

2026-2-25 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13回）

○加藤課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第13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は、現時点で構成員10名に御出席いただいております。

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。

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松本企画官にお越しいただいております。

それでは、撮影についてはここまでとさせていただきます。なお、引き続き傍聴される方は、今後は写真撮影、ビデオ撮影、録音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1-1、1-2、参考資料1から4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、よろしくをお願いいたします。

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

本日の議題は、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ということでございまして、それでは、それに関連します資料が事務局より出されております。資料1-1「医師確保計画策定ガイドラインの見直しに向けた医師養成過程の取組に係る議論の整理（案）」でございますけれども、まずこれについて事務局から説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○濱田主査 遠藤座長、ありがとうございます。

それでは、事務局より資料の御説明をさせていただきます。

まずは資料1-1を御覧ください。

資料1-1「医師確保計画策定ガイドラインの見直しに向けた医師養成過程の取組に係る議論の整理（案）」については、まず1ページ7行目の「I. 背景」に記載のございまして、本案は医師養成過程を通じた医師の偏在対策などに関する検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、第8次（後期）医師確保計画に向けた医師確保計画策定ガイドラインの見直しに当たり、大学医学部、臨床研修、専門研修などの医師を養成する過程を通じた取組に係る議論や意見を整理したものでございます。

そのような背景を踏まえ、17行目にございまして、現行の医師確保計画策定ガイド

ラインにおける医師養成過程を通じた取組については、医学部臨時定員を含む医学部の地域枠の設置及び地域枠医師の地域におけるキャリア形成支援が中心となっていたところ、次期の医師確保計画策定ガイドラインに向けて、医学部における取組だけでなく、臨床研修、専門研修などの医師を養成する過程を通じた取組についても記載したものでございます。

それでは、次の2ページより、医師の養成過程それぞれにおける具体的な取組の内容について御説明をさせていただきます。

最初に2ページ37行目、医学部定員における地域枠などの取組についてでございます。38行目にあります現状及び課題においては、地域枠などの仕組みについて記載しているところ、これまでに議論のございましたとおり、医師の養成数については、中長期的な見直しを踏まえつつ地域の実情などに配慮しながら削減を図る必要がある旨、記載をしております。

57行目より、医学部定員における地域枠などの取組についての具体的な取組内容について、(1)全ての都道府県が取り組むべき対策、(2)各都道府県の状況に応じた対策の2つに分けて記載しております。

まず58行目、(1)全ての都道府県が取り組むべき対策についてです。62行目などに記載のとおり、我が国において、2026年以降、18歳人口の減少に伴い、大学進学者数は減少局面に突入すると予測されています。そのような予測を踏まえ、各都道府県が医師の養成過程を通じた取組を講じるに当たっては、66行目から次の3ページ74行目にございますようなデータを考慮して状況を分析することが考えられる旨、記載をしております。

また、3ページ76行目においては、都道府県における医師の確保などに当たっては、大学医学部・大学病院との連携が重要である旨を記載しています。文科省の大学病院機能強化推進事業におけるプラットフォームなどを契機として、都道府県と大学医学部・大学病院が必要な協議を進めることが考えられます。

88行目より、医学部定員における地域枠などの取組における(2)各都道府県の状況に応じた対策について記載をしております。

まず、92行目より、①医師の流出に対する対応について、93行目からの(ア)地域枠等以外への取組の推進については、地域枠以外の医学生に対しても早期から地域医療の関心や定着意欲を育む取組が重要である旨、記載をしています。また、そのような取組の例として、岩手医科大学、福島県及び福島県立医科大学の取組について記載しています。

次に、4ページ112行目より、(イ)都道府県内の臨床研修や専門研修等の充実の支援について、臨床研修や専門研修の段階で、地域の特性を生かした魅力あるプログラムの取組について記載し、この例として香川県の取組を記載しています。

123行目より(ウ)恒久定員内の地域枠等の設置について記載をしております。必要な地域枠などを設置する場合は、原則として恒久定員内で設置することについて検討を進め、都道府県が留意すべき点について、132行目から5ページの146行目に記載をしております。

また、143行目の記載にありますとおり、地域枠以外の取組について、地元出身者枠などの活用が考えられる旨も記載しています。また、取組の例として、宮崎大学の取組、鳥取県の取組について記載をしています。

5 ページ164行目より(エ) 大学と連携した都道府県内大学卒業生の動向の把握と働きかけについて記載しています。170行目などに記載のとおり、医師偏在対策に当たっては、地域枠などの医師については、義務年限の期間中はもとより、義務年限終了後の地域への定着や地域貢献を促す取組が重要であり、義務年限終了後の医師とのつながりの維持や、可能であれば勤務動向を把握することが考えられる旨、記載しています。また、そのような例として、次の6 ページ186行目に青森県の取組について記載しています。

191行目より、医師の流入に対する対応として、医師の確保の全体的な方向性と齟齬のない範囲で、すなわち医師多数県がほかの県から医師を確保することなどがないようにという範囲で、臨床研修や専門研修などの充実への支援や都道府県間での医師の人的な交流プログラムの活用などが想定される旨、記載しています。

198行目より、臨時定員地域枠の設置について記載をしてございます。4 ページ123行目に記載のあるとおり、必要な地域枠などの設置に当たっては原則として恒久定員内で設置することとしておりますが、やむを得ない事情のある都道府県においては臨時定員の活用も考慮する旨、記載をしています。

次に、6 ページ207行目より2. 臨床研修における取組について記載しています。

208行目からの現状及び課題については、臨床研修制度の目的と令和8年度から開始予定の広域連携型プログラムについて記載しています。

次の7 ページ226行目より、広域連携型プログラムについて、その具体的な取組の内容について、まず231行目より①プログラム作成時の取組について、連携先都道府県がリストの作成を行うに当たっては、本プログラムに参加することが適切な病院などがリストに掲載されるよう、都道府県から候補となる病院へ働きかけを行う旨、記載しております。

次に、243行目より②準備・研修開始前の取組について、連携元病院と連携先病院が円滑な連携や十分な情報共有が行えているか、都道府県が状況把握、フォローする旨、記載しております。

次に、249行目より③研修医募集について、プログラムの情報発信をしっかりと行う旨、記載しております。

256行目より④連携先病院での研修開始後について、病院間で連携、情報共有が行われているか、状況把握やフォローに努める旨、記載しています。

続きまして、8 ページ262行目より(2) 広域連携型プログラムを通じて将来的な定着を図る取組とのことで、プログラム終了後の将来的な定着に向けた取組について、267行目より①専門研修プログラムに関する情報提供について、広域連携型プログラムにおける連携先病院での勤務について、地域への定着の契機となり得ることから、臨床研修終了後のキャリアプランの選択肢として、都道府県内の専門研修プログラムに関する情報提供を行う

ことなどは有効であると考えられる旨、記載しています。

279行目より、②地域の特色のプログラムへの反映について、離島やへき地などの特殊な地理的条件における診療機会、地域のイベントと連動した研修などを盛り込むことが考えられる旨、記載しております。

続きまして、287行目より3. 専門研修における取組について記載をしております。

9ページに御移動いただき、303行目からの(1) 専門研修に関する検討体制及び基本的な考え方について、311行目にございますとおり、都道府県別・診療科別に専攻医の採用数の上限の設定、いわゆるシーリングの仕組みについて記載をしております。

専門研修における具体的な取組について、まず、325行目より①専門研修の状況の把握について、専攻医の受入状況などの把握を行うことは、医師偏在対策を検討する上で重要である旨、記載をしております。

また、323行目より、その情報共有を踏まえて、②専門研修プログラムの周知及び環境整備の支援が対策として考えられる旨、記載をしております。また、取組の例として香川県の取組を挙げています。

343行目より③連携プログラムの活用について、約3割の専攻医が連携先の都道府県で勤務していることを希望していることから、連携プログラムの連携先となる都道府県においては専攻医を積極的に受け入れるなど、連携プログラムの活用も有用である旨を記載しています。また、取組の例として茨城県の取組を記載しています。

354行目より④専攻医及び指導員に対する支援を通じた地域への定着策について、指導医に対する支援の重要性について記載をしております。

最後に、4. 必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組についてです。次の11ページに御移動ください。

390行目より、(1) 地域で必要な診療を担う医師の育成・確保について記載をしております。ここでは、396行目にございますとおり、いわゆる総合的な診療能力を有する医師の確保について記載をしております。

具体的な取組の内容については、①若手医師を中心とした取組について、413行目より(ア) 地域枠等を含む学生などへの情報提供について記載をしております。

12ページに御移動いただきまして、417行目より(イ) 臨床研修・専門研修プログラムにおける総合的な診療能力を有する医師の養成を強化するプログラムの充実の支援について記載をしております。

427行目より(ウ) キャリア形成支援について、大学などに設置される総合診療センターなどを活用する取組なども重要であると考えられる旨を記載しています。また、取組の例として広島県の取組を例に挙げています。

ここまでの①若手医師を中心とした取組についての記載で、13ページ、②中堅・シニア世代を中心とした取組について441行目に記載をしております。ここでは医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージにおいても議論させていただきました、総合的な診療能力

を高めるためのリカレント教育について主に言及しています。

リカレント教育に対する具体的な取組の内容としては、454行目の（ア）管内の医療機関における取組状況の把握に記載のあるとおり、都道府県においては管内の状況をまず把握する旨、記載をしております。

それを踏まえて、426行目、（イ）リカレント教育の周知にございますとおり、リカレント教育のパンフレットやホームページなどを活用しながら、都道府県から医師に働きかけを行うことが効果的である旨、記載をしております。

また、総合的な診療に係る取組のほかにも、地域の実情に応じて必要な診療科の確保の取組を検討することが適当であり、また、必要な診療科の医師の確保に向け、地域枠でない学生に対して特定の診療科に進む場合の支援を行う取組も検討され得る旨、記載をしております。

ここまでが4. 必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組の総合的な診療能力を有する医師の確保についての記載でございました。

最後になりますが、14ページ477行目より（2）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について記載をしております。具体的な取組の内容については、479行目にごございますとおり、柔軟な働き方の体制づくりが重要である旨、そして、そのためには、487行目にごございますとおり、医療機関におけるマネジメントの向上も不可欠である旨、記載をしております。

また、上記に加えて、495行目にごございますとおり、国民に対して医師の働き方改革の推進に向けた理解の醸成の必要性、501行目では外科や周産期、麻酔科などの地域で必要な診療科の支援について記載をしております。

また、取組の例について、高知県の例について記載をしております。

資料1-1の説明については以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの議論の整理案につきまして、御意見、御質問等をいただければと思います。

それでは、まず会場御参加の構成員の先生方からお話いただければと思いますけれども、御意見はございますか。

神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員 ありがとうございます。神野でございます。

3点、少し資料1-2にも係ることもあるかもしれませんが、よろしくお願いたします。

まず1つめ、大原則ですが、1ページ目の下のほうを見ていくと、都道府県、それから、その下に「なお、」から32行目から国ということで、都道府県の役割と国の役割というのがございます。これ以降、多くのところが「都道府県は」という主語がついておりますので、都道府県がやらなくてはいけないことがいっぱいある。一方で、都道府県によって

ばらつきがあるというのも事実であります。その辺のばらつきというところに対して、32行目の国が技術的助言とか財政的支援をやりますよということが書いてあるというのが大体の立てつけなのかなと思います。

国として何らかのガイドライン的なものも示すということだと思いますけれども、それに対して、資料1-2に行ってしまうけれども、これまでも何遍もお出しいただいております16ページ目の医師確保計画策定ガイドラインですけれども、目標については2036年度の医師偏在が是正されるということなのですから、その途中経過というのがなかなか見えにくいのか、2036年といいますとまだ10年先ですので、その途中はどうするのというところについて、もしよろしければ、後ほど厚労省の見解というものをいただければと思います。何らかのマイルストーンとかKPIが必要なはずでありますので、その辺をどういうふうにつくっていくのかというのがこれからの鍵になるのかなと思って伺います。

それから、今回の資料1-1の3ページの一番上ですけれども、大学医学部・大学病院との連携が重要であると。これは全くおっしゃるとおりなのですけれども、この後も出てきますが、これも都道府県によって、恐らく大学によってと言ったほうが正しいかもしれませんが、恒久定員内地域枠に非常にばらつきがあるということはこれまでこの会議でいっぱい出ておりました。その辺のところは、これは指導としては文科省に投げてしまうのか、国としてきちんと大学を説得するというか、恒久定員をつくるために何らかのあめとむちも含めて、大学に対してお願いしなくてはいけない。このところは、これはなかなか都道府県の行政ではやりにくい話だと思います。この辺りを、国の取組というのをぜひ聞かせていただきたいなと思います。

あと、資料1-2の30ページの地域枠医師の配置状況、これもこれまで何遍も出ていた話なのですけれども、見てみると、まさにこの黄色いところですよ。地域枠はほとんどみんな多数区域にいるという県があるわけですよ。あまり具体的に言うと何かかもしれませんが、大阪とか、佐賀とか、山梨とか、決して佐賀と山梨に医師が余っている県だとは思わないのですけれども、にもかかわらず、多数区域にしか置いていないということは、地域枠はこの県は要らないのではないですかと。要らないならばほかに回せよとか、そういう考え方というのは、この資料の30の地域枠医師の配置状況を見て思ってしまった。

最後に1つ、今回の資料とは関係ありませんけれども、これから医師も減ってきて、それから、地方では患者も減ってくるというような状況になって、この医師偏在対策を考えたときに、今、医療法の改正もありましたけれども、何が何でも過疎地に医師を持っていかななくてはいけないという感覚から、オンライン診療とか、私たちは頭を転換させる必要があるのではないのかなと思って一言申し上げさせていただきました。これまで私たちは、まだ偏在がある以上はある程度医師を養成しなくてはいけないというスタンスを取っておりましたが、ただ、今の18歳人口の極端な減少ということを考えると、そうはいかないと思います。そういった意味では、偏在対策というのを急がばならないと強く申し上げて終

わりにします。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

最後は御意見ということでございましたけれども、ほかの分野で問いかけもあったかなと思いますので、事務局として回答のできる範囲でお願いいたしたいと思います。

○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。

いずれも御指摘として非常に重要だと認識しております。取り漏らしがあったらまた御指摘いただければと思いますが、まず1点目、KPIをばらつきがある中でしっかり設定していくべきではないかと。喫緊の課題である観点からも、そういったものが重要だという御指摘だったと思います。

KPIの設定については、養成過程の取組がいわゆる国でルールを決めて、都道府県でそれに応じてやっていただくという観点もございますので、ルールによってなかなか達成できないケースもあり得ると思っております。設定について丁寧に検討したいというのは現状の考えではあるのですが、資料1-2の、102ページ目に、構想の検討会でもこのガイドラインの議論をさせていただいているものをつけております。KPIについてはこちらの構想の検討会におきましても御議論がありまして、現状としては、まず現状把握を経時的にやっていく必要があるのではないかとということで事務局から出させていただいております。表の中に御覧いただけるように、いろいろな数を、これはゴールというよりはプロセス評価に近いものかもしれませんが、それを見ながら進捗を確認していくということ、現状を把握するということが考えられるのではないかとということであります。

おめくりいただき、そのときの議論の続きが103ページ目でございますが、本来であればアウトカムにひもづくKPIというものを設定するべきであるところ、まだ検討の段階でございます。これについては少し厚労科研の研究班等でも検討を進めるという方向にしております。

一方で、これは養成過程のことは必ずしも多く含まれるかどうか未定ではありますが、今回ガイドラインでお示しすることによって、一定程度取組のばらつきをまず抑えつつ、より効果的なKPIということについても引き続き検討したいと思っているところであります。

それから、恒久定員内の地域枠の取組に関して国の支援等はどうかということでございましたが、これまで多数県には恒久定員内に埋め込むと緩和するといった直接的なインセンティブがあったわけですが、そのほかの県についても今回初めて取組を進めていただきたいということを強く申し上げたというところでございまして、その進捗あるいは恒久定員内に地域枠を設置するときの支援策というのを私ども医事課のほうで予算で支援するという事も検討しておりますので、そういったことを見ながら、国としても取り組みますし、その効果を判定していきたいと思っているところでございます。

それから、資料1-2の多数区域に配置されているケースというところ、若手医師でありますので、修練の観点で多数区域で研修している可能性もあるかとは思っております。

も、いわゆる臨時定員地域枠については、総合確保基金で支援する場合はキャリア形成プログラムの中で4年間は地域に必ず行くということがルールづけされておりますので、基本的には地域に行っているとは思っているのですけれども、御指摘のとおり、多数区域に中心に配置している場合の在り方については、医学部定員の議論の中で検討させていただければと思っております。

それから、オンライン診療の活用も非常に重要でありまして、簡単な情報提供ではありますが、資料1-2の109ページ目、こちらも構想の検討会ではありますが、医師の確保の中でオンライン診療の活用ということも書いてございます。109ページ目に当時の事務局案が書いてありますが、遠隔医療の活用ということも書かせていただいております。今、学会等にもお話を聞きながら知見の収集、整理をしているところでありますので、ぜひ先生の御指摘を踏まえて活用の在り方も模索していきたいと思っております。

すみません。長くなりましたが、以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

神野構成員、いかがでしょうか。

○神野構成員 御丁寧にありがとうございます。

最初の話ですけれども、今、新たな地域医療構想の主体は都道府県だと前回の会で規定されましたし、こちらでも都道府県が主体だということなので、都道府県間の均てん化というか、ばらつきがないようなことは国の責任ではないのかなと思っておりますので、よろしくお願いたします。

○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。

木戸構成員、お願いたします。

○木戸構成員 これまでの本検討会での議論があつて、いろいろ上がってきた課題や取組の方向性がしっかりとこの案に網羅されており、ここまでまとめ上げられたのは大変だったと思われます。国として偏在対策に対する強い意志が感じられて、本案の作成についての多大なる御尽力にまず感謝したいと思います。

特に都道府県をはじめ、関係者にとって具体的に取り組みやすいように好事例が項目ごとに紹介されています。これは大変分かりやすく、今後、さらに事例の収集を進め、必要に応じてヒアリングなどを本会でしたり、地域ごとの状況に応じて参考になるように内容の充実が図られていくことを期待したいと思います。

その上で、何点か本案についてコメントしたいと思います。

まず、資料1-1の78行目ですけれども、大学病院機能強化推進事業についてですが、これは都道府県が所在しているところの大学との連携だけではなく、例えば都市部の大学と地方の自治体との連携も大変重要で、そこももう少し分かりやすいように記載させていただくといかなと思います。既に都市部の大学に他県の地域枠や地域医療へ人材を派遣することを前提とした寄附講座などもありますので、必要ならそうした事例も御紹介される

とよいかと思えます。

また、191行目の流入に対する対応のところなのですが、これが①の流出への対応と比べて記載が非常に少ないように思われます。これは医師過多区域に流入し過ぎないための過多区域の都道府県がなすべきことという位置づけと考えてよいのでしょうか。そうしますと、現時点では具体的な取組の提案はなかなか難しいかもしれませんが、もう少しここを強化する議論も今後必要になるかなと思いました。

続いて、198行目の臨時定員地域枠の設定ですけれども、ここの位置づけとして、これまで述べた対策を行った上で設定としているのは大変適切で、これを契機に、臨時定員が漫然とこれまでのように変わらずではなくて、真に医師不足の地域のための枠という本来の目的に沿って活用されることを強く期待したいと思います。

地域偏在につきましては、かなりページを割いて記載していただいておりますけれども、やはり診療科偏在に対しては大変難しいと思えますので、書き込みについて依然少ない印象があります。その中で、354行目にある指導医への支援についてですが、指導医自身の定着率が向上する対策は今後非常に重要になると思えますので、てこ入れが必要なところかと考えます。

また、477行目からあります働き方改革推進のところは、ここも大変重要で一旦診療科、外科とか産科を選んでも、途中でもっと働きやすい診療科とか、あと、美容など自由診療に進路を変更する人も後を絶ちません。サステナブルな形で診療科偏在の是正が進んでいくためには、働きやすい環境づくり、特に今の若い人たちの考え方を取り入れた環境づくりが極めて大切です。

501行目には、労働時間が長い傾向として外科や産科が紹介されていますけれども、労働時間が単に長いのではなくて、緊急呼び出しとか時間外の仕事があって非常に不規則といった厳しい労働環境があります。文字数の関係もあるかと思えますけれども、そういった特徴の記載も御検討いただきたいと思えます。その上で、やはりその対策をしっかりと議論していくことが今後必要かと思えます。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、いろいろ重要な御指摘をいただきました。文言について追加的な内容についてのお話もありましたので、事務局として今のコメントについて御判断できる内容について何かあればいただきたいと思えます。いかがでございましょうか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。事務局でございませう。

最後の御指摘の緊急性といったところも重要な観点だと思いますので、ぜひ盛り込ませていただければと思います。客観的なデータがあったのが長時間労働だったということですが、会で御指摘の観点で緊急対応があるような診療科というところもこの外科とか周産期あるいは麻酔科というところは当てはまると思えますので、もし会の先生方がよろしければ、そこに少し追記をさせていただくということはぜひ考えさせていただきたい

と思います。

それから、流出の取組に比べて流入への取組が少ないということでもございました。これは率直に事務局の能力の不足のところと思うのですが、好事例というものが流入に関してはなかなか見つからなかったのも現実でございます。先ほど事務局から御説明したとおり、多数県はこのガイドラインの中で外の県から医師を確保しないということが基本原則になってございますので、確かにちょっと筆を緩めたところではございますが、特に少数県に向けて効果的な流入策というのが見つかってくれば、ぜひ次の改定等で盛り込む等、検討させていただければと思っているところでございます。

それから、診療科偏在のところも少し記載充実を図ってはというところでもございましたけれども、ここも今、偏在対策パッケージの中で議論を始めたところでもございますし、今後の診療科に必要なかというところと対策をどう講じるかというところを事務局で検討させていただいて、引き続きこの会で議論させていただいて、次に盛り込めるものは盛り込みたいと思っております。

したがって、最後の記載のところはよろしければ少し追記する形で検討させていただければと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

木戸構成員、よろしゅうございますか。ありがとうございます。

ほかに会場参加の方で。

それでは、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。

資料1-1は重要な点が網羅されていると思っておりますが、幾つか質問とコメントをさせていただきたいと思っております。

まず、広域連携プログラムについては今年度から募集ということですので、大きな効果が期待されることだと思います。マッチングの最終結果はまだと理解しておりますけれども、現状はどういう状況なのかというのを差し支えない範囲で教えていただきたいということが一点。

それから、もう一つは、診療科偏在と地域偏在は重なってくるわけですが、先ほどもありました外科医、産科医の不足、特に外科医につきましては、今回の診療報酬改定で外科医にかなり手厚く考慮されているのではないかと評価したいと思います。その中で、例えば外科学会の年齢別会員数を見ますと、2つピークがあります。一つは30代ぐらいの若いところ、もう一つは55歳から60歳ぐらいのところにピークがあるのです。シニアの年齢層の医師たちが10年後も現役で働けるか。働いてもらえるような制度を考えるべきだと思います。

その中でリカレント教育には非常に期待されることでもあります。一方で専門医制度に総合診療専門医がありますが、こちらはデータを拝見するところではここ数年全然増えていません。その大きな理由の一つは、私はほかの専門医との1階建て、2階建てとの連携

がうまくいっていないということと、リカレント教育とつながっていないということだと思ふのです。例えば外科医をずっとアクティブにやってきたけれども、ある年齢からは総合診療的なことを実際に今やっという方が総合診療専門医をその時点で取得することは困難です。総合診療専門医と同じものになるかどうか分かりませんが、何か連携して、資格がとれるようなシステムをぜひ考えていただきたいと思ふます。

それから、もう一つは地域枠でございますが、地域枠を終了して義務年限を終了した後の勤務地がそろそろ分かってくると思ふます。これから2～3年の動きに注目してデータを集めていただきたいと思ふます。

地域枠、とくに臨時枠についての今回の文書内の記載ですけれども、199行目に書いてある記載を見ると、あたかも臨時枠はこれから考えてもいいみたいな書きぶりに見えるのです。臨時枠はこれまでやむを得なかったけれども、そろそろ減らしていくことを考えるべきではないかという、この委員会で議論をしたことが全く反映されていないように見えます。しかも、減らす方向、いつ減らすか、どのくらい減らすかも全く書かれていません。ある程度のKPIではないですけれども目標数値と、スケジュール感というのか、そういうものを書き込むべきではないかと思ふます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、事務局、コメントをお願いしたいと思ふます。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

広域連携型プログラムの現状でございますが、先生には臨床研修部会の部会長をやっというところでございまして、恐らく臨床研修部会で途中段階のマッチング結果をお知らせしたのが表向きは最終でありまして、最終的な募集等の結果は未定でございまして、この数字はまだ確定していないところでありますので、確定しましたらまた御報告をさせていただきますというところでございまして、途中経過は変動しますので、誤解を招くとよくないと思ふますので、一定程度二次公募で増えているところはあるようなのですけれども、されて申し訳ございませんが、セットされてから御報告をさせていただければと思っております、こちらはしっかりと国としても進めたいと思ふているところでございまして、

総合診療専門医の接続の件を御指摘いただきました。ここはガイドラインというよりはそもそも制度の話かなと思ふましたので、少し持ち帰らせていただいて、特に専門医機構とも議論しないといけないところだと思ふました。

御指摘のように、総合診療を担える医師を確保していくことは非常に重要だと思ふまして、今回紙幅は割いておりますが、専門医かどうかを問わずにリカレントというところも広く受け入れていただいているというところでございまして、これを進めつつ、専門医も含めて増やしていく方法については、ぜひ専門医機構とも議論させていただければと思っております。

それから、定員のところで6ページの199行目以降の記載について、先ほど木戸先生から行間を読んでいただいたとおり、前提を置いた上で活用を考慮ということでございます。なので、野放図に今後は設置しないということは前提として私としては書いたつもりでございまして、この中で具体的にどれぐらい減らすのかということにつきましては、臨時定員の議論は毎年毎年重ねさせていただいているところでございますので、その中でより踏み込んでという議論も本会で御指摘をいただいておりますので、臨時定員の議論の中でさせていただければと思うのですが、ガイドラインに県に対して減らす目標を立てるということは今の段階ではなかなか難しいかもしれませんので、国としてどう減らしていくかということについて検討させていただくということで私どもで受け止めさせていただき、ガイドラインの記載はこちらでいかがかと思っているのが私の見解でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

国土構成員。

○国土構成員 ありがとうございます。

どうしても難しいことというのは認識しておりますけれども、専門医制度については、資料1-2の76ページにいろいろなリカレント教育の取組に書かれておりますが、リカレント教育では正式な専門医は取得できないわけです。ですから、専門医という公的な資格と何らかのリンクがあるような形のほうが目標にしやすいのではないかと思います。

それから、臨時枠についてはこれ以上あまり言わないほうがいいかもしれませんが、医者仲間で聞くと、医学部定員が臨時枠で膨らんでいることすら知らない人が多いです。要するに医師のコミュニティで、臨時枠によってこれだけ実は医学部の定員が増えているのだということを認識されていないということも指摘しておきたいと思います。必要であることはもちろん認めております。

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。

それでは、今度はオンラインのほうに移りたいと思います。

それでは、オンラインでお待たせいたしました。印南構成員、よろしく願いいたします。

○印南構成員 よろしく願いします。

この医師確保計画も医療計画も、目標年が2036年とかなり先です。現行の法の立てつけでは、医療計画、医師確保計画は都道府県が作成し、国は技術的助言と財政的支援を行うとなっておりますけれども、これだけ先が長いことを考えると、この立てつけそのものもうちよっつと変更することも可能ではないのではないかなというのが私の感想なのです。

このガイドラインは非常によくできていると思います。その上で、法の立てつけとの関係で意見を2点ほど言わせていただきたいと思います。

一つは、先ほど国土構成員からも御指摘があったとおり、計画そのものは現在第8次後

半で、第9次が2030年から6年ですよね。この間、ある程度中間年で、神野構成員が言ったマイルストーンと同じですけれども、一定程度の評価をする必要がある。これはKPIの設定も当然そうですが、もう一步踏み出して、国が各都道府県の計画を一定程度評価する必要があるのではないかなと思います。そうでないと、各都道府県が計画を立てて一生懸命実行します。しかし、都道府県によっては人員が限られていたり、あるいは合意形成が難しかったりして、計画自体の設定もそうですし、計画の達成度もばらつきや跛行性が出てくると思うのです。これをこれから9年間見ている、それを技術的助言にとどまるということで手をこまねているのかというのが私の疑問なのです。なので、KPIの設定も当然そうなのですが、それを踏まえて、一定年度の年限ごとに国がこの計画あるいは進捗状況をきちんと評価することが必要ではないかなと思います。これは結局ここでやらなくても、諮問会議のほうでもKPIの設定とかEBPMの話は議論していますし、それから、政策評価に関する検討会のほうでも結局KPIを設定して評価するのです。なので、前も言ったと思いますけれども、こちらの検討会で一定年限ごとにきちんと評価する必要がある。これが第1点です。

それから、もう一つは、診療科偏在の問題とも絡むのですけれども、これまでのこの議論というのは、均てん化を目標に、平均値を基本的な判断基準として、少数県とか多数県とか特に人口当たりの医師数とかそういうことを基準に考えてきていますけれども、もう一つは、これに加えて、診療科ごとの絶対必要、最小限必要な医師数とか考える必要があります。例えば産婦人科関連で言えば、各都道府県で近い将来生まれる子供の数というのはある程度予測されています。それはもちろん移民とか人口移動とかいろいろ変動する要因はありますけれども、それなりの予測可能性はあるわけです。例えば予想出生数に対する必要最小限の産婦人科医数とか、そういうのをはじき出せば、均てん化とは別にその地域の診療科ごとの偏在がもう少し明らかになるのではないかなと。そうすると、今まで以上の対策ができるのではないかなと思うのですが、いかがでしょうか。これは全診療科についてやる必要はないと思っていて、特に不足が叫ばれている産婦人科とか、あるいは救急とか、そういうのに限って実施してもいいのではないかなと思います。

第1の点も第2の点も厚生労働省が評価したりするのはなかなか難しいということであれば、厚生労働科学等を活用して、少なくとも算定式とかそういうものを開発して、各都道府県にフィードバックする必要があるのではないかなと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

2つ御提案がありましたけれども、事務局としてのコメントをお願いしたいと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

進捗の評価は先ほどから御指摘を連続していただいておりますので、検討はぜひさせていただきます。よろしくお願いいたします。

診療科ごとの必要な数という御指摘もいただいたところでありまして、これは実は構想

の検討会のほうでも少し議論をいただいたところなのですけれども、印南先生も御配慮いただいたとおり、全ての診療科でこれを算出するのはかなり技術的に難しいという御指摘を専門家の先生からいただいています、今、厚労省のほうで作成しているのは、例えば産婦人科の偏在指標や小児科の偏在指標というものは疾病と医師の対応関係が分かりやすいということで、現状をお示しして、それに基づいて、その領域は特別な医師確保計画とか医療計画を検討していただいているということになっておりますので、こちらについては一定程度なされていると思っております。

他方で、小児、周産期を取り巻く環境というのはいろいろございまして、その体制確保の在り方については検討させていただいておるわけなのですけれども、幾つか領域を絞った形での評価というのは現状もしているところではあるのですけれども、さらにどういふふうなことができるかについて、医政局として少し今後検討させていただければと思っております。

いかがでしょうか。

○遠藤座長 印南構成員、いかがですか。

○印南構成員 2点目のほうなのですけれども、偏在を解消するというのを否定しているわけではないのです。が、偏在という概念は必ず平均値に対して少ないが多いとかという発想をしているわけです。しかし、特に医師が不足している地域等で絶対数の不足が問題だと思うのですよね。先ほど言いたかったのは、どれだけ診療科別に偏在があるかではなくて、どれだけ地域で絶対的に不足しているかを明らかにするというやや視点が違うことを私は言っています、その点はもう一度述べさせていただきました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見として受け止めさせていただきたいと思えます。

事務局、特段よろしいですね。

それでは、印南構成員、よろしゅうございますか。

○印南構成員 はい。

○遠藤座長 御意見として受け止めさせていただきました。ありがとうございます。

それでは、続きまして小笠原構成員、よろしく願いいたします。お待たせいたしました。

○小笠原構成員 よろしく願います。

4つあります。一つは質問ですけれども、44行目に地域枠と地元出身枠という2つ違う言葉が出ていますよね。この地域枠と地元出身枠、それから、恒久定員内地域枠は何が違うのか。これだと定義が分かりません。要するに、地域枠というのは奨学金養成医師のことを言っているのか。それとも地元出身枠というのは自分の大学の中の恒久定員枠のことを言っているのか。これがよく分かりません。はっきり定義をしてください。これは質問です。

それから、お願いが2つありまして、広域連携型のプログラムの件ですが、これは都道府県にきちんと理解されておりません。なぜかという、この意義は今言ったように地元に着いてほしいということであるのですが、岩手県の場合には、結局医師多数地域である盛岡市の2つの病院が手を挙げてそこが採っているのです。実はそこはフルマッチしているのです。ということは、フルマッチしているのにさらに広域連携型のプログラムの研修医師が来るということはおかしいですね。それを平気で地方自治体は採っている。要するに、盛岡市は圧倒的に医師多数地域なわけですが、岩手県は医師少数県ですけれども、盛岡市だけは医師多数地域ですね。そうなったときに、県北沿岸の医者が少ないとずっと県は言っておきながら、県北沿岸の県立病院にそれを配置しているかと言われると、していない。コントロールされていないのですよ。要は病院が勝手に手を挙げて勝手に配置しているという広域連携プログラムの概念がきちんと理解されていない。私は県の奨学金養成医師の会議の責任者を私はやっていますが、これは県にある意味怒りました。きちんとそれは少ないところにやるべきではないかと。地方自治体は意義を全然理解されていない。この辺をきちんと厚労省として指導していただきたいということです。

それから、もう一つが102ページ、これは資料1-2ですかね。地域枠が終わった後の定着率の話がありましたよね。先ほど質問がありましたが、これはすごく大事で、自治医大は非常にOB会がしっかりしていますので、どのくらい定着したか数字を持っているのですが、これも実は岩手県は終わってしまったら、義務年限を果たしたらその後の奨学金養成医師の動向はそんなに真面目に考えていないということが分かりました。なので、それはおかしいだろうという話をしていたら、今回それが出てきたので、これは国として都道府県にきちんとした地域枠の義務年限が終わった後の定着率を追って欲しいというようなことを言っていたきたい。これが3つ目です。

最後にこれは意見ですが、オンライン診療のところがありましたよね。このオンライン診療は耳鼻科、眼科、皮膚科が遠隔医療といいますけど、これはやったことがない人が書いたのではないかと思うのですが、岩手県は今、岩手医大と遠隔のトライアルを幾つもやっているのですが、耳鼻科、眼科はできません。なぜかという、患者さんを直接触らないと判らないわけですよ。皮膚科は色を見ないと分からないので、遠隔のときのディスプレイがきちんとしていないと診断を間違えるということが分かっていますので、これは非常に危険です。私は脳外科ですけども、普通の内科、外科は十分できるのですよね。話を聞いて画像を撮ればいいわけですから。ですから、オンライン診療が全ての診療科で可能だというのは間違いだということを実際にやってみればよく分かりますので、そこは間違わないでください。麻酔科も無理ですね。耳鼻科、眼科、麻酔科は私は無理だと思います。内科、外科の通常の患者さんを触らなくていい診療科は、内科も触らなくてはいけない場合もあるのですが、今、エコー等もありますので何とかできるのですが、ここの文章はリスクがあるのではないかと。やったことのない人が書いたのではないかなと思いました。

以上の4点です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、まず4つありましたね。質問とお願いと言われたものが2つありまして、最後が御意見ということで、答えられる範囲でお願いいたします。

○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。

まず定義なのですが、これは私どもが都道府県等に対して通知をしております、今回お載せしておらずに申し訳ございませんでした。これを出す際には必ず併せてお送りしようと思っておりますが、今少し説明しますと、地域枠というものについては、いわゆる選抜方式を別枠にさせていただいたり、あるいは地対協で協議をさせていただいたりという形で都道府県が関与して大学に設定する枠であるということでありまして、これに関して、従事要件も9年以上を原則として設定していただくということになっておりますが、一方で、奨学金の設定については問わないということになっていまして、貸与するかどうかは都道府県の判断でしていただいているというものが地域枠でございます、地元出身者枠というのは、いわゆる地元で一定程度住所を有していた方から選ぶということで、これも地対協で議論した上で設定していただくというものでございますが、奨学金については問わないですし、従事要件も定義の上では問わないということになってございます。

そういった定義がございまして、これの中で今、法律上、地域枠と地元出身者枠は都道府県知事が大学に対して求めることができると書いておりますので、今、特出しをしているということでございます。

それから、御指摘を幾つかいただきまして、広域連携型の意義であったり周知については、ぜひこのガイドラインを契機にさせていただきたいと思っておりますし、義務年限後の定着も御指摘いただいておりますが、ぜひ検討させていただきたいと思っております。

それから、遠隔については実は私が書いたのですが、これについては今回の資料には省いているのですが、先生も御指摘のように一部の領域でしか実施できないのは事実でございます。皮膚、耳鼻科、眼科いずれも学会の先生にお尋ねをして、できる範囲でこういったものがある。例えば皮膚ですと、先生の御指摘のようにディスプレイとかツールを前提としてしっかり皮膚の所見が取れるかどうかであったり、耳鼻科であると難聴の調整等が電子的にできるということなので、そういった事例があるだとか、眼科については機械を活用して、D to P with Nというような形とかで、スタッフが近くにいれば眼底写真を撮って遠隔で読むということが出来る。こういったことで、先生の御指摘のように全てができるというわけではございませんので、これについては必要な知見を収集していくということを現状考えておりますので、全て全面的に広げていくということではなくて、できる範囲を探していくという趣旨で今書いているところでございますので、御指摘を踏まえてぜひ検討させていただければなと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

○松本文部科学省高等教育局医学教育課企画官 文部科学省の企画官の松本でございます。

文科省からも補足でございまして、今、小笠原先生がおっしゃった地域枠の義務年限後の定着状況であるとか動向というのは非常に重要なポイントだと思っております、厚労省さんのほうでも地域医療計画課の医師確保ラインの中でもコードという団体があつていろいろな調査をされているかもしれないのですが、文科省も全国医学部長病院長会議(AJMC)のほうに委託をいたしまして、今年度調査をしているところでございます。義務年限後に医局に入っているのか、それとも独自に地元で調整をして地元に残っているのか、それとも県外に出ているのかといった辺りが重要なポイントだと思っております、それをしっかり見ていこうということなのですが、県毎の格差はあるものの9割近く残っていますよという県も実際はあるようでして、そういうようなところの取組をぜひほかの県でもやっていただくというのも重要なポイントなのかなと思っております。

卒後のキャリア形成プログラム、厚労省であれば地域医療計画課さんがキャリア形成プログラムの運用をしっかり見ていらっしゃると思っておりますので、我々も厚労省であれば医事課や地域医療計画課と連携してそういうのを把握して、大学のほうにもいろいろ県と連携してほしいなみたいなことを投げかけていくというところを取り組んでいきたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、小笠原構成員、今までの事務方のお話を聞いていかがでございましょうか。

○小笠原構成員 最初以外はいいのですけれども、私、ずっと思うのは、恒久定員内の地域枠という言葉ですけれども、これが要するに我々のところは総合型選抜で来年度15人、要はOB会枠というのをきちんと前面に募集要項で出して、そこで義務年限を果たすというやり方をしている、でも、それは地対協では県は認めない、地域枠ではないという言い方をされますので、そうだとそれはそれですごく困るのですよね。ですので、大学としてきちんと全国からOBが推薦した人を、我々は7年ですけれども、7年岩手県にいてもらうというのをつくっていますので、そういうこともきちんと厚労省のこういうものの数字に反映していただきたいというのが先ほど言った私の趣旨なので、その辺のところをお願いしたいのです。それは地対協で認めなかったらできないわけですよね。県としては、同じときに試験をしているのですよ。全く同じ時期に、11月に試験を総合型選抜でやっているのです、それと同じくやっているのになぜそれが駄目なのかと言っても、国には条例だからとか何とかだから駄目だと言うので、そうすると、岩手医大は何もしていないではないかと判断されるわけですよね。そういうことを私は言いたかったのです。

厚労省の方、いかがでしょうか。

○遠藤座長 事務局、お願いします。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。すみません。趣旨を酌めずに失礼いたしました。

いわゆる定義で置きますと、大学独自枠と私たちは呼ばせていただいておりますが、大

学が自ら設定していただいている枠ということでございまして、これは御指摘のようかどうか私が説明したとおり、地対協とは一定程度関係がないものでございますので、定義上入ってきませんが、先生の御指摘のように大学としての地域医療へのコミットメントがあるということについては数字としてとらまえるということについて、毎年地域枠の設置状況については文科省のほうからも調査をさせていただいておりますので、その中で数字として明らかになるようにすべしという御指摘でございますので、ガイドラインというよりはそういう数字を整理していくという中でしっかり反映できるように、少し文科省とも相談しながらやらせていただきたいと思いますと思っております。よろしく申し上げます。

○小笠原構成員 分かりました。

以上です。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。

それでは、お待たせいたしました。坂本構成員、よろしくお願ひいたします。

○坂本構成員 ありがとうございます。

私も今回の資料は今までの検討会の議論が地域の事例とともによくまとまっていて、全体像が分かり、今後の課題なども考えられるようになっていく内容だと思えました。

14ページで患者、家族も含めた人に向けての提言があります。医師の働き方も含めて今後の医療の在り方を考える上で、患者、家族だけではなくて地域の人たちの関わりもとても重要になってきます。これからのよりよい医療の在り方を一緒に考えていくための提言だと受けとめました。

私からは意見が1つとお伺いが1つあります。この間の検討会で地域の事例について、いろいろな方の話を伺いました。それが今回よい形でここに反映されています。今まで外科の方にはお話を伺っていますが、例えばほかの診療科の方のお話を伺うということも今後あるのではないかと考えております。

先ほど木戸構成員のほうから産科の緊急性についてのお話がありました。例えば産科と小児科でも医師の不足が言われています。現在、それぞれの科の抱えている課題もあって同時に、医師不足や働き方改革に関連して、新しい取組も始められているのではないかと考えています。そういうお話も伺えるような機会が今後あるといいのではと考えると思います。

もうひとつはお伺いです。以前の会で、例えば医師多数県であっても医療機関へのアクセスが困難である二次医療圏があるということが報告されておりました。そのような地理的な要素というのは、今回の資料の中の例えば3ページの73行目のあたりに反映されていると考えていいのでしょうか。もしそうでないのであれば、地理的な要素が分かるような表現をもう少し考えていただいてもいいのではと思っております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、事務局、コメントをお願いしたいと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

2点目の質問のところを回答させていただきます。地理的な要素につきましては、先生の御指摘のとおり、ここの場の議論でも医学部定員の算定に当たりまして考慮してはどうかという議論をさせていただきました。

非常に事務的な縦割り行政みたいなことを言って申し訳ないのですが、都道府県の中での地理的な観点も含めた提供体制の確保であったり医師の確保につきましては、別途検討している構想の検討会のほうでもかなり丁寧な議論を重ねておりまして、例えば二次医療圏ごとに医師多数区域とか少数区域という区域があるのですが、この区域の中に地理的な要素を考慮していこうということを別の会議のほうで議論させていただいているところでございます。

したがいまして、養成過程の中で地理的な要素をどこまで入れるかというところは、少しなじむところが見当たりにくいなと思っておるのですが、先生に御心配いただいた地理的な要素を考慮すべきというところについては、ガイドライン全体としてはそのような形でしっかり取り入れるということになってございますので、よろしければ今回の議論は局内でしっかりと共有した上で、必要な議論ができるように受け止めさせていただければなと思っていただいております。

以上でございます。

○遠藤座長 坂本構成員、いかがでしょうか。

○坂本構成員 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。前田構成員、よろしく願いいたします。

○前田構成員 岡山大学の前田です。

まず事務局は大項目1、2、3、4と非常にきれいにまとめられて、網羅されているのではないかなと思います。非常によくまとまっていて、その点は評価したいと思います。

今、いろいろな構成員から指摘がありましたけれども、それに付け加えることとすれば、県はその熱意といいましようか、取り組み方にばらつきがあるように思います。県によっては非常に一生懸命やられる県と、それほど力が入っていないのではないかなという県があるかなと思いますけれども、例えば3ページの76行目、77行目ぐらいから県が大学病院機能推進事業等を通じて協議の場を設けるとか、あるいは85行目にありますように必要な協議を進めることが考えられると指摘されています。この表現も「考えられる」というよりももう少し強めの表現がいかかかなと思っています。県に対してしっかりと取り組むべきだというような内容が随所に含まれるとよいかかなと思いました。

それから、ばらつきという点では、私立大学も非常に医師の養成機関として地域偏在に対して一生懸命やられる私立大学と、そうでもないかなという私立大学があるかなと思います。この辺りの書きぶりを、国立大学、私立大学と分けるのは難しいかと思いますが、私立大学で非常に熱心に取り組まれている、県外に医師の偏在対策のために非常に貢献しようとする大学の取組を好事例として出すというのも一つの手かなと思いました。

○遠藤座長 それでは、事務局、何かコメントはございますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

まず、3ページ目の85行目前後でございますが、「考えられる」という記載につきましてこの文書の性質というか今後ガイドラインになっていくときの文章の性質が技術的な助言を地方に行うということでございますので、サジェスションのような形で書いているのが基本でございます。一方で、この会議でそういうことを進めるべきだということでございましたら、そのように少し力を入れるといたしますか、それも最終的にはサジェスションにはなるのですけれども、重要だということでございましたら、少し語尾の書きぶりは変更することはやぶさかではないかなと思っておりますのでございます。

それから、私大か国立かというよりは大学ごとの取組の差みたいな御指摘だったかなと思いますが、おっしゃるとおり、重要な事例をぜひ今後も収集して情報提供して、それは都道府県に対してなのか、大学に対してなのかというのは双方あると思いますが、少し文部科学省の皆さんとも連携して、大学のよい取組というのを拾い上げていくということはぜひ今後させていただきたいなと思っております。今回把握できたのを最大限書いてこんな感じだったということで御容赦いただきたいですけれども、今後ぜひ御指摘を踏まえて情報を収集したいなと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

前田構成員、いかがでしょうか。

○前田構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、オンラインの方はもう手を挙げておられませんので、会場で何かございますか。

今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 日本医師会から今村です。

まず、今回のこの取りまとめは、皆さんもおっしゃるように非常によくまとめてくださったと思います。

1ページ目、この医師養成過程を通じた取組というのが、若い先生方には大学医学部、臨床研修、専門研修という大きく3つの部分で、そして、その後にリカレント教育としてキャリアを積んだ先生方の部分がしっかり書き込まれていると思います。

一つ、この中で今後も大事になるのが、1点目として、総合的な診療能力を有する医師の養成、ここはまだまだこれからも議論が必要だと思いますが、はじめに大事なことは2年間の初期臨床研修をしっかり行うということ。まず、総合的な診療能力の基本的な部分はここで培える、養成できるかどうか。ここは今後も非常に大事なポイントになるのではないかなと思います。しっかりとした臨床研修病院では、この2年間でかなり総合的な診療能力を有するようになります。一方で、お座り的な臨床研修の在り方だと、もしくは見

学的なところでは全然そこまでいきません。ここは今後も医学教育の在り方を含めて、初期臨床研修が終わる時点である一定の総合的な診療能力を有するドクターの育成が必要になってくるのではないかと思います。

その上で、キャリアを積んだ後、もしくは専門医としての総合診療専門医、それから、先ほど御指摘があったような外科をされていた先生方がそのキャリアの後に総合的な診療能力を有するようになる。もしくはこれは外科系だけではなくて、当然内科系もしくはマイナー系の先生方でも十分、最初の2年間しっかり初期研修を行った先生方であれば、リカレント教育の中でも一定程度の総合的な診療能力を有するのではないかと考えます。ここら辺は少し時系列も含めて、今後の対策をどうするか、一点お考えがあればいかがでしょうかというところです。

あと、様々な検討会に関与させていただいて、この3つの中で一番難しいのが診療科偏在の部分かなと感じています。ここに関しては、今後も様々な課題の解決にはまだまだ時間を要するかなとは思いますが、まず一定程度の成果が今まで出た分については、今回のこのガイドラインにもしっかり盛り込まれているのではないかと考えます。

その上で、先ほど木戸構成員や印南構成員から出てきた部分の話ともつながるかもしれませんが、流入については過多区域の対策というところをどうするかということと、ある意味その一例として都市部の大学と地方の大学が組んで、寄附講座等も設けながら医師派遣をするというような取組も始まっているという紹介がございました。

都道府県としては、やはり常勤のドクターになるべく来てほしいということかとは思いますが、常勤のドクターも恒久的な常勤を求めるのか。それから、期間限定でもいいから来てもらう常勤のドクターなのか。また、常勤でなくても、非常勤でも例えば週に1回しっかりとその地域で専門診療をしてくださればいいというようなことも今後は出てくるのではないかと思います。ここは先ほどの印南構成員の均てん化より絶対数の不足をどう考えるかとも繋がってくると思いますけれども、実際に専門診療科で医師を継続するためには、やはりその地域にある一定数の患者さんがいないとそもそも医業として成り立ちません。かといって、一定数の患者さんがいないからその診療科が要らないとはならないとすると、やはりそこでの対策は、もし常勤で来ていただくとすると、ある一定期間そこで来ていただいて、またある一定期間が終わったら帰っていくというような仕組み、もしくは先ほどお話しした週に1回その地域に来ていただくというような仕組みをやはり考えていけないといけないのかなと思います。

そうやって考えていきますと、今までの議論は、地域枠の先生方にしても、どちらかというとその地域に一生涯いることを前提として対策が組まれています。今後、どうしても都市部に医師が集まる傾向があるとすれば、むしろ都市部に集まった先生方に医師の不足地域に来ていただけるような仕組み、いわゆる医師の流動性を高める施策というのも今後必要になってくるのではないかと思います。特に診療科偏在においては、ここら辺の医師の流動性、そして、先ほどから出ているオンライン診療を一緒に用いることで、そうい

ったところはさらに特に医師不足でのいろいろな診療科偏在対策にもつながっていくのかなと思うところです。こういったところを今後、次の段階ではぜひ御検討いただければと思います。よろしく申し上げます。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

これは事務局からのコメントは必要ないということによろしゅうございますか。ありがとうございました。

ほかによろしゅうございますか。オンラインでも結構です。

ありがとうございます。それでは、大体御意見は頂戴したと思います。

様々な御意見が出されましたので、それなりの対策は文言修正等を含めて必要かと思えますけれども、まず私のほうから事務局に少しお伺いしたいのですが、先ほどお話がありましたように、本日は医師確保計画策定ガイドラインについてということで、本検討会が議論する範囲の中での議論がされてきたわけですけれども、同じ確保計画は、先ほど来言葉に出てまいりましたけれども、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会というもののほうでも様々なテーマを扱っておりますけれども、その中でも医師確保計画策定ガイドラインに当たるような内容についてやっているという話でした。この2つはどういう形で今後展開していくのか。この検討会としては、今後どういうふうなことが議論されるのか。その辺は私も混乱しておりますので、説明していただければと思います。ちなみに私はそちらのほうの検討会の座長もしておるのですけれども、その辺をどういうふうにされたいのか、事務局の考え方をお聞きしたいと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。複雑で大変恐縮でございます。

そうしますと、図があったほうがいいかもしれませんので、資料1-2の16ページ目と18ページ目を見ていただきながらでございますが、まず全体の構成としましては、御案内のとおりですけれども、16ページ目のとおり、今の章立てが第8次（前期）ガイドラインの構成というのは表のようになっておりますが、一部に今回地域枠・地元出身者枠の設定・取組等というのがございまして、ここが話題として狭いのではないかというのが問題意識で、これを充実させるということで、今回に赤点線で書いているとおり、この検討会の議論を踏まえて充実をさせたいということでございます。

それ以外のパートについては、遠藤座長に別途やっていただいております地域医療構想及び医療計画等に関する検討会で御議論いただいているといった形になりますので、最終的にはこれがカセットインしていくといたしますか、1つになってガイドラインの構成で要素になっていくということが最終的な仕上がりを目指しているところでございます。

進め方なのですが、18ページ目に進んでいただきまして、今、この養成過程の内容につきましては本検討会で所掌していただいているというところでございますので、矢印が脇に寄っておりますが、赤い矢印のとおり、養成過程の取組については本検討会で議論をして、一定の取りまとめを構想の検討会に報告させていただくということを予定しております。その中で養成過程に関する御指摘も恐らくあるのではないかと思います、そ

れについては事務局で受け取らせていただいて、処理については出た意見を踏まえて検討させていただければと思いますが、大きな御異議がないようであれば、その議論を踏まえて、ガイドラインの具体の作成を事務局としてやらせていただくという流れを想定しているところでございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

実は私、この流れは知っていたのですが、情報共有を構成員の方々にさせていただきたいということですが、そうなりますと、ただいまの18ページを見ると、既にスケジュールがこんな感じでありますので、今後議論をする時間というのはこれについては非常に限られているという状態であろうかなと思います。実際に地域医療構想のほうの検討会も今取りまとめに入っているという段階でありますので、今はそういう時期にあるのだろうなと思っております。

ということ的前提としまして、本日は様々な御意見を頂戴いたしましたので、それをこちらの検討会の取りまとめ案としてどう反映させるかということだと思います。

ということで、様々な御意見がございましたので、これはやはり文言の修正は必要だろうとは思いますが、ただ、中には先ほど言ったような文脈の中での話であるとか、あるいはそもそももっと大きな話も含まれているので、それは今後この種の医師偏在対策の議論をする上で絶対必要なもので、どこかで議論しなければいけないという課題もあろうかと思っております。ただ、それをこの議論の整理の中にも含めるかどうかというのは様々な考えがあるかなと思っておりますので、大変重要な御指摘をいただきました。文言の修正は事務局にお願いしたいと思っておりますが、どの内容をどういうふうに修正するかということについては私と事務局の間でお話をさせていただきながら、座長預かりという形にさせていただければと思いますけれども、いかがでございましょうか。オンラインの先生方で反対の御意見があればお伺いしたいと思います。

国土構成員、お願いいたします。

○国土構成員 異存はございませんが、今の18ページで全体像が分かって、ありがとうございました。

その上で、この文章は非常にまとまっているわけですがけれども、文章の名前として「議論の整理」というままの名前で残っていくのでしょうか。この検討会の成果物みたいなものになると思うのですがけれども、その扱いについてだけ教えてください。

○遠藤座長 議論の整理というのは何となくどうなのですかね。軽いなという感じに。

○和泉医師養成等企画調整室長 どうでしょうか。タイトルは。

○遠藤座長 では、それも含めて座長預かりにさせていただいて。

○和泉医師養成等企画調整室長 分かりました。御指摘を踏まえて対応いたします。

○国土構成員 提言書だとちょっと重過ぎるかもしれませんが、何らかの適切な名前をお願いします。

○遠藤座長 オンラインの先生方で御忌憚のない御意見をいただければと思いますけれども

も、よろしゅうございますか。

非常に重要な御指摘もされていると思いますので、今後ここに仮に反映されないとしても、その種の議論はしていかなければならないという課題も多々あったかと思いますが、それらも事務局としては十分御理解いただきたいと思います。

それでは、話を戻しますけれども、文言の修正については座長預かりということでよろしゅうございますか。

(構成員首肯)

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、本日のアジェンダはこれで一応終了いたしました。

それでは、事務局から何かございますか。スケジュール以外にも、私がこの表にまとめましたので、それに対して事務局として何かあればお聞きしたいと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

遠藤座長、また、構成員の先生方、どうもありがとうございます。

座長におまとめいただいたとおり、非常に重要な視点がございまして、少しガイドラインの範疇を超えたものも含めてあったと私どもとしても思っております。最大限ガイドラインの中にまず取り込んで、といいますのも、偏在対策は直ちにやるべきだという御指摘が冒頭ございましたので、可能な限り盛り込むということ座長と御相談しながらやらせていただきたいですし、より大きな観点のものについてもしっかり明文で何らかの形で残して、検討から漏れないようにするという事は事務局としてさせていただければと思いますので、そのような形で御相談しながら進め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 よろしくお願ひします。

1つあれですけれども、修文した内容については、各構成員の先生方には、もう一度これを開くのですか。どういう形で御確認をいただく形になりますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

進め方は考えさせていただきたいと思いますが、直したものを少しクイックに見ていただいたほうがやはりいいのかなとも思いますので、会議の開催ほどやらないかもしれませんが、少しメール等で御案内をして見ていただいて、御意見があればさらに直すということはやらせていただければと思います。

○遠藤座長 というやり方でやるということですので、御理解いただければと思いますが、その方法も含めて何かございますか。よろしゅうございますか。

では、事務局、どうぞよろしくお願ひします。

それでは、スケジュールについてのコメントをよろしくお願ひします。次回の問題ですね。

○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。よろしくお願ひいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、本日は非常に貴重な御意見を多々いただきまして、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す。