

2024-7-3 医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会（第5回）

○染谷課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから、第5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。

初めに、前回より新たに構成員に就任いただき、今回初めて御参加いただきます先生を御紹介いたします。今村英仁構成員です。

○今村構成員 皆様、おはようございます。釜菴常任理事に替わりまして後を継ぎました、日本医師会常任理事の今村です。よろしくお願いします。

○染谷課長補佐 出欠状況については、現時点で、構成員10名の方に御出席いただいております。神野構成員におかれては、11時10分頃、退出されると伺っております。

また、オブザーバーとして、文部科学省高等教育局医学教育課から、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、録音を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）

○染谷課長補佐 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お送りさせていただいております。会場出席の皆様においては、お手元に配付させていただいております、議事次第、資料1、資料2、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、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、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させていただきますようお願いいたします。音声トラブル等の際は、事前にお伝え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、よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 皆様、おはようございます。本日も、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。

本日の議題は、2つございまして、議題1が令和7年度医学部臨時定員の配分方針について、議題2が今後の医師偏在対策について、でございます。

それでは、事務局より、資料1「令和7年度医学部臨時定員の配分について」を御説明いただきたいと思います。

事務局、よろしくお願いします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 それでは、資料1「令和7年度医学部臨時定員の配分について」をお手元に御用意いただければと思います。

2ページで、前回、第4回検討会で合意いただきました、令和7年度の医学部臨時定員の配分方針について、上の四角の中で記載しております。こちらを改めて御紹介させていただきますと、まず、令和7年度の各都道府県の臨時定員の配分につきましては、一番上に記載しておりますとおり、令和6年度臨時定員地域枠数を基準としつつ、以下、①～③の順で調整を行うとなっております。①ですけれども、医師多数県の意向の調整でございます。医師多数県については、医師少数県・中程度県と比較して、臨時定員で地域枠を確保する必要性が低い一方で、大幅な変更は影響があるので、臨時定員については、原則として、令和6年度臨時定員地域枠に0.8を乗じたものとした上で、③の調整を行うとしております。その次、②の医師少数県の意向の調整でございます。こちらは、医師多数県・中程度県と比較いたしまして、現状の医師が少ないだけでなく、若手医師についても少ない傾向があるといったことがありますので、臨時定員地域枠の要件を満たしつつ、教育・研究体制が維持される範囲内で、医師多数県から削減等をした定員数分を活用して、原則、令和6年度比増となる意向がある場合には、意向に沿った配分を行うこととしております。その上で、③残余があった場合の調整でございます。1つ目、恒久定員100名当たり、恒久定員内地域枠を4名以上設置しているなど、さらなる県内の偏在是正が必要な都道府県につきましては、医師多数県では、例えば、令和6年度臨時定員地域枠の1割など、一部の意向を復元することと、医師少数区域のある医師中程度県では、令和6年度比増となる意向がある場合、医師少数区域等に従事する枠となっているかなど、地域枠の趣旨の範囲内で配分を行うこと、2つ目、臨時定員研究医枠では、令和6年度比増希望がある場合に、その趣旨の範囲内で配分を行うということを、前回、御議論・合意いただいたと認識しております。その上で、下の四角に記載しておりますけれども、令和7年度医学部臨時定員の意向については、前回の配分方針に沿って、臨時定員を配分した場合、その上限の範囲内に収まることから、当該方針に沿って配分可能となる見込みであると考えております。

この詳細につきまして、3ページ以降で記載しております。各調整段階におきまして前回合意いただいた配分方針に沿って意向を機械的に調整した場合、どのようなことになるかということについて、赤字で示しております。まず、①でございますけれども、医師多数県の臨時定員地域枠の合計につきましては、令和6年度は191枠であったものが、0.8掛けをい

たしますと、端数を四捨五入すると、令和7年度は154枠、37枠減少となります。その次の②、医師少数県の臨時定員地域枠は、令和6年度の538枠に対して、令和7年度の意向を、現在、確認・検討中でございます。各都道府県・大学の意向を踏まえてまた検討することとなります。

その上で、4ページ、③残余の調整でございます。令和6年度恒久定員内地域枠の設置割合が一定以上の医師多数県につきましては、和歌山県、鳥取県、徳島県、高知県、沖縄県の5県でございます。そういった都道府県の令和6年度の地域枠の1割（四捨五入）の合計7枠が、意向の復元になると考えております。また、医師中程度県の意向については、現在、確認・検討中でございます。臨時定員研究医枠は、令和6年度は27枠がございました。こちら、令和7年度分は、今、文部科学省において、設置数を検討中と伺っております。

こういったことをまとめますと、以下の四角のような結果になります。第4回検討会の配分方針に沿って機械的に配分数を算出いたしますと、まず、医師多数県につきましては、37枠が減って、7枠が復元ですので、令和6年度比30枠減となります。また、医師中程度県・少数県における令和6年度比増員希望は、現在、意向を確認・検討中でありますけれども、その意向を最大限認めた場合におきましても、現在調整中の研究医枠の配分と併せて、令和7年度の医学部定員上限の範囲内で配分可能となる見込みと考えています。今回は、今、申し上げましたとおり、各都道府県・大学からの意向を確認・検討中でございますので、一旦の途中経過の報告となりますけれども、ある程度、検討された際に、次回以降、また改めて具体的な都道府県・大学の配分数についてお示しでき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した。

令和7年度の医学部臨時定員の配分方針につきましては、今回は、ただいま御報告がありましたように、報告という位置づけでございまして、具体的な数字については、次回以降に示されるということでありました。

現時点において、何か御質問等があればいただければと思いますが、いかがでございましょうか。

神野構成員、どうぞ。

○神野構成員　神野でございます。

今回、令和7年度の医学部定員ということで、前回までに決まって、今、御報告いただいたわけでありまして、その次をどうするのかという話は、もう一回、きちんと最初からゼロベースで検討するのか、それとも、2年目で0.8掛ける0.8になりますと0.6になってしまっていて、3年目は0.5以下になってしまうことになるのですけれども、今後の決定方針といいますか、今のところ、もしそういったものを決めているようでしたら、教えていただきたいと思います。

○遠藤座長 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、ありがとうございます。

今後の検討方針につきましては、次の資料2の議題の中で検討させていただければ思っております。配分の具体的な調整、0.8なのかどうなのかということについては、また御議論のあるところかと思っておりますけれども、その方針をおおむね続けていくことに対して、御議論いただければと思っております。

○遠藤座長 神野構成員、いかがでしょうか。

○神野構成員 また議論をよろしくお願いします。

○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。

木戸構成員、お手を挙げておられますね。よろしくお願いいたします。

○木戸構成員 ありがとうございます。

削減した定員枠の復元について、本検討会で、18歳人口が激減していく中で、医学部定員の臨時定員をこのまま続けることの弊害については、第2回の検討会でも、印南先生、野口先生の資料も示されましたし、私を含め、多くの構成員からも、社会の各方面に及ぼす影響について、様々な懸念が示されたところです。その中で、取りあえず、令和7年度は、臨時定員数は横ばいとして抑えて、引き続き偏在是正を図っていくという結論に落ち着きましたけれども、今回、医師多数県で削減された分の枠が、医師不足の地域で活躍していただく医師を養成するという本来の趣旨にそぐわない形で使われないよう、きちんと見ていく必要があると思います。もし復元となった定員枠が医師少数県以外に割り当てられても、将来的に医師少数県にきちんと異動して働く、その都道府県内で医師不足で困っている地域で働いていただく医師を増やす、あるいは、不足する診療科の医師を養成するなど、本来の偏在是正の趣旨に沿って活用されるようにするべきで、そこはしっかりと都道府県と協議して、事務局で配分を進めていただきたいと思いますけれども、そうした経過については、この検討会でまた後ほど報告されるのでしょうか。

私からは、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。

事務局、コメント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。

今回、復元いただきます機械的に算出した中での医師多数県については、恒久定員内100名当たり4名以上設置している多数県について一部復元となっており、あるいは、多数県から復元されて少数県に設置されるものに関して、適切にその地域枠の趣旨に沿って設定されていることにつきましては、各都道府県・大学からその状況を伺いながら、適切性をしっかりと事務局内で確認しつつ、実際にどのように設置するかについては、また次回以降のこの検討会の場で御報告させていただければと思っております。

○遠藤座長 よろしくお願いいたします。

ほかに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 国土です。

この案には特に異論はございませんが、前にも発言しましたとおり、恐らく、最大で30定員が増加します。そのまま1つの大学に多くの追加定員が行くことはないと思いますけれども、定員が増えることによるマイナス面といいますか、教育の質の低下を危惧いたしますので、そういうことがないことを担保するフォローアップの方策について、検討いただければと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見として、承りました。

それでは、花角構成員、よろしくお願いいたします。

○花角構成員 ありがとうございます。

私も、改めて感謝と要望をお話しさせていただきたいのですが、令和7年度の医学部臨時定員の配分につきまして、医師少数県にも配慮いただいて、医師の偏在対策が進む方向で方針が示されたことに対して、改めて、感謝し、歓迎したいと思います。

その上で、1つ、お願いでもあるのですが、医師少数県が地域枠を拡充していこうとする場合、多くは県外の大学医学部の協力を得る必要があります。現状においては、大学と県が個別に交渉する必要があることから、少数県などが大学と調整する期間を可能な限り確保していただきたい、時間を取っていただきたいということでもあります。また、必要に応じて、①の配分で調整対象となる大学の情報を提供いただくなど、調整に当たって、厚生労働省から丁寧に相談に乗っていただきたいというお願いであります。

もう一つ、修学資金を貸与する地域枠は、県にとっては、財政負担と人的コストが大変多く発生します。今後、地域枠の一層の活用を進めていく上では、国からの強力な財政支援をお願いしたいと思います。

私からは、以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見と御要望でありましたけれども、事務局から、何かコメントがあれば、お願いしたいと思います。

よろしくお願います。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

いただきました御要望につきまして、少数県に限らずですけれども、大学と調整する期間が必要ということで、その調整期間を可能な限り取りたいという趣旨かと思います。こちらにつきましては、地域枠の趣旨に沿って、必要なところに設置いただくことが重要かと思っておりますので、事務局としても、可能な限り、そういった調整期間が確保できるよう配慮できればと思っております。

また、財政につきましても、地域医療介護総合確保基金を御活用いただくこともできますので、またそういったものを活用いただきながら、ぜひ進め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。

ほかに、何か、御意見、御質問はございますか。よろしゅうございますか。

先ほどございましたように、今回は途中経過の御報告ということですので、次回以降の検討会で、各都道府県のより具体的な配分について、事務局からお示しいただくことになると思います。

それでは、本議題につきましてはこのぐらいにさせていただきますして、議題2に移りたいと思います。

資料2「今後の医師偏在対策について」、事務局から、説明していただければと思います。

よろしくお願いします。

○佐々木医師養成等企画調整室長 それでは、資料2「今後の医師偏在対策について」をお手元に御用意いただければと思います。

2ページから、前回いただきました御意見等を抜粋しております。2ページには、専門研修、中堅以降の医師、総合的な診療能力を有する医師、地域枠の義務年限を修了した医師の派遣などについて、様々な御意見をいただいております、こちらをまとめております。

次の3ページ、こういった医師養成過程での対策以外に、医師の適正配置、集約化あるいは勤務環境改善等についても、御意見をいただいておりますので、そういった意見についておまとめしております。

その次の4ページ、医師偏在における課題の全体像として、前回、事務局が考えている課題の全体像として、お示ししたのになっております。それぞれ、地域偏在と診療科偏在に分けて、考えられる偏在要因、これまでの主な偏在対策、なお残る課題について、お示ししたのになっております。こちらにつきまして、御意見ございましたら、またいただければと思っています。

こういった全体像を踏まえつつ、次のページを御覧いただければと思います。5ページ、経済財政運営と改革の基本方針2024、6月に閣議決定されたものになっております。その中で、医師偏在対策についても記載されておりましたので、抜粋しております。読み上げさせていただきますと、「医師の地域間、診療科間、病院・診療所間の偏在の是正を図るため、医師確保計画を深化させるとともに、医師養成過程での地域枠の活用、大学病院からの医師の派遣、総合的な診療能力を有する医師の育成、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組、経済的インセンティブによる偏在是正、医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大等の規制的手法を組み合わせた取組の実施など、総合的な対策のパッケージを2024年末までに策定する。あわせて、2026年度の医学部定員の上限については2024年度の医学部定員を超えない範囲で設定するとともに、今後の

医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う。」と示されております。この中で、特に今回、この検討会の中で御議論いただければと思っているものについて、太字で下線を引っ張っております。具体的には、医師養成過程での地域枠の活用、総合的な診療能力を有する医師の育成、リカレント教育の実施等の必要な人材を確保するための取組について、今回は御議論、御意見をいただければと思っております。

その次の6ページ、地域枠の活用について、記載しております。先ほど神野構成員からも御質問がありましたけれども、今後の臨時定員地域枠について、御検討いただければと思っている内容を上にお示ししております。具体的には、今回、令和7年度で行っております内容について、上の2つのポツで記載しております。今後、医師の供給が需要を上回ってくることを踏まえ、医師増加のペースは見直しが必要となっております。そのため、医師多数県については、少数県・中程度県と比較して、臨時定員における地域枠の確保の必要性が低いことから、令和7年度の医学部臨時定員の配分においては、各医師多数県の県内の偏在対策の必要性にも配慮しつつ、令和6年度と比較して一定数を減じることといたしました。一方で、医師少数県や一部の中程度県につきましては、依然、臨時定員地域枠の設置の必要性が高いことから、令和6年度と比較して臨時定員の意向の配分の増加を行うこととしております。こういった方針を踏まえまして、次のポツですけれども、令和8年度以降も、少なくともこの数年間は、医師の需給や都道府県の偏在の傾向について、推計より大きく変わらないと考えられますので、医学部定員の適正化の検討を進めていくことも踏まえつつ、医師多数県については、臨時定員地域枠を一定数削減していく一方で、都道府県を超えた偏在是正が特に必要な医師少数県・一部の中程度県については、令和6年度比増となることも許容してはどうかということについて、御議論いただければと思っております。また、こちらは臨時定員地域枠について記載しておりますけれども、恒久定員の活用も重要かと思っております。恒久定員内地域枠については、既存の定員の中で地域に必要な医師を安定的に確保することに一定の効果があると考えられることから、改めてその必要性を認識し、他の実効性ある偏在対策と併せて、その設置について調整を行うよう促すこととしてはどうか。一方で、都道府県・大学の協議等の状況によっては、恒久定員内地域枠の設置がまだ十分に進んでいない場合もありますので、恒久定員内地域枠の設置が進んでいる都道府県と大学の取組を確認し、好事例を広めてはどうかと考えております。地域枠につきましては、以上です。

その次の7ページをお開きいただきまして、総合診療医あるいはリカレント教育について、記載しております。まず、上は総合診療専門医に関して記載しておりまして、2018年から、新たな専門医制度の中で、総合的な診療能力を有する医師の専門性を評価する取組として、総合診療専門医の養成が開始されております。また、この総合診療専門医につきましましては、医師を確保する観点などから、都道府県別・診療科別の定員上限設定（シーリング）の対象外となっており、採用数が年々増加しております。また、その指導医につき

ましても、特任指導医という形で、現在、充実が図られている状況でございます。今後の総合診療専門医の養成につきましては、シーリングの在り方の検討も踏まえながら、引き続き地域で必要な総合的な診療能力を有する医師の確保ができるよう検討を行っていただければと思っております。総合診療専門医に限らず、総合的な診療能力を有する医師の養成については、下に記載しております。現在、大学にて総合的な診療能力を有する医師を育成・確保するための拠点を整備し、一貫した指導体制の下、医師のキャリアパスの構築等を支援する事業を実施しております。令和6年度では、様々な地方の全国8大学が採択されて、この事業による取組を進めております。また、中堅以降の医師でも地域での勤務意思のある医師は一定数いること、今後、高齢者が増加する中、複数疾患を抱える患者を診療できる能力が重要となると考えられることから、現状の各大学における総合診療医センターを中心とした養成に加えて、例えば、学会や病院団体が協力して、研修・地域における実践的な機会の提供・総合診療の魅力発信を一体的に実施するような方策を検討してはどうかということを考えております。

具体的に、今御紹介いたしました事業の詳細について、8ページでお示ししております。令和6年度の概要になりますけれども、この総合的な診療能力を持つ医師養成の推進事業といたしまして、現状、8大学に総合診療医センターの設置を行っていただいております。真ん中を見ていただきますと分かりますように、地域卒学生の選考時から卒後のキャリア支援まで行う一貫した指導体制を確立する、あるいは、医学生・医師の総合診療医の多様なキャリアパスを構築支援するなど、卒前から卒後までの総合診療医に関する養成を、この事業の中で、各大学に、総合診療センターを設置しながら進めているものになっております。

9ページを開いていただきまして、その他の医師養成過程における対策につきまして、御紹介できればと思っております。まず、1つ目は、医師少数区域における研修を制度化し、医師の早期の段階から地域での研修機会の充実を図り、地域への定着を含めたキャリア選択の機会充実を図ることが重要ではないかという視点から、現状、臨床研修制度において、広域連携型プログラムを検討しております。もう一つ、専門研修制度における見直しの中で、昨年度、日本専門医機構の渡辺理事長を中心とした特別研究の中で、現状のシーリングの検証を行っていただいております。その研究報告について、少し御紹介できればと思っております。

10ページ、1つ目の臨床研修制度の広域連携型プログラムについて、お示ししております。まず、広域連携型プログラムの意義・目的について記載しております。4つ、地域における研修機会の充実、複数の医療現場の魅力・特性を生かした充実した研修、研修医のキャリアの選択肢を広げる、また、全国の臨床研修ネットワークの形成といったことを目的として、この広域連携型プログラムの設置を検討しております。

次の11ページに、具体的な概要をお示ししており、医師多数県から少数県に向けて、一定の期間、研修を行っていただくものになっております。その連携元区域としては、上に



書いておりますように、医師多数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以上の都道府県、連携先区域といたしましては、医師少数県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県、医師中程度県のうち募集定員上限に占める採用率が全国平均以下の都道府県の医師少数区域、連携元区域に該当する医師多数県の医師少数区域といった連携先を考えております。対象病院につきましては、連携元はそれぞれの基幹型病院、連携先は協力型病院も含めまして、その対象人数としては、医師多数県の募集定員の5%以上を設定してはどうかと思っております。

ページをおめくりいただきまして、この広域連携型プログラムの時期は、原則として、臨床研修の2年目、24週またはそれ以上とする、その費用負担につきましては、プログラム作成・実施に係る費用に関する国による支援を検討しているという状況でございます。こちらは、6月26日に開催されました臨床研修部会におきまして議論をしております、引き続き検討していますけれども、おおむねこういった方針で進めてはどうかという検討を行っております。

その次の13ページをお開きいただきまして、専門医機構の渡辺理事長を中心として、昨年度、特別研究を行っていただいております、その概要になっております。この研究目的ですけれども、一番上に記載しておりますように、現在のシーリングの地域、診療科偏在に対する効果を検証する、また、専攻医の都道府県と診療科の選択要因の分析を行う、併せて、諸外国のシーリングの設定方法等を参考にすることを研究目的としております。

具体的な研究方法・計画につきましては、次のページに記載しております。大きく3つございます。まず、1つ目、シーリングの効果検証でございます。専門医機構におきましては、シーリングの行われた専門研修の専攻医の情報を収集している、あるいは、そのアンケートを行うということで、実際に、シーリングによって、あるいは、現状の専門医制度によって、医師の地域移動がどのように行われたのか、あるいは、診療科の選択がどのように行われたのかということについて、効果を分析することが、まず、第1の計画・方法になっております。2つ目、シーリング手法の検証と効果的指標の開発として、現状のシーリングでは必要医師数を基にシーリングを設定しておりますけれども、諸外国はどのようにしているかということについても、お調べいただいております。3つ目、都道府県・診療科の選択要因の分析は、現状の専攻医に対しましてアンケート調査をこの研究班の中で行っていただいております、各地域あるいは診療科を選択する要因、なぜその診療科・地域を選択したのかということに対して、調査・分析を行っていただいているものであります。これらは、昨年度の研究班の中で実施しており、今年研究報告書が取りまとまったという状況でございます。その研究結果の詳細につきましては、また次回以降の検討会でお示しさせて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した。

それでは、ただいま事務局から御説明のあった内容、あるいは、それに関連する内容で

も結構でございます。医師偏在対策に関する、御意見、御質問等があれば、承りたいと思います。いかがでございましょうか。

小笠原構成員、お手を挙げておられますので、お願いいたします。

○小笠原構成員 広域連携型プログラム、臨床研修は、大賛成で、ぜひやっていきたいのですが、もう一つ、お願いしたいことは、これは奨学金養成医師と関係するのですが、奨学金養成医師が、例えば、専門医を取った後に、我々、東北地方であれば、北3県、青森・秋田・岩手は、医者が少ないのですが、地域偏在もあります。医者の地域偏在もあるのですが、少し余っている診療科と全く足りない診療科の状況が各都道府県で違う。やってほしいことは、奨学金養成医師の交換を可能にしていきたいのです。例えば、岩手県にある消化器内科医師と秋田県にある血液内科医師、両方とも奨学金養成医師であれば、それを交換することを可能にしていきたい。これを各都道府県に言っても、例えば、岩手県の医療局に言っても、岩手県の予算でやっているんだ、県民の税金でやっているんだと言われれば、行けないわけですね。各都道府県、それぞれ、自分たちの養成医師ですから。でも、最終的な財源は国ですので、国のほうで、極端なことを言ったら、全国どこでも交換ができると。当然各都道府県の契約あるいは病院間の契約は必要ですけども、厚労省として、都道府県ごとに養成医師は交換ができると。特に北3県でそれをやってただくだけで、実は秋田県は血液内科医が多いのですが、外科医は少ないので、交換しようと思えば養成医師を交換できるというシステムをつくっていただければ、医師が少ない少数県であっても、地域偏在は、全部ではないのですが、かなりの解消ができると私は思います。3県の状況は、全部、分かっています。ただ、各知事あるいは保健福祉部や健康福祉部に言っても、各都道府県の縛りがあって、どうしても行けない。これが、1つ、お願い。

総合医の話ですけども、私は前も言いましたが、学生的时候は、みんな、「地域枠をやりたい」と言うのです。ところが、現実的に総合医を見ると、現在の岩手県の総合医は、全てほかの基本診療科をやった方々がやっているのです、プログラムの最初から、純粋な総合医は存在しないわけですよ。何が起こるかということ、自分たちは全部外科の専門医や内科の専門医を持っていて総合医をやっているのです、私たちは、将来、そういう専門は持てるのですかと。例えば、専攻医で入ったとしても、内視鏡をやりたいとか、カテーテルをやりたいといったら、どうしてもそのサブスペに入らなければならない。何を言いたいかというと、ダブルボードを認めていただきたいということです。少なくとも、内科の専門医研修と総合診療医の研修を同時にできる、ダブルボードを認めていただければ、サブスペは取れるようになるわけですね。それをやっていただかないと、若い学生といいますか、臨床研修医は、「先がないよね」と。これは現場の学生の意見ですので、ぜひこういうことがあることを、文科省の方々に分かっていただきたい、厚労省の方々に分かっていただきたいということが、私の意見です。

この2つをぜひ考慮していただきたいということでございます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

具体的な御意見、御要望でもありましたので、事務局から、コメントがあれば、お願いしたいと思います。

○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、地域枠医師の交換といいますか、その県での従事要件の移替えのようなことかと思います。現在は、先生におっしゃっていただきましたように、各都道府県の中で従事要件を定めていて、その中で、奨学金につきましては、一部、国の地域医療介護総合確保基金を活用しながら奨学金を設定いただいていると認識しております。そういった交換につきましては、各都道府県の従事要件あるいは各従事要件がかかっている先生方の生活の基盤や今後のキャリアパス等も十分に配慮しながら考えないといけないことかと思っておりますので、また各都道府県等とも御相談しながら、どういったことが考えられるかということについて、少し検討してみたいと思います。

総合診療専門医の今後のキャリアパス、ダブルボードにつきまして、現在、幾つかサブスペシャルティとして進むような専門領域もございますけれども、先生のおっしゃるようなダブルボードにつきましては、例えば、内科につきましては、現在、総合診療専門医を3年で取得した後に、内科専門医については2年あるいは特別な場合には1年で取得できるという状況にはなっております。一方で、総合診療専門医の掲げる理念として、総合的な診療ができる、幅広い診療ができることと、サブスペシャルティで、専門性、1つの領域に特化しているということについて、どのように考えるかという御意見もございます。そういった理念、医師像をしっかりと考えながら、その総合診療医のキャリアパスの構成については、専門医機構とともに検討していければと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、神野構成員、お時間もありますので、お願いいたします。

○神野構成員 ありがとうございます。

まさに、総合的な診療能力を持つ医師の話の中で、今小笠原構成員がおっしゃったキャリアパスは、私も非常に懸念しております。今、佐々木室長から「総合診療医が内科に行くためには」とお話があって、また1回内科を経由しないと次に行けないのですよね。そうではなくて、総合診療医に先が見えるためには、総合診療から次に行くという形、アメリカの家庭医などは、家庭医を取った後で、老年科あるいはスポーツ医に結構行っていると聞いておりますけれども、サブスペの道筋は、恐らく、専門医機構にお願いした云々ではなかなか難しいというか、各学会を集めて、あるいは、厚労省あるいは文科省がぐいっとグリップをしないと、前に進まないのではないかと強く思います。

もう一点、中堅医師のリカレント教育の話であります。若い総合診療専門医が出てくるということになりますと、相当時間もかかるわけでありましてけれども、中堅医師のリカレント教育によって総合的な診療能力を持つ人を育てているということは、非常に「あり」

の話です。幾つかの病院団体でも、少しカリキュラムは違いますけれども、病院総合医といったものを育てようとしておりますけれども、正直に言って、頭数がそこでもなかなか増えないという問題点をはらんでおります。そこには時間的な問題と金銭的な問題とがあると思うのですけれども、カリキュラムあるいは実地で、実習先とか、できるだけ自分の病院でやるとか、1回、いろいろな種類のものを集めて、そのカリキュラムを検討する場が必要なのかなと思います。金銭的な問題に関しては、何もみんながお金の話ではないと思いますけれども、地域枠に関しては、地域医療介護総合確保基金というものがありますよねということですが、例えば、厚生労働省で、人材開発支援、いわゆるリスキリングのためのいろいろな補助金制度がありますよね。これは、厚生労働省だけではなくて、経産省でもあると思うのですけれども、そういうものを使って、少し金銭的な負担を減らして、総合的な診療を身につけていただきたいという流れは、あるのか、ないのか、その対象がよく分かっていないのですけれども、リスキリングの補助金を使えるようにということを知するだけでも、やってみようかなと思う方は増えてくるのかもしれない。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局に対する御要望ということもありますが、現時点でお答えできる範囲ということになるかと思いますが、コメントがあれば、お願いしたいと思います。

○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、総合診療専門医のサブスペシャリティにつきまして、今後検討すべき課題という御意見かと思っておりますし、厚生労働省でもしっかりと進めていくべきという御意見をいただいたかと思っております。例えば、総合診療専門医は、内科6か月以上、小児科・救急はそれぞれ3か月以上、総合診療が18か月というプログラムになっているかと思いますが、そういった点で、内科だけという点でいいかと、3年と比べると6か月以上になっているという点の違いがあるかと思えます。そういった中で、各サブスペシャリティの領域が、1階建ての専門医の中で、こういった技能を身につけていくことを望んでいるか、要件としているかということについて、そのサブスペシャリティ領域の学会の考え方、専門医の考え方があるかと思えますので、そういったものも踏まえながら検討をすべきかと思っております。

リカレントの場の提供、補助金の周知ということでございますけれども、私どもも、7ページ目で記載しておりますように、例えば、学会や病院団体と協力して、そういった研修機会を提供できる場、リカレント教育を御存じない先生に対してリーチをするということを、一体的に実施してはどうかということも思っておりましたので、そういったことに対する方針と先生の御意見は、ある程度、同じ方向性なのかなとは思っています。リスキリングの補助金というものにつきましては、今、手元にはないのですけれども、私どもで行っている、大学の総診事業、8センターが採択されているものにつきましては、そういったリスキリングやリカレント教育を各8大学でセンターとして設置して行っていて、こ

のセンター自体は、都道府県にかかわらず、県横断的に、その周辺の医師に対して、総合診療あるいはリカレント教育を実施・提供するものになっております。まずはそういったものをしっかりと周知することと、さらにはこの下に挙げております学会や病院団体と協力した取組ができるのであれば、そういったものを改めて実施するということを検討できればと思います。

○遠藤座長　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ます坂本構成員、よろしくお願いいたします。

○坂本構成員　ありがとうございます。

私も、この総合診療専門医は、患者の立場からいっても、非常に重要ではないかと思っています。患者がどこの科に行ったらいいか分からないとか、高齢者が複数の病気を持っている場合とかもあります。同時に、少し前のこの会でもほかの構成員の方から御指摘がありましたが、地域の交通手段などが減っていくという理由で、いろいろな科のある病院へのアクセスが難しくなる患者も、これからは結構増えてくることが予想されます。そういう面からも、こういう総合診療専門医の方が身近にいることは、患者にとっても本当に必要です。

一方、先ほど神野構成員が御指摘されたように、今後どうやってこの総合診療専門医を増やしていくかということも非常に重要な点だと考えます。7ページの資料の最後にありますが、今後、総合診療の魅力発信を一体的に実施する方策を、ぜひより具体的に考えていければと思います。

1点だけ、質問があります。同じく、7ページに、特任指導医とあるのですが、この特任指導医とは、今、大体何人ぐらい認定されていて、どのような方がいらっしゃるのかということをお聞かせいただけます。

よろしくお願いいたします。

○遠藤座長　ありがとうございました。

事務局、よろしくお願いいたします。

○佐々木医師養成等企画調整室長　御質問いただきました総合診療専門医の特任指導医は、日本専門医機構で認定されておりまして、2018年度から新しい総合診療専門医のプログラムが開始されておりまして、それに伴って、そのための指導医、特任指導医も認定されていると理解しております。その中で、2018年度から、大体350名から500名強、ばらつきは各年度であるのですが、それぐらいの数が特任指導医として認定されていると伺っております。この特任指導医にはどのような先生方がおられるかということですが、その認定要件といたしましては、医師免許取得後7年以上の臨床経験を有しておられる先生であって、例えば、日本プライマリ・ケア連合学会認定のプライマリ・ケア認定医や家庭医療専門医、そのほか、日本内科学会認定の総合内科専門医などを取得されている方であって、かつ、日本専門医機構が指定する講習会を修了している先生方が、特任指導医と

して認定されていると伺っております。

○遠藤座長　ありがとうございました。

それでは、木戸構成員がお手を挙げておられます。木戸構成員、よろしくお願いいたしますします。

○木戸構成員　ありがとうございます。

資料2の4ページには、事務局にこの偏在是正に関する課題を丁寧にまとめていただいて、とても分かりやすい形になったと思います。ただ、今後、骨太の方針で総合的な対策のパッケージを策定するに当たっては、これらの課題を、誰が主体となって、どのステークホルダーが関わって、どのような施策を使って、進めていくかということを、一つ一つ、明らかにしなければならず、まだ多くの議論が必要かなと思いました。

ここからは、幾つかのテーマについて、少し意見を述べたいと思います。

まず、広域連携型プログラムです。私も臨床研修部会の委員として議論に参加いたしましたが、対象人数を募集定員上限の5%以上と数値化するべきかということと費用負担の問題などについて、懸念の声が幾つか上がりました。ただ、資料にありますように、研修医にとっても様々なメリットが挙げられており、偏在是正が第1目標ということではなく、あくまでもよりよい医師を育てるためのプログラムと位置づけて、割合を数値で義務づけることの可否は別として、医学生・研修医の選択肢を増やすものと考えて進めることが重要ではないでしょうか。そもそも、このプログラムでは、あくまでも本人の希望があることが前提となっていますけれども、割合の数値が義務づけられることで、希望に沿わない形でこのプログラムに入らざるを得ないということがないように、実際の医学生や研修医の声も丁寧に聴きながら推進していく必要があると思います。

続いて、総合診療医による診療を進めていく件ですけれども、これには国民の理解が最も重要かと思います。総合診療のドクターによってプライマリ・ケアの対応ができることは大変ありがたいことではありますけれども、せっかく診ていただいても、循環器や呼吸器の専門医による診療につなげないと患者さんが納得しなかったり、もしそこまで終わって結果が悪ければトラブルになったりするのであれば、問題です。どこかが悪いのであれば、それを専門とする先生に診てもらいたいという御希望はもっともかと思いますが、総合診療と専門医による診療についての仕組みや限界などについては、国民にきちんと理解していただくことが大変重要かと思います。

私からは、取りあえずは以上でございます。

○遠藤座長　ありがとうございました。

重要な御指摘をいただきました。

ほかに、御意見、御質問等はございますか。

国土構成員、お願いいたします。

○国土構成員　先ほどから議論になっております総合診療専門医について数は少し増えていると聞いておりますが、まだ一年に200数十名でしょうか。全体から見ると少ないので、

これを増やす方策は考える必要があると思います。

その中で、先ほどダブルボードの話もございましたが、総合診療専門医を取った後の2階がないという状況は非常にまずいと思います。例えば感染症専門医は、この総合診療専門医と、親和性があるという言い方は適当ではないかもしれませんが、そういう方向性のある専攻医が多いという話もあります。総合診療専門医の1階から2階の感染症専門医に行けないということは、間口を狭くするという制度上の問題になるかと思います。

そこで少しお聞きしたいことは、8大学で取り組んでいる総合診療医センターについてです。この対象は、学生、トレーニングをしている若手医師、リカレント教育までカバーすると想像いたしますが、実際にこの8大学でばらばらにやるのではなくて、例えば、リスクリング、リカレント教育をやるのであれば、その後、何らかの資格というか、また専門医をつくるのも問題かもしれませんが、制度設計を考えながらぜひ進め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。

事務局、何かコメントはございますか。

○佐々木医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

この総合診療医センターにつきましては、特に要件として縛るようなことをすると、逆に、各大学が取り組みづらくなるという側面もございますので、ある程度、各大学の裁量を持たせて、こういった卒前から卒後の教育をしていくということとっております。その中で、例えば、この総合診療医センターが行っているプログラムも活用しながら何らかの専門医が取れるような支援を行っていただくようなことは、十分に考えられるかと思っております。そういった各大学の活用を今後も促していければと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

国土構成員、よろしいですか。

○国土構成員 はい。分かりました。

○遠藤座長 それでは、オンラインでお手を挙げておられます花角構成員、お願いいたします。

○花角構成員 ありがとうございます。

1点だけ、要望のようなことを申し上げたいのですけれども、臨床研修制度における広域連携型プログラムについては、医師偏在対策を進めるという意味からも、本当に期待するプログラム、期待する対策だと思っております。ただ、新たなプログラムの設定は、時間も手間もかかります。マッチング相手になる病院や都道府県の情報等について、ぜひ十分な時間的余裕を持って丁寧な説明をお願いしたいと思います。また、対象人数につきましては、もちろん運用状況を見ながらということだと思いますけれども、効果があることであれば、ぜひ増加について必要な見直しを行っ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。

御意見として、承りました。

先ほど印南構成員がお手を挙げておられましたので、印南構成員から、お願いいたします。

○印南構成員 木戸構成員の骨太のところで続けようと思ったのですが、少し前後してしまいました。

5 ページ、骨太方針の資料が出ていまして、2 行目の「医師養成過程での」云々から 5 行目の「医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の大幅な拡大」とあって、その後に「等」が入っています。この「等」の中に、2017 年ぐらいだと思いますけれども、この検討会の前の需給分科会で検討した、無床診療所の開業制限、医師多数地域における保険医定員制を、議論する予定があるのかということが、1 つです。

2 つ目は、議論する場合、この検討会で済むのかということがあります。

3 つ目の問題なのですが、総合的な対策のパッケージを 2024 年末に策定すると書いてあるのです。第 1 回検討会で示された検討スケジュールでは、2025 年の恐らく年末か年度末に中間取りまとめと書いてあったのです。そうすると、9 か月ぐらい早く、何らかの政策パッケージを出さなくてはいけないと考えるのですが、その点について、いかがでしょうかということが、事務局に対する質問です。

○遠藤座長 それでは、事務局、よろしくお願いします。

○佐々木地域医療計画課長 医政局地域医療計画課長の佐々木でございます。

御質問をありがとうございます。

骨太に書かれている文言、最初の「管理者要件の大幅な拡大等」の「等」の部分でございますけれども、御指摘いただきましたように、多数区域で開業する場合の要件の要請については、今後、検討課題とさせていただきたいと思っています。

その検討の場でございますが、この総合的な対策のパッケージの提示と併せて、医師偏在の検討会も動いてございますけれども、もう一つ、新たな地域医療構想の検討会も動いてございまして、この中で議論することも、今、事務局としては、考えている真っ最中でございます。いずれにしましても、ここに書かれていることについては、局内でもしっかりと連携して取り組んでまいりたいと考えております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

よろしいですか。

林課長、どうぞ。

○林医事課長 3 つ目の質問が、今、漏れていたかもしれないので、お答えします。この検討会では、令和 7 年のどこかで一旦中間取りまとめをしたいとお示ししておりましたけれども、骨太でこういう形になっておりますので、今日の議論も含めて、この骨太の総合的な対策のパッケージに関しては、この期限を守る形で御議論いただく形で進めていきます。



いと思っております。その際の間取りまとめをどうするかは、今後、またおいおい考えていきたいと思えます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

印南構成員、よろしいですか。

○印南構成員 ありがとうございます。

○遠藤座長 それでは、先ほど来お手を挙げておられます、オンラインの横手構成員、お願いいたします。

○横手構成員 どうもありがとうございます。オンラインで失礼いたします。

今日のディスカッションを聞きながら、改めて大変難しい課題だなと思っております。その中で、幾つか感じたことをコメントさせていただきます。

まず、総合的な診療能力を有する医師の養成は、総合診療専門医を含めて、極めて重要だということがございますけれども、数的に、今の状況の中でこれを続けて増やしていくということだけでは、とても需要に追いつかないだろう、抜本的な対応が必要なのだろーと思えます。そういう意味では、専門医として育成された方の中にジェネラルな素養を求める方たちも多いので、このリカレント教育は、そのマス（総数）を得る上では、非常に重要なのだろーと思えます。一方、誰が主体となってそのようなリカレント教育を提供するのかというところが未解決だと思うのです。各学会の中でも、年配になってきた専門医、外科も、内科も、リカレント教育でより広い学びを提供したい、そういう求めるところはあるのですけれども、そこには地域間の医師の数の是正などという視点はあまりないと思えます。学会は、その専門性を高める、研究を深める、より高度な医療を行う、そういう最新のところに目が向きがちなので、もし学会にリカレント教育を求めるとするなら、その地域の偏在の是正などの視点を共有していくことも今後は不可欠になっていくのではないかと感じた次第です。

また、そのように育った総合診療専門医なり学会のリカレント教育なりで能力を得た方を1人か2人で地域に送り込んでも、あまりに忙し過ぎて破綻してしまうということがありますから、せつかく育成した総合的な人がきちんと持続可能にその地域で活躍できるような仕組みづくりも不可欠と思いました。

そういう意味では、5ページの骨太の方針のところですけども、下線が引かれていない「経済的インセンティブによる偏在是正」は極めて重要なのではないかと、私は感じます。ある程度、生活は都会に比べてしにくい、でも、魅力のある土地、そこに能動的に人が行こうと思うためには、経済的なインセンティブはすごく重要ではないか。もっと言うならば、お子さんが教育的な面で都会に比べてハンデを負わないような環境整備とかも含めて考えることで、初めて持続可能な偏在対策ができるのかなと思ひまして、大変難しいことを申し上げて恐縮ですけども、数合わせや能力合わせだけでなく、そういう総合的な視点で考えていくことが大事と思ひましたので、少し長くなりましたが、コメントをさせていただきます。

以上でございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

重要な御指摘をいただきました。

ほかにごございますか。よろしゅうございますか。

それでは、御意見も出尽くしたようでございますので、本日の議論はこれぐらいにさせていただきます。

今回、大変重要な御指摘をいただきましたので、次回以降に必要な検討ができますよう、事務局では、資料の作成等々、よろしくお願いしたいと思います。

それでは、事務局から、連絡事項があれば、承りたいと思いますが、いかがでしょうか。

○染谷課長補佐 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。

よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 それでは、本日はこれにて会議を終了させていただきたいと思います。

長時間にわたりまして、御議論いただきまして、誠にありがとうございました。