

2024-1-29 第1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

○寺村課長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第1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出席を賜り、誠にありがとうございます。

まずは、本検討会の構成員の皆様の御紹介ですが、お手元の参考資料1「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開催要綱」の2枚目の別紙に全11名の構成員名簿をつけております。

それでは、構成員の先生方を五十音順に事務局から御紹介をさせていただきます。

慶應義塾大学総合政策学部教授、印南一路構成員。

学習院大学経済学部教授、遠藤久夫構成員。

一般社団法人日本私立医科大学協会会長、小川彰構成員。

公益社団法人日本医師会常任理事、釜菴敏構成員。

四病院団体協議会、神野正博構成員。

日本赤十字社医療センター第一産婦人科部長、木戸道子構成員。

国立研究開発法人国立国際医療研究センター理事長、國土典宏構成員。

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 委員バンク登録会員、坂本純子構成員。

早稲田大学政治経済学術院教授、野口晴子構成員。

全国知事会、花角英世構成員。

一般社団法人国立大学病院長会議、馬場秀夫構成員。

出席状況については、現時点で構成員11名全員に御出席いただいております。小川構成員におかれましては、所用により途中で御退席される旨伺っているところでございます。

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、俵課長、堀岡企画官にお越しいただいております。

次に、事務局の体制を御紹介させていただきます。

浅沼医政局長、宮本審議官、林医事課長、佐々木地域医療計画課長、佐々木医師養成等企画調整室長、谷口医師確保等地域医療対策室長、出雲医師養成等企画調整室室長補佐、染谷主査、私、医事課長補佐の寺村です。どうぞよろしく願いいたします。

本検討会は、厚生労働省医政局長が開催する検討会であり、開催に当たり、初めに浅沼医政局長より御挨拶を申し上げます。

○浅沼医政局長 御紹介にあずかりました医政局長の浅沼でございます。

まず冒頭でございますが、元日に起きた能登半島地震、神野先生をはじめ被災された皆様に心からお見舞いを申し上げますとともに、亡くなられている方々に対しまして哀悼の意を表したいと思っております。

また、日頃から、構成員の皆様におかれましては医療政策の推進に御尽力、御協力を賜

り、厚く御礼を申し上げます。今日もお忙しい中、御出席をいただきまして、またウェブの参加をいただきまして誠にありがとうございます。

さて、医師の偏在対策や需給につきましては、これまでも医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会等で議論され、地域における医師確保の状況も踏まえながら医学部臨時定員の在り方について議論がなされてきたところでございます。

医師の養成につきましては、平成20年度から医学部定員を臨時的に増員してきており、医師数は2010年度から2020年度までの10年間におきまして、全国で約29万5000人から約34万人、延べ約4万5000人の数の医師が増加しているところでございます。

医師は確実に増加している状況でございますが、現時点では医学部定員を臨時的に増員する枠組みにつきまして令和7年度末までを期限としている中におきまして、今後の臨時定員の設置方針を検討する必要があると考えているところでございます。

また、地域の医師確保のためには、医学部臨時定員の設置方針の検討のみばかりではなく、必要な地域と領域で医師が働いていただくことが重要であると考えております。様々な地域偏在対策、診療科偏在対策につきましても、併せて検討することが重要であると考えております。

こうしたことを踏まえまして、医師の養成過程を通じた医師偏在対策、医学部臨時定員の在り方等について検討を行うため、この検討会を立ち上げることとなった次第でございます。

構成員の皆様におかれましては、忌憚のない御意見、御議論を賜りますようお願いを申し上げます、私からの御挨拶とさせていただきます。何とぞよろしく願いいたします。

○寺村課長補佐 それでは、撮影につきまし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。会場出席の皆様におかれましては、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、参考資料1～4がお手元にありますか、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。

本日、オンラインで御参加の構成員の皆様へのお願いとなります。御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。御発言の際は、Zoomサービス内のリアクションボタンのアイコン内にある「手を挙げる」をクリックいただき、座長の指名を受けた後にマイクのミュートを解除の上、御発言をいただきますようお願いいたします。御発言終了後は、マイクを再度ミュートにさせていただきますようお願いいたします。音声トラブル等の際は、事前にお伝えをしております事務局の緊急の携帯電話番号まで御連絡をお願いいたします。音声トラブルが解消しない際には、お電話を通じて御発言をお願いいたします。その際は、PCの音声はミュートにさせていただきますようお願いいたします。

また、会場出席の構成員の皆様におかれましては、御発言時以外はお手元のマイクはオフにさせていただきますようお願いいたします。

それでは、議事を進めさせていただきます。

まずは、座長の選任を御審議いただきたいと思います。参考資料1の本検討会の開催要綱に基づき、座長は構成員の互選により選出することとされております。

どなたか、座長の御推薦はございますでしょうか。

釜菴構成員、お願いいたします。

○釜菴構成員 日本医師会の釜菴でございます。

この会議は医師の偏在対策等に関する検討会ということで、医師専門研修部会の部会長として専門研修制度における医師確保施策に対する御知見があり、また、社会保障審議会医療部会の部会長として医療政策全体に御造詣が深い遠藤構成員をぜひ御推薦申し上げたいと思います。

○寺村課長補佐 事務局でございます。

ただいま、遠藤構成員を座長にと御発言がありましたが、遠藤構成員に座長をお願いするというところでよろしいでしょうか。

(異議を唱える構成員なし)

○寺村課長補佐 それでは、異議は出ませんでしたので、以降の議事運営につきましては遠藤先生にお願いしたいと思います。

あわせて、本検討会の開催要綱において、座長は座長代理を指名することができることとされておりますので、遠藤座長におかれましては座長代理の御指名もお願いいたします。

○遠藤座長 ただいま座長の御指名をいただきました遠藤でございます。着席して御挨拶をさせていただきます。どうぞよろしくをお願いいたします。

日本は、国民皆保険制を取っておりますので、保険料は強制徴収されるわけですがけれども、その前提として医療へのアクセスの公平性は当然担保されなければいけないわけであって、保険あってサービスなしという状況は制度の根幹に関わる問題であるわけです。一方、医師がどこで居住しようか、どこで働こうかということは基本的人権の問題でありますので、強制的に配置することは難しいわけであります。

そういうことですので、1970年代から始まった一県一医大構想をはじめとして、様々な医師の偏在対策が取られてまいりましたけれども、正直言ってどれも特効薬とはなり得ていないと思います。しかし、その中でも医学部入学に関する地域枠というのは対策としては有効性が高く、医師偏在対策の中核を成しつつあると思っております。その意味で、本検討会の位置づけは大変重要なものだと認識しております。構成員の皆様方の御協力を賜りながら進めていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

私自身、医師の地域偏在に関する会議体としましては、2014年、ちょうど10年前になり

ますけれども、文科省に設置されました「東北地方における医学部設置に係る構想審査会」で座長を務めたことがあります。これは、東日本大震災からの復興であるとか医師不足対策として東北地方に医学部を設置することが決まったわけでありまして、一県一医大構想の最後となった琉球大学医学部の設置、これは1979年ですけれども、それから35年ぶりの医学部設置ということで話題になりました。

この決定プロセスは、国が幾つかの条件を示して、自治体や医療機関などから構想案を公募する。大学や学部の新設としましては異例の言ってみればコンペ方式を取ったわけでありまして、提示した条件の中で最も重要なのが、卒業生が東北地方に残り、医師不足の解消に寄与するというものがあつたわけでありまして。

医師不足地域に大学を設置しましても、卒業後、大都市で働くことになれば医師不足は解決しないわけでございまして、特に東北地方の大学医学部は首都圏・関東圏からの受験生が多くて、地元に着しない理由の一つでもあつたようであります。

検討会の中である委員は、地方の医学部は国家試験の受験資格を得るためだけの存在だと思ふ受験生もいて、あたかも合宿運転免許講習所のようにと評されていたのが印象的です。地元定着のための有効なスキームとしては、地域枠、それに関連した奨学金制度が重要でありまして、実際に最終的に選定された大学はそれまでにない地域枠と奨学金の充実が見られたという形でございます。この会議での議論を通じて、改めて地域枠の重要性を認識したわけでありまして。

本検討会は、主として医学部入学時点の地域枠について議論すると聞いておりますが、医師の卒後研修の在り方も医師の偏在に影響を与えることが大きいわけでありまして、2004年の臨床研修制度の義務化に伴って臨床研修病院が拡大したため、研修医の都市部への集中が進んだという指摘に対応して、現在は都道府県単位で受入れの上限が設けられていますし、また2018年に導入されました新専門医制度では、指導体制の整った大都市の大病院に専攻医が偏るのではないかという懸念から、診療科単位ごとの大都市の上限が設けられているところであります。このように、卒後の研修体制も重要であります。

そういう視点から、座長は先ほどお話ありましたように座長代理を指名できるということでございますので、臨床研修部会の部会長をされておられます國土先生にお願いしたいと考えます。

國土先生、どうぞよろしくお願ひいたします。

以上が私の御挨拶とさせていただきます。

それでは、議事に移りたいと思ひます。本日の議題は、議事次第に記載されております議題1「これまでの医師確保対策と医師偏在等の現状について」、議題2「今後の課題と進め方について」の2つでございます。

議題1、議題2はともに資料1にまとめられておりますので、事務局から資料1を説明いただきたいと思います。よろしくお願ひします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 それでは、資料1について御説明させていただきます。

お手元に、資料1「医師確保対策の概要及び今後の課題・スケジュール等について」を御用意いただければと思います。こちらは資料が大部になっておりますので、かいつまんで御説明させていただければと思っております。

資料を1ページおめくりいただきまして、この資料の流れについて簡単に記載しております。

まず、これまでの検討の経緯について記載した後に、現状、厚生労働省として行っている医師確保対策の概要について2ポツで示しております。その次に、そういった対策を踏まえて、どのような医師数、あるいは医師偏在の現状になっているかというもののデータについてお示ししております。最後、4ポツですけれども、そういったデータを踏まえて、現状の偏在対策に係る課題と、そういった課題に対する今後の検討のスケジュールをお示ししております。

それでは、これまでの検討の経緯について御説明させていただきます。4ページをお開きいただければと思います。

これまでの偏在対策に関する議論につきましては、主に一番上に書いております「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」で議論があった後、それを踏まえて「第8次医療計画等に関する検討会」及びその下の「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」で議論があったものになります。それらの流れについて、簡単にこの資料でまとめてございます。

まず、需給分科会での議論でございます。一番上の○に書いてございますように、平成27年12月から令和4年1月まで、将来の医師需給推計、医師養成数、偏在対策等について検討して、その取組の成果について整理を行って、令和4年、2022年2月に第5次中間とりまとめを公表しております。

その中身について少し要約して示しておりますけれども、一番上のポツに書いておりますように、平成20年度より地域枠等を中心に臨時的に医学部定員を増員することで、全国レベルで医師数は毎年3,500~4,000人程度増加してきたという状況です。一方で、人口減少に伴って将来的には医師需要が減少局面になるため、今後の医師の増加のペースについては見直しが必要であると示されております。

また、今後の医学部定員については、「第8次医療計画等に関する検討会」の下で、地域医療構想や働き方改革の推進等の観点から、医療提供体制の確保に関する方針について議論が進められている状況や、医療を取り巻く状況の変化を踏まえて改めて検討する必要があるとされておりました。

こういった医師需給分科会での議論を踏まえながら、「第8次医療計画等に関する検討会」でも議論がなされておまして、その検討内容については昨年3月にとりまとめが行われております。

その内容が真ん中の四角に記載されておりますけれども、特に一番上のポツを見ていただければと思います。医学部定員の減員に向けた検討が求められてきた中、安定した医師

確保を行うための地域枠等の恒久定員内の設置を促進する必要がある。また、寄附講座の設置、派遣元医療機関への逸失利益の補填、その他の既存の施策を組み合わせることで、医師少数区域等の医師確保を推進する、こういったことを取りまとめておりました。

また、その下のワーキングでの議論といたしましても、医学部の臨時定員の設定方法について議論がなされておりました、その内容といたしましては、地域における医師の確保に必要な範囲で臨時定員の設置を認めることとした上で、令和6年度、7年度の臨時定員については、令和元年度の医学部総定員数9,420人を上限とするというようなことが決められております。

6ページに飛んでいただければと思います。

これまでの医学部入学定員の推移について、このページで簡単にまとめております。先ほど遠藤座長からも少しお話がありましたけれども、もともと一県一医大構想がありまして、昭和48年にはそういった閣議決定がなされた後、少しずつ医学部定員が増加してきたというような流れがございました。その後、医師については全体として過剰を招かないように配慮されたこともありまして、平成15年から19年度までは7,625名の医学部定員で推移していたという状況でございます。

ただ、その後も地域によっては医師の不足感があるということもございまして、平成20年度より医学部の臨時定員が設置されて、その後も徐々に医学部定員が増加してきたという状況でございます。

そして、下の表に書いておりますけれども、令和元年度には医学部定員が最大の9,420名に達した後、一旦、令和2年度には9,330名に下がったのですけれども、その後、再度増加しておりまして、令和6年度には9,403名の医学部定員まで達しているというのがこれまでの議論、また、医学部定員の経緯でございます。

次に医師確保対策の概要について、11ページを御覧いただければと思います。

現状行っております医師確保対策に関する取組の全体像として、まず一番左上、医師養成過程における取組を日本全体的な偏在対策として行っているというものがございます。もう一つ、各都道府県独自の取組も行っておりまして、医師確保計画を策定して、その中で対応を行っていただいている。さらに、医師の働き方改革。この3つを組み合わせ、一体的に医師確保対策を取り組んでいるということがございます。

この検討会におきましては、特に医師養成過程における取組、医師養成過程を通じた偏在対策を主に御議論いただければと思っておりますけれども、これらの施策については一体的に取り組んでいるものですので、各都道府県の取組や働き方改革、そのほかの御議論についても適宜御意見をいただければと思っております。

特に、医師養成過程における取組については、この中に記載しておりますけれども、大きく3つございます。まず1つは、大学医学部の中で地域枠を設定して、特定の地域や診療科で活躍していただく。基本的には義務年限9年程度、卒業後設定して、その中でとどまって御活躍いただくというものが地域枠となっております。

そのほか、臨床研修、専門研修制度もございまして、その中で、都市部に医師が集まりすぎないように採用数として倍率を縮小するなど、募集定員の上限を設定する。これは、臨床研修、専門研修いずれもこのような取組を行っております。

右に移りますけれども、各都道府県の取組といたしましては、先ほど申し上げましたように、医師確保計画を立てながら、その県独自に医師確保策を推進する取組を行っていただいております。

具体的な施策といたしましては、地域枠の設定や、あるいは設定された地域枠でどのような地域あるいは病院でその医師に働いていただくかというようなことを協議する地域医療対策協議会、あるいはそういった協議の上で実際に事務を実施する地域医療支援センターの設置、また、そういった地域枠の先生方が十分にキャリアを積みながらその地域の中で御活躍いただくというようなキャリア形成プログラムも設定しております。

さらに、医師の働き方改革でございますけれども、こちらは直接的な医師の確保ということではございませんが、本年4月より開始されます医師の労務管理の適正な設定、そして、労働時間の短縮を通じて、医師の労働環境を改善しながら効率的な医療を提供するというような観点で医師の働き方改革も進めております。

こういった取組の中で、特に地域枠について少し重点的に御説明させていただければと思います。13ページをお開きいただければと思います。

こちらに、地域枠と地元出身者枠の概要について記載しております。特に真ん中の四角を見ていただければと思いますけれども、地域枠の定義といたしましては、選抜方法として、地元出身者あるいは全国どこから選んでいただいても差し支えないのですけれども、入学試験の方法としては別枠方式で選抜する。また、地域枠卒業後以降は従事要件をもってその地域に残って活躍いただくというのが地域枠となっております。

一方で、地元出身者枠というものもございます。こちらは、選抜としては地元出身者から選ぶようになっておりますけれども、入学試験の選抜方法については一般のものと一緒に分けても構わない。従事要件についても、卒業後、従事要件を設定しても設定しなくても構わないというような地元出身者枠がございます。

そのほか、大学独自にそれぞれの要件をつけて枠を設定していただいている場合もございまして、実際、こういうような枠組みを踏まえて、各大学はどのようにその枠を設定しているかというようなイメージを下の棒グラフで示しております。

これはイメージでございますけれども、通常、大学医学部については恒久定員が100程度おられて、その上で臨時定員を20名程度設定されているところが多いかと思っております。そういう中で、まず臨時定員については基本的には全て地域枠で設定するということになっております。基本的にはと申しますのは、一部研究医枠として設定しているものもございまして、そういったものを除くと、臨時定員については全て地域枠になっているという状況でございます。

一方で、恒久定員につきましては、大学の独自の裁量があるものですので、基本的に一

般枠を設定した後に、そのほか大学独自枠を設定しているところもあれば、地元出身者枠を設定しているところもある。また、恒久定員内に地域枠を設定しているところもあるというような状況になっておりまして、臨時定員は基本的に地域枠、恒久定員については様々な枠が設定されているとお考えいただければと思います。

その次の14ページに行っていただきまして、地域枠と地域枠以外の、その後地元にごれぐらい残っていただけるかというデータをこちらでお示ししております。

まず、地域枠につきましては、こちらは従事要件がございますので、やはり非常に高い割合で9割程度残っていただけるというのがデータとして示されておりますけれども、地域枠以外、地元出身者であっても8割程度残っていただけるというような状況でございます。一方で、地元出身以外の従事要件のない方が大学に入ってきていただいた場合には、やはり残っていただける割合が4割程度に減ってしまうということもございますので、地域枠、地元出身者枠というものにつきましては、医師少数県においてその地域の偏在対策として重要な役割を担っているのではないかと考えております。

その次、15ページになりますけれども、こちらは臨床研修医の募集定員について説明した資料になっております。臨床研修の必修化が平成16年になされましたけれども、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大しておりまして、研修医が都市部に集中する傾向が続いたということがございました。このため、平成22年度以降の研修から各都道府県の募集定員上限を設定して、研修医の偏在是正を図って、なるべく都心部に研修医が集まり過ぎないようにというような配慮を行っております。

専門研修における設定でございますけれども、18ページを御覧いただければと思います。専門研修制度におきまして、診療科別、都道府県別に採用数の上限を設けておりまして、こちらは診療科ごと、都道府県ごとに、その診療科の医師数が必要な医師に満ちている場合には採用数に上限を設定しているというのが専門研修制度におけるシーリングの設定でございます。

例えば東京都を見ていただきますと、シーリング対象となっている13診療科のうち12の診療科で専門医の研修の採用上限数が設定されているという状況になっております。一方で、例えば東北地方におきましては、全ての県でシーリングは設定されていないという状況になっております。ここまでが現状厚労省が行っている全国的な医師養成過程を通じた偏在対策でございます。

19ページを御覧いただければと思います。こちらは、各都道府県の中で行っている偏在対策でございます。こちらは、医師確保計画を策定して、各都道府県で医師偏在対策を行っていただいております。医師確保計画を通じた偏在対策の中で、まず三次医療圏・二次医療圏別に医師偏在指標を算出して、医師多数区域、医師少数区域というものを設定しております。そういった医師偏在指標を踏まえながら、各都道府県で確保すべき目標の医師数を設定していただいた上で、3年ごとにそういった目標指数の設定の上で、どうやって医師を確保するのかというような施策を具体的に検討いただいているというのが各都



道府県における偏在対策になっております。

次に21ページに飛んでいただければと思うのですが、そういった医師確保計画を通じた偏在対策の中で、実際にどういった場で協議を行って、どういうふうに協議が調った事項について実務を行っているのかというのが地域医療対策協議会、我々は地対協と呼んでおりますけれども、地対協や地域医療支援センターを通じて、その県で検討した医師確保計画あるいは医師確保計画の下で検討した医師の確保策について実際に実務を行っているということになっております。

以上が、簡単でございますけれども、まず厚労省が行っている医師偏在対策でございます。

次に、こういった医師偏在対策、医師確保策を踏まえて、現状の医師数、偏在等の現状についてどのような状態になっているのかというものを26ページ以降でお示ししております。

まず、27ページをお開きいただければと思います。まず、こちらに全国的な医師数について記載しています。全国の医師数につきましては、昭和57年から令和2年にかけて約17万人から約34万人と約2倍に増加しております。また、この10年を見ましても、平成22年から令和2年までの間に約4万5000人増加しているという状況になっております。

一方で、次の28ページ、人口の推移ですけれども、日本の人口については先生方も御案内のとおり徐々に減少しているような状況でございます。2070年には総人口が9000万人を割り込んで、高齢化率は39%の水準になると推計されていて、今後の医師需要については徐々に減少していくという状況になっております。

こういった医師数の増加と医師需要の減少に伴って、こういった今後の需給推計になるかというものを次の29ページでお示ししております。こちらは医師需給分科会で提示された資料でございますけれども、令和2年に推計された内容になっております。

当時の推計では、通常的需求ケースで申し上げますと、2029年、令和11年頃には医師の需給が均衡して、それ以降、供給が需要を上回るというように推計されております。

そのほかの視点で需給を少し見てみますと、次の30ページでございます。こちらは、これまでの医師養成数の推移を表しておりますけれども、これまで医学部入学者数が18歳人口当たりどれぐらいを占めていたかをこのグラフで示しております。1970年には約436人に対して1名が医学部に進学していたという状況でございましたけれども、徐々に人口減少、また医学部定員の増加に伴いまして、2020年には18歳人口千人当たり8.1人、約123人に1人が医学部に進学するというような状況でございました。このペースが続きますと、2050年には約85人に1名が医学部に進学することになるかと考えております。これがまず全体的な医師の推移、あるいは医学部定員の推移でございます。これは全体像でございます。

次に各都道府県に目を向けてみようと思います。32ページを見ていただければと思います。こちらは都道府県別の医師偏在指標を表しております。ブルーが医師少数県、イエ

ローが医師多数都道府県となっております。見ていただければお分かりですが、東北地方を中心に医師少数県がある。西日本を中心に、あるいは東京に医師多数県が集まっているという状況となっております。

こういった日本全国の医師偏在に対しまして、現状、地域枠、地元出身者枠を設定しておりまして、その表を次の33ページに記載しております。濃いブルーでハイライトしているものが医師少数都道府県になりまして、そうでないところが医師中程度都道府県あるいは医師多数県となっております。

こちらの表の見方として、一番上の例えば医師少数県の青森を見ていただきますと、青森には恒久定員として105名が設定されていて、そのうち恒久定員内に35名の地域枠が設定されている。その35名のうち15名は地元出身者から選んでいるというのが青森県の現状となっております。それに加えて、27名の臨時定員地域枠を設定している。つまり、青森県につきましては132名の定員がおりまして、そのうち62名が地域枠になっているという状況となっております。

今、医師少数県を申し上げましたけれども、医師多数県でいいますと、例えば東京でございますけれども、13医学部がございますので、1,397名の恒久定員があつて、そのうち恒久定員内では地域枠を5名設置されている。プラスアルファで、東京都に従事要件を持つ臨時定員地域枠として20名設定されているというのが現状となっております。

今度は、臨時定員の設定について、医師少数県、中程度県、多数県別で表しております。35ページを見ていただければ分かりやすいのですけれども、全体数として現状は臨時定員地域枠は日本全国で958名設定されておりまして、そのうち医師少数県は538名、過半数を占めておりますけれども、一方で医師多数県にも191名臨時定員地域枠が設定されているという現状となっております。

また、臨時定員の地域枠だけでなく、恒久定員内の地域枠もどのように設定されているかというものを36ページに記載しております。都道府県別で表しておりますけれども、都道府県別の臨時定員の地域枠については全都道府県に設定されておりますけれども、恒久定員内の地域枠につきましては約半数にとどまっているという状況でございます。

これを大学別に見ますと、次のページに記載しています。国公立の大学におきましては、約4割のところで恒久定員の地域枠を設定していただいている状況でございます。

一方で、私立の大学につきましては、次のページに示しておりますけれども、約2割の私学において恒久定員内の地域枠を設定していただいているというのが現状の恒久定員内の地域枠の設定状況となっております。

次に、臨床研修制度を踏まえた研修医の採用人数の割合の推移を39ページに示しております。こちらは、平成22年度以降の医師多数県と少数県の全国の採用数における臨床研修医の採用の割合を示しております。平成22年度以降、先ほど御紹介いたしましたように、臨床研修医の採用数の上限を設定して、その採用数の上限を徐々にしぼめてきたという状況もございますので、それに伴って医師多数県と少数県の採用数の割合が徐々に狭まって

きているというのがこのデータでお分かりになるかと思えます。

次に、専門研修制度における採用数の一覧を40ページに示しております。こちらは都道府県別に専門研修の採用数の全体数を示しております、ブルーで示しておりますのが医師少数県、イエローで示しておりますのが医師多数県になっております。

例えばイエローで示しております東京都を見ていただきますと、平成30年の採用実績は1,824名でございましたけれども、その後、少し減ったり、あるいは少し上昇していますけれども、全体で見ると横ばい程度で、令和5年には1,832名になっているという状況でございます。

一方で、医師少数県、東京都の周りの例えば埼玉とか千葉を御覧いただければと思えますけれども、そういったところでは、例えば埼玉であれば平成30年は228名であったのが令和5年には366名に増加、千葉県で言えば267名であったのが397名に少しずつ増加しているというような状況がございます。

一方で、東北地方の例えば青森とか岩手というところで見させていただきますと、平成30年は青森が61名だったのが令和5年は67名、岩手県で言えば平成30年の62名が令和5年は80名とわずかに増加している程度にとどまるということがございますので、今後こういったところに対してどういった取組をしていくのかというのが重要になってくるかと思っております。

以上が地域偏在に対する取組を示しております。

こういった取組を踏まえまして、次に43ページを御覧いただければと思えます。こちらは、35歳未満の若手の医師の割合が平成14年度と比べてどのように推移してきたかというものをグラフにしてお示ししております。平成16年の臨床研修必修化以降、医師多数県については少しずつ増加しているような状況でございますけれども、医師少数県については減少していったという状況でございます。

その後、平成20年に臨時定員が設置されて以降、平成26年から徐々に医師少数都道府県の増加も目立ち、平成14年から令和2年までを比べてみますと、医師多数都道府県に比べて医師少数都道府県の若手の医師数の伸び率は上回っているというような状況が見てとれると思っております。伸び率については以上のような状況になっています。

46ページを御覧いただければと思えます。こちらは、絶対数で35歳未満の医師数を示したのになっております。各都道府県別に医師偏在指標と人口10万対35歳未満の医師数でプロットしたグラフになっておりまして、右に行けば行くほど医師多数県になっている、左に行けば医師少数県になっているというグラフでございます、上下につきましては、人口10万対35歳未満の医師数が多ければ上のほうに、少なければ下のほうになっているという状況でございます。

こちらを見ていただければ分かりますとおり、やはり医師多数県であればあるほど若手の医師数も多い状況が見てとれるかと思えます。先ほど、伸び率については医師少数県が多数県を上回っていると申し上げましたけれども、人口10万対35歳未満医師数の絶対数に

つきましては医師少数県のところで若手の医師数はまだまだ少ない状況にあるということがこちらで見てとれるかと思えます。これまでが地域的な偏在を示したデータになっております。

47ページは、診療科における医師の偏在についてお示したデータになっております。こちらは、平成20年の各診療科別の医師数を1とした場合に、その後、こういった推移をしているかを示したグラフになっております。見ていただければ分かりますように、リハビリテーション科、麻酔科、形成外科、放射線科が平成20年度以降、非常に伸び率の高い診療科になっております。

総数といたしましては、真ん中の赤い数で示しておりますけれども、平成20年から比べると令和2年には1.2倍弱になっているという状況でございます。それ以下の伸び率の診療科もございまして、特に外科につきましては、1からわずかに増加していますが、ほぼ変わっていないという状況が現状の診療科の推移になっております。

絶対数を示したものが次のページに示されております。内科につきましては、様々な内科がございまして、それを総数にしますと非常に多い数になっておりますけれども、内科が一番多い、令和2年で12万人程度であるという状況です。

そのほかの診療科だけを取り出してみたのが49ページになっております。内科以外を除く診療科の中では外科が一番多いという状況でして、やはり外科も様々な外科系の診療科が入っているためにこういうような状況になっているのかと思えます。

こちらを見ていただきますと分かりますように、多くの診療科については少しずつ右肩上がりで伸びているような診療科が多い中で、外科についてはほぼ同じような結果になっている。平成20年と比べると、ほぼ同じ数にとどまっているという状況がこちらでも見てとれるかと思えます。

以上が、これまでの偏在対策、医師確保策を通じた現状のデータでございまして、こういったデータを踏まえて事務局のほうで今後の検討スケジュールについてまとめております。

54ページをお開きいただければと思えます。まず、医師数全体といたしまして、一番上の○に書いておりますけれども、人口減少や全体の医師数増加を踏まえて、医師増加のペースについて検討する必要があるのではないかと考えております。一方で、個別の地域や医療機関における医師不足感については今後も生じ得ますけれども、その医師不足感の原因は様々であって、単に医師数の増加により改善するものではないということから、原因に応じた対策を推進する必要があるのではないかと考えております。そのため、医師増加のペースについての検討と、医師不足感の原因への対応をそれぞれ検討していく必要があると思っております。

この医師増加ペースについての検討を改めて記載しておりますけれども、現状はどのようになっているかと申しますと、医師数は10年間で約4万5000人増加していて、中長期的な医療ニーズや働き方改革を盛り込んだ医師の需給推計を踏まえると、令和11年頃には需

給が均衡し、以降、人口減少に伴って将来的には医師需要が減少局面となるというのが課題とっております。

一方で、医師不足感の原因についてもいろいろあると考えておまして、医師の地域偏在・診療科偏在も今回のこの検討会で主に御議論いただければと思っている点でございますけれども、そのほか、医療提供体制の非効率・医師の散在、ベッド数や集約化などの問題や、あるいは今後の医師の働き方改革を踏まえた働き方のミスマッチへの対応、こういったものが必要ではないかと考えております。

こういった課題を踏まえまして、今後の検討のスケジュール案を55ページにお示しております。短期的課題と長期的課題があるかと考えておまして、まず短期的課題のところでございます。令和8年度の日本全国の臨時定員数については、例えば定員数をこれまでと変えることがある場合には、2年前にはその定員数について示す必要があるとされております。そのため、令和8年の春の臨時定員につきましては、令和6年春、本年の春までにその方針を決定して、それをお示しする必要があるということがございますので、まずは本検討会におきましては令和8年の全国の臨時定員の設定の方針について検討できればと考えております。

それ以降、次は令和7年度の臨時定員についてでございますけれども、令和7年度の臨時定員全体数につきましては昨年既にお示しされておまして、その全体数について今度は各都道府県の医学部に対してどのように割り振るかという観点がございますので、令和8年度の全国の定員数の議論の後に、令和7年度の臨時定員の割り振りについても少し御議論できればと考えております。

また、短期的課題と併せまして長期的課題といたしまして、令和9年度以降の全国的な臨時定員の設定、あるいは全国的な設定をどのように都道府県の大学に割り振るのかという方針とともに、ここまでの全国的な医学部の数の話でございますけれども、医師の偏在対策、地域の偏在、診療科の偏在対策について、これまでの対策を振り返りつつ、今後どのような対策を行っていけばいいのか、既存の対策の充実や、必要に応じて新たな対策の検討を行って、おおよそ1年程度御議論いただいた後に、予定としては中間取りまとめを令和7年の夏頃にできればと考えております。以上がこれまでの課題を踏まえた検討のスケジュールでございます。

事務局からの御説明につきましては以上になります。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。大部の内容の御説明、お疲れさまでした。

それでは、ただいまの事務局からの提案を含めまして、御意見、御質問等があればいただければと思いますが、いかがでございましょう。

神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員 ありがとうございます。四病協代表で参りました神野でございます。よろしくをお願いいたします。

最初に、この場を借りて、一言申し上げます。1月1日に私どもの病院も大きく被災い

たしました能登半島地震で、全国の病院の皆様方、政府の皆様、そして、そちらにいらっしゃる地域医療計画課の佐々木課長も発災直後から石川県入りしていただいて、本当にありがたく思っております。ありがとうございます。

まさに今回の地震があった石川県は今お話があったように医師多数医療県になります。ただ、実際に発災があった能登というのは、県内の偏在があって極めて医師不足というところで今回のような大きな災害があったということで、県全体で見る視点と同時に、一つの県の中でも非常に偏在が激しいといった視点をぜひ持っていただきたいなと思っております。

これまでの医師需給分科会へも私は構成員として参加させていただきました。そのときからお話ししているのですけれども、医師の養成数の削減云々という話と強力な偏在対策は対であって、どちらかをやればよいというものではないと強く強く思います。

これからの日本の人口のことを考えれば、医師養成数の削減はある程度やむを得ないと思いますが、その裏にあるのは偏在対策で、これをやらずに、ただ医師養成数を削減すればまた偏在が非常に大きくなってしまおうと思っております。

そしてまた、今年の4月からの医師の働き方改革であります。これもまだ結果を見ないうちに多くの議論をするというのは、早急な気もしてならないわけであります。実際に医師の働き方改革をやってみて、いろいろなところで影響が出てきたということもきちんと評価する必要があると思うところでございます。

私から以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、印南構成員、お願いいたします。

○印南構成員 ありがとうございます。

幾つかお願いと質問があります。まず、診療所と病院を分けたデータが示されていません。最近、数字は確認していませんけれども、新規開業がどんどん増えていて、それが都市部に集中しているのではないのでしょうか。となると、その分の地域偏在はかなり悪化しているのではないかと。ぜひ事務局におきましては、診療所とか病院という種別に分けてデータを提供していただきたいというのが1つです。

もう一つは、地域枠の議論を見ていると、従事要件というのがあって、地域枠の従事要件を課しているにもかかわらず、10%程度の卒業生は地域に残っていないというデータが示されています。9割を非常に高く残っていると評価するのか、1割を高いと評価するのか、いろいろあると思います。私の質問は従事要件は多様だと私は想像するのですが、各大学に任されていて、その従事要件が、例えばその県の医療機関に就職すれば従事したことになるのか、あるいは、県内の偏在が著しいということですので、県内の医師少数地域に従事することを要件にしているのかが不明です。

これをまとめるのは非常に大変だとは思いますが、この辺りに対策のヒントみたいなものがありそうな予感が私はしていますので、ぜひそういう資料を提供していただ

きたいなと思います。

取りあえず以上です。ありがとうございます。

○遠藤座長 では、事務局、お答えいただけますか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 御質問をいただきありがとうございます。

まず、診療所あるいは病院別の医師数については、この資料の中では御提示させていただいておりませんが、今後、御議論をいただくに当たって必要なデータかと思しますので、どのように提示させていただくかというのは検討させていただければと思います。

また、地域枠につきましては、先生が御指摘のとおり、まず臨時定員と恒久定員内の地域枠によってそれぞれ色合いというものが少し違っておまして、臨時定員につきましては基本的に義務年限としてその県に最低9年間残っていただく。そのうち4年間程度はその県の中の医師少数区域等に残っていただくというのが原則としてございます。

ただ、各県によって医師少数区域がないようなところもあったり、あるいは診療科の指定をしているようなところもありますので、そこは少し色合いが違うのですが、基本は今申し上げたように臨時定員については基本9年間その県に残っていただいて、そのうち4年間は医師少数区域等で活躍いただくということになっております。

一方で、恒久定員内の地域枠については、各大学の裁量があるものでございますので、それぞれどのように残っていただいているかというのは大学によって異なるという状況でございますので、どのような資料が次回以降出せるかについてまた検討させていただければと思います。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

印南構成員、よろしいですか。

○印南構成員 はい。

それと、10%ぐらいがどうやら地元には残っていないみたいなのですが、その原因みたいなものがもしあれば教えていただきたい。次回以降で全然構いませんので、お願いいたします。

○遠藤座長 事務局、参考の資料があればお願いします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 承知しました。

○遠藤座長 それでは、馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員 熊本大学の馬場でございます。今回、国立大学病院長会議という立場で構成員を務めさせていただいております。

今日御説明の資料の中で、例えば地域偏在、診療科偏在の問題がありましたが、それについて若干地方の状況を御説明します。

先ほど神野構成員からも御指摘がありましたように、例えば熊本県内をとったときに、人口10万当たりの医師数は熊本市内が428名、熊本市外が199名、トータルで見ますと医師は比較的多い県という位置づけであります。やはり熊本市内に集中して、市外にあまり

人が出ていない。なおかつ、年齢構成を考えますと、市外は年配の先生が多い。したがって、これが10年、20年たったときにその格差はもっと広がることは容易に想像がつくという点が1点目でございます。

2点目の診療科偏在の問題であります。このところずっと、例えば内科、外科というメジャーな科におきましても臓器別に再編された教育体制でございますので、何とか内科、何とか外科と、臓器に特定した診療内容を診る医師が増えているわけで、ほかの領域は診られませんという医師が増えてきている。それが、相対的に医師不足にもつながっているところがあるかなと考えております。

どこかの時点で医学部定員を減少させないといけない、これは当然のことであろうかと思いますが、その前に、今指摘しましたような点を併せて対策を練っていく必要があるだろうと考えております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見として承りました。

フロアのほうで何かあればお願いします。

では、坂本構成員、その次に釜范構成員、お願いします。

○

坂本構成員 ささえあい医療人権センターCOML委員バンク登録会員の坂本と申します。

既に前の会で議論されているかもしれませんが、1点だけお伺いします。人口減少に伴って医師の数を減らしていくということはそのとおりだと思いつつも、患者家族から考えると、高齢になればなるほど一般的には医療にかかるが増えてくると思いますが。外来も増えますし、訪問診療を受けたいということも多くなります。

ですので、今後人口は減っていても高齢化率はより高くなるという中で、今回出された医師の数の推計は、どのぐらいこういった高齢化に当たってのことが反映されているのか、お伺いできればと思いました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、事務局、データの説明をお願いいたします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 今御質問いただきました医師の需給推計につきまして29ページにございますけれども、こちらに記載しておりますように、需給ケースを1、2、3と分けておりまして、それぞれ医師側はどれぐらい働けるのかということをお勘案したのになっております。

例えば、今し方御説明させていただきました2029年頃に均衡するという場合には、一般的に医師の働き方改革で、令和6年4月以降にA水準と言われる年間時間外が960時間働けるという想定の下に需要ケース2を想定してございまして、こういった場合にどれぐらいのペースで需給が均衡するかというものを指し示したのになっております。

御質問いただきましたのは、今後、人口は減少していくけれども、高齢化率が上がって



くるので、やはり高齢化率が上がると、その分、需要も上がってくるのではないかという御懸念かなと思っっているのですけれども、こちらにつきましても、人口構造の変化とそれぞれの人口における医療需要を含んだ計算がこの需要の中に組み込まれておりますので、全体を含めても今後需要については少しずつ下がってくるというのが現状かなと思っっておりまして、それを含めて2029年頃におよそ均衡するというのが令和2年での推計の結果となっております。

○遠藤座長 坂本構成員、よろしいですか。

では、釜菴構成員、お願いいたします。

○釜菴構成員 ありがとうございます。

今日お示しいただいた資料で、今もお話が出ていましたが、30ページのグラフは非常に重要な、また大変厳しいグラフだなと思っます。

一番左に1970年と出ていて、私自身が医学部に入りましたのが72年ですから、その当時と比べて、まず2020年は18歳人口のうちで123人に1人が医学部に進学するという状況、そして、このまま行きますとさらに85人に1人が医学部進学というのはもうほとんど不可能だと思っます。今後、若年人口が減ってくる中で、医療従事者ばかりそんなに増えるということはありませんのでありまして、もう一度しっかりそのことをよく考えて議論を深めていかなければいけないと思っます。

1枚の前の29ページ、今も御説明があったところですが、このグラフを検討した会にも出ておりましたが、2029年が一つのターゲットイヤーになるということで、既にお話が出ております医師の働き方改革の実際の状況はどうなるのかというのは、今年の4月以降、徐々に明らかになってくると思っますので、そのことはしっかり踏まえなければならぬわけですが、人口の動態を見ると、いずれ医師の数を減らしていくことはぜひ必要になっていくということです。

後のほうで今後の検討のスケジュールが出ましたけれども、ずっとこの議論に加わらせていただいた者としては、コロナ禍があつて、これはやむを得ないことなのですが、議論が数年止まってしまいました。本来は、現時点ではもう少し方向性がはっきり示されているはずだったので、コロナのことで少なくとも3年ぐらひは遅れてしまつていたので、今後の議論を加速しないといけないと思っます。

新たに入学してくる方のために2年間の猶予期間というのはぜひ必要でしょうから、そのことを考えると、今議論を急いだとしても一定先の話になってしまうので、そのところをしっかりと踏まえて今回の検討はある程度時間的な制約を常に思いながら検討していかなければいけないと思っます。

その中で、基本的なことを私は申し上げたいと思っしておりますのは、地域枠の取組は大変効果があつたと思っます。遠藤座長が冒頭におっしゃつたように、本人の意思を無視して強制的に配置するというのではなく、本人の意思を大事にしながら、しかし、何とか地域に必要な医師を定着してもらおうという地域枠の取組は非常に有効だつたと思っのです。

けれども、医学部を卒業して、研修をはじめ、いろいろ医師としての修練をしていく時期というのは、基本的にはなるべく条件の良いところで研修をし、かつ、早い時期に一人前になっていただくこともとても大事なことです。そういう意味では、地域医療支援センターとか、いろいろなサポートがあって、研修がうまくいくようにやってきたという大変な努力の積み重ねでもあったのですけれども、一方で、既に医師としてしっかり働いている方が、いろいろな条件が整って、医師不足地域に勤務場所を変えて診療に従事するような取組がもう少し工夫されてもよいのではないかと思います。

私自身は診療所なので、診療所を開設している者がそこを閉めてよそに行くというのはなかなか大変だろうと思います。しかし、そういうことも可能な場合もあるし、病院に勤務しておられた方が定年になられて、その後どうするかというセカンドキャリアを考えられたときに、医師不足地域でこれまで培われたいろいろな経験をさらに生かしていくという道がもう少し議論されてもよいように思います。今回の検討会は、医師偏在対策等に関するところがありますので、そういうところも議論が深められたらいいなと思います。

その上で1つ質問を申し上げたいと思いますのは、今日の資料の23ページ、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度が導入されていて、これがどのぐらい機能するのかなというものの検証をそろそろしていくべき時期になってきていると思いますが、この制度によって認定され、場合によっては公的医療機関の例えば地域医療支援病院のようなところの管理者になる要件ということとも関連してくるものでありますが、これの実績が現状においてどうなったのかということについて御質問を申し上げたいと思います。

最後になりますが、診療科偏在の問題も非常に大事なところでありますが、これを考える場合に、実際に行っている診療行為と診療科との結びつきがより明確なのは、実は小児科とか産科辺りのところにある程度限られるので、それぞれの専門領域の学会にぜひ協力していただいて、各診療領域の必要な医師数はどのくらいあるのかというのをある程度国民に分かる形でお示ししていくという作業も今後必要になるのではないかと思います。

ちょっと長くなりましたが、以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、事務局、御質問に対するお答えと、もし御提案とか御意見に対してコメントがあれば続けていただければと思います。お願いいたします。

○谷口医師確保等地域医療対策室長 恐れ入ります。地域医療計画課でございます。

先生から御質問いただきました、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度の活用状況について御報告をさせていただきます。

こちらの実績でございますが、令和4年3月末時点で認定された医師数が227人でございます。また、令和5年3月末時点で507人と伸びを見せているところでございますので、よりしっかり制度周知をして御活用いただけるように図ってまいります。

○遠藤座長 ほかによろしいですか。何かあれば。

○佐々木医師養成等企画調整室長 先ほど釜菴先生からの御指摘いただきました医学部の定員の議論については、おっしゃるように令和2年以降、コロナ禍の中で議論が止まっていた。その後も少しずつ議論は、例えば医師確保ワーキングや医師需給分科会でされていたところがございますけれども、今後、令和8年の定員に向けては早急に議論が必要かと考えておりました、短期的課題のところにも入れさせていただいております。

また、若手の先生以外の先生、ある程度一人前になった先生方がどのような動きをされるかという点については、これまで恐らく十分に何か対策があったというところではないのかもしれないですけれども、こういった点も先生方の御意見を踏まえながらこの場でも検討できればなと思っております。

事務局からは以上になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

釜菴構成員、よろしゅうございますか。

○釜菴構成員 はい。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、またオンラインに戻らせていただきます。木戸構成員、お願いいたします。

○木戸構成員 ありがとうございます。

少子化が想定を超えるスピードで進行しており、もしかしたら今年は出生数が60万人台に落ちる可能性もあると言われてはいますが、私も釜菴先生の御意見に賛成で、社会全体の中で考えると、限られた人数の中でどのように国民の命と健康を守る医療という仕事をやっていくか、それを真剣に考える必要があると思います。人数は有限ですので、タスクシフトとかICT活用など、働き方改革で今行われ始めている取組がやはり有効かと思えます。

また、議論をよい方向に取りまとめるためにどのようなデータが必要なのか。例えば、医師といっても頭数ではなくて、年齢構成とか性別なども踏まえていくとか、今後どうなる見込みかという医療需要の変化も含めて、そういったことを明らかにして、今あるデータがどういうものであって、新規に調査すべきものは何かを含めて検討していく必要があるかと思えます。

私は不足している産科という診療科の勤務医で、また女性医師という立場ですけれども、不足している地域とか診療科の待遇改善が最も有効で、ただ、実際には非常に難しいところかと思えます。そもそも待遇改善があれば、地域枠とか診療科枠などをわざわざ設置せずに済むのではないかと日頃考えておりますけれども、新規参入の医師だけではなくて、今、現場で働いている医師もやはり辞めたいとか、実際に辞めてしまう現職の方もいらっしゃいます。

待遇改善は、経済的な報酬というものだけでなく、今ワーク・ライフ・バランスと言われてはいますが、自分の生活とちゃんと両立できるか。これは育児や介護だけではなくて、性別にかかわらず心身が健康で、ゆとりを持って安全で質の高い医療を提供する

ことに不可欠なのですけれども、そういった時間的余裕。

それから、医療に関わることではいろいろな責任を追究されることがあって訴訟に巻き込まれることもあります。よかれと思ってやっても結果がよくないときに責められることもあるので、そういうリスクの高い科はなかなか選ばれにくいということもありますので、そういった心理的な余裕。

経済的余裕、時間的余裕、心理的余裕、そういったことを考えた総合的な待遇改善をぜひ考えていただきたいなと思います。

今はまだ医学部は人気がありまして、受験生も多くて倍率も高いですけれども、これから18歳人口がどんどん減ってきますが、そういった受験勉強で勝ち抜いてきた方というのはどちらかというと利己的になりやすいところがあります。そういった方々をちゃんと弱い人の立場を踏まえて病の人に寄り添える、そういった利他的な人に育てていく、そういう医学教育も併せて必要ですので、現在、医学部では診療、教育、研究、たくさんの仕事を大学の先生方はされていますけれども、なかなか三刀流というのは難しいところがあります。医学部での教育の価値をより高めて、医学部に入っている一人一人の方をしっかりとした医師に育ててプロフェッショナルにすることが非常に重要かと日頃考えております。

私からの話は以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、花角構成員、お願いいたします。

○花角構成員 ありがとうございます。

先ほど神野構成員や馬場構成員からも御発言がございましたけれども、私は行政の立場で地域医療の現状に関わっている者として少し意見を申し上げたいと思います。

まず、先ほど課題として2つ示されていた、最初の医師の増加ペースの検討というところであります。御説明のとおり、マクロでは将来的には需給が均衡し、需要減少局面になるというのは理解をしています。しかし、現状、都道府県単位で見ますと均衡にはほど遠いと思っています。

先般、厚生労働省さんから都道府県に対して2036年時点の不足医師数と過剰医師数が示されましたけれども、新潟県をはじめ多くの医師少数県では医師が不足であります。実は不足医師数で最大なのは新潟県でして、1,690人の不足とされています。一方で、過剰医師数の最大なのは東京都でありまして、2万3,686人の過剰と示されています。このように大変大きな格差になっています。（※事務局注記：これまでの臨時定員の効果を見込んでいない推計）

したがって、医師増加ペースの見直しにつきましては、医師不足が深刻な医師少数県にとって医師採用数の減少に直結しかねない問題で、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ぜひとも必要であるということ強く申し上げたいと思います。

2つ目の課題として示された地域偏在対策であります。資料の31ページに昨年公表され

た新しい医師偏在指標が示されていますけれども、御覧いただければお分かりになるように、令和2年にも医師偏在指標を示されているのですが、それと比較しまして、指標が最も大きいのは東京都ですが、令和2年では新潟県が最低、令和5年ではここにありますように岩手県が最低ですけれども、その数値の格差は160.1から171.4とむしろ拡大しているというのが現状であります。

また、地域偏在に関連して42ページの資料も御覧いただきたいのですが、先ほど説明では43ページの資料をお使いになられましたけれども、42ページで見ますと、35歳未満の医療施設従事医師数は、医師少数県では確かに20.1%増、医師多数県では5.1%増ということで、地域偏在が縮小しているのではないかという方向が示されていますけれども、これは都道府県別に絶対数で見ますと、医師少数県で大きく伸びたのは埼玉県と千葉県でありまして、この2つの県で医師少数県の全体の増加数の半分近くを占めています。表現はどうかはあれですけれども、要は東京からにじみ出ただけと言えらると思っています。つまり、医師少数県といっても状況はかなり違っておりまして、地域偏在が縮小したとまでは言えないように思います。

さらに、資料の46ページも御覧いただきたいのですが、人口10万対35歳未満医師数は、先ほども御説明がありましたけれども、埼玉県と東京都では2倍以上の格差があるというのが実態であります。したがって、構成員の皆様にはぜひ格差の実態、地域の偏在の実態に目を向けていただきたいと思います。医師少数県が、今、医師確保にどれだけ苦労しているかということをご想像していただきたいと願うところであります。医師の地域偏在については、さらなる強化と抜本的な見直しが必要ではないかと考えています。

長くなりましたが、最後に、地域偏在については、医師の少数県で構成します「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」というものがございまして、毎年提言を行っています。その中でも、特に速やかに着手してほしいものとして3つの点を提言しています。

この3つの点御紹介しますが、1点目は、医学部の臨時定員増については、当面、臨時定員増を延長し、地域に必要な医師数を確保できるよう、減員をしないしてほしいということ。2点目は、医師の臨床研修制度につきまして、臨床研修医の募集定員上限の算定に関わる大都市圏に対する激変緩和措置が取られていますので、なかなか募集の数が減らないのですよね。この激変緩和措置を速やかに廃止してほしいということ。3点目は、専門研修制度についても同様でして、専攻医募集定員に係るシーリングが設定されていますが、これも激変緩和措置という名の下に大都市部の定員が固定化されているのが現状であります。地域偏在是正対策としては不十分であると考えています。

臨床研修医の募集定員上限算定に関わる激変緩和措置につきましては、令和7年度から一定程度縮小されることにはなりましたが、ぜひとも今回の検討会におきまして、もう少し実効性のある地域偏在対策について具体的に踏み込んだ議論が行われることを期待しております。

最後に、医師不足が深刻な自治体ほど、先ほどから御紹介いただいています地域枠の設

定など、医師確保の取組にいろいろ取り組んで充実させてきているところではありますけれども、その結果、財政負担が重くのしかかっているというのも現実でございます、こうした財政支援の強化についても併せて議論していただけたらというふうにお願ひしたいと思ひます。

私から以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。医師不足の自治体からの御意見を承りました。ありがとうございます。

それでは、野口構成員、お願いいたします。

○野口構成員 ありがとうございます。

先ほどのパワーポイントの30ページで、2050年に18歳人口千人当たり11.8人ということで、約85人に1人が医学部進学というグラフがあるのですが、私は医療経済学が専門なのですが、供給過剰になると何が起こるかという必然的に賃金が落ちるわけですが、賃金が落ちるといふこともあるわけですので、賃金が落ちるわけですが、ですので、先ほど木戸構成員がおっしゃったことに私は非常に共感したのですが、金銭的な報酬をちゃんと与えるという観点からしても、やはり医学部定員はここで見直す必要があると思ひます。

同じく、木戸構成員がおっしゃったことに非常に共感するわけですが、医師の働き方改革というのは、まず生態的な観点から見て、今の就労時間、家族と過ごす時間、それ以外の余暇時間というものを医師が現時点でどういうふうに分けるかという課題だと思ひます。

それと同時に、医師はライフスタイルに合わせて、例えばお子さんが受験生といった年代の方々は、どうしても地域ではなくて、学校がいっぱいある地域に地理的に移動されるということがあると思ひます。だから、ライフスタイルに合わせた医師の動態的な状況を両方把握する必要があると思ひます。

現状はデータが不足しているわけで、先ほどから、同じ都道府県の中にも、例えば地域に行くと高い年齢のお医者さんが多いというお話もあったのですが、細やかに年齢構成とか、あるいは医師が動学的にライフスタイルに合わせてどういうふうに分けるのか、そういった情報も今後収集していく必要があると思ひます。

そこで御提案ですが、医師・歯科医師・薬剤師調査、三師調査というのを厚生労働省さんがやっていたら、これは登録している医師全てが調査されているという悉皆調査になります。私が思うに、ここに賃金情報、所得情報を絶対に入れるべきだと。それと同時に、就労時間をお聞きすることが非常に重要だと思ひます。

なぜならば、賃金と就労時間というのは、医師の働き方改革を議論する場合にも、ライフスタイルに合わせた医師の動き、移動を把握する場合にも絶対に必要な情報ですので、今後こうした経済的な情報をぜひ集めていただくことを提案させていただきたいと思ひます。

もう一つは、これも先生方がおっしゃっていた議論ですけれども、大学での教育システム、医学部の教育システムを見直す必要があるかなと思っています。どうしても都会に多いというのは、例えば7対1病院というか、急性期の病院に人気が集中してしまって、そういった大きな病院でハイテクな技術を身につけたいという研修医の若い先生たちがきつと多いと思うのですけれども、そうではなくて、地域の住民に医療を提供することの価値、バリューというものを大学での教育システムの中でちゃんと位置づけることが必要ですし、これも木戸構成員がおっしゃっていたのですけれども、金銭的な報酬、彼らがやっていることに対する価値がどんなに高いものかということを示すためにも、彼らに対する報酬にウエートをつけていくようなことも今後考える必要があるかなと思っています、皆さんのお話を伺っておりました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、何かコメントはありますか。アイデアの御提供もありましたけれども。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

2点御提案をいただきまして、まず1点目、今後の医師のライフスタイルに合わせた動的な動きを把握するために、その一つとして労働時間や給与について三師届にも入れてはどうかという御提案だったかと思います。

その点につきましては、三師届というものが医師法に定められて医師に義務がかかって、現状の医師の状態を届け出てくださいということがございますので、その中でどこまで義務的に出してくださいかというような観点もございますので、そういった情報が非常に重要である一方で、医師に義務を課すという点もございますので、両者のバランスというものを比べながら十分に考える必要があるのかなと思っています。

ただ、先生が御提案いただいた労働時間あるいは賃金を把握するのが重要ではないかというのは一定そのとおりかと考えておりますので、それを今後どのように調べていくのかという点については考えさせていただければなと思います。

また、教育システムの中で、急性期あるいは高度な医療技術のあるような病院に人気があるという中で、地域で働く医師についての教育も支えていく必要があるというようなことですので、キャリア形成の視点からどのように地域で働いていただくのが大事なのか、あるいは地域の医療を行う上での意識の涵養という部分については重点を置いてキャリア形成プログラムを作成しておりますので、そういったこれまでの既存の施策も踏まえながら今後さらにどのようにすべきかについては考えさせていただければなと思っています。

○遠藤座長 ありがとうございます。よろしく願いいたします。

それでは、フロアの御発言に戻りたいと思います。國土座長代理、お願いいたします。

○國土座長代理 ありがとうございます。

意見がかなり出尽くしたかなというふうに拝聴しておりました。私はこの偏在に関する検討会に今回初めて参加させていただきます。これまで需給分科会などで相当データを集

積まれたとは想像いたしますけれども、今御意見を拝聴していますと、まだいろいろなエビデンスに基づいた議論が必要なかと思っております。

地域の偏在が一番、そして科の偏在があるわけですが、そのほかにも例えばジェンダーの偏在とか年齢の偏在、つまり高齢化という問題もありますので、そういう視点でもデータの集積が必要かと思えます。

私は外科学会の理事長をしておりましたときに、外科医が不足して、科の偏在の問題について相当頑張ったつもりなのですが、当時の調査でも、外科医は減っていました。先ほどのデータでも外科医は減ってはいるのだけれども、もっと言うと、その中で同時に高齢化が進んでいるのですね。新しい情報は馬場先生のほうが御存じかもしれませんが、そういう状況があるということ全体を認識する必要があると思えます。

もう一つは、地域枠についてです。これは地域偏在の解消に大変有意義な対策だと思いますが、問題を指摘する意見も聞きます。全体で何人いるのか後で教えていただきたいのですが、資料中の数字をざっと足すと地域枠で医師になった方が5,000人ぐらい既にいらっしゃるのですかね。その5,000人ぐらいの方のデータというか、性別も含めてどういう状況で今活躍されているのか、働いていらっしゃるのか。義務年限の9年が長いという意見もあるかと思えます。そういうことについての調査と検討も必要かと思えます。

それに連動しますが、木戸構成員がおっしゃったインセンティブも重要です。賃金も大事ですし、職務環境も待遇も大事ということで、そちらについてももう少しきめ細かく検討する必要があると思えます。

それから、地域偏在対策について、この検討会での議論ではないのかもしれませんが、リモートの話もありましたが、最近の技術的イノベーションを活用することによってどこまで偏在が緩和できるのかということについてもある程度は議論をする必要があるかと思えます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、何かコメントはございますか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

これまでの臨時定員を含めた地域枠の先生方がどのように現状御活躍されているかというデータについては、今手元にはございませんので、今後どのように出せるかということについては考えさせていただければと思いますし、待遇面あるいはイノベーションについても、今後の議論の中で必要に応じて資料を提示させていただければと思います。

○遠藤座長 よろしく願いいたします。

一通りお話は承ったかと思えますけれども、まだ何かございますでしょうか。よろしゅうございますか。

本日はキックオフということですので、様々な御意見を頂戴いたしました。大変いろいろな重要な御指摘もいただきましたので、事務局におかれましてはこれらの御意見を反映



した形で、次回以降の検討がスムーズに進むような資料等々の作成をお願いしたいと思います。

それでは、本日予定していた議題は以上でございますが、特段何かございますか。よろしくございますね。

それでは、これをもちまして本日の議題を終了したいと思います。長時間にわたりまして御議論いただきまして、大変お忙しい中、構成員の皆様方には御協力いただきましてありがとうございました。

事務局から何かありますか。

○寺村課長補佐 事務局でございます。

次回の検討会の開催日程につきましては、追って御連絡をさせていただきます。よろしくをお願いいたします。

○遠藤座長 それでは、これをもちまして第1回「医師養成過程を通じた医師の偏在対策に関する検討会」を終了させていただきたいと思います。長時間、どうもありがとうございました。