

2024-11-29 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8回）

○加藤課長補佐 では、定刻になりましたので、ただいまから第8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8名に御出席いただいております。

花角構成員の代理として、新潟県福祉保健部長の中村参考人に御参加いただいております。

国土構成員から遅れて御参加いただく旨を、横手構成員から御欠席の御連絡を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堀岡企画官にお越しいただいております。

それでは、撮影については、ここまでとさせていただきます。

なお、引き続き傍聴される方は、今後は写真撮影、ビデオ撮影、録音することはできませんので、御留意ください。

（カメラ撮り終了）

○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、参考資料1と2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。

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、よろしくをお願いいたします。

○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「医師偏在是正対策について」でございます。

まずは、事務局から資料1「医師偏在是正対策について（医師養成過程に係る事項）」について御説明いただきたいと思います。

よろしく申し上げます。

○染谷課長補佐 事務局でございます。資料1をお手元に御用意ください。

3ページ以降にお進みいただきまして、4ページで、こちらは8月30日に厚生労働省でお示ししました総合的な対策パッケージの骨子案でございます。

この赤枠で囲っているところが、この検討会で主に御意見をいただいていたところでございます。臨床研修に関しては、臨床研修部会で具体的な議論はしていたところですが、臨床研修の広域連携型プログラムの制度化についてと、リカレント教

育についての予算要求、臨時定員に関する事項を記載させていただいております。

5 ページですけれども、こちらは9月5日、厚生労働省内に設置しました医師偏在対策推進本部の資料における論点でございます。

こちらも太字下線で、この検討会で主に確認いただいているところを論点としてピックアップしております。

次の6 ページへお進みいただきまして、こちらは11月20日の新たな地域医療構想等に関する検討会において、医師偏在是正に向けた基本的な考え方ということでお示ししていたものでございまして、こちらはこの検討会においても御確認いただきたいと思っております。

まず1つ目ですけれども、医師少数の地域や診療科における医師の配置は、これまで基本的に職業選択の自由とか営業の自由に基づいて医師が働く場所や診療科を自由に選択できるという考え方の下、へき地保健医療対策とともに、医師養成過程での取組を中心に進めてきた。

しかしながら、今後、地域ごとに人口構造が急激に変化していく中で、地域や診療科の医師配置の不均衡が拡大しかねない状況にある。また、日本の人口減少が進み、人材制約が大きくなる一方、医師数は毎年増加しており、医師の需給に関しては2029年頃に均衡する推計もある中、医師確保対策については、総数の確保から適切な配置へと重心をシフトしていく必要がある。

このような中ですけれども、従来の対策を超えた、総合的な対策を講じていく必要がある。その際、若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、全ての世代の医師へのアプローチが求められている。

さらに、人口減少が進む中で、定住人口が見込まれる地域であっても「保険あってサービスなし」という事態に陥る可能性があり、将来にわたって国民皆保険を維持して、こうした地域を守るため、地域の必要な医療機能を確保することが必要で、我が国、地方自治体、医療関係者、保険者などの全ての関係者が協働して医師偏在対策に取り組むことが重要ということで記載しております。

その上で今回、以降の4つの項目についておまとめしております。

次にお進みいただきまして「2. 臨床研修の広域連携型プログラムの制度化について」でございます。

8 ページで、これまでの取組に関してまとめさせていただいております。

まず、現状・課題でございますが、臨床研修制度については、平成16年度から医師法上義務化するとともに、平成22年度から国において全国の総募集定員を設定して、その範囲内で各都道府県の募集定員上限を決定してきております。研修医の地域における偏在対策として、この募集定員倍率を縮小させてきて、加えて、医師少数県などの提言などを踏まえまして、医師臨床研修部会報告書において、こちらは今年3月ですけれども、広域連携型プログラムの制度化などの方向性について示しておりました。

この広域連携型プログラムについては、医師多数県に所在する基幹型病院に採用された研修医が、医師多数県における研修を中心としつつも、医師少数県に所在している臨床研修病院などにおいても一定期間研修することで、双方の特性とか魅力を生かした良質な研修が受けられるという観点とか、キャリアの選択肢が広がる、あるいは自身の適性に気づく契機になるといったメリットが考えられます。

こういった内容を踏まえまして、医師臨床研修部会において、具体的な運用について検討を重ねてきたところでございます。

下のところで取組案ということでおまとめしております。最初のところですが、臨床研修部会の議論に基づいて、この広域連携型プログラムの制度化に向けては令和8年度から開始できるように、引き続き、準備を進めているということでございます。

制度の概要ですが、医師多数県の募集定員上限のうち原則5%以上については、研修医本人が希望することを前提として、医師少数県などに所在する臨床研修病院において24週以上、6か月以上の研修を行う研修プログラムの募集定員に充てるものとするということです。

3つ目ですが、さらに、臨床研修部会において、令和8年度の制度開始後、必要に応じて見直しなど、そういった御議論を行っていくということで記載しております。

9ページ以降ですが、こちらは臨床研修部会の資料ですが、概要をお示ししています。

10ページですが、こちらは具体的に臨床研修の広域連携型プログラムの連携元となることですが、医師多数県のうち全ての医師多数県が連携元になるわけではなくて、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ということで連携元を記載しております。

連携先については、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、それに加えて、医師中程度県であってもこの採用率が全国平均以下のところで、かつ医師少数区域も連携先になります。あとは連携元への配慮という観点もございませうけれども、医師多数県の医師少数区域にも一部、募集定員上限の5%以上をつくっていただくうちの2%を限度として設定いただくということでございます。

加えて、費用負担というものがプログラム策定・実施にかかりますので、こういったところの国の支援も検討しているということでございます。

11ページで、こちらは初年度、令和8年度から開始ですが、それに当たって、プログラム運用に関する配慮という観点でこちらもお示しております。

12ページですが、この広域連携型プログラムの作成スケジュールということで、現状としましては、連携元病院と連携先になる病院からそれぞれリストをいただきまして、そちらを基に県・病院間での調整・プログラムの作成を今、行っているということで、令和7年度4月末までにプログラムを提出いただくということでございます。

次の項目にお進みいただきまして、14ページ、骨子にございましたリカレント教育とい

うことで、これまでの取組とか御議論をまとめております。

まず、現状・課題でございますけれども、高齢化に伴って、様々多様な問題を抱えるような患者さんが増加することが見込まれている中、特にこの地域医療においては、こういった課題に対応できる総合的な診療能力を有する医師の養成・確保が求められているところ です。

こうした中、平成30年度から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新たに開始されておりました、若い世代を中心に総合診療領域の専攻医採用数は年々増加している状況でございます。

さらに、中堅以降の医師においても、キャリアチェンジを行って地域での勤務意向のあるような医師は一定数いることとか、さらに、そういった場合に、地域で働く上で必要とされる総合的な診療能力。こちらは医療と介護の連携に係る事項なども含まれると思えますけれども、こういったことを学び直す機会が必要ではないかといった御指摘があります。

こういったことも踏まえて、下の「取組（案）」と記載しております。総合的な診療能力を有する医師の養成については、若い世代を中心とした、専門医制度における総合診療専門医の養成に加えて、中堅以降の医師を主な対象として、地域で働く上で必要とされる総合的な診療能力について学び直すためのリカレント教育に係る取組を推進すると記載しております。

具体的には、学会や病院団体が協力して、総合診療の魅力発信とか、あとは医療と介護の連携を含めた地域における実践的な診療の場の提供とか、知識・スキルの研修を全国推進事業として一体的に実施するようリカレント教育事業を支援するということで記載しております。

次の15ページ以降は、これまでリカレント教育に係る内容で議論いただいた資料の再掲でございます。

16ページは、このリカレント教育に関して概要でお示ししている図でございます。こちらも内容としてはこれまで、この検討会においてもお示ししてきていたものです。

17ページで、これまで主な御意見をいただいておりますので、総合診療専門医に係るところからリカレント教育に関して御意見をおまとめしております。

その次の項目にお進みいただきまして、医学部臨時定員についてです。

19ページで、こちらもこれまで御議論いただいた内容としておまとめしております。

まず、現状と課題でございますけれども、1つ目、医師養成については、地域の医師を確保することを目的として、平成20年度から地域枠を中心に医学部定員を臨時的に増員してきております。このほか、医師養成過程を通じた取組及び各都道府県に策定いただいている医師確保計画に記載されているような取組等を通じて、医師少数県の若手の医師数については、医師多数県に比較して伸びてきておりました、若手医師については地域偏在が縮小してきている現状がございます。

ただ、医学部定員については、今後の医師の需給状況を踏まえて適正化の検討を行う必

要がある。都道府県においては、地域に必要な地域枠数を確保して、地域における医師確保に支障が生じないようにすることが重要ということでございます。そのため、医師確保計画策定ガイドラインにおいてもお示ししておりますが、安定した医師確保を行うため、都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠とか地元出身者枠の設置について大学との調整を行うと記載しております。

こういった背景なども踏まえまして、本検討会において医学部臨時定員の配分方針について議論を重ねてきているところでございますけれども、令和8年度の対応に当たっては、地域の実情とか医師確保に係る取組状況などを踏まえた適切な配分を実施する観点から、地域における医師の年齢構成とか、恒久定員内地域枠を一定程度設置するなどの取組に留意することについて、検討を行っているところでございます。

この取組（案）を下のところにこれまでの議論でおまとめしております。医学部臨時定員については、個々の地域の実情や都道府県などの関係者の意見も踏まえて、医師の偏在対策に資する配分を行うということで記載しております。

2つ目でございますけれども、令和8年度医学部臨時定員の配分方針などについては、総合的な対策パッケージの検討状況とか令和7年度臨時定員の状況、都道府県などの関係者の意見も踏まえて、本検討会で引き続き具体的な議論を行っていくということで、これまでの議論の内容でおまとめしております。

20ページ以降については、これまで御議論いただいた資料の再掲ということでお示ししております。

20ページは、前回、この検討会で御議論いただきました内容となっております。

21ページは、これまで臨時定員増に係る経緯ということでおまとめしている資料でございます。

22ページが、具体的な地域枠の年次推移、医学部定員の推移です。

23ページに関しては、令和6年度の地域枠数・地元出身者枠数の都道府県別の具体的な数をお示ししております。

24ページにつきましては、第8次医療計画の見直しのポイントで、恒久定員内への地域枠等の設置、地元出身者枠の設置を改めてお示ししております。

25ページですけれども、こちらは恒久定員内地域枠の設置に関して、好事例を広めてはどうかということで、以前、この検討会でお示したものでございます。

26ページですけれども、こちらは宮崎大学における取組を前々回お示ししておりました。

27ページですけれども、宮崎大学の取組も踏まえまして、その際には地域枠でない方が卒業後、実際にその都道府県にどれぐらい臨床研修で残られるのか、臨床研修後に同じ都道府県においてどれぐらい勤務希望があるのかを、臨床研修修了者アンケートのデータを基に、都道府県別にお示ししていたものでございます。

28ページで、こちらは医学部臨時定員の配分の考え方について、この検討会で一度議論いただいた内容の再掲でございます。

下の青い背景枠で御確認いただきますと、まず、総合的な対策のパッケージに関する具体的な議論とか内容を注視しながら、医学部臨時定員の配分については、以下のような方向性で議論してはどうかということで記載しておりました。

例えば、令和8年度医学部臨時定員の配分においては、若手医師数が少ない場合とか医師の年齢構成が高齢医師に偏っている場合などは配慮してはどうか、令和8年度までに恒久定員内地域枠を一定程度設置するなど、さらなる県内の偏在対策に取り組む都道府県については配慮してはどうか。あとは引き続き、地域枠医師の医師少数区域とか医師少数スポットなどへの配置状況等を踏まえて、検討してはどうかということで記載しておりました。

こういった御議論をいただくに当たって必要なデータとして、29ページ以降でお示ししておりました。こちらは人口10万人当たり35歳未満医師数が縦軸で、横軸が医師偏在指標になっております。

少しお進みいただきまして、32ページで、こちらは65歳以上医師数の割合が縦軸で、横軸が医師偏在指標でございます。

次に、34ページにお進みいただきまして、これまでの主な御意見として、医学部臨時定員に関する考え方のところでお意見をまとめさせていただいております。

次に、最後の項目にお進みいただければと思いますけれども、36ページでございます。診療科間の医師偏在への対策についてということで、前回、主に御議論いただいた内容を中心におまとめしております。

まず、現状・課題でございますけれども、外科医師は、ほかの診療科と比較して増加が緩慢で、消化器外科医に至っては減少傾向にあるということで、また、手術だけではなくて救急医療とか、抗がん剤治療などを担う外科医師は時間外・休日労働の割合が高く、また、専攻医へのアンケート調査を見てみると、外科を選択しなかった理由に関しては「ワークライフバランスの確保が困難」であるからということがほかの診療科に比べて相対的に最も高かったということでございました。

一方で、今後の外科医療の医療需要に関しては、高齢化や人口減少によって横ばいから低下に転ずることが見込まれておりまして、二次医療圏によっては、消化器外科の手術を日中のみ実施している医療機関が存在している現状もございました。また、外科領域専門研修プログラムにおける研修体制の状況を見ますと、プログラムの症例数にはばらつきがあって、症例数が相対的に少ないプログラムが一定数存在するというところでございました。

そして、関連学会へのヒアリングやこの検討会の中での議論では、医療の質及び人材の確保の観点で早急な対策が必要との指摘がございましたけれども、一方で、地域の医療提供体制の観点からの議論とか配慮の必要性といった御指摘もいただいておりますし、また、外科医師の確保に資するような経済的インセンティブの必要性等についても指摘があったものと思っております。

こういったことも踏まえて取組（案）ということで下のところにまとめております。労働環境の改善や、今後の医療需要などの観点から、新たな地域医療構想に関する検討状況も踏まえ、医療の集約化を図りつつ、必要とされる分野が若手医師から選ばれるような環境づくりなど、処遇改善に向けた必要な支援を実施すべきではないかということを一つ目に記載しております。

2つ目に、外科をはじめとした各診療科に関して、地域医療構想に関する議論を注視しつつ、専門研修制度における研修体制の在り方などの必要な議論について、専門医機構とか学会などの関係者と検討すべきではないか。

3つ目ですけれども、なお、外科医師が比較的長時間の労働に従事しているなどの業務負担への配慮・支援などの観点での手厚い評価について、別途、必要な議論を行ってはどうかということに記載しております。

37ページ以降に関しましては、こちらもこれまで御議論いただいていた資料の再掲でございます。

39ページ以降、診療科別などのデータをお示ししております、44ページからは、前回、日本消化器外科学会に参考人出席いただいていた資料の再掲でございます。

また、50ページ以降に関しては、こちらは日本脳神経外科学会からの提出資料で、一部、資料をピックアップしております。

54ページ、55ページに関しては、前回の検討会でいただいた主な御意見ということでまとめております。54ページは症例の集約化とか連携体制の構築という観点でいただいた御意見を様々まとめておりますし、55ページで外科に対する配慮・支援などという観点で一つまとめております。また、外科におけるキャリア形成の観点も重要ではないかということでも御意見をいただいております。

以上、主に4つの項目について、それぞれ最初のスライドでおまとめしておりました。特にページ番号で申し上げますと、8ページ、14ページ、19ページ、36ページについて御意見をいただければと思っておりますし、これまでの御議論のまとめとして、こういった内容でよろしいかということ御確認いただければと考えております。

事務局からの説明は以上でございます。

○遠藤座長 丁寧な御説明ありがとうございます。

ただいま、4つのことについて、事務局としての原案が出されている、あるいは考え方が出されておりますので、特段、それぞれ分けて議論することはいたしませんので、全体を通して、どこの分野についてコメントいただいても結構でございますので、皆様から御意見をいただければと思います。いかがでございましょうか。

そうしましたら、それでは、会場からいきたいと思いますので、神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員 ありがとうございます。

今、おっしゃった4つのテーマですけれども、まず、全般的な、基本的な考え方のほう

です。6 ページで2 つ目のポツの下であります。「総数の確保から適切な配置へと重心をシフトしていく必要がある」ということで、この基本的な考え方はこれまでの議論の中だと思うのですけれども、とにかく、ただ、この適切な配置がままならなければ総数の確保が必要です。まだ必要だということを主張しておきたいと思います。

それでは、4 つの項目を簡単にコメントと質問をさせていただきたいと思います。

まず、広域連携型プログラムのところでございます。これ自体に関しまして特に大きな異存はないところでありますけれども、このプログラムをやった後の検証と、その人たちがどうなっていくかが重要だと思います。そういった意味では今のうちに、検証するための制度設計をきちんとおつくりになるのが重要なのかなと思います。

そして、もう一つ、10 ページで概要が載っているわけでありましてけれども、今日、先ほど御説明あった参考資料なのですが、32 ページを御覧いただくと、まさに医師多数県であったとしても、65 歳以上医師の割合が非常に高い医師多数県があります。また、医師多数県の中でも、医療圏によって1 つの県の中でも非常にまだらなところもあります。そういうことで、この10 ページのところ、この連携先区域として、もちろん、医師少数県とか、それから、医師中程度圏のうちの募集定員の採用率が低いところもあると思うのですけれども、ここは質問になるかと思いますが、医師多数県であっても高齢医師が非常に多いとか、医師多数県の中の少数区域が対象にならないものかというのは意見兼質問になるかと思えます。

続きまして、リカレント教育ということで検討いただきました。これに関しましても特に大きな反論はないわけでありましてけれども、夢破れて総合医になる形だけは避けたいと思いますので、このリカレント教育をした後に総合的な診療能力を持つことに対する、これはインセンティブといいますか、誇りといいますか、そういったものをきちんと醸成する必要があるのではないのかと強く思います。

これは以前の資料だと思いますけれども、このリカレント教育に関しては、厚労省として予算化するという話もありましたし、全国の8 大学の話があるわけでありまして、このリカレント教育をやっているのはこの8 大学だけではなくて、例えば我々のような病院団体とかも病院総合医みたいな形で教育をしている。そういうところに対しての経済的な補填についても明示していただきたいと思えます。これは厚労省の予算だけではなくても、リスキリングに係るほかの省庁の予算も含めて一覧いただければうれしいかなと思います。

そして、19 ページ、今度は医学部定員の話であります。一番下ですけれども、この取組のところ、しっかりと総合的な対策パッケージの検討状況と、令和7 年度臨時定員の状況、それから、都道府県等の関係者ということを書いていただいております。

これについては質問ですけれども、目途として、そうは言っても、令和8 年度の定員を決めなければいけない話もあると思えますので、いつ頃までかを明示いただければと思います。

そして、最後、診療科間の偏在ですけれども、これについては、昨日も社保審の医療部

会・医療保険部会があって、いろいろ議論があったと思われませんが、今回の診療科間の医師偏在は外科だけにポイントした話になっております。

もちろん、外科が一番重症なので、そこを何とかしなければいかぬということだと思いますけれども、ただ、それだけではなくて、ほかの多いところをどうやって減らすのだという議論をしないと、外科だけでは問題解決にならないかなと思いました。

私からは以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

コメントと御質問で、御質問についてお答えできること、また、コメントについて、もし何か、それこそ厚労省としてのコメントがまたあればお願いしたいと思います。

よろしくをお願いします。

○和泉医師養成等企画調整室長 事務局でございます。どうもありがとうございます。

まず、1つ目の臨床研修プログラムで、まさに先日も部会でも御議論いただいて、検証が必要だということで御指摘をいただいております。こちらは恐らくコメントであったかと思うのですが、ぜひ部会の議論を含めまして、必要な検証であったり評価をしていきたいと思っております。また、見直しについても、必要な議論を行っていくと書かせていただいておりますので、そうした念頭で、恐らく国土先生の下でやらせていただきたいと思います。検討していきたいと思っております。

多数県であっても、例えば医師が少数であったりするスポットがあるということですが、少しプログラムの概要の10ページ目に一部書かせていただいておりますが、10ページ目の3.で、基本的には少数の県に行くということではあるのですが、一部、※書きに少し小さく書いておりますが「多数県の医師少数区域に所在する病院である場合には」ということで、一部ではあります。配分してもいいことになっておられると思っております。いずれにしても、こういったものを見ながら、少しこのプログラムについても評価をさせていただくことになると思っております。

それから、リカレント教育に関しては、恐らくコメントであったかなと思っておりますが、少し事業が複雑になっておりますけれども、8大学がいわゆる総合診療を推進するような事業と、そこに追加するような形で予算要求をさせていただいたのがリカレント教育だったのですが、リカレント教育は、おっしゃるように、大学のみならずということだと思っておりますので、先生御指摘のことも含めて、予算事業において適切に運用できるようにしていきたいと思っておりますし、また、御意見をいただければと思っております。

医学部定員ですけれども、スケジュール感について御質問があったかと思っております。こちらはまさに偏在対策のパッケージと呼んでいるものを踏まえつつということにさせていただいて、このパッケージ自体は年内に取りまとめることになっておりますので、引き続き、厚労省として取りまとめを進めていきますが、それを含めてなので、年明けにはまた議論をさせていただければと思っております。それで、結論をどこまで言えるのかについては、その結論に応じて都道府県と大学が交渉する期間もあるので、なるべく早くと

いうところはあるのだと思っていますのですけれども、期限についてはなるべく速やかにというところで現状お答えさせていただければと思っています。

それから、診療科のところで、外科以外についてはまさに問題意識をいただいたかと思っております、少し取組の方向の2ポツのところにそのほかの診療科についてもというふうに少し記載させていただきましたし、前回も同様の意見があったかと思っております、その多い診療科をどうするかという具体の話にはまだ踏み込んでおりませんが、ほかの診療科についても、引き続き、御議論させていただきたい。その際には日本専門医機構であったり学会の先生方の意見を聞かなければいけないということで、36ページ取組（案）の2つ目のポツのところは書かせていただいているところでございますので、引き続き、御指導いただきながら御議論させていただければと思っています。

すみません。長くなりましたが、以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

神野構成員、いかがでしょうか。

○神野構成員 分かりました。ありがとうございます。

○遠藤座長 ほかに会場で御発言はいらっしゃいますか。

では、国土構成員、どうぞ。

○国土構成員 国土でございます。

広域プログラムについては、先ほどありましたように、一昨日、研修部会がありまして、そちらでも3年後の見直しでは遅いということで、募集の段階から改善点をいろいろ検討すべきではないかという意見がございました。私どもの病院で現場の声を聞きますと、どういうふうに連携先を選定するのか、いろいろ苦勞し工夫をしているようです。既にいろいろ改善の提案が出ておりますので、引き続き、お願いしたいと思っています。

私からは2点あります。一つは例のリカレント教育で、総合診療専門医が卒業医師の2%から3%ぐらいしかまだなっていない状況がある中でこの制度の活用についてです。例えば外科の専門医が高齢になったときにメスを置いて総合診療をやるときに、どういう資格で行うのかということです。何らかの資格について制度設計が必要ではないかと思っております。専門医制度との関わりがあると思いますので、私も具体案はありませんが、その検討が必要ではないかと思えます。

もう一つは、36ページのこの取組についてです。外科医の不足についての検討は前回もヒアリングを行いました。ここの最後に経済的インセンティブの必要性和手厚い評価とあります。手厚い評価というものは非常に漠然としている言葉なので、もう少し何か踏み込んだ言葉がないのかと思えます。

ここ10年来、いろいろな方の御努力で手術の保険点数が非常に上がりました。手術点数が上がったのは外科にとっては非常にありがたいことではありますが、私も病院の経営をしておりますと、手術を増やして病院の経営を改善する。要するに、病院の赤字を埋めるのにこの手術点数増加による増収分が使われているのが現状ではないかと思えます。例え

ば、各診療科の医師一人当たりの稼働額を自分の病院で出してみたことがあります。科によって大きな差があります。その中で繁忙度が高く一人当たりの稼働が大きい外科医と、そうでない科の給与が同じでいいのかという議論もあっていいのではないかと考えています。今、病院の経営はコロナ禍を明けて非常にどこの病院も苦勞されているところで、手術を増やさなければいけないと考えています。そういう中で、さらにそういう何か工夫ができないかなと個人的には思っております。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

では、御意見という形で対応させていただいてよろしいですね。

○国土構成員 はい。

○遠藤座長 ほかに会場でございますか。

では、なければ、お待たせいたしました。それでは、オンラインに移りたいと思いますので、私のあれで映っている順番で、まず、坂本構成員、よろしくお願ひいたします。

○坂本構成員 ありがとうございます。私は意見を2つ申し上げたいと思います。

一つは、総合診療医のリカレント教育のシステムについてになります。16ページにもありますように、OJTでできるという形で様々な工夫をしてくださっています。ただ同時に、やはり非常に忙しい日々の中でリカレント教育のシステムに参加するのはなかなか難しい場合もあると思います。

そういう中であって、病院も、現場の医師がリカレント教育に参加することに対してどのぐらい積極的になれるのかが今後問われてくるのではないかと考えています。そういうときに、総合診療医の存在と役割を患者・家族だけではなくて国民全体がもっと知っていくことがリカレント教育などを推進していくうえで重要な要素になってくるのではないかと思います。まだ広くには知られていないこともありますので、その辺りのことも含めて、ぜひ広報をお願いできればと思います。

それから、もう一つ、外科医療をより高度な専門的などころに集約していくのは、重要です。

ただ一方、以前も申し上げましたように、2人に1人ががんになるといわれている今、医療が非常に進歩していることから、患者はがんとともに生きる時代が長くなってきています。そして、専門の外科の医師の診察を受けながら、長い年月を過ごしていくケースも多くなると思います。そういう状況で外科の医師がどんどん減っていくことになると、それは患者にとって非常に不安な要素になります。先ほどもお話に出ましたが、例えば総合診療医の中に外科の専門性を持った方がいて、そういう方が地域、特に医師があまり多くないところにもいてくださると、それは患者にとっても今後、大きな安心感につながるのではないかと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。御意見としていただきました。

それでは、木戸構成員、お手を挙げておられますので、よろしく願いいたします。

○木戸構成員 ありがとうございます。私からは取りまとめにつきまして、今後の議論の進め方とそれぞれの幾つかのテーマについてコメントいたします。

間もなく11月も終わりますが、年末には取りまとめとなると伺っておりまして、ここだけではなくて、医療部会とか新たな地域医療構想等に関する検討会など、様々な会議体でこのところ、連日のように議論がなされています。資料にはそれぞれのテーマについて課題とか主な意見を示してくださってはいますけれども、それぞれで議論やいろいろな貴重な提案もなされていますので、それをしっかりと共有して、重複にならないように、よりよい結論にまとめ上げていただきたいと思います。また、取りまとめた内容につきまして、来年以降、どう実施していくか。それについて、どこを優先するか。そういった優先順位をつけて提案していくことも重要ではないでしょうか。

その中で、この検討会で私も繰り返し発言しておりますところですが、医師確保が難しい地域や診療科の待遇改善こそが最も優先すべきで、項目としてリストにぜひ載せていただきたいです。交代要員がいないために、いつ呼ばれるか分からず気が休まない、休日もろくにない状態で、御自分の生活を犠牲にしながら、今、歯を食いしばって地域医療を守っている医師の皆さんをできるだけ早く支援し、そこで働きやすい環境をつくることで長期的にまた確保できる、担い手を増やすことが一番大切なことです。

続きまして、広域連携プログラムについてもコメントいたします。これは全体の中でわずかの定員設定で、ここに偏在是正について期待を寄せ過ぎるのは適切ではありません。あくまでも研修医が自発的に選ぶものであり、充実した研修ができることが最優先です。

医師少数県での半年の研修で、一体、何ができるか、どのような指導体制があるかをしっかりと医学生に提示して、応募したいと思っていただけることが大切で、何となくふんわりとしたイメージで地域医療をしろとか、そういったことでは応募者があまり出ないのではないのでしょうか。やはり、この初年度のプログラムの作成とその広報の仕方こそ、今後、これがうまくいくかの大きな鍵となると思います。

あと、このリカレント教育につきまして、これは昨日、医療部会でもコメントしたのですが、やはり自分の長年培った専門以外の知識を新たに学んでいくことは、多忙な臨床医とかシニアにとっては難しい、実際にはなかなか気が進まないのではないかと思います。

それよりも、それぞれの医師が長年培った経験や、今、持っている技術をすぐにでも生かして、今、困っているところを支える方法を考えるのがより現実的だと思いますし、それをうまくマッチングさせる。それが最も早いのではないかと考えております。ぜひそういったところを検討していただきたいと思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 貴重な御提案ありがとうございます。

基本的には御意見でありましたけれども、この議事の運営の仕方についてのコメントも

ございましたので、事務局にそれに関連してコメントがあればいただきたいと思います。
○和泉医師養成等企画調整室長 事務局でございます。座長、どうもありがとうございます。

この偏在対策のパッケージ全体の話題の運用というか、持っていく方というか、整理の仕方だと思っております。4ページ、5ページに少し全体は書かせていただいております、今回赤く囲った部分とか、5ページ目の太字の下線にしたようなところについて御議論させていただいているところではございますが、全体、ほかの部分についても、木戸先生が御指摘いただいたように、新たな地域医療構想等に関する検討会等で議論させていただいているところがございます。今後、この全体について、議論を収束させていくというか、取りまとめに向けて、私ども厚労省で準備をさせていただきたいと思っておりますが、ここの場での御議論はこの赤い枠のところについて少しまとめさせていただければと思っております。

それで、優先順位についても御質問があったと思っております。今、この対策パッケージ、4ページにあるようなものについては、いずれもやはり優先度が高いものだと思っております、ざっくりとした線表を書かせていただいておりますけれども、取りまとめましたら、できるだけ速やかにいずれも着手していくのかなと思っております。木戸先生から処遇改善のところ非常に重要だという御指摘をいただきましたので、そこも含めて、可及的にできることを準備してまいりたいと思っております。

以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

木戸構成員、よろしゅうございますか。

○木戸構成員 よろしく願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせいたしました。小笠原構成員、よろしく願いいたします。

○小笠原構成員 臨時定員と、それから、診療科偏在について意見があるのです。

私、実は私大協の立場で、これまで全く私大協の立場で物を発言していないのですが、問題は恒久定員に地域枠を入れる。これは、実は私大にとっては大変なことだということです。19ページの現状の2つ目に「都道府県は、積極的に恒久定員内への地域枠」という言い方をしていますが、これは国立大学であれば何の問題もないのですが、私大にとってはかなりの影響があることをまず御理解ください。

それで、23ページに地域枠及び地元出身者枠数。これは県別の地域枠の恒久定員の枠が書いてありますが、これは国立大学と私立大学が全部混ざっているのですよ。これだと何だか私にとっては分からなくて、岩手県は岩手医大しかありませんので、それで臨時定員を恒久定員とは別にしているわけですが、実は臨床研修医として残るのがほぼ臨時定員しか残らないのです。恒久定員は臨床研修医としてほとんど残っていないのです。私、統計は見ましたけれども、私は全部岩手県のデータを持っていますので、岩手県の数字とは違

うと思いつながら見ていたのですが、例えば今、これは岩手県のことで大変申し訳ないのですが、岩手県の恒久定員は94で、もしこれに37を入れたら一般枠は60しか残らなくなりませんので、やはりこれは、もし恒久定員の中に臨時定員を入れるのであれば、各大学、特に私立大学で恒久定員のことも考えていただきたいというのが私のお願いで、岩手県は足りないのですよ。

ですので、そうであれば恒久定員をもっと増やしていただいて、岩手医大は実は全国で一番、恒久定員が少ないのです。増やしていただかないと、それはとても経営的に無理だ。奨学金が出ていると思いますが、奨学金も県としてはどうなるか分からないところがありますので、これは経営上かなり難しくなることを考えていただきたいことが一つです。これは私立大学全部の、この恒久定員に地域枠を組み込むことに関しては私立大学でも異論があります。ただ、では、私立大学としてどのぐらい地域枠を、地域に貢献しているのかも逆にあると思うので、それももしデータを出せということであれば、そういうことも出そうという話が私大協の中では話し合いをしております。それが一つです。

それから、診療科偏在の話の数字なのですけれども、これはアクティブに働いている、要するに、今、消化器外科の実際に手術をやっている人の数字ではないわけですよ。例えば40代でも全然やっていない人もいるわけです。

脳外科の世界も全く一緒に、急患を診ている医者、急性期を診ている人と診ていない医者があるのであれば年齢でやっても駄目で、アクティブに、実際に外科治療をやっている人はどのぐらいいるのかを、やはりこれはプロフェッショナルオートノミーとして、各学会、特に基本診療科が把握して、それをきちんと出すことをやらないと、この年齢とかでやられても非常に私は困るなというのが本音で、これは診療科の中で、例えば外来しか診ていない。同じ脳外科でも全く手術とかをやらないで外来しか診ていない40代の医者もいますので、では、実際に総合病院にいて、ちゃんと患者を診ているのはどのぐらいいるのかという実働との差を出していただかないと、それは本当の診療科偏在に私はならないのではないかと、分からないのではないかと実は思っています。

ですので、そういう数字を各学会できちんとやるべきだ。学会はいつも足りないと言いますけれども、本当に働いているのはどのぐらいいるのか、手術をやったり、その数字は私は見たことがないのです。これは脳外科学会だけがちゃんとやっているのですが、別に自分の学会を言うつもりはないのですが、そういうことを出してもらわないと多分、国を説得できないのではないかなというのが私の意見です。

もう一つ、リカレント教育のインセンティブの話ですが、インセンティブは簡単で、働いている施設で、地道に総合診療を含む医療をやったら院長にしてあげてを各都道府県でやればいいのか。これは、岩手県では何をやっているかということ、ほかの大学のよう、例えば大学教授がぼんとそこの病院長になることはやっていません。きちんと生え抜きが、例えば岩手医大の外科の医者が、ある沿岸の病院に行って、ずっとそこで働いていて、総合診療をやっていれば、その人を病院長にする。当然、その人は手術だけ

ではなくて、その地域医療を全部、総合医として働いてくれているわけですよ。そういうやり方を岩手県はしています。

一番よくないのは、教授が終わったら、それをぽんとどこかの病院の偉い病院長になることは、私はすごく見識がないのではないかなといつも思っています。岩手県はそれではなくて、例えば中堅クラスを県立病院に送って候補として残しておいて、その方を田舎の県立病院間で回すのです。そうやって田舎の医療を分かってもらえば、自然とそれは地域医療あるいは総合診療を学んで、そういう方々が病院長になる。これは大体、自治医大と岩手医大のそういう方々がなっていますので、岩手県の場合は、総合診療は自然と行えることになる。そういうふうな、インセンティブしかないのではないか。お金とかそんなものではなくて、その人の働きがいをするのであれば、私がこの地域の中心だと、そこで働いているから当然トップになるのは当たり前だという風土をつくらないと。

これはアカデミアに私は文句を言いたい、私は実はアカデミアなのですけれども、文句を言いたいのは、天下りです。やめていただきたいというのが、申し訳ないですけれども、私の意見です。岩手県はこれが成り立っています。私も天下りは許していません。そういうことで、それぐらいやらないと多分、インセンティブにはならないかなというのが私の意見です。

以上です。回答は要らないです。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、関連で、国土構成員、お願いいたします。

○国土構成員 すみません。今、御指摘のあった、実際に手術している外科医がどのくらいいるのか、という御質問がありましたのでコメントさせていただきます。外科専門医を更新するためにはNCDで何例手術入ったかというのをカウントします。正確な数字は私は言えませんが、数字要件がありますので、外科専門医を維持している人はアクティブな外科医と考えて良いと思います。

正確な数字については、NCDで全国で年間120万件以上のデータを捕捉しておりますので、必要があればすぐ出ると思います。

以上です。

○小笠原構成員 それを全診療科で私はやるべきだと個人的には思っているのです。そういうものを厚労省に出して、アクティブに医者はこのくらいいることを各学会が出せば実際のアクティブな医者の数が分かるのではないかとというのが私の意見です。

以上です。

○遠藤座長 御意見として承りました。ありがとうございます。

それでは、印南構成員、お手を挙げておられますので、お待たせしました。

○印南構成員 聞こえていますでしょうか。

○遠藤座長 聞こえています。

○印南構成員 この総合的な対策パッケージということで、個々の政策に異論があるわけ

ではありません。

それで、これを見ると、いろいろな角度の政策を打つ。でも、一つ一つを見ると、今すぐ効果が出るものではなくて、みんな数年先になっているのです。しかも、お互いに因果的に絡み合うかもしれないです。医学的な言い方をすると、これは一種の政策介入で、その最終的なアウトカムが何らかの、あるいは複数の医師偏在指標の改善につながるのだと思うのです。そこにいきなり数字を設定するのは非常に難しいと思います。

一方で、神野構成員もおっしゃっていたように、長く時間がかかる話ですから、今のうちから検証できる制度設計をしておくべきだという、まさしくそのとおりなのです。これを別に広域連携型プログラムだけではなくて、全部についてやるべきで、別の言葉で言うと、これはきちんと政策評価の手法を今から組み込むべきだということになります。

それで、最終的なアウトカムの部分は難しいとしても、中間段階、2つぐらいに分けられるかもしれませんが、その中間段階のKPIを設定することは十分可能で、例えば今、広域連携型プログラム制度化と言っていましたけれども、それは参加数とか参加人数とか、それ自体で直接、本当に偏在が改善するかどうかはよく分かりませんが、初期的な段階のKPIとして設定することは可能だと思うのです。

リカレント教育もそうですし、地元枠の実際の効果とか、そういうものを、これは効果が出るのはずっと先ですけれども、少なくとも毎年把握するような仕組みにしておかないと、いざ、例えば経済的なインセンティブを与えとか、診療報酬の改定で全国一律なら関係ありませんが、そうではなくて、重点的に支援するとか、あるいは頑張っている県とか大学に支援するというのであれば、それを評価する客観的な根拠が当然必要になるわけです。そのためにも中間的なKPIをきちんと設定すべきだと思います。

以上になります。

○遠藤座長 ありがとうございます。

非常に重要な御指摘ですが、事務方、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 ありがとうございます。

御指摘のところは非常に重要かと思っております。今、具体的に何をKPIにすべきかというところは今すぐアイデアがないところであるのですけれども、まさに印南先生に御指摘いただいたプログラムの参加者とか行く先とか、いろいろな指標化をして中間的な評価ができるようにということはぜひ検討させていただいて、リカレント教育も事業でございますので、何らか、参加した方の状況とか、あるいはどういったことを学んだかも含めて評価ができるのではないかと思いますので、なるべく設計段階で評価できるようにすべきということについて、その念頭でやっていきたいと思っております。

○遠藤座長 よろしく願いいたします。

それでは、印南構成員、今のようなことでよろしゅうございますか。

○印南構成員 きちんとやっていただければ、恐らくほかの会議体からもそれをチェックされて、いずれさらされることになると思うので、こちらから先に手を打って、きちんと

KPIを設定して示すことが非常に重要ではないかと私は思っています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、中村参考人、お手を挙げておられますので、よろしく願いいたします。

○中村参考人 ありがとうございます。知事会からで、中村でございます。

今日の検討会ですけれども、これまで花角知事も全国知事会を代表して参加させていただいておりますが、年末に向けた医師養成課程に係る医師偏在是正対策についての年末までの総合パッケージの取りまとめに向けて、今日、議論のまとめに向けた議論になっていると承知しています。そのまとめに向けてなのですが、厚労省から非常に都道府県への丁寧な御説明に配慮いただいたことにつきまして、まず、感謝を申し上げたいと思っております。

全国知事会としまして、今月、11月19日に社会保障常任委員会の委員長であります内堀福島県知事から福岡厚生労働大臣に対しまして医師偏在是正に向けた総合的な対策に関する緊急提言を行ったところございまして、本日、花角構成員提出資料として参考資料2として共有させていただきました。こちらは緊急提言の2ページに3項目記載しているところでございますけれども、対策パッケージの実行段階、今回、パッケージをつくって、それを実行する段階におきましても、引き続き、地方の声にしっかりと耳を傾けていただきまして、地方の実情を十分に認識した上で、実効性のある対策、それから、過度な地方負担が生じないような財政支援を講じていただけるようお願いしたいと思います。

私から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す。

それでは、野口構成員がお手を挙げておられますので、よろしく願いいたします。

○野口構成員 どうもありがとうございます。おまとめいただき、事務局の方々の御尽力に感謝申し上げます。

私も先ほど来、印南先生がおっしゃったことに賛成で、やはり何らかのKPIを設定すべきところがあると思います。そもそも、この前の事前レクでも私は申し上げたのですが、医療従事者の労働市場がどうなっているのかが今のところ、あまり見えてこない。それはなぜかという、賃金のデータがないのです。例えば、これは法律的に壁があるということだったのですが、各学会等で医師の賃金、医療従事者の賃金はデータがあるのかもしれないけれども、それが見えてこない。

例えば、そういったものを三師調査等々と組み合わせて、なおかつ医師のライフステージによってどういう働き方が変わっていったのか。お一人お一人、それぞれ生活やライフステージがあると思いますので、そういったものをまずは労働市場で一体、何が起きているのかを背景情報として把握しつつ、その上で、こういった4つの施策が医師それぞれの方のライフステージあるいは働き方にどういったインパクトがあったのかを可視化する、見える化することが非常に重要だと思います。

そうでないと、先ほどからいろいろな構成員の方がいろいろなインセンティブのありよ

うみたいなことをお話しになってはいますが、そのインセンティブが本当にどこにあるのかを、経済的インセンティブなのか。それは個人に対する責任、あるいは個人の地域におけるマネジメントなのか。そういったところを何らかに定量化して明らかにしつつ、そのKPIがしっかりと達成されているのか。その因果というか、こういった要因があるのかを見る化するためにも、やはり医師に対する、いわゆる賃金とか家族構成とかといったところをしっかりと今後は何らかの形で見える化していく。つまり、データに落とし込んでいく。そういった試みがこういった施策を打つ上で準備として、要するに、アウトカムを測る準備として必要なのではないかなと思います。

提案ですので、特にお答えは要りません。ありがとうございました。

○遠藤座長 ありがとうございました。

この医師の労働市場をよりクリアにしていくために必要な客観的なデータを取得するべきだろうということで、極めて重要な御指摘だと思います。ありがとうございました。

木戸構成員、お手を挙げておられますか。

○木戸構成員 今、野口先生から賃金のお話がありましたけれども、実は頑張っただけで当直を増やしたり、時間外で残って働いて、多少報酬が増えても、社会保険料とかが結構増えまして、可処分所得がほとんど増えていないことは現実にはございます。むしろ、待遇という意味で、きちんと人間らしい生活、仕事から完全に離れられて気が休まる時間とか法定休日も取れないような人も結構いるので、少なくとも日曜日ぐらいは休める生活とか、交代要員がいて、その方に安心して仕事を移譲できるとか、そういった環境がむしろ、待遇として優先されるべきではないかと思います。

先日の外科のヒアリングでもありましたけれども、やはり貢献したことが適切に評価されていない。全て自己研さんにされてしまったり、いろいろ対応してもそれが当たり前か、頑張っただけで手術してもそれが評価されないといったことが不満につながって、離職につながって、新規参入者を増やさないということがあるのではないかと思います。

ぜひそういった面で、単に経済的なことではなくて、そういったお休みが取れるとか、あとは患者さんから本当にありがとうとか、地域住民の方が喜んでいただけるとか、地域に温かく迎えてもらうとか、そういうことも本来は医師を育てていく上ですごく重要で、モチベーションを上げて、離職をできるだけ予防していくにはすごく重要なことでもありますので、患者さんからいろいろ言われて心が折れてしまうこともありますから、心が折れるのは簡単ですけども、それによって医師が辞めてしまったりはもったいないところです。本当にペイシェントハラスメントとか、今はカスハラとかと言われていますが、そういったことをしっかりと組織として医師を守れるような体制づくりとか、そういったこともしっかりと対応していくべきだと私は思います。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございました。非経済的な要素は非常に重要であるという御指摘

だという、そのとおりだと思います。

ほかに何か御意見はございますか。よろしゅうございますか。

それでは、一通り御意見は出尽くしたかと思えます。

この時期でございますので、事務局提案の内容につきましてはそれなりの対応をしていかなければいけないわけでありましてけれども、ただいまお話を伺ったところで、基本的に事務局の出された原案について、大きな反対はなかったかなというのが私の理解であります。

ただ、幾つかコメントがございました。そういうこともありますので、それをこの中に反映させるかさせないか、あるいはどういう文言にするのかという問題はあろうかと思えますので、これにつきましては、もしよろしければ、私、座長預かりにさせていただいて、事務方と相談しながら、他の部会、会議体でも同様なことが動いておりますので、それらを見ながら判断させていただきたいと思えますけれども、そのような対応でよろしゅうございますか。

○神野構成員 異議なしです。

○遠藤座長 よろしゅうございますか。

それでは、特段、反対がないということであるならば、先ほど申し上げましたように、御意見、御要望の、何をどういう形で採用するか、座長預かりにさせていただければと思えますので、事務方、そういう対応でよろしゅうございますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 はい。

○遠藤座長 そのようにさせていただきたいと思えます。ありがとうございました。

それでは、ただいま申し上げましたように、今回御議論いただいております医師偏在是正対策ですけれども、この会議体だけでなく、複数の会議体で議論がされておるわけがあります。総合的な対策パッケージという形でされておりますので、したがって、本日の内容を含めて、事務局におかれましては、全体としての取りまとめをお願いするとともに、動きを各会議体が分かるように対応していただければと思えますので、よろしく願いいたします。

以上で、本日予定いたしました議題は終了いたしましたけれども、事務局から何か連絡はございますか。

○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、本日は長時間にわたりまして活発な御議論をいただきまして、どうもありがとうございました。

これをもちまして、第8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。