

2026-4-17 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14回）

○木村医師需給専門官 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第14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11名に御出席いただいております。

神野構成員の代理として全日本病院協会副会長の美原参考人、花角構成員の代理として新潟県福祉保健部部長の中村参考人に御出席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、資料2、参考資料1、参考資料2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、以後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 ありがとうございます。

構成員の皆様、本日もどうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、早速議事に入りたいと思います。

本日の議題は2つございまして、1つ目が「医師の確保・偏在対策における医学部臨時定員の方針について」、2つ目が「今後の地域枠等の運用について」でございます。

それでは、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について」、これに基づいて説明をお願いしたいと思います。

○濱田主査 ありがとうございます。事務局でございます。

それでは、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について」の資料を御参照ください。

本日は、2ページ目でございますとおり、3つの議題について御議論いただければと思います。初めに、令和8年度の医学部臨時定員の報告でございます。

3ページ目、昨年の6月に本検討会の中でこの配分意向に沿って配分見込みになるということを示したものでございます。

4ページ目、医学部定員の総数としてお出ししており、令和8年度においては9,376人が医学部定員の総数となっております。

5 ページ目では、恒久定員内地域枠の設置数の推移について示しております。

6 ページ目、都道府県別の令和 8 年度の医学部臨時定員の報告でございます。臨時定員の総数といたしましては、右下の 958 ということで、地域枠と研究枠を合わせた数になっております。令和 8 年度の医学部臨時定員の配分については、御報告でございました。

7 ページ目から 2 つ、こちらは御議論いただく議題でございます。7 ページ目から、令和 9 年度の医学部臨時定員の方針についてでございます。

8 ページ目、9 ページ目、昨年 11 月に本検討会の中で令和 8 年度の医学部臨時定員に係る方針についてということで御議論いただいた内容でございます。10 ページ目にございますとおり、医学部の臨時定員を議論した前々回、第 12 回の検討会では、医学部臨時定員の方針についてはおおむね御異議はなかったところでございますが、医師偏在対策が重要であること、各県の実情や大学との連携状況を踏まえた柔軟な対応にすべきことなどの御意見をいただいております。次のページから、御議論いただく際の各種データについて御説明をさせていただきます。

11 ページ目、こちらは次期の医師確保計画に向けた医師偏在指標の更新がなされたデータでございます。

12 ページ目、こちらは再掲ですが、恒久定員内地域枠の設置数の推移についてです。

13 ページ目、R7 年度、単年の地域枠及び地元出身者の枠数についてでございます。

14 ページ目から 16 ページ目においては、R6 から R7 年度における恒久定員内地域枠の変化と都道府県別の設置状況について掲載をしております。

17 ページ目、高齢医師数の割合を示すデータで、縦軸が 75 歳以上医師数、横軸が更新後の医師偏在指標になります。

18 ページ目、都道府県別の人口推移についてのデータでございます。縦軸が 75 歳以上の人口変化率、横軸が全年齢の人口変化率となっております。

19 ページ目から 21 ページ目につきましては、こちらは第 7 回の地域医療構想及び医療計画等に関する検討会でも議論されました「へき地尺度」についての資料でございます。

21 ページ目、この「へき地尺度」が特に高い上位 10% について掲載されており、幾つかのこの医師多数県においては、複数「へき地尺度」が特に高い地域がある状況でございます。以上が様々なデータのところでございました。

22 ページ目から 24 ページ目につきましては、都道府県における医師確保に向けた取組状況の実施の有無を一覧にしたものでございます。これまでも御紹介させていただいたものですので、説明は割愛させていただきます。

25 ページ目から 26 ページ目においては、恒久定員内への地域枠の設置促進に向けた取組として、25 ページが宮崎大学、26 ページ目が鳥取県の取組を掲載しております。

27 ページ目から 29 ページ目は、恒久定員内地域枠の設置促進に向けた取組として、厚生労働省の大学における恒久定員内地域枠の設置促進事業、こちらは 29 ページ目でございます。また、都道府県・大学等との協議の場を支援するもの、プラットフォームを支援

するものとして、27 ページ目、28 ページ目に文科省の大学病院機能強化推進事業について記載をしております。

以上を踏まえまして、30 ページ目、令和 9 年度の医学部臨時定員の配分・調整方法について事務局案を記載させていただいております。まず、令和 9 年度の医学部の臨時定員の調整におきましては、更新された医師偏在指標に基づく医師多数県の臨時定員地域枠について、令和 8 年度臨時定員地域枠から R6 年度臨時定員地域枠に 0.2 を乗じた数を減算した上で、地域の実情に配慮する視点から、以下の調整を行いました。

調整の 1 点目でございます。令和 9 年度までに、恒久定員 100 名当たり恒久定員内地域枠を 6 名以上設置するなど、さらなる偏在是正が必要な県については、同様に 0.1 を乗じた数を復元する。復元の要件、2 点目でございます。こちらは A、B、C どれかに当てはまれば 0.1 乗じた数を復元するということでございます。A につきまして、全年齢の人口減少率が全国上位 3 分の 1 かつ 75 歳以上の高齢者人口の増加率が全国上位 3 分の 2、B) 「へき地尺度」全国上位 10% の二次医療圏が当該県内に複数存在する、C) 75 歳以上医師の割合が多数県の上位 3 分の 1 といったところでございます。

また、上記の調整におきまして、医師偏在指標が更新されたところで「医師多数県から医師中程度県となった県」または「新たに医師多数県となった県」の臨時定員地域枠につきましては、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から、上記の①、②いずれかの要件に当てはまる場合を除き、同様に 0.1 を乗じた数を減算しました。調整の内容については以上でございます。

補足になりますが、2 つ目の○のその他の県における調整について、申し上げます。1 つ目の点にございますとおり、臨時定員の地域枠は、原則として令和 8 年度医学部臨時定員地域枠を超えないこととする。2 つ目、ただし、医師少数県または中程度県において、臨時定員地域枠の設置に係る調整の過程等の事情によりやむを得ず一時的に臨時定員を増員する場合であって、次年度において臨時定員を調整するなどの必要な対応を行う計画がある場合には、令和 8 年度を上回る臨時定員地域枠数を設定できることとさせていただきます。以上が令和 9 年度の医学部臨時定員の配分・調整方法についての事務局案でございました。

31 ページ目から、令和 10 年度の医学部定員の方向性についてでございます。

まず、医師の偏在対策、医師養成を取り巻く環境についてでございます。

32 ページ目、こちら、医師確保対策に関する取組の全体像についてでございます。

33 ページ目、令和 7 年 12 月 12 日に公布されました医療法等の一部を改正する法律の概要についてで、赤枠で囲まれた部分が医師偏在是正に向けた総合的な対策についてでございます。

34 ページ目、第 8 次（後期）の医師確保計画・外来医療計画の見直しに向けた医師確保計画策定ガイドライン等の見直しに係る議論の概要でございます。本検討会でも 5 ポツ目の医師養成過程を通じた医師偏在対策について御議論いただき、昨年 2 月の前回の検討会

にて議論の取りまとめを行ったところでございます。

35 ページ目、こちらが医政局全体の令和 8 年度の予算案の概要であり、図の中に赤線を引いておりますのが、生産性向上などの業務効率化に対する支援と、医師偏在是正に向けた対策の推進に関する項目でございます。

36 ページ目、医療機関の業務効率化・勤務環境改善への支援についての資料でございます。医療機関の取組の支援について、上段に記載されているような制度的な対応に向けて、左下でございますとおり、地域医療介護総合確保基金の対象事業に、業務効率化・勤務環境改善に関する事業を新区分として追加するなど、さらなる取組の推進に向け、現在法律案を国会に提出しているところでございます。

また、前回の議論で医師偏在対策におけるオンライン診療の活用についても御指摘いただきました。37 ページ目で、こちらはオンライン診療に関して総体的な規定を創設することとして、昨年 12 月の臨時国会で成立した改正医療法にオンライン診療等に係る規定が盛り込まれているところでございます。

38 ページ目、39 ページ目、診療科偏在対策等の地域で必要な診療の確保の現状とそれを踏まえた取組を記載しております。

その中で、39 ページ目の下段のところ、遠隔医療の活用を通じた必要な診療へのアクセスの確保を記載していますが、医師偏在対策において遠隔医療を含めてさらに活用を進める方向性で対応しているところでございます。

続きまして、40 ページ目、この経緯を踏まえ、地域で必要な診療科を確保するための取組として、診療科偏在対策のための適切な遠隔医療等の推進の事業の資料でございます。

続きまして、41 ページ目より、医師養成の現状についてでございます。

42 ページ目、医師数の年次推移であり、医師数が経年的に増加していることが分かる資料でございます。

43 ページ目、35 歳未満の医療施設従事医師数の推移、44 ページ目、全年齢における医療施設従事の医師数推移です。

45 ページ目は再掲ですが、医学部入学定員と地域枠の年次推移でございます。

46 ページ目、医学部臨時定員増に係る経緯について、これまでの様々な経緯をお示したものでございます。直近では骨太の方針 2025 に向け、医学部定員の適正化に向けた方向性をお示ししている状況です。

また、47 ページ目は、地域枠及び地元出身者枠の概要についてです。

48 ページ目について、医学部定員における地域枠等の取組について、今年 2 月の前回の検討会において議論された「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とりまとめ」の概要でございます。

49 ページ目は日本の人口の推移、50 ページ目は大学進学者数等の将来推計についてでございます。日本の人口減少が既に始まっており、大学進学者数については 2026 年をピークに減少局面に入ると予測されているところでございます。

51 ページ目、52 ページ目、恒久定員内の地域枠の設置状況をお示ししております。今後、恒久定員内地域枠の取組がますます重要になっていくと思われま

す。以上を踏まえまして、53 ページ目、令和 10 年度の医学部臨時定員の方向性について、上段が医療法改正に基づく医師偏在対策の一層の推進等、医師養成の状況等について掲載をしております。

こちらを踏まえた事務局案が下段、矢印の下のとおりで、3 ポツ分記載をしているところでございます。

1 つ目、いわゆる改正医療法に基づく医師偏在対策のほか、次期医師確保計画策定ガイドラインに向けた本検討会の取りまとめにおいては、都道府県における医師確保をより実効的なものとする方向性で「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」に基づく取組に加えて医師養成過程を通じた対策についても網羅的に盛り込む方向性としている。若年人口の減少も踏まえると、取りまとめの方向に即して、医学部臨時定員以外の取組をより一層充実させることが重要ではないか。

2 番目のポツが、様々な方策による医師偏在対策を進めるとともに、業務効率化への支援など多面的支援の充実を図りつつ、18 歳人口の減少も見据え、令和 10 年度の医学部臨時定員については、地域の実情を適切に考慮した上で、我が国全体として削減を図る方向性が妥当ではないか。

最後のところでございますが、この際、地域の実情を適切に考慮しつつ、医師多数県などの一律の区分によらず、地域に定着する医師の養成に向けた恒久定員内での取組を含めた医師偏在対策をより一層進める中で、医学部臨時定員の削減に取り組む方向性で検討を進めてはどうか。

資料 1 については以上でございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、ただいま事務局から説明のありました内容について御質問、御意見をいただければと思います。事務局原案が 2 つあります。1 つが 30 ページの令和 9 年度の医学部臨時定員の配分・調整方法についてでございます。

もう一つがただいま、説明のありました 53 ページの令和 10 年度の医学部定員の方向性についてでございます。分けて御意見を承ったほうがよろしいかと思っておりますので、まずは令和 9 年度の医学部臨時定員の配分方針について、これに関して御意見をいただければと思います。

今日はオンラインのほうが人数が多くございますので、オンラインから始めたいと思いますが、オンライン御参加の構成員の方で御意見等おありになる方はお手を挙げていただければと思います。

それでは、木戸構成員、よろしく願いいたします。

○木戸構成員 ありがとうございます。

資料 2 の 33 ページを見ますと、次期医師確保計画策定ガイドラインで、医学部定員に

おける地域枠等の取組に関して、各都道府県の実情の分析、医師の流出入への対策を講じることを見ず基本として、まずは全ての都道府県が取り組むべき対策と、各都道府県の状況に応じた対策を講じた上で、最後にそのような対策を行ってもまだ難しい場合は、臨時定員の活用も考慮するということが、臨時定員をあまり安易とせず臨時定員地域枠はあって当たり前などではなくて、対策を先にすることが非常に重要とガイドラインには記載されていると思います。

今回の数字を見ますと、大分臨時定員が努力によって減ってきていますが、減らす係数が0.2のままですと、例えば定員が30であれば6名減になりますけれども、10名ですと2名、そして5人以下ですと毎年減らすとしても1人いるかいないかとなるので、どうしても減少カーブが非常に緩やかになってしまうということで、なかなか減らすのが難しくなるのではないかと思います。

例えば提案として、この0.2という数字に固執することなく、50ページの18歳人口が2026年以降どんどん減っていくというところを見まして、その減少割合にスライドさせるとか、もう一つ何らかの工夫や検討が必要ではないかと考えております。

少し報告事項に戻って申し訳ないのですが、令和8年度の定員のところを拝見しますと、資料1の6ページに具体的な臨時定員の数字が示されています。これに関しては一定の方針を決めて公平に、かつ地域の実情も踏まえて詳細に配分は行っていただいたと見受けられます。右下の合計を見ますと、多数県全体で14名減り、一方、少数県でも前年より7名減ってしまっています。多数県の欄をよく見ますと、多数県にもかかわらず前年度から1人も減っていないところが特に四国や九州を中心に8県あることが分かります。

この調整方法をよく見ますと、まず一旦0.2を乗じて減らして、恒久定員内地域枠を4名以上設置すれば0.1乗じた数を復元、医師の年齢構成などの条件をクリアすればさらに0.1を乗じた数を復元ということで、この作業を2回行えば元どおりになるので、減らないというのはあり得ることかと思えますけれども、この8県はいずれもその条件に合致しているのが疑問に思われるのです。例えば5ページを見ると、恒久定員内地域枠が0ですけれども、多数県であるにもかかわらず全く減っていない県があり、4名に満たない県もそのまま減っていないところもあるので、令和8年度の臨時定員に関して、そこはどうなっているかということがお聞きしたいところではございます。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、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、順番は前後しますが、お尋ねのところから回答させていただきたいと思えます。令和8年度の配分の結果につきましては、基本的には算定のルールと申しますか、減算を戻すルールを決めさせていただいて、その結果というところではありますが、一部おっしゃるとおりで、例えば小数点以下の処理によっては掛けても減らないところは現にあ

ったと理解をしています。その結果、先生のおっしゃるように、緩和要件に一部しか当たっていないけれども減っていないという現象も起こり得るのだらうと思っております。

1点目のお答えにもなるのですけれども、その係数の在り方というところは、まさに今後令和10年度に向けてなののだらうと思いますが、0.2というのは恐らく5年かければ全部なくなる、こういった係数だと思うのですけれども、それをさらに傾斜をかけるのか、傾斜というのはさらに減るように係数を考え直すのか、あるいは都道府県の意見を聞いてみるのか、ここはぜひ今後に向けて検討させていただきたいと思うところであります。

現状として、御質問に対するお答えは以上になります。よろしく申し上げます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

木戸構成員、よろしいでしょうか。

○木戸構成員 了解しました。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

引き続き、中村参考人、よろしく申し上げます。

○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。

私からは、この30ページの令和9年度のところに関しまして、その他の県における調整という項目のところ、令和9年度の医学部臨時定員地域枠については、原則として令和8年度の臨時定員を超えないこととされているところに関しまして、この2つ目のポツと関係するかもしれないのですけれども、都道府県によっては長年にわたり大学と調整を進めて、長年にわたり養成してきた結果、ようやく令和9年度に臨時定員地域枠の設置や増員がかなうというようなケースも想定されるのかと考えておまして、この後、この検討会で承認された後に、都道府県や大学に対しまして意向調査が行われると承知しております。多分そういうことだと思いますけれども、こうした地域の状況に可能な限り配慮していただけるようお願いいたします。

私からは以上でございます。

○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。

ほかにオンライン御参加の方で御意見のある方はいらっしゃいますか。

美原参考人、よろしくお願いいたします。

○美原参考人 全日病の美原です。

お伺いしたいのですが、医師確保において地域枠というものは非常に有効でというエビデンスがあると認識しておりますが、その中でも恒久定員枠に地域枠を持つてくることがありますが、例えば、群馬県など恒久定員枠の中に必ずしも地域枠を十分に置いていないようなところも見受けられるわけです。多いところと少ないところが随分差がありますね。そのようなときに、行政からそれぞれの大学に恒久定員枠の中に地域枠を設けようというような指示というか働きかけがあるのでしょうか。群馬県の場合には、恒久定員枠にそれほど力を入れてくれているという印象がないのですね。ですから、そのところで大学には大学の考え方があり、行政には行政の考え方があるのだらうと思いますが、恒久定員

枠の中に地域枠を設けるように行政から大学側に働きかけをしているかということをお聞きしたい。

もう一つは、29 ページに恒久定員内への地域枠設置に向けた取組というものがあるわけですが、アウトカムはしっかりと把握されているのでしょうか。あるいはこれから把握する方向に行くのでしょうか。その2点についてお聞きしたいと思います。

○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ます。

○和泉医師養成等企画調整室長 美原先生、ありがとうございます。

まず、1点目の恒久定員地域枠設置に向けた働きかけが行政からできるのかといったところですが、現在、医療法の規定に基づきまして、都道府県から地域枠あるいは地元出身者枠の設置を大学に対して求めるということは法律上可能になってございます。これはいわゆる地域の地対協で議論いただいて、大学に向けてそういったお願いをするということになると思われまして。一方で、あくまで要請でございますので、無理やりにとすることはもちろんできないということでありまして、これは前回の取りまとめでもおまとめいただきましたけれども、継続的な議論が必要だということで、早く着手しましょうということを取りまとめの中では記載をさせていただいたところです。

定員の配分の中でも多数県は特に取組を進めていただいて設置が少しずつ進んでいるといった状況だと思っておりますが、今、挙げていただいた群馬県等進んでいないところ、様々な事情があるとは思いますが、私どもとしてもこの取りまとめをいただきましたので、それを踏まえてしっかりと県に対してお願いをしていくと。あるいは、少し触れていただきましたけれども、厚労省の事業あるいは文科省でも事業を進めていただいておりますので、これをまさにアウトカムとして減らしていく、あるいは恒久定員内にしっかりと地域枠を設置して、地域に必要な医師の確保ができるといったところを確認していきたいと思っておりますので、こちらはまたぜひこの会でも御報告を今後させていただきたいと思っております。

以上、2点の回答でございます。よろしくをお願いします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

美原参考人、よろしいですか。

○美原参考人 結構です。どうもありがとうございます。

○遠藤座長 それでは、オンラインで小笠原構成員、どうぞお願いします。

○小笠原構成員 今の美原構成員の話ですが、これは文科省からの大学病院機能強化推進事業(経営環境の改善に資する教育研究基盤の充実)に採択された大学病院は各都道府県と必ず協議体を持たなければならない、そうでなければこの5億円の事業を行ったことにならないと文科省から、きつい指令が出ていますので、この文科省予算をもらった大学病院は県と地域枠を含む医師の配置を協議しなければならないとありますので、これはそうやらなければなりません。医局と個々の派遣病院とのよくあるやり取りはやらずに、各都

道府県単位で大学病院との間で合議でやってくれと指示されています。要するに、この病院にどういう診療科が必要で、どういう医者が必要なのかというやり方を都道府県単位で大学病院との間で合議体で決定しろということが文科省の要求です。美原参考人の述べられたことは、群馬大学病院がもし文科省の大学病院機能強化推進事業(経営環境の改善に資する教育研究基盤の充実)をもらっていれば、群馬大学はやらなければならないということになります。これは私が持っている今の知識です。

以上です。

○遠藤座長 補足の御説明になりました。ありがとうございました。

ほかにオンラインで御意見のある方はいらっしゃいますか。

それでは、会場御参加の構成員で御意見があれば承りたいと思います。

いかがでございましょう。よろしいでしょうか。

それでは、30 ページ、令和9年度についての事務局原案につきましては、事務局原案について基本的な方針についてはおおむね御賛同いただいたと思いますが、幾つか御指摘もございましたので、その御指摘の内容について取り上げるか、どのような形で取り上げるかということについては考えさせていただきたいと思いますが、そこについては座長一任ということで対応させていただくということで、基本的には事務局の原案、30 ページについてはお認めいただいたということにさせていただこうと思いますけれども、それでよろしいでしょうか。

国土構成員、お願いいたします。

○国土構成員 1点だけ質問を申し遅れておりました。

30 ページの下から4行目ぐらいの「調整の過程等の事情によりやむを得ず一時的に臨時定員を増員する場合」というのは、これは具体的にはどういう場合があるのか。今回、2つの県ぐらいが少し増えていますね。具体的に教えていただければと思います。

○遠藤座長 では、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。

これは実際に発動するかというところはあるのですが、恒久定員内に地域枠を設置していくという全体の流れがあるところではあるのですが、恒久定員内に地域枠を置くということは、一般枠が減ることになりますので、事前に受験生に対して不利益にならないように前もって言わなければいけないというルールがございまして。恒久定員内に置こうとすると時間がかかるということなので、一時的に臨時定員として措置をするのですが、次の年から削減をしていただければ、つまり2年の間で調整をすれば、いったん例外的にお認めしてはどうかということがこの事務局案になってございます。

○国土構成員 受験生のためというような、そういう趣旨ですね。分かりました。

○遠藤座長 ほかにございますか。よろしいでしょうか。

それでは、30 ページの原案につきましては、先ほどのような対応をさせていただきたい

と思いますので、事務局としては適切な対応をお願いいたします。

それでは、53 ページになりますが、令和 10 年度のほうの事務局原案でございますけれども、これについて御意見、御質問があれば承りたいと思います。これもオンライン御参加の方から御意見を頂戴したいと思いますが、いかがでございましょう。

それでは、前田構成員、よろしくをお願いいたします。

○前田構成員 方向性の案について非常によくまとまっていますし、臨時定員以外の取組をより一層充実させるのは重要と私も賛同いたします。これは先ほどの小笠原委員の意見とほぼ同じようなコメントですけれども、臨時定員ですね。

地域枠及び地元出身者要件を設定し、一定の効果が出ているのではないかと思います。一方で、この医師少数県において恒久定員の中から地元に残らず都市部に帰ってしまっていると。これを放置するのではなくて、医師少数県においても臨時定員に加えて恒久定員に地域枠または地元出身要件ですね。これを設定してはどうかと思います。

コメントは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見としていただきました。

ほかに、オンライン御参加の構成員で何かございますか。

中村参考人、お願いいたします。

○中村参考人 ありがとうございます。

53 ページにつきましてですけれども、2 点申し上げさせていただきます。

1 点目なのですけれども、定員の全体の削減に取り組む方向性で検討を進めてはどうかということで、その前提として地域の実情を適切に考慮しつつとされているところであります。これはご配慮いただくということで宣言いただいていることと思いますけれども、先ほども令和 9 年度のお話で地域の状況への配慮をお願いしたところでございますけれども、医師少数県の医師不足が深刻な状況というもの、こちらはしっかりと勘案していただきたいということをまず申し上げさせていただきます。

そして、2 点目なのですけれども、この検討会でも第 1 回から花角知事が申し上げておりますけれども、医師増加ペースの見直しというものは、医師不足が深刻な医師少数県にとっては医師採用数の減少に直結しかねない問題でありますので、医師の地域偏在の真に実効性のある対策とセットで行われることが必要だと考えております。その実効性のある地域偏在対策が必要ということに関しましては、これは従前からこの検討会の中でも木戸構成員や神野構成員からも発言いただいていたところでありますけれども、今、国においては医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージを取りまとめて、その推進に当たって、医療法改正、新規事業など、予算化など、かつてない対策を講じているということは評価させていただいておりますが、医学部臨時定員の削減にかじを切る以上は、より一層の偏在是正対策を強化するように強くお願いさせていただきます。

私からは以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見あるいは御要望として承らせていただきま

す。

オンライン御参加の委員でほかにございますか。

それでは、会場参加の先生方でございますか。坂本構成員、お願いいたします。

○坂本構成員 ありがとうございます。

53 ページの最後に、「地域の実情を適切に考慮しつつ、医師多数県等の一律の区分によらず」の後に「地域に定着する医師の養成に向けた恒久定員内での取組を含めた医師偏在対策」とあります。30 ページの令和9年度のところも「恒久定員100名あたり恒久定員内地域枠を6名以上設置する等」と具体的な新たな数字の記載があり、より積極的に進めるということだと理解しています。一方、先ほども意見が出ていますように、なかなか進まない部分もあると思いますので、この部分にかなり力を入れて進めていただくことが今回の令和10年度の方向性についても重要であると考えます。

なお、18歳以上人口の減少が様々な政策の背景にあるというのはよく分かるのですが、今後も、地域の医師の確保、そして地域での医師の偏在対策との両輪で、ぜひ進め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。御意見として承りました。

ほかにございますか。

それでは、オンラインに戻りまして、木戸構成員、よろしく申し上げます。

○木戸構成員 スケジュール感としての質問なのですが、今回はこの方向性についてのディスカッションということですが、令和10年度の医学部臨時定員の最終的な方針というのはどのくらいの時期に固まるのか教えていただきたいです。

○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 事務局でございます。どうもありがとうございます。

このお話、例年物になっておりまして、毎年この時期あるいは去年は早い時期に、いわゆるこの方針の決定ということはさせていただいておりましたが、年度を越えないうち、あるいは越えてすぐのタイミングで方針としてはセットする必要があるとは思っておりまして、その前の段階で夏から秋にかけて今回いただいた御意見を踏まえた具体的な案の方向性をお示した上で、年度内あるいは越えてすぐには一定程度決定できるように御用意したいと思っておりますのでございます。

○遠藤座長 木戸構成員、よろしいでしょうか。

○木戸構成員 ありがとうございます。

医師の偏在につきましては、地域偏在も非常に重要ですが、かねてからこの検討会でもお話があるように、診療科偏在や昼と夜での医師のマンパワーの偏在というのは大変大きくて、夜は働きたくない、時間外や、休日は嫌だという、そういったなかなか働きたくないとか、働けないという人も確かにいると思うのですが、そういったもう少し細かいところ、あと診療科の中でもサブスペシャリティーによって、例えば産婦人科では不妊など比較的夜は起きないような分野もあれば、周産期で非常に呼び出しが多い等、

外科でも同様だと存じますけれども、そういったサブスペシャルティーにおける偏在、本当に一言に偏在といっても議論するところはたくさんあると思いますので、この検討会でしっかりそういったことも併せて議論して、地域偏在以外にも議論を深めていく必要があるかと思います。よろしくお願いします。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

オンラインでもあるいは会場参加の構成員でも結構でございますけれども、御意見はございますか。

では、国土構成員、お願いします。

○国土構成員 私も木戸委員の御意見に賛成でありまして、本日の議題を見ると地域枠の話だけの検討会のように見えてしまうのは非常に残念です。地域枠の定員は非常に重要なこととももちろん思いますが、過去に消化器外科学会の理事長などをお迎えして診療科の偏在について議論いただいて、それが今回の診療報酬改訂に影響があったのかと個人的には感じておりますけれども、この検討会で科の偏在についても議題として上げていただければ幸いです。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでございますしょう。

それでは、小笠原構成員、よろしくお願いいたします。

○小笠原構成員 今、国土構成員がお話したので、私もその件で厚労省に意見があるのですけれども、今の診療科偏在では、2026年度診療報酬改定で、若手医師が減少傾向にある消化器外科、心臓血管外科、小児外科、循環器内科を対象とした「外科医療確保特別加算」の新設として保険点数がつけました。けれども、本来はこの会議の案件ではないのですが、そのつけ方が間違っていると思います。なぜ間違っているかということ、都道府県によって少ない診療科の医者は地域でも違うわけですね。消化器外科医が必ずしも岩手県は少ないわけではない。麻酔科医が少ないのです。この協議会の案件ではないのですが、私は先日の私医大協で2026年度診療報酬改定の説明に来た厚労省の方にこのことを話したら笑われました。そんなことはできないみたいな言い方をされましたが、実は都道府県によって医者が少ない診療科の偏在はあるわけですね。そこを考慮してほしかったのですが、言い方が悪いのですが、声の大きい学会に配慮したみたいな感じでした。地域偏在の中に診療科偏在もあるので、そこでインセンティブをつけたい診療科もあるわけですね。岩手医科大学病院の場合は麻酔科の給料を上げることにしました。全く国とは関係なく、そういうことも声としてぜひ厚労省の中で、この会でそういう話があったということ、私立医科大学協会に来た彼に言いたいぐらいなのですから、その声を届けていただきたいということです。

以上です。

○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。

事務局、何かコメントはありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

都道府県ごとに必要な診療科の凸凹は違うということはおっしゃるとおりだと思います。繰り返し何度もお伝えして恐縮ですけれども、先般の取りまとめでも都道府県ごとに診療科の不足等を少し評価してはどうかといったところも方向性としてお出しをいたしました。一方で、先生のおっしゃるように、例えばその地域で麻酔科が足りないということであれば、どのような対策ができるのかはまだ具体的に私どもも取りまとめに書くことが十分できていなかったというのは反省をしているところなので、少し事例など、あるいは都道府県ができること、あるいは国としてやるべきことを整理しまして、この検討会の所掌の範囲にはなりますが、議論させていただけるように少し考えてみたいと思います。

コメントとしては以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに何か御意見はございますか。よろしいでしょうか。大体御意見は出尽くしたかと思えます。

それでは、ただいまのこの令和10年度のほうの事務局原案、53ページですね。これにつきましても大きな反対は特段なかったということでございますけれども、様々な御意見が出ましたので、それらを今後の議論に適切に反映をしていただいて議論が進むように資料の作成なり整理の仕方を少し工夫していただきたいと思いますので、事務局としてはどうぞよろしく願いいたします。

それでは、議題の1は以上とさせていただきます、続きまして、議題の2の「今後の地域枠等の運用について」でございます。

事務局から資料2の説明をお願いいたします。

○平松主査 ありがとうございます。事務局でございます。

それでは、資料2「今後の地域枠等の運用について」をお手元に御用意ください。

2ページ目、目次でございます。1つ目に地域枠等の現状、2つ目に地域枠等を取り巻く環境の変化、3つ目に制度を利用する若手医師等の状況について御説明した後に、今後の地域枠等の運用について今回の事務局案を提示させていただきます。

3ページからは、地域枠等の現状についてです。

4ページ、5ページにつきましては、こちらは既存資料でございますが、まず4ページは臨時定員地域枠の設置拡大に伴う医学部定員の増加について、5ページは医師少数県における35歳未満医師数の増加についてそれぞれお示ししている資料でございます。

6ページ目でございますが、こちらはこれまでの地域枠に係る施策の経緯を時系列でまとめさせていただいたものでございます。平成20年度以降、医学部臨時定員の増員に伴いまして増加した地域枠につきましては、地域の医師確保に重要な役割を果たしてきました。その一方で、状況に応じて必要な運用上の見直し等を行いつつ、近年は医師の増加ペースの見直しに向け、恒久定員内での設置に向けて取り組む方向性とさせていただいております。

7 ページ目、こちらは地域枠及び地元出身者枠の概要に関する既存資料でございます。詳細な地域枠等の定義などにつきましては、次のページ、8 ページ目に改めて整理をさせていただきます。地域枠等に係る定義につきましては、医事課が発出している事務連絡「令和5年度以降の地域枠等の定義について」でお示ししております、臨時定員地域枠はこの定義を満たしている必要があるというところでございます。一方で、恒久定員内に設置されている従事要件や地元出身者要件がある枠の中には、例えば従事要件が9年未満であったり、地域医療対策協議会での協議は経ていないが都道府県の関与があるなど、地域での医師確保において重要な役割を担っている一方で、この事務連絡の定義においては地域枠等には含まれないようなものも存在しております。

9 ページ目、キャリア形成プログラムに関する資料でございます。キャリア形成プログラムは「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的といたしまして、地域枠医師等を対象に各都道府県において策定されているものでございます。

10 ページ目より、地域枠等を取り巻く環境の変化について御説明させていただきます。

11 ページ目、こちらは「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会とりまとめ」の概要でございます。第8次（後期）医師確保計画策定ガイドラインの見直しに向けまして、医師少数区域の考え方の見直し、重点医師偏在対策支援区域の設定等につきまして、取りまとめが行われました。

12 ページ目、こちらは令和7年の12月に成立いたしました医療法等の一部を改正する法律の概要でございます。都道府県知事が医療計画において定めることができるものとして「重点的に医師を確保すべき区域」が医療法上に位置づけられました。

13 ページ目、この重点医師偏在対策支援区域につきましては、令和6年の12月に策定いたしました「医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージ」でお示したものでございまして、次の14ページにお移りいただきまして、こちらのとおり、厚生労働省が候補区域を提示した上で、これを参考に都道府県が当該区域を指定するものでございます。

15 ページ目、こちらはこの医療法改正に伴う「医師の確保を特に図るべき区域」の取扱いの変更に関する資料でございます。この地域枠医師等のキャリア形成プログラムが適用されている医師につきましては「医師の確保を特に図るべき区域」等の医療機関において、4年間以上就業を行うこととされております。こちらが改正医療法、改正省令の施行により、この「医師の確保を特に図るべき区域」は、医師少数区域と医師少数スポットを指していたところ、この法改正によりまして、重点医師偏在対策支援区域が含まれることとなりました。

16 ページ目、制度を利用する若手医師等の状況についての資料でございます。

17 ページ目、こちらは医師に限らない全国の15歳から30歳の男女を対象とした仕事と育児に関する意識調査の結果でございます。約7割が自分自身について「仕事も育児も熱心に取り組んでいる」、「仕事と育児の両立に不安がある」と回答されました。

18 ページ目、こちらは育児休業の取得率のデータでございます。令和6年度の調査によりますと、配偶者が出産した男性の4割以上が育児休業を取得しているというデータがございました。

19 ページ目、こちらは介護離職者のデータでございます。60歳以上での離職者の増加の影響によりまして、直近の数値は増加しているというところでございます。このような状況の中、厚生労働省におきましては、次の20ページ目でございますが、仕事と育児・介護の両立のための支援といたしまして、このページにお示ししているとおり、様々な取組を行っているところでございます。

21 ページ目、こちら、女性医師の年次推移のデータでございます。女性医師の割合は令和6年時点で24.4%でございます。令和6年度の医学部入学者に占める女性割合は40%を超えてきているところでございます。

22 ページ目、こちらは医籍登録後年数別の就業状況に関するデータでございます。医籍登録後9年目前後におきまして、休業の取得者等の割合が多いことが示されております。

23 ページ目、こちらは休業取得中と復職後の就業状況の変化を示したものでございます。休業から復帰した後は常勤医師や医育機関で従事する医師の割合は減少して、非常勤医師や診療所で従事する医師の割合が増加しているというところです。

24 ページから26 ページまでにつきましては、全国医学部長病院長会議による地域枠等医師に関する調査の結果をお示しするものでございます。

まず、この24ページ目ですが、全地域枠等学生の医師国家試験の合格率につきましては、全国値を上回っていることが示されています。

次の25ページ目ですが、こちらは地域枠等の義務履行中断者数と中断理由に関するデータです。義務履行の中断者数は、臨床研修の修了に増加する傾向が見られました。中断理由としましては、専門研修、大学院の入学等、キャリア形成に関するものが全体の半数近くを占めておりました。

26 ページ目、こちらは離脱者に関するデータでございます。調査時に義務年限を履行中と考えられる世代の医師の従事要件からの離脱率につきましては、6%程度でした。また、離脱時期は、卒後2年目から3年目、特に2年目がピークでございました。

27 ページ目、こちらは令和2年の医師需給分科会における議論についてお示ししているものでございます。下に①から⑩というものをお示ししていますが、このうち例えば介護や結婚等を含む①から⑤にお示した事由がやむを得ないと判断される場合、地域枠医師の従事要件の猶予や、従事要件の変更等により離脱を回避することが望ましいということについて事務局より提示した経緯がございました。

28 ページ目、キャリア形成プログラムの運用指針を一部抜粋したものでございます。キャリア形成プログラムですが、こちらは出産や育児等のライフイベント、大学院進学や海外留学等のキャリア形成上の希望に配慮するために、対象期間の一時中断を可能とする必要があることについて指針上で示しております。この資料の下の表でお示ししている都道

府県の調査によりますと、ライフイベントに加えまして、例えば県外での研修や留学などキャリア形成上の希望による事由であっても、多くの都道府県で一時中断が認められておりますが、都道府県によって取扱いが異なるような部分もございます。

29 ページ目、こちらは高知県で義務年限の猶予期間を設定している例でございます。高知県では、医師としてのキャリアアップや、育児や介護等のライフイベントへの配慮のため、臨床研修後 15 年以内を猶予期間として設定し、その猶予期間内での義務の履行を条件に、キャリア形成プログラムの一時中断を認めております。

30 ページ、31 ページにつきましては、日本専門医機構が定めている専門医制度整備指針に関する資料です。はじめに、30 ページですが、地域枠医師やライフイベント等の事情を有する医師であっても、専門医資格の取得ができるよう、カリキュラム制での研修が可能になっていることについてお示ししております。次の 31 ページでございますが、こちらは海外留学、妊娠・出産・育児等の理由があっても研修の完遂や資格の維持ができるように、申請と承認が行われた場合は、専門研修の一時的な中断や、専門医資格の更新の延長が可能となっています。

32 ページ目、こちらは自治医科大学の卒業生の結婚協定に関する資料でございます。自治医科大学におきましては、卒業生同士で結婚した場合に、お互いの従事要件先の都道府県間で結婚協定の締結を行うことを条件に、特例的に配偶者の出身都道府県での勤務を認めております。資料右上の事例の欄でございますが、都道府県から聴取した事例について紹介させていただいております。例えば、右の事例の欄の 1 ポツ目でございますが、臨床研修を行う都道府県で 5 年間、もう一方の都道府県で 4 年間、2 名とも同じ都道府県で勤務を行うような事例や、上から 3 番目ですが、協定対象県の所在地等の個別事情を勘案した結果、義務年限のほとんどの期間を双方の県で勤務しつつ、一部の期間に限って双方の医師が同一の都道府県で勤務しながら義務年限を履行できるような協定を締結した事例がございました。ただ、こちらの協定締結に当たっては、各都道府県における医師配置の計画と医師本人の希望等のすり合わせが必要でございまして、特に義務年限の期間全体、一般的には 9 年ですが、期間全体を通した協定の締結は、双方の都道府県の合意形成が難しい可能性もありますので、ライフイベント等に応じて協定の対象期間を限定して対応することも考えられるというところでございます。なお、調整に当たって都道府県に一定の負担が生じることについては十分留意を行う必要がございます。

33 ページ目、こちらは前回御議論いただいたものでございますが、医師確保計画策定ガイドラインの見直しに向けた議論の取りまとめのうち、地域枠に関する部分を一部要約したものでございます。(2) の (エ) にお示ししているとおり、例えば同窓ネットワークを活用した地域での勤務を希望する医師の掘り起こしや、地域枠等の医師への義務年限終了後の地域への定着等を促す取組が重要であることについて、取りまとめ上で記載したところでございました。

34 ページ目、こちらにお示しする岐阜県の取組について、先ほどのページで取りまとめ

について言及させていただきましたが、そちらに記載した取組に類似するような先行事例として御紹介致します。岐阜県では、3市町村の国保病院と診療所が連携して地域医療連携推進法人を設置しておりまして、そちらにおいて僻地診療所への医師の派遣、訪問診療や巡回診療等の拠点としての機能を果たしているとのこと。また、県内の僻地医療を支えている自治医科大学の医師が一人所長となりがちで休めない中、自治医大の義務年限後の医師も含めて医療機関間で連携し、代診医の確保を行う等の取組も行われています。さらに、地域では医療従事者の数も限られる中、共同の研修を実施し、地域医療の質の向上や若手医師の教育、その後の定着にも資するような取組も行われております。

35 ページ目、地域枠入学者への説明に関する医事課からの事務連絡の抜粋でございます。都道府県及び大学は、地域枠入学者に対して丁寧な説明を行うことは非常に重要であると考えておりまして、その旨については、資料の下部のとおり、事務連絡で都道府県及び大学宛てにお示ししております。具体的にお示ししている内容としては、下の箱の中の1番にお示しのとおり、地域枠について、都道府県及び大学は、引き続き従事要件及び離脱要件を入学時の募集要項、入学手続書類等において明示するとともに、本人と保護者に分かりやすく説明し理解を得ることとしております。ここまでのこの後の論点の提示に向けまして、事務局から御紹介する資料でございます。

ここから 36 ページ目以降は、論点に移らせていただきます。

37 ページ、38 ページにつきましては、昨年 11 月に開催させていただきました前々回第 12 回の検討会において構成員の皆様からいただいた御意見をお示ししているものでございます。改めて全ての御意見を読み上げることは割愛させていただきますが、例えば地域枠の定義に関する整理や、地域枠の都道府県をまたいだ運用、若手のキャリア形成への配慮、医師不足地域等の当事者や関係者からのヒアリング、現場の具体的な取組事例の共有などが重要であるというところについて、様々な御意見をいただいたということを承知しております。ここまでを踏まえまして、今後の地域枠の運用につきまして、39 ページ目で事務局案を提示させていただきます。

39 ページ目の資料の上部にこれまでの内容をおまとめしておりますが、1つ目、医学部定員における地域枠等は、地域における医師不足の解消、医師偏在の是正を目的に、地域に根差した医師を計画的に養成・確保する仕組みでございまして、地域枠等医師は、地域での安定した医師確保に重要な役割を担っています。

次に、2040 年頃に向けて、地域において良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築するために、医療法等の一部を改正する法律が令和 7 年 12 月に成立いたしました。法改正に伴う様々な制度上の変更のうち、都道府県知事による重点医師偏在対策支援区域の指定が可能となるなど、地域枠制度を取り巻く環境にも変化が生じております。

また、3つ目ですが、医師の働き方改革の進展や、育児・介護等と仕事の両立に係るニーズの増加等の影響によりまして、子育て・介護等のライフイベントに関連した働き方の変化、医師のキャリアに対する価値観のさらなる変化が想定されます。こうした中、義務

年限の間だけでなく、将来にわたって地域に貢献する医師の養成につなげるためには、地域枠制度の趣旨を踏まえつつ、医師のキャリア形成やライフイベントに関する必要な配慮や支援が不可欠です。

さらに、地域枠医師や自治医大卒医師等のみにより地域医療を支えることは、医師個人への負担や持続性の観点から課題がある中、義務年限後の医師も含めた広域ネットワークにより地域を支え、地域を支える医師等の医療者への研修の提供等を行う事例もごございます。これらを踏まえまして、この資料の真ん中の矢印の下に今後の対応案についてお示ししております。

まず、1つ目でございますが、地域枠等の医師が、地域医療の支え手として重要な役割を果たしてきた中、義務年限の間だけでなく、将来にわたって地域に貢献することにつながるよう、制度の運用上の見直しについて検討することが重要ではないか。この際、医師のキャリア形成やライフイベントに係る必要な配慮や支援について、地域枠制度の趣旨を踏まえつつ、また、医師偏在対策を取り巻く環境の変化への対応と併せて、必要な検討を進めてはどうか、とさせていただきます。

具体的には、主に一番下にお示ししている①から③の項目に対して、課題の整理や事例の収集、ヒアリング等を行うことで、制度に関わる関係者、都道府県や大学等の負担も考慮しつつ、必要な制度の見直しや取組の推進について、本検討会で順次議論等を行うこととしてはどうか、とさせていただきます。具体的に議論等、事例収集やヒアリングを行う内容といたしまして、まず①につきましては、医療法改正等、地域枠制度を取り巻く環境の変化に対応した定義や運用の見直し、②ですが、医師のキャリアやライフイベントに配慮しつつ、都道府県の負担も考慮した地域枠制度の柔軟な運用のさらなる検討や、地域枠制度の信頼性を高めるための方策、③ですが、義務年限終了後の医師へのアプローチを含めた、地域医療を支える医師の確保の推進等でございます。

これらについて、本検討会において課題の整理や事例の収集、ヒアリング等を行った後に、必要な制度の見直し、取組の推進に関する検討を進めさせていただきたく考えております。

以上で資料2の御説明を終わります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

地域枠の在り方についてということで、事務局から現在の課題に対応することとして幾つかの案が出されておりますけれども、これに対してのお考え、あるいは直接これと関係なくても結構でございますので、地域枠の運用についての御意見等を承れればと思います。オンラインでまず御参加の方で御意見がおありになる方はいらっしゃいますか。

小笠原構成員、よろしく申し上げます。

○小笠原構成員 高知県の例が29ページにあって、そこに初期研修が終わってから15年以内と書いていますね。この何年以内というものは各都道府県に任されているのかということを知りたいのです。岩手県はもっと短いのですね。それだと困ることがあるので、

これは各都道府県に100%任せているのかを聞きたいということが1点です。

もう1点は、重点化区域の話であります。重点化区域を指定したということですが、地域枠は当然その重点化医師偏在区域に行くということで問題ないのですが、実はこれとは関係ないかもしれませんが、2026年度より、都市部の初期研修医（2年目）が医師少数県（青森、岩手、茨城等13県）で半年以上研修する「広域連携型プログラム」という話があります。しかし、岩手県の場合は全然これが考慮されていなくて、盛岡市内で医者が多数いるところに「広域連携型プログラム」希望医師を県が配置したりしているのです。それは各病院の手挙げだからしょうがないという言い方をされているのですが、この辺りは国としてそういう「広域連携型プログラム」を選んだ医師を地域に定着させたいという考えでやるのであれば、この重点医師偏在支援区域に持ってきてくださいというようなメッセージを各都道府県医に出していただきたくことをお願いします。

○遠藤座長 では、事務局、質問とお願いということ。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。

まず、1点目の期間ですけれども、基本的には御認識のとおりで、都道府県の一定の判断で設定できるものと認識をしております。どれぐらい設定されているのかというのは、網羅的に私は今、データを持っておりませんが、高知は比較的長く設定しているところかと思っております。

2点目は、以前から御指摘をいただいているところかと思いますが、配置の在り方、様々な判断もあるのだろうとは思いますが、先生におっしゃっていただいたとおり、特に臨時定員はそうですけれども、医師の少ないところへという趣旨で設置されているものではあります。今後恒久定員の取組も進みますので、それも踏まえて県の中でどのように考えるかというところは、ぜひこのアジェンダの中で引き続き議論させていただきたいと思ひまして、事務局として問題意識を受け止めさせていただきたいと思ひます。

○小笠原構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 続きまして、前田構成員、よろしく申し上げます。

○前田構成員 案でキャリア形成に配慮が必要だと言及されていますけれども、非常に重要かと思ひます。離脱原因のトップでもありますし、ただ、専門医機構でカリキュラム制を選択可能とするというのは非常によい対応かと思ひましたけれども、しかしながら、離脱のトップだというのは、このカリキュラム制の整備がまだ不十分なのか、それとも地域枠の医師がこの制度を知らないのか、何か分かりますでしょうか。

○遠藤座長 事務局、よろしいですか。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

実はこれはAJMCの皆さんから頂いた資料ですので、AJMCの皆さんに聞いてみようかと思ひますが、詳細は実はあまり分からないかとは今のところ事務局から聞いておりました。しかし、何が分かるのか分からないのか少し整理をして、また持ってきたいと思ひます。

○遠藤座長 よろしくお願いたします。

前田構成員、よろしいですか。

○前田構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 それでは、木戸構成員、お願いたします。

○木戸構成員 ありがとうございます。

我が国全体の人口がこれだけ都市部に偏在し、地方の衰退が大変深刻になっています。地方では患者さんの数の確保や経営も非常に厳しい状態で、医師偏在の是正は容易ではないと思います。ただ、医療提供が十分でないためにますます人が住めなくなってしまうというのは、国土の保全にも関わる重大なリスクであり、少しでも打開できるように1つだけではなく多面的に様々な施策を進めていくべきと思います。

現在、地域枠の医師の皆さん、そして自治医大の卒業生の皆さんが、全国の医師不足の地域で日夜地域医療に尽力されています。非常に感謝を申し上げたいところです。地域枠については、中には離脱した場合に裁判を起こしている等、様々議論のあるところではございますけれども、現実問題として、もはや地域医療にはこの地域枠は欠かせないものとなっています。義務年限が明けてしまった方、それがそれぞれの地域や都市部に散っていくその人数分を、また次々に新しい地域枠の卒業生で補充していく、言い方は悪いですが、いわゆる自転車操業のような形で人材を確保せざるを得ないことを考えますと、今後も地域枠を一定の数維持していく必要があります、この地域枠の方をむしろ恒久定員内に拡充していく方向性は非常に重要と思っています。

一方、地方で働くことが義務とされる、働かないと離脱と言われる、仕方がないからという消極的な理由にならないように、むしろ地方で誇りを持って働けるように、地方で働くことがメリットになるような何らかの施策、それをぜひ進めていくべきと思います。身近な例ではございますが、保育や介護など家庭の事情を抱えた医師で、地方病院のサポートが良好で、むしろ地方に行って活躍できたという例も少なからず身近にあったので、少し御紹介したいと思います。

1人目は、地域研修で半年間地方に行きましたけれども、都会ではなかなか保育園に入れなくて当直などができなかった方が、地方に行きますと、病児保育も24時間保育も対応するので、当直もどうぞやってください、子連れでも安心して手術などもできますよということで十分バックアップをしていただいたところで、研修をしっかりとすることができて、戻ってきて活躍していただいている方もいます。

2人目は、親御さんの介護が必要で離職しなければいけない、あるいは転職も考えていた方が、地方の病院で併設の介護施設に親御さんをお引き受けしますよということで、そこで安心して働くことができて、ちゃんとキャリアを継続できたということで、ケアをプロに任せて医師として就業継続できた方がいます。

こういった方は全国でも他にもおられると思うのですが、こういった保育や介護などの家族ケアのリソースが少なく、物価も高い都市部に住んでいる医師にとりまして、

こういった家庭機能をサポートしつつ医師として研鑽を積んで活躍することができる、そういった人材を育てるという施策が、女性医師も増えていますし、今後ますます重要になります。そのようなことができますと、医師本人のキャリアにとっても、地域にとっても、非常に魅力的な選択肢になると思います。

経済的インセンティブは、もちろんないよりはいいですけども、働ける環境のサポート、それから働き方の柔軟さ、非常勤や短時間勤務もいいですよということで、むしろ都市部より働きやすい環境があれば、長時間労働を避けながら家庭と両立しやすくなるかと思います。また、人口が少ない地方で経験症例を増やせるように、もし患者さんが少なければ、むしろ都市部に少し勉強しに行ってスキルアップをしてまた地域のほうに戻って活躍していただけたらとか、もう少し人の交流ができるように、マッチングの制度も含めてそういった柔軟な施策が工夫できるのではないかと考えています。

地方で働く方が困った点として、困ったときの応援体制が十分でないということもありますので、例えば症例の相談をしたいときはオンラインで都市部の大学の先生に相談できるとか、本当に困ったときは近いところの先生が駆けつけてくれる体制とか、そういったことがあると安心して勤務ができると思います。地方で独り勤務するのは大変心細いと思います。とくに経験が少ない先生は本当に心細いと思うので、そういったバックアップ体制をしっかりとすることで安心してスキルを高めて地域に貢献できる、そういったいろいろな工夫をしていくべきだと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見として承りました。

続きまして、美原参考人がお手を挙げておりますので、美原参考人、よろしく願いいたします。

○美原参考人 全日病の美原です。

教えていただきたいのですが、重点医師偏在対策支援区域が追加されるということになったわけですが、これは誰が誰に、具体的にはどのような支援をするのでしょうか。県がそれぞれの郡市に行うのか、あるいは郡市のレベルで行うのか、どのような形で行われるのでしょうか。

○遠藤座長 事務局、お願いいたします。

○豊田医師派遣機能調整官 地域医療計画課でございます。

今、重点医師偏在対策支援区域の設定の考え方について御質問をいただきました。重点医師偏在対策支援区域につきましては、資料の13ページにございますように、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が確保できず、人口減少よりも医療機関の減少のスピードのほうが速い地域をそのような区域と設定をして優先的、重点的に対策を進めるとしております。基本的には、厚生労働省で考え方の基準をつくらせてはいただいています。そちらを参考にいただきながら、都道府県のほうで区域を設定していただいて、それに対して様々な事業を行うということになります。その事業について国のほ

うで一定の予算も出しつつ、都道府県のほうでも予算を出していただいて、支援を行うというスキームになってございます。

以上でございます。

○美原参考人　ということは、例えば重点区域を見ると、県というか市町村区域の小さな単位ですね。そうすると、そこが何か支援をしてくださいという具体的な内容を県に依頼し、県が国のほうにお聞きして、いろいろな支援をするというスキームですか。

○豊田医師派遣機能調整官　現在、例えば経済的インセンティブということで、重点医師偏在対策支援区域に所在する医療機関に医師を派遣する場合に、例えば派遣元の医療機関を支援する。あるいは、例えば重点医師偏在対策支援区域にある医療機関が土日の代替医師を確保するための事業といった支援事業について、令和8年度予算で盛り込んでいるところがございますので、そういった支援を医療機関のほうで手挙げをしていただいて、こちらで採択させていただいたものに対して支援を行う形となっております。その際に、地対協と保険者協議会で合意をいただいたところが基本的な支援対象機関ということになります。

以上でございます。

○美原参考人　分かりました。

今のお話を聞いてよく分かるのですが、一般的に僕らは民間病院の代表という立場でお話をさせていただくのですが、特に地方に行くとか官尊民卑というか、公的病院には支援が十分行くけれども、民間にはあまり行かない、大学は公的病院は中核病院にどちらかという注力して、民間病院のお話は聞くけれどもガス抜きでしかないみたいな印象を持っているものですから、その辺、恐らくはそれぞれ県単位の考え方なのでしょうが、そこは官尊民卑でなく公平に扱ってくれるように御指導いただければと思います。

以上です。

○遠藤座長　ありがとうございました。

それでは、中村参考人、よろしく申し上げます。

○中村参考人　新潟県からは、39ページの義務年限終了後の医師へのアプローチということもございましたので、その辺りも含めて今後の地域枠との運用について一言意見を申し上げさせていただきます。

まず、新潟県につきましては、令和2年の医師偏在指標では、全国最下位の医師少数県でありまして、深刻な医師不足を解消するために、令和2年度以降、地域枠の拡大に努めてきました。全国で最も多い77名の臨時定員地域枠を、今、県内外の12大学に設置しているところでございます。その地域枠の医学生などに対しましては、在学中と指定勤務期間の最低でも15年間、行政医などが一人一人と面談を行い、キャリア形成やライフイベントの状況などを共有し、いつでも相談できる関係を構築しているところでございます。

こうした取組によりまして、令和7年度末までに9年の指定勤務を終了した医師の9割が新潟県内で引き続き従事しているところでございまして、地域枠を設置している大学か

らも本県のサポート体制を高く評価いただいております、医師少数県としては最大限の努力をしているところでございます。

今後、この事例の収集など、それからヒアリングには最大限協力させていただきますし、ほかの都道府県の状況についても我々も参考とさせていただきたいと考えておりますけれども、今後の制度の運用の見直しなどに当たりましては、実務を担う都道府県の地域医療支援センターなどに過度な負担が生じないように御配慮いただきたいということをお願いさせていただきます。

私からは以上でございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、国土構成員、お願いします。

○国土構成員 9年の義務年限後の動きについてデータが欲しいと前も申し上げておりましたが、中村参考人からの9割定着していらっしゃるという情報は非常にうれしいニュースかと思えます。そして、全体像はどうなのか、これからぜひフォローをお願いしたいと思えます。幾つかあるのですけれども、まず資料について細かいことですが、18ページで男性の育児休業取得率が急増しているという驚くべきデータですが、これは社会一般であって、医師ではどうなのかをぜひ入手可能であれば知りたいと思いました。

それから、国家試験の合格率が地域枠は変わらない、要するに地域枠の学生の質が落ちているわけではないという情報かと理解しました。一方、恒久定員の中に地域枠を設置しにくいという状況の理由として、それがどういうものなのか私はまだ充分理解できていません。先ほどのデータからは、恒久定員の中の多くが地域枠になってしまっても学生の質が下がるということはないだろうといえます。そうすると、他に考えられる理由として、例えば基礎へ行く学生が少なくなるだろうとか、多様な学生を採りたいとか、様々な考え（理由）があると思えますので、大学としてどういう考えでいらっしゃるのかを知りたいと思いました。

もう一つ、自治医大の事例を出していただきましたが、前も私は申し上げましたけれども、自治医大はまさに50年地域枠のようなことをやっていらっしゃるわけで、そのノウハウをぜひ今回のように得て、全国の地域枠に広げていくことがいいのではないかと思います。

以上です。

○遠藤座長 御意見をありがとうございました。

事務局、何かコメントはありますか、事務局への御要望も幾つかありましたので、何かあればお答えいただければと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

データをさらにというところは承って、可能な限りで御用意したいと思います。

今回、育児休業の取得率が高まっている、私ども霞が関でも結構取得している方もおられるかと思えますので、まさにこのような感じかと思えますが、まさに医療でどうかとい

うところについては、同じ調査で医療・福祉というジャンルになりますので、必ずしも医師ではないのですけれども、そこでも49.7%で50%弱ぐらいが取得している。ただ、これはもちろん看護師とか、あるいは福祉も入っていますので介護士等も含まれていると思いますので、少し医師のデータがあるか、見当たらないかもしれませんが、可能な限り探してみたいと思っています。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。よろしく申し上げます。

ほかに何かございますか。坂本構成員、お願いします。

○坂本構成員 今回の国土構成員のお話にもつながるのですが、私は24ページの地域枠等学生の医師国家試験合格率が全国値よりも上回っているというデータに注目をしました。以前に宮崎大学では地域枠の医師の成績がよいという報告があったのですが、それが全国的にも確認できたのではないかと理解をしています。

同じく、以前、宮崎大学では早い段階から学生の方が地域医療の現場に出ているという報告もありました。そのような学生が増えていくということは患者の側から見ても大切です。ですから、宮崎大学だけではなくて、そのほかにもこのような取組を行っているところがあれば、ぜひ御紹介いただければと思います。

先ほど新潟の先駆的な事例をお伺いしました。39ページの最後に「義務年限終了後の医師へのアプローチ」とありましたが、義務年限終了前にどういう思いで今、働いているのかをヒアリングすることも大事なのではないかと考えます。その辺りもぜひ御検討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。

ほかにございますか。木戸構成員、よろしく願いいたします。

○木戸構成員 先ほどの医師の育児休暇に関するデータがあまりないということなのですが、日本産婦人科医会では、分娩取扱病院に勤務する常勤医に対しまして、育休の取得状況を調査しております。昨年度、一番直近の調査結果でございますが、育休対象となる男性医師数160名に対しまして、育休取得率は56.3%となっています。一方、女性医師のほうは347名のうち、育休取得率は93.4%となっております。ただ、育休といいましても、期間がかなり違います。男性医師の場合は2週未満が26.4%、4週未満が53.8%ということで、1年近い方はそれでも1%ぐらいはおられました。逆に、女性の場合は1年ぐらいの方が半数ということで、中には2年超という方もおられます。取りあえず育休を取る方は産婦人科の男性医師におきましても半数以上いるということをお報告申し上げたいと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 貴重な情報をありがとうございました。

ほかにございますか。よろしいでしょうか。

それでは、本日いろいろな御意見が出ましたので、それらの御意見を踏まえながら、今

後議論が進んでいくように準備等を事務局としてはよろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、本日用意をいたしました議題は以上となりますけれども、事務局、何か今後の動向についてございますか。

○木村医師需給専門官 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 それでは、本日大変長時間にわたりまして御意見をいただきまして、どうもありがとうございました。これをもちまして、第14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」を終了したいと思います。どうもありがとうございました。