

2025-1-21 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9回）

○加藤課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第9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、現時点で構成員10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。

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、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、よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 皆さん、こんにちは。本日も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、議題1としまして「令和7年度の医学部臨時定員について」、議題2「令和8年度の医学部臨時定員の配分方針について」、議題3「令和9年度の医学部定員の方向性について」でございます。

それでは、事務局より資料1「医学部臨時定員について」の説明をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○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。

資料1「医学部臨時定員について」、お手元に御用意ください。

目次、3つの議題でございます、3ページ以降にお進みいただきまして、4ページ「令和7年度医学部臨時定員の配分について」ということで、7月のこの検討会の中でこの配分意向に沿って配分見込みになるということでお示ししていたものでございます。

配分方針の結果ということで、5ページ、総数としてまずお出ししておりますが、令和

7年度においては9,393人というのが医学部定員の総数となっているものでございまして、年次推移のグラフでございます。

6ページにお進みいただきまして、都道府県別で示しております「令和7年度臨時定員の配分結果」でございます。

黄色マーカーで引かれているところが医師多数県でございますが、医師多数県については1割あるいは2割の臨時定員の前年度比減となっております。

医師少数県については、その趣旨の範囲内で希望に添って前年度比増とする方針でございましたが、群馬県と新潟県で前年度比増がございまして、それぞれ6枠、2枠増となっているということでございます。

臨時定員の総数としまして、右下の975ということで、地域枠と研究医枠を合わせた数となっております。

その次、7ページ以降が2つ目の議題でございますが、「令和8年度の医学部臨時定員の配分方針について」でございます。

8ページですが、10月のこの検討会の中で「令和8年度医学部臨時定員に係る方針について」ということで御議論いただいていた内容でございます。

令和8年度医学部臨時定員については、令和6年度医学部総定員数を上限とし、令和7年度の臨時定員の枠組みを暫定的に維持することとしておりました。具体的な配分方針に関しては、対策パッケージの内容も注視しながら、この検討会の中で引き続き議論を行っていくとしていたところでした。

9ページ、一度、配分方針の考え方についてはこの検討会の中で少し御議論いただいていたと思っております。

下の青背景のところでございます。矢頭3つのところでございますが、令和8年度医学部臨時定員の配分において、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、若手医師が少ない場合ですとか、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。

2つ目ですが、令和8年度医学部臨時定員の配分において、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。

3つ目ですが、医学部臨時定員の配分方針について、引き続き地域枠医師の医師少数区域・医師少数スポットなどへの配置状況などを踏まえ、検討してはどうかということで御議論いただいて、全体の方向性としておおむね合意いただいていた内容かなと思っております。

10ページですけれども、令和6年度の地域枠・地元出身者枠数について、都道府県別にお示ししているものでございます。

11ページ、若手医師数の割合を都道府県別に示しておりますが、縦軸が35歳未満医師数の割合、横軸が医師偏在指標でございます。

12ページが高齢医師数の割合を示すデータですけれども、縦軸が75歳以上医師数の割合でございます。

13ページは、地域枠医師の配置状況を都道府県別に並べて示しております。

左から医師偏在指標が大きい都道府県順になっております。都道府県によって地域枠医師の配置状況は少し異なるということでございます。

14ページは、卒後6年目以降の配置状況を示しているデータになっております。

15ページですけれども、これまでこの検討会の中で医学部臨時定員の配分の考え方について幾つか御意見いただいていたものをおまとめしております。

こういった御意見、様々地域の実情なども踏まえまして、16ページが今回の事務局案ということにしております。

「令和8年度医学部臨時定員の配分・調整方法について」ということで、①から③の調整を行うことにしております。

医師多数県の臨時定員の調整ですけれども、医師多数県については、医師少数県・中程度県と比較して、臨時定員を確保する必要性が低い一方で、地域の実情や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、医師多数県の臨時定員については令和7年度臨時定員から令和6年度臨時定員に0.2を乗じた数を減算した上で、以下の調整を行うこととしております。

以下の調整というのが、1つ目ですけれども、恒久定員100名当たり、令和8年度までに恒久定員内地域枠を4名以上設置するなど、さらなる県内の偏在是正が必要な医師多数県については、令和6年度臨時定員に0.1を乗じた数を復元してはどうかということとしております。

また、この復元に加えまして、以下のいずれかの要件に当てはまる医師多数県については、令和6年度臨時定員に0.1を乗じた数を復元してはどうかということとしておりまして、いずれかとは、要件が2つありまして、若手医師の割合が全国下位2分の1の場合、高齢医師の割合が全国上位2分の1の場合ということとしております。

②ですけれども、医師少数県については、医師多数県・中程度県と比較して、現状の医師が少ないだけではなく、若手医師についても少ない傾向があることから、臨時定員の要件を満たしつつ、教育・研修体制が維持される範囲内で、令和7年度比増となる意向がある場合には、原則、意向に沿った配分を行う。なお、恒久定員内地域枠を一定程度設置するなど、更なる県内の偏在対策に取り組むことが望ましいとしております。

③ですけれども、①②の対応を行った上で、臨時定員の総数が令和7年度臨時定員総数に達していない場合には、恒久定員100名当たり、令和8年度までに恒久定員内地域枠を4名以上設置するなど、さらなる県内の偏在是正が必要な医師少数区域のある医師中程度県については、令和7年度比増となる意向がある場合、医師少数区域など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としております。もう一つが、臨時定員研究医枠の令和7年度比増希望がある場合には、その趣旨の範囲内で配分を行う

こととしております。

こちらが令和8年度の配分方針の事務局案でございます。

次の議題ですけれども、17ページ以降、「令和9年度の医学部定員の方向性について」、まず「今後の医療需要について」です。

18ページ、「日本の人口の推移」でございます。

日本の人口は、近年、減少局面を迎えておりまして、2070年には総人口が9000万人を割り込んで、高齢化率も39%の水準になると推計されております。

19ページ、2020年にかけて、高齢者の急増があったということでございますが、今後、2040年にかけては、生産年齢人口の急減が特徴ということでございます。

20ページでございますけれども、2040年の人口構成を特に地域ごとに見てみると、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域があるということでございます。

21ページ、「近年の入院受療の推移について」ですけれども、入院受診延べ日数は減少傾向にあり、また、病床利用率についても低下してきているというのが状況でございます。

22ページ、医療需要の変化を見ておりますけれども、入院患者数については、全国では2040年にピークを迎えることが見込まれております。330ほどある2次医療圏別で見ますと、既に2020年までに98の医療圏、また2035年までには236の医療圏がピークを迎えることが見込まれているということでございます。

23ページについては、外来需要の変化を見ておりますけれども、全国では外来患者数は2025年、今年にピークを迎えることが見込まれていて、既に2020年までに224の医療圏で外来患者数のピークを迎えているということでございます。

次のページ、「2040年の医療需要について」ということで、特徴として85歳以上の高齢者の救急搬送が増加して、在宅医療需要も増加してくることが見込まれております。

25ページ、「高齢者の急性期における疾病の特徴」をお示ししております。15歳～65歳の方と比べると、85歳以上の急性期入院に関しては、医療資源を要する手術は実施することが少なく、疾患に関しても種類は限定的であるという特徴があるということでございます。

26ページ、2040年における診療領域別の手術件数の変化を構想区域別でそれぞれ見ておりますけれども、診療領域全てにおいて、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなってくるということでございます。

こういった医療需要などの変化も踏まえて、27ページ、「新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要」を示しています。

28ページ、「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革」ということで、左側が先ほどの新たな地域医療構想に関するまとめ、右側の緑のところは、医師偏在対策についてのまとめ、そのほか医療DXの推進、オンライン診療の推進、美容医療への対応ということでまとめているものでございます。

29ページからは、「医師養成の状況等」についての資料です。

30ページ、医師の年次推移について、直近の医師統計、令和4年のものと医師の数は全国で34万3千人ということで、直近の10年間で4万人増えてきているというような状況でございます。

31ページ、先ほどの資料の再掲でございますけれども、医学部の入学定員の年次推移でございます。平成20年以降、臨時定員増をしております医学部の入学定員は過去最大規模になってきているというような状況です。

32ページ、生産年齢人口の減少というものがございまして、
「18歳人口千人あたりの医師養成数」をグラフで示しております。2024年度の募集定員で固定した場合に、2050年で見ますと約85人に1人が医学部に進学するということとなっております。

33ページ、直近の医師の需給推計について、将来的には、マクロで見れば医師の需給は均衡してくるとされております。

一方で、地域における偏在への対応が重要ということになっておりますけれども、34ページ以降で「医師偏在への対応等」ということで示しております。

35ページ、医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ、年末に取りまとめている内容の御紹介でございます。概要のところ、まず基本的な考え方を3つお示ししております。

36ページ、具体的な取組の内容をお示ししております。若手のところ、左上ですけれども、医師養成課程を通じた取組と診療科偏在の是正に向けた取組については、この検討会の中で主に御議論いただいていた内容になっているかと思えます。そのほか3つ、医師確保計画の実効性の確保、あるいは地域偏在対策における経済的インセンティブ等、地域の医療機関の支え合いの仕組みといった内容については、主に新たな地域医療構想に関する検討会の中で御議論いただいております。

まず、先行して緊急的な対応として、37ページで重点医師偏在対策支援区域における診療所の承継・開業支援事業を令和6年度補正予算で計上しているということでございます。

38ページ、既存の医師確保対策に関する取組について改めて御紹介させていただきます。

左側が医師養成課程における取組、右側が各都道府県における取組ということと、あと引き続き医師の働き方改革も併せて進めていくこととしております。

39ページですけれども、こういった対応の一つの結果として、若手医師数に関しては、医師少数都道府県において割合、数ともに増えてきているということでございます。

40ページ、二次医療圏別で見ても、若手医師数については、医師少数区域で勤務する割合が増加してきているということでございます。

41ページですが、そういった中、地域枠というものは一つ有効な施策と考えておりますけれども、医学部定員全体における地域枠の割合は14%にとどまっている、恒久定員の中に限って見るとその割合は4%未満であるということをお示ししております。

42ページ、「医学部卒業後の地域への医師の定着に係る意向の状況」ということで、卒後、地域への医師の定着に係る意向の割合を見てみると、地域枠ですとか地元出身者の方はその割合が高いということでございます。

43ページ、「地域枠以外の入学者における卒業大学所在地と臨床研修地及び臨床研修終了後の勤務希望地の一致率」を見ておりますけれども、都道府県別で見るとばらつきがあるというのが現状かと思っております。

44ページ、改めて令和6年度の地域枠の設置状況を都道府県別でお示ししております。

医学部定員の方向性についての議論ということで、45ページですけれども、医学部臨時定員増に係る経緯について、政府の方針の主な内容を時系列にまとめているものでございます。

直近のものとして、一番下の骨太の方針2024ですけれども、2026年度の医学部定員の上限については、2024年度の医学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こととしております。

46ページ以降に関しては、これまで医学部定員に関する意見をこの検討会の中で様々いただいております。少し御紹介させていただきます。

まず、医師偏在対策を進めるべきという御意見ですけれども、医師養成数の在り方と偏在対策は対である。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、それがなくなると削減を行うと、偏在が拡大するのではないかとといった御意見。また、歯科医師ですとか薬剤師は既に供給過剰が進んでいる状況であるけれども、偏在問題がある。偏在対策をしないと、定員を増やしても偏在は解消しないといった御意見。

また、医学部臨時定員を維持すべきといった御意見もいただいていたかと思えます。医師数はマクロで需給が令和11年度に均衡し、将来的に需要は減少局面になるということはそのとおりだけでも、都道府県単位で見ると均衡には程遠いのではないかとといった御意見。地域枠以外の偏在対策を進めないと、医学部定員を減らすには時期尚早ではないかとといった御意見。

次のページ、医学部定員減が必要といった御意見もいただいていたかと思えます。生産年齢人口が減少していく中で、医師だけが増えることは難しく、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。また、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、人口当たりの医師数が増加し総医療費は増加することになって、国民皆保険の堅持への懸念ですとか、医療の質の低下につながるのではないかとといった御意見。また、医師が必要以上に多いと、研修中の医師の教育だけではなく、若手医師を指導する中堅医師のスキルを維持する症例数も確保できなくなり、医療の質の確保の観点で問題になるのではないかとといった御意見。

48ページからが「令和9年度の医学部定員の方向性について」という資料でございます。

まずこちらで今後の医療需要についてと医師養成の状況、医師偏在への対応ということ

で、先ほどまでお示しした資料をまとめております。

こういった内容を踏まえ、49ページで事務局案としておりますけれども、医師養成過程を通じた地域の医師確保の方向性ということで、1つ目、今般取りまとめた総合的な偏在対策については、今後、事業の実施ですとか早期の効果検証などを行って、必要な対応を進めることが重要である。

2つ目、地域の医師確保のためには必要な地域枠を適切に確保することが重要であることから、医学部定員全体の中で、地域における医師確保をより効果的に進める方策について検討すべきではないか。この際、恒久定員内への地域枠の設置を推進する際の課題ですとか、国や都道府県などの関係者における必要な対応をどのように考えるかということとしております。

3つ目、また、地域の医師確保に向け、そのほかの医師養成課程を通じた取組を推進するために、必要な対応をどのように考えるかということとしております。

医学部定員に係る方向性でございますけれども、医師の偏在対策を行いつつ、医学部臨時定員については、生産年齢人口の減少や医療需要の変化などの我が国の置かれた状況ですとか、医学部定員に係る取組の効果の発揮には一定の期間を要することも踏まえると、地域における医師確保への大きな影響が生じない範囲で、適正化を図る方向性が妥当ではないかということとしております。

資料の説明は以上でございますが、49ページ、16ページのところを事務局案としておりまして、こちらについて主に御議論いただければと考えております。

以上でございます。

○遠藤座長　ありがとうございました。

ただいま事務局からも御発言がありましたけれども、事務局提案として2つ出ております。一つが16ページの「令和8年度の医学部臨時定員の配分・調整方法について」でございます。もう一つが49ページの「令和9年度の医学部定員の方向性について」でございます。これは分けて御議論いただきたいと思いますので、まずは前半の16ページ、「令和8年度の医学部臨時定員の配分・調整方法について」について、御質問、御意見等あれば承りたいと思います。いかがでございましょう。

神野構成員、印南構成員の順番でお願いいたします。

○神野構成員　神野でございます。ありがとうございます。

令和8年度の医学部臨時定員の配分・調整方法に関しまして、令和7年度に比べて、細かいところにもいろいろ配慮いただいたということ。特に医師多数県の中の偏在等に対して、あるいは若手、高齢医師等について配慮いただいたことについては高く評価したいと思いますし、そういった意味では、賛成させていただきたいと思います。

16ページまでの資料の中で、令和8年度はいいのですが、令和7年度が最初、(1)で配分結果というのが今回初めて出たと思いますので、このところで質問をさせていただきます。

今回、医師多数県は掛ける0.8、そして医師少数県で希望する少数県に対して足してもいいということでしたけれども、実際に希望したのは群馬と新潟しかなかったわけです。しかし、6ページの青いところは皆さん不足している不足していると声を大きく上げているにもかかわらず、群馬、新潟以外は増えていないというところに関して、何らかの事情というか、これはティーチングスタッフの問題なのか、設備の問題なのか、それからお金の問題なのか等々をきちんと検証していただきたいというのが一つお願いでございます。

それからもう一点だけ、14ページですけれども、地域枠医師、せっかく卒後6年目以降ですので、一番脂が乗り切って、働いていただく気概のある層であります。例えば大阪、佐賀は全員医師多数地域にいらっしゃる。あるいは、80%を多数とすると、沖縄や滋賀、神奈川、宮城、山梨といったところも80%以上が多数地域にいらっしゃる。卒後6年目以上の医師も医師少数県で要らない地域なのか、恐らく今後の配分のところで大きな問題になってくると思いますので、その辺のところの理由、あるいはそういったものの調査をお願いしたいと思います。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

いかがでしょうか。重要な御指摘だと思いますが、事務局のコメントをお聞きしたいと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

神野先生、コメントありがとうございます。

今後に向けたコメントという点もあるかと思うのですけれども、現時点で所感を応答させていただければと思います。

まず1点目が、令和7年度の配分に関しまして、医師少数県とされているところが医師が不足しているということであるにもかかわらず、手挙げが少なかったのではないかなという御指摘だったかと思います。

これにつきましては、都道府県に対する意向調査をさせていただいて、手挙げを求めたわけなのですけれども、その理由については実は詳細がつかめていない部分もございます。ですので、その意向を今後も聞いていくことになりますけれども、こういった事情があるのかということも可能な限りで確認をさせていただきたいなと思いますし、課題を持っていらっしゃるようであれば、それに対する対応も含めて検討させていただきたいと思っております。

また、少数県、多数県という指標がどうかということもありますが、配置の状況も、それが不必要なのかどうかということも丁寧に見るべきという御指摘だったかと思います。医師偏在指標が、すなわちその地域の実情を完全に示していない部分もあると思いますので、地域それぞれの状況に応じて地域枠の方を配置されていると思いますが、いずれにしても配置の状況も丁寧に聞くことは全体としてお願いを今後厚労省からもさせていただくことになりますので、その配置の状況なども見ながら、必要な医学部定員については、

措置するかどうかよく丁寧に見ながら検討していきたいと思っております。

コメントになりますが、事務局からの回答としては以上でございます。

○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 これから、後でも議題になります令和9年度以降の話をするときに、その辺の事情というのは非常に重要だと思いますので、調査のほうをよろしくお願ひしたいと思います。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、お待たせしました。印南構成員、よろしくお願ひいたします。

○印南構成員 ただいまの神野構成員の御意見及び事務局の回答とも若干絡むところがあるのですが、16ページの医師多数県、少数県に対する若手医師や高齢医師・若手医師の割合の切り方です。ここでは2分の1で切っておられますけれども、簡明といえば簡明なのですが、しかし、そもそも医師多数から少数は3分の1でやっていますね。これを一律2分の1で切るのは、分かりやすいですけれども、グラフを見ると2分の1のところに結構多数の県がひしめいていて、ぱっと見ても東京等の医師多数県を含め、そこまで考慮する必要がないことは明らかですし、それから、2分の1で切るというのは、何となく外から見ると現状維持的なブレーキの役割みたいに見えなくもないです。そういう意味で、もう少しここは工夫の余地があるのではないかと。

例えば医師多数上位3分の1県については、2分の1ではなくて比率を変えるとか、あるいはもうちょっと複雑なことをして斜めに線を引くとか、そういうこともあり得るのではないかと思います。実際の結果がどうなるかというのはここでは見ていないですけれども、そういうことも含めて検討してもいいのではないかなと思います。もし令和8年度で駄目であれば、令和9年度以降、そういう考え方を取り入れるとかにしていきたいと思いますかなと思います。これはコメントです。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、今のコメントに対して何かお考えがありますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

印南先生、ありがとうございます。

まず今回、追加的な配慮というものを①の中に置かせていただきました。これについては、自治体と議論をしながら、医学部定員をどう活用されているかということ、特に多数県の方も含めて意見交換する中で、地域の実情、多数県とされている中にも様々な状況があつて、それを加味するという趣旨でバーの2つ目を追加しているのが現状でございます。

基本的な骨格は令和7年度と変えず、多数県から少数県というところについて、よりきめ細やかにという観点で追加をさせていただいた次第でございます。その基本骨格が、現状からは少しずつ配分をし直すということで、現状維持ではないというつもりで事務局と

しては御用意した中で、相対的に上位2分の1ないし下位2分の1ということで、追加的な配慮を加えてはどうかという手当てでございました。

ただ、今、御指摘いただいた問題意識については様々議論の余地があるかなと思いますので、今後の令和9年度以降の配分のときに、まさにより丁寧にすべきということの宿題として受け止め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。

印南構成員、いかがでしょうか。

○印南構成員 もう少しめり張りをつけるという意味でコメントを出しただけです。

ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

お待たせいたしました。木戸構成員、お願いいたします。

○木戸構成員 私も、令和7年度分の配分について少しコメントした上で、令和8年度の方針について意見を述べたいと思います。

6ページの令和7年度の配分結果の表を拝見しますと、4ページの記載の方針にのっとって配分や復元などが適切に行われたことが読み取れています。神野先生から御指摘があったように、少数県ではやはり人口減少とか教育体制などの問題で、本来はもっと欲しいのですけれども、なかなか地元では育成が難しい場合も予想されるかと思いますが、そういう声はなかったのか私も疑問に思っていました。そうした場合、例えば教育体制に余裕のある多数県などの大学に少数県の分の地域枠定員を引き受けていただくとか、そういった取組も将来的に検討できないかなと思いました。

あと、令和8年度の16ページの配分の考え方の事務局案に関しては、おおむね賛成いたします。ただ、都道府県によって採用人数のもともとの規模がかなり異なりますので、復元における恒久定員内地域枠の人数の条件、4人となっていますけれども、これについては検討が必要ではないでしょうか。例えば東京でしたら、全体で1,400人以上の定員があるところで、恒久定員内地域枠は5人ということで、簡単に復元できてしまうのですけれども、偏在是正のために、恒久定員内地域枠や地元出身者枠を将来的に増やしていきたいという方針であれば、一つの提案としまして、恒久定員内地域枠の人数ではなくて、全体の割合としたらどうかということを申し上げたいと思います。例えば4人以上ではなくて、全体の5%とか、将来的に10%とか、そういったことで敷居を上げて増やしていくインセンティブをつけるべきだと思います。

皆さんがおっしゃるように、資料の13～14ページを見ますと、多数地域に行っている黄色のところが多過ぎます。地域枠ができてもう10年以上になりますが、これではやはり効果が出ていないというのは当たり前だと思います。本来の趣旨に沿った配置ができていない都道府県におきまして、地域医療に関わる人材を育てるための教育とかキャリア支援の体制が不十分な可能性があります。地域枠医師の配置状況の実績を重視して、地域枠の本来の趣旨に沿って対応しているところとそうでないところで、もともとの配分

に差をつけるべきではないかと私も思います。

ただ、これは次の議題 2、3 にも共通することでもありますけれども、地域枠医師に本来のミッションを求めるのであれば、本人のキャリア形成、生活支援、待遇などについて、それなりに配慮して定着を図り、そして本人がスキルアップを図りながら、誇りを持って地域医療に貢献できる、その環境づくりとセットであるべきです。

一つ、最後に質問なのですが、今回始まったこうした臨時定員地域枠の配分変更によって、偏在対策において将来的にどの程度の効果が見込めそうなのかについて、事務局において現時点で何らか試算されているのかをお伺いしたいと思います。地域枠医師の配置状況がどの程度今回の取組で変化するのか、実際に効果を判定できるのは10年以上先になりますが、ある程度のシミュレーションはあるべきではないかと思っています。

私からは以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

前半は御意見でありましたけれども、それに対するコメントも含めて御質問にお答えいただきたいと思います。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

木戸先生、コメントありがとうございます。

まず、恒久定員内地域枠の設置というものが非常に重要であるというような御指摘の中で、本検討会でもそういった御指摘を踏まえながら、いろいろと各大学の取組を紹介したりということもさせていただいてきておりますが、インセンティブのような設計をとということだったかと思っています。

1点補足させていただければと思うのが、今回、16ページ目の①のバーの1つ目に関しまして、これは令和7年度とも同様でございますけれども、こちらは100名当たり4名以上ということでありまして、まさに木戸先生の問題意識である割合ベースといえますか、恒久定員が多ければそれだけ多くつけていただくということを少なくともお願いしているようなものになってございます。

一方で、4という数字も去年から設定させていただいていて、これのスレッシュホールドの在り方がどうかということも議論としてあるのかもしれないですけれども、一旦先生の問題意識に応じた形で設定をさせていただいているのかなと事務局としては考えております。

また、環境づくりをといるところもある種コメントだったかと思いますが、後半の議題かもしれませんけれども、先生の問題意識と同じとおりで、いわゆる一般枠というものも多々ございますが、こういった方々をどう定着させるかという議論がもう少し深めることができればというのが事務局からの思いでありまして、後半の議題での御指摘を踏まえて、次回以降の議論でより深掘りをできるような準備ができないかというのが今回の御提案でございました。

それから、地域枠の効果につきまして御質問をいただいたかと思っています。回答としては、今、シミュレーションとしてお出しできるものがないところではあるのですけれども、ま

た、医師養成過程の取組を様々やっている結果にはなるのですけれども、例えば39ページ目とか40ページ目にございますような若い人の動きを見ますと、比較的医師少数県に増えている数が実数としてもあるいは割合としても高いということがございまして、医師養成過程の取組は、臨時定員の地域枠の取組もございますが、シーリングとかそのほかの取組もございますので、総体としての結果かと思うのですけれども、こういった傾向があるということでございます。

配分の見直しはあくまで10とかそういうオーダーですので、大きくこの値が変わるということはないと思いますが、より効果的に偏在対策をしていただく観点で、配分の見直しというのは随時やらせていただいているところであります。

シミュレーションに関しまして、どのようにできるかという答えが今はないので、事務局で預からせていただいて、今後の議論に資するように御用意できればと思っております。

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、いかがでしょうか。

○木戸構成員　分かりました。シミュレーションなど、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。

では、お待たせいたしました。小笠原構成員、お願いいたします。

○小笠原構成員　先ほど神野構成員からあった13ページと14ページ、私もちょっと気になったのは、このタイトルに卒後3年目以降とあるのですが、以降という言葉が、3年目なのか、10年目、20年目も入っているのかよく分からない。3年目の人をワンポイントで調べたのか、複数年調べたのかが分からなくて、なぜこんなことを言うかというのと、例えば岩手県で3年目に専門医の基幹病院に行って、4年目に地方に出るとかはしょっちゅうやっているんで、9年間の間に何年間はどこに行くと全部決まっているので、例えば間で大学院に入ることも可能なのです。また7年目に大学院に入るとかもあります。ですので3年目とか6年目というのがあまり意味がないのではないかと。

それよりも、きちんと履行しているのか。地域枠医師が言われた年限をちゃんとちゃんとやっているのかという数字を出してくれたほうがわかりやすいと思います。ちなみに岩手県は履行率が100%なのです。ただ、半数ぐらいは大学に來たり、盛岡の基幹病院に來てやっていて、あとの半数は沿岸に行くとか、それを全部管理しているのです。病院の規模によって何年以内という決まりも全部あるのですが、そういうやり方をしないと、この数字の意味はあまりないのではないかなと。履行しているのかどうかという数字で、あるいは、各都道府県で多分決まりが違ふのです。その中で規定通り履行しているのかが重要で、13ページ、14ページを見ていて何の意味があるのかなと私は思ったのです。これを基にやるというのは、あまり筋が通らないと思うのです。

○遠藤座長　取りあえずそれについて、事務局、3年目以降の読み方及びこれの意味、目的、それから御発言もありましたので、それに対してもコメントがあれば含めてお答え

いただければと思います。どうぞ。

○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。

13ページ、14ページにつきましては、都道府県への意向調査を基にデータを取っているものでございまして、令和6年度、4月1日時点で3年目以降、つまりワンポイントではなくて3年目、4年目、5年目、それ以降の先生も含めて地域枠の方がこういったところに配置されているかというものを集計したデータになっております。都道府県の配置をしている方ということになりますので、義務履行中の方という認識でございます。地域枠の運用を見る一つの指標にはなるのかと事務局としては考えているところでございます。

○小笠原構成員 これをやるとしたら、都道府県で履行年が違いますね。恐らく違うと思うので、それを何%やっているのかとやったほうが私は正しいような気がするのです。

我々のところでは、今、何人の方がこの履行期間の何%を履行しているのかという数字をそれぞれ個人ごとに出しているわけです。そうするとこの方はまだ10%で、あと90%はやらなければいけないねということが簡単に分かるわけで、そのような数字の出し方をしないと、何となくそれだと都道府県によって履行の条件が違うのではないかなと私は思うのです。全国统一ではないですよ。

○遠藤座長 事務局、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 事務局でございます。どうもありがとうございます。

おっしゃるとおりで、義務履行の条件や年限が、おおむね9年が多いとは思いますが、違う場合もありますし、途中の留学とかのカウントを除外できるケースとか、いろいろ多様なかなと思っております。

他方で、先生の思っているようなデータがどう取れるかというのは、まだ私もイメージが十分つかないところであるのですけれども、おっしゃったような履行の割合であったりもお示しすることは恐らくできるのだらうと思っております。他方で、配置状況自体はクロスセクショナルなデータではありますが、何となくどこに配置されているのか自体の参考にはなるのかなと思いますので、追加的にどんなデータが出せるかというのは、少し先生の御指摘を踏まえて今後考えさせていただければかなと思っております。

○小笠原構成員 分かりました。

○遠藤座長 ありがとうございます。

会場で何かございますか。よろしいですか。

それでは、引き続きまして、中村参考人、お願いいたします。

○中村参考人 知事会からの参考人の中村でございます。

私からは、16ページの令和8年度の医学部臨時定員の配分方針についてなのですが、医師少数県の意向に添った配分というのは、令和7年度から引き続きできるようにいただいているということとともに、先ほど来話がありますが、医師多数県にありましても、一律に充足しているとかそういうわけではなくて、県内での偏在であるだとか、それから年齢構成の偏りがあるといった事情がある、そういった課題があるというようなこ

と、その状況に配慮されている。医師少数県、多数県の両方のバランスに配慮したような案であるというように理解をしております、そういった意味で方向性としては賛成であるということを申し上げさせていただきたいと思います。

以上でございます。

○遠藤座長　ありがとうございました。

ほかに御質問、御意見等ございますか。よろしゅうございますか。

大体一通り御意見を承れたと思います。

それでは、16ページの令和8年度の医学部臨時定員の配分方針につきましては、私が伺った限りにおいては、おおむね賛同いただけたのかなと思います。ただ、一部御意見もありましたので、その御指摘、御意見をこの中にどのような形で盛り込んでいくのか、いかならないのかも含めて、もしよろしければその辺は座長に一任していただければと思いますけれども、そのような対応でよろしゅうございますでしょうか。特段反対の御意見もないかと思しますので、そのような対応をさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

それでは、続きまして、後半の49ページの「令和9年度の医学部定員の方向性について」について、御意見、御質問等いただければと思います。いかがでございましょう。

それでは、神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員　お正月明けに私どもの全日本病院協会で理事会とか支部長会をやりました。そのときに、本題に関わる「皆さんの病院では医師が不足していますか、足りていますか」という質問をしたら、東京都内の中小病院も含めて、みんな足りないと言っております。

それから、地方のほうはもっとひどくて、先ほど、これから外来需要が少なくなるという話もありましたけれども、開業医さんが高齢化して辞めるとか、あるいは病院が小さくなるとかということで、集約化というか、医師がいる病院が大変な目に遭っていると。外来患者さんを逆紹介で外に出すにも出せないといったような状況もあるということがありました。

そういった意味では、先ほどの令和8年度の話はもうお尻が見えておりましたけれども、令和9年度の話ですので、これに関してはしっかり議論していきたいなと思います。

49ページにありますけれども、一番上に、総合的な偏在対策については、早期の効果検証等を行いと一文を入れていただいております。昨年暮れの総合的なパッケージの効果検証と医学部定員というものは対であると思います。

それから、下の医学部定員に係る方向性といったところでも、一番下にありますけれども、地域における医師確保への大きな影響が生じない範囲でといったところを入れていただいております。これは入れていただいたことを感謝するとともに、ここのところをしっかりと見極めていただかなければいけないのかなと思います。

そして、2つ提案でございます。

今後についてですけれども、今日は堀岡企画官もいらっしゃいますけれども、一つは医

学教育の話であります。例えば大学教授の数を考えると、内科はナンバー内科あるいは臓器別内科がありますので、たくさんいらっしゃるわけです。外科も同様であります。一方で、総合診療といったようなところは、恐らく教授が一人ということではないのかなと思います。

何が言いたいかというと、医学部に入ったときには地域医療に貢献したいというふうに入って、あるいは総合診療をやりたいというふうに入った医学部生が、卒業するときはみんな臓器別専門医になっていくというようなことは、医学教育の中に、総合診療等、これから地域で必要な医師等の教育のところの一つ問題があるのではないのかなと。その辺のところを何とかしていかなければ、幾ら臓器別専門医をつくっても、地方では逆に必要ない人たちかもしれないと思われまう。

2つ目、これも医政局のほうでいろいろな審議会でやっておりますけれども、オンライン診療であります、都会におけるオンライン診療と医師不足地域におけるオンライン診療は条件を変えたほうがいいのではないかなと思います。

具体的に言うと、医師不足地域においては、都会からでもどこからでもオンライン診療をやってもいいと。その代わりに、いざというときの救急、あるいは、いざというときにはどこかの病院あるいは医療機関にしっかりとバックアップをお願いするというような、少し都会型のオンラインと田舎型のオンライン、今、オンライン診療、医療DXのほうでも、医師が常駐しないオンライン診療所を認める方向になっていると思いますけれども、医師偏在、あるいは医師養成と非常に絡むところだと思いますので、その辺のところをよろしく御検討いただきたいという注文でございます。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

御提案、御意見でございました。事務局、何かコメントはありますか。お答えできる範囲で結構でございますので、よろしくお願いします。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

コメントになるかもしれませんが、神野先生、重要な御指摘、御提案をありがとうございます。

まず、どう対応できるかということも含めて考えていきたいなと思っていまして、総合診療ないし医師のキャリアパスみたいなのところの中で、医学教育とも関連させながら議論すべきではないかということと、オンライン診療に関しまして、今日、文科省からも来ていただいておりますけれども、関係の部局ないし省とよく議論しながら、何かたたき台とかいろいろ御提案したいと思ひますし、また、先生方からも、こんな課題やこういうニーズがあるということも伺わせていただきながら、深掘りをさせていただければなと思ひております。

コメントになりますが以上でございます。

○遠藤座長 オンライン診療については何かコメントございますか。

○和泉医師養成等企画調整室長 都会と地方で少し条件を変えてはどうかという御指摘だったかと思います。具体的にどういう活用があるのか、今のオンライン診療指針の中で難しい課題となっているところが具体的にあるのかどうかといったところも伺わせていただいて、どういう見直しが必要かというところは考えさせて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ということにさせていただきたいと思います。

それでは、お待たせいたしました。小笠原構成員、お願いいたします。

○小笠原構成員 意見です。

2つ目の恒久定員の話なのですが、私、私大協代表なのですが、私立大学と国公立を別に考えていただきたい。何を言いたいかというと、岩手県は私立大学である岩手医大しか医育機関は存在しない。あるいは、栃木県は、自治医大はもともと全国から来ますので、獨協医大から県内に地域枠医師を送っていると思います。国立大学が複数豊富にあるところはいいのですが、私立大学が多い場合、首都圏も多いのですが、そうなったときに恒久定員内の地域枠をつくれと言われても、全部今の臨時定員を減らされて、恒久定員の中につくれと言われたときには、当然そのお金をどうするのだという話になってくると、そもそも恒久定員数が今のままで正しいのかという議論は全くされていないのです。岩手県は35人、実は臨時地域枠があるのですが、恒久定員は95人しかない。もし全部臨時地域枠を減らされて、恒久定員の中でつくれと言ったら、大変なことになるのではないかなと。95人のうち30人地域枠をつくれと言ったらちょっと無理があるかなと。

私立大学と国公立とでお金の出どころが違うわけですので、学費も違うわけですので、この中の対応をどのように考えるかと書いてあるので、その辺も考慮していただける文章だと、そういう議論をしていただける文章だという理解を私はしていますけれども、意見ではないのですが、今、質問になって申し訳ないですけれども、そういうこともこの文章の中に考慮されているという理解でよろしいでしょうか。

○遠藤座長 それでは、事務局、お願いいたします。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

49ページ目の上の隅つき括弧に入っている3つの○については、今日の御議論、御指摘などを踏まえてさらに深掘りをするということなので、特段スコープを狭めているものではございませんので、先生の問題意識である私大と国立大というところ、公立大もあると思うのですが、そういった中で関係者がどう考えるかというのは一つ論点としてはあり得るかなと思いますが、お金の出どころといった議論をするのかどうかについては、事務局で何が用意できるかというのがございますので、検討させていただければと思いますが、御質問のスコープとして、大学の設置主体によって状況が違うのではないですかということについては今回受け止めさせていただいて、何がどう準備できるかというのは考えさせていただきます。ありがとうございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

○小笠原構成員 もう一ついいですか。先ほどの質問と似ているのですが、例えば専門医が欲しいのか、総合医が欲しいのかという議論があったのですが、新潟もそうだと思うのですけれども、専門医であっても、総合医として働かざるを得ない地域は地方ではいっぱいあるのです。例えば外科だからといって、全部外科の医者に肺炎を診てもらうということも実際に岩手県の沿岸で普通にやっています。あるいは、私は脳外科医ですけれども、脳外科の医者がそういう肺炎の患者さんを全部診ている病院もあります。

専門と総合医を両方やりながら地域医療をやっているところは、恐らく多く現実的には田舎では存在するのです。今、教育の話をされましたが、それは意識の問題ではないかなと私はいつも思っているのです。普通にその地域に入れば、そのような医療体制なことはもう学生は分かりますので、それに対して、教育しなくても実際に臨床実習に行けばもう全部見ているので、多分そういうことを学生のうちから見せれば、自然と両方やらなければならないのだなということを地域卒の学生は分かります。岩手県ではその辺のところはそんなに大きい問題になったことは実はあまりないので、講義でやるよりも現場を見せたほうがよほどいいのではないかなと思っています。そういうやり方でクリアできるのではないかなと思って聞いていました。これは意見ですので答えは要りません。

以上です。

○遠藤座長 御意見として拝聴いたしました。ありがとうございます。

それでは、木戸構成員、お願いいたします。

○木戸構成員 ありがとうございます。

令和7年度、令和8年度の検討におきましては、時間的余裕がないので、現状からどう増減するかの話にとどまって、ある程度現状維持的な配分となったように感じますけれども、令和9年度以降につきましては、人口動態などデータに基づいた医療需要の変化を見込んで、もう少し踏み込んだ取組を提案していくべきであると思います。そうでないとこの検討会の意味がないと思います。そこで、48～49ページにある事務局案の方向性につきましては、今後検討すべき課題がしっかり書き込まれており、この方向性で今後議論を進めていくことには賛成したいと思います。

この資料の随所に、我が国の医療を取り巻くこれからの深刻な状況が書き込まれておりますが、不確定要素も多い中で、人口が減少していくこと、これから毎年90万人、今後100万人単位で人口が減っていくことは動かし難い現実であります。少子化も予想を超えて加速しており、昨年も70万人を割りました。18歳人口が激減する中で、医学部に限らずどの分野におきましても、教育体制の改革、大学の総定員の見直しや、場合によっては統廃合も検討しなければならない、そういう事態が生じてくる可能性もあります。

特に医学部におきましては、参加型臨床実習が今、必修となりましたので、本人、それから指導医の努力はもちろん、患者さんたちにも御理解、御協力をいただいて医師を養成する必要があります。それなりに手間もかかります。もちろんその先の専門医の取得におきましても一定の症例数の経験が必要ですので、研修におきましては、患者さん方の御理

解や協力が欠かせません。医師を養成する上におきまして、頭数をそろえるのではなくて、ある程度経験を積んで、場数を踏んで、いわゆる使える医師を育てることが最も必要であります。

また、ここ数年におきまして、患者さんの減少、人口減少に伴うものによって、それから物価上昇におきまして、多くの病院、特に高度な医療を提供するところや大学病院などで、億単位、場合によっては数十億単位の赤字が出て、今やもう存続の危機が迫るほどの経営状況になっていると伺っております。医師をはじめ、そこで働く医療従事者におきましては、世間と違って逆に報酬や賞与のカットが現実的に行われているところも少なくありません。これからも年間9,000人を超える医師を養成するだけの余力や患者数が確保できるのかについては、私たちはよく考える必要があるのではないのでしょうか。

そこで、検討を進める上で、大学の経営者、現場の教員、医学生、受験生、関連病院をはじめとする医療機関の経営者やそこで働く医療従事者、自治体の首長さん、地域住民、患者さん、様々なステークホルダーの方がおられますので、この問題におきまして必要に応じてヒアリングを行うなど、様々な立場から多様な御意見を伺って、それぞれがある程度納得感を得られるように施策を取りまとめていくことが最も大切ではないかと思えます。

私からは以上です。

○遠藤座長 貴重な御意見どうもありがとうございました。

ほかに御意見ございますか。

それでは、坂本構成員、お願いいたします。

○坂本構成員 ありがとうございます。

2つ意見を申したいと思えます。

一つは地域枠についてです。本日の42ページの資料を見ると、地域枠の方や地元出身者は、地域の医療に携わりたいという意向があるということをはっきりしていますが、41ページの資料を見ると、地域枠の割合はまだ少なく、恒久定員内の場合、4%未満となっています。

地域枠の割合を増やすことには様々な意見があるということは、この会議で聞いております。ただ、その中であって、例えば第6回の会議で報告があった宮崎大学の事例があると思えます。宮崎大学の事例では、臨時定員を減らして、つまり総定員を減らし、一方、恒久定員内の地域枠を増やしたということがありました。これについても、今までの議論を伺うと、いろいろな御意見があると思えます。

ただ、先ほどから教育のことが何度も出てきておりますけれども、宮崎大学では入学前に地元の高校の教員も含めて、地域枠の説明を非丁寧に行っていると伺いました。さらに入学後も、人数を少し減らしたことなどによって、指導の質の向上を期待されているとの報告もありました。ですので、今後、地域枠をより細かく見ていく上では、実際にどのようなことが教育を含めてなされているのかということにも注目していくべきではないかと思っております。

もう一点は若手医師についてです。39ページ、40ページに、35歳未満の医療施設従事者医師数が、医師少数都道府県では、医師多数県に比べて増えているというデータがあります。これは希望の持てるデータではありますが、しかし、先ほど木戸構成員がおっしゃったことにもつながるのですが、35歳以降もこの地域で働き続けられるのかどうかということにも注目すべきではと考えます。35歳以降に子育てをしたりとか子供の教育のことがあったときに、この地域で本当に暮らしていきたいと思うのか、暮らせるような環境になっているのかということが、この方たちがここで定着していく上で非常に重要な点になってくると思います。

これについては、この方たちが35歳になってからの方策ではなくて、その前の医師の養成の段階から、そこで働き続けられるような形を今後考えていくべきではないかと考えます。

49ページにある事務局からの御提案について、私は、今後、このようなことも含めて考えていけるといい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。

貴重な御提案、御意見をいただいたと思います。どうもありがとうございます。

それでは、中村参考人がお手を挙げておられますので、よろしくお願いいたします。

○中村参考人 ありがとうございます。

私からは、令和9年度の医学部定員のところにつきまして、先ほど神野構成員もおっしゃっていましたが、今回、46ページのこれまでの主な御意見の2つ目のポツにも掲載いただいておりますが、医師の採用数の減少に直結するようなことが医師増加ペースの見直しにはあり得る話なのかなというポイントがあるので、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ことを改めて申し上げさせていただきたいと思います。

資料49ページの案につきましては、こちらも神野先生がおっしゃっていましたが、地域における医師確保への大きな影響が生じない範囲でというような文言を入れていただいているところですので、これが一気に性急に定員削減とかというような趣旨ではないとは思っているのですが、そういう地域の状況といったところでしっかりと意見を聴いていただきながら、丁寧に議論を進めていただければなと考えております。

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。貴重な御意見として受け止めさせていただきます。

ほかにいかがでございましょう。よろしゅうございますか。

お手を挙げておられますね。それでは、今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 日本医師会の今村です。

令和9年度の医学部定員の方向性ということで少し将来のことについて、本日の御意見をいろいろお聞きしていても、将来どういうエンドポイントを考えていくのかとか、

むしろそこが不確かになったのではないかと思います。地域によってかなり考え方が違うというお話も本日ありました。診療科の偏在についても、総合診療医が非常に必要だという地域もあれば、専門医が地域に行ったら総合診療的なこともできるのだというような御意見もありました。

また、時間軸では、これから少子化が進むということを考えれば、医師少数区域が将来本当に少なくなっていくと、35歳以上の医師が本当にそこで続けられるのという御意見もあり、恐らくそこでずっと診療を続けていくということを考えれば、その人口が増えていかないといけない。ただ、それは現実的ではないと。

そうしたときに、今の議論は、医師少数区域における医師の定着というところが一つのエンドポイントとして考えられているのだけれども、若い先生方に一生そういった医師少数区域で働く、定着してもらうということが本当に今後も可能なのかなと思います。鹿児島県は甕島で一生尽くしてくださった先生もいらっしゃったのですけれども、今後の若い先生方にそこまで期待して医学部定員を考えるのかということそれは厳しいとしたときに、定着以外の何らかのエンドポイントというのは考える必要があるのではないかと思います。この辺りは当然ここでの意見というか、ここで答えが出るわけではございませんけれども、むしろ将来どこを目標にするかということ、医師偏在対策を含めてなのですけれども、その議論がいずれ必要になると考えます。これは意見ということで、よろしくお願いします。

○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。ありがとうございました。

それでは、国土構成員、お手を挙げておられます。

○国土構成員　ありがとうございます。

私、皆さんの今日のこれまでの議論を、もっともだということですと拝聴しておりましたけれども、令和9年度以降ということであれば、これまで、そろそろ少し減らさなければいけないというデータをずっと示されている中で、49ページの御提案では具体的にはどうするか、どうゆう方向性かというのが書かれていないので、それで本当に大丈夫なのかというのをちょっと感じました。本当に難しい問題だということは理解しましたが、もう少し令和9年度、令和10年度にむけてどうするかという方向性を示す必要があると思います。これだけ見ると問題は列記されていますが、だからどうすればいいのかという方向性が分かりにくいと思いました。

あと1点だけ、医師の高齢化もこれから大きな問題だと思います。最初のところで私、言えなかったのですけれども、令和7年度を見ると、多数県の中でも例えば長崎とか奈良とか、そういう県の定員は減らされるわけです。一方、長崎、徳島は医師の高齢化率が非常に高い。多数県の中でも地域偏在があるということはもう言われているわけですが、高齢医師の比率も考慮する必要があります。実際、75歳になると、調べていただきますと、半分の医師はもう医師の仕事をしていないというデータが出ています。シミュレーシ

ョン、つまりこれから5年、10年ぐらいの間に多数県でも医師の年齢を考慮すると実際どういうことが起こるのかは予測ができると思いますので、そういうデータもそろえていただければいいかなと思いました。

以上です。

○遠藤座長 ありがとうございます。

事務局、何かございますか。特に前半、具体性がやや欠けるのではないかというニュアンスのお言葉でありました。

○和泉医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

国土先生、コメントいただきありがとうございます。

49ページ目につきましては、まず令和9年度の話でございますので、少し先といいますか、先といってもじきに議論させていただくことになるのですが、募集定員の方向性として、まず2つ柱を置かせていただいて、上が要すれば先ほど今村先生にも補足をいただいたように、地域の定着も含めた医師の確保に向けた議論の深掘りが必要なのではないかと、いうところが一つ置かせていただいたことで、ここは具体性というよりは、ぜひ先生方の意見、今日いただいた意見を次に展開させていただいて、深掘りをさせていただく芽出しということでございました。

一方で、定員そのものの方向性については、下側の隅つき括弧に書かせていただいておりまして、先生方からも御指摘いただいたように、我が国を取り巻く状況を踏まえると、ある程度適正化を図るという方向性については取らざるを得ないのではないかと、いうことの中で、他方で、地域における医師確保の状況というのは様々ございますので、こういったものを十分見ながら対応していくことが妥当ではないかという方向性を出させていただいたところです。

具体的などれぐらいなのかということをもう少し明確化すべきではないかという御指摘だったかと思いますが、この段階にありましては、一旦、ある種上限の方向性みたいなものを少し方向づけられれば、現状としてはよろしいのかなと思っておりまして、今後具体的にどのような形で、また配分なのかというところを来年の今頃議論させていただくところに向けて、上の隅つき括弧の中身のところも深掘りをしながら、配分の方向性を固めていくという段階でございますので、現状につきましては少し抽象的というか、大枠の話だけをさせていただければなということで、事務局案を御用意した次第でございます。

明確ではないのですが、お答えをさせていただきます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

それでは、横手構成員がお手を挙げておられますので、よろしくお願いします。

○横手構成員 どうもありがとうございます。

もう既に様々な御意見は出尽くしたところかと存じますが、3点ほど加えさせていただきます。

まずは医学部の定員に関して、医師多数県、少数県という分類を基本として様々なこと

が考えられていますけれども、先ほど御意見の中にもありましたが、多数県の中にも非常に高齢化が進んでいるところがあるということ。そうすると実際の医療の現場では、昼間には医師が充足していても、65歳以上あるいは75歳以上の方が増えているところでは、やはり夜間の診療が難しい。特に病院で夜間に当直のできる医師が不足するなど単に総数だけでは測ることのできない視点も地域医療を考える上では必要だということを1点加えさせていただきます。

2番目に本会議は、今、医学部の定員を中心に議論する場であり、入り口、つまり水道の蛇口を開くか絞るか、水をどれだけ注ぎ込むかという部分をフォーカスしています。一方、水槽に水をためるには、水が漏れないようにとか、Aの水槽、Bの水槽に均等に配分されるかとか、それを考えていかないといけない。その中では、これも前半の議論で様々ありましたけれども、本当に病院が立ち行かなくなっている、あるいは開業医さんも高齢化している。そうすると、必要な病床数をどこにどれだけ集約して配置するか、また、それを日頃支えるクリニックをどのぐらいの数、どういう専門性で置くかという検討がなされて初めて成り立つのだろーと思いますから、もう一つの柱である地域医療構想をぜひ改めてしっかりと進めていただきたいということ。そこは単に現場の病院やクリニックの立場だけでなく、強力な国と都道府県のリーダーシップがこれから求められると思います。入り口と出口、配置というところをしっかりと考えていくことがもはや不可欠になってきている、喫緊の課題であるということを改めて申し上げたいと思います。

3つ目、医師の配置なのですけれども、かつて日本では医学部の卒業生がほぼ全員大学病院に、大学に入局していた。千葉県などは都市部と地方部の縮図のようになっていますので、田舎もあれば東京に近い地域もあります。そこで来年は都市部の病院に派遣してあげるので、今年は大変だけれども田舎のほうに行ってくださいというような風に医局に入ったお医者さんがかつては教授が調整していたということがあります。また、若いお医者さんは地方に行くけれども、ある程度の年齢になるとお子さんの教育もあるので、都市部の便利なところで、教育環境のよいところに戻してあげる。そういう配置機能を大学が担っていたのです。

ところが、今そのような運営ができる大学というのは本当に数が少なくなっていて、特に地方の国立大学や外科系などは入局者数が減少して、そのような役割を果たせなくなっている。今すでにそういう状況でございますので、大学が担ってきた機能をほかに補完するような仕組み、地域にどうやってお医者さんを機能別に満遍なく配置するかを本気で考えないと、いくらお医者さんを育成しても地域に行き渡らないというようなことがあると思います。

20年前の臨床研修制度の変更以来失われてしまった機能をもう一度大学に付与するような働きかけをしていただくのか、あるいは、もうそれはこのままで元には戻らないだろうから、法的な部分、あるいは仕組み、制度でこれを補うのか、そのようなことを一緒に考えていくことが、10年後、20年後の日本の医療が崩壊しないためには必要なのではないか

ということを改めてお話しさせていただきたいと思います。

本日の医学部臨時定員の話からは多少外れるかもしれませんが、こういうことがセットで初めて物事が成り立つと思いましたので、少し長くなりましたが発言させていただきました。

以上でございます。

○遠藤座長 重要な御指摘をありがとうございました。今後の議論の非常に重要な参考になるかなと思っております。

ほかにございますでしょうか。よろしゅうございますか。

一通り御意見は承れたかと思えます。

それでは、49ページの事務局の原案でございますけれども、基本的にこの方向性について反対をされた方はいらっしゃらないと認識しましたので、これにつきましては御承認をいただいたということでございますが、それに付加して様々な御意見等々が出されておりますので、事務局としましては、まさにこれを深掘りしていくために、これらの御意見を今後整理して、次回以降の議論に役に立つような形にさせていただきたいと思います。

また、先ほど坂本構成員からお話がありましたように、宮崎の事例ということもございましたが、このような地域の医師確保であるとか地域への定着の事例というものも、ここで報告されたものもありますので、そういったことをさらに明らかにしていただいて、参考になればいいなと思いますので、そのような事例の収集、紹介などもお願いしたいと思いますので、よろしくお願いします。

以上で本日の議題は終了いたしました。

事務局から何かございますか。

○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。よろしくお願いいたします。

○遠藤座長 それでは、本日の議論はこれで終了したいと思います。

先生方におかれましては、長時間どうもありがとうございました。

それでは、本日の検討会はこれにて終了いたします。