

○奥野医事課長補佐 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19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をさせていただきます。

神野構成員、裴構成員、堀之内構成員から、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

なお、新井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が、代理といたしまして稲垣暢也全国医学部長病院長会議副会長に御出席をいただいております。よろしくをお願いいたします。

次に、構成員の交代について御報告をさせていただきます。全国老人保健施設協会副会長の平川博之構成員にかわりまして、同じく全国老人保健施設協会副会長、三根浩一郎構成員に御就任いただいておりますが、本日は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。

本日、議事次第の下にお配りしておりますのが資料1「医師の需給推計について」、資料2「医師の需給推計を踏まえた今後の方向性について」でございます。

落丁、乱丁等ございましたら事務局に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。

(カメラ退室)

○奥野医事課長補佐 以後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ますと思いますが、よろしいでしょうか。片峰座長、よろしくをお願いいたします。

○片峰座長 それでは、本日も議事進行させていただきます。よろしくをお願いいたします。

本日は、最新の医師需給推計の御説明をいただきます。それに基づきまして意見交換というのが1つ。さらにそれに基づきまして、今後のこの会での議論の方向性について御議論をいただくというところがメインでございます。

まず事務局より、資料の御説明をお願いいたします。

○石丸医事課長補佐 事務局より資料1、資料2を準備させていただいておりますけれども、資料1と2を通して御説明をさせていただければと思っております。

まず資料1をごらんいただければと思います。医師の需給推計についてということでございますが、※印のところをごらんいただければと思いますけれども、この資料の位置づけとなります。今回の需給推計は前回第18回の分科会の中での議論を踏まえまして、一定の仮定・前提のもとに厚生労働省が計算をした推計結果、これをたたき台として議論のために供するものとなります。このため前提ということですが、本推計、今回の議論ですとか医療政策等の状況も踏まえ、必要な見直しを行っていくというような取り扱いとしてはどうかということになります。その上で計算の結果ということで説明させていただ

ければと思います。

1 ページ、最初に医師の供給推計（案）を御説明させていただきまして、次に需要の推計、3つ目として需給の両方の推計、合わせて御提示をさせていただきたいと思います。

2 ページ以降、医師の供給推計についてということになります。

3 ページ、医師の供給推計方法について、これは前回確認をさせていただいたものになりますけれども、この供給推計の方法、医師需給分科会、第1次の際の中間とりまとめと同様の考え方を踏襲しつつ、労働時間のデータを用いて供給推計を行っております。今後の医学部定員は平成30年度、これは2018年度ということになりますけれども、これの9,419人として推計を行っております。

それから、女性医師、高齢医師等の仕事量を一くくりとして取り扱うのではなくて、性年齢階級別に精緻な推計を行うということで推計をしております。

4 ページ、まず供給の推計のフローについてでございますけれども、まず一番上のところ、青で囲んでおります定員数というところ。これは先ほど説明しましたとおり、平成30年度、2018年度の9,419人ということで将来、仮定を置きまして推計を行っております。その後、このオレンジのところではありますが、実際にその定員に対して例えば6年後の医師国家試験の受験率、合格率、医籍の登録率といったものを掛け合わせていって、最終的に医師の届け出を出した数に対して、さらにその中で各年の就業率を掛け合わせたものが各年の推計の医師数になるというフローで推計しております。

5 ページ、推計のパラメーターの設定についてというところでございますけれども、これは基本的に前回の推計の際と同様の考え方となります。例えば受験率のところをごらんいただきますと、受験率、受験者数を6年前の入学定員数で割ったものとなりますが、2008年から2017年の受験者の受験率、これはちょうど2002年から2011年の入学者に対する割合となりますけれども、この中央値が維持されるものとして仮定を置いております。この数値、2年分、前回に比べて新しいものにしてはありますが、基本的に全体を通してそんなに大きな値の変化は一応ないということになるかと思っております。

同じような形で再受験率、合格率、登録率、各年の生残率、各年の就業率を順次掛け合わせていくこととなります。

7 ページ、男女比率の設定についてというところですが、以下に提示しておりますパラメーターそれぞれ男女別に設定しております。将来の推計分、過去の男女別のデータから明らかに増加、減少のトレンドがないというような判断に基づいて、直近10年間のデータの中央値が維持されるものとして推計を行っております。

8 ページが医籍登録後の年数別の就業率になります。これも直近のデータにリバイスをお前回からしておりますけれども、この女性医師のところをごらんいただきますと、男性医師と比べてM字カーブのような形状をとっているということになっております。

9 ページ、前回議論の中でこの就業率の変化がわかるような資料を提示できないかというお話がございましたので、9 ページに男性の就業率、これは2006年から2016年となりま

すが、これを1枚に、色がわかりにくい部分もありますけれども、提示をさせていただいております。

10ページは同じものの女性の就業率、2006年から2016年のものを1ページに集約しているものになっております。

これらを踏まえて11ページをごらんいただければと思います。将来医師数の人口ピラミッドということで、もともと先ほどのような推計の仕方を用いて、年齢はちょうど医籍登録の年数別に対応させていただいておりますけれども、その年齢別にどのような人数になるかというようなものを各年ごとに計算をしております。これは先ほど前の前のページ等にごさいました就業率をかけ合わせた結果が11ページの結果になります。

12ページ、今回の供給推計、前回との一番大きな変更点として、仕事量の推計について勤務時間を考慮して平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比をとって、それを仕事率としております。これは前回のように女性ですとか高齢医師を一律に係数をかけておりますけれども、全ての医師について以下の仕事率を用いることとしております。

男性、女性、さらに年代別に分けておりますけれども、右下、※のところで書いておりますが、医師全体の週当たり平均勤務時間は51時間42分ですので、この比を各年代別に全体の平均との比でとっているということになっております。この調査自体は左下の※に書いておりますけれども、厚生労働科学研究の「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」をもとに作成をしたものとなります。

13ページ、先ほどの将来の医籍登録後の年数別、年齢別の人口に対して、さらに性年齢階級別の仕事量をかけ合わせて、全て足し合わせたものというのが13ページ、医師供給数の推計結果（案）となっております。

供給についてはここまででして、14ページ以降、需要推計について御説明をさせていただければと思います。

15ページ、まず需要推計の方法のまとめということになりますけれども、需要推計の方法も供給と同じく医師需給分科会、これは第1次中間取りまとめの際に推計を行ったものと同様の考え方を踏襲しまして、最新のデータを用いて需要推計を行いました。仕事量に関しては供給推計と同様に性年齢階級別の仕事率を用いております。それから、前回との変更点となりますけれども、医師の働き方改革に関する検討会の中間的な論点整理等を踏まえて、労働時間上限制限の設定等について一定の仮定を置いた推計を行っております。

16ページ、需要推計について臨床に従事する医師と臨床以外に従事する医師とに分けて推計を行っております。

17ページ、臨床に従事する医師の推計方法ですけれども、まず基本方針のところですが、入院医療、外来医療、介護福祉、この3つを分けて推計を行っております。細かい考え方については、前回御議論いただきましたとおりで、また、前回の推計の際と同様ですので省略をさせていただければと思います。

18ページ、こちらが入院医療、一般病床、療養病床、精神病床を含めて、こちらの需要

推計の結果となります。右側の表をごらんいただければと思いますけれども、2016年、2025年、2040年、それぞれ医師の需要推計は幅を持って推計をしております。

19ページ、20ページは説明を省略させていただきます。

21ページ、こちらが入院外の医療、この外来医療について推計をした結果になります。先ほどの入院医療と同様で右側の表のところに2016、2024、2040と幅を持った推計結果を提示させていただいております。

22ページは介護老人保健施設について推計をした結果となります。これも同じように右側の表をごらんいただければと思いますけれども、2016、2025、2040と推計結果を提示させていただいております。

23ページ、先ほど幅を持って推計ということで、先に数字を出させていただいておりますけれども、この幅の出し方というようなところで、こちら細かく説明をさせていただければと思います。

まず左側のマル1、労働時間上限制限の見込み方というところになりますけれども、こちら考え方として、医師の働き方改革に関する検討会の中間的な論点整理における意見等における具体的な労働時間の時間数が、仮に規制として適用された場合ということで仮定を行っております。

ケース1から3までごらんいただければと思いますけれども、まずケース1は年間の時間外労働時間が720時間にちょうど相当する週の労働時間が55時間に制限されたケースになります。

ケース2は、月の時間外、休日の労働時間が80時間に制限された場合の週何時間に相当するかというのが週60時間というようなことで、そこに制限されたケースになります。

ケース3は前にも御説明をさせていただきました、アメリカのACGME、アメリカのレジデントの方への規制となりますけれども、週80時間規制というようなもの、これをそのまま仮定として置かせていただいたケースとなります。

マル2をごらんいただければと思います。これに加えて労働時間の適正化を見込んでおります。考え方としてAI、ICT、IoT等を活用した効率化、それから、タスクシフティング等、こういったことについて仮定を行うという考え方になります。

ケース1から3を置いておりますけれども、2016年から2040年にかけて7%の業務削減を見込むというふうにさせていただいているのがケース1となります。この7%というのは下に※で書いておりますけれども、先ほど勤務時間の関係で出てきましたのと同じ厚生労働科学研究の調査の結果等を踏まえて、この中でタスクシフティングすることが可能な時間を調査しておりましたので、それを踏まえて医師の業務のちょうどそれが7%程度に相当するというので、これが削減されるものとして仮定を置いているというものになります。

それに対してケース2ですけれども、ケース2はケース1の達成後、2.5年程度前倒したというような推計の方法になります。

ケース3は、ケース1の達成を先ほどよりもさらに5年程度前倒しをしたような推計となります。

マル3、マル4は精神病床、外来需要、こちらは受療率にトレンドに対して幅を持った推計を行っておりますけれども、こちらは前回の推計時と同様の幅の持たせ方となっております。

24ページ、ここ以降、臨床以外に従事する医師について推計結果をお示ししております。

25ページ、臨床以外に従事する医師、これも前回の推計時に研究領域、産業医、製薬業界、国際分野等、それぞれの分野ごとに行っておりますので、この第1次中間取りまとめの際の推計を踏襲したというようなこととなります。

26ページ、この推計の対象ということですが、医師・歯科医師・薬剤師調査で集計をした医療施設に従事する医師以外を基本としております。表の右下のところをごらんいただければと思いますが、ちょうど平成28年の足元に該当する医師数、この推計対象の合計がちょうど9,057人。これは足元に個別に推計を行っているということとなります。

27ページ、こちら医育機関等に従事する医師ということですが、こちらも前回、平成28年第1次中間取りまとめの際に推計を行っておりますので、それをそのまま踏襲しているというような結果となっております。

28ページ以降、こちら産業医業務、29ページは行政機関に従事する医師、30ページは製薬業界に従事する医師、31ページが国際分野に関連する医師、32ページはさらにその他の分野に従事する医師ということですが、こちらも前回の推計をそのまま踏襲した推計となります。

32ページの下結論というところをごらんいただければと思いますが、先ほどの6つを合計して足元9,100人から将来の推計数が1万3,500人、これは2040年となりますが、こうした結果となっております。

これらを踏まえて33ページ以降をごらんいただければと思います。先ほどの需要推計、供給推計を合わせたものを34ページに提示をさせていただいております。

まず表の説明をさせていただきますと、左下から右上に伸びております赤のラインが供給推計のラインとなります。上から青、緑、紫と需要の推計で上からケース1、ケース2、ケース3の折れ線となっております。上の四角囲みのところをごらんいただければと思いますが、まずこの医師の需給、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定を置きます需要のケース2において、平成32年度、2020年度に医学部入学者が臨床研修を終了すると想定されます2028年、ちょうど平成40年くらいとなりますけれども、そこでこの下の吹き出しのところですが、2028年ごろに約35万人で均衡するというような推計となっております。

もう一つ、需要ケース1との均衡ですが、労働時間が週55時間程度に制限をする等の仮定を置いた需要のケース1において、2033年、ちょうど平成45年になりますけれども、ここで約36万人で均衡するというような推計結果となっております。

35ページは前回、このちょうど第4回の医師需給分科会の際に御提示をさせていただいております需給推計の結果ですけれども、こちら前回の推計ということで参考としてつけさせていただきます。

前回との変更点というところとの関係になりますけれども、この性年齢階級別に今回、仕事率を設定しております、どう設定しているかという、もともとの医師全体の勤務時間を1とした場合の性年齢階級別にそれぞれ比をとったものを仕事率としておりますので、今回の推計は全ての医師、足元では平均をとると仕事率が1となります。それに対して35ページのところ、前回の推計ですけれども、この際は男性医師1に対して女性医師0.8、高齢医師0.8等の係数を置いておりますので、こちらは全ての医師を平均すると1よりも低い数字になっております。ですので34ページの今回の推計と35ページの前回の推計では、少しそのスケールが異なっているということで人数に差が出てきております。

資料1の説明は以上でございます、続けて資料2を御説明させていただければと思います。

「医師の需給推計を踏まえた今後の方向性について」でございますけれども、3つ論点を分けて説明をさせていただきます。

まず1つ目、今後の検討の進め方について説明をさせていただきます。

2ページ、前回、御議論をいただいた際に今回、特に医師の働き方改革に関する検討会の結論が出ていないというような状況でございますので、医師の需給推計を踏まえた方向性の議論も、暫定的に今後例えば1年ですとか2年ですとか、そのぐらいのところの方針を議論せざるを得ないのではないかと御議論があったかとございます。それを踏まえて直近のスケジュールを整理させていただいたのがこの表となります。

平成30年はまさに今この5月に向けて、平成32年度以降の医師養成数について検討しているところでございますけれども、この後、平成31年3月のところをごらんいただきますと、ここで医師の働き方改革に関する検討会の結論が出る期限となっております。

それから、12月のところをごらんいただきますと、今回、需給推計の中で平成28年の医師・歯科医師・薬剤師調査の調査結果を使った推計を行っておりますけれども、この次の調査、平成30年になりますが、この推計結果が出る予定というのが31年の12月ごろとなります。

これに対して、前回も医学部の受験生の配慮というところで、平成32年度の医師養成数、ことし5月ぐらいまでには結論をとということがございましたけれども、同じところとちょうど33年度以降の医師養成数ですと、検討の期限が31年の5月ごろで、同じく34年度ということでしたら、32年の5月ぐらい、この青の縦の点線のところぐらいになります。

これを踏まえて3ページをごらんいただければと思います。先ほどのスケジュールで整理をしておりましたけれども、医師の働き方改革に関する検討会の結論が平成31年3月に予定をされ、さらに平成30年に医師・歯科医師・薬剤師調査の公表等が行われる。これが12月となっております。この2つを踏まえると、医学部受験者に配慮するということにな

ると、医師需給について十分な検討が可能となるのは、最短で平成34年度以降の医師養成数についてということになるかと思えます。

これを踏まえた方向性（案）でございますけれども、今回、需給推計に基づく平成32年度以降の医師養成数の方針は、平成32年度、平成33年度、この2年における暫定的な方針として平成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て再度、医師の需給推計を行った上で検討を行うこととしてはどうかということで案をお示しさせていただいております。

5 ページ、先ほどのスケジュールも踏まえて、平成32年度以降の医師養成数等の方針についてということになります。

6 ページ、現状・課題ですけれども、需給推計を踏まえると、仮に月80時間に時間外・休日労働を制限した場合においても、勤務時間の適正化等が一定程度進んだ場合は、平成32年度、ちょうどこの平成32年度の医学部の入学者が臨床研修を終了する平成40年の段階で、マクロの医師需給が均衡することが予想されます。

方向性（案）でございますけれども、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、医師偏在対策、医師の勤務時間の適正化等が進んでいくことを前提とすると、マクロの医学部定員についてさらに増員する必要はないのではないかというような案になります。

その下ですけれども、したがって、平成32年度、平成33年度は医師偏在対策、勤務時間の適正化等を進めつつ、暫定的に現状の医学部定員をおおむね維持することとして、各都道府県及び各大学からの再度の臨時定員増員等の要望に対しては、トータルとして現状程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することとしてはどうかということで、案を御提示させていただいております。

7 ページ、8 ページは参考でございます。

9 ページ以降、医師養成数等の方針のフォローアップについてということで整理しております。

10 ページ、前回の医師需給分科会の議論の際にも、この医師需給推計、さらにはこの医師養成数等の方針を検討した後で、実際に医師需給の状況を踏まえた十分な評価を行っていないのではないかという課題をいただいたかと思っております。これを踏まえて方向性の案ということでお示しさせていただいておりますけれども、マクロの医師需給推計の前提となる医師偏在対策、勤務時間の適正化等、これについて下に4つお示しさせていただいておりますが、以下の点等について定期的に評価を行い、適宜、医師需給推計を行った上で医師養成数等の方針について見直すこととしてはどうかということで案を提示させていただいております。

具体的に下4つ、案ということで例示させていただいておりますけれども、将来の都道府県ごとの医師需給を踏まえた医師確保の状況、医師偏在指標等を踏まえた医師偏在の状況、診療科ごとの医師の必要数、これもこれから議論になると思っておりますが、これを踏まえ

た医師確保の状況、それから、長時間勤務を行う医師の人数、割合の変化等ということでございますけれども、こうしたことを評価して適宜、方針を見直すこととしてはどうかということが案となります。

事務局からの資料の説明は以上でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、新しい医師需給推計と、それを踏まえた平成32年度、2020年度以降の医師養成等の方針についてということで、前半御議論いただきます。ただ、一番最後に御説明をいただきました資料2の10ページ、今後の要するにフォローアップについて、ここは最後のほうで分けて議論をすることにさせていただきたいと思えます。

新しい医師需給推計、結構複雑ですけども、そこら辺から御質問があろうかと思いますが、いかがでしょうか。どうぞ。

○福井構成員 全体的にはかなりリーズナブルな予測だと思いますが、資料1の23ページで2点ほど確認といいますか、伺いたいのですが、ケース1から3までございますが、例えば週80時間のケース3につきましても、この予測をする場合には全ての医師について週80時間を考えているのか、それともアメリカなどではレジデントとせいぜいその上のフェローがこの80時間ぐらいまで、ぎりぎりまでやっているという状況でして、そこから上は診療科によっては突然、働く時間が短くなる、または急性期のところではレジデントが80時間以上働けないものですから、物すごい負担になるとか、年齢と診療科によって80時間というのがかなり異なるのです。少なくともアメリカでは。

そういう意味でここでのシミュレーションは、全ての医師にこの80時間を適用したシミュレーションなのかどうなのかを確認だけしたいということと、もう一つ、タスクシフティングが7%というのが、これは病院で働く医師だけに適用したシミュレーションなのか、それとも外来だけで働く医師にも適用しているシミュレーションなのか、その2点だけ確認させてほしいのですが。

○石丸医事課長補佐 今いただきました2点、御説明をさせていただきます。

まずこのケースの中で置いております例えば週80時間というようなところ、これが全ての医師に対して規制をされたという仮定を置いているのかという御質問かと思えますけれども、こちらは臨床に従事する医師に対しては、80時間以上働いている人全体が規制をされた場合という仮定を置いて推計をしているものになります。

2つ目、タスクシフティングといいますか業務適正化の7%というところの根拠でございますが、こちらは病院だけではなくて、病院も診療所も含めて7%ということで計算をさせていただいております。

以上です。

○福井構成員 以前、行われた医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査では、診療所で働く医師もタスクシフティングが7%可能だという結論だったわけでしょうか。

○石丸医事課長補佐 こちらは厚生労働科学研究の報告書を見ますと、ちょうどこれは病



院も診療所もあわせてタスクシフティング可能な時間を調べておりますけれども、それを見ますと1日当たり40分ちょっとぐらいの時間がちょうどタスクシフティングが可能な時間ということで示されている。これをもとに7%ということで推計をしているものになります。

○片峰座長 ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○平川構成員 日精協の平川ですけれども、23ページの精神科の病床の入院受療のことですが、現在の精神科医は週50時間ぐらいしか働いていないのです。そうするとこの55時間、60時間、80時間というのは今の精神科の常識ではあり得なくて、その真ん中として現状の週50時間は0.8ぐらいになってしまうぐらい、かなり現実と推計が離れている気が1つすることが、その辺についてどう考えるか。それから、±10%ずつが妥当なのかどうかところを2点、まず質問をしたいのですが。

○石丸医事課長補佐 まず精神科の中で、この考察の時間の制限が妥当かというところですが、今回、マクロ推計となりますので、これは精神科、ほかの診療科、全部一律に上限時間の規制をやった場合の仮定と今回はなっているということになります。

もう一つ、10%の幅が妥当かというところがございますけれども、これは確かに10%以外の数値をとるということも当然可能かと思いますが、ここは基本的には前回10%の幅をとっていったというようなこと。これを踏襲してこの幅をとっているという考え方でやっています。

○平川構成員 わかりました。統計上、仕方がないということで理解しますが、もう一つ、精神科医がふえてきているのですけれども、女性医師がふえてきているのです。女性医師のところでは先ほど推計で前回は男性1に対して0.8の計算をしたようですが、今回、詳細に検討した結果、女性医師の仕事量は幾つになったのでしょうか。

○武井医事課長 医事課長でございます。

御質問をいただいた点は、前回から今回の改善点の大きな変更点でございますので、御説明を申し上げます。

前回と基本的には同様の推計を行ったということになりますと、一番議論になったのは研修医の0.3というところかと思えます。ですので、こういったところの影響を除いて計算しますと0.79という数字になります。これは加重平均した全体の数値になります。それから、20代の人研修医ですとか、こういった人たちも加えて、全部入れて計算しますと0.82という加重平均の結果になりまして、恐らく真実は0.79~0.82のあたりにあると考えております。

○平川構成員 8ページの表を見て年齢別のところを見ますと、女性医師の30代前後の一番働いていただきたいところが大きく下がっている。これについて結婚とか子育てとか、大変女性としては負荷のかかる時期になかなか仕事ができないというのが浮き彫りになっていると思うのですが、女性医師が、海外の話は詳しく存じませんが、大体ベビーシッターとかがきちんと働く体制を維持するようにして女性が働ける環境が海外ではあるのに、

日本はできないのでどうしても仕事につけないという事情があるのではないかと思いますので、こういう点を改善しないとなかなか女性が仕事をするのは難しいのではないかと思います。

日本ではそれが難しいのであれば、男女差、これは入学時、女性の比率がふえてきているようですけれども、このまま同じ成績順で男女比が同じような採用をしていくと、相対的に医師数が足りなくなるというのが起こってくるのは当然のことだと思うので、医学部定員の中の女性の数を減らして男性をふやすということも、これは1つ仕方のない対策なのかなと思うのですが、いかがでしょうか。

○武井医事課長 根本的なところについて、さらに議論が必要という前提で今までの厚生労働省がどういう支援をしてきたかところを御説明させていただきますと、この数字を見ますと先生、データベースに御指摘を今いただいたと考えておりますけれども、実際にM字カーブ、2006年から直近のデータを見ますと谷となっている、下がっている部分が若干上がっております。

これはいろいろなファクターがありますので、現段階で効果ですとか影響は断定できないのですけれども、厚生労働省として女性医師支援を積極的に取り組んでまいりまして、女性医師もライフイベント、出産、育児等ありますけれども、そういったライフイベントを経た場合にもしっかりと医療現場で働けるような支援が何かということについて、モデル事業を行ったり女性医師の支援策を行ってきたわけでございます。そうした支援は今後も続けていきたいと考えているところで、先生の質問に直接答える部分とは違うかもれしませんが、厚生労働省としては女性医師支援を引き続き行ってまいりたいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 今回の御意見についてですけれども、例えば女性医師を目指す人が減ってきていて、実際に定員を減らすことの必要性があるという前提であれば別ですが、年々、女性医師を目指す人がふえてきて、一生懸命頑張りたいと思っている人が多くなっている中で、実際に対策が立てられないことを前提に定員数を女性は減らすということは前提としてはおかしいのではないかと思います。それよりは働ける環境づくりに力を入れていくことのほうが大事なのではないでしょうか。特にこういう需給の問題などを考えているところで、それを前提にして話し合いをするというのは違うのではないかと思います。

○山内構成員 女性医師がここに私しかおりませんので、女性医師の名誉をかけてお答えさせていただければと思うのですけれども、おっしゃりたいことは非常によくわかるのですが、ただ、女性医師、子育てをしなければいけない時期というものは、人生の中で誰かが子育てをしなければ、今、この少子化の時代にそういったことが成り立ちませんので、かといって女性医師が子育てをしなければいけないのに、それをおろそかにして仕事をなささいということもちょっと違うのかなと思っています。社会の中の全体の財産ですから、そういったものができる環境をもう少し整えつつということを考えていくことで変

わってくると思っています。

実際に資料1の10ページの女性の就業率のカーブを見ておきますと、非常にこれは大まかなカーブなのでわかりにくいのですが、例えばちょうどM字カーブが落ちてくる38歳、41歳ぐらいのところのグレーのラインの2006年のディップのところと、ピンクのラインの2016年のところを見ていただくと、約8%ぐらいは上がってきているのです。ですから今、言っていただいたように、国を挙げてのそういう女性医師が働きやすい環境にしてくださいと、大分その部分はみんな子育てをしながらも保育園の環境などが整ってきて、働いていられる時代にはなってきているのではないかとは思っておりますので、その辺のところの御理解をいただきたいと1つは思っております。

また、今、医師全体の働き方改革が行われておりますので、そういった形で職場の風土というか、そういったものも変わってきている中で、大分私は実際の現場で女性医師が保育園などのお迎えの時間に帰りやすくなっていると思いますし、皆さんの現場の声では、風土でなかなか女性医師ばかりが優遇されている雰囲気やめてしまう女性がいた中で、少しずつ続けられる環境になっていきますので、もう少し温かい目で見えていただければとお願いしたいと思っております。

もう一点、私が気になったのは、10ページのところを見ていて、やはり50代の女性が反対に2006年と比べて2016年は少し下がってきているのです。ですからやはり仕事、子育てを終えた人たちが一時期、第一線を離れることがあっても、また戻れるような環境をもう少しそちらのほうも支援をしていかなければいけないのかなということ、これを見て少し感じました。そういった意味で、確かにこれから女性医師が、ドイツなどでは医学部の定員の80%が女性だということをこの間、聞きまして、そういった世界的な状況を見ましても、どうしても女性医師がふえてくると思っておりますので、その辺の対策を練ることで何とか就業率を上げていければと思っておりますし、復帰率も上げていければと思っております。

もう一つは、国民の半分は女性ですから、そういった意味で女性の患者さんは必ずしも女性医師に診てもらいたいというわけではありませんけれども、そういった意味での観点からも女性医師を制限することが起こらないでいただければと思っております。

○片峰座長 確かにタスクシフティングとかAIというのは推計のファクターとして入れているのに、女性医師の働く環境の改善のところは入っていないというのは片手落ちだという議論は、確かに正当性があるような気がしますけれども、どうですか。

○石丸医事課長補佐 今回このような形で過去からのトレンド、一応は同様で変化していないという前提で推計しておりますが、先ほど山内構成員からの御指摘でも、なかなか見たところM字カーブの30代、40代のところが多少上がってきているように見えても、また50代のところは下がってきているところがあって、これがそういった支援の効果をあらわしているものかというのなかなか判断がつきづらいところもありますので、今後の方向性もありますけれども、しっかりこの辺のところはフォローしながら、今後も検討して

いかないといけないのではないかと考えております。

○片峰座長 どうぞ。

○平川構成員 そのとおりだと思うのです。私も賛成なのですが、そういう足りない地区にしっかりとしたドクターか根づくような仕組みというのは、いろいろなものをかなぐり捨ててもやらなければいけない。それほど地方の医師不足は厳しいと私は思っているので申し上げました。

○片峰座長 ほかに、今村先生どうぞ。

○今村構成員 確認をさせていただきたいと思います。

これは推計なので一定の仮定を置いてやるしかなくて、先ほど福井先生からもお話があったように、かなり合理的な推計になっていると私は全体としては思います。

その上で35ページと34ページの3つのパターンですけれども、意味が全然多分違いますよね。35ページの従来の推計というのは、医師数が養成される数が動いたときに、いわゆる需要とどう均衡するかという数字だと。34ページは要するに養成数は固定した上で、時間の働き方が変わったときにどういうふうになるかという推計になっているという理解でよろしいのかどうかということが1点です。それはそれでいいのでしょうか。

○石丸医事課長補佐 今の御質問ですけれども、35ページの参考資料をごらんいただければと思います。今、供給に幅を持った推計にこちらがなっているのかという御質問だったかと思いますが、35ページの四角囲みの3つ目の○をごらんいただければと思います。この供給推計、ちょうど赤の左下から上がっていくラインとなりますけれども、このときの推計も供給推計は今後の医学部定員、これは当時平成28年度となりますが、9,260人が維持されることとして推計しているということになります。

今回、ケース1、2、3ということで34ページでやっておりますけれども、この35ページの前回の推計のときも需要の推計、上位、中位、下位ということで3つ推計をさせていただいておりますが、こちら具体的には35ページ四角囲みの2個目の○、これの一番下の※2となりますけれども、上位推計ですと高度急性期、急性期に従事する医師の労働時間がほかの病院、診療所と同じレベルの45.7時間まで改善されると見込んで推計というのが上位推計で、さらに括弧で書いておりますが、中位推計はほかの病院、診療所との労働時間の差が50%、下位推計では25%縮小するものとして推計したものになります。

ですので34ページ、今回のものと比較をしますと、確かに今回は時間が平均として改善されるというような考え方というよりは、むしろ例えば週80時間だか60時間ですとか、労働時間が特に長い方を労働時間が制限されるという仮定ですので、少し考え方は違いますけれども、いずれにしろ労働時間に着目して幅を持たせているというところでは、同様の考え方になるかと思えます。

○今村構成員 ありがとうございます。私も時間がたっていたのでそのところは失念していて、今の御説明を聞いて大変よくわかりました。ありがとうございます。

それを踏まえて34ページの推計なのですが、需要のケースということですのでけれども、こ

これは働き方で3つのパターンを見ているのですが、それについて23ページなのですが、例えばケース3の週80時間制限まで持ってくると、例えば現状80時間を超えて働いている方もたくさんいらっしゃる。ただ、そこまでいっていない方たちも現状では当然いるわけですね。そうすると80時間を超えている方が2割今いるとすると、この80時間で切ると2割分の超えている人たちに影響が出て、それを80時間まで減らすために何人必要かという推計になるという計算をしているということによろしいでしょうか。

○石丸医事課長補佐 基本的には80時間でしたら80時間を超えている方、これがちょうど労働時間が80時間にある意味になってしまう場合に、どれだけ労働力が動くかということで計算しておりますので、御理解のとおりかと思えます。

○今村構成員 そうすると現状では80時間いっていない人もたくさんドクターの中にいるわけで、そこは影響がないということで計算をしているということによろしいですね。

○石丸医事課長補佐 そうですね。仮定の置き方として理論上はそのような形になりますけれども、基本的には最終的には平均の労働時間自体が改善されるということで、比をとって計算しているということになると思えます。

○今村構成員 ありがとうございます。

○片峰座長 ほかに、どうぞ。

○小川構成員 女性医師に話を戻して申しわけないのですが、資料の10ページですが、女性の就業のM字カーブの落ち込みなのですが、北欧では女性医師に関しましても女性の就業率が男性と全く同じというデータが出ておまして、これはチェックしていただいて、何が北欧と日本で違うのかというのをデータでお示しいただきたいと思えます。よろしくお願ひします。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 医師の需給推計、資料1の20ページ、その中の結果の比、①、②、③、④とありますが、その下のほうの参考の結果は15.9:4.0:2.1:1.0で、実際の数字は上に4.8:2.7:1.5:1.0となっています。その中(参考)に書いてある文章は医療費の観点で書いてありますが、医師数はこれよりもっと多いのかなという感じがします。全体の推計はこれ(上の数字)でいいと思うのですが、逆算して医療費ベースになると医師数がこれだけふえた場合は大体どのくらいかというのを出せるのですか。こういう表現がしてある以上、出せると思えますが。例えば30万人の医師がこういうそれぞれの分野に従事する医師が何名、何名いて、それぞれの分野の件費率等を考えれば、トータル医療費が出る。そうすると今、推計される医療費と医師の数を見た場合にどの程度になるのかというのは、ある程度推計できそうなのですから。例えば推計された医療費では今の医師の給料は8割にするとか、6割にするとか、もしそれに関する御意見があれば教えていただきたいと思えます。

○石丸医事課長補佐 20ページのところを御説明させていただきますと、まず今回、使わせていただいております結果の比ですが、こちらはそもそも今回の推計、現状の病

床機能報告制度を活用しまして、常勤換算の医師数をベースにこの結果の比を求めたものがこちらの計算となります。これはまさにその上のところを四角で囲んでおりますが、こちらは基本的には医師数の人数ベースで比をとったものとなります。

先ほど御指摘をいただきました、恐らくこの下に括弧で書いておりますマル1、マル2、マル3、マル4が15.9:4.0:と書いてあるところ、こちらの医療資源投入量に比例して医師数が配置して仮定して案分するというやり方をした場合どうなのかという御質問であったかと思っておりますけれども、こちら推計という意味では今回行っておりませんけれども、こちらで結局、動くのは、この比に応じて機能ごとの病床当たりの医師数というところの数が変わってくるということです。単純にこれに病床数を掛けたものが入院の需要の結果となっておりますので、そこを変えればそういった計算自体はできるかと思っております。

○鶴田構成員 後で偏在対策のところでも述べようかと思ったのですが、平成22年と29年の厚生局が出している特定機能病院の医師数を見ると、22年から29年の間に全国で大体2万人ぐらいトータルとして医師が増えています。そのうちの1割は国立大学病院の中に集まってきた。そのような観点からすると、病床の規模別の医師数からすると、高度急性期医療にかなりの数の医師が集まっていると思われま。

したがって、この数字はもう少し差があるようにも思うのですが、実際そのような数字になっているとすればそれでいいのですけれども、そのかわり高度急性期の病院の1人当たりの給与というのは非常に低いのではないかと考えているので、この32万人とか34万人という数字で配分したときの総医療費がどのくらいになるのか。それは現在想定するものとどう違うのか、もしくは許容範囲の数字であるのかというのがわかれば、今でなくていいですけれども、教えていただければと思います。

○片峰座長 今、答えられませんよね。どうですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ごめんなさい、御指摘の意味がわからなかったのもう一回、言っていただけますか。

○鶴田構成員 厚生局が出している平成22年と29年の医師数の推移を見ていると、先生が御存じのように順天堂が1,000人を超える医師を配置して、全体としてこの期間に増えている医師の数は2万人強、そのうち大学が大体2,500人ぐらい増えています。国立の40大学だけで。それでここ（参考）に書いてある意味が、医療資源の配分をと書いてあるので、人件費率が例えば50%でないと病院経営ができないとか、55%なのか、45%なのかを医師数で逆算していくと、どのくらいの医療費かというのはある程度計算できると思うのです。そうしたときにこの医師数が32万人とか34万人とかいう数字になったときに、どの程度の医療費になるのか。もしくは医師の給料が下がれば、その医療費は抑えられるわけですが、それをどのように考えてこの数字が出ているのかということをお聞きしたいと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 医学部のマクロの定員を議論するに当たって、医療資源投入量で考えるとこういう比率になる。これは結局、診療報酬の点数の案分をしているわ

けですけれども、括弧で余計なことを書かないほうがよかったのかもしれませんが、病床機能報告で委員がおっしゃるとおり高度急性期の先生には多分労働時間も長くて、給料もそんなに高くないというのは実際にはあるのだらうと思うのですけれども、マクロの医学部定員を議論するときには、それぞれの病床にどれぐらいが配置されていて、その病床がどう動くかというのだけが重要なので、病床機能報告以上に精度の高いデータは今ないので、下の医療資源投入量で何か議論するということには、マクロの医学部定員を議論するときには余り関係がない議論かなと思います。それはそれとして委員の今おっしゃる問題意識はまた別のところにあると思われまますので、それはそれで作業できるかどうかも含めて検討してみます。

○片峰座長 ほかにございますか。どうぞ。

○羽鳥構成員 先ほど福井先生が御指摘されたアメリカ、欧米の若い先生は睡眠時間を削って働いているような状況もあるというお話だったと思いますが、研修医2年、専門医3年あるいは5年の時期に一生懸命働くことによって医師の基本を身につけることできる部長クラスの先生、開業された先生などを分けながら考えていかないと、何かおかしなことになってしまうのではないかというのが1点。

それから、私は開業医の立場から外来医師数で見ると、平川先生おっしゃったように軽い医療をしている人と、外来とはいっても大腸内視鏡を、を主に診察されたり、病院の病棟医と同じぐらい緊張感をもって仕事している先生もいるので、分けて考えていかないと医師の需要、供給というのは大分異なると思うので、精緻な議論が必要だと思います。

○片峰座長 そろそろ今の需給推計を踏まえて資料2、今後、この会としての議論の進め方、方向性。1つの提案がここに出されているわけですが、ここについての御議論をお願いしたいと思います。どなたか。どうぞ。

○山口構成員 現在、働き方改革の動向が流動的な中で、今、決めてしまうということはかなり無理ではないかと私も思っていますので、3ページと6ページのところに今後の方向性（案）とあるのは、私は賛成です。できればこういう機会を使わずずっと検案である偏在問題についてしっかりと議論を重ねていくことに充ててはどうかと思っております。

偏在問題のことも含めて今回の方向性もそうなのですけれども、今、AIが結構医療の中にも入ってくるということを考えると、例えば3年先ぐらいは何となく見えたとしても、5年先どうなっているかわからないというような時代の中で、議論をしながら1年たつと、1年の間に随分と状況が変わってくるのではないかということを考えると、これは1年後、2年後ということが出てきているわけですが、そういったことも議論の中に取り入れながら考えていくというような方向性で考えていらっしゃるのかどうかということを1つ、確認をしておきたいと思います。

○片峰座長 最後の議論にもかかわる話ですね。どうぞ。

○石丸医事課長補佐 座長おっしゃるとおり、最後のところの議論にもかかわってくると思いますけれども、今回、方向性の案ということで2年間の暫定的な方針ということで書

いておりますが、まさに2年間の暫定の方針と書いておりますのは、まさに2年後にそれを見直す。特にまた需給推計を再度行って、そのときに使えるデータを使った上で行うこととなりますので、そのときはより精緻な推計もできるのではないかと思います。

○片峰座長 ほかに、どうぞ。

○今村構成員 方向性についてはおおむね良好で、2つあるのですけれども、1つは質問で1つは要望です。

2ページの今後のスケジュールのところ、31年、32年ということで検討期限みたいなものが入っているのですけれども、当然、後で書いてあるようなさまざまな評価、検討はこの分科会でやり続けることが前提だという理解でよろしいですか。

○武井医事課長 今村構成員から御指摘があった点については、まさしくそのとおりで、ここの図表には書いておりませんが、31年度、医師の働き方改革などの検討会の結論が出た以降、3つ目の論点で出されているようなことをしっかりと議論していくというふうに考えておりますので、まさしく委員から御指摘いただいた点を踏まえて、そこをしっかりと議論していくという予定で考えております。

○今村構成員 ありがとうございます。そういうことがきちんとこれからも継続して議論できることが非常に重要だと思っています。方向性の中で2020年度と2021年における暫定的な方針というのが、これは今、不確定要素が多いので、これはこれでこういう形がいいと思うのですけれども、その先の方向性ということで、ぜひこの報告書みたいなものが出るので記載しておいていただきたいことがありまして、先ほどから資料を見せていただくと、2025年より先の数値を見ると、これは人口動態もちろんそうですし、医療需要の話もそうなのですけれども、減っていく局面にあることは間違いのない事実なのです。ですから偏在対策というのは物すごく大事で、これがしっかりと行われていくかどうかということを見守りながら、ただ、医師の養成ということに関しては、定員をある程度減らしていくという方向性を見据えながら議論することをきちんと記載していただきたいと思っています。

今、申し上げた医師の偏在対策は大事だ、これをやらなければいけないのですけれども、その大きな1つの柱が地域枠ということになっているのですが、これは将来的に今、臨時定員でふやしている。その中で地域枠を入れているわけですけれども、これは臨時定員を減らしました。地域枠も減らしました。あるいはなくなってしまいましたということになると、偏在対策の大きな柱がなくなってしまうわけですので、これはぜひ検討して書いていただきたいのですけれども、恒久定員の中には地域枠は入っていないわけで、恒久定員の中にもしっかりと地域枠というものが入れるような枠組みをちゃんと確保していただきたい。特に今回の医療法改正で都道府県知事から大学に対して要請できるという形になっているわけで、要請しようと思っても、ここはそういう枠が入れられるところではありませんとなってしまったら全然意味がなくなってしまうので、ぜひ恒久定員の中に地域枠が入れられるような枠組みをあわせて、ですから私から2点の要望を申し上げたいと思いま



す。

以上です。

○片峰座長 どうぞ。

○稲垣代理 私もただいまの今村先生の御意見が非常に重要な問題だと考えています。いずれこの地域枠の枠をなくしていったときに、地域偏在の問題はかなり長いこと続くだろうし、そのときに恒久定員の中にどう入れ込めるかということをはっきり議論していくことが非常に重要だと思います。

あと、これは確認なのですが、32年度、33年度は、いわゆるトータルとしての定員は現在のものを超えないというのはわかるのですが、恐らく地域、都道府県によってはかなりの温度差があって、まだ地域枠が足りないと考えているところもあれば、むしろなくしてもいいのではないかと思っているような大学もあろうかと思えます。その辺はトータルの枠を超えない範囲でもう少し都道府県の中で調整が可能なのか。この文章を読むとそのように読み取れますけれども、その辺を確認したいと思いました。

○片峰座長 それは前回も議論したのです。マクロの議論にトータルとしても超えない。都道府県ごとにはこうあっていいのではないかという議論ですよ。そこはこの前、余り触れないほうがいいのではないかという話だったと思うのですけれども、どうですか。

○武井医事課長 ここに書いてあるとおりの文言です。マクロの推計をしておりますので、トータルとしてどうかというところがきょう御議論いただく内容かと思っております、その先、細分化、詳細にどう議論をしていくのかというのは今後の課題かと思えますので、その点については今後またさらに検討を進めていくことになろうかと思えます。

○鶴田構成員 資料2については全体としてはこれで賛成ですが、偏在対策の観点から、先ほど今村先生がおっしゃったように地域枠は残して欲しいし、今ある恒久定員から増加枠をテトリス的に全部、各大学が20人引いて、地域枠を残してもらえればありがたいというのが1つの意見です。

もう一点は、先ほど特定機能病院の医師数の話をしましたけれども、1つは厚生局が出しているこの医師数をもう一度精査して欲しいと思います。明らかに間違いが幾つかあるように思われるので、そこを直して欲しいのが要望です。先ほど述べた国立大学病院の医師数に関してここ7年間で医師数が100人以上増えたところが9大学ぐらいあります。関信管内の病院で見ても26の大学中5つの病院が100人を超えて医師が増加しており、1つの大学は488人増加という数字が出されています。488人というのは間違っているのだろうと思いますけれども、正しいとすれば1つの考えは、非常勤医師を全部常勤医師として、研修医を出している可能性があるのですが、そういう病院ではある程度医師を集められるとしても、地方に対しては、大学の医師数に応じて何%かは医師の少ないところに派遣する機能を付加するとか、そういう方向も検討していただければありがたいなと思います。これは意見です。

○片峰座長 どうぞ。

○福井構成員 私も資料2の10ページの方向性につきましては賛成です。定期的にモニタリングしながら、その都度、その都度方向性を検討するのはぜひお願いしたいと思いますし、少なくとも三師調査が出るたびに、それに基づいて何らかの形で検討するという機会をつくっていただきたいと思います。

2点目は、以前からこだわっていて本当に恐縮ですけれども、診療科ごとの医師の偏在、専門性の偏在につきまして、どうにか早く手をつけていただきたいと思います。

3点目ですけれども、最後ですが、需要が明らかに減ってきた時点の例えば2040年あたりの人口構成と医療の需要を踏まえて、今回の需要推計とかそういうことは別個に、厚生労働省として理想的な医師の数だとか医療の提供体制というのは、2040年にはこういう方向に持っていくという何か理想像みたいなものを提示していただいて、それに向けていろいろな行政の手を打つことも考えていただけないかなど。何となく現状を踏まえて、それを微調整する方向で20年、30年動くのではなくて、もう少しより理想的な医療の提供体制をこういうふうに持っていくという意思表示があってもいいのではないかと思います。

意見です。

○片峰座長 いかがですか。どなたかお答えいただけますか。

○武井医事課長 短期的にやるべき今回の論点のようなことと、中長期的に見た場合の2040年を見据えた議論、これは両方とも必要だと思いますし、新しいデータが出たタイミングで三師調査は2年ごとに出てまいりますので、データをアップデートしながらタイムリーな議論をしていく。まさしくおっしゃるとおりだと思います。

個別の特に中長期の話については、今回の需給推計の中で地域医療構想の概念を入れております。地域医療構想自体は将来の医療のニーズを踏まえた上での構想になっているかと思っておりますので、そういった構想との整合性をしっかり保って議論してまいりたいと思いますし、大きなきっかけになりますのは、きょうも何人かの委員から御指摘いただいておりますように、働き方改革も中長期のビジョンの1つになっていくかと思っております。そうした議論をしっかり踏まえながら、今後の推計と同時に、それを取り巻くさまざまな政策的な課題についてもあわせて検討していくことになると思いますので、先生のいただいた御意見を十分踏まえながら、今後、検討を進めてまいりたいと思います。

○片峰座長 先ほど今村構成員も言われたことなのですが、皆さん恐らく今から働き方改革の帰趨がどうなるかというポイントがあるし、偏在対策がどうなるかというポイントもあります。そういった意味では34年度以降の定員の議論というところで本格的な議論をするしかないなというところはいいのだけれども、どうなのでしょうね。働き方改革の帰趨がどの程度先ほどの需給予測にインパクトを与えるのか。いずれ近い将来、需給が均衡に達して供給が過多になっていくトレンドというのは基本的には変わらないような気もするのです。そういった意味では今村構成員も言われましたけれども、将来的には減らすんだというあたりというのをどう議論し、あるいは中間報告に書き込んでいくかというのは非常に重要なポイントかなという気もするのですが、そこら辺はいかがでしょうか。

○羽鳥構成員 働き方改革で出てくるものであっても、必要医師数と供給のバランス、先ほどの上位水準、下位水準があるように、ある程度は予測ができていると思うのですけれども、先ほどの絵にありますように2040年以降は日本の人口の激減の時代に入りますので需要と供給で明らかな乖離が出てきます。基本は減らすということを前提に議論していただきたいと思います。。

○山口構成員 昨年の中間取りまとめのときに、たしかこれは均衡するので減らすんだという前提の話になっていたと私は受けとめていたのですけれども、それは違うのでしょうか。今また新たにその話が出てきているというのは再度考えるのか、もう減らす方向だったように思いますが、その辺は事務局は違うのでしょうか。確認です。

○武井医事課長 前回取りまとめさせていただいた内容を踏まえて今回も議論していただいていると思いますし、第2次中間取りまとめについても先生方から意見をいただいて、まとめていきたいと思います。

今回、第3次の取りまとめに向けて、まさしく今、御議論をいただいておりますので、今後、取りまとめ案を出させていただく段階で、きょういただいた先生方の御意見をなるべく盛り込んで反映させるような書き方をしていきたいと思っております。ですので、その文章の中で具体的にこういう表現がいいのではないかという議論を今後していただくのがよろしいかなと思っています。

○山口構成員 今の御回答を踏まえて、今回もっと精緻にして行った推計でも同じ傾向が出てきていて、均衡してということが出てきていますので、私も減らす方向で進めていくべきではないかと思えます。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 今の御意見と10ページの評価の方法についてなのですが、お願いしたいことが、1つはやはり医療のニーズというものを、前にもお願いしたことがあると思うのですけれども、地域ごとに都道府県ごとの医療の需給を踏まえた医師確保の状況ということが書いてありますが、もう少し微細な、例えば今度は女性や子供が、若い人たちがいなければその辺のところ、出産数が少なければ産婦人科とかの医師の必要度がどのくらいなのかとか、子供がいなければ小児科の必要度はどのくらいなのかということなども踏まえた需給のところを、もう少し細かく地域ごとに見ていただければと思います。

もう一つは、例えば心臓の手術が必要であっても、大きなそういう高度な手術に関しては、これから特定機能病院などが出てきたり、高度な手術に関しては症例数が多い病院のほうが安全に合併症なく行えるというデータも出てきておりますので、そういった意味で高度な手術は集約化されつつある。ただ、反対に救急を要するような地域で診なければいけない疾患に関しては、地域で診ていかなければいけないというようなこともどんどん変わってくると思いますので、その辺の医療のニーズに合った推計というものも、もう少し細かく見ていただきたいと思っております。

もう一つは、先ほど女性医師の話もありましたが、女性医師に関しても細かい、今これ

から本当に働き方改革でかなり女性医師にとっては働きやすくなると私は思っておりますので、その辺の傾向と、あと、ある意味で開業している先生方も非常に女性医師の場合、勤務医ではなかなか大変で、そういった形の働き方をとっていらっしゃる先生方もおいでになりますので、これから診療科ごとというのは勤務医におけることだけではなく、開業している先生方の部分も、十分にその辺のところも数をとっていただきたいと思っております。

もう一点は、先ほど私はドイツの話をしましたけれども、それはこの間、外科学会でドイツからの外科の医学部の先生とお話したときに、ドイツでは今、医学部生は女性が80%になっている。その原因の1つとして医師がふえ過ぎて、医師の収入が非常に減っている。男性はとてでもないけれども、医師では家族を食べさせていけないので女性がふえたというようなこともおっしゃっていたこともありまして、そういうことが日本でも起こってくる可能性はあると思いますので、そこで女性医師は医学部でとらないと言っていたら、またそこでいろいろな本末転倒にもなってきますし、そういったことが起こらないようにというか、先ほど女性医師が北欧では非常に働いていることを調べていただきたいという御意見もありましたけれども、諸外国の状況なども私どもはそういうところから学んでいくべき。EUの諸国などは難民の方がかなり押し寄せてきていてという状況もあるところなどは、日本とは違うのかもしれませんが、そういった諸外国の状況も調べていただいて、教えていただけるとありがたいと思っております。

○片峰座長 北村先生、どうぞ。

○北村構成員 定員というか医師の数をいずれ減らさなければいけないということは理解したのですが、減らすところがどこかというのをもしお時間があるところで一度、考えてほしいのですが、ちょっと戻りますが、資料1の5ページを見てください。一番上の99.5という数字です。18歳で医学部に入った人が留年とか何とか繰り返すにしても、結局は99.5%が医者になっている。今、話題のドイツですと入学した人の3割が医師になって、7割は医師になれないです。

医師の数をふやしたり減らしたりするのは医学部の定員だけでいいのだろうか。国家試験の合格率は約90%で固定して、新卒は95%で固定しているのですけれども、そこでもいじれるかもしれないし、卒業も99.8%でなくて1校だけ80%にするわけにはいかないのです。82医科大学がみんな9割くらいの卒業率にすることで、また緊張感ある教育も出てきそうな気がしますし、ことし始まった専門医制度、専門医の定数がアメリカの場合は決まっています。その定数を決めることによって医師の数あるいは地域の格差をいじることでも十分可能ですので、医師の数は医学部の定員でしかいじらないという考えを一度、改めて、時間があるときにどこをいじるのが一番国民のためになるか議論したらというのが提案です。

○片峰座長 きょうは文部科学省の医学教育課長がお見えですので、今の件が1つ。それから、先ほどの議論なのですけれども、当面はマクロでの定数はふやさない。だけれども、

恐らく大学、各医学部、医学教育課と要するにまずゼロにするわけですから、その上でまた積んでいくわけでしょう。そこはどのような考え方なのかなというあたり、今、文科省としての考え方はありますか。

○西田医学教育課長 それは32年ではなくて34年以降の話ですか。

○片峰座長 32年度以降です。

○西田医学教育課長 32年度、33年度ということであれば、基本的には今、案として示されているような方向で進めるということになれば、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持する形になると思いますが、臨時定員増の認可の期限は31年度で一旦切れますので、資料2に案として示されているとおり、現状程度の医学部定員を超えない範囲で精査をすることになると思います。

○片峰座長 各大学のそれぞれの定員がそのまま横滑りで維持されるというわけではないかもしれないという理解でいいですか。

○西田医学教育課長 29年度を期限とする臨時定員増について、2年間医師需給分科会で示された方針に基づいて延長とされたかと思いますが、その際も平成28年度までの臨時定員数をそのまま2年間延長したわけではなく、個別に状況を聞いた上で減らしている部分もあります。29年度と30年度の定員はプラスマイナスでみると結局、最終的には全体でマイナス1になっているのですけれども、それは29年度までの臨時定員増の延長に際して減った定員と新規の増員申請により増えた定員があり合わせて全体でマイナス1になっているという形です。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 先ほどの北村構成員の御意見でちょっと違うのではないかと思ったので、事務局にお尋ねしたいのですが、今の資料1の5ページのところで受験率99.5%のところを、入学して医師になった人が99.5%というお話をされたのですが、これは受験率のところであって、この前のページを見ると4ページのところにまず定員数があって、その受験率があって、さらに合格率があって、登録率があってというような掛け算をずっとされていますので、99.5というのが今、ひとり歩きしたら間違った数字になるのかなと思いましたので、入学した人の中で結果的に医師になっている人が何%いるのかということが、もし数字がわかれば今、訂正していただければと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今、山口構成員から言われたとおりで、これは確かに国家試験受験率でございますので、この受験率に合格率を掛けたものが大雑把に言えば入学して医師になった者。それはもちろん途中でドロップアウトしている方が多少いるのは確かですけれども、まさに山口委員の御指摘のとおりです。

○北村構成員 おっしゃるとおりですが、ドイツの3割を見たら99.5は100であり、合格率も95%は100に近いものであり、ほとんど18歳で医学部へ入った子の正確に言えば9割ぐらいが医者になっているわけです。6年でなくて10年かけても99.8%が結局は医学部を卒業して受験資格を得ている。そして受験した子の95%が新卒で通り、落ちた5%も次の年

の受験率が98.8%で、合格率はまた下がりますが、結局、半数以上は落ちた人が上がるので、医者になるのは卒業者の97.5%以上になって、だから99.5×97. 幾つはほとんど100ではないですかという議論で、100でないと言えはそうなのですけれども、この数字は非常に高いと思います。18歳で医師を志した人が医者になれるのはすばらしいことではあるのだけれども、その定員だけでいじっていいのか。ほかのところで医師の数を減らすとか、そういうことはできないのかというのも議論していただきたいというのが私の意見です。

○片峰座長 どうぞ。

○森田構成員 今回の点は論点として非常に重要だと思いますけれども、今の問題を考えるときの1つの参考になるのは、ロースクールがどういうことになったかということを考えておく必要があるかと思います。きょう担当は医学教育課長さんですので伺ったほうが早いかもしれませんが、その結果、ロースクールの多くが閉鎖に追い込まれているという現状です。もちろん比率が違いますし、法曹に対する需要と医師に対する需要というのは違うと思います。ただ、同じようなことが起こり得る可能性があって、今それが別のところで問題になっているのは私学のほうでございます。その辺も少しもしあればデータというか素材を出していただければと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 北村先生から御指摘いただいた点、なかなか難しい点もあると思いますし、医師を養成するために投入している社会資源というものの問題もありますので、そういった複雑な問題も踏まえながら検討しなければいけない問題だと認識しております。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 今おっしゃったように、確かに北村構成員がおっしゃるように、いろいろな角度からの検討というのはとても重要だと思うのですが、18歳の若い方々を考えて、前に親会と一緒にやったときに御意見が多分、小川構成員かどなたかから出たと思うのですが、日本の場合、医学部を卒業できなければ、医師国家試験に受からなければ、潰しがきかないという言い方はおかしいのですが、ほかの職業につけるといような別のトラックがないという現状がありますので、ドイツのことはちょっとわかりませんが、その辺のほかの諸外国で例えば医学部をドロップアウトしても、医師国家試験に受からなくても、ほかの職業につけるのかなどももちろん調べていただきたいと思います。ですから、そういったものがない現状で18歳の若い方々が医師を志して入られて、そのところで途中でやめなければいけないという、その辺のところを御本人たちの身になって考えてあげなければいけないとは思っておりますし、あとはそういった意味での教育の資金を投入しますので、その辺のことも考えていかなければいけないとは思っております。

○今村構成員 盛り上がっているところ、全く違った論点のお話をさせていただきたいのですが、働き方の委員会の中でニーズについては、特に外来医療だと思うのですが、利用する国民の医療の利用の仕方というのは相当外来医療に影響してくる。これは働き方

のほうで厚労省も国民に対する啓発あるいはさまざまな団体が医療の利用の仕方を考えていただく。自治体で条例をつくっているようなところもぼちぼち出てきているということがあるのですけれども、こういった医師の養成に、特に外来部門にかけるそういった国民の方たちの医療というか、本来的に病院に行く必要がない、あるいは説明にかかわる時間を日曜日や土曜日に求めてくるとか、そういうさまざまなものをどういうふうに勘案するのか、何かそういうこともこの会で多少データを入れて考えられるのかどうかということが1点。

もう一点は、タスクシフト、タスクシェアは、どちらかというとクラークみたいな事務的な話と、特定行為のような看護師さんに対して医療行為、医師がやっている行為をタスクシフトしていくことが結構、論点になっていますけれども、例えば薬剤師さんの薬剤業務というのはすごくある意味、中医協の中でも医師の負担を減らすというようなデータが出ていますけれども、日本の薬剤師さんは定数が決められていなくて今、1万6,000人も定員がいる状況で、OECDの中で断トツに薬剤師さんが養成されているけれども、病院の中で働く薬剤師は少なくというような状況にあって、そういった方たちをもう少しきちんと病院の中で働いていただいて、医師の仕事の業務をまた少しシフトしていくことも必要なのではないかということで、これはどこで議論するのかというのは余りなくて、需給の分科会にも薬剤師さんの需給については、全く今のところ議論されていないという状況にあるのですけれども、その辺について厚労省、何かお考えがあるかどうか教えていただければと思います。

○片峰座長 何かございますか。

○奥野医事課長補佐 御指摘の点については、タスクシフトについて別に看護師に限って考えているわけではございませんので、そういった検討は引き続き必要であろうと考えています。検討の場についてはただいまおっしゃっていただいたように、例えば薬剤師さんのことであれば、薬剤師さんも踏まえた場で検討する必要があるということは当然でございますので、どういう場で議論をするかについても含めて検討させていただきたいと思っております。

○片峰座長 それでは、もう議論に入っていますけれども、先ほど言いましたが、資料2の最後の10ページのことも含めて御議論をいただきたいと思えます。どうぞ。

○山口構成員 今村構成員の前段の御意見に対して意見を述べたいと思えます。

社会保障審議会医療部会で働き方改革の御報告があったときにも発言したのですけれども、私は働き方改革に国民側の理解を得ていくというのはすごく大事だと思っていて、ぜひ厚労省としても何らかの形で発信していただきたいと思っているのですが、例えば先ほどお話にあった患者家族への説明というときに、仕事が忙しいから夜や土日に説明を求めるといったことが、医師の働く時間を長くしているというような問題もあると思えます。これは社会として家族が病気になって説明を受けに行く必要があるから、ちょっと会社を抜けさせてくださいということが当たり前の社会に変えていかないといけないと思ってい

ます。あるいは、いまだに担当医に24時間いつでも来てくれというようなことが一般的な中で、チーム主治医制といいますか、1人の主治医に全て委ねるということではなくて、情報をしっかり共有した上で、時間帯によってはほかのドクターでも当たり前なんだというふうに社会が変わっていかないと、いつまでたっても要求されるとそれに応えなければという医療現場がどうしてもあると思うのです。どの場で発信すればいいのかわからないですけれども、そこは私たち患者側も変わっていく必要があるのではないかとということで、ぜひ発信したいと思っておりますし、厚労省としてもお願いしたいと思います。

○片峰座長 ほかにいかがですか。どうぞ。

○松田構成員 幾つか海外のことが出ましたので、海外の状況について簡単に説明しておくと、ドイツもフランスも大学は入学資格なのです。要するに一定の点数をとると医学部に入れます。ここに入ったところで医師課程に進むところにNumerus claususという決まりがあって、それで3割という数字になってしまうのですけれども、フランスも5分の1しか行けないのですけれども、そもそも医学部というものが1年から2年に上がるところに設定されているという、ここが日本と違うところで、だから東京大学の理科2類にちょっと近いと思うのですが、そのかわり、ほかに移れる道ができています。医学部に入ったけれども、それで行けない場合には例えば看護学部に移ったり工学部に移ったりできるようになっているので、そういうヨーロッパの仕組みになっているということが1つ、日本とは違うところだと思います。

あと、タスクシフトに関しては、サブスティテューションとってヨーロッパが今までずっとやってきたことで、ほかの国はかなり医師の業務を看護師に、薬剤師に。多分それは一度調べられたらいいと思うのです。どこの国が、どういうものを、どういうふうにタスクシフトしているか調べれば、多分、日本の議論の参考になると思うのです。

専門家の偏在に関しては、そもそも地域医療構想の推計をやるときに一旦、全部傷病別の受療率に戻しているのです。急性期に関してはその傷病別の受療率で見えていますので、それぞれの地域のところで診療科別というか傷病別にどのくらいの患者さんがいるかというのはわかっていますので、そういうものをうまく使えば専門家の偏在に関する指標というのはつくれるのではないかと思いますので、ナショナルデータベースを使えばできることだと思いますので、そういうことをやっていただけたらいいのではないかと思います。

○片峰座長 需給予測の評価、見直し、このポイントに関してどなたかございますか。先ほどから少し議論が出ていましたね。

○稲垣代理 1つはもちろん地域偏在の問題があるというのは、先ほども何回も議論があるわけですが、もう一つは男女の偏在もあって、これは診療科によってかなり男女の比率が違います。

例えば産婦人科とか今、非常に女医さんが多いのですけれども、私の今いる病院なんかでも非常にびっくりしたのですが、当直できる医師はほとんど男性なのです。女性はみんな子育てがあるので当直できない。すると女性の比率が半分になると、その半分の当直は



全部男性にしわ寄せが行く。これはその共通の医師を倍にふやせばいいのかという、それはなかなかいかないという問題もあって、先ほどのマクロの議論ではどうしてもいけない地域の偏在、男女の偏在、いろいろな問題があって、特に産婦人科の場合は私のいる京都府でも、地域のほうに行くとお産すら安心してできないような状況が起こっているのも事実で、先ほどの羽鳥先生の御意見だったと思いますが、診療科別に非常に細やかに見ていくことが非常に重要で、それに対してどう取り組むか。私は女性支援というのは極めて重要だと思っているのですけれども、どういう形で支援したらそのように女性も安心して当直していただけるのか。そういった議論をしないとこの問題は本当に非常に深刻だと考えています。

○片峰座長 ほかにございますか。福井先生、どうぞ。

○福井構成員 先ほど山口構成員がおっしゃったことで、私たちの病院では例えば5年ほど前から緩和ケア病棟の医師が、それまでは夜間に亡くなる患者さん、毎年250人ぐらい緩和ケア病棟で亡くなるのですけれども、その半数は夜間で全部緩和ケア病棟の受け持ち医が呼ばれていたのですが、それを変えまして、夜間に亡くなる患者さんについてはあらかじめ御家族に説明をした上で、当直の内科医が全部看取ることにしたのです。そのことで随分患者さんや家族からクレームが出てくるかなと思ったのですけれども、やってみたら全然問題なく、あらかじめ説明さえすれば全部受け入れてくれておりますので、いわゆる日本的な主治医制を少し変えていくことは、それほど我々が思っている以上に難しくはないのではないかと考えています。

○片峰座長 どうぞ。

○本田構成員 私はずっとお話を聞いていて思っていたのが、今の主治医の話とか医師の情報提供を患者家族さんに情報提供するのに時間がかかっていて、それが働き方にかかわるとかいろいろな問題はわかるのですけれども、数の問題だけではなくて病院管理者、院長、病院の体制のあり方にもかなりの問題があるのだと思うのです。そういうところは医師の需給の検討会だからなかなか踏み込めないのかもしれないけれども、そういうところも見直していかないと、数だけで全てそういうものが解決するのではないなというのをすごく思っていますので、何かしらそういうことも意見として出していくことが大事だと思います。

あと、方向性の話なのですけれども、基本的に私は賛成ではあるのですが、全ての推計もマクロとしてという話なので、2年間の暫定的な維持の間に取り残しているような偏在の議論、専門医の問題もそうですし、そういうところをもう少しちゃんと詰めて議論してもらいたいと思います。その後の将来的な話としては、減らす方向に常識的に見るとなるのかなと思うのですけれども、先ほどもあったように例えば減らすにしても減らし方、地域の配置、減らす配置の問題もそうですし、今後の人口構成とか疾病構造などを考えたときの診療科の問題も踏まえた複雑な議論でどういうふうにするのかというのは難しいかもしれませんが、では維持するのか減らすのかだけではなくて、具体的な減らし方の提案み

たいなものもきっちり出していけるような議論をしていてもらいたいと感じました。

○片峰座長 そこは大事なところでしょうけれども、どうぞ。

○権丈構成員 具体的な話になるのですけれども、今、AIという話がありましたが、政策指標、医療というのがどういう状態になっているのか、偏在がどのようになっている、この地域はこういう状況でとか、いろいろな政策指標そのものが今、開発途上なところですよ。だからいろいろな状況変化がある中で随時見直していくという仕組みをつくっておけば、マクロの話をする点に関しては問題ないのではないかと思います。

今、いろいろなところで、これまでの偏在の議論の中でもある程度指標をつくっていて、その指標に基づいてしっかりやっていきたいと思いますという話があって、こういうことをいろいろなものと組み合わせていく中で、先ほどのように今後、将来的に手続的には資料1に関して、この指標のこの試算でよろしいですかということ皆さんで「うん」と言ったら、将来、減りますよね。それはそこで終わっている話だと私は思っています。

ちょっとわかりづらいのが、前回の指標と今回の指標の35ページと34ページのまとめ方が異なっているので、同じことをやっているのだったら例えば35ページに書いているように女性医師、高齢医師、研修医についてはという先ほど加重平均というお話がありましたけれども、同じような形にまとめていただいたほうがいいのではないかと。同じような仕方をやっているのだったら。

私たちが2年前の中間報告の中で、しかしながら、将来の女性の働き方や医師の高齢化が医師需給に与える影響について、今回の前提となった限られたデータでは実態を十分に把握することができなかったというふうに我々は反省しておりますので、この反省の結果どういうふうに進歩したのかという、この2年間は一体何だったのか、そこまでは言いませんけれども、そのような形で34と35というのは同じ指標を使っているのだったら、同じような形でまとめていただければいいと思います。

そしてマクロの話で、最終的にはきょうの話は資料1についてみんな「はい」と言ったら、これは当然、将来減らすよなという2年前の結論と同じ形になっていると思います。

どういうふう減らしていくかというところは、先ほどの指標の話もしましたし、北村構成員からは医学部を卒業した後という話もありましたけれども、医学部に入る人たちってこの国では物すごく今、偏差値が高い状況なのです。その人たちの合格率を8割ぐらいにするって一体どんなテストをするんだというはなしになる。では、適正テストをやるのかって、適正テストは入学の段階でやってくれと。そうしないと物すごいロスが発生するからというのがあるって、私は合格率が高いというのはとてもこの国のいいところではないかと思っておりますので、そこでの調整というのは余り考えなくてもいいのではないかと考えております。

ということで私は資料1について本日、みんなで議論して「そうですね」ということで試算の仕方に何の問題とありますか、要するにこれでいいですよということになるのであれば、2年前と同じように将来やっぱり均衡していく状況で過剰になっていくわけだ

から、減らしていきますよねという方針がここで認められたというのでいいと思っております。

○片峰座長 2年間の議論の1つの結果が今度のシミュレーションのやり方を変えた。

○権丈構成員 変わっていないのです。要するに例えば全くやり方は変わっていないけれども、先ほどの女性の働き方のところで就業率、仕事量の推計についてというのが12ページにあります。こういうものが新しく入ってきた。ただ、加重推計、加重平均をとると0.77とか0.78だったという話で、以前は0.80だったと思うのですけれども、だから私は2年前にやったって0.77ぐらいに変わるだけだよという発言をしているのですが、だから精緻になって結果は余り変わらなかったということは極めて大切なことで、どんな方法をやっても医師数はこれから先、過剰になっていくおそれがあるからしっかりとそのあたりのところはやりましょう。その中身をどう減らしていくかというようなところは、例えば地域枠という手法はこれから、今回の議論の中で相当重視されてきたので、地域枠というところをすんと下に落としてくるような形で調整していく。ではどういう大学に、どの地域にとか、いろいろな議論が出てくると思うけれども、それは今後つくっている指標待ちというところかなという気がしております。

○羽鳥構成員 権丈先生のまとめで十分だと思いますけれども、先ほど本田先生から言われたように、「医療のあり方」もこの分化会で議論しないと難しいのではないかと思います。ただ医師数だけいじっていても、医師のあり方というような前提が動いてしまうと、医師の必要数にふやさなければいけないという議論が出てくる可能性もあります。

例えば医療のあり方として応召義務を少し緩める。緩和ケアではこのタイミングで医師が不在でも許される。在宅医療でも4人ぐらいで組んで、プライベートな事情で担当、患者の急変があった場合でも代理の先生が看取ってくればいいという仕組みを作っています。このようなバックアップできるような法案とかそういうものをしっかりつくっていただいて、働きやすい環境をつくるというのも大事なことだと思うので、そこまで踏み込んでいただかないと医師数減らすという基本路線がずれてしまいます。

○森田構成員 だんだん議論をしておりますと、もっとデータが必要だ、もっと細かいところを議論しなければ答えが出ないという方向に行きそうですけれども、政策のベースにするデータの推計という場合は、実際のほかの分野における推計と少し性質が違うと思います。どういうことかといいますと、例えば何年後の日本の降水量はどうかというのは自然現象ですから、そのメカニズムの方程式がわかりデータがあれば、かなり正確に予測ができると思います。

しかしながら、地域偏在の問題であるとか診療科偏在、また、男女の話もありましたけれども、これは来年打った政策あるいは2年後の診療報酬のあり方によっても変わる話があります。この推計の数字が出た途端、それに応じる形で人間は行動しますから、その意味で言いますとほぼ確実に予測が外れると言ってもいいのかもしれませんが。

そういう中でどういう形で将来について方向を示すか。これはかなり長期的なものだと

思いますので、そのときにはどうするかといいますと、一番基本的な方向がどういうことなのかというのと、その場合にどんどん社会が上向きになっているときにはかなり楽観的な、高位推計をベースに物を考えるというのもあり得るかもしれませんが、そうでない場合にはかなり固めに数字を置いて将来を考えていく。上振れしたときと下振れしたときと、どちらのコストが高いかということを考えながらいくとしますと、今回の需要推計を見ますと今、権丈先生おっしゃいましたけれども、この資料1の最後の図を見ますと、どういうあれをしたとしても供給が需要を上回るというのは間違いのないわけですから、その意味でここから需要をふやすというのは大体どういう根拠で、どこまでふやすか。それが見えてこない以上は、ここの議論はこれでいいのではないかと思います。

当面、さらに具体的にどれくらい減らすかということについて、もう少し正確なデータを得るためには、2年間は現状のままという方向性の提案で私も十分だと思いますし、それ以上細かい議論というのは、さらに中で偏在性を調整するためにどうするかというようなことを、またいろいろなデータに基づいて2年おきなり、3年おきなり、1年でもいいのですけれども、ローリングシステムで微調整していくことになるかなと思っております。そうしませんと幾ら議論してもぐるぐる回っているような気がいたしますし、多分、正しい推計というのは出てこないと思います。本当にそういうものが知りたければ占い師にでも聞いてみるしかない。そういう分野だと思っておりますので、その意味で言いますと考え方はこれでいくということで、その後、細かい修正についてはどういう方向が有効か。偏在対策については既にある程度の方向を示しているわけですから、その効果を検証しながらまた調整をしていくということではないかと思っております。

もう一つ、需要と供給の関係で言いますと、人口減少が大分進んでまいりますけれども、これは総人口ですから高齢化率が上がる以上、生産年齢人口の減少というのはこれよりもはるかに大きく出てまいります。それはどういうことかといいますと、医療保険の保険料を払う人と税金を払う人が決定的に減ることですから、その中でよほど生産性を上げれば別ですけれども、その中でそちらのほうからも枠がはまってくる。これは鶴田構成員が少し触れられたことですが、それを配慮しながら考えていった場合に、少なくとも総数に関して言いますと、今回7月に出す結論については、きょうの議論も踏まえてかなり明確な方向性が見えてきたのではないかというのが私の意見でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。大体大きな方向はあれだと思います。福井先生、どうぞ。

○福井構成員 全く私も森田先生と同じことになりますが、一言だけ。これだけ減るということを皆さんに理解していただくためには、例えばですけれども、先ほど申し上げた2040年は人口がこれぐらいになって、こういう医療で、だから今と比べるとこんなに理想的な医療を行おうとすると、これぐらいの人数でいいんだということがもう少しわかるような形で、皆さんに示すことによって減らすことへの賛同を得ることもできるのではないかと思います。

○小川構成員 前にも申し上げたのですけれども、医師がどれだけ必要かということに関しては、医師の働き方改革の議論が極めて重要でありまして、それが我々が考えている議論と少し乖離しているような感じがしてならないわけです。前にここでお願いをしたのは、医師需給の分科会と働き方改革との間での整合性をとるようなあれをしていただきたいということをお願いしたのですけれども、これもまた再度申し上げたいと思います。

もう一点ですけれども、28年6月3日の第1次中間取りまとめをした後に、その次の会で年末までに検討すべき医師偏在対策というので14項目が出てきました。非常に重要な部分に関しましては、例えば医療計画による医師確保対策の強化とか、地域医療支援センターの機能強化とか、管理者の要件等々につきましては、第2次中間取りまとめでまとめられて、これが医師法、医療法の改正を今、待っているという状況になっているわけで、そういう意味では今までの誤解もあった医師偏在対策検討委員会、昭和の最後の時代からいっぱいあったわけですけれども、過去の検討会に比べてちゃんとした方向性を出しているなということは認めてあげたいと思います。

その中で、せっかく実は第1次中間取りまとめの中でこの検討会で議論をして、提案を取りまとめた中で年末までに取りまとめを行うというものの中に、例えばフリーランス医師への対応というものがあったのですけれども、これはどこに消えてしまったのですかこれがまず1点。

もう一つは、医師診療行為情報のデータベース化というものがあまして、医籍登録番号、要するに医籍登録番号と三師調査の結果を組み合わせ、現時点におきます医師の移動状況を把握するということに関しましては、去年の年末近くに質問をさせていただいて、厚生労働省からはこれは外注をして今データが出ておりますから、データをまとめている最中ですのでというお話だったのですけれども、この結果が全然示されておりません。やはり精緻なこれからの方向性をちゃんと議論するためには、そのデータがなければ、これは厚生労働省でもう既に業者に頼んで、去年の年末までにまとめる方向で調整しておりますというあれをいただきましたけれども、その後、全然なしのつぶてでございますので、ぜひ開示をしていただきたいと思います。

○片峰座長 時間も迫ってまいりましたので、今の御質問に答えていただいて、最後にしたいと思います。

○武井医事課長 御質問いただきましてありがとうございます。

順番が逆になりますけれども、データベースなのですが、これは外注したり取りまとめをしておりまして、実は今回推計する上で三師調査の直近版のデータも使っておりますので、活用としてはスタートしております。公表もそうなのですけれども、これは医師偏在対策ですとか、地域の医師確保に使っていただくという大きな目標がありますので、最終的には都道府県の職員の方々に使いやすい形でお渡ししたいと思っております、その渡す形を今、まとめております。当然この検討会の中でも、そうしたデータについては共有させていただきたいと考えております。

あと、フリーランスの医師への対応などなのですけれども、これは局が変わりますが、対策がとられまして、そういった情報共有もここでしっかり行っていきたくて思いますし、前回、1番から14番までトータルでありましたけれども、それぞれの項目につきまして対応が進んでおりますので、そうしたアップデートもこの検討会の中でやっていきたくて思います。

最後の4項目、就労環境改善等に関する対策というものがございまして、これがまさしくきょう議論がたくさんありました女性医師への支援などもございますので、こういったものもこの場でアップデートさせていただいたり、働き方改革のほうでも議論が進んでおりますので、そういった情報も共有させていただきたいと考えております。

○奥野医事課長補佐 補足でございまして、フリーランスについては第14回で参考資料ということにつけさせていただきまして、職業安定法の改正により対策がなされているということについて御説明差し上げております。お手元にお配りしております資料で第14回の参考資料1でございまして、説明は改めていたしません、御参考にしていただければと思います。

○片峰座長 それでは、きょうも長時間にわたって活発な御議論ありがとうございました。今後の方向性に関しては、大まかなところで合意が得られたような気がいたします。

次回からは、5月末の中間取りまとめに向けて具体的な話になっていこうかと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、事務局お願いいたします。

○奥野医事課長補佐 ありがとうございます。

本日の会議は終了とさせていただきます。

次回等の日程につきましては、追って事務局より御連絡させていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○片峰座長 それでは、これで終了いたします。どうも御苦労さまでした。