

○奥野医事課長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから「医療従事者の需給に関する検討会 第20回医師需給分科会」を開催いたします。

構成員の先生方におかれましては、本日は、大変お忙しい中、御参集いただきまして、まことにありがとうございます。

初めに、本日の御出欠について御連絡させていただきます。

北村構成員、中島構成員、本田構成員、三根構成員から、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

それでは、資料の確認をいたします。

まず、本日資料といたしまして「第3次中間取りまとめ（案）」お配りさせていただいております。そのほか、議事次第、座席表、机上配付資料といたしまして「平成32年度以降の医学部定員の取扱について（要望書）」ということでお配りさせていただきます。

不足する資料、落丁、乱丁等がございましたら、事務局までお申しつけください。

ここでカメラは退室をお願いいたします。

（報道関係者退室）

○奥野医事課長補佐 以降の議事運営につきましては、片峰座長にお願いさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、片峰座長、よろしく願いいたします。

○片峰座長 それでは、議事を進行させていただきます。

今回は、冒頭に少し座長から注意喚起も含めて少し発言をさせていただきます。

前回の分科会におきまして、男女の平等、機会均等、共同参画等に向けて、これまでの取り組みに反するといった疑念を持たれるような議論があったのではないかという御意見を、前回の会議以降に幾つかいただいております。今回は、こうした疑念を持たれることがないように議論を進めてまいりたいと思いますので、皆様方によりしくお願いしたいと思います。この件に関しては、よろしゅうございましょうか。

ありがとうございます。

それでは、本日の議題は、先ほど資料の説明にもございましたように、「第3次中間取りまとめについて」ということであります。この間の何回かの議論を踏まえて、第3次中間取りまとめの案がきょう提出されます。それについて御議論いただくということであります。

それでは、事務局より資料に基づいて御説明をお願いいたします。

○石丸医事課長補佐 それでは、資料について御説明を差し上げたいと思います。

資料は1種類ですけれども、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第3次中間取りまとめ（案）」という資料をごらんいただければと思います。

資料全体で、「1 はじめに」から、「2 暫定的な医学部定員増の取扱いの検討の前提について」、「3 将来の医師需給推計（全国レベル）について」、「4 平成32年度（2020年度）以降の医師養成数の方針について」ということで、全体を4つに分けて説明

を差し上げたいと思います。

最初のページ、「1 はじめに」の御説明をいたします。まず、この医師需給分科会は平成28年6月に、中間取りまとめはその後第2次中間取りまとめ等もありましたので、「第1次中間取りまとめ」と呼ばせていただきますが、これを行いまして、地域医療構想等を踏まえた全国レベルの医師需給推計を踏まえて、「新医師確保総合対策」及び「緊急医師確保対策」に基づき平成20・21年度に開始され、平成29年度で終了する医学部定員の暫定増を当面延長する等の決定を行いました。この第3次中間取りまとめは、新たな調査等の結果等を踏まえて、再度全国レベルの医師需給推計を行った上で、この第1次中間取りまとめにおいて、当面延長することとされた医学部定員の暫定増の取り扱い、そして、これまでの医学部定員の暫定増の効果、医師偏在対策の効果等について可能な限り早期に検証を行って結論を得ることとされた「経済財政改革の基本方針2009」及び「新成長戦略」に基づく平成22年度から平成31年度までの医学部定員の暫定増の取り扱いについて、平成32年度以降の方針を示すものであるということで期待をしております。

「2 暫定的な医学部定員増の取扱いの検討の前提について」になります。

「(1) 医師数及び医学部定員」、まず、平成28年の医師・歯科医師・薬剤師調査によると、医師数は依然として増加をしており、平成28年には319,480人になっております。今後、平成20年度から医学部定員の暫定増によって増員された分というものが、これから医師数に上乗せされて増加してくるということを期待しております。2つ目ですけれども、この第1次中間取りまとめにおいて、平成29年度から31年度までの間、都道府県からの追加増員の要望を慎重に精査していくことにされておりましたけれども、この暫定増、平成30年度は1,010人ということになっており、現在、医学部定員としては過去最大級の9,419人に達していることを記載しております。

2 ページ、「(2) 医師偏在対策」になります。医師偏在対策は、まさに昨年29年12月に、分科会として第2次中間取りまとめをいただきましたけれども、早急に対応する必要のある実効的な対策について、法改正が必要な事項を含めて取りまとめを行っていただきました。平成30年3月には、この第2次中間取りまとめを踏まえた「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」が、第196回国会に提出されております。2つ目、仮に本法案が成立した場合には、地域ごとの医師偏在の度合いを示す医師偏在指標が平成30年度をめぐりに示されることとなり、平成31年度中には各都道府県において「医師少数区域（仮称）」等が設定されることとなります。3つ目、このような医師の地域偏在、診療科偏在の状況について、医師・歯科医師・薬剤師調査で把握することとなりますが、次の調査は平成30年になりますけれども、この結果が出るのが平成31年12月に公表される予定であるといった状況になっております。

「(3) 医師の働き方改革」、平成29年8月には、この「医師の働き方改革に関する検討会」が設置をされて、医師の時間外労働規制、タスク・シフティング等々のさまざまな論点について検討を行って、平成30年2月には「中間的な論点整理」が取りまとめられて

おります。2つ目、この「働き方改革実行計画」においては、医師の時間外労働規制等について、平成31年3月に最終的な結論を得ることとされており、今後、この検討会において引き続き検討が進められる予定になります。また、医師偏在対策と同様に、医師の働き方改革に関する状況が、平成30年の医師・歯科医師・薬剤師調査により把握されることとなります。

以上のような点を踏まえると、医師数は着実に増加し、今後も増加することが見込まれる一方で、需給に大きな影響を及ぼす偏在、働き方改革の政策決定は、現時点ではいまだ結論が得られておらず、これらの今後の状況把握にも時間を要するという状況になっています。「このため」というところですが、この第3次中間取りまとめにおいて示す平成32年度以降の医師養成数についての方針は、32年度・33年度における暫定的な方針とし、34年度以降の医師養成数については、医師の働き方改革に関する検討会の結論等を踏まえ、再度、医師の需給推計を行った上で検討を行うこととさせていただいております。

3ページ、「3 将来の医師需給推計（全国レベル）について」になります。こちらは、基本的には前回医師需給分科会において提示させていただいております需給推計の資料に基づいて基本的には記載しておりますので、説明については簡単に説明をさせていただければと思います。2つ目、供給推計について、中間取りまとめにおける需給推計方法を基本としつつ、推計方法の見直しを行ったということを書いております。特に、女性医師、高齢医師等の仕事量について、一律の数値を乗じて積算するのではなく、就業率、勤務時間についての性年齢階級別データを踏まえ、詳細に算定したということを書いております。その次、需要推計について、この2つ目のところですが、「医師の働き方改革に関する検討会」における「中間的な論点整理」で示されている時間外労働規制に係る意見等を踏まえ、労働時間の見込み方について、週55時間に制限する場合をケース1、週60時間の場合をケース2、週80時間に制限する場合をケース3として、仮に上限規制が適用されたと仮定して推計を行うということを記載しております。

その下、「（1）需要推計の結果について」、先ほどの医師の労働時間の仮定を3パターンに分けて計算し、最も医師の需要が大きくなると仮定したケース1においては、平成52年に34.6万人。2つ目の医師の時間外・休日労働時間が月80時間相当に制限されると仮定したケース2においては、平成52年において33.6万人。最も医師の需要が小さくなると仮定したケース3においては、平成52年には31.9万人と推計がされております。

4ページ、「（2）供給推計の結果について」、医師の供給推計は平成52年には37.1万人まで増加するという推計が行われていることとなります。

これらを踏まえて、「（3）需給推計の結果について」をごらんいただければと思います。先ほどの需要推計、供給推計とあわせて、ケース1の場合、平成45年ごろに約36万人で医師需給が均衡し、ケース2の場合、平成40年ごろに35万人で医師需給が均衡する。ケース3の場合は、平成30年ごろに約32万人で医師需給が均衡する。このような結果をお示ししております。

「4 平成32年度（2020年度）以降の医師養成数の方針について」、方針というところですので、詳しく説明を差し上げたいと思います。

まず、（１）と（２）を分けておきまして、「（１）平成32年度（2020年度）・平成33年度（2021年度）の医師養成数についての暫定的な方針について」になります。先ほどの推計結果において、一定の仮定として月80時間相当に時間外・休日労働を制限したとしても、労働時間の短縮に向けた取り組み等が一定程度進んだケース2の場合は、平成32年度の医学部入学者が臨床研修を修了する平成40年度ごろに、全国レベルの医師需給が均衡すると推計されました。5ページ、今後、医師偏在対策、医師の労働時間の短縮に向けた取り組み等が進むことを前提とし、現状において、既に過去最大級の医学部定員の増員を行っていることを踏まえると、全国でさらに医学部定員を増員する必要はない。このため、暫定的に現状の医学部定員をおおむね維持しつつ、医師偏在対策及び労働時間の短縮に向けた取り組み等を進めることとし、医学部定員の暫定増に関する各都道府県及び各大学からの要望に対して、平成31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ていくこととするという形で記載しております。

その次に、「（２）平成34年度（2022年度）以降の医師養成数について」ということで記載しております。平成34年度に医学部に入学した学生が臨床研修を終えるのは、平成42年度以降になります。こうした将来の人口動態等も踏まえた今回の需給推計結果を見ても、将来的には医療需要が減少局面となることが見込まれており、いずれのケースにおいても長期的には供給が需要を上回っているということになります。2つ目、「従って」というところですが、平成34年度以降の医師養成数の議論は、将来的な医学部定員の減員に向けた議論としていく必要がある。ただし、マクロの医師需給が均衡することは、必ずしも地域や診療科といったミクロの領域でも需給が均衡することを意味しないという御議論であったかと思えます。3つ目、今後、平成34年度以降の医師養成数の具体的な議論を進めていくに当たっては、全国レベルのマクロの医師需給推計だけでなく、ミクロの領域における医師偏在対策や、将来の都道府県ごとの医師需給、診療科ごとの医師の必要数、長時間労働を行う医師の人数・割合の変化等についても適切に勘案した上で、医師を取り巻く環境がこれまでよりも短いスパンで変化していくことも踏まえ、定期的に検討していく必要がある。4つ目、また、その際には、大学の医学部定員について、地域医療の実情に応じた医師偏在対策等の側面を踏まえた配慮が必要である。特に、医師需給を踏まえ、臨時定員増分を削減する場合でも、地域間で医師偏在がある場合には、その偏在に応じた程度まで、地域枠のニーズが残ることになる。こうした医師偏在対策の効果維持される方策についても配慮が必要であるという記載にしております。最後、5つ目、平成34年度以降の医師養成数については、以上に示した医師の働き方改革、医師偏在対策等を勘案し、定期的に医師需給推計を行った上で、将来的な医学部定員の減員に向けて、医師養成数の方針等について見直していくべきであるという形で、最後は締めさせていただきます。

資料の説明については、以上になります。

○片峰座長 ありがとうございます。

きょうは、議題がこれだけですので、これから御議論いただくこととなりますが、新井構成員から「机上配付」にございますように、要望書が提出されてございます。新井構成員は、本日、途中退席が予定されておりますので、最初にこの資料の御説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○今村構成員 大変恐縮でございます。途中退席ということで、最初にお時間をいただきました。加藤大臣に、先般、机上に配付してございます資料を提出させていただきましたところであります。

「平成32年度以降の医学部定員の取扱について（要望書）」で、今、取りまとめ案で御報告のあった内容を一部なぞるところでございますけれども、4つの要望を出させていたいたということでもあります。

まず、1番目は、32年度・33年度の医師養成数についての暫定的な方針については、これは入学者選抜に直結する問題でありますので、この分科会で案が取りまとめられました後に、速やかに政府の方針として示していただきたい。前回は、このタイミングが少しおくれましたので、各方面に混乱が生じたということがございますので、取りまとめと政府の方針としての明示を速やかにやっていただきたいということでもあります。

2番目は、34年度以降に関しましては、今、削減といったこともお話が出てまいりましたけれども、現在、厚労省の「医師の働き方改革に関する検討会」の議論はまだ結果が出ておりませんので、この結果を踏まえた上で十分に議論する必要があるだろうと。したがって、それが出る前に拙速に定員数のあり方について決定するようなことは差し控えていただきたいということもございます。

3番目といたしましては、大学における地域枠の設定については、地域医療対策協議会における各都道府県が各大学との間で事前に十分な協議を行う。あるいは、各大学には admission policy というものがございまして、これをもとに入学者を選別するといったことをやっておりますので、こういったミッション、ポリシーとの整合性を踏まえて、各大学の判断を尊重することを原則としていただきたい。例えば、地域枠定員を恒久定員に組み込むといったような施策を、大学ごとの特性や希望を踏まえずに画一的に行うことはぜひ慎重にお願いしたいということもございます。

4番目、最後ですけれども、大学も各都道府県と連携をしながら地域偏在対策に取り組んでいくつもりでございますけれども、財政的な支援、環境整備についてもぜひお願いしたい。

以上、1～4の要望でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、第3次中間取りまとめ案、今の新井構成員からの要望を含めまして、御議論いただきたいと思っております。いかがでしょうか。

どうぞ。

○山内構成員 ありがとうございます。

今の新井構成員からの意見も、これから大学の医学部の定員を減らす場合になったらどこをどのようにしていくかというのは、非常に皆様方にとってシビアなことになってくると思うのですけれども、その要素として、今いただいた第3次中間取りまとめ案の5ページ目の(2)、3番目と4番目、特に4番目のところに書かれているように、「大学の医学部定員について、地域医療の実情に応じた医師偏在対策等の側面を踏まえた配慮」といった意味と、もちろん地域医療をこれからどうしていくかという意味でも、この地域医療の指標、医師の偏在の度合いを示す指標がとても大切になってくると思うのです。あとは、取りまとめのところの2ページ目の(2)のところ、この法案が成立した場合には「地域ごとの医師偏在の度合いを示す医師偏在指標は」と簡単にここに書かれているのですけれども、これに関してもう一度確認をさせていただきたいのです。

多分これを具体的に指しているのが、お手元の前の資料、第15回の分科会の資料3、7ページのところにある「医師偏在の度合いを示す指標の設定に当たっては、次に掲げる要素を考慮する」という、いわゆる今までの人口10万人単位の医師というものではなくて、前々から言われているように、医師のニーズ、将来の人口・人口構成の変化、医師偏在の単位、患者の流出入とか、そういったものを全て見た指標ということによろしいのでしょうか。

そういった意味で、これからの医学部の定員に関しても、これからの地域医療をどうしていくかということに関しても、この指標というものが非常に大事で、その指標に関しては、前々から、今まで人口10万人単位の医師数ではなくて指標を細かく見たものを提出してほしいということの願いを再三していたと思うのですけれども、そういったものが指標ということで全てにかかわってくることで掲げられているのですけれども、いつ、具体的に、ここには「等」ということで挙げてありますけれども、どういったものを具体的に用いるのか、用いた現行の段階でのデータがどういうもので、本当に今後の医学部の定員や今後の地域医療を考えていく指標としてそれが適切なのかという議論に関しては、今後、またどこかできちんと行われることになっているのでしょうか。

その2点、指標に関しては、この第15回の分科会の資料3の7ページにあります指標でいいのかということが1点と、この取りまとめの中に出ている指標というのはこれのことなのかということが1つ御質問と、それから、その指標というのは、今後、皆さんの中で議論をして、さらにどういったものが必要かということは議論をしていくのかということの2点に関して御質問です。よろしくお願いたします。

○片峰座長 どうぞ。

○佐々木地域医療計画課長 地域医療計画課長でございます。

指標に関しては、今後法案が成立しましたら、きちんと議論していただくという予定にはしておるところでございます。恐らくこの分科会で議論していただくという予定になる

と思います。

なお、これは私どもの説明が不十分だったかもしれませんが、医師偏在指標というものは、都道府県が医師偏在対策を実施する場合の圏域とか地域を設定するに当たっての客観的な指標として用いるというのが前提でございますので、今の御指摘のような議論が全て医師偏在指標で解決するのかどうかという、さまざまな視点で議論いただく必要があると私は認識しています。

また、医師偏在指標のつくり方については、当然人口10万当たりという従来のものではなくて、先ほど来、お話が出ておりました圏域からの流出であったりとか、年齢構成とか、そういうさまざまな視点、更には、地域の実情なども踏まえたものを設定していこうと考えております。具体的にどういう形で定めるかは、またこちらの分科会などの場、公開の場できちんと議論して決定させていただきたいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○平川構成員 日精協の平川ですけれども、今の山内構成員のおっしゃるとおりで、指標でいくのはどうか。私も前に発言しましたが、医師の実数、これが何人いるのかということをしないと、推計値で物を言うと、現場で医師はまだ全然足りない印象ですので、相変わらず医師の紹介会社を使わないと医師が集まらないという状況ですので、そこは実数をきちんと把握していただいて、それをもとに計画を立てるとしていただきたいと思っております。

実数を把握していらっしゃるのでしょうか。それもちょっと心配なところなのですけれども、いかがでしょうか。

○片峰座長 よろしいですか。どうぞ。

○石丸医事課長補佐 医師の実数については、今回の需給推計でもまさに使わせていただいておりますけれども、この医師・歯科医師・薬剤師調査で、これは当然全国だけではなくて、都道府県、市町村のレベルで、しっかり医師数、さらには診療科別にも医師数の把握をしておりますので、これは2年に1回実施していますので、今後もそちらはしっかり調査をしながら議論をしていければと思っております。

○片峰座長 さっきの偏在指標の話なのですけれども、次のステップの議論になると思うのだけれども、基本的には、この分科会も含めて国がつくる、あるいは、ミクロのところは都道府県が主体的にいろいろな指標をつくっていくということだってあり得るわけですよ。今、そこら辺の考え方はございますか。

○佐々木地域医療計画課長 地域医療計画課長でございます。

御指摘のとおり、医師少数区域、医師多数区域は都道府県が決めることになっておるのですが、それを指定する際は国の決定する指標を参考にすることになっております。ただし、例えば、市町村合併で医師多数区域と指定された二次医療圏の中に離島とか僻地があったような場合は、個別にそういった地域を指定することもあり得ると思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 指標の話でございます。

医師少数地域、多数地域等を出すときに、診療科別の偏在ということも当然頭に入れていただかないと、頭数だけいても、科の偏在があった場合には必要な医療需要を満たすことはできない。これは、ここでの話以外でも、今後、専門医制度等での偏在対策とか、いろいろなところに絡んでくるわけですので、先ほどいただいた第15回でも「診療科」ということは書いてありますので、診療科別の偏在というのもきちんと指標の中に入れ込んでいただかなければならないということですのでよろしいですねということでもあります。

○片峰座長 どなたが答えられますか。

どうぞ。

○石丸医事課長補佐 これまでの医師偏在の議論の中で、診療科別の医師の必要数というところを議論していくということで、第2次中間取りまとめの中でもまとめられておりますので、そういった方向で議論していきたいと思えます。

○神野構成員 確認させていただきました。ありがとうございます。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 今回の調査は都道府県が行うということ、これは責任は都道府県等の地方自治体にあるのだと思うのですけれども、現実的には、県といっても大きさもいろいろありますし、これからの議論だと思うのですけれども、例えば、調査のときにどこかに調査を委託できるという形にさせていただいたらいいのではないかと。

例えば、病院については病院の団体であったり、あるいは、ここでも議論になった診療所の医療の供給体制ということになると、例えば、一例を挙げると、私の地域でも、開業医の先生は、今、75歳とか80歳の人は結構たくさんいらっしゃるのですね。10年後になったらその地域の診療所の状況はどうなるのかというのは、地域の医師会しかわからないところがある。例えば、在宅医療を提供していても、今はできているけれども、10年後にはそれができなくなるのかもしれない。あるいは、跡を継ぐ先生が今のところはっきりしている方もいれば、自分は息子さんが全くお医者でもないし、自分は閉院しようと思っているというような方もいるかもしれない。これを県のほうで調べるということは多分できないと思うのですね。なので、そういう何かの特別の調査については委託できるような仕組みにさせていただいたらありがたいなど。

これは今後の議論だと思いますけれども、よろしく願いいたします。

○片峰座長 今後の議論がたくさん出ているのですけれども。

どうぞ。

○山口構成員 山口です。

5ページのところに最後のまとめのようなことが書いてあるわけですが、5ページの一番最後の○のところ、34年度以降の医師養成数については、以上のことを「勘案し」とあるのです。その勘案するのは何かというと、医師の働き方改革や労働実態、医師偏在対策や医師偏在の状況等とあるのですけれども、これから先のことを考えたときに、AIが普及してくると、年単位でいろいろと医師の仕事も変わってくる可能性があるのでは



ないかと思ひます。そういったことも一言ここで触れておく必要があるのではないかなと思ひますので、そのあたりはいかがでしょうか。

○片峰座長 どうぞ。

○石丸医事課長補佐 御指摘をありがとうございます。

当然、AI等が今後進んでくるということも予想されますので、今後、そうしたことが出てきますと、当然医師の需要といったところ、また考え方が変わってくることもあるかと思ひます。そういった意味では、まさに5ページの(2)の3つ目のところですが、下から3行目のところから、「医師を取り巻く環境がこれまでよりも短いスパンで変化していくことも踏まえ、定期的に検討をしていく必要がある」と書かせていただいております。AIの状況を今の時点で将来のところまでかなり正確に予想するというのは難しいところもありますので、これは定期的にこれを検討していくということで、そういったことも考えていければと思ひております。

○片峰座長 よろしいですか。

どうぞ。

○山口構成員 「取り巻く環境」だけだとちょっとわかりにくいかなという気もしますので、例えば、そこにもう一言、どんな取り巻く環境なのかということをしり入れていただくと違ひのではないかと思ひます。

○石丸医事課長補佐 わかりました。それでは、そちらのほうを検討させていただきます。

○片峰座長 どうぞ。

○羽鳥構成員 数回前の議論にもありましたが、例えば、人口が3,000人ぐらひの村があったとして、それを診療報酬にのみ収入源となるようなレセプトベースだけで考えていくと、その地区に1つの診療所しりなくても赤字になってしまうかもしれない。ドクターが1人でも、看護師さんがいて、事務がいたら。訪問診療をすれば黒字になるかもしれないませんが。そう考えると、1つの町で、例えば、それが50キロ圏内で医療機関がほかにないというような地域があったとしたら、その診療報酬だけでこの議論を進めていくのはやはり難しいと思ひます。その診療所が成り立つためには、別の方法で補助金を出すとか、そういうことも必要になってくると思ひます。ですから、医師必要数というのは、偏在だけではなくて、様々な場面を想定しないといけひないのではないのでしょうか。

森田先生がかつて御主張されましたように、診療報酬だけで決めているような仕組みで医師需給を見ていくというのは難しくなってくるのではないかと思ひますので、この場でも、補助金のことも含めて、必要などころには必要な手当てをするという発想で考える機会があればいいなと思ひます。

○片峰座長 いかがですか。

どうぞ。

○裴構成員 2ページにございますように、この中間取りまとめの中で、医師の働き方改革がかなり大きなウエートを占めていると認識しております。本件は、医療の安心または

安定した提供体制をつくるに当たって、今回の医師需給と医師の働き方改革というものは、私は、ある意味、車の両輪かなと思っております。

そうなりますと、医師の働き方改革が平成30年度ですか。31年3月に結論が出るという形で、それを踏まえて、この医師需給分科会、平成34年度以降の医師需給を考えていくということですがけれども、これを見ますと、医師の働き方改革は一旦小休止になって、31年3月時点での発表内容をもって、今後、34年度以降のものを考えるという考え方でよいのか、それとも、医師の働き方改革はいずれ同時並行してやっていくという考え方なのか。先ほど議論にありました医師の生産性または仕事の効率性というのは、切っても切れない話かなと思います。医師需給というのは、数の議論をメインにされている。一方、質の議論も私は必要かなと。そうなりますと、働き方改革というのも、これは切っても切れないコインの裏表かなと思っております。ぜひ今後の議論の中で、医師需給分科会の中に働き方改革を入れるのか、または、別建てでいくのか、それは今後皆様の議論を待ちたいと思うのですけれども、その両面をにらんだ安心の医療提供体制をつくっていったらいいと思っております。

以上でございます。

○片峰座長 どうぞ。

○福井構成員 医師の需給、需要と供給のバランスにつきましては、恐らく現在行われている診療のパターンをそのまま継続したらどうなるかということだと思っておりますけれども、前回もちょっと触れたのですけれども、国全体として、最も効率的な医療を提供する上で特にゼネラリストとスペシャリストの割合がどれくらいであって、それを目指して、医療政策としてゼネラリストとスペシャリストの割合を将来変えていく方向で国としてやるかどうかによって随分違うと思うのですね。今のまま、自由に専門性を医師が選択して、国全体の効率的な医療の提供というところが、なかなか一人一人の医師になったばかりのところでは、そのようなグローバルなといいますか、全体的な視点がない。そういう個々の選択に任せたまま今後ともいくのかによって、随分医師の数、専門性の分布というのは違ってくるのではないかと私は思います。

できることなら、国全体として最も望ましい専門性の分布というのを考えていただいて、コンセンサスをつくっていただいて、そこを目指して調整していくということも一方では必要ではないかと思っております。

意見です。

○片峰座長 いかがですか。

今後の検討事項に今のことも入っている、残っていると思っておりますけれども、そうですね。どうぞ。

○堀之内構成員 堀之内でございます。

せっかくですので、報告書に沿って確認したいことがございまして、4ページの4番の(1)以降に、3で述べた推計結果において、一定の仮定として、月80時間相当に時間外・

休日労働を制限したとしてもということが、今回、一つの仮定として採択されているのですけれども、中間取りまとめとして提示する場合には、ほかの推計についてどのようなスタンスで考えているかということも簡単に触れたほうが。例えば、ケース1はさすがにないだろうとか、ケース3はないだろうとかというところを判断したのか、それとも、特にそういう判断は、当然この段階では予断は持たずに、中位の推計、真ん中の推計でやりましたということなのかというところは、もう少し明確にしてもいいのではないかと思います。

以上です。

○片峰座長 どうぞ、答えてください。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。

ただいまの点について、もちろん、ケース1、ケース3という形で、ほかにも労働時間の制限の見込み方ということで推計をしておりますけれども、最終的には、この4(1)の部分だけではなくて、(2)の5ページのところですけれども、この一番上のところ、ケースという意味で幾つかやっておりますけれども、どのようなケースにおいても長期的には供給が需要を上回ってくるというようなところで、今、働き方改革の議論をしていく中でどういう方向性かというところを示されている状況ではありませんので、この将来につながっていくところという意味では、こういったまとめ方を一応しているということになります。

○片峰座長 ほかにございますか。

○権丈構成員 確認になるのですけれども、3ページの「3 将来の医師需給推計（全国レベル）について」の○の2個目と3個目なのですが、「具体的には、まず、供給推計について、中間取りまとめにおける需給推計方法を基本としつつ」、次の○のところで「また、需要推計についても」、上のほうにも「第1次」をつけたほうがいいかなという気がしますが、「第1次中間取りまとめにおける需給推計方法を基本としつつ」とあります。この「第1次中間取りまとめにおける需給推計方法」というのは、地域医療構想に基づいて、病床が、高度急性期、急性期、回復期、慢性期というような形で、これは人口とか将来のことをずっとビジョンを描いていくことになるわけですが、この医師需給分科会の議論のスタート地点というのが、病床があっても医師がいなければ話にならないだろうということがあったと思うのですね。

したがって、例えば、平成28年3月に、今から2年以上前なのですけれども、そのところで、需給推計の事例で、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のような形で、高度急性期の医師の比率が4.8、次が2.7、1.5というような比率が出ています。このような考え方に基づいて、地域医療構想という提供体制のところは仮に準備できたとしても、医師がいなかったら話にならないから、そこをしっかりと埋めていくんだというような意図が最初にあって、中間取りまとめにおける需給推計方法というのはそれを反映したものであって、そのベースがあって、そこに追加的にビジョン検討会とかいろいろなところから来るポツ

の3つぐらいがついてくるという形で、病床が幾ら準備されていったとしても、人口とか、年齢とか、いろいろなものを反映させて、病床が準備されても医師がいなかったら話にならないから、しっかりと偏在問題をこの問題の中に組み込んでいながら、今は比率が平均値での4.8とか2.7とかになっているけれども、将来的にはこれを取れんさせていくというような形で、偏在問題をベースにこの中に推計が組み込まれていると考えておいてよろしいのでしょうか。そうだと思うのですけれども、そういうことをまず確認させていたいただければと思います。

○片峰座長 いかがですか。

どうぞ。

○石丸医事課長補佐 今回の需給推計方法についての御指摘のところですが、当然この入院需要のところは地域医療構想に基づいた推計ということで、第1次中間取りまとめ時の需給推計方法を今回は踏襲しているということですが、御指摘のように、基本的にはこの考え方を平均してというところで、その病床当たりの医師数というものを考えているところですので、当然、平均という意味では、各地域における偏在の問題ということも全部内在したような推計の仕方をしているという理解でございます。

○権丈構成員 したがって、この問題というのは、偏在問題をやらないことには、何とかしていかないことには一歩も動けないという話が2年前の3月のところから始まっているけれども、今、ようやくスタート地点に立っているという状況だと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 2ページの今の医師偏在対策の話で、先ほどから指標の話があって、「(2)医師偏在対策」の3つ目に、医師がどのような状況で働いているかということは三師調査で調べるとここは書いてあるのですけれども、従来、この議論では、昨年の中末までに検討すべき医師偏在対策という14のメニューがあって、その10個については、基本的には何らかの対策がとられましたと。医療法、医師法の今回の改正の中にもほとんどのものが網羅されているということなのですが、これを改めて見てみると、医師の勤務状況等々のデータベース化については、既存の仕組みは、三師調査も当然活用しながら、厚労省でたしかデータベース化するというお話、新たなデータベースをつくるというお話があったのですけれども、それはどのようにになっているのかということを確認させていただきたいと思います。

医療の話になると、提供者側だけの話になって、国民の理解がどうしても必要だということで、国民への啓発ということもこの偏在対策の中のメニューに書かれているのですけれども、厚労省も何かそういう国民に対する医療の啓発を行うというようなお話、予算化するというお話があったのですけれども、その辺は具体的にどういう取り組みを今後されていこうとしているのかというのが2点目。

続けて恐縮ですが、事業の承継税制のお話で、第1次中間取りまとめで検討課題として明記していただいたわけです。第2次中間取りまとめの前に、この分科会の中で、

資料の中に、事業承継、承継税制の関連では、持ち分なしの医療法人への移行計画の認定制度という資料、これは厚労省が大変頑張っていたいて、新たに医療法人の中で持ち分ありからなしに移行する際の承継、贈与税の問題がクリアしてあって、とても大きかったと思うのですけれども、それだけで何か事業承継の税制が完成したというわけではない。たしか御説明でも一部措置済みという整理になっていたと思いますけれども、医療機関が非常に少ない地域で代がわりを機にやめてしまうということで何らかの税制上の支援をしていく必要があるということは前から申し上げているのですけれども、このことはこれで完結してしまって、厚労省としては対応しないということなのかどうか。

その3点について教えていただきたい。

○片峰座長 よろしいですか。どうぞ。

○石丸医事課長補佐 今、3つ御指摘いただいたと思います。

まず、医師のデータベースに関してでございます。今、医師のデータベースに関しては、御指摘をまさにいただいた三師調査、この医師・歯科医師・薬剤師調査のデータをベースにデータベースの構築をしております。今の時点ではまだ都道府県への提供を行っておりませんが、今後、都道府県に早急に提供できるように検討しているところになります。

○今村構成員 私がちょっと気になったのは、2ページにあるように、三師調査でということで、従来の三師調査だけではなくて、それをベースに新たにもうちょっと精緻な調査に変えているというお話であるのであれば、ここの記載は三師調査の結果が上がってくるという記載ではなくて、もう少し書きぶりがあるのかなと思ったのですけれども、そこはいかがなのでしょう。

○片峰座長 どうぞ。

○石丸医事課長補佐 医師データベースの関係ということで言いますと、基本的には今も作成しておりますデータベースはこの三師調査のデータになりますので、今後、また30年の調査に向けて当然項目の見直し等はすることになると思いますし、医師データベースについても、ことしのデータベースからその後が変わっていくという可能性はあると思います。

ここで書いておりますのは、いずれにせよ、確実に平成30年にはこの三師調査というものをやることになるというところで、具体的な内容も、28年と比較してどうなるかというところがわかるというものがありますので、それを書いていくということです。

○今村構成員 ということは、今後、例えば、三師調査では十分把握できないようなものについても、改めてそういうものを付加した調査というか、データベース化がされていくという理解でいいということですか。三師調査でずっとデータベースをつくって、それをもとに議論していくと読み取れるのですけれども、その辺を聞きたいのです。

○片峰座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 堀岡でございますけれども、わかりやすく言うと、今ま

での三師調査での把握というのは、つまり、時点での調査なわけですね。だから、例えば、北海道に、今、何々科の人が何々市町村に診療科別に何人いるかしかわからない。データベースでわかるのは、例えば、北海道大学出身で、何年目までどこにいた人が、今、北海道にいるということ。東京の大学に出て行った人は北海道に何人戻って、逆に北海道の人が何人東京に出て行っているかというのが、その縦の時間軸でわかるというのがデータベースなので、そういう意味では、偏在対策としてもっと深い分析ができるようになるというのは確かです。

だけれども、ここで書いているのは、平成30年のときの結果、つまり、30年のときの横断面での調査は三師調査ではっきり把握できるのということを書いているわけで、確かにここまでこんなことを別にここにわざわざ書く必要はないのかもしれませんが、今、そういうことを申し上げて、話が縦と横の時間軸の違いの整理があるということだと思います。

○今村構成員 今の御説明を聞いて、わかりました。

そうであれば、そういうことをきちんと書いたほうが逆によいのではないか。書きぶりによると思いますけれども、そういう形で、医師がどういう経歴というか、経過をたどって移動しているかがわかるような仕組みをつくる、データベースをつくるとおっしゃっているのだと思うので、それは非常に重要なことなので、逆に書いていただいたらいいのではないかと。

○堀岡医師養成等企画調整室長 どこかに書かせていただきます。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 残り2点をお答えいただいているのですけれども。

○榎本総務課長 総務課長です。

まず、国民への理解、啓発の促進ということですが、これも働き方改革の検討会の中間取りまとめでかなり先生方から強い御意見をいただいているところがございますので、私どもとしては、これはしっかりと進めていく必要があるということで、今、検討会を一旦お休みさせていただいている中で、私どもで検討作業を進めているところがございます。そういった中で、いろいろと多面的に取り組む必要が恐らく出てくるのではないかと考えておりますが、今度、来年度の概算要求にも必要なものを盛り込むという方針で考えているところがございます。

3点目の承継税制の関係でございますが、これも先生は十分御承知のとおりでございますけれども、一昨年の年末の税制改正で、持ち分あり法人から持ち分なし法人に移行する場合の税制が認められるところがございますが、一方で、先生から御指摘がありましたように、代がわりのところはどうするのかということ、あるいは、個人経営でやっているようなところをどうするのかといったような課題も恐らく残っているかと私どもとしても考えております。このところも、必要な税制改正要望はまた夏に私ども省としてもまとめて出す必要がございますので、そういった中で必要なものをまた要望していくようにし

ていきたいと考えております。

○今村構成員 ありがとうございます。ぜひよろしく申し上げます。

○片峰座長 小川先生。

○小川構成員 4 ページのところ、医師偏在対策が、今、改善しているわけではないのですが、4 (1) の1つ目の○で見ますと、日本全体の医師数という観点なのですが、平成32年度の医学部入学者が臨床研修を修了する40年度ごろに全国の医師需給が均衡すると、これは大変恐ろしい話なのです。ということは、今、平成30年ですから、2年後の入学定員から削減をしなければ、日本全体の医師数は将来とんでもない過剰になっていくことを示しているわけで、ということは、医学部定員の削減に関しては、こういう状況からすれば待ったなしの状況なのだ。議論は、いろいろなファクターがあって、働き方改革がまだちゃんとしていないとか、地域偏在が解消していないとか、さまざまな問題はあるのだけれども、グロスで言えば、この日本全体の医師供給に関しては、平成30年、あと2年後から削減をしなければとんでもないことになってくるということがはっきりここに出ているわけです。ですから、議論をそんなにのんびりとやっているわけにはいかないというのが1点。

もう一点なのですが、診療科偏在の問題なのですが、もうすぐ日本全国の人口は減少していく、さらに高齢者の人口も減少していくことが既にデータとして出ております。そういう中で、これは人口当たりの診療科ごとの医師数の必要数という観点から抜け出していないのですよね。例えば、岩手県は、9つの二次医療圏があって、被災地であった沿岸部はどんどん過疎化が進んでいます。そこに全ての専門医といえますか、診療科が全部セットで必要なのかというと、全然そうではない。実際、例えば、例を挙げますと、被災地の沿岸部の二次医療圏には、皮膚科の医者、常勤医は一人もいません。全部大学から日が変わりで行くわけですが、行ったとして、患者さんが門前市をなすようにたくさんお待ちになっているというわけでもない。そういう中で、この人口当たりの各診療科ごとの医師数だけを議論してもいいのか。そうではなくて、システムが問題なのだと思うのです。例えば、医師を派遣する県内全体として全体をカバーして、医師がどういうふうに出て行って患者さんの面倒を見るか。あるいは、患者さんに盛岡まで来ていただいて診るようになるのか。そういう人口当たりの医師数の議論だけではなくて、医師の働き方といえますか、医師がぐるぐる回しで患者さんを見るというようなシステムをこの中に組み込まないと、将来的にはとんでもないことに、議論がおかしい方向に行ってしまうのではないかと危惧します。

○片峰座長 先生が言われたところは少し本質的な問題だと私は思っていて、要するに、なぜこの時期に第3次中間報告を出さなければいけないか。これはまさに32年度の医学部入試を、さっき新井先生も言われたように、もう社会に広報しなければ間に合わないというその1点だと思うのです。だから、32年度、33年度は、現状の定員レベルでいきましようというのが非常に大事なメッセージになるのだらうと思うのですけれども、先生、そ

こはよろしいのです。問題は、要するに、32年度以降も含めまして、医学部定員をどうするのかということころは、先生が言われたところも議論として残っておりますし、あえて申し上げれば、医療費をどうするのか。医療費の観点の中で医師の数をどうするのかという議論も、全然ここではされていないですよね。それから、これも出ましたけれども、職業人口の中に占めるお医者さんの割合は適正なのかという議論もありましたし、いろいろな議論がまだされていない部分があるのですね。その中で、一番最後、34年度以降に関しては、働き方改革等々、医師偏在対策の進捗を見ながら、だけれども、基本的には減らしますよという書きぶりなのですけれども、もっと厳しく書きましょうという御提案ですか。

○小川構成員 この10年の医学部定員の暫定増に関しましては、7,000人から9,000人ぐらいまでいったわけですから、2,000名強増えたわけです。7,000名でも恐らく過剰なのです。だから、今の各大学の医学部定員を、将来的には半分ぐらい、3分の1から半分ぐらいにしないと、医師需給の均衡はとれない。ですから、ある程度、32年度から本当は下げたいのだけれども、それだからといって各大学の事情もございますから、急激に定員を半分にするとか3分の1にするとかというのは、まず、ほとんど不可能な話だろうと思いますし、それだけの教員を抱え込んでいるわけですから、ハードの面でもいろいろな実習施設や何かに既にとんでもないお金をかけてあれをしているわけで、それを急激に下げるとするのはなかなか難しいのですけれども、そういうことも考えていただかなければならないかなと思っております。

○片峰座長 今回のことはいかがですか。

どうぞ。

○神野構成員 おっしゃるとおりだと思うのです。これはさっき診療科偏在の話を遠回しに申し上げましたし、福井構成員は先ほど直接おっしゃいましたけれども、もし先のことを考えるならば、英国型のGPというか、ゼネラルで見る人がこれだけ必要なのだから、これだけ確保するというのを、強い偏在対策として、ある程度強制的というか、GPはこれだけ、専門医はこれだけ、スペシャリストはこれだけという形にしないと、今のままで自由にいくなれば、専門医志向が非常に高い人がたくさんいらっしゃるわけで、皆さん御承知のとおりですけれども、それを自由にやっっていけば、恐らくまだ医師数は足りないということになると思います。今後の形としては、強い診療科別の偏在対策を視野に入れなければ、今の小川構成員がおっしゃった将来的な解決策にはならないと私は思います。

○片峰座長 こちらからどうぞ。

○戎構成員 今回の第3次中間取りまとめの内容は、私なりに理解させていただきました。この平成32年度以降の方針を示すものということで理解させていただいているのですけれども、34年度以降の医師養成数について、今後、2年間をかけてまた検討することになるとは思うのですけれども、検討するための検討材料で、時間外労働の実行計画、働き方のほうで話し合っている結論が平成31年3月に結論が出る予定ということと、地域偏在と診療科の偏在の30年度分の結果が平成31年12月に出るとのことなのですから、平成34



年度以降の定員に関して言うと、恐らくこの2年前の時点で出さなければいけないので、平成32年5月までに結論を出せということになるのだと思うのですが、最終的に地域偏在とか診療科偏在の30年度分が出るのか。平成31年12月ですと、ここから検討を始めるとなると1月～5月までの5カ月間という短いスパンになるのですけれども、その中で検討していけるような材料なのかどうかというところが1つ質問です。

○片峰座長 福井先生。

○福井構成員 小川先生と神野先生と恐らく同じことを言っていて申しわけないのですけれども、具体的に想像していただきたいのですけれども、10万人のポピュレーションに対する医師の専門性の分布と、同じ10万人でも、1万人の人口のところは10個ある10万人と、5,000人の町が20個ある同じ10万人、たった1,000人の自治体が100個散らばってそれで10万人になるという場合には、随分医師の専門性の分布は違うと思うのですね。ですから、1,000人のところを100個集めてようやく10万人になる場合の医師の分布、専門性の分布というのは、ゼネラリストがマジョリティーでないといけないわけですので、今後、自治体がどういうふうにサイズが動いていくのかということも考えながら、専門性の分布はこれから変わっていくと思うので、そういうことも考慮しながら、ぜひ考えてもらえればと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 今の小川先生、神野先生、福井先生のお話はすごく大事な論点だと思います。

いつも申し上げているのですけれども、厚労省にいろいろな会議があって、それぞれに議論する役割が多分あるのだと思うのですけれども、例えば、総合的な診療能力を持つ医師をこのぐらい必要だねということをこの委員会で決めたときに、それをどう養成するかという話は、逆に今の厚労省の中で医師の養成のあり方ということで、大学の医学部教育、CBT、OSCE、国家試験、臨床研修を含めての一貫通の議論をするという場所があるわけですよね。

例えば、今後の医師はこういう養成をしていくのだという中でそういうことを本来は議論されていくお話だと思いますし、あるいは、専門医の仕組みとのリンクという話もあって、それぞれの委員会で議論すると、みんなばらばらにみんな相手の見えないところの議論を、これは大事だからという議論になって、もう少し厚労省としてこの委員会ではこれを議論、全体としてはこういう項目があるのだけれども、この部分を主に議論してもらおうという整理をしないと、要するに、いろいろな屋上屋を架する議論になったりするのはないかということをお慮しています。

働き方についても、本当に大変重要な話だと思いますけれども、これは医政局が所管して委員会が設けられていますけれども、労働基準局の労働政策審議会を通らないと結局この議論は決まらないということになっていますから、我々だけの議論だけで決まる話でもないということもあって、全体を見渡しておられる行政がコントロールをしていただい

て、有意義な議論になるようにしていただければありがたいなと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○平川構成員 32年から、医学部定員を減らすのは急務だというお話は、マクロではわかるのですけれども、実際に、私も20年以上院長をやっていますが、例えば、看護師の需給については、平成14年ごろにもう振り切れるというようなお話もあって、需給について余り推計が当たった記憶がないのですよね。もしこれが外れた場合に、今回の議論のように、どう減らすか、どう枠を決めるかということばかり議論していて、実際に本当にふやさなければいけない場面を想定していないと大変なことになると思うので、それについては、減らす一方ではなくてふやす自治体もあっていいのではないかという視点は入れておいていただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○片峰座長 今の御意見も含めて、このままいくと、34年度もなし崩し的にこのままいこう、時間切れでということになりませんかという御質問ですよ。そこら辺の逆の意味での見直しの話もあるので、そこら辺は、34年度はさまざまなデータが出そろったところで抜本的な改革がいけそうかどうかというイメージはどうでしょうか。

○石丸医事課長補佐 まず、先ほど戎構成員の御指摘というところで、30年の三師調査、この結果は31年12月に出るというところでしたけれども、もちろんこの31年12月に、当然これは調査ですので、実態を見てみないとどうなるかわからないところがあるので、それまでに先行してそこの部分を予想してというわけにもいかないと思いますけれども、そういった数値が出るまでに議論の準備しておくことは当然できると思いますし、今回、大きく暫定的な方針ということで議論が進められてきましたけれども、医師の働き方改革の結論は今の時点では3月に出ることになっておりますので、3月に出た結論も踏まえて、そういった議論の進め方というところも検討していければいいのかなと思っております。

その後、今の平川構成員の御指摘の点ですけれども、都道府県ごとにふやすようなところがあってもいいのではないかという御指摘だったかと思いますが、そのときの状況を見て、当然、三師調査にしても、その他調査の結果によってはさらなる議論が出てくる可能性もあると思いますので、そういったところも当然踏まえながら議論を進めていくという認識です。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 全体の取りまとめについては基本的に賛成という立場での意見ですが、今、都道府県の話が出たので都道府県の立場から発言したいと思います。

現実的に、現在いる医師数についても、各都道府県における医師の養成数についても、かなりの幅があります。したがって、そういうことも踏まえて、この文章に書いているように、1ページに「都道府県からの追加増員の要望を慎重に精査」ということも書いてありますし、大学も医師偏在の解消に向けて協力するとありますので、ぜひ各都道府県の実態を踏まえて、医学部定員のトータル数は変わらないけれども、各都道府県における地域枠の問題とか、偏在解消に地域枠は有効だという議論が今までありましたので、そういう

観点でよく聞いていただきたいというのが1つです。

もう一つは、今回の専門医制度もこの医師の偏在を増長したという感じもありますので、その点についても配慮いただきたいと思います。静岡県内の181の病院を医師の数で分類していくと、3分の2は10名以下で、多いところは300名以上もいます。その医師数10名以下の病院があと何名の医師を必要とするかということ、医療経営の観点もあり、1人か2人いればいいぐらいの増員数です。そういう小さな病院が地域包括ケアシステムの形成にある程度の役割を果たしているのが実態だろうと思います。特に地方の医師の少ない地域においてはそうだろうと思います。従って、全国の病院において医師数がどういう分布になっているか。何名の病院が、例えば、3名以下が幾ら（何病院）とか、10名以下が幾らとか、500名以上の病院が幾らとか、そういう数字も含めて次の偏在解消の議論にのせていただければと思います。

特にここ10年の特定機能病院における医師数の変化を見たい。例えば、医師数が1,000人もしくは500人の病院であと1割欲しいと言われたときに、500人のところは医者が50人欲しいわけですし、1,000人のところは100人が欲しいということになります。10人以下のところは1人か2人で十分になるということからも、そういう病院の規模に応じて医師がどういう動きをしているかということについても、基礎的なデータがあったほうが議論しやすいのかなと思います。医師の数によって提供される医療が変わるので、そのことについても議論して欲しい。特にある専門医が医師の少ないところに行った場合、その人が本当に医師としての専門性を発揮できるかということ、実際はできないわけですから、そういうことも含めて議論をやっていないと、この偏在解消にはつながらないのではないかと。トータルの医師は満たせても、医師不足は解消されないが、偏在解消をすれば、ある程度、医師の不足感は解消されるのではないかなというように思います。

以上です。

○片峰座長 今の点で何かありますか。どうぞ。

○石丸医事課長補佐 今、鶴田構成員から、32年度以降というところで都道府県の要望をしっかりと聞きながらという御指摘があったかと思いますがけれども、31年度で今の臨時定員増のスキームが一旦終わることになりますので、32年度以降、こちらにも書いておりますけれども、しっかりと都道府県の要望を聞いてしっかりと精査をしていくということで、今、おまとめいただいているという形になるかと思います。

その後、この専門医のお話とか、病床の機能別の病院といったところの医師の偏在についての御指摘もいただきましたけれども、今回はあくまでもマクロという意味での方針がこの第3次中間取りまとめということになるかと思いますが、まずはミクロ、まさに偏在といったところも、この後に議論を進めていければと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○羽鳥構成員 鶴田構成員から専門医機構の専門医に関して若干意見がありましたけれども、専門医機構では、今回、地域枠の方に地域でしっかりと仕事をさせていただく仕組みのデ

データベースをつくることにしているのですが、少しはまた改善するかと思いますが、医師の養成の場面、初期臨床、専攻医、専門医になって、地域に出て行くというときに、それぞれの人の履歴や何か、きちんとわかるような履歴を記録閲覧できるようなデータベースを厚労省はつくるべきです。どういう過程を経て、今、どうなっているかということを一々見ていかないと、この議論はずっと、2年後になっても、先ほど座長からまたなし崩しになってしまうのではないかという話もありましたけれども、そういうことに決してならないようにするためには、数字に基づいた議論ができなければいけないと思います。

我構成員から、三師調査をやって、それに基づいてわずか数カ月で結論を出さなければいけないのかという話もありましたけれども、そういうことは、4年前、6年前からずっと議論されてきていることですので、推計がちゃんとできるはずなのです。推計が合っていないという話もありましたけれども、そういうことを乗り越えてやっていかなければいけないことではないかと思います。

あと、三師調査というのは標榜機関であって、元外科医が内科を標榜しますので必ずしも実体を示していない。又、全員は提出していないですね。7割ぐらいしか出してないと思います。悉皆性を持つデータベースをきちんとつくるのが厚労省の役目ではないかと思うのですけれども、その辺はどうなのでしょう。

○片峰座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 羽鳥先生の御指摘はごもっともでございます。さまざまなデータベースを使って、できるだけ悉皆性のあるデータベースにしようと思います。ぜひ専門医機構にもデータをいただければと思いますので、ぜひよろしく願いいたします。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 議論をずっとしていて心配しているのは、先ほどもちょっと出たのですけれども、国民の理解ということで、国民に丁寧に御説明していくということのお話があったのですけれども、前のまとめと違って、今、実際に地域で医者は足りないと思っている方々が、今回の医学部の定員をふやさないとということが出たときにどう思われるか。そこを理解していただくのが、我々の中では、医師需給があって、医者がその時点でふえてしまったらいろいろな弊害が起こってきたりということや、先ほどもありましたように、医者の育成にはお金がかかったりとか、そういう意味でのことというのは頭の中ではわかっているけれども、多分目の前で地域に医者が足りないと思っている方々に対しては、非常に医師の働き方改革も話題にはなっていますし、今まで一生懸命働いてくれていた先生方が働けない状況で、しかも医学部の定員も減ってきて、どうなってしまうのだろうかということ非常に感じられると思うので、そういった中で、丁寧な説明というか、そういったものが必要なのではないかと思うのです。

今回、第3次中間取りまとめということで、医学部の定員に関して割と統計的な数字を用いてお話ししているのですけれども、そういった意味での対策というか、そういったも

のをもう少し入れ込まなくていいのかなと思っておりまして、この第2次中間取りまとめのところで、第17回の分科会のところで出ていますけれども、このときに、将来に向けて、そういった医学部の定員はふやさないけれども、今、皆さんから御意見が出ていたような地域の偏在を改善するために、診療科ごとの都道府県の定員を設定するとか、専門家ごとのそういうものも考えていくとか、そういう対策に関して、もう少し第2回の取りまとめのところに書いてあるようなことも丁寧に説明を入れたほうがいいのかなと思いました。

第2次のまとめのときに、先ほど来、お話が出ていますように、専門研修における診療科ごとの都道府県別の定員の設定ということにそれは含まれていて、その当時では、まだ今回の専門医制度の実際の数がか明らかなではなかったとは思いますが、今後、今回のいろいろなことを見て検討するということではあったので、先ほどもありましたように、専門医制度の結果などを踏まえまして、このことに関しては、そういう対策をしていくということの提示とともに考えていく必要があるとは思っています。

○片峰座長 どうぞ。

○権丈構成員 この報告書に暫定的という言葉が幾つもあるのですが、ここの検討会は結構息の長い検討会で、当初は、2016年12月にある程度の方角性を出す、結論を出す予定だったのではないかと思うのです。それが諸般の事情で開催されずにこういう状況になってきて、当面暫定的なということに今はせざるを得ない状況になっているということがまずはベースにあるのではないかと思います。ないとは思っているのですが、次のときにはそういうことがないようにやっていただくことが必要かと思っております。

もう一つは、先ほど福井先生のところでも話がありましたけれども、第2次中間取りまとめの中で、結構「プライマリ・ケア」という言葉が組み込まれております。その中でも、例えば、「現状では医師自らの意に反して医師の少ない地域で診療することを促す仕組みとなるため、プライマリ・ケア等の地域医療を支える医学教育の充実や、地域による魅力の発信・医師を受け入れる」という文章とかがございまして、こういう我々の報告書というものを、第2回以降でいいので、しっかりともう一回みんなで記憶に戻して反映させた形で、次の段階では、先ほど、前回のこの試算というのは長期的なビジョンの試算、医師の需給を計算していくという方法そのものは、かつてのものとは違ってかなり改善されているのです。人口当たりの医師数とかどうのこうのというような方法ではなくて、地域医療構想を使ってしっかりやってみようというようなところ、それから、先ほどは入院のお話もしましたが、外来でもかなりの工夫がなされております。その工夫がなされている中に、この「プライマリ・ケア」のしっかりとした充実みたいなものもいずれは組み込んでいく形で次の段階ではやっていくというのが、第2次中間取りまとめに基づいてやっていくのであれば、そういう形になるのではないかと期待しております。

○片峰座長 権丈先生、あっさりし過ぎているという感じですか。もうちょっと第2次取りまとめの精神も入れ込んで、この第3次中間取りまとめも書いたほうがいいのではないかと。

○権丈構成員 今回は、先生が先ほどもおっしゃっていましたように、32年のために暫定的に答えを出さなければいけないということで、それ以降のところは別の形で進んでいくというところでいいのではないかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○裴構成員 全国医学部長病院長会議にも書いてありますけれども、その後、結局、例えば各大学に任せるとか各都道府県に任せるとかという方向性ではなくて、国が強力なリーダーシップをとって、今まで問題になっていた、例えば、紹介業者に任せられている人材紹介の問題を国がリーダーシップをとってやるとか、診療科偏在についても定員をそれぞれの科で定員を設けるとか、もう少し厚生労働省としてリーダーシップを持ってやらないと、またずるずるといってしまいそうな雰囲気があります。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 先ほど山内構成員がおっしゃった、第2回目の中間取りまとめでもう少し具体的なことが書いてあるのにとというのは、重要な御指摘だと思うのですが、今回はともかく定員のことをポイントだということもあって、第2回目のときは十分に議論し尽くせていないのです。なので、両論併記になって、これから先、しっかり議論していきましょうというようなことが羅列されているという部分も多々あったと思います。

今回はこの報告書で私はいいと思うのですが、できなかった部分、本格的に本当に偏在をなくす対策ということを今後はより深めていくという方向で、ぜひ進めていただきたい。これ以上、次回以降のところは同じことを繰り返していたのでは全く意味がないと思いますので、第2回目の報告を受けた本格的な議論をぜひしていきたいと思っておりますので、そのあたりはよろしくお願いいたします。

○片峰座長 今後の議論が非常にポイントで、そこは最後に、第3次中間取りまとめ以降、どういう方向でやるのかをお答えいただければと思いますが、恐らく、この第3次の中間取りまとめ案は、次回はまた親会との合同会議で最終審議という段取りになりますよね。この前の第2次のときは、親会で物すごいことになりまして、突っ込み不足だという議論もあったし、甘いというのもあったし、踏み込み過ぎだという議論もあって結構大変だったのですね。

そういった意味では、この取りまとめ案自体、さっき小川先生からもありましたけれども、具体的にここをこう変えろというところもいただければ、次のあれに生かせるのではないかと思います。森田先生、その辺はどうですかね。

○森田構成員 私は、今までの御議論を聞いている限りでは、具体的にここをこう直せという内容についての変更の御意見はなかったと思います。皆さん、御不満な点とかさらなる希望は表明されましたけれども、一部、もうちょっとAIを入れたらという細かい点は御指摘があったかと思いますが、そういう意味で言いますと、本筋においては変わりが無いと思いますので、その意味では、私自身は皆さんに御了解されたのかなと思って、

余計なことは言いませんでした。

○片峰座長 それでは、次回もすんなりいくであろうと。

○森田構成員 少なくとも、今回この場にいらっしゃる方は、ここで御了承いただけるならば、次回においても当然ディフェンドをされるはずだと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○松田構成員 本取りまとめについての方向性は、特に意見はございません。ただ、できれば、もし可能であれば追加していただけたらと思うのですけれども、今まで議論しているのですけれども、実際に当事者がどう考えているかというデータがないのですね。当事者は誰かということ、若い医者だったり医学生だったりということなのですから、フランスは同じ問題にぶち当たって、Berland報告というものが出たのですけれども、その報告で何が指摘されたかということ、若い医師は都市部で働きたいと。それはなぜかということ、生活の質、医学の研修ができるということ。もう一つそこにあったもので、若い医師は、開業医よりは勤務医を希望しているということがありました。それが十何年前の話です。

ことしの2月にフランスに調査に行ったら、意識調査が示したとおりの結果になっていました。何が起きているかということ、これは働き方改革に関係すると思うのですけれども、いわゆる労働基準法で規定されてしまった、要するに、医師の勤務時間が病院にかなり厳しく適用されますので、病院医師は比較的受容可能な時間で働いている。ところが、それが適用されない診療所のほうの医師が、特に都市部で不足しているという事態が起きている。

要するに、これからこの議論を進めてくときに、若い医学生とか、今、20代、30代の若い医師がこれからどうなりたいと考えているのか。今の労働現状をどう考えているのかということ、少しデータとして持っておいたほうが具体的な議論ができるのではないかと思います。今まで何となく数字の話だけなのですから、当事者がどう考えているかというのが一番大事なポイントだと思うので、この辺もぜひ追加の調査をやっていただけたらと思います。

先ほど平川構成員が言われた、医師が足りなくなる可能性もあるという話なのですから、フランスは実際にこれが起こりました。なぜかということ、フランスは医師の定年制があるのですね。団塊の世代の医師がごそっと抜けてしまった後に、医者が足りなくなるということが起こってしまって、今の定員増とかをやっているのですけれども、日本は定年制がないのですけれども、よく考えてみると、今度は60代、70代の医師が今後どのようなキャリアを考えているか、団塊世代は非常に数が多いので、彼らがどう考えているかということも考えないと、多分この医師の需給の話は混乱してしまうと思いますので、ぜひどこかで意識調査をやっていただけたらと思います。

○片峰座長 何かほかにございますか。

どうぞ。

○裴構成員 少し視点が変わって恐縮ですけれども、きょう新井構成員からお話がありま

したように、この文章を大学経営者の視点で見ると仮定しますと、この方向性というのは非常に大きな経営の投資判断につながる部分がございます。つまり、教育する側の投資をどう采配していくのかと、大学運営者としては考えなければいけない。つまり、教える医学部の定員がふえるか減るか、その大きな方向性によって、医学部教員の数、設備、大学の建てかえ、校舎の建てかえ等々、大きな影響を及ぼすと思います。そうしますと、今後の平成34年度以降の学会、姿勢というのは、私は大きく2つのポイントが大事だと思います。

1つは、小まめな情報発信をオープン・アンド・クリアな形でしていかなければ、なかなか密室の議論ではあけたときに大学側がびっくりする懸念があります。

2つ目が、推計の精度がなかなか難しいという議論はたくさんございますけれども、急激な方針転換、また、急激な方向転換というのは、非常に影響を及ぼす裾野が広い分野でございますので、極力慎重にしなければいけないと思います。これらのいう2点は、今後、ますます重要になってくるのかなと思っております。その医師の数をふやす、減らす、いずれの議論にしましても、これらのポイントというのはしっかり守っていかなければいけないと、話を聞いていて思いました。

以上でございます。

○片峰座長 どうぞ。

○堀之内構成員 堀之内でございます。

その後の議論を聞いておまして、最初のほうに御指摘申し上げました、ケース1、2、3に基づいて、4ページの4のところが書かれているのですが、今回は中位のケース2のパターンで記載がされているのですが、ここを修文するとすれば、こちらの可能性もあるけれども、私の理解が正しければ、ケース2と3の場合には、恐らく医師需給が均衡するというもので、ケース1の場合には、ややそれよりも医師需給が均衡するタイミングが先に延びる可能性も考えられるという形になると思うのですが、ただ、ケース1、2、3の中で、2と3の場合は、医師需給がどこか近い将来均衡するだろうということが、今の一番精度が高そうな推計で推定されているというようなロジカルな記載があったほうが、初めてこれを読まれる方はわかりやすいのではないかと感じております。いかがでしょうか。

○片峰座長 ほかにないですか。

なければ、先ほど親会の森田座長からもお話がございましたけれども、きょうの議論では、本日いただきました御意見は座長預かりとさせていただきます、事務局と相談して必要な意見を反映した上で、本分科会としての3次中間取りまとめの最終案とさせていただきますということで問題ないのではないかと御意見もございましたけれども、それによろしゅうございますか。

(「はい」と声あり)

○片峰座長 それでは、それを前提に、先ほどからもたくさん、この3次取りまとめ案の



次にどういう方向性で議論が進んでいくのかというところでたくさん御意見が出ましたので、そこも含めて、事務局、局長なりから御意見をいただければと思います。

課長から、どうぞ。

○武井医事課長 本日は、大変貴重な意見をたくさんいただきまして、まことにありがとうございました。本日いただいた意見を集約して修正したいと思ひますし、それから、本日いただいた意見のほとんど多くのが、今後、特に34年度以降のところだったと思ひます。まさしくここは今後議論していく上で非常に重要かと思ひますので、皆様方からいただいた意見を十二分に踏まえまして、この第3次取りまとめの修正を行いまして、親検討会に諮ってまいりたいと思ひます。

次は合同になるかと思ひますので、そういった意味では、きょう議論いただいた方、この場の議論を次の親会議で反映させていただくような形で進めていくという形も考えているところです。

いずれにしても、いただいた意見については、しっかりと取り組みを検討させていただきたいと思ひます。

○片峰座長 どうぞ。

○武田医政局長 検討会の進め方につきまして、今、武井課長から申し上げたとおりなのですけれども、少しだけ感想、コメントを申し上げたいと思ひます。

さまざまな御意見をいただきまして、まことにありがとうございます。幾つかいただいた御意見の中で、例えば、現場に影響の出るような話だって、急な進め方というよりは、皆さんが大学関係者も含めて、予測可能な形で進めていかなければならないという点は御指摘のとおりだなと思つたところですが、どうしても検討会がそれぞれございます。働き方の検討会もあり、需給に関する検討会もございますし、医師の養成の検討会とかもやっておりますが、お話を聞いて感じたのは、やはりそれぞれが相互に絡まっているというか、網の目のようにつながっているものでありまして、権丈先生からもお話がありましたように、病院病床のあり方を議論し、外来のあり方を議論し、この需給のあり方、地域にどのような医師がどれくらい必要なのかという議論、それぞれ整合性を持って進めなければならない。そのためには、ある程度、医療に関する、また、医療提供体制に関する我々なりの全体像、システムとしての施行または議論が問われているような気もいたしました。

御指摘を全部受けとめられるかどうかは甚だ自信のないところでもありますが、そういった視点を忘れずに、これに関する議論も引き続き続けていきたい。

とかくこの需給の議論をしておりますと、昔から同じような議論を繰り返しているというような御意見もありますけれども、私は着実に進化している部分もあると。その進化している部分というのは、システムにおいて進化している部分と、データに基づく議論という意味において進化している部分もあり、そこを確認しながら、また、きょう御指摘をいただいたように、若い方の御意見とか、または地域別の診療科別の議論とか、そういう新たなデータをしっかり出す努力しながら、なるべく議論が同じところを回らずに進化して

いけるような行政を心がけていきたい。そういうことを、私どもとしても、可能な限りこういう検討会に出して、さらなる進化した議論につなげていきたいと感じた次第でございます。

感想になりましたが、以上でございます。ありがとうございました。

○片峰座長 ありがとうございました。

それでは、先ほどもございましたように、今後の議論の進め方については、事務局と相談の上、進めさせていただくということにしたいと思っております。

ここでマイクを事務局にお譲りいたします。

○奥野医事課長補佐 非常にいろいろ御議論をありがとうございました。

次回の医師需給分科会の日程につきましては、追って事務局から御連絡させていただきますが、今、座長からもお話がございましたとおり、医療従事者の需給に関する検討会との合同開催をするという方向で調整をさせていただきます。きょうの議論いただいた第3次中間取りまとめの策定に向けて御議論いただければと思います。

以上でございます。

○片峰座長 それでは、これで終了いたします。