

2025-8-6 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11回）

○加藤課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第11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。

本日の出欠状況について、現時点で構成員11名に御出席いただいております。

なお、花角構成員の代理として、新潟県福祉保健部長の中村参考人に御参加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日比課長、松本企画官にお越しいただいております。

議題に入る前に、前回から事務局で人事異動がございましたので御紹介いたします。

医事課長の中田でございます。

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。

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。

本日もどうぞよろしくお願いいたします。

それでは早速、議事に入らせていただきます。

本日の議題は2つございまして、議題1が「令和9年度の医学部臨時定員の方針と配分について」、議題2が「医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策について」の2つでございます。

それでは、まず、議題1「令和9年度の医学部臨時定員の方針と配分について」、事務局より関連の資料1について御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○渡邊主査 ありがとうございます。事務局でございます。

資料1を御準備ください。3ページ目、「令和9年度の医学部臨時定員の方針と配分」、見出しをつけております。

5ページ目でございますが、こちらは第9回、1月の検討会の資料でございまして、一番下の○のところ、【医学部定員に係る方向性】として、医師の偏在対策を行いつつ、医

学部臨時定員については、生産年齢人口の減少や医療需要の変化等の我が国の置かれた状況や、医学部定員に係る取組の効果の発揮には一定の期間を要することを踏まえると、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。こうした事務局案をお示ししたところでございます。

続いて6ページ目、こちらは第10回、前回の検討会の資料でございますが、一番下の赤枠で囲ったところでございます。令和9年度の医学部定員については、2行目に移りまして、適正化を図ることとするが、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、地域の実情や医師の勤務地に関する動向等も踏まえ、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。こうした事務局案を御提示させていただいたところでございます。

7ページ目、これまでにこの検討会の中でいただいている御意見をまとめたものでございます。1つ目の隅付き括弧のところ、【検討する上での基本的な視点】といった形でおまとめしております。1つ目の○からでございますが、医学部定員の適正化を図る方向性について、性急に行うのではなく、地域の実情を踏まえて丁寧に議論するべき。医師偏在対策の効果が現れるには一定の時間を要し、医学部定員の議論はさらに長期的な視点が必要である。医師の養成数について、様々なステークホルダーが納得感を得られるよう、施策を取りまとめていくことが大切ではないか。大学ごとの特徴等にも考慮して、医学部定員の適正化の方向性を議論してはどうか。それから、高齢医師や若手医師の割合に着目した学部臨時定員の配分の仕組みについては、定員を固定化しないという考え方や、さらに踏み込んだ方法などにも留意して、さらに工夫を図るべき。それから、直近の医師の需給推計をもとに、医学部定員を適正化した場合、どのような影響が想定されるかシミュレーションしてはどうか。こうした御意見を頂戴しておりました。

それから、2つ目の隅付き括弧のところで【配分・調整方法において考えられる視点】という形でおまとめしております。1つ目でございますが、医師の年齢構成を踏まえると、医師多数県においても5年後、10年後には実際にどういうことが起こるのかについてのデータを検討してはどうか。それから、医師の年齢構成を考慮するに当たって、全国一律に区切るのではなく、例えば医師偏在指標に基づき、より精緻な区切り方を検討してはどうか。最後でございますが、実際の地域枠医師の配置状況や、地域の医師確保の実態を踏まえて、適切な配分を行うべき。こうした御意見を頂戴していたところでございます。

続きまして、8ページ目でございますが、こちらは自治体等からいただいた御意見を同じように2つの視点でまとめたものでございます。

1つ目、基本的な視点という形で4つほどまとめております。1つ目でございますが、地域における医療を安定的に行うため、真に必要な医師数が確保できるまで、地域枠医師の臨時定員増の継続を行うこと。それから、医学部定員の適正化にあたっては、医師不足が深刻な地域にとって医師数の減少に直結しかねないことから、医師の地域偏在に真に実効性のある対策と一体的に行うこと。医師多数県は、医師偏在指標の全国上位3分の1の

都府県であり、人口集積や医師の年齢構成の違い、中山間地域や離島などを多く含む地方部が抱える実情が十分に反映されていない。実際の地域枠の適切な運用にあたって、大学での教員や施設・設備の整備が求められるため、必要な経費に対応する運営費交付金の拡充のほか、恒久定員内での地域枠等の設置促進に向け、大学の教育体制確保や負担軽減を支援する事業の継続・拡充を行うこと。こうした御意見をいただいております。

続きまして、【配分・調整方法において考えられる視点】でございますが、1つ目、医師多数県や少数県といった区分けにより一律に行うのではなく、最新のデータに基づき、地域の実情を詳細に分析・認識した上で、地理的加算を考慮するなど、地方としっかりと協議を行いながら進めること。それから、医師は、自己スキルアップ等のため、勤務先の異動を重ねる傾向があり、特に離島等の医療機関では長期間定着する医師の確保がより困難となるため、地理的状況の実情を踏まえた算定を行うこと。最後でございますが、まずは医師少数県において真に必要な地域枠の定員数を示した上で、医師多数県から削減するなど、調整方法の順序を見直すこと。こうした御意見をいただいているところでございます。

9 ページ目は、医学部入学定員と地域枠の年次推移のグラフを表しています。直近、令和7年度におきましては、医学部総定員は9,393人といた状況になっておりまして、続いて10ページ目、それを都道府県ごとに表で表したものでございます。

11ページ目、恒久定員内地域枠等の活用についてお示ししているところです。下の四角の中でございますが、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。こうしたことを呼びかけているところでございまして、12ページ目、こちらは平成31年に法改正したものでございますが、実際に都道府県知事から大学に対して、地域枠ないし地元出身者枠の設定・拡充の要請権限を創設したといった状況でございます。

13ページ目、こちらは新しい資料でございまして、恒久定員内地域枠に絞ってその設置数の推移を表した表でございます。令和5年度、6年度、7年度と直近3年間の恒久定員内地域枠の数を都道府県別に表で表しております。表の中、赤くなっている数字は前年度から増やしたところ、一方、青くなっている数字は前年度から減らしたところを表しています。御覧になって分かりますとおり、赤くなっているところの多くは黄色の医師多数県でございまして、恒久定員内の地域枠の設置は主に医師多数県で進んできている状況でございます。

14ページ目、令和9年度の医学部臨時定員に係る基本的な考え方についてということで事務局案をお示ししております。四角の中からでございますが、1つ目、医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策のうち、地域枠医師の養成・確保は、地域における医師確保に関する取組のひとつであり、地域の医療、大学、都道府県等にとって重要な役割を有する。このため、都道府県等からは医学部臨時定員の臨時的な増加の枠組みの維持について要望がありました。

2つ目、本検討会においては、幅広い視点から医学部臨時定員に関して議論いただき、地域の実情への配慮の他にも、我が国の人口動態や医師養成の方針が将来に与える影響等の観点も考慮することが必要との考えの下、中長期的な視点に立ち、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との方向性をお示しいただいておりますが、医師の偏在対策について、実効性のある形で取り組むことが前提として必要であるという考え方も踏まえ、昨年末に厚生労働省において「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」が取りまとめられており、着実に進めていくことが重要と考えております。

3つ目、本検討会の議論を踏まえた医学部臨時定員の配分等を通じて、医師多数県における恒久定員内への地域枠の設置が進んできておりました。それから、医療法の規定に基づき、都道府県は、大学に対して地域枠等の設置を求めることができるとされている一方で、実務上は調整が難航するケースは少なくない。また、本検討会の中では、大学の設置主体ごとに異なる特性があることにも留意すべきといった御指摘もいただいております。

こうした中、矢印の下のところ、事務局案として2つ〇を示しております。1つ目、地域医療における役割や、恒久定員内への地域枠の設置に一定の調整期間を要すること等を踏まえ、令和9年度入学における医学部臨時定員については、令和8年度入学における定員と同様、臨時的な増員の枠組みを暫定的に維持することとしてはどうか。

それから、2つ目、我が国の人口動態の状況等、本検討会における議論等を踏まえ、令和9年度の医学部定員については全体として適正化を進めることとし、地域における主体的な医師の確保等を後押ししつつ、地域の置かれた状況、具体的には医師の年齢構成や地理的な条件等に適切に配慮するための、医学部臨時定員の配分方法について御議論いただきたいとしております。この2つ目に関して、この後また御説明させていただきます。15ページ以降に続きます。

15ページ目、医学部臨時定員の配分方法といった形でお示ししているところでございます。令和7年度及び8年度の医学部臨時定員の配分に当たっては、恒久定員内への地域枠の設置状況、医師の年齢構成などを踏まえ、よりニーズの高い地域への臨時定員の配分と総定員数の適正化の両立を図ることとしてきたところであります。具体的には、医師多数県からは原則20%減としている中、配慮要素としまして、恒久定員内への地域枠の設置、それから医師の年齢構成を要素として一定配慮したところでございます。

一方で、医師少数県でございますが、原則、前年度比増の意向に沿った配分を、また、医師中等度県においては、総数上限の範囲内で、それから恒久定員内への地域枠の設置や医師少数区域があるかという条件はつきますが、前年度比増の意向に沿った配分をお認めしてきた状況でございます。

矢印の下ところが令和9年度の配分に当たり考えられる要素、たたき台をお示ししているところでございます。大きく3つの視点で整理させていただいております。1つ目、地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点で、恒久定

員内への地域枠設置の状況。これを一定配慮してはどうかと考えております。

それから、2つ目、地域の置かれた状況に適切に配慮する視点で、これまで配慮しました医師の年齢構成に加えて、地理的要素や医師の流入や流出の状況、そうしたことを配慮してはどうかと考えておるところです。

それから、3つ目、全国的な取組を促す視点というところで、医師多数県以外においても、恒久定員内への地元出身者枠や地域枠設置をはじめとした地域に定着する医師を確保するために取り組むべき事項、こうしたことを促してはどうかと考えているところでございます。

16ページ目は、先ほど御紹介いたしました恒久定員内地域枠の設置数の推移を表しているところで、それをより詳細に分析したものが17ページ目でございます。こちらは令和6年度から7年度における恒久定員内地域枠の変化を表しているところです。左側のグラフで数字11とありますが、47都道府県中11都道府県において、令和6年度から7年度において恒久定員内地域枠を増やしたところでございます。

その具体的な県は、右側のグラフに表しているところでございます。例えば東京都でいいますと、濃いピンクのグラフでございますが、6年度から7年度へ2名分増やした状況でございます。御承知のとおり、各県の恒久定員の数が異なっているところがございますから、それを100名当たりにしたのが薄いピンクのグラフになっております。

まとめますと、ピンクの四角で囲っているところでございますが、設置を進めた11県のうち、増加分は22名であると。恒久定員100名当たり平均すると約1.7名であったということでございます。

それから、18ページ目以降は、これまでの検討会での資料を再掲させていただいております。18ページ目、医師の年齢構成で、35歳未満医師数の割合と医師偏在指標を表しております。同じ医師多数県の中でも、若手医師、35歳未満医師の割合は異なっている状況でございます。続いて19ページ目、こちらは75歳以上医師数の割合を表しておりますが、同じように医師多数県であってもばらつきがあるということでございます。

それから、20ページ目、地理的要素といったスライドを入れております。こちらは右上にありますとおり、7月24日の第1回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会の資料でございますが、下の赤く囲っているところでございます。令和9年度からの次期医師確保計画に向けて、現行の医師偏在指標に地理的な要素、具体的には人口密度、医療機関へのアクセス、離島や豪雪地帯といった地理上の特性を反映した上で区域を設定することについて検討が開始されたところでございます。

続いて、21ページ目からは医師の流入や流出の状況を表したデータでございます。一般的なことでございますが、①地域枠とか、あるいは②地元出身者の方はその卒業した大学の所在地に残る確率が概ね高い。一方で、③他県出身者の方は、それに比べて低いといった傾向が分かってきております。

それを具体的に見たものが、続く22ページ目、23ページ目でございます。

22ページ目、都道府県別に地元の大学を卒業した場合、地元で勤務する割合を一覧でお示ししております。左のところ、全国で見ますと、約70%は地元の大学を卒業してもそのまま地元で勤務する。一方で、都道府県によっては少しばらつきが見られているといった状況でございます。

それから、23ページ目は県外出身者が卒業大学所在地で勤務する割合で、他県地元の方が卒業した大学の所在地で勤務している割合を示しているグラフでございます。全国で見ますと、先ほどのグラフよりかは低く、35%前後となっております。こちらを詳しく見ますと、例えば東京都とその周りとか、あるいは愛知県、大阪府、福岡県、こうしたところはほかの県より、他県が地元であっても、その卒業した大学の所在地でそのまま勤務する割合が高くなっている。一方で、ほかの県においては、その割合が低くなっている。こうした都道府県ごとに大きくばらつきがあるというのが実情でございます。

24ページ目は、医籍登録後3～5年目医師の自県大学出身者割合と医師偏在指標を散布図で表しています。グラフ上、右側のところは、自県大学の依存度が高いというふうに考えているところでございます。

25ページ目からは、地域に定着する医師を増やすための取組ということで、都道府県ごとに医師確保に向けた取組状況をアンケートで聞いて集計したところでございます。こちらでも前回の資料でございますが、一番下の四角の2つ目の○のところ、医学生を対象とした取組の項目については、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一方で、全ての医学生を対象とした取組は限定的だったことが分かってきたところでございます。

26ページ、27ページは、それを都道府県ごとに表しているところでございます。

最後、28ページ目は、令和9年度の医学部臨時定員の配分の考え方について事務局案をお示ししているところです。

上の四角のところ、1つ目でございますが、医学部臨時定員の配分の考え方には、医師偏在指標のみならず、1つ目、地域の医師確保のニーズに配慮しつつ、地域の主体的な取組を後押しする視点。2つ目、地域の置かれた状況に適切に配慮する視点。3つ目、全国的な取組を促す視点が必要と考えられます。それぞれの視点から、先ほど御説明したとおり傾向が分析されているところでございます。

こうした中、矢印の下のところを今回事務局案としてお示ししているところでございます。1つ目の○のところ、本日お示したたたき台やデータを踏まえ、令和9年度の医学部定員について適正化を進めつつ、具体的な配分方法は以下の考え方を念頭に議論してはどうかしております。

1つ目でございますが、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、恒久定員内への地域枠の設置の状況や医師の年齢構成、こうしたものをこれまで配慮してきたところでございますが、ここに地理的要素を新たに配慮することについてどう考えるか。また、ほかに考慮すべき要素はあるかといった形でございます。

それから、2つ目、当該都道府県に所在する大学卒業生の地域への定着に向けた取組を

行うことが必要であり、そうした取組が継続されることを前提として、医師の流入や流出の動向についても新たに配慮することについてどう考えるか。

最後に3つ目でございますが、医師多数県以外であっても、安定した医師確保を行うにあたって、恒久定員内への地元出身者枠や地域枠の設置をはじめとした地域に定着する医師を確保するための取組の状況を踏まえた上で、必要な臨時定員地域枠数を設定することについてどう考えるかとしております。

2つ目の○のところ、なお、配分・調整方法にあたり必要なデータについては、その時点で得られる最新のデータに基づき行うこととします。

事務局からの御説明は以上になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいま事務局から説明のあった内容について御意見等をいただければと思いますけれども、特に事務局原案として提出されております14ページ、令和9年度の医学部臨時定員に係る基本的な考え方についてと、それから、今説明がありました28ページ、令和9年度の医学部臨時定員の配分の考え方について、これについては具体的提案でありますので、ぜひ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。

神野構成員、どうぞ。

○神野構成員 ありがとうございます。神野でございます。

今、事務局から挙げられた令和9年度医学部臨時定員に関する考え方ですけれども、これまでの流れを踏襲していただいています。今回、地理的要素を新たに配慮するということを加えて、少しずつ変えていくということに関しては、私は賛成でございます。

ただ、正直言って、2025年になりました。これから若者が急速に減ってくる時代で、今まで私はどちらかというと、強力な偏在対策がない限りは養成数は減らすべきではないと主張してまいりましたが、これからの人口構成を考えたときに、どこまでどうなのということになってくるのかなと思います。

今まだ各地で偏在があるとするならば、まだ強力な偏在対策がなっていないのかなと思います。そういった意味で、医学部養成数が地域枠だけでいいのかということですね。そのほかにも、卒業後のやり方とか、それからリカレント教育とかいろいろなことを考えていかなければいけない。

今回、20ページのピンクのところですが、今までこの議論はなかったですが、ピンクの下から2番目、性年齢階級別の医師の労働時間比率云々と書いてありますね。ジェンダーの話をして恐縮ですが、やはり女性医師が多くなってきたときに、地域偏在、診療科偏在がどう変わってくるのかということは非常に大きな問題になってくるのかなと思います。これまでの医師偏在の分科会では、若いときには働いている人が多くて、真ん中がへこんで、また年をいかれたら女性医師が働くというM字カーブがありましたけれども、いわゆる従事者だけではなくて、診療科偏在も含めて、医学部養成の段階での女性医師のことについてはこれからもうちょっと深掘りすべきなのかなと思って、この点につき

まして提案をさせていただくということでもあります。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

オンラインで木戸構成員がお手を挙げておられますので、木戸構成員、まずお願いいたします。

○木戸構成員 ありがとうございます。

資料の28ページの下の方にあります令和9年度の医学部臨時定員の配分の考え方について、事務局が3つの論点について示されていますが、いずれも考慮すべき重要な点を挙げていただいていると思います。その中でも特に3番目にある、地域に定着する医師を確保するための取組状況を踏まえた上で、必要な臨時定員地域枠数を設定すること、これは非常に有効な考え方であって、やはり自治体の本気で地域定着の対策を立てているところは、効果が見込めますので、そこに優先して配分していく。対策をあまり行っていないところは削減するとか、そういったメリハリをつけていくことで、各自治体の本気で医師不足の地域定着の対策に取り組むというインセンティブにもなると思います。

取組の実施状況と効果を丁寧に検証しつつ、それに基づいてまた次年度、さらに適正化を図っていくというやり方でよいのではないのでしょうか。

先ほど神野先生からもお話がありましたけれども、今は女性だけではなく、男性も夜間・休日に働きたがらないということもありますので、性別も年齢ももちろんそうですけれども、世代による意識の変化ということも踏まえて医師需給を丁寧に見ていくべきかと思います。

あと、医師養成全体に関する意見についても、この際少し述べさせていただきますけれども、医学部定員の適正化が必要と言われつつ、目の前にある一部の地域や診療科の医師不足を取りあえず何とかしてほしいという声が大きく、実際になかなかドラスチックに削減するには至らないように思います。今回も恐らく微妙な数の変化にとどまるのではないかというふうに懸念されます。

ただ、本来、一時的なことであるはずの臨時定員がこれだけ長期にわたって維持されて、もはや恒久定員の一部のような形になりつつありますが、そろそろその弊害についても考えるべき時期だと思います。臨時定員の本来の目的にいま一度立ち戻って、その施策としての効果をきちんと検証し、効果が出ていないところ、例えば63ページにあるように、地域枠のはずなのに、結局ほとんどが多数地域に行ってしまう、そのようなところは速やかに削減していくべきではないのでしょうか。

私は毎回申し上げておりますけれども、令和9年医学部入学者が初期研修を終えるのは令和17年になります。今から10年後、その間に社会、そして医療需要はどうなっているのか。シミュレーションは確かに難しいかと思いますが、本日の資料を見ても、人口減少が加速度的に進んでおりまして、医療需要も縮小しています。医師の需給が全体とし

ては均衡し、さらに近々過剰になっていくことが示されていて、さらに昨今の医療機関の厳しい経営状況、病床削減の方向性などから、医師の就職先が増えるという見込みは率直に言って乏しいのではないかと私は思います。地域枠をもし設定するのであれば、その人数分、その地域に就職先があるのか、それをきちんと検討して定員設定を行うべきだと思います。

せっかく医学の道を志して6年間の専門的教育を受けても仕事がないということにならないように、医学部卒業生が将来、いわゆる就職氷河期世代となって長年苦しむことがないように、私たちが今、責任を持って制度設計をすべきだと思います。いわゆる氷河期世代の方々は、残念ながらキャリア形成や生活基盤ができず、家庭や子供を持つこともなかなか難しく、それが今日の我が国の少子化、いびつな人口構成に至る一因となっていると言われています。18歳人口が激減していく中で、学力もある程度高く、職業訓練を受けた医学部卒業生たちは、私たちの社会にとって大切な人材、宝であるはずです。目先の医師不足について、偏在是正のパッケージの早急な実施、少数地域へ医師を循環させる仕組み、不足診療科で働くインセンティブなど、今既に医師になっている人たちで何とかやりくりする仕組みを活用してでも、未来を支える若い世代が社会で存分に活躍できるように環境を整えて、制度設計していくことを優先するべきと私は思います。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、先ほど、印南構成員がお手を挙げておられますが、画面が暗いのですけれども。

○印南構成員 すみません。カメラの調子が悪くて、どうやっても映らないので、このまま失礼させていただきます。

まず、事務局案の御提案については賛成です。その上で、データの提供のお願いとその他ちょっとコメントがありますのでお願いします。

まず第1は、地域の実情を考慮するという点からすると、都道府県内の設置主体別の地域枠の活用のデータが欲しいと思います。都道府県によっては国立大学医学部が複数あったり、あるいは単独だったり、私立大学の数も多数だったり、少なかったりと、しかも、定員の合計が必ずしも県の人口数とは比例していない可能性が十分あるので、そういう中で、都道府県内の設置主体別の地域枠、実際どのように活用されているのかというのは必要な情報なのではないかと。特に国公立大学と私立大学では、これまでも議論があったように、医師養成上果たしている理念や機能が異なっているということもあるわけですね。これらは簡単に分類して決め打って出すのは難しいかもしれませんが、少なくとも設置主体別にどれぐらい地域枠が活用されているかのデータは、考えるに当たって欲しいなと思います。これが第1点です。

それから、2の議題とも絡むのですけれども、地域枠以外の一般枠の医学部生に対する地域医療への関心惹起、啓蒙の活動をもう少し活発化するべきではないか。というのは、

一般枠で入学した医学部生の中には、地域医療への貢献の意欲があったり、あるいは何か
がきっかけで興味を持つということも十分あるのではないかと思います。ですので、一
般枠の医学部生に対する働きかけやそういった実情をまず把握する必要があるのではない
かということです。

それから、地域の実情は、地理的特性ということが強調されていますけれども、その前
に医療機関へのアクセスということが述べられています。その両者に関係するのかもしれ
ないのですが、医師偏在といった場合の人口当たり指数という、これはある意味では形
式的な数字なのですね。大分前に私は言ったのですけれども、実質的な医療へのアクセ
スのほうが本当は問題で、それを考えると、例えば中核病院から医師の派遣状況とか、それ
からオンライン診療、特にD to DとかD to P with Nのオンライン診療の実態等も、これ
らは実質的な医師不足を緩和する、あるいはしているというふうに見られますので、その
点をもう少し詳しく知りたいなと思います。

それから、診療報酬上は医療資源の少ない地域という概念があります。これは幾つか条
件設定されているのですけれども、地域の実情を考えるに当たっては、同じような発想で
本当に山間地域とか離島とかそういうところだけでいいのかとか、そういう点も含めて検
討すべきではないかと思います。

以上になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

データ等につきまして、事務局への要望もありましたので、可能な範囲での対応をお願
いしたいと思います。

それでは、国土構成員が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。

○国土構成員 よろしくお願ひします。

近い将来の令和9年をにらんだところでの方針については大きな反対はございませんが、
傾向として、これまで少しずつ増えてきた全体の定員を若干減らす方針と理解します。た
だ、減らす要因は結局、医師多数県を少し減らすということにとどまっているというふう
に感じます。

先ほど木戸構成員が発言されましたが、やはり臨時定員の見直しというのは、もうそろ
そろ考える必要があるのではないかと思います。9ページの資料1と書いてあるグラフ、
何回も見ていますけれども、平成20年に始まって、通算して計算してみますと18年間で1
万3881名の臨時枠の医師が育成されています。1人医師を育成するのに幾らぐらい公費が
使われているか、いろいろな試算があると思いますが、少なめに3000万円として計算する
と4164億円になります。直近では令和7年で933人ですから、1年間で280億円、これだけ
のお金を使って、ひょっとしたら10年、20年後には余剰になるかもしれない医師を育成し
ていることになります。この方々は地域枠ですから将来も地域で活躍している可能性は高
いとは思いますが、全体としてこれだけの余剰が出てくる。近い将来に18歳人口の
100人に1人が医師になるという計算もありますので、ここはちょっと考える必要がある

のではないかと思います。

地域枠の意義については、私は認めているものですが、そうであれば、やはり地域枠を恒久定員の中にもっと入れるような方向性がぜひ必要であると思います。

そのために、ただやりなさいというのではもちろん無理ですので、インセンティブとして、恒久定員に移行した県への何らかのインセンティブを考えて良いと思います。あるいは先ほど言いましたこれだけの臨時定員のために使っている公費を考えれば、これをぜひ、先ほど神野構成員のほうから強力な偏在対策という話がありましたが、私は個人的には強力な偏在対策は待遇の改善、要するにサラリー、手当の増加しかないというふうに思っております。特に外科医が今減っているという科の偏在もあります。これを解決するために、ここで浮いた予算をそのまま単純に使うというのは短絡的かもしれませんが、もう少し発想の転換をして、公費の使い方を考えるべきであろ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す。

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

○小笠原構成員 ありがとうございます。

今、事務局がお示しされた28ページの内容には異存ないのですが、やはり今の議論を聞いていると、申し訳ないですが、首都圏の方々は地方のことは何も分かっていないと私は思っています。昨日、青森県の地対協に私は出ましたけれども、例えば青森県は、地域枠以外は医学部卒業生はほぼ青森県に残らないと言っていました。あそこは地域枠は三十幾らなのですからけれども地域枠以外は残らないと、ゼロと言っていました。岩手県も地域枠以外はほとんど残りません。

28ページの3番目の県内の全ての医学生を対象とした取組とありますが、もう地方はどこもやっているのです。これは具体的に何をしろと言っているのですか。ここに具体性がないわけですね。県内の全ての医学生を対象とした取組というのは一体何を言っているのか。例えば岩手医大は学生に、医師会とかいろいろな地方の先生方を呼んで、講義とかを全部させます。もちろん地方医療施設にも学生を出して現場を見せます。我々は沿岸までも全部学生を連れて行って見せますが、それをやっても、結局は首都圏出身者は首都圏に帰るのです。当然の話です。これは青森県もそうです。

では、具体的にこの方策は何なのかということを教えていただきたいのです。何を言っているのか。やれることはやっているのです。そこが分からないのです。私も何回もしゃべったことがあります。これは一体何を言っているのかが分からないというのが1つ。

もう一つは、先ほど印南構成員が言っていたのですが、必要な臨時定員を恒久定員に入れると言っていますが、そもそも恒久定員の数が少ないところがあるわけですね。そこを臨時定員で何とか賄っているのに、恒久定員の中に入れられたら、もっと医者は減ることになります。残る医者がもっと減ることになりますね。臨時定員の中だけでやっていて、恒久定員の中で何とか残そうとして、もしそれが何とか残るような努力をこ

の先やったとしても、そもそも恒久定員の数が少なかったら残らなくなりますね。これは弘前大学も全く同じだそうです。

もうちょっと地方の話を聞いていただきたいというのが私のお願いで、8月4日に文部科学省と厚生労働省に、医師少数県でつくる地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会が定員増の医師養成枠は恒久化してくれということを述べてています。これは私がやってくれと言ったのではなくて、これは岩手県の知事が責任者なのですが、この言っていることは、定員増の医師養成数恒久化というのは、恒久定員を増加させて、その中に地域枠をつくってくれということで、今私が言ったように、恒久定員をもっと増やしてくれと。増やしてくれれば、恒久定員の中につくれると。ただ、文部科学省はそれをやってくれませんか。今、文部科学省がいると思うのですけれども、何回頼んでも文部科学省は定員を増やしてくれないので。これがもし建材数の恒久定員の中に三十何名入れたら、もっと岩手県の医師は少なくなるだろうなど。岩手県が潰れてもいいというのであればそれでもいいのですが、恐らく北東北は、この10年以内に今のままだと医者はいなくなるのではないかなと。それでもいいというのであればそれでいいのですが、全部首都圏に行くのです。だから、私としては、逆に首都圏に行った医者がどうしているのかというほうを調べていただきたいですね。そうしていただかないと、今の議論は、我々に言わせると、何言ってるのというのが私の意見です。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局にお尋ねというか、どういうお考えなのかということがありましたので、コメントいただければと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。事務局でございます。

小笠原先生、御意見いただきましてありがとうございます。前半に触れていただきました全ての学生を対象とした取組という話、御質問いただいたと思っております、具体的には、我々の資料で言いますと25ページ目などを見ていただきますと、各段階における取組ということで都道府県に聞いたものがあります。2ポツ目に医学生を対象としたというところがございまして、幾つか質問項目を設定させていただいておりますという状況です。

濃い色のものが「全ての学生を対象とした取組有り」ということで都道府県から回答があったもので、都道府県としては、地域枠の方に重点的にやっているというケースもありまして、薄い緑のエリアもありますよということでもあります。「取組無し」のところは灰色になっているという状況で、小笠原先生の御指摘に関しましては、前回の会議でもあったかと思うのですけれども、まさにこれは都道府県を経由してお尋ねさせていただいた次第でありまして、大学が独自に取り組まれている良い事例というのは、ここで捉まえ切れていない可能性があることは、恐れ入りますが、この調査の限界ということでお許しをいただきたいと思っております。

一方で、前回の御議論でも、たしか前田先生にも御指摘をいただいたかと思いますが、

大学でかなりいろいろな取組をやっているというところは、恐れ入りますが、この資料上は表現できていないところであります。現にあるということも十分承知をしたいと思っておりますので、その情報の取り方、大学の皆さんに聞くのもなかなか負担が大きいかなと思うのですが、ちょっと考えて、今後検討したいと思っております。

それから、医師の動向をもう少し、首都圏に行った方の動きみたいなのところも、どのような分析ができるか少し検討はさせていただきたいと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

小笠原構成員、よろしいですか。

○小笠原構成員 都道府県ではなく大学に聞いてください。そのほうが具体的です。その方が、やはり好事例を集められます。もし厚労省のほうで具体的なものがないのであれば、やっている大学に聞いたほうが早いのではないのでしょうか。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、中村参考人がお手を挙げておられますので、中村参考人、お願いします。

○中村参考人 ありがとうございます。知事会代表の花角知事の代理で参加させていただいております。

まず、これまでの医学部定員の適正化についてなのですが、こちらは我々としても真に実効性のある医師偏在対策とセットで行われることが必要であるということを申し上げてきておりまして、14ページにおいて、その指摘は受け止めていただいているものと認識をしております。その上で、令和9年度の医学部臨時定員の配分の考え方について2点意見を申し上げたいと思います。

1点目、28ページの地理的要素への配慮についてです。今回、多数県への配分に当たって、新たに地理的要素を配慮することについてですが、本県も離島である佐渡で医師確保に苦労している状況から、そういったことについても理解はしているところでございます。ただ、地理的要素というものは、二次医療圏ごとだとか、本当に県の中でも地理によってかなり大きな差があると思っております。そういった違いを、都道府県単位で設置する臨時定員地域枠の配分でどういうふうに配慮するのかということが具体的に示されていない状況ですので、そういった中でこれを評価するのは難しいのではないかなと考えております。

また、先ほど木戸構成員も御指摘されておりました63ページの資料ですが、かなり多くの地域枠の医師が医師多数区域に配置されているということが現状だと思っております。そう考えますと、例えば、もし地理的要素に配慮して配分される場合、その地域枠でしっかり配慮されるべき条件不利地域に配置されるような工夫は必要なのではないかなということを考えます。

続いて2点目は、3つ目のポツの医師多数県以外であっても、必要な臨時定員地域枠数を設定するという点についてなのですが、こちらは全国知事会としましては、恒

久定員内での地域枠の設置を要件とすることなく、地域に必要な医師が十分に確保されるまで医学部臨時定員を延長するということを要望しているところでございます。

今回の恒久定員内への地域枠の設置をはじめとした取組の状況を踏まえた上で、必要な臨時定員地域枠数を設定するということなのですけれども、これは今ほど申し上げました知事会の要望に逆行するものとならないように、地域の声をよく聴いていただきたいと思います。

あと、医師少数県なのですけれども、こちらの3つ目、医師多数県以外と書いていますが、医師少数県、今ほど小笠原構成員が多々お話しいただいたところでございますが、深刻な医師不足です。その必要な対策として、地域枠を増やしてきたということでございます。今まで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というものがまず全体の方向性としてございますので、必要な臨時定員の地域枠数を設定する場合でも、医師少数県が現状を下回るようなことが強制されないような、そういったことはしていただきたいなと思っているところでございます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

前段のほうで地理的な要素について御意見がありましたけれども、何かコメントがありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。事務局でございます。

今回、要素の頭出しといいますか、こういったことを考えてはどうかということでお示ししております、具体性がまだないというところはございます。先ほど、配分を戻す場合であっても条件不利地域にちゃんと行っていただくというお話もありましたけれども、いろいろな御提案を今日いただきましたので、それを踏まえて、次にもう少し具体的な話をしたいと思いましたので、もし今日時間があれば、その具体的内容の御示唆をいただければと思いますし、いずれにしても次に向けて具体的な案を今後、事務局でも整理をしたいと思っているところであります。

○遠藤座長 よろしくをお願いします。

それでは、坂本構成員、お手を挙げておられますので、よろしくお願いします。

○坂本構成員 ありがとうございます。

私も14ページ、それから28ページの事務局のほうから御提案いただいたこと、特に28ページはより具体的になっておりますので、これで進めていただければと思います。その中で、前回この会でも、恒久定員内での地域枠だけでなく、いわゆる一般枠の中でも、地域で働き続けることを教育の場で教えていく必要性についても議論になったかと思います。これについて、既にこのことをなさっているという御意見もいただいております。ただ、一方、大学の中でこのようなことをやっていくことの難しさというのも前回御提示いただいていると思います。

なお13ページの「恒久定員内地域枠の設置数の推移」を見ますと、宮崎県のデータがあ

りまして、この3年間100人中40人となっています。この会でも宮崎大学による報告が以前にありました。今日の資料の64ページにその詳しい内容が再掲されていますが、この最後に、「今後、詳細を分析予定」と書いてあります。ですので、ぜひ、この分析についてお伺いできればと思います。

以上です。

○遠藤座長　ありがとうございます。

それでは、お手を挙げておられます前田構成員、お願いいたします。

○前田構成員　28ページにある案ですけれども、私もおおむねこれでよろしいかなと考えています。地理的要素を新たに配慮すると、これは少し具体性に欠けるというのも、和泉さんから今御回答いただきましたけれども、今後検討いただければと思います。

それから、神野先生もいろいろおっしゃいまして、ほかの構成員もおっしゃいましたけれども、全体として人口が縮小する中で医師だけたくさん養成していいのかという問題は確かにあるかと思っています。都市部では確かに病院の経営も厳しくて、ベッド数を減らしていて、医師を派遣しようかといっても、経営が苦しいからいいですという病院も現れてきています。実際に、山間部はもちろん少ないところもありますけれども、都市部では余るということを予感させる現象も出ていますので、総論としては考えるべきだなというふうに、地域枠を恒久定員に埋め込むというのは一つの考え方かと思っています。

ただ、1つコメントしたいのは、地域枠ということは、結局その人の研究者としての道を絶つということですから、あまり恒久定員の中に埋め込むというのは研究の面では不利かなと思っています。

それから、強力な偏在対策という言葉も出ましたが、24ページに医師少数県で自県大学の依存度が高い、低いというところがあります。左側是自県大学の依存度が低い、つまり流入がたくさんあるということだと思うのですが、もちろん千葉とか東京に近いところからたくさん流入してきているのだろーと思います。一方では、医師少数県の中でも右と左を見ると、地元出身要件があるなしというのははっきり分かれていて、右側に行くのは地元出身要件が非常に多くついています。議論でも、地元の方のほうが残りやすい、定着しやすいというのは非常に分かりやすいです。東京から東北地方に行って、義務年限が明けたら帰りたいという人が一定数いるのは容易に想像がつきますから、地元出身要件をつけるということを文科省としても評価されたいのではないかなと思っています。

それから、流入、流出の話がありましたけれども、流出の動向についてですが、県をまたいで流出する場合に、義務年限を明けたり、あるいは卒業して自由意思で地元に戻るとか県を移動するというパターンと、県をまたいで行ってくれと、あそこの病院を助けてくれというふうにして移動する場合と2種類があるので、これはぜひ区別されるのがいいのではないかなと思っています。

以上です。

○遠藤座長　ありがとうございました。重要な御指摘をいただいたと思います。

それでは、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。

先ほどの御意見なのですが、26ページを見ますと、医師不足の都道府県の取組のグラフが示されていますけれども、結構医師不足の地域でも灰色になっているところが多くて、なぜだろうと不思議に思っていたのですが、これは自治体からの回答であり、大学の取組が反映されていないということが先ほどの小笠原構成員のお話から分かり、これは誤解を招くデータかなと思いました。岩手医大のせっかくの取組を県のほうでは把握していないということでしょうか。こうしたデータは、定員を考える上で基礎になる可能性もある重要なものですので、先方が多忙だから調査を控えるというのではなくて、やはり再度しっかりと調べて、こういった部会で共有していただく必要があると思います。むしろ再度調査することをきっかけに、大学と自治体が情報を共有して連携して、好事例があればそれを横展開しつつ、地域への定着を強力に図るように手を携えて取組を進めていくべきではないかと私は思います。

以上です。補足です。

○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、適切な対応をお願いしたいと思います。

ほかにいかがでございますでしょうか。

神野構成員、どうぞ。

○神野構成員 すみません。二度目で申し訳ないです。

先ほどの強力な偏在対策の話なのですが、ここは医師養成過程を通じたということなのですが、その先のことに関しては、地域医療構想と地域医療計画の会議のほうでやるというふうに伺っているのですが、今、そちらの会議はそれどころではなくて、新たな地域医療構想のことで、あまり議論されていないじゃないですか。この偏在対策をどこで議論するのか。ごめんなさい。今回の会とはちょっと違うかもしれませんが、偏在対策をもっと真剣に、強力なということに関して強制力を持ったと言い換えてもいいくらいの思いは私はあるのです。それをやらなければいけない時期だと思うのですが、この場と地域医療構想の会議のほうの場でいいのですかということは、ぜひ、もしコメントがあったらお願いしたいと思います。

○遠藤座長 何か事務局、コメントありますか。

では、医事課長、どうぞ。

○中田医事課長 医事課長でございます。

今の御指摘は本当に重要な点というふうに考えています。地域医療構想の中でも医師偏在対策を全体として、検討していくこととされております。本検討会では、養成過程のところで検討を進めておりませんが、その結果を地域医療構想の検討へ反映させるような形で、御指摘のような強力な偏在対策ということで成果が出せるようにお互い連携してやっていきたいということで考えております。

これは、これからの議論の進捗にもよるところでございますので、事務局としてもしっかりと努力してまいりたいと思っております。

○遠藤座長 では、計画課長、お願いいたします。

○西嶋地域医療計画課長 地域医療計画課長でございます。

医師偏在対策につきましては、昨年末に偏在パッケージ、総合的なパッケージを取りまとめてございます。その中で大きく幾つか取組がございますが、医療法等を改正することによって、まさに法律に基づいて新たに強力な偏在対策を進めていこうという内容も含まれているところでございまして、医療法改正、今提出しているところでございますけれども、法改正がなされた後には、それに基づいて、いわゆるこれまでにないような新たな取組ということも進めてまいりたいと思いますし、その際には、この検討会で御議論のある養成過程においた若い医師をどう確保していくのかということとセットで考えていく必要があると思いますので、その構想の検討会の中で、後半部分になると思いますけれども、そういった総合的な偏在対策について取り扱っていきたいと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

神野構成員、よろしいですか。

○神野構成員 繰り返しますけれども、恐らく今、今までの偏在対策、正直本当に地域枠以外はどうもいっていないじゃないですか。そうするならば、やはり強制力といったことも考えなければいけないし、例えば医学部卒業したら10年間そこに勤めろという強制もあるかもしれませんし、診療科の定員制とか、これは従来から話がありましたけれども、そういうのをやらないと、この偏在対策はなかなか解決しない話かなと、一歩踏み込んでほしいなというふうに思います。

○遠藤座長 御意見として承りました。ありがとうございます。

そのほかに何か御意見ございますか。よろしゅうございますか。

ありがとうございます。非常に積極的な御意見を頂戴いたしました。

それでは、事務局におかれましては、事務局案については、御発言いただいた構成員の方々、おおむね方向性については大きな異論はないというふうに受け止めました。ただ、様々な御意見も出ましたので、事務局におかれましては、それをまとめまして、今後の議論に資するような資料を作成していただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、続きまして、議題の2番目「医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策について」でございますけれども、事務局から関連の資料の説明をお願いしたいと思います。

○渡邊主査 事務局でございます。

それでは、29ページ目から続けさせていただきます。先ほどの議論の中でも出たところでございますし、これまでの資料も多く使用しているところでございますから、割愛しながら説明させていただければと思っております。

31ページ目、人口動態といったところで、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世

代の急減」に局面が変化していると。

32ページ、33ページ目は、2040年頃に向けた医療の課題といったところで、地域ごとの課題とか地域に求められる医療提供体制の在り方がそれぞれ異なったものになってきている、そういった状況が分かってきたところでございます。

こうした中、34ページ、35ページ目、昨年末に取りまとめました「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」の基本的な考え方、3つに基づきまして、35ページ目、それぞれ取組を順次進めているところでございます。

36ページ目は、医師養成過程に特化して医師偏在対策を1つの資料でまとめているところでございます。上から、先ほど御議論もいただいたところでございますが、大学医学部における地域枠の設定、それから中ほど、臨床研修においては、都道府県別の募集定員上限数の設定、募集定員の倍率を右側のグラフのとおり縮小してきたと。それから、専門研修のところでございますが、日本専門医機構によって、都道府県別・診療科別の採用数の上限（シーリング）を設定してきたといった状況でございます。

こうした取組の効果の一つとしまして、37ページ目、35歳未満の医療施設従事医師数の推移を医師偏在指標別に示しているグラフでございます。医師少数県においては、その伸び率がほかに比べまして伸びてきているといった状況でございます。

40ページ目になりますが、こちら先ほどお示ししました資料でございまして、都道府県における医師確保に向けた取組の状況を聞いているところでございます。1番目の高校生等を対象とした取組とか、3番目、臨床研修医の確保に向けた取組は一定行われているといった状況でございますけれども、例えば2番目の医学生を対象とした取組は地域枠の方が中心であったり、あるいは4つ目、専攻医の確保に向けた取組は限定的だったといったことが分かってきたところです。

それから、41ページ目、42、43と、こちら前回の資料でございまして、都道府県における特色ある取組を紹介しているところでございます。

44ページ目、参考でございますけれども、現行の医師確保計画、第8次（前期）でございまして、国としてお示ししているガイドラインの文章を抜粋しているところでございます。

最後、45ページ目で、医師養成過程を通じた医師の確保・偏在対策について事務局案でございまして。上の四角のところでございますが、医学部定員のうち地域枠以外の定員（一般枠）が多くを占める中、地域における医師の確保については、地元出身者や地元の医学生の定着を促すためのアプローチ、それから、医学部卒業後の若手医師へのアプローチ、医師の流入・流出の状況や地元大学への依存度等の都道府県ごとに異なる特徴を踏まえたアプローチなどが考えられます。

それから、都道府県における医師確保に向けた取組の状況をみると、医学部入学前の高校生等を対象とした取組や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を実施して

いる都道府県は限定的であったということが分かりました。

3つ目は、前回、事務局として御提案したものでございますが、都道府県における医師確保に関する取組の状況等（取組の結果の評価を含む。）を踏まえ、効果的な取組事例の情報収集を行うとともに、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について、前回、事務局として御提案しました。

こうした中、今回の事務局案として矢印の下に4つ〇で書かせていただいております。

1つ目の〇でございますが、医師養成過程を通じた取組については、国において基本的な方針や仕組みを整備し、都道府県においては、例えば地域枠医師のキャリア形成支援等に取り組んでいただいているところでございます。今後は、地域におけるより効果的な医師確保を図る観点から、都道府県においても、地域枠医師以外を含めた医師の養成過程を通じた取組を進めていくことが重要ではないか。

2つ目でございますが、一方、都道府県がこうした取組を進めるに当たっては、地元大学等との連携を構築するなどの一定の準備期間が必要であること、それから、具体的な取組内容について情報提供しなければ地域での取組につなげることが難しい可能性があることなど、実効性を確保するための方策について検討する必要があるのではないかとしております。

その上で、地域医療構想や医療計画の推進等の検討状況と併せて、医師養成過程を通じた対策として、医師のキャリアステージごと、具体的には入学前の高校生など、それから医学生、臨床研修医や専攻医などの若手医師、リカレント教育などの生涯教育を必要とする医師等、そういった各段階ごとにどのような対策が考えられるか御意見いただければと思っていますところでございます。

最後に4つ目でございますが、本日を含め、御議論いただいた結果については、例えば今後予定されている次期、第8次（後期）の「医師確保計画策定ガイドライン」に盛り込んで都道府県に情報提供する他、地域の医師確保を支援する観点からどのような対応が考えられるかを記載させていただいております。

事務局からの御説明は以上になります。

○遠藤座長　ありがとうございます。

それでは、ただいま報告のありました内容について、事務局の原案というか、方向性の考え方のようなものが示されましたけれども、これに関して何か御質問、御意見等があればいただければと思います。

それでは、前田構成員、お願いいたします。

○前田構成員　この案については非常によく書かれているのではないかなと思っております。医師確保のために正確な情報を把握することが必要だというふうに書かれていますけれども、実際、県によるとは思いますが、どれぐらいの医者が必要かということを正確に把握していない県がたくさんあるのだと思います。2004年に新しい臨床研修が始まって、その当時、30代前半がいろいろな病院に派遣されているのを急にストップしたという現象

があります。派遣できなくなった。当時、30代半ばの人から下の派遣が止まった状況が20年間たって、今、地方の自治体の病院でお困りなのは、大抵55歳とか50代後半の人ばかりなのですね。そこから下がいないという状況になります。ですので、あと10年もするとお困りの病院がたくさん出るということを数として把握する必要があるかなと思ってます。50代後半の病院がたくさんあるという状況で、そこを乗り切れば、逆に今度、医者が余るんじゃないかということを心配する必要がありますので、その動態を正確につかむ必要があるかなと思っています。

それから、医師を育てるのにどういう取組が県単位にあるかという議論がありましたけれども、我々の大学でもしっかりサポートするということは重要だということでやっていますが、指導力であったりサポート力が非常に重要であると。地域枠は、我々の大学も数が少ないので非常にきめ細かくできています。つまり、地域にいるときにも、その家族が孤立していないかとか、それから、今は専門医志向が強くなっていますから、その人がちゃんと専門医を取れるのか、少なくとも基本領域の専門医は取らせてあげようとか。そういう指導力であったりサポート力で、その人がちゃんと地域で今後も働きましようというふうに言っていただけということで、やはりきめ細かくサポートすることが必要ではないかなと思っています。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。それでは、御意見として承りました。

では、オンラインでお手を挙げておられますので、小笠原構成員、お願いします。

○小笠原構成員 先ほどどなたかが言った意見で、大学から地域枠をほかの都道府県に命令で行くことがあるという話がありましたが、実は北東北は、その県の大学が県内の全部の病院に医療支援を行っているわけではなくて、隣の県の大学が関連病院を持っていることがよくあります。青森、秋田、岩手はそうになっています。そうなると地域枠というのは、その都道府県以外は行けないという状況で、非常に困っているのですね。例えば秋田県の北は弘前大学、秋田県の東側は岩手医大、青森県の東側は宏明大学以外に東北大学と岩手医大が担っているのです。そうなったときに何が起こるかということ、地域枠しか岩手医大にはいないのに、例えば秋田県の東側の病院に医師派遣をできなくなっていて、その病院が潰れそうなのです。そういうことが起こっているのです。

何を言いたいかというと、厚労省のほうでぜひ地域枠を、そういう医師少数県が複数あれば、県をまたいで、医師派遣をしても義務年限を果たしてもいいというようなアドバイスをしていただきたいと。何回も私は県をまたいだ医師派遣を可能にしろと県に言っているのですが、県は、これは決まりだからとはねのけるのですね。ところが、青森県と秋田県は前向きなのですけれども、岩手県は駄目なのです。それは決まりだからと。やはりこれは厚労省が指導していただいて、医師少数県の中でも県外の大学が担っている場合は、隣の県の地域枠医師が、そこに行って年限を果たせるというようなことをしていただかないと、北東北、あるいは恐らく四国の辺りもそうではないかなと思うのですが、そのような活用

をぜひ臨時定員の方々、奨学金養成医師には可能にしていきたい。県をまたいで医師派遣をしても、それが年限を消化できるとしてもらえると、この3県がすごく楽になります。それが1つ。

もう一つは、参考資料のところに遠隔医療の話がありましたが、この遠隔医療、先ほどもお話がありましたが、Doctor to Patient with Nurseをもっと進めるように、これは厚労省で各都道府県にプレッシャーをかけてもらえませんか。私は明日、医療局長と会うのですが、岩手県はほとんど県立病院で、県がそういうことをやろうとしないのですよ。そういうのも保険点数が取れるのに、わざわざ時間を取って遠隔の病院に行かなければいけない。2～3時間かかりますので。

上記の2つを厚労省として各都道府県に地域枠を融通できるようなことを、やれるのではなくて、やってもいいというようなことと、それから、もうちょっと遠隔医療を進めてくれないかというようなプレッシャーをかけていただきたいというのが私のお願いです。

以上です。これは厚労省にお願いしたいということです。

○遠藤座長 御要望として承りました。

事務局として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。かなり具体的な御提案をいただいたと思っております。まさに人の流れと県の境は違うという問題意識をお示しいただいたのが前半だと思ひまして、例えば自治医大の学生さんとかだと、県間の協定でやり取りするというような運用も聞くところではあるのですが、一方で、県をまたいでこういった運用ができるのかということところは、我々も情報収集をしまして、どんな課題があるのかを整理した上で、こういった事例があるという形でお示しができるのかということをよく考えたいと思ひましたので、ぜひ参考にさせていただき、また、オンライン診療の活用も、先ほど計画課長からも御説明しましたが、今般の医療法改正の案の中に盛り込んでいるところでありますが、活用の在り方についてはぜひ検討をさせていただきたいと思ひしております。養成過程を通じた対策というふうになるかどうか分からないので、医政局全体としまして、どんな形がいいのかということをよく検討して、プレッシャーというのは難しいので、都道府県に対する情報提供みたいな形で、こういった事例があることを具体的にお示しできないかということを考えたいと思ひます。御助言いただきましてありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

ほかに何かございますか。

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。

本日の資料の中でも、35歳未満の若手医師の地域への定着は少しずつ増えてきているというデータがあります。ただ、先ほど前田構成員のほうからお話がありましたように、例えば35歳以降、40歳、45歳になったとき、その人たちが本当にその地域にいるのかどうか

というところが非常に大きな課題だと思います。

これは先ほど神野構成員もお話されたことに関連しますが、30代後半ぐらいになると、経済的な面だけではなくて、例えば教育とか、子育てとか、そういうところのサポートが非常に必要になってくると思います。そして一般に30代になるもっと前の時期から働き方について考えていることが多いと思います。先ほど前田構成員が、きめ細やかな教育をされているとお話されていきました。その辺りのことが、人数を何人にするとかということだけでなく、今後必要になってくるのではないかと患者から見ると思うところになります。

ただ、同時に、やはり若い世代だけではなくて、リカレント教育についても、もっと重点を置かれるといいのではないかと思います。前回のこの会議でも意見が出ておりましたが、今のリカレント教育が実際に50代、60代の人を受けやすいシステムになっているのかどうかというところも今後検討していくべきではないかと考えます。

あともう一点、これはこの会議でお話しするのがいいのかどうかというところもあるのですが、以前、この会のほかの構成員の方から、医師の偏在や診療科の偏在は市民・患者にとって今後ますます大きな問題になっていくのではないかと、市民・患者も関わっていくべきではないかというような意見をいただいております。私もそれに賛同いたします。

例えばですが、地域医療に関連して、地域の大学や病院で、地域に向けてのイベントとか、ここの資料にもありましたけれども、高校生に向けてのイベントとか、いろいろなことをされていると思います。そういうイベントに市民・患者が実際に参加し、さらに地域医療をともに考えているところなどを、好事例として紹介していただくと、これからのことを考えていく一助になるのではないかと思います。

以上です。

○遠藤座長 御意見ありがとうございました。

それでは、オンラインでお手を挙げておられます中村参考人、お願いいたします。

○中村参考人 改めて、ありがとうございます。

45ページに提案されているような内容、こちらはいずれも進めていただきたいということで異論はございません。各都道府県ごとに様々な工夫、取組などをしておりますので、そういったものをうまく大学と連携しながら進めていくことは非常に大事なのではないかと考えておりますし、都道府県への情報提供というものも進めていただければと考えております。

先ほど地域枠の話で、きめ細かな対応という話もございましたけれども、新潟県の例としましては、学生時代から、そして卒業した後もきめ細かなサポートをしており、今までキャリアを理由とした離脱者は一人もいないということで進めていることができておりまして、そういったこともそれぞれの県とかのノウハウの共有などができるのかなということを考えているところでございます。

あと、先ほどの議題のところでも少し、地域枠の地元出身者要件という話も出たかと思い

ます。こちらの情報共有ですけれども、新潟大学においては、令和8年度から地元出身者要件を撤廃することにしております。地元出身者というのは、もともと地域枠でなくても残りやすいというようなこともあると思っておりますし、あとは地域によっては地元だけに限定してしまうと人を集めるのがなかなか難しいとかそういったこともあるのかなと思っています。

大学からは、全国から優秀な学生を集めるという目的があるといったことも聞いております。インセンティブということもございましたけれども、新潟県としては、今のところ地元出身者ということに限定しなくても様々な対応ができているのかなとは思っております。これはまだ議論があるところだと思いますけれども、一応、今の新潟県の情報ということで共有させていただきます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、木戸構成員、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。

43ページに香川県の指導医養成支援事業の取組というものが紹介されています。これはちょっとしたもののように見えますけれども、実際はどこの病院でも専門医とか指導医の取得や維持にはかなりの費用と、それから学会に参加したりでかなり労力がかかるものです。これは多くの場合、個人負担となっているのですね。こういった香川県のような取組がありますと、やはり指導医のほうもモチベーションが上がって、地域の指導医確保に多少なりともつながる可能性があると思いました。

現在、若い人、これから医師になっていく人、そういったほうの取組ばかりが注目されていますけれども、むしろ指導する人の立場、そちらへの何らかの働きかけというものも考えていったほうがいいと思います。

私も指導医として、自分がやったほうがよっぽど早くできるところを、時間をかけて研修医に指導しながら実施をさせる。時間もかかるし患者さんへの説明も結構大変なのですけれども、そういったところの労力に対して、あまり報われるところがない。若い人を育てるのは楽しいことではありますけれども、特に医師不足の地域で指導医として頑張ってくださる方が増えるというのは、そういうことで若い人が来るわけなので、むしろ指導医の確保という視点を今後は重点的に考えていくべきだと思いますし、こうした香川県のような好事例をぜひ調査して、また集めて紹介していただきたいと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

ほかにいかがでございましょうか。

国土構成員、よろしくお願いいたします。

○国土構成員 今まで偏在について議論されてきたのは、ほとんどはやはり地域偏在ということに尽きたと思いますけれども、もう一つの診療科偏在についても、この委員会ですという形で取り扱うのかというのをぜひ検討いただきたいと思います。定員で縛るわけに

もいかないので、その中で、例えば42ページの青森県の取組の中に外科手術体験セミナーというのが1つありますけれども、都道府県あるいは医科大学別、また地域の病院でもいろいろ活動しているわけです。そういう診療科偏在、具体的には外科医不足に対して医学生、あるいはその前の高校生、中学生に対するいろいろな活動をやっておりますので、さらに調査して、できれば資料として出していただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。診療科偏在の課題ですね。

ほかに何か御意見ございますか。よろしゅうございますか。

では、大体御意見はいただけたということにさせていただきたいと思います。

それでは、本日は多様な御意見を頂戴いたしました。事務局におかれましては、今後、様々な御意見をまとめまして、この部会で議論ができますような資料の作成をお願いしたいと思います。

それでは、本日予定をしておりました議題は終了いたしました。

事務局から何かコメントございますか。

○加藤課長補佐 次回の検討会開催日程につきましては、追って調整の上、御連絡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、本日の検討会はこれにて終了させていただきたいと思います。長時間にわたり活発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。