

○扇屋医事課長補佐 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31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させていただきます。

新井構成員、福井構成員、松田構成員、三根構成員、北村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、今村構成員、鶴田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。

迫井審議官、鈴木計画課長は所用により途中からの出席、吉田局長、佐々木総務課長は欠席の予定となりますので御了承ください。

また、事務局の人事異動につきまして、本来であれば御紹介させていただくところではございますが、時間の都合上割愛させていただきたいと思っております。

事務局の氏名などにつきましては、配付資料2枚目の席次表を御確認ください。

次に、資料の確認をいたします。

本日は、資料1、2、別添資料1-1、1-2をつけております。

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。

本日は、開会に先立ちまして、医事課長より一言御挨拶を申し上げたいと思っております。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

第31回「医療従事者需給に関する検討会 医師需給分科会」の開催に当たりまして、一言御挨拶を申し上げます。

本分科会は、平成27年12月にスタートしておりまして、その間、何回か中間取りまとめをいただきながら、進めていただいております。本年3月にお取りまとめいただきました第4次中間取りまとめを受けまして、昨年7月には医療法、医師法の一部を改正する法律ができて、具体的な対策について御議論をいただき、一定の取りまとめを行うことができましたことを、この場をかりまして、まずは御礼を申し上げたいと思っております。

さて、今回からでございますが、マクロ需給推計の再計算の方法の検討をお願いするほか、実際のこの再計算の結果を踏まえまして、令和4年度からの地域枠設置などの医師の養成段階における偏在対策を中心に御議論を賜りたいと思っております。

構成員の皆様におかれましては、長い時間、この件に関しまして御議論いただいておりますが、引き続き、格別の御支援、御協力を賜りたいと思っております。皆様方には御専門の立場から忌憚ない御意見をいただきまして、お願い申し上げます。

以上をもちまして私の御挨拶とさせていただきます。何とぞよろしくお願いたします。

○扇屋医事課長補佐 ここで、カメラは退室をお願いします。

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、よろしくお願いいたします。

○片峰座長 皆さん、お久しぶりでございます。ことしの3月末に第4次の中間取りまとめを発出しました。それ以来ですからもう8カ月がたっていて、この8カ月、寝耳に水の専攻医のシーリングを皮切りにさまざまな動きが出まして、フォローするのも大変なのですけれども、私の立場から言わせていただくと、4年間かけてやっと医師の供給の問題に踏み込むことができるというところになりました。そういった意味では、結構ここに来るまで長くかかったなというのが実際のところの感じですよ。

きょうは最初ですので、最初の議題としましては、「第4次取りまとめ事項の進捗報告」ということで意見交換をさせていただきます。それから、後半は「海外医学部を卒業した医師の動向」ということとなります。

まずは、事務局より資料1の御説明をお願いいたします。

○扇屋医事課長補佐 では、資料1「第4次取りまとめ事項の進捗報告」をさせていただきます。

お開きいただきまして、2ページ目、3ページ目に、第4次中間取りまとめの概要をまとめております。

次に4ページ目、5ページ目に、医療法、医師法の一部を改正する法律の概要と、そのスケジュールをまとめております。

6ページ目に、医師確保計画を通じた医師偏在対策についてまとめております。

次の7ページ目に、医師確保計画にかかわるこれまでの流れをまとめております。

医師確保計画策定ガイドラインを都道府県に向けて、今年3月に発出してあります。その後、都道府県に説明・質疑対応を行っており、今年度の末、3月までに各都道府県が医師確保計画を策定完了することになっております。

次の8ページ目ですが、医学部定員の中の臨時定員についてです。資料にお示ししておりますとおり、平成20年より臨時定員を増員してまいりました。令和2年、令和3年度については暫定的に、平成31年度の医学部定員をおおむね維持する方針になっております。令和4年度以降につきましては、再度マクロ需給推計を行い、医師偏在対策の進捗、医師の働き方改革に関する検討会の結論などを踏まえ、改めて議論をすることになっております。

9ページ目ですが、令和2年の地域枠を要件とした臨時定員についてです。平成30年に地域枠の実態調査を実施したところ、地域枠が一般枠に流用されていたという実態が明らかになりました。

その後、臨時定員に係る地域枠は別枠方式のみ認めること。過去2年間に臨時定員に係る地域枠の学生を確保できていない場合、その確保できていない定員数を減じた数を上限として増員申請を認めるという通知をお出ししております。

その後、前年度よりも多く臨時定員を希望した大学、都道府県について精査を行いました。その結果、平成31年度に比較して、令和2年度の地域枠を要件とした臨時定員数は64名減少しております。

10ページ目に、都道府県別の臨時定員の数をお示ししております。

続きまして、11ページ目、研究医養成のための臨時定員についてです。研究員枠は、平成22年度より卒後、大学院教育を一貫して見通した特別コースになります。ことしの夏に研究医枠に係る増員を希望する大学に対してヒアリングを行っております。

おめくりいただいて、12ページ目に、研究医枠の養成数をお示ししております。平成31年度、40枠ありましたが、令和2年度には26枠となっております。

13ページ目に、令和2年度の医学部入学定員をお示ししております。御説明した地域枠と研究医枠の臨時定員の減少に加えて、下の※印にある恒久定員の減少と合わせて、医学部定員全体として、前年度と比較して90名減少しております。

続きまして、14ページ目、臨床研修医の募集定員倍率についてです。下の折れ線グラフでお示ししておりますとおり、募集定員倍率について、平成20年当時は1.35倍であったものが、直近の平成31年には1.12倍と縮小しております。

15ページ目に、その臨床研修医の募集定員倍率を下げたことによる結果ですが、下の赤と青の折れ線グラフでお示ししているとおり、青の6都府県の内定者数の割合が減少してきております。しかし、平成29年、30年、令和1年の3ポイントを見ていただきますと、横ばいとなっております。

続きまして、16ページ目、臨床研修病院の募集定員設定について。これまで国が臨床研修病院ごとの定員を定めておりましたけれども、今後は、都道府県が定員を定めることができるようになります。

続きまして、17ページ目、専門医シーリングについて基本的な考え方をまとめております。資料中ほどですが、2020年度においては、必要医師数及び必要養成数をもとに、根拠ある新しいシーリングの考え方の導入を厚生労働省が提案し、日本専門医機構が下記のとおりシーリング案をまとめております。

次の18ページ目に、2020年度のシーリングの変更点をまとめております。

大きなところとしては、1つ目の地域枠医師及び自治医科大学出身者はシーリングの対象外としたこととなります。別添資料の1-2に、2020年度の専門医シーリングの結果を診療科別にまとめております。

では、資料1の19ページ目に戻っていただきまして、医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について、今回変更した部分を赤字で示しております。

1つ目に、認定医師の呼称を「医師少数区域経験認定医師」としたこと。

2つ目に、下側のボックスになりますが、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の管理者は認定医師でなければならないこととするとしておりましたが、下側の赤字の部分、1行目です。「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する

検討会」において別途見直しがされまして、「地域医療支援病院の基本的な役割として、医師の少ない地域を支援することも加えるべき」とされております。

資料1の説明は以上になります。

○片峰座長 ありがとうございます。

4月以降の進捗状況ということで、何点かにわたって御説明がありましたけれども、どなたからでも御意見、御質問を賜りたいと思います。

どうぞ。

○堀之内構成員 シーリングのところについて伺いたいのですけれども、よろしいでしょうか。29回の分科会の際に、初めて都道府県別、診療科別の医師数の見通し、たたき台というものが出ました。それが出たとき、私も結構すごいなと思って、そこで御質問させていただいたのが、この数字とシーリングというのかかわりがあるのでしょうか、ないのでしょうかということです。その段階では、かかわりはございませんという御説明だったと理解しているのです。ほかに資料がない中で、活用されるということは十分理解されると思うのですけれども、今回の17ページの資料の中でどういうふうに使われたか。例えば、算出にこの数字が使われたのか、あくまで都道府県ごと、診療科ごとのトレンドを把握するために使われたのかというところをもう一段階詳しく御説明いただくとわかりやすいなと思ったのですけれども、いかがでしょうか。

○片峰座長 恐らく、私自身も含めて、このシーリングの話は寝耳に水だったのです。そういった意味では、その間の経緯を説明していただくのと、今、堀之内さんから御質問があった、あの指標がどう使われたかですね。

○堀之内構成員 興味があります。

○片峰座長 どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。御質問ありがとうございます。

確かに先生がおっしゃるように、第29回の医師需給分科会におきましては、当初、都道府県別、診療科別の必要医師数とのシーリングに関しては、明確にこれを用いるというような方向性では打ち出しておりませんでしたけれども、やはりこの偏在指標が出る中で、それまでに用いていた5都府県というシーリングのかけ方が、愛知県と神奈川県は医師多数県ではないということから、これまでの五都府県のシーリングのかけ方として適切ではないのは明らかでした。その段階で、ただ、何もシーリングをかけないというわけにはまいりませんでしたので、医師専門研修部会で議論の上、この必要医師数に基づいたシーリングのあり方ということを厚生労働省として提案させていただきました。

3月22日の専門研修部会、に日本専門医機構に対して御提案させていただいて、5月14日の専門研修会の議論に機構のほうからも最終的な案を御提示いただいたということになります。

どのように活用されたかということで、17ページ目をごらんいただきますと、右上にございますとおり、2016年、24年、30年、36年と、これは必要医師数を都道府県別、診療科

別で出しているわけでございますけれども、ここから生残率等も加味して、右側でございます必要養成数を計算しております。この必要医師数を達成するためにはどの程度養成されるべきか等は、これは機械的に理想的な値でございますので、それと過去の採用数との差を見ていったわけでございますけれども、今回シーリングとして対象とさせていただきましたのは、四角の「シーリングの対象」というところをごらんいただきたいのですが、2016年の足元の医師数が、2016年の必要医師数、あるいは2024年の必要医師数を上回る都道府県をシーリングの対象とまずさせていただきました。

シーリングの数としましては、その下でございますとおり、今申しあげました2018年と19年の平均の採用数、これまでの現状から、理想的な2024年の必要医師数を達成するための年間養成数との差分の2割を除いた数ということで、今回、シーリングの数をお示しさせていただきました。

ただ、それでも激変になるということで、日本専門医機構との協議の中で連携プログラム等を用いて、診療科ごとに不足している都道府県と、プログラムの半分の期間、研修を受けるような連携プログラムを提案させていただいて、そのような形で、このシーリングがかかった分、幾らか診療科ごとに傾斜はございますけれども、プログラムを設置していただいたということになります。

こういったシーリングのことにしましては、やや唐突だった部分もございますけれども、基本的には診療科偏在、あるいは地域偏在において非常に重要だという認識のもと、我々は提案させていただいて、御批判もありながら、一定の理解もあったと思っております。現在、専門医機構のほうでシーリング協議会という形で各学会からも御意見いただいておりますので、各診療科で必要医師数の算出方法においてより適切な方法はないのかというところは、各診療科の方から御意見をいただきながら、来年に向けて精査しているところでございます。いろいろと御意見いただきながら進めてまいりたいと思っております。

○堀之内構成員 私の理解では、要するに都道府県ごと、診療科ごとの傾向を参考にしたということで、実際にここで出てきた数字に基づいて算出したわけではないという理解でよろしいでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 一応、この必要医師数自体は、シーリングをかけるに当たってベースになる数値として用いております。

○堀之内構成員 あともう一点が、これはあくまでもたたき台というか機械的な試算として出てきたものですが、今後、これをまたさらにリバイズされる予定がおりということでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 先ほど申しあげましたとおり、現在、専門医機構が行っているシーリング協議会を通じて各診療科からも御意見をいただいているところでございますし、三師調査等々を含めて、より新しいデータが出てきた場合においてはそれを置きかえて、より現状に即したものにしていく必要があるかと思っております。

○片峰座長 では、シーリングの件に関して、どなたかございますか。

○平川構成員 日精協の平川ですけれども、精神科についてはたしか、ちょうど石丸前課長補佐がいらっしゃるのですけれども、DPCデータがない中で患者調査から医師数の推定をしたということで、これはまだ検討の余地があるということで、そのまま使わないということをお約束いただいたと思うのですが、日本専門医機構のほうには、既に厚労省のほうからこういうふうに決まったという形でお話が来てしまい、たいへん困った結果、何とか交渉して押し戻したというような印象を私は持っております、今のお話ですと機構のほうで協議して決めたというお話ですが、ちょっと事実と違うのかなというのが1つ。

それから、精神科は精神保健指定医業務というのがありまして、各自治体でその業務が大変で、指定医が不足しているという事態がありまして、精神科医をふやさなければいけないということになるのですけれども、2016年時点で既に精神科医師数はオーバーだというような前回の結果が出ていまして、実態と合わないではないかということも申し上げたのですけれども、それをまた、3月にそういう話があったにもかかわらず、4月のこのシーリングの話にすぐつながってしまったということで、精神科としては全学会が大変憤りを感じております。

今、日本精神神経学会のほうでもどうすればいいかという具体案を検討して、年内には方向性なりをお示ししたいと思っておりますので、来年に向けて性急に決定をしていかないように、特に精神科については御配慮をいただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○片峰座長 私も地元ではめちゃくちゃこの件に関しては責められまして、たくさん不満の原因はあるのですけれども、一つはやはりここで算出した偏在指標、それが要するに正しいのか。正しいか正しくないかという言い方はあれなのですが、妥当なものなのかどうなのかという議論があったのですね。そういった意味では、要するに指標の計算の根拠、恐らく診療科ごとにまたちょっと違ってくるのでしょうかけれども、そういったものをオープンにしていれば大分違うのかなという感じがしたのですが、そこら辺はいかがですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

患者調査等々のデータに関しては公開されているものがございますので、そちらはごらんいただけるかと思いますが、よく御指摘いただいております、公開すべきと言われている研究班が作成した対応表に関しましては、データを取得するに当たっては、公表を前提としないという形での収集でございましたので、我々も研究班との協議を重ねておりますけれども、現状で今回用いた対応表を公表するというのは難しい状況でございます。

ただ、同等にDBCのデータを第三者利用で解析すれば、同等の対応表が作成できますので、これに関しては厚労省としても取り組ませていただいて、できるだけ早い段階でこの対応表に関しては公表できるように、我々としても取り組んでいきたいと思っております。

○片峰座長 ほかに、どうぞ。

○神野構成員 私も座長と同じように、地元に戻ると、何だこれはという話でさんざんだったのですけれども、とにかくこの必要医師数に関しては、17ページの左上にあるように、1から2、2から3、3か4と、みんなこの何らかのたればの条件式によって必要医師数を出しているということを理解させていただいたのですが、この1つのたればが違えば数字が変わるといって、非常に危ないといふか、大変なところなのかなと思っております。さっきのDPCデータ等も含めて、よりこれからもう少し精査していただかなければいけないのかなと思います。

もう一点よろしいでしょうか。ちょっと別なところで、医学部定員の話ですけれども、8ページで、暫定的に2年延ばしたといふのは、ここで多く議論して、医師が不足しているのか、多いのか少ないのかをさんざん議論して2年は延ばすという結論でやっていたわけでありまして。にもかかわらず、10ページを見せていただくと、令和2年度臨時定員数というところで、単に上からで他意はありませんけれども、北海道とか宮城とか山形といったところで大幅にこの臨時定員が少なくなっている。医学部も全然人気なくなってしまって医学部倍率が0.何倍とか、僻地の高等学校ではあるまいし、本当にこんなに必要とされる医師数は少ないのかといふのが、ちょっとここは疑問に思ってしまうのです。

一応確認です。平成31年度と令和2年度の臨時定員数がこんなに減った理由といふのを確認させていただきたいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○扇屋医事課長補佐 事務局でございます。

臨時定員がなぜここまで減ったのかといふところですが、まず、都道府県が臨時定員の増員を望まなかったケースといふものと、あとは都道府県が地域枠を要件とした、臨時定員の設置を要請したけれども、大学が承諾しなかったケースがあると承知しております。今後、令和4年以降の地域枠のあり方を考える上で、このように都道府県と大学で協議が調わないケースが生じないように制度設計をしていく必要があると考えております。

○片峰座長 具体的に、例えば北海道とか山形で何が起こったのかといふことを御説明いただけますか。なぜこれだけ減ったのか。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

個別のケースにつきまして、医師需給分科会で御審議いただくかどうかについては、また先生方の御意見も賜りたいと思っております。実は令和4年に向けまして、どういう形で臨時定員、それから地域枠、地元出身者枠を運用していくか、これは非常に重要な課題でございますので、その中でやはり地元の自治体と各大学が非常に緊密に連携してやっていただく必要があると考えております。

実際は、非常に上手にやっているところと、若干行き違いがあるところとあつて、具体的な地域名は申しませんが、減っているところの中には、両者のコミュニケーションが欠けているようなケースも含まれているのは事実でございます。

なお、全体的な考え方としましては、先ほど担当からも御説明しましたが、やはり地域

枠をしっかりと活用していただくということです。大変申しわけないですが、十分把握できていなかったのですけれども、文科省と連携して調べたところ、地域枠の運用に関して適正に行われていなかったケースがあり、十分地域枠学生の募集が埋まっていなかったということがございましたので、該当する自治体とは、しっかりと確保についての取り組み、それから過去の実績を踏まえて、自信を持って令和2年に向けて確保できるかどうかということを確認しながら申請をしてもらいました。その結果として、トータルとして減っているということですので、そういう意味では今回の数というのは、従来は結果的に一般枠などが含まれた定員であったのですけれども、きちんと地域枠として別枠で試験募集していただく数であります。令和4年に向けては、その点についても議論いただければと思います。

○神野構成員 感想ですけれども、結局、医師少数区域に対して需給を満たすためには、地域枠が非常に有効であるというのがこれまでの議論だったのに、ちょっと残念だったなと思います。厚労省としては、できれば本当に今おっしゃったように、都道府県あるいは大学等との間の仲を取り持っていて、有効に利用していただかないと、全然これは意味をなさないのではないかなと思いました。

以上です。

○片峰座長 今村先生。

○今村構成員 ありがとうございます。1つは要望、1つは質問です。

要望はシーリングの話ですけれども、私も専門医機構の役員でもあり、専門医機構としてはシーリングについては仕組みをころころと変えずに、3年ぐらいは同じやり方でやった上で結果を見て、また見直すという考えを持っておりました。しかし、先ほど事務局からお話があったように、この検討会で審議した医師偏在指標で見ると、従来医師多数地域だと思われていた神奈川や愛知が実はそうではなかったという結果が出ました。

これは非常に、先ほどからいろいろな先生方から意見があるように、現場に混乱を来したというのは間違いのないことですし、それを活用して新たな考え方でシーリングを行うということは、医道審議会の医師専門研修部会で事務局から提案されたということです。しかし、医師専門研修部会の中では、新たな指標の経緯を含め、そこまで細かい議論を十分にできないままに、こういう形で進めるということが決まったと。

したがって、我々がここで偏在指標という新たな考え方で仮定を置いて計算したものが出てきたことにはそれなりの一定の意味があると思っていますけれども、それを二次利用というか、他のものに利用するというのは非常に大きな影響のあることなので、それを公の、例えば検討会などできちんとこういう活用をしたいということをどこかで議論していただいた上で、提案をしていただければよかったですのではないかと考えています。

非常に時間の制約が厳しい中で事務局がいろいろなことを進めていかなければいけないということで決められたことはある程度理解できますけれども、本当にここに参加されている構成員の方々はそれぞれの立場で、強い批判を浴びて、説明をするのにも大変苦労さ



れたと思いますので、ぜひとも今後は十分慎重に取り扱っていただきたいというのがお願いです。

次に質問なのですが、3ページにあります外来医療機能の不足・偏在等への対応というところで、かなり具体的にこの外来医療については書かれていますのですが、現在これの進捗状況がどのようになっているかという経過がもしわかれば教えていただきたいと思います。特に、都市部の診療所への医師の集中ということが議論になっていると思うのですが、もともと二次医療圏単位でこれを見ていくことになってはいますが、都市部の二次医療圏というのは非常に大きい。自分のことを申し上げるのも恐縮ですが、人口180万人ぐらいの二次医療圏で、東京の4つの特別区が入っている中でこういった取り組みをするというのは現実的には非常に困難で、それについての工夫がかなり必要なのだと思いますけれども、今、どのような議論がされているのか、進捗状況等を教えていただければと思います。

○片峰座長 お願いします。

○松本地域医療計画課長補佐 地域医療計画課でございますけれども、こちらの外来医療の計画につきましては、3月末に策定のためのガイドラインを出ささせていただきました、そちらに基づいて各都道府県で検討を重ねていただいている状況でございます。このガイドラインの中でも、仕組み上、二次医療圏単位というのが基礎単位になってはいますが、それよりも細かい単位での議論について、もちろん否定するものではございませんし、必要に応じてやっていただきたいということを書いてございますので、そちらで都道府県によっては対応いただいているところだと思います。

その旨も、都道府県を集めた研修の場で改めてお伝えしているところでございますので、もう少し計画が固まってきましたら、実態がわかるかというふうには考えております。

○今村構成員 今お答えいただいたように、都道府県ではやっただいているのだろうというお話で、現状、まだまだ3月にガイドラインが出たばかりなので、実際上なかなか進んでいないのかなと思います。地域医療構想調整会議等の場を活用してということになってはいますが、地域医療構想調整会議そのものの活性化が議論になっている中で、新たに外来医療のことについて議論が本当にできているのか、できる方向にあるのかということには少し危惧を持っておりまして、できれば国としても、都道府県でどのような進捗状況になっているかということをお早めに把握して、教えていただければと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 お答えは。

○今村構成員 お答えを求めても、そうしますということだと思っておりますので、結構です。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 私は3つほどあるのですが、先ほどから問題になっているシーリングですが、医師多数県である大阪府の医療対策協議会の委員をしておりまして、大阪府の

方からの説明で、例えばプログラムの数の考え方について、機構にこの数でいいですかと聞いたら、機構はこれオーケーですと言った。それで進めていたところ、今度は厚生労働省から、これは駄目なんだと言われて非常に混乱をしていると。

その中で、大阪以外の地域に20%。時間を考えて外で働くということがハードルになっている。しかし、ほかの県では、それを達成するというのは非常に難しいので、プログラム全体の中で採用されないだろうという病院に県外へ行く予定を入れるという空プログラムを作る操作をして20%を達成しているところがあると聞いて、これは問題ではないかと私は思いました。

なので、そのあたりはきちんと厚労省とまず専門医機構で一致させていただいて、本当にきちんと守ってつくって、プログラムの数が達成できるのかどうかということをチェックしていただきたいなということがまず1つです。

それから、先ほど神野越委員からお話のあった地域枠の数が減っているということですが、これは昨年、手挙げ方式は駄目ということになって、実際に手挙げ方式ではなくやろうと思ったら、とてもではないけれども人が入ってきさそうにないので、地域枠の数を減らしたということが多いのかどうか。そのあたりの原因について分析ができていのかどうかということ、これは文科省からのご回答になるのでしょうか。もし分析ができていのだとしたら、どこがということまでは求めませんけれども、どういう理由で減らしたところがどれぐらいあるのかということをしてできれば出していただきたいなと思っています。

続けて済みませんが3つ目ですけれども、ここの分科会の中で、医師の定員数は今後ふやす方向ではないというような方向で話をしてきたと思います。そうしたところ、ことし9月に行われた全日本病院学会で、医師の偏在の問題について、2025年以降はリタイヤするドクターが急増するので、医師の数は増加が抑制されてしまう。なので、医学部の定員増をやめるという話は絶対に間違いだということをおっしゃる方がいらっしやるらしく、これがMEDIFAXで10月に情報が流れていました。9,000人の医師が生まれたとしても、6,000人から7,000人がやめていく。そうすると毎年2,000人ぐらしかふえないということで、厚生労働省が予想しているほど医師はふえないというようなことをおっしゃったそうです。こういったことについて、厚労省として情報をつかんでいらっしやるのかということと、厚労省としてのこういう発言に対しての見解みたいなものがあれば教えていただきたいというのが3つ目です。

○片峰座長 どうぞ。

○扇屋医事課長補佐 事務局です。

2つ目の部分に関して、地域枠をなぜ減員したのかということなのですからけれども、例としましては、先ほど挙げました都道府県自身が希望しなかったということ。あと、大学と都道府県で調整がつかなかった。もしくは都道府県のほうで、なぜやめたのかという部分に関して、将来的な医療需要、各都道府県の医療需要を見越して、今後は必要ないであ

ろうという意見から減らしたといったところを聞いております。

次に、3つ目の報道に関してなのですが、こちらの報道については我々も承知しております。一県一医大構想のころに、昭和48年から56年のころにぐっと医師がふえた部分の方が今、定年退職を迎えるというところについてのお話なのですが、マクロ需給推計の供給数の計算について、医師の加齢に伴う就業率の低下というものを加味しております。ですので、その当時ふえた医師が定年退職することも考慮できています。

今後、本分科会で、この点について一度資料でお示ししたいと考えております。

○山口構成員 2番目のところの地域枠のことについてですが、やはり地域枠に入った学生さんがそこに定着するということからすると、恐らく地方の大学では残ってもらわないと困るということで、地域枠を使うことがとても大事だと、この分科会でさんざん議論してきたことだと思います。ですので、もう一度そのあたりのところをフィードバックしていただいて、本当にそれでいいのかということを再度考えていただきたいということを要望していただければと思います。

○丸山医学教育課長（文部科学省） 文科省医学教育課長の丸山でございます。

大学によりましては、臨時定員は今回要求していないのですが、恒久定員の中で大学独自で地域枠という枠を設けて対応していきたいということを表明している大学も中にはありますので、必ずしも臨時定員の枠を使わずに、大学の、先ほどの表で言うところの下のほうの恒久的の枠の中で、地域の対応をする医師を育てていくということで対応していきたいということを表明している大学もあるということでございます。

○片峰座長 よろしいですか。

○今村構成員 今の話ですが、例えば札幌医大は地域枠8人と書かれていますけれども、もともと半分以上が地域枠で、つまり恒久定員の中にも地域枠が入っていると理解しています。その辺の数字の出し方をもう少し正確に出していただいたほうが誤解を招かないのではないかなと思います。

○片峰座長 はい。

○表構成員 医師少数区域をどうしていくのかということに関連しまして、議論ではインセンティブというような表現があったと思いますけれども、それに関して2点ほど、お願いがございます。質問ではございません。

1つは、「名称が医師少数区域経験認定医師」と決まったというお話ですが、ちょっと名前がダサイかなと言ったら変ですが、もう少しポジティブなメッセージが出る、例えば地域医療貢献医師とかもいかがでしょうか。認定医師というと国から与えるみたいな感じで、若い先生方が本当に活躍したことをあかしにするような名称が私は個人的にはすてきなかなと思います。これは感想でございます。

2点目ですが、これはすごく私は大事だと思っています。2020年度以降の勤務からということで若い先生方が行くとなると、やはり若い先生方にどうプロモーションしていくのか、周知または認知度を上げていくのが重要です。そして、実際にこの医師少数

区域に行った先生方が、本当にこの制度が魅力的に映って、それがドライバーとなっていたのかどうかという、どこかで検証はぜひしていただきたいなと思います。それをさらに広めていくのが理想です。そういった形で、1つプロモーションをやって、それが成果にどれくらい結びついたかというファクトベースできちんとかういうことを展開していくことが大切です。もしそれで実際に少数区域に行くことに対して、この制度が余り魅力的に映らなかったというのであれば、そこである程度の改良または修正が必要かなと思います。制度をつくって終わりではなくて、それをいかに若い先生に刺さるようにプロモーションしていくのかということろまで含めて、ぜひ今後進めていっていただけたらなと思っております。

要望でございます。

○片峰座長 ほかに、どうぞ。

○羽鳥構成員 日本医師会の羽鳥です。

地域枠で、関東のある大学で20を超える方々が行かなかった事例がありますね。今回、その県を見ると、前回と今回で定員の減らしはない。その地域は確かに医師少数区域であるのでやむを得ないのだと思いますけれども、そういうことを二度と起こさないように注意を喚起するということが必要だと思いますので、地域枠の方がどう勤めていったのか、あるいは過去の地域枠と言っていた人たちが行かなかった理由を追及するとか、もうちょっと何か追いかけてもらったほうがいいのではないかなと思います。

それから、先ほどの山口先生の意見の、地域枠の応募が減ってしまったという大学がありますけれども、国公立と私立で違う場合があると思うのです。関西のある私立大学は、ある県に出さなくなってしまったとかそういう事例もあると思うので、地域枠を設定して減った理由とか、そういうのももう少し明確にされていったほうがここでの議論が深まるのではないかと思いますので、その辺も御検討いただきたいなと思います。

○片峰座長 どうですか。

どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

特に1点目に関しまして、地域枠の方々がその後、従事要件に基づいてしっかりと従事していただくための方策についてご質問頂きました。従事要件の履行確保に関しましては、先生にも御参加いただいております臨床研修部会、あるいは専門研修部会でも同様の議論がございまして、臨床研修部会におきましては、地域枠の方を当該都道府県の同意なく他県の臨床研修病院が採用するような場合に関して、補助金減額などの罰則を始めたわけでございますし、専門研修においても同様の議論がされております。

医師データベースということで、今後、医師がどのようなキャリアを踏んでいくのか、個々人を追えるようなシステムを導入しておりますので、そういったところで地域枠の方がしっかりと従事要件を果たしていただけるように、都道府県ともしっかりと連携しながら取り組んでいきたいというふうに思っております。

○羽鳥構成員 2点目の、私立の大学で地域枠を満たさないところがあると思うのですが、そういうことに対しては、調査というのはいかなるのでしょうか。要するに、地域枠の定員が減ってしまったということ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

先ほど来、少し気にしておりますのは、個別の県名とか個別の大学名を挙げて議論していただくのがいいのかどうかというところもあるなと思っております。

今回は、文科省と連携して我々は非常に厳密に精査をしております、基本的にはきちんと別枠で募集定員が埋まるということができそうだというところを認めていっております。先ほどの定員割れするのではないかという御心配の話もありましたけれども、そういうふうにはならないと思っております。

ただし、令和2年、3年は今までの枠を一つの目安として維持するというので既に御議論いただいておりますが、令和4年に向けまして、先ほどの地域枠の定義がそもそも、例えば大学との関係、それから地域でもさまざまなケースがまじって地域枠という呼称が使われておりますので、少し内容を精査し、この分科会の中でもどういうものを地域枠として令和4年以降位置づけて、医師の偏在対策につなげていくのかということも含めて、しっかりとわかりやすい議論ができるような資料を御準備したいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○永井構成員 先ほどの斐先生の医師少数区域の件、私も同じ考えで、これでは認定されたいと思わないと思うので、ぜひここの認定の名前も考えてほしいし、実は、もともと強制配置というところで議論がされていたところが、インセンティブを与えて認定して、行きたいと思えるようにしようということでこちらの方向に変わったと思うのですけれども、下の管理者の評価は、これから研修後、2020年度以降に臨床研修を開始した医師を管理者とする場合に限ると。多分、私も死んでいるし、ここにいる人はほとんどいなくなっている状況の中での話で、変わらないですね。だから、この上側のところがきちんと認定されていかないと、管理者は将来のことですけれども、遠い将来のことであっても、いつまでたっても変わらないという状況なので、ここの認定を具体的にどうするかというのをしっかり検討していかないと、下の管理者の評価だけでは、いつまでたっても偏在は変わらないという状況だと思うので、ぜひ上側のところでしっかり具体案を考えていただきたいなと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 今と同じ19ページで、下のところに一定の病院の管理者としての評価ということの2つ目のところがわざわざ赤字で書かれています。ここに「地域医療支援病院の基本的な役割として、医師の少ない地域を支援することも加えるべき」とされている。これを行うことによって、ここに行く医師がふえるということでこれを書かれているのでしょうか。この意味がよくわからないので教えてください。

○片峰座長 どうぞ。

○堀岡保健医療技術調整官 課が変わって、堀岡でございます。どうぞよろしく申し上げます。

これは「医師の少ない地域を支援することも加えるべき」ということで、地域医療支援病院そのものの役割に、医師の少ない地域を支援することというのが根本的に加えられるべきというのが地域医療支援病院の検討会の議論の結論でございまして、2つの意味があります。

一つは、まず、もちろん地域医療支援病院自体の役割にそういうものが加えられることによって、医師の少ない地域を地域医療支援病院がそのものを支援する。例えば交代で派遣したりといったことが起こることを私たちとしても期待している。

もう一つは、前回の議論では地域医療支援病院の中をいろいろ体系立てて、その中の医師を派遣するタイプの病院の管理者として評価するということが前回の議論だったと思いますけれども、一部の病院をそういうふうにするのではなくて、地域医療支援病院全体が医師の少ない地域を支援するということになったので、地域医療支援病院全部が管理者としての評価の対象となるというふうになった、2つの意味があると思っております。

○山口構成員 わかりました。

ということは、少数地域に行く医師がふえるという解釈でよろしいですか。

○堀岡保健医療技術調整官 もちろんそれも期待しております。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 今後の医師養成数の関係で、8ページについて述べたいと思います。まず、次回から議論するときの1つの資料として、例えば、ここ20年間の病床規模別医師数の増加とか、医師が5人以下の病院が幾ら、もしくは医師が10人以下の病院が幾ら、医師が100人以下の病院が幾らとか、そういう医師数に応じた病院数とか、そういう数字を出してもらいたいと思います。全国では、例えば医師が10人以下の病院がかなりあると思います。そうした病院に医師が1人行けば10%の増ということで、かなりの戦力になります。一方、大きな病院に、例えば、医師が500人ぐらいの病院に10人増えても大した効果はない。過去20年の医師の増加率を見ると、平均よりも増えているのは大きな病院だけで、病床数の少ない病院では、医師の増加率より低いというデータがあります。そういう具体的な数字をもとに議論したほうが実りあるものになると思います。

今、地域枠の話がありましたけれども、まず、医師数全体として10万人当たり、人数だけではないと言われますが、10万人当たりの医師数は幾らを目標にするのか。250人なのか、300人なのか、350人なのかですね。そのときの医療はどんな医療なのか。もちろんそれには医療費がどの程度出せるかというのでもあるのですが、その前に資料を求めたいのは、このままの医師養成数だったら、何年後に10万人当たり医師数がどうなるかという数字ぐらいは出してもらえないかなと思います。

資料を見ていたら、2040年とか50年に10万人当たり医師数が450人とか500人という数字

がぱっと出るようなインターネット上にデータがありました。それが正しいのかどうかわかりませんが、今のままの医師養成数だったら将来的に10万人当たり、2030年、40年、50年にどのぐらいの医師数になるのかというような、議論ができる医師数の全体像を示して欲しいと思います。

もう一つの地域枠に関して言えば、偏在が問題だとすれば、その地域枠の人に偏在解消を担ってもらおうということであれば、さっき述べたように10万人当たり400人という数字が出れば、みんなが大都会に行ってもしょうがない話なので、地域枠を残したまま全大学が定員20名減とか、そのような形も一つの案としてはあり得ると思うので、そういう選択を提示してもらったほうが、個別の人数がどうのこうのというよりは、もっと建設的な意見が出てくるのではないかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

医療体制に関する検討の場はさまざまございますので、なかなか全ての議論をこの分科会でこなせるかというようなご指摘と感じております。

今の御提案の、現状の医療体制を追認した形での医師の動向ということを議論していきますと、これは現在の医療の病院の分化・連携というものを追認した形での必要な医師の議論ということになりかねない面もあります。今までの医師需給分科会の中では、医療需要というものを見込みながらそれに対してどのぐらいの医師が必要かという形で検討を進めていたと思います。ですので、そこはいろいろな議論の進め方があると思いますけれども、どのような形で議論を進めさせていただいたらいいのかは、少しまた座長とも御相談しながら、事務局で必要な資料は準備してまいりたいと思います。

○片峰座長 医師需給将来予測というのはかなり一生懸命ここでやりましたよね。その結果として、要するにいろいろな偏在対策等が出てきているのだと思うのですが、山口さんの御質問の3つ目とか、やはりいろいろなところで将来予測自体が厚生労働省の予測と違うのではないかという議論があるわけですね。そこら辺もきちんと予測をどういう根拠で、要するに、年をとってお医者さんがいなくなるというのも当然あの中には含まれているわけですね。余りこれを蒸し返すとまた混乱するので、そこら辺は明確にしておいていただいたほうがいいかもしれないですね。

○権丈構成員 3点とも意見になるのですが、裴構成員、永井構成員がおっしゃっていたところと同じ資料1の19ページで、ネーミングがよくないよねという医師少数区域経験認定医師。これは地域医療連携推進法人のときなどもそうなのですが、貢献とかいう名前をつけると、それ以外の人は貢献していないのかとかいう意見がいつも出てくるので、だから、これから新しい政策をやろうとするときには、結局余り魅力的な名前にできないという宿命がいつもあるのですね。

きょうは報告事項なので、もうこれは変えられないのかなというのがあるのですが、ネーミングというのは極めて重要なものでありますので、そのあたりを考えていくと

同時に、センスのある褒構成員に通称をつくってもらって、私たちはそれで呼んでいきましようというぐらいのことをやっていかないことには、いつもいつも新しいことをやろうよと前向きにやろうとすると、魅力のないトーンの名前になっていくのは仕方ないのかなということを思っております。

2番目のところで、地域枠というのも大切なのですけれども、研修先というのも極めて重要な話でありまして、ホームカミング・サーモン仮説の中では研修先というのも重要な意味を持っていくことになります。

そこで、今、マッチングというところが資料1の14から15ページにありますように、募集定員倍率を小さくしていくという政策手段によっては、どうも頭打ちになってきているところで、これが将来的には倍率を1.05ぐらいまで下げるといことなのですけれども、この政策手段そのものに今、頭打ち感があるかなというのがありますので、これはもう少し工夫をしていくというような、シーリングのところでは、医師偏在指標という5要素を加味したような形でいろいろと考えていったと思うのですが、そういうのも少し考えて、次の方策を考えていくというのがあっていいのかなというのがあります。

もう一つは本当に大きな感想なのですけれども、私は年金のほうで100年先ぐらいまで長期の試算とかいろいろやらなければいけないのですが、大体みんなが外から言われることは織り込んでいるんですね。そこに、これを織り込んでないだろう、これをやっていないだろうというような議論がでてきて、もう本当にもおかしくなっていくというのがあります。いろいろな形で、将来のことをしっかりと考えていく上でどんなことが起こる、どんな変数がどういうふうになっていくのだという、そして、医師の供給のところでは特別な事情でふえていったところがあり、けれども、それも当然、退職していくということを全部織り込み済みの中でこの前の議論をしていたということは、こういう会議が開かれたからよかったようなものの、開かれていなかったらどうなっていたのだろうかというのがあります。しっかりとした試算をやっている、責任を持って将来のことを議論している人たちというのは、いろいろな世の中の議論に対して随時、ちゃんと証明していくといひますか、ちゃんとやっているのだということを示していくことが大切なのではないかと思っております。

以上、3つの感想になります。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 今回の15ページの指摘のことなのですけれども、先ほど来、例えば地域枠とかを語る時に、もう少し以前に出していただいたような、恒久定員の中の地域枠の数とか、そういったものの情報をきちんと細やかに出していただきたいという意見もあったと思うのです。このマッチングの結果につきましては、私は研修医の試験の委員長とかをやっておりますので、実際に試験を受けている人たちが、地域枠の中でも、今、2～3年前から厚生労働省のほうから、病院のほうに地域枠の人たちを採らないよという形の通達があったり、どの人が地域枠かということの連絡があったり、地域枠の人を間違っマ



ツチングしてしまったらそれに対する連絡があったり、先ほどありましたように、地域枠の人を採ったら病院の補助金を減らすというようなことの連絡もあったりということで、少しずつ病院に対する締め付けというか、そういったものはきちんと働いていると思うのです。

それが働いている中で、15ページの平成29、30、令和元年のところが横棒なのは、実際、地域枠の中でも皆さんが言っているように、まずは恒久定員の中の地域枠、臨時定員の中の地域枠という入り口の違いがあるのが一つ。それから、地域枠の中でも、地域の国立大学を卒業して、初期研修は都内の病院でやってもいい、どこでやってもいいけれども、専門研修では帰ってこなければいけないという枠の人。それから、医学部を卒業してからずっとその地域で研修をしなければいけない人。いろいろなパターンがあるわけですね。

そういった中で、むしろ私が実感しているのは、地域枠の中身が明らかになったことで、その中で初期研修はどこでやってもいいという地域枠は結構、幾つあるかどうかも調べていただきたいのですが、あるのはあって、そういった人たちが、初期研修はいろいろな病院をチャレンジして、また地元に戻るといった動きも、正確に出てきているということもあってこのところは横ばいなのかなとも思うのです。ですから、地域枠ということは支えていく面でとても大切なことなので、あと、先ほどのシーリングの数の根拠とか、いろいろな意味で、この会議とか事務局が出してくださる数というものは非常に影響力がありますので、細かくその辺のところを出していただければなとは思っています。特に地域枠に関しては、先ほど来御意見があるように、それをきちんとした形で確実に見ていかないと、また議論がちょっと違う方向に行ってしまうと思いますので、その辺のところを、本当にいろいろなものが、入り口が違う、それから中にも全然違ってきますので、その辺のところを細かく出していただいて、将来的な見通しを立てていく必要があると思っています。よろしくお願ひしたいと思っています。

○片峰座長 何かお答えはありますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

先生がおっしゃるとおり、地域枠の中でも本当にさまざまございまして、臨床研修期間中の従事要件がどうだということは、毎年、各都道府県で出している従事要件が異なるということもありまして、我々でそれを把握するのは非常に苦勞しているわけでございますけれども、御指摘のとおり、議論していくに当たっては、できる限りそういったデータを出しながら御議論いただくべきでございますので、その辺、努めていきたいと思っております。

また、この臨床研修の偏在という観点でどうなのかということに関しましては、先ほど来、権丈構成員からも御指摘がありましたので、我々としても再度検証してまいりたいと思っております。

○片峰座長 小川先生。

○小川構成員 地域枠の10ページの問題なのですけれども、先ほど大分いろいろな方々か

ら御意見が出たのですが、私も近場のところで、どういう意味でこうなったのかというのは承知をしているところもあるし、ないところもあります。これは都道府県によって意味が全く違うのです。だから、なぜこうなったのかというのがよくわからないところがあります。

私立医科大協会傘下の大学のある一部で、大学も希望をしていて、県も希望をしているのだけでも減らされたというところもございます。そして、随分前に内示はあったのですけれども、うちの大学に大臣から認めますよというのが来たのはついせんだってですから、どこで、どういうファクターで減っているのか、ふえているのか、そして誰が最終的に決めているのかということ、例えば10ページの表だけ出されてもわかりません。どういう内容なのだ、この内容が何なのだということを開示してもらわないと、これは議論にならないと思います。よろしく願いいたします。

○片峰座長 どうぞ。

○佐々木医事課長 今回の御指摘は、個別の都道府県、個別の大学名を挙げてということでしょうか。私どもとしましては、そこまでのことをやるのはどうかということも少し懸念はしております。概略になりますけれども、基本的に今回は、やはりきちんと使えていなかったという大きな問題がございましたので、まずは令和2年度に向けて、大学と各自治体が別枠で募集し、埋めることができるかということを中心に精査したところでございます。

ですので、大学と自治体の協議が調わなかったケースもあれば、今、先生御指摘のとおり、両方とも希望してきたけれども、過去にさかのぼっても地域枠として全然使えてこなかったということを踏まえて、本当にできるのかというところをいろいろヒアリングで確認した結果、明確な答えはなく、とりあえず頑張りますという答えしかなかったなど個別の事例を議論いただくよりはこういうケースがあったという資料は出させていただき、それをどのような形で今後、令和4年に向けて、各自治体や大学の協力を得てやってもらうかということのルールづくりをきちんとやっていきたいと思っております。

○片峰座長 今回の点は大事な点だと思うのですけれども、令和2年度はそういったことでやられたわけですね。問題は、令和4年からをどうするかという議論が今からここで始まるわけですね。それを議論するときの情報として、今、小川構成が言われたようなことがある程度で出ないと、なかなか難しいのではないかとということだと思っております。よろしいですか。

○佐々木医事課長 わかりました。

もし関連であれば、お手が挙がっておりますので。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 ここで、例えば福島48、茨城45、静岡52という、その一つの大学では賄い切れないぐらいの数の、これはある意味、好事例と言ってもいいのかなと思うのですが、少なくなったところもなのですけれども、ふやしたところ、特に例えば静岡は49のところ

が令和2年は52と、またふえているのですね。こういうところを深掘りしていただくのも一つの地域枠の活用としてありなのかなと思います。

○本田構成員 同じことなのですから、私も、出しては困るようなことなのかどうかというのがまず一つ疑問なのですが、できるだけ具体的でないで参考にしようがないです。例えば、好事例もそうですし、問題というか、ちょっと困ってしまった事例も、こういうところを見直したらできるのではないかという事例のためにはちゃんと出してもらうべきだと思いますので、御検討のほどお願いしたいと思います。

○片峰座長 では、まとめて。

○佐々木医事課長 資料の出し方を含めまして、少し検討はいたしますけれども、きちんと議論をしていただけるような資料が必要であるという御指摘だと思いますので、事務局として、しっかり準備したいと思います。

○片峰座長 そろそろ次に移りたいのですけれども、堀岡さんのさっきの御説明、19ページの認定制度というのは、私自身はこれは最初のスタートの形であって、これはどんどん改善されていくべきものだと思っているのですけれども、質問は、この地域支援病院の定義ですね。そこに要するに少数地域への支援を入れるというのはもう決定事項なのですね。その結果として、例えば地域支援病院を辞退するみたいなところも当然出てくるのではないかと思うのですけれども、それも含んで、結局このインセンティブになる病院の数はどれぐらいになると想定されています。

○堀岡保健医療技術調整官 医師の少ない地域を支援するということは、公開の総務課の検討会で既に取りまとめまで至っているものではございます。今のところ、もうそれはつまびらかになっていますけれども、辞退したいとかそういうお話は、聞いてきてはおりません。

具体的に、例えば医師少数区域に毎年1人以上派遣することとかいうふうにやっているわけではございませんので、そういう意味では役割規定として入れているので、余り大きな、100病院、200病院が辞退するというようなことにはならないのではないかと事務局としては思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 地域医療支援病院については、基本的には診療報酬上の加算等もあるので、そんなに辞退はしないのではなからうかと思えます。

先ほどの課長の答弁についてですけれども、現状を是認するという点で質問したわけではなくて、今のまま医師の養成数を続けたらどうなるかということがわからないと、医師養成数を減らすか、減らさないかというのもわからないと私は思うから質問したのであって、現状を是認するためのデータではなくて、今のまま医師養成を続けたら、どのような想定をされているか。特に2030年以降に需給がマッチングした後、今のままの養成数であれば需給との乖離はものすごく拡大するものと思います。それから、2030年に需給が均衡するとすれば、その後に、どの程度今のうちから医師の養成を減らしておかないと医師の

過剰になるのかという議論の参考になると思います。

大きな病院にたくさんの医者が今、行っていますので、それを少しでも小さな病院、地域にシフトすれば偏在は改善する。地域の医者が5人とか10人のところは、すごく戦力アップになる。5人のところに1人増やすだけでも20%の戦力アップ、そういう点も含めて議論すべきだというふうに思って質問したところです。

○片峰座長 それでは、最後に山内さん。

○山内構成員 1点だけお願いなのですが、この医師少数区域経験認定医師ということに関して、当事者である若いこれからの医師にきちんと教えてあげてほしいのです。私が心配しているのは、一つは、これを知らなくて実際に、でも、若いときから管理者になろうというキャリアを目指している人はそんなに少ないと思うのですが、いざ管理者になろうとしたときに、例えば、女性医師で働いていて、子供がいて、そのときに、これがなかったから行かなきゃというのが、簡単に6カ月行けるものではない現状があると思うのですね。

ですから、短期間の断続的な勤務の積算も可能としていただいたのですが、それでもやはり、ただでさえ日本の中で女性の管理者というのが物すごく少ない中で、女性が管理者になることを阻むようになってほしくないのが、なかなかそこは難しいところではありますけれども、当然これから医師の働き方改革が起こって、男性医師も子育てに参加してくれば女性医師は行けると思うのですが、そういったところも含めて。ただ、若い当事者である医師がきちんと知らないで、後でこんなこと知らなかったということがないようにしていただきたいと思います。

地域枠もしかりだと思うのです。地域枠も、最近是非常に地域枠のことを厳しく言われますのでそういうことはないのですが、地域枠が始まって当初のときには、そんなこと言われていなかった、そんなつもりじゃなかったという実際の医学生の声もたくさんありました。ですから、その辺のことを医学生や若い医師にきちんと伝えていくようなこともしっかりと試みていただければと思います。

○片峰座長 答えられますか。よろしいですか。

○佐々木医事課長 きょう、さまざま御指摘いただいた件につきましては、しっかりと事務局のほうで資料を準備させていただきたいと思います。

○片峰座長 それでは、次の議題に移ります。

次は、「海外医学部を卒業した医師の動向」の御説明をお願いいたします。

○扇屋医事課長補佐 ありがとうございます。

それでは、次に、事務局より、資料2について御説明をさせていただきます。

資料2「海外医学部を卒業した医師の動向」についてです。

まず、お聞きいただきまして、今回御議論いただく理由についてですが、平成28年と平成31年の医師需給分科会にて、日本国籍であるけれども海外医学部を卒業した医師数が増加してきている状況について御指摘がありました。一方で、国内の臨時定員数に関

しましては、より厳密に運用する方針としていますし、また令和4年以降の臨時定員設置について、マクロ需給推計、医師の働き方改革、医師偏在対策の進捗を踏まえて議論することとしています。そのため、海外医学部卒の医師が多く流入してきている状況が、国内の医師の需要と供給のバランス、医師偏在対策に影響を及ぼし得るということで、今回議論していただくことにいたしました。

3 ページ目は、国内医学部入学定員のこれまでの年次推移になります。

続きまして、4 ページ目、海外医学部卒業生の医師国家試験合格者数の推移です。まず、黒の折れ線グラフが合計数になりますが、右肩上がりが増えてきておりまして、直近では95名、国家試験に合格しております。国籍別に色分けしておりますけれども、赤の折れ線が日本国籍のもので、平成25年から増加してきております。青と黄色は中国、韓国の国籍のもので、大体横ばい、もしくは緩やかに増加という傾向が見てとれます。

次に5 ページ目、外国医学部卒業生による日本の医師免許取得の流れについてです。本試験認定、予備試験認定というものがあまして、詳細は6 ページ目にまとめております。

次に7 ページ目、海外医学部卒業生の本試験認定者数の推移について、学校の所在地別にまとめております。合計数としては右肩上がりですけれども、ハンガリーの医学部を卒業し、本試験認定を受ける学生が増加してきていることがわかります。

次のページですが、予備試験認定を受けた者の推移です。年ごとに人数にアップダウンがあります。また、中国の医学部を卒業した者がほとんどであることがわかります。

続きまして、9 ページ目、国家試験を合格した後、臨床研修病院はどこにマッチしているのかということをもとめております。まず、日本国籍の医師について、左上の円グラフですけれども、臨床研修病院を充足率別にまとめております。黄色の部分で90～100%充足している病院ですけれども、そこに全体の46%がマッチしています。真ん中の円グラフですが、大学病院、その他の病院で分けましたところ、36%が大学病院にマッチ。右側の円グラフは、全体の学生の就職先と比較しても同じような傾向が見てとれます。

続きまして、下側の都道府県別ですけれども、28%が東京都、大都市圏の割合は44%と、都市部に就職する傾向があります。その中で茨城県が突出しておりますけれども、17人マッチしております。

次のページです。同じデータのとり方を外国籍の方について行っております。左上の円グラフですけれども、半分以上が90～100%充足するような病院にマッチしていること。また、真ん中の円グラフですが、31%が大学病院。そして、下の都道府県別ですが、都市部に就職する者の割合が44%となっております。

次のページ、専門研修病院についてです。全体の23%が大学病院を選んでおります。その比較の右側の円グラフですけれども、全体の58%が大学を選んでいることと比較しますと、割合としては低いことがわかります。

次に、下側の都道府県別を見ますと、大都市圏を専門研修先として選んでいる者が35%

となっております。

おめぐりいただきまして、12ページ目です。ここで諸外国での外国医学部卒業生の処遇についてまとめております。まず上段、アメリカですけれども、アメリカは基本的には自由競争です。そして、マッチングの受け入れ枠数は厳しく制限されておりまして、結果的に外国人医師が地方勤務・不人気の診療科で診療している現状があります。また、3つ目のポツですけれども、ビザの種類を変更するとき、2年間本国に帰国する義務がありますが、この帰国義務を免除するシステムがありまして、条件としては、医療資源の少ない地域で働くこととなっております。

次に、カナダについてですけれども、カナダの医学部卒医師と別枠でマッチングというふうになっております。そして、この採用枠数はごく少数でありまして、さらに、採用されても研修医終了後に僻地勤務をすることに同意を求めるシステムを採用しております。

それでは、13ページ目ですけれども、これまでのまとめをしております。

現状として、海外医学部卒医師が増加傾向であり、直近95名まで増加してきております。

課題といたしましては、冒頭説明しましたとおり、国内の医師の需要供給バランス、現行の偏在対策に影響を及ぼし得るということです。

方向性として2つ提示させていただいておりますが、1つ目が、マクロ需給推計の医師供給数に海外医学部卒の医師数の将来的な伸びを反映させてはどうか。2つ目に、諸外国の例を参考に、海外医学部卒医師への対応についてどう考えるかです。

資料の説明は以上になります。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは御意見を。

今村先生。

○今村構成員 ありがとうございます。

海外医学部卒業生が年々増えているということですが、資料に国籍別のデータがあって、156人というN数になっているのですけれども、海外医学部卒業生というのは、私は日本人が外国の医学部に行って、そこを卒業してというイメージだったので、資料を見るとそもそも外国の方も含まれているようなのですが、そこはどのように区別をされているのですか。

資料の10ページの外国籍の海外医学部卒というのは、つまり外国人が日本に来て医療をやっている医師という意味ですよね。それが、冒頭の海外医学部卒業生という中に入っているのか、入っていないのか。つまり、日本国籍、外国籍をあわせて海外の医学部を出ている卒業生というデータなのか、それとも海外の医学部を出ている日本人ということでこのデータを出されているのか、区別がわからないのです。

○片峰座長 はい。

○扇屋医事課長補佐 まず4ページ目の国籍別のグラフに関して言いますと、日本国籍の方、外国籍の方を合わせての集計になります。

○今村構成員 4ページは合わせてになるわけですか。

○扇屋医事課長補佐 合わせてになります。

恐らく9ページ目と10ページ目のことについてだと思のですが、9ページ目に関しては日本国籍の方でまとめております。10ページ目は外国籍の方だけでまとめております。

以上になります。

○今村構成員 ありがとうございます。

私の頭の中では、日本人の高校生が海外の大学の医学部に行って、帰ってくるというイメージだったのですけれども、そうではない方も156人ということは相当数いるということですね。

10ページのデータ見るとNが156人となっています。

○扇屋医事課長補佐 お答えいたします。

N=156というのは、2004年から2016年のデータを合わせたものです。

○今村構成員 延べで合わせた人数ということですか。そうすると、4ページの平成30年度という中には、もうほとんど無視できるほど少数しかいないという理解でいいということですね。

○扇屋医事課長補佐 4ページ目を見ていただきますと、赤の折れ線グラフが日本国籍の方で42名になりますので、95から42を減らした数ですね。53名が外国籍の方となります。

○片峰座長 ほかによろしいですか。

どうぞ。

○山内構成員 今の今村構成員から、実際にこの10ページのところを見ていただくと、個人的な地域を言ったらあれですけれども、例えば北海道とかはここに5名ほどいたりすると思うのですけれども、とある病院では、中国からの医学部の卒業生を定期的に引き受けて予備試験を受けさせて、あと、日本の病院の研修になれさせて、それで当院の研修医とか、当院の専門プログラムとかに応募してくる方々も最近非常にふえてきています。

ですから、外国の医学部を卒業したということで、私たちが語っている、今ままで話してきた医師時給のプラスアルファということでは決して無視はできない数なので、そこも含めた上での議論を、もちろん日本国籍か外国国籍なのかを分けて話すかどうかということも全て含めまして、考えていかなければいけない現状だと思っています。

○今村構成員 ちょっと今の御発言に関連してお聞きしたいのですが、そういう外国籍の医師は、そのまま日本に定着して日本で医療をやっていかれるのか、あるいはいずれ帰国されるのか、そういう傾向はわかっているのでしょうか。

○山内構成員 それは御本人たちそれぞれによって違いますし、あとはビザ、いわゆる永住権がどうなのか。私、実際、先ほどアメリカの現状がありましたけれども、アメリカはそういった意味で、みんなビザですごく苦勞をするのですね。というのは、その2年間のツー・イヤーズ・ルールというのがあって、アメリカでは、研修医のマンパワーとしては外国人の労力にたくさん入ってきてもらってウェルカムという形で、もちろん診療科とか

地域とかのコンペティションがあつて、外国医学部を卒業した人はそういうところにしか行けない、そういうところでしか採ってくれないという現状はあるのですけれども、そのかわり、研修が終わった後に普通の一般の医者になると物すごく給料が違いますので、研修が終わった後にそこには残ってほしくないというのがあるのか、ツー・イヤーズ・ルールといって、2年間必ず自分の国に帰らされるのですね。それをウェーバーといって、その義務を外したいがためにとか、グリーンカードが欲しい、永住権が欲しいために、みんな日本人の先生たち、私たちが知っている方々でも頑張つて地域のエリアに行ってファミリープラクティスをやったり、あと、VAホスピタルという退役軍人の人たち、いわゆる軍人さんたちを診る公立の病院があるのですけれども、そこはアメリカ人の医者が行きたがらないところではあるので、そういう病院に行つて何年間か働けば、ツー・イヤーズ・ルール、2年間の足かせを取つてあげて、しかも、ビザをあげますよということがアメリカでは普通に行われているので、外国人の医師はみんなそういうので、かなり地域とかVAで働いている人は多いです。

実際、日本人の私が知っているドクターでもそういった形でビザを、いわゆる永住権をもらつたりとか、ウェーバーしたりという形でやっている。

○今村構成員 アメリカが制度としてそういう仕組みでやっておられるのは今のお話でわかりましたけれども、日本の場合は、全くそのようなルールはないので、御本人次第だということですね。

○山内構成員 私は残念ながら、日本の永住権とか、日本のそれがどうとれるのかという詳しいところはわからないのですけれども、その辺のところも含めて、今後どうしていくかというような、極端に言つてしまえば、アメリカのような制度を導入していくのかというところの議論を始めなければいけない。まず、現状、永住権のこととかビザのことを、もしどなたかわかれば教えていただければと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○土岐医事課長補佐 今、手元に資料がないので詳細は確認しなければと思つておりますが、日本の在留資格に「医療」という在留資格がございまして、医師の場合は、その「医療」という在留資格であれば、更新の必要はありますけれども、基本的にはずっと日本にいられると。恐らくそのそういう選択をされる方もいらっしゃるだろうと思います。

○片峰座長 羽鳥さん、どうぞ。

○羽鳥構成員 7ページ目にハンガリーの例が出ていますけれども、ネットで見ると、スロバキアとかブルガリアとかチェコ、などの東欧からの募集がありますね。その大学では、医学部といつても定員が1大学1,000人ぐらいの医学部で、もちろんシビアなセレクションがあつて、実際には卒業するのは半分ぐらいかもしれませんが、そういう事例が、質はどうなのかとか、もちろん国家試験に受かるぐらい厳しくトレーニングを受けてきていらっしゃるわけですから、ある程度保証されているのですけれども、そういう検討というのは文科省とか厚労省も、質の担保とかその辺は問題ないと考えているのでしょ



か。

○佐々木医事課長 今回の御指摘の点でございますけれども、今回はとりまとめたデータをまずお出ししたということでありますので、質の点までは検討していませんが、今回の95名の方については、医師国家試験を合格しておられる方ですので、一定程度の質が担保されているという理解でございます。

○片峰座長 はい。

○山内構成員 質という言葉を使っていいかどうか、一応医師国家試験は受かっているレベルと、あともう一つは、日本人でありながら、皆さん外国で英語で勉強してきて、うちは結構そういうところからの受験生が多いですね。そうすると、やはり英語の能力というものは、日本の医学部を出た人たちより、当然、英語で勉強してきていますのですぐれているということと、もう一つは教育の仕方が、国によっては違うでしょうけれども、例えばディスカッションとかをさせると、プレゼンテーション能力とかディスカッション能力とかの教育は海外の方がすぐれていたりする場合がありますので、質というか、そういった面で十分コンペティティブであり、しかも、日本の医学部の学生よりは、もしかしたらこれからの国際的な場面で活躍してくれる人材になるかもしれない人たちもたくさんいらっしゃると思います。

もう一点は、海外の医学部の、これから実際本当にふえてくると思うのです。というのは、海外の医学部のほうが学費が安くて生活費も安いので、地方から東京の医学部に出てくるよりも、かなり総合的にお金がかからずに卒業できるということもありますので、多分、これからそういった方々がふえてくるというのは考えていかなければいけないと思っています。

○羽鳥構成員 日本だと100名ぐらいが定員なので、1,000人とかそういう定員でどうやってやっているのかなというのが気になったので。

○山内構成員 済みません。その中身まではわかりませんが、多分、中でコンペティションが起こって、ずっと残れないという現状がある大学もあるとは聞いております。

○片峰座長 山口さん。

○山口構成員 私もこの問題を知ってからいろいろなところで聞いていますけれども、優秀な方が多いということは確かに私も聞いています。

私が今、耳にしている範囲では、その前に、いろいろな国からという話でしたけれども、95から42の日本人を引くと53人で、そのうちの39人が中国と韓国ということからすると、それ以外の国は4名しかいないということになるかと思えます。

問題になっているのがハンガリーの問題で、私が聞いているのは、ハンガリーと医学部だけではなくて幾つの分野において安倍総理が調印をされて、その結果によって協定が結ばれたというふう聞いています。それによって民間の仲介業者が学生さんを募集して、いろいろなことを全部仲介しているということなので、ハンガリーに関しては減っていくことはなくて、きちんと確保して、これから継続していくのだろうなということを考える

と、これからの医学部定員とあわせて考えていく必要があるのではないかなと思っています。

1つ質問は、先ほどアメリカとカナダの例が諸外国ということで紹介されましたけれども、これはアメリカ人がほかの国の医学部、あるいはカナダ人がカナダ以外の医学部を卒業して戻ってきたときという、今日本で言っている想定ハンガリーと同じような状況での情報なのか、それともほかの国籍の方がアメリカやカナダで働く場合ということなのか。その前提が違ってくると、この先考えるときに違ってくるかなと思いますので、そこちょっと確認させてください。

○片峰座長 お答えをどうぞ。

○扇屋医事課長補佐 事務局です。

12ページ目で挙げさせていただいている外国医学部卒業生という定義なのですが、日本人でハンガリー医学部を卒業した、そういったケースもこの外国の医学部を卒業したという条件に当てはまりますので、アメリカ人であっても、ほかの国の医学部を卒業すると、この外国医学部卒業生扱いになります。

○山口構成員 ということは、どちらが多いとかそういうことはわからないですか。例えば今、53人中、日本だったら、日本国籍の人が多いというのがあるわけですがけれども、アメリカで外国から入ってきたというのは、どっちが多いとかそういうところまでのデータは出ていないのですか。

○山内構成員 正確な数はわかりませんが、私が知っている範囲では、アメリカでも医学部に入るのが非常に厳しかったときは、バージンアイランドの医学部とかに行き、それでアメリカ人で研修に戻ってきている人たちは、何人かの割合でおりました。ただ、今、PAとかDOとかほかの職種もふえてきているので、少しずつそういったものは減ってきているのだと思いますけれども、正確な数は多分どこかで調べられると思いますので、そのパーセンテージは調べていただければと思います。

もう一つ、12ページの上のところは、マッチングの受け入れ数に関しては厳しく制限されているので、本当にこれは自由競争なので、例えば病院によっては、アメリカ人だけでも、バージンアイランドの医学部を出てきて、その人がよければ採るし、日本人だけでも、頑張っていそうで成績がよさそうに見えたら採るしとか、その辺は全く外国の医学部を出たからということではなく、本当に自由競争の中で、ただ、やはり外国の医学部を出た人は、面接などいろいろな評価的には割と不利になって、なかなか競争を勝ち抜いて人気がある診療科に入るのは厳しいという現状があります。

それから、3つ目のポチのビザに関しては、アメリカ人でアメリカ国籍を持っている人がバージンアイランドの医学部を出て戻ってきたときは、ビザはアメリカ人ですから、そのまま働けるわけですから、ビザの制限とかそういったことに関する制約は、アメリカ人の場合には全くないけれども、外国人の場合は非常にそこで苦労しながら、地域に貢献しながらビザをとっているという状況です。

○片峰座長 どうぞ。

○戒構成員 13ページに対しての率直な私の意見になります。方向性の部分ですけれども、いただいた資料を拝見しまして、海外医学部卒業の医師数は、将来的に今後伸びていく可能性が多いのかなと思えば、これは反映させたほうがいいのだらうなと思っています。

いただいた資料の4ページにありますように、95名の方が直近の国家試験に合格されている背景を考えると、それが医学部1クラス分に値するということではあるので、国内で頑張っている医学生の方もいらっしゃる、マッチングも苦労されているとは思いますが、そういった方々と公平というか、平等というか、同じ土俵で研修とかをやっていけるような環境があったほうがいいのではないかなと思います。

以上です。

○片峰座長 どうぞ。

○堀之内構成員 堀之内です。

私も指標に反映するという方向は賛同なのですけれども、今、この海外医学部にいらっしゃる方は、多分大きな決断をされて海外にいらっしゃると思うのです。結局、日本の医学部ではなくて海外医学部を。その方々が既に海外で学習していらっしゃるわけですから、経過措置というか、指標に基づいて何かしら制限を加えたりということが発生する余地があるのであれば、やはり周知をして、知っている方に対して対応するところは、まずは定めたほうが安心かなと思います。

○片峰座長 はい。

○神野構成員 以前に医師国家試験のほうか、医師臨床研修のほうか、別な部会でもこの話が出たときに、もう今は日本の医学部は大丈夫ですけれども、前は実習時間の関係でアメリカのE何とかかかんとかが取れなかったのですね。にもかかわらず、ハンガリーはその時点で既にアメリカの国家試験受験資格のある医学部だったということですので、教育内容としては、私は問題ないのではないかと思います。それは米国が認めているという形です。

まず、医師偏在対策ということからすれば、入ってきていただいた方々に対して、臨床研修は1.1倍、専門医はシーリングの範囲内でひとしく戦っていただくということで、偏在対策としては、そのまま入れて問題ないだろうと。

先ほどからお話があるように、医師需給のところはどうするかという話になるわけですが、これはやはり今後の話をすると、医師需給のところでの全体の医学部定員とか、あるいは地域枠のところには何らかの指標として入れざるを得ないのしょうねというのは、先ほど来、皆さん、お話ししたとおりなのかなと思います。

日本人の話もありますけれども、あと、相当数として中国人とか韓国人の方もいらっしゃる、それでも日本の医師国家試験を通ったのだからいいんじゃないのという考え方がありますが、ここを指標化するのは大変難しい。各国の状況によって大分変わってくるのではないかなという気がして、その辺のところは頭のひねりようなのかなと

思ってしまうます。

以上です。

○片峰座長 5ページに資格認定までのプロセスがありますね。これは大きく2つの流れがあって、外国の医学部を卒業した後、外国の医師免許を取った人たちのルートと、外国で医師免許を取らずに真っ直ぐ日本の国家試験を受けるルートとあって、日本国籍の方はほとんど一番下なのですね。外国籍の方は恐らく上のほうでいっていると思うのです。この2つをやはり少し。

違いますか。私の理解は間違っていますか。

○扇屋医事課長補佐 事務局です。

日本国籍を持っていて、例えば今挙がってきていますハンガリーに関しては、上側の本試験認定のルートをとって入ってきているのがほとんどと聞いています。

つけ加えさせていただきますと、本試験認定になるのか予備試験認定になるのかというのは、国籍が問題ではなくて、卒業した医学部がどうかというところで決まります。

○片峰座長 そうすると、海外で医師免許を取って、さらに日本に来られる日本人の方もおられるわけですね。そういうことですね。

○扇屋医事課長補佐 はい。

○片峰座長 ハンガリーの場合は一番下ですか。

○扇屋医事課長補佐 一番上ですね。

○表構成員 私も構成員の先生方の御意見にほぼ同意で、ただし、より精緻なディスカッションするために、もし可能だった2つの情報をいただきたいと思います。1つは、今、地域偏在のデータがございましたけれども、海外のドクターの方々がどういった診療科に行かれているのかというデータは今後必要かなと思います。母集団が少ないので何とも言えませんが、それともう一つは、特にハンガリーを含め、かなりの伸びが期待されておりますので、となると今、現状で、海外の医学部で勉強されている学生の数も重要な数字だと思います。なかなか把握は難しいと思いますけれども、見込みでも構いません。先ほど山口構成員のお話にありましたように、今後増えるだろうとなりますと、この伸びがこのままの予想範囲だったらいいですがけれども、どんどんさらに上がると、それこそ議論が追いつかない可能性がございますので、そこら辺の近未来を予測する何らかの数値があれば、いただきたいなと思います。

○片峰座長 何かお答えありますか。

では、ほかに。

○中島構成員 済みません。場の空気を読まない意見だと思うのですが、以前、海外医学部を卒業された医師とお話をするのがあったのですが、海外の学びの中で大変だったこととして、自分の聞きたいことではなく、患者の言いたいことを聞く訓練が本当にできるようになるために、すごく訓練が大変だったという意見を伺って、すばらしい教育を受けているのだなと私は実感したことがあります。いろいろな国でいろいろな教育を受

けた医師が国内で働いていただいて、影響し合っていくのも、今後の国際的な医療をやっていくには必要なのかなと私は思います。

海外枠をつくるわけでは、そこまでは意見はしませんけれども、何らかの配慮があってもいいのかなというのと、あと、地域でお金がなくて海外だったら行けるような学生もいるというところも、ちょっと配慮していただけるといいかなと思いました。意見です。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 情報としてですけれども、ハンガリーで医学部を卒業した人は、単にそこでの医師免許だけではなくて、EUでの医師として働けるといふ免許を持っている。さらに日本に来て、また医師国家試験に合格するというルートだと聞いていますので、きちんとしたある程度のレベルに達しているということなのだと私は解釈しております。

○片峰座長 はい。

○永井構成員 私もちょうと情報として、ハンガリーに愛媛から行った学生さんがいて、見学に来ました。その人は、やはり国立大学の医学部はなかなか難しい。でも、私立はお金がないというところで、ハンガリーだと行けるといふことで行って、日本に1回帰ってきて、今、日本で初期研修をしているのですけれども、将来は海外で活躍したいということで、英語もしっかり勉強してやっているすごく優秀な子です。

もう一つは、今、うちは東大から研修医が来ている。東大の初期研修のプログラムで来たのですけれども、台湾大学の医学部を出て、小児科でもう8年9年やっていて、これから自分の次のフィールドは日本でプライマリ・ケアをしたいということで、台湾で全然活躍できるのだけれども、わざわざ国家試験を受けて東大のプログラムで来たのですが、もう超優秀で、すばらしい先生でした。だから、そういう優秀な人が日本に来てくれたり、活躍してくれたりするというのは、全体の人数として一応カウントをきちんとしていかなければいけないと思うのですけれども、余りアメリカのように制限しないほうがいいのかというのが個人的な意見です。

○片峰座長 どうぞ。

○堀之内構成員 堀之内です。

先ほど表構成員がおっしゃった2番目のところで、把握するというのは非常に重要だと思ひまして、私はがんセンターにおりまして、教育研修を担当していますけれども、海外からこういう方の問い合わせをいただいて、某国の医学部を卒業して、医学国家試験を通過して、日本国家試験も多分何とかなるのだけれども、がんセンターで研修させていただかないかというお問い合わせが来て初めて認識したというぐらいです。もうちょっと、今ここでやっているような議論を彼らにしっかりお伝えするという意味でも、その存在を把握して、どこにどのぐらいの方がいらっしゃるかというのは、大変だと思うのです。恐らく厚生労働省のホームページは見ていないと思うのですよね。ですので、やはりそこはどうかしないといけないというのは感じます。今みたいに自発的に問い合わせがあつて初めて把握できるという状況だと、ちょっと難しいなと思ひています。

○片峰座長 森田先生。

○森田構成員 何も発言しないのも申し訳ないので、感想だけ述べさせていただきます。今の海外の医師の話について情報提供だけさせていただきますと、EUが市場統合したときに資格の共通化を行いました。そのときに調べたことがありますけれども、医師の資格というのは大変な問題になっております。例えば、ドイツの優秀な学生が、優秀でない学生のほうかもしれませんけれども、例えば、ポルトガルとかスペインで資格を取ってきて、ドイツで開業をしていいのかというような議論がさんざん行われておりました。結局、それでもいいというのがEUの結論ですし、そのためにミニマムのクオリティーをきちんとEU全体として管理していこうということになりました。

その結果、何が起きているかということ、実は先月、私はギリシャに調査に行っていました。何の調査かということ、財政破綻しそうになったときに医療、社会保障に何が起ころか。先進国では数少ない最近の例だと思いますので、調べてまいりました。調査結果については申し上げませんが、やはり財政が厳しくなって、政府のほうで一定の歳出削減を実施したときに何が起こったかといいますと、高いお給料を取っている先生方は他の国にどんどん出ていく。

そういう形で、医師のマーケットというのも国際化してくる時代だと思います。その中で、日本のマーケットだけで、あえてこういう言い方をしますけれども、需給調整をするということは非常に難しい話であると思います。むしろ人為的にコントロールするよりは、市場に任せておくという形にせざるを得ないのではないかと思います。

これは皆保険制度のもとでそんなにうまくいくかどうかはわかりませんが、だんだんそういう形になってくる。日本でも、海外留学の経験のある優秀な先生、海外で資格をお持ちの先生方は出ていく可能性がありますし、先ほどのアメリカの場合は、地域でお医者さんが足りないときに外国籍の人を、ビザをてこにして地域医療に従事させているという仕組みだと思います。日本の医学部に留学生が来るならば、地域枠と留学生枠を重ね合わせたような制度というのも考え得るのかもしれませんが。

いずれにしても、1点目はそういう意味でいいますと、海外からの趨勢というのは如何ともしがたいと思いますし、むしろガラパゴス的に閉じこもってしまうというのは、これからいかなものかという気がいたします。

2点目はきょう全体の感想ですが、海外の医学部にどれくらいの学生がいて、日本に戻ってきてという数字を把握するというのは重要ですが、実際問題としてそれはかなり難しいと思います。どうしても推計の精度が落ちざるを得ないと思います。

ここでの議論、久しぶりなのでだんだん思い出してきたのですが、そもそも需給について、全体として多いか少ないか、どうするかという話をしていたわけですが、一番初めの結論としては、もう上限はこれ以上上げないということで、むしろその上限の下で地域偏在をどう解決していくかという形で議論が進んできたと思います。

実際問題として、多分ことしは出生が90万人を切ると思いますけれども、毎年毎年、30

万、40万、50万人口が減っていくわけです。50万だとしますと、10万人当たり250人だとしても、1,250人供給が過剰になるという計算になります。そういう状態の中で需要、総枠をどう考えるかということと、その中で次に偏在をどうするかということで、これまた非常に細かい数字を計算していただいて、それに基づいて調整をしようという話になりました。

そして、その後、調整するためのツールとして、都道府県に大きな役割を期待すると同時に、地域枠の仕組みをがっちりやろう。あるいは新しい仕組みとして認定制度を入れようということにしたと思いますけれども、議論の順番として、ある前提の数字を置いてそこから先の議論を進めているときに、もとの数字が問題ではないか、おかしいのではないかという議論をしていると、なかなか議論が収集しないのではないかと懸念いたします。したがって、外国人の枠というのはまた一つの混乱要因になりかねないのですけれども、それをきちんと一定の仮定を置いて組み込む、あるいは最初からそれを除いた形で議論するということである程度了解を得ておきませんと、繰り返し繰り返し議論が転回してしまうのではないかと思います。

長くなりましたけれども、最初の報告に関して言いますと、今回はどうなるかということで様子を見るということですし、認定制度にしましても、これは動き出すのがまだ先の話ですから、本当に私が生きているうちにはこれが効果を発揮するとはとても思えないわけですが、高齢化のピークが大体2040年になりますし、そういうことを考えたときに、そのツールが本当に有効に機能するかどうかを検証していく。そして、その都度ツールのほうを変えていく。数字のほうを変えていくというのは余り生産的ではないというのが、今日の議論を聞いていて感じたところです。長くなりました。

○片峰座長 ありがとうございます。

ほかに、どうぞ。

○小川構成員 ちょっと今日の議論と外れてしまうのですが、海外の医学部を卒業した医師のことを議論するのも極めて重要なのですが、この医師需給の検討会がスタートをしたときにファクターに入っていなかったのが医師の働き方改革です。途中で医師の働き方改革が出てきて、そうしますと、一番最初の医師需給のバランスの数の問題から考え直さなければならないわけです。

その中で、実は今、森田先生もおっしゃいましたけれども、人口減の問題があります。人口減ということは患者減なのです。岩手県を一つ例にいたしますと、9つの二次医療圏があります。盛岡医療圏を除いて全て医師不足県で、圧倒的医師不足県です。全国でトップの医師不足県になっているわけでありましてけれども、その中で半分ぐらいの二次医療圏は、土地は広いにもかかわらず、病院は総合病院が一つしかないところが半分以上です。

それで、この問題を、医療局に調べさせましたところ、今の時間外労働規制の中で年1,860時間を超えてはいけないというのがありますけれども、1,860時間を超えているところはないのですよ。ということは、要するに、人口は減ってきている。患者は減少してきているから、1,860時間を超えてまで頑張らなければならない病院は少ないのです。

ただ、問題は、その下にある義務部分です。義務というのは、連続勤務時間制限が28時間。そして、勤務間のインターバル、要するに休み時間を9時間確保しなさいと。これをそのまま義務にされると、医師需給が全部壊れます。　ということはどういうことかという、そういう病院は1診療科当たり1人か2人か3人ぐらいでやっているわけで、一次・二次救急をやってしまったら、次の日の外来はできない。あるいは回診はできない。あるいは外科系であれば手術はできないということになります。こちらのほうが医師需給に関して非常に大きな問題になりつつあるわけです。これをここでも議論をしなければならぬし、医師需給の検討会で議論を進められて、それが決まってしまうたら大変なことになるのだということを、医師需給の観点から申し上げなければならないのではないかなど私は思っております。これを議論の一つのテーマにさせていただかないと、医師需給すら意味のない議論になりかねないと思いますので、ぜひよろしくお願いをしたいと思います。

○片峰座長　それでは、最後に事務局から。

○佐々木医事課長　ありがとうございます。

きょうさまざまな御指摘いただいた点に関しましては、しっかり事務局のほうで資料を準備して、次回以降、議論していただきたいと思っております。

なお、働き方改革に関しましては、働き方改革の推進に関する検討会というのをやっております、その場で議論しているところでございます。当然、今回、新たな医師需給の再計算におきましては、働き方改革の対応ということを踏まえた議論をしていただく予定でございますので、またそういった視点での需給に関する意見交換は、ぜひこの部会でやっていただきたいと思っております。

○片峰座長　きょうはもうここまでにしたいと思います。久しぶりだったのですけれども、また活発な御議論をいただいて、ありがとうございました。

それでは、最後に事務局から。

○扇屋医事課長補佐　では、次回の議題など、今後の議論の進め方については、本日いただきました御意見、御議論を踏まえ、片峰座長と御相談の上、進めさせていただきたいと思っております。

また、次回の医師需給分科会の日程につきましては、追って事務局から御連絡させていただきます。

以上です。

○片峰座長　それでは、どうもありがとうございました。これで終了いたします。