

地域枠の一部につきましては、専門とする診療科を特定した要件というものが設定されておりまして、各都道府県で必要と考えられるような診療科の医師養成を進めていただいております。

下に円グラフで記載しておりますけれども、診療科特定を行っているような枠につきましては、およそ全体の40%強、診療科特定があるという状況でございます。

実際、診療科特定が行われている具体例を右に記載しており、例えば、一番上に記載しておりますように、外科や小児科、産婦人科、救急、麻酔、総合診療のいずれかを選択することを要件とするなど、各都道府県の中で、必要な診療科をある程度特定した上で、その中から地域枠に入っていたいただいた学生に、診療科を選択いただくという枠になっております。

35ページは、地域枠における総合診療、総合的な研修について、大分大学で行っておられる取組を、御紹介させていただいております。

卒後3年目地域枠医師に対して、総合診療研修の義務化をしていると伺っております。

総合診療研修と申しますか、これは3年目の先生方に対して、地域の病院に行っていた

だいて、そして地域の病院で必要な幅広い診療を行っていただくということを、3年目の先生方に義務化しているものと伺っています。

そういった中で実際に、地域で勤務される先生方の満足度を、次の36ページでお示ししております。

右が、実際に地域で働かれている先生方に対するアンケート調査の結果ですが、それぞれ勤務全体と自身のキャリアに関する満足度は、勤務開始当初は非常に低いものの、3か月、6か月あるいは12か月たつに従って、徐々に上がってきており、地域で勤務するうちに、勤務あるいはキャリアとして満足いただけるものに徐々になってくるというデータが、大分大学の卒後3年目地域枠医師の総合診療研修から読み取れるかと思っております。

37ページでは、地方で勤務する意思がどれくらいあるかということを、以前調査しております。

右下に、その意向を記載しておりますけれども、地方で勤務する意思があると答えた方につきましては、20代が一番多いのですが、30代から50代の方も50%前後あるということで、一定数、潜在的には地方勤務に魅力を感じている先生方がおられるのかと思っております。

こういったことを踏まえまして、医師偏在の対策を御議論いただければと思っております。

これまでの偏在対策を踏まえてなお残る課題への、さらなる具体的対策についてどう考えるか。本日は「地域枠」と「中堅以降の医師」のテーマについて御議論いただければと思っております。

そして、地域枠につきましては大きく2点ございます。

1点目は、恒久定員内地域枠でございます。こちらは、臨時定員地域枠に依存せずに偏在是正を進めることができる方策として重要ではないかと思っております。都道府県、大学によっては活用が進んでおります。

臨時定員地域枠に加えて設置している大学や、臨時定員地域枠から恒久定員内地域枠の設置に切替えを行っていただいている大学がございます。

一方で、大学の定数が増加しないということと、また、教育研修環境の整備に必要な追加的な人材、財政的な資源というものは大きくはないですが、やはり入学生の学力を懸念するような指摘などもあるということで、大学が積極的に恒久定員内地域枠の設置に動かないという場合もございます。

また、恒久定員内地域枠については、都道府県・大学によって設置にばらつきがあるという状況で、医師少数県であっても設置されていない都道府県もございます。

もう一点、診療科の範囲を特定した地域枠、診療科選定地域枠でございますけれども、こちらは、地域の実情に応じて必要な診療科の医師を確保することが可能と考えておまして、臨時定員地域枠のうち約42%、55%強の都道府県で、診療科選定地域枠を設置いた

だいております。

これは、先ほどもお示しいたしましたけれども、例えば、外科、小児科、産婦人科、救急科、総合診療など、一定の範囲の診療科の中から希望する診療科に従事するといった方法が取られております。

また、そのほか、先ほど大分大学の事例も御紹介いたしましたけれども、地域枠医師として地域の診療を行いつつ、一定期間、各地域の要望に添った幅広い領域の研修を臨床研修以降に実施している大学もございます。

一方で、こういった3年目に、あるいは一定期間義務化することについては、専門医を取得する年次が遅くなる場合があるということにも考えられますので、やはり考慮すべき課題もあるのではないかと考えられます。

こういったことを踏まえまして、検討事項として以下2点挙げさせていただいております。

恒久定員内地域枠の設置をさらに促進することについてどう考えるか。その場合、どのような要因を考慮すれば、設置が促進され则认为られるかということ。

そして、2点目、診療科選定地域枠の設置を促進することについてどう考えるか。このほか、地域枠医師の3年目以降に一定期間、各地域で必要とされる幅広い診療に従事することについて、どう考えるか。

この2点について、御検討いただければと思います。

そして、次の39ページでございますけれども、中堅以降の医師について、こちらでも御議論いただければなと思っております。

これまでの医師偏在対策につきましては、若手の医師に関する対策については、比較的效果があがってきたという中で、中堅以降の医師についての対策は限られております。

一方で、地方勤務への潜在的な意欲も見られるということで、中堅以降の医師の活躍への期待というものはございます。

臨床研修、専門研修制度等の医師養成過程を通じた取組が修了した後の世代でございますので、その中堅以降の医師については、研修の機会を通じた偏在是正に資する施策というものに乏しくて、地域で活躍するための機会も十分に提供できていないのではないかと考えております。

また、平成26年前後で比較いたしますと、医師少数県の若手の医師数というものは、多数県と比較して伸びてきておりますけれども、中堅以降の医師を含めると、やはり医師少数県の医師数の伸びは小さいという状況でございます。

一方で、中堅以降の年代においては、地方での勤務に魅力を感じている医師が一定数存在するという事実と、また、特定の専門分野に限らず、幅広い疾病について総合的な診療を行うという医師へのニーズが見られていますので、中堅以降の医師については、こうした領域での活躍も期待されるのではないかなと考えております。

こういったことを踏まえまして、以下、論点として掲げさせていただいておりますけれ

ども、中堅以降の医師を対象とした新たな偏在対策として、どのようなことが考えられるか。また、その際、どのようなことに留意すべきか。

こちらは、中堅以降の医師を対象とした偏在対策の考え方の例として、幾つか挙げさせていただいております。これは、もちろんメリットだけではなく、デメリットあるいは実現可能性の問題ということもございますので、考え方の例として、捉えていただければと思うのですけれども、医師養成過程以降の専門医制度への対応として、例えば、専門医更新時の地域従事の要件などをつけるなどといったことや、診療所開設時等への対応として、地域従事の要件あるいは地域で、そういった診療所の開設あるいは勤務するといった場合の支援。

そのほか、学会を通じた取組として、リスキリング・リカレント教育への学会の関与や地域への派遣の支援など。

また、中堅以降の先生に限らず、必要な診療科の医師に対する処遇の向上などが、偏在対策の考え方の例として挙げられるのではないかと考えております。

また、こういったことを考える際に留意すべきことの例といたしましては、医師の生涯やキャリアパスにおける位置づけ、あるいはその魅力というものを考えないといけないと思いますし、また、中堅以降の世代につきましては、家族があって、生活基盤が定着しているということも考えられますので、そういった家族の生活の調和というものも留意しながら考えないといけないと考えております。

事務局からの説明は以上になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいま事務局から報告がありました内容につきまして、2つの課題があったかと思えます。

1つが、9ページでございますが「医学部臨時定員の配分の具体的対応について」、もう一つが38、39ページ、ただいま説明のあったところですが「医師偏在への更なる具体的対策の検討」、この2つがございましたけれども、まずは9ページの「医学部臨時定員の配分の具体的対応について」に御意見等をいただければと思います。

いかがでございましょうか。

それでは、中村参考人、お願いいたします。

○中村参考人 ありがとうございます。中村でございます。

9ページについてでございますけれども、医師少数県に配慮されたような案でございます。医師少数県の我が県として、少数県に寄り添った案を提示いただきまして感謝いたします。

1点確認させていただきたいのですけれども、今回の医学部臨時定員の配分方針についてなのでも、これは令和8年度からなのか、すみません、令和7年度からなのかということが、資料を見ても明確に記載されていなかったもので、そこを確認させていただきたいところが、まず1点。

その上で、今回の配分方針を示していただいた場合でも、医師少数県として大学との関係であるとか、財政的な負担を考慮しなければいけないということで、令和7年度、令和8年度のタイミングで、すぐに増員ができないという場合もあるということが考えられておりまして、そういったケースがあることを踏まえまして、今回の配分方針、令和9年度以降の議論にも生かしていただきたいと考えております。よろしく願いいたします。

○遠藤座長　ありがとうございます。

事務局、いかがでしょうか。

○佐々木医師養成等企画調整室長　ありがとうございます。

資料中にも、今、9ページに現状を記載させていただいておりますけれども、令和7年度からと考えておりますし、また、令和9年度以降については、これまでの議論の考え方に沿って、また改めて検討させていただければと思います。

○遠藤座長　中村参考人、よろしゅうございますか。

○中村参考人　ありがとうございます。

○遠藤座長　それでは、お待たせいたしました。神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員　今回の臨時定員配分の方法については、特に異論はございません。

ただ、2点お話しさせていただきたいと思います。まず、9ページの③の残余臨時定員の調整のところですが、これがまさに、恒久定員の中に地域枠をつくった地域へのインセンティブに値するのかなと思います。

ただ、実際に、これは医師多数県等が復元するときのインセンティブであって、医師少数県であったとしても、恒久定員にあまり地域枠がない医学部がたくさんあるわけで、そこに対して、もう一本インセンティブがないものかなと思うところがございます。

2点目でありまして、今回の議論とは違いますが、例えば、医師多数県にある医学部が、医師少数県あるいは中程度県に対して医師を多数派遣しているといったところというのは、特に古い医学部では結構あるのではないのかなと思います。

そういったときに、都道府県間で調整をして、臨時定員地域枠のやり取りができる制度というのはないものか。そうではないと、たくさんの医師をほかの県に派遣しているような医学部にとっては、非常に辛いものがあるのではないのかなと思います。そういう制度というのは、あり得るのかどうかということも質問したいと思います。

以上です。

○遠藤座長　ありがとうございました。

では、事務局、お答えいただけますか。

○佐々木医師養成等企画調整室長　ありがとうございます。

まず、恒久定員内の地域枠の設置につきましては、こちらは実際に臨時定員地域枠をつけるといった際に、どれだけその必要性があるかという観点から、恒久定員内100名当たり地域枠を、平均的な4名以上を設置する場合には、やはり一定程度偏在是正がその県で必要であろうということで、この恒久定員内地域枠の要件を案としてお示しさせていただ

いているものでございます。

一方で、医師少数県に対する恒久定員内の地域枠の設置の促進あるいはそのほか中程度県、多数県も含めまして、さらなる設置の促進について、どのようにしていくのかということについては、こちらは、この要件だけでなく、また、次の医師偏在対策で御議論をいただければと思っておりますけれども、より幅広い観点で考えていく必要があろうと思っております。

2点目に御質問いただきました点について確認ですが、多数県から少数県に対して臨時定員の地域枠を設置していることを派遣と呼ばれているのか、もしくは多数県から少数県等に対して、もう医師になった方を派遣していただいている、常勤、非常勤に関わらず派遣していただいているということを意図されているか、どちらかについて確認をさせていただきます。

○遠藤座長 では、お願いします。

○神野構成員 すみません、神野です。説明が悪くて申し訳ございません。

正直、両方ありなのかなと思います。例えば、医師少数県の地域枠の枠を医師多数県に渡して、そこで養成した地域枠の9年の義務年限中に、医師少数県に派遣するという形もあると思いますし、それから9年の義務年限が終わったドクターを多数少数県に派遣している医学部もたくさんあるやに聞いております。そういうところに対して、都道府県間で地域枠のやり取りというのはできないのかということでもあります。

○遠藤座長 事務局、いかがでしょうか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

まず、前者といたしますか、多数県から少数県に臨時枠の義務年限を設置して、義務要件を設置している場合につきましては、こちらは、実は今回の7ページだとか8ページのカウント上は、例えば、東京の大学が新潟に地域枠として従事要件を設置している場合は、こちらは、東京ではなくて新潟にカウントをしておりますので、もともと多数県の大学が少数県に従事要件を設置している場合は、それは少数県としてカウントするということです。今回で言うと、9ページの①の0.8を乗ずるというものの範囲の中には、そういった枠は入ってこないと考えております。

また、義務年限が終えた後の方々が、その後も残っていただいた場合ということについては、こちらは、なかなか情報としてまだ把握しづらいことと、また、臨時定員地域枠につきましては、平成20年度以降についてきたものということがございますので、一般的に考えると、9年プラス6年の15年間を経て、その義務年限が終わるということを考えますと、まだ、ちょうど義務年限が終わった方々が、これから出てくる状況かと思っておりますので、そういった中で、そういった方々を臨時定員設置の一部、考慮すべき要因として考えるかということは、それは論点として、今後あり得るかなとは思いますが、今回の案の中には、それは入っていないという状況になります。

○遠藤座長 神野構成員、いかがでしょう。

○神野構成員 ありがとうございます。また、今後の視点に入れていただければと思います。

○遠藤座長 ありがとうございました。

木戸構成員、お待たせいたしました。よろしくお願いいたします。

○木戸構成員 今回の配分方針につきまして、ある程度一定のルールをつくって、その中で調整していくという事務局案の方向性には賛成です。医師多数県では0.8掛けにするなど、ある程度の基準がないと、どうしても現状維持となりがちで、実際には不必要な場合があったとしても、なかなか有効な削減に至らない可能性があります。

ただ、令和8年度の臨時定員上限自体が、ほぼ横ばいの方針に決まった中で、全体として現状維持に近いといった印象を受けるのは私だけでしょうか。もともとの臨時定員設置の目的とか運用を考えますと、もともともらっている、いわゆるボーナス分にあたる臨時定員数をじわじわ減らすのではなくて、医師不足の解消という臨時定員の本来の目的を果たすために、実際どのくらいの数が必要なのかをゼロベースから算出して、そこから積み上げる方法のほうが本来の在り方だと思います。

その上で、各都道府県に過不足のないように、かつ不公平のないように精査調整していくことが、限られた定員枠を有効に医師不足対策に活かす上で最も大切だと思います。

また、必要な医師数のシミュレーションにおきましては、現時点での指数の医師の頭数、現時点での医療ニーズだけではなくて、今後、高齢で引退する医師数とその地域でどのくらいあって、その補充にどのくらい必要なのか、その地域での人口構成の変化も踏まえて、どういう分野の医療ニーズがどのくらい見込めるか、そういう要素も入れて、かなり精緻にシミュレーションする必要があると思います。

直近でも消滅可能性自治体に関するショッキングな報道がありました。令和8年に入学した学生が医師になり、ある程度一人前になって働く時期になる10年、20年先の未来におきまして、その地域で実際に自分が活躍していけるのか不安にならず、安心して進路を決めることができますよう、また、地域住民の皆さんの医療ニーズにできるだけ過不足なく対応できるよう、それぞれの都道府県ではしっかりと見通しを立てて、医師養成の数に関して考える必要があると思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございました。

貴重な御意見だと思います。正確な予測やシミュレーションの必要性和書かれたわけですが、事務局、これについては、何かお考えがありますか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

医師確保計画の中では、そういった目標、不足養成数という考え方に基づいて、やはりどれくらい必要かというものは、各都道府県の中でしっかりと見定めた上で、その中で、臨時定員の地域枠あるいは恒久定員内の地域枠というものを設置いただいております。

そうしますと、例えば多数県の中で臨時定員が必要なのかどうなのかということも御議

論があるかと思うのですけれども、一方で、急激に変更すると、各大学あるいは都道府県における教育体制、研究体制あるいは診療体制に影響もありますので、そういった点を配慮して、今回ご提案した方法でできればと考えているのですけれども、今後、どれくらいの数が必要かを見定めた上で検討していくということについては、引き続き、先生方と御議論を交わしながら考えていければと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、釜菴参考人、お手を挙げておられますのでお願いいたします。

○釜菴参考人 ありがとうございます。

今の9ページに関する議論ですが、この事務局案の内容に賛成を申し上げます。

それで、医師少数県における、地域枠をさらに増やしたいという希望の現状を踏まえると、地域枠増加の要請というのは、強くないように思いますので、微調整の状況で整理ができるのではないかと予想しますので、令和7年度、8年度については、この方針でいかざるを得ないのかなと思います。

一方、令和9年度以降については、木戸構成員も言われたように、今後に対して、かなり大幅な変更も可能な検討をぜひしていく必要があると思いますので、今回は微調整ですけれども、先々については、もう少し大幅な大きな変更につながるような議論にすることを望みます。

その中で、特に医師多数県における私立の医科大学が、臨時定員の変化というのが、あまり急激だと経営に直結するということが、これまでも提起されてきました。

その中で、医師多数県の私立の医科大学が少数県の要請に、さらに積極的に取り組んで、その枠をしっかりと拡充することで貢献していく取組は今後さらに必要だろうと思います。大学で工夫をしていただきたいという期待を込めて指摘をいたします。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見として承りました。

それでは、私立大学という御提案も出ましたので、お待たせしました、小笠原構成員、お願いいたします。

○小笠原構成員 先ほどの神野構成員からの話なのですが、要するに、ある医師多数県の大学、それはそうなのですけれども、実は、医師少数県はそうにいきません。私は地方にいますけれども、各大学病院から行ける病院が限られています。なぜかという、各大学の関連病院になっているからです。例えば、私は岩手県にいますが、東北大学は岩手県の地域枠があります。ところが、行ける病院が決まっているのです。新幹線沿いしか行かないのですね。なぜかという、そこが東北大学の関連病院だからです。

例えば、岩手医大は沿岸の関連に出せますが、東北大学の地域枠は沿岸の病院には行かないのです。なぜかという関連ではないからです。県は、そこはどうにもできないと。多分そういうことがいっぱいあると思いますので、もしやるとしたら、そういう大学間同士の昔からのしがらみですね。そこを全部破壊していただかないと無理なのですね。

それは、現実的に無理なので、何をやるか、学会がそこをコントロールすることをやってもらえば、多分一番シンプルではないかなと思うのです。

要するに、地元にある大学とその都道府県に県外から派遣している大学とが、この診療科は地元にある大学だけでは、足りないから、県外から派遣している大学がカバーするというようなことを学会がプロフェッショナル・オートノミーをちゃんと効かせるというやり方が、もしかしたら私はいいのではないかなと。私は脳外科学会に入っていますけれども、多分、脳外科学会は、それが可能ではないかと個人的には思っていますが、そういうところをすれば、もう少しうまくいくのではないかなと。

この話は、また後から少し話をさせていただきますが、現実的には大学の、まだ、関連病院という縛りが存在するということは、皆様、御理解ください。

以上でございます。

○遠藤座長　ありがとうございました。

今後の課題になる御意見だったかなと思います。

大体オンラインの御意見が終わりましたので、会場で御意見のある方はいらっしゃいますか。

よろしゅうございますか。オンラインでもお手を挙げておられる方はいらっしゃいませんね。

ありがとうございました。それでは、ほぼ議論は出尽くしたかと思います。様々な御指摘もいただきましたけれども、私、拝聴している限りにおいては、事務局が9ページに示された案に対して、大きな反対というのはなかったと理解をしておりますので、事務局提案の9ページの内容について、本検討会で御了承いただいたという理解でよろしゅうございますか。

(異議なしの意思表示あり)

○遠藤座長　ありがとうございます。

それでは、そのように対応させていただきたいと思います。

事務局におかれましては、その内容を踏まえまして、適切な対応をお願いしたいと思います。ありがとうございました。

それでは、続きまして、38ページ、39ページ「医師偏在への更なる具体的対策の検討」について、いろいろな御意見があろうかと思いますが、これについていかがでございましょう。

坂本構成員、どうぞ。

○坂本構成員　ありがとうございます。

本日、大分大学の資料があり大分大学の方が参考人としていらっしゃっていますので、ぜひ伺いたいことがあります。

前回の会でも若い世代の医師の意見を聞くことが重要ではないかという御意見が、ほかの構成員の方々からもありまして、私もそれに非常に共感いたします。やはり価値観が非

常に変わってくる中で、若い医師の人たちが何を望んでいるのかということに耳を傾けるのは、とても大事だと思います。

今回の大分大学の試みは、まさに若い世代に向けて、どのような新しいことができるかという内容だと思いますので、非常に興味深く拝読いたしました。

お伺いが3点ほどあります。1つは、この制度そのものをいつから始められたのかということをお伺いします。

2点目として、この資料に「総合診療能力向上が期待できる」とありますが、例えば、これを受けたことによって、希望する診療科が変わったとかなど、もし具体的なことがあれば、お伺いいたします。

3点目として、患者の立場から言うと、医療者とどのようなコミュニケーションが取れるのかというのは、とても大事なことです。患者のほうにも考えなければいけないことがあると思いますが、医師の方が患者とのコミュニケーションの取り方をどのように学んで来られたのかという点は重要です。

この総合診療能力向上というところに、患者との接し方というのは入ってくると思いますので、その辺りも、もし分かればお伺いします。

以上、3点、よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、参考人として御参加いただいております、宮崎先生、よろしくお願いいたします。

○宮崎参考人 大分大学の宮崎でございます。御質問ありがとうございます。

まず、最初の御質問ですけれども、令和4年度から開始ということになりますので、この4月からが3年目ということになります。

それから、2番目の御質問ですけれども、診療科が変わったかどうかということについてですが、これを実行する前は、自分の診療科を皆さんほとんど決めた中で、3年目の研修を送っていたのですけれども、この制度によって、3年目入局しないという形になっていますので、3年目は取りあえず、地域のほうで研修をした後に、その中で自分の専門診療科を決めるというところが、少し変化として起こったものかと思っております。

患者さんとの接し方というのは、なかなか難しいのですけれども、大病院の中で多くの仲間たちとやる場合と、地域に出て患者さんと直に対峙する場合で、やはり幾つかの変化があるのだと思うのですけれども、いわゆる責任感というのが、地域の少人数の中でやると、彼らにとっては生まれてくるということで、実際、地域の患者さんとのやり取りというのが、自分が前面に出て行うということ。それを後ろから指導医がサポートするという仕組みがあるので、そういう意味では、患者さんの生活を見る視点とか、そういったところは育まれてきているのかなと感じているところです。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

坂本構成員、いかがでしょう。

○坂本構成員　ありがとうございます。

○遠藤座長　ほかに御意見等ございますか。

中村参考人、お願いいたします。

○中村参考人　ありがとうございます。

私からは、提示いただいたスライドに対しまして、まず、15ページのスライドでの35歳未満の医療施設従事医師数の推移なのですが、こちらは、繰り返しになって恐縮ですが、花角知事が第1回で申し上げましたとおり、増えている医師の絶対数の約半数ぐらいが埼玉県と千葉県首都圏のところで増えているということで、地域偏在が縮小していると言うには、なかなか言い難いなということを再度申し上げさせていただきたいと思っております。

あと、スライドの27ページですが、医師偏在における課題の全体像ということでおまとめいただいているところですが、この中の地域偏在に対する、これまでの主な偏在対策というところに、臨床研修、専門研修における採用数上限設定という記載をいただいているところでございますけれども、特に専門研修についてなのですが、激変緩和措置という名のもとに募集定員が固定化されている状態が続いているということで、まだまだ偏在対策としては不十分であると考えておりますので、今回のテーマとは少しずれてしまいますけれども、専門研修について地域偏在を解消するためには、なお残る課題ということで採用する上限数の設定に対策を講じる必要があることを強く申し上げさせていただきます。

対策のところの地域枠についてでございますけれども、先ほど定員の話がございましたが、地域枠については、恒久定員、それから臨時定員に関わらず、地域枠の設置というのは修学資金の貸与とセットで行われておりまして、都道府県への財政負担が生じているところでございます。

我が県でも単に地域枠を増やしてきただけではなくて、学生一人一人に親身に面談を行うなど、離脱回避に向けた取組を行っているということで、医師少数県においては修学資金の負担だけではない多くのコストをかけているところでございます。

本来であれば、都道府県が地域枠を設置することがなくても、医師偏在が是正される仕組みを構築していただきたいと考えているところでございますけれども、いずれとしましても、現状では最も有効な対策の1つである地域枠に頼らざるを得ないということから、医師少数県の財政負担についての手厚い支援をお願いしたいと思っております。

それから、中堅以降の医師についてのところでございますけれども、我が県でも若手の医師確保対策にならざるを得ないということで、30代後半から40代前半などの医師、我が県では、その辺の層が不足しているのですけれども、十分な対策ができていないという状況でございます。

ここ数年、我々も地域枠を増やすことで若手医師を育成しているところでございますけ

れども、そのためには、まさに中堅以降の医師の指導医としての確保が非常に重要であるということを考えております。

医師多数県から医師少数県に来てもらうのには、やはり中堅以降の医師が医師少数県に勤務することの、本人へのキャリア上のインセンティブでありますとか、既に一部のインセンティブはございますけれども、そういったインセンティブであるとか、あとは派遣元への病院へのインセンティブだとか、そういったことが考えられると思っておりますけれども、中堅以降の医師が医師少数県に来てもらえる有効な対策、そういったものをこの検討会で議論されることを期待していることを申し上げさせていただければと思います。

私からは以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

専門医研修制度の上限の問題であるとか、奨学金に対する財政支援の話あるいは指導医の問題、重要な御指摘をいただいたと思います。

では、神野構成員、お手を挙げておられますのでお願いいたします。

○神野構成員 ありがとうございます。

毎回申し上げて恐縮ですけれども、医師養成数と医師偏在対策というのはペアであると。強力な偏在対策をしないと、医師養成数を減らすわけにはいかないというのは、主張させていただきたいと思います。

その中で、まさに、今、中村参考人もおっしゃいましたけれども、27ページに課題の全体像があって、恐らくこれからも作業として、ここに書いてあるいろいろな対策、課題を一つ一つ潰していくということが必要だと思いますし、これも私も前回申し上げましたけれども、前例にとらわれないといいますか、法的なことも含めてあるいは規制的なこと、あるいは規制緩和も含めて、考えなければいけないのではないのかなと思います。

地域枠以外で、医師偏在対策に有効、今のところ効果が出ていることは、正直あまりないのではないかとと思うところです。まさに専門医制度のシーリングが、今もお話がありましたけれども、出ておりますけれども、正直、今、中村参考人がおっしゃった激変緩和もありますし、専門医制度そのものは、医療の質のところはあるとしても、偏在対策には全く機能していないのではないかと思います。逆に、サブスペシャリティ専門医がどんどん増えておりますので、ここでも示されている診療科の細分化は、また助長されているのではないのかなと思います。

4月の16日の日に、武見厚生労働大臣が閣議後に、地域の割当制度あるいは同じ4月の16日に財政制度審議会のほうで、是正に向けて強力な政策、特に入院と外来の枠組みといったものを提言しているわけです。

もちろん、こういったことは、最初からいい悪いではなくて、やはり検討の俎上にこれから上げていって、そして、その上でいい悪いというのを判断していくことが、これから我々に求められていることではないのかなと思います。

意見でした。以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

強力な偏在対策が必要であるという御主張だったと思います。

ほかにいかがでしょうか、国土構成員、どうぞ。

○国土構成員 2点あります。1つは、専門医制度について。やはり専門医の養成を通じて偏在を是正するという期待は大きいわけですが、一方で、先ほど神野構成員からのご発言にもありましたが、専門医がかなり細分化されているということと、プログラム制になっていて、言葉は悪いですが、窮屈な厳しい制度になっていると感じます。そのため、かえってその後のキャリアに選びにくくなっていることがあり得るのではないかと感じております。

例えば、25ページの美容外科が増えたという話があります。このグラフだとあまり目立たないのですが、これは、縦軸の目盛りを変えたら相当増えていることがわかります。これは、1つは収入が高いということもあるかもしれませんが、もう一つは、やはり専門医制度から外れてこちらへ流れている人がいるかもしれない。それから、私の知っている範囲では、外科でバーンアウトではないですが、外科からドロップアウトしてこちらのほうへシフトしていく、そういう人もいると聞いております。美容外科だけではないかもしれませんが、急に増えている実情について詳しいことを知りたいなと思います。

先ほどの繰り返しになりますが、専門医制度の今後の在り方についても、ぜひ、ここで検討するのかどうか、もう一回考えなくてはいけないと思っております。

もう一つは、先ほど神野構成員からも、地域枠以外にあまり有効な方法がないのではないかという話がありましたが、数は少ないかもしれませんが、私の知っている範囲では、定年後、まだ元気な方で地域で働きたいという方が何人かいらっしゃると思います。それが大きな動きになるかどうかは、まだ分かりませんが、今議論している医学部にこれから入るような人が、実際に活躍するのは20年後近く先の話になるわけで、一方高齢の医師は、今からすぐに活用できます。そういう意味で近い将来を考えると、むしろこちらのほうが有効かもしれないと思います。外科医人口のピークが、現在60歳前後であるという話を前回にしましたが、60歳の医師が、これから10年以上活躍できるかもしれない、そういうことを考えると、高齢医師の活用についても何らかの検討が必要かと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。重要な御指摘をいただいたと思います。

それでは、オンラインでお手を挙げておられます、木戸構成員、お願いいたします。

○木戸構成員 ありがとうございます。

まず、地域偏在の問題ですが、我が国の人口全体の偏在、人口一極集中、地方から都会、特に東京への人口流出の問題が根底にあります。医師、医療の問題だけではなくて、より広い視点から考える必要があると思います。

例えば、公共交通におきまして、利用者が少なく採算が取れずに電車が廃線になっ

てバス輸送になった、このバスも運転手が確保できずに減便になるという報道を最近よく目にします。例えば、ぽつんと一軒家というようなところに、電気や水道などインフラの整備や保守をどうするかという議論の中で、コンパクトシティなど、いろいろな提案もなされています。

近い将来における地方での暮らしの在り方、地方創生をどうすべきか、かなり大きな話になりますが、そういった、いわゆる青写真、共通認識がないと、なかなか医師だけの偏在について議論するのは難しいように、私は思います。

限られた医療資源をある程度集約化して、そこに行けば必ず一定以上のレベルの医療をいつでも安心して受けられるようにするなど、人口減少社会に適応したシステムについて、やはり真剣に考えていく必要があると思います。

施設の集約化をすれば、質の向上、ハイボリュームセンターで研修やスキルアップやスキルの維持がしやすくなりますし、働き方改革にも有効と言われています。コロナのときもやはり医療資源が分散してしまっていることによるデメリットが問題になりましたが、集約化についての具体的な動きはなかなか進んでいません。医師を幾ら養成しても、小さなところに分散してしまうと、必要なマンパワーが足りないままで、もったいないと思います。

また、診療科偏在につきましては、なぜその診療科に人が来ないか、入っても定着しないのかについて、原因を一つ一つ列挙して、それについて対策を講じていくことが最も近道だと思います。

一方、新人医師を多く獲得できているところ、先ほど自由診療の話がありましたけれども、そういったところの取組を調べて、それを共有、横展開することも一方で有効であり、そのためには、参考人からヒアリングをしていく方法も有効と思います。

特に外科系で減少していますけれども、侵襲の高い診療行為をもともと行っていますが、結果が悪ければ責任を問われやすく、リスクが高いところです。私たち産科もそうですけれども、拘束時間も長い、非常に厳しい労働環境にあります。

そういったことを覚悟して入っても、やはりくじけてしまって、途中で辞めてしまう人も少なくありません。せっかく専門医まで取得して辞めてしまうことは、本当にもったいないと思うこともあります。

そういったところで、やはり責任が重過ぎて負担ということがあれば、個人に業務や責任が集中しないよう分散する仕組みをつくるとか、一つ一つそういった対応を検討していく必要があります。

また、自由診療などでは、一人前になるのが早くて、自分自身が成長を実感できるという仕組みがあって、それが人気だそうです。外科などでは、なかなか執刀が回ってこないというのも問題になっているようです。

診療科偏在につきましては、誰でもその科に進めばいいというわけではなくて、トレーニングをすれば、手技がうまくできるようになる人もあれば、そうでない、なかなか難し

い人もあります。確実に向き不向きがあるということ。そして、それは入学前にはなかなか分からないものです。あらかじめ入学時に選択の診療科を決めてしまって、若い人の持っている可能性を狭めるというのは、あまりよくないように私は思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

偏在対策について、様々な対策について御言及いただいたということだと思います。

それでは、釜菴参考人、お願いいたします。

○釜菴参考人 ありがとうございます。

先ほど神野構成員が言われたとおり、医学部の入学定員のことを今後検討していく前提としては、偏在の対策がしっかり取られることがないと、合意形成が難しいというのは、私もそのとおりだと思います。

各都道府県が医師確保計画をつくっていますが、この県においては、どの地域でどの診療科の医師が足りないという情報は、ある程度都道府県がしっかり持っているわけで、その改善を、まず県ごとに強力に進めていくことが急務だと思います。

39ページにある中堅以降の医師が働く場所を少し変えて、本当に足りないところに役立つということを積極的に取り組まない限り、なかなかこの展望が開けないように感じます。

病院においてはどこも医師が足りない現状にあります。行政を交えて、この県においては、この診療科が地域に足りないのを、これを最優先に補うということを打ち出して、それは県内の医科大学からの支援で可能な場合もあるし、それが不可能な場合もある。不可能な場合に、それをどうやって全国で支援をしていく形にするのかということ、目に見える形で明らかにしない限り、医学部の入学定員の件は、なかなか令和9年度以降も合意形成が難しいのではないかなと感じます。

それで、先ほど小笠原構成員から、学会の役割についても御指摘がありました。これも非常に大事だと思いますけれども、先ほどお話のあった脳外科のこの疾患の治療をするためには、全国に脳外科の医師が何人必要だというのは、学会できちんとお出しになれると思います。

一方で、この診療科の医師がどのぐらい、どこに必要かというのは、むしろ私は行政、都道府県の情報が重要ではないかと思いますので、それらをうまく利用してやっていくことが必要になるのではないかと思います。

それから、27ページの今回事務局でまとめていただいた課題整理は、非常に重要だと思います。

その中で特に私が指摘したいのは、医師の偏在というのは、地域の偏在と、それから診療科の偏在が大きく取り上げられていますが、今後、病院と診療所にいる医師の適正なバランスあるいはその偏在の解消ということも必要になりますし、新たに診療所に参入していく場合に、どういう条件があれば、その地域に診療所を新たに開設することができるのかということについて、あまり規制的な手法は、なじまないかもしれませんが、こ

のところをよく考えないと、うまくバランスが取れてこないと痛感しますので、指摘をしておきます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

いろいろと有益な御提案をいただいたと思います。事務局におかれましても、適切な考慮をお願いしたいと思います。

それでは、会場のほうに移らせていただいて、横手構成員、どうぞ。

○横手構成員 ありがとうございます。千葉大学の横手でございます。

今年の今月から医師の時間外労働の上限規制も始まり、これから本当に10年にわたって働き方改革を進めていくわけですが、医師の偏在対策がしっかり行われないうちに、働き方改革は、持続可能にはならないと思いますので、極めて重要な課題だと思います。

しかし、これまで出てきた御意見のように、とても難しいなというのも改めて思ったところでございます。

今の対策というのは、やはり現状の課題をどう解決していくか、一手先を考えながら、ずっと突き詰めているわけですが、先ほど来もお話がありました、地方自治体の消滅と言われるようになって、そのところから、ある部分をバックキャストするような形で、どういう対策を考えておくべきかという手を打たないと、もしかすると永久に追いつかないのかなという気もしています。

ですので、その場合には、やはり各地方自治体を活性化するような方策も並行して、この医師の偏在対策にも充てていくことも必要でしょうし、あと、医師の総数で多数県、少数県と論じられていますけれども、例えば10人医師がいて、そのお医者さんが2人ずつ、5つの医療機関にいるのと、10人1つの医療機関にいるのと、その就労環境というのは全然違うと思うのです。

総合診療医の先生がファーストタッチをするのであれば、2人でできるかもしれませんが、外科の先生は、恐らく2人でやっていたらもたないので、5人とか10人の集約が必要だろうと。

そうすると、地域の患者数に応じて、例えば、やはりある程度診療所をファーストタッチは配置して、あとは本当に高度な医療を行うところは、ある部分病院数を限って、医師を集約するような、そういう半強制力も働かせつつ配置をしていかないとたないのではないかと懸念したところがございます。

それが1つ目で、あともう一つは、様々な方と話をしていて、例えばドイツですとか、スペインですとか、そういう国だと、あまり地域偏在の問題というのが聞こえてこないということを耳にします。それが本当かどうか、私、実際のデータを持ち合わせないのですが、アメリカなどは、少し制度が違うかもしれませんが、ドイツ、フランス、スペインとか、そういうヨーロッパで一体実情がどうなっているのか、どんな方法で、どんな結果が得られているのかというのは調べて、我々が参考にする価値があるのではない

かと思います。

もちろん、日本のような超高齢化は進んでいないわけですが、何か今、自分たちの議論の中である部分は煮詰まっているところがありますから、他に先例がないかというのを学ぶというのは、まだまだ必要性といいますか、重要性があるのではないかと思います。以上を2点をコメントさせていただきます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局におかれましては、今挙げられた国の全てかどうか分かりませんが、幾つか調べられていると思いますので、今後、適切なタイミングでそういうものの紹介もお願いしたいと思います。

それでは、お待たせいたしました。オンラインに戻りたいと思います。

小笠原構成、お願いいたします。

○小笠原構成員 医師少数県は、先ほど千葉とか埼玉のようなもともと人口が多いところで、相対的に医師が足りないところと、当然我々とか新潟のように、人口が少なくても医師が足りないと、多分このように大きく分類できると思うのです。我々のようなところ、東北地方がそうなのですが、そういうところを考えると、先ほど釜谷参考人が言いましたのは、少し違って、行政と大学が一緒になって医師偏在を検討するというのは、実はそんなに難しくありません。岩手県は医師が少ないのですけれども、では、医療が崩壊しているかという、実はそうではありません。各基本診療科の医師について県が各二次医療圏でどこの診療科が足りなくて、どこに集約すればいいのか、よく行政は二次医療圏という言い方をしますが、そんなのは診療科別の医療圏をつくれればいい話です。岩手県はそういうやり方をしているので、そこに適正な配置をすることが、実は可能なのです。これは学会も大学、行政と一緒に協力してもらってやっています。ただ、人口が多い都道府県は、例えば大学が2以上あると無理かもしれませんが、少なくとも大学が1つしかない県に関しては、実は可能で、そういうやり方をすれば、診療科別の二次医療圏の統合というやり方をすれば、そこに適切で必要最小限の専門医を配置することはそんなに難しくありません。もちろん、医者全体が増えればいいのです。これは、増えないことは分かっていますので。

もう一つ、総合診療科の話がありましたが、総合診療科の一番の問題は、総合診療科の専門を取った後に、サブスペがないのです。そこからサブスペがない。何を言いたいかというと、内科だと内視鏡とか何かがありますね、例えば、総合診療科に入ってくる若い人たちが、例えば、私、内視鏡をやりたいなと、カテーテルをやりたいなと言ったときに、サブスペの専門医制度がないのです。そうすると、そこでドロップアウトしてしまう。開業してしまうわけですね。

私はずっと言っているのですけれども、岩手医大は自治医大が多いので、なぜ総合診療科の上に、そういうサブスペをつくるようなことができないのと、あるいは内科学会と話

合わないのと、やはりそういうことをやらないと、結局、若い人たちが30、40歳近くなつたときに、自分が武器を持たないとなってしまうと、ドロップアウトして開業するパターンが多いです。

今の自治医大の私の世代の人たちは、実は、みんな最初は総合診療科ではない基本診療科を学んでいるのです。外科出身、あるいは内科出身で総合診療をやられているので、その後総合診療に移っても問題ない。一方、国が始めた総合診療というものは、実は概念だけで、本当の若い人たちのキャリアを考えていない。自治医大卒業生に聞いたら、そうだと書いていますので、まずそこが、ちゃんとやってほしいと。

もう一つは、先ほど中堅クラスの医師の話がありましたが、これも実は、実際にその方々が地方に行きたいと言ったって、では、どういう窓口があるのと、ないわけですね。それも、やはり各都道府県が窓口になるか、あるいはこれも、私、学会がなるべきだと思うのですけれども、例えば、普通の総合診療をやりたいか、あるいは自分のサブスペを違うところで活かしたいのかによると思うのですが、そういうのを、もう少しフリーアドレスでできるような窓口をつくってほしいと。

今、結局、民間の募集とかがありますね。そうではなく、国とかあるいは学会がきちんとガバナンスを効かせるということをやってやるべきではないでしょうか。

そうすると、足りないところに適した診療技術をもつ医師を行政が配置もできますし、学会も配置ができると。もう少しそういう取組をすれば、例えば、40前後の少し疲れた方々でも専門性を生かして、この領域の外来だけはできるということは可能なわけです。そういうことをやればいいのではないかなと。すぐ医師が増えない昨今に、こういう方法も1つ考えてみてはいかがでしょうか。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

貴重な御意見をいただきました。

ほかにいかがでしょうか。

では、国土構成員、どうぞ。

○国土構成員 小笠原構成員の発言に少し追加させていただきます。私どもは、今後、これからも感染症危機に備えて、感染症専門医を増やしたいと対策をいろいろ検討しているのですが、その中でやはり総合診療専門医から感染症専門医の2階に行けないということの問題視している発言を聞いたことがございます。繰り返しになりますが、専門医制度について、ここから何か意見を申し述べるのは有意義ではないかと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

専門医制度につきまして、いろいろな御意見もありますけれども、事務局、専門医制度は、また別の審議会の議論をしているわけですが、これについて、その関係性についてでも結構でございますけれども、何かコメントはありますか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

今の専門医制度は、まず、1階部分に基本領域の19領域があって、その上に1階を踏まえて2階部分、サブスペシャリティを取得するという制度になっていますので、その1階部分の基本的な能力をどこまで担保して、2階のサブスペシャリティに進むかということに関連すると思います。

総合診療専門医につきましては、先生方おっしゃられるように、その後の先生方のキャリアを考える上で、サブスペシャリティをもっと幅広く、総合診療医からも行けるようにするべきではないかという御意見かと思しますので、ここは、専門研修部会で議論しておりますけれども、実際に学会がどのように各個別のサブスペシャリティの学会が、どういう要件が必要で、それが合致するののかということも関係するかと思いますので、そこは丁寧に学会とも話し合う必要があるかなと思っております。

○遠藤座長　ありがとうございます。

専門医制度は、大変重要な制度ではあるわけですが、これは国の制度ではなくて、あくまでも民間の制度という形なので、偏在対策に悪影響を及ぼすことについては、国が関与できるという形の介入はしているわけですが、個別の中身については、一定の限界があると、それが初期研修とは違う構成になっているところもあるということでございますね。

ほかに何かございますでしょうか。

では、坂本構成員、どうぞ。

○坂本構成員　ありがとうございます。

先ほどの中堅以降の医師のことについて、ほかの構成員の方々がおっしゃったことを、私は共感を持って伺っておりました。

私の周りでも、例えば、内科専門の中堅の医師の方が、地域に小児科が少ないので新たに小児科を学ぼうと思われたりとか、ずっと大学病院などで研究をされた方が、学び直されて地域医療に、ということがあります。ただ、お話を伺っていると、その方それぞれのモチベーションというか、意欲により、道を切りひらいているという部分があるのではと感じています。先ほど小笠原構成員がおっしゃられたような「窓口」やシステムがあって、例えば、中堅になり、新たなことをやりたいというときに、そのためのシステムに誰もがアクセスできるのが必要なのではないかと伺っておりました。個人の気持ちだけに頼るのではなくて、システムとしてあることの必要性を感じましたので、一言申し上げさせていただきました。

以上です。

○遠藤座長　ありがとうございました。

重要な御指摘だと思います。

ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。

ありがとうございました。

この問題は、大変奥の深い問題でありますし、本日、非常にいろいろな御意見が出され

たわけであります。非常に具体性がある、ある意味、現実可能性が比較的高いようなものもありますし、まだ、これからいろいろと考えなければいけないようなアイデアレベルのものもあるかと思いますので、それを一つ一つ解決していかなければならないと思いますが、事務局におかれまして、本日出されました御意見につきましては整理をいただきまして、次回以降の議論に資するようなものをつくっていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、本日の議論は、このぐらいにさせていただきますが、事務局から何か連絡事項はございますか。

○寺村課長補佐 事務局でございます。

それでは、次回の検討会の開催日程につきましては、追って御連絡をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 それでは、本日、大変長時間にわたりまして積極的な御意見をいただきまして、どうもありがとうございました。

構成員の皆様におかれましては、御多忙中の中にもかかわらず、御協力いただきまして感謝申し上げます。

それでは、これで第4回「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」を終了したいと思います。

どうもありがとうございました。