

2024-2-26 第2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2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。

出欠状況については、小川構成員、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9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和田参考人、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オンラインで俵課長、会場に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。

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をさせていただいております。

会場出席の皆様については、お手元に配付させていただいております議事次第と資料1から3、参考資料1から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いただきますようお願いいたします。

また、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してください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、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 皆様、こんにちは。本日も、どうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、議事に入らせていただきます。

本日の議題は、議題の1「これまでの医学部臨時定員と地域枠の活用について」、議題

の2「令和8年度の医学部臨時定員の設置の考え方について」の2つでございます。

議題の1と議題の2は、関連する議題でありますので、通して御議論をいただければと思います。

具体的には、まず、事務局から資料の1「医学部臨時定員と地域枠等の現状について」の説明をいただきたいと思っております。

続いて、本日は、印南構成員と野口構成員から、資料の2「医師と医療の関係について」の提出がございますので、この御説明をいただきまして、その後、事務局から資料の3「令和8年度の医学部臨時定員について」を説明いただくという流れにさせていただきたいと思っております。

そして、これらの説明があった後に、通して皆様から御議論をいただければと思っております。

それでは、事務局から説明のほど、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。そうしましたら、お手元に資料1を御用意いただければと思っております。

こちらは、医学部臨時定員と地域枠等の現状について、お示しした資料となっております。

まず、4ページ目をおめくりいただきまして、こちらに、これまでの医学部臨時定員及び地域枠等の取扱いに関する議論をまとめております。

これまで、医療従事者に関する検討会 医師需給分科会での議論といたしましては、平成27年から令和4年まで議論がされておりました、その中で中心となった議論について、一番上の四角にまとめております。

こちらは、前回の検討会でもお示しした資料となっておりますけれども、まず、この検討会の中では、全国的に医師数が毎年3,500から4,000名程度増加してきており、その中で令和11年頃には需給が均衡し、その後、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ということで、今後の医師の増加ペースについては見直しが必要という議論がございました。

また、そういった中で医師の地域偏在、診療科偏在というものは依然として存在するため、医師偏在への対応策は講じることが引き続き重要であって、さらに、4ポツ目に記載しておりますけれども、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、地域医療構想や医師の働き方改革の推進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。

こういった議論を踏まえまして、真ん中の四角でございますけれども、第8次医療計画等に関する検討会での議論の中身について、こちらにまとめております。

具体的には、真ん中の○の1ポツ目に書いてございますけれども、安定した医師確保を行うための地域枠等の恒久定員内への設置を促進するといったことが、主に議論されてお

りました。

また、医学部定員の全体像につきましては、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、報告されておりました、具体的には、一番上の○に書いておりますように、令和6年度及び7年度の臨時定員については、臨時定員の全体の必要性を十分に精査して、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とした上で、令和元年度の医学部総定員数を上限とするということが議論されておりました。

次の5ページと6ページにつきましては、第8次医療計画及び医師確保計画に関するワーキンググループでの議論になりますので飛ばさせていただきます、7ページに、前回の本検討会での先生方からいただいた議論について、一部抜粋しながらまとめております。

まず、一番上に医学部定員に関する御意見をまとめておりますけれども、1つ目の○でございまして、生産年齢人口が減少していく中で、医師だけが増えるということはありません、人口動態を見れば、いずれ医師の養成数を減らす必要があるのではないかといった御意見や、2つ目の○から4つ目の○については、同様の意見でございましたけれども、医師の養成数の在り方と偏在対策は対であって、医師養成数の削減はやむを得ないけれども、偏在対策が重要であり、それがそのまま削減を行うと、偏在が拡大するといった御意見。

また、医師少数県の知事で構成する「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」では、医学部臨時定員増については、当面延長して、地域に必要な医師数を確保できるよう減員はしないという提言を行っているということも御意見として伺っております。

また、6つ目の○につきましては、供給過剰になると賃金が必然的に落ちてきて、金銭的な報酬を与えるという観点から考えても、医学部定員は見直す必要があるといった御意見。

また、これまで新型コロナウイルス感染症の影響により、議論が止まっていたということも踏まえて、今後の議論を加速させていく必要があるのではないかという御意見もいただいております。

地域枠それ自体に関する御意見として、下の四角にまとめておりますけれども、地域枠というものは非常に有効である一方で、地域残っていない卒業生も一定数いるなど、その原因や運用状況の実態把握が今後必要ではないかといった御意見をいただいております。

以上が、これまでの議論の流れになっておりました、次に、地域枠の設置、活用状況に関するデータを次の8ページ以降でお示ししております。

まず、9ページをお開きいただきまして、ここに、これまでの医学部入学定員と地域枠の年次推移をお示ししております。

一番上に書いておりますように、平成20年度以降、医学部の入学定員が過去最大規模となっておりまして、特に右の赤い四角で囲っておりますように、令和2年度以降、前年度比増がずっと継続している状況となっております。

そういった中で、次のページですけれども、18歳人口千人あたりに医師養成数が占める割合をお示ししております。こちら前回の検討会で少しお出しさせていただきましたけ

れども、1970年のときには、約436人に1人が医学部に進学する状況であったのが、現状、2024年には約116人に1人が医学部に進学する状況と。

また、この医学部の進学数が固定された場合は、2050年には約85人に1人が医学部に進学するという状況になっております。

次の11ページに、少し見方を変えて18歳人口に占める医師養成数の比率を固定した場合の医師養成数のデータをお示ししております。

こちらに3つ線がございまして、一番上の線が、約116人に1人が医学部に進学する場合、つまり、現状の2024年の医学部の総定員数と、18歳人口の比率をそのまま伸ばして各年の18歳人口に乗算した場合に、どれぐらいの医師養成数になるのかといったグラフを示しております。

また、2つ目の折れ線につきましては、2024年の18歳人口に対する、今の恒久定員数の比率をそのまま各年の18歳人口に乗算した場合に、どれぐらい医師が養成されるのかといった数を折れ線グラフとして示しております。

また、一番下の折れ線グラフですけれども、こちらは、2005年、臨時定員が増員される前の18歳人口に占める医師養成数の比率を、各年の18歳人口に乗算した場合に、今後、どういった医師養成数の推移になるかというものを算出したグラフになっております。

こちらにつきましては、一番上に点線で令和6年の総定員数と、あと、現状の恒久定員数を目安としてお示ししております。例えば、現状の医学部に進学する比率をそのまま伸ばしていった場合に、2035年には8,308名の医師養成数となると算出されますので、それは恒久定員数よりも下回っているという状況になっております。

次の12ページですけれども、医師の需給推計について、これは何度もお示しさせていただいているものですが、令和2年に需給推計を行った資料でございます。

令和11年、2019年頃には約36万人で医師の需給が均衡し、以降は供給が需要を上回るという推計がなされております。

以上が、医学部定員の推移及び需給推計の御説明になりまして、次に、地域枠の効果について、13ページ以降でお示ししております。

14ページをお開きいただきまして、こちらは、地域枠と地元出身者枠について、概要をお示ししております。

前回にもお示しさせていただいた資料になりますけれども、改めてなります。

まず、地域枠といったものはどういったものかについて、真ん中の四角に示しておりますけれども、こちらは、地元出身者あるいは全国より選抜いただくものであって、ただ、必ず別枠方式で選抜し、従事要件もある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して、こちらは地元出身者より選抜するけれども、選抜方法や従事要件の有無は問わないという枠となっております。

それ以外に、大学独自でそれぞれ要件を設定していただいている枠もございまして、これらが、それぞれどのように恒久定員あるいは臨時定員に設置されているのかといったイ

メージを、真ん中の棒グラフでお示ししております。

まず、臨時定員につきましては、基本的に地域枠となっておりまして、恒久定員につきましても、こちらは大学の裁量があるものですので、一般枠や大学によっては、大学独自枠、地元出身者枠あるいは地域枠を設置されているという状況になっております。

次の15ページになりますけれども、地域枠及び地域枠以外の地域定着割合の比較をデータとして、お示ししております。

こちらの一番上に、まず、地域枠がどれぐらい卒業後、地元に着用していただけるのかという割合を示しておりますけれども、およそ9割程度、その後、その県に残っていただけるというデータがございます。

また、地元出身者につきましても、こちらは従事要件の有無にかかわらず、やはり8割程度残っていただけるということで、非常に定着率が高いのかなと思っています。

一方で、地域枠ではなくて他県の出身の方というのは、やはり地元出身の方と比べて定着の割合が低く、およそ4割程度弱という状況になっております。

こういったことを踏まえまして、次の16ページ、地域枠と地元出身者枠に関するそれぞれの偏在是正効果について、御説明させていただきます。

まず、恒久定員における地域枠につきましては、医師の少ない都道府県において医師を充足させて、都道府県間の偏在を是正する機能があるということ。

また、県内においても数年、基本的に約4年程度、医師少数区域等で従事するという要件がございますので、やはり県内の中の偏在も是正する、つまり二次医療圏間の偏在を是正する機能もあると考えております。

また、地域枠によっては、診療科の指定をいただいているものもございますので、そういった場合には診療科間の偏在を是正する機能もあると考えております。

一方で、地元出身者枠なのですけれども、こちらは従事要件として、医師少数区域に配置するというものは、特に義務でございませんので、二次医療圏間の偏在を是正するという機能ではなく、地元に残っていただく、都道府県に残っていただくということで、都道府県間の偏在を是正する機能があるのではないかと考えております。

こういった地域枠、地元出身者枠はどのように活用されているのかというものについて、17ページに示しております。

ブルーで濃く示しておるのは医師少数県でございまして、それ以外が医師中程度県あるいは多数県になっております。

例えば、青森を見ていただきますと、恒久定員は105名設置されていて、そのうち恒久定員の地域枠が35名あると。また、それに加えて臨時定員が27名ついているという状況になっております。

例えば、東京などを見ていただきますと、恒久定員1,397名あって、恒久定員の地域枠5名、それに加えて臨時定員は20名ついているという状況で、少数県だけでなく多数県についても、こういった臨時定員地域枠あるいは恒久定員地域枠というものが設置されている

という状況になっております。

次の18ページに行ってくださいまして、こういった臨時定員の地域枠あるいは地域枠の地元出身者というものの効果として、これまでどのような医師の確保の推移になっているのかというものを示しております。

こちらは、若手の医師数の医療機関の従事者の推移を示しておりますけれども、このオレンジのものが医師多数県、ブルーのものが医師少数県、そして、グリーンが医師中程度県となっております。

医師多数県については、平成14年以降、継続して若手の医師の割合が伸びてきているという状況でございますけれども、医師少数県については、一旦、若手の医師の割合が減ってきておりますけれども、平成20年から地域枠等を設置して、そういった方々が、医療機関で働かれる平成26年以降、特にぐっと伸びてきていて、現状、医師多数県と比較しても伸びが大きく、若手医師については、地域偏在が縮小してきているということがデータとして読み取れるかと思えます。

次のページは、飛ばさせていただきます、20ページでございます。

先ほどは、若手の医師の割合がどういう推移をしてきたかということでございましたけれども、絶対数としてどうなっているのかというものを、20ページでお示ししております。

こちらは、各都道府県ごとにプロットしております、右に行けば行くほど医師多数県、左に行けば行くほど医師少数県となっております。

また、上下の軸につきましては、人口10万人当たりの40歳未満の医師数がどうであるかということを示しております。

こちらを見ていただければ分かりますとおり、やはり東京、京都、岡山といった医師多数県ほど、人口10万人当たり40歳未満の医師数というものが多く、医師少数県になればなるほど少ないということが見て取れるかなと思えます。

次の21ページは、人口10万対35歳未満の医師数を同様にプロットしたものでして、やはり同様の傾向が見て取れるという状況でございます。

次に、22ページに移っていただきまして、こちらは人口10万対40歳未満の医師数の、やはり同様のグラフなのですが、こちらは、従事先が主に病院に従事される方の人口10万人当たり40歳未満の医師数の数がどうなっているかというものでございます。

こちらは、先ほど比較しまして、少し東京の辺りがぐっと落ちてきている状況でございますけれども、やはり傾向としては、医師多数県ほど若手の医師が働く割合が高いということが見て取れるかと思えます。

23ページ、こちらでも人口10万人当たり35歳未満医師数の病院に勤める方の割合で、同様の傾向が見て取れるかと思えます。

次の24ページでございますけれども、こちらは人口10万人当たり病院に勤める全年齢の医師数がどのようになっているかというものを示しております。

こちらになりますと、先ほどまでは東京が一番多かったのですが、そのほかの医

師多数県の中では、東京よりも多い府県もある状況でございます。

また、全体の傾向としては、先ほどと同様、医師少数県も医師多数県のほうが、病院に勤められる医師の割合が多い状況になっております。

次の25ページになりますけれども、こちらは人口10万人当たり40歳未満の医師数で、こちらは主たる従事先が診療所になる方を示しております。

このグラフでは、特に東京が全国平均の約3倍と多くて、そのほかの都道府県については、医師多数県で多い傾向が見られますけれども、先ほどの病院等と比べますと、全体として、その傾向はやや薄らいでいるかなという印象でございます。

また、医師少数県においても、全国平均以上の県が複数あるという状況になっております。

26ページ、こちらは人口10万人当たり35歳未満の主に診療所に勤める医師数のグラフで、先ほど同様の傾向が見て取れるかと思えます。

次に、27ページでございますけれども、こちらは人口10万人当たり全年齢の医師数で、主たる従事先は診療所の方を示したものでございまして、こちらは、先ほどまでは東京が全国平均の約3倍と多かったのですけれども、全年齢になりますと、やはり、その傾向は少し薄らいでいると。また、全体の傾向としては、医師多数県ほど多く、医師少数県ほど少ないという傾向が見られるというグラフになっております。

以上が地域枠の効果に関するデータでございまして、次、28ページ以降に、地域枠の活用状況について、データでお示ししております。

29ページをお開きいただきまして、こちらは、令和5年と令和6年度の臨時定員地域枠の設置数について、お示ししております。

イエローでハイライトされているものが医師多数県、ブルーでハイライトされているものが医師少数県、そして、グレーのものが医師中程度県となっております。右下に総数を示しておりますけれども、まず、臨時定員地域枠、令和5年度につきましては、医師多数県は191名であって、令和6年度も変わらず191名だったと。

中程度県につきましては、5年度は224名から、令和6年度は5名増えて229名。

そして、医師少数県については526名から、令和6年度は12名増えて538名であったというのが、令和5年度、6年度、臨時定員地域枠の推移になっております。

また、次のページには、同じデータですけれども、令和6年度の地域枠の設置数について円グラフで示しております。こちらを見ていただくと分かりますように、半数以上が医師少数県を従事先として設置されておりますけれども、一部医師多数県及び中等度県にも臨時定員地域枠は設置されているという状況になっております。

次の31ページをおめくりいただきまして、こちらは、各都道府県別に、県内のどこいったところに地域枠が配置されているかというものをお示したデータになっております。

右に行けば行くほど、医師少数県、左に行けば、医師多数県となっております。例えば、一番右の新潟県を見ていただくと分かりますけれども、新潟におかれましては、濃

いブルー、こちらは医師少数区域になっておりますけれども、医師少数区域に配置されている地域枠の医師というものが7割弱になっておりまして、残り3割強につきましては、医師多数区域に配置されているという状況になっております。

こちらは、全体を見ていただくと分かりますように、医師少数県では、医師少数区域に地域枠医師を多く配置している県が複数見られるという状況かと思っております。

一方、医師多数県では、医師少数区域への地域枠医師への配置がない県や、そもそも医師少数区域が存在しない県もあるという状況でございます。ただ、一方で、医師少数区域へ地域枠を配置して、地域枠を活用している都道府県も見られるというのが、このデータから読み取れる状況かなと思っております。

次のページへ行っていただきまして、32ページは、各都道府県別に臨時定員の地域枠及び恒久定員の地域枠をどれぐらい絶対数として設置しているかというものを、グラフとして示しております。

同様に右側が医師少数県、左側は医師多数県と並んでおりまして、全体的にグレーの棒グラフが臨時定員、オレンジのものが恒久定員の地域枠を示しております。全体的に見ていただくと分かりますように、右側、医師少数県のほうが、やはり臨時定員地域枠、恒久定員内地域枠とともに多く設置していただいているという状況かと思っております。

また、医師多数県でも一部恒久定員内地域枠を設置していただいている県もあるという状況です。

そして、次の33ページへ行っていただきまして、こちらは、国公立の大学別にどれぐらい恒久定員内地域枠と臨時定員地域枠を設置しているかという状況を示しております。

恒久定員内地域枠につきましては、国公立大学は約4割程度の大学が恒久定員内地域枠を設置いただいているという状況です。

一方で、次のページ、私立大学ですけれども、恒久定員内地域枠は、およそ2割程度の大学での設置にとどまっているという状況でございます。

資料1の説明につきましては、以上になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、引き続きまして、資料の2につきまして、印南構成員と野口構成員から御説明をお願いしたいと思います。

○印南構成員 慶應義塾大学の印南でございます。それから、早稲田大学の野口先生と併せて資料を提出させていただきました。

これから約20分ですが、全体は4章プラス参考資料になっていきますので、まず、第1、第2章を私が説明し、その後、野口先生にバトンタッチし、再び私が第4章と参考資料について説明させていただきます。

まず、第1が「医師数を検討するうえでの視点」ということです。資料をおめくりください。

「医師数を検討するうえでの視点」ということで、4つほど挙げております。

地域・診療科偏在、医療アクセスの問題が、これが最も重要な問題だと思われます。日本は国民皆保険を採っていますので、医療費は強制的に徴収された保険料、その他税金等でかなりの部分が賄われていますので、理想的に言えば、全国民に同じ医療へのアクセスが本当は保障されるべきです。多少の差は仕方ないとしても、なるべく均てん化するというのは、重要な政策目標です。

それから、医師が増えますと、1人当たりの症例数が減少するというこで、医療の質の低下の問題が起きるといことは、医師の需給検討会、前の検討会でも指摘されてきました。今回は、この部分に関するエビデンスは、直接は出しておりません。

それから、医師の収入低下、これは1人当たりの医師の収入が低下することも、恐らく見込まれてしまうわけす。そうしますと、それに伴う医療レベルの低下も予想される。これも医療の質の低下の問題につながる可能性があると思ひます。

それから、医療費増で国民皆保険の堅持の観点からも問題がある。これは各所で指摘されています。後で少し説明しますが、医療費が増えること自体に問題があると言っているわけではありません。

第2章ですが「医師数と医師の質、医療費について」と書いてあるのですけれども、まず、医療費がどうやって決まるのか、その中で医師数は、どういう位置づけにあるのかということから説明していきます。

世界の研究動向としては、通常、医療費の決定要因のうち最たるものは医療技術の進歩であるとされます。ただし、これは、他の要因との明確な分離が結構難しいです。私も高額医薬品とか、あるいはMRIの数とか、いろいろやりましたが、意外と簡単には結果が見えません。

第2に、所得の増加が大きな影響をもたらしているということす。

第3番目に、高齢化は大きな要因とは認識されていないということがあります。この理由は、1つは、欧米における医療費の定義が、日本における急性期医療費の定義に近くて、日本の国民医療費とは若干定義がずれているということなのです。彼らの目から見ますと、医療費という、急性期医療費なのです。そうすると、高齢化率というの、それほど関係ないということになりがちであります。

日本の場合には、医療費、急性期医療費、もちろんかなりの程度がありますけれども、同時に慢性期の医療費とか、そういうものが結構混在しているということが1つの特徴だと思います。必ずしも悪いと言っている意味ではありません。

そういうことで、世界の医療費決定要因の結論をそのまま日本に当てはめるのは、少し無理があるかなと考えています。

それから、日本にもあてはまる有名な仮説として、医師誘導需要仮説というのがあります。かつては、病床が最初に原因だと言われていたのですが、実際には、病床というものが意思決定するわけではないので、決定するのはあくまでも医師なので、その医師数が増加すると、医療需要を喚起するということが言われています。

それとの関係もあるのですが、もう一つ、アバーツ・ジョンソン仮説というものがあります。これは、通常の経済学では、供給が増える、あるいは供給者数が増えると、競争が激化して、通常は市場で取引されますから、価格が低下して市場が均衡するはずなのですが、医療の世界は、必ずしもそうではないということが、分かっております、医師間の競争が激しくなるほど、価格競争ではなく設備投資競争が起きるとということが、一般的に観察されています。

これは日本の場合を考えてみても、MRIとかPETスキャンの数が、外国と比べて非常に多いという、そういう事実が当てはまるのではないかとということが想像されます。

それから、設備投資を行うことにより、地方等で医師不足に悩んでいる地域では、医師を引きつけるために設備投資をするという側面もありまして、医師を引きつければ、患者も引きつけることができる、こういう理屈になっているわけです。

次のページをお願いします。

日本の医療制度における医療費を考える際の留意点といいますか、1つは、国民皆保険を取っております、しかも、これは世界に冠たると言ってもいいと思うのですが、診療報酬支払制度、公定価格制度が、かなり発達しています。

そうしますと、医療費を $P \times Q$ 、価格掛けるサービス提供量、この場合の $P$ は、診療報酬上の点数ということになります、大部分が、やはりまだ出来高払いですので、結局、 $P$ の部分が固定されていて、医師誘導需要が存在するにしても、 $Q$ の部分を操作する、この言葉はちょっと厳しいかもしれませんが、操作することしかできないと言ってもいいですし、その部分が医師誘導需要の主たる部分になるということになります。

医療機関は、日本の場合、民間中心であり、利得動機量を考慮する必要性が大きいのではないかと。これは非営利であっても、設備投資を続けて、事業継続するには、一定の事業収入を拡大していかなければいけないという意味です。必ずしも過剰な利益を追求して行動しているという意味ではありません。

次のページをお願いします。

これは、日本の医療費分析における仮説なのですが、1つは、目標所得説というのがあります。これは、昨年度と同程度の収入を上回ることを目標として、医療機関は行動しているのではないかと。ですから、前年度同月の医業収入を見て、今年の収入の程度を予測しながら行動していると。

それから、裁量権行使説、これは、倫理的に許容される範囲という制限が当然ありますけれども、ある程度、例えば検査回数も患者さんの要望に応じて増やしたり、あるいは病院の都合によって検査回数を少し増やしたりということが可能です。

これは、必ずしも無駄だとか、不必要だと決めつけることはできない。患者の個別性がありますから、そういうことは当然あり得るのですけれども、それ以外の部分もあるのではないかとというのが、一般的に思われるわけです。それで、医療密度を調整すると考えています。

次のページを見ていただきたいのですが、これは少しデータが古いのですが、傾向は全く同じです。これは、医療費の3要素をグラフ化したものです。

受療率は、やや増えているか横ばい、1件当たり入院・入院外の受診日数は、どんどん減ってきています。

ところが、医療費全体は増えるわけですね。それは、どうしてかという、次のページにありますように、1日当たり診療費がどんどん伸びている。これは、もちろん医療技術の進歩だとも言えますが、それ以外に、医療密度を高くしているのではないかと、うかがわれるわけです。これが前提になります。

次のページをお願いします。

医療費の決定要因は何かという、これはかなり難しい問題で、通常の政府の提出データは、例えば、人口数と1人当たり医療費に分解します。2つに分解すれば、2つを掛けたものが常に医療費になって、これは100%正しいわけです。

このように分解していくアプローチを、私は分解アプローチと呼んでいますけれども、分解アプローチを取ると、1人当たりとか、こういう明確なもの以外は、実は分析できないのです。変数同士に相関がありますから。

そうすると、単回帰分析というのを使って、医療費と病床数とか、医療費と医師数とかをプロットして、全体の傾向を示す直線を書いたりするわけです。それはそれで、ある程度分かるのですが、では、これらの関係する変数の間で、どれが最も強い関係を持っているのかという話になりますと、医療経済学の手法を使ったほうがいいですし、それで分かることになります。

細かい話は全て省略しますが、人口数の変動の影響を取るために、まず、1人当たり国保医療費の増加要因を探るアプローチをします。

なぜ、国保医療費かと言いますと、この分析のデータの年の関係で、まだ国民医療費が毎年都道府県別に出ていなかったということがあったというのが理由です。

直近のデータでは、それも分析できるのですが、ここでは、1人当たり国保医療費のデータで説明するという事です。

データは、次のページに書いてあるとおりでありまして、これは見ていただければと思いますので省略します。

非常にたくさんのモデルがあって、次にどんどんめくってほしいのですが、1つ強調しておかなくてはいけないのは、都道府県レベルのデータを使うことによって、全国レベルの要因が分かるということです。

パネルデータ分析という手法を使いますと、都道府県の個別性は除去されます。加えて年次ダミーを入れますので、診療報酬改定を含む、同一年の共通する影響も全部除去されます。加えて、同時に複数の変数を入れますと、お互いの偏相関も除去されて、それぞれの変数の純粋な影響力が出てくることになります。

それで、全変数を対数化しますので、少し専門的なのですが、弾力性という形で変数間

の影響力を相互に比較することができます。

例えば、1人当たり医師数に対する弾力性を見ると、人口10万人当たり医師数の弾力性が零コンマ幾つだとなると、その変数が1%増加すると、医療費が何%増加するということが出てきます。

その結果を示したものが、14ページになります。

見ていただきたいのですが、政策的に対応できる変数というのは、病床数とか医師数とか、平均在院日数とか、あるいは保健師数なのですが、その中で、医療費にプラスの強い影響を持つのは、実は医師数です。多くの方が病床数だと思っておられるかもしれませんが、意外と病床数の影響は小さくなくて、医師数が最大の要因です。

ここで、年次ダミーありとなしで両方を示していますが、これは、なぜかといいますと、年次ダミーは、その年に全国で共通に起きた影響を、全部吸収してしまうのです。

そうすると、実は医師数の増加の部分も一部吸収してしまうので、年次ダミーありとなしの両方の結果を示しているということです。

年次ダミーなしで見ますと0.94ですから、人口10万人当たり医師数が1%増えると、医療費が0.94%増えるということになります。

次のページをお願いします。16ページに飛んでいただきたいと思います。

まず、医療費の増加に大きく寄与する単一の決定的要因はない、弾力性が1を超えるものはなかったということです。

それから、高齢化、所得の影響が比較的小さいし、病床数の影響もそれほどではなく、医師数の影響力が最も強いということです。

下に書いてありますとおり、医師数をコントロールしていくことが、医療費の観点からも極めて重要だということになります。

17ページは、分析結果に加えて示唆を書いてあります。

このまま人口が減少し続けて、高齢者人口伸びが止まって医療需要が減少するにもかかわらず、医師数が増えますと、恐らく医師数1人当たりの医業収入が減少することになります。もちろん、一定程度は、診療密度の上昇でしのげるかもしれませんが、限界があります。

医師数の増加を放置すると、医師1人当たりの収入が減少する中で、人口当たり医師数が増加し、総医療費が増加してしまいます。

そうすると、これは国民にとっても医師にとっても、ともに負担が増えるということです。

これが、国民皆保険の堅持に対する危惧ということになると思います。

ここで、野口先生にバトンタッチします。

○野口構成員 印南先生、どうもありがとうございました。

今の印南先生のお話にも関連して、私からは、医師数と賃金の関係についてお話をさせていただきます。

次のページをお願いします。

一般的には、経済学の理論では、労働需要と労働供給が一致した点で、労働市場が均衡するという言い方を私たちはするのですけれども、均衡して、そこで医師の賃金が決まると、給与が決まる。厳密に言うと、賃金なののですけれども、決定されるという説明をします。

あくまでも、これは経済学の一般論なののですけれども、労働需要がもし一定であるとするならば、労働供給が増えると労働供給曲線が全体的に右側にシフトするわけです。そうすると、賃金は理論上減少する。

他方で、労働供給が減ると、労働供給曲線が全体的に左側にシフトするので、労働需要が同じだとすると、賃金は増加するということが一般的な労働経済学の理論です。

では、それが果たして労働市場でデータを使って見えるかどうかということをやってみました。

ここで、横軸は、第4回の地域構想、医師確保計画に対するワーキンググループが算出した医師の偏在指数ということになります。

縦軸は、賃金構造基本統計調査、いわゆる賃金センサスと言われているものなのですけれども、厚生労働省の調査から6月分の決まって支給する現金給与額を12倍した金額に、年間賞与、ボーナスを足し上げて、医師の年間報酬額を算出し、それを対数変換したものです。先ほど印南先生のお話にもありましたが、これは絶対数ではないです。

何で対数変換するかというと、いろいろ理由はあるのですけれども、実証経済学、データを使って分析する経済学では、賃金だとか、報酬だとか、こういった資産だとか、こういった変数を扱う場合に正規分布していないのです。正規分布していないので、それを正規分布にするために対数表現にする。また、別にも理由があって、極端な数値の効果を低減するという目的で、対数値に変換して分析することがしばしばあります。

印南先生も先ほどおっしゃっていたように、弾力性推定をするために対数変換をしているということです。ここでは、そのやり方を踏襲します。

縦軸の単位は、対数値となりますので、単位を明示することはできません。

一方、どの程度の年収かという絶対値を一応申し上げておきますと、一番低いのが、一番端っこにある東京都なののですけれども、東京都の平均年収が大体1000万少し超えるぐらいです。対数値で言うと16.14、最も高いのが、ここで言うと山梨県なののですけれども、山梨県の平均賃金が1900万弱となっていて、対数値が16.76となっています。

したがって、この縦軸を絶対数で言うと、都道府県によって大体1000万から1800万ぐらいのバリエーションがあるとお考えいただければ結構です。

なお、ここでは男女計のデータを使っていて、また、各都道府県での消費者物価指数による調整を行っているということを申し上げます。

さて、それで両者の相関を見ていただくと、約マイナス0.28となっています。これは10%水準で統計的に有意でした。

解釈としては、医師偏在指数が高いほど、つまり医者が多いほど、消費者物価指数による調整済みの年間報酬額が低い傾向にある。また、その逆もしかりです。

ここで少し強調させていただきたいのは、あくまでもこれは相関であって、因果ではないということは、強調させていただきます。

因果関係を特定するためには、逆因果とか、見せかけの相関とかに留意しながら、印南先生がされた回帰分析を行って、理想的にはですけれども、医師個人々の賃金データを用いて、賃金関数を推定する必要があります。

ただ、賃金センサスでは把握可能な観測数が不足しているために、厳密な分析はなかなか難しいというのが実情です。

さらに、対数変換した上で、線形近似をしてもいいのですけれども、ここでは多項式近似曲線、この青いブルーの線ですけれども、それを取っています。

この結果からだと、年間報酬額、対数値は150から225にかけて若干上昇傾向にあるのですけれども、225を超えると、減少傾向ということが分かります。

次のページをお願いします。

今度は、歯科医師についても同じようなことやってみました。ただ、歯科医師については、医師の偏在指数がなかったのので、人口10万対歯科医師数ということをも横軸にとって、縦軸は医師と同じ、さっきと同じ賃金センサスから算出した歯科医師の年間報酬額と対数値となります。

絶対数を一応申し上げておきますと、一番平均年収が低い福島県が、大体500万強、対数値15.46で、最も高いのが富山県で大体1800万ぐらいということで、対数値が16.73となっています。

したがって、歯科医師の場合は、医師よりもバリエーションがさらに大きくて、絶対値でいうと都道府県によって、大体平均500万から1800万の間ぐらいのバリエーションということになります。

医師と同様、これも男女計のデータを用いて、各都道府県の消費者物価指数により調整を行っております。

結果、両者の相関係数は約マイナス0.29で、10%水準で統計的に有意でした。

解釈としては、歯科医師が多いほど、消費者物価指数による調整済みの年間報酬額は低い傾向にあるということで、医師と同様な傾向であるということが分かります。

最後のページをお願いします。

以上、ここで繰り返しますと、単純な相関図を見る限りにおいてはですけれども、医師偏在性が高い都道府県ほど、年間報酬額は有意に低い傾向にあると。歯科医師も同様の傾向があると。

したがって、こうした単純な相関からも、先ほど少し御説明した労働経済学での一般論が、医師あるいは歯科医師の労働市場においても当てはまる可能性が示唆されるわけです。

前回の検討会で構成員の皆様から御指摘があったように、同じ都道府県の中でも医療従

事者の偏在があるということが、もう分かっておりますので、今後、こうした医師の労働市場に対するより厳密な解析をしていく必要がある。そのためのさらなるデータ収集が喫緊の課題であると言えます。

私からの報告は以上です。

印南先生、お願いします。

○遠藤座長 印南先生、簡潔にお願いいたします。

○印南構成員 すみません、押していますので、簡略にいきたいと思います。

第4章では、歯科医師と薬剤師の状況を示しています。

医師の場合よりも、実は供給過剰が一層進んでしまっているという意味で、このデータを出して算出しました。

結論から言いますと、歯科医師の場合の偏在は、恐らく一般の医師よりもより大きいと思います。しかもほとんどが診療所で、首都圏並びに大都市圏でどんどん開業するという状況があります。

非常に定員が多いし、それで、すごい勢いで増えていったということもあって、早く定員も削減していますが、この偏在問題は解消していないと言ってもいいです。

これは、定員を削減したから解消しないという見方があるかもしれませんが、そうではなくて、恐らく別のことをしない限りは、定員を増やしても偏在は解消しないのだということだと、私は解釈します。

薬剤師も同様です。こちらは、病棟薬剤師が少ないという偏在問題があります。そういう偏在問題を解消するために、薬学部の定員を維持すべきかということ、そうではなくて、こちらのほうはどんどん薬学部の定員割れとか、それに伴う質の低下が危惧されるという状況になっているということです。簡単に言いますと、4章は、そういうことになります。

最後に、参考資料を見ていただきたいのですが、34ページは、これは数式を示しただけです。分析結果について、どのぐらい自信があるのかと言いますと、かなり頑健で、決定係数は0.9を超えています。ですから、結果のばらつきの9割以上が、この式と分析結果で説明できます。

35ページですが、これは、私が考える注意点をあげました。偏在を考える場合、現在、医師偏在指標は、単純な人口対比、医師数で見るのではなく、若干の精緻化をして考えていますけれども、厚労省の資料にあったとおり、実際の人口当たり医師数と、この指標との間には、強い正の相関があります。

基本的には、人口当たり指数に若干の調整をしているというつくり方だと思います。そこで考えますと、実は何をしなくても、どちらの指数も時系列的には改善していくということです。

上位3分の1を見ると、大体都市部なのですが、人口数は微減だと思います。一方、都市部はどんどん医師が開業したりして、医師数は増加しています。ですから、政策的に何もしなくても指数は上昇します。

一方、下位のほうは、人口数が大体過疎県が多かったりしますので、人口数はどんどん減っていく、医師数はあまり増えない。そうすると、やはり指標は改善していくわけです。

問題は、それぞれの指標が時系列的に改善したかどうかではなく、あくまでも都市部あるいは過疎地、ないし過疎県との間の格差を見ていく必要があるということです。これを最大と最小で見るのか、分散も考慮するのかと、いろいろ議論はあるかもしれませんが、ここが第一です。

それと、県内の偏在も相当あるので、この場合、人口を取る範囲を県だけで見るのではなくて、当然二次医療圏、場合によっては、もう少し違う単位で見る必要もあるかもしれないということでもあります。

それで、歯科医師数、薬剤師数のデータや政策手段を出したのは、分野は少し違いますが、医師数の偏在解消にも役に立つ可能性があるので、広く検討したほうがいいという趣旨になります。

最後にまとめとして、多分に個人的な見解を含むのですが、今回の検討会は臨時定員の話ということになっています。しかし、医学部定員全体を見渡しても、同じことが言えるのではないかと思います。医学部定員を維持しなくても、あるいは一定限度削減しても、医師には定年がないので、実働の医師数はどんどん増えていくわけです。ですから、その部分は、要するに定員を削減すれば、実働の医師数が減るというわけではないということです。

それから、いろいろ見てみますと、総定員の維持自体のデメリットのほうが大きいのではないかと。恐らく、唯一のメリットは、ひょっとしたら、それが地域偏在の解消につながるのではないかと。どうもそうではないのではないかと。私の見解であります。

ですから、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と、私は考えております。

ですので、総定員の削減を視野に入れながら、地域枠、地元枠の配分や、その他の手法によって格差を縮小する政策手段の議論をすべきではないかと思います。

野口先生、補足があったらお願いします。

○野口構成員 いいえ、私からは特にございません。ありがとうございました。

○印南構成員 以上になります。ありがとうございました。

○遠藤座長 興味深いお話をありがとうございました。

それでは、資料の3について、事務局から説明をお願いします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 それでは、次資料3について御説明させていただければと思います。お手元に資料3を御用意ください。

1ページおめくりいただきまして、2ページですけれども、先ほどお示ししておりました医学部定員の推移あるいはデータについて、改めてこちらにまとめております。

まず、医学部定員について、一番上の四角にまとめておりますけれども、平成20年度以

降、医学部の入学定員が過去最大規模となっており、令和2年度以降は前年度比増が継続している。

また、18歳人口に占める医学部進学者数も年々増加していて、令和6年度の入学者数が継続した場合、2050年には約85人に1人が医学部に進学することとなると。また、令和6年の18歳人口に対する医師養成数の比率が継続すると仮定した場合には、2035年においては、医師養成数は総恒久定員数を割り込むと算出されるという状況でございます。

また、需給推計につきましては、令和11年頃には需給が均衡すると推計されております。

また、地域枠の効果及び活用状況についても下にまとめております。

まず、効果につきましては、地域枠は地元の定着率が9割程度と高く、また、平成26年以降、医師少数県における若手医師数の割合が上昇していると。

ただ、一方で人口10万人当たりの若手医師数については、特に病院における勤務について、医師多数県と比較すると、医師少数県では、依然、低い状況であるという状況でございました。

また、地域枠の活用状況についてですけれども、医師少数区域の存在する都道府県の約9割で医師少数区域に地域枠医師が配置されていると。

一方で、医師少数区域で勤務されることとされている4年程度を考慮した場合に、医師少数区域等に配置されていない割合が高い都道府県もあって、恒久定員内地域枠について見ると、医師少数県では約7割の都道府県、医師多数県では約4割の都道府県で、大学に恒久定員内地域枠を設置いただいているという状況でございます。

次の3ページでございますけれども、改めて先生方の第1回の検討会の御意見を一部抜粋させていただいております。

地域枠は、本人の意思を尊重しながら地域に必要な医師に定着してもらうという取組は非常に有効だけれども、やはり地域に残っていない一定数の方がおられるので、その原因や運用状況の実態把握が必要であると。

また、医師養成数の在り方と偏在対策はセットであって、医師増加ペースの見直しについては、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であるという御意見をいただいております。

こういったことを踏まえまして、下に論点として挙げさせていただいております。臨時定員地域枠の効果やその活用状況、今後の医師需給推計とともに、医師の供給が需要を上回る場合の留意点等を踏まえて、令和8年度医学部臨時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。この点について、御意見をいただければと思っております。

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。

資料1、資料2、大変興味深いデータを、また、考え方をお示しいただきました。

資料の3につきましては、この検討会の当面の論点、議論すべき内容について、事務

局からまとめていただきました。

それでは、今までの報告事項につきまして、御意見、御質問等あればいただきたいと思  
います。

まず、会場で、何か御意見のある方はいらっしゃいますか。

では、坂本構成員、どうぞ。

○坂本構成員 御説明いただきまして、ありがとうございます。

最初の資料の31ページになります。都道府県別の地域枠医師の配置状況です。

前回の検討会でも、また、今回も意見として書かれていましたように、同じ県内にも地  
域によって医師の偏在があるとの御意見がありまして、大変重要な点だと伺っておりまし  
た。

それを背景にして、これを拝見いたしますと、やはり県によって非常に政策が異なるよ  
うにも思えます。

2点お伺いしたいことがあります。1つは、全国レベルでのこういう形のデータを取ら  
れて比較されたということは、今までもあったのかということところです。

もう一点が、これを見ると、秋田県が非常に医師少数区域に配置割合が高く、一方先ほ  
どのデータの、例えば21ページの人口10万対35歳未満医師数と医師偏在指標の図を見ます  
と、秋田県が全国平均よりも上にあります。

これら秋田県の政策に関係性があるのかどうか、その2点をお伺いできればと思いまし  
た。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。

事務局、お願いいたします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 御質問いただきまして、ありがとうございます。

まず、今回お示しさせていただいたデータにつきましては、各都道府県から、実際に地  
域枠の医師をどの程度、どのような地域に配置しているかということについて、これまで  
お伺いしてきたデータを、このようにまとめさせていただいたものでございまして、こう  
いった形での提出というのは、初めてとっております。

また、二点目のご質問については、例えば、秋田県であれば、医師少数区域に非常に多  
く配置いただいていると、地域枠の医師を非常に多く配置いただいている状況で、それが  
25ページで示されている人口10万人当たりの若手の医師数が多いということについて関連  
しているかということですが、25ページの図については、各県で人口10万人当たり  
の若手の医師が絶対数としてどれぐらいいるかということを示したデータであり、一方で  
31ページは、県内の中の特に医師少数区域にどれぐらい行っているかというものですので、  
この2つの資料については、直接の関係性というものは、明らかではないと思っております。

○遠藤座長 坂本構成員、いかがでしょう。

○坂本構成員 ありがとうございます。

そうしますと、最初に質問しました、全国レベルの比較調査は、今まではなかったということになりますでしょうか。

例えば全国レベルで以前のデータといまの数値を比較するのは難しいということになりますでしょうか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 これまでの、例えば、各都道府県が地域枠の医師をどのように配置してきていただいたかというデータが、過去にさかのぼって、どこまで各都道府県が持っているかということにもつながるかと思うので、そういったものと比較可能かについては今すぐにはお答えができないのですけれども、ただ、そういったデータをこういう形でまとめてお出しするというのは初めてなものですから、過去のデータと比較することができるかという点で言うと、今のところはないかなと思っております。

○坂本構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 よろしいですか。

ほかに会場で、何か御意見ございますか。

それでは、また、後であれば、お伺いするという事で、オンラインに移りたいと思います。

それでは、先ほど来お手を挙げておられます、神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員 神野でございます。

主に印南構成員と野口構成員の資料ですが、本当に、こういうものの見方があるのだという分析をいただきまして、ありがとうございます。

それに関しての質問ということになると思うのですけれども、3つ質問をさせていただきます。

まず、最初ですけれども、資料2の8から10ページ辺りで、受診日数と1日当たりの診療費の話がございます。例えば、3か月に1回検査する人が受診回数1か月に1回、そして3か月に1回検査をするということをするのと、再診料3回と検査料をいただきます。

ところが、受診回数減らしまして、3か月に1回受診するとなると、再診料1回と検査料、ただし、平均すれば、当然3か月に1回再診料と検査料のほうが高くなるわけですね、この辺の考え方からすると、1回当たりの医療費ではなくて、総額でこの話をしたほうがいいのではないのかなと思うところがあります。この辺のところはどうでしょうか、いかがでしょうかというのが1番目の質問でございます。

どうでしょうか、一回切りましょうか。

○印南構成員 切ってください。

○遠藤座長 どうぞ。

○印南構成員 医療費の3要素の分析は、レセプトを単純に件数とかで全部割っています。名寄せされていませんし、これは全国だと思うのです。

そうしますと、今おっしゃった事情は、ここからは読み取ることができなくて、極めてマクロ的な数値だということでもあります。

1人当たり医療費ということであれば、これも実は名寄せできませんので、国民の人口数で割った1人当たり医療費で分析しているということになります。そういうマイクロレベルになりますと、NDBを使って名寄せをして、さらに詳細な分析をする必要があるということだと思いますが、今回は、そういうことまで手が回っていないというのが、結論になります。

○神野構成員 ありがとうございます。

私は、受診回数が減れば、1日当たりの医療費は上がるに決まっていると思っていましたので、質問をさせていただきました。

次の2番目の質問ですけれども、医師数と賃金の話で、非常に興味深いデータをいただいたわけですけれども、これは、医師が全部同じ質であるという前提に立っていますね。これは、例えば経済論からすれば、上手な人は賃金が高くなって、下手な人は賃金が安くなるというのが一般論かなと思います。これは、医師だけではなくて、いろいろな職人さんも同じだと思うのですけれども。

それで、医師数と賃金の話は、全部の医師が同じ質の前提のもとでの議論なのかなと、もしかしたら医師数が増えたとしても、上手な人に対しては、賃金はそれなりにもらえるかもしれないけれども、これから下手な人は駆逐されていくのではないのかなというのが2番目の質問でございます。コメントいかがでしょうか。

○野口構成員 野口から答えさせていただきます。

おっしゃるとおりで、印南先生のお答えと同じなのですけれども、これは、あくまでも都道府県の平均でやっておりますので、医師のクオリティは、先生おっしゃるように一定と考えて計算しているという理解でよろしいかと思います。

もし、やはり先生がおっしゃるように、腕のいい医師と腕のそんなによくない医師というものを識別化しようというのは、非常に難しいのですけれども、もし、それを本気でやろうと思うと、NDBのデータがありますね、あれは、今、各病院は群として識別できるのですけれども、どの医師がどの患者を診たかというのは、今、それは分からないようになっているのです。これは、医師の匿名化とか、そういったものに配慮してだと思えるのですけれども、本当に先生がおっしゃるように、もし、そういった現象があるということを確認しようと思うと、NDBでどの医師がどの患者を診たか、その患者のアウトカムがどうかということを全部明らかにされて、それで、その医師の給与データとくっつけて見ていく必要があると。

本当にそういう腕のよくない医師が駆逐されていく、あるいはあまり熱心ではないような医師が駆逐されていく現象があるのだとすれば、それを見てみていくと、一種の労働市場として考えていく必要があるのであれば、やはりそこまでやらないと、なかなか現象として見えてこないのだと思います。

○神野構成員 ありがとうございます。

結果は、少し見えていたのですけれども、ただ、もし医師数が増えても、そういった意

味で、腕のよくない人が駆逐されれば、別にそれまでではないのという意見があるのかなという気がいたしたわけでありませう。

3番目に行かしてください。

最後の資料3の論点にもつながる話ですけれども、偏在対策についてですけれども、偏在対策と医師養成数は対であるというのは、資料3でも厚生労働省で書いていただいたわけでありませうけれども、早い話、今日のデータを見させていただきませうたら、東京の診療所医師数を少なくすれば、結構データとして効いてくるのではないのかと思ったのです。病院、診療所偏在といったところについて、やはり手を加えるべきかどうか、これが今まであまりここでの議論になかったのですけれども、いかがお考えでしょうか。

○印南構成員 まず、印南のほうから、これは、私の完全に個人的な見解です。

おっしゃるとおり、いろいろなデータを見ても、若手の医師が、特に東京で開業しているというのが、この偏在を悪化させている大きな要因だということになると思います。

しかし、一応、自由開業医制というのが大前提になっていますので、新規開業を東京で認めないということが、できれば大分問題は緩和するのかもしれませんが、それは結構厳しいのではないかなと思います。

やったほうがいいのかどうかという判断は非常に難しいのですけれども、医師の立場に立って考えると、本当は、医師多数地域の開業制限は考えたほうがいいのかというのが、私の個人的な見解です。

○神野構成員 私も同じ考えを持っております。ありがとうございます。

以上です。

○遠藤座長 まさに、この検討会で今後議論していくような内容も含まれていたかと思ひます。ありがとうございます。

それでは、先ほど先に手を挙げておられましたのが木戸構成員だと思いますので、木戸構成員からお願いできますか。

○木戸構成員 私からは、事務局への質問が1点と、あと、この問題に関する意見が1点ございます。

資料1の12ページにある医師の需給推計の表がござひます。これは、全体としての数で示されていますが、もう少し細かく、例えば地方によって、診療科によって、このグラフの数が、形がどうなって、どこで需給が均衡するか、そういったことに関しまして、人口とか、医療の進歩、働き方改革などを踏まえて、需要と供給がどう見込まれるかをもう少し精緻にシミュレーションし、将来的なニーズを踏まえて、その数値から逆算して、やはり必要な人材確保、医学部定員を考える必要があると思ひますけれども、そうした点について、国として、あるいはどこかの機関で調査をしたり、シミュレーションを行う計画があるのかを、1点質問したいと思ひます。

例えば、今回、令和8年度の医学部定員に関する議論ですが、その学生たちが入学して、6年間医学部で勉強し、卒業し、初期研修、専門研修を終えて、一人前の専門医となるの

は、令和19年、2037年、今から13年後となります。

現在、医師が足りないと言われている地域や診療科におきまして、その頃の需給がどうなっているのか、もっと先を見据えて議論する必要があると思います。

13年後、そして20年後、その辺りに医師少数県、多数県の分布や診療科偏在の様子も大きく変わっている可能性もあるのではないかと思います。

あと、ここからは意見です。

今後、生産年齢人口がどんどん減っていくことが見込まれていると、先ほど伺いましたが、やはり国全体で見て、限られた人材をいろいろな産業に、それぞれどう配分していくべきか、医療分野だけを見つめているのではなくて、もう少し全体的な視点で考える必要があると思います。

人口減少で住民も減って、患者さんも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がある、これを先ほどの資料2の御説明で伺いましたけれども、私は現場の臨床医として、それだけではなく、教育、研修の充実ですとか、医療の質の確保の点で大きな問題があることを指摘したいと思います。

医師1人当たりが扱う患者があまり減ってしまいますと、教育、研修、それから医師としてのスキルの維持に必要な症例数が保てなくなってしまうと思います。もちろん、今はシミュレーターですとか、いろいろ工夫することもある程度はできますけれども、やはり手技を伴う診療行為ですとか、手術、お産などでは、やはり実際の臨床現場で場数を踏んで経験を増やすことが何よりも欠かせません。

特に、研修中の医師が上級医の指導を受けながら研鑽して、一人前の医師となっていく上で、一定の症例経験がどうしても必要になります。そして、若手医師を指導する中堅以上の医師のスキルを維持するにも一定の症例数がが必要です。そういう意味で、あまり必要以上に医師を養成し過ぎてしまうことで、報酬の問題だけではなく、それ以上に、やはり症例経験が分散されて十分得られなくなってしまうと、そういった医療の質にも影響が及ぶ、それが私としては非常に大きな問題ではないかと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

後半につきまして、2つありまして、最後のほうにつきましては、医師の供給の問題が医師の教育、研修に及ぼす影響について御指摘をいただいたわけですが、その前は、事務局に対して、もう少し地域ごとに、その需給関係が明らかになる調査等々を考えておるかどうかと、こういうことですが、何かコメントはありますか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 御質問いただきまして、ありがとうございます。

先生のおっしゃるとおり、12ページでお示ししておりますのは、日本の全国的な医師の供給と需要について推計したものとなっております。今回資料としてお示ししておりませんが、各都道府県あるいは診療科によって、今後どのような推移になるのか、それを踏まえて検討する必要があるのではないかと御質問であったかと思いますが、

まず、各都道府県の推移ということについては、現時点の指標としては、医師偏在指標があると思っておりますし、また、今後どのように推移していくのか、どれぐらい各都道府県によって医師を養成する必要があるのかということにつきましては、こちらは、第8次医療計画の検討も踏まえて、どれぐらいの医師を目安として養成すればいいのかといったデータにつきましては、別途、お示しさせていただいております。

こういった各都道府県の、今後必要な養成数あるいは各診療科に分けた養成数ということにつきましては、我々が12ページでお示ししておりますような日本全国的な話ということよりは、どちらかというと、前回も先生方から御意見としていただいております、医師偏在対策と医師養成数の検討はセットで行っていくべきではないかということの趣旨の中で、各都道府県、診療科について、どれぐらい目安として対応していくべきかということにつながっていくかと思っておりますので、その点は、我々も全国的なお話だけではなくて、各都道府県、診療科についてどう進めていくべきかというのは、併せて議論をさせていただければと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

木戸構成員、いかがでしょう。

○木戸構成員 分かりました。ありがとうございます。

○遠藤座長 では、よろしく願いいたします。

それでは、お待たせしました。オンラインから馬場構成員、お願いいたします。

○馬場構成員 大変興味深い資料を提示いただきまして、ありがとうございます。

まず、1つは、資料の2、19ページで御紹介いただきました、医師の偏在指数と医師の年間報酬の相関、これは需給関係から考えますと、当然、医師数が多いところの医師の年間報酬が下がってくるだろうということは、容易に想像できるわけですが、本日、資料1で御説明がありました、例えば東京都の年間の報酬が低いと、1000万程度と言われましたが、これは、年俸に医師の構成年齢がかなり影響を及ぼしている可能性があるのではないかと考えています。

東京都では、やはり若手医師が増えていると。若手医師に対して、例えば、山梨が1800万と言われましたが、そういうところでは、若手医師の増加よりも、中高年の医師が多くて、相対的に1人当たりの年間報酬が高いということが影響を及ぼして、このような分布になっていることが1つ考えられるのではないかと考えておりますが、その点いかがでしょうか。

○遠藤座長 これは、野口構成員から。

○野口構成員 おっしゃるとおりです。ですので、例えば、繰り返しになりますけれども、これは、あくまでも相関を見ているだけであって、因果を見ているわけではありません。

ですので、先生のおっしゃるように、例えば、医師の賃金に対して何が一番効いているのか、印南先生の分析とも関係ありますけれども、年齢なのか、経験年数なのか、あるいは診療科なのか、いろいろなことがあると思っておりますけれども、それを見るためには、やは

り医師の一人一人の賃金を、私たちは従属変数と呼んでいますけれども、左側において、そういった分析をする必要がある。

ですので、これはあくまでも、背景にはいろいろな要因があると思います。だけれども、マクロで見た場合に、東京のいわゆる医師の構成の割合が若いというのは、本当にそのとおりだと思いますけれども、やはり東京の医師というのは、物すごく数が多いわけで、その分、年齢構成も物すごくバリエーションが大きいと思うのです。

ですので、いろいろな要因がありつつも、やはり、人数が多いからバリエーションが大きい、ただ、その中でも平均収入は低いということで、ある程度年齢構成と人数は物すごく関連性があると思うのです。

ですので、これはあくまでも相関であって、そのほかの要因を分析するためには、もう少し詳細な分析が必要だというのは、先生がおっしゃるとおりだと思います。

○馬場構成員 ありがとうございます。

私からは、あと2点、指摘させていただきたいのですが、あと1点目は、今日、都道府県、いわゆる医師の地域偏在問題が取り上げられて、詳細なデータをお示しいただきましたが、ただ、これは数だけではなくて、そこを構成している年齢がどうかということを加味して考えないと、例えば、田舎のほうで、私たちの熊本県を見ましても、比較的医師が多い地区に分類されているのですが、この若手の増加率を考えますと、10年後、25年後を考えますと、これは、医師が相対的に少ない県として捉えられる可能性もございます。

したがって、この分布図に数だけではなくて、その構成年齢がどうなっているかという都道府県別のデータがあると、さらに、今後の需給関係を考える上で理解しやすいかなと思う点が1点でございます。

あと1点は、今日資料1の中で、医師の偏在の問題の中で、病院と診療所のデータが出されましたが、病院の中でも、私は個別に少しデータを解析したのでありますけれども、平成16年の初期臨床研修制度が始まって以来、現在まで、どの病院に増えているかということ、一般の市中病院にその医師が増えていて、医育機関、いわゆる大学病院の医師数は、相対的にさほど増えていないという現状がございます。

そうしますと、医師への教育研究ということを見ると、必ずしも大学病院で増えていないということを見ると、現在は、卒後臨床研修制度でどのような病院にも行けますので、現在65%が市中病院、35%が大学病院ということになっておりますが、大学で研究、教育をすることに従事する医師が、どのように経年的に推移しているかということも十分考えていただく必要があろうかと思っております。

以上、意見を言わせていただきました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

重要な御指摘だと思います。これは、事務局、医師偏在指数の中には、医師の年齢も考慮された形で計算をされているという理解ですね。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

馬場構成員からの御指摘については、より詳細な年齢構成別の変化を見ないと、今後の予測はなかなか難しいのではないかと御指摘だと思います。

私どももそのように考えておまして、人口10万対40歳未満あるいは35歳未満で切っただけですけれども、それ以上に、より詳細なことについては、また必要に応じて考えさせていただければと思います。

○遠藤座長 おっしゃるとおりですね。偏在指数の中に、たしか加味されていた可能性があると思います。ただし、そうではなくて、その前の40代がどれぐらいいるかとか、30代がどれぐらいいるかというのが、ビジュアルに見られるようにすることのほうが議論になるということだと思いますので、それは1つ、よろしく願いいたします。

あと、医師のキャリアの中で、病院から市中病院へ動くような、そういうことをフォローしていくということについても御指摘がありましたけれども、これは何か資料があるわけですか。

一人を追いかけていくことは不可能にしても、どういう年齢層の人が、どの医療現場で働いているかというマクロの資料はありますね、これは、私は見たことがあります。

○林医事課長 2年に1回の医師届出票の中で、その医師がどこで勤務されているかということについては把握しておりますので、今後の議論に供する必要があるときを見計りたいと思いますけれども、大学病院、診療所別の人数をお示しすること自体は可能でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

そういうことで、さらにもしあれがあれば、進めていただきたいということだと思います。

それから、次の方に行く前に、1つだけ、私は野口構成員にお聞きしたいことがあるのですが、この医師の賃金は、つまり全て勤務をしている、雇われている人で、診療所の設置者のような人たちは、これに入っていないという、そういう理解でよろしいのでしょうか。

○野口構成員 ごめんなさい、私も賃金構造基本統計調査、賃金センサスの定義を、ちょっと失念していたのですが、これは両方入っていると思いますが、ごめんなさい、これは確認しておきます。恐らく入っていると思いますが。

○遠藤座長 東京で若い診療所の人が多いということが議論になっていて、賃金の水準の議論もあったものですから、そういうのがどうなっているのかなと。中医協でよく問題になるように、診療所の収入、所得をどう判断するかというのは、常に問題になるようなことなので、このデータがどうなっているのかなということで、ちょっとお聞きしました。

○野口構成員 それは、すごく重要な御指摘だと思います。賃金センサスというのは、いわゆるランダムサンプリングで取ってきているので、実は医師の数があまり多くないのですね。だから、オブザベーション数としては、都道府県別でも結構観測数が少なく、都

道府県別のデータを出してくださっているのが、最新の令和4年のデータしかなかったのです。

ですので、恐らくこれは両方入っていると思いますが、これは確認しておきます。ありがとうございました。

○遠藤座長 よろしく願いいたします。

それでは、お待たせいたしました。釜菴構成員、オンラインでお手を挙げておられます。

○釜菴構成員 ありがとうございます。

今日は、大変重要な示唆に富む御発表もいただき、このことについては、引き続き、十分考えていく必要があると思うのですが、一方で、なかなか分析する項目が非常に多いので、まだまだ検討が必要なのではないかなという印象も受けました。

一方で、今日は2月26日でありますけれども、早急に令和8年度の定員をどうするかということを決めなければならないという大変大事な時期です。

前回も申しましたけれども、この検討はずっと長い年数をかけて検討してきて、その時期その時期にいろいろ議論を深めてきたのですけれども、なかなか議論がきちんと結論に至らないうちにコロナがあつたりしたということもありますけれども、まず、現時点においては、令和8年度の定員が増えないようにしなくてはいけないということは、ぜひ考えないといけない。

理由は、今日の資料1の9ページで、令和2年の辺りで大分結論が出るかなと思っていたのですが、コロナがあつて、そして気が付いてみたら、令和6年度は、また定員が増えてしまっているということがありますので、そこは、まだまだ医師不足地域からは医師を増やすべきだという御意見があることは十分分かった上でも、まずは令和8年度にしっかりキャップをかぶせるということを考えないといけないだろうと思います。

11ページの18歳人口に占める医師養成数の比率を固定した場合の医師養成数というグラフが、今日提示されていまして、そして、3本の実線があつて、点線は総定員数と恒久定員数が書かれているわけですが、一番下のグレーのグラフは、そこに書いてありますように、平成20年からですね、2008年からの定員増になる前の段階で、178人に1人という方が医学部に進学していたという状況のグラフと現状と比べると、これだけ違うわけですね。

それで、薄い青の実線の116人に1人が医学部に進学するという状況を続けるのは、どう考えても難しいと思いますし、木戸構成員が言われたように、今、決めたことが、実際に結果として現れてくるまでに随分時間がずれますので、その後、様子がまた大きく変わってくる、人口構成も変わってくるということを考えますと、現時点では、まず、私はグレーのグラフを基本に考えるというぐらいでないと、とても現実に沿わないのではないかなと強く感じます。

一方で、そうなりますと、非常に激変が起こりますので、都道府県によって非常にまた大きな混乱につながりかねないということもあつて、ここは非常に難しい選択になると思

います。

時間も限られていますので、意見の要点を絞りますと、私は既に医師になった人がもっと移動して、医師の少ないところで働くという選択をしない限り、これは、もう無理だと思います。

医師の自由開業であるとか、職業選択もそうですし、どこで開業し、仕事をして、どこで勤務してもよいのですけれども、これは医師たる者は、大変おこがましい物言いになりますが、医師たる者は、国民に対する医療の提供のために、働き場をもう少し流動的にして、足りないところで積極的に働くと、そのことに対して、国もしっかり背中を押してくれる、ある程度のインセンティブを与えてくれる、そういう形の対応をしっかりやりながら、定員に関しては、先々減らしていく方向を目指さないと、非常に大きな問題になると思います。

激変緩和は、ぜひ必要ですから、既に医師少数地域で足りないところに医師を何とか増やさなくてはいけないということは、別の手立てで考えていくべきであって、医師の定員については、大幅に減らしていく方向を何とか実現しないと、人口がこのように変わる中では、後々大きな禍根を残すのではないかと強く懸念をしております。

結論だけ申し上げましたけれども、私の意見は、以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

まさに、本日御議論いただきたいテーマについて御発言をいただきました。ありがとうございました。

それでは、フロアに少し戻させていただきまして、国土構成員、お願いいたします。

○国土構成員 ありがとうございます。

資料1の厚生労働省から説明は、非常に詳細で分かりやすかったのですけれども、地域枠、地元出身者枠によって、医師少数県の若手医師が確実に増えているという、数の上では、そういう効果はあった、意義は大きいと私も理解いたしました。

ただ、この制度は非常に巧妙にうまくつくられていると思いますが、数的にはほぼ限界に達しているようにも感じます。

前回も御要望申し上げたように、今日もありましたけれども、例えば、地域枠の方の年齢構成、男女比、それからもっと言えば、どこの科に進んだかということを見ることが必要があると思います。

もう一つ少し聞くところによると、やはり質の担保も必要ではないか、こういう方たちがひょっとすれば、試験の点数が少し、試験点数だけではないですけれども、能力的にどうなのか。例えばストレートで、6年間で卒業する率とか、ストレートで医師になる率、こういう指標があるそうではありますが、そういうものもよく検証する必要があると思います。

もう一つは、この検討会の任務ではないかもしれませんが、地域枠制度の標準化も必要だと思います。例えば、内定をつける時期に違いがあるようですし、内定後に辞退を許さ

ない制度が他の大学に負の影響を与えているという意見も聞きます。都道府県や各大学が自由に今は選抜制度を決められているのだと思いますが、そういうものについても、一度全体を見渡してみて、不公平などがないかとか、そういうことを検証する必要があると思います。

その上で、先ほど限界という話をしましたが、これ以上、定員をさらに増やすのはどうなのか。例えば、資料1の33ページに、各大学別の臨時定員地域枠数というのがありますが、このグレーのバーは、要するに、大学に実際に入る定員がこれだけ純増しているわけですね。プラス30を超えているような大学は幾つかあります。

10年以上前の話ですけれども、私が大学にいたときに定員を10増やしたのですが、10増やすだけでも非常に大変でした。解剖など実習室の設備とか、臨床実習、それを考えると10増やすのも大変なのに、30増やして大丈夫なのかと素朴に感じます。

もう一つは、科の偏在についてです。これはこの検討会全体の方針についての意見ですけれども、科の偏在について議論がほとんどなされていないと思います。例えば、参考資料2に令和4年にまとめられた医師偏在についての取りまとめがありますが、そこでも科の偏在対策については、ほとんど触れられていません。専門医制度、それから初期研修制度で科の偏在についても改善を図るべきであると、少し書かれてありますが、具体的にどうするかが書かれていません。地域偏在対策と結局連動はするわけですけれども、この科の偏在についても十分な検討を希望したいと思います。先ほど申しましたように地域枠について、選択する診療科の内訳がどうなっているのか、それも含めて、ぜひ検討していただきたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

診療科偏在については、何か事務局としては、お考えがありますか。どこで議論をするかも含めて。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

今、国土構成員のほうから御意見がありましたとおり、今後は、まず地域枠というものが制度としてどう活用されていて、今回、御提出した資料以上に、例えば、その構成だとか、男女比だとか、診療科がどうであるのかということについて、必要に応じて供しながら御議論させていただければと思います。

また、診療科の検討につきましては、第1回の検討会でも、長期的な検討課題の方針としてお示しさせていただいておりましたけれども、まずは、令和8年度の医学部定員について、2年前ルールということがございますので、まず短期的・集中的に御議論をさせていただいているという状況です。診療科偏在も地域偏在と併せて、中長期的な課題として検討していく必要があると認識しておりますので、この検討会の場で議論させていただければと考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

そうでしたね。ありがとうございました。

それでは、オンラインでお手を挙げておられた和田参考人、お願いいたします。

○和田参考人 ありがとうございます。

本県知事の花角構成員の代役として、本日参加させていただいております。様々な資料をありがとうございました。

私のほうからも、資料3の3ページ目にあります、臨時定員設置方針等についての論点について、意見を申し上げたいと思います。

まず、論点の1つ目でございますが、令和8年度の医学部臨時定員をどの程度設置すべきかということについてでございます。

まず、前回、花角知事のほうから申し上げましたとおり、医師数に関しましては、令和11年度、2029年度にマクロで需要が均衡すると、将来的に需要は減少局面になるということに関しましては、そのとおりかと思えますけれども、都道府県ごと、都道府県の単位で見ただけでは、均衡にはまだほど遠い状況ということはないかと思えます。

臨時定員に関しましては、医師不足が深刻な県の医師確保を図ることを目的に設置されたと理解しております。臨時定員をどの程度設置すべきかに関しましては、マクロではなく、都道府県ごとの需給推計を踏まえまして、それによって推計すべきであると考えております。

将来時点におきまして医師が不足している都道府県に対しましては、前年度比の増加ということも含めまして、必要な数の臨時定員を認める方針としていただきたいと思いますと考えております。これは、将来時点で医師が不足している都道府県ということで考えていただければと考えております。

引き続きまして、論点の2つ目になりますが、臨時定員を偏在対策としてどのように活用すべきかということでございます。

資料1の16ページにおきまして、地域枠における医師の偏在対策の是正効果ということが示されております。臨時定員における地域枠が、医師の少ない都道府県におきまして医師を充足させて、都道府県間の偏在を多少なりとも是正する機能があると記載もされております。

印南構成員のほうから、医師の増加ということではなくて、それ以外の方策、政策等によって偏在対策をすべきときではないかという御意見もございましたが、どのような有効な手立てが取れるのか、そこがまだ明らかにならないという現状におかれましては、臨時定員の当初の目的、医師の不足が特に深刻と認められる県におきまして、当該県内の医師の定着を図るものであること、そういうことを踏まえまして、都道府県間の偏在を是正するためには、引き続き臨時定員を有効に活用していくべきと考えております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございました。

御意見として承りました。

ほかに何かございますか。よろしゅうございますか。

本日は、新しいデータも示されまして、様々な御意見が出ました。多くの構成員の御意見では、臨時定員増を用いた医師数の増加ということについては、ある意味懸念も示されて、むしろ減らしていくべきではないかという意見もありましたが、一方で、自治体からは、今のような流れを続けるべきであるという趣旨のお話もありました。

そういう御意見があったわけでありましてけれども、この議論、次回も行う予定でございますので、事務局におかれましては、今回ありました様々な御意見を反映した形で、次回の議論に役に立つ資料をつくっていただければなと思っております。

何か御意見ございますか。よろしゅうございますか。

それでは、本日の議論は、これまでにしたいと思います。

事務局から何かありますか。

○寺村課長補佐 それでは、次回の検討会開催日程につきましては、追って御連絡させていただきます。よろしく願いいたします。

○遠藤座長 それでは、本日は、長時間にわたりまして御議論いただきまして、どうもありがとうございました。

先生方には、御多忙の折にもかかわらず、多大な御協力をいただきましたことを重ねて感謝申し上げます。

それでは、これをもちまして、第2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。