2025-11-20　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12回）

○和泉医師養成等企画調整室長　では、定刻になりましたので、ただいまから第12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」を開催させていただきます。

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、御出席を賜りまして、誠にありがとうございます。

本日の出欠状況につきましては、現時点で構成員10名に御出席をいただいております。出席と伺っている野口先生はまだお越しになっておりませんが、10名にお越しいただいております。

また、神野構成員の代理といたしまして公益社団法人全日本病院協会副会長の美原参考人に、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をいただいております。

また、オブザーバーとして、まだ入られていないかもしれませんが、文部科学省高等教育局医学教育課から松本企画官にお越しをいただく予定です。

なお、國土構成員からは、都合によって11時頃に退席される旨、お伺いをしております。

では、撮影につきましてはここまでとさせていただければと思いますので、引き続き傍聴される方は、今後は写真撮影、ビデオ撮影、録音はすることはできませんので、御留意をお願いいたします。

それでは、資料の確認をお願いいたします。

資料につきましては、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。また、会場出席の皆様については、お手元に紙でも配付をさせていただいております。議事次第と資料１、２、参考資料１から３の御確認をお願いいたします。もし不足する資料がございましたら、事務局にお申しつけいただければと思います。

それでは、以降の議事運営につきましては座長にお願いいたします。

遠藤座長、お願いいたします。

○遠藤座長　皆様、おはようございます。本日もよろしくお願いいたします。

本日の議題でございますけれども、議題１が「令和９年度医学部臨時定員の方針について」、議題２が「次期医師確保計画策定ガイドラインにおける医師養成過程の取組に係る見直しについて」の２つでございます。

これから御説明をいただきますけれども、進め方につきまして御説明をさせていただきます。まず議題１について、事務局から資料１「医師の確保・偏在対策における医学部臨時定員の方針と医師養成過程の取組について」に基づきまして、まず47ページまでの説明をお願いしたいと思います。続いて、小笠原構成員から資料２「北東北および岩手県における若手医師確保の現状と対策」の御提出がありますので、これに関して御説明をいただきます。その後、再度事務局から資料１の残りの部分、48ページからの御説明をしていただければと思います。

それでは、まず事務局から説明をお願いいたします。

○渡邉主査　事務局でございます。

資料１を御用意ください。少し量が多いので、ポイントを中心にして進めさせていただければと思います。

３ページ目から、議題１に準じた資料となります。

４ページ、５ページ目と、前回の事務局（案）資料です。

６ページ目、構成員の皆様からの御指摘です。

こうした御意見を踏まえまして、7ページ目から議論に資する資料を用意しております。

７ページ目、医師数の経時的な推移です。

８ページ目、年齢ごとに施設の種別にみた医師数、９ページ目でそれを男女別に示しております。

10ページ目は、医籍登録後年数別に就業状況を見たものであり、医師11年目前後において休業の取得者等の割合が10％強のピークに達するというデータでございます。

11ページ目で、それを男女別に示したもので、休業者等の割合は女性で最大20％強に及びます。

12ページ目は、休業者が復職後の就業状況の変化を示したものです。休業から復職した者は、常勤や医育機関で従事する割合は減少し、一方、非常勤や診療所で従事する割合が増加しているというデータでございます。

13ページ目は、同一世代の勤務状況を異なる調査年で比較したものです。医師30年目までの、平成28年と令和４年調査の比較でございますが、医育機関や病院における常勤の医師の割合は増加しているというデータでございます。

14ページ目、医学部定員は令和７年度9,393人であり、15ページ目でそれを都道府県別にお示ししております。

16ページ目、前回の資料でございますが、令和９年度の医学部臨時定員の配分に当たっては、下の①から③の視点で整理させていただいたところです。

17ページ目から、視点の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」でございます。

18ページ目、恒久定員内地域枠の設置状況ですが、19ページ目、主に医師多数県で設置が進んできており、その増分は恒久定員100名当たり平均約1.7名でありました。

20ページ目は、地域枠の設置状況を大学の設置主体別に示した資料です。

21ページ目は、それを都道府県ごとに、22、23ページ目と、さらに恒久定員内地域枠と臨時定員地域枠に分けてお示ししております。

恒久定員内への地域枠の設置としまして、24ページ目で鳥取県の取組でございます。鳥取県の状況としまして、大学の医師派遣機能の強化や一定の医療提供体制の維持が必要、こうしたことから大学と協議を行った上で、令和８年度入学から恒久定員内に新たな地域枠を設定いただいています。

25ページ目からは、宮崎大学の取組でございまして、学業成績に係る追加分析として、26ページ目、地域枠生は一般枠生と比較して留年の発生割合が低いこと、共用試験CBTの成績が同等から僅かに高いことをお示しするデータでございます。

27ページ、28ページ目は、都道府県別の地域枠医師の配置状況でございます。

29ページ目からは、視点の２つ目「地域の置かれた状況に適切に配慮する視点」です。

30ページ目は、都道府県別の医師偏在指標で、算定式は31ページ目になります。分母である地域の人口に着目しまして、34ページ目にて、県別に人口の推移をお示ししています。横軸を全年齢人口、縦軸を75歳以上人口の変化率としまして、それぞれ３分の１で区切っております。左上のところ、全年齢人口が比較的大幅に減少し、かつ75歳以上人口が大幅に増加する県が幾つか存在します。こうした県は、時点の更新によりまして偏在指標が上位になることが想定される一方で、依然として医療提供体制を一定維持することが必要と考えられます。

35ページ目は、地理的要素でありまして、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において議論がなされているところです。

36ページ目、二次医療圏ごとの医療機関へのアクセスの程度をプロットしたもので、医師多数県であってもアクセスが比較的困難な二次医療圏が幾つか存在するといったデータです。

37ページ目からは、都道府県ごとの医師の構成状況を見たものです。３～５年目医師の出身大学の内訳、すなわち他県からの流入状況を見ております。

一方、38ページ目は、同じ３～５年目医師の自県大学出身者の従事先の内訳、すなわち他県への流出状況を見たものです。都道府県ごとにばらつきがありまして、医師の流入が少ない、あるいは流出が多い地域は、自県の大学卒業生の定着などによる医師確保が比較的重要と考えられます。

40ページ目は、医師の年齢構成として75歳以上の医師数の割合を見たものです。

41ページ目は、女性医師数の推移や割合を示したものです。全ての県において女性医師数は増加しておりますが、現在の女性医師の占める割合を見ますと、いずれも20％～30％程度の間にあるといったところです。

最後、43ページ目からは、視点の３つ目「全国的な取組を促す視点」でございます。

44ページ目にて、都道府県における医師確保に向けた取組状況で、45ページ、46ページ目と、実施の有無を一覧でお示ししております。

こうした中、前回、大学に対する取組を収集するべきといった御意見をいただきまして、今回、岩手医科大学における取組としましてヒアリングをさせていただければと考えております。

○遠藤座長　ありがとうございました。

それでは、資料２に基づきまして、小笠原構成員から岩手医科大学の事例について御報告をいただければと思います。よろしくお願いします。

○小笠原構成員　このような機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

次をお願いします。

この３つについてお話しさせていただきます次お願いします。

次をお願いします。

まず、「北東北における地域枠の配置の現状と対策」ということですが、現在の北東北という定義を先にさせていただきますが、青森、秋田、岩手が北東北と定義をさせていただきます。

次へ行ってください。

厚生労働省の資料を、「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」、岩手県の達増知事が中心になっていますが、そこに医師少数県の連携の契機と書いていますが、令和２年ですが、これが本当にできているのかという話です。右下を見ていただければ、秋田、青森、岩手は医師少数県ということで、これをどうやって連携するのかということです。

次へ行ってください。

皆様、知っている方がどのぐらいいるか分かりませんが、私は実は青森県の十和田湖の近くで生まれて、青森県の海沿い、右側のほう、八戸の高校で、大学は弘前で、医者になってから仙台に行って、今、岩手にいるということですので、青森、岩手、宮城を行ったり来たりしていました。

北東北は廃藩置県の藩制度が無視されて県境が明治政府に決められました。こんなことを言うと何をおまえ言っているんだということなのですが、実は文化はいまだに藩制度のままということです。

次へ行ってください。

そうすると何が起こるかというと、各大学の関連病院も藩制度のままです。岩手医大はもう130年近くありますので古いのですが、弘前も古いです。秋田はそんなに古くないということで、藩制度にのっとって実は関連病院や医者が決まっているということです。津軽藩がほぼ弘前大学、佐竹藩がほぼ秋田大学、問題は青森県の八甲田から東側のほうは、実は３つの大学、岩手医大、東北大学、弘前大学からばらばらに各病院に派遣されています。もう一つは、十和田湖のちょっと南の秋田県の鹿角という地区があるのですけれども、ここは実は岩手医大から医師派遣されています。それから、十和田湖の西側の弘前と秋田の県境の現在の大館市、実はここは秋田なのですが、ここは実は津軽藩と南部藩がけんかをしていまして、津軽藩の前線基地がそこにあったので、津軽藩がそこに来ていたので、大館市のみ弘前大学関連になっていると。このような、県境のところが県割と異なる関連病院になっているということです。

次をお願いします。

地域枠は各県内に限定していますので、図の青字の医療圏には他県の地域枠が配置できないということになっております。全県単位ですので、県境のところ、あるいは青森県の東側の地域には、実はほかの県の地域枠をほかの県から配置できないという状況になって

います。

次へ行ってください。

ということを考えると、３大学の秋田大、弘前大、岩手医大の協力が絶対に必要で、ちょうど県境の地域の医療を充実させるには医療の道州制が不可欠だろうという話を３つの県の行政に私のほうからずっとしてきました。

次へ行ってください。

でも、問題はもう一つあって、実は経営母体が各都道府県で違うことです。岩手県はほぼ県立病院で、私立の岩手医大があるという非常に面白い構図なのですが、秋田県はJA、農協の病院が多数です。秋田大学は国立大学です。弘前大学も国立大学で、青森県はほとんど市町村立です。主な県立病院は１個しかありません。こういうふうに経営母体も違う。

これをどうするのかということですが、次をお願いします。

３県でお互いに地域枠を交換できるとしていただきたい。例えば岩手県の地域枠医師が秋田県に行っても義務年限を他県でも消化できるということをしないと駄目だという認識は、実は３県の行政とも持っております。県境を越えて、行政区分を超えるということです。

次をお願いします。

現在、３県の行政が話合いをしております。私は間に入っておりますが、ぜひ国にもこういう地方の場合、地域枠の道州制というものを作り、地域枠医師が行き来できるようにするようなアドバイスをしていただきたいというのが今日来た私のお願いです。

各県の条例改定とかそういうものが伴いますので、行政はなかなか二の足を踏むのですが、ぜひこういうことで医師少数県の医師偏在対策に対応できる可能性があるということを世の中の方に知っていただければ、我々もやりやすいということになります。

次をお願いします。

これは岩手医大における恒久定員内の先ほどあった地域枠に準じた枠の設置の取組という件です。

岩手医科大学は私立大学ですので、そう簡単に地域枠を設置するのは難しいところです。

次へ行ってください。

先ほどありましたように、実は岩手県は恒久定員の中の地域枠は１と書いてありますが、これは間違いで、県が認めるのは２なのです。本当はこれは秋田県枠で、岩手県とは関係なくて、岩手医大は恒久定員が95ですので、その中に２つ秋田県枠がありますので、実際にはこれは岩手県とは関係ないのです。

次へ行ってください。

でも、秋田県の枠を受けているということです。２と書いています。これは地域枠として秋田県の方々を受け入れているということです。

次へ行ってください。

問題は自分のところで、岩手県はどうするのだという問題があります。臨時定員以外に

地域枠をどうやって恒久定員内に組み込むかという問題です。我々は私大ですので以下のものをつくりました。総合型選抜（地域医療医師育成特別枠）というもので、全国公募で８名、授業料免除はありません。でも、１つだけ、応募条件として、圭陵会正会員、すなわち岩手医大のOB会の推薦があったときには、ここに応募できるとしています。ただし、６年以上岩手医大および関連病院に勤務することが必要であるとしています。実はこれについては大学独自の取組として実施してきました。

次へ行ってください。

定員は令和４年から８名程度となっています。下に入学者の人数を書いています。令和４年から31名入学しました。

次へ行ってください。

実は令和９年度から募集定員を倍にして、大体15名以内にして、卒業後の義務年限も７年と増やすことに変更を予定しております。なぜ７年かというと、本当は９年にしたいのですが、一応全ての基本領域の専門医の取得が可能なように７年としました。そうすると受験者は納得できるだろうと。１年増やすということです。

もう一つ、次へ行ってください。

15名になぜ増やすのかと。成績が悪い学生を入れたらどうするのだということなのですが、この根拠はきちんとありまして、これは岩手県の地域枠Ａという15名の一番学業レベルが高いものですが、岩手県出身者のみしか受験できませんが、これは初期研修を入れて11年間です。

次へ行ってください。

ここを基準にして、地域枠Ａの合格の最低点を基準としたときの入学可能者を令和４年度からシミュレーションしてみました。そうすると、地域枠Ａの最低点を基準とした場合には、総合型選抜（地域医療医師育成特別枠）では、実際に入学した人数よりもかなり多くの人数が入学可能になります。15名以内ですので、必ず15名合格するのではありませんので、地域枠Ａの合格の最低点を基準とした場合に、この基準で総合型選抜を入学させても、15名以内とすると入学者の学力を担保できるということが分かりましたので、地域枠Ａの合格点を最低点として15名以内と。これで学力を担保できます。実際に総合型選抜で入学された方々は、成績はいい方々で、ほぼ留年はしておりません。

次へ行ってください。

恒久定員の中に我々としては大学独自の地域枠を設定しているつもりですが、大学として地域医療に貢献するのですが、岩手県はなかなかこれを分かっていただけない。というよりも、そもそも地域枠という定義が、岩手県もなかなかこれが分かっていないというよりも、はっきりしていないのではないなかと思っております。例えば奨学金養成医師が地域枠なのか､それとも奨学金を貰ってなくても初期研修を含めて11年やれば地域枠なのか、あるいは奨学金を貰っている以内に関わらず11年以下の義務年限でも地域枠なのか、というその辺の定義をしっかりしていただければ、我々も併せて恒久定員の中にこの試みを入

れることが可能で、行政に認めていただくことができるという言い方が正しいですかね、ということを考えて今日、こういうことをやっているということを話させていただきました。

次へ行ってください。

次に、地域枠以外に大学のある県に医師が残るような対策を大学が学生時代にしているのかというお話です。

次へ行ってください。

これは岩手医大がずっと前からやっていまして、医学部１年生で地方に行かせています。early clinical exposureとして、地域医療で働く医師の活動を学ばせるように、２日間、実際の現場に行かせて、医師不足がどういうふうに地域でなっているのかを実際に見ていただいております。１年生です。

次へ行ってください。

医学部３年生では、今度は１週間滞在して、同じように、下に書いています地域医療機関で働ける医師になるために現場を見せるということをやっております。

次へ行ってください。

次に、５年生です。５年生も２週間ぐらい必ず地域に行かせて、自分で地域を見てきて、臨床実習をやっていただいております。

１、３、５で現場を見ていただくということです。

次へ行ってください。

次は、学生の実習医療機関のリストです。ほぼ岩手県内なのですが、三沢というのは青森県、八戸も青森県ですので、あとは実は秋田県にも行っています。そういう北東北３県にも医学生実習を出して、岩手県だけではなくて、ほかの北東北の医師少数地域に行ってもらって、どういう医療を行っているのかということを実際に見ていただいております。

次へ行ってください。

これは４年生の講義ですが、医師の臨床研修について、医学部長が講義をしています。イーハトーヴというのは、岩手県の病院群の中で初期研修中に行き来できるというような初期研修のやり方をしておりますので、こういうのを紹介して、いろいろな形態の病院に行ったり来たりできますよという話をしています。

次へ行ってください。

ほかの病院と比べてというのは、岩手医大附属病院とほかの県の病院と比べてどういうところがよかったのかというのを、アンケートを取って学生に紹介しています。

次へ行ってください。

これは岩手医大とありますが、岩手県ならではの研修のコマーシャルを４年生にしています。

次へ行ってください。

今の医学部長は自治医大卒ですので、地域を回っていますので、必ず講義の中に入れて

くれということで、岩手県で実力派医師を目指せとか、抜群の待遇、そんなに抜群かどうか分かりませんが、生活環境はかなりいいです。きちんと研修のためにそろっていますので、このようなコマーシャルをしています。

次へ行ってください。

女性もです。先ほど女性医師の議論がありましたが、女性の医師に関しても、大学としてもキャリア支援をかなりやっております。各講義の中にこの辺も入れて、ぜひ残っていただきたいというお話をしています。

次へ行ってください。

これも講義の中に、このようなことで岩手県でもきちんと医師として成り立ちますよというようなお話を講義でしております。

以上、３つのお話をさせていただきました。ありがとうございました。

○遠藤座長　どうもありがとうございました。

それでは、事務局から資料１の続きの部分の御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○渡邉主査　ありがとうございます。

資料１の48ページ目に戻りまして、骨太の方針2025の記載でございます。

49ページ目、令和９年度からの次期医師確保計画に向けて、医師偏在指標については可能な限り最新のデータを用いて更新を行うといった方向で、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会において議論がされているところです。

以上を踏まえまして、令和９年度の医学部臨時定員の方針について、50ページ目にこれまでのまとめ、51ページ目に事務局（案）をお示ししております。

51ページ目ですが、１つ目、令和９年度の医学部臨時定員の方針については、経済財政運営と改革の基本方針2025やこれまでの本検討会における議論等を踏まえ、医師の偏在対策について取組を充実させつつ、令和９年度の医学部総定員は、令和７年度の医学部総定員数に対して、地域の実情等に配慮しながら、全体として削減が図られるよう対応してはどうか。

２つ目、令和９年度の医学部臨時定員の配分に当たっては、医師多数県については臨時定員地域枠を一定数削減する一方で、前回の議論や本日新たにお示ししたデータを踏まえ、考慮すべき要素や方法については、具体的に以下の観点から検討してはどうかとしております。

①でございますけれども、大学の設置主体ごとの特性等を踏まえながら、必要な調整等により、特に医師多数県において恒久定員内への地域枠の設置が進んできている状況を踏まえ、これまでの「恒久定員100名あたり恒久定員内地域枠を４名以上設置する」という復元要件について、基準を引き上げるよう見直してはどうかとしております。

②でございますが、１つ目、将来の人口動態を踏まえ、人口減少率が急激な地域では、地域の人口を分母とする医師偏在指標において、時点の更新により医師偏在指標の値が相

対的に上位となることが想定されることや、75歳以上人口の増加率が比較的大幅に増加する場合には、医療提供体制を一定程度維持する必要があることから、地域における「全年齢の人口変化率に対して、75歳以上の人口増加率が比較的高い」場合は、時限的な措置として削減幅を緩和することを検討してはどうか。

２つ目、地理的要素を配慮するに当たっては、都道府県単位では、地域ごとの地理的な要素の違いが平準化されることに留意し、次期医師確保計画では、地理的要素を一定反映して医師少数区域を設定する方向で検討が進んでいることを踏まえて、都道府県内に「医療機関へのアクセスが比較的困難な二次医療圏が一定数存在する」場合は、削減幅を緩和することを検討してはどうか。

最後ですが、これまでの「医師の年齢構成」による復元要件について、定員の固定化を防ぐ観点から、基準を引き上げるよう見直してはどうかとしております。

③でございます。１つ目、各都道府県における安定した医師確保や医師の偏在対策のために臨時定員として当該都道府県内の大学を中心に医学部定員を増員している一方で、医師が県外に流出している実態もあることを踏まえ、今後、前年度を上回る地域枠数を設定する場合は、当該都道府県に所在する大学の恒久定員内への地域枠や地元出身者枠の設置を行うことを基本としてはどうか。その際、それぞれの都道府県と当該都道府県内の大学の必要な協議を促すとともに、各県の臨時定員地域枠数は原則として前年度の数を超えないよう調整することとしてはどうか。

２つ目、地域に定着する医師を確保するためのその他の取組の状況についても、本日のヒアリングを含めた都道府県や大学の事例を踏まえ、地域の取組を後押しする方策を検討してはどうか。また、都道府県と大学との協議が円滑に進むような対応について、文部科学省とも連携して検討してはどうかとしております。

最後でございます。次期医師確保計画に向けた医師偏在指標の更新により、区分が変更となる都道府県における臨時定員地域枠の取扱いについては、「これまでの区分に基づく対応とのバランス」や「激変への配慮」に留意し、改めて検討してはどうかとさせていただいております。

以上でございます。

○遠藤座長　ありがとうございます。

以上が最初の議題１に関連する資料の説明ということになります。特に51ページで事務局（案）というものが出されているわけであります。これも含めて、また、資料２では小笠原構成員から御説明もありました。これらに関しまして御質問や御意見等をいただければと思いますけれども、まずは会議室で御参加の構成員から御発言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、國土構成員、お願いいたします。

○國土構成員　小笠原先生、講演ありがとうございました。岩手、それから北東北での工夫について、大変理解できたと思います。

その中でお聞きしたかったのは、総合型選抜、岩手独自の取組と理解しておりますが、これをやることによって、私、臨時枠について否定的な発言ばかりして大変恐縮なのですけれども、そちらを減らすことが可能なのかということと、それからもう一つは、北東北の事情は非常によく分かったのですが、こういうことはほかの地域でも起こり得るのかなと想像しているわけですが、そういうルールをもっと全国に広げるようなことを提案されているのかどうか、この２点をお願いいたします。

○遠藤座長　では、小笠原構成員、お願いします。

○小笠原構成員　私、毎回この会に出ていますと、臨時定員の議論に必ず恒久定員内に地域枠をつくれと言われますので、岩手大学としての危機感があります。危機感としてこういうことを今日は主張しようということと、あと、私、岩手県でもう「恒久定員内の地域枠」をやっていますということを分かってくれという話をしたかったのです。また、岩手県地域枠の配置調整会議の責任者をやっていますので、ただ、成績の下位者を入れるわけにはいかないということが大前提ですので、それを保証した上でこの数を増やすつもりでおりまして、将来、臨時定員が減らされることは覚悟しています。いつかは分かりません。でも、当然人口減少は起こりますので、臨時定員が減らされることを覚悟して、「恒久定員内の地域枠」を今大学としてやっている最中です。

これは厚労省には関係ないのですが、岩手医大は恒久定員が95なのですけれども、本当は15ぐらい増やしていただきたいと。本音を言うと、110ぐらいにすると15名は必ず地域枠がつくれますので、将来的に臨時定員が減らされるのであれば、実は恒久定員を少し増やしていただきたいなというのが我々の願望でもあります。

それから、後のほうは先生が言われたとおりで、私のところは北東北ですので、日本のほかのところに同じような悩みを持っているところがあると思います。その突破口として、道州制という言い方が正しいかどうか分かりませんが、提案しました。北三県では、専攻医も地域枠になっていることが多く、先日このままですと青森県のある公立病院の精神科医が足りないということで、そこの管理者から私にダイレクトに精神科の医者が何とかならないかという要望がありました。当大学の精神科に問い合わせたところ、地域枠医師なら出せるという回答でした。ところが、岩手県の地域枠の方は青森県に行けないわけです。昇格ができないということで、そこをできるようにしていただければ、それをお互いに行政同士で融通を利かせていただければ、それは可能だと青森県の管理者に回答しました。要するに、北３県の医療を診療科ごとで守ることもできるということです。診療科偏在もある程度緩和することができると思いますので、これはぜひ医師少数県が集まっているところでこのような試みをやっていただくことが、実は診療科も含む偏在の緩和に私はなるのではないかなと思って提案させていただきます。

○遠藤座長　ありがとうございます。

國土構成員、よろしいでしょうか。

ほかにございますか。

それでは、オンラインで御参加の先生に移りたいと思います。木戸構成員、よろしくお願いいたします。

○木戸構成員　この検討会も、設置されてそろそろ２年になりますけれども、これまで11回にわたる検討におきまして、医師数が近いうちに需要を上回って均衡を超えてむしろ余ってくるという予測が示されて、それによる様々なデメリットについての懸念が示されてまいりました。

我が国において、人口減少というのはもはや動かし難い未来であり、今後、医療需要が確実に減り、また、AIやオンライン診療など技術革新が進むことを考えますと、現在の総定員はあまりにも多過ぎるという考え方に私個人としては変わりありません。

今回の事務局（案）を拝見し、次年度においても一定の調整は入るものの、臨時定員の数が大きくは変わらないという方針には、素直には賛同しかねるのが正直なところではあります。

その一方で、今月18日に高市首相が人口戦略本部の初会合で、誰もが自ら選んだ地域で住み続けられる社会の実現を提言されました。まさしくそのとおりだと思います。第一次産業をはじめ重要な産業を担いつつ、地方で生活する方々が安心して暮らすためのインフラとして、医療提供体制の確保は大変重要で、偏在是正のための実効ある施策を一刻も早く講じるべきと思います。

また、先週開催された地域医療構想及び医療計画等に関する検討会で示された資料、本日の資料の中にはなかったのですけれども、その中で非常に興味深いデータがありましたのでここで簡単に御紹介しますと、まず、医師少数県や医師少数区域において、医師多数区域と比べて若手医師の増加は非常に顕著になっている。そして、地域医療対策協議会が調整した医師少数区域及び少数スポットに派遣される医師の内訳を見ますと、やはり自治医大の卒業生、そして地域枠の医師がほとんどであることがグラフで示されていました。

これを見ると、やはり地域枠それなりの効果を上げている、そして、現段階では、実際にほかに有効な偏在是正の手立てがない、それも事実かと思います。ですから、この時点で臨時定員を減らしてしまいますと、少数地域における医師確保が困難になるという懸念から、なかなかそうドラスティックに適正化できないということもある程度推察できますし､それには同意したいと思います｡こうした懸念を払拭して定員の適正化を進めるには、やはり実効ある偏在対策とセットでないと確かに難しいという意見に私も賛成です。

一方、本日の資料にもありますように、臨時定員地域枠が医師多数地域に実際かなり勤務してしまっているということも事実であり、効果が乏しいところと、今回御紹介があったような岩手医大さんのように実際に積極的に取り組まれているところとは、メリハリをつけて対応し、少数地域のほうにしっかり医師を配置できる、そういう本来の目的を確実に実行できるようにするべきで、それはこの検討会でしっかり議論するべきと思います。

また、目の前にある医師不足と令和９年入学の9,000人を超える方々が現場に出てくる10年以上たった時期に相当のタイムラグがあることについてもよくよく考えるべきであり、

声を上げられない若い世代、少子化で数がどんどん少なくなっていく貴重な若い世代のキャリア、人生にも十分目配りしていくという方向性も同時に見失わないようにするべきと思います。

事務局におかれましては、これまでも膨大なデータを示していただいて、検討において大変参考にさせていただいておりますけれども、実効ある偏在対策を進めていく上で、できれば様々な立場の関係者、特に医師不足の地域で懸命に働いている医師の方、地域枠の医学生などから実際ヒアリングを行うなど、この検討会がまだまだ続いていくのであれば、そういったこともぜひ提案していきたいと思います。

最後に、女性医師の一人として、今回、女性医師に関するデータをいろいろ示していただいておりますけれども、それについてコメントします。

女性はライフイベントで離職すると思われがちですけれども、今回の資料を見ますと、実は無職となる方は数えるほどで、ほとんどは休んでも必ず復帰している方々ばかりです。ただ、医師だけではなく、医療の職場は女性が多い割に多様な働き方の選択肢が乏しく、オールオアナッシングの働き方となってしまうのは大変もったいないところで、やはり安心して医療従事者自身が次世代を育めないというのは、国として少子化対策として大きな問題です。女性医師の問題は、この検討会のマターとして今後も議論を深めていく予定なのか、あるいは別の検討会で主に進められるのかも今回確認したいと思います。

偏在対策におきましては、性別だけではなく様々な背景、環境による働き手が業務を上手にシェアしまして、安全で質の高い医療の提供、その仕組みづくりが非常に重要です。また、医療を受ける側の国民も、限られたリソースで精いっぱい対応した医師不足のところで頑張っている医療者が、結果が悪ければ過剰に責任を問われることがないよう、医療の不確実性についても理解をしていただく、そのための啓発も併せて重要というふうに最後コメントさせていただきます。

私からは、長くなりましたけれども以上です。

○遠藤座長　どうもありがとうございました。

事務局への確認事項もあったかと思いますので、関連の分野でも結構ですけれども、コメントがあればお願いしたいと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長　事務局でございます。

木戸先生、どうもありがとうございます。

前半に様々コメントをいただき、偏在対策を特にしっかりやるべきだというところについては、後半の議題もございますので、併せて御議論いただきながら、しっかりと対応したいと思っております。

御質問があった女性医師の検討といいますか様々な議論ということでございますけれども、今日は御案内ができないと思うのですが、後半の141ページ目以降に女性医師に関する厚労省の取組を入れさせていただいております。こちらを御参考にいただきつつ、どんな支援の在り方ないし対応が必要なのかというところも、２番の議題を含めて、こちらの検

討会でぜひ議論したいと思っております。まだ十分資料がないかもしれませんので、引き続き対応したいと考えております。

以上でございます。

○遠藤座長　ありがとうございます。

木戸構成員、よろしゅうございますか。

○木戸構成員　分かりました。ありがとうございます。

○遠藤座長　それでは、お手を挙げておられます前田構成員、よろしくお願いいたします。

○前田構成員　岡山大学の前田です。

方針について案、ありがとうございます。木戸構成員もおっしゃっていましたけれども、人口動態を含めて、今後、人口が減少するに当たって、医師多数県は定員の枠を一定程度削減するとか、その方向性としては私も賛同しています。

それから、木戸構成員も言及されていましたけれども、偏在対策が非常に重要ではないかなということは、私もコメントさせていただきます。

それから、38ページに自県大学出身者の従業先の内訳という表がありますけれども、小笠原構成員も指摘されていましたが、県をまたいで医療圏が存在し、他県に派遣するということがあろうかと思います。赤色の部分ですけれども、自県以外の従業者数を流出と捉える言い方が多いのですけれども、自県の卒業生を定着させる取組は重要という観点とともに、実際には他県に派遣をして地域医療を守っているという部分もあり、画一的な評価は難しいのではないかということが１件と、それから、医師多数県であっても他県に人を派遣することによって地域を守っているというところの評価をぜひしていただければなと思っています。

以上です。

○遠藤座長　ありがとうございました。御意見として承りました。

それでは、印南構成員、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。

岩手医大の取組は非常に感銘を受けました。すばらしいと思います。

私の疑問は、まず１つは岩手医大についてなのですけれども、南のほうの県境では、青森と岩手の間のような問題は起きないのかということです。つまり、道州制の提案をされていますけれども、きれいにそういう区割りみたいなものができるのかどうか、どうお考えかというところです。

それから、同じ医師少数県であっても、西のほうへ行くと藩ごとに恐らく県がつくられているので、状況が違うと思うのです。医師不足を解消するための努力の仕方も違うのかもしれないと。事務局に伺いたいのですけれども、北東北以外にもこういう医師少数県における偏在解消のための取組を事例としてもう少し出していただけるのかどうかということです。そうでないと全体としての議論がしにくいと感じます。

それから、一方で、非常に医師が多数いる地域でどのような問題が逆にあるのかという

ことをきちんと把握することが、木戸構成員も言われていたように、医師多数県と少数県との間のめり張りの利いた定員に関する議論を可能にするのではないかと思います。

以上です。

○遠藤座長　ありがとうございます。

まずは東北のむしろ南部のほうでということでありましたので、小笠原構成員、コメントをお願いいたします。

○小笠原構成員　ちょうど小沢一郎さんのところの岩手県でも奥州市（旧水沢市）から伊達藩なのですけれども、私は東北大学もいましたので、その辺のところは東北大学と岩手県で話をしてやっていますので、道州制のところに東北大学が入ってこないとこれは解決しないので、それは全然問題ないと思います。青森県の東側もそうですので、それは東北大学が入ってもらえれば、そんなに問題なく解決すると思います。北東北はそういう状況でございます。

○遠藤座長　ありがとうございます。

事務局にも御質問があったかと思いますけれども、コメント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。どうもありがとうございます。

ほかの地域でのある種県境を越えたような広域的な対応の例があるのかというような話だったかと認識をしておりますが、私も網羅的に調べられてはいないのですけれども、恐らく大学病院の関連の組織のほうが知見があるかもしれませんが、例えば先ほど前田構成員からも御指摘をいただいたような中国・四国地方の医師派遣の広域な派遣とか、あるいは、私が聞いた範囲ですと、愛知県とか岐阜県はかなり密接に人的な交流があるやもと聞いておりまして、恐らく様々な地域で事例があるのだろうと思ってございます。

こちらをどのように評価というか確認をして、かつ、都道府県のニーズがどのようにあるのかといったところについては、網羅的に調べてはいないところでありますので、本日の御議論を踏まえて、もしそういったところのニーズを把握した上で仕組みを検討すべきということであれば、そちらについても今後、事務局のほうでも何ができるかを検討してまいりたいと思いますが、こちらで一旦のお答えにはなるでしょうか。いかがでしょうか。

○印南構成員　ありがとうございます。

あと言い忘れたのは、やはり地域枠の定義をもうちょっと明確にして、なおかつ、県の間の融通が利くような仕組みを一緒につくらないと、なかなか１県だけで完結して医師不足を解消するというのは難しいし、その必要性もないのではないかと思うのです。なので、これはほかの委員の先生も言っていると思いますけれども、地域枠の定義をもう少し明確にして、統一的に運用しないと全体の議論がしにくいなと感じております。

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けれども、何か事務局、今のことにコメントありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長　事務局でございます。どうもありがとうございます。

その問題意識につきましては、前回の議論も含めて小笠原先生等からいただいておると認識しておりまして、検討させていただきたいと思います。

一方で、臨時定員地域枠はまさに都道府県が設置をしているというところでございますので、例えば修学資金の貸与を行っているケースが多い等々、要はその都道府県がある種の投資をして実施をしているという性質もございますので、丁寧に検討する必要があるかとは思っておりますので、いずれにしましても、どのような運用があり得るのかといったことについてはぜひ検討して、この仕組みをよりよくするという観点で、この場にお示しでき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した。

それでは、お待たせいたしました。美原参考人、お願いいたします。

○美原参考人　全日病の美原です。どうもありがとうございます。

医師不足地域、私、群馬県なのですが、実は群馬県も医師不足地域です。医師不足に対して、地域枠が非常に医師確保に有用だと認識しているのですが、群馬県は医師不足地域なのにもかかわらず、恒久定員の中に地域枠を群馬大学は持っていないのです。全体的に見ますと、恒久定員の中に地域枠を持っている都道府県もあるし、ない都道府県もあって、医師不足の地域なのになぜ恒久定員の中に地域枠がないのだろうかということを疑問に思うのです。恒久定員の中に地域枠を設けてくださいと言えば、群馬県においても医師確保に有用ではないかと思うのですが、その辺はどういうことなのでしょうか。

○遠藤座長　これは厚労省、文科省、取りあえず厚労省、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。美原先生、どうもありがとうございます。

恐らく15ページ目の恒久定員内地域枠の設置の状況を御覧になってのコメントだと思っております。恒久定員内に地域枠を設置することにつきましては、いわゆる私どもでおつくりをしている医師確保計画策定ガイドライン、県に向けてつくっているガイドラインなのですけれども、こうした文書の中で、恒久定員内の地域枠を設置することをお願いというか推奨しているものでございます。この検討会でも、そういったことが必要だということをお示ししているわけであります。

一方で、これまでの議論におきましては、少数県への臨時定員地域枠の設置というものを基本的にはお認めする形で議論をしてまいりましたので、どちらかというと臨時定員での設置が進んできたと思っております。

今回は、事務局（案）の51ページ目の③と書いたところで、そういった少数県等につきましても恒久定員内に地域枠をさらに設置することとともに、その上限というものを設定してはどうかという御提案でありまして、こういった流れの中で今後は進んでいくのか、あるいは進めていく中で課題があるのかといったところにつきましては、引き続き都道府県の皆さんの御意見を聴きながら対応していきたいと思っておりますというところと、少

数県に関しましては、15ページ目の右下に宮崎県がございますけれども、こちらについては恒久定員内に地域枠の設置を進めていただいておりまして、今回事例としても御紹介しておりますが、成績等々のフォローアップもしながら丁寧にやられているという好事例があるということもございますので、これも都道府県の皆さんにお知らせや、設置が進むような取組は厚労省としても進めていきたいと思っているところであります。

以上、回答になります。

○遠藤座長　ありがとうございます。

それでは、文科省、よろしくお願いします。

○松本企画官　文部科学省医学教育課の松本でございます。

美原先生、いつもお世話になっております。御質問ありがとうございます。

恒久定員内地域枠に関しましては、今、厚労省さんがおっしゃっていただいたとおり、連携して取り組んでいるところです。大学の御判断が基本にあると思いますけれども、都道府県の御要望等に沿って行っていく。

ただ、これまでですとやはり入試との兼ね合いであったり、恒久定員内ですので奨学金の貸与や都道府県との協議の有無など、制度設計上もいろいろな論点があります。、比較的新しい取組ですので少しずつ進んできたものと思っておりますけれども、近年、厚労省さんと一緒に臨時定員を見直しながら恒久定員内に地域枠を移行していくという動きを文科省としてもしっかりと一緒に考えていきたいと考えているところでございます。

１つ情報提供させていただきたいのですけれども、最近、文科省でも、各大学が地域に貢献する役割をどういうふうに果たしていくかということを一緒に考えたいと思っております。これは医療に特化した枠組みではないのですけれども、平成30年11月に中央教育審議会（中教審）の答申が、これも2040年に向けた高等教育のグランドデザインというのがあるのですけれども、地域の連携プラットフォームというのを提言しておりまして、令和２年に文科省がガイドラインをつくって、このプラットフォームを進めてきました。

今、地域医療構想等が進んでいるこの状況ですので、文科省としましては、今後、各大学の学長、それから病院長先生、それから都道府県知事、医師会長などが参加する新たな形としてプラットフォームをつくっていただけないかなと考えておりまして、各大学においても、都道府県との協議に積極的に参加するという形で、持続可能な地域医療提供体制に大学がコミットいただきたいと考えております。さらに、都道府県との協議に積極的に参加するという形で、このプラットフォームの成果を活用できないかということを今、考えております。

このプラットフォームの中の重要な議題としまして、大学医学部の恒久定員内の地域枠の拡大というのがあるのではないかなと文科省は考えておりますので、今まで大学の判断だったものが、知事と学長などのプラットフォームを厚労省さんと一緒に後押しをすることで、もう少し有機的・戦略的に恒久定員内地域枠を協議できるのではないかなということを現在考えております。今後、相談をしながら、厚労省さんや地域の先生方、大学の先

生方とも相談をしながら具体化していきたいと考えております。

ちょっと長くなりましたけれども、新たな取組の御紹介も含めて御発言させていただきました。ありがとうございます。

○遠藤座長　ありがとうございます。

美原参考人、よろしゅうございますか。

それでは、お待たせをいたしました。坂本構成員、よろしくお願いいたします。

○坂本構成員　ありがとうございます。

小笠原委員の御説明、本当にありがとうございました。大変勉強になりましたし、非常に先駆的な取組を長年やっていらっしゃったことが伝わってまいりました。

データ分析も大切だと思うのですが、やはりこういう現場の具体的な取組を伺えるということが、今後、この委員会でも非常に重要で、また必須ではないかと私は思いました。

小笠原構成員のお話にもありましたし、今回のデータにもありますけれども、恒久定員内の地域枠というのは今後も重要になってきます。今回、宮崎大学の最新の状況や、鳥取の「とっとり医療人養成枠」の報告からも、そのことを思いました。

ただ、一方、先ほど木戸構成員もおっしゃったように、やはり現場からのヒアリングが重要です。現場の医療者の方とか、実際に働いている方たちのお話を聞きながら、地域からの報告の積み重ねをしながら、という前提で、恒久定員内の地域枠をさらに検討できればと思っております。

あと、先ほど印南構成員もおっしゃっていらしたように、地域枠とは何かということの定義が、時間とともに変わってきているところもあるのではないかと思います。現場の実践を踏まえて、あらためて考えるということも必要ではないかと思います。

もう一つは、今回、５１ページには患者の側から見ると非常に大きな点があります。人口が減っていきますので、医師の数を今後減らしていくという流れにはなると思うのですが、51ページにありますように、75歳以上の人口増加率が比較的高い地域があって、そこでの医療提供体制を一定程度、維持する必要があります。それから、都道府県内に医療機関へのアクセスが比較的困難な二次医療圏が一定数あるという報告がありました。医療機関に行くのが必要なのに、行くことが困難な人が今後多く生まれてくるということは、起きてはいけないことです。そのことを考えると、ここの提案にあるような削減幅の緩和ということは、私は必要ではないかなと思っております。

最後になりますが、女性医師について今回新たなデータをいただきました。

42ページの女性医師数の割合と医師偏在指標を見ると、今後の医師偏在対策と女性の働きやすさということは関連している部分もあると推察できますので、この点もぜひお考えいただきたいと思います。

１点、小笠原構成員に御質問があります。今回非常に重要なお話を伺ったのですけれども、いわゆる地域の例えば市民とか、患者さんとかと、今後の医療について語りあう交流など、もし何か具体的なものがあればお伺いできればと思います。

以上になります。
○遠藤座長　ありがとうございます。
では、小笠原構成員、よろしくお願いします。
○小笠原構成員　自治体の長、あるいは県議会議員の方々とはかなり話を私はしています。私自身は医者ですので、近くの岩手山の麓の診療所に対して患者さんから話を聞いていますが、実際に正式にヒアリングさせてくれと言っても、なかなか地元の行政がうんと言ってくれないのです。私が何を言うか分からないからかなと実は思っているのですが、それで県議会とか市議会とかの方々とはかなりの話をしている。今度も私、鹿角市に行って話をすることになっていますので、そのようなコミュニケーションは、少なくとも議員さんからは取っていて、逆にお願いしているようなことをしています。
今のでお答えになっているでしょうか。
○遠藤座長　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。
何か地域で、例えば病院に来ている人たちなどと、今後どういうふうにしていったらいいのようなお話はされていらっしゃるのでしょうか。
○小笠原構成員　今はもう地域の医療施設に行っていませんが、20年以上外来を行っていた地域の医療施設で毎回話をしていました。これからどうなるのだという話はきちんとして、そこには必要な人を送るよという話をしながら、患者さん、この人たちは何を我々に求めているのかということは、全部ではないのですけれどもなるべく聴いて、あとは現場の医者からもそういうのを聴くようにして、人を配置するというやり方を配置調整会議という岩手県のものでやったりしていますので、現場の声は私のところまで伝わって、行政にも岩手県の場合は伝わって、医師の配置がされていると私は思っております。
○遠藤座長　ありがとうございます。
坂本構成員、よろしゅうございますか。
○坂本構成員　ありがとうございました。
○遠藤座長　それでは、中村参考人がお手を挙げておられますけれども、國土構成員が退室をされなければいけないということで、國土構成員、よろしくお願いいたします。
○國土構成員　中村構成員、申し訳ありません。
退席しますので、意見だけ述べさせていただきます。
今回の議題の令和９年度の臨時定員の方針については、全体として賛同いたします。ただ、木戸構成員もおっしゃいましたように、今後の見通しとしては、臨時定員枠は減らさざるを得ないだろうと。それをどういうふうに減らしていくか、タイムラインも含めて知恵を出す必要があると思います。その意味で、小笠原構成員の岩手医大の取組は非常に参考になると思いました。
もう一つは、少し近未来を想像してみますと、９年目以降の義務年限が終わった後の方がどういうふうに行動するのかというのは非常に気になります。まだそういう方は今のと

ころ少数だと思いますが、これから二、三年の間にかなりそういう事例が出てくると思いますので、どういうふうに勤務地域を選択されるのかというのをぜひフォローアップしていただきたいと思います。それは二、三年後の話になるかもしれませんが、データを取っていただきたいと思います。

その中で、こういう議論は、大学の定員をいじるだけでもちろん医師偏在はできませんので、個人的な意見になりますけれども、専門医制度とか、卒前教育も入ってきますが、どういうふうに総合的に対策するか、それを考える必要があると思います。若手医師のヒアリングというのは私も賛同いたします。

もう一点だけ、自治医科大学は開学当初からこの問題に取り組まれてきたわけですけれども、定員数から言うと、現時点で地域枠900余りの中の一部にすぎないという見方もあるかもしれませんが、50年間貢献されてきた。その貢献についてはもちろん評価させていただくとともに、速攻変えられた試験費などについて、この委員会で自治医大の役割についての話題があまり出てこないものですから、何らかの形で自治医大からのノウハウというか経験に基づく議論もあってもいいのではないかと思いました。

以上です。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した。

それでは、またオンラインに戻りまして、中村参考人、お待たせをいたしました。よろしくお願いします。

○中村参考人　花角知事の代理の中村でございます。新潟県でございます。よろしくお願いいたします。

私からは、51ページの医学部臨時定員の方針について意見を申し上げさせていただきます。

まず、今回、医学部の総定員について削減する方針が示されたということで、その全体としての方向性については理解をしているところでございます。しかしながら、何回か今日も話に出ていますけれども、医師偏在は依然として解消されたとは言い難い状況でございますので、この状況を踏まえて、偏在対策というものを一層強力に推し進めていただきたいと考えています。

具体的には、昨年策定されました偏在対策パッケージ、それに関連しました必要な財政支援、事業の推進、養成課程を含めた偏在対策の仕組みに関する議論、こういったものの加速化が必要であるという点を改めて申し上げさせていただきます。

次に、医師多数県の臨時定員地域枠を一定数削減する際に考慮すべき要素や方法について今回示されておりますけれども、今回は地域の状況に配慮した削減幅の緩和、それから復元要件の基準引上げが提案されていました。後期高齢者の増加や医療機関へのアクセス困難といった要素に配慮するということを否定するものではございませんけれども、こうした見直しが医師多数都府県のそれぞれにどのように影響するかが重要だと考えていますので、次回の検討会では方針（案）とともに、医師多数都府県への影響を示していただけ

ればと思います。

次に、全国的な取組を促すルールの運用についてですけれども、今後、地域枠を増やす際について、県内大学の恒久定員を基本として、安定的な医師確保を図ろうとする考え方自体は理解していまして、否定するものではございませんが、先ほど小笠原構成員からも、私立大学における恒久定員内の地域枠設置の難しさについての言及があったほか、都道府県ごとには人口規模と医学部定員の差があるという状況でありまして、例えば新潟県では医学部が１校しかないということでして、定員が少ないということなので、県内だけで十分な枠を確保し切れない部分を、県外の私立大学に臨時定員の地域枠を設けてもらうことで補って医師確保を図ってきたというような経緯があります。こちらは今日、参考資料２に入れておりますけれども、そういった経緯がございます。

地域枠は、それぞれの大学と個別に調整をしているのですけれども、例えば大学側の事情によりある年度に臨時定員の地域枠が減となった場合、その枠をほかの大学と調整しようとしても、同一年度内には対応が難しいといったケースも現実に生じ得ると考えています。

全国知事会としては、これまで地域に必要な医師が十分に確保されるまで、恒久定員内での地域枠設置を要件とせず、臨時定員増を延長するというようなことを要請してきたところでございまして、地元大学の恒久定員内での増員を基本としつつも、各都道府県の事情や県内外の大学との連携の実態を踏まえて、前年度の数値を画一的な上限とせず、医師少数県を含むそれぞれの状況に応じた柔軟な運用をお願いしたいと考えています。

なお、地域枠は、奨学金等を通じて都道府県が相応の財政負担を負っている仕組みでございまして、とりわけ必要性に迫られて多くの枠をつくっている医師少数県でその負担感は重いところでございまして、医師偏在の是正を全国的に進める観点からは、こうした地域の負担に対して国の財政的支援の一層の充実についても併せて御検討いただきたいと考えております。

以上でございます。

○遠藤座長　ありがとうございます。御意見として承りました。

中村参考人、何か事務局のコメントは必要ですか。

○中村参考人　いえ、意見として申し上げさせていただきました。

○遠藤座長　よろしいですか。ありがとうございます。

それでは、会議室で御参加の先生で何かございますか。

小笠原構成員、どうぞ。

○小笠原構成員　女性医師のところなのですけれども、女性医師の問題ではなくて、もし夫婦とも医師であれば、実は一方が地域枠、両者が地域枠の場合もありますし、自治医大の場合もありますし、それをどうするかというのは、各都道府県の配調整会議があると思うので、それと大学と、かなり綿密に打ち合わせして、そのお二人が生活がきちんと成り立つようなことをやるべきだということで、実は岩手医大ではかなりそれをやっています。

言い方が悪いのですけれども、昔の男性上位社会では、男性の医者の派遣先を決めたら女性はついていくというような非常に封建的なことをやられていまして、それを今、私が病院長になって全部なくして、きちんとワーキングをつくって、そこで勧告を出しまして、県と大学の教授同士が話し合って、その２人が幸せになるような派遣をしてくれということを県にもお願いして、時には地域枠の年限をちょっと変えるといいますか延ばすとか、そのような工夫をして、なるべくそのお二人の都道府県の地域枠、あるいは片方が地域枠であれば、そこで生活して、医師を継続して子育てもできるような工夫をかなり個々にやらないと無理な話だと思いますので、それをやらないと多分駄目かなと思います。

これは１つの政策でできることではなくて、個々で個別にやることで、かなり細かいようなフォローアップが必要なので、そういうワーキングをちゃんと開いて、県と大学にそういうことをやっているのだ、やらなければ駄目なのだというようなことを岩手医大ではやっていまして、そうしないとあなたのところには入局しませんよという脅しを私がかけたぐらいしたのですけれども、かなりそれが今うまくいって、小児科の教授ですけれども、自治医大卒の女性の方に実際にやってもらっていまして、うまく動いていると思います。そういう工夫も必要ではないかなと思っております。

○遠藤座長　ありがとうございます。

今村構成員、いかがでしょうか。

○今村構成員　私も、51ページの全体の案については、今年度に関してはこのような感じなのかなと思っております。

そういう中で、本日のお話をいろいろお聞きしますと、臨時定員枠を削減する前に、先ほど中村参考人からは医師少数県における恒久定員内に地域枠を設置することの義務化は避けてほしいというお話がありました。ただ、もし臨時定員枠を少なくするのであれば、その前にまず医師少数県における恒久定員の中に地域枠の設置を進めていくということは一つ考えておく必要があるのではないかと、本日のお話で感じるところです。

ただ、その際に、先ほどの中村参考人のお話でもありましたし、本日の小笠原構成員のお話でも、ここは様々な制度の枠というか、その壁、また、もう一つ一番大事なのはお金の問題だと思いますけれども、そういったところをしっかり解決していただいた上で、臨時定員について考えるということが必要ではないか、まずそれが51ページについての考え方です。

そしてもう一つ、私自身は小笠原構成員からの資料２に基づく本日の発表は非常に大事な発表であったのではないかと思っております。恐らく皆さんは最初に江戸時代の藩の話が出てきて驚かれたと思うのですが、先日、日本医師会で、全国医師会勤務医部会連絡協議会をそれこそ岩手県盛岡市で開催いたしました。実はこの勤務医部会連絡協議会は日本全国で行っておりますけれども、各県のというか、その地域の状況において、この藩のようなある意味目に見えない形での一つのグループというのは、今でも根強く存在しています。

特にそれはどこで一番感じるかというと、郡市区医師会においては、場合によっては今の郡市区に沿って区分されるのではなくて、昔のいわゆる藩同士、仲がよければいいのですが、藩同士仲が悪いと、大抵の場合、そこで線を引いて郡市区医師会を決めると。それが今も根強く残るというようなことは今でもありますので、このような例がほかにあるのかということについては、意外と日本全国いろいろなところでこの影響というのはありますということです。

それを踏まえて、今後どう考えるかの中で、先ほど道州制のお話がありました。15ページを見ていただきますと、以前に一度、私も言及させていただいたのですけれども、この黄色と青の状況を見ると、日本全国一律で医師少数県があるわけではないということは一目瞭然です。県単位の対策だけではそろそろ限界になってくるということを考えていきますと、例えば先ほどの岩手においてはむしろ北東北３県という、道州制という話がありましたけれども、現代用語で言うと、どちらかというとブロック制ということになるのかもしれません。少しそういったブロック単位でも医師少数対策というのができるような形で地域枠を考えるということは､そろそろ検討していただくとよいのではないかと思います。この辺は、医師少数県の代表の皆さん方にも何かいい提案があればぜひ御提案いただき、意外とブロック的な考え、もう一つ付け加えますと、例えば九州というのは、九州が一丸となって、九州ブロックでいろいろな取組がされるというようなことは意外と行われております。それが同様な形でほかの地方においても散見されますので、この辺は厚労省においても情報をぜひ取得していただければと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長　ありがとうございました。

予定されていた議題１に関する時間が大分過ぎてしまいましたので､議題１に関しては、本日の議論はこれぐらいにさせていただきたいと思います。

事務局から、51ページの提案が出されております。いろいろな御意見もありましたけれども、おおむね大きな反対はなかったと認識はしておりますが、様々な御意見、直接これに関連するものでないものも含めて大きな御意見がありましたので、事務局におかれましては、本日いただきました意見につきまして、令和９年度の医学部の臨時定員の具体的な方針については、また次回以降検討していただくということにさせていただいて、この御意見についてはそこに参考になるような資料としてまとめ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、本日用意されている議題２でございます。「次期医師確保計画策定ガイドラインにおける医師養成課程の取組に係る見直しについて」について、事務局から、資料１の続きの部分ということになるかと思いますけれども、説明をお願いしたいと思います。

○渡邉主査　事務局でございます。

資料１、52ページ目から議題２でございます。

53ページ目、前回の事務局（案）資料でございまして、54ページ目、皆様からの御指摘

をまとめたものです。医師養成過程を通じた対策として幅広く御意見を頂戴しております。

56ページ目、57ページ目、昨年末に策定し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で、厚生労働省としまして順次対応しているといった状況でございます。

58ページ目、医療計画の全体のスケジュールでございますが、令和９年度から次期、第８次後期医師確保計画が開始されるに当たって、国において策定ガイドラインの公表を行うことになっております。

59ページ目は、医師確保計画を通じた偏在対策の全体像で、具体的な取組は、60ページ目、地域医療対策協議会で主に御協議いただいているところです。

61ページ目は、医師養成過程を通じた偏在対策の全体像でございます。

62ページ目から、５つの見出しごとに今回論点を整理しております。

63ページ目、現行の策定ガイドラインの構成でございますが、医師養成過程を通じた取組としましては、項目の６番、医学部への地域枠等の設置が中心となっておりました。

こうした中、64ページ目、先日の地域医療構想及び医療計画等に関する検討会でございますけれども、医師確保計画における医師養成過程の取組は本検討会において議論することとなっております。

66ページ目、都道府県の医師確保における医師養成過程を通じた取組の位置づけ、として今回整理しております。

論点のところでございますが、地域の実情に合わせて効果的に制度を活用できるよう、制度の趣旨等も踏まえて医師養成過程を通じた医師偏在対策に関する都道府県等の対応の在り方を整理する必要があるのではないか。

医学部の段階における取組以外にも様々なアプローチを組み合わせた対策がより一層重要となることから、「医師養成過程を通じた対策」についても今後予定されている次期の「医師確保計画策定ガイドライン」に網羅的に位置づけることとした上で、地域に必要な医師の確保の実効性を高めてはどうか。

具体的には、以下のような章立てを念頭に、それぞれの取組について、都道府県に対する情報提供等の内容を検討してはどうかとしております。

67ページ目からは、医学部定員における取組でございます。

68ページ目、地域枠や地元出身者枠の概要でございまして、69ページ目、地域枠等の設定に係る都道府県知事の要請権限の法的位置づけでございます。

70ページ目は、恒久定員内地域枠の活用といったところで、都道府県において大学と調整を行うことをしているところでございます。

71ページ目は、医学部臨時定員増に係る経緯でございます。

72ページ目は、地域枠医師を主な対象としましたキャリア形成プログラムの概要でございまして、73ページ目、こうした適用のされる医師は増加傾向にあるところです。

74ページ目は再掲でございますけれども、地域枠医師の配置状況を都道府県別に示しております。

75ページ目、医師の動向（フロー）を概略的に図式化したものでございます。それぞれの段階で他県からの医師の流入ないし流出があり、こうしたデータも都道府県における医師確保対策の基礎データとして重要と考えているところです。

78ページ目、医学部定員における地域枠等の取組として整理しております。

論点でございますが、１つ目、医学部定員における地域枠や地元出身者枠の定員設定に当たって、地域の特性を適切に踏まえる観点から、これまでの地域枠数の実績等に加えて、都道府県ごとの医師の流入や流出状況、地域枠以外を含む定着意向等の状況を地域で分析することが重要ではないか。

また、自県における地域枠医師の配置状況や従事要件が明けた地域枠医師の地域への定着状況等についての把握や分析が重要ではないか。

２つ目、地域枠や地元出身者枠を設定するに当たって、前述の分析を踏まえ、地域医療に必要な医師を安定的に確保するとともに、人口減少等の状況にも対応するため、これまでに養成した地域枠医師の定着の促進、地域の大学を卒業した医師の地域への定着・出戻りを図る対応、医師養成過程に関する制度も活用した都道府県間での医師の人的交流等について、取り組むことが考えられるのではないか。

必要な地域枠等を新たに設置する場合は、今後は原則として恒久定員内で設置することについて、検討する必要があるのではないかとしております。

３つ目、地域枠以外の医学生についても、地元出身者等に対して、早期から地域医療への関心や定着意欲を育む取組が重要ではないか。

これらの取組を進めるに当たっては、地域における医師養成を担う大学と、在学中の医学生に対する地域の定着に向けた取組や地域の医療ニーズに応じた卒業後の研修環境の整備等の協議を行い、地域医療の実情に応じて検討することが重要ではないかとしております。

79ページ目から、臨床研修制度における取組でございます。

80ページ目、臨床研修の広域連携型プログラムでございますが、医師多数県に所在する基幹型病院に採用された研修医が、少数県に所在する病院などにおいて一定期間研修する仕組みでございまして、医師臨床研修部会において検討が重ねられているところでございます。

81ページ目、令和８年度からこうした制度の開始に向けて、引き続き都道府県とともに準備を進めている状況でございます。

こうした中、策定ガイドラインにおいて盛り込むべきといった観点で、82ページ目で論点を示しております。

１つ目、臨床研修制度における広域連携型プログラムの設定については、医師臨床研修部会の議論を踏まえて都道府県や対象となる臨床研修病院等に対して周知を行った内容のうち、都道府県が行う以下の取組については、医師確保の観点でも重要と考えられるのではないか。

ポツのところでございますが、広域連携型プログラムの対象都道府県において、連携先病院での研修内容や指導体制、研修の進捗状況や研修医の様子・生活などについて、病院間で適切な情報共有が行われているか等、管内の対象病院の状況を把握し、必要に応じてフォローを行うよう努める。

２つ目、研修医を受け入れた医師少数県等においては、将来的な都道府県への定着を図る取組も地域の医師確保の観点で重要ではないか。

取組の例としまして、１つ目、地域の魅力を活かした特色ある研修プログラム作成への関与、２つ目、臨床研修修了後のキャリアプランの提示を目的とした都道府県内の専門研修プログラムに関する情報提供、こうしたことを書かせていただいております。

83ページ目からは、専門研修制度における取組でございます。

84、85ページ目と、専門研修制度の仕組みで、86ページ目からは、専攻医の地域定着に係る意向として幾つかデータをお示ししております。

90ページ目、専攻医が専門研修プログラムを選ぶ際の重要な要素としてアンケート調査結果でございますが、専門研修プログラムの内容や優れた指導者の存在というのを上位に回答しており、91ページ目、医師専門研修部会においても、専門研修の指導体制の構築や専門研修体制の確保等の観点から、専門研修指導医の重要性を議論してきたところです。

92ページ目、専攻医採用数の上限設定、いわゆるシーリング対象の県から対象外の県において一定期間研修を行う連携プログラム等についても、連携先のニーズの把握や研修環境の担保のため、93ページ目、様々な関係者が協力する体制を構築するなど推進していく方針としております。

97ページ目で論点でございます。

１つ目、医師のキャリアパスの特徴や専攻医の定着率のデータ等から、医師確保対策において専門研修に着目した取組を行うことは重要ではないか。また、プロフェッショナルオートノミーを基盤として構築されてきた制度であることを踏まえ、都道府県においては、まずは管内の専門研修に関する状況の十分な把握を行い、専門研修施設に対する支援等を行うことが考えられるのではないか。

また、都道府県における取組状況や取組事例、専門研修に関する動向を踏まえると、専門研修における取組のアプローチは、以下の３つの視点があるのではないかとしております。１つ目、専門研修プログラムの周知等、専攻医を確保するための施策、２つ目、専門研修指導医の確保を含む研修環境の整備等、専攻医の定着支援につながりうる施策、３つ目、連携プログラムの活用等、県内外の医療機関間のネットワークの形成及び強化、これらを挙げております。

最後、５つ目、98ページ目から、必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組でございます。

医師養成過程においては、地域における必要な診療科の医師の育成として、99ページ目、一部の大学の地域枠における診療科特定、100ページ目、臨床研修においては地域医療研修

の必修化、101ページ目、幅広い領域の疾病等に対応する総合診療医の養成を進め、102ページ目、総合診療を専攻する専攻医も増加している状況です。

103ページ目は、大学・大学病院におけるこうした取組への事業として、具体的には104ページ目で福島県立医科大学、105ページ目で広島大学の取組を紹介しております。広島県において、大学の総合診療医センターと連携し、医師養成過程それぞれの医師を対象として支援、連携を行っている事例です。

106ページ、107ページ目は、参考としまして、総合診療医の役割や増やすための取組についてのアンケート調査の結果になります。

108ページ目は、昨年策定した医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージに基づく、中堅・シニア世代に向けたリカレント教育でございますが、現在、実施団体を採択して、具体的な取組ないし進捗は109ページ目以降でお示しさせていただいております。

続いて、114ページ目は昨年の偏在対策の議論の中で、診療科偏在として必要な環境づくりや外科医師等の業務負担への配慮等、対策を講じていく方向性として、順次対応している状況です。

勤務環境改善として、116ページ目、都道府県に設置されている医療勤務環境改善支援センター（勤改センター）の概要をお示ししておりますが、117ページ目、その法的規程で、118ページ目、各行政機関の関係を概略図に示しているものでございます。勤改センターは、県と労働局の双方からの委託を受けて取組関係となっておりまして、医療機関に対して伴走的なワンストップの支援を行うといった立場でございます。

119ページ目、これまでの取組や現状をまとめて、120ページ目が論点です。

１つ目の墨つき括弧、地域において必要な診療を担う医師の育成・確保でございます。

１つ目、地域の人口構造の変化や高齢者救急の需要の増加への対応等、地域のニーズに適切に対応する観点で、総合的な診療能力を有する医師など、地域において必要な診療を担う医師の育成や確保において、都道府県が関与することが重要ではないか。

２つ目、若手医師までを中心とした取組や、中堅・シニア世代を中心とした取組について、国や関係者による既存の取組の他、都道府県が担うことができる役割を整理し、医師確保の取組につなげることが重要ではないか。

表にまとめさせていただいております。

都道府県の役割の例として、右側のところでございますが、若手医師までを中心とした取組として、地域枠を含めた医学生への情報提供、臨床研修・専門研修のプログラムの充実に向けた支援、管内の専門研修プログラムや基幹施設の把握、専門医以降のキャリア形成支援、こうしたことを列挙しております。

それから、中堅・シニア世代を中心とした取組として、現在、国においても予算事業で支援を開始しているところから、都道府県の役割として、管内の医療機関における取組状況の把握、管内の医療機関に対するリカレント教育の周知、こうしたものを挙げさせております。

また、都道府県のこうした取組に当たっては、女性医師の増加や育児・介護等と仕事の両立に係るニーズ等を踏まえ、地域医療を支える意欲のある医師が、多様なライフプランやキャリアステージに応じて、常勤・非常勤といった勤務形態を問わず、また、地域間の人的な交流なども活用しながら、柔軟かつ持続可能な形で診療に参加できる体制や運用を念頭に検討していくことがより一層重要となるのではないかとしております。

２つ目の墨つき括弧、必要な診療科の医師の確保に資する医師の働き方改革の推進でございます。地域で必要な診療科、例えば、労働時間が長い傾向にある外科や、周産期に関わる診療科、麻酔科などについては、都道府県の医師確保に関わる部局と勤務環境改善に関わる部局が連携を図りつつ、現場の状況を把握し、必要な支援を検討することが考えられるのではないかとさせていただいております。

以上で説明は終わりになります。

○遠藤座長　ありがとうございました。

それでは、本件について御意見いただければと思いますけれども、今度はオンラインで参加の構成員からいかがでございましょうか。どなたかお手を挙げる方はいらっしゃいますか。

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。

今回事務局が提案された章立てと内容についての概要は、大変重要なものをしっかりと網羅されており、私としては特に異論はございません。この方向で進めていかれるといいのではないかと思います。

その上で何点かコメントさせていただきます。

地域枠を偏在対策の重要な施策として今後も拡充を進めていきますときに、72ページにあるキャリア形成プログラムを充実させることが一つの大きな鍵となると思います。地域枠、そして地域枠でなくても地域医療を志す人たちに、キャリア、そして生活のサポートをすることが非常に重要で、これをセットで行うべきで、ここを重点的に議論して、しっかり記載していくべきと思います。

卒業して医師としてのキャリアを積んでいく上で､人口が少ないところで働いていると、経験できる症例が少なくなってしまって、自分のキャリアが遅れてしまうのではないか、取り残されるのではないかという不安を持つのはある程度当然かと思いますけれども、それが少数地域で働くことをためらう理由になっていればもったいないと思います。例えば一定時期、症例数の多いところに循環して経験を積む機会を提供して、地元でその経験を生かして活躍するようにする取組なども提案したいと思います。

例えば実際に私のところでは、専門医研修の連携の仕組みを活用して、地域でお産が減っている施設から当院で半年や１年経験していただいて、また戻っていただく。一方、当院から医師不足の地域へ専攻医を派遣する。そういった取組を併せて行って、研修医の満足度も非常に高いです。全国各地域が一丸となって医師不足、医師の偏在に対応するため

に、連携・協力して地域全体の医師の育成、キャリアサポートを行う仕組みをもっとしっかりと推進していくべきだと思います。むしろ地域枠のほうがキャリアサポートを受けられて安心ということで、地域枠に応募する方がもっと増えるのではないかと思います。

続いて、80ページにある広域連携プログラムですけれども、いよいよ来年春から実際に始まり、既にこの秋の先日の臨床研修マッチングで相当数の学生がここにマッチングして、このプログラムに入ることになりました。ここに関しましては別途、臨床研修部会、私もそこの委員をしておりますけれども、そこの議論が進められることと思いますが、その運用において生じてくる様々な課題とか、それから実際に偏在対策にどのくらいの効果があるかの検証などについては、ぜひこちらの検討会でも情報を共有して、議論を進めていくべきかと思います。

私のコメントは以上です。ありがとうございます。

○遠藤座長　貴重なコメントありがとうございました。

オンラインで御参加の構成員の方でお手を挙げる方はいらっしゃいますか。

それでは、坂本構成員、お願いいたします。

○坂本構成員　御説明ありがとうございました。

私も、今回の事務局からの提案は、非常に分かりやすくまとめてくださっていると思います。これでお進めいただければと思います。

そのうえで意見として、78ページにありますように、地域枠以外の学生にも地域医療の必要性を伝えていく、教えていくということが、これから重要になっていくと思います。その辺りのことも、ぜひお考えください。

もう一つ、木戸構成員の御発言にもつながるのではないかと思いますが、、120ページにもあるように、ライフプランの中で医師として生きていくということは、女性だけではなくて男性にとっても非常に重要なことです。例えば子供の教育をどうするのかということは、今後地域の中でも考えていくということにもなってくるのではと思います。その辺りも含めて、いろいろなところが連携をしながら進めていければと考えております。

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、会場参加の構成員でいかがでございましょうか。

小笠原構成員、よろしくお願いします。

○小笠原構成員　80ページ、81ページの臨床研修の広域連携型プログラムは非常にいいのですけれども、ここのマッチングをどうするのか、非常に気にかかります。どういうことかというと、同じ岩手県は医師少数県ですが、地域によって異なり、新幹線沿いは実はフルマッチしていて、医者が一言で言うと多いのです。でも、岩手県は、沿岸は医師は非常に少ないと。そうすると初期研修医はどういう反応をするかというと、新幹線沿いに応募します。実は非常に差があるのです。これをもしマッチングでやったとしたら、今も初期研修がフルマッチしている医療施設に広域連携型プログラムに応募した初期研修医がまた

行くのかという、実際にどういう運用を各都道府県がするのか分からないのです。できれば、これを病院ではなくて、都道府県の初期研修の我々のところにイーハトーヴ病院群というのがありますので、そこにお任せいただいかないと非常に変なことになる。結局県内での地域の医師偏在格差が大きくなってしまうのです。医師少数県に行っても結局医師多数地域に行って、盛岡市なんて全国に比べたら田舎ですがやはり岩手県内では便利で、教育もできる。そうすると何の意味もなくなるということなので、本当に広域でやる、本当にこれを医師偏在に使うという目的であれば、これはその都道府県が主体的に広域連携型プログラムに応募した初期研修医をどこに配置する決めるべきです。マッチングした病院に決められると、そこだけが医者が増えて、言い方は悪いのですけれども楽をしてしまうという変なことになってしまうので、指導者がちゃんといるのであれば、医師少数スポットではないのですけれども、そのようなマッチングの仕方の工夫をぜひしていただきたいというのが私のお願いなのですが、そこまでは検討されているのでしょうか。

○遠藤座長　それでは、事務局、臨床研修部会の話だとは思いますけれども、マッチングの仕方がどういうふうになっているのか、何かコメントございますか。

○和泉医師養成等企画調整室長　ありがとうございます。

私も今お答えできないので、少し持ち帰らせていただきたいというところではあるのですが、先生が御指摘のとおり、都道府県が関与するというところは非常に重要で、要は一個人の希望ベースだと、おっしゃるとおり県内の偏在が解消しないという問題意識だと理解しました。

これはまだまさに始める段階でありまして、そういった御指摘、もしかしたら臨床研修部会のほうではあるのかもしれませんが、あり得るのかなと私も感じましたので、どういうふうになっているかというのを整理させていただきまして、また御報告をしたいというのと、それも含めて、臨床研修部会での御議論にも資するように整理をしたいと思います。

御回答になりませんが、すみません。

○遠藤座長　よろしくお願いいたします。

ほかにございますでしょうか。オンラインでも結構でございますが、御意見、御質問等あれば。

それでは、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員　先ほどのお話の続きという部分がもう一つの議論かと思います。今回、75ページで、都道府県における医師の動向という、これからの作成なのだと思いますけれども、こういった流入、流出の状況が分かってくると、各県で見たときに、実はこの県とこの県の流入、流出が非常に盛んだよねというようなことで、ある意味ブロックでの動きというのも分かってくるのではないかと思います。

この中で一つ、特に医師少数区域において、総合診療能力を有する医師についてかなり大きく取り上げられているかと思います。今回、特定機能病院の在り方に関する検討会でも、これを特定機能病院、特に大学病院本院においては19領域全てを提供できるようにと

いうことが盛り込まれております。ただ、これはしっかりできている特定機能病院もあれば、今からというところもあるようです。総合的な診療能力を有するドクターの育成に関しては、本当に今から育てるということを前提に、ぜひいろいろな施策を考えていただければと思います。恐らく以前一度、特定機能病院において総合診療科というのは結構多くの大学が設置された時期があったと思いますが、現実、それがほとんどなくなってしまったというのが現状かと思います。そういった現状を考えると、今回の総合的な診療能力を有するドクターの育成、それから、そのドクターがいろいろな地域で活躍するためには、これから育てていくという観点が非常に大事ではないかと思います。

加えてといいますか、先ほどは道州制、ブロック制の話をしましたけれども、現在、大きく３つの医師偏在対策、１つは学生のレベル、医学部定員数ということですが、その中の地域枠、それと臨床研修医、それと専門医ということで、３つの会議に出ていて感じるのは、やはり一番難しいのは専門医の部分ではないかということです。特に専門医取得だとか専門医として活躍するには、正直言って患者さんが多いところでないと専門医としての活躍がなかなかできないと。それを前提に考えていきますと、医師偏在対策の議論は基本的に定着性を前提に議論していますが、どうも専門医の研修だとかその配置を考えたときには、なかなか定着性と実は相入れないところが生じてくると。そうすると、単に定着ということではなくて、先ほど木戸構成員からもお話がありましたけれども、これも今後の特定機能病院の非常に大事な役割になると思いますが、ある意味のシフト制なのか流動性ということなのか、専門医の先生方が、双方向に働く場所を移動できるというようなことが大事なのではないかと考えます。

どうしても専門医は都会に集まってくる、症例が多いところに集まって来るものと思いますけれども、そこから無理やり医師少数県に強制的な配置転換というのはやはりなじまないだろうと思いますし、そういう施策ではなくて、医師少数県にしばらくお手伝いに行く。けれども、ちゃんとまた帰ってこられるというような、まさに木戸構成員がおっしゃった部分というのが今後、特定機能病院の在り方の中でも非常に大事になってくるのではないのかと思います。

特にこれはもう一つ、特定機能病院の今後の在り方の中で、いわゆる医師派遣というのが今回入ってきておりますので、そういう中でぜひこの問題も取り上げていただければと思います。ここは施策的に横との連携をぜひしていただくのと、最初のお話で、松本企画官からプラットフォームの設置といったお話がありました。これは特定機能病院単独でやることはやはり困難だろうと思います。そうしたときに、都道府県行政、また場合によっては地域の医師会と協力してできるプラットフォームにおいて、先ほど小笠原構成員がおっしゃったようなマッチング問題も含めて、解決できる方法を考えていくということが重要になってくるのではないかと思います。

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。

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、よろしくお願いいたします。

○中村参考人　ありがとうございます。

先ほど80ページ、81ページの広域連携型プログラムの調整先の病院のお話が話題に出たと思いましたので、新潟県での調整の仕方を参考に御紹介させていただきたいなと思っております。

81ページの右側に、医師少数県等連携先病院という欄があって、一番右上に連携先病院リスト・情報を作成というのがそこの役割で記載されていまして、ですので我々は、受入先となり得るような病院と県とで受入れが実際に可能かどうかという調整を行いまして、そちらで県としても偏りがあまりこう生じないような形で、しっかり医師偏在ということにも資するようなバランスなどにも配慮した形で病院リストを作らせていただいて、その上で派遣元となるところとの調整でプログラム作成につなげているというような運用をしております。恐らくほかの県も同じような運用だとは思っておりますが、新潟県の事例ということでまず紹介をさせていただいた次第でございます。

それと、今回の議題のガイドラインのところにつきましては、今、いろいろな資料を入れて、論点も様々入れていただいておりますけれども、各養成課程のプロセスごとを含めて、県において独自の取組というものが様々行われていると思っております。それぞれの県で自分たちが行えていないというか、まだ伸び代があるような取組というものについて、知りたいというような思いはあると考えておりまして、例えば新潟県においても、専攻医を確保するためにはどういう取組があるかというようなことが、ほかの県の取組などが大変参考になると思っていますので、そういう各県の取組がこのガイドラインなどに記載をいただけるというようなことに関しては、意義があるのではないかなと考えておりますので、そのことを申し上げさせていただきます。

以上でございます。

○遠藤座長　どうもありがとうございました。

それでは、先ほどの連携先の選択についてということで御発言された小笠原構成員、何かコメントございますか。

○小笠原構成員　今のは非常によく分かります。私も岩手県に聞いてみます。

私から１つ質問をいいでしょうか。専門研修制度の取組で、先ほどキャリアパスのお話を今村構成員がされましたが、私としてはこうしてほしいのです。岩手県、要するに医師が少ないところの要望としては、例えば私、脳外科医だったのですけれども、どうしても地域枠は専門研修中に沿岸に義務として行かなければならないのです。そうすると何が起こるかというと、大学本体の中に専門の医師が少なくなると。それで業務が大変になるということがあるので、むしろ医師多数県からは、医師少数県の機関病院のほうに来てほしいのです。そこの中で抜けたといいますか、大学病院だとそこから地域枠が一定期間必ず小・中病院に沿岸に行くということをしなければならないのです。言い方が悪いのですが、

そこに医師多数県から専攻医が来ていただければ、そこで専門研修のプログラムが施行可能となります。基幹病院ですので、その分その方も症例数を、例え岩手県でも基幹病院で症例は豊富にありますので、きちんと専門研修を受けることができます。そういう仕組みをやっていただければ、恐らく医師多数県から来ていただいても、来た方は不満がないと思います。

言い方が悪いのですが、地域枠の方々が地方に出るときの補充という言い方は非常に失礼ですが、医師多数県からの専攻医はきちんとした症例数を重ねることができます。そういう連携を図ってもらえれば、今の専門研修のそういうやり方をしていただければうまくいくかなと思いながら、今村構成員の話を聞いていて、キャリアパスということ考えたら、ぜひそういうことを進めていただきたいと思って発言させていただきました。

私も脳外科の専門医の教育をしていましたので、そのやり方だったら成立すると思っています。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した。

何か事務局、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。

直接的なお答えになるかというところではあるのですが、93ページ目に専攻医の仕組みの中で今回、特別地域連携プログラムというものがございまして、これも実は臨床研修の広域連携型プログラムと似たような図でございます。専門研修部会のほうで御議論させていただいたのは、例えば特別地域連携プログラムで医師充足率が低い県に専攻医が行ってもらうという仕組みでございまして、これは広域連携型プログラムに似たようなものになっておりますけれども、その行き先が、これまで医師少数区域のみという形になっていたところであります。

一方で、学会等のお話を聞きますと、やはり症例の関係でもう少しほかの選択肢もあったほうがいいのではないかといった御議論であるとか、あとは都道府県がもう少し行き先というものをグリップするといいますか、調整するということも重要なのではないかということで、少し連携先の要件を見直す検討をさせていただいたところでございます。これに都道府県も関与するというのが93ページ目の図なのですが、小笠原先生が御指摘のように、例えば脳神経外科も、少し基幹病院で症例を積むという可能性もあると思いますし、少数区域であえて脳卒中をやるということもあるかと思うのですけれども、ある種選択肢を少し広げる形で検討させていただいたところでございます。

この仕組み、実はあまり連携してもらえる専攻医が多くないというところが現状ございまして、これをしっかり促進していきたいという議論をさせていただいているのですが、少し先生の問題意識にもお答えするような形になるかなとは思いますが、これをしっかり支援していかないと進んでいきませんので、この仕組みを専門医機構と共にしっかり検討していきたいなというところで、１つ事務局からのコメントとさせ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す。よろしいですか。

私自身も専門研修部会の部会長ですので、そういうお話があったということは記録させていただきます。ありがとうございました。

ほかにオンラインでも結構でございますけれども、よろしゅうございますか。

それでは、大体御意見は出尽くしたかと思います。本日は多様な御意見を頂戴いたしまして、ありがとうございました。事務局におかれましては、引き続き検討会で議論ができるように、多様な御意見をまとめまして、必要な資料や準備などを進めていただければと思います。

以上で本日予定をいたしました議題は全て終了いたしましたけれども、事務局から何かございますか。

○和泉医師養成等企画調整室長　事務局でございます。

本日も、御議論いただきまして誠にありがとうございました。

次回の検討会開催日程につきましては、追って調整の上、御連絡をさせていただきます。

以上でございます。よろしくお願いいたします。

○遠藤座長　本日は長時間にわたりまして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12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。