

○扇屋医事課長補佐 では、定刻になりましたので、ただいまより「医療従事者の需給に関する検討会 第34回医師需給分科会」を開催いたします。

構成員の先生方におかれましては、本日は大変お忙しい中、御参集いただきまして、誠にありがとうございます。

初めに、構成員の本日の御出欠について御連絡させていただきます。

本日は、戎構成員、神野構成員、永井構成員、中島構成員、堀之内構成員、松田構成員、森田構成員、本田構成員から、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

次に、資料の確認をいたします。

お手元のタブレットを御確認ください。タブレットに不調、あるいはデータが正しく収められていないなどがございましたら、事務局にお申しつけください。

ここで、カメラは退室をお願いします。

以降の議事運営につきましては、片峰座長にお願いさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、片峰座長、よろしくお願いいたします

○片峰座長 それでは、議事の進行をさせていただきます。

本日の議題は、大きなものが2つございます。

1つ目は「今後の地域枠のあり方について」、2つ目が「マクロ医師需給推計の方法について」ということで、御議論をお願いしたいと思います。

それでは、まず地域枠の在り方について、資料1について事務局から御説明をお願いいたします。

○扇屋医事課長補佐 では、資料1をお開きください。「今後の地域枠のあり方について」です。

まず、スライド2ですけれども、こちらは前回の医師需給分科会でお示しさせていただいたもので、医師の需給と医師養成課程における偏在対策について議論する場の整理になっております。一部、前回御意見いただいたところを訂正して反映させたものになっております。

次にスライド3になりますけれども、本日も次回、次々回、3回にかけて地域枠について御検討いただく予定になっております。

まず、大きくは地域枠の設定数に関する問題です。地域枠に係る臨時定員の期限を令和3年度末に迎えますので、それに向けて今後の地域枠の設定数について御検討いただきます。

また、同時に地域枠に関する内容の御検討をいただく予定になっています。

資料のほうを見ていただくと、上のほうからですけれども、総合的な医師の需給バランスということで、マクロ需給推計の方法について本日御議論いただきます。方法を踏まえ

ましてマクロ需給推計の結果をお示しし、またそれを踏まえて都道府県別の将来必要な医師数だとか、地域枠数というものを計算し、それを検討いただくといった予定になっております。

次に、地域枠の内容につきましてはこちらに大きく分けて5つお示ししておりますけれども、本日は地域枠制度のさらなる検証が必要ということで、実態の把握と効果の検証、2点目に地域枠の設定方法、内容について大学ごとに異なるという現状がありますので、地域枠の定義づけについて御検討いただく予定です。

また、次回以降、従事要件だとか、奨学金について御検討いただく予定になっております。

次に、スライド4になります。こちらのスライドは、本日の分科会のまとめになっております。

まず「現状・課題」ですけれども、少子高齢化社会において18歳人口当たりの医学部定員数は増加の一途をたどっています。地域枠の設定、そのほかの偏在対策によって、各都道府県において医師の定着における一定の効果が認められています。

また、地域枠の離脱が一定数、生じております。これらのデータは、後ほどお示しいたします。

次に4点目ですけれども、平成20年より増員してきた地域枠に係る臨時定員の増員が令和3年度末に期限を迎えます。また、現在、全ての都道府県に地域枠に係る臨時定員が設定されておりまして、各都道府県の将来の医療需要に見合った定員設定ではない可能性がある。

こういった現状、課題を踏まえまして「方向性」が下の四角ですけれども、日本全体のマクロ、または都道府県別、地域別のミクロの将来需要に見合った医学部定員、地域枠の設定について議論が必要とさせていただいています。また、ポイントは先ほど挙げさせていただいたとおりです。

次にスライド5を開いていただきまして、「医師需給に関するこれまでの経緯」をまとめております。

まず、「一県一医大構想」の辺りですが、昭和48年～56年の辺りは医師数を増やしているというような時期がありまして、昭和50年代の後半になりまして医師の定員は減員していく方向性が打ち出されております。

また、平成18年になりますと、地域で医師が不足しているという声がありまして、定員の暫定的な調整が必要という御意見、そして平成30年には将来的な医学部定員の減員に向けて医師養成数の方針について検討するというふうに打ち出されております。

これらの経緯を反映させた医学部定員が、次のスライド6になっております。

一方で、スライド7ですけれども、「日本の人口の推移」を見ますと、既に日本の人口は減少のフェーズに入っておりまして、中でも緑色で示されている14歳以下人口というのは減少する見込みとなっております。

次にスライド8ですけれども、「国立大学入学定員の推移」を見ますと、平成19年以降、国立大学における医学部を除く定員数というものは1,476名減少していますが、医学部の定員数は先ほどの経緯もありまして833名増加しているという状況です。

次にスライド9ですけれども、「地域枠設定に関するこれまでの経緯」をまとめております。平成20年度より医学部定員数の増員を開始しておりまして、それ以降、「医療従事者の需給に関する検討会」医師需給分科会の開催が平成27年です。それ以降、第3次中間取りまとめでは平成32年度、平成33年度、令和2年、令和3年度はトータルとして現状程度の医学部定員を超えない範囲で暫定的に現状の医学部定員をおおむね維持するという方針、第4次中間取りまとめでは令和4年度以降の医学部定員数については医師の働き方改革に関する検討会の結論や、医師偏在対策の状況を踏まえて新たに議論を行うこととすると取りまとめていただいております。

次にスライド10ですけれども、これまでの地域枠などについての議論をまとめたものになります。ここで見ていただきたいのが、(3)の「地域枠等の要請権限」というところで、医療法及び医師法の一部を改正する法律が平成30年に施行されまして、都道府県知事から大学に対する地域枠などの設定・拡充の要請権限が創設されております。

その詳しい内容が、次のスライドになっております。

では、次に地域枠の現況についてお示ししていきます。スライドの12ですけれども、「令和2年度地域枠を要件とした臨時定員」というものは平成31年度に比較して64名減少しています。こちらは、11月の医師需給分科会で一度報告させていただいた件ですけれども、その詳しい理由というものを今回お示いたします。

下側の＜減員の主な理由＞のところです。

まず1点目、大学と都道府県との間で調整が困難であったケースです。大学側の御意見としましては、その都道府県の将来需要を見越して臨時定員設定は不要という判断、またはキャリア形成プログラムの内容について大学と都道府県で合意形成できなかったというような御意見がありました。

また、2点目です。都道府県及び大学、ともに臨時定員を削減する意向の場合ですけれども、その理由としましては令和2年度から別枠方式のみを認めるということにしましたので、それを受けて定員が充足しないと判断したというような御意見がありました。

次に細かな内容ですけれども、スライド13、14に「地域枠等の導入状況」を都道府県別、大学別でまとめております。

スライド14を見ていただきまして、まず地域枠などの創設が右下のところにあるのですが、合計数を見ていただきますと1,679という数です。こちらは、医学部定員全体から考えますと、大体6人に1人は地域枠などの学生ということになります。

また、地域枠などが臨時定員に置かれているのか、恒久定員に置かれているのかというところで見ますと、まず臨時定員には840名、恒久定員に839名、地域枠が設定されております。

また、恒久定員の中身について、こちらは参考資料の2のほうに詳しくまとめているのですが、概要をお伝えしますと、大体全体の20%が都道府県の奨学金を貸与されている者、また全体の94%が別枠採用の方式をとっています。

次に、地域枠医師がどれだけ地域に定着しているのか、臨床研修修了者アンケート調査の結果をまとめたものをお示しします。スライド15、16になります。

まず地域枠全体、マル1を見ていただきますと、臨床研修でその都道府県に残る割合というのは88%で、右側を見ていただきまして臨床研修修了後、医師3年目以降に勤務する都道府県というところを見ていただきますと同じく88%と、かなり高い確率となっております。

また、2番目以降ですけれども、地域枠を詳しく見ていきますと、奨学金の貸与がある場合だと92%、奨学金の貸与がなくても88%というような結果になっております。

また、地域枠の中でも地元出身の者に絞りますと93%という割合になっております。

比較対照として4番目、地域枠以外の地元出身者では76%、また地域枠・地元出身でない者であれば38%というような結果になっております。

次にスライド16のほうですけれども、地域枠の中でも県をまたいでいるような地域枠の場合ですが、全体の定着割合は59.5%です。

ただ、隣接県に設定している場合では80%という定着割合になっております。

次にスライド17ですけれども、35歳未満の医師数の推移をまとめております。まずこちらは3市町村の結果を解析したものでして、平成14年を100とした場合にどれだけの伸び率かというのを見ています。

医師偏在指標で3つに分類しておりまして、医師多数都道府県では一貫して増加傾向にあることが分かります。

一方で、医師の少数、多数以外、もしくは医師少数県では一旦、医師数というものは下がるのですが、その後、平成28、平成30年にかけては右肩上がりが増えていくということが分かります。

次にスライド18ですけれども、「地域枠履行状況等調査について」です。こちらは、47都道府県に対してアンケート調査を行った結果になります。回答率100%となっております。

「解析フロー」のほうを見ていただきまして、全体で9,707、地域枠プログラムの適用になった者がいまして、そのうち地域枠を離脱した者が450名です。この450名について、解析した結果を次からお示ししております。

スライド19ですけれども、まず地域枠のプログラムの適用年度別で見た棒グラフになります。入学後の年数とともに離脱率が高まる傾向がありまして、特に学部6年次、卒業後の1年目～3年目に離脱する者が多く認められております。

次に、スライド20です。なぜ離脱するのかという理由をまとめたものになりますけれども、一番多いものが「希望する進路と不一致のため」で、中でも地理的要因、具体的にいますと希望する施設がほかの県にあったとか、出身地に戻りたいというような理由で離

脱する者の割合が多いことが分かりました。

次にスライド21ですけれども、離脱の時期別に分けた表になります。卒業後に離脱するケース、上側になりますけれども、ブルーの「希望する進路と不一致のため」、またはオレンジ色の「結婚」などを理由として挙げる方が多いです。

一方で、医学部の在学時に離脱するケースでは、留年や退学、国試不合格などの理由が多く認められております。

次のスライド22ですけれども、さらに先ほどの結果を地元出身と県外出身で分けたものになります。左側の地元出身者に比べて右側の県外出身者では、「希望する進路と不一致のため」を理由に離脱する者が多く認められております。

次に、スライド23です。「地域枠を離脱した場合の対応」としまして「臨床研修医マッチング」の段階でいいますと、こちらは臨床研修部会の資料より抜粋しておりますけれども、都道府県や大学が地域枠離脱を妥当と評価していない研修希望者を採用決定した臨床研修病院に対して、臨床研修部会でヒアリングを行った上で、医師臨床研修補助金の減額を行うことについてどう考えるかということで、こちらは実際に令和元年度より補助金の減額を行っております。

次に「専門医採用」のステップで言いますと、こちらは厚生労働大臣から日本専門医機構への意見及び要請から抜粋しておりますが、地域枠医師がそのほかの都道府県の基幹病院による採用を制限されるなどの仕組みを整えることということを要請として出しております。

その次のスライド24、25については、参考になります。

では、スライド26を見ていただきまして、これまでの実態を踏まえて「今後の地域枠・地元出身者枠の定義」について提案をさせていただきます。

まず一番上のところですが、地域枠医師というのは地域医療を支える重要な役割を担っております。偏在対策を進める上で、その重要性が増しております。医師本人や地域のニーズに応えるための適切な運用のため、下のような定義を基本としてはどうかとしております。

まず、「地域枠・地元出身者枠共通」ですが、採用方式は別枠方式、または都道府県と大学で連携して設定するという意味合いで、地域医療対策協議会で協議をした上で設定する。

次に、「地域枠」の定義につきましては、キャリア形成プログラムで定める医師不足の地域で一定期間従事することによって奨学金返還義務を免除する。

2点目に、本人・保護者が書面同意している。

3点目に、都道府県境を越えて設定が可能ということにしております。

次に、地元出身者枠につきましてはその都道府県内に一定期間住んでいた、もしくは高校を卒業した者が対象で、キャリア形成プログラムの適用については努力義務とするのはどうかとしております

この中にあります従事要件の細かな内容、または奨学金が必要なのか、不要なのかといったところについては、次回以降検討していただく予定になっております。

次のスライド27ですけれども、「地域枠・地元出身者枠の定義に係る検討事項」として、大学独自の選抜枠というものがあります。先ほど一覧表をお示ししましたけれども、恒久定員の中に地域に定着することを主眼に置いた大学独自の選抜枠を設定している大学が複数あります。この大学独自の選抜枠について、本分科会でお示した地域枠と同じ条件でない場合、そのほかの制度、臨床研修や専門研修に関わる制度において、地域枠医師とみなすことについてどう考えるかということで、視点を4つ挙げさせていただいております。

選抜方式、従事要件の有無、または都道府県との連携がどうなのか、奨学金の設定とさせていただきます。

最後のスライドですけれども、先ほどの離脱の状況の調査結果を踏まえまして、今後の地域枠の定着促進策についてです。

先ほどの結果を受けまして、矢印の1つ目のところですが、今後は入学前のより丁寧な説明、地元出身者がより多く地域枠に応募する入試の在り方、学部教育の充実、キャリア形成プログラムの改良など、検討してはどうか。

2点目に、地域医療を担う医師確保の前例である自治医科大学の卒業生における仕組みを参考としてはどうかとしております。

資料1の説明は、以上になります。

○片峰座長 どうもありがとうございました。

それでは、御議論いただくことにいたします。様々な論点があると思いますので、御自由に議論していただいて結構なのですが、どうしても今日のこの会議で結論を得たい事項が1つだけあります。

それは、26ページ、27ページのところの地域枠の定義で、この分科会できちんと全国一律な定義を作ろうということです。今、様々な大学、あるいは様々な都道府県で異なる地域枠が存在しているわけです。これを統一しようということで、ここに関しては今日結論を得たいということですので、あとは自由に御議論いただいて結構です。それでは、どなたからでも御意見をお願いします。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 意見というよりも確認なんですけれども、奨学金貸与というのは、逆に言うと奨学金が必ず義務になるということなんでしょうか。それとも、必要な人だけに認める。つまり、奨学金をもらう地域枠もいるけれども、もらわない人もいるという整理でよろしいですか。

○扇屋医事課長補佐 奨学金につきましては、今回ではなくて次回以降検討いただく予定ですが、先生のおっしゃるとおりで、奨学金を必須とすべきなのかどうか、そこから御議論いただければと考えております。

○今村構成員 分かりました。次回以降という議論なので、別に議論するつもりはないで

すが、個人的にはお金のある、なしにかかわらず、地域枠という枠自体が医師になりたいと思っている人、地域で働きたいと思っている人にとってみると、そもそも有利な仕組みなのではないかと思っていて、あらかじめしっかりと条件を与えられた上で、それを本人や御両親が了解していれば、お金で縛るという話ではないのではないかと。

つまり、一般枠で受験している人からすると、ある意味、その大学に入って医師になるという道を譲っていることにもなるわけで、地域枠の入学のほうが一般的には入りやすいと思われるんじゃないかと思うので、そこはお金のある、なしの話ではないのではないかと。

だから、どうしてもお金が必要だという人はそれは免除するというほうがいいんじゃないかと個人的には思っていて、次回以降のお話ですけれども、それはなしで今回の御提案ということですね。

分かりました。ありがとうございました。

○片峰座長 その奨学金要件は定義の中に含まないということでもいいんですね。

○扇屋医事課長補佐 そうですね。

○山内構成員 今の今村構成員の論点と同じようなことにはなるかもしれないんですけども、今の資料1の4ページ目のスライドのところに、本日の議題は定義と設定要件ということで、その下に従事要件とか奨学金の設定ということがあるんですけども、今、御指摘いただいたように、その具体的なものがまずどういうふうなものをというのがあるから地域枠の定義かなとちょっと思っておりました。そうしないと、何か漠然と1つがイメージしにくいのかなと1点思っております。

それからもう一つ、同じ4ページ目のスライドの中で一番下のところで「地域枠医師の地域定着（キャリア形成プログラム）」という言葉が使われていて、それで今日議論して決めなければいけないと今、座長がおっしゃった26枚目のスライドですけれども、こちらで「地域枠」の一番上のところに「キャリア形成プログラムで定める医師不足の地域で一定期間」ということが出てきていて、キャリア形成プログラムという言葉の使い方ですね。一般的にキャリア形成プログラムと言われると、どれだけ地域枠にいかなければいけないかということではないようにもとれてしまうので、定義をするのであれば言葉の曖昧さがあるといけないと思っております。

その点で、この中ではキャリア形成プログラムは4枚目にあるように「地域枠医師の地域定着策」なんでしょうけれども、一般的に学生とかが見たら、キャリア形成プログラムと言われると、自分のキャリアをいろいろと相談して、どうするかというプログラムをとってしまうので、ここは具体的にこの4ページ目の「地域枠医師の地域定着策」という形で書いたほうがいいのかとちょっと思いました。その2点です。

○扇屋医事課長補佐 ありがとうございます。

まず、定義づけの中に従事要件など細かな内容がないという点についてなんですけれども、本日はこの地域枠・地元出身者枠の定義のベースラインを決めるようなイメージです。

具体的に次回以降、従事要件だとか奨学金の実態についてお示ししようと考えているん

ですけれども、その実態を踏まえて、では従事要件、奨学金はどうあるべきなのかということを検討いただいて、この地域枠、地元出身者枠の定義を肉づけしていくようなイメージであります。

○片峰座長 2つ目の点は、キャリア形成プログラムが一般的なプログラムと誤解されるから、このプログラムを設定した主体を変えたほうがいいんじゃないかということですね。

○山内構成員 そうですね。特に26番目のスライドの下のほうの地元出身枠のところ、キャリア形成プログラムの適用について、都道府県は学生の同意を得て適用するように努めると、これはすごく誤解されて、一般的に言うキャリア形成プログラムイコール地域枠にどのぐらいいいかということ是一般の定義なんでしょうか。ここでこれが書いてあると、非常に分かりにくいかなと思いました。

○奥野地域医療計画課長補佐 キャリア形成プログラムにつきましては、今、策定いただいている医師確保計画の中にも位置づけていただいている話かと思いますが、基本的には二面性がありまして、その地域に一定期間行っていただくということと、あとは先ほどおっしゃっていたように、どういうキャリアを含むのかというプラス的な意味も両方入っているものであります。

それで、それについては基本的には私どもとして奨学金とセットで考えておりまして、奨学金を貸与するというのと、キャリア形成プログラムに加入をいただくということをセットで考えておりますので、こういうふうな整理とさせていただいている。

地元出身者枠につきましては、奨学金が基本的にセットということの整理は今のところしておらず、地元から出身をしたというところでの枠としておりますので、キャリア形成プログラムが入るかどうかというところがあくまでも任意ということになっているので、こういうふうな整理とさせていただいています。

すみません。お答えになっているかどうかは、分からないんですけれども。

○山内構成員 分かりました。そうしたら、キャリア形成プログラムの定義をしっかりとこの資料に、今おっしゃっていただいたようにお示しをいただいたほうがいいと思いました。

○片峰座長 実質的な問題ですね。

では、どうぞ。

○羽鳥構成員 今日は大枠を決めるということですので、この26ページにある、例えば大学医学部が設定する場合の基準として、1つは別枠方式とする。それから、どうしてもお互い納得できないときには地域医療対策協議会で協議をする。この2点をしっかり決めれば、あとはおのずからいろいろなことは附随してできるのではないかと思いますので、今日はそれだけ決めていただくのがいいんじゃないかと思います。

○権丈構成員 羽鳥先生のお話を伺って、それだったらと思うのですが、26ページのところですが、今まで地域枠は地元枠に限るようにしようかという議論、言葉を使っていたわけですね。それが、これから先、使えなくなるということになるわけでしょうか。



だけど、26ページの上のほうの地域枠医師は地域医療を支える重要な役割を担っているというところの地域枠というのは両方入っているんですね。なるべくそこら辺はあまり変えないで、地域枠には2種類あるみたいなネーミングのようなことで、地域枠は地元出身者枠と、もう一つこういうのがあるよというふうにすると、上の見出しのところと、あるいは今までの使い方と、あとは私の本なども改正しなくてもいいと思うんですけれども、これを書き直さなければいけないなど、恐らくみんな関わっている人たちはそういう状況だと思います。

地域枠は地元枠に限るんだというようにいろいろな議論というのは、その上位概念として地域枠を使っていたので、この辺りのところを少し、今日の上のほうの羽鳥先生のところの濃い色の地域枠のところはこういうふうな別枠方式でやりますよという、ここの決定というのは何の異存もございませんけれども、下の薄い青いところは少し御検討いただければと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 私も何かしっかりとここまでは決めるということは必要だと思うので、上の2点については、もともとこの需給分科会できちんと別枠でやるべきだということは臨時定員でも言っていましたので、これは当然こうすべきだと思いますし、客観的にきちんと地域枠、地元枠をどの程度設定するかというのは、やはり大学ならば大学だけ、あるいは地医ならば地医ということではなくて、しっかりとした公のところを議論した上で、その地域にとってどれだけ必要かということをしきりと検証するという意味では、地対協を活用することが必要だということなので、この2点については賛成をしたいと思います。

それで、先ほどちょっと御質問した奨学金の話は次回以降ということでしたけれども、先ほどの御説明を聞いていると、奨学金とキャリア形成がセットになっている。そうすると、キャリア形成をしてもらうには、奨学金をもらわなければいけないのかというふうにちょっと聞こえたんです。

これは次回以降の議論ですけれども、地域で医療を頑張ってやっという人は奨学金をもらっているようが、もらってまいが、やはりきちんとしたキャリアが形成されることが必要なんじゃないかと個人的に思っています。

それで、質問なんですけれども、地域枠も地元枠もどちらも一定期間という言葉が入っているのですが、都道府県ごとに一定期間というのは変えられるものなのか、それとも国が一定のルールを決めるというつもりで書かれているのか、その点の確認だけさせていただきます。

○扇屋医事課長補佐 まず従事期間という意味での一定期間についてなのですが、こちらについては実態をお示しした上で、今は何年ぐらいが一般的になっているのかということを示した上で、大体のこれぐらいが望ましいのではないかというような方針をこちらの分科会で決めていただければと考えております。

下の居住期間につきましては、今後検討させていただきたいと思っております。

○片峰座長 さっきの奥野さんの御説明は、若干誤解を生むのではないかと思うんだけど、どうぞ。

○奥野地域医療計画課長補佐 すみません。ちょっと混乱を生じさせてしまったかもしれませんが、少なくとも私が申し上げたのは現状そういう傾向があるということで、奨学金とキャリア形成プログラムがセットになって運用されているケースが多いですので、そのことを申し上げたということで、今後、地域枠はどうするのかということは、また個々の検討会でしっかり御議論いただくべき事項かと考えています。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。私も、この26ページの「地域枠・地元出身者枠共通」という太字のところはこの位置づけでいいのかなと思ったんですけども、先ほど羽鳥構成員が一般枠と区別して別枠方式で選抜する。それに納得いかなければ、地域医療対策協議会で協議をした上でというように言われたと思ったんですけども、これは納得いかなければの位置づけではなくて、別枠方式で選抜をして、その選抜枠については地域医療対策協議会で協議をするという意味ではないかと思ったので、その確認を1つさせていただきたいです。

それから、2年ぐらい前になるでしょうか。あまりにも手上げ方式が多かったということが露呈されて、実際、今回の資料を見ていましてやはり別枠になると地域枠が維持できない大学が数を減らしているんだということが分かりましたので、やはりその辺りはしっかりと別枠だということを明記していく必要があるんじゃないかと思います。

それから、地域枠でかつ地元出身者の定着率が高いということからしますと、やはりここはしっかりと進めていくべきじゃないかと思いました。

その上で幾つか、先ほどの確認を含めて質問したいことがあります。

まず、20ページのところの「希望する進路と不一致のため」という離脱した方ですね。これを見てみますと、「希望する進路と不一致のため」以外のところは結構明確に分かる理由の項目になっていて、それに該当しない人が「希望する進路と不一致のため」というところを選ぶんじゃないかなという気がしました。

この「希望する進路と不一致のため」というところを、より具体的に見ないことには、今後の対策が立てられないんじゃないかと思いましたので、これの具体的なさらに詳しい内訳が分かっているのかどうかということと、もし分かっているとしたら調べられるのかどうかをお聞きしたいということがまず1つです。

2つ目に、離脱者450名ということですが、年々減ってきている。この減ってきているのは、例えば補助金の減額をされたということも効果が出ているのかと思います。この補助金の減額のことですが、これまでの地域枠で入った人全てが対象になっているのでしょうか。私のところに離脱した学生の親御さんから相談が届いたりしておりまして、地域枠といっても時期によっては両親の同意とか、そういうものすら明確にきちんと打ち出されているものがなくて、地域枠というものを誤解して入学した学生さんたちもいる。

ところが、今、減額ということがあるので、大学側は離脱ということに非常に強硬に対応されているというようなことでの御相談も聞いたことがありますので、どういう時期から対象になっているのかというようなことを少し確認させていただきたいと思います。

ですので、3つお願いできればと思います。

○扇屋医事課長補佐 まず1点目の定義の話のところですね。地域枠、地元出身者枠、共通のところにおかせていただいた2つのポイントというのは並列関係ですので、別枠方式で納得いかないから協議をするというわけではなく、別枠方式であるし、地域医療対策協議会で協議した上で設定するというところですよ。

次に、臨床研修の補助金についてです。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。最後の3つ目の点に関しましては、23ページ目を御覧いただきますと「臨床研修医マッチング」と「専門医採用」ということで記載しておりますけれども、「臨床研修医マッチング」の1つ目のポツにございますとおり、この臨床研修医の減額等に関しましては令和元年度より開始しております。

ただ、この減額の前に事情をお伺いするようなことは臨床研修医部会でもやっておりますので、やはりその地域枠を他県が取るべきではないというようなことは、この減額の前からかなり周知はされてきていたと思いますので、そういった効果が一定程度あるのかなというふうに分析しております。

○扇屋医事課長補佐 もう一点、御質問いただいていたこととして、離脱の理由のところ地理的要因はもっと詳しく分からないのかという点についてですけれども、こちらについてはそれぞれの個別の回答が、例えば希望する施設がほかの県にあったとか、出身地に戻りたいというような意見をまとめて地理的要因とさせていただきますので、詳しく羅列してお示しすることはできます。

○山口構成員 できれば次回以降また出していただいたらということと、今の26ページのところの2つの条件が並列関係にあるということであれば、この分け方で私も賛成したいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○北村構成員 3つくらい質問があります。

今の26ページの黒枠で定義される地域枠・地元出身者枠と、27ページの一番上に書かれている恒久定員の中に設けられる枠というものの違いですね。

黒い太い枠のものは、恒久定員の外に設けられるものと定義されるんでしょうか。将来、大学の定員を減らすときに、臨時定員より先に恒久定員を減らすというようなこともあり得ると思うんです。臨時定員が地域枠だと、地域枠を削って一般枠だけ残ってしまうというのが将来あったら、せっかく地域医療を考えてきたのに残念な結果になるので、恒久定員と臨時定員とこの地域枠、あるいは地元出身枠の関係を教えてくださいというのが1点目です。

2番目は、地域枠に保護者という言葉が出てきていますが、今、成人が20歳か18歳か分

かりませんけれども、成人の人は保護者がいなくてもいいわけですね。だから、本人の同意だけでよろしいのかなという気がします。

3つ目は、地元出身者枠で地元を1つの県という単位でしか分けられないのか。神戸大学が瀬戸内地方の人よりも山のほうの人に加点していたということで文科省にお叱りを受けていましたが、県の中でも医師不足の地域の高校、あるいは居住していた人を優先するというような仕掛けは各大学で作ってよろしいものなのか。以上、3つです。

○保坂医学教育課長補佐 今の神戸大学のお話については、例えばほかの地域と区別して県内でさらに分けるというようなことが可能かどうかということですが、募集要項にきちんとあらかじめその旨を記載していただくということがまず必要だということと、その区分け自体、社会の理解が得られるかどうかということを設定者である大学がきちんと御説明いただくことが必要であるという条件下で、設定することも可能であると考えております。

○片峰座長 どうぞ。

○扇屋医事課長補佐 2点目の保護者の同意が必要なのではないかという点についてなんですけれども、こちらについてはいろいろなケースを考え得ると思いますので、実際に希望者本人が30代だったり40代だったりというような可能性もありますし、いろいろなケースを含めて、今後どういった定義がいいのかというところを検討させていただければと考えております。

恒久定員と臨時定員につきましては、この地域枠の定義については恒久定員も臨時定員も共通で考えております。

○片峰座長 そこが重要な提案のポイントの1つだと思います。

○北村構成員 ということは、27ページが一番上のポツと同じものであるという理解ですか。

○片峰座長 どうぞ。

○扇屋医事課長補佐 事務局です。27ページは、大学独自の選抜枠についてのお話になります。1つ目のポツについては、現状をお示ししているところですね。現在は、恒久定員の中に大学独自の選抜枠を設定している大学が複数あるという現状です。

○北村構成員 そうすると、26ページの黒い枠の「大学医学部が設定する選抜枠」というのとどう違うんですか。独自という言葉が入っているのと、入っていないことの違いですか。

○扇屋医事課長補佐 現在、27ページの1つ目にあるとおり、大学独自で設定しているような枠がある一方で、昨年からこちらの分科会で定めていただいた臨時定員の部分に入っている地域枠については別枠方式で採用であったり、奨学金の貸与を必須とするとか、そういった定義がしっかり定められている地域枠と、そういった2通り、3通り、いろいろなバリエーションがありますので、今回整理をしたいというような趣旨になります。

○片峰座長 ですから、臨時定員であろうが、恒久定員の中に作ろうが、地域枠の定義は

統一しましょうということですか。それでよろしいですね。

○今村構成員 北村先生からお話があった保護者のことなんですけれども、これはある程度、幾ら約束を本人がしたと言っても、その方の人生のかなりの部分を制限することにもなりかねない話なので、例えば成人であれば保護者という言い方ではないのかもしれないんですけれども、ある意味、契約みたいなお話なので、第三者の方がきちんと一緒に書面で同意をしたということは結構大事じゃないか。

そうじゃないと、水かけ論で言った、言わないとか、そのときはそんなつもりはなかったみたいな話になるので、より第三者的な方、親だったら第三者ではないですが、本人でない方も一緒にそこで保証人じゃないけれども、やはり同意してもらうということは必要なのではないかと考えています。

○小川構成員 小川です。そもそも地元出身者枠、あるいは地域枠の定義を決めましょうというのは、もともと各都道府県で地域枠をどんどん作ってきたわけなんですけれども、それが各都道府県で全く違うクライテリアで作ってきたということが背景にあって、ここで統一しましょうということだろうと思います。

ただ、1つ、26ページが一番上の共通のところ、地対協で協議をした上で設定をする。それで、医師法・医療法の改正が行われて、地対協の権限が強化されたわけですね。では、国の考えと、各都道府県で決める地対協の考え方と、どちらが優先するのかというのをちょっとお伺いしたいと思います。

○片峰座長 答えられますか。難しい質問ですね。どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。まさしく各都道府県において、どのような地域枠や従事要件にするのかということも含めて地対協で御協議いただきたいとは思っておりますが、先生としては具体的にどのようなケースが都道府県と国の決めるものとそごが生じ得るんじゃないかというふうに御懸念でしょうか。

○小川構成員 ですから、現在でも各都道府県で定義を決めて、その地域枠、あるいは地元出身者枠を設定しているわけけれども、それが少しずつニュアンスが県によって違うわけで、それをやはりどこかで統一しないとまずいと思うんですけども、ただ、一方で都道府県の地域医療対策協議会の権限が強化されたことによってどうなるんですかということなんです。

○加藤医師養成等企画調整室長 もちろん、地対協でその都道府県ならではのアドオンするような要件などというのは御議論いただければいいと思うんですが、国として、例えば奨学金を貸与するに当たっては基金を使っていたりしますし、先ほどございましたような臨床研修や専門研修で離脱しないための仕組みなどに関しまして、これはどこまでの地域枠に対して対象としてやるのかということに関しては統一的なルールが必要だということで、ボトムラインをやはりこの需給分科会でしっかり決めていただいて、さらにその上乘せですね。地対協で従事要件、あるいはキャリア形成プログラムなどを決めていただく分には、もちろんそれは地対協の権限として御議論いただけるものかと認識しており

ます。

○小川構成員　そういうことであれば、それで大変結構です。だから、この委員会でしっかりそのボトムラインを決めてしまわないと、やはり過去と同じように各都道府県でそれぞれニュアンスの違う独自の地域枠が出てくる可能性があるので、そこはしっかりこの場で決めていただきたいというのが1点です。

それからもう一点は、先ほど奥野さんのほうから御説明があったキャリア形成プログラムなのですが、キャリア形成プログラムはこの2番目のところに「キャリア形成プログラムで定める医師不足の地域で」云々ということになっているので、先ほど山口構成員が御指摘していましたが、もともとキャリア形成プログラムというのはこういうものだという定義があつての話だと思うのですが、それはどこにあるんですか。

○奥野地域医療計画課長補佐　説明が不足しておりまして申し訳ございません。

キャリアアップ形成プログラムの運営指針を国から通知で出しておりまして、その中で定める定めさせていただいております。

例えば、一般的なキャリア形成プログラム機関というのは、その奨学金貸与期間の1.5倍を基本とすることとか、あるいはどこに行っていただくかというのは、基本的には医師少数区域というところに一定期間行っていただくということをがっちり定めるというわけではないんですけれども、そういう方向性を国としてこれまでお示しはしております。

○小川構成員　このキャリア形成プログラムという言葉そのものが、妥当ではないんじゃないかと思うんです。

というのは、要するに、私が昔から例えば自治医大の学生を岩手県に定着させるために何をしてきたかという、大学の医局に入れて、そして大学院を含めてティーテルを取らせて、地元の大学と同じ待遇にして、例えば専門医のキャリアを取っていくことによって自治医大の学生も、あるいは地域枠の学生も定着するという意味でのキャリア形成というのと混同しちゃうんです。

だから、キャリア形成というと、自分が何かになりたいからその専門医のを取りたいとか、あるいは学位を取りたいとか、それがキャリア形成だと私は認識していたんですけれども、その辺のそごがあるので言葉が独り歩きしているんじゃないかと思って心配をしているんですけれども。

○片峰座長　これは最初の御質問と同じなので、このキャリア形成プログラムというのはこれだけ書くと、やはり誰も知らない人を見ると誤解しますよね。その言葉の使い方、定義の仕方、このキャリア形成プログラムはきちんと言葉で定義されたほうがいいと思います。

それと、今、議論を聞いていまして、今日は地域枠の定義の大枠の議論をしてその結論を得るわけですね。次回以降、要するにこのキャリア形成プログラムの中身の話とか、奨学金をどうするのかという話が出てきますね。それを定義の中にも含むわけですね。そういう細かなところまで、要するにこの定義の中にこの委員会で決めようという理解でよ

ろしいですか。

○小川構成員 分かりました。

もう一点だけ、すみません。22ページなんですけれども、地域枠等の学生の医師の離脱理由というものがあるわけで、これは実はちゃんとした証明されたエビデンスがあるわけではないのですが、高い確率でこういうことが行われているようだという情報だけちょっとお話しをしたいと思います。

私大の地域枠はもともと学費が非常に高いですから、6年間通ってそれを一括して返すというのはなかなか難しい。ところが、国立大学の一部、地方の一部でたくさん地域枠を持っているところで、地域枠で残る人は極めて少ない。その理由が先ほどの理由になっているのですが、実はこの中に東京の某病院から地方の大学の地域枠の学生にアプローチがあって、うちの病院であなたの借りた地域枠の奨学金を全部返してあげるから、うちの病院に来てくれればこれだけ年収がありますよというブローカーが実際に地方ではいるんです。特に、国立では非常に返しやすい額ですから。

何を言いたいかという、この離脱理由の「希望する進路と不一致のため」というものの中になんかそういう方が含まれているんじゃないか。それを、厚生労働省としては精緻にチェックをしていただきたいという意味でございます。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。今、御指摘あったことは我々もうわさレベルではございますけれども、耳に入ってくることはございます。

そうしたことも含めて、この23ページでございます養成課程の中で地域枠から離脱するポイントとして、今回データをお示しした中で、医師になって1年目から3年目が多いんだとありましたけれども、やはりそのポイントで抜けられていることが過去多かったということ踏まえて臨床研修医のマッチング、そして専門医の採用のポイントで、地域枠が他県に流れないようにということで、これは都道府県が同意をしない人たちを対象にしますので、お金を返したらから大丈夫というような仕組みではありません。

やはり都道府県が同意しなければこのリストには入ってくるという仕組みにしていますので、御指摘のようなブローカーという表現もございましたけれども、お金だけ病院が渡してそれで地域枠を抜けられるというようなことを防止するようなことも、この中ではもちろん狙って制度設計しておりますし、今後もそういうようなことがちゃんと効いてくるように我々もしっかりとモニタリングしていきたいと思っております。

○新井構成員 先ほどとまたちょっと違う話で、今村構成員からもお話があった奨学金の問題は次回以降ということなんですけれども、何かすっきりしないのが、この地域枠で1行目にあるキャリア形成はともかくとして、「一定期間従事することにより奨学金の返還義務を免除する」とあるんですけども、実際にこの地域枠には奨学金をもらっていない地域枠も含めているわけですね。そうすると、まさにいろいろな地域枠をこれまでいろいろな県とか大学がやってきて、その雑多なものをこれで全部定義してしまう。例えば、地域枠で奨学金ありとか、奨学金なしでそれぞれ定義するとか、そういうふうにしなくて何

となく現状がすっきり区分けされないんじゃないか。

だから、例えば地元枠も奨学金があるのか、ないのかということもあるし、同じ大学で地域枠と地元枠を設けた場合に、どういうふうにそれを区別するのか。受験生にとって地元枠は奨学金がないけれども、地元ということで少し優先的に入学をしてもらえとか、そういうふうに見える化していかないと、私たち自身も地域枠はほとんど奨学金をもらっているよねと言いつつ、もらっていない地域枠もあるとなると、定義ということに関してはすっきりしない部分がどうしても残るんじゃないか。

これは次回以降になっても構わないと思いますが、そこは明確にさせていただいたほうがいいのかなと思いました。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 スライド3についてお聞きしたいと思うのですが、ここにマクロ需給推計の方法と地域枠の関係が書いてあるので、これに関連して質問したいと思います。

現在、10万人当たり250人ぐらいの平均的院内数で、新しく生まれる子供たちが90万人を切った中で9,000人という数字は、100人に1人ぐらいの人が医師になる。

この差というのは、4倍ぐらい違うんですね。現状でも、どういう医療を提供するかによって、病床規模によって4～5倍、医師1人が見る機会は違う。

そういう中で、医師不足のところも、医師が多いところも、全て医師が増えているにかかわらず不足感があるわけです。17ページぐらいにあったと思います。そうすると、どの程度の医師をやれば満足するかという点で、特に医師不足の地域において地域枠の人数が何人いれば、その医師不足の不足感が解消するのかという数字をある程度出してもらえば、この議論はもっと進むかと思うんです。

今の地域枠の議論の中で、その数がはっきりすればその地域枠は必ず確保するという方針を決めてもらう必要があるのか。ということは、極端な話をすれば、恒常定員枠が半分になったとき地域枠は残すとか、そこの恒常定員をずっと維持した上で地域枠だけ、もしくは臨時定員だけ減らしていても、医師が過剰になるというのはある程度見えているんじゃないか。もしくは、100人に1人がなるとどの程度になるかは分からないけれども、そう社会が本当にいいのかどうかを含めて、大体全体の毎年の定員は幾らかというのを決めて、そしてここで議論する地域枠は何名という議論があってもいいのかなというふうに私は思いました。

○片峰座長 そこも含めて、今後議論していくということになりますね。

今回のシリーズの議論は、地域枠をどのような形でマクロ需給の推計との整合性も含めながらガイドラインみたいなものを作っていくというのが最終的なゴールになると思うので、今の問題も恐らく入ってくるんだろうと思います。それでいいですか。

では、裴さんどうぞ。

○裴構成員 ありがとうございます。2点ございます。

1点目は定義の問題で26ページ目ですけれども、先ほどの新井構成員の御意見に賛成で



ございまして、地域枠、地元出身枠といういろいろなバリエーションがあるのか重々承知しておりますが、例えばその枠の定義を決めるということなので、枠というのは恐らく人に対しての枠ですね。

ですから、まず対象を明確にする。そして、その対象に当てはまるような条件はどういう人か。そして、契約の一種かもしれませんが、その契約を履行した場合のメリット、デメリット、ペナルティーという表現がいいか分かりませんが、そういった形で地域枠に対してはこういう形式、地元出身枠にはこういう形式というような形で、読む人が分かりやすく書いていただいたほうがいいかと思います。これを見ますと、地元出身者枠は一番上のポツが「学生を対象とする」と、対象が明確になって学生ということにされていますけれども、地域枠の場合はいきなり条件で「免除する」とあります。そういった細かい点ですけれども、定義のやり方を共通したほうがいいかなというのが1点です。これは、テクニカルな話です。

2点目が、15ページでしょうか。離脱に関してで、非常に興味深いデータですけれども、離脱を考える際に大きく2つの視点があるかと思います。

1つは、離脱というのは意思決定と、その行動と、大きく2つのフェーズがある。つまり、やめようかな、やめないでおこうかな、続けようかな、やはりやめようかなというのをずっと揺れるわけですね。当然、キャリアで悩んでおられる若い先生方は常にそういう状況になる。そうなる、いつ本当に意思決定したのか。意思決定する際に、何がきっかけになったのかというのが恐らくアンケートに出てくる。

それで、意思決定する際に先ほどの保護者の議論にも当てはまるんですけども、恐らくですが、1人では意思決定していないと思います。仮に保護者、または近くの人、ファミリー、家族、または知人、先輩、後輩、そういった形で最終的な意思決定を後押しする誰かが必ず私は要るかと思います。

そうなりますと、離脱プロセスをコントロールする際に、そういったターゲットに対して何らかのアプローチをとらないと、なかなか本人だけをコントロールして離脱を思いとどまらせるというのはちょっと難しいのではないかと。特に最近の若い方々は、例えば就職活動に親御さんと一緒に来られる方々も少なからずおられる。そうなりますと、やはり保護者の方々を巻き込んでの何らかの対策をとられたほうが、より効果的かと思います。

それをさかのぼりまして、先ほどの定義枠のところでも今村構成員がおっしゃったように、保護者、または保証人というんでしょうか。そういった方々のある意味、言質をとっておいて、そして納得した上で地域枠に募集していただくというような形で、外堀と内堀と本丸といった形で押さえていくほうが、より現実な地域枠を埋めていく流れになるのかなと思っております。以上、2点でございます。

○片峰座長 それでは、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 今、離脱のお話が裴先生からもありましたけれども、離脱の理由というのをきちんと今の時点で調べるということは、それはそれなりに意味があると思っております

が、一番の問題は今まで地域枠、地元枠の定義が明確でなくばらばらに行われていたために、いろいろな理由で地域枠を離れていくという実態もあったと思うんです。

だから、今後はしっかりとしたルールで地域枠を決めるということが、離脱を明確にどうやってできるだけ減らせるかという話になると思っていて、この定数についてやはり地体協の役割ですね。これは、先ほど小川先生からもありましたけれども、すごく権限が強化されているのですが、では今、地域枠を離脱するというのはどういう形で認めるというのか、結果的に認めてしまったのかというのはあると思うんですけれども、大学なのか、県なのか、どこが、仕方がないね、こういう理由だから離脱せざるを得ないんだねということを決めているのかというのは明確によく分からなくて、そういう仕組みをしっかり作っているんだったら、例えば地対協でその離脱の理由について合理性があるかどうかをしっかりと確認するようなプロセスが必要なんじゃないかと思っています。

やはり一定のお金をもらうか、もらわないか、これは次回以降のお話ですけれども、そうでなくて地域枠というものにきちんと納得をした上で自分は応募したんだということで、さっきの保護者も含めてみんなで合意をしてくれているわけですから、そこからやめていくというのは相当の理由がないといけないと思っていますので、その辺は何かしっかりとした担保というか、どこでそれを認めたのかということが必要だと思います。

そうでないと、例えば大学がやると、ではおまえはここから抜けるんだったら、卒業試験の点数ぎりぎりだから不合格にするというような話が現実にも起こってもよくないわけですし、県がしっかりとフォローをしていないのに最後に抜けるところだけで、あんたはけしからんやつだというような圧力をかけるみたいな話もやはりよくないので、しっかりとルールの中で退出をするか、しないかということを確認することが必要じゃないかと思っています。

○片峰座長 今のお二人の御意見について、答えられますか。

○扇屋医事課長補佐 まず、離脱は誰が決めるのかということころなのですけれども、現状で例えば大学が設定しているけれども、都道府県が奨学金を貸与しているという場合には大学、都道府県、両者と本人という位置関係になります。

ただ、都道府県が奨学金貸与だとか、何らか特に関与していないということであれば、大学と本人との関係で離脱が妥当かどうかという判断になると考えております。

ですので、先生のおっしゃるとおりで、今後、離脱を決める場合はどこが適切なのか、そこも一緒に検討いただければと考えております。

○片峰座長 権丈さん、どうぞ。

○権丈構成員 今日、お話をずっと伺っておりましたが、やはりみんな地域枠というものをかなり地元出身者と両方の上位概念として使っているんですね。

それで、26ページのところの点線で囲んだ「地域枠医師は地域医療を支える重要な役割を担っており、偏在対策を進める」という言葉は、やはり続けたほうがいいのかと思います。言葉を新しく、地域枠は青い「地域枠」というところが独占しますよというふうにしてい

くのは、これから先も結構難しいです。

私は年金とかで、支給開始年齢というのはこういう意味なんだと幾ら言っても、みんなの中に直感的に理解している言葉で解釈していくので、最終的には需給開始時期とか、需給開始可能年齢とか、言葉を違った形で作っていかないことには全然普及しないといえますか、みんなが間違えた形で使っていくことになりまして、ここでも医師少数スポットとかというような新しい言葉、新しい概念の言葉は作っていくわけですがけれども、先ほどの新井先生の話の伺っていくと、やはりマトリックスを作って、地元なのか、そうでないのか、そして奨学金があるのか、ないのか。その中で言葉を考えていく。そして、新しく地域枠の中のこれ、地域枠の中の地元、地域枠の中のこれという形で新しい形で考えていったほうが、恐らくこれから先、混乱がない形で議論できるんじゃないかという気はしております。

○片峰座長 権丈先生、そうしたらこの26ページの案は具体的にどこをいじればいいでしょうか。

○権丈構成員 分からないですけども、上のほうの濃い紺色のところはそのままでいいですよと言っていますし、下のほうの「地元出身枠」は恐らくこれでいいんだろうなと思います。

上のほうが、奨学金がある、なしだけれども、下にも奨学金がくるわけですよ。これも難しいし、自治医大方式とか、どれが一番近いのかとさっきから考えているんですけども、そこはちょっと分からないので検討していただければと思います。上のほうですね。

○小川構成員 地域枠ができたときのもともとの源流に戻りますと、地域枠といたら基本的には地元出身者枠なんです。地元出身者枠というものがあって、それイコール地域枠だ。それプラスその地域で働いてもらうんだったら、ほかの県からでもいいですよというので広がっただけの話なんですね。

ですから、少なくともこの書き方からすれば、「地元出身者枠」が上にあって「地域枠」が下にこなければおかしいんじゃないかと私はちょっと思います。

○権丈構成員 そうですね。ですから、一県一医大構想そのものも、地域枠としての地元の人たちがという言葉として普通使っていくときは、地域枠というのは地元出身のニュアンスとして使っていたところが、そんなものもあるのかというのが上のほうですよ。後で分かったのは。

○片峰座長 どうぞ。

○平川構成員 私は医師不足という認識を持っていますので、今までの流れはどうも違和感を持って聞いていたのですが、まず基本的な確認ですけども、医師数は変えない、医学部定員は変えないというのはまず大前提でいいんでしょうか。

結局、地域枠が今後広がっていくと、恒久定員のほうを減らしていくという話なのか。前段のほうは、医師数がかなりオーバーしてきている。これを何とかしなければいけないという前振りがあって、地域枠を増やすという話がどうもつながりが分からないんですけど

れども、その辺はどういう意図を持ってこの話を進めていらっしゃるのか、ちょっとそこが分からないので教えていただきたいんですけども。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。全体像がなかなか今日もうまくお示しできていませんが、後段のほうでそもそも需給の話もさせていただきたいと思います。

まずは、大原則としては医師需給全体がどうなのかというところがありまして、それを見た上で今の地域枠というものの効果、役割を見ながら、ではどういう形でそれをはめていくかということです。

ですので、まずはその全体数の議論があった上で、ではそれに合った形で地域枠はどうするかという順番でございますので、そういう意味では、全体の議論としては今日もいろいろな宿題をいただいておりますが、データなども出させていただきながらどういう形に仕上げていくかということだと思います。

今日は問題点を提起していただくというか、御指摘いただきながらという会だと思っております。

○片峰座長 平川先生、私の理解なんですけれども、令和3年度までで今の臨時定員をチャラにするんです。4年度からは、新たな定員の仕組みを考えるわけです。そのときは地域枠は臨時定員、まずは要するに恒久定員枠の中で考えるというのが私は基本だと思っていて、それでも足りないということであれば臨時定員ということだと思っております。

そういった意味で、先ほど地域枠というものをきちんと定義して、恒久定員枠であろうが、臨時定員枠であろうが、地域枠というのはこういったものですよということをやることがあるというのを今、議論していると思うんです。

だから、マクロの需給の問題が次の議論になるんでしょうけれども、恐らく基本的には中長期的に減らしていくという方向なんだろうから、その方向と、この地域枠で偏在解消の話というものをうまくマッチングして整合性を作っていくという非常に難しいことをやらなければいけないだろう。

ほかに、いかがですか。

○鶴田構成員 先ほどの質問に絡むんですけども、今の座長の発言が正しいとすれば、来年以降の恒久定員枠で臨時定員はなくなる。それで、その恒久定員枠の中に地域枠があるという話と理解するんですけども、そうですかというのが先ほどの私の質問でもあったのですが、そうではないんじゃないかと理解しているので、今後医師過剰になるのではないかと心配して先ほどの発言をしたところです。

したがって、今の座長の発言は大変重要な発言だと思うので、そこの認識が明確でないところの議論が少し違った方向に行くのではないかと。要は、もう今の臨時定員枠はチャラにするんだというふうに私は理解していなかったもので、そこを確認していただきたいと思います。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。我々事務局としましては今、座長が御指摘、御発言いただいた内容と我々の認識とは一致しておりまして、基本的には臨時

定員というのは期限を決めてこれまで設置されてきたものでございますので、もうこの2年間はこれまで以上に増えないようにということでこの需給分科会で合意を得て、再度、マクロ需給を計算して、そして臨時定員が必要なかどうか、どれぐらい必要なのかということを検討するというような整理になっておりました。

ですので、改めてこのマクロ需給推計はこの次の議題でございますけれども、そちらで計算して、そして臨時定員の必要性というものをマクロ需給推計から検討する。その中で、地域偏在を是正するためにその地域枠をどこに設定していくのか。先ほど恒久定員の中でという御発言がございましたけれども、基本的には今後どこかの時点でその需給の均衡点を迎えるわけですから、医師過剰が起きます。

そういう意味では、その中でも偏在を是正していくに当たっては、恒久定員の中で地域枠を一定程度設置していくという方向性に関しましては、これまでも御議論いただきましたし、中間の取りまとめの中でも記載させていただいておりますので、そのような方向性で今後も進めさせていただきたいと思っております。

○鶴田構成員 2つの選択があって、必要とされる臨時定員枠を考えて、地域枠がこれだけだから臨時定員枠として確保するという考え方と、その必要な臨時定員枠は恒久定員の中で見ると。いわゆる定率形式で、ある程度の臨時定員枠の地域枠は残す。

そうでないと各都道府県としては非常に困ると思っております、恒久定員の中に臨時定員枠を求めるのであれば各都道府県の地域枠はそれなりに意味がある議論になると思うんですが、そこがよく分からないということです。

○加藤医師養成等企画調整室長 恒久定員の外に臨時定員というのはつくので臨時定員で、地域枠というのはその恒久定員の中にもありますし、臨時定員の中にももちろん地域枠はございますので、まずその恒久定員の中で地域枠というのはどれぐらい設置すべきなのかということがございますし、それでも足りないような都道府県において臨時定員でどの程度地域枠を設定していくのかというのが議論の流れじゃないかということで中間の取りまとめではまとめておりますけれども、その点も含めて今後マクロ需給推計で今日計算の仕方を御議論いただきますが、今後その結果が出てまいりますし、その上でどのぐらいのボリュームを、どのようなプロセスを経て臨時定員を設定していくのかということは次回、あるいは次々に御議論させていただきたいと思っております。

○片峰座長 そろそろ次に移らなければいけないんですけども、どうぞ。

○新井構成員 今のお話は非常に重要だと思うんですけども、臨時定員増は基本的には地域枠、地元枠ですから、そこは一回チャラになる。実際に今、恒久定員の中に地域枠を持っている大学もあるわけですけども、一方でない大学もあるわけですね。だから、恒久定員と別に臨時定員増で地域枠、地元枠を設けている。

そのときにチャラになって、だけど例えばこの県が医師少数だ。やはり地元枠、地域枠を設けてほしい。それは恒久定員の中に入れるしかないんだ。そのときに大学が嫌だと言ったら、ではおまえのところの恒久定員は減らすぞというような話が出てくるシチュエー

ションがあり得るのかどうか。

地対協がそれを言うのか、知事が言うのか。その辺はイフ、イフの話で恐縮なんですけれども、そういうことはあり得るんですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 まさしく、その点はそういった1つのケースですけれども、恒久定員と臨時定員のところに地域枠を持って、どのようなプロセスを経て、どれぐらいのボリュームを設置していくのか。これは非常に重要な議論で、いろいろ我々としてもこれまでのデータも用いながら議論させていただきたいと思っております、今日この場では議論し尽くせないと思っておりますので、しっかり次回、あるいは次々回にその点を議論させていただければと思っております。

○片峰座長 新井先生、恒久定員は大学側のある意味、既得権ですよ。これを減らすということは、大学の意思として文部科学省と交渉してやはり減らすということなんだろうと思うんです。だから、恒久定員まで手をつけるかどうかというのは、ちょっとここでは議論できないんじゃないかと私個人は思っています。

それで、いろいろ出たんですけれども、26ページの大きな流れ、大きなところはこれではよろしいかどうか。そうじゃないと、なかなか次のステップに進めないということみたいですが、権丈先生どうですか。

○権丈構成員 地域枠は、これで独占してもらわなければいいです。

○片峰座長 地域枠で、括弧をして協議か何かつけますか。

○権丈構成員 地域枠が2つに分かれていくというんだったら、今までどおりの使い方になりますので。

○片峰座長 どうぞ。

○福井構成員 私も、26ページの1番目の「地域枠・地元出身者枠共通」のところは、これはこれでいいと思います。ただ、先ほどから権丈先生と新井先生がおっしゃっていますように、いろいろなファクターによって地域に定着する人がこんなに違うということが25ページ、26ページにも示されていますので、いろいろな要因によって地域の定着率が違うということをやはりマトリックス形式で示してもらって、頭をすっきりさせて議論したほうがいいんじゃないかと思いました。

○片峰座長 どうですか。

○扇屋医事課長補佐 御指摘のとおりかと考えておまして、今後マトリックス形式でお示しできるように資料を作成していきたいと考えております。

○加藤医師養成等企画調整室長 追加で、名称につきましても併せて御検討させていただきたいと思います。

○小川構成員 1点だけお願いですが、26ページの1番目の●はいいと思うんですけれども、2つ目の●のところの地対協で協議をした上で設定するというのは、何を協議するのか明らかでないので、これはちゃんと定義をしていただかないとまずいんじゃないかと思っております。

○北村構成員 大学によっては、自分が地域枠である、誰かが地域枠であるということを公表を全くしていないで教えている人がいます。

今、マトリックスのようにやって、地域枠で奨学金がある人は君だとか、地域枠で奨学金のない人は君で、地元枠は君だというふうに色づけするようなネーミングは、そういう観点からも考えていただければ、入試のときは特別入試枠1とか、特別入試枠2とか、そういうふうに分けて、曖昧なままでやって、ランクづけしないような形でやっています。

だから、受けるほうとしては奨学金なしで、もし落ちたら奨学金ありでもいいですというような受け方もしたいなと思いますけれども、この議論だけでなく、実際に学生が何と呼ばれるのかも考えてネーミングしてください。

○片峰座長 次までに対応できますか。大丈夫ですか。

○扇屋医事課長補佐 検討させていただきます。

○片峰座長 そういうことで、もう時間がありませんので次の議題に移ります。

資料2を、手短かに御説明をお願いします。

○扇屋医事課長補佐 では、資料2をお開きください。「令和4年度以降の医師養成数の検討及び医師需給推計の方法」についてです。

まず、スライド2をお開きください。「マクロ需給を行う必要性・基本的な考え方」をお示ししております。

まず、「今回マクロ需給推計の見直しを行う必要性」につきましてです。

1点目で、マクロ医師需給推計は将来時点での医師の需給バランスを正確に予測するために、医師・歯科医師・薬剤師調査などの基礎データが更新された場合など、定期的な見直しが必要なものです。

2点目に、今回は特に令和3年度までで暫定的に延長している医学部臨時定員の令和4年度以降の取扱いについて、医師の需給推計などにに基づき議論を行う予定となっています。

3点目に、令和4年度以降の医学部臨時定員の取扱いについては、医学部受験生への配慮などの観点から、令和2年5月頃までに一定の結論を得る必要があります。

次に、推計の「基本的な考え方」ですけれども、需給推計の方法及び進め方については、「(第1次)中間取りまとめ」の際と同様としてはどうか。

2点目に、医師の働き方改革の議論等を踏まえ、新たに一定の前提を置き、最新のデータを用いて需給推計を行ってはどうか。

次に、今回の推計の「主な見直しのポイント」としましては2つあります。

1点目が、海外医学部卒医師の将来的な伸びの反映。

2点目に、医師の働き方改革に関する検討を踏まえた時間外労働時間制限の設定の反映としております。

それでは、次のページから「医師の供給推計」について、簡単に説明をさせていただきます。

まず、スライド4ですけれども、「医師の供給推計方法(案)」について、大枠としま

しては4年前から、そして2年前の方法を踏まえて、最新のデータを用いて推計を行ってはどうか。

今後の医学部定員は、令和2年度の9,330人と仮定してはどうか。

そして、こちらの下の図にあるとおりですけれども、国家試験の合格率など、その他の割合を過去10年分のデータから算出し、また現在の就業数や労働時間を踏まえて、将来の医師の供給数を算出するという流れになります。

細かな推計の方法に関しましては、スライド5から始まるところに書いておりますので御参照ください。

今回の見直しポイントの1つ目ですが、スライド10の「海外医学卒医師の将来推計について（案）」になります。こちらは、男女別で海外医学部卒医師の医籍登録者数のデータをプロットしたのになります。今回の推計におきましては、これらの実績データを基に線形に結んで将来推計することを検討しております。

次に「医師の需要推計」についてですけれども、スライド13までお進みいただきまして、医師の需要推計については、これまでどおり臨床に従事する医師と、臨床以外に従事する医師に分けて推計を行い、まず臨床に従事する医師の推計方法についてはこちらにあるとおりで、入院、外来、介護福祉を分けて推計を行います。

（推計方法）のステップがマル1～マル5まで分かれておりますけれども、まずは医療需要当たりの医師数を算出するということ。

そして、現在の医療体制で必要な医療サービスについて、おおむね提供できている前提に立ちまして、現在の「医療需要あたり医師数」を推計します。

3点目に、入院医療の一般病床及び療養病床については、地域医療構想と同様の手法で医療需要の将来推計を行い、推計結果にマル1番目を適用して必要医師数を推計します。

また、4点目、地域医療構想で将来推計を行っていない医療需要については、現状分析などに基づいて、一定の仮定に基づき推計を行う。

5点目ですけれども、医師数については供給推計と同様に、性年齢階級別により精緻な仕事量を用いて推計を行います。

今、大まかに説明した内容につきまして、スライド14から始まる場所に細かな点について記載をしております。

では、スライド19までお進みいただきまして、需要推計について2年前同様、ケース1、2、3に分けて推計することを検討しております。

まず1点目の「労働時間上制限の見込み方」につきましては、2年目と同様、ケース1、ケース2は週55時間制限、週60時間制限、そしてケース3につきましては時間外の残業時間制限を1,860時間とした場合の週78.75時間制限としてはどうかと考えております。

そのほか、2番目、3番目、4番目につきましては、2年前と同じ考え方を用いることを検討しております。

臨床以外に従事する医師につきましては、スライド22になります。三師調査で求められ



る医療施設に従事する医師以外を基本としております。

基本的な考え方につきましては、スライド23、24にまとめております。

推計方法の説明については、以上になります。

○片峰座長 ありがとうございます。それでは、御議論をお願いいたします。

では、どうぞ。

○平川構成員 精神科についての質問なのですが、19ページの臨床に従事する医師の需給推計の中でマル3の「精神病床の入院需要の年次推移」ということで、精神科は今、病床利用率が下がってきているので、入院需要率の低下があるわけですけれども、これがそのまま延長されるかどうか。これは、かなり医療の内容が変わってきているところで、そのまま延ばされてしまうと、それから上下の振りですね。0.9か、1.1かというところでかなり大きな変化が出てくる。他科に比べて、一番大きいところだと思うんです。

ですから、その辺が精神科医師数が十分足りていると、前回の1年前に精神科医は2016年にオーバーしているという結果が最初に示されて後で訂正していただいたわけですけれども、その辺も何かしっくりこない。

そこは、やはりまた同じ計算方式をとられると、私たちの精神科の分野では精神科医師数の不足という問題がずっと出てきてしまうので、その辺はお考えを直していただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○扇屋医事課長補佐 今回はマクロの医師需給推計というものでして、診療科別にどれくらい人数が必要かというような推計ではございません。今後の医師の需要がどのようになっていくのかという点で考えるときに、まず入院と外来とその他というふうに分かれて、またその入院の中には一般病床と精神病床があるであろうと、そういうような区分の中で考えております。それで、今後の精神病床とその需要については、これまでの実績をベースに今後の推計を行っていくということを考えております。

○平川構成員 何度も申し訳ないのですが、精神科は48対1の入院で医師が足りないで特別に3分の1でやってきたという歴史があって、その辺のところを全く加味しないで、ただ単に入院需要率というところで医師数を決めていっていただくと大変困るということをお願いしているんですけれども。

○扇屋医事課長補佐 まず1点目なんですけれども、今後の推計を行う際に参照している実績というものがここ数年1、2年のことだけではありませんで、過去例えば10年とか、それくらいのスパンで考えて、これまでの実績ベースで今後どういうふうに伸びていくかというところを推計しております。

それで、繰り返しになるのですが、このマクロ需給推計をもって精神科の医師というのはこれくらい必要であるというような結論に持っていくものではありません。

○平川構成員 では、どういうふうに持っていくんですか。

○扇屋医事課長補佐 これは、精神科の医師数を算出するための推計ではありませんで、日本全体の医師が今後、将来的にどれくらい必要なのかということになります。その推計

をするステップの中に、精神病床というのが分かれているという内容になります。

○片峰座長 恐らく、この書き方に配慮が足りないということなんだろうと思います。現在の医療の在り方というものを基本的には前提としているから、こういう書き方になって仕方ないだろうと思うのですけれども、どうですか。

○今村構成員 違った論点で、特に基本的な考え方の部分の2つ目の○なのですけれども、非常に今、働き方改革は重要な論点だと思うのですが、議論を踏まえて、新たに一定の前提を置き、最新のデータを用いて需給設計を行うという記載になっておりますけれども、新たな一定の前提というのは今、何を考えておられるのかということと、最新のデータを用いてというのは、最新のデータというのは何を言っておられるのかという確認です。

それで、19ページに少しそれに類することが出ているのですけれども、「労働時間の適正化の見込み」のところ、マル1の上限の制限というのは前の考え方と同じなので新たなものではない。新たなものだとすると、タスクシフト、タスク・シフティングの部分で今、議論が行われていまして、こういう医師の仕事をこういった資格の方にタスクシフトしたら何時間労働時間が減るといような数字があちらの議論で出ていますけれども、それを用いてやられるのかどうか。それからAI・ICT・IoTというのは非常に重要だとは思いますが、現実にとどのくらいこういうものを活用したら効率化できるかという具体的なデータというのは多分ほとんど出されていないと思うので、それも含めてどういうことを具体的に基本的な考え方で書かれているかというのを教えていただければと思います。

○扇屋医事課長補佐 まず1点目の最新のデータを用いてというところなのですけれども、これは供給推計、需要推計、それぞれ新しいデータに変えているものがあります。

例えば供給推計のほうでいいますと、三師調査のデータが新たに出てきていますので、それに更新しておりますし、あとは国家試験の受験率だとか、そのほかにも細かな内容を供給推計で使っている割合があるのですけれども、こちらも全て新しいものを加えて、そして過去10年分のデータから算出するというのを考えております。

また、需要推計のほうにおきましても、例えば患者調査なども新しいデータが出てきておりますので、それを最新のものに更新するということです。

○今村構成員 新しいデータをリアルタイムにどんどん更新して検討していくというのはすごく大事なことだと思うので、今の御指摘は、それはそれで何の異論もないのですけれども、「働き方改革の議論等を踏まえ」と書いてあるので、それは何を言っているんですかということを確認したかったんです。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。働き方改革に関しましては、かつて2016年のいわゆる10万人調査というものをを用いておりましたけれども、御存じのとおり、昨年新たに研究班が調査を行いまして、近日中に働き方の検討会のほうで再度それが議論される予定になっております。

少し遅れてはおりますけれども、その働き方の検討会でのデータに基づいた議論を踏まえ、データも新しくなりますし、この設定の仕方に関しても現在1,860時間というようなも

のが設定されておりますが、そこも議論される予定になっておりますので、そこを踏まえた上で最終的にこのマクロ需給推計で計算をし直すということになりますので、今、記載させていただいている19ページ目のケース1、2、3というものに関しましては現行、今回新しくデータを出してもその制限に関しましては変更がないということを前提で記載させていただいております。

ですので、働き方改革検討会のほうで、もし異なるような議論があるような場合においてはこういったところを見直す必要があるかと思いますが、現行その議論も踏まえた上で改めて計算させていただくということで考え方をお示しさせていただきました。

○権丈構成員 今村先生もあれだと思いますが、タスクシフト、タスク・シフティングというところの検討会で今どういうことをやっているかという、新しい情報として、新しいデータとしての1,860というのが去年の3月くらいに出たのでしょうか。その上限に合わせてどういうふうに変化していきこうかという、はっきり言って絶対条件として動かさないものとしてこの上限があるよねという形のもが今、入っているの、そういうことがこのタスクシフトとかで実現されるように頑張っていくというの、下の見込み方の読み方ですよ。

上のほうが絶対条件として動いてきているので、それに合わせて将来の需要を推計していくという話で、これは今後タスクシフトしたら何時間生まれるからこういうふうにとはまだまだできないところだけれども、守らなければいけないルールがあるという世界だと思います。

○加藤医師養成等企画調整室長 御指摘のタスク・シフティングに関しましては現状は議論させていただいておりますが、あくまでもまず2024年にこの1,860時間に全ての医師が収まるようにということで議論させていただいておりますので、今回の議論をもってこの労働の時間数が変わるといような前提では検討しておりませんし、このマクロ需給推計の中でも何か一定の係数を掛けたとか、そういったことにつながるような議論ではないという前提でおりますので、そのように御理解いただければと思います。

○三根構成員 細かいところですけども、発言しないといけませんので発言させていただきます。

医師の需給推計のマル5の「介護老人保健施設」というところですけども、この式で見ますと、将来の施設の入所者数掛ける入所者数当たりの医師数で、医師数が平成29年で固定でございます。将来の施設の入所者数は、年齢階層別の補正をすると※印のところに書いていますので、近い将来、減少するとなると、介護老人保健施設の医師数は推計上の式としては減るということになりますけれども、1施設に100人以下1いろということですので、これは妥当ではない計算式だと考えます。

付加えて申し上げたら、昼間はそこに勤務されていますけれども、24時間いるわけではなくて、御病院から老健に夜は応援に行ったり、あるいはクリニックの先生は、老健に1人、クリニック1人勤務していた場合、老健の勤務の先生は帰宅されますので、クリニッ

クを経営される先生が夜に毎度、毎度見に行くという非常に疲弊した状況であることを考えますと、誠にもってこの推計数は違うんじゃないかということをお意見申し上げたいと思います。

○片峰座長 いかがですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 今、御指摘いただいたところに関しましては、もう一度、中身を精査させていただきまして、事務局で検討させていただきます。

○三根構成員 よろしくお願ひいたします。

○山口構成員 10ページの「海外医学卒医師の将来推計について」のところなのですが、ここに今日グラフが出てきているのは実際に移籍登録された方ということなので、もう日本で医師として働いていらっしゃる方だというふうに認識していますが、これは海外の方が多いいのか、日本人の数と、海外の方と日本人が混ざった数字なんじゃないかと思うんです。一定の時期から日本人が増えてきているというふうに聞いていますので、これはなだらかに数が増えていっていますけれども、このまま本当に増え続けるのか、ある程度のところで頭打ちになると予想されるのか。将来の見通しみたいなものが、例えばまだ海外で日本人を対象にした医学部というのが増えてきているのか。ある程度、その辺りはこれくらいの数なんだろうというような見通しみたいなものがどれくらいついているかによって、この推計というものが随分変わってくるのではないかと思います。

ですから、この辺りはグラフの中で日本人と海外の人と分けて出していたかどうか、そうすると日本人がやはり増えてきているんだというようなことも分かると思うんですけれども、そういうようなことをしていただけないかということと、将来の見通しがついているのかどうかということをお尋ねしたいと思います。

○扇屋医事課長補佐 まず1点目の海外医学部卒の医師の方が日本国籍なのか、海外国籍なのかという点に関しましては、以前の需給分科会の資料でお示ししているものですので、今度そちらを再掲させていただこうと思います。

それで、今後の推計に当たってなのですけれども、今後、頭打ちになるのか、逆に非常に増えていくのかということとは不確定要素が多数ある状況でありますので、今回は実績ベースにそれを線形に結ぶというような推計方法を考えております。

○山口構成員 実績ベースということは、このなだらかな伸びていっているところをそのまま伸ばしていくという考え方ですか。

○扇屋医事課長補佐 そのとおりです。

○山口構成員 かなり違いが出てくる可能性もありますね。

○片峰座長 羽鳥さん、どうぞ。

○羽鳥構成員 別のことになりましたけれども、先ほどの図でいうと20ページの受療率の推移ということですが、今回のコロナ騒ぎで受診行動が大分変わってきていることもあるので、受療行動はもっと下がることのシミュレーションもするべきだと思います。だから、例えば30日以上長期処方希望する患者さんを説得するのが難しくなっています。恐らく

外来に関しては減る可能性も出てくるのではないかと思いますので、その辺はしっかり見てほしいと思います。

それから、22～24の辺りで臨床以外に従事する医師ということですが、先ほど老健の話がありましたが、実際に老健にお勤めになる先生というのは、例えば大学の教授の先生が第2の人生でどこそこの病院院長先生が第2、第3の人生として、75歳になられてからそちらに行かれるような方もいるので、どういうふうに計算しているのかというのが1つです。

先ほど先生からも御指摘がありましたように、昼間は診療所に勤めて、夜にその責任を持つとか、そういう方たちもいらっしゃるのですが、実際の数をこういうふうにして出して、そんなにたくさんいるのかなというのは考えていただければと思います。

例えばもう一つ、産業医のことがこのように出ていますけれども、日本医師会でも今トータルで10万人近くの先生が産業医の資格を持っていらっしゃると思いますが、今もってやはり50人以上が1つの要件になっているとすると、なかなかこれ以上キャパとして従事する医師が増えるとも思えないし、1,000人以上の仕事場の人たちというのは当然産業医の専任が求められているわけですから、これも変わるわけがないし、むしろ日本の社会がシュリンクしたらこれは減ってしまう可能性もあるので、推定の根拠がこんなものなのかなというのはちょっと不安だと思います。

それから、行政にこんなに医師が行くとも思えません。

○片峰座長 課長、どうぞ。

○佐々木医事課長 三師調査を使っておりまして、どのような調査の内容かということもまた丁寧に御紹介しながら、行政も実際に働いている方を登録していただいていますので、これだけの話はきちんとおられると思いますし、まずどういう質のデータなのか、しっかりとお示しした上で議論していただくことが大事というふうに理解しておりますので、またいろいろと御用意したいと思います。

○片峰座長 ほかにいかがですか。

どうぞ。

○鶴田構成員 スライド9のグラフですけれども、今後人生100年時代とか、定年延長とか、年金の支給年齢をどうするとか、今は65歳の男性が大体定年で80%勤めて、その後辞めていくんですけども、これが70歳になったりとか、健康づくりのためには社会参加をしたほうがいいということで非常勤で行ったり、そういう動きが変わると思うのですが、そういうものは配慮されますか、それとも現状のデータから考えるんですか。

○扇屋医事課長補佐 まず1点目は、先ほどの羽鳥構成員からの御意見と共通する部分があると思うんですけども、老健の医師に高齢の方が多いかということなのなのですが、こちらに関しましては労働時間調査の結果を基に性と年齢別に仕事量がどれぐらいなのかという比率を用いて、ただの頭数を用いているのではなくて、そういった仕事率を掛けた後の人数を足元にして、そこから推計を伸ばしていくという方法をとっているということ

がまず1点です。

あとは受療行動の件なんですけれども、今回のコロナウイルスの関連でもしかしたら受療行動が変わるかもしれないというところですが、これは実際に上がるのか、下がるのかというところもまだ見通しが見つからないと思いますので、推計におきましては実績値を基に推計することを考えております。

○片峰座長 先ほどから議論になっている、要するにこのマクロの需給推計はかくあるべし、医療はかくあるべしという将来像に関するところを入れ込むかどうかは、前から議論がありましたね。

それはなかなか難しいから、とりあえずは現状の医療というものを前提にして実績値ベースでやろうという話ですね。そこを明確に言わないと、様々な議論が出てくるだろうと思うんです。福井先生は、昔からそういう話をされていましたけれども。

○福井構成員 あるべき論で考えるのか、現状をそのまま敷衍して考えるのかによっても随分違うと思います。

コロナウイルスの話が出ましたけれども、あつという間に患者さんの受療行動は変わります。私たちのところの例えば救急ですと、救急車以外の手段で救急室に来る患者さんは40%減りましたし、一般外来も明らかに減っています。

また、羽鳥先生がおっしゃいましたように処方箋をファックスで送るなど、アメリカみたいにリフィルにしてくれればもっとやりやすいんですけれども、来なくても渡せるという形がずっと根づくようだと、外来患者さんの需要推計はかなり変えていかななくてはならないんじゃないかと、ここ数週間の動きから思います。

○今村構成員 今の福井先生の議論も含めて、この需給推計というのは一体どこまでの期間の需給推計を、今回決めたことが使われるのかというのがよく分からないんです。

足元の数字を見ながら、今いろいろなお話があったように、刻々といろんな状況が今後変わっていくことが予想される。また、海外からの方も、今までのものを伸ばしていけばこういう推計だけでも、実はもっと変わるのではないかという御議論もあります。それは、例えば2年ごとに、今までは臨時定員増をどうするかという話だったからあれなんですけれども、今後はこの推計をした数でどの程度の期間、その推計値を使っていかれるのか。次の見直しの話につながると思うんですけれども、その辺はどんなイメージで考えておられるのでしょうか。

○扇屋医事課長補佐 御指摘いただいたとおりで、今回見直しを行う理由というのはまさに令和4年度以降の臨時定員を決めるためということで、ここのタイミングでさせていただいております。

では、今後何年置きに行っていくのかというところについては、明確にはこれまで検討されてこなかったと思いますので、例えば医師確保計画のサイクルに合わせるとか、そのほかの政策に必要なタイミングで推計を引き続き定期的に行っていくことが重要と考えております。

先ほどの受療行動の変化というところも、そういった定期的な見直しをしていくことで踏まえることができるのではと考えております。

○片峰座長 もうそろそろなので、最後にどうぞ。

○裴構成員 次回以降の需要推計の話に関連しまして、19ページの労働時間の上限制限のケース1、2、3が今の恐らく働き方改革のケースの上限になっていると思うんですけども、実際2021年度から医師労働時間削減計画が病院経営の現場では始まっていますので、恐らくリアルな数字はかなりこれよりも乖離する部分があると思いますので、次回の需給推計の際にはぜひどこかでリアルな数字を、1,860時間まではぎりぎり計画を出すということは恐らくあり得ないと思います。

そうなりますと、ケース2とケース3の間がもしかしたら何らかのよりリアルに近い数字が出てくるのかなと思っております。このモデルのケースとリアルのケースの乖離が少なければ、現場の納得感というのは動きやすいかと思っておりますので、ぜひ入れていただきたいと思っております。

○片峰座長 それでは、時間も迫りましたので、今日御提案の医師需給の推計の方法に関しましては様々な御意見が出ましたので検討してまいりたいと思っておりますけれども、基本的なところはこれでよろしいかどうかですが、よろしいですか。

ありがとうございます。

それでは、議題はここまでということですが、事務局から御報告があるそうですのでよろしくをお願いします。

○扇屋医事課長補佐 では、机上配付させていただきました資料が2枚あるんですけども、お手元をお願いいたします。机上配付資料1、2というものです。

2通とも要望書になっておりまして、内容としましては、卒後2年目での地域医療研修を半年をめぐり義務化することというところなんです。初期臨床研修の2年間のうちの半年間を、医師少数の地域などで臨床に携わるようにすることという要望になっております。

1枚が議員連盟から、もう一枚が全国知事会やその他の団体からの合同の要望書になっております。

この要望について、御議論いただきたいと考えております。

○片峰座長 議論をするんですね。

○佐々木医事課長 時間もあれでございますので、議論といいますか、こういった要望がきておりますので、今日の時点でまず何かお気づきといいますか、少しいただいた上で、結論を申し上げますと、この内容につきましては初期研修においてどうかというような提案内容になっておりますので、この医師需給分科会でも議論をいただきたいと思うのですが、初期研修の案件でございますので、並行して臨床研修部会でも少し議論を始める必要があるかと思っておりますので、その点も含めて本日はお気づきな点があれば少し御意見をいただきたいと思っております。

○片峰座長 では、山口さん。

○山口構成員 これを拝見したときにまず感じたんですけれども、半年間、義務とすとなつたときに、初期研修をやっている医療機関のキャパシティとして実際にできるのかどうかという現実的な問題ですが、もし初期研修に携わっておられる方がいらっしゃるならば、これをやれということになって本当にできるのか。できない議論をしても仕方がないと思うんですけれども、実際のところどうなんでしょうか。

○新井構成員 地域医療研修をどういう定義で決めるかによって、例えば本当の医療過疎のエリアにそれこそ9,000人からの初期研修が散らばるということは、多分不可能だと思います。実際問題、半年間、そんなに施設を確保することはできないんじゃないかと思うので、地域医療研修がどういう定義なのかということを確認していただかないと、研修責任病院としても対応できないんじゃないかと思います。

○羽鳥構成員 専門医研修の専攻医で総合診療専門医の方々はすべての県では半年、6都府県については1年間の、僻地研修が義務づけられているのですけれども、総合診療をやっている専攻医の先生方には不公平感があります。

初期臨床の先生方にへき地研修を求めるのは難しいと思いますけれども、卒後3年目以降の専攻医の方、専攻医も終わって次の5年目以降の医師にへき地義務を課するというアイデアもあると思います。その方がその地域におられるととても安心と思います。そのようにみなでへき地医療を診れば

、医師少数区域、医師不足の議論もきっと飛んでしまうのではないかと思います。

○福井構成員 卒後2年間の臨床研修のプログラムを作るプロセスに関わってきているのですけれども、2年間のうち半年間を全員に地域医療というのは、求める内容から言ってバランスがかなり悪くなってしまおうと思います。やはり急性期の、または手術を含む病院でないと身につけられないことというのはかなりありまして、そういう期間を減らしてまで半年間、地域医療というのは、将来どういう分野に進む人が多いかということも考えますと、全員に義務づけるというのは私は無理ではないかと思います。

また、山口さんがおっしゃったように、私たちのところからも地域医療をいろいろお願いするのですけれども、実際のところ、それだけの多くの研修医を受け入れてもらって質の高いというか、あるレベル以上の教育効果のある現場の教育をしてくれるところというのはそれほど多くないんじゃないかとも思われますので、かなり難しいんじゃないかと私は思います。

○北村構成員 学生のコアカリキュラムをつくった経験、そして今、専門医がいるところにもかかわっていることからいいますと、こういう地域医療に慣れてもらうためには、学生のとときに1か月くらい、研修医のとときに例えば1か月～3か月の間、そして専攻医のとときに半年というふうにならぬ場面です必ず行くというほうが、初期研修の2年間で半年行くよりははるかに教育効果が高いと思いますので、むしろ学生にも1か月くらいは皆さん出ていただいたりしたほうがいいのではないかと思います。

○小川構成員 皆さん御発言されている方の地域医療研修というものの定義に随分違いが



あるんです。過疎地医療を地域医療だというふうに考えている方もいらっしゃるし、地域医療といえば岩手県辺りであれば二次医療圏の基幹病院で地域医療をやっているわけですから、ちょっと福井先生のおっしゃっているような意味と違うんじゃないかと私は思います。

それから、議連から出ている一番大事なのが3番目の地域医療研修のことではなくて、実は議連から出ているというか、議連の主張の中で一番大事なのが1、2なんです。1というのは、要するに卒前教育の中でスチューデントドクターをちゃんと法制化して、ちゃんとした学部教育の中で臨床実習をやりなさいということですし、2番目はCBTというので4年生から5年生にいくときにCBTが課せられているわけですがけれども、それと全く同じような国家試験がその後でやられているから、学部教育がうまくいっていない。これをどうにかしてくださいということのほうがどちらかというと大事な2点なので、そこだけ主張しておきたいと思います。

○片峰座長 では、最後に今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 身も蓋もない議論を申し上げて申し訳ないですけれども、そもそも我々のこの検討会というのは一体どういう位置づけになっているかということで、これは臨床研修の要望ですよ。ここにお集まりのような本当にいろいろな御意見を持っておられる方がこの議論をし出したら、結論も出ないし、いろんな意見が出て、雑談という言い方は恐縮ですけれども、それで終わってしまうわけです。

そもそも政治家の先生たちがいろいろお考えを持って政治家としていろいろ意見を言われるのは当たり前のことですけれども、それを厚労省がそのまま持ってきて、臨床研修を議論する場は別にあるにもかかわらず、需給のところでこれを議論してくださいというのは、私はすごく違和感を感じるんです。

それはきちんと厚労省が整理をした上で適切な検討会の中で議論していただくのは構わないですけれども、この需給の話と臨床研修の話がどういうつながりを持っているのかということはよく理解ができなくて、どうしてここに出されたのかを教えてください。

○片峰座長 では、最後に事務局からお答えいただいて終わりたいと思います。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。今、今村構成員に御指摘いただいた部分に関しましては資料1を御覧いただければと思います。資料1の2ページ目です。今回の議連からの提案が、これは全く定義されていないものではございますけれども、場としては臨床研修の半年を地域医療の義務化です。

ただ、ここで念頭に置かれているのは、議連で議論されているのは、偏在対策にこの半年を使えるのではないかというような文脈でこの提案がされています。ですので、この2ページ目でございますとおり、まず医療従事者の需給に関する検討会において総合的な医師の需給バランス、偏在対策の在り方を議論するのがこの需給分科会でございますので、その観点に関しましては今日、一旦、先生方から非常に幅広い御意見をいただきました。それで、先ほど課長からも申し上げましたとおり、もちろんこれは2年間の研修の一部で

ございますので、研修としてこの在り方はどうなのか、研修施設であるのか、医師の養成としてどうなのかというところに関しましては御指摘のとおり臨床研修部会で議論すべき内容かと思えます。

今日は幅広く御意見をいただきましたので、そういったものも踏まえて具体的には臨床研修部会で議論させていただいて、そして適宜先生方にも御報告させていただくような形で進めさせていただければと思っております。

また、小川構成員から御指摘いただきましたシームレスの医師養成の話、CBTに関しましても、医師分科会のほうで議論させていただいておりまして、公的な位置づけであるべきだというようなことで今、議論は進めさせていただいておりまして、できるだけ早い時期にこれも取りまとめたいと思っておりますので、それも併せてまた御報告させていただければと思っております。以上になります。

○片峰座長 ありがとうございます。それでは、ここまでにしたいと思えます。

○今村構成員 すみませんが、最後に一言だけ、もし厚労省がこれは偏在対策に関わるからここでも意見を求めたいというのであれば、最初の我々が議論している中にそういうことも含めて入れていただかないと、これはこれ、別の話で、よそで議論するための参考にしますというような形で最後にこれを出されるのはすごく不整合になっていると思うんです。

だから、どういうものを議論するかということはちゃんと考えて出していただきたいというお願いです。

○片峰座長 では、よろしく申し上げます。

○扇屋医事課長補佐 それでは、次回の議題、今後の議論の進め方については、本日いただきました御意見、御議論を踏まえ、片峰座長と相談の上、進めさせていただきたいと思えます。

次回の医師需給分科会の日程につきましては、追って事務局から御連絡させていただきます。

また、本日の机上配付資料につきましては回収させていただきますので、卓上に置いたままお帰りいただければ幸いです。以上です。

○片峰座長 それでは、これで今日の会議は終了いたします。