

2026-7-31 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15回）

○山本課長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第15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14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。

また、本日は議題2で参考人ヒアリングを予定しており、吉村参考人、神田参考人、後藤参考人にお越しいただいております。

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

医師養成等企画調整室長の吉川でございます。

それでは、撮影についてはここまでとさせていただきます。なお、引き続き傍聴される方は、今後は写真撮影、ビデオ撮影、録音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2-1、2-2、2-3、2-4、参考資料1の御確認をお願いいたします。不足する資料がございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、以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、よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

皆様、こんにちは。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。

本日の議事は、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、早速議題1に入らせていただきます。事務局から資料1に基づきまして説明をお願いしたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

○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」をお手元に御用意ください。

本日は、2ページ目にございますとおり、令和10年度の医学部臨時定員の方針と配分について御議論いただければと思います。

3 ページ目、R10年度の医学部臨時定員の方向性は、本年 4 月、前回の検討会にてお示ししたものでございます。

4 ページ目、前回の検討会等での令和10年度医学部臨時定員の方向性についての御意見について掲載しております。医学部臨時定員の係数等に工夫や検討が必要、臨時定員だけでなく恒久定員内に地域枠や地元出身者枠を設けるべき、医学部臨時定員の削減について恒久定員内地域枠の取組に注力しつつ医師偏在対策との両輪で進めていただきたいといった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のデータについて御説明させていただきます。

5 ページ目は医師数の年次推移、6 ページ目は医学部入学定員と地域枠の年次推移、7 ページ目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。

8 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しており、直近では骨太の方針2026において地域の実情を考慮した2028年度以降の医学部定員の削減に取り組むという方針になっているところでございます。

9 ページ目は地域枠及び地元出身者枠の概要、10ページ目は令和 8 年度の医学部臨時定員の配分結果でございます。

11ページ目、令和10年度の医学部臨時定員の調整方法について示しております。前回の検討会においては令和10年度の医学部臨時定員について、地域の実情に配慮しつつ、臨時定員数の削減を図る方向で御議論いただいたところですが、その調整方法について今回検討していきたいと考えております。

まず、中段の令和 9 年度の調整方法の概要を記載しておりますが、臨時定員の削減対象は多数県のみとしていたこと、また削減の幅については一定の要件を勘案して緩和していたことが 1 つ、またそれ以外の件については原則として令和 8 年度の数を超えないとされていたところです。

令和10年度の調整に向けた検討の視点としては、○に記載のとおり、地域枠は重要である中、必要な地域枠数等を確保することとともに、我が国全体としての臨時定員の削減に向けた基本的な方針を考える必要があるのではないかとすることが 1 点目です。

2 点目として、臨時定員の削減に当たって地域の実情に適切に配慮することが重要という御議論をいただけてきた中で、一方で、例えば恒久定員内の地域枠設置をさらに進めるべきであるとか、高齢医師の割合の勘案については定員の固定化につながらないようにする必要があるといった指摘をいただいていたと認識していますので、それに向けたさらなる検討が考えられるのではないかとということでございます。

こうした点を踏まえ、以降の資料によりまして検討の材料となるデータを御説明したいと思います。

12ページ目では日本の人口の推移、13ページ目では大学進学者数等の将来推計について示しております。

14ページ目からは医師の定着に関するデータを、14ページ目は医学部卒業後の地域の医

師の定着に係る意向の状況、15ページ目では地域枠以外の入学者における卒業大学所在地と臨床研修地及び臨床研修修了後の勤務希望地の一致率、16ページ目では地元の大学（地域枠を除く）を卒業した場合、地元で勤務する割合、17ページ目では県外の出身者（地域枠を除く）が卒業大学所在地で勤務する割合の資料として示しております。

18ページ目、医師の卒業大学所在地と勤務地の関係（区分別）を示しており、卒後3～5年目の医師について見ると、卒業大学が所在する地域区分と同じ区分で勤務する割合が最も高くなっております。一方で、医師少数県や中程度県から医師多数県へ移動する医師も2割程度見られるほか、医師少数県から中程度へ移動する医師も18%程度見られております。

19ページ目では都道府県の医師偏在指標、20ページ目では令和7年から8年度における恒久定員内地域枠の変化のあくまで速報値を示しております。主に医師多数県を中心に、恒久定員内の地域枠の設置が進められていることが分かります。

21ページ目、22ページ目では、大学の設置主体別の都道府県における地域枠の設置状況について示しております。

23ページ目では都道府県の人口の推移、24ページ目では75歳以上の医師数の割合と医師偏在指標、25ページ目では医師偏在指標の区分別及び全国75歳以上の医師数の割合の分布状況についてお示ししております。75歳以上の高齢医師の割合の分布は、全国的には4.48%から9.51%の間で分布していることが分かります。定員削減の緩和の基準を検討する場合、医師確保においてより不利な条件にある少数県における75%tileの水準などが基準の参考になると考えられます。

26ページ目、27ページ目、28ページ目では、医師偏在指標等を用いた医師少数区域等の考え方について、いわゆる「へき地尺度」のデータをお示ししております。

これらのデータや前回までの御議論を踏まえまして、29ページ目に令和10年度の医学部臨時定員の調整方法に関する事務局案をお示ししております。読み上げさせていただきます。

「経済財政運営と改革の基本方針2026」やこれまでの本検討会における議論等を踏まえ、医師の地域・診療科偏在のさらなる是正策や、総合的な医師偏在対策に取り組みつつ、令和10年度の医学部臨時定員については、地域の実情に適切に配慮した上で、令和8年度の医学部臨時定員数から引き続き削減を図ることとし、その調整方法について検討してはどうか。

2つ目の○でございますが、令和10年度の医学部臨時定員の調整方法については、以下の観点から対応を検討してはどうか。

まず、2つ打ち出している基本的な方針というところで、1つ目のポツですが、地域枠や地元出身者枠は、医師確保において重要である。このため、各都道府県における必要な地域枠数は確保する方向性で、恒久定員内への地域枠設置促進に向けた支援等について取り組むことが適切。

2つ目ですが、地域枠等以外については、多くの県において県外への流出が見られる上、医師の確保がより必要な地域で活躍することなく、医師が比較的多い都市部等の医師数をさらに増加させることにつながる状況は、医師の偏在を一層悪化させてしまうこととなる。こうした状況や今後の18歳人口の減少を踏まえると、恒久定員内への地域枠設置を含め一般枠におけるさらなる取組を進めるとともに、各都道府県の臨時定員は削減することが適当と考えられるのではないかと。

ただし、医師偏在の観点から医師の確保に係るニーズが特に高い県については、まずは臨時定員の削減に向けた検討を行うこととするなど、一定の配慮を行うことが考えられるのではないかと。

以上が基本的な方針でございます。

続きまして、地域の実情への配慮でございます。

1つ目のボツですが、定員削減の対象を広げる際、各都道府県の医師偏在指標にはばらつきがあり、例えば全国値を下回る県についての削減については、一定の配慮を行うことが考えられるのではないかと。

2つ目の点ですが、75歳以上の医師数が高い都道府県への配慮については、定員の固定化を防ぐ観点から、配慮の水準、現行の医師多数県の中で上位3分の1をどう考えるか。例えば、医師が少なく条件が不利な医師少数県における割合の分布の状況を勘案して設定することが考えられるのではないかと。

3つ目の点ですが、恒久定員内への地域枠設置について、さらなる推進が求められるところ、直近の設置状況を踏まえ、配慮の水準、現行は恒久定員100名当たり恒久定員内地域枠6名以上をどう考えるか。

以上でございます。

30ページ目以降は参考資料でございます。

事務局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。

事務局から統計に基づいた説明と原案が29ページで提出されておりましたので、この辺を中心に御意見、御質問等をいただければと思います。

それでは、今日はオンラインの参加の方が多いのでオンラインから行きたいかと思えますので、オンラインで参加されている委員の方で御発言の意思のある方はぜひ手を挙げてください。

それでは、小笠原構成員、よろしくお願いします。

○小笠原構成員　この文章の基本的な方針の一番上なのですが、「恒久定員内への地域枠設置促進に向けた支援等を含め、取り組むことが適切」と書いていますが、これの主語は何ですか。要するに、1個前の「各都道府県における必要な地域枠数は確保する方向性で」というのはこの会議が主語だということは分かるのですが、「恒久定員内への地域枠設置促進に向けた支援等を含め、取り組むことが」というのは誰が取り組むのですか。これは

県ですか。大学ですか。国ですか。この会議ですか。主語が分からないのです。

○遠藤座長 では、確認をさせていただきます。

それでは、事務局、お願いします。

○和泉課長補佐 事務局でございます。ありがとうございます。

御指摘のとおり明確な日本語でなくて申し訳なかったのですが、支援に関しましては、まず一義的には国として設置に向けた支援を進めていく事業もございますので、そういった趣旨で記載をしておりますし、今後短期的にも中長期的にも県としてもそれを進めていただきたいという思いもございますが、まずは一義的には国として支援をしっかりとやっていくといった趣旨で記載したものでございます。

○遠藤座長 小笠原構成員、どうぞ。

○小笠原構成員 こういうことは県と国でちゃんと協議していただきたいということが私のお願いで、実は岩手県はこの話をしても、私は何回か言っていますけれども、岩手県は医師少数県で臨時定員が多いので、恒久定員内の地域枠の話を私がしても、別にそれはまだいいですと言われているのです。だから、その辺の感覚といいますか、私は国の会議によく出て恒久定員内の地域枠と言われるのでやらなければならないと思ってやっているのですが、県があまりそこに反応しないので、その辺は大学としてはやりたいのですけれども、だから我々は独自の地域枠ということでつくっているのですが、当然それは認められないと県に言われていますので、この辺の温度差はきちんと県と国とでやっていただけるという理解でよろしいでしょうか。

○遠藤座長 事務局、コメントはありますか。

○和泉課長補佐 ありがとうございます。

県のいろいろなお考えあるいは御判断もある中で、全体としては恒久定員内の地域枠の設置を進めていかなければいけないというのを、県も含めてマインドセットをそろえなければいけないというのはおっしゃるとおりだと思ってございます。先般、ちょうど医師確保計画策定ガイドラインの8期の後半をお出ししたばかりでもございますので、そこにかなりメッセージは書き込んでいるところでございます。いずれにしても、先生御指摘のように恒久定員内に設置を進めていただくという大学の方向性をぜひ県にもお伝えをしながら、国としても支援をしながらというところで前に進むようには検討させていただきたいと思ひますし、ぜひ現場の状況も引き続きインプットをいただけたらありがたいと思っております。

以上でございます。

○小笠原構成員 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、木戸構成員、お手を挙げておられますので、よろしくお願いいたします。

○木戸構成員 29ページの事務局案、特に地域枠や地元出身者枠を確保し恒久定員内への地域枠設置促進を行っていくことに私は賛成したいと思います。

この資料の17ページを見ますと、地域枠を除く県外出身者が卒業大学の所在地で勤務する割合が相当低い状況が示されており、中には何と1割を切るところすらあります。これではいつまでたっても偏在は解消せず、それどころか偏在指数はむしろ悪化しているという残念な結果となってしまっています。

私は医道審議会医師分科会の委員も務めておりますが、そこではシームレスな医師養成に向けて診療参加型臨床実習を充実させることを目指し、共用試験を公的化して合格した学生をスチューデントドクターとしてその医行為を法的に位置づけるための議論がなされました。実際に令和3年に法改正が行われまして、既に医学生は見学だけではなく医療チームの一員として患者さんの問診や診察、基本手技に参加する形の臨床実習を行っています。すなわち、医学生はその大学が所在する地域の住民の皆さん、患者さんたちの理解や協力を得て実習に参加させてもらい、初めて医師になれるわけです。

卒業して資格を得たらほかの地域にさっさと転出してしまいもう帰ってこないというのは、医療人、そして社会人として道義的にいかなるものかと思われます。地域枠かどうかにかかわらず一般枠も医師になった暁には育てていただいた地域へ何らかの貢献があってもよいのではないのでしょうか。もともと地域枠を別枠としてそちらを特別扱いするよりも、むしろ地域枠的な位置づけのほうをデフォルトとし、現実的な運用としましては恒久定員内の地域枠をもっと大幅に拡大するということになりますが、それが偏在対策には必要ではないのでしょうか。

もちろんそのためには、本日の議題2でこの後議論がなされると思いますが、現在地域枠を取り巻く様々な課題がございます。それにしっかりと対策し、地域枠の医師の皆様へ丁寧なキャリアサポートをしてその枠を充実させることが何よりも重要であり、それとセットで恒久定員内の地域枠を進めるべきだと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 重要な御指摘をいただいたと思います。ありがとうございます。

それでは、オンラインで続けて、私のパソコンが今、壊れておりますので、事務局、指してください。お願いいたします。

○和泉課長補佐 では、一番上に前田構成員、お手を挙げられているようですので、お願いいたします。

○前田構成員 岡山大学の前田です。

案については基本的によく書かれており、賛成いたします。恒久定員内へ臨時定員枠の部分を含め込むということで、賛成いたします。また、臨時定員の削減に向けても進めていただければと思っています。

これはコメントといいいましょか、19ページに医師の偏在指標があり、各都道府県別の指標が出ていますけれども、この医師の偏在指標の経年的な動きはどこか資料があるものでしたか。私が見過ごしているのかもしれませんが、これが実際によい方向に行っているとか、あるいは修正のスピードが速過ぎるとか、遅いとか、そういう経年的な変化

が見られるといいかと思いましたので、コメントです。

○遠藤座長 事務局、何かコメントはありますか。

○豊田医師派遣機能調整官 地域医療計画課でございます。

医師偏在指標の公表は今回3回目になりまして、経年的なデータに関しては前回の分に関してはお示ししている資料がございまして、ただ今回に関してはまだこちらの医師偏在指標の数値のみお示ししている状況になります。基本的には多数県と中程度県、少数県、それぞれの区分で移動している都道府県が今回に関しては2～3県ずつといったところになるかと考えております。一方、全体として医師偏在指標の値自体は上昇傾向という状況にはありますので、その中でも特に医師少数県の医師偏在指標の値は上昇していると言っているかと思っております。

以上です。

○遠藤座長 前田委員、いかがでしょうか。

○前田構成員 ありがとうございます。

全体の傾向を見るということと、個別の県ごとにもう少し粒度を高く見ることも1つの方法かと思いましたので、コメントいたしました。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。

お待たせしました。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。

資料というか背景に関するものなのですが、最近AIの進展が速くて、しかも我々が想像する以上のスピードで現在進んでいるような感じです。この人工知能、医師をすぐ代替するとはとても思えないのですが、診療支援にはありえます。私はかつて自治医科大学の方が勤務している離島の診療所を見学しに行ったことがあって、そのときにもそこには医師は1人しかいないのですが、実質的にオンライン診療が現在のように普及するずっと前からDttoDのオンライン診療をやっていて、実質的なアドバイスを近隣の仲間から得ているということがあったわけです。

今、恐らく人工知能がある程度その部分については代替できるので、そう考えると、この検討会が始まった最初のほうに医師の需給の逆転というか、それが2029年とか、これもいろいろな変遷がありますけれども、移り変わっていますけれども、これも予想以上のスピードで需給が逆転する可能性もあって、だからといっていきなりというわけではないのですが、少なくとも進展のスピードが速いので、議題に上がるとデータがないとか、エビデンスがないということになりかねないのです。ですから、少なくとも研究レベルでAIがどのぐらい医師の需給にインパクトを与え得るのかというのはシミュレーションなり実験なりしておく必要があるのではないかと思います。

以上です。コメントです。

○遠藤座長 AIの発達による需給への影響ということがあるので、現状をベースにした政策に対してはもう少し慎重な議論も必要ではないかという御提案であったわけであります。

どうもありがとうございました。

続きまして、中村参考人、よろしくお願いします。

○中村参考人 新潟県の花角知事の代理の中村でございます。

私からはこの29ページのところについてなのですが、まず都道府県の医師確保策として現状地域枠が最も有効な手段であり、この検討会におきましても構成員の方々には医師少数県が医師を確保する上での地域枠の必要性は理解いただいていると認識しております。

その中で、先日7月17日に医師少数県などで構成する知事の会が開かれまして、出席した知事から令和9年度の臨時定員の地域枠を要望したものの、前年度を上回る臨時定員は認められなかったということに対しまして、全国一律の対応ではなくて医師少数県の実情に配慮が必要だという発言がございました。

都道府県によって確保が必要な医師数には大きな差がある一方で、もともとの人口当たりの医学部定員や設置主体が異なっておりますので、全国一律に臨時定員が削減されることは医師偏在を助長することになるのではないかと考えております。本県も地元の新潟大学に最大限の臨時定員の地域枠を設置してもなお必要医師数の達成には足りないということから、県外の私立の大学への地域枠の設置に努めるとともに、この後、今日本県の神田参与から説明するとおり地域枠医師がしっかりとキャリアを形成できるようなサポートを充実させてきたところでございます。

令和10年度の医学部の臨時定員の調整方法につきましては、この資料の中でも地域の実情に配慮するということは記載されているのですが、医師少数県の医師確保に向けた努力が切り捨てられることがないようにきめ細かく対応いただければと思います。

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した。御意見として承りました。

ほかにオンラインで参加されている構成員で何か御発言はございますか。

それでは、会場参加の構成員からの御意見を賜りたいと思います。何かございますでしょうか。

それでは、神野構成員、よろしくお願いします。

○神野構成員 神野でございます。

29ページに関して、全体的には賛成いたします。

これは閣議決定された骨太でしっかりと2028年以降の医学部定員は削減しますと書いてありますので、どうするかという話の議論は吹っ飛んでしまったのかと思いますけれども、今もお話がありましたように地域の実情に適切に配慮した上でということは、ここの検討会ではぜひ強く言わなければいけないことなのかと思います。

それから、29ページの基本的な方針のところなのですが、恒久定員内の地域枠設置に関しては全く賛成いたします。その次のポツなのですが、この辺が私の理解が悪くてよく分からない文章なのですが、地域枠以外のところは県外へ流出されてい

る、そして都市部に集中して偏在を一層悪化させている、こうした状況などを踏まえて恒久定員内の地域枠設置を含め一般枠におけるさらなる取組というのは何でしたか。説明はあったのですか。教えていただきたいと思いますし、それだから各都道府県の臨時定員は削減することが適当、なかなかこれはつながらないのですけれども、その辺を教えてくださいたいと思います。

これまでも私どもが主張してきたこととしては、強い偏在対策をしないで医師数削減というのはかえって偏在が大きくなるということだと思いますし、そういった意味では地域枠は大きなタマだと思いますけれども、それ以外にシーリングとか、これは専門の分科会かだと思いますけれども、これだってなかなかまだ弱いというところもあるので、いろいろな合わせ技が必要なのではないかと思います。

先ほどの疑問点は教えてください。

○遠藤座長　ありがとうございます。

事務局、説明をお願いします。

○和泉課長補佐　事務局でございます。補足をさせていただきます。すみませんでした。

この一般枠におけるさらなる取組を進めるというところでございますけれども、含めと書いてあるので恒久定員内の地域枠の設置、あとは先ほど資料でお出ししましたけれども、医師が必ずしも県内に残らずに出ていくという実態もございますので、そういった方をいかに引き止めるかということも、地域枠という方に限らず一般枠の皆さんに地元に残ってもらうにはどうすればいいかというところは医師確保ガイドラインでも少し議論させていただいて書き込んでおりますので、地元の魅力とか、リクルートとか、地道な話になるかもしれませんが、そういったところも含めてやっていただくという思いを込めてここは書かせていただいたということでございます。

他方で、そういった取組、内容がまだ十分でないのではないかとということを御指摘いただきました。神野先生にもそこは何なのかというのはイメージが出ないということは、まだイメージづくりができていないという御指摘とも思いましたので、ここはぜひいろいろな御意見を聞かせていただきまして、後半の議題もあるかもしれませんが、一般枠でどうやって残ってもらうのかというところはぜひ深めていきたいと思っております。

そのことと定員を削減することは適当というところはつながりがどうかという御指摘もあったかと思うのですけれども、先生がおっしゃったとおり、しっかりとした偏在対策をしなければ少数県からも多数県に流れていくといったところによって偏在が助長してしまうということなので、そういった一般枠の取組を進めながら要はめり込ませていくということなのですけれども、臨時定員については適正な数に削減をしていくことをもってこういった記載をさせていただいたということで、そういうつながりの中で書かせていただいたという趣旨になっております。

以上でございます。

○遠藤座長　神野構成員、いかがでしょう。

○神野構成員　ありがとうございます。

これは今は案ですので、最終形では文章をもうちょっと分かりやすくお願いできたらうれしいと思います。

○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。

坂本構成員、どうぞ。

○坂本構成員　御説明いただきまして、ありがとうございました。

私も29ページの案は基本的にこちらだと思っております。今、神野構成員もおっしゃったように、一般枠におけるさらなる取組を進めるところと臨時定員は削減することが適当という部分は、私も読んでいて理解するのが難しかったので、この辺りはもう少し丁寧に書いていただければと思います。

それに関連して、この案の最後は、恒久定員内地域枠6名以上をどう考えるかという問いかけで終わっているのですが、これは今後6名以上ではなく、もっと増やすということを考える方向なのか、その辺り、事務局の意見を伺えればと思います。

○遠藤座長　事務局、お考えを教えてください。

○和泉課長補佐　ありがとうございます。

最後のポツですけれども、その前の線を引いている手前のところに、さらなる推進が求められているところ、直近の設置状況を踏まえと書かせていただいております。こちらは資料でいいますと20ページに直近の設置の状況がございます。この会でも設置の推進はすべきだという御指摘を常々いただいているところでありまして、実際に各県、各大学に頑張ってもらって設置が進んでいるところでありますが、20ページの真ん中の赤いところを書いてございますけれども、定員100名当たり2名ほど増やしていただいている、こういったものが直近の1年の状態でございます。したがって、こうしたことを踏まえて定員100名当たり6というままでありますと促進がまだ進まないというか、さらに進めていくという観点でいいますと、ここの基準については上げていってはどうか、つまり7や8といった数字に上げていってはどうかということをお客様方としていかがかということをお意見いただければという趣旨で書かせていただいた次第でございます。

以上でございます。

○遠藤座長　坂本構成員、よろしいですか。

○坂本構成員　はい。

○遠藤座長　ほかにございますか。

今村構成員、お願いします。

○今村構成員　まず、29ページについては大枠の案については賛成でございます。

その上で、本日の資料の中で新しい資料で18ページ、これは卒後3～5年目の医師ですけれども、医師が卒業した大学が所在する地域と医師が卒業後に勤務する地域のデータが出ております。そして、10ページ目、これが令和8年度の臨時定員枠ということで出てい

るのですけれども、例えば10ページの医師少数県、それから医師中程度県、それぞれ532名の地域枠、それと218名の地域枠ですので、750名ぐらいの地域枠を少数と中程度の県で設けているのだと。一方、18ページを見てみますと、例えば少数県から多数県に、それから中程度県から多数県にという、少数県から多数県が746名で、中程度県から多数県が1,300名ぐらい、約2,000名は多数県に行っていると。

この辺をどう解釈するかなのですけれども、これを見ますと、例えば医師少数県や中程度県が多数県へかなりの医師供給を行っているという結果なのかどうか。多数県の医学部にどんどん医学生が集まるからというよりかは、これを見ると多数県に医師が集まってくるのは、結果として少数県や中程度県の医学部が多数県に医師を供給しているとも取るべきなのかどうか。

一方、10ページで多数県の臨時定員枠は165名程度しかないのですけれども、18ページを見ると多数県から少数県に約1,600名ということで、実はかなり少数県に医師を提供しているのは多数県の医学部さんなのかと。少しこういったところの解釈というか、もう少し厚労省でこの辺をどのように考えればいいのか、実際のドクターの流れから29ページの対策を具体的にどのようにすればいいのかというところをもう少し考えられるようなデータに整理をしていただければと思います。

それについては同様のことが16ページ、17ページ、いわゆるどこの出身者でということ等が県単位で載っておりますけれども、この辺も先ほどの医師少数県、中程度県、多数県においてそもそも出身地と卒後その先生方が結果どこに集まっていच्छるのかといったデータもし整理ができるのであれば整理していただいて、29ページの具体的な対策を考える際にファクトとして、もしくはエビデンスとして少しデータを整理していただければと思います。よろしくお願いします。

○遠藤座長　ありがとうございます。

事務局、よろしゅうございますか。

○和泉課長補佐　検討させていただきます。

○遠藤座長　よろしくお願いします。重要な御指摘だと思います。

ほかにございますか。よろしいですか。

それでは、文部科学省、よろしくお願いします。

○松本文部科学省高等教育局医学教育課企画官　オブザーバーでございますが、発言の機会をいただき、ありがとうございます。文部科学省医学教育課企画官の松本でございます。

先ほどの木戸先生の意見に質問させていただきたいのですけれども、要は地域枠ではない学生もある程度医師少数県などで働くような教育であったり、そういうところにとどまるような取組が必要という御意見をいただいたと思うのですが、この18ページの図にもございますようにそもそも多数県の定員はかなり大きいものですから、木戸先生がおっしゃる地域へのマインドの醸成はこの多数県にいる医学生も対象に含まれるような考え方なのかお考えをお聞きしたいということで、発言の機会をいただきました。よろしければお願

いたします。

○木戸構成員 御質問ありがとうございます。

私の趣旨としては、地域の大学でその地域の患者さんの御協力を得て実習をさせていた
だいているということで、地方の大学で東京に戻ってきてしまうとかそういうものではなくて、多少なりとも週1回通うなどでもいいのでお世話になった地域へ何らか貢献できる
ようにできないかという趣旨なので、多数県にある医学部でもともと育った人の話ではな
いのです。ただ、もちろん多数県から支援に行くのはいいと思いますけれども、地域で育っ
た地方大学で学んだ方がその地域へ何らかの貢献ができる仕組みがあったらいいかという
ことで発言させていただきました。

以上です。

○遠藤座長 松本企画官、どうぞ。

○松本文部科学省高等教育局医学教育課企画官 ありがとうございます。

医学部定員というのは、今は増設ができない公的な資源ということになるのですけれど
も、多数県で育った方が地域で貢献するということは特に求めないというのが先生のお考
えということによろしいでしょうか。

○木戸構成員 そうですね。多数県に関して、もちろん多数県の方がその地域で働くのは、
そういった方がむしろ多いとは思いますが、今、少数県、中程度県で困っている
ところの偏在を何とかするということがこの検討会の趣旨ですので、現在一番困っている
ところをどうするかということに重点を置いて考えると、多数県で働くということまでは
求める必要がないと考えます。

○松本文部科学省高等教育局医学教育課企画官 もしかすると誤解して取られたかもしれ
ないのですが、多数県も都会にたくさんの定員が今はいる状況で、医師少数県からも医師
が都会に一定程度集まっていくというのは、例えば地域に押しとどめる力が弱いというだ
けではなくて、都会に一定の吸引力がございます。生活のことですか、子供の教育とか
というのは今までこの検討会でもデータが出ているのですが、それでも多数県で育った方
には医師として地域に貢献するマインドというか、そういう行動は求める必要はないのか
ということを確認させていただきました。今、文部科学省もコア・カリキュラムにおいて
地域や全人的な医療に教育として重きを置いているので、多数県で育った人は多数県でそ
のまま働くのが良いですよというマインドで接していくのが良いのかどうかを御確認させ
ていただいたのですが、先生のお考えはいかがでしょう。

○木戸構成員 そういうために現在広域連携プログラムというものがあって、既に始まっ
ていますが、地方の実情を知るためにそういった多数県で育ったような方で多数県のプロ
グラムに入っても地域のほうに回っていただくということで、日本全体の課題として認識
していただく必要はあるかと思います。

以上です。

○松本文部科学省高等教育局医学教育課企画官 ありがとうございました。

卒前という意味だったのですが、改めての場でも結構ですので、お考えを教えていただく機会があればと思っております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。

ありがとうございます。

それでは、事務局の提案につきましては大きな反対はございませんでしたけれども、様々な御意見も出されておりますので、事務局におかれましても、それらを反映する形で引き続き検討してい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。

今後、ただいまの御意見等々をまとめていただいた形で、またこの場で引き続きの議論をいただくということをお願いしたいと思っております。

続きまして、議題2に移りたいと思っております。「今後の地域枠等の運用について」でございます。

では、事務局から資料2-1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。

資料2-1、まず「今後の地域枠等の運用について」を御用意ください。

2ページ目、こちらは前回事務局案として提示したスライドです。今回の議論に関係する部分を中心に、改めて前回の内容について振り返らせていただきます。

まず、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や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・確保する仕組みであり、地域枠等医師は地域での安定的な医師確保に重要な役割を担っています。

また、1つ○を飛ばしますが、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はなくて、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の医師のみにより地域医療を支えることは、医師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があります。

これらの状況を踏まえ、この資料の矢印の下①から③にお示した各項目、具体的には①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医師のキャリアやライフイベントに配慮した地域枠制度の柔軟な運用、③義務年限終了後の医師を含めた地域医療を支える医師の確保の推進、これらについて課題の整理、事例の収集やヒアリングを行いまして、制度に関わる関係者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御議論いただくことについて事務局より提案させていただきます。

た。

次の3ページ目、こちらは前回構成員の皆様からいただいた御意見をおまとめしております。様々な御議論をいただいた中で、まず一番上からですが、キャリア形成に関するものが義務の中断理由の上位であることからキャリア形成への配慮は重要である、「義務があるため仕方なく」等の消極的な理由ではなくて、地域での従事がメリットになるような施策を進めるべきといった事務局案の方向性に御賛同いただくような御意見をいただきました。

また、この2つ目の○の続きですが、保育や介護などの事情を抱えた医師でも病院のサポート体制の充実により地方で活躍できた事例であったりとか、その下、3つ目の○ですが、新潟県では行政医による継続的な面談等によりキャリアやライフイベント等に関していつでも相談できる関係を構築されておりまして、指定勤務を終了した医師のうち9割以上が県内で従事しているなど好事例についても御発信をいただきました。

さらに、今後の制度運用の見直しに当たっては、都道府県に過度な負担が生じないような配慮であったりとか、地域枠医師の義務年限後の動向に関するフォローを行うべき、キャリア支援については自治医大のノウハウを全国の地域枠に展開するのも有効ではないか、義務年限終了後の医師へのアプローチについて検討する際は、義務履行中の医師がどのような思いで働いているのか、これについてヒアリングすることも重要ではないかといった今後の見直しについて検討する上で必要な視点についても幅広く御意見をいただきました。

また、ほかにも「その他のご意見」の欄ですが、臨床研修制度における広域連携型プログラムの運用の在り方、学生の時代から地域医療の経験を得ることの重要性についても御意見をいただきました。本資料、資料2-1の6ページ目以降は参考資料とさせていただいておりますが、これらいただいた御意見に関しては8ページ目、9ページ目に関連する施策をスライドで紹介しておりますので、適宜御確認いただけますと幸いです。

では、4ページ目にお移りください。前回お示しいたしました課題の整理を行ってはどうかとさせていただきました①から③の項目について、改めて資料の上部にお示ししております。今回はそのうち②キャリアやライフイベントの支援と③義務年限終了後の医師を含めた取組について、3名の参考人の先生方にお越しいただきまして各テーマについてヒアリングを実施いたします。

吉村参考人からは、地域枠医師のキャリアやライフイベントの配慮を行うに当たっての課題について、神田参考人からは、前回の御議論の中でも御発言がありましたが、新潟県の地域枠の取組について、後藤参考人からは、今回も実は資料の最後の31ページに再掲させていただいておりますが、前回も事務局資料の中で紹介させていただいた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る取組についてそれぞれ御発表いただいた上で、内容について皆様で御議論いただければと存じます。

事務局といたしましては、今回のヒアリングを踏まえて課題を整理した上で、次回以降で改めて事務局案として提示させていただく予定です。

事務局からの資料の説明は以上です。

○遠藤座長 ありがとうございました。

それでは、事務局から説明のありましたとおり 3 先生から御報告、御説明をいただきたいと思います。

まず、吉村参考人から資料 2－2 の御説明をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○吉村参考人 一般社団法人地域枠医師等キャリアデザイン機構理事の吉村健佑と申します。今回、発言の機会をいただき、ありがとうございます。

私は資料 2－2 に沿いまして、地域枠医師等の支援の在り方について御説明いたします。

当法人は厚生労働省「キャリア形成プログラム等運用支援事業」を2023年より受託し事業を展開しております。地域枠制度利用者の大幅な拡大、人数の増加、さらには医師歴を重ねることによる様々なライフイベントの発生、そういった制度開始当初とは状況が異なっている部分に注目し、医師個人のキャリアをどのようにサポートできるかという観点で事業行っています。具体的には調査分析事業として、47都道府県の協力を得て毎年情報を収集することや、制度利用者150名以上から直接ヒアリングを通じてキャリアのサポートについて意見交換をしてきました。それらに沿い、お話をしたいと思います。

目次としてⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳとございます。

Ⅱのキャリアの形成に関する事項として、5 ページより内容に入っております。Ⅱ－1. 専門医取得への配慮として、2018年より新たな専門医制度がスタートしたことに関連し、医師のキャリアについてもそれまで想定してこなかった状況が発生しております。具体的に課題の 2 ポツ目の通り、医師少数区域の勤務のタイミングは47都道府県それぞれ設定がございしますが、基本領域の専門医の取得のタイミングが遅れてしまう、専門研修が途切れてしまうことで取得が困難になってしまうという事例もあり、そういった点を配慮してはどうかと。事例が 2 つございます。例えば内科の総合診療医の勤務を早期に求めている都道府県なども事例としては収集しています。また、診療科制限を設けていない都道府県は全体の半数ぐらいございますけれども、医師少数区域での当該診療科の医師の求人がないなど、選択肢としては否定されないが実際の勤務先の需要と合わないところから勤務先の問題が出てくるなどあります。そうすると常勤以外の勤務方法も設定していくことなど、勤務の在り方を各都道府県が模索しております。千葉県はそういった領域について勤務を柔軟化することをしております。また、広島県は特定の診療科への誘導を目的として、中山間地域での勤務要件を免除などしており、診療科の特性に沿う形で少数区域でないところでの勤務をもって地域への貢献とみなすなどの考え方も示されています。

6 ページにお移りください。一方で、都道府県の人口が減ってくるなどに関連し、専門研修プログラムを「一式」整えられない都道府県も実際に出てきております。こちらに示していますのは、「基本領域19いずれかの専門研修プログラムがない都道府県」が 8 県ございます。また、連動研修、これは内科や外科、放射線科などではありますが、全ての

サブスペシャルティ領域の中から「連動研修を行う診療科」だけに注目しても、それが設定できていないのが21都道府県あるなど、1都道府県の中にずっととどまる形では特定の診療領域の専門医資格が取得できない、専門医が育成ができないという事実がございます。実際に資料の左下の赤枠に囲んでおりますが、香川県以下10の都道府県で100万を切っております、こういった都道府県だとこのような状況が目立つと当法人では見ております。

続きまして、7ページを御覧ください。専門医取得への配慮としまして、千葉県や神奈川県の実例を示しております。千葉県ですと例えばやむを得ず県外での専門研修を行う、自分の専門技術を身につけるために県外に行くということを「正当な中断事由」と認めており、制度利用者本人の不利のない形で配慮できるような制度を整えています。神奈川県はさらにダブルボード（複数の専門医資格取得）などの取得についても、これは将来的に県内の医療提供に資すると判断した場合に様々な配慮を行っております。

また、8ページを御覧いただきますと、専門医から少し離れますが、例えば公衆衛生医師の確保に苦勞する都道府県は多数ございます。こういった行政医としての経験、ないしは死因究明に当たるいわゆる法医学の専門医師についても確保に苦勞している地域もあります。例えば行政医については実に25の都道府県で義務履行と認め、柔軟な対応を行っております。法医学はまだ「4」にとどまりますが、今後そういった状況も生まれるかと思えます。この点をどのように考えていくか。事例としては、例えば愛媛県は法医学コースを設置して義務履行と認めた都道府県の1つになります。

9ページを御覧ください。Ⅱ－3. 柔軟な勤務体制の許容ということで、制度開始当初は基本的に自治医科大学などをモデルとし、常勤の医師が勤務することをもって義務履行とする考え方でスタートしたところがほとんどです。一方で、介護や育児など正当な事由によって短時間勤務にならざるを得ない医師、ないしは地域の需要がそれほど多くなく非常勤勤務のほうが適切な診療科の医師、そういった診療領域や医療提供の在り方も各地域に対する貢献であると認めることで、医師の柔軟な働き方や需要と供給のマッチができるのではなかろうかと考えます。この点、神奈川県や愛媛県の実例を示しています。次ページの千葉県については、非常勤勤務との常勤換算表を早期に整えて公表することで、制度利用者に対して提示しています。こういった検討が各県で進んでおり、この点も周知されるのもいいのかと思います。

11ページ、Ⅱ－4. 臨床研修「アンマッチ」への対応にお進みください。マッチングについてはほぼ全ての地域枠制度利用者が一般の医学生と同様に臨床研修のマッチングに参加しているのが実情になります。マッチングですので当然御本人の志望順位と雇用する病院側の順位によって「アンマッチ」となる事例がございます。私も千葉県でキャリアコーディネーターをやっておりますが、年間4名から6名の1次募集でのアンマッチが発生します。情報提供など個別にサポートすることで今のところ全員、臨床研修医として勤務できておりますけれども、これも各県結構苦勞するところですよ。

アンマッチへの対応としまして、例えば茨城県ですと事前に県独自の事業として勤務先の地域枠制度利用者向けのマッチングをした上で一般のマッチングに進むなどの配慮を行っています。また、13ページですが、こちらは国が進めているのは「地域医療重点プログラム」です。こういったものを各臨床研修病院が制度整備していくことが望ましいと私も考えますが、約1,000ある臨床研修病院のうち16がこちらを採用するなど、まだまだ広がりが必要と考えます。

続きましてライフイベントに対するとこを説明してまいります。

Ⅲ－１、まず背景と現状です。一般にライフイベントに関しては男性・女性は特に関係なく配慮が必要という前提です。その上で、1つの状況の変化としては女性の医学部入学者が増えている、入学者の多様性が増していると言えます。現在ですと左下の10の共学の大学で、医学部入学者数が女性が男性を上回っている大学も出ており、こういった多様性が広がる中どのような配慮を行うかということは真摯に捉えていく必要があるだろうと思います。特に家庭・生活上の要件によって制度を離脱せざるを得ないという方が制度離脱者全体の「4分の1」を占めており、また女性の離脱率及び制度の義務履行中断率が男性に比べてやや高いという事実もあり、こういった点も考慮・配慮していく必要があると思います。

16ページを御覧ください。さらにライフイベントを理由に義務履行の猶予／一部中断を申請した場合、全ての事由が全ての都道府県で認められているわけではありません。制度が想定している、例えば育児休業であれば全47都道府県が認めてはおりますが、介護ですと31、自身の疾病についても42など制度が追いついていないという点もあるかと思います。様々な状況に対する制度上の想定が十分なされていないことも考えられます。例えば、滋賀県ですと、育児休業・介護休業は一時中断を無制限に認めており、広島県でも同様に育児休業についての猶予期間を延長するなどの配慮もあります。一方で一部の都道府県では1年間などの短期間でも義務履行を離れた際に、離脱せざるを得ない事例もまだございまして、少し整理が必要なのかと考えます。

17ページを御覧ください。ここから具体的に「結婚」についての事例をお話いたします。まず、異なる都道府県の地域枠制度利用者同士の結婚という事例を中心に説明します。当法人でヒアリングした中、例えば異なる都道府県の地域枠医師との結婚について、現在同一大学内に複数の都道府県の修学資金制度が設置されている例が都内を中心にみられます。そうしますと、そこから結婚に至るという制度利用者がいらっしゃいまして、その方々が義務履行が始まると片方の方が制度を離脱せざるを得ない状況にもなり得ます。これは各都道府県にとって大きな損失だと思いますので、お互いの都道府県が結婚協定などを結び、配偶者が医師として勤務した場合も義務履行の期間として換算するなどの配慮を行うことは、古く自治医大などは特例的に行ってきた事情があります。また、一方の医師が自分の都道府県の勤務をしながら、もう一方の医師が猶予期間を十分長く使い長い時間をかけて義務履行をしている事例も存在します。いずれにしても制度利用者からは都道府県間で「結

婚協定」を締結して、救済できる部分についてはできるだけ配慮してほしいという声が複数寄せられています。

18ページを御覧ください。一方で都道府県の立場に立ちますと、結婚協定の締結には様々な変数を考慮する必要があります。例えば貸与金額が都道府県間で大きく異なり、制度によりますが、300万円台のところから4000万円台など大きく差があることや、診療科の制限を都道府県によってはそれぞれ設ける設けないの差がある、ないしは返還免除要件は医師少数区域の勤務期間をそれぞれ都道府県の実情に沿って設定しており調整が困難となり得ます。また、義務履行の主体として、例えば条例の本文に「債務者本人」が勤務することが必要と書かれていると、仮に配偶者がその地域で医師として働いたとしても義務履行は認められないなど、場合により条例の変更が必要になることもあります。また、派遣先医療機関の指定方法として「自都道府県内に限る」と書かれてしまうと、他都道府県での勤務を一切認めないことになります。一方で自治医科大学は仮に当該の知事が指定すれば他都道府県の勤務を一部認める場合があり、その点を含めた検討や調整が必要かと思います。

19ページを御覧ください。AJMCの報告書の中にも茨城県と青森県の制度利用者間の結婚の事例について既に公表されておりました。さらに当法人で収集した事例としまして、異なる都道府県間の勤務で今後制度設計が進むことができれば、お互い離脱せずに同居の上で義務履行できるように、検討が進んでいる都道府県なども実際にございます。

20ページを御覧ください。茨城県の結婚協定は先行事例として公表されており、こういった整備を各都道府県が行うことで柔軟な制度設計が前に進むのではないかと考えます。

21ページには茨城県のガイドブックの内容が公表されてございますので提示いたしました。

22ページを御覧ください。結婚から少し離れまして、御本人の健康問題によってやむを得ず制度を離脱する方がおられます。私もキャリアコーディネーターとして複数経験してきました。もちろん疾病を予防しながら、勤務を継続する自助努力はされた上ですが、やむにやまれぬ難病や様々な事例によって勤務が困難になることもあります。その場合、奨学金の一括返還を本人に求めていく。非常に厳しい事例ですと、例えば御本人がお亡くなりになった場合、ご両親などご遺族にそれを求めていく事例があります。これは都道府県としては心が痛い部分もありますが、制度上はそのような運用がされています。例えばそこに一定の配慮をしていくようなことを都道府県に認めていく、例えば勤務が実施された期間について勘案して、減額するなど様々考慮してもいいのではないかと提示いたしました。

最後23ページにこれまでご説明した内容をまとめております。下部の囲みを御覧ください。○の1つ目、都道府県ごとに様々な事情があることを考慮しつつ、地域枠医師等が離脱に至ることがないように、都道府県間での協議も進め、合理的な環境を整え、義務履行に一定の幅を持たせた制度を設計できないかと考えています。○の2つ目、制度利用者への丁寧な個別対応を実施しておりますが、専門医制度の変更など制度利用者の勤務環境の変

化や地域の需要に応じた柔軟な運用が可能となると、地域で頑張りたいという制度利用者の気持ちを義務履行という形で実現できますので、そういった制度が望ましいと考えます。

少し長くなりましたが、私からの説明は以上となります。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、お三方からの御報告があった後でまとめて議論したいと思いますので、続きまして神田参考人から資料２－３の御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○神田参考人 神田でございます。よろしくお願いいたします。

私からは新潟県の地域枠の取組とその成果について御説明いたしたいと思います。ページ番号を御指定いたしますので、そのページを見ていただければと思います。

２ページ目、私の自己紹介であります。私は自治医科大学を卒業しまして、主に地域は佐渡島に勤務しておりました。その後、行政に行きまして、現在は開業医もやっておりますが、開業医をしながら行政医をやっているという人間でございます。

続きまして、３ページを御覧ください。今日のサマリーでございますが、新潟県の地域枠の状況、最終的な結果でありますけれども、地域枠の方々、皆さん地元の新潟大学をはじめとした大学に入局されておる方が90%いらっしゃいますし、専門研修を登録されている方がほぼ100%、そして今まで累積で離脱をされた方は1%、全国では7%強というところですのでかなり少ない割合です。9年の指定勤務期間を終えた人間がまたそのまま新潟県に残っている割合は92%となって、非常に高い水準を保っております。これらがどのように形成されたかというお話をさせていただきたいと思います。

５ページです。新潟県の地域枠の全体像をお示ししております。新潟県の地域枠はほかの県さんとちょっと違うところとしましては、地元の新潟大学以外に東京を中心とした私立大学さんに多数つくっていただいているということと、全体の数としまして地域枠は80近くございまして、全国の中でも抜きん出ているということがございます。１つは学費相当に近いお金を提供しまして、質の高い学生を集めているということがございます。特に学費が比較的高い大学さんにおきまして、下のほうにあります４つの大学、日本大学、北里大学、獨協医大、帝京大学さんの４つですけれども、新潟県のお金だけではなくて特定の市町村がお金を出してくれて学費相当に近い額をつくっているというところがございます。

６ページ目、新潟県の地域医療支援センターの分担ですけれども、地域医療支援センターは多くの県で大学さんに設置されていることが多いと思いますが、新潟県では県庁内に設置されております。分室を大学に置いております。別途、寄附講座も大学に置いている構造がございます。

続きまして、７ページを御覧ください。新潟県地域医療支援センターの体制になっております。本庁の中に地域医療支援センターを置いていまして、そちらに専属の医師が３名ついております。また、新潟大学さんにも２名置いておまして、少なくとも計５名の医

師が地域医療支援センターの中で働いている状況です。ほかにも手伝っていただいている医師が県内に多くいる状況です。

8 ページ目ですが、この地域医療支援センターの業務等は全て地域医療対策協議会で会議の上で決めております。この地域枠の活用や臨床研修医の確保、専攻医の確保、キャリア支援だけではなく、その受験者確保の取組まで全て地域医療対策協議会で協議いただいております。

9 ページ目、我々の根本的な考え方としてWHOで出されております地域で医療従事者に勤務してもらうためのガイドラインがございます。その中に大きく4項目記載されておまして、規制、インセンティブのほかにサポートと教育と記載がございました。規制とインセンティブは地域枠そのものの構造だと思っております、我々の仕事としてはサポートと教育が大事だろうと考えております。

続いて、10ページですけれども、我々は考えるに当たって若い人たちにかなりいっぱい密度濃く接してみて、若い人の考え方は少し変わってきているということを感じてきております。左側はいわゆるマズローの欲求の三角形になっておりますが、このうち外的欲求と言われる下3つの欲求については、現在の若い人たちにとってある程度満たされていると思われ、これを欲求と感じにくくなっているのではないかと考えています。一方、この承認欲求が非常に大きなものになっておまして、認めてほしいから成長したい、認めてほしいから貢献したいという形で、承認欲求の中に成長や貢献への欲求が含まれているような状況になっているのではないかと考えております。彼らにぜひ地域に貢献してもらうためには、その承認欲求を社会につなぐことつまり社会的価値がどういうものかを伝え、実際に地域の人に感謝される体験が大事なのではないかと考えております。そうした体験を通じて、自分の成長や行動が誰かの役に立っていることを実感できれば、さらに地域や社会に貢献したいという想いにつながっていくのではないかと考えております。

そのため、11ページ目ですけれども、我々地域医療支援センターで意識していることとしましては、本人の価値観に寄り添って地域との橋渡しをしていく、社会と結合していくことが重要ではないかと考えております。

続きまして、13ページ目、具体的にサポート的な取組として行っているものがこちらの一覧でございます。

幾つかについて詳細をお示しします。スライド14枚目になります。まず、キャリア形成プログラムそのものですが、新潟県のキャリア形成プログラムが下のように図で示されておりますが、3～4年目が医師の確保を特に図るべき区域等の医師少数区域に勤務することになりますが、新潟県ではこの3年目以降、専門研修をやる時間になりますので、原則として専門研修ができる医師少数区域に配置をするようにしています。もっと具体的にいいますと、各プログラムについて基本は大学が基幹施設になっていることが多いものでありますが、連携施設を地域につくっていただいて、そちらで勤務をいただく形を取っております。

さらに、5年目以降になりますと、上のバーが引いてあるところになりますが、研究・留学・大学院でプログラムの一時停止が可能となっております、サブスペシャルティや大学院などに行く場合についてはこの制度を利用して先送りしてやっていただいております。この年数の限度等も設けておりませんので、幾らでも勉強していただけるようになっております。

さらに、ほかの県でもありましたが、育児中のプログラム一時停止も可能としております。こちら上限を決めておりません。複数のお子さんがいらっしゃる場合ですとか、場合によっては小学校に上がるまで、または小学校3年生まで面倒を見たいというお母さんも実際はいらっしゃると思いますので、そういったものには対応できるようにしておりますし、ポイントは育休中とは書いていないということで、育休はあくまでも制度でございますので、育休が取れなくなるケースも多々ありますので、それにも対応できるように我々が考えて育児中であると認めればもうそれでオーケーという形を取っております。

次のページを御覧ください。我々はこの育休や大学院に行きたいということは本人に確認することとしていまして、私たちは全ての地域枠の学生・卒業生の方に年に1回は必ず直接個別の面談をしております。現在700人程度おりますが、先ほどの地域医療支援センターのメンバーで分担して全て面談をして、本人の価値観を聞いているというものであります。

16ページを御覧ください。こちらは私から地域医療支援センターのメンバーに説明をしているマニュアルの一部となっております。どういうタイミングでどういう話をしなさいというものがありますが、一方で一番大事なこととしては、我々キャリアコーディネーターは債権者・指導者ではない、指導医ではないというところで、あくまでも伴走者・助言者として生きていこうという話をしております。義務を課するような発言を行わないですとか、あくまでも本人の価値観に寄り添っていく、必要以上に迎合はしないながらも本人の価値観に寄り添っていきましょうという話をしております。

この考え方、次の17ページ目を御覧いただきまして、昨今、医学部でもお教えになっているものかと思いますが、SDMの概念に近いものか。本人の価値観をしっかりと抽出して、こちらで制約があるものも説明して、一緒になってどういうゴールがいいかを考えていくようなものかと思っております。

スライド18番目、具体的には本人たちからどこの病院がいいというのは聞いておりません。むしろ新潟県はほかの県の大学さんにもつくっている関係で、新潟県出身ではない方が地域枠に大勢いらっしゃいます。そのため病院名が分からないということもございますので、本人が何を大事にしているのかだけをお聞きして、それに合う病院を我々が探す形になっております。

具体的に19ページ目ですが、地域枠同士で御結婚されたケースがございまして、学年が違ったのでキャリア形成プログラムにずれがあったのですけれども、我々は調整いたしまして、2人が必ず同居できるようにしました。さらに、2人とも御両親が離れていました

ので親御さんの力が借りられないということで、院内保育のあるような病院さんに2人で勤務してもらうという配置も行っております。

20ページ目、こちらは自治医大の例になりますけれども、先ほどお話もあった結婚協定のお話になります。結婚協定を結ぶ理由はただ単に義務を分けるわけではなく、本人たちが一緒に住めるようにという配慮なのだと思っておりまして、いろいろ奥さんのほうが育休などを取った場合にずれが生じてくることがよくございますが、我々はそれも調整いたしまして、何とか2人が一緒に住めるようにとずっと調整してきております。なお、地域枠に関しまして結婚協定を我々も一生懸命結ぼうとしておりまして、今まで合計3県のお願いをしたことがあります、今のところまだ結べているものはございまして、たった今、1県何とかうまくいきそうな傾向がございまして。

続きまして、22ページ目、今度は教育的な取組についての解説でございます。

23ページ目を御覧いただきまして、我々は当然夏季実習等を行っておりますが、その中には例えば2年生のところですね。エクスカッションと申しますが、地域の住民さんにインタビューに行ってもらうような実習もやっております。ただ単に地域に行くだけではなくその地域のことは分からない、病院を見るだけでも分からないと思っておりまして、地域住民の人に直接接してもらう、自分が主体的に話をしてもらうような実習をつくっております。

24ページ目を御覧ください。さらに、実際に行っただけではなかなか本人たちのモチベーションにならないということがありまして、先ほどの面談を使いましてその経験について詳しく聞くとともに、感情の動きを捉えてそれを言語化させることを我々キャリアコーディネーターのほうでやっております。そうしますと、自分たちが地域を目指すことについて自己肯定感が高まりますし、折れない気持ちも高まり、そして社会のことが分かる人間になってくるといういい効果もございまして。

25ページ目、先ほどお話ししました幾つか市町村が限定されている地域枠がございまして。こちらはお金が高い分、9年間のうち5年間をその市町村に勤務しなければならないと制約の厳しいところがありますが、こちらの場合は26ページ目を御覧いただきますと、さらに市町村がかなり熱心に本人たちのサポートに入ってくれます。

具体的には27ページ目ですが、これは手前にいらっしゃるのが地域枠の方、東京の私大の方なのですけれども、そこに対して新潟県のかかなり田舎のところにある婦人会の方々が一緒に来てくれて、どういうお医者さんになってほしいみたいな話を熱心にさせていただいたりします。こういった経験から、本人は非常にどういう医者になろうかということが見えたとおっしゃってくれました。

28ページ目、地域医療教育ですけれども、地域基盤型実習などがずっと行われております。ただ、地域に行くだけでは難しいと思っておりまして、巻き込み型、参画型といって地域住民や行政が直接接していくことが重要かと思っております。

29ページ目、このように育てていくと本人たちが本人たちと異なる社会の中とつながっ

ていくので、ソーシャルキャピタルとして機能してきて、社会の中でも医者のかたす役割、医療のかたす役割をかたすのではないかと考えております。

31ページ目です。さらに受験者確保といたしまして、我々は県内の高校生たちに向けて医療に関する講座を開いております。入試対策みたいなことを言っているのですけれども、実際は医学部を目指す人たちに医療について考えてもらおうということで、スライド32ですけれども、いわゆる答えのない問いについて考えてもらおうとして、33ページ目ですが、実際の医療の現場に出てくるような話題を出して本人たちに考えていただいて、さらにディスカッションをするということで、本当に絶対に正解があるものだけではないのだよということを分かってもらうようなことをやっております、かなり皆さんに勉強してもらっています。

35ページ目、このようなことをやっております、新潟県の地域枠、現在は右下にあります703人います。

36ページ目、現在の状況ですけれども、真ん中、卒業している地域枠の方々のうち半数が研修の期間、半分が地域医療に出ている期間ですが、右上にありますように全員が医師不足圏域に勤務しております。そして、専門研修は御本人の都合がある方以外は全員が専門研修プログラムに参加しておりますし、ここに記載があるようにサブスペシャルティーズとか、かなりマイナーな科でも入っています。90%が入局しております、大学院への進学者もおります。さらに結婚・妊娠・出産については過半数以上、多くの人が経験をできていますし、今まで離脱されたのは8名、具体的には退学だとか国試不合格という勉強の問題が一番多くて、これは一般の方と大きく変わらない。すなわち、地域枠由来の離脱理由は全くないということが新潟県の特徴です。

37ページ、診療科制限を基本的につけておりませんが、割と御本人たちがニーズに合った診療科に行くと考えられておまして、内科、外科、整形外科で半数を超える状況になっております。

38ページ目、離脱の状況ですけれども、指定勤務終了後も新潟県に残留している率が92%になりまして、新潟県は自治医科大学卒業生の定着割合も高い県ですけれども、自治医大よりも高く残っている状況がございます。さらに、地域枠なのか、我々は地域枠以外で事後手挙げ式の枠も持っておりますがそちらなのか、もしくは新潟大学なのか、それ以外の大学なのか、新潟県出身なのか、全くあまりよらないでこのようにしっかりとサポートしていくと、そのまま新潟に定着してくれるという状況がございます。

39ページをお願いします。このスライドは本当に風景だけで、このスライドは関係ないのですけれども、ずっと扉絵に使ってきているスライドが実は佐渡の風景でございます。私は実は佐渡は全く知らずに佐渡島の勤務をしておりました。それまで佐渡に行きたくないと思っていたのですけれども、行ってみたら地元の方々からすごく迎えていただいて、ぜひいてほしいと言われたと。そうしたら、すごく佐渡が好きになりまして、実は今でも佐渡の僻地診療にも従事しながらやっております。ぜひ地域枠に限らず地域の社会

に入れていただいて、それを感じてもらって、地域社会から何を求められているのか本人たちが感じられるような教育・育成の世界をつくっていただきたい、そういったものを推進していただきたいと強く思っております。

私の説明は以上です。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。

続きまして、後藤参考人から資料２－４の御説明をお願いしたいと思います。

○後藤参考人 後藤でございます。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。

それでは、お手元の資料に基づいていきたいと思います。

２ページ目をお願いします。私自身の自己紹介になりますけれども、私は今、自治医科大学の地域医療学センターにおりますけれども、もともとは自治医大を卒業して初期研修後、30年を超えるぐらい地域の医療にずっと携わっておりました。逆に言うと現場しかよく知らないということではありますけれども、そういうバックグラウンドで今日はお話しさせていただくということを御承知おきいただければと思います。

我々は地域医療、昔は定義がないのが地域医療だよみたいなことを言っていたのですが、それでは全然学生さんなどに伝わらないので、少し定義づけしていくといいかということで、地域志向型や地域基盤型の総合診療が地域医療として大事だと。患者が医師に合わせるのではなく、医師が患者に合わせて健康課題に対応していくということがこういう地域基盤型の総合診療の１つの哲学だと思っています。そうであれば、患者に対してだけではなく職場の対応、つまり医師に対しても、ほかのスタッフもそうですけれども、ライフスタイルや医療機関での実際の実務やキャリア形成に関しても柔軟に対応することが必要ではないかと思っております。

５ページ目をお願いいたします。私どもがやっているのは県北西部地域医療センターとって、地域医療連携推進法人化もしましたけれども、平成27年に岐阜県の北西部地域、郡上市と高山市の荘川といったところと、世界遺産の合掌造りの白川村ですね。この２市１村で地域医療を支える組織を立ち上げて動かしております。４ページ目の図を見ていただくと分かりますけれども、我々が対応しているエリアは大体東京や香川県と同じぐらいの面積ということになります。

そもそもは２市１村という自治体枠を超えてネットワークをつくるのはなかなか難しいのですが、連携協定というもので開始して、特に複数のへき地の診療所を複数の医師で支えるモデルをつくって、へき地医療や在宅ケアを主目的として教育も含めて立体的に支えようという形にしております。最初は診療所だけのネットワークもやっていたのですが、それですと医師のバッファー機能が果たせないで、病院が入ったほうがいいかというこの考え方で、病院も含めて今はやっております。

令和２年に地域医療連携推進法人化をしまして、全国で17番目ですけれども、岐阜県初の地域医療連携推進法人を立ち上げました。法人化したほうが、法的には縛られますが、

逆に労務法規などにきちんと合わせてやっていけるということがメリットかと思います。

6 ページを見ていただくといいと思いますが、ただこうした連携モデルは様々で、連携法人内で急性期から在宅まで全体を法人内で取り組むという、比較的大きな病院が主導するところではこういう形が多いのですけれども、我々はどちらかというと右側の図のようにある機能に関してネットワークを組んでおいて、ほかの機能に関しては法人外と連携してやっていくというような考え方で動かしています。

したがって、7 ページは郡上市を中心に書いておりますけれども、見てお分かりのように矢印は必ずしも 1 方向性ではなくて双方向性に、病院から診療所側へ、あるいは診療所側から病院へというような多方向をもってして全体を支えるという、基本的には相互支援でやりましょうという約束で展開しております。

8 ページを御覧ください。センターの取組としては区域内の機能分化、これは連携推進方針を立ち上げなくてはいけないので、それに準じているのですけれども、中心となる国保白鳥病院、これは46床のすごく小規模な病院ですけれども、プライマリーケア機能に加えてポストアキュート、サブアキュート、レスパイトといったこと、高齢者救急の後方病院としての入院機能を担う、公的な診療所群は主にプライマリーケアを担うということ。

あとは人材確保・人材育成ということで9 ページ、10 ページ、11 ページを見ていただくといいたのですが、9 ページ目が実際にどうかということで人の動きを示していますけれども、複雑ですけれども、センター化したのが2015年ですけれども、小規模の病院の先生方がだんだん年齢を取ってきてもう定年しなくてはいけないけれども後を継げないみたいな話があって、そこまでの平均年齢が61歳だったのが、我々が関与して今は平均年齢40歳ぐらいでやっているのですけれども、研修から入ってきたりとか、自治医大卒業医師の県派遣であったりとか、義務後であってもこうした取り組みに興味をもってだとかいろいろな形で医師確保をしております。10 ページを見ていただくと、病院から診療所側へ出向するのが年間700回から800回ぐらい、診療所から病院側に当直などいろいろな形で支援いただくのは年間100を超えるぐらい、診療所－診療所間が50ぐらいという形です。

11 ページ、人材育成ということでいうと小学生から始まり、中高生のためのセミナーとか、高校生に対しては実は今日岐阜県でやっているのですけれども、へき地医療研修会として1泊2日のへき地を経験、先ほど神田参考人も言われましたような地域踏査とか、あるいは住民の方との交流をやるとかしたり、郡上北高プロジェクトというものは、デュアル・エデュケーション・システムという、普通科なのですけれども週に1回職業が経験できるというものを使って、1年間で昔でいうヘルパー2級ですね。介護職員初任者研修を1年間でできるというような、そういう仕組みを今は高校と一緒につくっていたり、あとは医学部など、初期研修医以降もいろいろな研修プログラム、総合診療系の研修プログラムも全て持つようにして、こうした人材育成、人材確保を行っているということになります。

12 ページ、特に診療所の先生やスタッフたちは研修に行くことがなかなか難しかったり

するわけで、できるだけこのネットワークの中でいろいろないわゆる倫理や医療安全、感染症の研修、あるいは地域医療に関する学習会、あとはセンタープロジェクトといいましてセンターのみんなで地域に何をやりましょうということを相談して1年かけてやって1年後に振り返るという、そのような仕組みをつくったりしています。それ以外にオンラインの抄読会や、どうしても田舎にいますとだんだん閾値が患者さん側に沿って行ってやなくていいのではないのみたいな雰囲気になりますけれども、そういうものを防ごうということで、自治医科大学の総合診療部とカンファレンスをやって、そういうところも気にしてやっております。

経営の効率化や患者情報共有化モデルというのは、実は自治体枠を超えたりスツ関係で少し難しい点があるのですが、この辺も今後取り組んでいく方向になっています。

14ページ、ざっくり表現しますと、医者が足りないということに関しては、複数の医師が複数のへき地をカバーして、基幹病院もへき地診療所もお互いが相互にサポートし合うと。最後まで在宅で診てくれる医者がいないみたいなことになるといけないので、複数の医師が訪問診療をしている複数の診療所をカバーしますので、診療所の先生がずっと365日張りついている必要は全くなくて、そういう張りつきはないと。あと、人口が少なくなると医者が要らなくなるのではないかみたいなことはあるのですが、診療所閉鎖云々ということはどうしても自治体のいろいろな考え方がございますので、複数の医師がカバーすることでオンライン診療やMaaS等も導入しておりますけれども、そういうものも使いながらやっていくと。医師の技術向上に関しましては、センター内外での研修がこうした枠組みの中でやれるという仕組みにしております。

16ページをお願いいたします。医師に対する多様性への対応で、ライフスタイルに合わせて産休・育休の取得、産休・育休明けで子育てでも時短勤務、へき地へ1人で赴任していても時短分のいないところには病院側から出しますので穴が空くことはないとか、夏休みがしっかり取れますよとか、あとは本人や御家族の病気みたいなこともあります。

あとは実務に合わせて、キャリア形成に合わせて、そこの説明をしていきたいと思いますが、17ページが岐阜県における自治医大卒業生のキャリアですけれども、医学部が終わった後は初期研修2年、地域派遣5年、後期研修2年ということなのですが、以前は自治医大卒医師の勤務には3年目から1人診療所みたいなパターンもあったのですが、今は3年目は複数医師のところへ出して、その間に診療所も経験していただいて、4年目以降は1人診療所もという形になっております。右下の図が県内の状況ですが、岐阜県は非常に広うございまして、北のほうは本当に中山間地域で大変なエリアになっています。

もう少しライフスタイルに合わせて詳しく説明させていただくものが18ページになります。複数の施設を複数の医師で支えることで、これは例ですが、1歳児を子育て中の方でへき地診療所、義務上は1人診療所勤務でなくてはいけないのだけれども、外来の早く帰るところの後半をセンターの医師がサポートに行くとか、育休・産休中である方は

切迫早産でずっといらっしゃらなかったのですけれども、そこは穴を空けないようにするとか、複数でサポートしている。実際にあった例は、子供が重症の心疾患で繰り返しの手術が必要だったのですけれども、その人も実は1人診療所に行っていたのですが、センターの仕組みで全て穴を空けることなくそういうときだけサポートする仕組みを行いました。

あとは休暇をしっかり取ることで、家族との時間の確保や学会、研究会、趣味、その他いろいろやりたいことができる。以前、白川村にいた某先生、10年ぐらいいたのですけれども、夏休みをこんなに取ったことがないので使い方が分からないので僕は要りませんとかと言っていたのですけれども、ちゃっかり海外旅行に行っていましたけれども、そのような感じで時間がしっかり取れるような形です。

あとは、実は約半数は市外からの通勤で、白鳥病院から大体40キロから80キロ、通勤時間は40分から60分ぐらいなのですけれども、名古屋に近いほうに集中しておりまして、ただ北のほうは雪が降りますので、主要高速道路である東海北陸道が大雨や雪で通行止めになっても、実は急なこともLINE等で情報を交換して、慌てて来なくていいからサポートしますみたいな形で、病院という少しバッファー機能が中にあることによって対応できているかと思います。

実務に合わせて複数の施設を複数の医師で支えるということで、いろいろな学びの場がつかれるとか、診療所自体も1人というよりは1.5人体制ぐらいにするとか、19ページになりますが、若手医師が基幹病院に軸足を置きつつも次に派遣されるような診療所を勤務で経験するから、明日替わりますみたいなことではなくて連続性を持っていけるということがあります。

例えば昔々の物語で書いたのですが、その地域をよくしようと白川村へ行ってとにかく頑張った、それで在宅死亡率も県下1位みたいになって、診療所の地域医療は楽しいと、大体ここまではマスコミなどでもよく取り上げられるのですけれども、実は1人の医者で村を守っているとか、365日中360日は白川村にいますとか、このようなところに行きたい医者が本当にいるのかみたいな話になって、ここはなかなか取り上げられないのですけれども、こういうところをきちんとカバーする仕組みが必要かと思っております。

20ページになりますと、週1回きちんと研修日は確保しておりますし、研修プログラムを総合診療系は小さい病院ですけれどもちゃんと持つ。あとは大学との協働をして地域ベースの研究もできるような仕組みもつくっております。

全体が22ページになりますが、これは実は岐阜県の国保の診療所に継ぐ方がいらっしゃいますかという調査を昨年度行いました。

23ページを見ていただくといいのですけれども、診療所だと承継者が「いない」が半数以上で、「いる」という人も何で「いる」と回答できるかという、結局自治医大の義務などで回っているから後がいのだという状況で、そういうところはこの方々がお辞めになった後はどうするのだみたいなことが、これからいろいろ話題になってくるのだらうと思います。

24ページ、人口減少時代に診療所、特にへき地診療所が維持できるかということは、自治体、特に首長さんはなかなかいろいろな課題で閉鎖しますよというのは難しいので、かつまたオンライン診療などに全て置き換えられるかといったらそうでもないと思うので、一定医師の関与が必要なので、ここは何とかやり方、仕組みを考えなくてはならない。

あとはリカレント教育ということで、例えば将来はへき地の医師をそういう方で確保可能かということであると、その方が住んでいらっしゃるところや岐阜のように広いと移動手段がどうかと。逆に実は我々の仲間の1人で50歳になったらへき地医療をやりたいという大病院に勤務しておられた人がいらっしゃって、実際に50歳で診療所勤務を始めたという方もいらっしゃるの、いろいろなパラダイムのシフトはあるかと思っています。

先ほど非常勤で十分、数日おればよいよという意見もありましたが、医療の提供だけだとそういうことかもしれませんが、地域包括ケアに関わるなど医療以外の保健や福祉の分野のことも考えると短期ローテーションだけでは限界があって、サポートする仕組みをつくらなくてはならない。

というわけで、我々としては今、提示したような1つのモデル、大規模病院が中小規模病院を中心としたネットワークに専門的な医療としてサポートしつつ、診療所あるいは中小病院の在り方としてはそうしたエリアをきちんと守っていくというやり方がは現状いいのではないかと考えて事業展開しているということになります。

今回大学のほうへ戻りまして、こうしたことが全国に展開可能か、あるいは全国でもっといろいろな好事例がどうかということも含め、今後検討していきたいと思っております。

以上でございます。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、ただいま3先生の参考人から御説明いただきましたけれども、その内容について御意見あるいは御質問等あればいただきたいと思います。

それでは、オンラインで御参加の構成員からお願いしたいと思います、いかがでしょうか。

前田構成員、よろしくお願いいたします。

○前田構成員 いろいろな取組を紹介していただきまして、ありがとうございます。非常によく分かりましたけれども、特に新潟県の地域枠はすごい県内定着率で、これだけ皆さん努力されて、すごい取組だと感心いたしました。

非常に上手にいつているのではないかと思いますけれども、逆に新潟県は今は70人などの地域枠でしたか。これがたくさん定着されると地域の医療にはかなり戦力、医師の補充になると思いますけれども、これは今後の予測としては70名だったら70名の90%定着率が必要なぐらい要るのでしたか。長期的に一旦定着してその医師が何十年も働く場合に、今後どうなるのかと一瞬思いましたけれども、予測としてはどうなっている感じでしょうか。

○遠藤座長 それでは、神田参考人、よろしくお願いいたします。

○神田参考人 御質問いただきまして、ありがとうございます。

現行の医師確保計画は今、第2期の前期が動いておりますが、その際に出しました2036年に向けた必要医師数ですと、現状との比較で見ますと千数百人足りない形になっておりまして、厚労省さんから出てきている数字で1年当たり何人育成すればいいかというところに164人と出ておりまして、現在新潟県の地域枠等を合わせても100人に達しておりませんので、その他の施策を合わせても多分160には行かないと考えておりますので、数としてこれで十分足りているかと考えた場合には、2036年の時点でまだ足りなくなるのではないかという感じで考えております。

○遠藤座長 前田構成員、いかがでしょうか。

○前田構成員 計算が私は分かりませんが、1学年に160人の医師を養成しないといけない県はなかなか人口の多い県のような気がするのですけれども。

○遠藤座長 神田参考人、どうぞ。

○神田参考人 そうですね。新潟県は人口は比較的多い県でございますし、医師の年齢構成において新潟県は60代の医師が最も多い現状がございます、これからの将来の値を考えた場合にはそれぐらいの医師の育成が必要だとなっているものと承知しております。

○遠藤座長 前田構成員、いかがでしょう。

○前田構成員 了解しました。

○遠藤座長 続きまして、国土構成員、お待たせしました。よろしくお願いします。

○国土構成員 ありがとうございます。

まず、新潟県の取組、大変感銘を受けました。これだけきめ細かくフォローアップしているというのは本当に素晴らしいと思います。先ほどの前田構成員の質問に関連するのですけれども、私も既に700人もいらっしゃるのかという数字の大きさにびっくりしました。まだ456人は学生ですから活躍はこれからなのですが、現時点でも700人がこれから新潟県で働くことになります。そこで、現在新潟県で働いている医師数は何人なのかを簡単にできれば教えていただきたいと思います。160人というのは私も多いかと感じるのですけれども、年齢分布はとにかくそこを1つお聞きしたいと思います。

もう一つは、5枚目のスライドで都内の私立大学にもこれだけ地域枠があると提示されました。しかも、これだけの金額を市町村が負担しているというのは本当にこれは大変なことだと感じます。初めて今日そのような事実を知りましたが、ここについてもこういう状況でいいのかも含めて伺いたいと思います。これはかなり当該市町村が無理をされているような気がしますし、こういうお金の使い方が本当にいいのかを、お叱りを受けるかもしれないですが、ざっくばらんなところをお聞きしたいと思います。いかがでしょうか。

○遠藤座長 神田参考人、よろしくお願いします。

○神田参考人 御質問いただきまして、ありがとうございます。

現在の医師の数ということと、無理をしていないかということでしょうか。今の新潟県の医師数ですけれども、直近のものでも、手元にはございませんが、大体5,000人弱、四千数百人の規模と承知しております。令和2年は4,494人という形になっておりまして、2036年

に向けて6,000人近くの医師が必要だというところで現状のような形になっていると思います。

市町村におきましてお金も負担をしてもらう、分かりにくくて申し訳なかったのですが、この貸与額合計というところに記載がございますが、県で出しているお金として月額30万、6年間で2160万出しております。市町村が負担している分につきましてはその残りの額ということで、1500万円お出しいただいております。市町村さんとして本当にどれぐらいの医師が必要なのかを考えていただいた上で、1500万を出すときは出す、また大分これでもいいかといったら出さないという選択をしていただいております。

○国土構成員 ありがとうございます。ストレートな質問で失礼いたしました。

もう一点だけ、吉村参考人にお聞きしたいのですが、離脱の問題ですが、既に596人が離脱されているという事実を本日提示いただきましたが、離脱した医師がその後どうされているのか、あるいはペナルティーといたしますか、そのお金をちゃんと支払っていらっしゃるのかということ、もし分かれば教えていただきたいと思います。

○遠藤座長 吉村参考人、よろしくお願いいたします。

○吉村参考人 御質問ありがとうございます。

資料2-2の7ページと15ページに関連する思います。地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する調査報告の資料かと思います。制度離脱や義務履行中断の理由につきまして、各都道府県がそれぞれ離脱する際に本人とのまずは面談、慰留を行った上で状況を聞いていると承知しておりまして、ほぼ全てのケースがそのようになっていると思います。基本的には御本人の事由を述べていただいて、それを都道府県がいわゆる同意に基づく離脱、事由として許容できるか否かという判断をします。義務履行の中断事由として専門医取得といったもの、ないしはその他個人的事由や不明というところもやや多くなりますが、個別事情に沿って理由をお聞きして、受け止めることが多いかと思います。離脱者について奨学金・貸与金の返還はスムーズにされているようで、その点について困った事例などは報告されていません。

各ケースについてこれ以上の情報は手元にはございませんが、私も千葉県のキャリアコーディネーターとして離脱を希望される方の面談に当たると、多くは例えば御家族さんから十分な御理解が得られないとか、学年が上がるにつれて地域での勤務に対して十分な準備ができておらず御本人が自信が持てないなど、それぞれの事情に触れます。もちろん本人の努力を我々も支援（エンカレッジ）する、応援する立場にはありますが、最終的には御本人が自分の考えた医師の道と異なるという事由での離脱も残念ながら実際にはあります。

今後そういった事情の全て解決することはできなくても、様々合理的な範囲においてそれらを配慮してはどうかということが本日の発言の趣旨でございまして、若い方々の様々な離脱理由の中、制度でカバーできるのであれば、他県の状況も共有しながら検討してほしいと考えています。

最後に、制度への反映の仕方として、厚生労働省の「キャリア形成プログラム運用指針」がございまして、こちらに様々な事例を「例えば」という形で記載を厚くしていただくと、都道府県は配慮や判断をしやすくなると考えており、厚生労働省に向けてとなりますが、お願いしたいと思います。

論点が複数になりましたが、御説明になっておりましたでしょうか。

○国土構成員 柔軟な運用についていろいろ御努力されているのは本当に感銘を受けました。都道府県で多少扱いが違うというのをぜひこれから解決していただきたいと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

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 本日3名の参考人の皆様からの御発表は、いずれも優れた取組や重要なデータであり、今後の地域枠のサポートにおいて重要な考え方を示してくださったと思います。ありがとうございます。

神田参考人に御質問なのですが、資料の22ページにあるようないろいろな取組は基本的には地域枠の学生さんのみへの働きかけなのか、あるいは一般枠の学生さんも御希望があったら参加できるのか、どうしても手間と時間もかかるので制限はあるかと思いますが、一般枠の方にも働きかけたような事例があれば教えていただきたいというのが1点と、37ページの地域枠等医師の専門診療科を見ますと、外科とか、産婦人科とか、一般に不足しがちな診療科の割合が比較的高めではあるのですが、新潟県で地域枠学生さんに関して診療科偏在に関して何か取り組んでいることがもしあれば教えていただきたいと思います。

御質問は以上です。よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 それでは、神田参考人、よろしくお願いいたします。

○神田参考人 ありがとうございます。

先ほどのスライドを出していただいてもよろしいですか。こちらの取組一覧で記載しておりますが、我々が行っている取組ではあるのですが、実際には地域枠でやっている取組だけではなくて一般枠の方に対応しているものも全部含まれております。具体的にいきますと夏季実習は基本は地域枠を対象としているのですが、一般枠の方の希望者でも入れるような形にしております。実際に地元の新潟大学などで一般枠で入った方がこの夏季実習に参加して、むしろ地域枠だと非常に社会の勉強にもなるし自分がやりたいような医療が学べるということで、そこから新潟県の持っています事後手挙げ式の育成枠に入っていたり、そういう効果も起こっております。

また、臨床実習や講義と書いてありますのは、我々が地域枠をつくっていただいている各大学さんの事業として御協力しているところで、新潟県の中で長期滞在型実習をコーディネートさせていただいたり、各大学での地域医療の講義などを我々も手伝わせていただいている状況で、こちらはつまり一般枠の方に対する対応となっております。

もう一点、診療科偏在についてですが、基本といたしまして新潟県におきましては全ての診療科で全国を下回っておる状況がございますので、いずれの診療科にもなっていたきたいと考えておりますので、特段診療科の誘導を行っておりません。ただ、地域枠等に対しまして日頃からこういった診療を心がけてほしいかということについては伝えておりまして、具体的には診療科によらず総合的な診療能力を持って患者さんたちが持っている課題に应运てほしいというお話をしてくれております。その結果として、このように御本人たちが選んだ診療科が分布しているものとなっております。

お答えになっていきますでしょうか。よろしいでしょうか。

○遠藤座長 木戸構成員、よろしゅうございますか。

○木戸構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 ほかにオンラインで御参加の方。

関連で中田課長、よろしくお願いします。

○中田医事課長 神田先生、関連で、自治医大の先生方も結構新潟にいらっしゃると思うので、地域枠の方の勤務環境の支援と自治医大の先生方との関連性はどうなっているのでしょうか。

○遠藤座長 神田参考人、お願いいたします。

○神田参考人 ありがとうございます。

自治医大卒業生に関しまして、昨今は我々のほうで全てコーディネートをしております。自治医大卒業生は今まで県立病院のみに勤務するような形でずっと来ておりましたが、なかなか県立病院は小さい病院も多いということもありまして、令和7年からは地域枠の指定勤務の配置先とほぼ同様にしまして、さらに地域枠だけではなくて自治医大にはより地域医療に貢献してほしいということもありまして、9年間の中で先ほどお話ししましたようにいずれの診療科でも専門研修できるようにした一方で、いずれの診療科でも総合的な診療能力を獲得できるような独自のプログラムを用意して、自治医科大学卒業生には地域医療のリーダーとなってもらうようにというプログラムにしました。

○遠藤座長 中田課長、よろしいですか。

○中田医事課長 はい。

○遠藤座長 それでは、会場参加の構成員の先生、何かございますでしょうか。

神野構成員、お願いします。

○神野構成員 お三方、ありがとうございます。

私、後藤参考人にお伺いしたいと思います。この郡上、高山、白川、非常に広いところで人口が少ないわけで、今はいろいろなヘルプに入れるというお話を伺ったのだけれども、なかなか距離的には非常につらいのではないかという印象を受けているし、ヘルプの主幹病院がこの白鳥病院でしょうか。高山にも1つ大きな病院がありますけれども、そういうところなかなか難しいのでしょうかねということが1つです。

もう一つ、このネット、連携推進法人は主に総合診療としてのいろいろなことをやって

いるということで、プログラムも総合診療のいろいろな専門医研修を取れるというプログラムだと思うのですが、ただ自治医大出身者あるいは地域卒まで入れたとしても多様な思いがあって、総合診療をやりたいという人だけ集めてこれを組んでいるのか、それともいろいろな思いはあるかもしれないけれども総合診療を1回やってみようよということでここに来ていただいているのか、その辺はいかがでしょうか。

○後藤参考人 御質問ありがとうございます。

移動距離は大体基幹の白鳥病院から車で1時間範囲ぐらいになります。岐阜県民の特性かもしれませんが、それぐらいの運転だとあまり気にならないというところがあるかもしれません。香川県でお話ししたら1時間だと隣の県に行ってしまうのでどうかみたいな御意見もございましたが、そういったところです。

一方で、訪問などいろいろな形、みとりなども含めて住民の方々にはどうしても時間を少し要しますということを説明させていただきながらやっている状況でございます。

それから、高山市の一部と一緒にやっているのですが、実は高山市の中心の病院から荘川というところに行くよりも、白鳥から荘川へ行くほうが距離が近いのです。あまりに面積が大きな合併ですので、そういった意味でむしろ距離感からいうと高山中心地より近いところにあるということになります。

それから、いる医師ですけれども、大部分が自治医大の義務年限後、それからほかの大学を出ていて総合診療や家庭医療をやりたい、あるいは親さんが開業医で継ぎたいのでその学びがしたいというお話であったり、自治医大の義務年限内の医師も来ています。自治医大の義務年限内の子たちは必ずしも総合診療をやりたい医師ばかりではないので、それはそれなのですが、皆さん義務を果たすということと、あとはチームで関わっている分だけ余裕があるということが、あまり抵抗と言ったら失礼ですけれども、それがなくやってくれているかと思います。ですから、全般的には総合診療志向の医師が多い状況にはあります。

ただ、先ほどの例えば50歳からキャリア形成し直したいという方などは、もともとは循環器でカテーテルなどをすごくやっていらっしゃった方だったので、やりたいからということでいらっしゃったという意味で、受皿として持っておくという意味でも大事なことから思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに。

坂本構成員、お願いします。

○坂本構成員 本日は3名の方に本当に素晴らしい内容を御報告いただきまして、ありがとうございました。

私は新潟のお話でお伺いしたいことがあります。この検討会でも若い世代の医師たちの仕事に関する考え方が変わってきているのではないかとということが議題に上がっております。

して、今回御報告いただいた貢献の意味の変化のところは非常に興味深く拝見しました。特に社会との接合を教えることの重要性については、とても説得力がありました。なお、伴走者・助言者として活動されているというお話のところですが、センターの先生方は医療者としても、非常にお忙しいと思います。そういう中であって、どのようにこのセンターのメンバーを育成されていらっしゃるのかを、ぜひ伺いしたいと思っています。

また、中で面談をする医師については「責任を持てる医師」と書かれていて、これは医師の方が学生をずっと面倒を見ていくということなののでしょうか。その辺り、どのように時間配分などをされているかぜひ伺いできればと思います。

○遠藤座長 神田参考人、よろしくお願いします。

○神田参考人 御質問いただきまして、ありがとうございます。

我々のセンターのメンバーたちの育成ということだと、その責任を取るということはどういうことかみたいなお話かと思いますが、正直、それほどことはやっていないということがございます。ここに一覧を記載させていただいておりますけれども、私自身、自治医科大学卒業でありますし、副センター長をやっている前田も自治医科大学卒業であります。最初、この2人で始まっているときには、現場で地域で勤務した経験を生かしながら本人に寄り添っていくべきだろうと。自分たちがされたらどうだったのかということ意識しながらやってきました。ある程度形ができてきたかと思っております。

また、新しくその後に入っている方々、黒澤ですとか、下の片桐とかは我々の活動を見た上で入ってきてくれている方になります。むしろ志願して来てくれている方になりまして、我々の活動が本当にこれからの医師の養成や医師の確保に意味があると分かって来てくれている方々ですので、特段、私から厳しい指導などはなくて、私からは本当にコツみたいなものをお伝えしているだけでやっています。特に片桐は東京医大の出身と書いてありますけれども、我々の地域枠、東京医大にもつくっておりますし、そういったこともあって入っておりますし、黒澤も地元の新潟大学の卒業ということで入っております。

今年から入っているのはこの武田という者がいますが、彼女も実は順天堂大学の地域枠出身ということで新潟県で勤務していただいている、それこそライフイベントの課題、結婚・妊娠・出産等があったり、そういったことも経験されていて、寄り添うということ自分からしたい、ぜひ学生の関わりをしたいということで来ています。

責任を取れるようにというのはむしろコツの話で、ずっと長くその人を見ていきなさいということを行っているわけではなくて、きちんと自分の責任範囲を明示して本人たちに誤解させないようにするべきであるということを伝えて、皆さん、キャリアコーディネーターたちは意識してやってくれているものと思っております。

お答えになっていますでしょうか。

○遠藤座長 坂本構成員。

○坂本構成員 ありがとうございました。

○遠藤座長 続けてください。

○坂本構成員 吉村参考人にお伺いしたいことがあります。御説明いただきまして、ありがとうございました。そちらのホームページを拝見すると、全国キャリアコーディネーター研修会を開催されていたり、実際に相談窓口もつくっていらっしゃいます。全国からの相談に対応されているということなののでしょうか。その辺り、お伺いできればと思います。

○吉村参考人 当法人、地域枠医師等キャリアデザイン機構の活動についての御質問と理解いたしました。現在は47都道府県に地域枠制度の担当者が150名から200名、またキャリアコーディネーターが私や本日参加の神田先生も含めて250名以上配置されております。その方々は必ずしも各県の個別の状況や背景となる国側の制度や意図を全て通じてはいないので、年2回の研修会や初任者向けのオンラインでの情報提供は非常に重要と考えております。これまでの活動でほぼ全ての都道府県から1回以上の研修参加の実績が出ており、その点で効果が出ていると期待します。

もう一つは、各都道府県が制度設計する際に他県はどうしているかという情報を非常に重視します。ですから、個別の相談は今主には、各都道府県などの制度立案側から他県の状況についての情報収集をお手伝いすることが多くあります。さらには、制度利用者から直接も実際には多くはないのですがありまして、例えば当該の都道府県と相談をしたけれども十分な回答を得られなかったなど、そういった場合には追加的な御説明を行ったり、当該の都道府県につなげ、もう一度説明の機会を設けたりなど、それも制度の理解不足から制度離脱につながらないようなサポートをしています。

さらにですが、単独の都道府県では解決できない問題をぜひ国の検討会や指針の中でサポートいただきたいと思います。結婚協定はその最たるものになりますが、その点を御理解いただきたいと思います。

少し質問から離れますが、先ほど神田参考人に対する質問の中で、市町村や他の財源を用いた修学資金制度について言及がありました。実は、大学独自枠を含めて我々でも把握し切れていない多くの制度・予算が医師確保のために充てられている状況です。そういった制度を単独で運営することではなく、それぞれの状況を都道府県が把握した上で、例えば新潟県のように「組み合わせで実施していく」ことは効率的・効果的だと思います。そういった点も含めた情報収集と提供を将来的に行っていきたいと考えております。私からは以上ですが、いかがでしょうか。

○遠藤座長 坂本委員、よろしいですか。

○坂本構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 ほかにございますか。

今村構成員、お願いします。

○今村構成員 時間がもうあまりないのですが、本日のお三方のプレゼンは非常に素晴らしいプレゼンで、それぞれお聞きしたいのが、例えば横展開が簡単ではないと思うのですが、果たしてできるのかが1点。

もしできるとすれば、何かそこでこの部分はポイントで押さえてほしいみたいことが、それもたくさんあるのだと思うのですけれども、一番大事なポイントがあればそれぞれお三方から少しその辺りの感想をお聞かせいただきたいのですが、よろしくお願いします。

○遠藤座長 それでは、マイクをお持ちの吉村参考人から順番でお願いしたいと思います。よろしくお願いします。

○吉村参考人

今村構成員からいただいた横展開については、当法人の取組としては全都道府県のご協力のもと、状況の調査・ヒアリングを毎年行うことを重視しています。これはヒアリングですので各都道府県の情報収集である一方、その場でかなりの部分、他県の状況についての相談や制度立案におけるポイントについての質問や相談をこちらに投げかけていただくことも多々ございます。政策立案時の論点は結構各県で似ています。その際に、例えば新潟県を含めた取組や他県の取組事例を収集しており、そちらを御案内する形で参考にしていただいています。これまで4年間の活動で徐々に横のつながりをつくりつつあります。もちろん都道府県独自の判断や各予算に基づく制度ですから、必ずしも全ては一致しないのですが、全体の傾向の中で大きく逸脱するような制度設計や考え方で運用されないように、柔軟に検討すべき点などを対話する場にもなりつつあります。ここにはそれなりに時間がかかりますが、今後とも引き続き取り組んでいきたいと考えております。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

神田参考人、よろしくお願いします。

○神田参考人 ありがとうございます。

横展開というお話ですけれども、それこそ吉村参考人のところでやっているキャリアコーディネーターの研修会等がございまして、そこでも我々の取組を御紹介させていただくことが多々ございまして、実際にほかの県さんから、もしくはほかの大学さんから問合せをいただいたり、視察に来ていただいたりということも結構ございまして、いろいろと御説明をしているところです。特に新潟県におきましては全員と面談しているのだということがすごく大変ではないのか、簡単にはできないみたいなことをよく言われるのですけれども、確かに我々キャリアコーディネーターが3人県庁内にいるというのは多いのかということもありますし、それを支える事務スタッフも多いですので、そこは簡単には用意できないということはあるかもしれませんが、面談自体は実は毎年やっていると大きな変わりのない人はさらっと終わってしまうというか、信頼関係ができている人たちにはそれほど困難な話はないので、それほど実は負担がないことは見ていただけるのかと思っております。

また、本当に柔軟なキャリア形成プログラムになっているというところは、ある程度卒業生の人数が増えてきているからこそできる部分もあるので、人数の少ない地域枠の県さんではたった今すぐにはできないかもしれないのですけれども、少しずつ時間をかけると

できていくのかと思っております、私どももほかの県さんとぜひ一緒になってやっていきたいと思っております。

○遠藤座長 後藤参考人、お願いします。

○後藤参考人 ありがとうございます。

我々の仕組み、社会全体からいうと人口が減ってきますから、医療需要が減ってくる中でどうやって小規模病院や診療所を維持していくかということになると、こういう選択をある程度していかなざるを得なくなってくるのではないかと思います。ほかの業界はみんな大体そうですね。銀行とか、公的でいえば消防とかもそのような状況になってきていますので、そういった意味では各自治体の皆様がどのように御判断されるかは地域ごとでいろいろな判断はあると思いますけれども、1つの例としては横展開する可能性はあるのではないかと思います。

ただ、自治体をまたぐというのはかなり自治体さんとしてはハードルが高くて難しいのですけれども、我々のところの工夫としては、県庁の人にも入っていただいて、県からそういうものをやったらどうですかという御提案もいただいて、そうすると市同士でやるとどっちがどっちだみたいなことになりますけれども、そういった対立構造を生まないようないろいろな工夫は必要なので、そうしたプロセスの中でのいろいろなハードルは明確にしてお伝えしていくような形を取っていけば横展開は可能ではないか、あるいはもっとほかの自治体、人口減少の中でどういう仕組みで医療を維持していくかをやっているところは幾つもあると思いますので、そうした事例も今後自治医大としても収集して、そうしたことがサポートできるようなことを我々地域医療学センターとしても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。

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、参考人の3先生から非常に有意義な情報の提供をいただきました。大変ありがとうございます。改めて御礼申し上げたいと思います。

事務局におかれましては、ただいまのヒアリングの内容やそれに関連する議論を踏まえまして課題等の整理をしていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、本日用意をした議題は以上のとおりとさせていただきます。

事務局から何か今後の進め方についてありますか。

○山本課長補佐 事務局です。

次回の検討会の開催日程につきましては、追って調整の上御連絡させていただきます。よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 それでは、本日の検討会はこれにて終了させていただきたいと思います。

長時間にわたりまして非常に実りのある議論をさせていただいたと思います。どうもあ

ありがとうございました。