

○木村医師需給専門官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和7年度第5回「医道審議会医師分科会医師専門研修部会」を開催いたします。

委員の皆様方におかれましては、御多忙のところ出席を賜り、誠にありがとうございます。

まず初めに、委員の変更がございますので、事務局より御紹介させていただきます。

全国市長会 前相馬市長の立谷秀清委員が辞任され、代わって、全国市長会 宇治市長の松村淳子氏が任命されました。なお、松村委員は本日御欠席でございます。

続いて、本日の委員の出欠状況でございます。坂本委員、松村委員及び望月委員から御欠席の御連絡をいただいております。

また、大井川委員の代理として茨城県保健医療部長の丸山参考人、花角委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。

現時点で委員12名のうち9名の出席があり、過半数を満たしておりますので、本部会は成立しますことを御報告申し上げます。

また、参考人として一般社団法人日本専門医機構より渡辺理事長に、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御出席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。

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、資料の御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、お手元に配付しております議事次第、資料1-1～1-5、資料2、参考資料1～4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部会長をお願いいたします。

遠藤部会長、よろしくをお願いいたします。

○遠藤部会長 皆様、本日もどうぞよろしくをお願いいたします。

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、一つが「令和9（2027）年度専攻医募集におけるシーリングについて」、2番目が「今後の医療需要を見据えた専門医の養成について」でございます。

それでは、まず最初の1番目の議題に関連しまして、資料1-1から資料1-3につきましては、恐縮ですけれども、日本専門医機構の理事長の渡辺参考人から御説明いただければと思いますので、よろしくをお願いいたします。

○渡辺参考人 日本専門医機構の理事長を拝命しております渡辺でございます。

資料1-1から1-3までについて御説明申し上げたいと思います。

資料1-1ですけれども、「令和9（2027）年度専攻医募集について」を御覧ください。

2ページ目をお願いします。

本日お話しする概要をまとめたものです。

令和8年1月21日の専門研修部会において、令和9年度の専攻医募集におけるシーリングの基本方針を御説明し、今後、新たに加算数の対象となった都道府県診療科に指導医派遣実績の提出を求めた上で、シーリング数の案を報告するということになっておりました。

本日は、報告予定だったシーリング数の案や、特別地域連携プログラムの進捗状況についてお話ししたいと思います。

内容としては、1点目に新たに加算数対象になった都道府県診療科から収集した指導医派遣実績について御説明します。

2点目に、指導医派遣実績を踏まえて算出したシーリング数の案を御説明いたします。

3点目は、特別地域連携プログラムの進捗状況をお話ししたいと思います。

次の3ページ目でございます。1月21日の医師専門研修部会においてお示した図でありますとおり、2027年度の専攻医募集におけるシーリングの基本方針の全体像であります。

簡単に振り返って御説明しますと、1つ目がシーリング対象都道府県の選定ということで、令和7（2025）年に算出された最新の必要医師数、新しいデータを使用して、各都道府県診療科における2022年の足下医師数と2022年の必要医師数及び2030年の必要医師数を比較して、両者が同数もしくは上回るという場合をシーリングの対象としております。

それから、2点目でございますけれども、シーリング数や採用上限数、プログラムの内訳についてであります。基本的には令和8（2026）年度の仕組みと同様にいたします。特別地域連携プログラムの連携先要件を変更し、連携プログラム（都道府県限定分）を統合する。右側が図になっておりますけれども、以前の都道府県限定分と特別地域連携プログラムは統合して扱うということになっております。両方とも足下充足率0.8以下が対象になるということでございます。

それから、通常プログラムの加算数の算出に用いる指導医派遣実績は、実績収集等の負担を考えると、基本的には既に提出いただいているところに関しては新たに収集することはせず、令和8年度のシーリング算出に用いた実績を使用するというようにしております。

4ページ目でございますけれども、新たに加算数の対象となった都道府県診療科から収集した指導医派遣実績に基づきまして、表のようにまとめました。

なお、シーリングが従来からかかっていない外科、産婦人科等に関しては、今回もシーリングはかからないということになります。

指導医派遣実績による加算につきましましては、考え方として通常プログラム基本数、基本数の算出方法は、当該診療科の過去3年間、2023年から25年度の全国専攻医採用数の平均掛ける都道府県の全国総人口に対する割合を算出した上で、その数が過去3年の平均採用数に達していない場合、過去3年間の平均採用数に達しない範囲かつ通常プログラム基本

数の15%までの範囲で指導医派遣に応じた通常プログラムの加算を可能とするとしております。したがって、通常プログラム基本数が過去3年間平均採用数を上回る、もしくは同数となる場合には、加算の対象にはなりません。

例外となる県については、ページの下部、下の小さな文字で申し訳ないのですが、注釈の1つ目にまとめております。

指導医派遣による加算の算出については、先ほど申し上げたとおり、基本的には2026年度シーリングの決定に用いた数値、つまり、令和6年から8年度の指導医派遣実績を利用しますが、シーリング対象の変化により、昨年実績の提出を求めていなかった都道府県診療科が出てまいります。具体的には表のとおりであります。

内科の鳥取県、小児科の兵庫県、奈良県、皮膚科の愛知県、岡山県、精神科の京都府、香川県、整形外科の奈良県、眼科の愛知県、岡山県、泌尿器科の東京都、福岡県、麻酔科の兵庫県になります。

なお、注釈の2つ目でございますけれども、これは新たなシーリング対象になったものの、シーリング数の案の算出時に加算上限が1未満となるところでありまして、つまり、指導医派遣実績を提出いただいても加算上限がゼロになるというところに関しては、指導医派遣実績の収集の対象にはなっておりません。具体的には皮膚科の石川県、耳鼻咽喉科の岡山県、放射線科の奈良県、愛媛県、形成外科の岡山県が該当いたします。

表について御説明申し上げます。横のカラムですけれども、1から8という形で形成されておりますが、今回提出していただいた実績は青の部分ということになります。すなわち、指導医派遣と常勤医の指導医派遣ということでありまして、2から5が通常プログラム加算に関わる数値となりまして、2が全体の派遣実績、全体数で、3番は足下充足率0.7以下への派遣実績となります。それから、4にそのような形でそれぞれに0.5を掛けて、計算式でございますけれども、それを足したものになります。5の赤字のところはシーリングの数として用いる通常プログラム加算でございます。6から8は常勤派遣分に係る数値となっております。6の医師少数区域に週5日以上派遣している派遣実績を7のような形で換算して、常勤派遣分の数を算出しております。令和8年度のシーリングの際に提出していただいている都道府県に比べると、傾向は変わらないかと思っておりますけれども、1の加算上限と5の加算数を比べていただくと、ほとんどが上限になっているということになります。

ただし、麻酔科の兵庫県に対しては実績の提出がなかったということでありまして、これは加算がゼロになっております。

6から8の常勤派遣分についても、枠がつくところとつかないところがある点については、令和8年度のシーリング傾向と変わらないと考えられます。

次が5ページ目でございますが、これは特別地域連携プログラムの受入可能数の3月13日の時点での集計になります。

特別地域連携プログラムの採用上限数と受入可能数を比較した表になりますけれども、

全ての領域において受入可能数が採用上限数を上回っているということになります。前回お示ししたときは皮膚科は上回っていなかった唯一の診療科だったのですが、今回の追加でそれを上回っているところになっております。19ページの1月の時点での集計結果を参照していただければ、増えた状況が分かっていると思います。1月は黄色になっていた皮膚科が今申し上げましたように増えて、今回は45ということになります。

以下、前回資料ということで参考にしておりますけれども、13ページ目を見ていただければと思います。

2つある表のうち、下の常勤派遣分の表に誤りがございましたので、訂正させていただきます。下線部分が修正されております。計算方法に誤りはありませんでしたけれども、記載方法の誤りでございましたので、おわびして訂正します。

資料1-1についての説明は以上になります。

それから、資料1-2でございますが、先ほども御説明したとおり、新たに加算数の対象になった都道府県から収集した指導医派遣実績を基にして計算を行い、こちらをシーリング数の案とさせていただきます。各診療科別、都道府県別に書かれたものであります。

前回数が決まらないので2つのパターンをお示ししておりましたけれども、指導医派遣実績の提出によって、今回数が確定いたしました。該当部分を黄色いセルで表示しております。黄色以外のところは1月の研修部会でお示した数と変わりはありません。

次に、資料1-3を出していただければと思います。

こちら先ほど説明した3月13日時点で集計した特別地域連携プログラムの連携先候補施設の受入可能数を都道府県別、診療科別に詳しく示した表になります。灰色のラッシュとなっているところに関しては、連携先とならない都道府県の診療科であります。御確認していただければと思います。

以上が資料の説明となります。

○遠藤部会長 渡辺参考人、どうもありがとうございました。

ただいま、今回の収集された指導医派遣の実績を踏まえたシーリングの数であるとか、特別地域連携プログラムの受入可能数の最新の状況についての御説明をいただいたわけですが、続きまして、事務局からは資料1-4について説明をお願いいたします。

○加藤課長補佐 事務局でございます。

資料1-4、令和9年度のシーリング案を踏まえた論点を御覧ください。

2ページ目と3ページ目に前回の意見をまとめております。

2ページ目ですけれども、何点か抜粋して紹介させていただきます。

まず1番、全般的事項としまして、令和8年度の仕組みと同様とすることに基本的に賛同という御意見をいただいております。

それから、2番目、必要医師数についても、令和9年度は最新の数値をお示しするというので、医師の数え方等により実態を把握するという御意見をいただいております。

3 番目、特別地域連携プログラムについてでございます。

1 点目にありますように、都道府県限定分と特別地域連携プログラムが統合されることで、都道府県限定分の連携期間が 1 年間と短くなることの影響を今後データに基づいて検証してほしいという御意見。

それから、3 点目、連携先要件の足下充足率について、領域によっては東北エリアの足下充足率が極端に低く、充足しづらい傾向になってしまうということで、領域によって適切な数字を設定するべきではないかという御意見。

それから、4 点目、西日本から東日本に連携するプログラムをつくらないといけないような領域もあるということで、負担が大きい点を将来的に考えるべきという御意見をいただいております。

それから、5 点目が、医師少数県のように連携先となるような地域については、専攻医や指導医が行ってみたいと思えるような魅力発信をしてほしい。

最後のところは、今後に向けて各プログラムの募集状況等を見るべきではないかという御意見でございました。

おめくりいただいて、3 ページ目が 4 番目、指導医派遣実績についてでございます。

加算により、医師多数県等から指導医が派遣されるインセンティブとなることを期待する中で、派遣実績による加算が固定化されずに医師偏在の是正に資するものとなるように、新たな派遣を評価するなど、令和10年度のシーリングに向けた検討をいただきたいという御意見が 1 点目でございます。

それから、2 点目、どこからどこに、どれぐらいの期間、どれぐらいの人数が派遣されているか、関連病院かどうか等、詳細な情報を分析し、部会で報告してほしいという御意見もいただいております。

3 点目ですけれども、常勤の指導医が足下充足率0.7以下の都道府県の医師少数県に派遣されていた場合、こちらは加算数も常勤勤務医もどちらも対象となるような実績を指しておりますけれども、そういった場合に 1 人年当たり 1 枠以上に換算されることの妥当性について、データに基づいて議論したいという御意見をいただいております。

おめくりいただいて、4 ページ目が論点でございます。

現状のところ、枠の中でございます。令和 9 年度の専攻医募集については、令和 8 年度募集において取り入れられたシーリングの仕組みが基本的には維持されるとともに、特別地域連携プログラムの連携先要件についても本部会の議論に沿った形で必要な見直しを行う方針としていただいているところでございます。

前回の議論においては、今後に向けて、連携プログラムの連携期間や連携先の要件、指導医派遣の詳細な分析をした上で、データに基づいた議論が必要である旨の指摘をいただいております。

また、特別地域連携プログラムについては、研修施設や都道府県、学会等の協力を得ながら、連携先となる施設の候補の一覧が作成されるなど、連携先確保を後押しする取組が

進んでおります。また、受入可能数についても、一定の受入数が確保されていることが確認されたという状況でございます。

以上を踏まえまして、論点は3点ございます。1点目が、令和9年度のシーリング案について、これまでの本部会での議論が反映されていると考えられ、本案を踏まえて都道府県の意見の聴取を行うこととしてはどうかとしております。

2点目、また、今後に向けて、専門研修指導医の派遣実績については、前回の議論において派遣先や派遣期間等に関する分析が必要との指摘があったところ、その他に今後の議論で必要となる分析を行うに当たり、留意すべき事項があるか。本日の意見も踏まえ、今後、日本専門医機構において必要な分析を行うとしてはどうか。また、医師がより不足する地域への指導医の派遣や、指導医の新たな派遣を促す仕組みについて、既存の医療提供体制に与える影響を十分考慮しつつ、日本専門医機構及び本部会において検討するべきとしてはどうかとしております。

最後、3点目でございます。特別地域連携プログラムについてですけれども、連携先候補施設の一覧の作成等の一定の取組が進んだことや、受入れニーズがある状況を踏まえ、今後のさらなる推進に向けた取組としてどのような対応・工夫が考えられるとさせていただいております。

続いて、資料1－5に今後の進め方をお示ししております。

2ページ目を御覧ください。

本日3月18日に、先ほど渡辺理事長からシーリング案を提示いただきました。本部会の議論を踏まえまして、都道府県知事に対して意見の提出を依頼する予定でございます。プログラム情報につきましては、6月下旬以降に日本専門医機構から都道府県に対して提供される見込みであるということでございます。

また、夏から秋にかけて、本部会において都道府県知事から提出いただいた意見を踏まえて議論を行いまして、大臣意見をお伝えする予定でございます。各研修施設や学会は厚生労働大臣の意見・要請を踏まえてプログラムを修正いただくということになると思います。

11月に募集を開始する予定でございます。

事務局からの説明は以上でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、本日はこの令和9年度のシーリングの設定について御議論いただくということでございますけれども、今、新しい情報の御報告、さらには、事務局からは資料1－4の論点というところで事務局の考えている原案が示されたわけでありましてけれども、これらについて御意見、御質問等を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。

それでは、会場からお願いしたいと思います。

山口委員、どうぞ。

○山口委員 ありがとうございます。山口でございます。

資料1-4の論点のところ、私も議論が反映されていると思いますので、本案を踏まえて都道府県への意見聴取を行っていただけたらいいかなと思います。

2つ目の論点の日本専門医機構において必要な分析を行うことなのですが、今回、指導医の派遣実績ということで、例えば足下充足率0.7以下への派遣実績、それから、医師少数区域に週5日派遣している派遣実績というのを出示していただいたわけですが、派遣実績から見ると、ここに出てきている数字というのはかなり少数だと思うのです。実態としてどのような派遣の状況なのかということももう少し詳細に資料があれば、次回以降でも構わないのですが、どのような派遣の仕方が多くなっているのか、それが科によっても違いがあるのか、その辺りをもう少し出していただけると、さらに議論ができるのではないかなと思いましたが、その辺りはいかがでしょう。

○遠藤部会長 渡辺参考人、コメントをお願いします。

○渡辺参考人 指導医派遣に関しては新しい試みをやっているわけなので、データの収集に関しては可能だと思いますので、今後やっていければと思います。特に厚生労働大臣からそういう御指摘があればやらざるを得ないというところもございますので、前向きに検討させていただきたいと思います。

○遠藤部会長 山口委員、どうぞ。

○山口委員 週5日ということが不可能であっても、こういう形であれば派遣が可能なのだというようなことの現状が見えてくれば、また新たな対策も考えられるかもしれませんので、できればさらに詳細な資料を出示していただくとありがたいと思います。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

渡辺参考人、コメントがあればお願いします。

○渡辺参考人 そういう目的ということでは必ずしもないのですが、今年には既に都道府県から招聘したい研修機関に関してのデータが、前回表をお出ししたと思うのですが、要するに指導医の数だとか、場合によったら住宅手当とか、あと、子育て支援で託児所だとかというようなことが整理されたものを既に基本領域学会のほうに送っております。だから、逆にその表に対してどういう反応が、実際に指導医派遣があるか、連携は成り立つかというようなことが、必ずしも指導医派遣のためにやっているわけではないのですが、解析はやっとならざるを得なくなったという段階だと思います。ただ、どういう障壁があるかは予測できませんけれども、可能な限り御要望に応えられるように、これは重要なデータでありますので、考えたいと思っております。

○遠藤部会長 よろしく願いいたします。

ほかに会場ではよろしいですか。

それでは、オンライン御参加の委員の方で御発言は何かございますでしょうか。

それでは、中村参考人、よろしく願いいたします。

○中村参考人 ありがとうございます。新潟県の中村でございます。

今御説明いただきました令和9年度のシーリング案に関しまして異論はございません。今までの意見を踏まえていただいていると考えておりますので、そちらで進めていただければなと思っております。

その上で、まず特別地域連携プログラムのことなのですが、こちらは資料1-1の5ページに記載がされておりますけれども、全ての診療科で採用上限数を上回る受入可能数となったというような記載がございます。こちらについては、そのような形で調整いただきました日本専門医機構や学会の尽力に感謝申し上げたいと思っております。

新潟県としましては、資料1-3に記載のとおり、多くの病院や診療科から手を挙げていただくことができまして、現在109名の受入れが可能です。資料の中にもございましたけれども、今後、連携元の施設、それから、専攻医から選んでいただけるように、しっかり研修を行う魅力やPRポイントの記載などの充実を進めて、参考となる情報をしっかりと届けられるように、病院などと協力して働きかけていきたいと考えているところでございます。

そして、資料1-4の4ページに論点を記載いただいている、医師がより不足する地域への指導医の派遣や、指導医の新たな派遣を促す仕組みについて、日本専門医機構及び本部会において検討することという記載をいただいているところでございます。こちらは前回の部会での新潟県、それから、茨城県の意見を受け止めていただけたものであると思ひまして、感謝するとともに、ぜひこういったことの検討を進めていければと思ひますので、よろしく願いいたします。

私からは以上でございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。御意見ということだと思いますけれども、受け止めました。

それでは、丸山参考人。

○丸山参考人 茨城県保健医療部長の丸山でございます。ありがとうございます。

新潟県さんとほぼ同様でございますので、当県といたしましても、これまでの議論を踏まえていただいて各種整理をいただきましたこと、皆様、本当にありがとうございました。

資料1-4の2ページ目でございますけれども、今後の検討ということで、新潟県さんと重複しない点で申し上げますと、3の1つ目の○に掲げていただきましたが、令和10年度に向けては、やはり特別地域連携プログラムを変えて今後どうしていくかということは、研修期間も含めて御検討いただければ幸いです。意見となります。よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

ほかに何かございますか。会場参加の方で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と思われまして、本件につきましては、事務局提案につきましては特段大きな反対がなかったということでございますので、今後、事務局におかれましては、このシーリング案につきまして、本部会でいろいろ議論もありました

ので、御意見もございましたので、それから、今後、各都道府県の御意見も聴取することになるかと思っておりますので、それらを整理いただきまして、次回以降、本部会でお示しただければと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、2番目の議題に移りたいと思っております。2番目の議題は「今後の医療需要を見据えた専門医の養成について」ということで、これは事務局から資料2の御説明をお願いしたいと思います。

○加藤課長補佐 事務局でございます。

資料2「今後の医療需要の変化を見据えた専門医の養成について」を御覧ください。

2ページ目でございます。

初めに、本議題の出発点となる今後の医療需要について御説明いたします。2040年の人口構成についてでございます。左側のグラフのように、2040年には85歳以上を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られるということでございます。右側のように地域ごとに見ますと、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は大都市部で増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域があるという推定でございます。

おめくりいただいて、3ページ目でございます。

医療需要の変化ということですが、左側のグラフのように要介護認定率は年齢が上がるにつれて上昇し、特に85歳以上で上昇するということでございます。

2025年以降、後期高齢者の増加は緩やかとなりますが、右側のグラフのように、85歳以上の人口は2040年に向けて引き続き増加が見込まれておりまして、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれるというところでございます。

4ページ目でございます。

2040年の医療需要についてということで、左側が救急搬送、右側が在宅医療需要の将来推計となっております。どちらも総数の増加が見られるところでして、内訳である85歳以上について、それぞれ75%、62%増加するということが見込まれているということでございます。

続いて、5ページ目でございます。

増加していく85歳以上の急性期における疾病の特徴ということでございます。75歳以上の急性期における入院は、若年者と比べて医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的であるという特徴がございます。今後、こうした高齢者に対する医療をどのように担っていくかという状況であります。

6ページ目でございます。

2040年における診療領域別の手術件数の変化についてでございます。2020年から2040年にかけて手術件数が増加する構想区域を青、減少する区域を赤で示しているグラフでして、全ての診療領域において半数以上の構想区域で手術件数が少なくなるという推計結果でございます。

7 ページ目を御覧ください。

今御説明したような医療需要の変化が見込まれている中ですが、平成25年の議論を振り返りますと、専門医の在り方について、地域医療、医療制度等についても問題意識を持つような医師を育てる視点や、一般的な診療において頻繁に関わる負傷または疾病に適切に対応できる基本的な診療能力を維持し、向上させるという視点も重要である等の指摘がなされておりました。

8 ページ目でございます。

こちらは専門医制度整備指針、日本専門医機構から各領域に共通する専門医制度の考え方を示しているものです。各基本領域学会は、習得すべき知識・技能・態度等の到達目標を達成するために必要な経験項目を設定することとされておりまして、その一つとして地域医療の経験に関する目標を含めることとされております。例えば病診・病病連携、地域包括ケア、在宅医療、都市部以外などでの医療経験を含むとされております。今後の医療需要の変化を見据えますと、こうした経験はより一層重要になるものと考えられるとさせていただきます。

9 ページ目が今御説明したような地域医療の経験に関して内科学会で定めている記載でございまして、3年間の専門研修期間のうち、一定期間を地域に根ざす第一線の病院で研修するという事。それから、そうした病院ではコモンディジーズの経験をすること、中核病院との病病連携、診療所と中核病院との間をつなぐ病診・病病連携の役割を経験するといったことが記載されているということでございます。

10 ページ目、次のページが外科領域に関する内容でございまして、(1) にありますような連携施設において地域医療を経験し、病診連携・病病連携を理解し実践すること。

(2) 地域で進展している高齢化または都市部での高齢者急増に向けた地域包括ケアシステムを理解し、介護と連携して外科診療を実施する。

(3) 在宅医療を理解し、終末期を含めた自宅療養を希望する患者に病診または病病連携を通して在宅医療を実践するというようなことが定められているということでございます。

11 ページ目、次のページですが、研修プログラム制についての御紹介でございます。専門研修においては、基幹施設が1つ以上の連携施設と研修施設群をつくることで、病院の性質、これは地域性ですとか医師の専門等でございますが、その偏りによって研修自体に偏りが出ないように、循環型のプログラム制の研修を行うということを基本としているということでございます。

次の12ページにプログラム制の御説明を図で示しておりますけれども、左側がカリキュラム制という従来の形です。研修医が個別の研修施設を選択して症例を積みながら研修するという形でしたが、現在基本としているのが右側のプログラム制です。研修期間や研修病院があらかじめ設定されたプログラムに基づいて、症例を経験しながら研修施設をローテートするという形となっております。

次の13ページ目はあるプログラムの例を御紹介しておりまして、A大学病院、B市民病院、C医療センター、最後はA大学病院に戻ってくるというようなローテーションの形で研修がなされているということでございます。

おめくりいただいて、14ページ目でございます。

特別地域連携プログラムの連携先における研修についても御紹介できればと思っております。特別地域連携プログラムの募集枠で採用された専攻医は、医師が相対的に少ない都道府県にあり、都道府県が候補とした施設において1年間以上研修することとなっておりますけれども、今般、連携先候補施設の一覧を作成いただきまして、次のスライドで御紹介しておりますとおり、こうした連携施設における魅力・PRポイントとして、全人的な医療提供や地域医療の経験ができるといったことが多く挙げられているところでございます。

実際に15ページ目が魅力発信の内容でございます。こちらは下部にございます※のとおり、特別地域連携プログラムの連携施設候補の一覧から候補施設に記入いただいた研修プログラムの特徴ですとか、当院で研修を行う魅力・PRポイントの記載の一部を抜粋したものでございます。

1番、経験可能な診療としまして、(1)にあるような全人的な医療提供や地域医療の経験というものをPRしているところが多かったかなという印象でございます。それから、(2)多様な症例があるということを研修の特徴としているところもございまして、おめくりいただいて16ページ目でございます。また、(3)の症例数が豊富であるということ、それから、(4)手技の機会もたくさんあるというようなことをPRしているところもございました。

17ページ目、次のページですけれども、2番目、指導体制が充実している、指導医の資格を持った医師が多数在籍しているというような内容もございましたし、3番目、研修関係や勤務環境、例えば他科の医師や他職種スタッフと相談しやすく、風通しのよさが自慢であるというような内容もございました。

18ページ目をおめくりいただいて、4番目の地域の魅力ですけれども、ちょうどよい田舎暮らしを提供できるですとか、ワークライフバランスの実現に最適であるというような内容もございました。

5番目のキャリア上の支援や定着支援についてPRにしているところもあったというところでございます。

以上、連携施設における研修の例として御紹介でございました。

おめくりいただいて、19ページ目でございます。地域医療の向上に関する意識調査ということで、日本医学会連合が行っているアンケート結果の御紹介でして、臨床系の学会会員を対象にした意識調査によりますと、キャリアプランの中で「専門医療に従事したい／している」という回答に並んで、「地域の医療機関で地域医療に従事したい／している」と回答した医師が一定数いるという結果でございます。

おめくりいただいて、20ページ目が年代別に見たグラフとなっております、40歳未満の若手医師が「地域の医療機関で地域医療に従事したい／している」と回答した割合は、ほかの年代に比べると小さいものの、一定数は存在するという状況でございました。

おめくりいただいて、21ページ目に論点でございます。

枠の中の現状でございます。2040年にかけては、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見込まれる。医療においては、高齢者救急の増加等、医療需要の変化が生じる見込みでございます。

平成25年の専門医の在り方の議論においては、地域医療、医療制度等についての問題意識を持つような医師を育てる視点や、一般的な診療において頻繁に関わる負傷または疾病に適切に対応できる基本的な診療能力を維持し、向上させるという視点も重要である等の指摘がされております。

高齢者救急の増加等の医療需要の変化への対応に関連する現行の取組としまして、地域医療の経験に関する目標を踏まえてプログラムが策定される仕組みや、経験の偏りが生じないよう複数の施設で研修を行うプログラム制が基本とされていることなどが挙げられるということでございます。

なお、自身のキャリアプランとして、「専門医療への従事」を回答する医師に並び、「地域の医療機関で地域医療に従事」することを希望する医師も一定存在するというアンケート結果がございました。

以上を踏まえて、論点でございます。

1点目、2040年の医療需要の変化を見据え、専門研修における医師の養成の在り方を検討することは重要ではないか。

2点目でございます。この際、2040年を見据えた専門医制度上の対応状況や問題意識について、各基本領域学会に対して意見を聴取した上で、本部会で対応を検討することとしてはどうかとさせていただいております。

3点目、具体的な内容ですけれども、2040年を見据えた領域ごとに重要となる疾患や患者像、医療需要の変化の見通し、専門医制度（専門医の育成や専門医の更新等）における領域ごとの必要な対応、考えられる課題等について、アンケート調査により情報収集することとしてはどうかとさせていただいております。

資料2の事務局からの御説明は以上でございます。よろしく願いいたします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

ただいま説明のありました内容につきまして、御意見あるいは御質問をいただきたいと思っておりますけれども、それでは、まず会場御参加の委員からいかがでございましょうか。

では、山口委員、どうぞ。

○山口委員 山口でございます。

今の資料の21ページの論点のところですが、確かに専門医もそうですけれども、地域医療、医療制度等についての問題意識を持つような医師とか、それから、一般的な診

療において頻繁に関わる負傷、疾病に適切に対応できる。これの基本的なところというのは、恐らく初期研修で培っていらっしゃるのではないかなと思います。専門医制度ということになってくると、専攻医ですので、より専門的なところの研修をしていかれるということになると、今回、各基本領域学会へのアンケートということはぜひしていただきたいと思います。ただ、学会によって見据える2040年のこの学会領域が対象とする患者像はかなり違ってくのではないかなと思いますので、その辺りを同じような項目で質問しつつも、違いが明確に引き出せるようなアンケートをぜひ考えていただくと、初期研修ではない次の段階で専攻医が何をを目指すのかというようなところが各領域毎に見えてくるのではないかなと思います。とても難しいことを簡単に言っていますけれども、ぜひそういった工夫をアンケートでしていただければと思います。

以上です。

○遠藤部会長 ありがとうございます。アンケートのやり方についての御提案ということであったと思います。

ほかに会場御参加で。

では、今村委員、どうぞ。

○今村委員 この専門医の養成の部分というのは、医学部教育のあり方や地域枠の問題、それから、初期臨床研修の問題に比べると、やはり非常に複雑で難しいと思います。専門医機構のほうでも大変御苦労されていらっしゃるころかと思います。

今、山口委員からも御指摘のあったようなことに加えて、実態調査がやはり大事だと。その実態調査の中で、実は新たな地域医療構想でも、高齢者が増える部分というのは必ずしもいわゆる国民だけの問題ではなくて、ドクターの問題も非常に大きいです。新たな地域医療構想のほうでは、各都道府県の65歳以上の医師の率、これは10万対だとか絶対数、反対に35歳未満のドクターの数もしっかり調べてくださっています。これらを基に議論は進んでおりますけれども、同様なことが恐らく専門医についても本当は必要ではないのだろうか。専門領域によっては非常に高齢のドクターが多いかもしれない。そこら辺が指摘される、消化器外科の先生方は危機感を持って動かれたというようなところもあると思います。全国の全体の数もそうなのですが、実際には各都道府県においてもばらつきがあるのかなのか。そういった各都道府県における専門領域の65歳以上のドクター数が35歳未満より高齢化が進んでいるようなところがあるかどうかという実態、これは出ているのでしたか、それともまだ出ていないのでしたか。出ていないようでしたら、そこら辺も、今後は大事な部分になるのではないかなということ御検討いただければと思います。よろしくをお願いします。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

いろいろ御意見が出てくるとは思いますけれども、渡辺参考人、もしコメントがあれば、どの分野でも結構でございますので、後でまた何かコメントをいただければと思います。

それでは、オンラインに移りたいと思います。

片岡委員がお手を挙げておられますので、お願いいたします。

○片岡委員 ありがとうございます。

大変重要な資料をお示しいただきまして、ありがとうございます。

私も各基本領域の学会へのサーベイはぜひともしていただきたいと思います。一方で、大学における地域医療教育の重要性も指摘されていることもございますし、例えば大学の地域医療教育を担うセクションであるとか、現在地域医療や高齢者医療を担う方がより多く参画するような領域の学会にも、2段階目としてでもいいので、ぜひサーベイを御検討いただきたい。

それから、総合診療という領域に関しましては、例えば学会の中でも、病院総合診療など、より病院での総合診療に特化したような学会もあるので、その辺りもぜひ御意見などを聞いていただけたらと思いますので、意見として申し上げました。ありがとうございます。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

それでは、続きまして牧野委員、よろしくお願いいたします。

○牧野委員 ありがとうございます。

私からは幾つかお話ししたいと思います。

まず、21ページにあります論点についてですけれども、1つ目の○について、専門研修における医師の養成の在り方を検討することが重要ということに関しては賛同いたします。

あと、2つ目及び3つ目の○についても同意するのですが、これに関してはもう少し踏み込んだ対応も必要ではないかという観点から意見を述べさせていただきます。

その意見は2つ趣旨があります。今、ここは専攻医の研修なのですが、それだけではなくて、その後の医師のキャリアチェンジが今後は重要になってくるのではないかと。特にリカレント教育をより積極的に進めるということをしないと、必要な医師を確保できなくなるのではないかという危惧を病院団体としては持っております。

それから、もう一つが当初から総合診療を目指す医師が増えるための仕組みをもうちょっとつくるべきではないかということも考えているところです。

まず最初のキャリアチェンジのほうですけれども、地域医療の現場ということではいきますと、既に総合医が不足しているというのはよく知られているところです。急性期拠点機能のある病院については専門診療が中心になりますので、そういった病院では医師を関連大学の医局から派遣してもらおうとか、実はある程度派遣の道筋はついているのです。ところが、今後より問題になってきますのは、包括期、回復期といった病院の医師の確保です。ここは専門性よりも総合性をより医師に求めるのですが、そういった医師をどうやって確保するのかという道筋が全くついていません。さらに、今後、地域においては、在宅医療も増えてくるということが今日のデータの中で示されています。ただ、その担い手も十分ではないということになります。

こういった包括期や在宅医療の需要が高まっていることが分かっているわけですから、

そういった医師の養成が急務だろうと思います。ただ、今議論しています専攻医の段階でこれをすぐに解決しようとしても、なかなか難しい。5年、10年、15年とかかりますから、そこでやはり医師のキャリアチェンジということに注目せざるを得ないと思っています。

20ページは結構興味深いデータだと思うのですが、地域医療の向上に関する意識調査です。これを見ますと、一番上の緑色の高度医療を行っているという方、これは60歳ぐらいまでそういった医療を続けていくという人が大体23～24%と。ここは変わらないのです。ところが、その下のオレンジ、専門医療に従事する医師は実は40歳頃までに徐々に減少していっています。それに対して、グレーの地域医療に従事したり、それを考えているという人は、実は40歳代から増加して、50歳代、60歳代になるにつれて多くなるということがここでは分かります。ここでキャリアチェンジが起こっていると見てとれると思います。

今後の医師不足解消のためには、これをより前倒しするような格好で積極的に進めるということが必要かと思っています。そのためには、医師への啓蒙とリカレント教育をより積極的に進めることが重要と考えております。リカレント教育については、厚労省も予算を取って積極的に進めるようになってきていますけれども、病院団体でも行っています。ただ、これを利用する人はまだまだ少ない。それを何とか増やす、このような人材を養成する取組を後押しする必要があるのではないかと思います。

次は2つ目です。当初から総合医を目指す医師を増やすということも長期的には必要になるだろうと思っています。各学会へのアンケートとか意見聴取といったことをするのは重要だと思いますけれども、もう一步踏み込んだことも考えられるのではないかと思います。それは実際に各専門領域の専門医が今後どのぐらい必要なかということをより客観的、俯瞰的な立場からデータを出していく。これは学会がやっていただいてもいいのですが、どうしてもやはり学会は自学会の医師の不足を考えています。医者がたくさんいればいろいろなことができるということになります。ですから、より客観的な立場でデータを出すということが必要です。

資料2の6ページに将来の手術数の変化というデータが出ていますけれども、多くの領域で減るのです。そうであれば、必要な専門医の数も減るのではないかとすることは容易に予測できるのですが、具体的にどの程度の数が必要なのだというデータ、これをより詳細に分析したデータですね。例えば外科系の診療科でその領域のメジャーと考えている術式が必ずあります。そういったものが何件ぐらい現在あって、それは今後例えば2040年になったら何件減ると。それに必要な医師はどれだけ減るのだといった客観的なデータを示すことで、若い医師が自分の進む方向を決めるときにかなり大きな参考になるのではないかと思いますので、そういった客観的、俯瞰的な情報をできれば厚労省などに提供していただけないかなと考えているところです。

私からは以上です。

○遠藤部会長 御意見として承りました。ありがとうございました。

また、これにつきまして、後から事務局などのお考えもお聞きしたいなと思います。当部会としての職掌の範囲なのかどうかということも踏まえて御意見を聞きたいと思いますが、また取りあえず委員から様々な御意見を頂戴したいと思います。

それでは、丸山参考人、お手を挙げておられますので、よろしくをお願いします。

○丸山参考人 茨城県保健医療部長の丸山でございます。

本当に意欲的なのか、時勢に必要となっている議題を今回提示いただきまして、事務局を含め本当にありがとうございます。

医師少数県としましても、かなり地域偏在だけではなくて診療科偏在が足下では議論の焦点になってきておりました、既に今村委員、牧野委員に御指摘いただきましたけれども、当県はどの診療科を見ても不足という状態になっていますので、その中で医療需要の変化と併せてどこまで増やしていかなくてはいけないのか。こういう御時世ですので、過剰投資というわけにはいかないと正直思っていますし、高齢者救急のことを考えれば、総合診療医が、特に病院総診に増えていただく必要があろうかと思っておりますので、その中で、我々としても国が持っているデータ、これから各基本領域に意見聴取やアンケートをしていただけるということなのですけれども、それを地方でも検討しながら、要は同一データで議論を進めていかないとちぐはぐになりかねないなと少し懸念している次第です。

ですので、今後、国におかれましては少し大変かとは思いますが、使うデータ等を適時都道府県とも共有いただければ、我々もこういう検討をしているよというのをフィードバックさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

コメント、意見でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、野木委員、よろしくお願いいたします。

○野木委員 野木でございます。ありがとうございます。

基本的にこれに対する意見と言ったら変ですけれども、これはよく考えられているなと思っています。それに、各先生方の御意見に全て賛同します。

ただ、お願いとしては2点ございまして、まず専門医制度、いわゆる専攻医にとってしっかりした研修ができるということは大前提に置いていただきたいと思います。専攻医に不公平感を抱かせることなく、公平で充実した研修を終えられるということが大前提であります。

2点目は学会から聞くというのも本当に大切なことで、各学会によっていろいろ考え方が違うところがあるので、それをどううまく利用していくかということはやはり今後も考えていかないといけないのではないかなと思います。

最後に、病診連携・病病連携という形で、その辺の重要性を述べられていて、非常に大切なことだと思っています。今後、都道府県ごとに考えるということも一つなのですけれども、例えば隣の県との間にどういう関係性があるのか、病診連携でもどうなっていくのか。これは非常に難しいと思うのですけれども、例えば埼玉だったら東京に近いので、大きな

病院だったら東京に頼ってもいいのではないかなという気はします。だから、いわゆる救急治療が必要なものに対してはやはり各都道府県で対応していかないとけないと思えますけれども、そこまで急がないものに関しては、もう少し病院の在り方という意味合いで考えて、隣の県との関係性も考えながら、どういうふうに医師を配置していくのかというのは考えてもいいのではないかなと。これも非常に難しいことになってくると思えますけれども、そういう辺りで病診連携と病病連携の県をまたいだ形での検討が今後必要になってくるのではないかなと思いました。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

ほかに何かございますか。

それでは、会場で何かよろしいですか。

様々な御意見が出ました。一つ一つ非常に重要な御指摘だと思いますので、まず事務局から少しコメントをもらいましょうか。

つまり、2つあると思うのです。大変重要なあれなのですけれども、例えばどうも内容的に本部会よりも地域医療構想の検討会にふさわしいようなお話であったり、あるいはそもそもこの部会は当初から専門医研修のやり方について決めるというようなものではなかった。専門医研修は基本的に民間資格であるので、国が介入するのは限定的なことしかできない。それは地域偏在の解消という点には介入できるというところで議論していたわけなので、現在もその制約はかかっていると思えますので、その中でどこまで本部会として対応するのかということの一つあるかなと思えますけれども、それでは、渡辺参考人、全てのあれではなくて結構でございますので、何かコメントが必要であるところはおっしゃっていただければと思います。

○渡辺参考人 一つは地域というのと同時に時間の経緯ということで、キャリアのチェンジということが一つありましたけれども、その主たるものというのはリカレント教育、リスキリング教育というものでありますけれども、最後に出ましたジェネラルな総合的な診療科やっている総合診療、それから、次に内科、子供においては小児科、あとは場所においては救急科とかということもありますが、内科と総合診療に関しては独自のリカレント教育を行っております。当機構におきましても、今、専門医を対象にしたリカレント教育のグループをつくって教材を作ろうとしております。特に例えば厚生労働省のデータでも外科医の先生方も手術の充実、内科医も循環器内科でカテーテル、内視鏡手術、これの充実は物すごく国民にとって大事なことなのですけれども、ある年齢になるとチェンジしていくというのは事実ですし、体力的な問題もありますので、当機構でも専門医を対象にしていわゆる総合医的な知識を得ていただくための教育機会を設けるつもりです。総合診療医の場合は原点に戻るということですし、内科の場合も最初は全内科領域の研修後でサブ領域専門医として活躍後、また年を取ったら総合内科的な診療に戻ってもらうというようなことは既に始めております。それがどのぐらいまで効果が上がるかは分かりませんが、

取り組みは開始しています。

それから、もう一つは地域で働く、我々の言葉はちょっと曖昧なのです。多様な地域、医師少数区域とかで働いた場合に、更新の単位数に関して優遇するというような制度は従来からやっております。それは厚生労働省とも相談して、地域にできるだけ行っていただきたいということ始めました。

あと、総合診療医の養成に関しては、今、苦戦しているというのは事実です。少しずつ伸びていっているのですが、去年300人を超えたかと思うと、今年はまだ残念ながら、微減ぐらいになっております。これはどうしたらいいものかというのは苦慮していますが、できたら医学部教育、臨床研修も含めた、通貫的な教育と言ったらおかしいですが、そういうことをやらなくてはいけないかなと思っています。

それから、2番目のアンケート云々という話がございましたけれども、これは和泉室長からのお話のほうがいいかと思うのですが、今年も5万6000人ぐらいが対象になるのだと思います。一つは専門研修の条件、一つは働き方改革に対するもの、それから、無理を言って入れていただいたのは研究医の養成に関してどうするかというようなことが質問内容です。これは和泉先生、加藤先生に説明していただければいいと思いますけれども、そういうこともやっています。

これは当機構のデータベースを基にしてやるわけですが、大事なことというのは、先ほどどなたか、学会でという話になりますと、どうしても学会は領域に特異的なファクターが影響しますので、領域と領域を比較するという意味では、第三者的にできるのは、専門医機構のデータベースが一番有用と思ってやっております。遡ると、2023年には厚労省から特別科研を頂いて日本専門医機構でシーリングの効果について解析をして、有用なデータを得ております。

その中で、例えば特別地域連携で派遣された場合に、派遣といいますか移動した場合に、今後どこで働きますかというようなことも一応聞いておまして、3分の1は地元に残ると言っておりますし、将来戻ってもいいという人も3分の1ぐらいいるというのです。それを根拠にして、我々は特別地域連携プログラムでできるだけ医師不足地域での研修を誘導していくというのは非常に大事なことなのではないかという思いに至ったということでもあります。

まだあるのですが、長くなりますので、今のところ私からは以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございます。

では、事務局からコメントをいただければと思いますので、よろしくをお願いします。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。事務局でございます。

幅広い御意見をいただきまして大変ありがとうございます。

まず、座長から御質問いただいた全体の話をお話できればと思いますが、今日参考資料1というものがあまして、設置要綱を置いております。1の2パラあるいは3パラ、4パラあたりにいろいろな目的を記載してございまして、要すれば、座長におまとめ

いただいたように地域医療に与える影響を勘案して、定められた意見を言うというのが一義的なこの部会の所掌であると理解しております。

委員の先生からも御指摘いただきましたが、構想の議論の中で各医療機関の機能あるいは別途の機能を支える医師をどう確保していくのかというのは、まさに地域医療の確保に与える影響が一定程度あるのだらうと理解しております、本部会でも御議論いただけないかと考えておるところであります。

他方で、少し言及がございましたけれども、例えば病診連携の在り方等についてはまさに提供体制の話に近くなってくるとも思いますし、一方で、病診連携のできる医師を確保するという意味あるいはそういう医師を養成するという観点で、医師の養成については一定程度本部会の所掌として議論することは可能なのではないかと事務局としては考えております。

いずれにしても、幅広い御意見をいただきましたので、丁寧に整理をしまして、本部会で御議論をいただける内容について集中的に御議論いただくということを念頭に今日の議論を今後おまとめさせていただきたいと、今後の議論を展開させていただきたいというところが全体のところでございます。

座長、こういうような形で一旦。

○遠藤部会長 議論の全体の枠組みを整理していただきまして、どうもありがとうございます。

ほかに何かありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 先生方からいただいた御意見を踏まえて調査等を設計してまいりたいと思っておりますが、御質問があったかと思うのですけれども、都道府県ごと、診療科ごと、年齢ごとの医師数みたいなものでございますけれども、三師調査のデータを解析すれば、主たる診療科という形ではありますが、解析は可能だと思っております、御指摘のように県によっては年齢構成というのが少しばらつくところはあるかと思っております。

年齢構成を是正するには若い人で薄めるのかというところもございまして、先ほど私が申し上げたように、どう養成していくかという話にどう落とし込めるかということについては少し考えさせていただきたいと思っておりますが、把握するためのデータというものはあると思っております。

それから、お声がけの範囲について、大学での教育あるいは病院総合診療などというお話もいただきました。調査がどこまでできるかというところは事務局の努力次第と思っておりますが、一旦受け止めさせていただきたいと思っております。

それから、キャリアチェンジという話、渡辺理事長あるいは牧野先生から御指摘をいただいて、非常に重要だと思っておりますので、そこの辺りも聞いていきたいと思っておりますし、参考資料の24ページ目に大学病院の先生が今後どういう働き方をしているかみたいなデータも実は出してございまして、ほとんどの先生は大学病院に残るといよりは診療所だったり病院に行かれていたりする。セカンドキャリアをどうつくるかというところは重

要な点だと思しますので、それもあくまで養成という観点で聞くこととなりますが、検討させていただきたいと思っているのと、データを整理すべきというところにつきましては、私どもの出せる適切な資料を可能な限り検討して対応したいと思っております。

○遠藤部会長 ありがとうございます。

それでは、渡辺参考人、何かございますか。まだ何かお話がおありになるのであれば。

○渡辺参考人 特にございませぬけれども、先ほどの診療科の特徴ということに関して議論しているのは、やはり領域ごとに必要医師数の計算、考え方は違うのではないかと思います。言い換えれば、あるジェネラルな領域に関して言えば、やはり均てん化というか、要するに国民、患者さんのアクセスの問題で二次医療圏には必ずどのぐらいいなくてはいけないということもあるのですが、集約化のできる領域もあるのではないかとことです。各領域毎に必要な医師数をどう考えるか。実数を出すのは非常に難しいと思っておりますけれども、どう考えるのかというようなことを当機構でも議論を始めております。その結果を基に、シンポジウムをしたり、新聞記者の方を交えた懇談会も進めております。そのために当機構内に必要医師数を検討するワーキンググループというのもつくっております。

あと、ジェネラルに総合的に診るお医者さんというのは、総合診療が概念的には主体であることは確かだと思うのですが、残念ながらこれまで専門医を取られている方は1,000人程度、これは全国に均てんすれば非常に少数なのですが、しばらくの間か、ずっとか分かりませぬけれども、やはり一番近い内科系の例えば総合内科、一般内科と言われているような領域とどういう役割分担をするかという議論も非常に大事なのかなと思っております。内科の場合だと総合内科専門医と言われる者が4万数千人おりますので、総合診療専門医がどうやってタイアップするかということだと思っております。

私は総合診療の方々の研修をやっている専攻医に関して、一種のアジテーションに近いのですが、あなたがたは地域包括ケアという厚労省で提案されている地域医療のシステムのコンダクター、指導医なのだという誇りを持ってやってほしいという主旨で申し上げます。学部時代から専門医になっても一種のアジテーション的なことも必要なのかなと思っております。

以上です。

○遠藤部会長 どうもありがとうございました。

ただいまの事務局と渡辺参考人からの御発言も踏まえまして、また何かコメントがおありになる方はいらっしゃいますか。2度目でも結構でございます。

それでは、今村委員、どうぞ。

○今村委員 先ほどの年齢別というのは、既存のデータからできるとの報告でした。それに言及したのは、例えば、徳島県の内科はシーリングがかかっています。新たな地域医療構想で出された資料の中では、65歳以上のドクター率が一番高いのが徳島県で、徳島県の先生方は医者数としては多いのだけれども、あと5年、10年すると、医師少数県になってしまう可能性が非常に大きいとの問題が出され、現場は危機感を持っているとの話でし

た。そのような地域は今から必要であれば対策も考えなければならない。場合によってはこのシーリングの在り方にも関わるといところで、実態調査をお願いしたところです。

追加発言でございます。

○遠藤部会長 ありがとうございます。重要な御指摘をいただきました。

ほかに何か追加でコメントはございますでしょうか。質問でも結構でございます。

よろしゅうございますか。ありがとうございました。

それでは、大体御意見は出尽くしたと思いますので、事務局が出された原案については基本的には御了承いただいたと思いますけれども、様々な御意見もございましたので、事務局としてはそれらを考慮して適切な対応をぜひ続けていただきたいと思いますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、本日用意いたしましたアジェンダは全て終了いたしましたけれども、何か皆様からございますか。よろしゅうございますか。

それでは、事務局、何かあればよろしくをお願いいたします。

○木村医師需給専門官 次回の部会開催日程につきましては、追って調整の上、改めて御連絡いたします。よろしくをお願いいたします。

それでは、長時間非常に重要な御指摘をいただきまして、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部会を終了したいと思います。ありがとうございました。