

○石丸医事課長補佐 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28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、構成員の本日の御出欠について御連絡をさせていただきます。

新井構成員、神野構成員、永井構成員、本田構成員、松田構成員からは、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

また、三根構成員から、所用により途中で御退席との御連絡をいただいております。

また、参考人として、自治医科大学地域医療学センター、小池様、日本産科婦人科学会特任理事、海野様、日本医師会常任理事、釜菴様、日本小児科医会業務執行理事、渡部様にお越しいただいております。

また、吉田局長と北波総務課長官は、所用により途中で退席となりますので、御了承ください。

次に、資料の確認をいたします。

今回、資料は多くなっておりますけれども、上から議事次第、座席表、構成員名簿とございまして、下に資料1-1、資料1-2、資料2、資料3、資料4とございます。さらに、その下に、参考資料1、参考資料2、参考資料3、参考資料4とありまして、参考資料9までございます。

不足する資料、乱丁落丁ございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、ここでカメラは退室をお願いいたします。

(カメラ退室)

○石丸医事課長補佐 それでは、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、よろしくをお願いいたします。

○片峰座長 それでは、議事を進行させていただきます。

きょうは、資料も膨大なのですけれども、議事の中身も4つ目にある第4次中間取りまとめのたたき台というのがあります。これも含めまして膨大な内容です。この2時間で終わらなければいけないということですので、円滑な議事進行に御協力をいただければと思います。

最初は、資料1「産科・小児科における医師確保計画を通じた医師偏在対策について」、御議論をいただきます。

それでは、資料1、御説明をお願いいたします。

○松本地域医療計画課長補佐 済みません、資料1について小池先生から御説明をいただく前に、事務局から経緯について簡単におさらいをさせていただきたいと思います。

資料1-2のスライドを用いて御説明をしていきたいと思います。産科・小児科の医師確保計画を通じた医師偏在対策でございますけれども、今回、小池先生を初めとするワー

キングチームに議論いただいたわけですが、なぜそのような検討を行っていただくに至ったかというところを簡単におさらいさせていただきます。

3ページでございますけれども、診療科別の医師偏在につきまして、総論としまして、課題のところには四角が5つありますが、1つ目、診療科別指標が必要だという指摘がございますが、2点目、一方、診療科と疾病の対応を明らかにすることが必要で、時間がかかるということで、今回初めて別の議題で資料が出てくるわけですが、点の3つ目ですが、周産期医療、小児医療につきましては喫緊の課題でございます、医療計画上、政策医療であるということがされております。

しかも、増加割合が少なく、労働時間も長いということで不足感があるということでありまして、論点のところでございますけれども、1点目は全診療科の指標につきましては粛々と検討していくのですが、2点目、喫緊の課題として、小児・産科について指標をつくりまして、今年、2019年度からの医師確保計画に間に合うように活用するということがございます。ただし、この暫定的な指標につきましては、診療科間の偏在を調整するものではないということで、そちらに留意が必要だということでございます。これは将来時点の検討に用いるものではないということでございます。

4ページ以降、データが連なっておりますけれども、6ページをごらんいただきますと、産婦人科の需要がほかの科に比べまして1対1対応で産婦人科と結びついているということもございますし、飛んでいただきまして10ページでございますが、小児科の需要につきましても内科、皮膚科、耳鼻科等が診ている部分もありますが、小児科の需要ということで一定程度わかりやすいということでもあります。11ページにも受療率のグラフがございますけれども、やはり0～4歳、乳幼児は非常に需要が多いということでございます。

こちら、13ページをごらんいただきまして、整理をしておりますけれども、産科及び小児科における暫定的な医師偏在指標につきましては検討の場を別途設けてたたき台、データ整理、考え方の整理を行っていただいたということでございます。

きょう、小池先生に御説明いただく資料の位置づけですけれども、「2. 主な検討事項」のところがございますように、こちらの分科会で暫定的な小児・産科の医師偏在指標を作成するに資するデータ、考え方の論点整理ということでございますが、かなり詳しい資料をつくっていただいておりますので、こちらの検討の基礎としていただきまして早急な取りまとめに御協力いただきたいというものでございます。

構成員ということでございますけれども、下にございますように公衆衛生の有識者ですとか医療政策の有識者、産科・小児科の専門の方に集まっていただき、小児・産科で3回ずつの検討をいただいたものでございます。そちらのまとめということで、きょう、両方とも共通で小児・産科の座長をお務めいただきました小池先生にいらしていただきまして検討の結果を共有いただくというような手はずとなっております。

私からの補足は以上でございます。小池先生、どうぞよろしくお願いたします。

○片峰座長 それでは、小池先生、よろしくお願いたします。

○小池参考人 御紹介ありがとうございました。

それでは、資料1-2でございますけれども、もう一枚めくっていただいて14ページ目以降に今回の概要をまとめてございますので、こちらで説明をさせていただきたいと思っております。検討の結果そのものは資料1-1にございますけれども、どうかよろしく申し上げます。

こちらの産科・小児科における偏在指標ということに関しては、基本的な考え方といたしましては医師偏在指標の基本的な考え方を踏襲しつつ、産科・小児科の特殊性を勘案するという事。それから、産科・小児科については現在不足しているという認識を共有した上で、あくまでも診療科内の偏在の是正であって診療科間の是正を目指すものではないという点に誤解を生まないようにしていきたいということで議論を進めてまいりました。

大きな特徴といたしましては、産科・小児科の特徴を踏まえる。すなわち、二次医療圏とおおむね一致しておりますけれども、都道府県によっては周産期医療圏、小児医療圏、別途設定しております。こういったものを圏域とするということですか、医療需要については産科でしたら分娩数、小児科であれば15歳未満の受療率を用いるといったようなことをやっております。

また、下位〇〇%を下回る区域を相対的医師少数区域というように設定はしておりますけれども、上位に相対的な多数区域というようなものは設定をしないほうがよいのではないのか。医師確保計画に関しまして、下位〇〇%に達するしきい値というものを偏在対策基準医師数という名称を用いるということが適当でないのかという議論を進めております。また、最後に、医療提供体制の見直しですとか、そういった施策の具体的な例についても取りまとめてございますので、よろしく願いをいたします。

16ページが、まず小児科における医師の偏在指標ということですが、こちら、以前9月の医師需給分科会で、15歳未満で性・年齢別を調整する、あるいは内科ですとか小児科以外の医師も小児医療に携わって、一定割合が小児科を担当している、あるいは医師の性・年齢別を調整するということがお示しされておりましたので、この偏在指標、全体の指標ですと標準化医師数となっておりますけれども、こちらを標準化小児科医師数というようにいたしまして「医師・歯科医師・薬剤師調査」の主たる診療科が小児科である医師数というものを入っております。

また、分母の地域の年少人口としております。これは全体の指標では医師の地域の人口でございますけれども、地域の年少人口ということで、地域の標準化受療というのは同様のものがございます。なお、この標準化小児科医師数の右のところ、これは小児科のデータではなく全医師の平均労働時間を使っているという点に特徴があるかと存じます。

17ページが産科です。こちらについても医師数は性別ごとに20代、30代から70代以上、2掛ける6の12の区分について平均労働時間の違いを用いて調整をしております。こちらの産科・産婦人科の医師数ということですが、これも「医師・歯科医師・薬剤師調査」の産科及び産婦人科の医師数を用いている点が全体の指標との違いでございます。分

母の分娩件数というところにつきましては「医療施設調査」における分娩数というものを年の値に調整をしております。標準化産科・産婦人科医師数の労働時間に関しては、こちらも全医師の平均労働時間を用いております。

18ページですけれども、この産科の医師数の算出に「医師・歯科医師・薬剤師調査」をなぜ用いているのかというところなのですが、どうしても労働時間による調整を行うということからいきますと、性・年齢階級別のデータが必要になってまいります。そういった関係で「医師・歯科医師・薬剤師調査」のデータを用いておりますけれども、いろいろ限界がございますが、「医療施設調査」ですとか日本産婦人科医会「施設情報調査」といったところにもさまざまなデータがございますので、対応がございますように、こういった「医師・歯科医師・薬剤師調査」を用いた指標に加えて、産婦人科医会の情報なども参考として都道府県に提供するということが適当ではないのかという議論を行いました。

19ページです。相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域の設定の案でございます。こちら、三次医療圏は都道府県ということは全国の場合と同じでございます。こちらのほう、産科・小児科における多数ということの地域が産科医師あるいは小児科医師が確保できない地域であるという誤解を招かないようにするということ。相対的な医師の多寡をあらわす分類であるということから、相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域というように呼称するということといたしまして、相対的医師少数区域については医師の確保を図るべき区域というよりは、周産期医療または小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な区域であるということを強調してはどうかと考えております。

20ページと21ページが産科及び小児科における偏在指標の計算結果でございますが、こちらはまだ精査中ですので、実際の県名ですとか医療圏の名称などは記載がございません。

22ページですけれども、医師確保計画の策定に関する部分です。こちらについては三次医療圏ごと、周産期医療圏または小児医療圏ごとに産科・小児科、それぞれ定めることとするようにしてございまして、相対的医師少数三次医療圏ですとか相対的医師少数区域の場合、相対的に少なくない地域でも産科医師・小児科医師が不足している可能性があることを考え、また、医師派遣のみによって医師の地域偏在を解消するということが適当ではないということから、医療圏の見直しや医療圏を超えた連携による対応ですとか医師の派遣調整などの短期的な施策、産科医師または小児科医師の養成数を増加させるなどの長期的な施策と組み合わせて検討をしていくこと。また、相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域以外であっても、産科医師、小児科医師が不足している可能性があることを考え、医療提供体制を見た上で医師をふやす方向もとることは可能とすることが適当ではないのかということを議論してまいりました。

23ページです。全国の周産期医療圏または小児医療圏の下位〇〇%というところに達することになる医師数の呼び方でございますけれども、こちらについては偏在対策基準医師数という呼び方をしてはどうかということを提案したいと思っております。これは全国的に産科医師及び小児科医師が不足しているという状況の改善ですとか診療科偏在の解消に資する

ものではないということに留意が必要かと思っております。

最後の24ページですけれども、今後、医師確保計画を作成した上で偏在対策基準医師数を踏まえた施策としてどのようなものがあるのかということも議論してまいりました。こちらのほう、まずは医療提供体制を見直す。特に医療圏の統合を含む周産期医療圏あるいは小児医療圏の見直しでございますとか施設の集約化・重点化、また、集約化・重点化を図ることでアクセスに時間がかかるような地域が出てくる可能性もございます。こういったところへの支援といったことが必要ではないか。

また、医師の派遣調整ということに関しては地域医療対策協議会などの場で都道府県、大学、医師会等が連携することが重要ではないのか。

3番目、産科医師及び小児科医師の勤務環境の改善。代診医の確保ですとか両科に比較的多い女性医師にも配慮した勤務環境の改善、また、タスクシフトやタスクシェアといったことも検討が必要ではないか。

そして、4番目に産科医師数及び小児科医師の養成数をふやすための施策ということで、専攻医の確保あるいは専門医の課程にどのようなことが必要になってくるのか、あるいはキャリア形成プログラムをどうやって充実させていくのかといったところについても議論として取りまとめてまいりました。

以上、御説明させていただきましたけれども、医師需給分科会におかれましては、本提案を踏まえて産科・小児科における偏在指標及び対策について、ぜひ御検討いただきたい。また、厚生労働省におかれましては、今後も産科・小児科における医師偏在対策に資するデータの整備に努めていただいて、また、その後の整備の状況も踏まえて必要な見直しについてもぜひ御検討いただきたいと思っております。

私からは以上です。

○片峰座長 どうもありがとうございました。

それでは、御議論をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

どうぞ。

○鶴田構成員 全体を通じての指標が出たということについては特に意見はありませんけれども、十数年前に私は医師の過重労働問題で論文を書いたことがあって、そのときに産婦人科の問題も取り上げました。その観点から、幾つか質問と要望をしたいと思います。

一つは、現在の産婦人科医の労働時間を前提にして計算することが果たして妥当かという課題。それはなぜかという、待機時間を含めて産婦人科医会が調査した結果は大体月300時間とか、そういう時間を出していたと思うのです。そういう過重労働の中での時間を採用すべきかどうか、どの時間を採用すべきかというのは検討してもらったらいけないかというのが意見です。

次に、産婦人科のほうでは大体集約化の意見が出ますけれども、周産期医療センターと開業の先生とでは、前も言ったと思いますが、一人のドクターが扱う分娩数は変わります。場合によっては四、五倍ぐらい違うということから、例えば周産期母子医療センターとか

診療所とか、そういうところでの現在の医師数が幾らで分娩数が幾らかとか、そういう数字も含めて各都道府県が計画を立てる場合の参考になるものを出していただきたい。

みんなが集約化していくと、私が試算したところでは、試算上は分娩ができない状況が起こるというように思いました。診療所が分娩を取り扱わなくて病院だけに行くとそれは難しくなる。一方、医師のほうからすると、ある東京都内の大学の先生と話をしたときに、地方に出すと医者が1人、2人で産婦人科を診るとみんなメンタルで帰ってくるのだよと言われて、出すほうも大変だと。要するに、いろいろと母体死亡率が少ないとかある中で、医療お産が安全だという感覚でおられるととても大変なのが実態なのです。したがって、集約は集約でいいのですが、現実的に非常に問題もある。

例えば県立大野病院のときに1人で帝王切開することが非常に危ない行為だとなると、医師は必ず帝王切開を2人でやるとなった場合に、では、どのくらいの分娩を扱えるのかという課題もありました。そういうことからして、先ほどの要望した事項については具体的な数字を都道府県が計算するときの参考として提示していただきたい。

もう一点は、ここに書いていない話ですけれども、要するに費用面です。病院経営からすると産婦人科・小児科は余り採算性がよくない。したがって、そこを切ってきたという歴史があるのです。妥当な費用でなければ現実的にそういうような動きにならない、適正配置にならないという問題があります。

現在、私は静岡県で産婦人科の先生方と意見交換をしていくと、県立総合病院の医療費、産婦人科の分娩費が安いという指摘を受けます。とても分娩手当金よりも安い金額でほかの病院は困る。県立病院には県のお金が入っているけれども、ほかのところは自分のところの金でやるという不合理があるというような指摘を受けるので、やはり妥当な分娩費用とか、そういうものについても少しどうするかということも議論をしておかないとうまくいかないという。ここでの議論ではないと思いますけれども、そういうものも現場ではあるということは承知していただきたいというように思います。

以上です。

○片峰座長 どうですか。例えば労働時間、指標の中に何らかの形で組み込めますか。

○松本地域医療計画課長補佐 今のいただいた御意見に関しまして、受けとめながら最後の取りまとめに向けての検討をしていく。いただいた中では小池先生から御説明のほう为正しいかもしれませんが、受けとめられている部分もございますけれども、県の情報提供などは追加で対応していくというのは妥当ではないかと思っておりますので、適宜対応していきたいと思っております。

例えば一例を申し上げますと、先ほどの大野病院の事例のお話を御提示いただいておりますけれども、私から説明しても大丈夫でしょうか。資料1-1の10ページのマル2、1つ目の○ですけれども、4行目に分娩数と見合った数の産婦人科医師や小児人口と見合った数の小児科医師になるように派遣を行い、過酷な労働環境とならないようにする。少人数のみで昼夜を問わず分娩の取り扱いや小児医療の提供を行うようなことはないようにと

いうことはワーキングの取りまとめにも記載をいただいているところでございます。

○片峰座長 どうぞ。

○北村構成員 この取りまとめが直近の医師不足に対応するという事はわかりますけれども、やはりダイナミックな動きというか、将来、分娩数がどうなるのか、あるいは子供の数がどうなるのか、それを見据えて人数を配置していかないと、今が大変だからといってどっと医者を出したら、今度はそこには子供はいませんでした、分娩がなくなりましたみたいなことになっても困るわけで、もちろん、現在を直すのは必要ですが、将来を見据えた数値も出していただけるとわかりやすいかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○小池参考人 報告書の資料1-1の8ページでございます。将来がどうなっていくのかというところ、こちらも検討の場の中で一つ議論というようになりました。周産期・小児科医療ともに少子高齢化が急激に進む中で医療需要の変化が予測される場所です。ただ、なかなかどのようになっていくのか見えづらいところもありますし、また、こういった対策を講じていくことによって状況が変化をしていくというようなことを踏まえ、2024年の医療需要の推計も参考としながら偏在対策を講じるようにしていく。また、将来を見据えてということになりますと、医療計画の中間見直しでありますとか次の医療計画というところの段階で、また、それぞれの状況を踏まえて検討していくことも必要ではないのかというように議論がございました。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

拝見して、本当に限られた時間の中で産科・小児科の2つのグループの先生方が議論されて非常に緻密なものがまとまったというように思っておりますので、中身については全体的に賛意を示させていただきたいと思っておりますけれども、事務局に確認をさせていただきたいことがあります。

全体の医師偏在対策は2036年をとりあえずのゴールとして医療計画ごとに下3分の1、33%ずつ、だんだん目標に向かっていくという制度設計になっているのですが、今回、この中で書かれている〇%というのは、そういう全体の偏在対策との整合性を持って進めていくものなのか、それは全く別に小児科・産科は特にゴールということではなくて、新しく偏在対策基準医師数という用語が出ているのですが、この数字を〇%としているのは何か具体的に入れることになるのでしょうか、そこまでゴールの年数とかというのが決まっているわけではなく、とりあえずの目標ということで挙げられているのか、そこが見えなかったので一応確認をさせていただきます。

○松本地域医療計画課長補佐 今、小池先生からも御説明があったように、将来に関しても一定程度横目で見ながらも、今回、暫定的な指標ということですので、診療科別の全指標が今後そろってくるということを前提に、それでは、喫緊の課題としてどこが少ないかということを見据えた上で、例えば数字に関してはまた御相談だと思いますけれども、将

来の2036年までに何かを解消するというよりは、当面、少ないところに対して特に配慮を行うという形で今回、偏在対策基準医師数という議論をしてきたということですので、第7次医療計画周期である2024年、これは一旦目指すけれども、きょうもほかの資料で出ておりますように、診療科別に関しても数字が出てくる状況ですので、どこかの時点で合体というか合流していくことになるのでしょうか、2024年までの間に対策基準ということで今回の〇%ということを示して、それを参考に対策を打っていくということをまずはやろうということでございます。

○今村構成員 わかりました。ありがとうございます。

要するに基本的には小児科・産科の独自のものだという理解でよろしいということですね。我々、そういう議論をずっと長いこと、プロセスを踏んでいるので、そういう数字というのはある程度、意味は理解できると思うのですが、これはいろいろな言葉だとか数字が出たときになかなか全体像と個別のものとの区分けがわかりにくくなる場所もあるので、ぜひ外に出すときは厚労省としてもわかりやすく御説明をいただければと思います。

以上です。

○片峰座長 相対的少数区域ですね。

その点、どうぞ。

○平川構成員 まさしく相対的少数区域の質問なのですが、小池先生に質問なのですが、私は精神科の病院ですが、非常に医師が不足しているという現状があります。そういう中で、今回、産科・小児科は一番数値として明確であるということから最初に取り組んだというようなことで御説明を聞いているのですが、この相対的な逆に過少区域ではない区域が十分であるかどうかについては、私は納得がいかないところがあるのですが、先生、今回やってみられて過少区域でない、相対的には0%以下でないところ、多いとされているところについても十分であるという認識をされた結論なのでしょうか。

○小池参考人 御質問ありがとうございました。

先生御指摘の点はこの検討の場でも随分議論がございました。資料1-2ですと19ページのあたりなのですが、産科・小児科における多数に当たる区域になったところで、もうそれ以上必要ないということではないのだというところは誤解がないようにしていかなければいけない。そういう意味で、医師の確保、22ページの一番下の相対的医師少数三次医療圏・相対的医師少数区域以外というところであっても、今の労働環境などを見ますと産科医師または小児科医師が不足している可能性はあると考えておりましたので、医療提供体制を鑑みた上で医師をふやす方策もとることも可能とするということを書かせていただきました。

○小川構成員 ありがとうございます。

一番大事なのは集約化なのですが、集約化に関しましては他の診療科と産科・小児科に関しては全く違うというか、もっともっと厳しい集約化が必要だと思っています。

例えば岩手県は四国4県と大体面積が同じなのですが、そこに9つの二次医療圏があります。小児科の地域における入院完結率というか、入院できるかできないかという指標を見ますと、盛岡医療圏しかまともにできていない。ある二次医療圏は全く入院ができない、ゼロ。平均で25%ですから、岩手県では集約化が進んでいる、盛岡地区にだけ集約をされているという状況です。

前にいただいた資料で4ページのところに0～4歳の受療率が高いということになっているのですが、これは専門家の先生に聞いてみたいのですけれども、余りに大ざっぱ過ぎないか。というのは、0歳とその他は全く状況が違うのです。ですから、0歳児で受療するような人は必ず入院をしなければならないし、大学病院あるいは専門小児病院等々に行かなければ話が通じないというような状況でありますから、大学あるいは専門小児病院で治療を受ける。

もう一点、その前の3ページに15歳未満の人口を年少人口と定義するというのですが、実は0歳児で発症して入院をして、そして、ハンディキャップが残って、今、40歳という方もいらっしゃるわけです。今、40歳になって小児のときに発症した方が、では、誰が診ているかという、内科の先生が診ているわけではなくて小児科の先生が診ている。だから、別に15歳以上の方々でも0歳児で発症したような患者さんはそういうような状況になっているのだということは十分に加味されているのでしょうか。

大学あるいは専門小児病院、小児病院に集約をして医師を増やさない限り、この問題は解決をしないと思いますし、その辺をどのように判断をしているのかということと、あと最後、1点だけ地域枠でいろいろな義務が生じているのですけれども、小児科・産科においてはそういう形で特殊な集約化をしているわけで、今、大学病院で地域枠の返済義務は認められていないわけですから、大学に人がいなければ0歳児の診療はできないのだ、重症の診療はできないということを前提にしてお考えいただければと思います。よろしくお願いします。

○片峰座長 それでは、簡単にお答えください。

○小池参考人 まず1点目の0～4歳を一緒にするということがどうかということでございますけれども、確かに受療率のデータなどを見ておきますと0歳と1～4歳までには違いがあるかと思えます。ただ、こちらは全体の医師の偏在指標と考え方を合わせようということで、今回、このような考え方をとっております。

2点目の小児、15歳を超えた患者さんの存在ということにつきましても、これも認識はしてございますけれども、今回の議論というものが地域間の偏在を議論するものであって、まさにこういったことは診療科間の偏在を考えていく上では非常に重要な問題かと思っていたのですが、しっかりしたデータがないという状態では、地域におけるこういった年齢が上になった方の治療をどの医師が行っているのかということについては、今回については考慮に入れることはできなかったという状況です。

3点目と4点目の大学や小児病院における医師の確保ですとか地域枠の問題というところ

ろでございますけれども、このあたりはいろいろな施策の問題というのがあるのかな。先ほど松本補佐からも少し話題に出ましたけれども、各都道府県に情報提供していくというものの中で何か対応ができるのではないのかというように私どもの検討会の中では議論がございました。

○片峰座長 そろそろ次の議題に移りますので、最後、羽鳥さん、どうぞ。

○羽鳥構成員 これから地域枠が出てきて総合医がたくさんふえてきてくださるような時代になるとは思いますが、今回、厚労にもお願いしたのだけれども、臨床現場で不足感の強い外科への分析はないでしょうか？又、眼科、耳鼻科、メンタルのことなども含めて、いわゆる欧米のプライマリー医とは異なる日本型の一次医療が、日本の実臨床をささえています。そうすると、例えば医師少数区域とかそういうところでも眼科の先生が緑内障のチェックのために1週間に一度開く巡回診療も必要になるのではないのでしょうか？そういうことも提言していけば、かなり日本型の医療を各地で展開できるのではないかと思うのですけれども、そういう分析というのではないのでしょうか。まず外科の話、それから、マイナーの科について、いかがでしょうか。

○片峰座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 済みません、いつ話をしようかと。医事課の堀岡でございます。

皆さん、将来必要な診療科偏在のバランスの問題と今の偏在の問題がごちゃごちゃになっているので、とにかく今、お話しいただいているのは産科・小児科の今の偏在の話で、将来、どの診療科がどれぐらい必要なのか、そこには当然労働時間のことも加味しないとイケなくて、そういう推計というのは今回、資料3、参考資料5で我々のほうで出していますので、後ほど御議論いただければと思います。

○片峰座長 ありがとうございます。

まだまだもう少し対応内容を考えたらどうかというお話がメインだったと思うので、また御検討いただければと思います。

それでは、次の議題です。次は資料2「医療機器の効果的な活用について」です。

御説明、よろしく。

○奥野地域医療計画課長補佐 資料2を事務局から御説明いたします。

こちらにつきましては、どちらかというとファシリティーの話ですので、地域医療構想ワーキンググループのほうでメインに御議論させていただいております。

1枚目に、過去出た御意見のほうをまとめさせていただいておりますが、その内容について簡単に御紹介いたします。

まず4ページ目をごらんいただければと思います。地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応の中で医療施設・機器等の共同利用について議論するという事にされておりましたので、本日、御紹介をさせていただくということでございます。

医療機器の配置状況につきましては、例えば8ページ目等にお示しをしておりますが、

都道府県別にばらつきがある。これは人口10万人当たりのCT、MRIの台数ということで、ばらつきがあるということと、あと増加傾向にあるという傾向がございます。

続いて機器ごとにデータも載せておりますが、13ページ目をごらんいただければと思います。こちらはCTとMRIの台数と検査数の関係ということで、1台当たりの検査数、そして、人口10万人当たりの台数ということで反比例をしている。要は台数がふえればふえるほど効果的、効率的な活用ができていないという可能性が高まっていくというデータでございます。

でございますので、14ページ目にそういった課題に対応といたしまして基本的な考え方を示しております。まず医療施設・機器等の共同利用のあり方等について情報の可視化、新規購入者への情報提供を活用しながら、協議の場等を使いながら協議をしていく。医療機器ごと、地域ごとのばらつきが台数については多いので可視化する指標を作成してはどうかということで、全体の医師の対策と同様の考え方としております。

まず情報の可視化に当たりましては、機器の指標というものを作成するという方針でございます。その地域につきまして22ページ目にお示しをしておいでございます。調整人口当たり台数ということで、地域の標準化検査率というものを outsourcing させていただきまして、全国調整のほうをさせていただく。全体指標と同様に、性・年齢階級別の調整をさせていただいているということでございます。

そうした指標あるいは医療機器のマッピング情報などについて24ページ目にもお示ししておりますが、情報として開示をしてはどうかと考えておまして、25ページ目がそういった情報を効率的に活用している例として挙げさせていただいております。

最後に、26ページ目以降ということで、27ページ目をごらんいただければと思いますけれども、そうした情報も活用しながら、新規購入する場合に共同利用の計画等について協議の場で確認をする。その協議の場については外来の協議の場を活用することも可能とするということを考えております。

あとは参考資料ということでございますが、地域医療構想ワーキンググループでも議論が出ましたが、例えば37ページ目、39ページ目に出ておりますとおり、諸外国と比較して検査数が突出して大きいということではないということは補足させていただきたいと思います。

以上でございます。

○片峰座長 この件に関しては地域医療構想ワーキンググループの御議論の御報告ということですね。何か御質問、御意見があったら幾つかお伺いしたいと思いますが、どうぞ。

○福井構成員 必ずしも一字一句見てはいなくて恐縮ですけれども、この議論を行うときにぜひ考えていただきたいファクターとして、CTが多いことで医療上の被曝が日本人は特に多いという点です。医療放射線被曝による悪性腫瘍の発生率がほかの国に比べて断トツに高いという数値、予測値が十数年前から欧米のメジャーな雑誌に繰り返し出ていますので、CTが多いことに伴う副作用と申しますか、そのこともどこかに書き込んだほうが説得

力が出てくるのではないのでしょうか。

もう一点は、CTもMRIもほかの国に比べて簡単に撮れるものですから、診断の精度が日本は高いのではないかという有効性についての意見もありますので、台数だけの話ではなくて、やはりCT、MRIを初めとする高額な検査機器のポジティブな面とネガティブな面を十分考えながら、台数の話をさせていただければいいのではないかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○表構成員 数値化されるのは賛成でございます。医療機器ですから、高額医療機器ですから、当然ながら買いかえ、または耐用年数、減価償却の観点は絶対必要です。つまり、投資したコストをいかに回収するかということが病院経営者の専ら気になるところでございます。となりますと、耐用年数や使用年数などの情報も欲しいところです。もう減価償却が終わっているとすると、当然ながら新規購入または再購入という形が高くなる。となりますと、台数だけではなくて置かれているスペック、またはどれくらいの年限を使っているのかという情報があれば、より見える化という指標につながるかなというように思います。それが1点。

2つ目が、検査はCTを撮って終わり、MRIを撮って終わりではなくて、当然、それを読影し、それがセットでの検査というようになりますので、台数だけではなくてその後の読影の数や質、またはその見える化の数値というのもあったほうが、より効果的な指標になるかなと思っております。

以上、2点でございます。

○片峰座長 よろしいですか。非常に貴重な御意見が出たと思いますので、よろしく願います。

それでは、佳境に入ってきますが、次は資料3「診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化について」であります。

それでは、資料3の御説明をお願いいたします。

○石丸医事課長補佐 では、資料の御説明をさせていただきます。お手元に資料3というものがございまして、もう一つ、参考資料の中に参考資料5というものがございます。こちらは今回、診療科ごとに必要な医師数の見通しのたたき台ということで計算をしたものも、それから、バックデータというようなもの、こういったものも載せておりますので、こちらでも適宜参考にしながら御説明をさせていただきたいと思っております。

そして、資料3のほうから御説明さしあげますけれども、まず最初、おめくりをいただきまして、これまでの議論についてということで、少し時間もあきましたので、これまでの経緯を振り返っております。

現状の診療科の選択方法について等々ございますけれども、現在、臨床研修修了後、専門研修等を自主的に選択しているというような状況である。また、診療科別の医師の需要は不明確であるというような状況があるということでございます。

3ページでございますけれども、これが現在の専門医の認定等の仕組みということでご

ざいます。

4 ページですけれども、これは診療科別医師数の推移とよく出している表ですが、赤の線が平成6年から全体の医師数の増加を示しておりますが、それに対して特に下の外科、産科・産婦人科といったところは医師数がふえていないというような状況がございます。

5 ページですけれども、こちら、週当たり勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合ということで、診療科別に勤務時間、かなり差が出ているというような状況があるということがございます。

6 ページ、専門研修の予定ということで、現在、臨床研修修了後、9割以上、専門研修を行うというような状況でございます。過去4年、こういった診療科を希望するか見ておりますけれども、4年間、この診療科選択の傾向は余り変わらないというような状況がございます。

7 ページですけれども、こういったところ、これまでの議論ですが、こうした現在、医師数は継続的に増加をしている一方で、その増分は一部の診療科に集中をしている、さらに労働時間にも大きな差が存在しているというような状況である。診療科別の医師のニーズは不明確で、臨床研修後に自主的に診療科を選択しているという状況。さらに、新専門医制度の中でも診療科偏在の是正策は組み込まれていないというような状況がある。そういったことを踏まえて、医師が将来の診療科別の医療需要を見据えて適切に診療科が選択できる情報提供の仕組みが必要というような御議論。これは第2次中間取りまとめ、8ページに抜粋をさせていただいておりますけれども、これまでもこの分科会の中で議論をいただいていた内容ということになります。

この8ページ、将来に向けた課題というところがございますけれども、まずはこうした診療科別の医師数、国が明確化し、情報提供すべきというところですが、診療科ごとに都道府県別の定員の設定をするべきではないかという御意見、それと定員設定等の導入は時期尚早ではないかというような御意見、こういった両論があったというのが第2次中間取りまとめの状況でございます。

9 ページでございますけれども、具体的に将来の診療科ごとの医師の需要を明確化する手順というようなもの、これがこれまで整理をしていたものでございます。

一番最初に、診療科ごとの医師の需要を決定する疾病・診療行為を抽出して、この診療科と疾病の対応表を作成するというのがまず第1段階。それを踏まえて、人口動態・疾病構造の変化を考慮して、診療科ごとの医師の需要の変化を推計していく。また、必要な補正を行っていくというようなことでございます。そして、この医師の働き方の変化ですとか医療技術の進歩等、これは将来の課題ということで整理をしている。この辺、特に対応表の作成等々、なかなか大変な部分もありますので、まずは事務的にこうした整理を行うというのが9月28日の分科会のときの状況ということございました。

今回、次のページ以降ですけれども、診療科ごと、この推計の方法ということで事務局の整理をお示しさせていただきたいと思っております。

11ページをごらんいただければと思います。こちらは診療科と疾病等の対応表についてですけれども、今回、まさにきょう、御説明いただきました小池先生に厚生労働科学研究の研究班をやっていただいておりますが、それから、また別の東京大学の康永先生の研究班と協力をさせていただきまして、DPCのデータの中の診療科、疾患のデータ、実際の急性期領域における診療データを用いて、今の専門医制度における基本診療領域とそれとの疾病等との対応表の作成をまずしました。

これはイメージと書いておりますけれども、疾患Aというようなところ、DPCのデータの中に複数の疾患、どれだけ患者さんがいらっしゃるかありますが、疾患A、それぞれA診療科、B診療科、C診療科と同じ疾患でもさまざまな診療科が診ているというようなデータがございます。このデータ、切り方を変えまして、この矢印の下にございますように、あるA診療科というような中でどういった疾患を診ているのか、このシェアを算出するということをしております。疾患Aが5%、Bが4%というように診療科の中でもさまざまな疾患を重みづけした対応表を示すことで実態を整理して対応表にしているということがございます。

12ページでございますけれども、これを踏まえまして、まずは各診療科ごとの現在の医師数からそれぞれの診療科における勤務時間を踏まえて、労働時間規制等の医師の働き方改革により必要になると考えられる現時点における必要医師数というようなものを算出いたしました。

そして、この算出された現時点における必要医師数に対して、先ほどの疾病、診療領域の重みづけがなされた対応表に基づいて、性・年齢階級別の受療率、これが将来一定であると仮定をした上で、将来の人口推計を踏まえた患者数の変化を踏まえて必要医師数の変化がそれと比例をするということとして計算を行ったということがございます。

下にイメージということで書いておりますけれども、現在の医師数がまずあって、勤務時間の変化、診療科の差を踏まえて、まず調整をする。それをさらに先ほどの対応表に基づいて、将来患者数が変化します。それに応じて必要な医師数も変化しますということによって将来の必要医師数を出すというようなことをやってございます。

13ページをごらんいただければと思いますけれども、実際、必要医師数というようなことを出した上で、将来の診療科の選択に資するものとするためには、今、臨床研修修了後、9割以上が専門研修を行うというような状況でございますので、1年当たり、この診療科別の養成数がどのぐらい必要かというような数を示すことが有用ではないかということで、これは諸外国における養成数の算出手法等も参考にしまして、以下、イメージのように整理をしています。

まず現在の医師数がございますので、この将来において現在の医師数を維持するというためには1年当たり何人、養成をしていかないといけないのかということを経算する。さらに、先ほどの計算で将来必要な医師数の見通しというようなものを、そこに向かって、これはふえていく場合、余りふえない場合といろいろあるかと思っておりますけれども、そこを達成

するためにさらに1年当たりの養成数が△と書いてありますが、何人か必要だと。この○と△、両方求めた上で、○と△を足したものを1年当たりの必要な養成数ということで算出をすることといたしました。

今の働き方改革ですとか医師確保計画等のスケジュールも踏まえて、2024、2030、2036年の3時点における必要数の見通しを算出した上で養成数を算出するということとしております。

14ページをごらんいただければと思いますけれども、さらに先ほどまでで全国ベースの診療科ごとの医師数の計算ということになります。次に都道府県ごとの診療科ごとの医師数、これの算出に当たっては、将来時点における必要医師数の算出方法を踏まえて、全国の診療科ごとの将来必要な医師数の見通し、これをもとに、下、イメージと書いておりますが、A診療科で、全国で何人必要だということになったものを各都道府県に配分するというような形で、これは当然、各都道府県の間での医師の流出入がないと仮定した上で必要数の見通し、1年当たりの養成数の計算を行うというようなことというのを事務局の整理としてお示しをしております。

実際、これを踏まえてたたき台として計算をした結果、これは参考資料5につけてございます。最初、1ページに位置づけ、留意点等々を書いてございますけれども、今回、これはたたき台ということでございますので、一定の仮定、前提のもとで計算をしたものということですので、当然、議論等を踏まえて必要な見直しを行っていくという前提でございまして。

留意点として、これはそもそも今の実際の診療データに基づいて現状の診療実態を反映したものということでございますので、将来も診療科と疾病の対応がずっと維持されるというように仮定をしてやっているものということになりますので、例えば総合的な診療の領域等々の役割などについては別途検討を行う必要があるというようなこと、これに留意しつつ幅を持った検討を行う必要があるというのが留意点ということになります。

2ページに、実際、必要数の見通し（たたき台）ということでお示しをしておりますけれども、この見方を御説明しますと、左から順番に、まず2016年の医師数。これは仕事量ということで、この性・年齢階級別の勤務時間というようなところで仕事量を掛けて求めています。これはマクロの需給推計をやったときと同じ指標でございまして。

さらに、この各診療科ごとの勤務時間を踏まえて必要医師数というものを計算しております。この時間に関しては資料の6ページに今回集計している勤務時間を載せております。これで必要医師数が出てまいりますけれども、まず、現状の医師数、仕事量換算の医師数と必要医師数との差というのを2016の3列目に載せています。同じように、これが疾病と診療科の対応表に基づいて2024、2030、2036とそれぞれ必要医師数が診療科によってふえたり減ったりしておりますけれども、それぞれ計算をする。その上で2016年の医師数との差をその隣に書いてあるということでございます。

さらに一番右、4つですけれども、必要養成数に係る推計ということで、一番右から4

番目、2016年の医師数を維持するための年間養成数というものを計算した上で、それぞれ目標とする必要医師数、2024年にそれを達成する場合、2030年に達成する場合、2036年に達成する場合、それぞれの必要な年間養成数というものをお示ししているというような状況でございます。済みません、バックデータ等は参考資料の3ページ目以降に載せております。

資料3のほうに戻ります。16ページをごらんいただければと思いますけれども、こうした見通しに関する課題等を整理させていただいております。現状、この医師の適切な診療科の選択ですとか都道府県医師偏在対策、専門医制度のシーリング等々、これは地域、診療科偏在の十分なエビデンスに基づいて対応を行うことが難しいというような状況がございます。

今回、算出を行いました医師数、これの活用は一定程度、エビデンスに基づいたものではございますので、一定の活用も期待できるのではないかと考えておりますが、当然、推計の限界として、先ほど申し上げたような診療科と疾病の対応というところ、こういったところに限界があるというようなところはございます。

こういったことを踏まえて下でございますけれども、適切な診療科選択ですとか都道府県の中で、それから、県外からの医師派遣調整、地域枠医師の適切な診療科選択ですとかの取り組みに活用することですとか、専門医制度等についてのエビデンスとして活用されること等が期待されるのではないかと書いております。

17ページですけれども、これは参考でございますが、新専門医制度に基づく専門研修の状況ということ。これは赤で囲んでおりますけれども、東京都の状況ということでございます。新専門医制度の開始後、専攻医、東京都等への集中が進んでいるというようなデータもございまして、この東京都の専攻医の比率、平成24～26年ですと18%前後ぐらいですが、平成30年は19.5%ということで平均して7%ぐらい増加しているというようなことがございます。

こういったことを踏まえて18ページ、今後の検討についてということですが、今後、こうしたデータ、情報提供していくことで地域診療科偏在の是正につながるということが期待できますけれども、実際、この働き方改革ですとか偏在の状況を踏まえると、この診療科偏在対策も待ったなしの状況である。特に新しい専門医制度の開始以降、東京都等への専門医の集中が進んでいるというようなデータもございます。

そういった状況でございますので、今回、御議論していただくような形で、実際、医師数の見通し、算出方法等も適宜見直しをしながら今後の診療科偏在の状況等、さまざま検証を行いながら、十分に効果が生じていない場合にはさらなる医師偏在対策について検討を行っていくというような整理で、今回、資料を御用意させていただいております。

済みません、資料の説明は以上となります。

○片峰座長 それでは、御議論をお願いいたします。

では、堀之内さん、どうぞ。

○堀之内構成員 がんセンターの堀之内です。

資料がマクロな観点ということで私たちの直観だけで話してはいけないのだろうということはよく理解した上で。2点、課題としても書いていただいているのですが、今後、どのように取り扱われるのかなというところの方向性だけでも教えていただきたい。先ほど出た総合診療であったりとか、私が関係するところであれば、がんを横断的に診る腫瘍内科だったりとか、比較的こういう医師の偏在対策には有効である可能性があると思われる診療科の取り扱いとかをどうされるのか。

また小児科・産科に対しては、こちらのたたき台で見ますと一定のところから、むしろ過剰になってくるかもしれないということが試算されています。

基本が現状の必要数で判断されてらっしゃるわけですね。そうすると、例えば将来、もっと総合診療の先生だったりとか腫瘍内科の先生に幅広く患者さんを診ていただくことで効率をよくしたいであったりとか、あるいは日本という国としてもっと子供をふやして人口をふやしてということのためには、もっと小児科とか産科とかをふやしたりとかというようなマクロ的な観点とかというのは、今回のこれには直接どのように反映されていくのかなというのをお聞きしたいなと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○石丸医事課長補佐 御意見ありがとうございます。

実際、今回、事務局で整理をしているものは、あくまでも現在の診療科、それから、疾病の対応に基づいて機械的に計算をしているものということでございますので、この総合診療、今、御指摘がございましたけれども、そういったところは並行してこういったところも検討していく必要があるものだというようにまず考えております。

今、腫瘍内科のお話もありましたけれども、これはちょうど今の専門研修の基本領域に対応した診療科の数を計算しておりますが、当然、さらにそこからサブスペシャリティーをどうするかといった議論があると思いますが、これは議論の順番として、まずは基本領域の部分を計算してはどうかというように考えているということでございます。

○片峰座長 福井先生、どうぞ。

○福井構成員 数だけでなく専門性の偏在に手をつけるべきだということを何回も発言してきた者として、事務局でこれだけのデータを出されたことに敬意を表したいと思います。認知的にも身体的にもかなり大きな負担だったのではないかと思いますけれども、機械的ではあっても、このようなたたき台の数値が出ただけでも非常に大きなステップだと私は思います。この数値をより精緻なものにしていくのかについては、今後、時間をかけて多くの人の目を入れる必要があると思います。

1点、堀之内先生も言われましたが、私も専門的なプライマリーケア医、それをどう呼ぶかは別といたしまして、総合医的な医師を何%、将来養成するのかによって必要な医師数や専門性の分布が随分違ってきますので、そのところは、私は国の方針としてビジョンをつくっていただいたほうがいいのではないかと思います。例えば10%とか15%、20%

はプライマリーケアを専門とする医師に今後、厚生労働省としてはしていくのだという意思表示をしていただけるだけでも、若い先生たちがそういう分野に入っていくときに安心感が得られると思います。したがって、最も効率的な医療提供体制を構築するための専門医の割合についてのビジョンをぜひつくっていただきたいと思います。

以上です。

○片峰座長 どうぞ。

○平川構成員 平川です。

大変エビデンスに基づいたすばらしいデータを出していただいたと思うのですが、DPCデータがベースになっているということですが、精神科はDPCから現在外れていて、どうやってこの医師数を計算されたのか。

参考資料5のほうの2ページ目で精神科の医師を圧倒的に減らす方向のように赤字で書いてございますが、今、糖尿病患者さんよりも精神疾患の患者さん、400万人以上ということで大変数も多いし、いつも申し上げているとおり、精神科はまだ48対1というような状況で入院の精神科医も足りない状況ですので、こういうDPCデータがない中で出てきた数値を全国的に使われてしまうと大変我々、困惑してしまうので、そこはどのように計算されたのか。もしくは、これはとりあえずDPCデータとして出したのか。ビッグデータを使うときも、精神障害者の場合、結構生活保護者が多くて、ビッグデータの中に含まれないデータになってくる方も多いので、その辺、どうのように考えてらっしゃるのか、教えていただきたいのです。

○片峰座長 どうぞ。

○石丸医事課長補佐 御指摘ありがとうございます。

精神科の対応表というのは、御指摘のとおり、DPCのデータからは作成をすることが難しいところがございますので、ここは患者調査に基づく精神及び行動の障害の部分というところの患者数を用いて医師数の推計を行っているということになります。

ちなみにですけれども、この資料3の12ページをごらんいただければと思いますが、○の3つ目ですが、その他の診療科も必ずしもその診療科で疾病の対応表、このDPCのデータでつくれている部分とつくれていない部分とありますので、例えば放射線科ですとか、そういったところも含めて、必ずしも先ほどの対応表でできている部分とできていない部分があるというのは御留意いただきたい事項ということになります。

○片峰座長 座長としても、今のどうやって計算されたのかというポイントなのですが、数日前の新聞に2028年に医師需給は均衡するはずだったのが偏在対策を考えたことで2036年になるのだという、これは誤解もあると思うのだが、そういう議論がありましたね。そういう点で、今、マクロの予測に加えて地域偏在の問題、それから、診療科の問題、いろいろな要素の将来予測が出てきているわけです。これは要するに2036年と足し込んでしまうとまだ足りないというデータになって、マクロの以前やった予測とは全然逆の話になりますね。そういう点は社会にいわゆる混乱というか、間違ったメッセージを出すこと

になると思うのです。

端的な御質問は、マクロの全体予測、この診療科を全部足し込むとあれと一緒になるようなやり方でやられたのか、それとも、それ以外の要素が入っていて要するにこういうことになったのか、そこら辺はどうですか。

○石丸医事課長補佐 御指摘ありがとうございます。

全体の必要医師数の推計に当たっては、第3次中間取りまとめまでに御議論いただいたマクロの需要推計の医師の需要というところと整合するようにこれは計算をさせていただいております。

○片峰座長 だけれども、あのかのときのマクロ予測では、2036年度には医師需要は減少に転じますね。一方で、今回の診療科別の必要医師数を足し込むと逆に増えてしまうように見えます。そこは整合していないのではないかと。

○石丸医事課長補佐 2036年の需要は、この計算の参考資料5の2ページをごらんいただければと思いますけれども、これは実際、人口の今後の推計、患者数の変化によって違うところでして、上から順番に診療科、いろいろと載っておりますが、例えば内科ですと2016年に12万人ほど必要医師数がございますが、その後、2030年にかけて1万人弱ほどふえて2036年は少し減るといような状況です。その次、例えば小児科ですと最初、1万8000人ですけれども、2024年、1万7800人、次、1万7200人というように、もうこの2016年時点から減っていくといような診療科もございまして、これは診療科によってさまざまということになります。足し合わせると需要自体は全体、マクロの動きと同じように動きますので、2030年ぐらいにピークを迎えて、それ以降、下がっていくといようなこととなります。

○今村構成員 やはり一定のこういう議論をするのに数字のたたき台がないといけないということで、今回、こういうように出されたものだと思います。

確認なのですが、12ページにありますように、これは労働時間規制等医師の働き方ということにすごく力点が置かれていますが、基本的にはこれは病院の勤務医の先生のお話で、先ほどのデータもDPCデータを活用したということで、推計の中に診療所の医師についてはどのような観点で計算されているのでしょうか。それを伺った上で、また御質問したいと思います。

○石丸医事課長補佐 参考資料5のページで申し上げますと右下6ページをごらんいただければと思います。診療科別の勤務時間ということで、各診療科別、週勤務時間というものをここに算出しておりますけれども、ここは病院も診療所も両方込みの週当たりの平均勤務時間ということになります。これを全体の平均勤務時間、これも医師全体ですので病院、診療所込みですけれども、平均勤務時間との比を算出した上で、これで全体医師数を調整しているということになります。

○今村構成員 何らかの仮定を置かなければならないので、一定の仮定のもとに機械的に算出した数字だというように理解しました。機械的という表現は、何かかなり根拠があっ

てそれを計算機に入れたらこういう数字になりましたというイメージにとられるので、何人単位まで出てくると先ほど座長がおっしゃったように相当に精緻な計算をしているというように世の中では多分受けとめるので、そこは一定の仮定があって、そして、機械的に計算したという表現が多分正しいのだと思います。

特に診療所の医師のあり方というのは外来診療のあり方の中でまた議論になるのだと思いますけれども、病院の医師とのいわゆる働き方とは相当違っているというのが実態で、例えば病院の勤務医の場合は御自分の専門科と診ていく疾病は概ね対応しているのですが、先ほど羽鳥構成員も言った総合診療医の話ですが、私の個人的なことを申し上げて恐縮ですが、例えば内科と標榜していても、もともと麻酔科なので整形外科的な治療もかなりしますし、皮膚科の診療もかなりしているということがあります。

したがって、診療科の必要医師数を推計するというのは正直、診療所の医師については、例えば勤務時間についても診療以外のさまざまなかかりつけ医としての機能を発揮しなければいけない時間というのは入っていませんので、なかなかこれを計算に入れるというのは難しいのだらうなという気はします。だから、数字がひとり歩きしないようにきちんとした注釈をつけて世の中に発信していただきたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 同じような御質問を先ほど先生にもいただいたのでわかりやすく御説明するのですが、これはDPCデータを使って、そのDPCの疾患一つ一つに、例えば参考資料5の3ページで1つだけ例、このデータが何千というように実はございまして大変なデータを使ってつくったのですが、脳梗塞だと脳神経外科の先生が48%診ていて、内科は46%診ているというような日本中の全データを使ってやっているの、データを使ったものとしては大変精緻でやらせていただいているというように自負しております。

一方、DPCデータで診療所のデータが入っていないからという問題は先ほどの精神科の問題もあるのですが、その疾病の要は需要をどう見込むかという問題なので、つまり、診療、DPCデータに入っていないものも含めて、対象が広ければ精緻になるわけではなくて、DPCデータを代表例として診療科の医師数を推計しているというものなのです。なので、科によって例えば自由診療部分が多い美容外科はどうなのだとか、自由診療部分が多ければ得をすとか損をすとかそういうことはなくて、DPCデータを代表例としてとったときにどういふようになるのかというのを見ているというのはきちんと御説明したい。

あと診療所の先生が確かに別の専門医をとっても内科で標榜するというのはそのとおりなのですが、結果的に政策の出口として診療科偏在を変えるのは医師養成のところ、つまり、専門医のところでのどのような対応をすかは別として、そこに介入するしかないわけです。つまり、皮膚科医があるとき突然、別の外科医になるということはありませんから、その養成のところを使う。つまり、専門医の養成というのは病院で行うものなので、その出口に使うものとしてDPCのデータを全データ使っているということで診療

科の目安はある程度やるということは、ある程度、政策的な整合性を持ったデータの計算をしているということは御説明させていただければと思います。

一方、先生にデータの限界とか、どういうデータなのかとか、そういうことをわかりやすく注釈を加えて御説明しなければならないということは確かでございます、そのとおりさせていただきます。

○今村構成員 よろしくお願ひします。おっしゃっていることはよくわかっているつもりなのですが、DPCのデータだということをここでは皆さん聞いていますが、出ていくときにはそういうことがわからないままに数字がひとり歩きしないように、ぜひしていただきたいということです。

○片峰座長 最後にどうぞ。

○平川構成員 余りに精神科はひどいので、このまま全国にこれをされたら困りますので、精神科についてはこの流れではないことを明確にさせていただきたいのです。

○片峰座長 今、答えられますか。

○石丸医事課長補佐 御指摘ありがとうございます。

今回やっておりますのは、このDPCのやり方、患者調査を組み合わせたもので、我々もこれまで整理をしてまいりましたけれども、これ以上のデータを使うという意味ではなかなかいいデータというのがない状況というのもございまして、これはあくまでもこれから議論のためのデータということでございまして、また、ほかにこういったものを使えばいいというようなもの等もございましたら、ぜひ御指摘をいただければこちらでまた整理をしていきたいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○平川構成員 とりあえず精神科は保留にさせていただきたいと思ひます。

○片峰座長 では、ここで次に移りたいと思ひます。今の質問も含めて、これはたたき台としてきょうは出されたので、今後、どういう議論、どうデータを取り扱っていくか、そこら辺の少し今後のことを御説明いただけますか。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。

データとしてこれからの整理の方向性としては、このデータの計算のやり方自体をより精緻にできる部分があればまず精緻にしていくということで、もう一つは、途中でありますけれども、もともとこれは都道府県別の数というものをお示しするところを目指してやっているものでございまして、そこをどこまで、それもまたたたき台としてお示しをできるかというようなところ、その2つ、これから整理していきたいと思っております。

○片峰座長 それでは、次に移らせていただきます。もう大分おっしゃっていたのですが、第4次中間取りまとめ（たたき台）について、御議論いただきます。

それでは、簡単に御説明をお願いいたします。

○奥野地域医療計画課長補佐 事務局より御説明させていただきます。

資料4、資料番号が抜けておりまして申しわけございません。第4次中間取りまとめ(たたき台)というもので御用意しております。少し分量が多うございますが、ポイントを絞って御説明いたします。

1 ページ目でございますが「はじめに」というところでは、法律が成立をして施行に当たって中身を決めていく必要があるということでございます。

「2. 医師偏在対策の枠組みの全体像と検討事項の整理」、ここは機械的にまだ詳細は詰められていないところを整理したものということでございます。

4 ページ目「3. 検討事項の検討に当たり留意すべき事項」、こちらは今回検討するに当たって背景となる事情を客観的に整理しております。

まず、地域医療構想ということで、2025年の実現に向け、議論が進められているところでございます。医療機関の統合や集約化等々が進められていくと思っておりますけれども、医師確保の計画もこれに沿ったものとなる必要がございますので、留意点を書かせていただいております。

また、医師の働き方改革、こちらは今、まさに議論をされております。2024年度から医師の時間外労働規制の値というものが決まってくるという状況でございます。

3つ目の○、「特に」とございますが、地域医療の観点から必須となる機能を果たすために、やむなく長時間労働となる医療機関の類型というものが検討されております。参考資料1というところに働き方改革に関する検討状況をつけ加えさせていただいております。今の検討状況を端的に8ページ目にまとめさせていただいております。

今、まさに案として御提示をしておりますので、これで確定というわけではないのですが、A、B、Cと3つ、類型を御用意しております。Aというのが医師、勤務医に適用される水準ということで年960時間、月100時間、これは残業時間ということでございます。また、Bの水準、地域医療確保暫定特例水準、これは経過措置的な水準でございます。年1,900～2,000時間、月100時間、いずれも休日労働を含む時間として設定をしております。これに健康確保措置を組み合わせるという案でございます。

また、今、議論中ですが、C類型というもので一定の期間、集中的に技能を向上する必要があるというところで、今、まさに検討いただいているということでございます。このB類型などかございますので、特にこういった医療機関に対しては集中的な医師確保などが必要だということをここで留意点として述べさせていただいているところでございます。

続きまして、検討結果を5ページ目以降、御紹介をさせていただいております。

まず、医師偏在指標につきましては、議論いただいたとおり、5要素を踏まえるということとさせていただいております。診療科につきましては、小児・産婦人科につきましては、きょう、御議論いただいた結果を踏まえて、また追記のほうをさせていただきまして次回、お示しをできればと考えています。

8 ページ目、(2) 医師偏在是正の目標年につきましては、2036年度ということで設定をするということで、こちらは地域枠の効果の発現年度ですとか医療計画の年度について

整理をした結果ということでございます。

9ページ目「(3) 医師少数区域／医師多数区域」、こちらは5回のサイクルで偏在を是正していくためには上位、下位、3分の1、33.3%を設定する必要があるというところを整理させていただいております。

10ページ目以降「(4) 医師確保計画」という内容でございますが、確保方針がマル1に書かれておりますが、こちらについては、少数区域はほかの医療圏からの医師の確保を可能とし、多数区域にあつては自県で医師を賄っていただくというような形で整理を細分化させていただいております。

12ページ目をごらんいただければと思います。「医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標」ということで、目標数を決めていただきます。これは医師少数区域においては少数区域を脱するために必要な医師数というものを決めていただく。また、これは将来的な必要医師数というものも派生として出てくるわけでございますが、それは13ページ目にマル3として出させておまして、これは将来の医師需給推計をそれぞれ行いまして必要医師数を出させていただく。この数字に基づいて地域枠の必要数を出させていただくという順番で議論を進めさせていただきます。

14ページ目「目標の達成に向けた施策内容」というところでございますが、例えばまず都道府県に委ねるということが中心となってくるわけですが、○の2つ目にありますとおり、国においても大学カリキュラムにおける地域医療やプライマリーケアの教育の充実ですとか基金による財政的支援などを取り組んでいくべき。また、4つ目の○にございますとおり、都道府県に対して必要なフォローも行っていくということは重要だと考えております。

都道府県における施策についてはi) 医師の派遣調整を初めとして「ii) キャリア形成プログラムの策定・運用」、これはきめ細かくフォローしていくことが必要だということでございます。「iii) 都道府県間の偏在是正」については、データベースを国として用意をして、それを活用しながら、例えば認定を希望する医師のマッチング等を行っていくということでございます。

16ページ目には「医学部における地域枠・地元出身枠の設定」とございますが、これは次に詳細を詳述しておりますので、そこで御紹介をいたします。

策定プロセスと効果測定・評価につきましてもここに記載しておりますが、特に効果測定・評価については指標を計画の終了年度に再評価をして、どの程度効果があったかということ測定した上でPDCAサイクルを回していく、こちらが重要であるかと考えています。

(5) 地域枠・地元出身者枠の設定という箇所でございます。こちらは例えばhomecoming salmon仮説ということでエビデンスに基づいて施策を打ったわけでございますが、まず17ページ目のマル1、地域枠等の状況につきましては、別枠方式と手挙げ方式の定着率の違いなどに着目をして、別枠方式しか認めないという通知を出させていただいた等の対応を書かせていただいております。

マル2の増員等の要請につきましては考え方を整理しておりまして、地域枠は二次医療圏間の調整が可能な枠、地元出身者枠については都道府県間の是正を行う枠ということで考え方を整理した上で、それぞれ必要数について将来の必要数医師数というものを根拠に出していくということを書かせていただいております。

その算出について、19ページ目のv)の算出方法等についてと書かせていただいておりますが、こちらは供給推計を2つ、上位推計、下位推計、それぞれ行いまして、その供給推計と需要とのギャップというものはじいて、そのうち一部を地域枠・地元枠の対応、一部を派遣等の短期調整による調整ということにさせていただいております。

20ページ目に「将来時点の地域枠等の必要数等と臨時定員との関係について」、前回御議論いただいておりますので、これの2つ目の○をごらんいただきたいと思います。これまで需給分科会で2021年度までの取り扱いについて決めてきたところでございますが、それ以降の取り扱いについては、例えば2つ目のポツにございますとおり、将来時点における医師が多数の都道府県であって、医師が少数の二次医療圏である場合において、地域枠設置の臨時定員をふやしていくか、それとも、どの程度、恒久定員を見ていくかという点についてですとか、将来、医師が多数になる都道府県において養成過剰数を踏まえて、どう定員を見ていくのか等々については今後の検討課題であるということを整理させていただいております。

「(6)診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化」につきましては、本日の議論を踏まえまして改めて記載ぶりを整理させていただきまして、次回、御提示できればと思います。

(7)の外來医療機能の不足・偏在等への対応につきましては、基本的には指標を作成し、協議会で協議を行い、その上で新規開業者に対して情報提供及び担っていただきたい医療機能の提示ということを行っていくことを前提のパッケージとして考えているところでございます。指標につきましては22ページ目にお示しをしておりますとおり、全体指標と同様に5要素というものを加味していくということでございますが、続きまして25ページ目でございますが、外來医療機能に関する協議の場におきまして、今後、そのエリアでどういう医療機能を担っていただくのかということを経験していただいた上で、新規開業者に対してそういった医療機能を担っていただくということを求めていくということでございます。

その具体的手法につきましては26ページ目に記載をさせていただいております。2行目からですが、開業届出様式にそういった医療機能を担っていただきたい旨の記載をいただき、その上で、そういった記載がない場合等については協議の場への出席要請、また、実際の協議とその協議結果の公表とさせていただいております。

マル3の医療機器の話については、本日の議論を踏まえて記載をさせていただきます。

(8)の医師が少ない地域での認定制度ということにつきましては、前回の御議論も踏まえまして書かせていただいております。

27ページ目にございますとおり、勤務期間については6カ月。ただ、1年以上を継続して勤務することが望ましいとさせていただいております。

一方で、9年目以前の医師、10年目以降の医師ということで分けもさせていただいております。9年目以前の医師については継続的な勤務、10年目以降の医師については断続的な積算によっても可ということとさせていただいております。

また、管理者になるインセンティブの対象については、地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院とすることとして書かせていただいておりますが、その例外規定について29ページ目の○の「なお」以下に書かせていただいております。

前回御議論いただいたのはイの箇所かと存じていますが、当該病院の管理者が急に不在となって当該病院内の後継者が認定を取得していない場合ということで、かなり限定的に例外を書かせていただいております。

「将来に向けた検討事項」を5で整理しておりますが、(1)はきょう御議論いただいた内容を踏まえて記載。

(2)の外來医療機能の不足・偏在等への対応につきましては、効果検証の上で追加対策について検討を加えていくこと。また、情報提供の内容についても検討を進めていくことを書かせていただいております。

また、認定取得のためのインセンティブの中身あるいは管理者の要件としての評価につきましても継続的な議論が必要ということとさせていただいているところでございます。

以上、簡単ではございますが、御議論のほど、よろしく願いいたします。

○片峰座長 将来の課題も膨大なのですけれども、皆さん、目を通してという前提で、きょうは御意見を伺いたいと思います。

どうぞ。

○山口構成員 まとめていただいておりますありがとうございます。

28ページの一番最後の○のところですが、確かに将来に向けた検討事項ということで、今後実効性がなければ検討していくということを書いてくださってはいのですが、28ページの最後の○のところの4行目に「まずは」と書いてあって、まずは地域の医療機関と連携しながら地域医療を支えるという制度上の目的を要する地域医療支援病院のうちとすることが適当であるとあります。せっかく「まずは」と書いてあるのですから、この「まずは」の意味を明確にさせていただいたほうがいいかと思っております。例えば有する病院とすることが適当であり、今後必要に応じて継続的に対象を検討するというようなことをここにも一言加えていただくと、「まずは」ということの意味が明確になるのではないかとお願いでございます。

もう一つ、30ページのところで(4)の1つ目の○の2つ目のポツのところで、前回、権丈構成員がおっしゃったこと、私もこれは賛同しまして、そこを明確に書いていただいたことは大事なことでと思いますので、ありがとうございます。もう一つ、細かい指摘で恐縮ですが、その次の○ですが、**「認定制度が」**と始まる場所の3行目、「効果

が十分でない」との「と」が抜けていると思いますので、修正していただければと思います。

○片峰座長 ほかにどうですか。

どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

2点あります。1点は、今の山口構成員のおっしゃったことと共通のことなのですが、私もまずは地域医療支援病院医師派遣機能のところから始めたらいいのではないかとずっと申し上げていましたが、前回の権丈先生の意見を聞いて、やはりもう少し拡大ができるような仕組みというのを組み込んだほうがいいと、まさしくそのことを書いていただいて、今後の議論だと思っておりますが、きょう、文科省からもお見えになっているので、ぜひ御意見を伺いたいです。今は管理者ということになっておりますけれども、例えば大学病院の場合、教授の先生であるとか院長先生というような者が対象になり得るのかどうか。

なぜかと申しますと、実は地方で大学の教授をされていた先生が初めて地域の病院の院長になられたときに、自分は今まで大学の医局のために医師を何回も派遣、あるいは引き上げたりもしてきたけれども、本当にこんなに地域医療が大変だというのが初めてわかったというケースもあります。やはりそういう地域の医療を担っていくようなことを経験していただくということは大学こそ必要なのではないかなと思っておりましたので、そういうことが枠組み上、できるのかどうか。今後の議論だと思っておりますけれども、御検討いただければと思います。

もう一点、診療所の外来機能につきまして、第4次中間取りまとめ（案）の25から26ページに詳細に書いてあって、今までここまで踏み込んだ外来診療のことは多分議論されていなかったということで、相当に前に進んだのだなと私は思っています。それを踏まえた上で29ページに「将来に向けた検討課題」というところの記載ぶり。ここで（2）の「地域の外来医療機能の確保に当たっては」という文言と参考資料7に第2回のいわゆる検討、無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組み、これは12ページにあります。このときは前回の第2次中間取りまとめは新たな制度上の枠組みを設けるべきだという意見と、なかなかそれは一遍には困難だと、しかしながら、どちらの意見についても十分な根拠があるとは言いがたいので、しっかりと速やかに施行した上で、定期的に効果検証した上で新たないわゆる対策、制度上の枠組みも検討すべきだという一応記載になっています。

その後の議論の中で決まったことは先ほど申し上げたように25ページ、26ページの具体的な提案なわけです。ところが、29ページを見ると、いきなり「規制的手法」という言葉が出てきて、さらに、その1つ下に規制的手法に関してはかなり具体的な意見が書かれて検討すべきであるというような書きぶりになっていて、これは第2回の中間取りまとめの議論から飛躍し過ぎているのではないかなというように思います。

特に、検討すべきであると書かれている中ほどの地域包括ケア云々のところは、そもそ

もこんなことは、地域の医師会を中心に現在でも実行している当たり前のことが書かれているだけであって、これを規制手法の検討というところで書き込むのはいかがかなというように思いますけれども、そのことについて厚労省の御意見を伺いたいと思います。

○奥野地域医療計画課長補佐 御意見ありがとうございます。

この点につきましては、第2次中間取りまとめに記載されていた法律上の課題等々も含めて、今後検討していくということの記載ぶりについて少し端的に書かせていただいたというつもりでございますが、追加的な御議論があったわけではないという御指摘はそのとおりかと思しますので、少し書きぶりについては検討させていただければと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○羽鳥構成員 20ページ、マル3、将来時点の地域枠の必要数、臨時定員のことでありますけれども、前回の中間とりまとめのときは、2022年からは医師の総数は減らすことも議論していこうということが基調だったと思うのですが、ここで書かれていることを見ると、都道府県でもし医師不足であれば、医師が少数の二次医療圏のある場合においては、地域枠の必要数が、当該都道府県内の大学医学部における恒久定員の一定割合を超えている場合は、その超過分について、地域枠等の要件で臨時定員の増員等を認めるかどうかという議論になっています。

ということは、2022年以降は医師総数がふえることもあり得るという論調になってしまうと思うのですけれども、前回の議論は、総枠はもうそろそろ減らしていてもいいのではないかということだったと思います。要するに、都会などの定数は制限することがあっても、総数をふやすことがあり得るという論調になってしまうと何か間違ったメッセージを伝えていくことになるのではないかと思いますので、例えばある県で120の定員があった。地域枠が40であった。とすると、恒久枠の80は残るけれどもということで、恒久枠というか本来の医学部の定員枠はそういうような形で残るということで、もし60が地域枠で必要になったとしたら恒久枠は、60になるというように考えるということでもよろしかったですね。

○石丸医事課長補佐 特に地域枠の話、臨時定員との関係、前回もさまざま御指摘をいただきましたので、参考資料3にこれまでの議論と今回決める点、今後決める点を整理しておりますので、こちらを御説明させていただきたいと思います。

最初、2ページは前回お示した都道府県の要請権限の整理表ということになりますけれども、まず3ページを御説明したいと思うのですが、今までの議論の状況ということですが、先般、第3次中間取りまとめの際に取りまとめていただいた内容というのは、もともと2019年度末までで臨時定員の期限が来ていたというようなものを2020年度、2021年度の2年間、この臨時定員の期間を暫定的に延ばすというようなことを第3次中間取りまとめではまとめていただいたということになります。

同時に、この数は2019年の数、これを上限として、その範囲内で各都道府県、調整を行うというようなところ、これはちょうど、赤囲みのところですが、そういった内

容になっておりました。それに対して、2022年度以降は2021年度末でまたこの臨時定員の期限が来ますので、その期限が終わった後、どうするかということは恐らくことしの後半以降になると思いますけれども、2022年度以降、医師の働き方の検討会の結論等も踏まえて、再度需給推計を行った上でマクロの議論をしていくというような状況でございます。

4ページをごらんいただければと思います。今、ちょうど委員が御指摘をいただきましたけれども、この臨時定員との関係というところと言うと、今回、この数を出しておりますが、3つ、都道府県でも類型があつて、医師が少数の県と医師が多数の県と、その多数でも少数でもどちらでもない都道府県と3つあるということになります。

この医師が少数の県、つまり、都道府県単位で2036年時点においても医師が不足するのではないかと。これは計算の前提として臨時定員のことを入れずに恒久定員だけで考えたときに、この2036年時点に医師が少数となるか、多数となるかというようなものを今回計算しているということでございます。

この場合に、この臨時定員と書いてあるところの一番下の恒久定員のところでございますけれども、県の不足医師数に応じて地元出身者枠の増員等をまず要請するというようなことがある。この要請をする際に先ほど取りまとめのほうでも一定程度まで、要は恒久定員の枠内で設置できる枠というのは当然100%、その枠にしろというのもなかなか難しい部分もあるだろうということがあつて、この5ページをごらんいただきますと、これは実際、今の地域枠、これは地域枠と言ってもかなり定義的には範囲の広い地域枠ということでございますが、この地域枠の導入状況、大学別の一覧というものをお示しさせていただきます。

赤字で平成、これは年度が違いますが、平成30年度時点の臨時定員をお示しさせていただいておりますけれども、この平成30年度の臨時定員を引いて見ていただくと、一部のところではちょうど恒久定員の半分ちょっとぐらいまで地域枠、これは広義での地域枠を設置しているところがあるというような状況を踏まえて、これは最大でも半数程度ぐらいまでというのが一定程度の部分の数として想定されるのではないかと考えております。

これを超えた部分というのは、まさに恒久定員の中での対応が難しい部分ということになりますので、臨時定員として県の不足医師数に応じて、これはちょうど4ページの左上の部分になりますが、地域枠の増員等を要請する。これは恒久定員でできない部分については臨時定員の要請を行うことになってくるということでございます。

これは医師が少数の県の場合ということでございますけれども、この右の医師が多数でも少数でもない都道府県ですとか医師が多数の県というようなところだと、これはそもそも今の恒久定員の人数で、医師が上位推計でいくと不足をしないというような都道府県ということになりますので、この要請という意味では、追加の臨時定員部分の要請は基本的には必要ないということに都道府県単位の整理ではなってくるということになります。

○片峰座長 ほかにどうぞ。

○北村構成員 今のに関連して、参考資料3の5ページ目で、一番地域枠の多い札幌医大

を見ると、定員110人で地域枠が90人です。増員枠が8人だから恒久定員は102です。その半数に限るということであれば、この地域枠を減らせということになりますか。

○石丸医事課長補佐 今、御説明をさしあげたのは、これはあくまでも地域枠の要請という部分になりますので、この人数よりも多い人数を設置していくというのはもちろん構わないですし、これはあくまでも要請権限というようなところでやる数ということでお示しをしているものということです。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

地域枠の設定は現状でもですけども、各大学と都道府県が相談をして実施しておるものがございます。国のほうで今まで話し合ってきた枠を縮めろであるとかというようなことを申し上げるつもりはありませんが、今、そういう考え方で設定がされていないということです。目安のようなものが何か要るのではないかとということで、仮に目安として半数ぐらいまではということところというのものもあるかなということで、ここはまたこの分科会を含めて御議論の結果と踏まえて、我々の方も対応を検討していきたいというように思っております。

○北村構成員 公立大学を含め、ミッションとして地域医療を守るという大学があります。そういう大学においては極端に言えば100%が地域枠であってもいいと思いますので、上のほうはぜひ上限をつけないでほしいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○福井構成員 私から1点、可能であれば対応をお願いしたいのですが、このたたき台の1ページの真ん中付近に、国会審議での附帯決議で、医師偏在対策は大学医学部における医師養成段階から実施すべきものであることから、厚生労働省と文部科学省が連携して検討し実施することという文章がございます。14ページの上から3つ目の○のところ、1行目から2行目にかけて「国においても、大学カリキュラムにおける地域医療やプライマリ・ケアの教育の充実に向けた対応」という言葉がございます。私の以前からの持論で申しわけないのですが、地域医療を担ってもらう医師にインセンティブをつけるということは、結局は地域医療をやりたくない人にどうやって、やってもらうかという議論なわけでした。卒前教育のところでは地域医療とかプライマリーケアの教育を充実させて、心の底から地域医療に興味を持っている若い医師を養成する手だてといたしますか、方略についてもう少し書き込めないでしょうか。

医学教育課長がいらっしゃって恐縮ですけども、厚生労働省と文部科学省の連携をより強め教育を具体的にカリキュラムをプライマリーケアオリエンテッドにするということも書き込んでいただけるとありがたいです。

以上です。

○片峰座長 ほかに、どうぞ。

○戎構成員 ありがとうございます。

1点だけ確認なのですが、27ページのところで、多分前回も私、質問させていただいて、

認定に必要な最低限の勤務期間は6カ月とするということで、単発的に行く方々、10年目以上の医師、この計算をどうやって考えればいいのかなどということ、1カ月を160時間で考えていいというようなお答えをいただいていたと思うのですが、この2つ目の○のところで原則として同一の医療機関に週32時間以上ということなので、32時間とすると8で割って一日8時間の勤務とすると4日間とすると、この勤務期間6カ月間のうちの1週間というのは4日間勤務すればいいという形で考えて、10年目以上の医師の方々は4日間掛ける6カ月分ということでこの任期をクリアするというように考えていいのかどうか、教えていただければと思います。

○鶴田保健医療技術調整官 ここに関しては、これも議論のポイントではあろうと思いますが、27ページ目で勤務期間は6カ月として書いておきまして、その後、10年目以降のところに関しては28ページ目の一番上段のところ、5行目からですが、医師免許取得後10年目以降の医師については断続的な勤務日数の積算によって、認定に必要な勤務期間に達した場合も認定の対象とすると書いていて、ここの心としては、ここは180日として一応書いているというような状況です。

ですので、ここが短い期間ではなくて、断続的な場合は全部足し合わせて180日、継続的に勤務する場合は6カ月間ということで一応ここでは提示をさせていただいております。ここでの議論を踏まえて検討していく事項であろうかと思っております。

○片峰座長 そろそろこの辺で、最後、それでは、お願いします。

○鶴田構成員 確認ですけれども、14ページの都道府県内における医師の派遣調整というところですが、地域医療支援センターに関する記載がこれでいいかどうかの確認だけさせていただきたいと思っております。

第15回の分科会の資料3の11ページ、都道府県における新たな医師確保対策実施体制のイメージとして、都道府県医療審議会と地域医療対策協議会があって、多くの業務はこちらのほうに移管した絵が描いてあります。私としては、全国に先駆けて地域医療支援センターをつくった静岡県としては、今回の14ページのこういう表現が望ましいわけですが、最終的には資料3のこの表のようになったのかなと思っていたので、14ページの表現でよろしいですかという質問です。

第15回分科会の体制イメージについて、11ページ、その文章、この14ページの絵の整合性についてお聞きしたいということです。

○奥野地域医療計画課長補佐 お答えさせていただきます。

11ページにつきましては、まだ地域医療支援センターについて書かれていない段階での資料でございますが、当然、地対協で協議をした結果の実施機関として地域医療支援センターを策定するというので、すぐに出てこず申しわけないのですが、その後の資料、第23回の資料でございますが、資料2の15ページ目をごらんくださいませ。こちらに地域医療対策協議会と地域医療支援センターの位置づけを整理しておきまして、改正法による見直し後の姿が右側ということでございます。矢印のところにも書いてございますが、

都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて地域医療支援センターが行うということで、実務は地域医療支援センターが行うという整理でございます。

○鶴田構成員 私が主張したのはこういう主張だったので、これでよければ私としてはよろしいのですけれども、確認です。

○片峰座長 ありがとうございます。

多々、まだあると思うのですけれども、次回もこの議論は続きますので、個々の御意見はできればメール等で事務局にあれしていただければと思います。

座長としてお願いは、この検討会、医師需給分科会でのスタートの議論はやはりマクロの需給推計があって、マクロの医師需給をどうするかという議論の中で、偏在対策がそのためのマストの要件ですということで今回の中間まとめに至ったわけです。そういった意味で、マクロの医師の需給問題とこの偏在問題、診療科も含めて、これをいかに整合的に政策としてきちっとやっていくかというのは最大のポイントだと思うのです。その観点からは、今回、偏在対策は一生懸命書いてあるのだけれども、そのマクロの需給のバランスの問題とどう整合させていくのかに関する記載が非常に薄くなっているような気がするのです。そういったところはぜひ検討していただきたいなと思います。

恐らく次回、月末にもう一回、この会がありますが、それを踏まえて森田座長の親会のほうに来月上がって議論が行われることになりますので、そういったことでよろしく願いしたいと思います。

それでは、最後に、もう一つあります。参考資料8です。参考資料8の御説明をお願いいたします。

○石丸医事課長補佐 参考資料8をごらんいただきたいと思います。

今回、外国医学部卒業者の医師国家試験受験資格認定ということについて、現状の御報告をさせていただきたいと思います。

最初の1ページ目をごらんいただきたいと思います。これは今、外国医学部卒業者による日本の医師免許取得の流れということで、2つルートがございまして、それを図にしております。

外国の医学校を卒業後に、この後、場合によっては外国の医師免許を取得するというようになりますけれども、上のルートは日本語診療能力の調査をした上で本試験の認定というものを受け、その上で医師国家試験を受けて医師免許を取得するというルートが1つございます。

下のほうですけれども、これは予備試験の認定を受けて予備試験に合格して、実地修練、これは1年ということでございますが、1年やった上でさらに医師国家試験を受験して医師免許を最終的に取得するというようなルート、この2つがございます。

2ページをごらんいただきますと、これは平成13年から直近、平成30年度までの受験資格の認定者数の推移ということでお示ししておりますけれども、この本試験の認定、予備

試験の認定、ともに人数、どんどんと毎年ふえてきているというような状況がございます。

3 ページをごらんいただきますと、この受験資格認定者の学校の所在地、国籍の内訳、これは29年度ですけれども、本試験、予備試験、学校の所在地、中国ですとか韓国、ハンガリーといったところに学校所在地がありまして、国籍、日本、中国、韓国といったようなところで受験資格の認定者がいるというような状況でございます。

4 ページをごらんいただきますと、この2つのルート、それぞれ上、日本語診療能力調査のほう、受験者数149名、合格者数が97名いるというような状況でして、さらに下、予備試験認定のほうは受験者33名に対して合格者が20人いるというような状況でございます。

6 ページをごらんいただければと思いますけれども、その2つのルートを通じて、全体として最終的に29年度の実績として、医師国家試験、これを受験して合格をした人、全体90人中40人合格。そのうち、日本国籍を持っている方が35人から14人合格というような状況があるというようなことでございます。

この検討会の分科会の場合、まさに医師の需給を御議論いただいている場ということでございますけれども、こういった外国の医学部卒業者のルートというのも人数がふえてきているというようなところでございますので、今回、御報告をさせていただきました。

その下に参考資料9というものがございまして、こちらは直近の平成30年の医師届け出、よく三師調査というような形で集計したものをお示しさせていただいておりますけれども、今回、この様式の改正をしております、この裏側の一番下からちょうど4段目、小さい囲みみたいになっているところですが、この「医学課程を修めた外国の医学校のある国」というようなところ、これは新しく調査項目に追加をしております、こちらで実際、外国の医学部卒業者の実態というところをしっかりと医師届出票の中でも見ていきたいと思っておりますので、今、ちょうどこれから調査をしていく、集まっていくところでございますので、また適宜、こちらの場合で御報告、御相談をさせていただきたいと思っております。

以上でございます。

○片峰座長 何か御意見ございますか。

では、1つだけ山口さん、どうぞ。

○山口構成員 この問題について、私、5年前に行われました医師国家試験の改善検討会の委員を務めていたときにどんどん東欧の医学部を出た日本人がふえてきているということをお聞きしていました。数がふえてきていて、受験者の数を見ると1大学分ぐらいの人数になってくるような勢いというように聞いています。

現在、東欧などで学んでいる学生さんがどれぐらいいるかということ国としては把握できているのでしょうか、これは今、三師調査で見ていくということですが、先ほどから医師養成数についてこれだけ増加をするということで議論をしている中で、この枠から外れたところでどんどんふえてきているということも考えないといけないことではないかなと思いますので、ぜひここは詳しく報告をしていただいて今後検討する必要があると思いますので、そのあたりはよろしく願いいたします。現在の状況をもしわかれば教

えてください。

○片峰座長 どうぞ。

○石丸医事課長補佐 現在、外国の医学部で学んでいる人の数というのは国として把握しておりませんので、その他を含めて、こちらでまた調査等を見て御報告をさせていただきたいと思います。

○片峰座長 どうもありがとうございました。よろしく申し上げます。

それでは、本日御議論いただいた論点、とりわけ第4次中間まとめに関していただきました御意見、今後いただきます御意見を踏まえて、次回はリバイスした中間まとめ案が提出できると思います。それまでにぜひメール等で、御意見があればお寄せいただきたいと思います。

本日の議題については、ここで終了したいと思いますが、事務局から何かあれば。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。

次回の議題等、今後の議論の進め方、本日いただきました意見を踏まえて、片峰座長と御相談の上で進めさせていただきたいと思います。先ほど座長からもありましたとおり、この第4次中間取りまとめに関して御意見等がございましたら、事務局のほうにメール等を含めて御指摘をいただければと思っております。

また、次回の日程については、追って事務局から御連絡をさせていただきます。

○片峰座長 それでは、これで終了いたします。御苦労さまでした。