

指標

医学部地域枠

副会長

さこかずひろ
佐古 和廣

はじめに

日本では、人口減少により医師過剰を招き、ひいては「医療費の高騰」や「職に就けない医師の増加」という問題が引き起こされる恐れがあるとして、昭和57年以降医学部定員は7,600名程度という上限が設けられていた。しかし、平成17年の「医師の需給に関する検討会」は、「マクロ的には必要な医師数は供給されているが、地域別・診療科別の医師の偏在は必ずしも是正の方向にあるとは言えず、対策を講ずることが必要である」とした上で、大学医学部における地域枠の設定、地方公共団体が取り組んでいる勤務地を指定した奨学金の設定、地域枠と奨学金の連動の推進等の具体的な取り組みに関する提言を行った。これを受け、平成20年度から医師の地域別・診療科別偏在の解消を目的に現在の医学部地域枠制度が創設された。

しかし、平成29年4月から開始された新専門医制度は従来の地域枠医師のキャリア形成プログラムでは専門医取得に遅れが生じることからプログラムが見直され、地方の診療所や200床以下の病院勤務が難しくなった。また、地域枠制度が導入されたにもかかわらず当初の目的である医師の地域偏在、診療科偏在が改善したとは言えない。

本稿では地域枠制度の現状を分析し、今後の課題につき検討したい。

地域枠制度

一般的に認識されている地域枠の概要は、大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される制度である。

この制度の特徴としては、

- ・ 県内の特定の地域での診療義務があることから、都道府県内における二次医療圏間の地域偏在を調

指標のポイント



医学部「地域枠」は、医師の地域偏在・診療科偏在の解消を目的に、医育大学の臨時定員増と合わせて、地域の医療機関で一定期間勤務することを返還免除要件とした修学資金貸付とを組み合わせ平成20年に創設された。制度の目的達成と地域枠医師のキャリア形成に配慮し、地域での勤務義務期間終了までの大まかな就業先や研修先についてあらかじめ定めておくキャリア形成プログラムが策定されているが、平成30年から始まった新専門医制度や医師を取り巻く状況変化により中断を含めたプログラムの変更がなされた。その結果、地方の中小病院・診療所への配置が困難になっている。また、臨時定員の廃止時期も重なり地域枠の見直しが今後議論になるであろう。

整する機能がある

- ・ 特定の診療科での診療義務がある場合、診療科間の偏在を調整する機能がある（北海道は診療科を限定していない）
- ・ 臨時定員の増員等との組合せにより、都道府県間での偏在を調整する機能がある等が挙げられる。

地域枠と医学部定員

医学部定員は昭和56～59年度の8,280人から、「医師については全体として過剰を招かないように配慮」という閣議決定を受け削減され、平成15～19年度は7,625人であった。平成18年医師の需給に関する検討会は「未だ医師が不足している県の大学医学部に対して、定員の暫定的な調整を」という意見を受け、「新医師確保総合対策」、「緊急医師確保対策」、「経済財政改革の基本方針2009」及び「新成長戦略」として地域枠等を要件とした臨時定員が設置された。その中身は、

- ① 「新医師確保総合対策」（平成18年8月31日4大臣[※]合意→地域医療に関する関係省庁連絡会議決定）に基づき、平成20～29年度までの間、医師不足が特に深刻と認められる10県について、各県10名（加えて自治医科大学も10名）までの暫定的な増員[※]（4大臣：総務大臣、財務大臣、文科大臣、厚労大臣）
- ② 「緊急医師確保対策」（平成19年5月31日政府・与党決定）に基づき、原則平成21～29年度までの間、医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するため、都府県ごとに5名まで（北海道は15名まで）の暫定的な増員
- ③ 「経済財政改革の基本方針2009」（平成21年6月23日閣議決定）及び「新成長戦略（平成22年6月18日閣議決定）」に基づき、平成21年度から都道府県が策定することとされた地域医療再生計画等に基づき、平成22～31年度までの間、地域枠による都道府県ごとに毎年原則10名までの暫定的な増員等

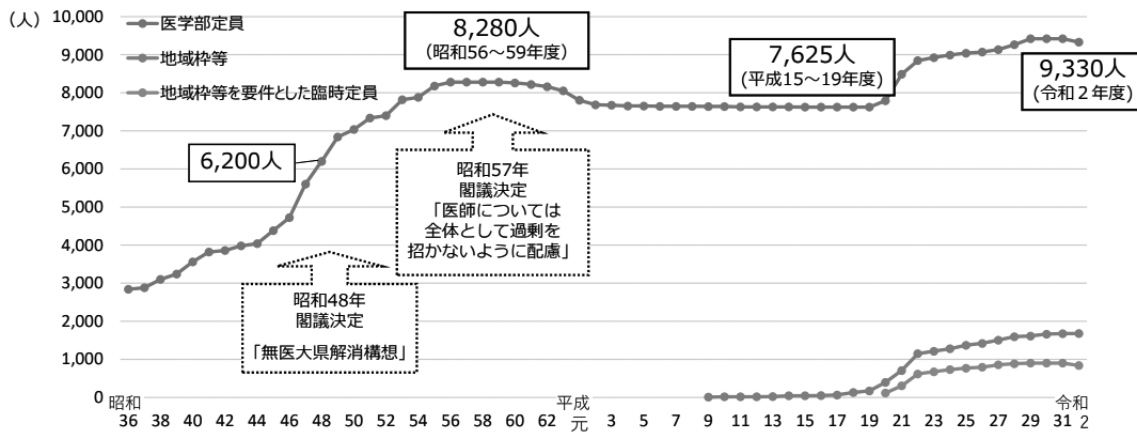
- ④ 「経済財政運営と改革の基本方針2018」(平成30年6月15日閣議決定) 令和2年度、令和3年度については、令和元年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持する。令和4年度以降については、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。
- ⑤ 「経済財政運営と改革の基本方針2019」(令和

元年6月21日閣議決定)

医師偏在指標を活用し、臨床研修や専門研修を含む医師のキャリアパスも踏まえた実効性のある地域及び診療科の医師偏在対策を推進する。令和4年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。

これらの対策の結果、令和2年度の地域枠等を要件とした臨時定員は840名で医学部定員の9.1%を占めている(図1)。

図1 医学部入学定員と地域枠の年次推移



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2
医学部定員	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420	9419	9420	9330
医学部定員(自治医科大学を除く)	7525	7683	8373	8733	8810	8868	8918	8946	9011	9139	9297	9296	9297	9207
地域枠等	173	398	706	1149	1214	1278	1371	1420	1506	1595	1613	1662	1675	1679
地域枠等の割合	2.3%	5.2%	8.4%	13.2%	13.8%	14.4%	15.4%	15.9%	16.7%	17.5%	17.3%	17.9%	18.0%	18.2%
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.9%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%

医療従事者の需給に関する検討会 第34回医師需給分科会(令和2年3月12日)資料より

地域枠の実態

現在、各大学に設定されている地域枠には、奨学金の有無や義務履行期間の長短、勤務先の限定など制度設計上の要素および卒前・卒後の支援体制などにばらつきがあり、全国医学部長病院長会議(令和3年3月)の「地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する調査報告」(表1)によると、

1) 調査対象とした地域枠の制度区分

A: 奨学金を支給する制度

A1: 別枠で入学選抜を実施し、卒後一定の年数の義務履行を課すもの

A2: 入学後選抜し、卒後一定の年数の義務履行を課すもの

B: 奨学金を支給しない制度

B1: 別枠で入学選抜し、卒後、一定の年数の義務履行を課すもの

B2: 別枠で入学選抜するが、卒後の義務履行年数が明示されていないもの

2) 調査結果

①制度区分別の定員と制度の主な内容

- 77大学の内、68(88%)の医学部で定員枠を設けている。そのほとんどは何らかの義務履行を伴うものであり、定員の約66%の地域枠(制度数:126制度、定員:1,022人)には奨学金が支給されていた。

- 令和2年度時点での本調査に含めた164制度における地域枠入学者定員は、全国で1,542人に上り、制度別ではA1:116制度960人、A2:10制度62人、B1:30制度432人、B2:8制度88人であった。

- A区分は、奨学金貸与額は350万円~4,480万円と幅があり平均1,320万円、義務年限についても5~11年と幅があった。一方、B1区分の義務履行年数は、最短で臨床研修の2年、最長は9年であったが、30制度中20制度(66.7%)は臨床研修を含め6年以下であった。

②定員充足率

全地域枠の充足率(入学者数/定員数)は、年度ごとの変動はあるもののほぼ90%程度で推移してきたが、直近の2年はやや増加傾向にある。

表 1 制度区分別の制度数と定員

制度区分	全国		国立		公立		私立		中大都市		小都市	
	制度	定員	制度	定員	制度	定員	制度	定員	制度	定員	制度	定員
A1	116	960	62	609	10	107	44	244	62	362	54	598
A2	10	62	4	40	0	0	6	22	5	52	5	10
B1	30	432	19	213	6	155	5	64	9	163	21	269
B2	8	88	5	43	2	35	1	10	1	10	7	78
計	164	1,542	90	905	18	297	56	340	77	587	87	955

「令和2年度地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する調査報告」より

地域枠医師の地域定着率

平成30年10月24日に開催された「医療従事者の需給に関する検討会、第23回医師需給分科会」の地域枠医師の地域定着率の資料を表2に示した。

表2から、地域枠、地域枠以外に関わらず、地元出身の入学者は、その都道府県への定着割合が高い（約80%）ことが分かる。このことから、地元出身者を入

学させれば地元に残る医師が増え奨学金貸与の地域枠はいらんのではないかという意見があるかと思うが、医学部卒業生が医師として地元に残ったからといって地域偏在、診療科偏在が解消するわけではない。定着率だけではなく、どの地域でどの診療科の医師として勤務しているかが重要なのである。

地域枠医師等の「キャリア形成プログラム」

都道府県は、地域医療対策協議会において、医師不足地域の医師確保と当該地域に派遣される医師のキャリア形成の両立を図ることを目的に、地域での勤務義務期間終了までの大まかな就業先や研修先についてあらかじめ定めておくキャリア形成プログラムを策定することが医療法第30条の23第2項第1号に規定されている。

キャリア形成プログラムの対象期間については、「キャリア形成プログラム運用指針」において、原則として9年間とする。このうち、医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関における就業期間を4年間以上とする等、当該地域等における医師の確保を十分に図るために必要な期間設定を行うこととなっている。ちなみに北海道は9年間で、そのうち5年間を知事が指定する医師確保が困難な道内の公的医療機関等に勤務することとなっている。

平成30年7月に医療法の一部改正により、医療計画に定める事項として新たに「医師の確保に関する

表 2 地域枠と地域枠以外の地元出身者の定着割合

	臨床研修を行った主たる都道府県		臨床研修終了後に勤務する都道府県	
	A県／卒業生		A県／卒業生	
	人数	割合	人数	割合
A県地域枠	418/504	83%	404/504	80%
地域枠以外 出身A県・大学A県	1452/1871	78%	1461/1871	78%
地域枠以外 出身B県・大学A県	1483/3707	40%	1418/3707	38%

医療従事者の需給に関する検討会 第23回医師需給分科会（平成30年10月24日）資料より

事項」が規定され、都道府県は医療計画の一部として「医師確保計画」を策定し、必要な医師確保対策を講じながら、医師偏在を是正していくこととされた。また、国の「キャリア形成プログラム運用指針」（令和元年7月5日付け医政発0705第5号）においては、出産、育児等のライフイベントのほか、海外留学等のキャリア形成上の希望に配慮するため、対象期間の一時中断が可能とされている必要があるとされた。このことから、北海道は「地域枠医師キャリア形成支援検討委員会」において、制度の見直しに係る議論を行い、改正案を作成し、令和2年2月7日開催の「地域医療を担う医師養成検討分科会」においてキャリア形成に係る中断期間を4年を上限に承認された。

地域枠制度の課題

1) 地域枠制度の検証

はじめにも述べたように、地域枠制度は医師の地域偏在、診療科偏在の是正策として設けられたが、その成果についての検証が必要と考える。しかし、地域枠制度が始まったのが平成20年であり、初期臨床研修を終了して地域勤務を開始するのは平成28年になるので、その効果はまだ十分現れていないと推測される。しかし、ここでは敢えて現況の分析を行った。

表3 二次医療圏の人口10万人当り医師数の推移

	平成20年	平成26年	平成30年
医師多数区域			
上川中部	304.7	320.5	351.6
札幌	258.6	281.2	293.4
医師中間区域			
南渡島	213.1	220.0	233.8
西胆振	197.5	226.3	214.9
上川北部	158.2	171.4	188.7
後志	176.1	192.1	213.3
中空知	202.3	225.3	238.4
十勝	163.1	169.9	184.8
東胆振	158.3	156.8	164.6
留萌	125.2	139.6	138.4
医師少数区域			
南空知	162.1	157.8	169.3
釧路	156.5	170.4	176.2
南檜山	111.5	119.4	113.2
遠紋	122.7	130.7	145.3
北網	153.5	142.8	158.0
日高	103.0	105.4	101.4
富良野	127.7	127.1	130.6
北空知	187.0	189.8	181.1
根室	88.8	103.9	96.1
北渡島檜山	112.2	129.4	120.8
宗谷	91.8	95.3	104.3

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

地域枠制度開始の平成20年からの北海道の各二次医療圏の人口10万人当り医療施設従事医師数の推移を表3に示した。医師多数区域、医師中間区域、医師少数区域の区分は、令和元年策定の医師確保計画で示された医師偏在指標に基づいた。

個々の医療圏の医師数は、医師多数区域・中間区

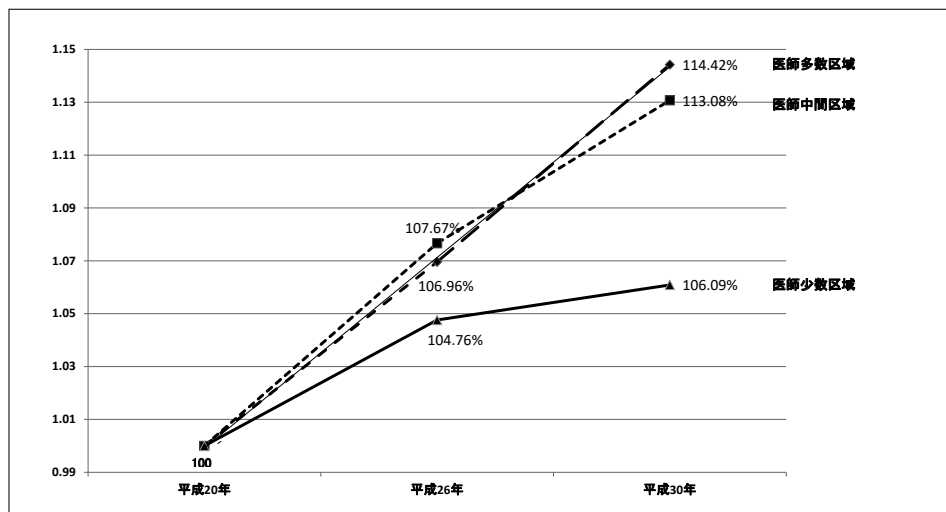
域は平成20年と比較して平成30年は全ての医療圏で増加しているが、医師少数区域では2医療圏で減少している。平成20年の医師数を100として、平成26年、平成30年の医師数の増減比を医師多数区域、医師中間区域、医師少数区域に分け平均を取りグラフ化したのが図2である。

図2のグラフから、医師多数区域と中間区域はほぼ同じ比率で増加している。一方、少数区域も多数区域・中間区域と比較して増加率は低いが増加を示している。

平成30年の道内の医療施設従事医師数は12,848人で平成20年と比較すると11,668人増加している。新しく医師になった数から道外への異動や亡くなったり引退した医師の数を引いたもので、北海道ではこの10年間毎年約117人の医療施設に従事する医師が増えていることになる。従って、人口当たりの医師数が増加するのは当然のことであるが、その配分が地域偏在解消方向に動いているかどうかの判断になる。地域枠医師は原則医師多数区域へは配置していないので、地域枠制度の恩恵を一番受けているのは今のところ医師中間区域である。医師少数区域も医師数は増加しているが、平成20年から平成26年の増加に比べ、平成26年から平成30年の増加率が低下していることは少なくとも現時点では医師少数区域の解消には明確な成果は出ていないことが示唆される。地域枠制度の効果はこれから徐々に出てくるものと推測されるので、今後の動向を注視したい。

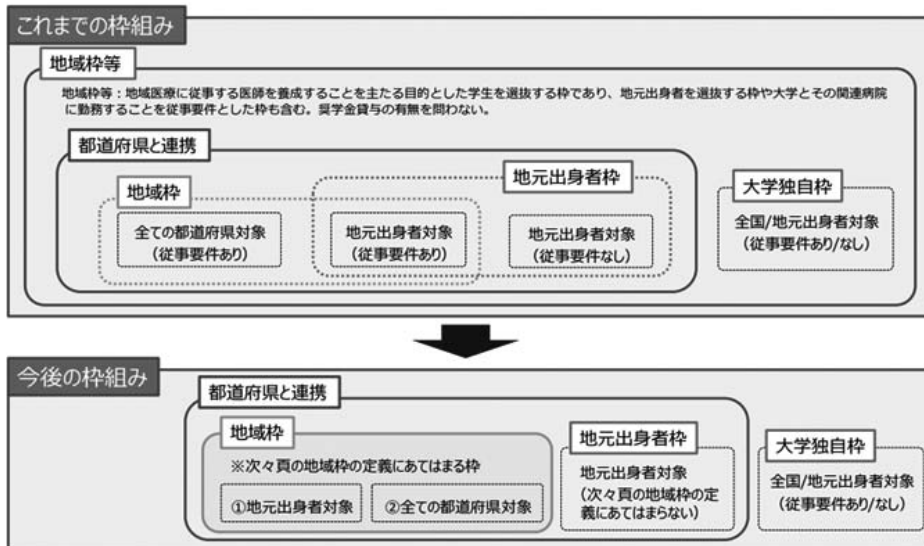
北海道は地域枠医師に診療科指定をしていないので、診療科偏在については効果がないと推測される。ただし、産科は医師の偏在指標にかかわらず「母子医療センター」、救急科については札幌・旭川を除く「救命救急センター」での勤務を可としている。今後、北海道においても診療科の指定が検討材料になるものと思われる。診療科指定に関しては従事要件で詳しく述べる。

図2 医師多数区域、医師中間区域、医師少数区域の医師数の推移



厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

図3 地域枠の枠組み



医療従事者の需給に関する検討会 第35回医師需給分科会（令和2年8月31日）資料より

2) 地域枠の定義

「地域枠」と言っても、図3に示したようにさまざまなタイプがある。

例えば、従事要件（卒業後に一定の都道府県等で一定期間勤務するなど）については、特段の要件が課されていない都道府県がある、卒業後の勤務・従事要件の年限はばらばらである、奨学金の設定内容はばらばらであることなどが明らかになっている。

そこで医師需給分科会では、いわゆる地域枠を「地域枠」「地元出身者枠」「大学独自枠」に分け、以下のように定義した。

【地域枠】

- ・対象は地元出身者で一般の入学枠とは「別枠」で選抜する
- ・卒直後より当該都道府県内で9年間以上従事する
- ・キャリア形成プログラムで定める医師不足の地域で一定期間従事することにより奨学金返還義務を免除する
- ・志願時に、都道府県と本人・保護者もしくは法定代理人が従事要件・離脱要件に書面同意している
- ・奨学金貸与は問わない

【地元出身者枠】

- ・地元出身者（一定期間、当該都道府県に住所を

有した者）より選抜する

- ・選抜方法は問わない
 - ・同意取得方法、従事要件、奨学金貸与は問わない
- 【大学独自枠】

- ・対象、選抜方法、従事要件、奨学金貸与、同意取得方法は問わない

地域枠学生の選抜方法は、一般枠と別枠の募集定員を設ける「別枠方式」と、一般枠などと共通で選抜し、事前または事後に地域枠学生を募集する「手挙げ方式」とに大別される。手挙げ方式は、地域枠の履行状況や離脱状況がよくないことから、令和2年度以降の地域枠設置を要件とした医学部臨時定員の増員は、「別枠方式」のみ認められることとなる。

3) 地域枠の従事要件の中で診療科指定について

厚生労働省は平成30年7月、各都道府県を対象にキャリア形成プログラムの施行状況調査を行った。その結果、特定の診療科での就業が就学資金の貸与要件となっている都道府県は19あり、その内訳は、救急科15、小児科16、産科18、総合診療科6、その他15である。

特に政策的に確保が必要と考える診療科があるかとの問いには全都道府県が「ある」と回答、その結果は表4のとおりである。

表4 特に政策的に確保が必要と考えている診療科がある都道府県とその診療科

47都道府県	救急科	小児科	産科	総合診療科	その他
	30	40	44	29	32

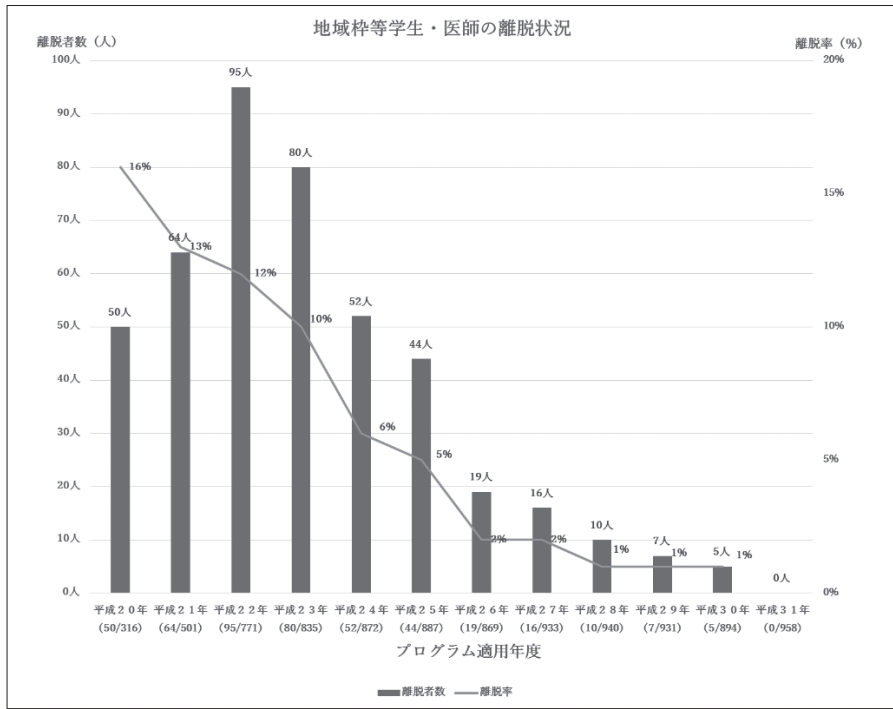
医療従事者の需給に関する検討会 第35回医師需給分科会（令和2年8月31日）資料より

4) 離脱

離脱率は、平成20～23年の平均離脱率は12.2%と高かったが、学生の地域枠への理解が深まり、また自治体の支援体制の充実等により直近3年は1%に低下している。

離脱率は入学後の年数とともに高まる傾向があり、特に学部6年次、卒後1～3年目に離脱する者が多くみられた。これは、初期臨床研修病院の選択時、専門医取得のための研修期間と一致する(図4)。

図4 地域枠等学生・医師の離脱状況



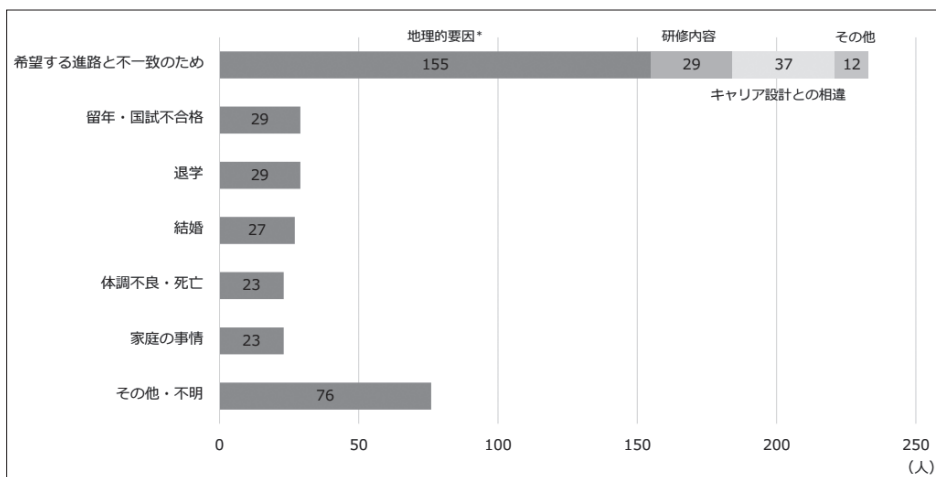
地域枠履行状況等調査(令和元年度)厚生労働省調べより改変

厚生労働省は令和元年地域枠履行状況等調査を行った。対象は、平成20～31年に地域枠で医学部に入学し、その後離脱した者のうち離脱理由の回答があった440名。

地域枠の適応となった学生・医師の離脱理由で最

も多い理由は「希望する進路と不一致のため」であった。次いで、「自己都合(理由不明)」、「留年・退学」、「結婚」の理由が多く見られた。地理的要因の回答には、「希望する施設が他県であったため」や「出身地に戻りたいため」等が含まれる(図5)。

図5 地域枠等学生・医師の離脱理由



地域枠履行状況等調査(令和元年度)厚生労働省調べ(回答があった47都道府県の回答を元に集計)より

各都道府県は離脱防止策として、キャリア形成プログラムの一時中断を認めており、その理由は表5のとおりである。

表5 キャリア形成プログラムの一時中断を認めている都道府県とその理由

47都道府県	出産	育児	海外留学	基礎研究	臨床研究	行政での勤務	その他
	32	46	26	21	20	6	40

医療従事者の需給に関する検討会 第35回医師需給分科会(令和2年8月31日)資料より

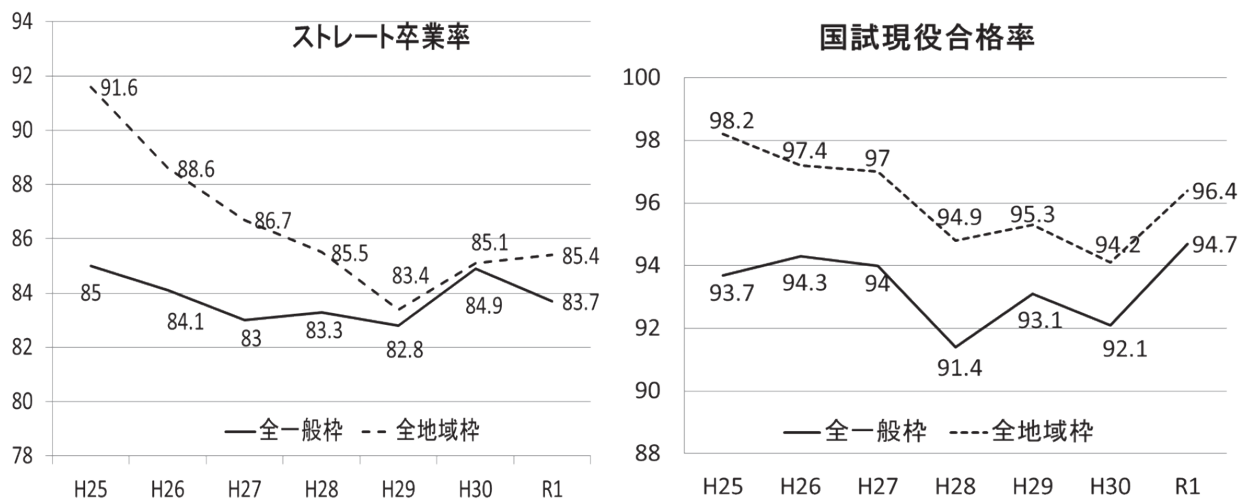
医学部の受験倍率が1を超えていることを踏まえると、地域枠離脱者は、入試の時点で確実に当該都道府県内で医師になるはずだった者の医師になる機会を奪うという道義的責任が残ることは否めない。地域枠離脱を防止する観点から、都道府県の同意無く地域枠を離脱した医師を採用した臨床研修病院に対して、規定に則り医師臨床研修費補助金の減額を行い、定員の減員や指定取り消しを行う、都道府県の同意無く地域枠を離脱した医師は、日本専門医機構の専門医の認定を行わないなどの方向が固まっている。地域枠離脱者を採用した病院を対象としたペナルティシステムには、本人の申告以外に都道府県が地域枠離脱に同意しているか否かの情報が入手できる方法の整備が求められる。また、都道府県が離脱に同意するかどうかの判断はケースによって異なる

ため、地域枠離脱に関する対応について、一定程度、国の見解を示す必要があるのではないかとする意見もある。

一方、日本労働弁護団、全日本医学生自治会連合（医学連）及び全国医師ユニオンなどは、離脱者が修学資金の元本・利子一括返済や専門医取得の制限など重いペナルティを科されることに対し、過度に医師の人権を制約する制度であると、改善を申し入れている。

地域枠は一般入試枠とは別枠選抜になり、一般枠入学者より偏差値が低い傾向にあるのではないかと批判もある。しかし、全国医学部長病院長会の報告によると、地域枠学生のストレート卒業率、医師国家試験現役合格率は、一般枠学生平均を上回っていて劣ることはない結果であった（図6）。

図6 一般入試枠と地域枠学生のストレート卒業率、国試現役合格率



「令和2年度地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する報告書」より作成

北海道の地域枠

北海道では、医育大学の臨時定員増と合わせて、地域の医療機関で一定期間勤務することを返還免除要件として修学資金貸付を行う北海道医師養成確保

修学資金貸付制度（地域枠制度）が平成20年に創設された。地域枠医師の義務年限は9年間で、その研修プログラムは表6のとおりである。令和3年度からは4年を上限とする中断が認められた。

表6 研修プログラム

卒後年数	1年目	2年目	3年目	4年目	5年目	6年目	7年目	8年目	9年目
勤務区分	初期臨床研修			地域勤務	選択研修		地域勤務		

返還免除要件等

大学卒業後9年間のうち、5年間を知事が指定する医師確保が困難な道内の公的医療機関等（指定公的医療機関等）に勤務すること（その他4年間は、道内の臨床研修指定医療機関等で研修を行う）。返還

免除要件に該当しない場合は、貸し付けた修学資金の額に違約金（10%）をあわせた総額を返還しなければならない。表7に道内3医育大学の入学定員・修学資金貸付枠の推移を示した。

表7 北海道の入学定員・修学資金貸付枠の推移

入学定員・修学資金貸付枠の推移									
(単位：人)									
区分	H19	H20	H21	H22	H23~H24	H25	H26	H27	H30
札幌医大	100	105	110	110	110	110	110	110	110
地域枠	-	10	15	15	15	50	70	90	90
貸付枠	-	10	15	15	15	15	15	15	15
旭川医大	100	100	112	122	122	122	122	122	117
地域枠	-	15	50	55	55	55	55	55	52
貸付枠	-	-	7	17	17	17	17	17	12
北大	100	100	105	112	112	112	112	112	112
地域枠	-	-	-	-	-	-	-	-	-
貸付枠	-	-	-	-	-	-	-	-	5
合計	300	305	327	344	344	344	344	344	339
地域枠	0	25	65	70	70	105	125	145	142
貸付枠	0	10	22	32	32	32	32	32	32

※ ここでいう「地域枠」とは、各医育大学の入試時の出願資格として、「卒業後、当該医育大学で臨床研修を行うことや、卒後の必修プログラムに従事することを確約する者」をいう。

※ 「貸付枠」とは、道の修学資金の貸付枠をいう。

「地域枠医師の配置等の考え方」（令和3年4月）北海道地域医師連携支援センター資料より

この地域枠医師の地域勤務者の推移は表8のとおりである。

表8 地域勤務者の推移

	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
初期研修	44	51	57	55	64	63	60	62
地域勤務	7	25	42	53	60	68	108	124
選択研修	-	-	5	19	39	48	52	56
中断	-	-	-	-	-	8	-	-
計	51	76	104	127	163	187	220	242

令和2年度北海道医療対策協議会 第1回地域医療を担う医師養成検討分科会資料より

今後の方向性

へき地を含む地域医療体制の確保は医療政策の重要な課題である。平成20年から地域枠設置を条件に医学臨時定員増を図ってきたが、その成果の検証にはもう少し時間がかかるが、少なくとも医師少数区域の医師減少傾向に歯止めをかけている。

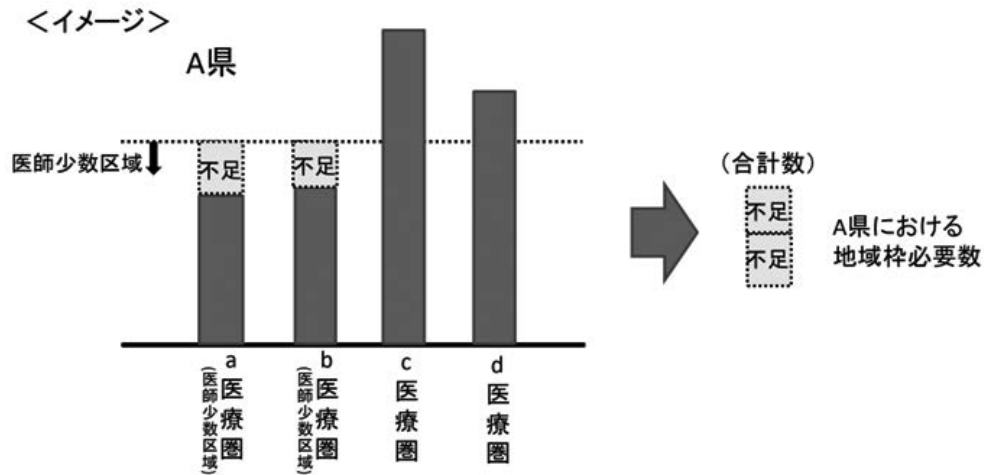
令和2年の18歳人口は116.7万人で医学部定員は9,330人であるので、18歳の125人にひとりには医師になる計算になる。当然医学部定員は今後徐々に削減に向かうことになるが、医師の働き方改革、地域偏在解消を考慮しながら適正な医師数の制度設計が必要である。

まずは令和5年度から医学部臨時定員の見直しが

行われる。厚生労働省は、令和5年度は歯学部振替枠（全国で44名）が廃止され、将来時点（2036年）における医師不足都道府県等の地域枠とし、総合診療科、救急救命科、内科等、社会的なニーズに対応する枠とする方向である。

医学部の定員削減を行う場合、県単位では医師数が全国平均以上あっても、少ない地域があった場合どうするか。医師需給分科会では、「当該都道府県内に医師少数区域がある場合とし、当該医師少数区域における医師不足分の合計を必要な地域枠数として、地域医療対策協議会の協議を経たうえで、要請できるとしてはどうか」という意見が出された。

図 7



医療従事者の需給に関する検討会 第23回医師需給分科会（平成30年10月24日）資料より

また、これまで特に医師確保が必要な地域での医師を確保・配置する観点から、臨時定員での医学部定員の増員が図られてきたが、日本全体として医学部総定員を減員していくなかで地域枠を確保していくにあたり、恒久定員内で一定程度の地域枠を確保することが必要であると考えられる。

平成30年の医療法及び医師法の一部改正により、地域医療対策協議会で協議の上で、都道府県知事が地域枠の設定を大学へ要請することが可能となったので、それぞれの都道府県は医師確保計画策定のなかで、必要な地域枠の確保を主体的に図らなければならない。

新専門医制度が平成30年4月から開始されたが、「専門医の質を追求するあまり、専門医養成施設の要件が厳しくなり、地域間・診療科間の医師偏在が助長されてしまうのではないか」という意見があるが、日本専門医機構・学会・都道府県・厚生労働省は「すでに必要医師数を確保できていると思われる都道府県・診療科にシーリング（限度）を設ける」制度で対策を図ることとしているが、十分機能するかどうかが注視していく必要がある。北海道も、現行制度と地域枠医師の意向等を踏まえ、地域枠医師が専門医取得に遅れが生じないよう、あるいは留学などのキャリアが積めるようキャリア形成プログラムを変更し対応してきたが、地方の中小病院・診療所への地域枠医師の配置は難しいのが現状である。それを可能にするプログラムの変更も不可能ではないが、その際地域枠の定員割れや離脱者の増加が危惧される。今後、地方の中小病院・診療所の医師確保対策としては、地域枠医師の直接派遣ではなく、地

域枠医師を地域の中核病院へ配置し、そこをハブとして医師少数区域へ医師派遣を行う連携機能の強化を検討すべきかと考える。

令和6年に医師の働き方改革がスタートするが、これまでのような医師の職業倫理に依存するような医療体制は成り立たなくなり、医師も一人の労働者として勤怠管理が必要となる。

多くの病院で業務の見直しあるいは医師の増員が必要となり、場合によっては医師の奪い合いになる可能性があり、地方の病院はますます医師不足になることが危惧される。医学部定員削減、地域枠医師の問題は、地域医療体制の維持と医師の労務環境のバランスをいかに保つか難しいかじ取りがせまられる。

参考資料

- 1) 医療従事者の需給に関する検討会 第34回医師需給分科会（令和2年3月12日）
- 2) 令和3年全国医学部長病院長会議資料「令和2年度地域枠入学制度と地域医療支援センターの実情に関する調査報告」
- 3) 医療従事者の需給に関する検討会 第23回医師需給分科会（平成30年10月24日）
- 4) 医療従事者の需給に関する検討会 第35回医師需給分科会（令和2年8月31日）
- 5) 地域枠履行状況等調査（令和元年度）厚生労働省調べ
- 6) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
- 7) 令和2年度北海道医療対策協議会 第1回地域医療を担う医師養成検討分科会（令和3年3月3日）
- 8) 「地域枠医師の配置等の考え方」（令和3年4月）北海道地域医師連携支援センター資料