

令和 6 年度 第 2 回都道府県医師会長会議（報告）

日 時：令和 6 年 11 月 19 日（火）14：20～16：20

場 所：日本医師会館 大講堂

出席者：田名会長、崎原、國吉

冒頭、去る 10 月 16 日にご逝去された日本医師会理事（大阪府医師会長）中尾正俊 先生に哀悼の意を表するため、黙祷が捧げられた。

1. 開会

城守常任理事より開会が宣言された。

2. 松本吉郎日本医師会長挨拶

日本医師会では、これまでも医師偏在の解消に向けた様々な対策に取り組んできた。医師偏在は一つの手段で解決できるものではなく、多角的な対応が必要である。先日の財政審では、診療所過剰地域の 1 点当たり単価の引下げを行うといった的外れな主張がなされ、明日の記者会見で反論する予定である。一方で、政府・与党で議論中の「新たな総合経済対策（案）」では、医師偏在是正に向けた具体策が示されている。診療所の施設整備支援や中堅・シニア医師のリカレント教育、医師少数地域医療機関とのマッチング、地域卒学生の支援などがあり、リカレント教育や広域マッチング事業は補正予算で実現される見込みである。これらは日本医師会が要望した施策であり、女性医師支援センターのノウハウも活用し推進して参りたい。本日の会議では、実効性のある医師確保策について大所高所からご意見を賜りたい。

3. 議 事 テーマ：「医師少数地域における医師確保について」

安東範明 奈良県医師会会長進行のもと、B グループ所属の 8 都県医師会による討議が行われた。主な意見は次のとおり。

【主な意見】

奈良県医師会

- ① 当県では 2018 年と 2020 年に地域別診療報酬の導入の検討があったが、いずれも実現には至らず、今年の財務省による提案も同様に「過剰」という誤った概念に基づく政策を全国的に展開しようとするものである。偏在解消にはならない。
- ② 医師充足地域では診療科や医療機能ごとの偏在対策を検討し、不足地域では医療アクセスの向上に取り組むことが重要である。また、多面的な議論が求められるため、都道府県主催の地域医療対策協議会の活用が適切である。ここでの丁寧な検討を通じて実効性のある偏在対策を進めるべきである。

岩手県医師会

- ① 当県は医大が1校しかなく、医学部卒業生の県内定着率は約40%と低水準である。また、医師不足が顕著で、「医師偏在指標」では全国最下位に位置している。
- ② 県は、奨学金制度を活用した医師養成と計画的な配置を進め、特に周産期・小児医療や救命救急体制の確保に注力している。さらに、臨床研修医や専攻医の受け入れ環境整備や症例の集中による研修の充実を図り、医師確保を目指している。

茨城県医師会

- ① 当県も人口10万人あたりの医師数が全国で下から2番目という医師少数県である。多くの医学生が都市部に戻り、地域での医師確保が困難である。さらに、医師の高齢化や若手医師の減少、働き方の多様化が課題である。これにより、地域医療の担い手不足が深刻化しており、効果的な対策が急務である。
- ② 短期的な対応としては、地域内の医療ネットワークの強化、遠隔医療やAIの活用、代診サービスの構築、リタイアされた医師の活用が有効と考える。長期的には、医師の養成期間を見据えた人材育成。また、若手医師の地域定着を促進するインセンティブや、時代に即した大学医局制度の再構築も必要と考える。

東京都医師会

- ① 東京都の医師不足問題は、偏在指標では過剰と見られがちだが、人口当たりの医師数や病院勤務医数では他県を下回る点があり、医療需要との乖離がある。特に西多摩や島嶼部では医師不足が深刻であり、今後、都立病院の役割強化が必要と考えている。また、美容系診療が多い都市部の特殊事情や人口が減らないまま高齢化の進展による医療需要の増加も課題である。
- ② これらの解決には早期教育にて地域医療への関心を高めてもらうことが重要である。また、医師少数地域における医師確保には、地域医療機関と東京都、特に都立病院が基軸となり連携し、地区医師会や東京都医師会がサポートする仕組みが必要である。また、オンライン診療を円滑に運用するためには、地域の医師と東京の医師との密接な連携を前提とした仕組みづくりが求められる。

三重県医師会

- ① 三重県は、人口10万人あたりの医師数が全国平均を大きく下回り、特に内科・外科・小児科・麻酔科などで不足が深刻である。また、麻酔科や形成外科、救急科は全国最下位である。しかし近年、三重大学と行政の協力により医師増加率は全国平均を上回っている。当大学の地域枠制度は3種類あり、卒前と卒後、それぞれ1回ずつ誓約書を提出して貰うなど、定着率の向上を図っている。
- ② 10年先を見据えた偏在対策が急務で、救急科や総合診療科の医師育成には指導医とセットでの派遣が必要と思う。地域枠学生の診療科選択は、先ず総合診療科・総合内科・一般外科の3科からスタートするようなシステムにしては如何か。

岡山県医師会

- ① 医師偏在是正に向けた総合的な対策パッケージの中で指摘されている、若手医師が美容外科などに集中している現状を踏まえ、何らかの規制や対応が必要だと思う。
- ② 本県は医師多数県ながらも偏在が顕著で、医師少数区域の改善が急務である。具体策として、地域卒卒業医師及び自治医科大学卒業医師の配置増員、岡山大学との連携、女性医師の勤務環境改善などを進めているが、全員が本県に残る保証はなく、長期的な対策も必要である。また、地域医療の重要性を学生時代から教育し、関心を継続させる仕組みも必要である。松本会長の指摘のとおり「魔法の杖」のような即効策はなく、包括的な取り組みが偏在対策の鍵である。

愛媛県医師会

- ① 医師少数地域における医師確保には、全国一律の基準ではなく、各地域の特性と需要を考慮した対応が必要である。一県1医大構想は医師充足を目指したが、平成20年頃から医療の高度化に伴い医療崩壊が出てきた。現行の医学部定員数を削減すべきという考えに強い危機感がある。
- ② 特に、新臨床研修制度が医局制度の崩壊を招き、地域医療の基盤を弱体化させた。医局制度を礼賛するつもりはないが、昔の医局制度でもって地域医療が確保されていた部分もある。もう少し原点回帰や見直しが必要ではないかと思う。

大分県医師会

- ① 本県は医師多数地域でも少数地域でもないが、地域や診療科の偏在は依然解消されていない。また、産科や小児科、救急科などの診療科偏在解消対策として、研修資金を貸与し、何とか地域医療を支える医師を引き止めている。
- ② 現在、大分大学医学部と県医師会が協力し、専門医のキャリアチェンジや臨床復帰を支援するための研修支援（総合診療再研修プログラム）の予算化に向け、県に対する要望準備を進めている。この取り組みを推進するためには、日本医師会が国に提案している1000億円規模の「医師偏在対策基金」の創設が不可欠であり、これが実現することを切に願っている。

【まとめ】

医師偏在の是正と地域医療の充実には、地域の特性や需要に応じた対策が求められた。医師不足地域では、奨学金制度や地域卒の活用、医師の定着を促す環境整備が重要とされた。また、医局制度の再構築や学生時代からの地域医療への関心を醸成する取り組みや、オンライン診療の推進なども提案された。一方、医師多数地域でも診療科や医療機能の偏在が課題であり、多面的な議論と都道府県主導の協議会の活用が必要との意見があった。

Bグループによる討議のあと、全体討議が行われ、田名会長を含めた複数の県医師会長から次のとおり意見があった。

【全体討議】

柵木 愛知県医師会長

- 医師不足解消には、医局の医師派遣機能を上げることが不可欠である。医局は法的な組織ではないが、日本の医師派遣において長年重要な役割を果たしてきた。その機能が弱体化しており、国が主導して医局の役割を明確化させることで、地域偏在の改善が期待される。具体策として、大学病院の機能に「医師派遣」を明確に位置づけ、国が制度として担保することが必要である。厚労省は2024年10月、地域医療構想検討会でこの提案を了承し、医師派遣を大学病院の機能とする方向性を示している。

池端 福井県医師会長

- 地域医療への情熱を持つ学生や初期研修医は多いが、専門医制度が症例数の多い都会に医師を集中させる要因になっている。地域医療に貢献する総合医の育成を重視し、2、3年、地域医療に専念する義務年限を設けるなどして、専門医資格の取得を容易にしては如何か。

松井 京都府医師会長

- 我々が考えるべきは、少数区域で医療機能をどう確保するかという点である。オンライン診療の有用性も指摘されるが、これを効果的に活用するためには、まず若手医師が地域医療を経験する必要がある。こうした経験を通じて、都会にしながらオンラインで地域医療を支えることが可能になる。

田名 沖縄県医師会長

- 本県の離島地域である宮古島や石垣島は、県立病院が医療を支えているが、人材派遣は大学に頼らざるを得ない状況になりつつある。また会内でも離島医療委員会を立ち上げ、課題解決に向けて検討を始める。一方、医療機関の集約化が全国的に進む中、名護市の医師会病院と県立病院が合併し、公立沖縄北部医療センターが2028年に誕生する。また琉球大学からの人材派遣構想を医師会としても支援している。1000億円の「医師偏在対策基金」が創設されれば、大学が責務として人材派遣を行いやすくするための費用として活用しては如何か。大学と行政が協力して人材配置を進めることで、全国の大学にも新たな役割が生まれると考える。

全体討議の後、今村英仁常任理事よりテーマに対する質問に以下のとおり一括して答弁が行われた。

【厚生労働省検討会における日本医師会の主張】

日本医師会では次のとおりの主張をしている。

- ①医師偏在指標、外来医師偏在指標など、画一的なデータだけでなく、各地の実情の考慮や地域の関係者の協議が重要なことと、医師偏在指標が作られた当初から、その主張をしている。厚

労省の資料にも、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解したうえで、数値を絶対的な基準として取り扱うことや、機械的な運用を行なうことのないよう、十分に留意したうえで活用する必要があるということは明記してきた。さらに、外来医師偏在指標には病院の外来が含まれていないということを問題提起している。

- ②医師少数区域等での勤務経験を1年以上などに延ばすような場合は、連続ということではなく、断続的な場合も認めるなど柔軟な対応で1年間とするべきだと主張した。
 - ③外来医師多数区域での新規開業医師に、地域に必要な医療機能を担うよう要請する仕組みについては、やはり地域医師会との協議の場を設けて、十分に話し合いをして理解してもらうことが非常に大事であるということを主張した。
 - ④外来医師多数区域で地域に必要な医療機能を担わない場合は、保険医療機関の指定の取り消しや開業許可制としたうえで、開業数の上限設置を求めるといったような意見に対しては、やはり憲法上の職業選択の自由、営業の自由との関係の整理が必要であり、あくまでも自由開業の否定となるような行き過ぎた規制は全く受け入れられない、反対であるということを表明している。
 - ⑤広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育や看護師の育成及び広域な観点が求められる診療を総合的に行なう機能について、ここは大学病院本院が医育及び広域診療機能として担うことが提言されているが、これについては賛成である。そのうえで、大学病院の厳しい現状を踏まえ、都道府県の行政や医師会等の関係者間の話し合いを通じて、具体的な対応を議論すべきと主張している。
 - ⑥地域で必要な外来医療を提供するため、需要に応じながら効率的な医療が提供できるよう、連携するときは地域医師会を始めとする関係団体がしっかりと関与すること。そして、その地域の現状を踏まえながら取り組む必要がある。その際に、今回の新たな地域医療構想でも取り上げられているが、医療・介護連携や在宅医療を含めた検討が必要であり、地域医療構想も地域・医療・介護構想とすることを提案している。
- 日本医師会は、国に対しさらに適切な医師偏在対策を主張していくため、新たな地域医療構想検討会に、厚労省のもう1つの検討会である医師養成課程の偏在対策検討会で委員を務める私も加わり、地域医療構想担当の江澤常任理事の2人体制とした。
 - これまでも国に対し、都道府県医師会、都道府県行政、大学等が一体となって臨床研修修了後や地域枠義務年限終了後も地域にとどまってもらうための取り組みへの支援、医業承継、地域での役割分担と連携など、医師偏在対策の予算措置を求めてきた。
 - 今後、リカレント教育も大変重要になってくる。年末のパッケージのとりまとめや、その後の制度改革の実施に向けて、しっかりと対応していく。

【会内での検討内容、都道府県医師会へのお願い】

- 医師偏在に関しては、各県から医師多数県とされていても県内に少数区域がある、あるいは35歳未満の若手医師は減少している、大都市圏では保険診療ではなく自費診療に進む若い

医師がいることも考慮するべきといった指摘がある。

- 次に、これまで日本医師会や日医総研でいくつかの県での医師偏在対策について、行政や大学の方にヒアリングを行った。そのなかで感じるのは、行政、大学、それから地域の病院、医師会が一体となって、医学部に入学した時点から医学生、研修医、専攻医に対してキャリアと希望に配慮しながら、継続した丁寧な関わりや支援を続けていくことが非常に大切だということが、いくつかのケースで明らかになった。
- 基本的に、地域枠の医師は地域医療に貢献したいというマインドを持って入学してくるが、派遣する側も、また受ける側も、地域枠で奨学金をもらっているのだから不足地域に行っても当然といった考え方では、たとえ入り口で縛っても最終的に残ってもらえない。やはり定期的にコンタクトをとって相談に乗るなど、丁寧に関わっていくことが重要であり、滋賀県からもご指摘があるように、医師不足地域の医療機関でもきちんと指導が受けられる体制を構築することが重要である。
- 研鑽を積みなければならない時期なので、指導医も定期的に不足地域に行って指導するとか、受け入れる医療機関も受け身の姿勢ではなく、自分たちがしっかり教育するのだという意識を持って対応してもらうことが非常に大事である。
- なお、診療科偏在については一定の範囲で診療科を限定した地域枠を進めること、同時にあまり厳しい運用とならないよう、診療領域は比較的幅広くに設定したり、複数の領域を選択できるようにすること、そして何より学生と医師会などとの関わりのなかで地域医療が大事であることを分かっていたら、不足している診療科への関心を持ってもらうことが重要である。
- また、医師養成課程を通じた偏在対策だけでなく、中堅・シニア医師が期間を限定して勤務先を異動する取り組みを推進する必要がある。このためには、派遣される医師へのインセンティブと派遣元の医療機関へのインセンティブをしっかりとつけるなど、関係者の合意形成や環境整備もしなければならない。中堅・シニア医師の派遣は、まず都道府県内でできるだけ取り組むものの、不可能な場合には国全体として都道府県をまたいだ異動の仕組みが必要である。もちろん、医師を支える地域に根ざした看護師等の養成・確保も重要と認識しており、新たな地域医療構想検討会でも医師のみでなく、医療スタッフの養成等も非常に重要になってくるということを主張しているところである。
- 日本医師会は、都道府県医師会がリーダーシップを発揮して、行政や大学と三者一体となって実行する取り組みを支えていく。8月21日、日本医師会が医師偏在対策を公表した際、松本会長より「医師偏在の解消は一朝一夕にいくものではないが、若手医師にモチベーションを持ってもらうことが大事になる。それを支えるためにも、早期に基金を創設し、経済的インセンティブをつけることがいちばん効果がある」と述べた。
- 地域にとって使い勝手のよい基金となることを目指していきたい。そして、日医総研も活用し、研修医が県内に定着し、医師需給が改善した好事例などの調査を引き続き行ない、国際比較も含めてデータに基づく研究報告を実施し、都道府県医師会とそれらの情報共有を図っていきたいと考えている。
- 地域の現状は、やはり地域の医師会がよくわかっているので、医師偏在対策は地域でまず解

決していくことを目指してもらい、都道府県内でできることに全力で取り組み、国はそれを支えるため必要な財政支援や好事例の横展開、研修等を実施することが基本と考えている。引き続き、都道府県医師会、都道府県行政、大学、基幹病院等と一緒に取り組んでいただく必要があり、都道府県医師会はその調整役として主導してほしい。

- 県内の偏在状況について、本当に足りない地域はどこなのか、どの診療科が足りないのか、ぜひ関係者で分析をお願いしたい。偏在指標が実態と合っていないということであれば、日本医師会のほうに情報提供いただければ、国にも指摘をしていく。

【財源について】

- 骨太の方針の策定時から政府与党と協議を行っており、これに関しては引き続き協議を続けていく。

【政策の周知について】

- 政策の過程が今一つはっきり分らない、またそこに対して日本医師会がどのように政策を訴えているかということの広報が十分ではないのではないかという質問があった。医師偏在の問題について、都道府県医師会役員、日本医師会代議員の先生方に対し、日本医師会の方針を伝える情報発信メールを通じて、本年8月にも松本会長の医師偏在に対する考え方は情報提供した。
- 日本医師会の政策立案は、地域の実情をよく知る先生方からなる約50にも及ぶ会内委員会があり、その根幹となっている。会内委員会の議論については、現在は随時電子メールによる「日医君だより」で発信している。そのほか、政策の周知について定例記者会見や月2回発行の「日医ニュース」、また日本医師会公式YouTubeチャンネル等を通じて鋭意実施している。

【総合診療専門医の活用00について】

- 総合診療専門医を活用するべきという質問があったが、この総合診療専門医というのは、高齢化等を踏まえ健康に関わる諸問題に適切に対応する医師として、学問的な位置づけとして評価しているととらえている。さらにますます重要な役割を担うことになると考えている。
- 一方で、専門性を持ちつつ診療の幅を広げ、総合的な診療能力を有する医師の育成も重要であると認識しており、地域で活躍する医師に医師会活動に参画してもらえるように努力していく。

【若手医師に地域医療を経験させることについて】

- 地域で全員を一定期間地域医療に従事させることは、ある意味、規制的手法になるが、まず政策のなかで取り組まれているのが大きく3つある。まず1つ目として、医学部定員に地域枠を設ける医学生に対する部分。2つ目として、初期臨床研修医もマッチング機能でどこで研修するかということになっているが、これも医師少数県などに多く配置されるようにというような部分をどう工夫するかということで政策がとられている。3つ目として、専攻医に対しての特別地域プログラムということで、これは医師多数県から医師少数県で研修してもらうというような施策である。
- このなかで今のところいちばん効果が出ていると言われているのが、医学部の地域枠定員による部分である。日本全体で見ると、これによって医師少数県に以前と比べると少しずつで

はあるけれども、確実に医師が配置されている。これがいちばん効果があることが出ている。

- 全員に地域医療に従事させることは、規制的手法により国に要望することになる。当然これに関してはメリット・デメリット、また場合によってはこういった規制的手法をとる場合には厚生労働省以外の省庁からいろいろな横やりや、将来の医師のオートノミーに影響のない方法にしなければならない。
- もしもこの規制的手法をとる場合には、どの方法がいちばん適切なのか、それが医師少数県のみでなく、医師多数県や充足されている都道府県においても双方が納得できる方法にしなければ、なかなか難しいのではないかと考えている。

【まとめ】

- この医師偏在対策の問題は、医師少数県だけでは解決できない。医師多数と言われている、もしくは医師充足していると言われている、あるいはそれらの都道府県も含めて全都道府県の理解と協力がなければ解決できない課題である。
- 日本医師会では、この問題を考えるに当たり全国民が医療にアクセスできることを目指しつつ、極力プロフェッショナルオートノミーを発揮し解決することを目指している。
- さらに医師偏在が進む現状を考えると、医師の自立性を基礎としながらも、より適切な方向へ導いていく制度設計と財源の確保が欠かせないと考えている。この制度を国だけに考えさせると、明らかに規制的手法の導入につながるので、先ほど述べた考えで日本医師会は対策に臨んでいく。
- 日本医師会だけで対処するのには限界がある。この課題を解決するには、全郡市区医師会、そして皆様方全都道府県医師会の理解と協力がなければ対処することができない。また同時に、この課題を3層構造の全医師会で解決に臨むことは、すなわち医師会組織強化にもつながるので、引き続き都道府県医師会の支援をお願いしたい。

4. その他

経済産業省首席国際博覧会統括調整官の茂木正氏より、2025年4月13日～10月13日まで、大阪夢洲において開催される2025年日本国際博覧会、通称2025大阪・関西万博に関して、資料に基づき紹介が行われた。

5. 松本吉郎会長総括（答弁の補足説明含む）

本日は熱心な目の前の課題に対する現実的な討議に感謝申し上げます。私から何点か追加で発言する。

- 1つは、医師の養成をどうしていくかという話について、おそらくほとんどの地域の先生は、そういった実感を持っておられる方が多いと思う。もうこれ以上はうちの県では必要ないというところもあるのかもしれない。そういった状況のなかで、日本医師会は中期的には医師はおそらく将来過剰になるという考えは変えていない。必ずどこかでは過剰になってい

くと思う。

- ただ、目の前の課題として医師偏在の課題は非常に多く、まずこの1～2年はこちらの問題に力を注ぎたい。1～2年取り組んだ後で、また医師の問題については国の検討会を通じて将来どうしていくか、7年度と8年度についてはこのままいくということで大体決まっていくので、その後の9年度以降についてはもう少し経ったときに考えていく方針で考えている。
- もう1つは、5年ぐらいは地域で医療を経験してほしいと意見があったが、ただ、検討委員会でこれを持ち出す時に、若い先生は、特に専門医志向が強い方々に5年間の義務を負わせることに反対する考え方もある。地域医療に継続ではなくて断続的でもよいから行くことは柔軟に考えていくべきだと思う。1年丸ごとではなく、ある程度の期間に何回かわけて行く等、専門医を取る課程に支障を来さないようにうまくできるかどうか、地域医療を経験しながら専門医をうまく取れるかどうかは考えていかなければいけない。一方で若い先生に来てもらってもあまり役に立たないという意見もあるが、中堅の先生に長期間行ってもらうことはできないので、今のようなことになっている。また、指導医の問題もあるが、それはしっかりと議論していかなければいけない。
- また、いわゆる自由診療にすぐに行ってしまうような先生、特に今は研修医を終わってから行くのではなくて、研修医を経ずに1年目から行かれる先生も一部にいと聞いている。日本医師会として、まず将来どんな道に進むにしろ、最初の5年間ぐらいは保険医療機関に保険医としてしっかりと勤めてもらう、これは医師になるとときには国や県などから養成のお金をもらっているわけなので、医師の矜持としてあるべきではないかと感じている。
- 美容外科、美容医療を否定はしないが、まずはそういったことをきちんとすることは、医師になるうえでの義務ではないかと感じている。様々な意見を頂戴しながら、この問題についても取り組んでいきたい。
- また、大学病院の派遣機能を強めるということは、私は本当に重要だと思う。大学病院だけでなく、今の若い先生方は3年目以降のいわゆる基幹病院で後期研修医を迎える方のほうが多くなっている。ご提案があったように、そのような機能を持たせるとともに、そのインセンティブも基金を中心に、大学病院や基幹病院などの派遣病院に1,000億円のうちある程度を回して派遣をしてもらうことは重要である。
- 医師会も実効力を持った提言していかないと、厚労省の一部や、特に財務省は開業規制ということ強く言ってきている。国会議員の先生方のなかにも、開業規制をしたほうがよいという意見の方も結構いる。特に医師の多いところで開業する場合には、一定程度の開業規制をするべきだと。ただ、そこでやってもその周辺に動くだけで、また一斉に駆け込みで開業するとか、病院から一斉に人がいなくなるということも起きてくるので、私どもは開業規制は絶対にやるべきではないということを主張している。一定程度の歯止めを考えることが重要だと思うので、総合的に少しずつそういった是正ができるような手法を取り入れてやっていくことになると思う。
- 基金に関して、実は補正予算で全国マッチングとリカレント教育は前倒しをして、6年度の補正予算で少しお金が出るように動いている。実際的には、来年度の本予算で1,000億円の

うちまたいくらかが決まってくる。1年間で1,000億円全部を取ることは難しいかもしれないが、何年かかけて1,000億円とるという形にしていきたい。

- 医師養成課程も、地域枠、それから地域枠のなかでも診療科も入った地域枠、1つの科に限定するような厳しいものではなくて、いくつかの診療科のなかから選択してできるような考え方が必要だと思うので、あまり医師養成課程のみとか、若い先生方のみというのではなくて、中堅もシニアも含めて皆で少しずつ医師の足りないところに助けに行くようなシステムを考えていくことが現実的ではないかと考えている。

6. 閉会

城守常任理事より閉会が宣言された。