

○石丸医事課長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから「第7回 医療従事者の需給に関する検討会」及び「第30回 医師需給分科会」の合同会議を開催いたします。

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。

戒構成員、小熊構成員、釜菴構成員、神野構成員、鶴田構成員、野口構成員、羽鳥構成員、春山構成員、半田構成員、伏見構成員、松田構成員、山内構成員、山口構成員からは、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

なお、本日は小熊構成員の代理といたしまして、全国自治体病院協議会の原副会長に、また、尾崎構成員の代理といたしまして、高知県健康政策部副部長の家保様に御出席をいただいております。

また、相澤構成員より、途中から御出席との御連絡をいただいております。

なお、吉田局長、迫井審議官、佐々木医事課長は所用により欠席となりますので、御了承をいただきたいと思います。

次に、資料の確認をいたします。

お手元、お配りさせていただいております資料、上から、まず議事次第、座席表、構成員名簿が親会のもの、分科会のものでございます。

その下に、資料1としまして第4次中間取りまとめ（案）がございます。

その下に、その別添としまして別添資料1から8まで束がございます。

その下に、第4次中間取りまとめ（案）の概要ということで、資料2がございます。

さらにその下に、ラベルがついておりませんけれども、この第4次中間取りまとめ（案）の参考資料がございます。

資料は以上になりますけれども、不足する資料、乱丁、落丁がございましたら、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 以降の議事運営につきましては、森田座長にお願いをさせていただきますと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、よろしくをお願いいたします。

○森田座長 皆様、こんにちは。お久しぶりの方もいらっしゃいますけれども、よろしくをお願いいたします。

それでは、早速ではございますが、議事に入らせていただきたいと思います。

本日の議題は「第4次中間取りまとめ（案）について」でございますので、まず事務局から説明の後、皆様に御議論いただきたいと思います。

それでは、事務局より資料1「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第4次

中間取りまとめ（案）」につきまして、御説明をお願いします。

○奥野地域医療計画課長補佐 事務局でございます。

本日は大変お忙しい中、ありがとうございます。

資料1につきまして、第4次中間取りまとめ（案）ということで御提出させていただいておりますが、こちらは少々長くなっておりますが、本日御議論いただきますのは、この本文自体というものでございますので、ポイントを事務局にてかいつまみながら、簡単に御説明をさせていただきたいと思っております。

まず、2ページ目からでございます。「1. はじめに」とございますのは、法律が昨年通常国会で通していただきまして、その枠組みについて、中身をこの需給分科会で検討する必要があるという経緯を書かせていただいております。

その検討項目についての整理を「2. 医師偏在対策の枠組みの全体像と検討事項の整理」ということで書かせていただいております。こちらは少し事務的な整理でございますので、説明は割愛させていただきたいと思っております。

5ページ目以降が、特にごらんいただきたい中身になってございますが、まず「3. 検討事項の検討に当たり留意すべき事項」でございます。これは偏在対策の議論の際に、どういった点に留意しなければいけないかということで、2つ挙げております。

(1) 地域医療構想ということでございます。2025年の地域医療構想の実現に向け、今、検討を行っているところでございますが、この地域医療構想の結果、得られる医療提供体制に沿った形で医師偏在対策を行っていくという整合性をとる必要を説いております。

(2) 医師の働き方改革につきましては、こちらも今月末に医師に対する時間外労働規制について、一定の取りまとめが行われる予定でございますが、この医師の働き方改革のためには、ちゃんと地方に医師に行っていないとなかなか実現が困難な面もございますので、医師確保対策の早急な着手が必要ということを書かせていただいております。

続きまして「4. 検討結果」でございます。

(1) 医師偏在指標につきまして、別添資料でもその指標の結果をつけさせていただいておりますが、これまで10万人対医師数ということで、それを代理指標として用いてきましたが、それ以外にもいろいろな要素を加味して医師偏在指標を策定しております。その策定に当たりましては、人口の構成あるいは医師偏在の単位等々を加味しているということでございまして、我々は5要素と呼ばせていただいておりますが、これを加味して策定したということでございます。

その中身につきまして、事細かに説明することはいたしません。例えば5ページ目、地域によって人口の年齢構成や男女比率が異なっておりまして、その年代ごとの受療率が異なっておりますので、こういったものを反映させる。あるいは、②患者の流出入につきましては、現在、既に実態として生じているということがございますので、これも指標に反映させるということでございます。ただ、流出入に関しては、望ましい姿等々、現状をそのまま反映するのが適切ではない形もございまして、都道府県間調整を行うこととし

ております。

その後、少し飛んでいただきまして、医師偏在指標の策定のスケジュールでございますが、8ページ目を見ていただければと思います。下から2つ目の○、医師偏在指標は医師確保計画と同様に3年ごとに見直しをしていくということでございますので、そのたびごとに変えていくということは御理解いただければと思います。

9ページ目、(2) 医師偏在是正の目標年についてということでございます。そもそも医師偏在対策についてはすぐに着手して継続的にやっていくものでございますが、いつごろまでにこれを達成するのかを予定しておかなければ、それに向けた偏在対策ができないということでございまして、分科会の議論におきまして、これを2036年度ということで置かせていただいております。これは(2)の3つ目の○に書かれている論点を整理した結果でございますが、地域枠・地元出身者枠の増員等の効果が十分にあらわれるとき、また、一番下のポツにもございますが、医療計画の目標設定との整合性をとる観点から、その計画期間を踏まえること。こういったことを留意した結果、2036年度とさせていただきますところでございます。

続きまして、10ページ目、(3) 医師少数区域／医師多数区域というものの設定でございます。基本的にこの指標を定めまして、上位何%、下位何%という形で医師少数区域、多数区域を定めるという考え方は従来お示しをしていたところではございますが、この割合につきまして、上位、下位33.3%と定めることとさせていただきます。

この根拠といたしましては、4つ目の○以降から書かれておりますが、2036年度に目標達成するために必要なパーセンテージということで求めさせていただきますと、2036年までには5つの医師確保計画のサイクルがございます。このサイクルごとに一定程度ずつ同じ割合で改善していくと仮定した場合に、下位33.3%が改善をすることを繰り返すことによって、医師偏在是正が達成されるという計算がなされましたので、これを根拠に33.3%という数字を出させていただきますといたします。

続きまして、11ページ目、(4) 医師確保計画ということでございます。こうやって国のほうでお示しをした指標、あるいは医師少数区域等の概念を使いながら、具体的には都道府県に医師確保計画を策定いただきまして、それにのっとり医師の偏在対策をやっていただくことが重要でございますので、都道府県がどういった観点でこれを策定できるかという観点から、少し細か目に書かせていただいております。

(4)の2つ目の○にございますとおり、内容につきましては、①医師の確保方針、②医師確保の目標、③具体的な施策内容ということを書きいただくこととしております。①の医師の確保方針でございますが、2つ目の○にございますとおり、医師少数三次医療圏、医師少数区域では医師をふやすことを基本とし、偏在是正の観点から、少ないところには医師の多いところから医師の確保を図る方向性とする。例えば、医師多数三次医療圏内の医師少数区域には、当該医師多数三次医療圏の外から医師の派遣を募るといったことではなく中で調整していただく。こういった方針とする必要があることを書かせ

ていただいております。

おめくりいただきまして、一番上のポツでございますが、時間軸によってもとるべき施策が異なりまして、例えば今すぐに医師確保が必要だという場合には、短期的な医師派遣の施策が必要ですし、将来的に医師が必要ということであれば、地域枠等々の長期的な対策によっても偏在是正が可能と考えられます。

こうした考え方につきまして、都道府県ごと、あるいは二次医療圏ごとに整理したのが、i) ii) ということでございますので、基本的な考え方は今御説明差し上げたとおりでございますので、詳細な説明は割愛させていただきます。ただ、留意点といたしまして、今、行われているような施策を否定するものではなく、追加的な施策を検討する際に、こういった方向性を考えてくれといったことでございますので、その点には御留意いただければと思います。

②の医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標が13ページ目以降続いておりますが、方針を定めた上で具体的な施策を打っていくに当たっては、医師の確保の目標を設定することが必要です。何人医師確保が必要かということでございます。

この算出に当たりましては、医師偏在指標の下位33.3%、これを脱するために何人必要かということで、目標医師数を定めていただくことを考えておりまして、この人数につきましては、国のほうで算出して各都道府県にお示しすることを考えておりますが、いずれにしても、それを根拠に目標数を設定いただくということでございます。ただ、既に医師の派遣等によってある程度医師確保を達成しているよということであれば、そういったものは加味して医師確保目標、それを引いてもらうなどをしていただくことは、都道府県ごとに御判断いただければ結構かと考えております。

これを都道府県別、二次医療圏別ということでは定めておりますが、基本的には医師の少数の場合にこの目標が定まるものであり、多数の場合には目標が達成済みと取り扱っていただいても結構かなと考えているのですけれども、二次医療圏については都道府県の判断で、そうはいつでも特にこの地域に重点的に医師をつけたいという判断もあり得るので、都道府県において多数区域でも目標医師数を設定することは否定しないということにしております。

14ページ目、③でございますが、将来時点における必要医師数を書かせていただいております。今、申し上げたのは足元時点の医師の目標数でございますが、地域枠等を設定するに当たっては、将来の医師の必要数が見えてこないと具体的な数が議論できませんので、医師の需要あるいは供給について、2036年度時点においてどうなるかを推計して、必要医師数を算出するということをさせていただいております。こちらは別添資料2「将来時点における必要医師数等」ということで別添させていただいておりますので、御説明はいたしません、適宜参照していただければと思います。

15ページ目、目標の達成に向けた施策内容ということで、こちらが恐らく確保計画の肝になってくる部分でございますが、いろいろな観点から対策について例示等をさせていた

だいております。例えば2つ目の○にございますが、今回、偏在対策の実施主体は主に都道府県でございますが、国においても、例えばプライマリ・ケア、地域教育についての知識、技能を持つ医師を養成していくことが必要ですので、医学教育モデル・コア・カリキュラムですとか、あるいは医師国家試験におけるプライマリ・ケアの重視等々をしていくということでございます。

大変申しわけございません。3つ目のポツに誤植がございますので、これは修正をさせていただきます。

あるいは、下から2つ目の○「加えて」というところでございますが、進捗を見ながら国による適切なサポート、助言等々を行うということですか、一番下の医療のかかり方に関する啓発、これも医師の偏在そのものというよりは医療需要側の取り組みでございますが、こういった観点も必要だということを書かせていただいております。

16ページ目、2つ目の○にございますが、そういった医師の偏在対策等のほかにも、医療提供体制の改革ということで、体制を工夫することによってそもそも医師が、常勤医がいなくてもよいという体制づくり等も必要であるということですか、あるいは税制等の必要性についてもここで述べさせていただきます。

都道府県の具体的な対策内容につきましては、i)から触れさせていただきます。1つ目が医師の派遣調整でございますが、基本的にはキャリア形成プログラムが策定される地域枠医師が中心となって、この派遣調整がなされることになってまいります。この中身につきましては、17ページ目の一番上のところでございますが、地域医療支援センターが適切に関与していくということで、地域枠医師とそれに限らない医師派遣について、具体的な実効性を持たせてやっていくことが重要でございます。

ii) キャリア形成プログラムの策定・運用ということで、これは地域枠医師を中心として策定がなされるものでございますが、この実効性を増すために、過去の各都道府県の取り組みを見ますと、きめ細やかな対応を行っているところのキャリア形成プログラムがうまくいっている傾向にございますので、例えば学生段階から個々の学生をフォローする等々の支援を行っていくこと。これが重要ですということに記載させていただきます。あるいは、魅力あるプログラムづくりということで、「さらに」というところで書かせていただいておりますが、休暇中の医師を呼び込んだり、あるいは学生や若手医師同士が議論する機会を提供するなど、いろいろな工夫があり得るということを書かせていただいております。

一番下のiii) 都道府県間の偏在是正、こちらについても必要性について分科会の構成員の皆様から御意見が出ているところでございますが、認定医師というものが新たに創設されてまいります。この認定医師の具体的なマッチング等々がスムーズになされるように、国としてもデータベースを構築して、必要な医師のリクルートが行える体制をつくっていきたくて考えております。

iv) 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定につきましては、後ほどのページで細

かく述べさせていただきます。

v) の医師確保対策と連携した環境改善支援というところでございますが、今、働き方改革もやられておりますが、特に医師少数区域などでは医師の負担が重いところが多いと考えられますので、そこを集中的に、勤務環境を改善していくことが重要であるということでございます。

④、⑤につきましては、その策定プロセスと効果測定というPDCAサイクルの話でございますが、基本的には④にありますとおり、地対協、そして、医療審議会が積極的に計画策定段階から関与していくということ。そして、⑤にありますとおり、計画終了時点において、いま一度指標を算出させていただいて、それをもとに効果測定をするプロセスが重要でございます。

続きまして、具体的な施策内容に入っております。19ページ目、(5) 地域枠・地元出身者枠の設定というところでございます。まずこの論点の一つとして分科会で出ましたのが地域枠の性質というところでございまして、具体的に申し上げますと、別枠方式でやっているところ、手挙げ方式でやっているところの議論が行われておりました。別枠方式というのは一般枠とは別枠の募集定員を設けるというもの、手挙げ方式は一般枠と共通で選抜した後に事後的に地域枠学生を募集する方式でございますが、傾向といたしまして、別枠方式のほうが奨学金の貸与率が高かったといった傾向もございましたので、基本的には別枠方式で今後地域枠を運用してほしいと通知してございまして、それをしっかり徹底していくことが重要であることを整理させていただいております。

20ページ目、大学医学部に対する地域枠・地元出身者枠の増員等の要請についてというところでございます。この前の医療法の改正によりまして、都道府県がこの地域枠・地元出身者枠の増員等の要請ができる等の規定が設けられたということでございますが、何のエビデンスもなく、根拠なく要請できるものでもございませんので、きちんとどれだけ必要かをしっかりデータ上、計算していただいた上で要請をいただくことが大事と考えておりますので、先ほど申し上げました必要医師数というところをベースに、そこで足りない分を要請していただくことになってまいります。

その考え方でございますが、ii) iii) で書かせていただいておりますが、地域枠につきましては、キャリア形成プログラムを策定いたしますので、医師少数区域など細やかな派遣が可能になるというもの。一方で、地元出身者枠というものは、地元の人とその同じ都道府県に定着をしやすいというエビデンスから設けさせていただくものですが、これは細かな調整というよりは、都道府県内の医師の確保が図られるものでございますので、そういう性質をわきまえた使い分けというものが必要であるということを書かせていただいております。

21ページ目、iv) 地域枠の選抜方式につきましては、先ほど申し上げたとおり別枠方式を中心ということと述べさせていただきます。

22ページ目、v) 地域枠等の必要数の算出等につきましては、これは少々細かい話になっ

てまいります。基本的には足りないところに関しては、これまで医師の偏在対策がうまくいった状態を前提として、これを上位推計と呼ばせていただいて、その前提であっても医師が足りない場合に要請ができるというふうに算出させていただいております。

③地域枠等の必要数と臨時定員との関係についてということで、こちらは元々は医師需給に関する検討の場で行ったので、関係性を整理しております。第3次中間取りまとめにおきましては、32年度、33年度の方針について、暫定維持と。34年度以降については、再度需給推計を行った上で検討を行うとされております。

23ページ目、一番上の○でございますが、この期限が2021年度に全て限度を迎えるということでございますが、3つポツが書いてございますが、今回決めた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は、地域枠の必要数が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、その超過分について地域枠設置を要件とした臨時定員における措置等を認めるかどうかと書いておりますが、臨時定員分の取り扱いが今回の偏在対策を行う上で一定の論点になってまいります。その取り扱いについて、ある程度恒久定員で対応を行ってから、その後で臨時定員を考えると方向性であることはおおむね分科会の意見でも一致していたと思っておりますが、その点については、マクロの需給推計の動向も見ながら考えていくということで整理を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、こちらは法律事項ということではございませんが、偏在是正、特に診療科の偏在是正においては重要な観点でございますので、こちらに載せさせていただいております。こちらにつきましては、第2次中間取りまとめの議論につきましても、国が情報提供すべきであるという方向性が書かれておりましたので、②の具体的な手順と書かれているものにとつて、国で一定程度算出させていただいております。

24ページ目、このデータを出す上で一番重要なのが、診療科と疾病・診療行為の対応をどう整理するかでございますので、これをまず現状の姿を前提として整理させていただきました。その上で今の働き方の動向等々、労働時間の動向等々を加味して推計することをいたしております。その結果につきましては、過去、既に需給分科会のデータとしてもお示しをしているということでございますが、今回につきましても、別添の資料3にお示しをさせていただいているということでございます。

25ページ目以降、細かい数字の出し方でございますが、iii) の必要養成数の算出についてというところでございますが、将来必要な医師数から1年当たりどれぐらいの養成数が必要かを算出させていただいて、それを2024年、2030年、2036年の3時点でお示しをさせていただきます。

ただ、課題についても④で示しているとおりでございますが、現状においては医師の適切な診療科選択、各都道府県における医師偏在対策、専門医制度におけるシーリング等において、十分なエビデンスに基づいた対応を行うことが難しい状況でございますので、デ

一タがそろってきた段階で、改めて検討を行う必要があるのかなということで、今回は幅を持った推計結果ということで御理解いただければと思います。

26ページ目、⑤のところでございますが、将来に向けた検討事項については、この見通しを踏まえて、医師が適切に診療科を選択することで偏在是正とつながっていくのか等々、期待されることがありますが、⑤の一番下の○でございますが、こういった結果を見ながら、将来、十分な検証を行い、効果が生じていない場合には早急に診療科ごと、都道府県別の適正な医師数のあり方について検討を加えていくこととさせていただいております。

長くなって恐縮ですが、(7)産科・小児科における医師偏在対策でございます。診療科別の指標については、基本的には算出しないということでございましたが、疾病と治療行為、産科の場合はお産ということでございますが、その関係について整理しやすいところにつきまして、まずは整理を試みたということで、これも暫定的なものでございますが、算出して、対策の方向性について整理しております。

違いといたしましては、医療圏の違い。周産期の場合は周産期医療圏、小児の場合は小児医療圏というものを設けて、それをベースに指標を策定させていただいております。指標の策定の際の医師の医療需要のほうでございますが、産科のほうはお産、小児科のほうは15歳未満の年少人口を用いるということで、この点も違いということでございます。ただ、そのほかの点については基本的に全体の指標と同様に求めさせていただいております。

28ページ目、②でございますが、全体は医師少数区域、多数区域を設けさせていただいたのですけれども、この2つの診療科につきましては、そもそも診療科の医師の絶対数が少ないという傾向もございますことから、医師少数のところのみを33.3%で区切って出すと。また、名称も相対的とさせていただいております。

その上で、ここの少ないところにどうした対応を行っていくかということで医師確保計画を策定いただくことになるのですけれども、医師全体につきましては派遣調整等を主軸としてやっていただくということでございましたが、申しましたとおり、この2つの科については医師そのものの絶対量が少ない状況もございますので、医療提供体制の工夫をまずさせていただくことが重要となってまいります。

29ページ目、i) 医師確保の方針ということでございますが、アの1つ目の○にありますとおり、医療圏の見直し、医療圏を越えた連携、再編統合を含む集約化等によって、まずはこれを検討していただくことによって体制を整理していただく。こうした取り組みによってもなお医師供給が不足する場合に初めて医師派遣調整や専攻医の確保等を行うと。ただ、その場合についても、勤務環境やキャリアパスについて特に配慮をするということであると考えております。

そういった中身につきまして、30ページ目、iii) 具体的な施策ということに列記させていただいております。少し長うございますので、説明については割愛させていただきますが、方向性については、いきなり医師偏在の是正の派遣ということでやっていかないということでございますので、御理解いただければと思います。

31ページ目、(8) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応でございます。外来医療機能につきましても、法制化のところでは協議体制を整えるということで改正をさせていただいておりますが、これも全体と同じように、まずはデータを可視化させていただいて、その上でどう対応するかという構成をさせていただいております。

①外来医療機能に関する情報の可視化という部分につきましては、開業に当たっての情報、これを開業しようと考えている医師などに提供することによって行動変容を起こそうということを考えておりますので、どこの外来機能が多いのかということを示す指標を定義しようと考えております。

これが外来医師偏在指標でございまして、32ページから記載をさせていただいております。こちらでも全体の指標と基本的には同じような考え方に基づいておりますが、こちらは地域ごとの診療所の医師数ということで算定をさせていただいているということでございます。これはおおむね外来機能については診療所で担っているということと、診療所数と診療所の医師数というのが1対1に近い傾向があるということ踏まえたものでございます。そのほかのデータにつきましては、全体指標と同じようなロジックで組み立てさせていただいているところでございます。

こちらについては、上位33.3%外来医師多数区域と設定をさせていただいて、そのほか開業に当たって参考となるデータとあわせて提示していくことを申し忘れましたが、34ページの一番下の行からそのことを書かせていただいております。ただ、これはどこに診療所が存在するのか等々、ほかのデータ等もいろいろ必要なところでございますので、厚生労働省から必要なデータについては整理をして提供していこうと考えております。また、開業の意思決定に参画するのは医師だけではないということで、資金調達を担う金融機関等に対しても、こういった情報を伝えていくということで考えております。

こうしたデータを示すだけではなくて、外来医療機能に関して、きちんと地域で議論していくことが大事だと考えております。

35ページ目、②外来医療機能に関する協議でございますが、こちらについては、例えば地域医療構想の調整会議などが二次医療圏ごとに、構想区域ごとでございますが、そういうものを活用いただく。あるいは、その下にワーキングなどをつくっていただいて、そういう場所で協議をしていただいて、どういう外来機能が今地域で不足をしているのか、どういう役割を担っていただきたいのか等々について議論していただきたいと考えております。これは特に多数区域に限らず、どこの圏域でも行っていただきたい話として考えております。

ただ、近年、高齢者の緊急搬送の件数が増加しているということですか、訪問診療の件数が増加している傾向がございますので、この外来医師多数区域とされたところにつきましては、35ページ目の一番下の○でございます。新規開業希望者に対して必要な外来医療機能を担うよう求めることを考えております。それは今申し上げましたとおり、在宅医療ですか、初期救急、公衆衛生等を担っていただきたい。その地域で足りない医療機

能を特に外来医師多数区域では求めていくことを考えております。

この中身につきましては、地域で定める不足医療機能を担うことに合意する旨を、開業の届け出様式のほうに設けさせていただきまして、そこに記載していただくことを考えておりましたが、36ページになってまいります、その欄への記載がないなど、新規開業者が外来医療機能の方針に従わない場合には、臨時の協議の場への出席要請を行わせていただく。その協議の場においては、協議の場をもって結果を公表することを考えさせていただいております。

こちらでも将来に向けた検討事項として、十分な効果が上がっていないときには、無床診療所の開設に対する新たな制度上の仕組みについて検討を加えていくことを考えております。

④に医療機器の効率的な活用等についてということで、36ページ目の下のほうに書かせていただいておりますが、こちらはどちらかというと医療機能のほうの話になってきますので、地域医療構想ワーキンググループのほうでの議論をメインとさせていただいておりますが、検討事項として第2次中間取りまとめでも挙げさせていただいておりますので、こちらに付記させていただいているところでございます。

基本的な流れとしては外来医療機能と同様でございます、機器が多いところについて可視化をしていくということでございます。これは調整人口当たり台数ということで、37ページ目に式でお示ししているということでございます。これは特に多数ということを決めるということではないのですけれども、共同利用を進めていくことが重要でございますので、その効率的活用のための協議をしっかりと行っていただくことを都道府県に求めていくということでございます。

最後、(9) 医師が少ない地域でのインセンティブとなる認定制度を38ページ目以降に整理させていただいております。こちらは医師少数区域等で勤務した経験を厚生労働省、厚生労働大臣が認定をする制度でございますが、その業務内容、勤務期間等々について整理が必要でございましたので、整理してございます。

まず、38ページ目、i)にある業務内容でございますが、地域におけるプライマリ・ケアの確保、患者の生活に対する継続的な支援等々が必要であるということでございますので、その下のア、イ、ウに書いてございまして、継続的な診療、保健指導に関するものですとか、介護・福祉事業者との連携等々に関するものをさせていただくことを考えております。

39ページ目、ii)で勤務期間を書かせていただいておりますが、これは長くしたほうが偏在対策の観点から望ましいという観点ですとか、あるいは医師のキャリアを考えて短いほうがよいという御意見もございましたところ、最低限の勤務期間は6カ月と。ただ、1年間以上継続して勤務することが望ましいという形で書かせていただいております。こちらは基本的には連続して働くことが重要だと思っておりますが、3つ目の○にございまして、医師免許取得後10年目以降の医師につきましては、ある程度経験を積んでいるの

で、細切れで勤務することも可とするということで考えております。

iii) 認定の対象となる勤務時期ということでございますが、これは臨床研修中の期間は認定のための勤務期間に含めないということで整理させていただいております。

②認定取得の促進のための環境整備ということでございますが、こちらは例えばキャリア形成プログラム等々できちんと専門医がとれるですとか、そういった配慮をすることが望ましいと考えております。

40ページ目、③認定取得のためのインセンティブとしての管理者要件ということでございますが、もともと認定取得のインセンティブをつけることで一定の病院の管理者の要件に加えることを考えておりましたが、これは地域医療支援病院のうち、一定の病院ということで整理したところでございます。こちらにつきましては、今後の検討課題ということをお④でも書かせていただいておりますが、効果も見ながらさらなる検討が必要かと考えているところでございます。

41ページ目、「5. マクロの需給推計との関係」ということで触れさせていただいております。2036年を目標として偏在対策を行っていくということでございますが、最後のページでございますが、今後需給推計を行うに当たっては、働き方改革だけでなく、この対策も踏まえて需給推計をし直していくということで考えております。そして、地域枠につきましても、地域枠の必要数が各都道府県内の恒久定員の一定の割合を超えている場合に臨時定員を検討するなどのマクロと関係する部分もございまして、その点につきましては、今後マクロの議論をしていくときに考慮いただければと考えております。

長くなりまして申しわけございませんが、以上でございます。

○森田座長 詳細な説明ありがとうございます。

それでは、ただいまから、今、事務局から御説明いただきました資料1、第4次中間取りまとめ（案）につきまして、御議論いただきたいと思います。

本日は時間をかなりとってございますが、構成員の方が大変多くいらっしゃいますので、医師需給分科会の構成員の方は既に何十回も御議論されたかと思っておりますので、それ以外の方に積極的に御発言いただければと思います。

加納構成員、どうぞ。

○加納構成員 ありがとうございます。

少し確認したいのですが、昨年、いわゆる大学における女性の入試枠の問題が顕在化されたかと思っております。3月末をもって恐らく今年度の状況がわかるかと思うのですが、今回、女医さん問題といったらおかしいのですが、女医さんにおける働き方もそうなのですが、いろいろな要素から、特に急性期の救急とか、そういうところで必要とされる若手医師の必要数を考える上で、この女性医師の割合が非常に問題になってくるかなと思うのです。その点の考慮は、2036年を最終目標としてこれで満たされると決まったわけなのですが、その中でどう昨年度から考慮したのかを教えてくださいたいと思います。

また、診療科偏在の問題も重ねてお願いしたいと思います。外科等の診療科の偏りもあ

る中で、どのようにしてこの2036年に満たされるとなされたのか教えていただきたいと思っています。

○森田座長 事務局、どうぞ。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。

2036年の将来時点の必要医師数のお話、それから、診療科別の件に関しましても将来のお話が出てきております。ここは第3次中間取りまとめの際にマクロの需給の推計ということで男女、さらには年齢階級別の勤務時間に応じた仕事率を掛け合わせた上で、そういった実際の現状の働き方を考慮した人数を出させていただいております。この将来の推計に当たっては、今回もそのやり方を踏襲させていただいております、実際の勤務時間に応じた仕事率を性年齢階級別に掛け合わせるという手法を用いて推計させていただいております。

○森田座長 どうぞ。

○加納構成員 その上で、昨年と比べて今年度末で女性の入学者数が増えたのかどうかも女性医師の比率に大きな影響を及ぼすのではないかとことを懸念するのですけれども、そういったことは今の段階ではこの計算には入れていないという認識でよろしいのでしょうか。

○森田座長 事務局、どうぞ。

○石丸医事課長補佐 御指摘のとおり、今の時点でもデータがない状況でもございますし、その点については、今の時点では考慮に入れていないということになります。

○加納構成員 ということは、もし比率が大きくなっていくような傾向があれば、また計算し直す必要が出てくるということでしょうか。

○森田座長 事務局、どうぞ。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。

今回、医師偏在指標の議論ということになりますけれども、いずれにせよ、今後2022年度以降の医師養成数の方針ということで、また、このミクロの議論が一旦終わりましたら、その後にもまたこのマクロの議論することになっております。その際には、今まさに議論をいただいておりますけれども、医師の働き方改革ですとか、そういったことを踏まえて、再度需給推計を行った上で方針を検討する。これは第3次中間取りまとめの際にもまとめていただいておりますので、その際には、そういった働き方の部分も当然考慮して計算していくことになると思います。

○加納構成員 ということは、今後考慮するということですね。

○森田座長 はい。

○加納構成員 ありがとうございます。

○森田座長 よろしゅうございますか。

ほかにいかがでございますでしょうか。

続きまして、家保構成員。

○家保代理 全国知事会の立場から出席させていただいております。

医師の偏在対策は各都道府県にとって重要な施策でございます、全国知事会としても関係者の協力を得て意見交換の場を設定し、その場で今回の医師偏在指標、医師少数区域、医師多数区域の設定、並びにそれに伴う医師確保政策の展開について、いろいろな意見が出されました。知事会としての統一見解ではございませんけれども、地方の意見として幾つか述べさせていただきたいと思っております。

1つ目は、意見交換の場である県からの要望書では、一定の仮定のもと機械的に算出された医師偏在指標のみをもって、国において今後の各都道府県における医師確保対策の指針として、医師多数三次医療圏とされる都道府県は、他の都道府県からの医師確保は行わず、目標を既に達成済みとの取り扱いとし、追加的な医師確保のための対策を行わない。

(これらは中間取りまとめの12ページ中ほどと13ページの下段にあります)既に医師が充足しているとみなした方向性を打ち出すことは、余りにも拙速過ぎると考える。今回、推計された医師偏在指標のみをもって都道府県間の医師確保対策に軽重がつけられることは全く受け入れられないところであり、制度面、財政面において平等な競争性を保つよう強く要請するとの医政局長宛ての知事名の要請文が香川県から出されました。

あわせて、これは鳥取県さんですけれども、人口が小規模の県では、医療の高度化、専門分化の中で、地域において一定水準の医療提供体制を確保するためには、相対的に多くの医師が必要とされるほか、医学部における医学教育にかかわる医師も一定数占めることなどから、地域医療体制の実情を反映していない部分も今回の指標にはあり、この指標を機械的に当てはめることなく、地域の実情に応じた地域枠等での要請を含め、効果的、具体的な医師確保対策を医師多数三次医療圏とされた都道府県でも実施されるよう配慮されたいということがございました。

それから、これは当県からで、今回の指標はある一時点のデータに基づいて計算されたものであり、これまでの若手医師の経年的な変化を踏まえ、将来を予測して、各都道府県が医師確保対策を実施できるように配慮いただきたいと思います。例えば今回示された医師多数三次医療圏16都道府県のうち、平成14年から28年の14年間に35歳未満の医師、若手と言われる卒後10年未満の数の減少率が下から16都道府県、要するに、よく減っているところの都道府県が、医師多数区域のうち5つあります。医師多数区域の3分の1が該当します。一番激しいところは24%減です。この状態を基に今後の10年後を考えますと、今の時点だけで確保策を云々するのは非常に危惧する部分があります。実際に医師多数三次医療圏の都道府県に分類されてもそれなりの対策は必要かと思っております。

医師少数三次医療圏の都道府県が非常に対策を頑張らないといけないことに加えて、支援もしないといけないというのは当然だと思います。ただ、医師多数三次医療圏の都道府県においても、一定配慮が必要であります。別添資料1の三次医療圏の暫定値、全国平均238.3を100とすると、医師多数医療圏の一番下の滋賀県243.5は102です。この違いだけで大きな施策を制限されるということは地方として非常に厳しいところがございますので、

その点については十分配慮していただきたいと思います。

もう一点、地域枠の対応というのは、定員や選抜方法、また、養成カリキュラムの対応など、都道府県として頑張らないといけないと思いますけれども、もう一点、現時点では、出口対策が余り明確ではありません。と申しますのは、医学部卒業直後に地域枠から離脱されることは、厚生労働省による臨床研修制度の見直しにより、地域枠出身者及び義務不履行者を登録した臨床研修病院に対する対応が非常に明確に厳しくなりました。よって、今後卒業直後の離脱はかなり減ってくると思います。一方、初期臨床研修を終わられて専門研修になる時点で離脱を表明される方が非常に増えることが予想されます。私は、今月3人の研修医の離脱の面接しております。都道府県としては、奨学金を与えておりましたが、民法に基づく金銭貸借契約ですので、解除したいと言って訴訟されれば負けますし、いろいろな理由をつけて地域枠卒業医師が離脱していきます。やはり出口の部分、専攻医の選考につきましても、日本専門医機構や各学会にそれなりの対応をいただくように、ぜひ国としても御指導いただきたいと思います。

以上でございます。

○森田座長 ありがとうございます。

ただいまのは御要望というか、御意見ということでよろしゅうございますね。事務局のほうで何かコメントはございますか。

どうぞ。

○奥野地域医療計画課長補佐 少し補足というか、その御意見は今後受けて偏在対策を実施していくということかと思いますが、まず医師多数三次医療圏のコメントということでございました。我々としては、これは医師偏在対策ということでございます。マクロの医師供給数が一定である以上、どこに医師に行っていただくかということで、調整が必要であろうと考える中での今回データの制限がある中で、今活用可能なデータを全て参考にした上で偏在指標を定めさせていただいて、その結果出てきたものを使って全国で医師偏在がなくなるようにということで策定させていただいておりますので、そこは何とか理解いただけるように、我々も汗をかきながら説明をしていきたいと思っております。

また、一時点のみをピックアップしてというお話につきまして、将来の医師必要数というものを設けておきまして、これが少ないとされたところにつきましては、例えば地域枠の要請等ができることになっておりますので、これは足元と将来両方見ながらということで、施策は組んでいるということでございます。

最後の離脱のところについては、また今後の検討課題かとは思いますが、この本文中にも利息の話なども書かせていただいておりますが、そういったものについても設定いただきながら対策を打っていくことについて少し検討する。金銭的な話だけではないという話であれば、今、専門医のほうでもシーリングという形で東京都等に課されている実態もございまして、そういったところについても専門医機構さんと我々で相談をしながら進めていくということかと考えております。

○森田座長 よろしゅうございますか。

事務局から、どうぞ。

○石丸医事課長補佐 医事課でございます。若干、計画課からお答えしたものに補足をさせていただきます。

将来の必要医師数等々の関係でございますけれども、御指摘としまして、今、医師が多数となった都道府県でも例えば35歳未満の医師が減っている傾向にあるようなところがあるといった御指摘がございましたけれども、将来の医師の推計に関しては、参考資料の17ページをごらんいただければと思います。これは将来の医師供給推計でございますが、これはちょうど過去の各都道府県の増減の実績、しかも、これは性・医籍登録後の年数別に増減の傾向といったもの、これを踏まえまして将来の医師供給数を計算させていただいているものということになります。

さらに、それを踏まえて、この地域枠等々の関係でございますけれども、同じ参考資料の22ページをごらんいただければと思います。こちらに都道府県における地域枠・地元出身者枠の設置・増員の要請の権限、これはちょうど4象限で整理させていただいておりますけれども、それに基づいてこの右側、少数の県以外の中でも都道府県の中に医師が少数の二次医療圏があるような県になりますと、この地域枠の設置・増員の要請と。これは下と比較になりますけれども、臨時定員ということではなくて、各都道府県の中での偏在を是正していくということで、この恒久定員内の設置・増員の要請は権限として使うことができるように整理させていただいております。その点、補足させていただきます。

○森田座長 どうぞ。

○家保代理 ありがとうございます。

大体概要はわかるのですが、私ども地方としては、少数の場合は頑張らないといけないということで後押しするのは理解しますが、医師多数県というラベルを張られ医学部の学生がもう足りているのではないかとされますと、予算の確保等いろいろところで制限を受けます。例を挙げて悪いですがけれども、医師偏在指標の上位のトップスリーぐらいの程度ならばまだしも、全国平均から1標準偏差も大きくない範囲まで医師多数区域と言われると、後々非常に厳しい影響がありますので、考慮いただきたいと思います。これは要望でございます。

○森田座長 ありがとうございます。

山崎構成員、どうぞ。

○山崎構成員 先ほどから医師過剰という話が出ているのですけれども、実際問題、日本全国で医師が過剰だというのは具体的にどの辺が過剰なのか。というのは、少なくとも精神科医療の中で、精神科の医師が過剰になっている現状は全くありません。過剰と言われている東京都においても、民間の精神科病院は必死になって常勤の医師を求めても集まらなくて、結局業者に高額な紹介料を払って集めているのが現状なのですね。実際にそういう現状の中で、安易に過剰という言葉を使うのですけれども、どのような現場を知っ

ていて過剰地域という言葉を使うのでしょうか。単に数字から算出して過剰という言葉が使われるのは心外なのです。

○森田座長 事務局、お答えください。

○石丸医事課長補佐 お答えさせていただきます。

これは診療科のお話、それから、それ以外のところに共通する話かとは思いますが、一つ整理としまして、まず、医師偏在の少数医療圏とか多数医療圏というところは、過剰ですとか、不足ですとかという話ではなくて、あくまでも多数、少数という相対的な意味づけでの言葉を使わせていただいております。

その上で、この将来時点ということになりますと、不足、過剰といった言葉を使わせていただいておりますけれども、例えばこの別添資料2のところは、将来時点における不足医師数等ということでお示しさせていただいておりますが、これは当然各都道府県の中における、これはまさに診療科の偏在ですとか、例えば病院と診療科の医師の偏在ですとか、そういったことは加味していない数字でまずは数を計算していることになります。

さらに別添資料3、これはさらに都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数ということでお示しをさせていただいておりますけれども、こちらはそもそも例えば過剰な医療圏ですとか、そういった話でお示しをさせていただいているものではございませんので、あくまでも機械的な計算に基づいて必要医師数というもの、これを今の2016年の医師数と並べて書いているところでございます。

その上で、実際に各病院等で医師の確保といったところ、なかなか困難であるといったことも当然あるかとは思いますが、そもそも今回医師の偏在指標を含めた全体としまして、これは医療提供体制が各都道府県の中でどうかということを踏まえた計算ではなく、各都道府県内の性年齢階級等に基づいた、要は人口構成に基づいた受療率を掛け合わせた患者数、医療需要に基づいて標準的に必要とされる医師数を計算して出しているものになります。

そういった中で、個別のところでは医師の確保が難しかったり容易だったりということはあるのかもしれないですが、そこはあくまでも指標単独でそこが難しい、難しくないと議論する話ではなくて、その都道府県の医療の提供体制等とあわせて各都道府県において考えていく話なのかなと思ってございます。

○森田座長 どうぞ。

○山崎構成員 いつもこの話をすると、診療科別の偏在とか地域別の偏在という言葉で医師は足りているということや、厚生労働省は言っているわけですが、実際に現場で医師は足りないのです。足りないから紹介業者が何百軒もあって、診療報酬から我々が働いたお金から数百億円の紹介料をとって成り立っているのは、足りないから紹介業者が成り立つわけでしょう。足りていれば紹介業者は廃業しなければならないのですよ。それが数百億円の利益というか営業収入を得ているのは、まさに医師が足りないからそういう業者が成り立っているわけです。そうではないのですか。

○森田座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 先ほど石丸から指標とかそういうものの妥当性を細かく説明したわけなのですけれども、先生のおっしゃるとおり、確かに個別の病院が紹介業者に苦しめられたりしている状況は我々も認識しております。

確かにそういう状況はあるのですけれども、ここで我々が言いたいのは、医師偏在対策を進める上で、このデータの中でできるだけ精緻なものでより客観的に、つまり、今までだと人口当たり医師数だけでそういった対策らしきものをやっていたものなので、できるだけ精緻にやっっていこうという考え方で長々と石丸が説明しましたけれども、できるだけ実感に近いものをつくりたいというもので、これは確かに単純な数字で議論しているものです。

一方で、山崎先生に御指摘いただいたとおり、フリーターの問題とか、そもそも例えば女医さんの再教育が難しかったりといった問題はまた別にあって、その問題はその問題でちゃんと我々はやらないといけないと思っております。フリーター医師対策も去年の労働部局で法改正をして、その紹介料について一定の公開を義務づけたりといったような対策は一步一步進めているものでございます。なので、あくまでもこれで医師多数県だからといって、その医師多数県の病院が簡単に医師確保できるという誤解が生じるのは我々も望ましくないと思っております。そういう誤解を招くようでしたら、大変申しわけないと思っております。

○山崎構成員 そういう誤解を招くような方向でこの審議が行われているような気がしてしょうがないのです。

あと、病院の勤務医師というか、特に民間病院の常勤の医師数は、全ての診療科で足りません。明らかに足りない。過剰に抱えている民間病院などないですよ。国公立の病院と民間病院で、国公立は本来は需給を決めるときに政策医療はどういうものかというのをきちんと決めて、国公立で診療の定員が何人必要か、民間病院の機能として診療医師は何人必要なのかと。

さらに、自由開業制の診療所でもって、診療所の先生は余っていないか、余っているかという議論はないではないですか。勝手に標榜して勝手に開業できる。今回も過剰地域で開業する場合はこういう申し入れをして、それに従わない場合は話し合おうみたいに書いてあることはありますけれども、そんなものを守りっこないですよ。開業するときにははい、はいと開業して、知らぬ顔をして開業して、話し合いにだって応じないですよ。

あと、大学の少ないところに多いところから派遣すると言うけれども、だって、多いところがないのだから。多いところがないのに派遣などできるわけがないし、反対に、おまえ僻地に行ってこいと言ったら、今の医師はやめてしまうよ。

だから、この議論していることが、これは本当にばかみたいなことを書いてある。全く現実に合っていないのです。だから、需給関係を考えるのだったら、そういう根本的なことからきちんと整理していかなければ本当はいけなかったと思います。

きょうは年度末で、どうしてもここで一回まとめたいのだろうから、ただ、そういうことをきちんとしていかないと、これでやっていったら医療はまた壊れるよ。そう思います。

○森田座長 片峰分科会座長から、どうぞ。

○片峰構成員 今のお二方の御意見に答える形で、分科会の座長をやっております、片峰です。

今回の中間取りまとめに至る分科会の議論の最大のポイント、重要であったことは、まさに一定の前提のもとではあるけれども、事務局を中心に膨大な労力と時間を使って客観的な指標をまとめてくれたことなのです。

要するに、今まで偏在が存在するのだということは、皆さん漠然とした地域の偏在、診療科の偏在、それから、外来勤務の偏在も含めましてわかっていたのだけれども、具体的なエビデンスとして数値データとして我々は見たことがなかったわけです。それが初めて出てきた。そのことによって初めて、きょう御提案した具体的な偏在対策を構想することが可能になったわけですね。ここが最大の今回の分科会のポイントだったと思います。

今、確かに実際には足りないのだという御意見はあったのですが、分科会の中で今後の課題として出た議論なのですが、日本の医療、現場の状況も含めまして、いかにあるべきか。あるべき論も今後議論する。そのことによって、例えば現在の診療科の単位で考えるのではなくて、もうちょっと違う視点で恐らく偏在問題が考えられるのではないかという御意見も出ました。そういった意味で今回の議論は最初のステップだと思うのです。

注意しておかなければいけないこの分科会、あるいはこの検討会の議論は、最初のスタートは、現在とはともかく将来このままの医師供給数でいくと、いずれは医師過剰になるのだという一つの判断で、そこをどうするのか議論のスタートであったわけです。そういった意味では、需給問題に結論を出すための一つの要件として偏在対策があるというので、この話が始まったわけで、そこは絶対にこの会における議論の前提として押さえておく必要があるのだろうと私は思っています。

以上です。

○森田座長 相澤構成員、どうぞ。

○相澤構成員 今、医師が過剰、不足と言っているこの医師というのは、全ての医師を言うわけでしょうか。要するに、大学で研究している医師も、病院に勤めている医師も、診療所で働いている医師も全て含めて、これが多い少ないという指標なのでしょうか。

○森田座長 事務局、どうぞ。

○奥野地域医療計画課長補佐 今回の指標で用いたデータにつきましては、医療に従事している医師ということですので、研究とか、そちらには入っていないのですけれども、病院あるいは診療所で働いている医師ということでございます。

○相澤構成員 そうすると、ここで使う医療需要というのは、正確に言うと入院医療需要ということですね。

○松本地域医療計画課長補佐 病院と診療所の需要でございますので、入院需要と外来需

要の双方を見ております。

○相澤構成員 そうすると、そこから矛盾が生じると思うのです。なぜ私がこんなことを言っているのかというと、日本の医師数は、人口当たりになると欧米と比べてそんなに少なくはないのです。少ないことは少ないのですけれども、そんなに少なくはないのです。ところが、1ベッド当たりになると、極端に日本は少ないというデータが出てくるのです。それで山崎先生もおっしゃっておられたように、病院に働いている者にとっては医師が不足している感覚は物すごく強いです。それは多分、そこに起因するのです。

ということは、何が一番問題かといったら、ベッド数のコントロールです。ベッド数のコントロールということは、地域での医療の提供体制をどうするかを最初に決めて、それが決まれば当然必要な医師数が出てくるわけです。この議論は全く逆からやっているわけです。これは医療の提供体制をどうしようかというビジョンが何もないわけです。これが一番の大きな問題です。

仮に今のこのどうしようもない計算式をそうだと認識したとしても、これは少なくとも日本全体の計算式を、少なくとも先ほどおっしゃっていたある程度人口の多い県には適用すべきですが、少ない人口の県とか、二次医療圏に提供していったら、全くおかしな話が起ってくるのです。それはなぜかということ、大きくなればなるほど、その中での医療の提供の体制は緩和できるのですが、小さくなればなるほどその地域差が非常に強く出てくるものですから、一般の計算式には当てはまらなくなってくるわけです。これを当てはめて医師が多い、少ないということを使うと、非常に大変な問題が起ってくると感じています。

例えば、二次医療圏に当てはめると、ある医療圏は、県のいろいろなところから急性期、高度急性期の集まってくる医療圏がある。しかし、隣の医療圏は、その医療圏で急性期の治療、高度の急性期の終わった患者さんが、回復期、慢性期でそちらの圏域にはたくさん出ていく。患者さんの数は同じです。でも、必要とする医師の数は全く違います。これを考慮せずに、こんな間違った計算式のもとでいろいろなことをされるのは、医療の現場を預かっている者、そして、日本病院会として病院のことを預かっている者として全く許容できないということだけ伝えておきたいと思います。

○森田座長 御意見ありがとうございました。

これについて、事務局、どうぞ。

○松本地域医療計画課長補佐 非常に重要な観点から御指摘をいただいたと思いますけれども、こちらの5ページをごらんいただきたいと思います。先ほど分科会の片峰座長からも御指摘をいただいたと思うのですが、この10年来、地域枠をふやす等々の医師不足対策、偏在対策も含めてやってきたわけでございますけれども、いまだに先生方御指摘のように、医師不足感がなかなか消えることがないという問題意識で今回の検討を行って、中間整理をもとに法改正までして取り組んでいくというところで、一定の限界はありながらも医師偏在指標を、これまでの人口10万人対医師数とは一線を画す形で定めていこうということ

で議論してきたわけでございます。

先ほど、片峰先生からも御指摘がありましたとおり、分科会の議論の中でも医療のグラウンドデザインを描くべきであるという御指摘を再三いただき、今後の検討課題としながらも、施行まで1年となかった今回の期限に向けて議論してきたわけでございます。

その中で、先ほどと同じような限界はありながら前に進みましょうというところのみならず、5ページに地域医療構想と医師の働き方改革、今並行して2つの改革が進んでいるわけでございます。この2025年、地域医療構想のほうの改革はベッド数が数値の中に見込まれておりまして、いかに疾病構造の変化を受けとめられるようにしていくかが課題で、これはこれでオンゴーイングなものでございます。今、確たる戦略なり結果なりが全て出そろっているわけではございませんけれども、これらの3つの改革を同時並行で進めていくこと、少しでも先生のおっしゃるような提供体制改革を含めてやっていこうという思想で3つそろえて進もうというものでございます。

一定の限界はあろうかと思ひまして、先生方からの御指摘を受けとめて、特にこれからの実行フェーズにおいて都道府県または現場の先生方、県の医師会ですとか大学病院のような主要なプレーヤーの皆様ときちんと会話しながら進めていくのが重要なのかなと感じているところでございます。

○森田座長 平川構成員、どうぞ。

○平川（淳）構成員 相澤先生の御意見、私も同じ病院をやっている者として大変同感に感じています。10万人指標が問題だからといって地域ごとの人口云々ということになりましたけれども、結局、10万人の枠から外れていないわけです。その上に、この会はもともと医学部定員をどうするかという話から始まったのに、いつの間にか偏在の話になって、そして、地域でどれだけ医者が必要なのか、その数が何人かまで出ている。こんな細かいことまで決める会でなかったのではないかと思うのです。

それから、多数、少数というのはあくまで相対的なものだと思いますけれども、これが一般的に出ていけば当然多いところから減らして少ないほうをふやせという議論になっていく可能性があるので、根本的に現在、医者が足りないのにそれは偏在だという話にすりかえて議論がいく。これは現場感覚としても、私は納得がいかない。

加納先生がおっしゃったように、女性医師の問題についてもほとんど触れていない。過去に私は女子医大の創設者の先生のお話を聞いたことがありますけれども、女性医師がいなかったから女子医大ができたけれども、今は女性が入学者の半数以上の医学部もふえてきている。こういう特殊な事態についてきちんと議論する必要があるのに、そこは触れない。今回の中間報告は問題が大きいと私は感じています。

○森田座長 片峰先生、どうぞ。

○片峰構成員 恐らく多数、少数という言葉のインパクトを皆さん気にされているのかなと思うのですけれども、今度、多数区域、少数区域という定義をしたのは、とくに少数区域を特定したというのは非常に大きな戦略的な意味も私はあると思っていて、三次と二次

医療圏、その下から3分の1のところを少数とすることによって、そこに関しては被保険者の立場からいっても、明確に少数区域の患者さんは不利益をこうむっているわけですから、そこを3年計画で何とか上から3分の2のところを持っていきますよという戦略的な意味があって少数区域という定義をしているわけですね。

その中で、地域の状況は全く無視して機械的という話でもなくて、実はもう一つの仕掛けというのは、地域対策医療協議会を中心に都道府県に物すごく大きな権限と責任を課したわけです。その中で、国レベルではなくて都道府県レベルでもっと現場に即した対策を講じて、その少数区域を何とかしていこうというのが今回の基本的な考え方だと思うのです。

女性問題に関しましては、先ほどお答えになったと思うのですが、現状における女性の働き方、貢献の割合、そういったものを前提にして将来の推計を行っているわけですね。そういった意味で、全て一定の前提もとの指標づくりだったものですから、現在におけるさまざまな女性の問題も含めまして、これが将来的にどう動いていくかというのは不確定な部分が物すごくあるわけです。

その中から、走りながらということでもないのでしょうかけれども、医師確保計画は3年ごとにありますので、そのピリオドごとに見直しをきちんとやっていくのが前提です。まずここからスタートしようというのが今回の趣旨だと御理解いただければいいのではないかと思います。

○森田座長 どうぞ。

○平川（淳）構成員 少数のところを手当てすることについては大変賛成なのですが、まず始まったのが、いわゆる専門医のほうのシーリング問題ですね。多いところに結局まず手が出てくるというのは、少数のところを手当てをする方向性と違う現実が出ていると思います。

それから、二次医療圏というのは、先ほど相澤先生がおっしゃったように、本当に地域、地域で全然違うので、都道府県の権限を増やしたうえで、国が数値を細かく出すのは大変な問題になってくると思うので、そこまで国が数値を出す必要があったのかどうか、都道府県に任せるのであればもう少しきちんと都道府県で調査をしてまとめるような方向性はなかったのかどうか、そこら辺を懸念しています。

○森田座長 本田構成員、どうぞ。

○本田構成員 私、分科会のほうで議論にずっと参加してきて、きょうのさまざまな御意見を聞いて思ったことがあるのですが、一つは女性医師の問題について。女性医師の先生が分科会にはいらっしゃるのですが、きょうは参加されていないこともあって、医師ではないですが、女性が働くことに関してきょうの議論の中で一つ言いたかったのは、例えば出産に関しては、確かに女性はその間休むことはあるかもしれませんが、これからの時代は子育ての部分は男性医師についてもかかわることです。女性だからどうこうということだけではなくて、男性も含めた医師の働き方ということで、働き方改

革の議論がこれと並行して別の場所でされているということです。

これからの若いお医者さん、男性医師も含めて、自分の生き方も勘案して働き方を考えていく方向にどんどん進んでいるので、女性だけでどうのこうのということではないということで、今後また実態に合わせて見直しをされていくと先ほど事務局からもお答えがあったので、そこは女性だけがどうのこうのということではない、男性も女性も含めた働き方という考え方なのだとすることを意見しておきたいと思いました。

もう一つ思ったのは、医療現場。私は医療を受ける側ですので、現場の先生方がお忙しい中で頑張ってくださっていることに対して大変感謝しております。その中で、特に病院医療において現場の先生方、また、現場の関係者の方々が大変忙しいと感じていらっしゃることは理解しますが、先ほど相澤構成員からもありましたけれども、日本の医療の現場では、ベッド数もしくは医療機関数が多いことによってより一層忙しい、医師が足りない感覚が強い部分もあると思います。

それは医療側だけの問題ではなくて国民もどう医療を受けるかを考えていく一つの契機として、社会保障国民会議などでもそのように言われましたけれども、まさにそういうことを一緒に考えていかなければいけない中で、今回の中間まとめにおいてそういうことを一切考えていないで数字だけの計算だという意見もありましたが、それは分科会でずっと議論していく中で、違うと感じています。

というのは、地域医療構想でベッド数もしくは医療機関数を考えていくことを前提にして議論しているので、そちらをきっちりしていくことが前提でこの議論をされているので、それができなかつたらどうするのですか、この数値は医師数の計算と合わないではないですかという議論も実際にありましたけれども、それはそのたびに見直していくのだと。地域医療構想での医療機関とかベッド数をどう見直していくかという現状と合わせてやっていくのだということでしたので、そこについては私は納得して今回の数字を見ているということ意見をさせていただきました。

○森田座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

加納構成員、どうぞ。

○加納構成員 2回目になるのですが、女性枠の問題を論じた一つの理由は、我々病院にとりましては、まだまだ医師が足りないためです。先ほどから議論に出ています多数地域という言葉は非常に不適切だなと思っています。資料1の28ページを見ますと、産科・小児科には非常に気を使っただいて、相対的医師少数区域という相対的という言葉を使っただいているのに、全体にはなぜ相対的という言葉を使わなかったのかなど。今からでもつけていただいたほうがいいのではないのでしょうか。そうするほうが誤解を招かないのではないかと考えております。

やはり、女性医師の問題、前に女医会が医療部会でしたか。出てこられたときに、女医会みずから、男性医師1.0とすると女性医師は0.5とおっしゃっていたこともありました。

今、計算式では0.8になっているかと思うのですが、救急とか非常に忙しい現場の若手医師が頑張らなければいけないところでの労働力の不足が考えられるのではないかと思います。

先ほど問題視しました、今年度、入学した医学生のうち女性の比率がどうだったかと、将来的にどれだけ上がる傾向が出てきているのかどうかというのは、今後大学の定員、最終的な議論は臨時定員をどうするかという大学の定数枠の話になってくるかと思います。そのときに、絶対に議論をしていただかなければいけない問題だということで最初にお聞きしたわけで、まだまだ我々は不足と感じているからそういうことを申し上げているわけです。

以前、過去1回目のこういったときに、定数をとめてしまったのですね。とめたことで大きな問題になって、慌てて臨時定員をふやしてきたわけですから、2036年に果たしてちゃんと充足できるのかということを確認していただきたいということで、冒頭にああいう発言をさせていただいたわけなのです。我々にはまだまだ不足感があるわけなので、そういった形で先ほどの地域医療構想の中で、病院のベッド数の制限とか、そういった問題もいろいろ我々も議論しているわけなのですが、我々は医療現場を預かっている中で、まだまだ不足感に対する発言が出てくるのは当然ではないかと思っております。

○森田座長 ありがとうございます。

権丈構成員、どうぞ。

○権丈構成員 先ほどの片峰座長の御発言の補足になるのですけれども、ここで議論していることの技術的な話をしておきますと、将来的に地域医療構想との整合性を持たせた形で医学部の総定員数をどうすればいいかを議論していく中で、医学部の将来的な定員は地域医療構想との整合性を考えていくわけですが、将来的に今の入学定員を考えていって、将来の人口を考えていくと、どうも需要推計値が供給推計値とクロスしていって、そこから先は医師が過剰になるかもしれないけれども、それは現在ではない。現在は、これはやはり医師不足状況なのだという認識がまずあると思うのです。

だからといって、医学部で人を育てて医師を育てていくのに時間がかかるので、この調整していくプロセスを考えれば今すぐふやすわけにもいかない。将来的なことを見越していって、しのいでいかなければいけないという過程で、今は「相対的」などという議論をしているわけです。将来的には3つぐらいの需要ケースがあって、今の入学定員を前提とした供給数推計値はそのままずっと考えていくことはできますし、そこに男女の働き方とか、いろいろなものが全部入っているわけです。だから、今、医師数が足りないというのは、恐らく分科会の人たちもみんな共有しているところではないかと思います。

だからといって、育てていくのに時間のかかる医師をどのようにして調整していけばいいのか。ただ、100万人を切っている出生数の中で1万人近い入学者数はこのままキープしていくのは難しいし、そこをふやすことはできない、難しいのではないかと。けれども、今は不足しているだろうと。将来的には医師の需要推計値と供給推計値が交わってくることになるよなというのが、まず分科会での共通認識で、今、過剰になっているとか、どこ

も足りているという議論は、恐らく我々分科会ではしていなかったのではないかという気はしております。

もう一点、二次医療圏はおかしいよね、形として機能していないよねという御意見はいろいろあるのですけれども、ここは昼夜人口の変化みたいなこと、人口や患者が移動することを考えておりますので、実はこの二次医療圏というコンセプトそのものを医師偏在指標を算出する際に考慮する5要素の中の、「将来の人口、人口構成の変化」と共に、「患者の流出入等」というところで形を変えてしまっているというのがあります。この人口の移動というところで誰がどれだけの量を利用しているのかを考慮した上で、最終的に議論するときに二次医療圏に換算して議論しているだけの話ですので、人口要因がいろいろなところの二次医療圏という地理的な枠組みというのは、便宜上、最終的に換算して議論しているところです。二次医療圏は問題が多いよねというのは国民会議のときからどうにかしようということを書いて、二次医療圏の見直しも議論していたのですけれども、私はこの問題を解決するのに患者が移動していくという方法があったのかと、なるほどというところはあって、この話をずっと分科会で聞いておりました。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

相澤構成員、どうぞ。

○相澤構成員 私は、昼夜人口の移動で影響するのは外来の患者さんだと思っています。入院の患者さんに影響はありません。入院の患者さんに影響するのは患者の移動です。これはもう考え方をしっかりとしてもらわないと困ると思います。

先ほど、私は県レベルの大きなところならばいいけれども、小さな二次医療圏に同じ考えを持っていったら大変なことが起こりますよというのは、それを言っているのです。それが医療提供体制なのです。だから、私はそこをきちんとしてほしい。県レベルでやるのはいいけれども、二次医療圏に関しては県に任せたほうがいいのではないかというのが、私の基本的な主張の第1点です。

今、この人口の変化と受療率の変化は物すごい勢いで起こっています。御存じのように、3年ごとの患者調査を見ますと、受療率は大変な変化を起こしています。一番大変な変化を起こしているところが、今後人口がふえてくる65歳以上の御高齢の方で、入院受療率がどんどん減っています。これをしっかりと考えずに計算すると、恐らく過剰な計算になってしまう。要するに、権丈先生がおっしゃっているよりも、もしかするともうちょっと早く医師養成数と需要がクロスするのではないかというぐあいに私は思っているわけです。

今、そういう物すごい変化が起こっていて、特に地方の小さな二次医療圏は本当に激変しています。ですから、これを無視していろいろなことをやると大変なことが起こるといふ心配を私はしているわけです。だから、県ごとのことはぜひやっていただきたい。しかし、それを二次医療圏にまで持ってくることは一度立ちどまって考えたほうがいいのではないかというのが私の考えであります。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、それから、松原構成員、お願いします。

○今村構成員 分科会の議論に参加していた者として、きょうさまざまなお意見を伺って、議論の過程を親会の先生方がつまびらかに知る機会が余りなかったのかなとすごく感じました。御指摘いただいたなかにはすごくよくわかる話も結構ありました。

相澤先生がおっしゃった二次医療圏の考え方についても、今、目安がないのでとりあえずああいう形で数値を出していますけれども、そのとおりのやりなさいという話ではないという理解を私はしています。まさしく今回は都道府県の役割が非常に大きいと。いうことであり、逆に役割が大き過ぎて本当にそれぞれの都道府県が対応できるのかという危惧はあるにしても、都道府県が独自に考えていくうえでひとつの客観的な目安を示し、検討の参考に資するために提示されているという理解をしています。3年ごとに急速に状況が変わっているというのもまさしくそのとおりで思っているのです、今回はこのPDCAサイクルを3年ごとに回しながら状況を見て、それに検討を加えていく仕組みになっているという理解です。

偏在対策というのは、単に医師の数だけを増やしても、しっかり対策をとらない限り、穴のあいたバケツにどんどん水を入れるようなことになってしまいます。しっかりとした診療科、地域の偏在対策を実行することが大きな課題だということで、この議論をしてきたと私は思っています。

十分でないかもしれませんが。いろいろ御指摘をいただくと、いろいろな課題はいっぱいあると思うのですけれども、では、今までの偏在対策は何があったのだという議論になると、本当に何もやっていなかったのが実情で、その中で今回第一歩として相当にいろいろな一定の仮定を置いた上で、今まで検討してこなかったようなものを検討して、そして、この仕組みをつくったという経緯があり、第一歩という意味で、これがとりあえずスタートとしては我々の分科会として了承されたわけです。先ほど平川先生はずっと反対しておられたとおっしゃいましたけれども、参加していた大部分の方たちは一定のスタートラインに立ったのではないかとこの認識を持っているところです。

○森田座長 松原構成員、どうぞ。

○松原構成員 私はこの親会のほうのメンバーなので、実際に分科会で議論したところに出席はしていないのですが、データは見せていただいています。心配していたのは、余りにも仮説の上に仮説を重ねて結果を出しているということでもあります。

そここのところでは幾つかの具体的な問題があるわけではありますが、都道府県で分解してということになりますと、一つ忘れてはいけないのは、医師が多い都道府県は近くの県の医師派遣を実際には面倒を見ているということでもあります。専門医機構のデータを見ましたら、明らかにブロックごとに1つの県が1つの県だけに関係しているのではないということでありました。そういったことを十分今後も分析していただかないと、ある県が多いから少なくすればよいのだという話にしますと、結果としてほかのところにも大きな影響が参

ります。十分考えていただき、また、検討していただきたいと思っているところであり
ます。

医学部を出て、研修をして、専門医になるか、あるいは博士号をとられる方もあるし、
いろいろな方があって、恐らく10年ぐらいは病院に勤めて、そこで医学者として、医療者
として、一人前になるまでに努力して勉強していくというのが、現在のほとんどの医師だ
と思います。そういった時間的な医師の経過を見ずに考えるとなかなか難しいのではない
か。いろいろな立場の人がいて、その中で10年以上して勤務医で勤める先生もいらっしや
るし、院長や副院長になられる方もいるし、地域で開業する人もいるし、行政に出る人も
います。

そういったことも含めた上で考えないと、数字だけで考えますと、一步間違えると机上
の空論になってしまいます。交通の便あるいはその他疾病構造の変化なども考えないとい
けません。これで全て解決したと思わずに、これを一つの案として、今申しましたように
幾つかの仮説を重ねてできたものだというを十分認識していただいて、謙抑的にこの
仕事を進めていただきたいと思います。

その件に関しましては、各診療科のデータを見て、若い先生たちから、開業できなくな
る、あるいは自分の好きな科に行けなくなるのだったら、早く病院をやめて開業すべきと
いう意見がマスコミの一部にあおられて出ているように聞いております。そのようなこと
になりますと、かつてのいろいろなことと同じように大変な問題が起きますので、十分注
意していただきたい。

特に小児科と産科については喫緊の課題であることは恐らく皆さん理解されているとこ
ろだと思いますが、あくまでも資料にあるように、各科のものについては見える化をする
ためのデータであると私どもは理解しております。これを強制的に配置に持つていくこと
は、今、お考えになっていないと思いますが、不適切な報道で、若い先生たちが非常に心
配しています。この事について対応すべきと思うところでもあります。いかがでございまし
ょうか。

○森田座長 今のは事務局のほうですか。

先に事務局からお答えいただけますか。どうぞ。

○石丸医事課長補佐 御指摘ありがとうございます。

この診療科別の話に限らず、全体的にという御指摘なのかなと思いましたが、今、
実際に出ていった数字にあおられて若手医師がというお話もございましたが、その点は
確かに今の報道の状況ですとか、例えば今ですとインターネットの若手の医師の方の反応
とかを見てみますと、確かにこれはかなり誤解を招いているような部分も多々あるのか
などは事務局としても感じております。その点は真摯に今の御指摘も受けとめまして、し
っかりとこういったところに誤解がないように適正な表現で、例えば都道府県に対しても
しっかり御説明させていただきたいと思っておりますし、現場の先生方にもしっかり趣旨が伝わ
るように御説明をしていきたいと思っております。

技術的なところで1点だけ事務局からお答えさせていただきたい点がございませうけれども、偏在指標に関しても診療科別の部分も、全体を通して入院の需要の計算は患者の流入、これは県内における二次医療圏単位というところもそうですし、さらには都道府県単位での流入、外来の部分だけではなくて入院の部分というところも、実際の患者さんの移動に基づく患者調査ですといったデータに基づいて推計をさせていただいたものをお示しさせていただいております。その点は事実関係ということでございませうので、補足をさせていただきたいと思ひます。

○松原構成員 入院の問題は、今後は人口が減ってまいります。入院定数ではなくて、実際に稼働している病床数が減じてきているのは間違ひないこととあります。相澤先生がおっしゃったように、そこを十分に踏まえて検討しないと、今までどおり病院のベッド数だけで医師を規定すると大きな間違ひになるのではないかと私どもも危惧しているところとあります。

また、今回の医師が足りなくなった最大のトリガーは新臨床研修制度です。希望するところにマッチングしていけるというところで大きな偏りが起きたように私は思っています。専門医機構ではそのようなことがないようにマッチングに対応せずに始めたところとあります。

新臨床研修制度、また、学部教育の内容についても一連にしてきちんと検討していただかないと、いろいろな問題が起きると思ひます。その辺も踏まえ、また、先ほど申しましたように謙抑的に、この数字が全てではない事を前提として施策を実行していただきたいと思ひます。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

小川構成員、どうぞ。

○小川構成員 いろいろな御意見があるようだけれども、先ほどの今村先生の御意見にほぼ賛成するのですが、今までの医師需給分科会、過去の医師需給分科会は、それこそ人口対の医師数だけで議論してきたという基本があるわけとあります。一方今回の分科会は5ページの医師偏在指標、さまざまな医師偏在指標等のファクターを入れて見える化して、データを出した訳とあります。

この医師偏在指標の内容につきましても、私は多少不満もあって、もっとファクターがあるだろうということは私自身も感じてはいます。しかしながら、今までの医師需給検討会の中で全く議論されてこなかったことが、これだけのファクターを入れて見える化してデータを出したところが画期的な点とあります。

これをどう使うかはまた別の問題とあります、今回はある意味で言えば、今まで議論を全くしてこなかったことをここまで見える化してデータを出したのだというスタートラインにやっとなつたということだと私は思っています。ですから、これをどう解釈するか、あるいは見える化をちゃんとするかということだと思ひます。

それから、県に任せたほうがいいというお話がありましたけれども、県に任せるのは極めて危険です。というのは、地域医療対策協議会をこの20年間1回も開いていない県もあれば、30回開いている県もあるわけです。ですから、県によって保険医療に対する取り組みが真面目にやっているところから全然やっていないところまで温度差がある。これを同じ土俵に乗せて議論をしないと、県に任せたから地域の状況がわかるのだというのは全く間違いだと思っています。この辺は注意をしていただきたいと思っています。

○森田座長　どうぞ。

○相澤構成員　県がやっていないということと、これを示すかどうか、これに沿ってやるかどうかは全く別の問題で、私はいつも言うのですけれども、それは厚労省がやっていない県にやりなさいと指導をして、そして、やらせるのが国の役割であると思っております。ですから、それは別の問題ではないかと思えます。

私が言いたいのは、余り細かくどんどんやっていくと大変になる。だから、この指標も使うのだったら使い方がすごく大事だと思うのですが、ただ、こうやって数値で出されますと、この数値だけがどんどんひとり歩きしていってしまうのです。これが私は非常に危険だと思っていて、そういう点で、私はこの数値が出たことのいい点と悪い点がある。では、これをどう使っていくのが極めて大事だということで、上手に使っていただきたい。これが決してひとり歩きしないようにだけはぜひお願いをしたいというぐあいに思っているところです。

○森田座長　ありがとうございました。

小川構成員。

○小川構成員　全く今のお話はそのとおりです。要するに、データというのは使い方なのです。どうやってどこを重点的に使うのかという使い方の問題です。ここまで見える化をして、そして、データを整えたことの意義は極めて大きいと思えます。これをどう使うかはこの委員会の知恵ですから、そことそちらは違うのではないかと私は思います。

○森田座長　大分時間も少なくなりましたけれども、どうぞ。

○片峰構成員　今の関連で、先ほどの加納先生の御質問にも関係するのですけれども、まず極めて大きな労力を使って、ある一定の前提の上で偏在状況の見える化をしたわけですね。見える化をした目的は、見える化すること自体が最終的な目的でも何でもなくて、偏在対策は待ったなしなわけです。

それから、この検討会の最初のスタートが臨時定員増でどんどん9,500人、今、医学部定員がありますけれども、これをどうするのだと。この臨時定員増をどうするのだと。この議論。それに決着をつけないといけないのですね。

その中で、まさに小川先生が言われたように、この見える化したデータを目的のためにどう料理して分析してと、そこが大事なところで、三次医療圏に対してなぜ多数地域であって相対的ではないのだという御意見がございましたね。まさにこの多数地域、少数地域ということで、2024年度からの医学部の臨時定員増をどうするかを抜本的に改正しなけれ

ばいけないわけですね。

そのときに、今の臨時定員増をチャラにした状況を想定したときに、2036年度にはそれぞれの県はお医者さんが余っているのか、それでも足りないのかというシミュレーションが一つあって、それに基づいて多数県と言われているところには基本的には臨時定員増は要らないだろうという判断ですね。しかしながら、従来の定員はあるわけですから、その都道府県にも新たなお医者さんは参入してくるわけです。臨時定員増をどうするか。臨時定員増による地域枠というのが非常に偏在対策に有効であるというのはわかったわけですから、それを使って少数のところは、そこを厚く上げましょうと。そのことによって、少数県を何とかしていく。この判断の基準としての多数であり少数なわけですね。

二次医療圏に関しても先ほどから議論になっておりますように、一つの県の中でも非常に医者がたくさんいるところもあれば少ないところもあるわけですね。その中でどうするのかといったら、その県の判断で多数のところから少数のところを持っていくという政策をとっていただく必要があるわけです。そういった意味での多数と少数ということであって、産科・小児科の中の相対的というのとは若干意味合いが違うことを御理解いただきたいと思います。

○森田座長 今のことに関して事務局のほうでコメントはいいですか。

では、もう時間も大分迫っているので、先に今手を挙げている方に御発言をいただいて、それで事務局に。

では、山崎構成員、どうぞ。

○山崎構成員 きょうは触れられていないのですがけれども、医師の教育機関、大学病院の医学部が非常に疲弊していることをきちんと理解していたほうがいいと思うのです。独立行政法人化したり、あるいは先ほどもあった初期臨床研修制度で医局が崩壊してしまっているのです。医局が崩壊してしまっていて医局員が少なくなっている中で、本来の機能の教育と診療と研究と3つをやっていかなければいけない。大学自体が極端に言えばブラック企業みたいな状態になってしまっているわけです。そのところを改善しないと、医師をつくっているところが壊れてしまったら、医師はつくれないですよ。つくる機関がしっかりしなければ、いい医師はつくれないはずなのです。

どうしてこういう発言をするのかというと、隣に文科の課長が来ているので、大学の教官の数を今の3倍ぐらいにふやしてきちんとした教育と臨床と研修ができるような、本来の機能をつくるような形にしないとだめだと思っているのです。これについては文科の担当官に聞きたいのです。

○森田座長 後で伺いますけれども、ほかに手を挙げられている方。

荻原構成員と鎌田構成員、あとは2回目か3回目の方ですね。

では、荻原構成員からどうぞ。

○荻原構成員 ありがとうございます。

いろいろな御議論がある状況の中で、今回の事前レクをいただいたときに私の担当の方

にお伝えしたのは、かなり細かいデータが示されましたねと。ただ、これをぐっと行くのかどうかと思いながら聞いていたのですけれども、少なくともここに平成29年の12月21日の第2次中間取りまとめがございます。これをよく読むと、女性医師の問題とか、その他の事項も項目としては挙がっておりますので、これをどのように詰めていくのかということなのだろうと認識しております。

結局、第2次、第3次中間取りまとめが、これが先ほど出ましたけれども、議論のプロセスなのだということで考えておかないと、この第4次だけで全て行くぞと考えるのであればこれはおかしなことで、少なくとも今回のところでは、医師の偏在のことについて議論をもっと明確に精緻にしようではないかというのは第2次のときの議事録にもちゃんと書かれております。その一つを今回お示しいただいたのだと思っておりますので、これを具体的にしていくのが次の課題だと認識しております。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

鎌田構成員、どうぞ。

○鎌田構成員 本日は親会の中で医師需給分科会の中間取りまとめということで議論がされました。私は看護職員の需給分科会の構成員でもありまして、今、まさに看護職員のほうも検討中でありまして、きょうの報告の中で医師の確保対策を県で進めるという話が出ておりました。ぜひ看護職も含めて、看護職の確保対策についても今後県で進んでいくのを期待したいということで、意見でございます。

○森田座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○三根構成員 医師需給分科会でどなたかがおっしゃいましたけれども、これはどこまで行くのだろうという危機感を持ちながら、でも、議論の中で一定の結論を出すところはなるほどなと思いながら傍聴しておりました。

その中で、例えば医師多数地域と二次医療圏で危機感があったというのは、認定要件の中でクリニックを開業するのも認定するのかどうか。いろいろな議論があって、それは行き過ぎだろうと。しかし、クリニックの若手の先生、新たに開設、開業しようとしておられる方のために実は多いところなのだというデータを示すのは彼らにとっても非常に有益なのであって、ひょっとしたらほかの地域に開業の地を求めるであろう、あるいは何らかの事情でどうしてもそこに住みたいということであれば、その地域の病院にきっと勤めるであろうと。私が言っているのは、危機的などこまで行くのだろうということも含めながら、あるいは議論の過程がなかなか伝わっていないのかなと。

先ほど松原先生がおっしゃった、若手医師の中で今のうちに新たに開業しよう。実は私の後輩も同じことを言っていた人がいまして、違うよという話をしたのですが、データが細かく出れば出るほど、あるいは非常にラジカルなことを議論しているように思われれば思われるほど、いかにして伝えるかが非常に難しいのだと感じました。文字と数字が大

きければ疑念を招くこともあるでしょうし、図で余り詳しく書かなければわかりやすいこともあるかもしれません。そのあたり、担当省庁の方々にきちんと伝える方法を一度議論していただきたいと思いました。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、既に発言されたことと違うことですね。どうぞ。

○加納構成員 違うことに近いことなのですけれども、先ほどお話のあった、いわゆる臨時定員の枠に関して最終的に議論しなければいけません。いずれ医師が余るということは、人口が減っていく中で医師をこのようにつくっておれば余るのは誰もが認識していることです。先ほどから繰り返しになりますけれども、2036年というのが間違いないものであるように、今回すばらしいいろいろなファクターを入れたものも出てきたわけですから、それできっちりと間違いない形で決めていただきたいと思うのです。

例えば女性医師の問題も今の段階では余り入っていなかったような感触がしますので、それも入れて間違いない形で最終的に決めていただきたいと思います。以前、一回間違ったわけなので、間違っても大きくたくさんふやさなければいけなくなったわけなので、これ以上間違いをしてほしくはありません。それを現場からの意見という形で申し上げたわけなので。よろしくをお願いします。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、最後の発言者、平川構成員、どうぞ。

○平川（淳）構成員 私は誤解されていると思うので申し上げたいのですけれども、私は女性の見方をしているつもりでいるのです。女性医師はできるだけ働こうとしているので、例えば麻酔科のフリーター医師、これを週2回だけやってあとは中学校の子供を育てている女性医師もいます。そうすると、今度専門医機構は3日常勤していないと専門医をとれないという形にしてしまいました。少しでも社会参加しようという女性医師が働く場を失ってしまっているのです。ですから、もっと働ける環境をつくっていく。常勤規定で今は週3日で、産休という規制もありますけれども、それももっと緩めて常勤医の換算方法ももっと緩めてやっていただきたいと思います。これは応援です。

○今村構成員 今の点だけ。専門医機構が条件をかけたのではありません。これは麻酔科学会がそのようにされたということで、くれぐれも間違いないようにしていただきたいと思います。

○平川（淳）構成員 わかりました。済みません。

○今村構成員 これは麻酔科学会が麻酔科のフリーター医師問題に対してどのように、つまり、今、先生がおっしゃったような女性医師がそういう働き方があるということはわかりつつも、高いお金を払って病院が麻酔医を雇用しなければいけない中で、またさまざまな意見がある中で、麻酔科学会が独自に判断をされて決められたことだということですので、よろしくをお願いします。

○森田座長 ありがとうございます。

ほぼ予定された時間になりましたので、これくらいにさせていただきたいと思います。

私も医師需給分科会に一構成員として参加しておりまして、そのときの認識を少し申し上げておきますと、今回御審議いただいておりますが、第4次の中間まとめでございます。第2次で医師の養成についての上限を決めるということで議論してまいりました。そこで出た残された課題について順次出してきて議論をしてきたということでございます。

そして、これに基づきまして、昨年法改正もございませうけれども、具体化して取り組まなければいけない。その意味で言いますと、この医師の偏在対策にしましても、ゼロベースでもう一度議論していく余裕は時間的にもないと思います。したがって、今回のところはこうした形でこのまとめについて御了解いただきたい、御承認いただきたいと思っております。

そもそも何十年も先のことについて、細かい地方がどうなるか、医師がどうなるかということについての推計は非常に難しいことでございます。それは分科会でも随分議論が出ました。しかし、ここは実質的に偏在で不足している。そうしたことに對してどういう形で対応するのかということから、本当にどれくらい不足していると考えられるのか。先ほどどなたかの御発言がございましたけれども、一定の仮定を置いた上で数字を出してきたわけでございます。

さらに、その偏在といいましても地域偏在が中心だったわけですがけれども、診療科ごとの偏在も深刻ではないかという話が出ました。

さらに言いますと、先ほどどなたから御発言がございましたけれども、ベッド数によってそれが変わってくるとしますと、地域医療構想との整合性も持たせなければならない。

そして、また、これも御議論があったところですがけれども、二次医療圏といっても規模が非常に大きく変わっていて、なおかつ変化が大きい。それについても考慮しなければならない。

さらに言いますと、働き方改革で現在前提にしております医師の勤務時間についてもさらに議論が進んでいると、次から次とファクターがふえてまいりまして、それに応じる形で事務局は一定の仮定を置いてですけれども、随分御苦労されてこの数字を出されたところだと思っております。

今も申し上げましたけれども、2036年といいましても、まだかなり先のことでございまして、人口の変化につきましても、特に地域における人口の変化は現在の推計以上に大きく変わることも考えられます。それに対しては当然ですけれども、一定の期間ごとにローリングの形で見直していかざるを得ないだろうということだと思っております。

そういう意味で言いますと、これもどなたかがおっしゃいましたけれども、現在の数字がひとり歩きして、これでなければいかぬ、あるいはこうなるのだというイメージで受けとめられることは、気をつけなければならないところだと思っております。しかしながら、こうした根拠もなくこうであるだろうというのは、これまたもっとある意味で危険な議論になりかねないと思っております。そういう意味で言いますと、現時点における中間まとめというこ

とで御了解いただきたいと思います。

さらに言いますと、これは一定のこうなるであろうという推計でございますから、それに基づいて、先ほどから議論が出ておりますように、都道府県がどのような役割を果たしていくのか。実際に不足しているところに対してどういう形でそれを是正していくのか。その手段についてもいろいろ議論があったところでございます。これにつきましては、認定医制度であるとか、都道府県の役割を強化するところであるとか、現在は不十分だという御意見はございましたけれども、これも強化する形でもうちょっと頑張っていたいただきたい。それがうまくいけば、そうした手段でいいのかもしれないけれども、これに十分効果がないとしますと、またそちらも見直していかなければいけない。そういう状況ではないかと思っております。

きょう出た御意見を拝聴いたしまして、例えば多数とか少しミスリーディングとは申しませんが、誤解を招きかねないような表現について、これはちょっと注意していかなければならないかと思いますが、基本的にこの中間まとめの案についてここをこう修正しろ、ここは削除しろという御意見はなかったと思います。今、申し上げました前提のもとで、この中間まとめについては御承認いただけるということによろしいでしょうか。

きょう出た御意見も踏まえまして、細かい文章の修正とか字句の修正につきましては、御了承をいただければ私と事務局にお任せいただいて、それで御承認いただければと思いますけれども、いかがでございましょうか。

(拍手起こる)

○森田座長 ありがとうございます。反論が出るかと思っておりましたけれども、御了承をいただいて大変安心いたしました。

それでは、本日、もう予定した時間を過ぎておりますけれども、特に御発言はないと思いますので、このあたりで終了とさせていただきたいと思いますが、よろしゅうございますでしょうか。

どうもありがとうございました。

それでは、今、申し上げましたように、部分的なことにつきましては事務局のほうでもう一度見直すことも含めて修正させていただきたいと思いますが、それは座長預かりとさせていただきます。

最後になりますけれども、この第4次中間まとめに対して大変御尽力をいただきました片峰先生から御所見といいたいでしょうか、御感想を述べていただければと思います。

○片峰構成員 大分発言させられましたので、もう余り言うことはございません。とにかく一定の条件下で出たデータですので、さまざまな問題点の可能性はあると思いますけれども、先ほど申しましたように、画期的な数値データが出たということで、これに基づいて偏在対策を強力に進めていただきたいと思っております。

つきましては、先ほどからの議論なのですけれども、都道府県の責任はめちゃくちゃ大きいわけですね。ぜひそれぞれの都道府県の実情に応じた医師確保対策を早急に策定して

いただく。その実施のために厚生労働省も適切に指導、それから支援をお願いしたいと思います。

非常に重要なポイントは、先ほどから少し議論になっています、2022年度からの医学部定員をどうするか。非常に決定的な意味を持っていると思うのです。需給対策の観点からもそうですし、偏在対策も。そういった意味では、今回のデータをベースにしてぜひ厚労省と文部科学省が連携して知恵を絞っていただいて、偏在対策と医師需給の対策、これに整合性を持たせたような知恵を出していただきたいと思います。

大体そのようなところですよ。

○森田座長 ありがとうございます。

シナリオによりますと私も何か述べろということですので、一言言わせていただきます。

まず最初に、構成員の皆様、これまでの献身的かつ熱心な御議論、御審議に対して、深く御礼を申し上げたいと思います。

私自身は中医協の公益委員を6年ほど務めておりました、その観点からどうしても頭から離れないことがございます。これは医政局のことですから余り議論が出ておりませんが、そのもとでは公平に保険料を負担している全ての国民は等しく医療を受ける権利がある。これが今の保険制度の前提ではないかと思えます。そういう意味でいいますと、被保険者の医療アクセスの不平等といえますのは、医療保険制度自体、問題であるということで、その観点からも何とか改善を考えていただく必要があるのではないかと考えているところでございます。

また、今、片峰座長からもお話がございましたけれども、マクロ的な医師の需給調整の問題もございしますが、保険制度の観点から、そうした意味での患者さん、国民の権利も尊重していただきたいと思いますし、その観点から医師の偏在対策は真摯に取り組んでいただきたいと思います。

したがって、厚生労働省におかれましては、この中間取りまとめを踏まえた実効性の確保、先ほど言いましたけれども、どうやって実現していくのかという実効性の確保について、ぜひ頑張っていただきたいと思います。

今後、医師の自主性を尊重した現在の仕組みで、その手段が十分であるかどうか。これも分科会の議論でも随分、ある意味で疑念も提示されました。しかし、自主性を尊重して、とりあえずこれでやっていこうというのが分科会の立場であったのではないかと思います。

したがって、この点もしっかりと検証を行っていただいて、また、さらに言いますと働き方改革とさまざまな要素が加わってまいりますけれども、それを踏まえた上で適切な形で運用していただきたいと思いますと思うところでございますので、よろしく願いいたします。

それでは、重ねてでございますけれども、最後に、これまでの皆様方の献身的な御議論に改めて御礼を申し上げたいと思います。

これでこの会も終わりということにさせていただきます。どうもありがとう

ございました。

○小川構成員 先生、一言だけ。この中間取りまとめは結論を出したわけではないので、これからこの検討会はどうなるのですか。

○森田座長 私自身は一応ここで任務が終わったと思いますので、厚労省等も含めてですけれども、厚労省からまた御下問があれば答えていくことになると思いますが、私自身はかかわったことも含めて、これは経過を見ながらさらに必要なところの改革を進めていく。そういう意味でのこうした会議の存在は避けて通れないといえますか、絶対に必要であると思っております。よろしゅうございますでしょうか。

では、最後になりますけれども、どうぞ。

○北波総務課長 本来でありますれば、医政局長の吉田か審議官の迫井が申し上げるところでございますが、国会等の用務がありまして、現在は失礼をさせていただきます。かわりでございますが、総務課長の北波から、一言御礼の御挨拶を申し上げたいと考えております。

今回、医療従事者の需給に関する検討会医療需給分科会の第4次中間取りまとめに当たりまして、一言御挨拶を申し上げます。

構成員の皆様方におかれましては、まさにこの法律の施行に向けまして、スケジュール的な制約がある中で、非常にタイトな日程で御議論いただきました。また、多面的に御意見をいただき、用語につきましても、例えば先ほど御指摘がありましたように相対的というのを入れるべきかどうかというところまで細部に至る御議論をいただき、また、精力的に御指導もいただきました。このことにつきましては、まずは厚く御礼を申し上げたいと考えております。

また、今、森田先生からもお話がございましたように、いわゆる医師偏在対策の実効性を上げていくためには、この御議論をいただきました仕組みをいかに現場で具体化していくかが重要であると考えております。先ほど私どもからも申し上げましたように、医師偏在対策は地域医療構想を中心とした医療計画、また、現在年度末の取りまとめに向けて議論を進めております医師の働き方改革、このようなそれぞれの施策を総合的に運用して初めて成り立つものだと考えております。そういう観点からは、まさにこの今回の取りまとめを一つの契機といたしまして、具体的な取り組みを積み重ねていかなければならないと考えております。

また、今回、この合同会議で御議論いただきましたときの大きな指摘としては、まさに分科会での議論の過程がなかなか伝わっていないのではないかとこのところがございます。これは私ども事務局の至らぬところでございますので、しっかりと誤解なきよう、また、円滑に進むように都道府県にも周知し、関係者の方々にも御理解を賜るようには不断の努力を続けていきたいと考えております。

今後は医師の需給についても、まだ残された課題が多うございます。議論を進めていきたいと思っておりますので、引き続き皆様方の御見識を賜りたいと考えております。

本日はどうもありがとうございました。

○森田座長 本当にありがとうございました。

それでは、これもちまして「第7回 医療従事者の需給に関する検討会」及び「第30回 医師需給分科会」の合同会合を閉会といたします。ありがとうございました。