

2024-9-20 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（第6回）

○加藤課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第6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、御出席を賜り、誠にありがとうございます。

出欠状況については、現時点で構成員8名に御出席いただいております。神野構成員より御欠席の御連絡をいただいております。横手構成員におかれましては、11時頃に途中出席されると伺っております。

また、今後の医師偏在対策の議論に関連して、宮崎大学医学部副学部長の澤口朗参考人、宮崎大学医学部医療人育成推進センター教授の小松弘幸参考人、福島県立医科大学医学部総合内科・総合診療医センター講師の菅家智史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。

議題に入る前に、事務局で人事異動がございましたので、御紹介させていただきます。医政局医事課長の西嶋です。医師養成等企画調整室長の和泉です。

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。

（カメラ撮り終了）

○加藤課長補佐 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。

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いては、お手元に配付させていただいております議事次第と資料1、参考資料1～3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におかれましては、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。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、御発言ください。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。

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。遠藤座長、よろしくをお願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

皆様、おはようございます。本日もどうぞよろしくをお願いいたします。

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が「医学部臨時定員の配分の考え方と今後の医師偏在対策について」でございます。

まず、事務局から、関連資料であります資料1「医学部臨時定員の配分の考え方と今後の医師偏在対策について」について説明いただきたいと思います。

よろしく申し上げます。

○染谷課長補佐 ありがとうございます。事務局でございます。

それでは、資料1をお手元に御用意ください。

3ページをおめくりいただきまして、「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの骨子案について」でございます。

4ページをおめくりいただきまして、骨太2024の抜粋でございます。

医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、総合的な対策パッケージを2024年末までに策定すると記載しております。

これを踏まえまして、5ページ、8月30日に厚生労働大臣より発表しております資料でございますが、こちらの中で総合的な対策パッケージの骨子案をお示ししております。この検討会の中では、主に②の「医師の確保・育成」の中にある、「中堅以降医師等の総合的な診療能力等に係るリカレント教育について、R7年度予算要求」と「医師多数県の臨時定員地域枠の医師少数県への振替を検討」を主に御議論いただければと考えております。

また、上の「臨床研修の広域連携型プログラムの制度化」については臨床研修部会、そのほかのところに関しては「新たな地域医療構想等に関する検討会」で議論いただくことを考えております。

6ページにお進みいただきまして、厚生労働省の医師偏在対策推進本部の資料でございますが「主な論点」として挙げさせていただいております。

①「医師確保計画の実効性」ということで、都道府県が医師偏在是正に主体的に取り組み、国は都道府県をサポートする仕組みを検討すべきではないか。②の1つ目の四角ですが、医学生・若手医師の地域への理解・意識を涵養し、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化、医師少数区域などでの勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の大幅な拡大を検討すべきではないか。次に、外来医師多数区域における新規開業希望者に対する医療機能の要請などの現行の仕組みをより実効力のあるものとするなどの規制的手法について、医療法などにおける位置づけを含めて検討すべきではないか。保険医制度の中で、保険診療の質を高めつつ、医師の偏在是正に向けて、どのような方策が考えられるか検討すべきではないか。地域の医療需要や働き方改革推進の観点から、より一層の対応が必要な診療科の医師について、インセンティブを高める方策についてどのように考えるか。あとは、この検討会の中で御議論いただくものとして、中堅以降医師などの総合的な診療能力などに係るリカレント教育を推進すべきではないか。医師養成過程や診療報酬を通じた対策についても、医師偏在是正の観点から検討すべきではないか。③「実効的な医師配置」ということで、重点的な支援対象区域における開業・承継の支援や、経済的インセンティブを含め、医師の勤務意欲につながる方策について検討すべきではないか。医師派遣などを行う大学病院などの中核的な病院への支援や、全国的なマッチング機能の支援などを検

討すべきではないか。こういった①～③の取組を推進していく中で、規制的手法はもとより、経済的インセンティブとして、どのような対応が必要か。あるいは保険者からの協力を得るなど、あらゆる方策を検討すべきではないか。こういった①～③を国、地方、医療関係者、保険者などがどのように協力して実施していくべきかということで、論点を挙げておりました、今後、引き続き議論していくということでございます。

7ページは「新たな地域医療構想等に関する検討会 開催要綱」でございますが、この検討会の中で、医師養成過程を通じた対策を除いた医師偏在対策に関する事項を主に御議論いただくこととしています。

8ページ、この検討会においては、医師養成過程を通じた医師の偏在対策についてと、医学部臨時定員の在り方などについて主に御議論いただくということで進めていきたいと考えております。

9ページにお進みいただきまして「医学部臨時定員の配分の考え方について」ということで、今回、主な議題になる項目でございます。

10ページ、「今後の臨時定員と地域枠の活用について」これまでの主な御議論を抜粋しております。例えば、臨時定員が増えることによる教育の質の低下がないよう、担保する方策を検討してほしい。医師多数県・少数県というくりに加えて、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。県が新たに臨時定員増を検討する場合、大学と県が調整するための時間の確保と、調整先となる大学の情報提供をお願いしたいといった御意見をいただいております。

こうしたことも踏まえながら進めていければと考えておりますが、11ページにお進みいただきまして、前回の資料の再掲でございますが、改めて令和7年度医学部臨時定員の配分の方針がどうだったかということを変更してご説明いたします。①で、最初に「医師多数県の意向の調整」を行うということございまして、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の調整を行うと。②の「医師少数県の意向の調整」につきましては、医師多数県から削減など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。③「残余臨時定員数の意向の調整」でございますが、①、②の対応を行った上で、臨時定員総数が令和6年度臨時定員総数に達していない場合には、その範囲内においては、恒久定員100名当たり、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、医師多数県においては、例えば令和6年度臨時定員地域枠の一割等、一部の意向を復元する。医師少数区域のある医師中程度県については、地域枠の趣旨の範囲内で令和6年度比増となることに関しても配分を行う。加えて、臨時定員研究医枠の令和6年度比増がある場合は、その趣旨の範囲内で配分を行うということで、この検討会でも合意いただきまして、配分可能となる見込みで、こちらをお示ししておりました。今回、この検討会で数値をお示しするとお伝えしていたところではございますが、具体的な数値に関しては、まだ確定しているわけではございませんので、確定した段階でお示しできればと考

ております。

こうした中、今後の臨時定員の配分を考えるに当たってのデータを12ページ以降でお示ししております。12ページは、縦軸が「人口10万人あたり35歳未満医師数」でございます。横軸が「医師偏在指標」です。右に行けば行くほど、医師多数県となりまして、医師多数県・少数県においては背景に色をつけておりまして、その中でもグラデーションをつけているのは、その中で上位3分の1が濃い色。下位3分の1が薄い色ということでございます。人口10万人対35歳未満医師数は、東京、岡山、和歌山、京都など医師多数県ほど多く、医師少数県ほど少ない傾向がございますが、例えば秋田は全国平均を上回っているということでございます。

13ページ、今度は縦軸が「35歳未満医師数の割合」。都道府県別の割合でございます。こちらを見てみますと、栃木、千葉、東京、岡山、和歌山が高く、医師多数県であっても、熊本、徳島は15%未満と低くなっているのが現状でございます。

14ページ、こちらは、人口10万人対65歳以上医師数が縦軸ということでございます。徳島、長崎、高知など、医師多数県ほど多い傾向があるものの、医師多数県であっても、東京や沖縄は全国平均を下回っているということでございます。

15ページ、こちらは都道府県別の医師数に占める65歳以上の医師数の割合が縦軸となっております。徳島、長崎、福島、山口は、高齢医師数の割合が25%以上となっております。東京に関しては15%未満となっております。

16ページですが、少し毛色が変わりまして、都道府県別の地域枠医師の配置状況を医師偏在指標順に横並びにしてお示ししております。こちらは、令和6年度医学部臨時定員増に関する都道府県の意向調査の結果から集計したものでございます。地域枠医師の配置割合をお示ししておりますが、黄色のところは医師多数区域に配置している割合。薄い青色が、中程度区域に配置している割合。水色が医師少数スポットへの配置割合。紺色が医師少数区域への配置割合でございます。なお、アスタリスクを付したところに関しては、医師少数区域がない都道府県となっておりますので、その点も留意しながら、配置状況も踏まえて検討できればと考えております。

17ページにお進みいただきまして「医師の確保に関する事項」として「第8次医療計画の見直しのポイント」を改めてお示ししておりますが「恒久定員内への地域枠等の設置促進等」ということで、赤枠でお示ししております。「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」ということで、こちらは医師確保計画策定ガイドラインの中にもそういったことを記載しているところがございます。

18ページ、こうした中、令和6年度の地域枠及び地元出身者枠数について、全国都道府県別にお示ししているものでございます。こちらは、医師少数県・多数県に限らず、恒久定員内の地域枠の設置が進んでいるところと、実際には恒久定員内地域枠がついていないところがあるのが現状でございます。

19ページ、今回御議論いただきたい資料でございますが、上の枠「臨時定員地域枠について」に関しては、前回、第5回検討会の中でお示した考え方でございます。1つ目、2つ目のポツは、令和7年度の臨時定員の配分についておまとめしたものでございますが、3ポツ目で、これを踏まえて、令和8年度以降について記載しておりますが、少なくともこの数年間は、医師の需給や都道府県の偏在の傾向については大きく変わらないため、医学部の適正化の検討を進めていくことを踏まえつつ、医師多数県については、臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、都道府県を超えた偏在是正が特に必要な医師少数県、一部の中程度県については、令和6年度比増となることも許容してはどうかということでお示しておりました。こちらに関しては、前回検討会の中で特に大きな反対意見等はないと認識しております。こういったことも踏まえて、下の枠「医学部臨時定員の配分の考え方について」今回御議論いただければと考えております。

まず、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、年末までに策定することとしている総合的な対策のパッケージに関する具体的な議論や内容を注視しながら、医学部臨時定員の配分について、以下のような方向性で議論してはどうかということでございます。1つ目の矢頭ですが、令和8年度医学部臨時定員の配分において、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、若手医師が少ない場合や医師の年齢構成が高齢医師に偏っている場合などは配慮してはどうかということです。

2つ目の矢頭は、令和8年度医学部臨時定員の配分において、令和8年度までに恒久定員内地域枠を一定程度設置するなど、さらなる県内の偏在対策に取り組む都道府県については、配慮してはどうか。3つ目の矢頭ですが、医学部臨時定員の配分について、引き続き地域枠医師の医師少数区域・医師少数スポット等への配置状況等を踏まえ、検討してはどうかということで御議論いただければと考えております。

20ページ以降につきましては、今後の医師偏在対策に係る取組や課題として御説明させていただきます。

21ページにお進みいただきまして、恒久定員内の地域枠について、前回お示した資料でございますが、赤枠の恒久定員内地域枠については、既存の定員の中で、地域に必要な医師を安定的に確保することに一定の効果があると考えられることから、改めてその必要性を認識し、ほかの実効性ある偏在対策と併せて、その設置について調整を行うよう促すこととしてはどうか。一方で、都道府県や大学の協議等の状況によっては、恒久定員内地域枠の設置が、まだ十分に進んでいない場合もあることから、恒久定員内地域枠の設置が進んでいる都道府県と大学の取り組みを確認し、好事例を広めてはどうかということで前回お示しておりました。

こういったことも踏まえて、22ページで宮崎大学、宮崎県における取組の御紹介でございます。宮崎大学においては、令和4年以降、臨時定員をなくして、恒久定員内の地域枠を25名から40枠に拡充した経緯がございましたので、紹介させていただきます。具体的には、宮崎県第7次医療計画において、県内で新たに臨床研修を開始する研修医の目標数が

80名に設定されていることと、一方で、医師の増加のペースは見直しが必要とされていることを踏まえて、平成30年6月に宮崎大学における適切な医学部定員数や地域枠の定員数に関する議論を開始したということでございます。このときの議論としては、(★)の分析結果なども踏まえて、令和4年度以降、医学部入学定員の臨時定員地域枠の設置は行わず、恒久定員の中に地域枠を新たに15名拡充したということでございます。分析結果の(★)ですが、宮崎大学卒業生のうち、宮崎県内で臨床研修を行う割合は、県内の高校卒業者が66%に対して、県外の高校卒業者は15%であったということで、目標とする臨床研修の医師を80名確保することに向けて、基となるようなデータを考えて御議論したということでございます。この見直しに伴い、令和4年度以降、医学部入学定員は110名から100名となりまして、教職員の負担軽減ですとか、教育資源を確保することができ、さらに、今後の学年進行に合わせて、診療参加型臨床実習の指導にも質の向上が期待されているということでございます。また、地域枠の拡充に併せて、キャリア形成プログラム卒前支援の充実を図って、地域枠入学生の地域医療への意識・意欲の向上と併せて、学業成績の向上も期待されているということでございます。23～26ページに関しては、そのときの御議論の資料をおつけしております。

27ページにお進みいただきまして「総合的な診療能力を有する医師の育成・リカレント教育について」でございます。

28ページに関しては、前回の検討会の資料の再掲でございますが、上の枠「総合診療専門医について」3ポツ目までで現状をお伝えしております。4ポツ目で、今後の総合診療専門医の養成については、シーリングの在り方の検討も踏まえながら、引き続き、地域で必要な総合的な診療能力を有する医師の確保ができるよう検討を行っていくとお示ししております。下の枠でございますが、1ポツ目、大学にて総合的な診療能力を有する医師を育成・確保するための拠点を整備し、一貫した指導体制の下、医師のキャリアパスの構築などを支援する事業を現在実施しております。令和6年度は、様々な地方の全国8大学が採択されております。事業による取組を進めているところでございます。2つ目のポツですが、中堅医師でも、地域での勤務意向のある医師は一定数いることや、今後、高齢者が増加する中、複数疾患を抱える患者を診療できる能力が重要となると考えられることから、これまでの取組に加えて、例えば学会や病院団体が協力して、研修・地域における実践的な機会の提供とか、総合診療の魅力発信を一体的に実施するような方策を検討してはどうかということと前回お示ししておりました。

こちらに関して、29ページでございますが、これまでの主な御意見をまとめております。例えば、総合診療専門医が取得できるサブスペ領域を拡大すべきではないか。地域で新たに総合的な診療能力を有する医師が勤務する場合、働き方に配慮することで、地域で持続的に活躍するための仕組みづくりが不可欠ではないか。経済的インセンティブは極めて重要ではないか。さらに、子供の教育面で都会に比べてハンデを負わないような環境整備も必要ではないか。最後ですが、中堅の医師が地域に必要な診療科について学び直す際に、

個人の気持ちに頼るのではなくて、システムとして学び直す機会があるべきではないかといった御意見をいただいております。

こういったことも踏まえながら進めていければと思いますが、30ページにお進みいただきまして「総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業」について紹介させていただいております。令和7年度概算要求で、新たに右側の「リカレント教育のための全国推進事業」ということで概算要求しております。こちらに関しては、主に中堅以降の医師を対象として、例えばキャリアチェンジを考えているような医師も含めまして、現在大学とか大病院で勤務している医師とか、何らかの理由でキャリアを中断したような医師の実情も踏まえて、総合的な診療能力を持つ医師としてのスキル向上の魅力を発信を行うということ。診療を行いながら経験を積むことができるOJTの環境として、様々な地域の中小病院の職場の開拓・紹介を行うということ。あわせて、院内・院外にて、必要な場合に相談できる指導医とのマッチングも実施するという。加えて「知識・スキルの研修」ということで、最前線の総合診療指導医などから、多分野の知識とか診療のコツを学ぶことができる研修をオンライン等で提供するという。こういったことを一体的に実施する全国推進事業を想定しております。左側に関しては、先ほどお伝えしました総合診療医を養成するような事業で「総合診療医センターの設置」を行っているものでございます。

この取組として、31ページで御紹介させていただければと思いますが、こちらは、福島県立医科大学総合内科・総合診療医センターの取組例ということでお示ししております。具体的には「卒前教育」「臨床研修」「専門研修」「指導医養成」に係るところまで幅広く取組をしていただいております。例えば「臨床研修」においては、大学だけではなく「会津医療センター」といった市中病院でも、総合診療医センターの医師が内科、救急科の指導を行うことや、もちろん「専門研修プログラム」の中でプログラムの充実を図っていくことに加えて「指導医養成」の「ダブルボード・分野転向」ということで、そういったことを御希望の先生がいらっしゃればその相談窓口、あるいは研修医受入れ体制の構築などを行っていただいているとのこと。また、そのほか、県を超えた連携も総合診療医センターの役割でございますので、岩手医科大学との合同のカンファレンスの実施など「専攻医教育支援」にも取り組んでいただいているということでございます。そのほかの大学の取組例としましては、総合診療医センターの医師が県外の病院で実施する総合診療医育成コースの実施の支援や、診療録（カルテ）の情報を安全に共有できる遠隔教育システムを構築した上で医師間で症例相談できる環境を整備して中山間地域で働く専攻医をサポートすることも取組例として御紹介させていただいております。

32ページにお進みいただきまして「医師養成過程における診療科選択について」でございます。

33ページですが、平成20年を1.0とした場合の診療科別医師数の比の推移でございます。医師数自体は全体として増えてきている中、こちらの赤の折れ線グラフが総数になっていきますが、そうした中、外科に関しては、紫色のところは横ばいになっているのが現状でござ

ざいます。

34ページにお進みいただきまして、診療科別医師数の年次推移でございます。実数として多いのが内科、その次が外科、整形外科、小児科という順番になっております。

35ページにお進みいただきまして、こちらは、前回の検討会で御紹介させていただきましたが、昨年度厚生労働科学研究において、日本専門医機構におけるシーリングの効果検証を行っております。その研究の中で、専攻医を対象にアンケート調査を行っております。結果の一部を御紹介させていただければと思っております。こちらは、専門研修プログラムの専攻領域を決めた時期はいつかとお尋ねしますと、全体として一番多かったのが「臨床研修2年目」で、53.2%ということです。診療科によってばらつきはございまして、例えば小児科に関しては「医学部入学前」に決められた方が22.8%と比較的多く、「医学部後半（臨床実習開始後）」に決められた方が比較的多いのが、外科、産婦人科、あるいは脳神経外科といったところが2割を超えているということで、相対的に多くなっているということでございます。

36ページにお進みいただきまして、現在の基本領域を選択した理由は何ですかとお尋ねしますと、全体として一番多いのは「やりがいを感じるから」が62.6%。その次に「将来にわたって専門性を維持しやすいから」が36.6%ということでございました。そうした中、なかなか医師数が増えていない外科を見てみますと、一番多い選択した理由としては「やりがいを感じるから」が77.7%。その次は「手技が多いから」が51.8%ということでございました。

37ページにお進みいただきまして、こちらは、希望していた診療科を選択しなかった理由は何ですかということの結果でございます。例えば外科で見えますと、その理由として一番多いのが「ワークライフバランスの確保が難しいから」が33.9%。その次に「将来的に専門性を維持しづらいから」が24.8%。「医師が不足しており過酷なイメージがあるから」、「出産・育児・子供の教育に協力的でないから」といった理由も多かったということでございます。

38ページにお進みいただきまして、今申し上げたようなことを上の枠組みに記載しておりますが、こういったことを踏まえながら、また、医師の総数が増加している中、外科などの一部診療科の増加が乏しいことに対して、医師の働き方改革の推進など、既存の施策に加えて、こういった対策が考えられるかということで、本日、御意見をいただければと考えております。

事務局からの説明は以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいま資料1について御説明いただきました。

これから皆様方の御意見を頂戴したいと思います。内容的に、19ページの医学部臨時定員の配分の考え方は、一つのターゲットの単元になるかと思いますが、その後の20ページ以降については、やや広範な内容でございますので、まずは19ページの医学部臨時定員



の配分の考え方に絞って御意見をいただければと思います。

いかがでございましょうか。

印南構成員がお手を挙げていらっしゃると思いますので、印南構成員、お願いします。

○印南構成員 あまり手が出なかったようなので、私が口火を切ろうと思って、最初に手を挙げたのですが、このページの矢印の1つ目の後半の文章に「若手医師が少ない場合や医師の年齢構成が高齢医師に偏っている場合などは配慮してはどうか」という記述があるのですが、この「配慮」という意味がはっきりしない。どういう意味の「配慮」をするのか、もし分かれば教えてほしい。

それから、2段構えにしていますが、もし医師多数県として、臨時定員を減少させるというのであれば、ナンセンスだなと思います。なぜかという、後のほうのグラフに挙がっているのは、65歳以上の医師の比率で見ているわけですね。特に開業医師の方は定年がありませんから、65歳であっても、その後20年とか、開業をプラクティスする人が多いわけです。仮にそうではなくて、80歳以上の医師がすごく多くて、数年内に事業承継するとか、廃業するとか、そういうことがもしあらかじめ分かっていたとしても、毎年の臨時定員の議論をする際に、そういう不確実なことを前提に、削減に配慮する必要はないのではないかと思います。急速に減れば、それは医師偏在指標上に反映されて、ひょっとしたら医師多数県ではなくなるかもしれないわけです。そちらを見れば十分なので、もし臨時定員の削減という意味で手心を加えるというか、削減するのであれば、不要だと考えます。

「配慮」の中身について、もし具体的なものがあればお聞きして、そうでなければ意見として述べておきました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

これについては御意見だということで「配慮」について、どういう心でここに記載されているか、事務局へのお尋ねですので、事務局、お答えいただければと思います。

○染谷課長補佐 ありがとうございます。

11ページをご覧いただければと思いますが、令和7年度の配分方針は、この検討会の中で合意されておりますが、令和7年度の配分方針も踏まえながら令和8年度についても考えていきたいと考えております。また、具体的にどういった配慮を行うかということはまだ決まっているものでもないですし、今後の御議論だと考えておりますが、例えば③「残余臨時定員数の意向の調整」で、恒久定員100名あたり、恒久定員内地域枠を4名以上設置していれば、医師多数県においては令和6年度の地域枠の1割等の復元ということでお示ししておりますが、こういった配慮の仕方を年齢構成とか、若手医師数に適用することは考えられるかと思いますが、具体的な復元の割合とか、配慮の仕方は今後の御議論かと考えております。

○遠藤座長 分かりました。

ありがとうございます。

今後の議論ということですので、よろしくお願いいたします。

それでは、木戸構成員、お手を挙げておられますので、よろしくお願いいたします。

○木戸構成員 私からは、質問が1点と、それに関するコメントを述べたいと思います。

臨時定員をどう考えるかにつきましては、その効果を踏まえて検討することが一番重要かと思います。

資料の16ページのデータを見ますと、卒後3年目以降の医師ということですが、専門研修の3～5年目のいわゆる専攻医が含まれています。専攻医は、専門医取得に向けて必要な症例数を経験するために、医師多数区域にある大学とか基幹病院などで少なくとも一定期間は働く場合が多いと思われます。地域枠設置の効果を正しく把握するためには、愛知や滋賀県のように、専門医取得後の例えば7～8年目ぐらいの医師の定着状況を知りたいところですが、これを16ページにあるような形でデータを出すことができるのか。

その質問が1点と、もし専攻医以降の配置におきまして、せつかくの地域枠の医師が多数区域に多く配置されていることになってしまうと、もったいないわけです。都道府県に地域枠が設置されても、あまり意味がないということになってしまいます。多数地域が増えるのであれば、ますます偏在が加速してしまって、逆効果になります。人口減少によって、そもそも恒久定員すら近いうちに見直しが必要になってくる可能性がある中で、臨時定員は、あくまでも臨時であるはずで、以前、この検討会で発言しましたが、恒久定員枠からゼロベースで必要数を臨時で積み上げていく形で考えるべきで、少しずつ減らすなどと言っている場合ではないと思います。効果を確実に評価した上で、真に医師不足のところに配置するという本来の目的にかなうよう、現状維持バイアスに決してとらわれることなく、臨時定員枠を考えていくべきと私は思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見でありましたが、中に1つ御質問がございました。

データの利用可能性についてのお話でしたが、事務局、コメントをお願いします。

○染谷課長補佐 ありがとうございます。

臨時定員の趣旨に沿った対応を行うという点について重要な御指摘と受け止めております。また、御質問いただいております、卒後7～8年目以降の地域枠医師がどういったところに配置されているかという集計に関しては可能であろうとは考えておりますが、7～8年目なのか、それとも、それよりも少し浅い6年目以降なのかとか、そういったことも含めて、また今後、御意見を踏まえて資料をお出しするかどうかを含めて検討したいと思います。

○遠藤座長 どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、中村参考人、お手を挙げておられますので、よろしくお願いいたします。

○中村福祉保健部長 新潟の中村でございます。

私からも、19ページの「若手医師が少ない場合や医師の年齢構成が高齢医師に偏ってい

る場合などは配慮してはどうか」について、まず意見を述べさせていただきますが、先ほど印南構成員のお話がありました。私が認識しているのは、医師偏在指標自体が医師の性別とか年齢に応じて既に補正をかけて数字として出しているようなものであることを踏まえると、その上で、さらに年齢構成の補正をどのようにかけるのが適切か、そういったことが可能なかというところがなかなか難しいのではないかとというのがまず1個ございます。

あと、多数県の状況についてもきめ細かく目配りすることについては、もちろん理解できる場所ではあるのですが、医師少数県については、絶対数として医師数が不足している上に、今回の資料の13ページで、35歳未満の割合についても全国平均を下回っているところ、15ページの65歳以上の割合が全国平均を上回っているところが多い。多くはそのような状況になっていると、より深刻であると考えがあるので、まずはこうした医師少数県の医師確保を進めることが偏在対策につながるのではないかと考えております。ただ、医師多数県の臨時定員は、今後も削減していく方向と今決まっていますが、医師多数県においても、県内の偏在が依然として存在しているとか、高齢医師の引退は先ほども言及がありましたが、そういった話があるということで、臨時定員を一方的に減らすだけではなくて、今回だと11ページに出っていますが、前回は既存の恒久定員内に地域枠設置を進めるということでの復元とか、地域枠の卒業生を医師少数地域でしっかりと配置しているか、その効果があるようになるか。木戸構成員のお話もありましたが、そういう一定の条件の下で、削減された臨時定員を復元できるようなこと、この間、11ページにあるように実施した内容ですが、そういった仕組みは理解できると考えております。

その上でなのですが、地域枠については、新潟県の例ですが、令和6年度の地域枠では、77人なのですが、令和7年度は2名増やして79名ということで調整させていただいているのですが、こういう地域枠は修学資金とセットでやりますので、財政的にかなり負担が生じているということです。また、一人一人のキャリア形成に対して、きめ細かな面談をして将来のキャリアビジョンとか、そういった調整をしているということで、かなり人的コストもかかっておりまして、拡大していくのはすごく大変な状況になっているところです。今回、総合的な対策パッケージの骨子案が発表されましたが、医師の確保が特に必要な地域に対して、地域医療介護総合確保基金の重点配分と補助率のかさ上げ、その地方負担に対する交付税措置の拡充といったものについて、関係省庁への働きかけも含めてお願いできればと思います。

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。

重要な御指摘もいただきました。

基本的に御意見だと受け止めさせていただきたいと思います。

ありがとうございました。

会場でどなたかいらっしゃいますか。

よろしゅうございますか。

では、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 日本医師会の今村です。

私も、前任の釜薙常任理事を引き継いでこの会に出ていますので、まだ全容がしっかりと把握できていない部分もあるかと思いますが、医師偏在に関して、少し気になる点について申し上げたいと思います。

まず、これらの偏在是正について、地域医療をしっかりと担える人材が各地域にということ自体は、日本医師会も、地域医療への貢献として一つの大きな目標に掲げているところではあります。

偏在是正自体はそのとおりだと思うのですが、ここで今議論されているのが、規制的手段を用いることや経済的インセンティブをどう考えるかということが入ってきております。特に規制的手段となりますと、日本医師会の地域医療への貢献は、あくまでも医師のオートノミーの中で、ある意味ノブレスオブリージュではありませんが、我々の使命として行うということであって、いわゆる本来、強制的になされるものではないと考えます。ここに規制的手段が入った途端、対象となる方は、ある意味公務員と同じになるわけです。そういうことが示されずにといいますか、まだ18歳の若い方々に、これから9年間は公務員と同じなのだよということをおっしゃらずに、規制的手段という形になると、ちょっと違うのかなと思います。ここら辺は、規制的手法を用いるとすれば、そもそも論の地域医療の貢献に対する部分は、しっかりと若い方々にもお伝えしておかないといけないのではないかと考えます。

その上で、日本医師会としては、なるべく規制的手法に頼らずに行うべきではないかと考えていますというのが1点目であります。

2点目、今も議論でいろいろとありましたが、医師偏在のいろいろな指標が出てきていますが、初めから時間がたつにつれて、様々なファクターを入れ込んでいけばいくほど、今出てきている医師偏在指標が本当に医師偏在を表しているのかという疑問が、今、日本医師会内では大きくなってきています。数字的には、確かにそのような数字だけでも、実際にその地域の皆様が本当に困っているのかどうかという地域のニーズを考えた指標は一つも出ていない。例えば埼玉県などは非常に医師が少ないということになってはいますが、埼玉県の医師会長からすると、埼玉県は医師が少ないのだけれども、東京都に支えられて、また、埼玉県の県民からも、今のこの医師数では大変少ないから困るという意見は全体として少ない。当然、本当の少数地域も埼玉県の中にはありますので、そこの手当てをする必要はあります。

そうした部分で、今も議論がいろいろとされましたが、医師偏在指標に関しては、少し見直しをする必要があるのではないかとというのが、医師会の考えでございます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございました。

御意見として受け止めさせていただきます。

2つおっしゃったわけで、偏在対策に対しては、あまり規制的手法を積極的に使うのは反対であるというお立場と、現在の偏在指標が本当の医療のニーズを反映したものなのか、その辺についてのお考えを述べられたわけであります。

一つ私から確認させていただきたいのですが、地域枠という仕組みを規制的手法と御理解されておられますか。インセンティブな方法だと。

○今村構成員 これはあくまでもインセンティブだと考えています。

それと、実は昨今、日本医師会では、フランスやドイツとの意見交換を行う中で、ヨーロッパの国が一番注目しているのが日本の地域枠であることが分かりました。日本の地域枠が一番うまくいっている手法だということで、むしろヨーロッパの国はこれを学びたいと言っています。そういう意味では、地域枠の手法をうまく生かしていくのは、日本医師会としても必要ではないかと考えています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

確認させていただきまして、どうもありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

○国土構成員 少しいいですか。

○遠藤座長 では、国土構成員、もしあればお願いします。

○国土構成員 19ページの提案の細かいことについては特に異論はないのですが、先ほど木戸委員からもありましたように、臨時枠については、かなり抑制的にならなければいけないのではないかと思います。また、今回増えることについて、私は懸念を持っておりま

す。

宮崎大学の事例もございましたが、以前の本会議で私も発言しましたが、定員が増えるということは、教育する立場から考えると、非常に負担が大きいし、教育の質も懸念されるところがありますので、これについては、そういう基本姿勢が大事であると思います。

もう一つは、先ほど来議論になっている件ですが、医師になって数年後に地域枠の人たちはどう言っているか、どの科を選択しているか、非常に細かく見る必要があると思います。それが結局、科の偏在につながってくるわけでありまして、この辺はまた後で議論があるかもしれませんが、特に消化器外科の最近のデータを見ていきますと、20年後に65歳以下の消化器外科医が半分になるのではないかという予測も聞いたことがございます。ですので、美容外科の問題もありますが、地域枠で増えた部分は、先ほど新潟県から、個人それぞれの面談とかをしてフォローしていることは非常に重要なことだと感じましたが、実際にどのような診療科を選択して、地域医療を支えているのか、そこのフォローアップが必要かと思

います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

重要な御指摘をいただきました。

それでは、オンラインに戻りますが、どなたかいらっしゃいますか。

よろしゅうございますか。

それでは、もし何かあれば、また後ほど御発言いただければと思います。

それでは、先に進ませていただきます。

資料1の20ページ以降、今後の医師偏在対策に関する取組の紹介や課題について、御意見を賜れればと思いますが、いかがでございましょう。

それでは、坂本構成員、お願いいたします。

○坂本構成員 ありがとうございます。

宮崎大学から資料を提出いただき、大変詳しい内容が書いてありまして、とても勉強になりました。後ろの参考資料に、校長先生に出された資料もついておりまして、そこに高校生に向けて、どういうことを実際に伝えられているかを書いていらっしゃいます。48ページには、例えば誤情報をただすとか、医学部の入試合格の戦略のためだけに地域枠の利用を考えるような学生には受けてほしくないことも具体的に書いていらっしゃいます。実際に高校生、校長先生に説明されたときに、どのような反応というか、意見が出たか、もしここに書いてある以上のことがあれば、教えていただければと思いました。

よろしく申し上げます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、澤口参考人、コメントがあれば、お願いしたいと思います。

○澤口参考人 ありがとうございます。

本件説明を担当した小松が本日オンラインで参加してございますので、小松先生から御発言をお願いいたします。

○遠藤座長 小松参考人、お願いいたします。

○小松参考人 本日、参加させていただいております、宮崎大学の小松です。

御質問いただきありがとうございます。

この数年間、私のほうで短い時間ではあるのですが、県内の校長先生が一堂に会する、医学に関係なく、全ての分野における校長の講習会の中に、県の医療政策課がこういった枠も設けていただいて、地域枠について、しっかりと直接対面でその意義をお伝えすると。なぜこのような経緯があったかといいますと、書かせてもいただきましたが、どうしても医学部には入りたいという思いと、高校の進路指導の先生としては、医学部に何としても入学させたいという中で、一つの戦略としての地域枠というか、活用が見られるということで、なぜそうなるかという、先ほど新潟からも実情報告がありました。我々も年間40名の地域枠の方々をお迎えして、卒前6年、卒後15年、600人近くの方々とキャリア形成プログラムの医療法ルールの中で、しっかりと医師少数区域に4年以上勤務していくという考え方とか、機運づくりが必要になる。そうすると、医学部に入ってはみたものの、こんなことになるとは思わなかったというような学生自身の声とか、進路指導の先生に強く勧められて受験したのだというような悩みもたまに聞くことができました。ですので、本

人がしっかりとその辺りまで、先ほど18歳で決められるかというお話もありましたが、本当にそうだと思います。それでも、地域枠をどれだけ宮崎県民が期待して、宮崎で医師として活躍してほしいかということも、受け止められる範囲で受け止めながら、一緒にキャリアをつくっていかうと。これを届けたいといけないうのが1点。

それから、実際に地域枠を受験された方々の成績を大学で分析して、合否判定を決めるのですが、本学が一次選抜、二次選抜で活用している大学共通テストのスコアが、どうしても県内高校現役枠だと低めに出るようなところがある。つまり、高校側も受験生側も医学部合格テクニックの一つとして地域枠を活用しているのではないかというような時期もありましたので、これは高校の先生方と別途懇談会を持ってお話しして、地域枠とは、そういうものではないということで、とにかくこれは時間をかけた相互の目的と意義の理解がないと、同じようにテクニカルな、本来の趣旨と違った地域枠の活用が生まれてしまうという懸念がありました。このスタート時点での理解がしっかりとしていないと、医学部入学後が本当に大変ですし、学生本人も苦しみますし、地域枠の間違ったメッセージが県内にも伝わるといことで、直接高校の先生からいろいろなお声をいただく機会を増やしたいという中で今回の取り組みも始まりました。

今日御紹介するには至らないのですが、そういった関連の意見交換がこれまでにあったという御報告です。

以上となります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

坂本構成員、いかがでしょうか。

○坂本構成員 丁寧な御説明をありがとうございます。

地域枠について、宮崎のほうでどのようなことをいろいろと努力されているかもよくわかりました。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、印南構成員、お手を挙げておられますか。

では、印南構成員、お願いします。

○印南構成員 まず、宮崎県の例は優良事例として挙げられていると理解します。もちろん、宮崎県の努力には敬意を表したいと思います。

2つほど。

一つは、こういう優良事例の紹介は、この検討会だけではなくて、あちこちの検討会で行われるのですが、えてして優良事例の紹介、さらにはちょっと時間がたつと、その横展開という言葉に変わって、そのまま数年経過するのが私が見ているパターンなのです。ですので、貴重な優良事例をどう横展開していくか。恐らく、そのためには、こういう展開が難しい地域とか困難があるはずなのです。そちらの分析をきちんとしての上で、横展開が進むようにしてほしい。これは事務局への要望です。

それから、せっかくですので、宮崎大学にお聞きしたいのですが、今、校長先生という

か、高校に対する理解が非常に重要だとありましたが、ほかに抵抗するとか、問題がある勢力という言い方はいけないのですが、そういう意見がある場合があったのでしょうかというのと、その場合にはどうやって説得したのかという話です。

よろしくをお願いします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、小松参考人、もしコメントがあれば、お願いしたいと思います。

いかがでございましょうか。

○小松参考人 初めに少しお話しさせていただいて、澤口参考人に補足いただければと思っております。

今回、この検討会に臨ませていただくに当たり、澤口参考人と共に、本学入試ワーキンググループから県内の医療政策をやっている担当の方々、文科省のヒアリングも一部入っていたということで、私も2018年から関わっていたのですが、全てもう一度過去の記録の振り返りをさせていただきました。先ほどから言っているとおり、これは47都道府県で事情が違うので、必ずしも一般化できないとは思いますが、宮崎は、先ほどの説明資料のとおり低いほうの数値、35歳以下が少なく、高齢化しているというグラフが顕著でしたが、県を挙げて医師が足りないという感覚が医師会にも、宮崎県庁にも、宮崎大学にもありまして、そういう意味では、本来、少し意見が分かれそうな立ち位置の方々に、何とか医師を養成して、確保しなければという共通認識があったのは、他県とまた少し違うベースだと思います。それでも、一番大きな論点になっていたのが、宮崎県庁の方々との話合いの中で、臨時定員を減らすことは、宮崎県の医師確保にとって非常にダメージがあるのではないかということについての考え方の齟齬のようでした。私は、大学病院の卒後臨床研修センターを18年担当して、県全体の医師確保にも15年以上関わらせていただいておりますが、今でも全国屈指の研修医の少なさで苦勞しているのですが、私個人の肌感覚としては、臨時定員で医学部定員が多いから、宮崎大学の学生が多いからといって、宮崎県の研修医は比例して増えないということはまず間違いありません。もっと別のところに原因があるということで、一つの有効な手段として地域枠はあるし、臨床実習をはじめ、宮崎大学がしっかりとした卒前教育をできることを学生に示せば、宮崎外出身の方も、引き続き宮崎で臨床研修を始めていただけるのではないかというほうが重要だろうということで、当時の医学部長も、定員を減らすことが医師確保にどのくらい影響があるかというところで、県の方々とかなりの意見交換があって、複数回のディスカッションを経て合意に至ったと理解しています。

もしよければ、澤口参考人からもコメントを追加いただけたらと思いますが、遠藤先生、よろしいでしょうか。

○遠藤座長 ありがとうございます。

澤口参考人、いかがでございましょう。

○澤口参考人 ありがとうございます。



今、小松参考人から御紹介があったとおり、抵抗勢力というところでは、第一には、県及び県の医師会も含めて「定員を減らすのは逆行するのでは？」と。それを説得するために、数的な根拠が必要となりましたので、22ページに挙げました、青文字で示している平成23～26年度の卒業生406名を対象に、いわゆるIRとして分析した結果です。そうしますと、県外の高校卒業生は、入試面接においては「私は、宮崎の地域医療に貢献したく、貴学を志望しました」と言うのですが、卒業時には15%しか残らない。これを増やすのに、お願いベースでは限界があると感じていたところに、平成30年、検討と並行する形で、その12月にキャリア形成プログラムが策定されました。これをうまく運用して「恒久定員内に40%を占める40名に地域枠を拡充する」ことで、彼ら40名を特にキャリア形成卒前支援プランで温かく、そして厚く地域医療を担ってもらおうよう養成することで、宮崎県のその後の5年後、10年後のプランが中長期的に得られるのではと御紹介した結果、県の皆様にも納得いただき、今では、むしろ後方支援を温かくいただいているところになります。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

重要なお話を承ったと思います。

印南構成員、いかがでございましょう。

○印南構成員 ありがとうございます。

臨時定員枠だけにこだわらず、恒久定員も含めた医学部全体の話と、医師不足の問題解消はあまり関係がないというのが私の個人的な意見なものですから、それが確認できたと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

先ほど来、お手を挙げておられる方がオンラインでいらっしゃいますので、小笠原構成員、お願いいたします。

○小笠原構成員 岩手医大の小笠原です。

今の定員内の恒久定員の話は、これはポジショントークで申し訳ないのですが、岩手医大の場合は、定員がもともと90名しかないのです、全国で一番少ないのです。だから、つくろうにもつukれないことが一つと、文科省にお願いしているのですが、なかなかかなわない。これはいいのですが、そういうことを言いたいのではなくて、私が宮崎県の方に聞きたいのは、抵抗勢力として、宮崎大学の中の新しく来た教授です。うちもあるのですが、要は、地域枠を、岩手医大の生え抜きの教授になれば分かるのですが、他県から来た場合には何のことか分からなくて、例えばマイナーな科、私ども脳外科はマイナーなのですが、マイナー科の先生方は、私たちはこれしかやっていないので、地域枠になっても、その診断しかできないのでと県に言う教授陣がいるのです。実は、我々の一番の抵抗勢力は新しくなった教授で、私は今、学長で、病院長のときには、呼んで、いいかげんにしろとかなり怒ったことがあった。実は岩手県は、1970年代から地域枠をやっているのです。県はもの凄く積極的なので、行政との軋轢は全くないのですが、問題は、学内の専攻医になった

ときの診療科の方々がかなり理解していない。要するに、はっきりと言えば、全国の大学人が地域枠を分かっているのではないか。それを全部分かってもらえれば、このようなことはないのですが、宮崎大学では、そういう他県、特に遠くから来た教授陣、診療部長が抵抗することはなかったのでしょうか。そこを聞きたいのです。

要するに、地域枠だから、当然、田舎でも行かなければいけない。そうなったら、専門医ができないというようなことを言う方がいないかどうか、お聞きしたいのですが。

○遠藤座長 これは、澤口参考人がよろしゅうございますか。

では、澤口参考人、お願いいたします。

○澤口参考人 私から概要を説明の後、小松参考人から補足いただきます。

キャリア形成プログラムの運用・策定と併せて、各診療科に、どのように地域枠卒業生、9年間のキャリア形成の専門医、その後の派遣もイメージしながら・・・ということで、丁寧に説明、また議論・協議の機会を持ちました。それもあって、学内において、今御質問いただいたような抵抗は、私は感じておりません。

この件について、小松参考人が大学臨床研修センターのセンター長でもありますし、宮崎県地域医療支援機構の専任医師でもございますので、補足をお願いします。

○遠藤座長 では、小松参考人、お願いいたします。

○小松参考人 ありがとうございます。

大前提としまして、宮崎大学としては、地域枠だけを優遇したり、よく育てばいいというのは絶対に危ない考え方で、もちろん、地域枠でない入学の方々も含めて、宮崎大学を卒業したからには、国が求める水準以上の医師に育てていただいて、全国で活躍してほしいということは常々申しています。その中で、宮崎をしっかりと選んで臨床研修を続けてほしいというスタンスであることをまず誤解なきよう、伝えておきたいと思います。

その上で、先ほどの小笠原先生の御質問なのですが、宮崎大学は、いわゆるマイナー科とかの抵抗がないのは、いわゆる地域枠の方々の従事要件から診療領域の制限を撤廃したというのが6年前にあります。当初は地域枠者が従事できる診療科を内科、外科、小児科など7領域に限定していましたが、宮崎はどの領域も医者が足りないで、それはやめましょうと。なので、ここで恐らく議論になるのが「地域枠」という言葉を得たときに、各都道府県で持っている地域枠に期待するミッションの差がディスカッションでなかなか合わないのだと思います。宮崎でも当然、地域枠で入ったら総合診療医になると行政側も期待があり、大学もそのように、平成22年当時はあまり深く考えずにスタートしていましたが、いざ臨床研修になる頃に、耳鼻科になりたいとか、眼科になりたいと。宮崎を見ると、医者が足りない、本当に地域に人が出せないということで、宮崎で活躍してくれる地域枠の中から2～3割、総合診療医のような役割を持つ方々を何とか養成しようということで、地域医療マインドを持ちながら、専門性を獲得して、しっかりと専門医として活躍してくれという地域枠の要請がまず前提にあるので、どの大学から来た先生も、教授に就任されて助かると言っています。なぜなら、キャリア形成プログラムに則って、医師少数

区域をB群、C群と宮崎県では呼んでいるのですが、むしろ医師少数区域に4年以上出さないといけないので、宮崎はこのB群とC群の場をどうやって広げるかと苦心されている状況です。指導医がいないので、そういった医師少数区域の指導体制を確保しなくてはならない。だから、地域枠をどうディベロップしなければいけないかのほうに行っているのですが、新任の臨床系教授の抵抗はないです。むしろ最初に抵抗があったのは、基礎医学系の先生方です。入試で成績配慮をして、少し質の低い方々を取り込んで、宮崎大学としてこれは大丈夫なのかという抵抗が非常に多かった。でも、それについては、今、少し分析を始めていますが、GPAなどで追っていても、今、地域枠のほうに在学中にしっかりと学習を積んでいる可能性があって、成績が非地域枠生を上回ってきているので、そこについても少しずつ御理解が得られているということでございます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、小笠原構成員、いかがでございますか。

○小笠原構成員 ありがとうございます。

そうすると、専門医もきちんと育てているんですね。地域枠を全員何らかの、総合医は別として、例えば眼科、耳鼻科等の専門医にきちんとなっていると。そういう指導体制が確立しているということですね。

○遠藤座長 小松参考人、いかがでしょう。

○小松参考人 そのとおりです。

キャリア形成プログラムに則って、卒後9年間のうち、臨床研修は県内8基幹病院どこでも可で、その後も、19領域全てが医師少数区域で4年以上勤務できる体系を取れるということで、県内34の専門プログラムのうち、28プログラムは地域枠も受け入れて、きちんと医師少数区域に4年以上出しながら、まず、基本領域19領域は必ず取れることをお願いして、制度設計して、それを高校生以下全て県民に公開しています。

ただ、サブスペを9年以内を取れるというところは非常に難しいので、今、学生と話をしながらやっていますので、ここに対する質問はいろいろと選考委員などからも聞かれますが、基本領域は必ずキャリア形成プログラムで取り切る、それが前提でなければ、地域枠の方はお受けにならないでくださいと教授陣には言っております。

以上です。

○小笠原構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

貴重なお話を承りました。

それでは、お待たせしました。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。

宮崎県の取組は、現場の課題を踏まえて、本人のキャリア形成とか勤務環境改善も目的に掲げてあり、しっかりと対策されているということで、大変感銘を受けました。印南構

成員がおっしゃるように、まさに好事例と私も思います。臨時定員の枠を増やさずに、あえて恒久定員枠内に地域枠を設置するという一方で、先ほど国土構成員も述べられましたが、手厚く指導して、教育の質を高める効果があるとともに、大学の教育負荷を減らすことで、診療や研究に割ける時間を増やせるという大きな効果も期待できます。大学で研究時間が相当減っていることが全国的に問題となっており、定員を増やすことで、現場の大学には既に大きな負担がかかっていることを我々は考える必要があります。

ここから宮崎県の方に質問なのですが、40ページにある実際の進捗状況を拝見しますと、残念ながらCが並んでおり、こんなにより取組をされているのにと残念に思っております。達成状況の分析の下に記載されておりますが、大学や県などでは、地域枠の医師への聞き取りとかアンケートなどで、これ以外の地域枠の課題をもし把握しているのであれば、ぜひ伺いたいと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、宮崎大学。小松参考人でよろしゅうございますか。

では、小松参考人、お願いいたします。

○小松参考人 ありがとうございます。

私も偉そうなことをいっばい言った割には、実際に宮崎で研修を開始している方々がまだまだ増えておりませんで、その一つの理由は、先ほど澤口参考人からありましたとおり、本県として、地域枠40名体制に拡充できたのが令和4年ですので、現状で見ている実績は、地域枠が20名だった頃のデータであります。

今、非常に過渡期にありまして、地域枠にしっかりと注力すればするほど、地域枠でない入学学生が宮崎で引き続き研修するという意欲がどうも低下しているように懸念しております。先ほど来申し上げたとおり、大学としてしっかりと教育プログラムをやる中で、地域枠の方々に実施しているキャリア形成卒前支援プランの中。でうまくいった先行事例、好事例は、非地域枠学生の方々の教育にも還元するというを現在考えていますが、先ほどのCが並んでいる一つの要因は、地域枠でない、いわゆる他県から来られている医学生の方々が、引き続き宮崎に魅力を感じて研修をしようという意欲になっていないところにかかなり大きな問題があると思います。今ちょうど転換の時期なのですが、歯を食いしばってやっているところになります。努力が足りないのだと思うので、もう少し頑張りたいと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。

木戸構成員、よろしゅうございますか。

○木戸構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせいたしました。

先ほど野口構成員がお手を挙げておられましたので、野口構成員、お願いいたします。

○野口構成員 遠藤座長、どうもありがとうございます。

宮崎大学の小松先生、澤口先生、素晴らしい取組に私は敬意を表します。

昨今の学生というか、私も大学で教えていて、非常に悪い言い方をすると利己的といいますか、自分のインセンティブに従って動く方が若い方にすごく多くなってきていると思います。その中で、先生方は、本当に尽力が大変だと思うのですが、一般枠も地域枠も含めて、彼らが宮崎に残るインセンティブで一番大きな動機みたいなのところはどこにあるのか、伺いたい。というのは、今、私は三師調査でデータを見ているのですが、研修で行ったところに長く残る方が結構多いのです。研修先で経験した地域の魅力とか言うと、すごく感情論になってしまって、客観性がないのですが、例えば先生方が地域医療の魅力を学生に伝える中で、地域の方々との関わりといいますか、今、医療と介護の連携とかも言われていてということで、必ずしも総合診療医ということではないかもしれませんが、いろいろな専門の中で、受け入れる地域の方々との関わりみたいなのところとか、そういうところでどういう工夫をされているのかとか、彼らがその中で何を思っていて、どういうインセンティブでもって宮崎に残ろうという一番大きなインセンティブみたいなものは何だと思われませんか。

○遠藤座長 ありがとうございます。

これは、小松参考人ですか。

それでは、澤口参考人からお願いいたします。

○澤口参考人 ありがとうございます。

インセンティブは、私が入試改革に取り組む中で大事なものは「母校愛、母校を愛する心」。これは、今出てまいりましたキーワードの地域の方からも含めて、どれだけ教育を受けたか、お世話になったかです。したがって、定員を100に収めるのは、それだけ密に学生に教育ができる、特に今動き出している診療参加型実習において、1つの班が5人と6人では、たった1人増えるだけでも違うもので、これが一つ、私の焦点としたところです。インセンティブは「母校愛」であると。今「宮崎に残る」というキーワードがありましたが、私が今使っているのは『宮崎を選ぶ』。「残る」ではなくて『選ぶ』。地域枠入学の時点で「宮崎に残る」ではなくて『宮崎を選ぶ』ところにシフトしているので、こういった仕組みも含めて、地域枠を含めて『宮崎を選ぶ』という体制を取り、それ以外の入学枠で入ってきた学生も、6年間の教育を受ける中で母校愛を育み、宮崎を選んで、そこで研修を開始するといったところに狙いをつけております。地域枠の改革を始めて、今、年次進行で3年生が40名に拡充された学年ですので、今後の年次進行、展開に御期待いただければと考えております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

野口構成員、いかがでしょうか。

○野口構成員 どうもありがとうございました。

本当に頑張ってください。期待しております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、中村参考人、お手を挙げておられますので、よろしくお願いします。

○中村福祉保健部長 新潟県の中村でございます。

先ほど来の宮崎県のお話など、新潟県も地域枠を増やして、残っていただくというか、選んでいただく学生さんを増やす取組など、非常に工夫しておりますので、お互いに情報交換などしながらできればと私は感じたところでございます。よろしくお願いします。

私は、今回御紹介いただきました30ページの「総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業」概算要求の資料を載せていただいているところですが、そちらについて、1点意見させていただければと思っております。拡充の「総合診療医センターの設置」とか、既存の事業に関しましては、新潟大学も採択されておまして、新潟大学医学部と新潟県で令和3年に総合的な診療能力を持つ医師の養成等に係る協定を締結しまして、大学と県・地域で、総合的な診療能力を持つ医師を養成していくことにしております。総合診療ですが、一人の高齢者が複数の疾患を抱えて、そうした高齢者の割合が高い地方部でかなり需要が高いと考えております。現在、中堅以上の医師の都市部から地方部への移動を促すような効果的な方法はなかなかないのかなと考えております。その中ですが、30ページの令和7年度概算要求で要求されています「リカレント教育のための全国推進事業」において、こちらで「OJTのできる診療の場の提供」とございます。こちらは、都市部の医師がもしこのコースを受けるときに、OJTのできる場として、地方が提供できるような形にすることなどができれば、なかなかいい取組になるのではないかと感じているところでございます。例えば地方に来て週数日に関して、週数日総合診療のOJTを行いまして、残りの数日に関しましては、現在の専門とか、これまでのキャリアを生かした地方での指導医とか勤務医といった活躍をしていただくなどすると、非常にいい試みになるのではないかと考えております。あと、実効性をどう担保するかということなのですが、都市部から地方部へ移動する医師本人のインセンティブ、それから、移動するときの派遣元の病院に対するインセンティブもセットにするようなことができれば、本人もそうですし、地方もそうですし、その両方にとってウィン・ウィンのような取組につながる可能性があるのではないかと考えたところでございます。

こちらは、もちろん、事業としてまだ概算要求中ですし、中身の設計などはこれからだと思っておりますが、そういった際に、今みたいな視点などを入れていただくのはどうかという事で御意見させていただきます。

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。

御意見でありましたが、今のようなことについて、宮崎県として何かコメントはございますか。

特段ありませんか。

それでは、再度、澤口参考人からお願いいたします。

○澤口参考人 小松参考人から。

○遠藤座長 小松参考人、何かコメントはございますか。

○小松参考人 私から。

総合診療については、今回はあまり御用意していないのですが、宮崎大学としても、今、総合診療医をどう育成するかということで苦心しているところでありまして、広域連携型プログラムの話も、前回のこの委員会等でかなり進めていただいているということですが、医師多数県と少数県での人材交流は、人が動いたという実績だけではなくて、派遣元と派遣先の信頼関係をつくって行って、継続的な人事交流までいけば、非常に地域としてもありがたいと思っています。

すみません。総合診療の話から少し違う方向に展開させてしまったのですが、以上となります。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、会場ではかにもございますか。

失礼いたしました。

菅家参考人、失礼いたしました。よろしくお願いいたします。

○菅家参考人 福島県立医科大学の菅家でございます。

私は、福島県立医科大学で総合診療医センターの事業を担当しておりまして、今の御意見に関連しての発言をさせていただきます。

我々のところで別の科をやっていらっしゃって、そこから総合的な診療に取り組みたいという中堅・高齢の医師の研修の相談を受けて対応した事例が以前にございまして、こういった場合に障害となるのが、既に生活基盤がどこかにあるドクターにとって、オンザジョブトレーニングをできる診療の場が、移動可能な範囲とか、時間の許す範囲にあるかどうかということが結構ハードルになるところです。我々福島県は広いので、オンザジョブトレーニングで、例えば1時間向こうに行ったら、ちょうどいい診療所がありますよと提案しても、さすがにそれはちょっと遠過ぎると言われてお断りされた経験などもございますので、そういうところの対応がこの事業にとっては課題になりそうかなと、これまでの実感でありますので、意見として申し上げさせていただきました。

以上です。

○遠藤座長 貴重な情報をありがとうございました。

ほかにかかごございましょう。

○国土構成員 では、質問を。

○遠藤座長 それでは、国土構成員、お願いします。

○国土構成員 宮崎大学に御質問申し上げたいのですが、いろいろと非常に詳細な情報をいただいたのですが、地域枠女性医師の働き方の問題についてのデータはなかったように

感じました。評価の中で、女性医師の就労環境の整備はCであったということだけ40ページにあります。人数、数字的な面も含めて、何か詳細な情報がありましたら、お願いいたします。

○遠藤座長 女性医師について、いかがでございましょうか。

それでは、小松参考人、よろしくお願ひいたします。

○小松参考人 C評価を下した第7次医療計画は県が取りまとめておられて、私がこの立場でその分析を述べることはできないのですが、地域枠における女性医師の実情としましては、国土先生が御指摘のとおりで、今、個別面談をしながら非常に悩んでいるところです。

キャリア形成プログラムの9年間のうち、臨床研修までをストレートで終わると26歳で、そこから専門性を選んで、基本領域を終了して、B・C群をその中で4年以上というときに、うまくキャリアデザインといいますか、自分のワークライフバランスも描けないということで、医師少数区域、つまり宮崎市から交通手段での移動が非常に難しいところが含まれている領域の勤務に不安があるとか、自分は結婚して、県外について行きたいのだけれども、これはできるかとか、今、様々な問合せが来ていて、地域医療対策協議会でも、厳密にルールに則して、それは認可できる、できないとやるのですが、全体の制度を守るために、少し厳しい苦渋の決断をする反面、今後、こういった事例が増えるなど懸念はあります。宮崎は、地域枠の方々の男女比もほぼ1対1ですので、彼女らに今の医療法の中のキャリア形成プログラムの医師少数区域の勤務年限をどうクリアしていただくか、非常に悩んでいます。

ただ、今、全国のこういった地域枠に関する取組の協議体も、自治医大とか千葉大学、厚労省と一緒に立ち上げられて、いろいろな情報収集をさせていただいて、グッドプラクティスを共有いただいたりもしていますので、そこは宮崎でも柔軟にやって、特に女性医師が20～30代のときに、御自身の専門性も獲得できながら、家庭環境も構築していける。これはもはや女性だけではないです。男性もなのですが、そこは今まさに模索中です。

以上です。

○澤口参考人 補足させてください。

○遠藤座長 では、澤口参考人、どうぞ。

○澤口参考人 補足となりますが、宮崎県キャリア形成プログラムにおいては、男女を問わず、ライフイベントに応じて、適宜中断を措置できるようにしております。

柔軟性と多様性を兼ね備えた宮崎県キャリア形成プログラムとうたっておりますので、これを基本に、今御指摘いただいた女性医師も含めて対応していきたいという狙いがございます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

国土構成員、よろしゅうございますか。



○国土構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 ほかにいかがでございましょうか。

フロアの先生はよろしゅうございますか。

お手を挙げておられる方はいらっしゃいませんので、一通り御意見を賜れたと思います。

本日は、地域枠の実態を知る上で、大変貴重な時間だったと思います。宮崎大学、また、福島県立医科大学の参考人の先生方には本当に御礼申し上げたいと思います。

それでは、大体意見が出尽くしたと思いますので、議論はこのぐらいにさせていただければと思います。

本日、様々な御意見も出ましたので、事務局におかれましては、それらをまたまとめていただきまして、今後の検討会で役に立つ資料の作成をお願いしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、本日の議題は終了いたしました。事務局から何かございますか。

○加藤課長補佐 次回の検討会開催日程につきましては、追って御連絡させていただきます。よろしく願いいたします。

○遠藤座長 それでは、長時間にわたりましていろいろと御議論いただきまして、誠にありがとうございました。

それでは、これをもちまして第6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」を終了させていただきたいと思います。

どうもありがとうございました。