

2024-10-30 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7回）

○加藤課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第7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、御出席を賜り、誠にありがとうございます。

出欠状況については現時点で構成員10名に御出席いただいております。野口構成員より御欠席の御連絡をいただいております。

また、今後の医師偏在対策の議論に関連して、日本消化器外科学会より調参考人、比企参考人、藤井参考人、日本脳神経外科学会より齊藤延人参考人、成田参考人、吉本参考人、齊藤竜太参考人にお越しいただいております。

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にお越しいただいております。

それでは、撮影についてはここまでとさせていただきます。なお引き続き傍聴される方は、今後は写真撮影、ビデオ撮影、録音することはできませんので御留意ください。

（カメラ撮り終了）

○加藤課長補佐 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1～3、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におかれましては、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」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、御発言ください。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。

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。

遠藤座長、よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 皆様、本日もよろしくお願いいたします。

それでは、早速議題に入らせていただきたいと思います。

本日の議題は2つございまして、議題1が「今後の医師偏在対策について」、議題2が「令和8年度医学部臨時定員に係る方針について」でございます。

まずは事務局から資料1「今後の医師偏在対策と令和8年度医学部臨時定員に係る方針について」の23ページまでを御説明していただきたいと思います。

それでは、事務局からよろしくお願いいたします。

○和泉医師養成等企画調整室長 事務局でございます。本日は、構成員の先生方、そして、参考人の先生方、ありがとうございます。どうぞよろしくお願いいたします。

資料１の２ページ目に本日御議論いただきたい内容を記載させていただいております。

まず、１つ目の「今後の医師偏在対策について」といたしまして診療科間の偏在につきまして御議論いただければと思っております。

４ページ目、以前よりお示しをさせていただいておりますけれども、診療科別の医師数の推移でございます。平成20年を１としたときの増え幅として、御覧いただいているように一番下のほうに外科がございまして、ほとんど増加をしていないということ、また、５ページ目、実数になっておりますけれども、これも同様に上から２本目のバーの外科のところは横ばいという状況になってございます。

６ページ目、診療科別の時間外・休日労働時間が1,860時間を年で超えているといったような割合でございますけれども、図の中に丸をつけさせていただいておりますとおり、令和４年の調査におきましては脳神経が9.9%で最も高く、その次が外科、そして、形成外科といった形で外科系の診療科の時間外労働が非常に長くなっているところでございます。

７ページ目以降は前回の検討会でお示しをさせていただいた専門医機構におけるアンケート調査でございます。９ページまでお進みいただきますと、希望していた基本領域を選択しなかった理由としてそれぞれ診療科を挙げさせていただいております。赤い枠で囲ったようなところが外科、あるいは脳神経外科の領域になっておりますが、理由として過酷なイメージがあるといったところとか、ワークライフバランスの確保が困難といったような理由を挙げられておりまして、こうした理由で若手の医師から少し敬遠されている可能性があるということが示唆されているのかなということでございました。

10ページ目が前回９月20日にお示しをした事務局の案で、対策についてどう考えるかといったことで御議論を開始させていただいたところです。

11ページ目以降、現在、この検討会とは別に新たな地域医療構想等に関する検討会におきまして急性期医療等に関する議論も行っておりますので、データ等をお示ししてございます。こちらの図は入院の受診延べ日数が経年的に減少傾向にあるといったことをお示ししています。

12ページ目、2040年における診療領域別の手術件数の変化を色別で表しているものでございますけれども、今後多くの診療領域、あるいは構想区域において手術件数は減少してくるということで、赤く塗っているところが減少してくるところになってございます。

13ページ目、今後高齢者の急性期への対応が必要となってくる中で、どのような疾患が見られるかについてお示しをしたものではございますけれども、図の左側の表にあるような疾患が高齢者の中では多くなっているということで、手術を実施するものは比較的少ないのではないかと状況があると考えられているところでございます。

14ページ目、24時間緊急手術に関する状況で、リード文の１ポツにございますとおり、緊急手術を24時間体制で維持することに関しては、医師以外でも多くの医療スタッフが必要であるということではありますが、その実態として夜間や休日に緊急手術をしたというような状況を見ますと、360日以上実施する医療圏は３ということではありますが、100日以下

というところも165医療圏あるということで、データとして分布をお示ししております。

15ページ目、時間外等の緊急手術の1日当たりの件数、あるいはその対応状況に関するデータをお示ししております。左側の図にありますとおり、1日当たりの時間外等の緊急手術については、1年のうち最も多くても1～4件という医療圏が比較的多くなっております。一方、右の図のとおり、緊急手術を実施する医療機関数がどれぐらい医療圏ごとにあるかといったような分布を見ると、二次医療圏内に多くの実施医療機関を有している場合もあるといったような状況が見て取れると思っております。

16ページ目、こちらは外科領域の専門研修プログラムにおいて学会が定めておられます様々な基準について少し整理をさせていただいております。例えば専門研修施設に関しては指導医数、あるいは症例数に関する一定の集積ないし数が要るといったようなことの要件を設けていたり、あるいは一番下の箱にありますとおり、専攻医の受け入れについても3年間で500例以上の経験症例を確保するといったような形で、一定の症例の集積や確保ができるような基準が設けられているということでございます。

ただ、17ページ目は症例数の分布を少しプロットしたものでございますけれども、リード文に書いてございますとおり、研修施設における症例には一定程度ばらつきがあるというような状況で、症例数が相対的には少ないといったようなプログラムも図の左側の山にありますとおり、一定数あるというような状況になっているのかなと思っております。

この症例数と医療の質に関するデータとして構想の検討会でも少し見ていただいたものでございますけれども、いろいろな手術におきまして症例の多い医療機関ほど死亡のリスクが低いといったような傾向があるということで、図にお示ししているような手術に関しては具体的なデータもあるといったようなことをお示したということでございます。

19ページ目、地域医療構想の検討状況ということで文字のスライドを何枚か入れさせていただいております。新たな地域医療構想、2040年に向けてということで検討を別途検討会で進めさせていただいているということをもとめさせていただいております。19～23ページ目まで、絵の描いてある図までがそういった方向性のイメージということで、現在目下御議論いただいているところでございます。詳細の説明はここでは割愛をさせていただければと思っております。

24ページ目、ここで診療科間の偏在、あるいは医療の質の向上について現場の状況、実態等、学会としての取組を御紹介いただければということで、消化器外科と脳神経外科の領域からヒアリングをさせていただければと考えておりまして、一旦事務局の説明は以上とさせていただければと思います。どうぞ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。

それでは、ただいま御紹介もありましたけれども、資料2の日本消化器外科学会提出資料の御説明をいただければと思います。

それでは、日本消化器外科学会理事長の調参考人からよろしくお願いいたします。

○調参考人 日本消化器外科学会理事長の調でございます。本日は発表の機会を賜り、関係各位の全ての皆様に心から感謝を申し上げます。私から消化器外科の現状と今後について御説明させていただきたいと思います。

まず、消化器外科の外科医の役割についてお示ししたいと思います。消化器外科医は腹部の疾患の患者さんに幅広く対応しており、手術のみならずマルチタスクの役割を担っております。手術としてはがんの手術、消化管では食道、胃、大腸、そして、肝胆膵としては肝臓、胆がん、膵がんに加え、鼠径ヘルニア、腹壁ヘルニア、胆石や痔核などの陽性疾患、また、腹部の救急疾患にも対応しております。手術以外ではがんの薬物療法を行っておりますし、地域によっては内視鏡などの検査や救急の初期対応、そして、末期の患者さんの緩和医療、御看取りなどにも対応しているところでございます。

向かって右の表に主な手術を挙げていますけれども、主ながんや腹膜炎の手術を年間32万件以上、それにその他の手術を加えますと59万件以上の手術を担当しております。こうしたマルチタスクな状況で消化器外科医はジェネラリストとして地域の医療を支え、スペシャリストとして高度な消化器外科の手術に従事しております。

次のページの左の棒グラフは本邦における消化器がんの罹患数を示しております。本邦では40万人以上の方が消化器がん罹患しており、その頻度は消化器がんが全体で見れば圧倒的に多く、がん全体の約40%を占めております。向かって右の2010年と19年の罹患数から今後手術件数は大幅に増えることはないと思われませんが、消化器がんはいまだ引き続き主要ながん種であるため、消化器外科医の果たす役割は大きいと考えます。

これは消化器がんの手術成績の国際比較を示しております。食道がん、胃がん、直腸がん、膵臓・胆道がん、そして、肝がんにおける手術の術後30日以内の死亡率の日本と欧米の成績を比較しています。青のカラムが日本、赤のカラムが欧米の成績です。例えば食道がんでは日本の術後30日以内の死亡は0.8%に対して、欧米では2.4～3.9%、胃がん、直腸がん、胆膵がん、肝がんなど、日本における主な消化器がんに対する手術後の死亡率はいずれも欧米より低いことが分かります。本邦の消化器がんの手術成績は国際的にも高く評価されており、今後もこの成績を継続できる体制を維持していくことが国民の福祉にとっても重要と思っております。

消化器外科医は腹部の救急診療にも大きな役割を担っております。このうち急性汎発性の腹膜炎は腹膜炎がお腹全体に及ぶ疾患で最も重篤です。ほとんどが救急手術として行われており、消化管穿孔といった重篤な病態に起因しております。年間1万5000件以上の手術が行われており、9割近い患者さんが救命をされています。以上のように、消化器外科は本当に幅広い消化器系の疾患の診療を担ってまいりました。

次のページ、向かって左は日本消化器科学会の会員数の推移を、右は男女別の人口ピラミッドを示しております。左の棒グラフで御覧いただきますように、2011年には2万人を超えていた会員数は毎年150～200人減少しており、2024年には1万9140名と、この13年間で8.4%減少しております。人口ピラミッドの向かって左側が男性、向かって右側は女性で

す。男性は60歳がピークで高齢化が認められます。女性会員は男性に比べまだまだ少ないのですが、女性は男性と比べ30歳辺りにピークが見られると思います。

女性会員自体は全体の7%ではありますが、会員数は増加しております。2015年から36%の増加を認めています。また、資料の向かって右側は年齢ごとの女性会員の比率を示しておりますけれども、年齢が若いほど女性の割合が高く、30歳未満では20%を超えております。したがって、日本消化器科外科学会にとって女性消化器外科医の支援は非常に重要な課題と考えております。

我々が取り組んでいる女性消化器外科医の支援でございます。2022年に男女共同参画委員会が設立され、ポジティブ・アクションとして、まず2名の女性理事を選出いたしました。さらに女性会員の意見を学会運営に反映させるために、来年には24名の女性評議員が誕生いたします。また、昨年学会では男女の手術機会の均等を目指す函館宣言を採択いたしました。現在の取組として消化器外科医のライフイベントにおける支援の在り方を検討するために研究課題を採択しております。今後も学会として女性の消化器外科医の支援を進めてまいります。

これは2023年に会員に対して行われたアンケート結果の一部でございます。向かって左のグラフは週当たりの労働時間の2007年から昨年までの推移を示しております。赤のカラムが週50時間以上の労働を行っている消化器外科医の割合で、減少傾向ではありますが、いまだ70%近く見られています。

また、円グラフは会員が現在の勤務状況で最も不満な点でございます。最も不満が多かったのは給与で44%を示しておりました。長時間労働は十分に改善されていない状況ではありますけれども、給与に対する不満が最も多かったということになります。抗がん剤治療、救急対応、緩和医療にも対応するマルチタスクなハードワークや高度な手術の技術が十分に評価されていないという会員の思いの表れと考えております。

これは先ほど厚労省の和泉先生からも御紹介がありましたので詳細は割愛いたしますけれども、もともと外科医を志していて進路変更した人たちのアンケートです。これは非常に重要と考えています。その理由としては労働環境が悪いということが最も多く、次はキャリア形成に関するものでございます。学会としても労働環境の改善、そして、キャリア形成の支援などに力を入れていく必要性を強く感じております。

現在、日本消化器科外科学会では会員の減少を最重要課題として様々な活動に取り組んでおります。消化器外科の未来像を描くためにバックキャスティングワーキンググループを立ち上げ、理事会の議論を経て、今年の7月に開催された第79回の総会で消化器外科の明るい未来を達成するためのロードマップを発表いたしました。

継続可能な消化器外科診療の構築のために、医学生、そして、初期研修への広報に努め、働き方改革を推進し、消化器外科医の心と体の健康を守るということを挙げております。

2番目のキャリア形成の支援に関しては、早期の自立を目指す多様な価値観、そして、人生観、働き方を尊重、男女の均等な活躍を支援、そして、ライフイベントに配慮した働

き方や知識・技術のステップアップ、地方で活動する消化器外科医の学びの場や先進的医療への参加の機会を提供することといたしております。

3 番目、4 番目は高度ながん手術の集約化・重点化と、高度ながん手術や救急の手術に対するインセンティブの受領としております。

ロードマップを達成するためにアクションプランをつくりました。持続可能な消化器外科診療の構築に関しては、会員のリクルートを進めるための委員会を強化し、ホームページの刷新、様々な方法を用いた医学生や初期研修医の情報発信、初期研修医向けの手術手技講習会の開催や、若手の委員会（U40委員会）主催の若手による若手のためのセミナーの開催を支援しています。労働環境の改善のために働き方改革やタスクシフトに関するアンケート、あるいは好事例の発信、広報をいたしております。また、ハラスメントに関しましてはハラスメント対策ワーキンググループを立ち上げて活動を開始いたしました。

キャリアの形成に関しては新たな教育セミナーやコンテンツの作成、短期留学制度の創生などを進める一方、女性消化器外科医への支援は最重要の課題として活動を進めております。

高度ながんの手術を行う施設の重点化・集約化は消化器外科医の減少対策や働き方改革の上でも重要であります、そのみならず症例の集積によって成績の向上にも資すると考えております。資料の左上のグラフは縦軸が術後の死亡率、横軸が該当施設の手術症例数で丸が一つの施設を示していますが、手術症例が多い施設ほど死亡率が低い傾向が見られます。

資料上段の中央は本邦の胃切除の施設ごとの年間症例数と術後死亡率を示しておりますが、手術症例の多い施設は死亡率が低いのが分かります。

資料下の左には論文をベースに食道がん、胃がん、結腸・直腸がん、そして、肝胆膵、がん種ごとに年間一定数以上の手術を行っております施設をハイボリュームセンターと定義し、ハイボリュームセンターとそれ以外の施設の術後30日以内の死亡率を比較しました。食道、胃、結腸、そして、膵頭十二指腸、肝切除のいずれの手術でもハイボリュームセンターでの成績が良好なことが分かります。したがって、高度ながんの手術においては集約化によって医療の効率化、そして、限られた人的な資源を有効に活用するということだけではなくて、術後の成績の改善という点で患者さんにとっても大きなメリットがあると考えております。

集約化・重点化に関するアクションプランでございます。低・中難度の手術を担当する施設では外科専攻医の修練を中心としてジェネラリストの育成、高度な消化器手術を行う施設はスペシャリストの育成を目的としたいと思っております。消化器外科医の育成という視点から各専門領域、各専門医制度の修練医を指定の施設に配置することで、高度な技術を有する専門医を短期間で育成することが可能になると考えております。これによって修練期間の短縮とキャリアプランの明確化を図りたいと思います。

今後の方向性に非常に重要と思われる3施設の事例をお示しします。

まず、富山大学消化器・腫瘍・総合外科の事例でございます。富山大学では藤井教授のリーダーシップの下、働き方改革を強力に推進し、平日のシフト制、あるいは夜間・休日の完全当番制、3時間を上限とする手術メンバーの交代制を導入し、そして、夏季有給休暇の取得、男性の育休の取得を強く推奨しております。結果として時間外業務の減少、そして、女性入局者の増加、若手医師の満足度の向上を得ています。また、休日・深夜・時間外加算1を利用して、緊急手術に加わるチーム員にインセンティブを支給することにより、折れ線グラフのように富山県では40歳未満の消化器外科医の増加を認めております。また、女性の外科医も増加しています。これは従来の外科医の働き方の発想を転換し、それに基づく大胆な施策によって消化器外科医は増加し得ることを示した取組と考えております。

次は群馬大学の事例でございます。左の図は消化器外科医の3段階の専門医制度を示しています。1階は外科専門医、2階は消化器外科専門医で、この2つは所定の経験症例数と筆記試験によって認定されます。3階は日本内視鏡外科学会の技術認定医と日本肝胆膵外科学会の高度技能専門医でございます。これらはいずれも経験症例数と手術ビデオの厳正な審査によって認定され、合格率は10～50%未満となっております。低侵襲な消化器外科手術、あるいは肝胆膵の高度な手術の術者としては大切な認定となっております。

群馬大学では医療事故への改革として旧1外科、旧2外科を統合し、新たな肝胆膵外科が設立されました。群馬県の手術症例は集約化され、群馬大学では高難度手術が年間32例から137例まで増加をしています。この間966例の高難度手術を行いました。術後90日以内の在院死亡はゼロ、そして、日本肝胆膵外科学会の高度技能専門医がゼロから6名、内視鏡技術認定医もゼロから4名に増加をしており、豊富な症例数を背景に短期間で専門医を育成するとともに、手術成績も改善しております。臨床経験10年以内でも3階建ての専門医を取得できることは非常に大きいことかと思えます。

次は山口大学の消化器・腫瘍外科の事例でございます。大学の先生の負担軽減のために永野教授はサテライト施設を指定し、大学の抗がん剤診療をサテライト施設に委譲し、逆に高難度の手術は大学へ紹介するという枠組みをつくりました。結果として基幹施設では手術例が増加し、サテライト施設では抗がん剤の治療が増加しています。基幹施設では抗がん剤治療を行わなくなったことで負担が軽減された一方、サテライト施設の経営も劇的に改善したというものでございます。このような基幹施設とサテライト施設の役割の再定義による集約化と機能分化により、基幹施設の労働環境が改善し、サテライト施設の経営が改善したという非常に参考になるケースとして御紹介をいたしました。

最後でございますけれども、日本消化器科学会の目指すものをお示しいたします。私は本学会の理事長として、先人の絶え間ない努力と創意工夫によって築かれた世界に誇れる消化器外科を次の時代の消化器外科医が幸福を感じられる持続可能な形で引き継ぐことに力を尽くし、もって消化器外科医が国民の福祉に貢献していく未来を描くことと、自分の使命を考えております。それには持続可能な消化器外科診療の構築、そして、キャリア形

成の支援、そして、高度ながんの手術の集約化と重点化、高度ながん手術と救急の手術に対するインセンティブの需要が重要と考えております。

以上でございます。御清聴ありがとうございました。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

引き続きまして、資料3の日本脳神経外科学会提出資料、これについて御説明をいただきたいと思います。

それでは、日本脳神経外科学会理事長の齊藤延人参考人から御説明をお願いしたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○齊藤（延）参考人 日本脳神経外科学会理事長の齊藤でございます。よろしく願いいたします。私どものほうで医療の集約化に関しての考察を加えてみました。

まず、私ども日本脳神経外科学会ですが、専門医制度上は基本領域診療科に位置づけられております。全ての大学に講座がありまして、そして、地域の基幹病院においても第一線で地域医療に貢献しているような団体であります。今年の9月現在の会員総数が1万594名、そのうち専門医が7,935名ございます。専門医研修プログラムは100ありまして、これを基幹施設100と呼んでおります。

我々の脳神経科外科医の数がどうなっているかなのですが、これは年齢階層別に積み上げの棒グラフになっておりまして、左から右へ時が流れるわけですが、一番上が総数のラインになりますので、これは大体プラトーに達していると考えています。一方で、例えばブルーのラインの上の辺りをずっと追っかけていただきますと、これは40代、50未満の方々がそのバーより下なのですが、こちらが縮小しておりますので、今後、専門医の数も縮小に向かうだろうと予測しているところでございます。

我々の診療活動の内容ですが、一言で言うと、外科医の目と技を持った神経系総合医と言っています。例えば耳鼻科を想定していただくと分かりやすいと思うのですが、手術だけではなくていろいろな治療法があるということでございます。その分科会としては脳腫瘍、脳血管障害、神経外傷、脊椎・脊髄機能、いろいろありますけれども、この赤いところ、脳血管障害と神経外傷につきましては、どちらかというと救急的な対応の体制が必要でありまして、そして、脳腫瘍についてはもう少し時間があるので、今日のお話では集約化ができるのではないかという説明でございます。

まず、赤いほうだけ先にいきますと、日本脳神経外科学会では脳卒中、頭部外傷等の救急対応のために二次医療圏での脳神経外科医療の均てん化に取り組んでいるところでございます。学会としては日本脳卒中学会で認定を行っておりますが、そこにあります一時脳卒中センターはいつでもtPAの治療ができる、脳卒中に関しましては時間が勝負ですので、そういう体制を整える。その中で一次脳卒中センター(コア)につきましては24時間365日血栓回収治療に対応可能な施設ということで、その分布を確認しております。この活動の中におきまして脳神経外科医の割合は61.3%となっておりますので、日本脳卒中学会の活動において我々の貢献度は大きいということになります。

また、このような脳卒中、救急に関しては脳外科のほうで均てん化委員会というものを
つくりまして、その体制について整備しているところでございます。各支部でつくってい
るわけですが関東支部の例を出しております。赤とか茶色とかは相対的に足りないという
ところで、例えば島嶼部に始まって群馬県は結構大きなところで人が足りないという状況
になっておりますし、また、埼玉県が人口比でいくと意外に足りないということが見えて
おりますので、そういうところでも救急対応できるような体制を評価して、隣の二次医療
圏が対応するとか、そういう対応を構築しているところでございます。

そういう一面が私どもの診療科にございますが、脳腫瘍に関しては症例の集約が有効か
もしれないということで少しデータをお示しさせていただきます。

脳の場合にはがんと言いませんので腫瘍なのですが、いろいろな病理がございます。中
でも真ん中にありますグリオーマが代表的な脳腫瘍でありまして、その中でも左の赤字に
なっている膠芽腫が数も多くて悪性度も高く、消化器におけるがんに相当するようなもの
と考えております。

この成績について、JNDといいまして、これはNCDの脳神経外科版でございます。2018年
からデータ登録をしております。

どのくらいの症例を扱っているかというのは公開しておりますページをそのまま持って
きましたので字が小さくて申し訳ございませんが、一番右の合計を見ていただきますと、
一番上が入院件数であります。大体57万7000件ぐらいです。真ん中が主病名での手術件数
で19万7000何がし、それから、一番下が副病名も含めた手術件数ということで23万1000何
がしということで、大体私どもは年間20万件ぐらいの手術治療を行っているということで
ございます。

まず、このうち脳腫瘍の手術につきましては基幹施設に集まっているということを見て
いただきます。緑っぽいドットが基幹施設で冒頭にお示しした100施設になります。黄色は
その他の施設ということで、ここで全施設がプロットされております。横の軸が総手術件
数、そして、縦の軸が腫瘍の手術数ということであります。一見してお分かりのように、
縦軸を見ていただきますと青い基幹施設につきましては上のほうにプロットされておしま
すので、基幹施設で手術数が多いことが見て取れると思いますし、また、横軸を見ていた
だきますと、総手術件数も多い方向にあります。黄色いところは恐らく脳卒中だとかある
いはspineだとか、そういうところを対応している病院と思われれます。

ちょっと違う見方をしてみますと今度は膠芽腫（グリオブラストーマ）です。横軸が膠
芽腫の手術件数、縦軸がその施設数ということになっております。黄色が全施設、そして、
それに重ねるように青が基幹施設のみということであります。ということで、ここでいき
ますと膠芽腫が15件以上のところにつきましては、ほとんどが青と重なっておりますので、
膠芽腫の手術件数は基幹施設で多いということになります。

この脳腫瘍の治療成績につきまして基幹施設等のほうがよいのではないかというデータ
を示させていただきます。JNDにつきましては、JNDというのは外科のNCD相当のものです

アウトカムにつきまして、退院時のmodified Rankin Scaleで見ておりますということで、ここにどの程度アウトカムを示せるかということに関しては、一定の制限はあるわけですが、ここではmodified Rankin Scale 6の死亡についての割合ということで見てみました。

こちらは会員向けにオープンにしている表をそのまま持ってきているものでございますが、手術件数等が書いてあります。右の表の下半分が手術症例数と退院時のアウトカムということでRankinが0～6まで並んでいます。一番下のMRS6は死亡単位ということで83件ということでもあります。

これがどのように分布しているのかというのが次のグラフになりまして、左のほうが施設の膠芽腫の手術件数が横軸、縦軸が退院時死亡率ということでもあります。死亡率が高いものが左のほうに寄っていることが見て取れるかと思いますが、もうちょっと分かりやすくするために右のほう、左から青が1～5件、オレンジが6～10件、緑が11件以上扱っている施設ということで分けて、そして、プロットしてみますと、症例数が少ないところは5.4%、一番多いところは2.0%の死亡率ということでございまして、これは有意な差を持って症例数が多いほうが死亡率が少ないということが言えるかと思います。

今度はJNDではなくて、もう一つの我々のやっている全国集計事業で、脳腫瘍全国集計というのがございます。そのデータベースを使って、こちらのほうは退院時のmodified Rankin Scaleではなくて、サバイバルをしっかりとフォローしたところで見ています。そうすると、左が無増悪生存期間、右が生存期間、この生存期間をオーバーオールサバイバルで見ますとPが0.003で、大学病院・がんセンターとその他の病院の間に有意差がついているということで、大きな施設のほうが成績がよいということになります。

私どもの持っているデータとしては以上なのですが、外国のほうの文献を見ますと、ハイボリウムセンターのほうで成績がよいという論文がたくさん出ております。膠芽腫(グリオブラストーマ)における治療施設間格差ということで、もともと極めて治療成績が悪くて治療困難な疾患で、手術、放射線、化学療法が標準治療となっております。こちらにつきまして同じように縦軸はオーバーオールサバイバルです。そして、横軸はサバイバルのマンズになりますけれども、赤いハイボリウムのほうがよいということですし、真ん中でいきますと紫のラインのほうがよいということで、いずれの論文も統計学的有意差を持ってハイボリウムセンターでの治療を推奨していることになります。

こちらは脳神経外科の資料だけに限らず全般的な症例数とアウトカムに関するレビュー論文を引用させていただきました。これでいきますと左上が脳腫瘍で、こちらは施設の症例数が増えるにつれて入院中の死亡率は低下する、右上がくも膜下出血で症例数が増えるにつれて死亡率が低下するグラフ、左下が頭部外傷で症例数が増えると経過不良群が減少する、それから、右下が小児神経外科手術のシャント手術で、症例数が増えるにつれて死亡率が低下するというデータでございます。

ただ、これは外国からのデータでございますので、病院の分布だとか規模みたいなものがそのまま本邦に当てはめられるわけではありませぬので、見方については少し慎重であ

る必要がありますが、いずれにしろ、こういうレビュー論文が出るくらいにハイボリュームセンターのほうが成績がいいだろうということが明らかになりつつあります。

ここから私どもの学会での働き方改革への取組を御紹介させていただきます。働き方改革検討委員会を設置しておりまして、そして、アンケート調査を行いました。2022年3月に95施設に実施いたしまして回収率は49%でした。

その結果ですが、まず、タスクシフト・シェアがどのくらいどういうところで進みますかということで、対応しているというところが85%ございまして、その内容につきまして、事務が62%、看護師が38%、医師が28%ということで、こちらについては対応が進んでいると理解しております。

また、医師業務の見直しにつきまして、対応しているが68%ございまして、内容につきましてはインフォームドコンセントの時間帯調整が38%、当直業務の縮小が23%、会議・カンファの縮小19%などとなっております。

医師の労働時間の管理につきましては学会というよりは各病院でなされているものですが、対応しているという病院が81%でありまして、その内容につきましてはIT、これは下に注がありますが、Dr Joy、iPhone、インターネット等で行っているというものが43%、タイムカード、ネームカード、IDカード等で行っているものが26%、自己申告が9%、顔認証は2%となっております。

研修医・専攻医の研修の効率化という意味では、対応しているが66%ございまして、その内容につきましては業務の軽減効率化に取り組んでいるのが34%、症例経験の効率化が23%、ウェブの活用が4%、ライフイベントでの休暇取得が2%となっております。

ここからはダイバーシティ推進への取組でございます。脳神経外科では5.2%、これは令和元年の資料で古い資料かもしれませんが、女性の医師の割合は低いということでございます。これについて対応するために、私どもの学会ではダイバーシティ推進委員会を設置してございます。検討事項は4つございます。

- 1つ目に女性の学会員を増やす。
- 2つ目に支部会において女性の活躍を増やす。
- 3つ目に脳神経外科学会の各種委員会に女性の委員を増やす。
- 4つ目に理事のQuota制導入を検討するとなっております。

特に女性のビジビリティが低くて、それを上げるところから取り組んで、活躍していただく、魅力のあるところを若手に見せていく、あるいは学生に見せていくことが大切と考えまして、学会活動で活躍する女性候補者リストというのをこの委員会で作っていただきました。こちらのリストは学会の委員会活動や学術集会の座長候補などの候補者リストとして活用いたします。2022年の第1期が57名、2023年の第2期は83名の方々がリストアップされております。また、脳神経外科医のダイバーシティに関する意識調査ということで、こちらでも調査をしてございます。

私どもの学会の女性割合なのですが、横が年代別に分かれています。縦軸が人数で、青

いのが男性会員、オレンジのところは女性会員であります。折れ線グラフが女性の割合ということになっておりますが、見てお分かりのようにピークは60代のところに総数としてあります。それより右側ではあまり女性会員がいないということでございますが、左に行くにしたがってオレンジの棒がだんだん長くなってきているということで、それぞれの年代の割合という意味で見えていきますと、右肩下がり、左のほうは上になっていますので若い世代ほどたくさんの女性脳外科医の会員の割合があるということでございますので、女性が増えつつあるということです。

こちらは女性理事の数が書いております。これは第6期から第8期に1、1、1とございましたが、このときに女性の教授がいたのでいました。その後ゼロが続いたのですが、何があれかということ、役員は全国の大学の教授陣の中でも一部しかねないという状況において、ちょっと前まで女性の教授がいらっしゃらないという状況において、上司を差し置いて、その下のスタッフのレベルでは女性がいらっしゃったとしても、なかなかそこを任命するということがやりにくい状況があったのですが、この活動を活性化しようということで、11期の今期から、講師の方ですが役員に入っていただくようにしております。

代議員につきましては9期ぐらいから徐々に増えている状況がありますし、また、委員会の委員等もこの活動を始めてからだんだん増やしていっているという状況であります。

これは総会の座長の数で見る女性活躍推進リストの効果ですが、リストを使ってから増えている状況でありまして、例えば座長が2人いたら、そのうち1人は女性にも参加していただくとか、こういう形でビジビリティーを高めて発言力を高めてあげるというところから着手して、女性が増えていくようにということを目指しているところでございます。

それから、後半のほうのダイバーシティに関する意識調査を行いまして論文化しているものでございます。これは診療科長863人に13設間で調査して、420人から回答を得たものでございます。女性医師に関連するところにアンダーラインを引いておりますが、64%が女性医師の増加は実働率の低下になると思っていたというところで、この辺はそういう意識が診療科長のほうにはまだ残っているということでもあります。これからその意識についても深掘りする必要があるかと思っています。

このアンケート調査の中で、勤務環境改善で必要なことということで、脳神経外科医を増員するという回答が一番多かったわけですが、そのほかの有効な策として赤いアンダーラインを引いておりますが、脳神経外科領域で診療を集約化するというような意見も多数ございました。ということで、診療科長の間でも少しずつそういう意識が芽生えてきているのかなということでございます。

最後のページは私どもからの考察と提言ですが、読み上げます。

脳神経外科医は外科医の目と技を持った神経系総合医として、脳腫瘍の手術など高度・集学的な医療から、身近に起こり得る脳卒中や頭部外傷などの救急医療までを担い、国民の健康のために尽力しています。

高度かつ広範な医療を担う必要があることから脳神経外科への負担は大きく、昨今はな

り手の不足も深刻であり、診療科間の偏在により脳神経外科医が不足すれば大きな問題が生じ得ます。

脳腫瘍の診療については、国内外のデータから症例の集約化を通じた集学的診療で医療の質の改善が期待できると考えております。

さらに学会として脳神経外科医の働き方改革を進めていくために、タスクシフト・シェアや医師業務の見直しのほかに、教育の観点から研修医や専攻医の研修を症例が集まっている施設で実施し、経験症例数を高めております。

こうした状況を踏まえまして、国、関係者が診療科間の医師の偏在に対して取り組むことは重要でありまして、そのためには医療提供体制の在り方や外科技術の評価などについて議論する必要があるかと考察してございます。

発表は以上でございます。

○遠藤座長 どうもありがとうございました。

それでは、資料1に戻りまして、25～26ページについて事務局から御説明をいただきたいと思いますので、よろしくお願いします。

○和泉医師養成等企画調整室長 事務局でございます。資料1にお戻りいただいて25ページ目、診療科間の偏在に関するテーマについての対応の案でございます。

25ページ目に関しましては、今、事務局のほうからも御説明をさせていただき、また、学会の先生からも御指摘をいただいたようなことについて少しおまとめをしております。

少し触れさせていただくところとしては隅つき括弧の3つ目にございます新たな地域医療構想における医療提供体制に関する議論ということで、おまとめをしておりますとおり、病床利用率が下がる中、地域での緊急対応を含む救急・急性期に関する機能については、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質を確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関が必要であるとか、救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能について、構想区域ごとにどの程度病院数を確保するか、アクセスの観点や構想区域の規模等も踏まえながら検討が必要といった方向性で御議論いただいているところであるということを少しノートさせていただいております。

26ページ目、この状況を踏まえまして、現状に対する認識と今後の方向性につきまして事務局としての案を示しております。

まず、上側の1ポツ目ですけれども、診療科間の偏在に関しては、他の診療科と比較して外科医師の増加が緩慢である上に、外科のサブスペシャリティ、先ほど消化器外科の先生からも御指摘をいただいた一部領域においては減少の傾向もあるということでございます。また、時間外・休日労働の割合が他の診療科と比較して高いこと等を踏まえまして、外科の領域は喫緊の課題といえるのではないかとということです。

2ポツ目で、この偏在への対策として、先ほど申し上げたとおりですけれども、新たな地域医療構想に関する検討状況も踏まえて救急・急性期に係る医療機能を有する医療機関

に関する議論と同様に、外科医療についても一定の集約化ないし重点化を通じて外科医師の働き方の改善を図ることが課題に対する対応として適当ではないかという御提案でございます。

さらに3ポツ目で、関係学会のヒアリング等を踏まえますと、こうした集約化・重点化により治療成績の向上であったり、医師の働き方も改善するといったようなことを通じまして、医療の質の向上にも資するという点で、国民・患者の皆さんにも益があるのではないかと考えてございます。

下の方向性ですけれども、1ポツ目のところで診療科間の偏在への対策に資するためには、今後の医療提供体制の在り方について別途構想に関する検討会でも検討することが重要であるということ。

2ポツ目ではありますが、事務局から少しお示ししたような専門研修制度における研修体制の在り方についても、特に外科系においては一定の症例数を確保するといったような必要性があることを踏まえて、地域医療構想に係る議論を注視しながら専門医機構、あるいは学会の先生方と必要な議論を行っていくべきではないかということ。

なお、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮、あるいは支援の観点から別途必要な議論は進めさせていただくべきではないかということでおまとめをしております、こちらにつきまして御議論いただければと思っております。

事務局からは以上でございます。

○遠藤座長　ありがとうございました。

それでは、ただいま御報告等がございました事柄につきまして皆様方の御意見・御質問等をいただければと思います。どなたでも結構でございます。いかがでございましょうか。

木戸構成員、どうぞ。

○木戸構成員　まず、事務局の資料1について少しコメントさせていただいて、続いて外科からお出でいただいている参考人の先生にコメントと質問をさせていただきます。少し長くなりますが、座長、よろしいでしょうか。

○遠藤座長　結構です。

○木戸構成員　診療科偏在の議論におきまして、資料の4ページにあります診療科の医師総数の推移のグラフが資料に何回も出されていますけれども、この図を見てどのように考えるか。いろいろ解釈できると思いますが、私なりに2点、注意すべき点を指摘したいと思います。

1点目は、増加の程度は医療ニーズの増加のペースに本当に見合っているのかということ。例えばリハビリや精神科が増えているのは高齢者やメンタル不調の方の増加に対応した適切な増え方なのか。産科・小児科があまり増えないのは少子化だからこの程度でいいのか。外科についても手術が増えないのならそんなに医師が増えなくてもいいのではないかと認識されてしまう可能性があります、それでよいのかという問題があります。

それぞれの診療科におきまして需要に対応した数が見込めるか、しかも現時点だけでは

なくて、5年、10年、20年先において求められる医療ニーズに対応できるマンパワーなのか、頭数だけではなくて医師の年齢構成とか、本日の資料2の6ページの右側にある消化器外科学会の年齢・性別構成のデータなど、各診療科が持っていると思いますので、それを含めてしっかりと検討することが診療科偏在の議論において欠かせないと思います。

続いて2点目ですが、診療科偏在といいますと、ざっくりと診療科全体の数字で議論が進められがちですけれども、実は診療科内の専門分野ごとの偏在も大変問題です。例えば我々産婦人科におきましても周産期医療やがんの手術もあれば、生殖不妊の治療とか、女性内科的な診療が中心の女性医学分野など、様々なサブスペシャリティがございます。その中で、夜間・休日の対応が必要な分娩取扱いの業務は大変負担であり、そこから離れてほかの分野に行く人が少なくありません。外科でも消化器外科とか、あとは乳腺外科など、いろいろありますが、手術にかかる時間や緊急呼び出し、時間外労働の負荷に大きな違いがありますし、内科でも循環器と糖尿病内科では大分違います。

いずれの診療科におきましても、夜間・休日の対応が必要なところが最も負担感が大きく人手不足になりがちで、そこは共通してきちんと待遇改善を進めていただくことが急務だと思います。診療科全体の数字だけ見ていては必要な医療に対応できる医師に不足が生じてしまうリスクがあることを必ず念頭に置くべきです。

あとは働き方だけではなくて技術を身につけて一人前になるにはかなりの時間がかかりますし、分野ごとにも異なります。人が足りないからといっても養成に相当な時間、手間がかかりますので、すぐには対応できません。

本日は消化器外科、脳神経外科からお越しいただいていますが、診療科ごとの事情について、きちんとこうやってヒアリングを行って状況を確認し、現時点、そして、将来における大まかな必要医師数を計上して、そうしたデータを基にここの検討会の本分であります医学部定員の議論が行われるべきかと思います。

続いて、消化器外科の取組についてコメントと質問をさせていただきます。消化器外科学会では現場の声を丁寧に分析して、学会として積極的に対策を考えておられることに大変感銘を受けました。数年前に外科学会の総会のプロモーションビデオでは子供の誕生会でケーキを囲んでいるときに電話で呼び出されて手術に向かうという若手医師の姿が描かれて論議を巻き起こしましたが、私が卒業した昭和の頃には女性の入局すら許されない医局もあった外科が、今では女性医師の支援にも熱心に取り組まれていることに確実な変化を感じてよい時代になったとしみじみと思います。

そこで、本日出していただいた資料の9ページ、給与に対する不満が44%と最も多くなってしまっていて、この評価としまして長時間労働が十分改善されていない現状にもかかわらず、最も不満な点は給与の面であったと解釈されていますが、これは誤解を招きかねないと思います。質問ですけれども、給与の不満について、詳しい内容について会員に聞いているかをぜひ伺いしたいと思います。恐らく基本給の問題ではなくて、貢献に応じた適切な報酬が不足していることが最も重要かと思います。例えば時間外手当が支払われて

いないとか、緊急対応で夜間電話対応したり、緊急登院したりしても何一つ手当がないというところが少なからずあるのではないかと思います。

また、勤務内容という答えも11%ありますけれども、こういったことに関して具体的な内容の掘り下げがあるのかどうか、例えばもっと手術をしたいのに執刀させてもらえないとか、周辺業務が多すぎるとか、そういったいろいろな声を聞いて現場から改善すべき点を上げていくことが非常に重要かと思いますので、その中から優先度の高いものや、できるところを対応すべきかと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

前半は御意見ではありましたけれども、事務局に対する御要望のような意味もありますので、もし、何かコメントがあれば事務局からお答えいただけますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 コメントをいただいてありがとうございます。

基本的に即答できるものがないところもありますので、一旦現状のレスポンスとさせていただければと思いますが、先生の御指摘のような今後の医療ニーズであったりといった関係で必要な医師数を評価するべきというところは、この検討会で医学部の定員であったり、いろいろな制度を議論させていただいているところなので、まさに重要なところだと思っております、そういったところも踏まえて議論ができるように、事務局としてできる限りのデータの整理をさせていただきます。

今回、私どもの問題意識としましては、まず、機構のアンケートにあったように、働き方が大変だということで選ぶことが難しいという若い人がいる中で、現状、外科の先生方が非常に長時間の労働もされているというところの当座の打破の方法として一つ、医療の集約化等が資するのではないかとということで、当座の対応としてお示しをしたというところであります。恐らく先生の御指摘は今後の医師の養成も含めてと考えると、そういったニーズの状況も踏まえてという御意見だったと思いますので、ぜひそちらはこの検討会でも議論できるように十分に準備をさせていただきたいと思います。

コメント的になりますが以上でございます。

○遠藤座長 もう一つありましたのは、診療科だけではなく、さらにその専門分化した内容についてということだったのですが、何かコメントはありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 こちらも今この瞬間に数字を持ち合わせておりませんが、重要なテーマとして検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、消化器外科学会の調参考人、御質問がございましたものですから、コメントできる範囲で結構でございますので、よろしくお願いいたします。

○調参考人 大変重要な御指摘をいただいたと思います。消化器外科学会としては先ほどグラフをお示ししたように会員が毎年減っているのが現状でございます、非常に危機感を持っております。それに対して様々な取組に取りかかっているところでございます。

実は40歳以下の会員の減少を見ておりますけれども、15%ぐらいが同じ時期に減少しておりますので、若い先生方が減っているのが現実だと思います。全体としても10年後、このままいけば25%ぐらいが減るだろうという将来予測になっております。これは65歳未満の会員になりますけれども、これに関しては非常に危機感を持つべきだということで、いろいろな対応を進めているところでございます。

消化器外科医というのは昼間の手術が結構長いものもございまして、手術自体の負荷も大きいところがあり、そして、救急対応が非常に多いということも問題かと思えます。学会としては、例えば土日・夜間の当番制を推奨したりして、なるべくみんなが来るようなことはしないようにということでいろいろな好事例の行動をしておりますけれども、そういう方向に向かっているとは思いますが。

給与面に関しましては、比企参考人のほうからよろしいでしょうか。

○比企参考人 先生のおっしゃるとおり、全体的に、ただ給与が少ないというわけではございません。実際、会員たちの答えを細かくひも解いてみますと、まず、給与のベースとして休日・深夜・時間外の勤務が多いにもかかわらず、他科とほとんど同じ給与であるというところに認められていないという会員たちの不満がかなり強くアンケートの結果で出ておりました。さらに収入の3分の1以上をバイトで賄っているといったところで、多くは大学だと思うのですが、大学とか大きな病院の基本給料よりも3分の1から多い人でも2分の1ぐらいのバイトで賄っているという点です。こういった点からさらにバイトも加わって忙しくなってしまうと、さらに働き方改革以後、バイトもある程度制限されてくるといったところで、そういったところが全て給与の不満ということに総括されているのだということがアンケートからひも解かれます。

あと、休日・深夜・時間外加算が取れている施設が、うちの学会で調べましたところ20～30%弱の施設でしか取得ができてなくて、さらに休日・深夜・時間外加算が個人に与えられるのではなくて病院の収入として使われている。これに対しまして、当学会でも休日・深夜・時間外加算をドクターにインセンティブとして渡すようにということで、調理事長から会員の病院長に宛ててお手紙を書いたり、いろいろな努力をしているのですが、いまだあまりそれが有効に機能していないところがございます。

先ほど富山大学の藤井先生の好事例がありました。好事例は本当にあまり多くないのですけれども、その好事例も記事にして、会員にこうやったらうまくいくかもしれないということでお知らせしている次第でございます。

細かく給与といいましても、ひも解くと以上のようなことがございます。ありがとうございました。

○調参考人 付け加えますと、先ほどのアンケートが2023年で働き方改革が導入される前、現在、会員に対して改革が導入された以降、どのように変化をしましたかというアンケートを取っているところでございます。そういったことを通して消化器外科医の働き方を学会としても注視しているということでございます。

以上です。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、オンラインで先ほど来お手を挙げておられる神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員 全日本病院協会の神野でございます。私も消化器外科医でございます。大学病院勤務時代は朝に手術に入って、終わったのが深夜で、その後、主治医でずっと術後管理をしたというようなことを経験しておりますが、それはもう通用しないということはよく分かっております。

まず、厚生労働省の資料の6ページ目のところ、いろいろなところに出てまいりますけれども、時間外が1,860時間超の医師の割合がそれなりに高いわけですが、特に今日の外科に関しましては令和元年調査に比べると半分になっている。それから、脳外科に関しても3分の2程度になっているということで、この3年間でこんなに減った理由は何だろうと非常に興味が出てくるわけでありまして、もしかしたらタスクシフトとかタスクシェアとかいうようなことなのか、それともDXなのかというところが、今後の話になってくるのかなと思います。これは意見でございます。

消化器外科のほうの御発表について、少し質問と意見を述べさせていただきたいと思います。資料2の14ページ、これからのロードマップということで、まさにこれは外科医のキャリアデザインみたいな話になると思いますけれども、まず、外科専攻医でジェネラリスト、その後にスペシャリストということになっていくとするならば、ここで重点化とサテライト化というのが関係してくるのだと思うわけです。さて、そのスペシャリストの後はどうするのでしょうかということになってくるのかなと思います。

というのは、6ページを見せていただきますと、まさに御説明がありましたように、消化器外科の人口ピラミッドを見ますと、高齢の方が増えているということであります。先ほどのキャリアデザインからすると、一番若い専攻医はジェネラリスト、恐らくその後、大学病院とか大きな病院で重点化したところでスペシャリスト、その後、私のような年代の医師がまさにここに当たるわけですが、ここはずっとスペシャリストではなさそうです。このキャリアデザインをどうしていくのかということになるのかなと思います。

例えば私の知っている病院総合医といったような方々も結構外科医出身者がいっぱいいますし、全国の病院長とか管理者も外科医出身の方が非常にたくさんいらっしゃるということもあります。という意味からすると、このキャリアデザインは若いときだけではなくて、ある程度の年齢がいったらの方々に関してのキャリアデザインというのも、きちんと規定するのはいかがでしょうか。そうすることによって、重点化以外のサテライト的なところの人を確保できるのかなと思ったわけでありまして。

重点化は恐らく待てる手術、食道がんとか膵頭十二指腸切除になると思います。ただ、待てない手術、今日も御指摘がございましたような汎発性の腹膜炎とか、待てない手術に関してはサテライトでもやらなくてはいけないというところ、その辺の役割分担・区別ということをいろいろと学会でも検討なさってらっしゃると思うのですが、そういっ

たところはいかなるものでしょうかということで質問させていただきたいと思います。

質問はある程度の年齢以上の方々をどうしていくのか。もう一つは、重点化とサテライトの役割分担・連携のやり方というのはいかがお考えでしょうかということでお聞きしたいと思います。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す。

それでは、調参考人、お伝えいただければと思います。

○調参考人 大変重要な御指摘ではないかと思います。ありがとうございます。

最初に厚労省のほうからの御説明もありましたとおり、例えばかなり高齢化が急速に進んでいく中、スペシャリストだけがという話では多分なくなってくるのではないかというのを私自身は考えております。まだ学会としてロードマップとしてお示しするには至っておりませんけれども、そういったところも含めて、と申しますのは、ジェネラリストというところは外科医としての矜持といいますか、もともと総合内科医という言葉はあると思いますが総合外科医という言葉はなくて、もともと総合だから外科医ということがあるのだと思います。ですので、そういう意味でのキャリアを生かしていく部分というのは非常に大切な資源というか、大切な働きを担っていただける部分があるのではないかと考えますし、そういうところも学会として、もう一歩先を見据えた形でデザインを描いていければと思います。

そして、先生の御指摘のように、もちろんがんの手術等は先ほど示しましたように手術成績から見ても様々な面から見ても集約化・重点化というのは方向性としては正しいのではないかと考えております。急性の汎発性の腹膜炎といった重症例、救急の特に重症例、年間1万5000件というデータがNCDのほうから出ておりますけれども、こういったもののどのように対処していくか。そして、先ほど高齢のというか、僕らも含めて60代なのですが、その人たちがリタイアしていく中で、当然地域の基幹病院等もリプレースしていかないといけないわけですので、そういったことも重要かと思えますし、そういった汎発性の腹膜炎、急性の腹膜炎に対しての医療体制はどうあるべきかというところは、さらに議論が必要かと思えますので、大変重要な御指摘をいただいたと思います。

消化器外科医は先ほどから申し上げているように非常に守備範囲が広いので、単純に集約化していけばいいという話ではないだろうと思います。ジェネラリスト、そして、スペシャリストという領域をどうバランスを取りながら集約化していくかということも非常に重要な課題だと思いますので、そういったところに関しましては厚労省の先生方、地域の先生方、そして、患者様の御意見等、十分に議論を進めながら慎重に進めていきたいと思っております。

○遠藤座長 ありがとうございました。

それでは、坂本構成員、お願いいたします。

○坂本構成員 消化器外科学会のお話についてお伺いしたいことが、2点ほどあります。先ほどがん全体の40%を消化器がんが占めるということをお伺いました。今、医療の進歩と

ともに、がん患者になった後も長く生きることができる時代になっています。患者の立場からすると、がんとともに生きる日々が長くなってきています。ですので患者が消化器外科の専門の医療者の方たちとともに人生を歩いていくということも、これから増えていくと思います。そういうことを考えながら、今回のお話を伺っておりました。

お伺いの一つは女性消化器外科医の増加についてです。7ページのところに、特に30歳未満では女性会員の比率が20%を超えたというのがありますけれども、これは今、女性医師が全体に増えている中であっても、女性消化器外科医が増えていると捉えてよろしいのでしょうか。それに関連して、富山大学のところでいろいろな取り組みをされて、特に女性入局者が増加されたというのがあります。なぜ女性入局者がこの科を目指そうと思ったのかということがさらに分かれば、教えていただければと思いました。

もう1点、同じく好事例の中で、基幹病院のサテライト施設で抗がん剤の治療を受けるというのがありました。抗がん剤治療をできるだけ家から遠くないところで受けられれば患者にとってもメリットがあると思いますが、これについて患者の声などがあれば、お伺いできればと思います。

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、調参考人、お願いいたします。

○調参考人 ありがとうございます。

女性外科医に関しては、藤井参考人のほうからお話をさせていただいてよろしいでしょうか。富山大学の事例も含めまして御紹介いただければと思いますがよろしいでしょうか。

○藤井参考人 ありがとうございます。富山大学の藤井でございます。

富山の試みということになります。学生と話してみますと、外科、もしくは外科系を志す女性の医学部生というのは一定数存在しています。これは恐らく以前からいたと思うのです。ところが、外科業界に流れる長時間労働、また、体力的に非常に厳しい、また、先ほどありましたけれども、働きに見合った収入が担保されていないなどなどの理由で、途中で諦めざるを得なかったというのが現状だと思います。

富山ではそういう声をなるべく拾い上げることとしまして、さらに近年では医学部の入学生は半分が女性の時代になっておりますので、そこにきちんと対応するという事で、長時間労働にならないように、先ほどの富山の試みですけれども、手術時間を3時間、4時間に区切ってシフト制で手術を回すとか、そういうことで対応することによって、自分は女性であるけれども、ここだったら働けるというような意見を拾うことができたと思っています。これは一つの例ですので全外科系組織に当てはまるか分かりませんが、参考にしていただければ、全国で少しいい影響があるのではないかと思います。

それから、最初の質問であります。女性消化器外科医の増加については、確かに女性の医学部生が増えているということで、それに反映されて消化器外科学会の会員数も増えている部分はあるとは思いますが、ただ、ほかの学会と比べますと、増加の割合というのは

緩徐なものだと思いますので、女性が働きにくい業界であったということは、現状ではまだまだ解決していく必要があると思っております、調理事長が先ほど申し上げましたように、いろいろと学会として対策をしっかりと行っているところであります。

以上です。ありがとうございました。

○調参考人 少し補足させていただきますと、2022年と本当に遅まきではございましたけれども、男女共同参画委員会を立ち上げて、これも今まで全くなかったのですけれども、女性の理事が2人入られて、女性からの意見というのがかなりクローズアップされていますし、学会でもそういった企画等を取り上げているということ、少しずつの増加ではありますけれども、女性が増えることによって活躍される女性外科医が増えてきて、モデルとしてそういう先生が増えてきている部分もあるかと思っております。ただ、まだまだそういうことを進めていく必要があると思っております。

サテライト施設の話でございますが、これは私の話ではございませんので、お聞きした話ではございますけれども、実際には大学から車で30分程度の場所で、そこまでの不便をおかけしているわけではないということです。そして、抗がん剤治療が大学だと思いう外来で全部やってしまうのだけれども、非常に高齢化が進んでいるので、むしろ短期入院でサテライト施設では抗がん剤治療を行っていて、患者さん方にはむしろ評判がよくて、病院としても入院の患者さんが増えて経営面が改善したとお聞きしています。そういった意味では医療者にとっても患者様方にとってもいい例といいますか、そのように理解をしております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございました。

それでは、オンラインで先ほど来お手挙げておられます印南構成員からお願いしたいと思います。

○印南構成員 ありがとうございます。慶應の印南でございます。2つほど質問があります。

一つは、もちろんこの意見に賛成なのです。症例の集約化を図るということですが、図る手段としてどういったものをお考えになっているのか、参考人の方々にお聞きしたいと思います。そうすると、大体医療提供体制の話なので、これは事務局への関連した質問なのですが、新たな地域医療構想に関する検討会のほうで検討するのですか。それとも、その集約の手段等について、こちらでも検討するということですか。この関係についてお聞きしたいというのが1つ目です。

2つ目は、どちらのプレゼンテーションの最後のページにも、例えば日本消化器外科学会の最後の18ページには、「高度ながん手術と救急の手術に関するインセンティブの受領」とあります。それから、日本脳神経外科学会のページには「外科手術料の評価」とはっきり書いてあります。この経済インセンティブといったものが診療報酬上の評価を中心に考えておられるのか、それともほかの経済的なインセンティブも含めて、現場から見るとこ

ういうものが欲しいということを言っておられるのかというのが質問です。

ちなみに外科手術料を上げたとしても、実際に先ほどの給与の話をお聞きしていると、外科医の方に実際に労働に見合った報酬が渡っていないということであれば、それは診療報酬の評価も関連しますけれども、病院内の分配の話だと思うのです。なので、その辺を現場から見て何か御意見があったらぜひお聞かせしてほしいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

印南先生の御質問は2つの学会、両方の参考人ということですか。

○印南構成員 議論の場だけを事務局にお聞きしたいということです。

○遠藤座長 分かりました。まず、脳神経外科学会の齊藤参考人からコメントをいただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

○齊藤（延）参考人 まず、集約の手段ということでございますが、前提として、脳腫瘍に関しては既に集約の傾向にあるということは御説明させていただきました。その理由の一つには、長時間の手術になりますので、困難な手術がハイボリュームセンターに集まってくるということもあります。また、それだけではなくて、放射線治療、あるいは化学療法、そういう多角的な治療法が必要になってくるということで集約の方向に行っているのだと思います。

あと、違う面で見ますと、地域によって医師の数が少なくなっているところ、それは自然経過としてハイボリュームのところに集まってきているという状況がございます。それ以降どうするかは学会のほうから何とも申し上げにくいところでございますが、私どものところで挙げている医療提供体制の在り方や外科技術の評価などについてということで、これは印南構成員もおっしゃっていましたが、今は病院側に外科に関するインセンティブといったようなものは委ねられているような状況になっているのではないかと思います。それを積極的にやっている病院もあれば、経済的な事情でなかなか難しい病院もある。あるいは院内の力関係とかいろいろあるかもしれませんが、できれば、そうでない見える形でインセンティブを配分していただけるような仕組みをつくっていただけたらいいかなと考えております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、消化器外科学会、よろしくお願いいたします。

○調参考人 ありがとうございます。

集約化に関してでございますが、消化器外科のほうでも、例えば食道がんであったり、肝胆膵のがん、こういったものはある程度確かに集約化してきている部分があるかと思います。それは専門医制度とかいったところが影響している可能性もありますし、データとしてハイボリュームセンターのほうの成績がいいということが認識されてきていますので、そういったことを含めて集約化が進んできているのかなと思います。

胃がん・大腸がんに関してはまだまだ集約化とっていないと思いますけれども、これは学会の力だけでは何ともできない部分もありますので、行政の皆様とも相談しながらという部分が必要になってくるかもしれないと思います。

インセンティブに関しましては、技術料といいますか、外科医としての長い修練の中で身につけた技術が評価されていないのではないかとというのは、ずっとあるのではないかと思いますし、実際、歴史的に手術の点数自体は上がっているのだけれども、それが個々の医師に回ることはなかったというのが事実でございます。医療経営の厳しい昨今、手術点数だけを上げるという仕組みでは難しいのかなと感じておりますので、もし、可能であれば、そういったところの御配慮をいただければと思っているところでございます。

以上です。

比企参考人のほうから追加でよろしいでしょうか。

○比企参考人　ありがとうございます。

先ほどの医師に渡るか渡らないかというお話なのですけれども、休日・深夜・時間外加算1につきましては、今年度の改定でドクターにインセンティブを付与することを示した文書の提出を求められております。これは厚労省の先生方がいろいろ工夫してくださって渡るようにということでやっていただいていますけれども、この文書をもっと強めるというか、もっと病院のほうに強く、本当にそうしなければいけないのだというような文書が強められればいいのかと私個人は思っております。

以上です。

○遠藤座長　ありがとうございます。

介護保障などでは、そういうようなことをやっているわけで、介護者の給与に反映するようにというようにやっているわけですが、その類似のことです。

お待たせいたしました。国土構成員、お願いいたします。

○国土構成員　お二人の参考人、お話をありがとうございました。

消化器外科のプレゼンで人口ピラミッドがありましたけれども、10年で8.4%減少とありましたが、今のピークが60歳ということを見ますと、20年後には消化器外科医が半分ぐらいになるのではないかとというような危惧を覚えます。その中で、確かに将来予測を考えると、高齢化社会を迎えて手術数も減るだろうというのも事実だと思います。ちょっと苦言を呈させていただくと、資料1の13ページはミスリーディングな可能性があると思います。85歳以上の急性期手術はそんなに多くないかもしれないというのは事実かもしれませんが、例えば今の消化器がんの手術の平均年齢は恐らく70代後半ぐらいでしょうか、80代は当たり前というように高齢化しておりまして、そういう時代に確かに将来に向けて手術数は減るけれども、どのくらい減るかというのはもう少し正確な推計が必要だろうと思います。

そして、先ほどから集約化ということが話題になっておりますが、私も集約化は避けて通れないし、実際にもうやられているということだと思います。私からの質問は消化器外

科に対してですが、消化器外科医は、先ほど抗がん剤の治療、それから、内視鏡の検査とか、終末期医療とかいろいろやっているわけですが、これを外科医だけでやるのではなくて、特に消化器内科医とか、日本はメディカルオネコロジストが少ないので、抗がん剤治療はある程度やらなくてはいけないかもしれないけれども、集約化の流れの中で、例えば消化器内科学会との対話とか、そういうことを考えていらっしゃるかどうかお聞きしたいと思います。

もう一つは脳神経外科のプレゼンの中にもありましたが、脳卒中センターは非常にお手本にすべきシステムかなと私は個人的に思っておりまして、施設のグレーディングによって医療施設に加算がつくわけです。そういう制度が消化器外科領域はないと私は思っておりますので、そういう制度も考えるべきではないかと思っております。

最後に、資料1にあるように外科医の減少を大きな問題として取り上げるというのは大賛成なのですが、先ほど来話題となっている女性外科医を増やすための対策というのがその中に一言も書かれてなかったと思うので、それについてはぜひ加筆をお願いしたいと思います。例えば、明日の術者が決まっていた女性外科医がいたとしまして、3歳の子供が前の晩に38度の熱が出たらどうしますかというようなことがあると思うのです。おじいちゃん・おばあちゃんがいれば、あるいは夫が休めばいいですけども、そうでなければどうするのでしょうか。そういうことが現実起こっております。そういうことに対しても対応できるような社会になるべきだと思っております。

以上です。

○遠藤座長　ありがとうございます。

国土構成員からは御意見だと思いますが、一応をコメントいただきたいと思います。

その前に、私は先ほどミスをして、印南構成員から事務局に対する質問がありましたので、それにお答えいただけますか。

○和泉医師養成等企画調整室長　事務局でございます。1点、事務的な連絡をさせていただきますと、脳神経外科学会の齊藤理事長がこの後業務で離席されるということなので、適宜離席をお願いしたいと思っております。ありがとうございます。

印南先生から御質問いただいた今後の検討の持ち方ということだったと思います。こちらは印南構成員から御指摘いただいたように提供体制の議論が必要だということでございまして、よろしければ今日の議論も含めて地域医療構想に関する検討会のほうにも御報告をさせていただいて御議論をさらにいただきたいと思いますと思っているところでございます。そのまとめ方については、そういった御報告の結果等も踏まえてどのようにやるかということ随时考えさせていただければと思いますので、当座、この議論の結果は構想の検討会に御報告をさせていただきたいと事務局としては思っております。

以上でございます。

○遠藤座長　ありがとうございます。

それでは、国土構成員からの先ほどの御意見について、何かコメントがあればお願いし

たいと思います。消化器外科学会からお願いいたします。

○調参考人 國土先生、ありがとうございます。

先ほどの85歳のデータですけれども、国立がんセンターの将来予測というのを見てみますと、消化器がんの罹患数は恐らく2030年から2040年の間にピークになって、そこからなだらかに下がっていきますけれども、実際には2050年でも39万人ぐらいはいるだろう。今40万人ぐらいですから、決してどんどん減っていくというわけではないかもしれないと思いますので、そういったところも少し御勘案いただければと思います。

あと、診療科のタスクシフトと申しましょうか、それは非常に大切なことでございます。私も非常に大切なアドバイスをいただいたと思いますので検討させていただきたいと思います。ただ、地域によってかなり内科が強いところもあれば、あまりマンパワーがないところもあって、なかなか一律に申し上げることは難しいかもしれませんが、そういう視点は、うまくいけばドラスティックに外科医としての仕事が変わってくる可能性があると思いますので、ぜひ可能性を追求させていただきたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、脳神経外科学会様、何かございますでしょうか。

○成田参考人 手術件数については、脳卒中、それから、脳腫瘍の患者さんも高齢者に多いのが特徴ですので、手術件数としてはしばらくこのまま推移するのではないかと考えております。

女性医師を増やすための努力というような質問がありましたけれども、脳卒中学会においては脳神経外科医が6割、神経内科医が4割というような状況であります。脳神経外科はいわゆる手術室で行うマイクロサージェリーだけではなくて、脳卒中の血栓回収とか動脈瘤の治療など、手術室以外の血管内治療という活躍の場があって、女性の医師が増えてきたということがあると思います。

学会として取り組んでいるのがグリーンプログラムといいまして、学生、専攻医を対象として、女性がどういう形で活躍しているかということ・脳神経外科学会として女性を受け入れる用意があることを学会でも伝えて、女性医師が少しずつ増えてきているということはあるかと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、調参考人、お願いします。

○調参考人 ありがとうございます。

先ほど國土構成員のほうからありましたセンター化の話は非常に大事な話だと思います。重点化して患者さんがどんどん集まっても、人をそこに雇えなければ、外科医を増やさなければ、働き方としてはますます悪くなってしまいます。そういった状況を若い人たちが見てしまうと、なり手がなかなかないという悪循環に入ってしまうと思いますので、ぜひセンター化ということも含めて厚労省の先生方とも相談をさせていただきたいと思います。そういった中でインセンティブであったり、あるいは働き方改革に資するような施

策に使えるような財源をいただければと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、オンラインで先ほど来お手を挙げておられる中村参考人、お願いいたします。

○中村参考人 新潟県の中村でございます。まず、本日御説明いただきました症例数の集約が予後にいい影響を与えるというエビデンス等につきましては、現在進めております地域医療構想の議論についても、ぜひ参考にさせていただければと思います。

その上で、26ページの今後の方向性の2点目の部分に関して1点コメントをさせていただければと思います。専門研修に関してのところですが、前回、専門医機構からも研究報告もありましたとおり、特に地方における専攻医の確保が非常に大きな課題になっているところでございます。

その中で、今回26ページにおいて専門研修制度に関して一定の症例数を確保する必要性があることを踏まえと記載いただいております。もちろん既存の施設の基準とかにも症例数の基準はございますし、それはそのとおりではあります。今後御検討いただくに当たって、専門研修として必要な症例数という観点だと思っておりますけれども、都市部と地方の人口規模の差によります疾患ごとの症例数の確保の難しさというものにも違いがあるのではないかと考えられますので、そのような視点を考慮するなど、地域における専攻医の育成環境の構築という視点も含めて議論をいただくことが重要と感じましたので、一言申し上げさせていただきました。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御意見として頂戴いたしました。今後の議論の中で反映させていければと思います。

それでは、小笠原構成員、お願いいたします。

○小笠原構成員 私は私大協の立場で出ているのですが、実は脳外科学会の会員でもあり、脳卒中学会の理事長でもあるので、先ほど国土構成員が言った集約化の話なのすけれども、あれは脳卒中学会が全くインセンティブもなく、各都道府県に対してつくってくれと言って、さらにその上の脳卒中センターコア施設という、これに働き方改革に加えて、先ほど言った血管内治療は3人以上いなくては駄目だと、それを進めた結果としてなったものであって、厚労省からインセンティブは何ももらっていません。これは完全にプロフェッショナルオートノミーでやった仕事です。

もちろん脳卒中学会の構成員の60%は脳外科医であります。先ほど言ったように我々神経内科がカウンターパートになっているので、神経内科の先生方と一緒にやった結果としてこれができた。ですので、学会同士の協力とプロフェッショナルオートノミーで脳卒中医療、あるいは今言っていた脳外科の均てん化と集約化を脳卒中と外傷で進めているのはあくまでもプロフェッショナルオートノミーであります。

ただし、厚労省の方々はよく分かっていただいて、後から例えば急性期脳梗塞の治療に

関して遠隔の保険点数をつけてくれたということがあります。これはちゃんと実績に基づいて、先に学会がやってその実績に厚労省が点数をつけていただいていると我々学会として認識しております。ただ、脳外科学会も脳卒中学会も1万人規模だからできるのですが、外科学会はもっと大きいので、1万人ぐらいたこの仕事ができると思います。かなりトップダウンでやった仕事なのですが、これを全部の診療科にやるというのはかなり難しいかもしれませんが、やったことは全てプロフェッショナルオートノミーでやったと御理解ください。

以上でございます。

○遠藤座長 具体的な御説明をいただきましてありがとうございます。

それでは、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 日本医師会から出ております。質問になるのですが、今、様々な御質問でいろいろな点が指摘されてきたと思います。集約化の話をこれから進めないといけないということはよく理解できてきたところなのですが、資料1の9ページで希望していた基本領域を選択しなかった理由の最初にある将来的に専門性を維持しづらいというのは、赤印がついていませんけれども実は外科と脳神経外科は高いのです。なぜここに赤丸がつかなかったのかというのが分からないところです。

それと、8ページのほうで現在の基本領域を選択した理由の中でも、全体の平均からすると将来的に専門性を維持しやすいとは低くなっております。むしろやりがい求めて例えば外科を目指し、それから、脳神経外科に入ったのではないかと思います。若い先生方のお話を聞いたときに、将来に対する不安、先ほどの神野構成員の年を取ってからどうするかという不安が一つあると思います。

もう一つ、最初の厚労省の御説明では手術症例数も少なくなっていくから、症例数を集めるということが集約化の一つの理由であるということでした。それは当然手術成績をよくするというものもあるのでしょうかけれども、手術数が少なくなっていくということでの集約化ということから話は始まったと理解しています。先程、ここしばらく手術数はあまり変わらないという御意見がありましたが、これについては最終的にはどうなるのか、また教えていただければと思います。

集約化するということは、現実には今までの病院の数はもう要らないと、例えば消化器外科ができる病院の数はどんどん減っていくのだと民間病院の先生方もおっしゃると、それを聞いた若い医学生も、自分の働くところがなくなるのではないかとということもあって、今後手術をするような診療科には自信がある方しかいけないという話も聞きます。将来的に専門性を維持しづらいという部分は、もうちょっと深掘りして理由を聞いていただければと思います。

そうしたときに、御質問としては、この集約化というのはどの程度の集約をしていく予定なのか。そして、それが先ほどの中村参考人の御質問にある地方ではそもそも消化器外科や脳神経外科を担う病院がなくなってしまうのではないかと、そうすると、なおさら地

方では地元の大学に行くのではなくて、症例数が多いところに集まってしまう、本日の地域偏在を解消する方向というよりも、どう考えても今日のお話を聞けば聞くほど、どちらかという、都会にどんどん集まって、その中で都会の大きな病院で勤めるほうがいいと聞こえてしまうものですから、このような御質問をさせていただきました。

○遠藤座長 これは2つの学会、両方ということによろしいですか。

それでは、調参考人からお願いできますでしょうか。

○調参考人 ありがとうございます。

手術の話にはなりますが、例えば今、消化器外科ではロボット手術などが導入されてきて、これは結構僕らもどうなのかなと思いますけれども、年を取っても結構できるというところもあって、体力的にもかなり違うかなという気もしておりますので、そういったところも話をしていけないといけないかなと思いました。

あと、セカンドキャリアとしての消化器外科医というのも考えていくべきかなと、先ほど御指摘もありましたけれども、そういった役割も非常に大きいと思いますし、そういったことも含めて地域の病院で働いている先生方が今一定頻度でおられますので、そういうニーズは決してなくならないと、私はそのように個人的には思っております。

ただ、やりがいというか、脳外科も非常にやりがいが高く、やりがいを求めて選択をしていただいたという若い先生方が多いのですけれども、これも一般論になってしまいますが、僕らのほうは大変なところにやりがいがあって、患者さんに感謝されていいというところが、やりがいがあるのを逆に負担感に感じてしまうというか、何でもしないといけないのかみたいな話で受け取ってしまう若い先生方もおられているところです。ワークライフバランスであったり、そのほうを重視している若い人たちが増えてきていて、その頻度が減っているのかなという気はしています。

ですから、やりがいを求めて来ている方はおられますけれども、これは社会全体としての流れもあると思いますけれども、若い先生方の意識が少し変わってきているのかなと思います。ですので、やりがいだけに頼っているのはなかなか難しい状況になってきているかなと思っております。

集約化が先ほどから話題になっておりますけれども、我々が考えておりますのは、あくまでも高度ながんの手術ということに集約化を考えております。全ての症例というか、全ての手術を集約化すればいいとは考えてはおりません。そして、ジェネラリストとしての経験というのも健全な消化器外科医の育成の上でも非常に大切と感じておりますので、集約化によって地方がどんどん引き上げられるのではないのかみたいな話にはなってはいけないと思っています。そこは医師であったり、地元の患者様、市民の方であったり、行政であったり、あるいは厚労省の皆様とも相談をしながら慎重に話を全て進めていくべきかと思っています。ですので、スペシャライズされたものとジェネライズされたもののバランスにはいつも気を配っていく必要があると考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、成田参考人、コメントがあればお願いしたいと思います。

○成田参考人 最初に齊藤理事長から脳神経科学会は基幹プログラムが100なので、比較的集約化ということが図られているという話をされていまして。東京・大阪以外であれば、大体地方の大学病院に悪性の脳腫瘍の患者さんが集まる傾向にあります。一方で、都内では、大きな病院も幾つかありますけれども、そういうところ（大学病院・がんセンター以外）では例えば覚醒下手術であったり、術中MRIという特殊な機械を使った手術を行わないこともあり、必ずしも悪性脳腫瘍の患者の手術が集約化されているわけではありません。

医師を養成するためにはある程度大学病院が中心になってやっていくというのは脳外科学会の方針であると思いますが、脳外科の手術も点数が高いということがあって、自分のところで手術したほうが経済的に潤うため、必ずしも大学病院や基幹病院に送らず、自分の施設で手術を行ってしまうことがあります。単純に、外科医のために、手術点数を一律に上げるだけではなくて、いわゆる集約化できる治療を行えるようなところにより高い点数をつける、病院によって同じ手術手技であっても、集約的治療の内容によって多少なりとも点数を変えるような方策が必要なのではないかと思います。

もう一つ、先ほど質問がありました脳外科にとって将来的に、年を取ってからの専門性を維持しづらいからということ、それから、継続したキャリアプランが見えづらいからということで脳外科を選ばなかったという人がいますけれども、脳神経外科医は、いわゆる手術室における手術だけではなくて、外科医の目と技を持つ神経系総合医ということがあります。

若いとき、ある程度ばりばりできるときには手術を一生懸命やりますけれども、その後、脳卒中の治療であるとか、認知症であるとか、そういうところは専門性を持って患者を診ています。若い先生たちにとってそういう手術以外のプロフェッショナルがあるということが見えなかったということはあると思います。学会としてキャリアプラン、年を取ったときのキャリアプランについては、どこの学会でもなかなか外科医として言いにくいと思いますが、今回のこの専門医機構の調査結果を基に、もう少しキャリア全体を通じたプロフェッショナルについて話をしていきたいと思いました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、オンラインで先ほど来お手挙げておられます横手構成員、お願いしたいと思います。

○横手構成員 今日は様々な学会の先生方から教えていただきまして、その取組に大変感銘を受けました。一方で、大変お忙しい先生方にこういう会議に出ていただいて長時間おつき合いいただくこと自体が診療の問題に関わるのかななどと恐縮に感じる次第でございます。

調先生に一つお尋ねしたいのですが、先生は大きな大学の外科の医局の御出身で、今、地方国立大学に行かれ、そして、すばらしい取組をお示しいただきましたが、今日お示しいただいた取組はいずれもモデルケース、本当にこれができればみんないいという

ころですが、地域の実情を考えるとそれどころではない、本当に疲弊して今にも続けられなくなりそうなところもあるのではないか。そういうところが今日は見えなかった気がするのですけれども、先生からもしコメントがありましたら、その点をお願いしたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、調参考人、お願いいたします。

○調参考人 ありがとうございます。

群馬大学の話をするのであれば、群馬大学は古くから国立大学でございますので、群馬県の基幹病院と申しましょうか、外科医がいる病院はほぼ医局、関連病院という形でやっております。必ず毎年全ての医会員と面談をするようにしております。彼らの意見を十分に反映させることが重要だと感じております。それと、基幹病院の院長先生とも毎年お話をするようにしております。その2面から、いかに外科医を配置するかというところはお話をして、そして、大学の医局の先生方の集まりでも十分話をした上で、民主的にといいたしましょうか、必要に応じて人を配置することを心がけております。

実際問題として先生が御指摘のように、外科の手術自体が減ってしまっていて、これでは外科医を派遣するのが難しいという施設も出てきているのも事実でございます。ただ、そういった病院をどうしていくのか、今のところ大きな社会問題にはなっておりませんが、今後とも慎重に進めていく必要があるかと思っております。そういったところで、群馬県としては県全体のバランスを見ながら、診療科のそれぞれの専門家も見ながら、みんなの意見を聞きながら進めているところでございます。

ただ、先生のおっしゃるように、地方の厳しい病院、そして、特に人口減少、そして、高齢化といった問題を抱えている病院がございますので、そういうところでは実は外科の手術が減ってきている現実があつて、それをどうしていくかというのは、また新たな課題と考えております。

○横手構成員 ありがとうございます。

千葉県も、あるいは全国医学部長病院長会議などを通じて聞くところでも、地方によっては本当に外科の先生に人の命を守っていただく最後の砦となる病院が危機に瀕しているようなこともお聞きしますので、私が感じますのは、この問題というのはもう待ったなしの状況にあるのではないかと思います。そして、集約化というのは技術を高めるということもありますが、人の余裕というのが今まで後回しにされたのではないかと、たとえ子育ての事情で1人抜けても代わりがすぐいるようになれば、心の余裕もできるでしょう。また、一つの病院に3人ずつの外科医が、4つの病院集まって12人になると大分状況は違うのではないかと、皆さん、本当はそうあればよいときって思っておられるのでは？と思いますけれども、様々な状況が許さない。本日の発表のように、学会では研究や教育にお忙しい中、皆さん必死に考えて下さっています。

もはや根本解決のために、厚生労働省、国に求めたいことは仕組みとかリーダーシップ

であります。千葉大も30年前に比べて外科の人数が何分の1にも減ってしまいました。大学の中のマンパワーは限界であるのに、病院の収益を上げるために手術をいっぱいしなくては行けないと、病院長にプレッシャーをかけられてしまう状況です。そんなところにいたくないと若い人が思うのは当たり前のわけです。また、例えば同じ地域に国立、公立、民間の病院があり集約化できれば良いのだけれど、設立母体が異なるという制度の問題や、それぞれの病院がとにかく稼いで自立運営しなくては行けないという経営上の問題が立ちはだかります。

一方で、地域において命を守るためには本当に必要な医療があるはずなのです。そういうところは学会の先生方が研究、教育、診療をやりながら、そこで考えることだけでは限界があると思っています。そういうことを国に考えていただく。そして、様々な検討会ごとに玉を回し合うのではなくて、全体を包括して物事を考えないと、結局、いろいろやったけれど結果がこうなってしまったという後の祭りになりかねないと心配します。ぜひ本質的な課題抽象と解決策の提案をこの検討会でお願いしたいというのが一つ、これは待ったなしなので短期的な視点であります。

もう一つは長期的な視点が必要で、当然20年後、30年後、人口構成の変化、あるいは疾病構造の変化があると思うのですけれども、こういうところで案外語られないのが2004年の新臨床研修制度のスタートだと思うのです。それ以降大学に人が集まらなくなり大学の医療は崩壊して、そして、結果的に様々な診療科の偏在にもつながったと私を含めて多くの方が感じていると思います

一方で、今日も結局学会でいろいろなことを考えて、こうしなくては行けない、こう頑張っているとおっしゃっているのは大学の先生なのです。だから、あの制度の変更で大学に壊滅的なダメージが与えられつつ、結局大学に頼る医療は変わっていない。だとするならば、根本的にこの20年に失われたものをどのように取り返すのか、もう一度大学に人を集めるようにして運営するのか、いや、このようになってしまったけれども、今の仕組みを維持するのだとしたら、並行して地域の医療を守るためにどういう対策を打つのか、その辺り、僕は本当に国も真剣に考えていただきたいと思う次第でございます。

以上、短期的・長期的な視点から待ったなしで動かしていかなないと、これが結局国民にはね返ってくることを心から懸念いたします。本当に時間がない課題ではないかと思いついてコメントをさせていただきました。以上でございます。

○遠藤座長 横手構成員、ありがとうございました。非常に重要な御指摘をいただきました。

それでは、予定していた時間を大分オーバーしておりますので、議題1につきましてはこれにて終了させていただきたいと思っております。

議論の中でもこの医療提供体制に関する議論も出ましたので、先ほど事務局からもお答えをいただきましたように、本日の御意見、医療提供体制のことを考えて、新たな地域医療構想等に関する検討会が動いておりますので、そちらにも報告していただきたいと思

ます。

実はもう一つアジェンダがございまして、議題2に移りたいと思います。「令和8年度医学部臨時定員に係る方針について」でございまして、資料1の27ページ以降ということになるかと思いますが、事務局から説明をお願いします。

○染谷課長補佐 事務局でございます。お時間が限られておりますので、27ページ以降をかいつまんで御説明させていただければと思います。

28ページで医学部臨時定員に係る経緯、29ページのところで年次推移を示しております、30ページのところで全国の都道府県別の地域枠数をお示ししております。

31ページ、32ページ、前回宮崎大学、宮崎県の恒久定員内の地域枠の設置の促進の好事例としてお示ししておりました資料でございます。

33ページ以降、事務局の新たなデータの資料でございます。こちらは地域枠以外の入学者において卒業大学の所在地において、その後、どれぐらい臨床研修に残るのか、臨床研修終了後どれぐらい勤務を希望されるのかということを割合として示しております、34ページ、35ページが地元出身者なのか、そうでないのかというところも踏まえてグラフの資料でお示ししております。

36ページについて、主に御意見をいただければと思っております。上の枠組みのところは今年の2024年骨太の方針を記載しております、令和8年度の医学部定員の上限については令和6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、令和9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されております。これを踏まえて令和8年度医学部臨時定員に係る方針でございますけれども、令和8年度の医学部定員については令和6年度の医学部総定員数を上限として、令和7年度の臨時増員の枠組みを暫定的に維持するということが1つ目のマルでございます。

二つ目のマル、その上で、令和8年度医学部臨時定員については医師確保計画策定ガイドラインで示されている方針を踏まえて、以下の4つのポツのところの対応を行った上で、地域における医師の確保に真に必要な範囲で臨時定員の設置を認めることとすると記載しております。

具体的には1つ目のポツからですが、国は都道府県に対して安定した医師確保のため積極的に恒久定員以内への地域枠ですとか地元出身者枠の設置について大学との調整を促す。また、確保すべき医師数、例えば宮崎の取組にもございましたけれども、臨床研修や臨床研修修了時点での確保すべき人数等を検討した上で、当該都道府県に所在する大学の地域枠入学でない医師が臨床研修や臨床研修修了後において当該都道府県に勤務する割合なども踏まえて、真に必要な地域枠数を検討することを促すということです。その上で、国において臨時定員全体の必要性に加えて、当該都道府県の医師確保計画の進捗状況ですとか、地域枠医師の配置・運用状況、医師養成過程における教育・研修環境の体制、医学部定員の欠員状況等を慎重かつ丁寧に精査するというところでございます。必要に応じて臨時定員を希望する都道府県・大学に対して、臨時定員の必要性について有識者も含め

た検討会の場、本検討会でもヒアリング等を実施することも念頭に置いているということで記載しております。

最後のマル、前回の9月20日の検討会では令和8年度医学部臨時定員の配分についての議論を開始したところでございますけれども、この議論については引き続き総合的な対策パッケージに関する議論や内容を注視しながら、この検討会で議論を行っていくこととして記載しております。

事務局の資料について、議題2については以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ただいまの説明について何か御質問・御意見等はございますか。基本的にただいまの御報告について、これをこの検討会で認めるか・認めないかということで、最終的に皆さんにお諮りするということになりますので、それを踏まえた上で御意見等があればいただきたいと思います。

では、中村参考人、お願いいたします。

○中村参考人 36ページの2つ目のポツのさらに上から2つ目のポツ、また、国は都道府県に対してというところで1点コメントさせていただきたいです。

この中に都道府県に対して確保すべき医師数を検討した上でというような記載があるのですが、この確保すべき医師数というようなものが、今まで国が示してきたような必要医師数であるとか、目標医師数、年間不足養成数というようなものを示されているのです。そういったものを示しているのか、もし、そうでなく都道府県ごとに考えるということ想定しているのであれば、その考え方というものがどういったものかというものをしっかり示していただくことが必要かなと考えております。というのは、都道府県ごとに独自の方法で必要医師数を計算してしまいますと、それは臨時定員などの計算などに関しまして基準がばらばらになってしまっていて調整がつかなくなるのかなということを懸念していますので、そちらについては御配慮いただくべきかと考えております。

あと、令和8年度の配分については引き続き議論を行っていくということでございますけれども、地域枠の設置に関しましては新たに設置する場合、それから、もし減らす場合にあっては、大学との調整に時間を要するものでございますので、その考え方、臨時定員をどう考えるかということに関しましては、調整する期間がしっかり確保できるような配慮をいただきたいと考えております。

あと、地域枠に関しましては前回の検討会でも申し上げましたとおり、財政的な支援など、そういったものを都道府県としてはお願いしたいということでございます。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、確保すべき医師数について事務局の考えをお示しいただけますか。

○染谷課長補佐 ありがとうございます。事務局でございます。

確保すべき医師数については、様々都道府県の実情もあろうかと思っておりますけれど

も、医師確保計画策定ガイドラインに示されているような都道府県における目標医師数ですとか、将来時点における必要医師数といった数を参考に、都道府県における実情を踏まえて、例えば宮崎県においては医療計画の中で年間目標の臨床研修医数を80名に設定したということもございましたし、そういったことを地域の実情に応じて考えていただきたいと考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、神野構成員、どうぞ。

○神野構成員 これまでも何遍も申し上げさせていただいておりますけれども、医師偏在対策がない限り、医師養成数を減らすのはナンセンスだと思います。この前の議論で消化器科外科の医師数が足りないという話をされていて、ここでまた医学部定員数を減らすという議論が同じ日に行われているのは何かおかしいというかな変な感じがするわけでありまして。そういった意味で、今お話があったような令和8年はどうするのかというのを早く決めなくてはいけないのだと思います。それに対して反対・賛成を早く募るべきだと思います。

一方で、令和7年もまだ出ていないのです。令和7年も医師多数県から掛ける0.8をして0.2分をお召し上げたわけですが、その配分等もまだ出ていないような状況でありますので、例えば先ほどの新潟県などからでも、復活折衝しろというような話もあってもいいと思うのですけれども、その辺ところはいかがになっているのでしょうか。

○遠藤座長 では、事務局、お願いします。

○染谷課長補佐 ありがとうございます。

令和7年度の配分結果につきましては、現在文科省で最終的な数値が確定できていない状況と聞いておりますので、確定次第この検討会でお示しできればと考えております。令和7年度の配分結果も踏まえて、令和8年度の医学部臨時定員の配分については、引き続きこの検討会で議論していきたいと考えております。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、印南構成員、お願いいたします。

○印南構成員 事務局の御提案についてですけれども、この中に地元出身枠とか大学独自枠の議論が入っていないのです。これらはいずれも地元への貢献が条件付けられていないです。それについてはどのような対処方針を取っていくのでしょうか。私に理解不足があったらごめんなさいという質問なのですけれども、よろしくお願いします。

○遠藤座長 では、事務局、お願いします。

○染谷課長補佐 ありがとうございます。

地元出身者枠に関しましては4つポツのあるうちの1つ目のポツですけれども、恒久定員内の地域枠や地元出身者枠の設置について大学との調整を促すということで、こちらも一定数、地元出身者枠であれば地域に残っていただくということはあろうかと考えておりますので、こういった調整も踏まえて都道府県においては検討いただきたいと思っております。大学独自枠に関しましては大学独自の要件というものがありますので、一概にお答

えはできないところですが、地域における必要な医師の確保ということに資するものであれば、そういった検討も進めていくことはあるかと思っておりますが、一律にお示しすることはしていないということでございます。

○印南構成員 私の質問は地元への貢献を条件付けるようなことは考えていないのかということだったのです。地元出身であれば地元に残ってということが自動的に想定されているようなのですが、本当にそうなのでしょうかというのが私の質問の趣旨です。

○染谷課長補佐 地元出身者枠の方がどれくらい地域に貢献されているかということですが、県内出身者で地域枠でなく入られた方に関しては一定数、臨床研修ですとか、臨床研修修了後に関して、その県に勤務していただける割合が多いというような結果は出ておりますので、そういった活用は必要かなと思っています。あとは大学独自枠において地域医療に貢献いただくような枠もあろうかと思っておりますけれども、こういった枠を条件づけるかどうかということに関しては、また別途議論が必要と思っております。

○遠藤座長 よろしいですか。

神野構成員に私から一つ質問させていただきたいのですが、事務局が36ページに示した方針、事務局案でございますけれども、これについて先ほどのお話は反対だという御主張だったのか、あるいはそうでないのか、その辺を確認させていただけますか。

○神野構成員 ありがとうございます。

基本的には、この議論をする以前に偏在対策をもっとやらなくては駄目ではないですかと、今日のここではないと思いますけれども、例えば直美と言われているように、直接美容外科に行くやつもいっぱいいるわけです。そこを何もしないで医師養成数を触るのは時期尚早ではないですかということを申し上げたいと思います。

○遠藤座長 分かりました。ありがとうございました。

それ以外の医師偏在対策の議論の実態等々も反映する必要があるということですが、いかがでございましょうか。ほかに御意見はございますか。

木戸構成員、どうぞ。

○木戸構成員 事務局案にはおおむね、今年度の方針に関しては賛成なのですが、今医学部定員を減らすべきでないというお話がありましたが、58ページの18歳人口当たりの医師養成数のグラフを見ても2040年以降の伸びが緩やかになっている想定になっていますが、実際には出生数が予想を上回って激減しており、年に4～5万人ずつ減っていて、今年は恐らく68万人程度と予想されております。そうすると、このグラフももっと急峻に上がって、1クラスに1人、40人に1人ぐらいが医学部に入るレベルになります。それでいいのかどうか、そういったことも考えなければいけません。

以前もこの検討会で発言しましたが、数少ない貴重な優秀な若者を医学部だけに囲い込んでしまうのは、国策として果たして適切なのか、目先のことだけを考えていろいろな利害関係にとらわれてしまいますと、どうしても現状維持バイアスがありますけれども、もっと長期的な視点で、国全体の視点で医学部定員について必要数の推計など、きちんとし

たデータを基に議論すべきだと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

神野構成員、どうぞ。

○神野構成員 今の話です。だから、偏在対策を急いでくださいということを強く言っているのです。偏在対策をしないで医学部定員だけを触るのはおかしい。人口のことの危機感があるから偏在対策を急ぐべきだと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

ほかに御意見はございますか。よろしゅうございますか。

では、事務局員にお伺いしますが、スケジュール的に36ページの内容については、本日方向性を固めるということが必要であるという理解でよろしいのでしょうか。事務局はお答えください。

○染谷課長補佐 ありがとうございます。

こちらの方向性について固めて、全体の臨時定員の大枠として、この方向性で令和8年度臨時定員は進めていくということを考えております。

○遠藤座長 タイムスケジュール的に、本日そちらのところの話は。

○染谷課長補佐 タイムスケジュール的には、この後、具体的な配分方針に関しては、この検討会で議論することになろうと思います。

○遠藤座長 方針の話ではなくて、それはやることが分かるのだけれども、つまり今の議論をもう1回やるかやらないか、私は迷っているわけなのです。だから、スケジュールを聞いているのです。

○和泉医師養成等企画調整室長 可能であればお取りまとめいただきたかったところで、これを都道府県とか大学に周知したかったところではありますが、一つお答えとして、偏在対策に関してはしっかり取り組んでいくというところは別途パッケージの議論もさせていただいているところでございますので、少し切り分けさせていただいて、全体の方針について御了解いただけないかということです。

○遠藤座長 分かりました。ありがとうございます。

神野構成員からも偏在対策をもっとしっかりやるべきだと、それとの関係で定員の問題を考えるべきだという話であります。実際には偏在対策もいろいろと今検討されていることもございますので、いかがでございましょうか。細部についての大きな御意見は特段なかったと私は思いますので、ベーシックなところ、ほかの検討がどこまで進んでいるかも少し調べながら、内容的にこの結論は座長預かりということにさせていただければと思いますけれども、神野構成員、それでもよろしゅうございますか。

○神野構成員 承知いたしました。

○遠藤座長 それでは、今幾つか御意見もありましたので、全体につきましては座長預かりということで対応させていただきたいと思います。皆様、よろしゅうございますか。

(首肯する構成員あり)

○遠藤座長 ありがとうございました。では、そのようにさせていただきます。

時間を大分オーバーしております。本日予定していた議題は終了いたしました。

2つの学会から本当に重鎮の方々を長時間拘束させていただいて、非常に協力すばらしいお話を頂戴できまして、座長として心より感謝申し上げたいと思います。

それでは、会議そのものはこれで終了したいと思いますが、事務局、事務連絡等はいかがでしょうか。

○加藤課長補佐 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。よろしく願いいたします。

○遠藤座長 それでは、長時間ありがとうございました。司会の不手際で若干時間をオーバーしてしまい、どうも失礼しました。これにて終了いたします。