

2025-6-25 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10回）

○加藤課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第10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。

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。

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が辞任され、代わって一般社団法人国立大学病院長会議理事の前田嘉信構成員となります。

出欠状況について、現時点で構成員10名に御出席いただいております。

今村構成員の代理として、公益社団法人日本医師会常任理事の坂本参考人、花角構成員の代理として、新潟県福祉保健部参事の和田参考人に御参加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。

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宮沢課長補佐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、録音を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。

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、よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

皆様、本日もどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に移りたいと思います。

本日の議題は1つでございます、「医師の確保・偏在対策における医学部定員等について」でございます。

事務局から、資料1「医師の確保・偏在対策における医学部定員等について」の説明をお願いしたいと思います。

○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。

資料1「医師の確保・偏在対策における学部定員等について」をお手元に御用意ください。

目次にお進みいただきまして、最初に前回の議論を振り返ったのち、資料の御説明とい

うふうに進めたいと思います。

5 ページでございます。「令和9年度の医学部定員の方向性について」ということで、こちらの資料について前回御意見等をいただいていたと思っております。

偏在対策については、今後、早期の効果検証とか必要な対応を進めることが重要であること。また、医学部定員全体の中で、地域における医師確保をより効果的に進める方策について検討すべきではないか。この際、恒久定員の中に地域枠の設置を促進する際の課題や、国、都道府県などの関係者における必要な対応をどのように考えるか、そのほか、医師養成過程を通じた取組を推進するために必要な対応をどのように考えるかといったことについて御意見等をいただいていたと思っております。

また、医学部定員に係る方向性についてですけれども、医師の偏在対策というものはしっかりと行いつつ、地域における医師確保への大きな影響が生じない範囲で適正化を図る方向性が妥当ではないか、こういったことについて御議論いただいて、この方向性について御承認いただいていたと認識しております。

6 ページにお進みいただきまして、これに関して主な御意見をまとめております。医師の偏在対策に関すること、あるいはその議論に必要なデータなどの御指摘をいただいていたと思いますし、今後の検討の方向性についても様々御意見をいただいております。こういった御意見を踏まえて、関連する資料を今回お出しできればと考えております。

8 ページ以降にお進みいただきまして、「今後の医療需要と医師偏在への対応等」についての資料でございます。

9 ページに、日本の人口の推移をお示ししております。御承知のとおり、既に人口減というものは始まっているというのが現状でございます。2070年には総人口が9000万人を割り込んでくる、高齢化率に関しては39%の水準になると推計されているところでございます。

10 ページへお進みいただきまして、人口動態に関しては、2025年以降、「高齢者の急増」というフェーズから「現役世代の急減」に局面が変わってくるということでお示ししております。

11 ページでございます。2040年頃に向けた医療の課題として挙げられるのが、85歳以上を中心に高齢者が増えてくるということでございますけれども、高齢者の救急搬送の増加とか、あとは在宅医療の需要も増加してくる、こういった課題への対応が必要と考えております。

12 ページに、将来の人口の構造の変化に伴った各地域の状況をお示ししておりますけれども、左側は入院患者が最大となる年を二次医療圏別で図で示しております。地域によっては既にピークを迎えているところもあれば、今後迎えてくるところもあるという状況でございます。

右側は、構想区域別に年齢区分の人口の変化の状況をお示ししております。大都市型、地方都市型、過疎地域型、それぞれによって人口の変化率が変わってくるということでご

ざいまして、こういった状況を踏まえて、2040年に向けて総合的な改革を進めていくというところで考えております。

13ページ、14ページに関しては、昨年末に取りまとめました医師偏在対策の総合的な対策パッケージをお示ししております。13ページに基本的な考え方を示しております、14ページでは具体的な取組の概要をお示ししているところでございます。

15ページについては、前回、御意見の中では、オンライン診療については、地方で取り組みやすいように推進していくことも定員を議論していく上では重要ではないかといった御指摘もありましたけれども、今後、医療法の中にオンライン診療というものを位置づけて進めていきたいと考えております。

16ページでございますけれども、オンライン診療を進めるに当たっては適切な実施ということは重要ですので、指針の概要をお示ししているところです。

17ページにお進みいただきまして、総合診療に興味のある学生が卒業のときには臓器別専門医になっていくといった御指摘もございましたけれども、こちらは診療科別の専攻医採用数の推移を示しております。

日本専門医機構による専門医制度が平成30年から始まっておりますけれども、右上の赤枠で囲っている総合診療領域ところの専攻医の採用数は徐々に増えてきているということでございます。

18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の養成を促進していくため、国としても拠点の形成事業に対して予算で補助をしているところでございます。こちらは、直近、令和7年度の予算額としては4.5億円、前年度よりも拡充しているところでございまして、採択大学もそれに伴って拡充して、12大学を採択しております。

19ページにお進みいただきまして、この検討会の中でも様々御意見、御議論をいただいておりますが、リカレント教育の推進ということで、令和6年度の補正予算で予算額を計上しております、こちらの採択団体が今回決定しております。

下の事業実績に具体的な採択団体を記載しておりますが、複数の病院団体と、あとは学会が連携するような形で共同運営で進めていくこととしまして、こちらは全国規模で、OJTできる診療の場の提供や、知識・スキルの研修としてeラーニングのコンテンツなども含みますけれども、そういったことを一体的に実施していくこととなっております。

20ページ、21ページは参考の資料でございますが、日本医学会連合のアンケート調査結果をお示ししております。「リカレント教育について、あなたはどのように思いますか」という問いに対して、リカレント教育に関心があって受講したいと答えられている方が一定数いらっしゃる。21ページで見ても、年齢別で見てもそういった方は一定数いらっしゃるということでございました。

22ページにお進みいただきまして、医師養成とか医師確保の取組状況を都道府県別にお示ししているようなデータをお示ししております。また、今後の医学部定員についても御議論いただければと思っております。

23ページに、医師数の年次推移をお示ししております。直近というのが令和4年の医師届出票になりますけれども、医師数は約34万3000人で、直近の10年間で4万人増えてきているのが現状でございます。

24ページに、年齢階級別に見ている医師数、従事している施設種別に見た医師数の年次推移をお示ししております。

25ページに関しては、直近の医師届出票に基づいて従事している施設の種別に見た医師数を年齢別に見ております。

26ページは、医学部臨時定員増を平成20年から行っておりますけれども、政府の方針をおまとめしているものでございます。

27ページにお進みいただきまして、こうした増員をしているところ、直近の令和7年に関しては、医学部総定員は9,393人と過去最大規模になっております。

28ページは、医学部定員全体の中において地域枠の割合はどうかというところをお示しております。令和6年度は地域枠の割合は14%程度でございまして、恒久定員の中だけで見ますと4%に満たないというのが現状でございますし、地域枠は一定の従事要件がございますけれども、そういったところでの医師確保も重要ではありますが、一方で、86%のいわゆる一般枠に該当するような医師の方へのアプローチも重要ではないかと考えております。

29ページは、医師の定着に係る意向の状況ということで、臨床研修修了者アンケートから出しているデータになります。例えば②のところでございますが、地域枠以外の地元出身の方ですと、大学所在地に臨床研修あるいは臨床研修修了後に一定残られるということでございますけれども、やはり他県出身者となると3割程度となっております。こちらは全国で見たデータでございますけれども、②のところを都道府県別に見たのが次の30ページでございます。

30ページ、全国で見ると7割程度の方は臨床研修あるいは臨床研修修了後に勤務されるということでございますが、都道府県によってばらつきはあるということでございます。臨床研修修了後に地元で勤務する方の割合で見ますと、茨城、富山、山梨などについては5割以下になっている一方で、北海道、愛知、大阪については8割以上となっております。

31ページにお進みいただきまして、今度は、地元がA県の方で、大学で県外に出られえて、臨床研修においてA県に戻られた方の割合、あるいは臨床研修修了後にA県で勤務する意向がある方の割合を見ております。こちらに関しても、例えば都市部を擁するようなところにおいては4割程度を超えている一方で、1割あるいは1割未満に満たないところもあろうかと思っております。

32ページにお進みいただきまして、こちらは県外の方で、A県に大学で来られた方のうち、臨床研修でA県に残られた方の割合、臨床研修修了後にA県で勤務する意向がある方の割合を見ております。

全国で見てもみると3割程度となっておりますけれども、一方で都市部を擁するようなところに関しては半数からそれ以上になっているという状況でございます。

33ページ、34ページは参考でございますけれども、都道府県別の18歳人口千人当たりの医師となる割合と医師偏在指標を散布図にして見ております。こちらのグラフで見ますと、少し右肩上がりとなっております一定の傾向はあろうかなと思っております。

34ページに関しては、都道府県別の大学において、地域枠を除く方ですけれども、地元出身者の割合を示しております。

35ページにお進みいただきまして、都道府県別の医籍登録後3～5年目の医師の出身大学の内訳でございます。各都道府県に勤務されている若手医師のうち、自県大学出身の方の数を上に、割合を下に示しております。

例えば、都市部を擁するような周辺県に関しては、下のところですが、オレンジ色の割合、つまり、自県以外の大学出身者の割合が比較的高くなっている一方で、多くのところは自県大学出身者の割合がどちらかというと高い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、今度は横軸で医籍登録後3～5年目の若手医師のうち自県大学出身者の割合を見ておりまして、縦軸で医師偏在指標を示している散布図となっております。医師少数県ではないような都道府県の中でも、左側のところですが、自県大学への依存度が低い都道府県がある一方で、医師多数県の中でも、右上のところでございますけれども、自県大学への依存度が高い都道府県もあるということでございます。こちらは、医師偏在指標との関連性があまりないと思われます。

37ページからは参考でございますが、日本医学会連合のアンケート調査で、地域医療に関する意識調査をしておりますけれども、地域の医療機関に従事したい、あるいはしていると答えている方が一定程度いらっしゃるということです。

38ページは、年代別で見てもそういった方は一定数おられるという結果でございました。

39ページは、日本専門医機構における専攻医へのアンケート調査結果でございます。専攻医が専門医取得後も地域に定着する上で重要なことは何ですかということで、複数選択形式で回答をいただいているものになっております。こういったことも、例えば専攻医の確保においては一つ参考になろうかと思っております。

40ページは、都道府県に対してアンケート調査を行った結果をまとめております。都道府県の医師確保に向けた取組の状況として、1～5に取組の対象を世代別に分けて取組の状況をお示ししております。

医学部入学前の高校生などを対象とした取組や臨床研修医の確保に向けた取組の項目の実施率は8割以上となっております。また、医学生を対象とした取組の項目については、薄い緑色のところ、地域枠学生を対象とした取組は一定程度実施されているという状況がございますけれども、全ての医学生を対象とした取組は限定的である。また、専攻医の確保に向けた取組の実施割合も限定的であることが分かるかと思えます。

41ページ、42ページに関しては、先ほどは全体の取組状況でございましたが、こちらは

都道府県別にその取組状況を一覧でお示ししております。上に、こちらも医師確保の取組の一つと考えられますけれども、地域枠の数を都道府県別にお示ししております。赤色で恒久定員内の地域枠の数を、その上に臨時定員の地域枠として、医師多数県の場合は黄色、医師中程度の場合は灰色、医師少数県の場合は青色で数をお示ししているものになります。

42ページが、先ほどは東側の都道府県でしたけれども、こちらは西側の都道府県を一覧でお示ししているという状況でございます。

43ページですけれども、先ほど都道府県の取組状況の項目の一つの参考として、どういった取組があるのか、施策があるのかということに関しては、医師確保計画策定ガイドラインの中には具体的な施策の例もお示ししておりますけれども、施策に関しても都道府県によって実施されているところもあれば、そうでないところもあるという結果だったかと思っております。

44ページからは、幾つか都道府県における取組を紹介しております。こちらは北海道の取組の事例として、中学生を対象に医療体験セミナーを行って、地域医療を担う人材を育成することを目的として実施しているということでございました。

45ページでございますが、青森県の取組として、先ほどと似たような地元の医学部進学者数の増加を図る取組として、医療チュートリアル体験事業とかドクタートーク、外科手術体験セミナーを行っているということでございます。右側は、県外に勤務する医師へのUIJターンを通じた医師確保の取組ということで、良医育成支援特別推進員というものを設置して働きかけが行われているといったことでございました。

46ページは、香川県の取組でございます。若手医師の確保に資するような取組と思われますけれども、指導医の養成支援事業ということで、基本6領域に限って、内科・産婦人科・小児科・外科・救急科・総合診療における指導医取得経費の一部を補助するということでございました。

47ページにお進みいただきまして、「医師確保に関連した医師の動向に係る検討」ということで、今回資料を幾つかお出ししておりますが、そのデータ集計の着眼点と、データから見られる傾向とか特徴について文字でまとめているものになっております。

48ページは、今回の事務局案でございます。「医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策と令和9年度医学臨時定員に係る対応」ということでまとめております。

上段のところでございますけれども、医学部総定員のうち地域枠以外の定員、いわゆる一般枠が多く占めるという中、地域における医師の確保については、例えば地元出身者とか地元の医学生の定着を促すためのアプローチ、あとは医学部卒業後の若手医師へのアプローチ、また、医師の流出入の状況は都道府県ごとに異なりますけれども、地元の依存度などの特徴を踏まえたアプローチが考えられるのではないかとということで記載しております。2つ目でございますが、都道府県の医師確保の取組状況を今回お示ししておりますけれども、医学部入学前の高校生を対象とした取組とか、あとは臨床研修医の確保に向けた取組については一定程度実施されているという状況がございましたけれども、一方で、県

内の全ての医学生を対象とした取組や専攻医確保に向けた取組については、実施している都道府県は限定的であったという状況でした。また、この会でも御議論いただいております。リカレント教育の推進に関しては、採択団体が決定しております。そういったことも含めて、医師偏在の総合的な対策パッケージを引き続き進めていくこととしております。こうしたことも踏まえて、下段について今回様々御意見をいただければなと思っております。

下段の【医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策と令和9年度医学部臨時定員について】ということで、1つ目の○でございますが、医学部総定員の中では地域枠以外の定員が多く占める中、地域の医師の動向とか各都道府県の取組状況を踏まえて、医学部入学前から医学部在学中、医学部卒業後の各段階における医師の確保に向けた対応として、どのような方策が考えられるかということについて御意見をいただければと思っております。

2つ目でございますが、都道府県における医師確保に関する取組の状況、これは取組の結果の評価も含まれると思っておりますけれども、こうしたことも踏まえて、効果的な取組事例の情報収集を行うとか、あとは国における関連事業の取組状況も併せて都道府県に対する調査や情報提供などを行うこととしてはどうかということを示しております。

3つ目でございますが、医師確保に向けた取組の一つとしての地域枠医師の養成・確保というものがございましてけれども、こちらについて、地域における医療需要の変化などを踏まえた中長期的な視点のもと、必要な地域枠の恒久定員内への設置に加えて、臨時定員地域枠の確保・配分を検討してはどうかということに記載しております。

最後、4つ目ですが、令和9年度の医学部定員については、前回の議論などを踏まえ、地域の医師確保のための医師偏在是正の取組を進めることと併せて、医師需給や人口減少などの中長期的な視点に立った定員の適正化を図ることとする、具体的には、直近の令和7年度医学部定員を超えないこととなりますけれども、今後、医学部臨時定員の配分方針を検討していくに当たって、この検討会で議論いただくことになろうと思っておりますけれども、前回の議論、あるいは地域の実情とか医師の勤務地に関する動向なども踏まえ、具体的にどのような要素を考慮するべきと考えられるかについて御意見をいただきたいと考えております。

事務局からの説明は以上でございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、議論に移りたいと思います。

特に48ページが事務局の出された原案ということでございます。今説明がありましたように、1つ目と4つ目の○は、どのような方策が考えられるか、どのような要素を考慮すべきかということで、広く御意見をいただくというような趣旨のものだと思います。

2つ目と3つ目につきましては、事務局が原案を出されておまして、そのことを行うことはどうだろうかという問いかけであるということで、問いの立て方に若干違いがありますけれども、そういった点も踏まえまして広く御意見をいただければと思います。

本日は、会場参加とオンライン参加でございますので、最初は会場参加の方から、その後にはオンライン参加、その後は交ぜながらお話をいただきたいと思います。

それでは、会場に御参加の構成員の皆様から、何か御意見があればいただければと思いますけれども、何かございますか。

坂本構成員、お願いいたします。

○坂本純子構成員　ありがとうございます。

今回、配布資料の40ページ以降で、都道府県における医師確保に向けた様々な取組に関する資料をいただき、大変参考になりました。それに関して2点、意見を含めてお伺いがあります。

今回の資料を拝見すると、地域枠だけではなくて、いわゆる一般枠で入学した学生にも地域で働き続けることを勧める方向で考えたいというのが事務局からの御提案だと思います。

いわゆる一般枠で入った人に地域に残ってそこで働き続けることを選択してもらうには、やはり医学生のと時からそういうことを考えられるようなサポートが必要だと思います。以前にもここで宮崎大学の方が、そのときは一般枠対象ではありませんでしたが、丁寧に対応しているということを御報告いただいております。ただ、現状、大学の中でそのような働きかけやサポートをすることは可能なのかということを、資料を見ながら思いました。

41ページから42ページの県別の資料を拝見していると、「地域医療や将来の職業選択に対する意識の涵養に向けた都道府県職員による大学での講義」を、医学生に向けて行っているところは多くあるのですが、一方、医学生に向けた「卒後の勤務地の希望調査を踏まえた地域への定着に向けた取組」はあまりされていないことが分かります。

この辺り、大学で実際にこのようなことをするのは、例えば、大学での教育の時間配分的に可能なのか、教員への負担が増えてしまうのか、あと、実際に取り組んでいるところは大学独自の取組として、要するに自分たちで頑張らなければいけないと思って独自に行っているのか、その辺りをもし分かればお伺いできればと思いました。これが1点目になります。

もう一点は、中堅・シニア世代を含む全ての医師に関しての「子育て・介護を行う医師の勤務環境の整備への支援」になりまして、これはかなりの自治体で行われていると、この資料ではあります。ただ、これが実際にどのぐらい認知されていて、どのぐらい支援がされているのかということが今後非常に重要になってくると思います。

患者としての立場から申し上げますと、担当の医療者がある年代になると病院から離れていってしまうことをしばしば聞くことがあります。

ですので、今実際に行われている支援がどのぐらい具体性を持っているのか、それは自治体によるものなのか、それとも大学も含めてなのかということをお伺いできればと思います。

以上、2点になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいま2つの御質問がありましたけれども、事務局、お答えできることがあればお願いいたします。

○和泉医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

坂本先生、どうもありがとうございます。

まず1点目の取組の一般枠も含めてというところは、まさに事務局の考えとしては、地域枠のみならず取組を進めることが大事ではないかということでこの資料をお作りしたものでありまして、先生のお考えのとおりでございます。

その上で、実際に大学でこういうことが実施できるのかというところについてお尋ねをいただいたと思っておりますが、今回、御覧のとおり都道府県に対して調査をさせていただきました。まさに、大学の中で独自に取り組んでいらっしゃるケースも多々私たちも耳にするところであるので、これが完全に全体をとらえていない可能性もあると思うのですが、大学でできるかどうかというのはこの調査では十分分らない部分が実はございまして、大学でどんなことをやっているのかというのをもう少し解像度を上げて調べてもいいのではないかという御提案でもあったと理解したので、そこはぜひ大学の先生方にもお話を聞いたり、あるいは大学の団体もいろいろな調査をされているかと思しますので、そういう話をぜひ聞いていきたいと思いますが、御質問に対して、できるのかというのはこの調査では分からないというのが現状でございます。

2点目で、中堅・シニアへの取組というところについて、いろいろされているが、認知とか利用の状況はどうかということだったと思います。私どもの調査で、今この瞬間は資料がないのですけれども、こういった取組をやって効果がありましたかというところもアンケート項目で聞かせていただきました。

この資料は今回初めてお出ししたのですが、都道府県の皆さんにも初めて回答していただいたので、どう答えていいか分からないというところもあったかもしれませんので、どんな情報があったかを改めて見直してみて、おっしゃったとおり、認知されているのか、あるいはどんなふうに使われているのかというところも含めて、ここの場にお出しできるように準備できるかどうかを考えさせていただきたいと思しますので、2点目は次回以降に向けた事務局への宿題ということにさせていただければと思っております。

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。よろしゅうございますか。

○坂本構成員 はい、ありがとうございます。

それでは、前田構成員、お願いいたします。ただいま、大学の人というようなお話もありましたので、よろしくお願いします。

○前田構成員 私は坂本委員の御質問の1にコメントしたいと思います。御質問ありがと

うございます。

大学病院の機能として、研究や高度な医療を実践するというのが大学病院の重要な役割で、大学病院に勤めたいという人の希望は、高度な先進医療ができたり、研究できるということが大学病院に残る非常に大きなモチベーションになっています。ですので、その部分は我々教員としては非常に重要視しますし、そこがやっていけるということで、たくさんの方が集まっていたきたいと思っています。

一般の枠に対して地域医療に残らないかとお勧めもするのですが、そこは若干矛盾しているところがあって、高度な先進医療は楽しいよ、研究は楽しいよと学生に教えるところがあります。ですので、各大学は、少し矛盾を抱えながら、方向性を探りながらやっているのではないかなと思っています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに、会場参加の先生でございませうでしょうか。

国土構成員、お願いいたします。

○国土構成員 ありがとうございます。

坂本構成員の指摘の部分は私も疑問に思っているところで、和泉さんのほうから解説がありましたので、逆に言うと、大学とせっきやく地域枠を取ってきた都道府県との間の連絡がまだ十分ではないのかなと思った次第です。

私の質問は、総合診療専門医が最新のデータで年間290人ということで、少しは増えている傾向にあるようですが、このままいくと、年間300人弱の育成で将来足りるのか、配置にもよると思いますけれども、何らかの予想をしているのかどうかということ。

それに関連して、リカレント教育については12大学で始めたというのは非常によいと思うのですが、そこで研修をした方はどういう資格が取れるのか。専門医制度とは違う枠組みになると思いますけれども、専門医ではないにしても何らかの資格が取れないと、なかなかインセンティブにならないような気がいたしました。それについてのお考えがあれば教えてください。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、事務局、お願いいたします。

○染谷課長補佐 ありがとうございます。

まず、総合診療専攻医が年間290というのが直近のデータということで、実際に今後どこまで数は増やせるかというところはあるかと思いますが、もちろん総合診療専門医以外の方であっても総合的な診療は実態として行っているということであろうかと思いますが、そういった実態も踏まえながら、どこまで総合診療専攻医の数を増やしていけるか、あるいは、そういった領域の魅力というか、働きがいといったところも含めて、どういうふうに対応できるかというところは事務局としてもしっかり考えていきたいと思っています。

もちろん、こういった領域に関しては、学会との連携とか医療関係者との連携も重要に

なってくると思いますので、そういったコミュニケーションを取っていきたいと思っております。

リカレント教育に関する事業の資格に関しては、今回、共同運営という形で複数の病院団体と学会が実施されるということで、まずスタートしたところでございまして、そういった取組状況も踏まえながら、また今後検討になろうかなと思っておりますし、具体的にどういった資格かということも含めて、また関係者の御意見を伺いながら検討していきたいと思っております。ありがとうございます。

○国土構成員 ありがとうございます。

ちょっとだけ言い忘れたのですが、これに関してどういう方がリカレント教育をできるかという間口の広さというのが十分強調されていないかなと思いました。例えば、外科とか内科の専門医を持った方がリカレントをやるのか、それから、よく言われている直美に行った方がこちらにまた行く道があるのか、あるいは上の世代で新しい専門医制度の中の専門医を持っていらっしゃる開業医の先生もいらっしゃるわけで、そういう方にもこれが適用されるのか、そういうことを分かるようにしておいたほうがいいのではないかなと思いました。

○遠藤座長 御提案ありがとうございます。

何かコメントはありますか。

○染谷課長補佐 ありがとうございます。

そういった間口を広げるというところで、この事業の資料の中でも、魅力の発信といったことについて記載していますが、様々医師のキャリアはございますけれども、これまでのキャリアも踏まえて多くの方に参加いただけるようにということで、共同運営される実施団体においては考えられるということを伺っておりますので、そこもまた厚労省としても連携しながら進めていければと思っております。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、オンラインで御参加されている構成員の先生でお手を挙げておられる方はいらっしゃいますでしょうか。

小笠原構成員、お願いいたします。

○小笠原構成員 3つあるのですが、最初の質問で出た回答ですけれども、それは非常に簡単で、私は地方国立大学を出て、旧帝国大学に行ってから、今は私大にいますが、要するに国立大学は設立の理念がないのですね。なぜその大学をつくったのかという理念がないのですが、私立大学はつくる段階で、このために大学をつくるという理念があります。

我々も130年前に岩手医大ができた時に理念があって、そのときの理念は、北東北の医療を守るというのがあった。なぜかという、弘前大学とか秋田大学はなかったわけですから。だから、一般卒の学生を含めて授業で普通に地域医療の必要性の授業をやる。医師会長を呼んでお話をいただいたり、地域医療の授業を普通にやっています。医学部学生の将

来の仕事は地域医療だと。これは別に難しいことではないです。ただ、国立大学の場合は理念がないので、そういう授業ができるかどうか私は分かりませんが、入学した時点で医学部学生は北東北の医療を守るという理念を聞いて入ってきたのでしょうかという言い方をするので、その授業に関しては何の問題もないです。それが1つです。

ですから、それは私立大学の恒久定員の中に臨時枠を設けるというのは理念に反することになるので、そこをきちんと考えていただきたい。これは、実はこの会議に対する私大医科大学協会全体の意見でもあります。地域医療にどのぐらい人を派遣しているのかという数字を私大医科大学協会を出しているのですが、国立大学よりも多いことがもう分かっていますので、その辺のことを国は考えていただきたいということが一つです。

もう一つは総合医の問題ですが、なぜ総合医が増えないのか。答えは簡単で、専門医機構は総合医は基本診療科と言っていますが、標榜科として認められていないわけですよね。資料にもあるように「総合診療」しか書いてなくて、ほかの科は全部「科」とついているのですけれども、「科」がついていないのですよ。この話も私は医学部の学生に講義をするのですが、ここは「科」がついていないのだと。だから、専門医機構のほうでは総合診療を基本診療科だと言っているけれども、実は診療科としては成り立っていない。その科に誰が行くのか。結局、学生時代は総合診療をやってくださいと教えていながら、一方で実際に初期研修中に、総合診療という診療科はないのだと言われたら、それは総合診療を専攻するのは無理ですよね。恐らく自治医大からもこういう話が国に行っていると思うのです。だから、総合診療医のキャリアを、総合診療科をつくって、さらにその上にどういうサブスぺがあるのかということをつくらなければ総合診療医は増えません。これは現場の声です。

3つ目は、「医師の確保・偏在対策における医学部定員等について」の資料27ページを見ると臨時定員増は平成19年から始まっています。この方々が医師となるのは6年後の平成25年ですので、理論的にはこれ以降臨時定員増による医師が増えていくことになります。一方、「医師の確保・偏在対策における医学部定員等について」の資料24ページの「年齢階級、施設の種別にみた医師数及び平均年齢の年次推移」の「病院に従事する医師数」では、「病院に従事する医師数」のデータは令和4年までしかありません。したがって、その6年前である平成28年入学の臨時定員増まで反映されていることがわかります。すなわち、「医師の確保・偏在対策における医学部定員等について」の平成19年ー平成28年入学の臨時定員増の計11109人が「医師の確保・偏在対策における医学部定員等について」の平成25年ー令和4年卒の「病院に従事する医師数」に反映されていることになります。平成25年卒の方で令和4年時39歳（現役入学、ストレート国家試験合格）ですので、平成19年ー平成28年入学の臨時定員増の計11109人は現在平成25年ー令和4年卒の「病院に従事する医師数」の20ー30代に反映されていると考えます。しかるに、資料24ページの「年齢階級、施設の種別にみた医師数及び平均年齢の年次推移」の「病院に従事する医師数」は、先日の会議でも指摘したように、平成25年ー令和4年

で20代、30代とも微増か不変であり、医師数を増やしているもむしろ臨時定員増時代ではない50－60代です。したがって、臨時定員増の恩恵を受けた若い医師が「病院に従事する医師数」を押し上げているわけではありません。詳細で客観的な解析が行われているとは思えません。上記の原因は種々ありますが「直美」、「臨時定員枠以外の若い医師の開業」、「特に旧帝国大学あるいは慶応大学等日本のトップレベルの大学の早くからの臨床医ばなれ（起業家になったり、弁護士になったり、等）」の理由が主ではないかと思います。日本の地域医療も含む臨床現場の医療は臨時定員、すなわち地域枠が担っているといっても過言ではありません。こういうことを含めて詳細な分析とそれに基づいた将来計画をお願いいたします。

コメントをお聞かせ願いたい。

この3つです。以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

私大と国立大学の行動様式の話が1つ目、2つ目が総合診療についての話、3番目は人口構成を見た医師の将来推計について、これは具体的な御質問というかコメントを求められたことですので、最初の2つも含めて御意見があればお答えいただければと思います。いかがでしょうか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

小笠原先生に、前回も含めて私大の特徴というところを御指摘、御指導をいただいていると認識しております。

御指摘のところも含めてどう考えていくかというところはございまして、おっしゃっており、個々の私大の設置の趣旨ということ、国立にないというか、私大にそれぞれの特徴というか、趣旨があるということであったと思いますし、それを踏まえないと医師偏在対策とか医師確保対策に答えが出ないのではないかという御指摘だと思いました。

その辺りは、個別性が高いところもございまして、まさに私大とくくれるものでもないのかもしれませんが、どのように要素分解をしてお示しをしていくのかというのは少し検討させていただければと思います。一般枠、地域枠の数というのも今回一まとめにして出しておりますので、そういったものをもう少し分解するとか、御議論に資するような形で対応させていただきたいというのが現状のお答えになります。

それから、総合診療に関しまして御指摘をいただいたところで、キャリアをつくっていくということは非常に重要だろうと私どもとしても考えておりまして、その趣旨で拠点の形成事業といったものも国の予算で支援をさせていただいているところでございます。

もうちょっと具体的なお話を今後持ってこられればと思いますが、18ページ目にある予算事業で年余にわたって支援をしていきまして、大学等で様々な活発な取組をされているところを聞いておりますので、その成果物の共有もさせていただきながら、キャリアのことについても御議論に供せればと思いますが、少しプロフェッショナルリズムの中の話にもなりますので、どのように方向性をつけられるかというところはこの会議でも御

相談をさせていただければなと認識をしております。

それから、医師の人口構成に関しましては、医学部定員そのものは直近で少し増やしてきているところをございまして、その効果が徐々に出るのではないかと思いますけれども、御指摘のように、地域によっては高齢の医師に支えられているところも伺っているところでもありますので、他方で医学部定員自体は過去に比べれば増加させてきているところ、今後の需給を踏まえてどう考えるかというところを御議論させていただいていると思っております。

24ページ目の上のグラフで、20代以降、黒い領域が横ばいになっていて、どちらかというと紫の縦線の上のほうが増えているのではないですかというのが小笠原先生の御質問だったかと思いますが、年齢区分の問題もあるかもしれませんが、若手医師自体は医師少数区域には増えているといったデータもございますので、併せて見ながら先生方に御議論をいただければなと思っている次第であります。

○小笠原構成員 なぜ30、40代以下が増えていないのか。地域枠が増えているとしたら40代以下が増えるはずなのですが、病院に勤める医者はなぜここが増えないのかが私は分からないというだけです。ここは増えるはずですよ。だって、地域枠が増えているわけですから。ここが全然増えていないわけです。恐らく若い人たちは病院に勤めていないというふうに取りれると思って、私はそういう質問をしました。

○遠藤座長 質問の意図がはっきりしましたので。

○和泉医師養成等企画調整室長 お答えというか、どういう動態になっているのかというデータを今この瞬間持っておりませんので、先生の問題意識はよく分かりましたので、どこで働いているのかというのを、医師届出票がございますので、直近の医師届出票で確認をさせていただきたいと思っております。今この瞬間では要因分析ができません。

○小笠原構成員 分かりました。

○遠藤座長 では、事務局、その辺をよろしく願いいたします。

それでは、またオンラインに戻らせていただき、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 ありがとうございます。

昨日、厚労省から4月分の人口動態統計の速報が出ましたけれども、出生数の減少はとどまることを知らず、今年に入ってから昨年比で4.2%減少しております。このペースでいくと、2027年に年間50万人台で落ち込むおそれがあります。今後は、医学部定員だけではなく、様々な教育機関の定員とか人員配置など、それに合わせて一定の見直しが必要になるかと思っております。ただ、医学部定員の議論におきましては、長期的視点を持って、10年後、20年後の医療のあるべき姿、すなわちグランドデザインの中で検討するべきことと思っております。

人口減少を踏まえまして、先日、3党合意で11万床削減ということが示されたという報道を私も拝見しましたけれども、そうなりますと、当然医師だけではなくて、医療職のポ

ストや働き口もかなり減る可能性があり、待遇の悪化も見込まれます。保険診療の今後に不安を持って、美容医療など自由診療へ流れる傾向が若手でも中堅でもかなり強まってくるおそれがあります。

もし、国としてベッド数を絞り込むという方針であれば、医師養成を増やしたままにするのはかなり矛盾してしまうことになります。ただ、将来において医療提供体制をどのようにするかに関しましては、医療を受ける立場であり、かつ費用を負担する立場である国民のコンセンサスの下に進めていくべきであり、もちろん切り捨てられる方が出ることなく、国民が必要な医療を受けられる方向で施策が進められることと思われます。

今回の資料の41～42ページの「都道府県における医師確保に向けた取組状況」のところを拝見しますと、かなり頑張っていて取り組んでいるところもあれば、あまり進んでないところもあるということで、非常に参考になる資料かと思います。

本日の資料にありますように、既に平成20年頃から定員を増やし始めており、平成25年から9,000人を超えているわけですが、その時期に入学した方々は専門医を取って第一線で活躍しているはずなのに、実際に地域医療に従事する医師が足りていない。なかなか施策が進んでいないというのも、この資料を見るとうなずけるかと思います。

そこで、徒に現状維持バイアスでこのまま臨時定員をほとんどいじることなく年間9,000人の医師養成を続けていくよりも、むしろ不足している地域とか診療科における待遇改善とともに、医師の循環とか医師の派遣の仕組みをしっかりと作っていくなど、別の方向での制度設計を優先するべきではないかと思います。

そこで、定員の具体的な適正化の方向ですが、例えば歯学部の場合、定員の推移を見ますと、幾つか段階的に目標を設定して削減を行っています。医学部においても、適切な数をシミュレーションで推計を行うべきですが、どのくらいのスパンの中でどのくらいの数を削減あるいは調整していくかについて、そのファーストステップだけでもこの検討会で方針を決めていくべきではないかと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

今後のいろいろな検討の仕方についての御意見もありましたけれども、もし関連で何か事務局から御発言があればと思います。いろいろなことをおっしゃられましたけれども、何か一つでもあればと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

まさに御提案をいただいたのだと思いますので、どうできるかというところは次の検討以降の糧にさせていただければと思います。

減らすスパン、ペースみたいな話は、大きな影響もあると思いますので、丁寧にデータ等を用意して御議論できるのかというところを準備させていただければと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 よろしく願いいたします。ありがとうございます。

それでは、印南構成員、お待たせをいたしました。よろしくお願いいたします。

○印南構成員　ありがとうございます。

私の理解では、医学部の定員の全体像については、地域偏在等の問題と同時解決というようなフレームで、議論してきたのではないかなと思っています。が、地域偏在や診療科偏在の問題と医学部定員の全体の話は、時間軸的な射程が全く異なっていると思います。地域偏在も長い間解決できていない問題ですし、今回の政策パッケージの実施の効果が出てくるのに数年ぐらいかかると思います。

今後丁寧な議論とかアイデア出しが必要だと思いますけれども、医療需要自体が減少に向かう2040年末までに、オンライン診療、特にDttoDのオンライン診療等の普及に伴い、偏在問題自体が緩和する可能性もあります。今、木戸構成員がおっしゃったように出生数が予想以上に減っていますから、そういう意味でも緩和するかもしれないですね。

一方、医学部定員の問題ははるかに射程が長いです。今回の資料に入っていませんが、第2回の検討会のときに「医師の需給推計について」という資料があったのを覚えている方はたくさんいると思うのですが、医師数に関する需要が3段階で出されていて、これらはいずれも逡減していくわけですね。それに比べて、医師の供給数は着実にというか、定員ははっきりしていて医学部生はほぼ医師になるので、どんどん増えていくわけです。私の記憶では、初期のときにはもっと長いスパンで出されていたように思うのですが、これは確認できないのですが、そもそも右端が2040年で終わっているのですよ。だけど、医学部定員の問題は、2040年をはるかに超えて、50年、60年とずっと続いて、しかも需給ギャップはどんどん拡大するのですね。

これを考えると、その時代の医師のいろいろなところに影響が出てきているはずで、もちろん医師1人当たりの収入も減るでしょうし、供給過剰になるに従って社会的地位の低下も起きるかもしれないですね。そういうことを考えると、総定員について早く議論を開始しないと、まずいのではないかなと私は思います。

具体的に言うのは難しいのですが、48ページの3番目の○の提案、それよりも若干踏み込むことになると思うのですけれども、地域枠を減らさずに総定員数を根本的に見直して減らす方向で考えるのが一つ。それは、恐らく地域枠を恒久定員の中にもう少し組み込ませるという手法があるかもしれません。そういうことをしないと非常に将来が厳しい。

先ほど木戸構成員からシミュレーションの話がありましたけれども、それも需要のほうは難しいかと思うのですけれども、供給のほうは定員で決まるので割とはっきりしているので、例えば、総定員を500人減らしたらどれぐらい供給が緩和されるのか。そうすると、需給ギャップの均衡が起きる点が今一番近いので2029年、楽観的な推計が32年で、それがもうちょっと先になっていくと思うし、場合によっては逆にどのぐらい定員を減らす必要があるのかというのは簡単なシミュレーションでできると思うのですよね。もちろん精密な議論は後で行うべきだと思いますけれども、そういった簡単なシミュレーションも出し

ていただきたいと思います。

以上になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

医師の養成のトータルについて将来的な需給ギャップを考慮しながら進めていくべきだということで、幾つかの御提案もいただきました。

事務局、何かコメントありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 こちらも次回以降に向けてという御提案だと思いましたので、手をつけられるところから順次お示しできるように用意したいと思っております。ありがとうございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。印南先生、ありがとうございます。

それでは、和田参考人、お手を挙げておられますので、よろしくお願いします。

○和田参考人 ありがとうございます。

非常に参考になるデータをたくさんお示ししていただきまして、感謝いたします。

私からは2点発言させていただきたいと思います。

まず、先ほど印南構成員からお話がありましたけれども、地域枠の恒久定員内の設置という件に関しまして、資料の48ページの下段の3つ目の○になりますけれども、本県の地元の新潟大学は臨時定員として地域枠をたくさんつくっていただいております。新潟大学に関しましても、私どものほうから働きかけを行いまして、地域枠の恒久定員内への移行も検討していただいております。ただ、全体に地域枠の学生が非常に多くなっておりまして、大学にとっても医学生のキャリア形成支援等、大きな負担が生じております。

その中で、恒久定員内の地域枠設置を進めるためのインセンティブとしまして、昨年度、補正予算で事業化されました「大学における恒久定員内地域枠設置促進事業」というものがありましたので、その継続、予算確保をぜひ今後お願いできればと考えております。

次に、もう一点、医学部定員の検討ということに関しまして、前回の検討会でも神野構成員より御発言いただきましたし、さらに本県の花角知事からも繰り返し申し上げてまいりましたけれども、医学部定員の適正化というのは真に実効性のある医師偏在対策とセットで行われる必要があると考えております。

今回の資料におきましても、32ページ、医学部定員を多数擁している大都市部には地方からの医学部進学者が非常に多くいる中で、県外出身者が大都市部で臨床研修修了後の勤務を希望する割合がやはり高くなっています。また、35ページのところでは、実際に医籍登録後3～5年目の医師が多く大都市部には流入しているというデータが示されております。大都市圏の中での流入や流出ということもあるとはいいいましても、臨床研修修了後の専攻医となる段階で、一定程度は地方から大都市部へ移行していると考えてもよろしいかと思います。

このような状況のまま医学部定員総数を適正化した場合には、一層大都市部に医師が集中しまして地方には医師が残らない、地域偏在がさらに進むことも懸念されております。

今月12日に医師専門研修部会が開催されまして、現在、専門研修医の募集定員についても見直しを検討されているところでございますが、やはりシーリングの厳格な運用をはじめとした偏在対策とセットで医学部定員の適正化は検討されるべきと考えております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

これについては、事務局、何かコメントありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

おおむね2点ほどいただいたかと思います。恒久定員内の地域枠の設置を検討いただいているというコメントいただきまして、私どもとしてもありがたいと感じました。

御指摘いただいたとおり、恒久定員内の地域枠の設置を進めるために予算事業を1つ新たに設置したところでございまして、これは臨時定員を削減しながら恒久定員内に地域枠を設置する場合の補助とか支援の事業でございまして、そういった形で、学生さんに指導を充実させていく大学に対しての支援をしてはどうかということで、当省として御用意をしたものでございます。こういったものの確保についても前向きに検討させていただきたいと思いますが、状況によりけりでございますので、精いっぱい努力をさせていただくということでコメントさせていただきたいと思います。

また、ほかの対策も一緒にということは常々御指摘をいただいていると思いますので、まさにほかの養成過程の取組、あるいは地域医療計画課の取組を含めて、一体的に対応できるようにしてまいりたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。オンラインでも会場でもどちらでも結構でございます。何かコメント、御質問があればいただきたいと思います。

前田構成員、お願いいたします。

○前田構成員 先ほど印南委員が指摘された点が非常に重要かと思っています。供給するのは一定数があって、何十年後にどういう医師が日本に存在するかというのはすぐ計算できると思うのですけれども、需要の計算が非常に難しい。例えば、ある悪性疾患で、昔は1年間で亡くなっていたのが、予後が10年延びると患者数が単純に10倍になるわけですね。ですから、疾患によっては非常に患者数が増えるし、極端に減ってしまう疾患もあって、その需要予測は非常に難しいかと思っています。

ただ、大ざっぱに言いますと、良性疾患は医療密度がだんだん低くなっていくといいましようか、いいお薬ができて医者は少なくなっていくはずですが、悪性疾患の場合は、予後が長い疾患の場合には医師の数が少なくても済みますけれども、非常に予後が悪い場合、1年か2年で亡くなる病気がさらに延びて5年、10年病気を患うようになれば、患者数が5倍、10倍になるわけですから、そういう疾患は医師の数がたくさん要するようになるというふうに、非常に難しいですけれども、最後の4つ目の○で、どのような要素を考

慮すべきかという点において、今お医者さんになる人が30年後に50歳になるときに、医師が余っているか、余っていないかというのは、30年後の医療需要を予測しないといけませんけれども、非常に難しいですが、良性疾患と悪性疾患を分けて、この病気は恐らく克服されるだろう、この病気は今は助からないけれども、助かるようになって、むしろ医療需要が増えるだろうということを頑張って予測することが、どのような要素を考慮すべきかというところに入ればいいかなと思っています。

○遠藤座長　ありがとうございます。

今、厚労省がやっている予測は非常にシンプルで、今現在の行われている医療需要が、年齢別に分解して、年齢と人口が将来変わるから、医療需要もそれに並行して変化するのだという組み方ですよね。

○和泉医師養成等企画調整室長　基本的にはそのような形でやらせていただいております。

○遠藤座長　そういうことですので、そういう技術的な問題は考慮してはいないということなので、する必要があるということで、それを考えると今度は診療科別の供給の量という問題も出てくるので、これも議論していませんので、できないというところもあるものですから、非常に難しいですが、重要な御指摘だと思います。

ほかに何かございますでしょうか。

木戸構成員がオンラインでお手を挙げておられます。お願いいたします。

○木戸構成員　前回の定員枠の調整におきまして、医師多数県から医師少数県に臨時定員枠を振り分ける方針としたにもかかわらず、実際に医師少数県からの申出が少なかったと記憶しておりますが、その理由について、その後、事務局あるいはどこかの調査で分かったことがあればお聞きしたい。

あと、地域枠の件につきまして、本日、新潟県の方が参考人としておいでなので、話題に出して恐縮でございますけれども、「令和8年度新潟大学医学部医学科学学校推薦型選抜の地域枠における募集人員内訳の変更について」という書類が新潟大学から公表されたのを私も拝見しましたけれども、内容としては、医学部医学科の学校推薦型選抜の地域枠の募集人員で、これまでは県内の高等学校の方を優先していましたが、今後、所在地によってそういった内訳を廃止すると書いてございます。新潟県では40人の地域枠があって、22人が県内の高校出身者としていると伺っておりますけれども、これに関しまして方針からの転換と思われますけれども、もし可能であれば新潟県の担当の方にコメントをいただければと思います。

私からは、以上2点でございます。

○遠藤座長　ありがとうございます。

それでは、最初の御質問で、事務局からコメントをいただければと思います。よろしくをお願いします。

○染谷課長補佐　ありがとうございます。

医師少数県からの手挙げといえますか、臨時定員の増加の希望が少なかったことの理由

について御質問だったと思っておりますけれども、今回資料ではお出ししておりませんが、確認をしております。お答えとしては、先ほども御意見の中でありましたけれども、例えば、地域枠の学生に対応する、あるいは地域枠医師にキャリア支援をするような医師のマンパワーについて検討した結果、今回増加しなかった。あとは、地域医療対策協議会の議論を踏まえて地域枠の臨時定員の設置を決めていただいておりますけれども、その議論を踏まえて、県の医療需要予測も踏まえた結果、今回は維持だったという御意見もあったと思っております。

今後、臨時定員の数を決めるに当たっては、そういった御意見も踏まえながら決めていきたいなと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

引き続きまして、新潟大学の入学の方式についての議論で、和田参考人、もしコメントができればよろしくお願いいたします。

○和田参考人 新潟の和田でございます。

御質問の件に関しましては、新潟県枠と全国枠という区別をして募集をしていた分があったのですが、それぞれの定員があったわけですが、実際はあまり意味をなしていなかったのです。つまり、全国枠として募集した中にも新潟県の方が合格者として入っていたということがありましたので、その部分を全部撤廃したというのが実際のところでございますので、あまり深い意味はないというのが正直なところでございます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

今お二方からコメントがありましたけれども、木戸構成員、いかがでございましょう。

○木戸構成員 分かりました。御説明ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに何か御意見はございますか。

国土構成員、お願いします。

○国土構成員 全く違う話題ですが、46ページに香川県の実績ということで、指導医取得経費の一部を補助というのがございました。これを拝見して、指導医というのは、今の新しい専門医制度では医師から見てそれほど大きな意味がなくて、むしろ専門医の取得そのもの、あるいは更新のことのほうが非常に関心事であって、そのための費用は相当かかるわけですね。私も医師を40年ぐらいやっていますが、幾ら払ったか分からないぐらい払っているわけで、その割には給料に全く反映されていない状況です。

これについて、都道府県の代表の方は新潟県しかいらっしゃいませんけれども、都道府県のほうから補助をするとか、例えば、専門医を取得するための費用を援助するとか、そういうことはあり得るのでしょうか。質問です。

○遠藤座長 事務局、いかがでございましょう。

○染谷課長補佐 ありがとうございます。

都道府県において実際にこういった香川県の取組にもありますとおり、都道府県の予算の中で実施することは可能かなと思っております。つぶさに都道府県に専門医の更新に関して補助をしているかということは確認しているわけではないですけれども、今後、取組の事例としては都道府県の予算の範囲で実施可能なものかと思っております。

○遠藤座長 国土構成員、よろしゅうございますか。

それでは、オンラインでお手を挙げておられます坂本泰三参考人、お願いいたします。

○坂本泰三参考人 日本医師会常任理事の坂本でございます。今村構成員の代理で参加しております。

3点、提言になりますけれども、お願いいたします。

小笠原先生からもお話がございましたけれども、医学部定員の検討会でございますが、20年後、40年後の将来を考えると、丁寧に出していただいたデータを、医学部教育の学生の時代から地域医療構想、医師偏在、診療科偏在、20年後の医療提供体制等の日本の医療の課題を、大学によっては医師会長が講義を行っているところがございまして、年間に90分1回ぐらいとか、非常に少なすぎると感じております。また、できましたら高校で医学部を志望されている生徒にもこういうデータを示していただきたいと思っております。

2点目が、これと重複しますけれども、医学部は教育と研究と診療、地域医療への貢献、高度医療というお話も先ほどございましたが、医学部教育、臨床研修医、専攻医と検討会が幾つもありまして、それぞれの検討会で良い意見が出ているかなと感じておりますけれども、ばらばらでやってしまっており、文科省でも今後の医学教育の在り方に関する検討会もあり、その辺の情報共有ができたらと思っております。

3点目が、総合診療専門医でございますけれども、お話の流れを聞いておりますと、総合専門診療医でないと地域医療ができないのかというような流れがあるように感じます。医師会としては、専門医を持ってなくても地域医療に30年、40年貢献されている経験豊かな先生のほうが、地域医療として患者に寄り添うことにしても訪問診療にしても十分な経験をお持ちなので、総合診療科でなくても、内科、外科、産婦人科等の先生方でも、リカレント教育も含め、地元に戻って頑張ろうという先生方はたしか2～3割いらっしゃると思いますので、総合診療専門医でないと地域医療は担当できないという流れはちょっと違うと思っております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございました。

基本的にはコメントといいましょうか、御提案も含めたものだったと思っておりますけれども、事務局から何かコメントはありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

2点目かと思いますが、検討会が多数あってというところはまさに事務局として努力しなければいけないと思いましたので、ほかの検討会でも坂本先生に御指摘をいただきまして、提供体制の議論が進んでいるところをしっかりと養成過程の検討でもとらまえるように

という御指示をいただきました。

おっしゃるとおりで、養成過程は様々な取組がございますし、それ以外の提供体制の話も関連してくると思いますので、その辺りは資料を取りまとめるなどして、まさに情報共有をしっかりとさせていただきながら御議論していただけるように御用意させていただきたいと思います。こちらは事務局として承りたいと思います。

○遠藤座長 よろしくお願いいたします。

国土構成員、どうぞ。

○国土構成員 坂本先生のおっしゃったことにちょっと。

私は冒頭に総合診療専門医のことを申し上げましたが、私も坂本先生と同じ意見でありまして、総合診療専門医でなければ地域医療はできないとは思っておりません。ただ、その中で総合診療医も増やさなければいけない流れがあるということと、リカレント教育で、あるいはこれまでもいわゆる専門医の資格を持っていないけれども、地域で地域医療を支えているシニアの先生方がいっぱいいらっしゃる、そういう方に対してどういうインセンティブがあり得るかということも検討しなければいけないと思います。

それから、大分前にも小笠原先生でしたか、キャリアパスの中で総合診療専門医については2階建てに行けない、例えば感染症専門医に行けないとか、そういう制度の問題についても、この会ではないと思いますが、ぜひ検討をお願いしたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、オンラインで野口構成員がお手を挙げておられますので、野口先生、お願いいたします。

○野口構成員 どうもありがとうございます。

私は、厚労省の老健局のほうで開催されている2040検討会に委員として参加しているのですが、2040年、人口動態が非常に激減する中で、地域によって医療需要と介護需要の在り方がかなり違っている。大都市部で必要な医療と介護、中山間地域で必要な医療と介護、一般市で必要な医療と介護。実際に、中山間地域では人口が減ってきて、高齢者が少なくなっているところがあります。だから、ニーズが地域によってかなり変わってくる。今後もっと激変すると思うのですが、その中で医療と介護の連携ということが非常に強調されております。

ここは医師あるいは医療を中心に議論するところなので、あさってのコメントかもしれませんが、今後、高齢者が増えてくる中で、医療と介護のニーズに合わせた両者の連携が非常に求められる中で、地域医療を担うのは総合診療医だけではないという先生方の意見に私も賛同しますが、例えば、医学部の教育で介護の位置づけです。先ほど、がんがシリアスな場合は長期的なケアが必要になるという話もありましたけれども、医学的なケアと同時に生活の支援というか、介護的なケアも求められる。そうした中で、医学部教育の中でどの程度介護という視点があるのかなというのが、私自身、いつも疑問に思っておりまして、もし事務局のほうでそういう情報があれば教えていただきたい。あるい

は、大学の先生の構成員で、最先端の医療というか、医学部教育の中でももっと長期的なケアあるいは介護ケアを見据えたようなものの学生たちへの指導の在り方みたいなものがどうなっているのかというのを教えていただきたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、大学の先生で、実際に教えておられる前田構成員、お願いします。

○前田構成員 御質問ありがとうございます。前田です。

介護のことを専門的にしっかり教えていると言われると、なかなか難しいというか、十分できていないというのが正直な感想です。

ただ、全般的な医療の在り方として、私も学生に講義するときに、今後AIが発達してくると、診断はこういう遺伝子異常のこういうがんの病気で、第一治療選択はこれだというふうにAIが全部分かるような時代になってきて、患者に寄り添うことをプロフェッショナルとして頑張っていこうということが君たちの仕事であって、そういうところがAIに勝るといえる君たちの仕事だと伝えていきますので、全般的な意味になりますけれども、大学は専門的な知識や技術を教えるだけではなくて、医師としての在り方あるいは医師としての人生観を教える一環として、介護とか地域医療の部分はカバーできるかなと考えています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、同じく大学の先生ということで、小笠原構成員がお手を挙げておられますので、よろしくお願いします。

○小笠原構成員 我々のところは、1年生、3年生、5年生で必ず介護施設に行くということをやって、実際に見てもらうことを普通にやっていますし、緩和ケアをやっている、もともと外科医なのですが、そこには複数の診療科がいて、彼らが患者さんが亡くなるまで自宅でどういう介護をしているのかというものは普通に講義をしていますので、それをやらないところがあるのが私は不思議だったのですが、普通にやっています。

それは、さっき言ったように、岩手医科大学、私立大学として地域医療を支えるという理念があるのでそういうことができています。先ほど私が言ったことはそういうことです。必ず私立大学には理念がある。その理念にのっとった医師を育てるというのが私立大学の使命なので、そういうことはきちっとやっています。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

野口構成員、よろしゅうございますか。

○野口構成員 ありがとうございます。

本当にニーズが絡み合ってきていますので、その辺りも視野に入れつつ、大学の中でしっかりとその辺りを、小笠原先生からもしっかりやっていただいているということですが、全体的な日本の大学でそういうことができるような体制をつくっていかないと、医療・介護の連携がなかなか進まないというところがこれから非常に大きなボトルネックに

なってくると思いますので、ぜひ先生方にはよろしくお願ひしたいと思います。どうもありがとうございました。

○遠藤座長　ありがとうございます。

ほかに何かございますか。

よろしゅうございますか。

それでは、大体御意見を承ったということにさせていただきたいと思います。長時間、御意見を賜りまして、どうもありがとうございました。

様々な御意見が出ました。また、具体的な御意見とははなくても、今回のお話の中で新たな課題みたいなものも見つかったかなと思いますので、それらも含めまして、事務局におかれましては、次回までにこれらの意見を今後の検討会が円滑に進むような整理をしていただきたいと思いますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、以上をもちまして本日予定していた議題は終了いたします。

事務局から何かございますか。

○加藤課長補佐　次回の検討会の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。よろしくお願ひいたします。

○遠藤座長　それでは、本日は長時間にわたりまして貴重な御意見を賜りましてどうもありがとうございました。

これをもちまして本日の検討会は終了したいと思います。どうもありがとうございました。