

○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32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、誠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。本日は、北村構成員、永井構成員、斐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。また、松田構成員、森田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。また、松田構成員より早めの退席の御連絡をいただいております。

次に、資料の確認をいたします。お手元のタブレットを御確認ください。タブレットに不調あるいはデータが正しく収められていないなどがございましたら、事務局にお申しつけください。

ここでカメラは退室をお願いいたします。

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。

本日の議題は3つございます。1つは「今後の議論の進め方について」、2つ目は「診療科ごとの将来必要な医師数の計算方法」、3つ目は「海外医学部を卒業した医師への対応方針」ということになっております。特に2つ目の課題、昨年の夏に診療科ごとの偏在指標を出しまして、それをどう検証して、どう改善していくかというのは非常に重要なポイントだと思いますので、闊達な御議論をお願いしたいと思います。

それでは、最初に事務局から資料1「今後の議論の進め方について」、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「医師受給分科会の今後の議論の進め方について」の説明に入らせていただきます。資料1をお開きください。まず、本日1月29日第32回として診療科別必要医師数の計算方法、海外医学部卒医師への対応方針について御議論いただきます。今後、月に1～2回程度の開催で4つのトピックを御議論いただこうと考えております。1つ目が診療科別必要医師数の計算の結果について。2つ目がマクロ需給推計。こちらは2年ぶりの推計になります。3点目に令和4年度以降の医師養成数の方針について。医学部の臨時定員の期限が令和3年までとなっておりますので、令和4年度以降の医師養成数の方針について御議論いただきます。4点目として地域枠やキャリア形成プログラムの在り方について御議論いただく予定になっております。

以上になります。

○片峰座長 ありがとうございます。

ただいま事務局から御説明いただきました「医師需給分科会の今後の議論の進め方について（案）」について、御議論いただきたいと思います。どなたか御意見、御質問ございますか。よろしいですか。

ちなみに、この一連の議論を何か月ぐらいのスケジュールで考えておられますか。

○扇屋医事課長補佐 春頃を目安に考えております。

○片峰座長 そしたら、次に資料2「診療科ごとの将来必要な医師数の計算方法について」、御説明ください。

○扇屋医事課長補佐 では、資料2「診療科ごとの将来必要な医師数の計算方法について」をお開きください。まず、資料の最初のほうに1年前の医師需給分科会の資料をつけさせていただきます。

スライド2は「診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの位置づけについて」になります。将来必要な医師数の見通しは、一定の仮定、前提の基に事務局が機械的に計算したものです。この推計は実際の診療データに基づき、現状の各診療科の診療実態を反映したエビデンスに基づくものではありませんが、現状の診療科と疾病などの対応が将来維持されものと仮定したものであり、幅を持った検討を行う必要があるものとなります。

次に、スライド3、診療科別必要医師数の計算の手順になります。1つ目の手順として診療科と疾病などの対応表についてです。実際の診療データを用いて基本診療領域と疾病などとの対応表を作成します。

スライド4です。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、労働時間規制など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を算出します。その次に、算出された現時点における必要医師数に将来の人口動態の変化を踏まえた患者数の変化と必要医師数の変化が比例するものとして、将来の必要医師数の計算を行います。

スライド5です。現在の医師数と将来の必要医師数が算出されましたら、その後、1年当たりの養成数を算出することになります。

スライド6です。ここまでのステップで診療科ごとの将来必要な医師数が出まして、その後、都道府県別の診療科ごとの患者数を推計し、都道府県別の医師数を計算するというステップになっております。

スライド7です。診療科別必要医師数について、これまでの経緯をまとめております。まず、平成29年に医師需給分科会第2次中間取りまとめにおいて、人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを国が情報提供すべきであるという取りまとめがなされております。

その約1年後の医師需給分科会において診療科ごとの将来必要な医師数の見通しを提示しております。第4次中間取りまとめでは、この計算については適宜見直しが必要である旨がまとめられております。その後の5月、専門研修部会において日本専門医機構提案の診療科別必要医師数を利用した47都道府県を対象としたシーリング案について審議がされ

ております。地域医療対策協議会の意見を聞くこととし、まとまった意見を厚生労働大臣が日本専門医機構へ意見及び要請を行っており、この秋から専攻医募集が開始されております。

スライド8です。これまでの経緯の中で意見交換の場を持っております。厚生労働省と自治体の意見交換の場として上段の3点、知事会との意見交換や、都道府県担当者向けの研修会、国と47都道府県の意見交換を行っております。また、日本専門医機構においては、2021年度専門医養成数に関する検討協議会において、各学会、知事会、町村会の御意見を伺い、現在も次回のシーリングに向け検討中と聞いております。

スライド9です。ここまでのまとめですが、現状・課題として、日本専門医機構が専門研修採用数の上限設定の根拠として、本分科会で提示した都道府県別・診療科別必要医師数を使用しております。2点目に、都道府県別・診療科別必要医師数の算出方法について、自治体・学会より意見が出ております。3点目に、都道府県ごとに診療科別の病院勤務医と診療所医師数の比率に差があるなどという御指摘があります。

これら3点を踏まえまして、方向性としましては、診療科別必要医師数の算出方法の改善点について、今回整理してはどうか。2点目に、病院勤務医の必要医師数を追加的に試算してはどうかとしております。

次のスライドから3枚にかけて、算出方法について主な意見をまとめております。

スライド10の3つ目のポイントです。「性年齢別労働時間は70代以上でひとまとめになっているが、70代医師と80代以上の医師では労働時間に差があると考えられる」という御意見。これに対して、青字のところですが、「労働時間調査では80代以上の回答数が少なく、データの信用性が低い。そのため、70代以上をひとまとめとしている」という計算になっております。

4点目です。「教育や研究に従事する医師数、大学教員数を考慮すべきではないか」という御意見に対しては、「これまで求められてきたのは、診療における診療科別必要医師数であるため、医療需要に応じて算出するのが妥当と考えております。教育や研究に必要な医師数については別途算出されるのが望ましいと考えております。

スライド11は、診療科ごとの主な御意見をまとめております。

スライド12です。1点目、精神科のお話です。「精神科の必要医師数を考慮するに当たっては、精神保健指定医の業務についても考慮すべきではないか。シーリングにおいても地域において精神保健指定医が不足しないような配慮が必要である」という御意見です。これに対して、精神保健指定医の業務時間も労働時間として含まれる労働時間調査のデータを用いています。2点目として、日本専門医機構が行う専攻医シーリングに精神保健指定医の労働実態を反映させるためには、さらなる指定業務について、データの整理や精神科の専門医と指定医の関係性について、日本専門医機構において検討が必要ではないかと考えております。ここまでの主な意見です。

次に、実際に改善案としてどのようなものがあるかというのを提示させていただきます。

スライド13をごらんください。1点目として入院需要と外来需要の比率についてです。これまでは全診療科一律の入院外来の比率を用いておりましたが、診療科ごとに入院と外来の比重は異なると考えられるため、患者1人当たりの医師の労働投入量の入院と外来の比率を見るために、以下の計算式のとおりで、診療科ごとに計算するという提案です。

スライド14、診療科ごとの改善案です。1点目、小児科についてです。小児人口割合は都道府県ごとに異なるため、小児の将来需要は患者調査の15歳未満人口の将来推計をベースに推計してはどうか。2点目に、精神科の入院需要については、悉皆調査でより正確な情報を得られる630調査を利用してはどうか。3点目に、放射線科です。放射線治療医と放射線診断医を比較的明確に分けることができ、放射線治療の需要は画像診断の需要と大きく異なるため、それぞれ分けて将来推計してはどうか。4点目に、麻酔科は多くの診療科の手術の麻酔を行っているため、外科だけではなく、手術を行う診療科の需要を基に将来推計してはどうかという案です。

スライド14のお話をスライド15の表にまとめております。上段部分がこれまでの基礎データで、下段が改善案となっております。

スライド16、病院勤務医の必要医師数計算について。病院勤務医の人数と需要部分は、入院需要を用いて必要医師数を試算してはどうかとしております。

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、御質問をお受けしたいと思います。山口委員。

○山口構成員 資料の確認をさせていただきたいのですけれども、今、御説明のあった資料のスライド10から「算出方法について主な意見」とあるのですが、これは、スライド9に「都道府県別・診療科別必要医師数の算出方法について、自治体・学会より意見が出ている」と書いてあるのですが、それをまとめたものという解釈でよろしいのでしょうか。というのは、どれが自治体で、どれが学会なのか、違いが分からなくて。それと、ブルーのところは厚労省の回答だと受け止めていいのかということを確認させてください。

○扇屋医事課長補佐 おっしゃるとおりでして、自治体・学会からの御意見、それに対する厚生労働省の意見をブルーの字で書いています。どれが自治体で、どれが学会なのかということですが、自治体からも診療科ごとの話題も出てきますし、学会の方からも全般にわたるような質問が出てきておりますので、特に分けてはおりません。

○山口構成員 議論するに当たって、どういうところがどんな意見を出しているのかということ網羅的に見せていただいたほうが、議論の基になるのではないかなという気がしましたので、それがかなり不可能なことなのか、多過ぎてまとまらないということなのか。すごく短い文章になってしまっているの、その辺りのところを議論するに当たっては、もう少し丁寧な資料をいただけたほうがいいのかと思いました。ほかの委員の方がどう思われているのかということもお聞きできればと思います。

○片峰座長 都道府県からは大体どんな意見が出ていますか。県知事さんとか。

○扇屋医事課長補佐 スライド10の上段の部分、都道府県ごとに事情が違うという御意見だとか、性年齢別の労働時間で、例えば高齢の医師が多い都道府県ですと、70代以上をひとまとめについて御意見が出てきたり、教育・研究についても同じように意見が出ております。

○加藤医師養成等企画調整室長 追加的に今分かる範囲で御説明させていただきます。10ページ目の2番目、3番目が都道府県からも多く出ている意見。4番目の教育・研究に関してもよく意見が出てきております。それ以外は比較的学会から各診療科に対する意見として出てきているものでございますので、そのように御理解いただければと思います。

○片峰座長 ほかに。どうぞ。

○平川構成員 7ページ目のお話ですけれども、必要医師数の計算式については今年の2月の医師需給分科会で提示があって、DPCデータや、精神科の場合は患者調査の結果を用いてということで、精神科だけ全く別の計算をしていながら、2016年時点でも医師が余っているというデータが出て、実態に合わないのではないかとということで、微調整をしていたので、このデータをもってほかの政策に影響はないというようなその当時の御説明を一応受けたつもりでいたのですが、7ページ目の5月14日のところに、日本専門医機構の提案でこのデータを使ってそのシーリングに用いたという流れが書いてあるわけですが、私たちはそれについては全く寝耳に水だったわけで、どうしてそうなったのかということで、機構に確認しても、機構の理事の人たちはそういうことについて認識がないということが一つ。

それから、様々なことが起こって、もう全部決まってしまうから医師需給分科会が秋以降に開かれてしまって、もうどうにもならないような状況になっているので、進め方についても、春までにばたばたとやって、4月以降、ほかのところでもどンドンこのデータが独り歩きするようなことにならないように途中で歯止め、もしくは見直しができるような仕組みをつくっていただきたいと思うのですけれども、その辺の確認と今後の進め方について、いかがでしょうか。

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

7ページ目について補足させていただきますと、1つ抜けているものがございます。3月末の専門研修部会で、診療科別の必要医師数というものをより妥当性のあるものとして使ってはどうかということを提案させていただいてございます。それに基づいて、日本専門医機構のほうでその活用について御議論いただいたものと認識しております。先生御指摘のとおり、この需給分科会で出したデータを各偏在対策。これは医道審議会の下に臨床研修部会、そして専門研修部会があって、養成課程を通じて偏在対策を今、進めているわけですが、それぞれ臨床研修の定員、そして専門医制度に関しましては専門研修部会で意見、あるいは臨床研修制度は国の制度ですので、そこで決定までしているわけですが、それぞれの部会でこの需給で出てきたデータを今、活用しているというような整理になるかと思えます。

御指摘のとおり、ここで決まったことをどう活用するかということに関しましては、ほかの部会でやっているものではございますが、適宜この需給分科会でも今後は丁寧に報告させていただきながら、また御意見をいただきながら進めさせていただきたいと思います。

○片峰座長　どうぞ。

○今村構成員　今、平川委員のほうから専門医機構に関する御意見をいただいて、私は今、専門医機構の副理事長という立場を拝命しておりますので、今の議論ですけれども、後ほど申し上げようと思っていたのですが、9ページに「日本専門医機構は、診療科別必要医師数を使用している」と書かれていますが、今、厚労省の事務局から御説明いただいたように、医道審議会の専門研修部会で厚労省がこの需給分科会でこういう数値を出したと。

したがって、それを活用してはいかがかという提案がなされたと理解しておりますけれども、当日の専門研修部会の議論も十分な議論があったとは言えない状況で決定したということで、専門医機構としては、専門研修部会というのは非常に重い会で、それからの要請というものについては、ノーと言うには、よほどの根拠がないとなかなかそれを変えることができないという状況の中で、この需給分科会の結論というのはとても重かったというのが実態だと思いますので、ぜひともそういうことを踏まえて、ここで慎重に御議論をいただいた上に、さらには研修部会に厚労省が出していただくときは、議論をしっかりとできるような形で出していただかないと、専門医機構がシーリングの在り方を短時間の間でどんどん変えていくということは現場に大変大きな混乱を来すので、そういう主張ではなかったということだけ御理解ください。したがって、この書きぶりだけだと、分かっている方は分かっていますが、専門医機構が主体的にそういうことを決めたと誤解をされることだけは避けていただきたいなと思っています。

○片峰座長　どうぞ。

○神野構成員　前回のこの会でもまさに寝耳に水感はいくさんの共通する意見だったのかなと思います。とにかく今回の1番の議題の9ページ、方向性であります。今、言ったような話を含めて診療科別の必要医師数の算出方法を改善するという意向を示されていますので、これはいいほうに改善すべきである。そして、次の病院勤務医の必要医師数の追加的試算に関しては大賛成でございます。入・外での必要医師数という視点は今までなかったというのが大きな問題だったのかなという気がします。

それを踏まえてですけれども、今までとこれからの話が出てくるわけですが、先ほど御説明があったように、いろんな要素を入れて、たられば必要医師数を出してきたわけですね。なので、一つの基準値が変わるとがらごとく変わってくるということで、仮定を設定したということで決めてきたのだと思いますが、一番気になるのが3ページ目であります。需給分科会の議論でも、昨年度までも小児科と産科は患者数と科はきちんと相応している。そのほかの科に関しては疾病と診療科、専門医とは一致していないという議論がいっぱいされて、そこをどうするのかというところでこの3ページ目が出てきたわけです。

したがって、ある疾患はどの科が診ているかという表があるということですが、ここにありますように、東京大学の康永先生がやられたDPCデータから求めた研究結果が表にならないと、それが正しいというか、納得できるものかどうか分からない仮説がここに一つ入っているというのが非常に大きいのかなという気がいたします。なので、これを今後どう扱うのかということをお聞きしたい。

それを踏まえて、15ページに改善案が出ているわけですが、今度の改善案の中に今の康永先生のデータも入れ込んでいくのか、それともそれは一回御破算にして、別途の仮説、改善案で必要医師数を出すのかということをお聞きしたいと思います。

○扇屋医事課長補佐 ありがとうございます。

まず、対応表の公表についてですけれども、読み上げていただいたとおり、研究班のほうで作成いただいた対応表ということで、公表の可否につきましては研究者の方の判断となります。研究者の方にこちらから問い合わせをしましたが、公表は難しいという回答をいただいています。

今回のこの計算について、このデータを使うのかどうかという点に関しまして、同じデータを使う予定です。ただ、おっしゃるとおりで、この対応表というのは、なるべく公表していったほうが皆様も理解いただけるということですので、スケジュール的に今回は難しかったのですけれども、今後はDPCデータをこちらでも取り入れて対応表をつくり直すということを考えています。そうしますと、公表が可能になってくるかと考えております。

○佐々木医事課長 済みません。今の点、補足させていただきます。DPCデータは通常どういう形で活用できているかと申しますと、保険局で所管しております検討会の場に、こういう形で使いたいという申請を出して承認を受けるというルールがございます。ですので、データの細かい中身をどこまで開示できるかという点と、そこはデータを活用する際の申請内容がどうなっているかと検討会で許可を得られるかどうかという課題があります。今日どこまで公開できるか、研究者の一存で決められるかなど、確認するべきこともございますので、今日の時点ではできるだけその議論に必要なデータをお示しした上で、議論することが必要であるという御指摘だと思っております。それを今後の改善の中でどういう形でやっていくかという宿題をいただいているという認識でございます。

なお、既存のデータにつきましては、利用に際して制限のかかった、データでございますので、今後新しくDPCデータを用いるときにどうするかということだと思っております。今回は従来のもに改善を加えて計算をし直してみてもどうかという提案内容になっておりますので、そういった点を踏まえて御審議をいただければと思っております。

○片峰座長 今のでいいですか。

○神野構成員 はい。どうぞ。

○片峰座長 どうぞ。

○羽鳥構成員 今のことに関連しますけれども、例えばこの前の69疾患、DPCに基づいてというのは、とても大事な入院患者さんについてのデータだと思います。特に急性期病院を

やることについては大事だと思いますが、僕も脳卒中・心臓病対策でいろいろなところから意見を聞くと、例えば同じ脳卒中、脳梗塞でもt-PAを使うのが、東関東は脳外科の先生、西関東は内科系の先生があれすると。地域によって科が違うということもあるので、それを一律にしてしまうと、また地域医療に大きな影響が出てしまうのではないかと思います。

大動脈弁狭窄症のような病気が、今までは手術、75歳までとかあったのが、今はTAVIを入れることによって90歳ぐらいまで内科、循環器の先生がされているということもあるので、2020年度、2024年を想定してということですが、その先までを予想するのはかなり難しいことだと思うので、ある程度幅を持たせた議論が必要だと思います。一律にかちっと決めてしまってシーリングをかけるというのは無理ではないかと思うので、現場の実態に合わせながら、なおかついい方向に持っていければいいと思いますけれども、あまり国でがちっと決めてしまうのはよくないのではないかなと思います。

以上です。

○片峰座長 そのDPCデータの取り扱いですが、今から検討されるのでしようけれども、基本的にこの議論というのは指標ですね。全てDPCデータにディペンドした議論になっているわけで、何らかの形で開示していただかないと説明責任を果たせないのだろうと思うのです。そういった意味では、個人情報的なものがあるから問題なのであれば、コード化するか、いろんな工夫はあり得ると思うのです。ぜひ前向きに御検討いただきたいなと思います。

どうぞ。

○今村構成員 このデータがいつまでのどういう政策に使われるのかということだと思うのですが、「見直し」という言葉が書かれていて、必要な見直しを行っていきますと。今、羽鳥委員からもお話があったように、医療の中身であるとか提供体制というのはこれからどんどん変わっていく可能性があると思っています。例えば麻酔科についても、今度特定行為のパッケージ研修で、看護師さんが麻酔科医のかわりにある一定の行為については行えるということを行いますと。診療報酬についてもそれで評価するという話があると、当然のことながら必要な麻酔科医師数というのは相当大きく変わってくる可能性もあるわけで、足元の状況がこれからの医師の働き方改革の中でタスクシフト、シェアの話が起こってきて、相当変わってくる可能性がある。

では、一体いつ見直しを行っていくのか、見直しというもののスケジュール感をお示しいただかないと、今の羽鳥委員のように、一度決まったことが永続して使われるのではないかと現場が危惧を持つことになるのではないかと思いますので、その点を教えてください。

○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。

まず、見直しに関しましては、数年ごとに事情はどんどん変わっていくわけで、足元の医師数として算出調査は常にアップデートすると。働き方の変わったものは、今回10万人

調査を用いて労働時間を見ているので、それに該当するようなものを適時情報収集しながら盛り込んでいく、アップデートしていく。どの診療科が診ているのかということもこれまた変わり得るものだと思いますので、DPCのデータにおいても一定期間。毎年やる必要があるかどうかということは議論があるかと思いますが、一定の期間を経れば見直すというものが必要になるかなと思っておりますので、今後どういうタイミングで見直しをしていくのかということも、これまた事務局の中で整理させていただきたいと思います。

羽鳥構成員から地域の事情が地域ごとに異なるのではないかとということをお指摘いただきましたが、よく例に挙げられるのが透析で、北東北に関しては腎臓内科でなくて泌尿器科が透析をしているのだということは、今回の計算の中で我々としても御指摘いただいたところでございます。これに関しましては、今、各都道府県の中で完全にこの疾患はこの診療科が診ているというものがあって、各診療科ごとでも合意がとれるというものに関してはぜひ情報提供してほしいということで、各都道府県に投げてございますので、できるだけ地域ごとの事情も加味できるように、これからその計算式自体は見直していきたいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○新井構成員 違う視点のお話です。10ページの教育・研究に従事する医師数云々というところで、御承知のように、1月の半ばに日本学術会議から「専攻医募集シーリングによる研究力低下に関する緊急提言」が出されたと思うのですが、まさにそのとおりの内容だと強く思っています。10ページの中で「教育や研究に必要な医師数については別途算出されるべきではないか」ということで、若干第三者的というか、他人行儀というか。今、もう既にシーリングは刻々と進んでいるわけなので、そういう意味から言うと、「べきではないか」ではなくて、これについて早急に対応を考えていただかないと、学術会議が言うように、日本の研究力あるいは教育力がどんどん落ちてしまうのではないかと危惧するのですが、その辺はいかがでしょう。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

この点に関しましては多方面から多数御指摘をいただいているところでございます。そもそも専門医制度について議論した平成25年の専門医の在り方に関する検討会においても、多様な医師のキャリアに対応できるような専門医制度を構築すべきというふうにとまとめられております。その中でも記述があるのは、研究を診療とともに高めていくのであれば、そのプログラムも通常診療を行う方よりも長くあるべきだという具体的な記述までございます。我々のほうから日本専門医機構にこういう意見があるということはお伝えさせていただいておまして、専門医機構の中でもこの点に関してはこれから議論を進めていくと。通常の専門研修プログラムではなくて、研究医のためのプログラムがどうあるべきかということは議論されると伺っておりますので、我々もその議論を注視しながら、また、そういったプログラムが作成された場合にどのように考えるのか、教育や研究に必要な医師に関して、どういうデータを算出すると、診療に関する必要医師数と同等レベルの信憑性の

あるデータを出せるのかということに関しましては、我々としても検討してまいりたいと思います。

○片峰座長　どうぞ。

○新井構成員　今、言ったように既にシーリングは刻々と進んでいるわけなので、早くしないと取り返しのつかないことになると非常に心配しますので、ぜひよろしく願いいたしたいということ。

もう一点よろしいですか。医師の必要数はこの会議で議論して、従来の人口当たりのものに比べて、かなり踏み込んだいいデータが出たと思うのですけれども、これの活用をどうするかというのは、先ほども議論があったように、非常に慎重になるべきだと思うのです。今回の専攻医のシーリングに関しても、結局、医師の必要数、我々が出したものは、本来であれば19の基本診療科の専門医が担う業務であって、専攻医が担う業務ではないわけです。何となく専攻医にシーリングをかけることが、多分専門医の地域偏在を是正するだろうという予感はあるのだけれども、本当にそれがそうなのかということは誰も検証していないと思うのですよ。だから、変な副作用が出る可能性もあるので、このデータをいきなり専門医機構に持ってきてシーリングに使うという、先ほどの議論ですけれども、ここは本当に慎重にさせていただかないと、日本の医療、医学が10年後、20年後にかなり危機的な状況になるのではないかとということすらも感じているので、ぜひその辺は慎重になっていただきたいなと思います。

○片峰座長　どうぞ。

○佐々木医事課長　御指摘ありがとうございます。

いろんな検討の場で並行して医師偏在の問題に取り組んでおります。医師需給分科会が大本の検討の場であるということは間違いありませんので、各検討の場の状況はまたお知らせしていきたいと思っています。

ただし、地域偏在対策については、本分科会でおまとめいただいた「とりまとめ」を基に平成30年に法律を国会提出させていただきまして成立し、今、具体的な取り組みを進めているところでございますが、診療科の偏在が残された課題との認識です。地域医療確保という視点で申しますと、細分化された専門医をたくさんそろえなければ地域の医療が守れないということであれば、どこまで医師を増やしても足りないのではという議論もございますので、この診療科別必要医師数に関しましては、ぜひ御議論をいただきながら見直し、検証しながらよりよいものにしていきたいと思っています。引き続きいろんな御意見を賜りながら、しかし、着実に診療科の偏在の是正も進めてまいりたいと思っています。

○片峰座長　本田さん、どうぞ。

○本田構成員　皆さんの議論の中で、私は基本的にこういう目安を一度示すということに関しては評価できると思っていますし、ただ、使い方の課題というものは皆さんの議論も分かるのですけれども、一つ厚労省の考え方を伺いたいのは、今回診療科別に出していくというのは、現状追認の形だと思うのです。どう精査するかというのは、いろいろやり方

はあると思うのですけれども、現状追認という中で、今後どんどん高齢者、それも後期高齢者が増えていくということもあって、国としても総合的に診る医師を育てるのだという話とか、専門医の中でも総合診療医というものをつくっていくのだという話がある中で、これは必要医師数とか診療科の偏在という中で今後どういうふうに扱っていくのかということをお教えいただきたいのですけれども。

○扇屋医事課長補佐 御指摘ありがとうございます。

まず、現在の医療の状態を推計で延ばしているという点についてですが、先生のおっしゃるとおりで、将来の医療の状況というのは現在とは異なるものであろうと。ただ、将来の状況を定量的に推計する方法がなかなか難しいというところで、現時点の計算に盛り込むことは難しいと考えております。

2点目、複合的な総合診療医のようなものが今後より求められていくだろうという点についてです。今、総合診療医というのは内科の中に含まれています。そこで計算されております。しかし、今後総合診療専門医のニーズが増すと考えられていますので、現在研究班とともに、総合診療医に求められる診療は何なのか、地域ごとに必要とされる総合診療医の人数はどれぐらいなのかといったところについて検討を重ねているところです。そして、この研究の成果として今後推計に組み込むに足る結果が出た際には推計に反映させることを検討していこうと考えております。

○片峰座長 鶴田さん。

○鶴田構成員 2点あるのですが、1点は、3ページに「診療科と疾病の対応表について」というのがありますけれども、これは基本的には全国のDPCデータですので、平均的にこういう数値を計算できるということですが、一方、前から言っているのですが、病床規模別の1人当たりの医師が外来で何名、入院で何名というのは、3倍から5倍ぐらい違うのです。100床ぐらいの病院の先生が入院患者を何名診ると、700床ぐらいの病院の先生が入院患者を何名診るかは、それだけの違いがあるわけです。したがって、こういう計算をした後に、病床規模別に落としたときに、その計算したものとデータが整合性があるかないかは、この計算式を使えば1回修正というか、検討する必要が出てくると思います。

日本全体の診療の病院調査等を見ていけば、多くの患者さんは比較的小さな病院で診られて、大きな病院は医者は多いけれども、患者を診ている数はそう多くないという数字が出ると思うので、その辺りも含めて検討しないと、例えば専門医は何名と言って、その専門医が全部大きな病院に行けば、多くの医者を必要とするということになりますので、計算した後に具体的な病院レベルでどうなっているかというのもし検討していただければと思います。

第2点は先ほどの総合診療医の話とも係るのですが、15ページ、必要医師数計算の改善案の中に総合診療医というのはないわけです。100床前後の平均的な病院は医者が8人、10人の世界で、そこに専門医がいても多くの患者は診られない。やはり総合診療医が必要とすれば、医師の数は少なくて済むというのがあると思うのです。したがって、最終的に専

門医教育の中で総合医を増やすような施策をとっていくということを明確にしたほうが、医師数全体のギャップがあまりないのかなと思います。今後医師数を増やさないという方針に転換するとき、総合診療医が増えないと、専門医だけが増えても基本的に地域の医療は回っていかないと私は思っています。

○片峰座長 どうぞ。

○平川構成員 議論の中でシーリングが最終目的みたいな雰囲気になってしまっているのですが、本来人口が減少していく中で、今のまま医師を育て続けると余ってしまう。それから女性医師の増加に伴って、女性医師が都市部に集まる傾向があって、どうしても偏在があるとか、診療科別にも偏在が出てくると。そういう議論があって、それをどうするかというところは置いておいて、最終的にシーリングになってしまった感じがするのです。

見直しをするのであれば、何のために議論するかとなると、医者が余って、医者が食いつぶされて困るというために医者を抑えるのか、それから国民や患者さんのためにやるのであれば、余って、医者が困ったっていいと思うのです。

24年に向けて働き方改革等でどんな形になるか、先が見えない。先ほどの診療科の中の仕事についてもそれぞれ変わってくる。見えないものがいっぱいある中で、去年から本当に性急な形でシーリングをかけて、現場ががたがたしているというこのやり方がすごく違和感があって、私は気に入らないのです。そこはもっと現場の医療が困らないようなやり方をぜひ考えてもらいたいと思っていますので、よろしく願いいたします。

○片峰座長 どうぞ。

○三根構成員 私は老人保健施設協会から来ておりますけれども、現在のこの議論の中ではこれから先の先の議論になるかもしれませんが、特養のレセプトは病院から出ておりますけれども、老健のレセプトは老健から出ておまして、先ほど総合診療科という話も出ていますが、そういう治療、あるいは老年科という感覚で治療されている先生方だと思います。また、中小病院もそういう概念の診療科目になるのでしょうか。そしてまた、この議論よりもっと先に来るのでしょうかけれども、専門医ということよりか、この高齢化社会の中で療養型がありますし、慢性期の中ではいわゆる老年科を標榜するような医師が増えてくるものと思われまますので、いずれどこかの場面でこういうことも議論してほしいなという要望でございます。

○片峰座長 どうぞ。

○福井構成員 私もほとんど同じことですので、簡単に。医療の方向性を考える上で、最初にジェネラリストがどれくらいいけば効率的になるのかという議論をぜひしていただいて、それでジェネラリストが扱えない部分についてのみ専門家が対応する、そういう全体の方向性をぜひどこかで考えていただきたいと思っています。

○片峰座長 どうぞ。

○佐々木医事課長

簡潔に申し上げます。今日話題となっておりますシーリングに関しまして、参考資料1と

いうファイルにつけております。御指摘のとおり、医師の地域偏在、診療科偏在をどういった形で是正をしていくかというときに、今、御心配いただいておりますシーリングというのが前面に立っておりますが、それだけで診療科偏在を是正できるかについては、是非とも後議論いただきたいと思っております。今回専門医機構と地方の意見などを使いまして、参考資料の5ページを見ていただきますように、必要医師数を算出したわけですが、そもそもこの医師需給分科会でも相当な前提を置いた仮定のものということで、まずたたき台ということでお示しをしております。実際の適用ということと言いますと、その数字に完全に合わせるという形での適用ではなく、必要と見込まれる医師数と実際の採用数の差、2割というところを限度として適用するというところで、限定的な活用になっているということ。それから、医師不足の地域と連携したプログラムを組むことにより、従来採用されていたプログラム数は維持できる。それから地域枠とか自治医大の卒業生に関しては、シーリングの対象外とするということなど様々な配慮をし、地域への影響、個々の病院とか大学への影響が限定的になるような活用になっているということでありませう。

それをさらに精緻化を進めていくという必要と、それからシーリングのことだけ議論していただくということだと思っておりますので、そもそも診療科偏在を是正していくためにどういった手法が考えられるのかということはこの分科会で、そもそも全体としてどうしていくかということは様々御提案をいただき、そしていろんな施策で反映できるものは関係部局と連携して取り組んでいきたいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○本田構成員 先ほど総合診療のことを聞いたのですが、総合診療だけでなく、老年内科なのかもしれないし、内科なのかもしれませんが、先ほどどなたかがおっしゃったかと思いますが、細分化した専門医をたくさんつくって余ってしまったら、それは国民にとっては困ることであって、人的資源の無駄遣いでもあります。

私も最近経験したのですけれども、大変高齢な近親者が各専門科に回されて、結局、寝たきりになってしまった。余計寝たきりの高齢者をつくってしまったと。現実よくあると聞きますが、そういう現実にも至っているので、先ほど皆さんおっしゃっていましたが、そういうあるべき姿、その中の必要医師数、精緻なものでなくてもいいと思うのですが、今後に向けてという意味で、そういう考え方というものをきっちり議論する時間もとってほしいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 2点あります。まず、16ページに「都道府県ごとに診療科別の病院勤務医/診療所医師数の比率に差があるという指摘があり、入院需要と病院勤務医数を用いた必要医師数を試算してはどうか」という新たな提案がありますが、その前提として、これはアスタリスクがついているのですけれども、「病院勤務医の入院/外来診療への労働投入量割合は都道府県別・診療科別に変わらないという仮定をおいての試算となる」ということになっておりますが、こういう前提で試算をすると、かなり変な数字が出てきて現場が混乱

すると。つまり、都道府県ごとに病院の医療の在り方が相当違っていて、ある地域ではいわゆる診療所がかなり減ってきていて、外来機能も病院が物すごく負っているという地域もあります。そうではなくて、ある都道府県では病院は入院医療にかなり特化した医療をやっている。それをこの前提に置いて一律に計算すると、また新たな混乱を起こすおそれがあると思っているので、やってはいけないということではないのですけれども、ここは相当慎重にさせていただきたいなと思います。

もう一点、今後の高齢化を踏まえて総合的な診療能力を持つ医師が必要だというのは、そのとおりだと思います。その前提として、今、本田委員から御指摘があった専門科をいろいろ回ってというお話は、まずは国民の側がかかりつけ医というものをしっかり持っていただいて、そこに自分にとってどういう医療が必要かというのをきちんとやっていただいたらどうか。よく分からないのですけれども、国民の方はどうしても専門志向が強くて、逆に患者さんが専門医、専門医、専門医と言って国民の側がそれを求めているという実態もある。これは今、厚生労働省でも医療の上手なかかり方を進めていくという中で、ヘルスリテラシーをしっかりとっていただくということで取組を始められていることなので、ぜひそういうことを進めていただきたいということ。

と同時に、今、地方の中では1人の高齢の先生がほぼ全ての診療科を診て地域を守っている先生たちもたくさんいらっしゃいます。一方、都市部では本当に専門化して、自分はこの診療科しか診ないのだというような医療もある。このことに関しても相当地域の差があって、ただ、いわゆる専門性を持った総合診療医という医師ではないけれども、かかりつけ医の総合的な診療能力を高めるということに医師会も今、相当力を入れてやっていますので、いきなり総合的な診療能力を持った専門医がどんどん世の中にあふれてくるということはないので、そういう医師がどのぐらい必要かという試算は必要だと思いますけれども、前提として、今、内科医と言っている先生が、自分も含めていろんな診療科の患者さんを診ていますので、そういった実態もきちんと調べた上で、では、実態はどのぐらいの差があるのだということを出していただかないと。今、そういう総合的な診療能力を発揮している医師がまるでいないということを前提に議論されるのは本意ではないなと思っておりますので、そのことだけ付け加えさせていただきます。

○片峰座長　どうぞ。

○山口構成員　今の今村構成員も御意見も本当にそうだなと思いますけれども、そもそも診療科によって偏在の問題というのは、全国、かなり違いがあると思うのです。なので、先ほどおっしゃっていたように、1人のドクターがいろんなことを診ないといけない地域で偏在問題を語るのと、専門科に行こうと思えば幾らでも病院の数があるというところで考えることと違いがあるので、それを全国统一で語ろうとしているところにとっても無理があるなという気がいたします。

それを考えたら、大きく分けて診療科の偏在問題、地域によってどういう違いがあるのか。例えば非常に医療機関の多い地域で、患者さんもフリーアクセスで行こうと思ったら

幾らでも行けるという地域の問題、都市部の問題と、それから地方でもある程度医療機関が幾つかあるところと本当に少ないところ。幾つかパターンを分けて考えていかないと、一つで皆さんで議論しようと思うところに無理があつて、先ほど今村構成員がおっしゃったように、一律にするということを条件にすると、またこの地域ではそんなことは当てはまらないという話が出てくると思いますので、パターンを複数準備して話していくということも大事なのではないかなと思います。

患者さんの中にも、専門科を渡り歩こうと思つても、とてもじゃないけどできない地域もあれば、今、医療の機能分化が始まっているということ自体も知識として追いついていないという方もいらっしゃるので、患者の行動をつくるのも地域によつての違いというのが大きいかなと思いますので、その辺りは分けて議論する必要があるかなと思います。

○片峰座長 堀之内さん、どうぞ。

○堀之内構成員 堀之内です。

ちょっと違う観点で、先ほど新井先生が御指摘の教育・研究のところですけども、私も重要だと思います。これまで教育・研究に関して議論が難しいのは、診療以上に教育・研究にどのぐらい労力が払われているかという指標がない状況があつたと思うのです。一般の医師の働き方改革の検討会とかでも、教育・研究に関しては、このまま行くとブラックボックス、あまり指標すらとられない状況になってしまいそうな危惧がありまして、せっかく医師の働き方改革が検討されていますので、教育・研究に関してもまず見える化をしていって、それがどういう実態になるのかというのが分かるような取組ができるとよいのではないかなと思います。また、今後そういうこともこの場でも御提案いただけると大変助かると思います。コメントです。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 先ほど来何人かの先生方がお話をしていたのは非常に重要なことで、どうも専門医、専攻医のシーリングばかりが独立してピックアップされて、議論されているように思えてならないのですね。地方で専門医の方々が専門医を持っている科の診療だけやったらば、ほんの僅かしか患者さんを診られませんか。ですから、大学病院あるいは大都会以外、地方あるいは過疎地では全く違う状況が起きているわけですから、こういうふうに専門医、専攻医のシーリングだけを単独で議論していると非常に危険な議論になるのではないかなと思います。

地方の過疎地では二次医療圏が10万人ぐらいしかいませんから、例えば脳外科の専門医がいたとしても、1年間に手術をする数なんてたかが知れている。その中で地方の脳外科医は何をやっているかという、高齢者の肺炎を診ているのです。地方の実情と大学病院、あるいは大都会の実情は全く違うのだということを前提にして議論をしないと、大変間違つた結果を導き出すことになりますから、ぜひそういうことを。

昔から内科の医者は頭のとっぺんから足の爪先までどの専門科であろうと診られなければ駄目なのです。ですから、私は循環器の専門医だから肺炎は診ませんなどということ

は地方では考えられないというか、やってはいけないことで、ジェネラリストという話がありましたけれども、では、ジェネラリストをつくるのがいいのかという議論にもなっていく。では、卒業した新医師に対して「君は総合診療医になりなさい」と言って、本当にそこに誘導されるかということ、そうは思いません。やはり専門医志向なのです。専門医志向だけでも、頭のとっぺんから足の爪先まで診られる医師を養成するということが極めて重要なので、このシーリングばかり議論をしていると非常に間違った方向に行ってしまうような気がしますので、どうぞよろしくをお願いします。

○片峰座長 小川先生、前回のこの会の最後に、働き方改革、総労働時間だけではないですよ、大きな問題がいっぱいありますという話をされましたね。あの件は今回の見直しの中に取り込む必要がありませんか。そこら辺について少し。

○小川構成員 それは完全にあると思います。ですから、前回最後に申し上げたのは、岩手県の過疎地のところをカバーしている二次医療圏で何が起きているかということ、10万人いて、そして東京都全域ぐらいの広さがある、そこに総合病院が1つしかない。そこに専門医を並べればいいのかといたら、専門医を並べたって仕事がありません。そして、働き方改革のことで1,860時間というのがあるのですけれども、どうなっていますかということ、医療局に調べさせました。そしたら、1,860時間に達しているお医者さんは1人もいません。ですから、過疎地になって人口が減っているから、当然のことながら患者も減っている。そういう中で全部の科の専門医を用意するのが妥当かどうかということ、まずそれは違う。

問題は、あの表の下に書いてある義務なのです。連続勤務時間36時間で、8時間のタイムラグをとりなさいと。あそこが問題なのです。地方では1診療科は3人ぐらいでやっているわけで、例えば小児科の医者が当直をしたら、次の日の回診はできません。外来は診られません。そのところが関連してくるので、働き方改革の議論と医師需給の議論は合体させないと片手落ちになってしまうのではないかなと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 皆さんもそうだと思うのですけれども、地域医療のそういったことを解決するためには、診療科偏在というものはどうしても考えていかなければいけない問題だと。そこは皆さん、合意だと思うのです。いろんな議論が出ていると思うのですが、将来的な見通しをどうするかというものをきちんとプランした上で概算をしていかなければいけないのではないかなと思うのです。現在のDPCのデータでは現在の問題のことだけですし、今、小川構成員が御指摘されたように、地域医療をちゃんと守っていくためには、まずジェネラリストか、かかりつけ医か、そういった人たちがゲートキーパー的にそこに存在されていて、例えば脳外科の専門医をとった先生は、脳外科の手術を受けるためにトレーニングをされてきたことが主になりますので、そういった方々はきちんとそういう専門的な施設に配置されて、そこでその能力を発揮していただく。もしかかりつけ医の人が診て必要であれば、そういった専門病院に送れるようなシステムをつくるということが理想だと思う

のです。

私、専門研修部会もやらせていただいております、専門医のところで確かにシーリングだけがドラスティックに行われたことで、そのみを取り上げられてはいるのですけれども、ただ、専門医という資格ということは、今、変えることができるタイミングなので、先ほど地域ごとの実情、例えば透析を何科がやるかとか、t-PAをどの人がやるかというお話も挙がりましたが、私自身は不勉強で、どこの専門医制度できちんとした教育をやっているのかということは分かりませんが、患者さんの視点からすると、t-PAの扱い方についてきちんと教育を受けた専門医がそれをやるべきだと思いますし、透析に関しても専門医制度の中で、地域ごとの差ではなくて、全国一律できちんとそういった教育を受けた人がやるべきということが理想像だと思いますので、現状ではなくて、今後かかりつけ医とか総合診療医のことも含めて、理想的なものをもう少し見た形での議論をしていったほうが良いように思いました。

○片峰座長 先ほどの働き方改革の様子を今回の見直しに何らかに入れていくという考えが事務局としてあられるのか、そこをちょっと説明していただけますか。

○佐々木医事課長 医師の働き方改革の影響に関しましては、今後議論をしていただく予定ですが、医師需給そのものの計算を働き方改革の議論を踏まえて、見直すというところは当然考慮させていただく予定です。特に今回御指摘いただいた勤務時間の問題、インターバルとかそういうものを含めてどういう影響を及ぼすかということも考慮に入れた計算をしていこうということだと思います。

今回診療科別必要医師数に関しまして様々な御指摘をいただいておりますが、究極的にはおっしゃるようなことも当然考慮すべきだと思うわけでありまして、先ほどこれは何年に1回見直すべきなのかという宿題もいただきましたし、差し当たって今回の提案につきましてもいろいろと御指摘いただいております中で、我々のほうとして、今、可能なものについてはこういうものがありますというラインアップを示させていただきましたので、本日提案させていただいた再計算の方法を元にデータをつくった上で、それをどう使うかというのは次のステップの議論かと思っております。再計算の方法は引き続き議論いただいてもいいのですが、今日の事務局として御議論いただきたいのは、まず、再計算をやらせていただきたいかがかかというものです。それをどう使うかということについては、次回も必要医師数の議論をしていただく予定でございますので、まずは様々な学会や自治体から改善を求められていることについて少し考慮した作業をさせていただいてよろしいかということです。

○片峰座長 そのポイントで申しますと、先ほどから議論になっている、病院勤務医を診療所のお医者さんと切り離してデータをつくりましょうという御提案がありますね。これは実態を把握するという意味ではいいのでしょうかけれども、偏在対策等々を進めていく上で、どういう意味を持たせようと思われているのか。あるいはシーリングを含めまして、そこら辺を明確に言っていただければいいなと思っております。

○佐々木医事課長 ありがとうございます。

先ほども御質問をいただきましたが、16ページの点だと思えます。今回必要医師数について、結果としてシーリングというのをを用いたことに関しまして、各地域、学会からも御意見をいただいております。今の診療科別の医師数の見込みは、当然勤務先、病院であるとか診療所を交ぜた状態で提案をしていただいております。それに関して分けた数字をつくってほしいというご意見をいただいております。どう使うかということにつきましては実際作業してみないとどういう仕上がりのもことになるか我々も分かりませんが、こういう数字が欲しいという要望がありますので、まずはそれをつくらせていただいて、次回以降、結果を見ていただいて、評価していただき、改善点も引き続き検討していくということではいかがでしょうか。

○片峰座長 長崎県みたいな多数地域は、医師は多いけれども病院の医師は足りないのですという言い方ですね。そういった要望なのだろうと僕は思っているのです。いずれにしろ出してからということですね。

どうぞ。

○福井構成員 私の理解が違ったら申し訳ないのですが、必要医師数計算のところではほとんどが都道府県別という言葉が出ますけれども、先ほど小川先生がおっしゃったように、都道府県別というより二次医療圏レベルというか、同じ二次医療圏と言われているけれども、どういう地域にあるかによって患者さんの移動とか、それから医療者の移動とか、そういうのも随分違いますので、もう少しエリア別のところをブレイクダウンして、細かいところで特徴を幾つか類型化した上で、もう少しきめ細かくできないかなと思いますけれども。

○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。

より細かい単位での必要医師数をということですが、1点目に、現在医師の偏在対策ということで御議論いただいておりますが、国で検討できるところとして二次医療圏別、三次医療圏別がございますが、医師の配置に関しては、臨床研修の定員もそうですし、専門医のシーリングの定員に関しても各都道府県の地対協で御議論いただけるようになっておりますので、都道府県ごとにおいてどのような医師を配置していくのかというのは、医師確保計画を都道府県ごとで作成していただいておりますので、そこで決めていただくことかと思っておりますので、国としてそこをどの程度方向づけるかというところには議論があるかと思っておりますが、先生がおっしゃるように、二次医療圏ごとでどのぐらいの需要があって、どのぐらいの診療科が必要なのかということに関しまして、都道府県ごとにも検討するに当たってデータがあるべきなのかもしれませんので、先ほどのデータの公表の問題ともつながりますけれども、各都道府県レベルでそこを検討していただけるように、我々としてもどのような情報の提供ができるのかということは検討してまいりたいと思います。

○片峰座長 そろそろ次の議題に移りたいのですが、最後にどうぞ。

○羽鳥構成員 今の議論はとても大事だと思うのですが、疾患別によって大分違うのでは

ないかと思えます。例えば大動脈瘤破裂をきちんと処置できるというと、時間・距離が一番大事だと思います。東京でも西部のところにあるそれに優れた病院は、山梨からも患者さんがどんどん来るということもあるでしょうし、癌のように診療レベルを上げることのためだけで言うと、距離よりも密度が高い、診療レベルが高いことが大事かもしれません。脳卒中みたいに4.5時間以内とか、心筋梗塞みたいに6時間以内とか、縛りがあるのだったら、それは時間・距離も必要でしょうし、いわゆる二次医療圏と言っても、横浜市みたいに390万で1つの二次医療圏というものもあるので、単純にそういう決め方でなくて、疾患別に距離をつくっていくとか、そういう発想があってもいいのではないかなと思います。

○片峰座長 それでは、取りあえずここで切りまして、次の議題に移らせていただきます。

「海外医学部を卒業した医師への対応方針」です。御説明をお願いします。

○扇屋医事課長補佐 では、資料3をお開きください。「海外医学部を卒業した医師への対応方針」についてです。こちらは前回の医師需給分科会で現状のデータをお出しして御議論いただいたものの続きになります。今回は海外医学部卒医師について、今後の方向性として資料をまとめさせていただいております。

まず、前回までの御議論についてです。1点目に「将来の医師需給バランスを考える上で、海外医学部卒の医師数の将来的な伸びを、反映させる必要がある」。2点目に「諸外国のように海外医学部卒医師に制限を加えるべきではないのではないか」。3点目に「日本の医師国家試験受験を考慮している人数の把握が必要であろう」。4点目に、こちらは医師国家試験改善検討部会での情報になりますけれども、海外医学部に在籍し、日本での臨床実習を希望しているものの、実習先を探すのに苦労しているという情報がありました。

これら4点を踏まえまして、方向性です。1点目に「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点目に「日本の医師国家試験受験を考慮している者を登録するシステムを構築し、対象者に厚生労働省のホームページを通じて登録を促すことで、人数を把握するとともに、実習先やマッチングの手続き等に必要な情報を提供することとしてはどうか」。3点目に「また、医師偏在対策に資するよう、医師少数県で臨床実習やマッチングが可能となるよう調整してはどうか」とさせていただいております。

資料の説明は以上になります。

○片峰座長 それでは、御議論いただきたいと思えます。どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

方向性については、おおむね賛成なのですけれども、教えていただきたいことがあります。今、日本の医学部教育の中身を見直すという議論があるように聞いているのですが、例えばCBTを準国家試験化する、あるいはOSCEの位置づけを変えていくとか、あるいは医学生の医行為をもっと徹底するという話がある中で、海外の医学部の卒業生は最終的な医師国家試験が通ればいいというのは、今まではそこで知識についての確認、非常に細かいと

ころが行われた。これは議論の進み方にもよると思いますけれども、CBTである程度知識の確認をした上で、国家試験の在り方を変えるという話になると、海外の医学部で勉強されてきた方々と日本の医学部を卒業された方のその中身について整合性がとれるのかどうか。私は専門家でないので分からないのですが、その辺について厚生労働省はどのような考え方をされているのかということ。マッチングについては非常にいいなど。あらかじめ登録していただいて、同じ立場で研修が受けられるというのは非常にいいことだと思っています。

以上です。

○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。

まさしく御指摘いただいた点に関しまして、現状、医師分科会で共用試験のCBTとOSCE、主に4年次に受けていただくものに関して法的化すべきではないかという点で御議論いただいております、おおむねその方向で今、議論がまとまりつつあるところでございます。

それを導入した場合に、海外の医学部を卒業した人の質の担保という観点でどうあるべきかということで、御質問をいただいたと思っております。これについては、現在国家試験の改善検討部会というものがございまして、その中でも御議論させていただいております。これについては、現在国家試験の改善検討部会というものがございまして、その中でも御議論させていただいております。これを導入した場合には、海外の医学部を卒業した人の質の担保という観点でどうあるべきかということで、御質問をいただいたと思っております。これについては、現在国家試験の改善検討部会というものがございまして、その中でも御議論させていただいております。これをCBT、OSCEで知識、技能、態度を見るということを今後法的化するのであれば、それを海外の医学部を卒業した方にも適用すべきではないかという意見もあります。海外の医学部を卒業した方は、今、予備試験と本試験認定ということで、それぞれ教育課程の充実度によって受けてもらう試験が異なりますけれども、その中には日本語の能力が十分かどうかという要素も加わっています。それをCBT、OSCEに置き換えたときに同様に担保できるのかというところが一つ論点になっております。例えばCBTはコンピュータベースなので、書く能力というのは見られないです。その点などの整合性に関して、今、部会の中でも議論しているところでございますので、また議論がまとまり次第、こちらの会でも御報告をさせていただきたいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○新井構成員 御承知のように、日本の医学教育界では2023年問題というのがありまして、米国のECFMGが、外国の医学部を卒業した場合には、その医学部の教育がWFME（世界医学教育連盟）の認証を受けていることを要件にして、日本では文科省も御協力いただいて、全国医学部長病院長会議等がJACMEという組織をつくって、今、認証作業が進んでいるわけです。

ここに国の名前が書いていないですが、圧倒的に中国とハンガリーが多くて、中国とハンガリーは両方ともWFMEの認証は受けていません。したがって、将来的には日本も同じような目に遭ったわけですがけれども、10年ぐらいの期間を設けて例えば中国とかハンガリーにWFMEの認証を求めるとか。国家試験を通っても、実際そこで行われている医学教育、例えば倫理観とか医師のプロフェッショナリズムとか、そういうものがどう行われている

かというのは全く見えないわけですし、もちろんハンガリーなどはかなりレベルが高いという話も聞きますが、一つ明示的に示される指標としては、今、申し上げたWFMEの認証というのがあると思うので、そういうのを将来的に求めていくというのも一つの道ではないかと思えます。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 私は医師国家試験改善対策検討会の委員も務めておりまして、私の聞いた範囲では、ハンガリーの大学はグローバルスタンダードに準拠しているということを聞いていますので、もし可能であれば、そこのところを調べていただくと、随分議論が変わってくるかなと思います。

そちらの議論の内容は非公開なので、あまり具体的に言えないのですが、ただ、いろいろお聞きしていると、人数が増えてきているのは、きちんとあっせんする業者があって、それが継続的に総理の提携か何かで、幾つかの分野においてハンガリーとの提携をするというようなことの調印があったことで、民間の業者が中に入っている。なので、毎年毎年一定の人数の学生さんがハンガリーの医学部に行っているということを聞いていますので、人数として減ってくることはあまりないのではないかなと。ということからすると、今回の事務局の出された方向性として、しっかり登録制にしていくことと、推計の中に反映させていくということについては賛成です。

レベルの問題をいろいろ取り入れている海外の、特に東欧の医学部を出た人たちが国家試験に合格した人を研修とかで受け入れている医療機関の方から聞きますと、かなりレベルが高い人が多いということも聞いていますので、そういったことから排斥するという形はとらないほうがいいかなと思います。ただ、人数的に1校分の受験生ということになってきますと、これは看過できない状況ではないかなと思いますので、今回事務局が出された方向性については賛成です。

○片峰座長 どうぞ。

○加藤医師養成等企画調整室長 済みません。この記述ぶりが少し分かりにくいと思いますが、今回提案させていただいているのは、まだ海外にいらっちゃって、今後日本の国家試験を受ける方に自主的に登録していただくというシステムの構築を考えておりますので、我々は登録制というところまではまだ考えておりませんので。

○山口構成員 任意の登録。

○加藤医師養成等企画調整室長 そうですね。任意の登録制というイメージですので、その点を御理解いただければと思います。

○片峰座長 松田先生、どうぞ。

○松田構成員 増えるのもうしようがないと思うのですが、ただ、基本的なデータとして、海外の医学部に行った方が何人ぐらい現地に残られて医者になって、何人ぐらいこちらに戻ってこられているのか、そういう基本的なデータはあったほうがいいのではないかなと思います。実際ハンガリーに行かれた方々でも、半分以上向こうでドクターを

されているのであれば全然いいと思うのですが、行った方が8割、9割日本に戻ってくる。例えばチェコも今、始めていますけれども、それが多分戻ってくる。中国も戻ってくるとなると、これはこれで少し対応を考えなければいけないと思いますので、実際に海外に行かれた方の動向を基本的なデータとして把握していただけるといいなと思います。

あと、海外の大学が幾つか臨床実習の認定機関として日本の病院を認定していますが、そういう認定が公的な枠組みの中でちゃんとやられているのか、それとも個別に大学と病院の関係なのかとか、その辺のところも基本的なデータとして把握されておいたほうがいいのではないかなと思います。

○片峰座長 医師少数県が政策的に地域の若者をサポートして海外に送り出して、戻すということも始まっているやに聞いていますけれども、そういう情報はありますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 まだうわさベースで耳にする程度で、実際にそういうのをシステムティックにやっているというところの確かな情報までは我々は入手しておりませんが、あくまでうわさレベルでそういった話があるというふうには聞いています。

○片峰座長 どうぞ。

○新井構成員 茨城県がやっているのです。茨城県、県が補助金を出して海外に行ってもらって、奨学金を出すみたいなことをしていると聞いている。だから、茨城県はデータの中でも結構多いのです。東京、大阪、茨城というのは海外出身の人がいる率が結構多いようなデータを見ましたが、確認していただいたらいいのではないのでしょうか。

○片峰座長 どうぞ。

○戎構成員 2ページの方向性に関しては私も賛成なのですが、1点だけ。3つ目の○に「医師偏在対策に資するよう」とあえて書いてあるのですけれども、もしこの資料を海外の学生さんが見られたら、読み方としては、偏在対策に資するよう、医師少数県でマッチングできるようにというふうにとられるのではないかなと思ったので、ここの書き方としては、国内も国外の学生さんも、先ほどお話にあったように、同じようにマッチングというか、そういう条件にしたらどうかという話もあったので、表現的には少し考慮されたほうがいいのではないかなと思いました。

○片峰座長 どうぞ。

○三根構成員 先ほども御意見がありましたように、現在95人。これは医学部1校分ということだろうと思います。国際関係、あるいは全世界での教育をどういうふうにするかということもあろうかと思いますが、この場は医師需給分科会です。医師数に関して議論する場においては、これは明らかに大問題だと思いますので、将来どのように対応していくかというのはきちんと決めるべきだと思います。

○片峰座長 今の御提案は、医師需給予測の供給のほうにこの数を上乗せしてという御提案ですね。

○三根構成員 はい。上乗せするか、歯止めをかけるか。この場はあくまでも日本の中の医師数、あるいはその偏在をどう議論するかという場ですので、国際関係云々、あるいは

全世界中での医療教育のスタンダードをどうするかということよりも、それが主だと思えますので、それをはっきり前向きに検討していくべき。どうするかを含めて。そういう場ではないだろうかと思えますし、そう考えると、1校分、あるいは国内の医学部2校分、3校分、4校分と出てきたら、これはすごいことになるのではないのでしょうか。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 御指摘のとおりなので、2ページの一番上の○にあるように、海外の医学部の医師数、どれくらい伸びるか分かりませんが、今、御指摘があったように、1校分、2校分伸びてきたときに、それを日本の医師の需給の中に反映させて考えるということで全体のバランスをとるということは、多分この需給分科会の総意であったのではないかなと思っておりますが、その辺の確認をもう一度したほうがよろしいのではないかなと。

○三根構成員 そのように思いますし、また、限度もあるかと思えます。現状を横ばいになるのか、約91%。10%になったら、いかがでしょう。

○片峰座長 制限をかけるというのは、具体的にどういう制限のかけ方が考えられるのですか。海外からのお医者さんが帰ってくるの。

○加藤医師養成等企画調整室長 前回御議論いただきましたように、他国の例ではカナダのように、その本国以外の医学部を卒業した方に関しては別途マッチングをするという形で制限をかけているようなところもございますので、現状システムとしてはそういったところが該当するかなと思います。国家試験を厳しくするというのは、公平性の観点で、日本の医学部を卒業した人と一定水準をする。そこで数を絞り切るといのはなかなか困難かなと思いますので、その後のシステムの中でどのように需給調整をしていくのかなというところかと思えます。

○片峰座長 新井先生のお立場ではどうですか。要するに、これが行くと、日本の医学部の定員にも影響を与えかねないということになるかも分かりませんが。

○新井構成員 総論的に言えば、日本の医学が国際性を持つという意味では、先ほどもお話があったとおりで、いいと思うのですが、今の日本の医師の分布を規定するものが何かということで、例えば米国ですと、海外の医学部を卒業した人は必然的に地方に行かざるを得ないといったような話も聞いていますし、そもそものシステムがそういう形になっています。

今、日本だとどこにでも自由に行けますから、それを国ががちがちに規制していいのかどうかというと、その辺もどうかなと思えますし、非常にうまくやっていないといけな。でも、拒否する必要はないのではないかな。うまく組み込んでいくというほうが進むべき道ではないかと思えます。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 先ほど出た茨城県のことに関しましては、実際検索をすると、イバラキドクターズライフというのが「高校生のかたへ」というので、ウェブサイトにしっかり出て

くる状況なので、そういう3つの選択肢があって、地域枠と一緒に海外の医学部に行くということで、月々幾らというのも出ているので、そういう状況がきちんと分かることなので、教えていただいたほうが。ほかの県もこれを見習って行う可能性も出てくると思います。

もう一点、前回のときにお聞きしたと思うのですが、今、新井構成員からも御指摘があったように、海外の国籍の方で、海外の医学部を出て日本で研修とかをやって、ビザの問題、永住権とか、そういった問題に関して、日本でフリーにずっとプラクティスをしたければそのまま残れるのかどうか、その辺をお調べいただきたいとお願ひしたと思うのですが、その回答がなかったのですけれども、今、おっしゃるように、そこでの制限をつけるかどうかということもどうするかだとは思っています。

先ほど御意見が出たように、医師偏在対策になるように、そういった人たちを医師少数県でやらせるということが倫理的にどうなのかということも含めて、そういった形でのビザということも議論していかなければいけないことかなとは思っています。

○片峰座長 事務局、どうぞ。

○土岐医事課長補佐 事務局です。

在留資格の件につきましては、前回も少しお答えをさせていただきましたが、在留資格、法令のほうも少し調べてまいりました。前回お答えさせていただいたとおり、在留資格、医療で来られている外国人の方は、期限としては5年、3年、1年、または3月の中で定められるというのが原則になっておりまして、法律上は、在留資格の期間の更新については、法務大臣が適当と認めるに足りる相当の理由があるときに限り許可すると規定されております。実態としては、恐らく日本で日本のドクターと同じような給料をもらって、同じような条件で働いて生計が維持できているという方であれば、期限の更新は認められているのが現状ではないかなと考えております。

○片峰座長 どうぞ。

○佐々木医事課長 今、在留の資格のところだけですが、全体的な方向性でございますけれども、前回御議論いただきました際にはカナダの例などをご説明し、外国の医学部を出た方について一定の制限を加えるということも含めて御議論いただいたところでございます。前回の議論を踏まえますと、そこまで強制的なという段階ではないのかなという御指摘だったと思いますので、我々としましては、今回御提案したとおり、現状では、国家試験のときにはじめて厚労省と接点ができますので、それを学生時代からとか、もっと早い段階で状況を把握させていただくようなルートを新たにつくりまして、まずは今後の動向をきちんと把握した上で、引き続き今の取り扱いでいかどうかは継続して御審議をいただくということで、まずは実態把握のための仕組みの構築を始めさせていただきたいということでございます。

○片峰座長 どうぞ。

○福井構成員 私も当面の対応はそれでいいと思うのですが、ただ、これから先5

年、10年後には医学部への入学定員、地域枠から始まって、ひょっとして本体の人数まで減らしていくフェーズに入っていきますね。もしそうなった場合に、外国の医学部卒業生は何も手をつけないでというわけに。比率からいってちょっとバランスが悪くなるのかなという気もしますので、国内での医学部生の数との関係でどう考えるのかというのは、どこかで何か判断する必要があるのではないかなと思います。

○片峰座長 よろしゅうございますか。では、最後に。

○神野構成員 前回公式だったか、非公式だったか忘れてしまったけれども、例えばハンガリーに入学しても卒業できるのは20%ぐらいしかいないと伺ったわけですよ。そうなりますと、入学して卒業までいる人たちは、しかも外国語で講義を受けて、その後日本語の国家試験を受けるということですので、それなりに優秀な者だと判断せざるを得ないし、それから日本の国家試験を合格するという事は、一応日本のライセンスをクリアしているわけですので、当面の間、多様性という意味で、日本国籍の外国大学卒業生は、今は制限を加えるべきではなく、入れるべきなのかなという気がしております。

それと同時に、もう一つは、今、御議論があった外国籍の日本の国家試験を受かった人たちの在留資格は、今、御説明がありましたけれども、これは国として外国人労働者をどうするかということと、日本国が外国人労働者にとって魅力的な国かどうかということを見ながら判断すべきことなのかなと思いました。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、本日の議論はここまでとさせていただきます。

本日構成員からいただきました御意見を踏まえて、今後の議論の進め方については事務局と相談の上、進めさせていただきます。

どうぞ。

○小川構成員 前回、第4次取りまとめの進捗の説明の中で、地域枠での定員減が、全国で80名減ったと。各理由について今日お話しいただけるのかなと思っていたのです。前回そういう御質問をしたときに、出しましょうかという話だったと思うのですけれども。

これは、後でちょっと聞いたところによると、実際地域枠を県からも要請されて、大学もオーケーしたのだけれども、実績がなかったから減らしたという一部の話があったのですけれども、この80名の減は全部それでいいのですか。

○片峰座長 どうぞ。

○佐々木医事課長 地域枠は、前回御報告申し上げたところでございまして、平成30年に厚労省、文科省が連携しまして地域枠がきちんと活用されているかということについて、正式な調査を初めていたしました。その中で、大変申し訳ないなと思っているのですが、地域枠の学生ということでなく一般、つまり地域や診療科の制限もなく入学ということを認めているケースが多数ございました。今般地域枠を設定している都道府県に対しては、厚労省のほうから、まず大学と話し合いをして、きちんと埋められるかどうかについてちゃんと精査をしてくださいとお願いしたところ、きちんと埋められるかどうかというところ

ろで自信がない、難しいというところについては、そもそも定数を減らして申請をしてきたというケースが多うございました。

一方、定数を減らさない形で申請をしてきたところもあるのですが、それに関しましては、過去に埋められなかった分をどういう形で埋めるのかという具体的な対応策を求めましたところ、具体的な対応策を言えるところと、そうでないところがあり、全体的な状況を見ながら今回再検討をいただいたということもありますので、基本的には過去の実績に基づいて、地域枠をきちんと活用できるかどうかという視点で精査をしたということでございます。

○片峰座長 どうぞ。

○新井構成員 この件について、私が実際に目で確かめたわけではないのですが、言うとなってしまうからあれだけど、地域枠が減ったあるエリアで知事と大学が非常にフリクションがあって問題になっていると。この地域枠にしても、今後の展開を考えたときに、これはこの会議でも何回か申し上げたのですけれども、いずれ臨時定員増がなくなって、地域枠、地元枠が必要だと。そのときに恒久定員枠の中にそれが組み込まれるということも可能性としてはあるわけですね。そのときに知事が強権を発動して大学に無理強いをすると。これは地対協で十分に協議をして、二者が合意の上でそういったことがなされるべきで、知事と大学が対立するような関係が一部生じていると聞いているので、これは好ましいことではないと思うので、ぜひうまいことやってほしいなと思います。

○片峰座長 よろしいですか。

それでは、今の件も含めて事務局から最後をお願いいたします。

○扇屋医事課長補佐 今いただいた御意見を基に、今後地域枠の在り方について扱っていく予定になっておりますので、その回に実際これまでの過去実績がどうだったのか、今後どのようにすれば都道府県と大学でいい関係がつかれるのか、そういったところを議論していただければと考えております。

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で進めさせていただきたいと思います。

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。

○片峰座長 どうもありがとうございました。

それでは、これで終了させていただきます。