

2024-3-27 第3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3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。

冒頭、遠藤座長より御報告いただくことがございます。

遠藤先生、よろしく願いいたします。

○遠藤座長 皆様、おはようございます。

去る3月3日、一般社団法人日本私立医科大学協会会長であられた小川彰構成員が御逝去されました。ここに故人の御冥福をお祈りし、1分間の黙祷をささげたいと思います。傍聴の皆さんも御参加をいただければと思います。それでは、黙祷をお願いいたします。

(黙祷)

○遠藤座長 黙祷を終わります。ありがとうございました。

それでは、事務局にお返しいたしますので、よろしく願いします。

○寺村課長補佐 事務局でございます。

出欠状況につきましては、坂本構成員、野口構成員、花角構成員より御欠席の連絡をいただいております。現時点で構成員7名に御出席いただいております。

また、本日は、全国知事会花角構成員の代理として中村参考人に、一般社団法人日本私立医科大学協会から小笠原参考人に、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。

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、録音することはできませんので御留意ください。

(カメラ撮り終了)

○寺村課長補佐 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送ら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1～3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。

また、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。また、御発言の際は、ズーム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解除の上、御発言いただきますようお願いいたします。また、御発言終了後は、マイクを再度ミュートにいただきますようお願いいたします。

音声トラブルなどの際は、事前にお伝えしております事務局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、以降の議事運営につきましては、座長をお願いいたします。

遠藤先生、よろしくをお願いいたします。

○遠藤座長 それでは、議事に入りたいと思います。

本日の議題は議事次第に記載されておりますとおり、議題1「令和8年度の医学部臨時定員と今後の偏在対策等について」でございます。

それでは、事務局より資料1「令和8年度の医学部臨時定員と今後の偏在対策等について」の説明をいただきたいと思います。その後、皆様から御意見をいただきたいと思ます。それでは、事務局は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をお手元に御用意いただければと思ひます。

2ページ、今回は前回までの議論の振り返りをさせていただいた後、そのほか、論点事項について挙げさせていただければと思ひております。

まず、前回までの振り返りでございますけれども、資料4ページで、まず、第1回のところで、これまでの医師偏在対策と医師偏在等の現状について、あるいは医学部臨時定員等に係る今後の課題について挙げさせていただいておりました。

具体的には一番上に書いてありますように、人口減少や全体の医師数増を踏まえ、医師の増加ペースについて検討する必要があるのではないか。

また、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るが、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いうような課題を挙げさせていただいておりました。

こういった課題に対して次の5ページ、今後のスケジュール案をお示しさせていただいております。こちらは第1回にお示した資料でございますけれども、まず、短期的課題として、令和8年度の臨時定員の全体数を決める必要があるというようなスケジュールを示させていただいておりました。令和8年度の定員については、基本的に2年前に決定する必要がございますので、そういったことを踏まえますと、まず、今回、こちらを御議論させていただければと思ひております。

その後、令和7年度の臨時定員、あるいは令和8年度の臨時定員の配分の方針についても検討する必要がございますし、長期的課題として地域偏在対策・診療科偏在対策についても検討する必要があるというように記載しております。この配分の方針、あるいは今後の偏在対策についても今回御議論いただければと考えております。

こういったことを踏まえて、前回御議論をいただいておりますのが次の6ページでございますけれども、令和8年度医学部臨時定員の設置方針について、その前段として、

これまでの定員数の推移、あるいは地域枠の効果等についてお示ししておりました。

そういったデータを踏まえまして7ページでございますけれども、論点として、令和8年度医学部定員についてはどの程度設置して、また、偏在対策としてどのように活用すべきかということについて御議論・御意見をいただいております。

その議論の中身、御意見について8ページでおまとめしております。

まず、医師の質・医療費については、例えば上から3つ目の○、人口減少で住民・患者が減ってしまうところに医師が必要以上に多くいても医療経済学的に問題である。

あるいはその次の○ですけれども、中堅以上の医師のスキルを維持する症例数も確保できなくなり、医療の質の確保の点で大きな問題があるのではないかなという御意見をいただいております。

また、医学部定員・偏在対策そのものについての御意見もいただいております、下から4つ目の○、総定員数の維持は地域の医師不足問題解決の必要条件ではない。総定員の削減を視野に入れながら、地域枠、地元出身者枠の配分や、その他の手法によって偏在を縮小する政策手段の議論をすべきではないかなという御意見。

そして、その次の9ページ、例えば下から3つ目の○、臨時定員をどの程度設置するかは日本全国ということではなく、都道府県ごとの需要推計を踏まえて決定すべきではないかといった御意見。

下から2つ目、将来時点において医師が不足している都道府県については、前年度比増も含めて必要な数の臨時定員を認める方針としてほしいという御意見をいただいております。

ここまでが前回の振り返りですけれども、今回、令和8年度の医学部定員の方針について御意見・御議論いただければと思っております。

具体的には11ページに記載しております。まず、令和8年度の医学部定員の方向性につきまして、医学部定員の減員が必要という意見と同時に、医師偏在対策を併せて進めるべきという御意見をいただいております。そのため、現時点での医学部定員数の急激な変更は行うことなく、まずは令和8年度の医学部定員については、令和6年度の定員数を上限としてはどうかというように考えております。

この背景といたしまして左側、医学部定員減が必要という御意見については、令和11年頃にはマクロで医師の需給が均衡する、また、医師の質の低下を招く、医師総数の増加で偏在問題の解決にはならない、医師数増は医療経済的にも国民の負担となる、また、今後の人口構成の変化も踏まえて検討する必要があるというような御意見がございました。

また、右側の医師偏在対策を進めるべきという御意見につきましては、医師養成数の削減はやむを得ないが、偏在対策がないまま削減を行うと偏在が拡大する懸念があるのではないかな、また、将来時点において医師が不足している都道府県については前年度比増も含めて必要な数の臨時定員を認めてほしい、将来的に需要は減少局面にあるが都道府県単位では需給が均衡していない、都道府県間の偏在是正のため、臨時定員の有効活用が必要と

いった御意見をいただき、それらを踏まえまして、下側に今後の定員数について案を示させていただきます。

現時点での医学部定員数の急激な変更を行うことなく、まずは令和8年度の医学部定員については、実効性のある医師偏在対策を行いつつ、令和6年度の医学部定員数を上限としてはどうかと考えております。

具体的には、医学部定員の上限につきましては、令和7年度まで9,420名で設定されておりましたけれども、令和2年度以降の最大の医学部定員数は9,403名であったことを踏まえまして、令和8年度の医学部定員は令和6年度の水準9,403名を上限としてはどうかと考えております。

また、都道府県間の偏在是正の観点から、実効性のある医師偏在対策とともに、適切な臨時定員の配分方針についても併せて検討を行うこととしてはどうかと考えております。

次に、医学部定員の配分方針についてもご議論頂ければと思います。

13ページ、これまでの地域枠と地元出身者枠がどのようにしているかという資料、こちらは第1回の資料でございますけれども、改めてお示しさせていただきます。

ブルーでハイライトされたものが医師少数県、それ以外が中程度県、多数県となっております。例えば青森県につきましては恒久定員が105名ついておりまして、そのうち地域枠が35名ついている。また、それにプラスアルファして臨時定員地域枠も27名設置されているというようなことになっております。

一方で、例えば医師多数県である東京につきましては、恒久定員が1,397名おりまして、そのうち地域枠が5名ついている。それに加えまして臨時定員としても東京に地域枠が20枠設置されているという状況になっております。

次の14ページで臨時定員の医師少数県、多数県、中程度県をそれぞれまとめて、どれぐらい設置されているかという状況を示しております。医師少数県に過半数、538名ついておりますけれども、中程度県では229名、多数県では191名ついているというような状況になっております。

次の15ページは各都道府県別に今度は都道府県の中の医師少数区域、中程度区域、多数区域にどれぐらい地域枠医師が配置されているかという配置状況をお示ししております。右側に行けば医師少数県、左に行くほど多数県となっております。例えば一番右の新潟県で申し上げますと、約7割弱が医師少数区域に配置されていて、3割強が医師多数区域に地域枠医師が配置されている状況となっております。一方、一番左側の東京都で申し上げますと、1割程度が医師少数区域に配置されていて、8割程度が医師多数区域に配置されているような状況になっております。

その次の16ページは臨時定員のみだけでなく恒久定員内の地域枠も合わせたそれぞれの地域枠の設置状況を県別にお示ししております。グレーが臨時定員の地域枠、そして、オレンジが恒久定員内の地域枠を示しておりますけれども、御覧いただいておりますように、医師少数県の多くで恒久定員内の地域枠も設置されております。一方で、多数県でも設置

はされておりますけれども、比較いたしますと、少数県のほうが多数県よりもより多く設置されている状況になっているかと思えます。

こういった状況を踏まえまして17ページ、臨時定員の配分に関する今後の方針案をお示しさせていただいておりますので、御議論いただければと思っております。

一番上、各都道府県の医学部臨時定員の意向が医学部総定員数の上限を超えた場合、各都道府県の配分方針をどのように設定すべきかということで挙げさせていただいております。この基本的な考え方といたしまして、真ん中に示しておりますように、各都道府県は、まず、積極的に大学と恒久定員内の地域枠や地元出身者の設置について調整を行った上で臨時定員の必要性を慎重に検討すること、その上で、意向のうち、医師偏在対策として真に必要な範囲で臨時定員を設置することとするというような考え方を示させていただいております。

具体的な配分の対応案を下に記載させていただきます。

各都道府県への臨時定員地域枠の配分につきましては、各都道府県において毎年必要な臨時定員地域枠は一定程度、これまで安定してきたと考えております。ですので、令和6年度の臨時定員地域枠数を各都道府県の臨時定員地域枠数の基準としてはどうかと考えております。

そして、2ポツ目、医師少数県を中心として、将来的に医師不足となる都道府県の臨時定員地域枠につきましては、真に必要な範囲で令和6年度と比べても増加での設置となる場合がある。3ポツ目、そういった医師少数県から令和6年度比増の臨時定員地域枠の意向があった場合は、医師多数県の臨時定員地域枠の意向の一部を医師少数県へ配分・調整することで、医学部総定員数が上限数以内となるように調整してはどうか。

4ポツ目、ただし、医師多数県の臨時定員地域枠が配分・調整により意向より減少する場合であっても、原則、減少数が令和6年度比で5分の1を上回らない範囲で意向を認めることとして、当該都道府県や大学の定員の急激な変化に配慮してはどうかというように考えております。

次に18ページから、今後の医師偏在対策についてお示しております。

19ページは医師確保対策に関する全体像を改めてお示しております。現状、医師養成過程における取組といたしましては、大学医学部の中で地域枠を設置しております。また、臨床研修や専門研修におきましても採用数の上限数を設定しているようなところがございます。

右側、各都道府県の取組といたしましても、医師確保計画を策定しながら、例えば地域医療対策協議会や地域医療支援センターを活用しながら、医師の少数区域に対して配置を検討いただいている、あるいはキャリア形成プログラムを設置していただいているという状況になっております。

一方で、各都道府県間に偏在はございまして、その偏在指標を20ページに表しております。ブルーが医師少数県、イエローが医師多数県になってございまして、この中では岩手県

が182.5で医師少数県の一番下になっておりますし、東京都が353.9で医師偏在指標の一番上になっております。

そういったことを21ページで日本全国の地図で表しておりますけれども、こちらを見ていただきますと分かりますように、医師偏在としては西高東低の傾向があるような状況になっております。

そういった中で、22ページですけれども、これまでの偏在対策を踏まえて、35歳未満の医師数がそれぞれ医師少数県、中程度県、多数県でどのような変化をしてきたかということについてお示ししております。こちらは平成24年から令和4年までの推移を示しておりますけれども、ブルーが医師少数県、オレンジが医師多数県になっております。見ていただくと分かりますように、医師少数県の若手医師数の伸びのほうが医師多数県よりも大きいというような状況でございまして、こういった若手の医師については地域偏在がある程度縮小してきているというようなデータをお示しさせていただいております。

一方で、23ページ、各都道府県別に若手医師数を見ますと、右側は医師多数県、左側は医師少数県になっておりますけれども、医師多数県のほうが人口10万人当たりの35歳未満医師数は多い傾向が見て取れる状況になっております。

その次の24ページ、各世代の医師がこういった医療施設に勤めているかということの分布で、平成14年から令和2年にかけての推移をお示しさせていただいております。イエローが医師多数県、グリーンが医師中程度県、ブルーが医師少数県を表しております。一番上の破線が医育機関附属の病院を除く病院に従事する医師数、実線が大学病院に従事する医師数、点線が診療所に従事する医師数をお示ししております。

35歳未満の医師数に限ってこちらでお示ししておりますけれども、まず、病院については平成14年以降、最も多く、かつ増加してきているという状況にございます。一方で、診療所については一番少なく、また年々減少してきている。ただ、医師多数県につきましては令和2年で平成30年と比べると少し増加しているような状況になっております。こちらは実数をお示しておりますけれども、それぞれの割合の推移については次の24ページでお示ししております。

35歳未満の医師数のそれぞれの従事施設別の割合の推移でございましてけれども、先ほどお示ししたとおり、病院での従事の割合というものが一番多く、そして、それが年々増えてきている状況になっております。一方で、診療所に従事する医師の割合は元々少ない上に、減少してきていて、大学病院については横ばい、あるいは令和2年度については少し減少しているような状況になっております。

次に26ページ、35歳から44歳の医師についても同様のグラフをお示ししております。まず、大学病院を主たる従事施設とする医師数は特に医師多数県で増加してきているような状況でございましてけれども、病院につきましては横ばいから少し減少していましたが、平成30年から令和2年にかけて、医師多数県と医師中程度県では増加に転じているという状況です。また、診療所に従事する医師数につきましては、医師多数県、中程度県、少数県、

ともに減少しているような状況になっております。

その割合の推移として27ページにお示ししております。35歳から44歳につきましては、病院と診療所については少しずつ割合としては少なくなってきておりますけれども、大学病院の割合が多くなってきているような状況になっております。

その次28ページ、45歳から54歳の医師の推移でございます。こちらは病院が一番多くて少しずつ増加してきているような状況です。2番目に診療所が多いのですが、平成20年以降、診療所で従事する医師数は減少してきております。また、大学病院につきましては一番少ない割合でございますけれども、徐々に増加してきているような状況になっております。

29ページでそれぞれの割合の推移をお示ししておりますけれども、先ほど申し上げましたように、病院の割合が徐々に増加してきている。また、大学病院も増加してきていて、診療所の医師については割合としても減少してきている状況になっております。

最後、30ページ、55歳以上の医師数の推移でございますけれども、55歳以上になってきますと、診療所に従事する先生方が一番多いという状況で、診療所に従事する先生方も実数としては増加してきております。一方で、病院に従事する先生方も非常に増加してきておりますし、大学病院の先生方の数は少ないですが、わずかではありますけれども、増加してきているという状況になっております。

そして、31ページ、その割合の推移ですけれども、病院に従事する先生方の割合が平成14年から徐々に増加してきておりまして、一方で、診療所の先生方の割合が過半数と最も多いですが、少しずつ低下してきております。大学病院については一番少ない割合でございますけれども、少しずつ増加してきているという状況でございます。

その次の32ページは全体の施設の種別に見た医師数の年次推移、こちらは年齢に分けておらず、全ての年齢の医師数の年次推移でございますけれども、病院に従事する先生方が一番多くなっておりまして、現在約16万人の先生方が病院で従事いただいている。その次が約11万人で診療所の先生方が多く、最後、大学病院では約6万人の先生方が従事されているというような状況になっております。

この推移ですけれども、次の33ページで、現状の令和4年のそれぞれの年齢ごとに、どのような施設で従事いただいているかというのをグラフでお示ししております。若年になりますと、病院、あるいは大学病院に勤める先生方が多い状況でございますけれども、50歳以降、60歳になるにつれて診療所の先生方が増えてくる。一方で、大学病院の先生方が少しずつ減ってくるような状況になっております。

その次の34ページ、こちらは診療所の先生方だけに限って、こういった年齢の割合で診療所にお勤めいただいているかというものをお示ししております。平成22年からグラフをお示ししておりますけれども、40歳未満の医師の割合につきましては、5%程度になっておりまして、平成22年と比べると少しずつ下がっている。一方で、60歳以上の医師の割合は、診療所にお勤めの先生の中で見ますと、その割合は約52%へと増加してきている状況に

ございます。

以上、従事先の施設種別ごとにどのような先生方が勤めておられるか、その割合等の推移をお示しましたけれども、次に診療科別の医師数の推移をお示ししております。

こちらは平成20年から令和2年にかけての各診療科別の医師数の推移を割合で示しております。全体数としては真ん中の赤いグラフを見ていただければと思いますけれども、平成20年から令和2年に1.2倍程度に増加してきている状況でございます。その中でもリハビリテーション科や麻酔科、形成外科、放射線科といったところが総数の伸び以上の割合で伸びている状況でございます。一方で、外科につきましてはやや増加しているもののほぼ変わらず横ばいになっているという状況でございます。

こちらは若年の先生方の動きも重要かと思っておりますので、35歳未満の男性医師の推移を次の36ページでお示ししております。一番上の外科の推移として、平成20年以降減少してきている状況でございます。こちらは実数をお示ししておりますけれども、その次の37ページで割合の推移をお示ししております。平成20年を1とした場合に、どのような推移で増減しているかということですが、リハビリテーション科、泌尿器科、産科・産婦人科、放射線科といったところが伸びてきている。一方で、外科は減少してきていることとなります。

その次の38ページで女性医師の35歳未満の推移を示しています。こちらは実数ですが、少し分かりづらいので次の39ページを見ていただければと思います。

診療科別医師数の平成20年を1とした場合の推移をお示ししております。女性の先生方でいいますと、泌尿器科や形成外科、整形外科が伸びてきておりまして、外科も平成20年と比べると増加してきている状況になっております。

40ページから45ページは、こういったそれぞれのグラフの総数を個別に分解して男女別に実数の推移をお示したものになりますので、また御参照いただければと思います。

この中で、45ページを見ていただければと思います。美容外科につきましては実数は少ないものの、平成28年以降、少し増加してきているような状況になっております。

46ページは視点を変えて労働時間について、診療科ごとにどれぐらい長時間労働になっているかというようなものをお示ししております。こちらは全国10万人の先生方を対象にした調査でございます。平成28年から3年おきに各先生にどれぐらいの労働時間があるかというものを調査した結果になっております。ここでは時間外・休日労働時間が年間1,860時間を超える先生方の割合が各診療科でどの程度になっているかというものをお示ししております。平成28年の調査結果がグレー、令和元年の調査がブルー、そして、令和4年がオレンジになっております。特にオレンジを見ていただければと思いますけれども、脳神経外科や外科、あるいは形成外科、救急科、産婦人科といったところが、それぞれ1,860時間超え以上の医師の割合が多いような診療科になっております。

47ページは全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）について、これは令和5年に閣議決定されたものでございまして、その中でも医師偏在対策を示されております。



す。

読み上げますと、医師の偏在対策の観点から、医師養成過程における取組を進めるとともに、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度において、管理者として評価する医療機関を拡大するなど、医師が少ない地域での医師確保の取組について更なる検討を進める。あわせて、オンライン診療の活用やタスクシフトシェアの推進を図る。

また、医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在是正に向けて、医学部臨時定員、経済的インセンティブや外来医師多数区域における都道府県知事の権限強化をはじめとする規制的手法の在り方について検討すると示されております。

こういったことを踏まえまして、その次ページに、今後の偏在対策の方向性案をお示ししております。

まず、医師養成過程を通じた偏在対策や医師確保計画を通じた各都道府県の取組を通じて、これまで偏在対策を行ってきておりまして、若手医師の地域偏在については改善傾向にあるものの、実効性のある医師偏在対策の検討が今後も必要であると考えております。

左に、これまでの医師偏在に関する取組としてまとめており、医師養成過程を通じた偏在対策としては、地域枠や地元出身者枠の活用、臨床研修医の募集定員の設定や専門医制度における採用上限数の設定、そして、都道府県における取組としまして医師確保計画を通じた取組を行っております。

また、右に、医師の偏在に関する現状を記載しており、地域偏在につきましては、若手医師の地域偏在については改善傾向であるものの、都道府県・二次医療圏単位での医師全体の偏在は課題であって、また、地域枠は十分に活用されていない都道府県もあるという状況でございます。

また、診療科偏在につきましては、多くの診療科で医師数は増加しており、特にリハビリテーション科や泌尿器科、産婦人科などの若手医師は、その他の診療科と比較しても増加している一方で、外科は全体として平成20年度以降横ばいであって、特に若手男性医師は減少傾向であるというような状況でございます。

こういったことを踏まえまして、今後の医師偏在対策について御議論いただければと思います。医師養成過程を通じた偏在対策や医師確保計画を通じた各都道府県の取組など、複数の取組を通じて偏在対策を行ってきておりますが、今後、さらなる偏在対策としてどのような実効性のある取組が考えられるか。そして、少し具体的な論点として挙げさせておりますけれども、これまでの医師偏在対策を踏まえ、今後、どのような世代、あるいは診療科などに着目した取組を検討する必要があるか。例えば中堅以降の医師への取組、若手医師数の伸びが少ない診療科や長時間労働となっている診療科に対する取組などを検討してはどうか。

また、既存の対策についてさらなる改善は可能か。これは臨時定員に限らず恒久定員の地域枠も含みますけれども、地域枠の診療科指定や地域指定の強化、あるいはキャリア形成プログラムの幅広い活用など、そして、先ほどお示ししました改革工程を踏まえてどの

ような取組が考えられるか。

こういったことについて御意見・御議論をいただければと考えております。

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。

ただいま御報告いただいた内容でございますけれども、3つの課題がありました。

第1の課題は令和8年度の医学部定員の方向性ということで、これは11ページにまとめられております。

もう一つが医学部の臨時定員の配分についてということで、これは17ページに書かれております。

最後に今後の医師偏在対策についてということで48ページに書かれているわけです。

最初の医学部定員の方向性と臨時定員の配分については非常に関連が深いので、まずはこの定員の方向性と臨時定員の配分について、まとめて御意見を頂戴したいと思います。一通り御意見を伺った後、残りました今後の医師偏在対策についての議論に移りたいと思います。

それでは、最初の医学部定員の方向性について、それと、臨時定員の配分について御意見・御質問等をいただければと思います。いかがでございましょうか。

木戸構成員、お願いいたします。

○木戸構成員 今回、定員を増やすことなく上限を決めて、その中で臨時定員の必要性を慎重に検討した上で、真に必要な範囲で設定してもらおうという事務局案の方向性にはおおむね賛成です。その上で、意見と1点御質問をさせていただきます。

これまでの議論の中で、長期的には医師数を抑制していくべきという意見が過去2回の検討会で多くありました。それを踏まえまして、各都道府県におきましては臨時定員を置いたそもそもの原点に立ち返りまして、もし、その目的にそぐわないのであれば、できるだけ速やかに適正化することを真剣に検討していただくべきだと思います。お隣の韓国でも医学部定員増がなされるということですがけれども、定員増の8割を地方医大として、首都ソウルでは増やさないということでメリハリをつけているようです。臨時定員の配分において、参考にするべきこともあるかもしれません。

現在、少子化が加速しており、私も産科医として生まれる子供がどんどん減っていることを目の当たりにしております。人がふんだんにいれば、医学部に入ってもらって医師をどんどん現場に供給してもらうことも可能かと思えます。

我が国の科学技術力は国際的にも低下が著しいと言われており、学術団体、すなわち学会の所属人数についての調査でも人文系はもちろん理工系では若手会員の不足が大きな問題となっています。臨床医学だけがその中で大幅に伸びていることが報告されています。環境とか気候変動、資源、エネルギー、多くの地球レベルの課題に取り組まなければいけない中で医療だけを守ればいい、少ない若者を医療に多く従事させればいいという狭い視点ではなくて、国として限られた人材をどの分野にどう配分していくべきか、そういった

全体的な視点の中で議論をするべきと私は思います。

そこで1点質問なのですが、都道府県が臨時定員の必要性を慎重に検討した上で、真に必要な範囲で設定するというところ、その検討の結果につきまして、本当に真に必要な範囲かどうか、これを今後どのように精査をしていくのか。万一、その中で真に必要な範囲ではないというような定員が設定されている場合があれば、その場合、どのように対応する予定なのかをお教えいただきたいと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見と御質問であったわけですが、まず、御質問についてお答えいただければと思います。また、御意見についても何かコメントがあればいただければと思います。よろしく申し上げます。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

臨時定員の各都道府県の設置につきましては、基本的には都道府県間、都道府県の中の偏在を是正する、あるいは必要な診療科を指定するというようなことを現在行っていておりますので、まずはそういった取組がなされているかどうか、実際に医師少数区域があれば、そういったところにしっかりと配置されているかというようなことを、これまでも各都道府県の取組として、見させていただいておりました。

その上で、そういった取組があまりなされていないとか、十分に守れていないというようなところについては、そもそもの臨時定員の設置の目的にそぐわないというような面があるのではないかとというようなことで、事務局のほうから、そういった少数区域、あるいはその診療科というようなところに設置することを促していったようなことがございます。

これまではそういった前提や取組を促した上で臨時定員を設置していたというような状況もありますが、今後、こういった医学部定員をどの程度設置すべきか、臨時定員をどのように設置すべきかという御議論の中で、例えば臨時定員の目的に十分に沿っていないようなものについて査定するのかということについては、今回の議論も含めて検討いただくところかなと思っております。

今後、需給推計が全国的には均衡し、そして、供給が需要を上回るという中では、恒久定員にまず地域枠を設置する、あるいは地元出身者枠を設置することを考えた上で、それでもなお必要な分は臨時定員で設置するという考え方の下、実際に必要な範囲はどのようなものなのか、どこまで臨時定員の目的に沿っているのかということを見た上で、今後、各都道府県、あるいは大学の意向について検討の上、お認めすることになるかと考えております。

○遠藤座長 よろしいですか。

木戸構成員、何かコメントはございますか。

○木戸構成員 きちんと対応していただいて、不公平がないように、それから、現状維持

をしていこうという動きにならないように、きちんと見ていただければと思います。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。

それでは、神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員 今後の偏在対策は後ほどの議論ということなので、最初に医学部定員等の話をいたします。恐らく偏在対策で効いているのは地域枠のみと言ってもいいと思うのです。そういう意味では、地域枠だけではない偏在対策をきちんともっと進めないと、医学部定員を減らすということは時期尚早だと強く思います。そういった意味で、11ページにありましたように、今回、令和8年の医学部定員について、令和6年の水準でやる、減らさないということに関しましては賛成いたしますし、まだ減らす時期ではないと強く思うところでございます。その上で、2つ質問をさせていただきます。

1つ目、これは確認みたいな質問になるとは思いますけれども、5ページ目に今後のスケジュールの案がございます。短期的課題のところにあるわけですがけれども、例えば今年の春になりますと意向調査があつて、各都道府県・大学への臨時定員設置の検討等が始まると書いてあります。ということは、令和7年度について、現時点で、もう間もなくということになるとは思います。

そういった意味で、このプロセスはどのようにしてやるのか。先ほどの木戸構成員の話につながるかもしれませんが、各都道府県が臨時定員をつくりたい、あるいは大学がつくりたい、例えば医師多数県だとしても、その多数県の中のまだら模様というか、医療圏ごとの偏在もあるわけなのです。そうすると、例えば多数県だとしても臨時定員を増やしたいとかいうような話があがる可能性がある。その辺の調整というのは、どこでどうやって、そのプロセスはどうするのですかということをお伺いしたいと思います。この春から夏にかけて、非常にスピード感を持っておやりになるようですので、その辺のプロセスをお聞きしたいというのが1点目でございます。

2点目、各都道府県によって恒久定員内の地域枠に非常にまだら模様があります。先ほどありましたように、青森県では恒久定員の中に非常にたくさんの地域枠が入っているわけですがけれども、これは大学の自治とか方針で恒久定員の中に地域枠をつくるのか、つくらないのか、あるいは文科省から何らかの指導があるのか、あるいは例えば都道府県からの寄附講座等で恒久定員内の地域枠をつける、つけない、その辺の各々の事情を調査されていますでしょうか。もしあるとするならば、グッドプラクティスといいますか好事例、たくさんつくっている都道府県の好事例をほかの都道府県に対して示すことも必要なのではないのかなと思います。

以上、2つの質問でございます。

今回の構成員の国土構成員も馬場構成員も私も絶滅危惧種の外科であり、ここに3人も構成員がいることを不思議に思いながら聞いておりました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、事務局、質問に対応をお願いいたします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

まず、今後の臨時定員の設置・配分のプロセスでございますけれども、通常、これまでは意向調査を春頃に行った上で、先ほど申し上げましたように、各都道府県・大学の臨時定員の設置が目的に沿ったものなのかどうかというものを個別に確認した上で、お認めしていたような状況がございます。

そして、今回も同様に、まずは各都道府県・大学で、どれぐらいの臨時定員、あるいは恒久定員を設置するかというものを調整されているかと思えますけれども、そういった意向について確認した後に、その意向を踏まえて、今回あるいは今後御議論いただく配分方針を踏まえて、どれくらい臨時定員を多数県から少数県に配置するのかということについて検討できればと思っております。それはこの検討会の中でも各都道府県の状況等を提示し、情報を提供させていただいて、その御議論も踏まえながら各都道府県、あるいは大学への設置を考えられればなと思っております。そのプロセスについては、おおよそ夏ぐらいになるのではないかと考えております。

次に恒久定員でございますが、こちらは現状、恒久定員内地域枠がどういう事情で設置されているかという全国的なデータは持っておりません。一方で、例えば宮崎県、宮崎大学で申し上げますと、もともと臨時定員地域枠が設置されていましたが、医学教育の質が懸念されるということで臨時定員地域枠を減らして、すなわち医学部定員数を減らし、必要な地域枠を恒久定員内に設置されるというようなこともされたと同っておりますので、そういったことも一つ参考になるのではないかなと思っております。

○遠藤座長 神野構成員、いかがでしょうか。

○神野構成員 先ほどのプロセスの話は、そうすると、調整というのは厚生労働省がやるということでよろしいのですか。お宅の県は要求が多すぎるのではないですかとか、お宅は医師多数県だから、先ほどの配分法の話になりますけれども、少し減らしてよその県に回しますといったようなことは厚生労働省がおやりになるということですか。

○遠藤座長 事務局、お願いします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

どのように各都道府県からの意向を配分すべきかということは、今お示ししております配分方針の案を踏まえて、まず、この検討会の場で、その方針について御議論いただければなと思っております、その方針を踏まえながら、各都道府県の状況もこの検討会の場でも御相談させていただきながら、最終的には厚生労働省と文部科学省で決定するというプロセスになろうかと考えております。

○神野構成員 了解いたしました。

ぜひプロセスを私たちにも公開していただきたいと思えます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、先ほど来、お手を挙げておられました中村参考人、お願いいたします。

○中村参考人 花角知事の代理として意見を述べさせていただきます。

今回の案ですけれども、医師少数県に配慮した配分など、臨時定員のことについて御提案いただいたことにつきましては、医師少数県の当県といたしまして感謝を申し上げます。

一方で、今回事務局からは令和8年度の医学部定員数の上限を令和6年度の定員数である9,403人に抑えるというような案が提示されておりますけれども、医師少数県から前年比増となるような意向があった場合に、医師多数県の定員の一部を医師少数県へ配分することについては、どの医師多数県のどの大学の定員を振り分けるかなど、調整は非常に難しいものと推察されます。

しかし、今の神野構成員の質問にもございましたが、これからということですのでけれども、上限を超えた場合の調整方法が今のところ具体的に示されておられません。また、医師多数県の臨時定員につきましては、それぞれの都道府県の必要性の判断に基づいて設置されているものと承知しております。そのため、医師少数県の事情により臨時定員を増やすとした際に、その意向が直接医師多数県の定員数に影響するというようなことにつきましては違和感を覚えているところでございます。

また、医師多数県が応じるような保障もない中で上限を抑えてしまえば、医師少数県が将来の必要医師数を確保するために前年比増となる臨時定員を意向しても、増員できる余地がないことになってしまうということでございます。

さらに医師の偏在につきましては、繰り返し述べさせていただいておりますけれども、令和5年に公表された医師偏在指標と令和2年に公表された医師偏在指標を比べますと、全ての都道府県の指標が増加しているのですけれども、一番上と一番下の格差は拡大をしている。また、先日公表されました令和4年の医師・歯科医師・薬剤師統計におきましても、医療施設の従事者数は2年前よりも増えているものの、人口10万人当たりで最も多い県と最も少ない県との差は約1.9倍ということで、前回の調査とほとんど横ばいのみであるということです。そうした中で、上限を抑えることが適当なのか、医師少数県の医師確保の観点からは疑問を感じているところでございます。

第1回に花角知事が申し上げましたとおり、医師増加ペースの見直しは医師不足が深刻な医師少数県の医師採用数に影響する問題であり、見直しを行うのであれば、真に実効性のある医師の地域偏在対策とセットで行われることが必要だと考えています。真に実効性のある地域偏在の対策の議論はこれからということでございますので、さらに医師の働き方改革による地域医療への影響、そういったものも見定めないままに医学部定員数を抑制するという方針を打ち出すのは早計であると考えております。

繰り返しますけれども、医師増加ペースの見直しについては、真に実効性のある地域偏在対策とセットで行う必要があり、それまでの間は令和元年度の9,420人を上限とするこれまでの方針を維持していただきたいと考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

これは御意見として承るといふことでよろしゅうございますね。

また、臨時定員増の配分については、今後も議論をすることが先ほど事務局から示されましたので、ただいまのような視点からの意見も反映した形の議論をしていきたいと思っております。

それでは、馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員 最初に結論を申しますと、私自身の考えは厚生労働省の原案並びに最初に意見を述べられました木戸構成員の考え方とほぼ同じように考えております。理由は、現在令和8年度の医学部入学定員を考えておりますが、その入学してくる人たちが本当に一人前として活躍するには卒後10年ぐらいかかるとすれば、18年後の医師数ということになります。したがって、今現在、想定以上に少子化が進んでいる状況の中であって、医師だけを増やし続けることには若干問題があるかと思っておりますので、日本全体でどういう職種の方々を増やすべきかという俯瞰的な観点で議論する必要があるかということから、原案にはほぼ賛成と思っております。

それから、医師多数県から少数県に臨時定員を動かすというところは技術的に非常に難しいと思うのですが、もう一つ考えておかないといけないのは、医師多数県の中でも35歳未満の医師数が増えていない。ですから、10年後、20年後には医師少数県になろうと思われるような件がございます。例えば熊本県もその一つでございます。したがって、医師多数県という大きなくくりで議論するのは若干リスクがあると思っておりますので、医師の総数プラス若手医師がどれくらいいるかということを考えないといけない。

3点目は、診療科偏在と地域偏在の問題をセットで考えないと、総数だけを議論してもなかなかその地域において必要とされる診療科の医師が必ずしも確保できない。私も外科で一番少ない診療科ですので、その点は強調しておきたいと思っております。

もう一つは、医療の効率性を考えますと、地域の中でも県庁所在地は医師が比較的多くて、県庁所在地以外の地方になりますと医師が少数です。ただ、そういう地域は住民そのものが高齢化して減ってきているので、そこに医師のマンパワーだけを補うということではなくて、これからの時代は医療DX、いわゆる遠隔医療とかを活用しながら効率的な診療をしていくことを考えておかないと、頭数だけ増やしても効率的な医療が維持できるとは考えられないだろうということを申し添えたいと思っております。

以上です。

○遠藤座長 どうもありがとうございます。御意見として承りました。

それでは、釜菴構成員、お願いいたします。

○釜菴構成員 今、皆様からお話が出ましたが、既に馬場構成員からも指摘があったように、今、医学部の入学定員、特に臨時定員をどうするかという議論をして結論が出ても、その効果が出るまでには大分先の話になってしまって、そのときの状況はなかなか予測できないところがあります。

したがって、私はこの問題になるべく早く取り組んで、新たな段階に進めなければいけないと常々思っているわけですが、今回、令和8年度の医学部定員について、令和2年度水準の最大の9,403ということ仮にそれを上限として検討する、それよりは増やさないということで検討するのであれば、それは皆様の合意が得られるのであれば、やむを得ないかなと思います。思いとしてはもっとさらに進めるべき、進めるというのは、先々の状況を踏まえて新たな方向性に進むべきだと思っはいるのですけれども、その点はやむを得ないかなと思います。

その中で、これまでにお話が出ている17ページの下のほうに書いてある新たな取組については、細かく協議をしていって、臨時定員を仮に増やそうという医師少数区域と、それから減らされるかもしれないという地域との間での調整は確かなかなか難しいだろうなと予測しますが、今日の資料の15ページの医師多数県、少数県の実際の地域枠の医師の配置状況を見ると、県によっては医師多数区域、ですから、これを見るとオレンジ色のところはかなり配分されている、あるいはほとんど100%オレンジ色というところが医師多数県で見られる一方で、少数県のほうもいろいろばらばらだなという感じがします。

その意味では、17ページの試案の中で、医師多数県のうちの一定数は、場合によっては医師少数県に移すというような検討がなるべく実効性を上げてくるといいかなと思います。

しかし、この前提としては、総定員の上限はいじらないという中では、確かにそういうことが検討されると思いますけれども、今後、定員を削減しようということになった場合には、この検討では不十分であって、要は今の議題とは違って後で検討すると言われている医師の偏在についての新たな改善策・解決策について別途検討がなされないと、これは駄目だろうなと思います。ですから、これまでの定員を考える以外の医師偏在解決策をしっかり打ち出すのとセットでいかないと、今後の定員を削減するという議論は進まないのではないかなと感じています。

それで、この調整の時期が先ほどのスケジュール表のところに出ていましたけれども、そんなに時間的余裕はないと思うので、まずは総定員をこれまでと同様ということを決めたとして、さらに多数県と少数県との配分についての議論がなるべく進捗することを願いたいと思います。

意見を申し述べました。以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、オンラインの印南構成員、お願いいたします。

○印南構成員 全体として私自身は事務局案及びこれまでのいろいろな意見に賛成です。

17ページの真ん中の段の上から4つ目に、ただし、「医師多数県の臨時定員地域枠の意向が云々、令和6年度比5分の1を上回らない範囲で意向を認める」という記述について、この5分の1という合理性が今ひとつよく分からない。それから、基本的には木戸構成員がおっしゃったように、真に必要な臨時定員をきちんと検討することが重要で、そのための基準、地域における不足もあるでしょうし、それから、診療科も一緒にセットで考えて、



どの診療科のどの地域にどういう臨時定員の配分が必要かを確定した上で考えればよいのであって、このような5分の1というのをあらかじめ設定する必要はないのではないか。このような枠を事前に設けること自体、私は違和感といいますか、変なメッセージを感じてしまいますので、この部分は意見として申し上げさせていただきます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見がありましたけれども、5分の1の考え方について御質問もあったかと思imasuので、事務局は何かコメントがあればお願いします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

5分の1については特に明確な何かしらの根拠ということではございませんけれども、各都道府県、あるいは大学が実際に今の臨時定員の定員から仮に削減されるとした場合、その影響ということについては配慮する必要があるだろう。つまり、10ついていたものがいきなりゼロになるというようなことは、その都道府県、あるいは大学にとって非常に影響のあることも考慮されますので、そういった点で一定程度の目安として5分の1ということをお示ししているものでございます。何か5分の1にこだわらないといけないというようなものではないと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

この問題についても今後も議論されるということでもありますので、5分の1の問題についても、そこで議論をするということだと理解しております。

それでは、国土構成員、お願いいたします。

○国土構成員 結論から言いますと、私も原案については賛成でございます。

全体の方向性としては釜薙構成員がおっしゃったように、地域枠が非常に有効であったということは皆さん認めるわけですが、これ以上増やすことが本当に有効なのかということについては慎重にならなければいけないと思imasu。そういう意味で、全体の定員をこれ以上増やすことについては抑制的でなければいけないと思っております。

その中で、他の構成員もおっしゃいましたが、例えば15ページの図7を見ると、都道府県・大学によってまだらであるということ、それから、恒久枠と臨時枠との比率についてもまだらなことは大変気になります。そういう意味で、それぞれどういう事情があるのか、各県・各大学に可能であれば調査をお願いしたいと思imasu。

それから、多数県に191の地域枠があるので、一部分を少数県に振り分けるというのは総数を増やさないという工夫としては非常に有効ではないかと思imasu。

15ページに戻りますが、例えば東京は25の地域枠がある中で、少数地域は島嶼部なのでしょうけれども、少数地域での勤務医師数は非常に少ない。逆に、千葉県も34あるわけですが、少数地域の青が多いということは有効に活用されているように思imasu。神奈川県は57ありますが、あまり医師少数区域に派遣されていない。このようなまだらの事情については今後、可能であれば調査をお願いしたいと思imasu。

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でしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、定員の問題と臨時定員の配分についての御議論は一通り承ったと考えさせていただきます。

実はスケジュールの関係で、令和8年度の医学部定員の方向性については早めに決定したいということでもありますので、本検討会でまとめたいと私は思っております。それ以外の検討についても今後の議論の中でしていければと思います。そういう意味で、心づもりとしては今後の医学部定員の方向性については、この検討会で方向性を定めていきたいと思っております。

ただ、それを考える上でも一つ残しておりました今後の偏在対策とも関係いたしますので、議論としては今後の偏在対策の方向性についても承りたいと思います。今後の偏在対策の方向性について御意見をいただきたいと思っております。いかがでございましょうか。

国土構成員、どうぞ。

○国土構成員 外科医についての話がありましたので、外科医の1人として意見を申し上げます。これまで診療科別の医師数の変化というデータは公表されてきましたが外科医が減少しているという実感と合う明瞭なデータがありませんでした。ところが今回、36ページの外科の減り方を見ると、かなりその傾向が明かになっているのかなと感じます。

前回お話ししたかと思いますが、外科医（日本外科学会会員）の人口ピラミッドを描きますと、ピークが今は60歳であります。その後消化器外科学会にもお聞きしました。消化器外科というのは一番外科の中で多いサブスペシャリティでありまして、しかも地域を支える病院の一番主な外科医療をその人たちが担っている。腹部の手術をやりますし、緊急も受けます。それから、抗がん剤の治療も日本では消化器外科医が多くやっている。場合によっては内視鏡の検査もやる。そういう地域医療を支える人たちなのですが、それが非常に減っていると思っております。

実は消化器外科学会にもお聞きしたところ、人口ピラミッドを描くと全く同じ傾向、60歳にピークがあるという事実がわかりました。そういう意味で、私の提案としては外科学会、あるいは消化器外科学会に参考人として出ていただいて、最新の状況と偏在対策などについて、ここでヒアリングをさせていただくのも一つ有効かなと思っております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

今後の議論の進め方について御提案をいただきました。参考にさせていただければと思います。

それでは、神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員 いろいろ数字を出していただきましたけれども、恐らく皆さんが漠として何か最近変だよねというのは、若いドクターのビヘービアが変ですよねということは感じ

ていらっしやる。恐らく価値観が変わってきて、ここにいる構成員の方ではなくて、本当に若い方、そういった意味では参考人として若い方もありなのかな。若い方の働き方とか、若い方の価値観といったものを私たちが学習する必要があるのかなと思います。

前回の会の資料ですけれども、特に東京都で若い開業医が非常に多いというような特異なデータが出ておりました。恐らく東京に今一極集中ではありませんけれども、医師もたくさん集まり、いろいろなサービスも東京に集中していて、その中で、恐らく若い人たちは機を見て、若い診療所医師が増えているのだと思います。

そういった意味では、東京でなぜそうなったのか、それが今後の偏在対策の鍵になってくる気がします。東京を制すれば、ほかの地域でも分かるのではないのかなと思います。そういった意味で、今、お話ししたのは病院・診療所偏在とか、もちろん診療科偏在とか、その辺のところは東京は先を行っているのではないのかなという気がいたします。ぜひ今後の議論で進めていただきたいなと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

東京だけそういう傾向が顕著であるということなので、その原因を調べるべきであるというお話だったと思います。参考にさせていただきたいと思います。

それでは、釜菴構成員、お待たせしました。

○釜菴構成員 偏在というのは地域の偏在と診療科の偏在が問題になるわけですが、今、御議論が出ていた診療科の偏在について考えてみますと、私自身が医師になった頃に診療科の偏在が問題になるかもしれないという懸念は、もう四十何年前にもありましたけれども、しかし、それほど大きな問題にならずに、それほど大過なく来た時期が長かったようにも思います。

しかし、現状はこの診療科の問題は非常に深刻な問題になってきていて、これは我が国で合意が得られるかどうかというのは、まだ今分かりませんが、新たに医師になった人がどの診療科を選ぶかということについて、国として管理をしなければいけない時期に来ているのではないかなと私は思います。

その方法は諸外国の例も参考にし、そして、これから医師になっていく人たちにもちゃんと了解してもらえる形でなければならないですけれども、診療科を選ぶに当たっては、ある枠の中でどういう順位づけをするかということも含めて考えなければならない。

先日、放射線科の方々の会議に出てお話を伺う機会がありましたけれども、放射線科の診断医というのは今後さらに必要になってくるということを強く言っておられました。それぞれの診療科の事情がありますので、自分のところは減ってよいというような科はないと思うのですけれども、国全体としてどのように考えて、養成数をどのようにするかというのは、もう決めていく方向でないかと駄目ではないかなと私は思います。その決め方については今後検討です。ですから、診療科偏在はそういう形でないと、自然の流れに任せていたのでは駄目だというのが私の認識です。

もう一つ、地域偏在については冒頭でも申しましたけれども、医学部の定員を操作して地域偏在を解消するのはかなり限界がありまして、医師になった人が働く場所を短時間・短期間でもいいから少し変えて医師少数県で仕事をするという体制を取らないと、流動していくようにしないと絶対駄目だと思います。これを併せてやれば、医師少数県の方々にも納得していただいて、確かに少数だけれども、花角知事からも大変切実なる御意見がありましたけれども、そういうところも納得していただけるようにするためには、医師が少し動いていくことについて考えないと駄目だと思います。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。重要な御提案をいただきました。

特に後者のほうについては、現状のシステムの中でもいろいろと考えられることはあるかと思えます。

前者については大変重要な御指摘でありまして、これはこれまでの仕組みを大きく変えることになりますので、これについてはまた議論を進めていければと思います。

中村参考人、お待たせしました。

○中村参考人 偏在対策についてです。まず、22ページの35歳未満の医師数の推移についてのことで、医師少数都道府県と医師多数都道府県の増え方ですけれども、こちらはかなり医師少数県が増えているというようなことで、これは事実だと思います。この中で増えているものについては、人口が多い千葉県や埼玉県といった首都圏や近郊の大きな増加が影響しているということが大きいのかなと考えているところでございまして、まだ、地域偏在はなかなか解消されるような状態ではないということで考えます。

その上で、偏在是正に向けた実効性のある対策としましては、全国知事会では医師が少ない地域における一定期間の勤務の義務づけ、また、医師少数県で構成する知事の会では医師が充足している地域・診療科の定員、それから、保険医の定数を設定するなど、今の釜菴先生のお話にもあったかと思えますけれども、そういった抜本的な対策の実施についての提言をさせていただいているところでございます。そういう提言の内容も踏まえまして、ぜひ踏み込んだ議論を行っていただければと考えているところでございます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

木戸構成員、お願いいたします。

○木戸構成員 神野構成員がおっしゃったように、若手の価値観を踏まえて検討することはとても大切ですし、国土構成員の御提案のように減少して困っている外科などの診療科とか、それから、医師が少ないところで頑張っている地域の先生から実態のヒアリングを行って、課題と対応を考えるという進め方には私も賛成です。

今、コスパとかタイパとかを考える若手も大変増えてきていますけれども、昭和時代のやりがいとか根性論を振りかざしても誰もついてきません。労働量に見合った適切な待遇とか、貢献に応じた報酬とする、そういったことをやっていかないと、性別にかかわらず

人間としての生活ができて人並みに子育てもできるようにしないと担い手が確保できません。医師が子供を持たないことも望ましくなくて、少子化がますます進んでしまうことはよくありません。

医師偏在対策に対する取組は、もちろん地域医療構想とか働き方改革とともに一体的に進めるべきものですが、その中でも偏在解消のために、医師の働き方改革はもっとてこ入れするべきと私は日頃考えております。いよいよこの4月から始まる医師の働き方改革では、初めて時間外労働の上限規制が設定されて、ある程度一步前進したところがありますけれども、この医師の働き方の根本とか、医療の在り方そのものをこれからどうするか、少なくなっていく人数で医療の質をできるだけ保つように、効率的に業務を行う工夫を進めようといったところを議論するよりも、宿日直許可、自己研さんなどで見せかけの労働時間をできるだけ減らそうとする動きが先行していることは大変残念なことです。

現状を維持して医療提供の激変を緩和しようとする取組はもちろん必要ではありますがけれども、当直明けもそのまま普通に働いてもいいことになってしまっ、勤務医の1人として私は大変残念に感じているところです。

また、今、地域偏在とか診療科偏在の問題もありますけれども、平日昼間と夜間・休日の時間偏在というものも、もっと真剣に取り上げるべきことです。夜間・休日で病気やけがが発生しても対応できる場所がなくなってしまう、あとは対応できても不十分な人員やリソースしかなくて結果が悪ければ、せっかく対応して頑張った医師が責められる。そういった困った事態が解消されなければ、医師の偏在は決して解消することはありません。

本日は動画配信で多くの国民の方も御覧になっているということですがけれども、夜間・休日の救急患者に対応しているのは、前日も翌日もずっと病院にいて家に帰っていない医師かもしれないということをぜひ御理解いただきたいと思ます。

あと、私も女性医師で、女性医師支援にこれまでずっと取り組んでまいりましたけれども、実際に女性医師が増えてきており、医学部入学者においても女子学生が男子学生を上回る大学も出てきています。女性が増えればワークライフバランスのいいところで働きたがる、当直をしないなど、否定的に捉えられやすいですがけれども、本日お示しいただいた詳細なデータを見ますと、美容外科では実際は女性ではなくて男性が増えているとか、外科に進む人は男性では減っているのに、女性では外科に進む人がむしろ増えているなど、イメージと実態が大分異なっていることが分かりました。我々産婦人科も大変ですがけれども、女性が増えてきております。そういったところを積極的に選んで頑張ろうという女性が少なくないことに私は大変頼もしさを感じております。

最後に国への要望です。国の制度設計一つで現場の働き方は大きく変わってきます。例えば年5日の年休取得を罰則つきで義務化したところ、我々医療現場でも年休取得率が初めて上がってきました。また、男性育休も同様です。年休取得とか男性育休も初めは利用日数がわずかであってもいいのです。実際に現場で取りやすくなる。そういった風土づくりにつながる効果は大変期待できます。

制度としてぜひ要望したいものとして、宿日直許可には有効期限がないので、例えば50年前に取得したものでも実際にオーケーなのです。現状に見合っているかどうか、定期的に見直すように、現場に即した制度改革にさせていただくように、ぜひ御検討いただきたいと思います。厚生労働省は労働者を守るのも大変なミッションと考えておりますので、今後の取組に期待しております。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

非常に多岐な視点から、しかも現場の感覚で御指摘をいただきました。今後の議論の参考にさせていただければと思います。

馬場構成員、お待たせいたしました。

○馬場構成員 私は今回の議論の中で、地域偏在対策・診療科偏在対策ということは極めて重要だと思っております。私自身、熊本県、地方に住んでいる、それから、外科医ということから、診療科偏在・地域偏在のどちらにも関わるという立場で意見を述べさせていただきます。

まず、診療科偏在の問題は先ほど国土構成員が御指摘になりましたように、外科医の平均がもう60歳ぐらいにピークがあることとなりますと、10年後、20年後を考えたときに非常に大きな問題だろうと思っております。診療科偏在対策としてシーリングがありますが、シーリングはあまり実効性がない、抜け道がいっぱいあることをぜひ御検討いただきたいと思います。診療科の定員を入学のときからある程度検討していくという方向性に多少なりとも舵を切る必要があるかなと思っております。

それから、地域偏在の問題ですが、例えば熊本県は医師多数県という位置づけになっております。県庁所在地である熊本市には428人の医師がおります。一方で熊本市外は199人、2倍以上の格差があります。ですから、都道府県単位で見た場合の地域偏在ということと同時に、同じ県内において地域偏在、かつ医師の偏在格差があることをぜひ御理解いただきたいと思います。

その理由として、医師の偏在のときに考えておかないといけないのは、子供さんの教育とかの観点で都市部に住みたい、そういうことからできるだけ田舎に行きたくないという医師が増えているのは事実でありまして、多方面の観点から地域偏在対策の検討が必要だろうと思っております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに何か御意見はございますでしょうか。

国土構成員、どうぞ。

○国土構成員 追加で発言させていただきます。釜薙構成員から、そろそろ偏在についてもう少し有効な対策を打つべきときではないかという御意見がありましたが、私もそれに賛成であります。

ただ、方法としてシーリングを強化するとか、定数を決めてしまうとか、そういう強制的な処置は有効ではないと思いますし、医師の1人としてはあまり受け入れがたいと思います。それよりも、どちらかというところ待遇の工夫といいますか、もっとはっきり言えば、報酬の上乗せが一番有効であろうと思います。

例えば最近手術点数が非常に上がって診療報酬としては外科に手厚くなったわけですが、病院の経営者の立場から申し上げますと、その増収分は病院の経営改善に大きく寄与するというか、そのように活用されていて、手術手当など外科医への還元はわずかです。私の病院でも少し手当をつけてはいるのですけれども、どちらかというところ、増収分の大半は病院の経営改善に使われるというところで、なかなか外科医の報酬や待遇面への反映が難しいのが現状です。

それから、定員の話で言うと、1人の医者をつくるのにどのくらい税金が使われているか、私は正確には存じ上げませんが、例えば3000万とか、そういう費用が使われていると考えると、医学部定員をどんどん増やしていくと、それも増えることになります。そういう意味での経済的な効果についても検討が必要かなと思っております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お手を挙げておられます小笠原参考人、お願いいたします。

○小笠原参考人 私は医師少数県の岩手県に住んでいて、しかも脳外科医で、小川先生の弟子です。58ページの初期研修のことで医師少数県が増えていて、多数県が減っているといいますが、全く実感がありません。これはなぜかというところ、実は初期研修から専攻医になる場合、岩手県の初期研修になってもらえば、8割が実は専攻医として残ってもらえるのですが、結局初期研修で岩手県から都会に移ってしまうのです。先ほどシーリングの話がありました。私は甘いと思っています。要するに残らないのです。大学を卒業して、みんな都会に行ってしまうと、ほぼ地域枠しか残らないというのが、多分東北地方のどこでもそうではないか。私はもともと青森県出身で、大学も弘前大学の出身ですのでよく分かります。今、いろいろな話がありましたが、東北地方の現場はそんなものではないと、それを分かっていたいただきたい。

もう一つは診療科の地域偏在、先ほど脳外科が一番時間が多いと言いましたがそのとおりです。学会として、我々脳外科学会はかなりガバナンスを効かせています。ですから、どのくらい都道府県に脳外科が必要かというのをプロフェッショナル・オートノミーでデータを出しています。これは専門医機構に出したことがあります。ですので、そういう自助努力も必要ではないか。国に国と言っていますけれども、学会というものがあるのであれば、そこにガバナンスを効かせてきちんと調べて、どこの都道府県が足りないかというのを出すべきではないか。それがプロフェッショナル・オートノミーではないかと個人的には思っています。

もう一つは、私は脳卒中学会の理事長もしておりますが、対策基本法が出てからプライ

マリー・ストローク・センターをつくって、何分以内にどのぐらいカバーをしているのかというのを全部調べて、99%、1時間以内にプライマリー・ストローク・センターに来られるというデータもきちんと出しておりますので、そういうデータを医者側から出して、あるいは学会が出して国に言わないと、私は偏在といっても、では、何が悪いのだということ診療科からデータを出すことが、私は一番シンプルではないかと思っております。

ちなみに岩手県は、人数は少ないのですが脳卒中センターは充足しています。働き方はどうなのだと言われると、そこが一番心配なのですが、そういうデータも出して、県と協議しています。県庁と我々はかなり協議してしまして、それで配置を決めているということです。首都圏でそれできるか私は分かりませんが、かなり行政とタイアップしてやれば、今言った都会と、それから、岩手県の中でも盛岡医療圏は多いわけですがけれども、協議をした上で人を配置することは可能ではないか。ただ、それが医師少数県だからむしろできるのではないかなと個人的には思っています。これは意見です。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。重要な御指摘をいただいたと思います。

それでは、神野構成員、お待たせをいたしました。

○神野構成員 追加でお願いいたします。私は前の医師需給分科会のメンバーでもありました。そのときからずっとこの議論、偏在対策の議論をしていて、壁としては医師法における開業権の問題とか、あるいは社会保険法とか、いろいろな法律的な壁があって、これはできません、できますというような話が繰り返されてきたわけであります。

ここにいらっしゃる方々、それから、恐らく多くの国民の方も偏在対策は絶対必要なのだということに関しては、もう皆さん同意されていると思います。ぜひ、これまでの議論の蒸し返しではなくて、厚生労働省としても法律改正まで含めたいろいろな合わせ技で、あるところは規制、あるところは規制改革をして、そして、この偏在対策をもう一歩も、もう二歩も進めるという覚悟を持っていただきたいと思ひますし、我々もそれを議論する責任があるのかなと思ひて追加発言いたしました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

これまで議論されたわけですがけれども、さらにそれを踏み進めなければならないだろうというような御指摘だったわけであります。

釜菴構成員、どうぞ。

○釜菴構成員 先ほどの私の発言で少し言葉が足りなかったかもしれません。國土先生からも御指摘をいただきましたが、診療科の枠をどうするかという、それぞれの診療科がその年に採用するというか、その診療科を目指せる医師の数をある程度決めていくことは、私は必要だと思ひて発言をしたのですが、その決め方については、先ほど小笠原先生からお話がありましたが、学会からの検討はぜひ必要だと思ひます。そして、脳外科のレポートについては、今、私も日本専門医機構の理事をしておりますので承知しております。



そのような形で各学会からのいろいろな根拠に基づく提案はぜひ必要だと思いますが、それを踏まえて今度調整しなければならないので、そのためには学会と医師会も入れていただき、あるいは国、そして、国民の皆さんがどう思われるかということをしっかり議論して、ある結論が出て、それに基づいてどのようにすれば若い方々が医師になって、これから頑張っていたかなければならない方々の納得が得られるのかというところのプロセスが必要だと思っております。国が一方的に強制的に決めればうまくいくというような思いでは決してありませんので、ちょっと補わせていただきました。

以上です。

○遠藤座長 補足の御説明、ありがとうございました。

それでは、馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員 診療科偏在・地域偏在の問題を考えると、この構成員のメンバーの方々の私たちの世代と、若い人たちの考え方が随分違ってきている。医療に対する考え方が随分違うかと思っておりますので、若い方を参考人として入れることも一つですし、できれば医学部の学生、あるいは初期臨床研修ぐらいの人たちを対象とした診療科を選ぶとき、あるいはどの地域で働きたいかということのアンケート、何をもってその診療科を選ぼうとしているのか、何をもってそういう地区で働きたいと思うのかという意識調査をして、その結果に基づいて、地域偏在・診療科偏在問題も考えていかないといけないのかなと考えております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに御意見はございますか。よろしゅうございますか。

それでは、先ほど若干触れましたけれども、この令和8年度の医学部定員の方向性については、できればこの部会で結論を得たいと思います。それ以外の2つの課題については今後も検討するというような流れで対応したいと思います。

そこで、この医学部定員についてでございますけれども、様々な御意見を頂戴いたしました。令和8年度の医学部定員の方向性、おおむね令和6年度の定員と同水準でいいという御意見が多かったと思いますが、さらに減らすべきだという御意見もいただきました。

一方で、そういった方向性にするのであるならば、さらに偏在対策を行っていくことが必要であるという強い御意見も頂戴したと思います。

確かにこれまでの医師偏在対策としましては地域枠の制度、あるいは臨床研修、あるいは専門研修について、それぞれ調整をかけてきて、若手医師の地域偏在については事務局から出された資料にありますように、ある程度縮小してきているという実態があるわけでございます。そういうことでありますので、この実効性のある医師偏在対策を議論し、また、地域枠の在り方についても今後検討を進めながら、さらに地域偏在の対策を進めていくことを前提にして、令和8年度医学部定員の方向性については、今回事務局が提案した内容で進めさせていただいたらいいのではないかというのが、座長としての私の意見でござ

ございますけれども、これについて御同意をいただけますでしょうか。

(首肯する構成員あり)

○遠藤座長 特段反対の御意見はございませんか。

これはある意味で地域偏在対策をもっとしっかりやれということが条件についているわけですので、それはそれなりに大変厳しい御指摘だと思いますけれども、定員につきましては事務局提案のとおりということにさせていただきたいと思います。ありがとうございます。

続きまして、医学部臨時定員の配分方法について、それから、今、御意見がありました今後の偏在対策の有効な方法について、これは非常に重要な課題でございますので、今後この検討会で引き続き議論を進める形で対応させていただきます。

それでは、本日の材料は以上でございますけれども、事務局から何かございますか。

○寺村課長補佐 ありがとうございます。

次回の検討会の開催の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。よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 それでは、本日の議論はこれにて終了したいと思います。

本日は長時間にわたり、熱心な御議論をいただきまして本当にありがとうございます。

それでは、これをもちまして、第3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。