

○扇屋医事課長補佐 では、定刻になりましたので、ただいまから「医療従事者の需給に関する検討会 第33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、権丈構成員、永井構成員、斐構成員、堀之内構成員、松田構成員、峰構成員、森田構成員から、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、山口構成員より、早めの御退席の御連絡をいただいております。

なお、本日は平川構成員の代理としまして、日本精神科病院協会の森隆夫副会長に御出席いただいております。

次に、資料の確認をいたします。

お手元に資料1から2、参考資料1はございますでしょうか。

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。

ここでカメラは退出をお願いいたします。

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、「1. 診療科ごとの将来必要な医師数の見直しについて」「2. その他」ということとなります。

まず事務局より、資料1と2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をお開きください。

まず1枚目、「都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見直しの位置づけについて」、こちらについては、前回の分科会で御議論いただきました計算方法の見直しの点について、変更した点を反映させた資料となっております。

次に、スライド2です。「基礎データの見直し」になります。

上側の表を御覧ください。前回2019年計算と今回の2020年計算で、基礎データが何が変わったのかをお示ししております。

まず、医師・歯科医師・薬剤師調査が2016年のものから2018年のものへ、労働時間調査については変わりはありません。患者調査について、2014年から2017年のものへ更新しております。また、対応表につきましては同じデータを用いていますが、今回より性年齢階級別の対応表としております。

次に、スライド3になります。仕事量の推計について、こちらは既存の資料になります。性年齢別の勤務時間についてお示ししております。

次に、スライド4は診療科別の勤務時間を示しております。

次に、スライド5ですけれども、週60時間を超える勤務時間がある診療科については、勤務時間削減分の医師が不足するという考えの下、必要医師数を算出しております。

次に、スライド6、7ですけれども、診療科別の生残率を男性、女性に分けてお示しております。

次に、スライド8、9ですけれども、診療科別生残率を病院勤務医に絞って、男性と女性に分けてお示しております。

次に、スライド10ですけれども、前回の議論のまとめです。いただいた御意見と今後の方向性についてまとめております。

まず1点目ですけれども、DPCデータなど、各データを何らかの形で開示する必要があるという御意見に対してですが、今後、データの公表の規定などを確認しながら、公表の仕方を考えていきたいとしております。

2点目の御意見ですけれども、教育や研究に必要な医師数については別途算出すべきとありますが、シーリングが進んでいる中であるため、早急に行うべきであるという御意見について、まず、教育や研究を行う医師の養成のあり方やカリキュラムなどの制度を再検討する必要があるということ。また、診療科別必要医師数の計算で用いているデータと比較可能な信頼性の高いデータを用いた推計を行う必要があるため、今後も日本専門医機構と協議を続ける方向性でおります。

3点目に、勤務医の必要医師数の試算について、都道府県ごとに病院の医療のあり方が違うため、強い仮定を置いた試算になることに留意するべきであるという御意見について、ほかの施策に利用する場合には御指摘のような留意点を踏まえることが適当と考えております。

それでは、次のスライド11です。細分化した専門医を多く作るよりも、ジェネラリストがどれだけ必要かを考慮してから専門医の必要数を出すべきではないかという御意見。これについては、現在、研究班を立ち上げまして、総合診療医のあり方、地域ごとに必要となる医師数について検討を加えているところです。診療科別必要医師数と同時並行で議論を進めることを検討しております。

次に、地域により偏在のパターンが異なるため、実態に合わせて話し合っていくことが必要ではないかという御意見。こちらについて、まず1点目ですけれども、ほかの施策に診療科別必要医師数を利用する場合には地域性について検討するよう、医師需給分科会で意見をまとめてはどうか。2点目に、都道府県別の必要医師数を二次医療圏別の必要医師数に按分することは技術的には可能ではありますが、この二次医療圏別の必要医師数が都道府県において活用されやすい方法については今後も検討が必要と考えております。

ここで、机上配付させていただいております計算結果を御覧ください。将来必要な医師数の見通しの医師の全体版と病院勤務医版、また、それぞれの都道府県別データとなっております。

それでは、資料1のほうに戻りまして、スライド12になります。

診療科別必要医師数の計算結果は、使用している基礎データが更新されること・計算方法の改善によって変わってきます。

2点目に、現時点の医療レベルを基本として推計しているため、必ずしも将来時点で必要とされる医師数と一致するものではない可能性があります。

3点目、現在、専門医養成課程での医師の診療科偏在対策としては、専門医機構の行うシーリングのみである。

この3点の現状の課題を踏まえまして、方向性ですけれども、まず1点目、計算の見直しスケジュールです。3つのポイントがあると考えておりまして、まず1点目、医師確保計画を策定する上で参考にできるよう、策定サイクルに合わせてはどうか。2点目に、新たな診療科別必要医師数の考え方の導入が必要と判断されたとき。3点目、ほかの施策で利用する上で、基礎データを最新のものに更新する必要があるとき。

方向性の2点目ですけれども、この診療科別必要医師数の算出結果はあくまで目安であって、施策に利用する際には幅を持たせて運用されるべきではないか。

3点目に、医師の偏在是正を考える上で、地域の実態をどう加味するのか、総合診療医のあり方など、既存の偏在是正策を含めて総合的に検討する視点が必要ではないか。

それでは、次のスライドに進んでいただきまして、既存の医師偏在対策、特に医師養成課程を通じた医師偏在対策として何があるのかをスライドでまとめております。

大きく分けて3つありまして、大学医学部の地域枠の設定。

2点目に、臨床研修の段階では臨床研修制度における偏在対策。

3点目に、専門研修、専門医制度における偏在対策とあります。

それぞれ大学医学部の地域枠については、大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除されるというような制度になっております。

2点目の臨床研修の段階では、都道府県別に臨床研修の採用枠の上限数の設定を行っております。また、全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小しているところでもあります。

3点目の専門研修における偏在対策ですが、日本専門医機構が都道府県別・診療科別採用上限数を設定、いわゆるシーリングというものを行っております。

それでは、次のスライドに進んでいただきまして、今挙げました医師養成課程における医師偏在対策がどこで議論されているのかをまとめた資料になります。

まず、左側のボックスの中ですけれども、医師需給分科会においては、総合的な医師の需給バランス・偏在対策のあり方を議論していただいております。先ほど挙げました地域枠の設定や臨床研修制度における地域偏在対策、専門医制度における地域診療科偏在対策、また、総合診療医のあり方、必要数についての検討を行っていただいております。

横向きに見ていただきまして、臨床研修制度においては、臨床研修部会におきまして、具体的な都道府県別定員の設定による偏在是正、医師のプライマリケア能力向上のための研修制度の検討が行われております。

次に、専門研修におきましては、専門研修部会におきまして、地域医療提供体制確保の観点から専門研修のあり方に対する検討、検討結果を踏まえた採用数上限（シーリング）などに関する日本専門医機構及び各学会への意見・要請を行っております。そして、日本専門医機構においては、専門研修の内容を検討、専門医シーリングの検討・実施を行っております。

資料1の説明は以上になります。

次に、資料2ですけれども、前回の分科会で一度お示ししました今後の議論の進め方について、1点追加で書かせていただいております。次回以降のところ、「医師の診療科偏在」というものを入れさせていただきます。

それでは、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、資料1と2に関する御議論をいただきたいと思います。今日は19時30分までということですので、よろしく願いいたします。

では、御意見を伺いたいと思います。

どうぞ。

○神野構成員 今回、初めて病院勤務医師数の計算が出るということで、楽しみにしてまいりました。

まず質問で、この計算根拠なのですけれども、机上配付資料の3ページ目が必要医師数、その次のページが病院勤務医師数なので、3ページから4ページに行くときにどういう計算をしたかということですが、これはさっきの病院勤務医の生残率を基にして計算したということでしょうか。

○扇屋医事課長補佐 はい。そのとおりでございます。

○神野構成員 そうすると、これは現状追認しかないのですよね。2030年、2036年の病院勤務医師数というのが今の生残率のままです。あるべき姿というか、その辺の並び替え、先ほど総合診療も含めていろいろ出し入れというのが必要になるのかなと思います。

ここに来てからさっと計算をしてみると、例えば内科は病院勤務医が62.8%、外科は89%、精神科が大体76%ぐらい。恐らくそこが病院勤務医が多い診療科とどうかという話だし、それから、一番下にあります臨床検査は、2036年は病院勤務医と全体の医師数があまり変わっていないということで、どこで勤務するかということになると思うのですけれども、だから、入外比率というのがこれでいいのかどうかということです。そのところをちょっと議論した上で、特に長期推計に関しては考えていく必要があるのではないかなと思います。

これは私、専門ではないですが、精神科などは病院勤務医が少ない、肝要、精神科が多いと思うのだけれども、精神科医の中で病院勤務医は76%ぐらい。この辺、恐らく精神科は結構違和感があるのではないかなとも思うところです。

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。

幾つか伺いたいことがあるのですが、まず大前提として、この医師需給分科会の役割について、パワーポイントの資料1の最後に初めて今回こういう形で取りまとめたいただいて、どこで何の議論をするかということが明確に示されているのだらうと思いますが、左側に細い線で医師需給分科会全体に囲みがかかっています。その中で、今までここで議論したことと、実はまだ議論を全然していないものというのがあるのかなということ、例えば一番下の総合診療医のあり方は、もともと専門医制度の中で専門医機構が機構として総合診療医を養成するというたてつけになっているので、この会で総合診療医のあり方というのを議論するのですか、ということもあります。

それから、臨床研修制度における偏在対策って、今まで臨床研修医の定員については、都道府県が指定する、あるいはどの病院を指定するということはここでも少し話題になりましたけれども、それ以外のことについての議論というのはそんなにもなかったのかなとちょっと思っていて、この辺の整理で特に一番重要なことは、今回議論になっている必要医師数というものが、それぞれの各施策の中でどのように参考として使われるのかということ、これをちょっと明確に示していただかないと、ここで決めたことが本当にいろいろなところに影響を及ぼすということなので、改めて御質問させていただいています。その点、もう少し詳細に教えていただけますか。

○片峰座長 さっきの神野先生の御議論は少し後に回して、今の今村先生の話、この辺に関するところを最初に少し話したほうが良いと思うのです。

今の今村先生の御意見に対して、何かありますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

今回、このように初めてお示しさせていただきました、これまでの経緯なども全て反映できているわけではございませんので、いろいろと御指摘いただければと思いますけれども、特に前回は総合診療医に関しては偏在対策上重要なのではないかなというような御意見もございましたので、そういう御指摘も踏まえて今回このように入れさせていただきました。

我々も専門医制度の中で総合診療専門医に関しては御議論いただいているところでございますけれども、この総合診療医という書き方自体が適切かどうかは議論があるかと思いますが、総合的に診療できる医師が地域でどうあるべきかということに関しては前回もかなりの御発言がございましたので、それは需給分科会においても御議論いただければと思っております。

また、臨床研修に関しましては、確かにこれまであまり議論はされてこなかったですけども、やはり偏在対策を検討するに当たって非常に重要なタームでございますので、臨床研修部会のほうでこれまで定員の設定をしてきましたけれども、都道府県に権限委譲がされてその後どうだったのかというようなところも含めて、この需給分科会でも今後取り上げさせていただきたいなと思っております。

最後の御質問で、診療科別の必要医師数の算出について、これがこの需給分科会を経てその後どのように活用されていくのかというところでございますけれども、この専門研修においては、専門医機構に昨年シーリングという形でこの必要医師数を使っていたというような経緯もございますし、今年に関しても専門研修部会で取り上げる見込みがあるところ、このような記載をさせていただいてはいますけれども、診療科別の必要医師数は専門研修だけで使用するものではないと思いますので、どのような活用の仕方があるのかというようなところをまさしくこの需給分科会で御議論いただきたいと考えて、このようにお示しさせていただいているところでございます。

○片峰座長 そうすると、今日提示されたこの絵は、これからのこの分科会の役割の新たな提案という位置づけでよろしいですか。もう一つは、要するに、他の審議機関との関係性を提案いただいたということよろしいですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 そうですね。これから議論していく部分の全てを網羅できているわけではございませんけれども、特に他の分科会等の関係性上示す必要があるところを重点的にお示しさせていただきました。

不足等がございましたら御指摘いただきまして、我々もこれにリバイスをかけていき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。

補足をさせていただきますと、今の図のところでございますが、この中で医道審議会の臨床研修部会、専門研修部会というのは、法的な根拠を持つ役割を担っております。

ですので、医師需給分科会全体像を議論していただく場でもありますけれども、上下関係というよりは、法律に基づく議論をしていく中に当たって、全体像から見たらこういう視点で議論していただくべきであるとかというような、少しキャッチボールといえますか、やりとりをするような部分もあります。上下関係というよりは、その中できちんと法律的にはこの部会はこういう役割があるというふうに書かせていただいておりますので、そういうふうに十分表現し切れていない面もあるかと思いますが、いずれにしましても、この関係性についても今日は少し御議論いただいて、引き続き整理をさせていただきたいと思っております。

○片峰座長 この件に関していかがでしょうか。

今村構成員。

○今村構成員 ありがとうございます。

今の御説明を聞いて、専門研修部会については法律的な位置づけということで、私もよ

く理解しているつもりなのですけれども、先ほどの御説明の中で、臨床研修部会と本医師需給分科会の関係というのは、どちらもいわゆる定数というような議論になってしまうと、上下という言い方は変なのですが、普通だとどちらが決めたことをこちらに持ってきて議論するみたいな整理があるはずだと思うのですけれども、お互いに相手にどういう権限があって議論しているかという話になるので、その辺の整理についてはどのようにお考えなのでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 臨床研修部会で定められている権限は、各都道府県に採用数の上限を振り分ける機能でございます。

この偏在対策に関しましては、都道府県間の偏在対策としてはもちろん国が定める上限規制で都道府県間は調整するのですが、その後、各都道府県内でどのような病院に定員を配置するのかというところは、都道府県の権限になってはございますけれども、我々も様々なところでこれを指針としてもお示ししますし、マニュアルの中でもどうあるべきかということに記載していますし、また、どのような基準で各都道府県の中で臨床研修の病院に定員を配置したのかという御報告をいただくことになっております。

また、都道府県間、都道府県内の偏在対策のあり方としては需給分科会でもぜひ御議論いただいて、先ほど課長から申し上げましたようにキャッチボールのようにしていければなど。全体の偏在対策として整合性が取れたものであるべきというような御意見もございませので、全体論としてはこの需給分科会で御議論いただきながら、そして、個別の施策として臨床研修部会でその定員等を御議論させていただきたいと思っております。

○片峰座長 では、山口さん。

○山口構成員 全く今と同じではないですが、大卒のところ、診療科別の必要医師数というのを出すことはもちろんいいのですけれども、本当に必要な地域に必要な科の医師をどう配置していくかということが一番大事で、それができていないので偏在ということがずっと続いているのだと思います。それを話し合うのはこの医師需給分科会だという位置づけでいいのかどうかの確認と、そこがこの絵の中でどこに入っているのかということが1つです。

それから、資料2の中に、今回は「医師の診療科偏在」と書いてあるのですけれども、診療科偏在の何を話し合うのか。その項目だけだと何を話し合うのか分からないので、もう少し具体的に教えていただけますか。

○佐々木医事課長 今の御指摘でございますが、現状、特に診療科偏在に関しましては、具体的な取組が行われているのは地域卒の診療科による入学定員の募集と機構の専攻医のシーリングという2つのことがございます。

前回の議論でも、地域卒のところは特に議論にならなかったのですけれども、そもそも専攻医のところ、診療科偏在を是正するというやり方そのものについてどうなのかという御議論もありましたので、そもそも診療科偏在を是正しなくてはいけないということは多分この分科会の先生方も御同意いただけると思うのです。では、どのような方法、手法が

あるのかということをしつかりと今まで十分議論できてなかった面もありますので、そういうのは1回きちんとやりたいなという趣旨で、今回議題に追加をしたというのが一つございます。

ですので、そういう意味では、そういった点で議論をお願いしたいということです。

○山口構成員 今後ということで、このイメージの中にはそこは書き込まれていないということですか。

○佐々木医事課長 このイメージというのは、かっちりしたというよりは、まずはこういうたたき台を出しまして、少し今日の議論を踏まえて整理し、もう少し明確化するであるとかということもありますし、次回以降、診療科偏在に関しての御議論をさせていただくために、事務局としていろいろ資料を用意するに当たって必要なものを今日御提案なり御指摘いただきたいということでございます。

○鶴田構成員

先ほどの総合診療医のあり方、必要医師数についての検討のところについてです。総合診療医のあり方とすると、ちょっと根本のところに戻るかもしれないけれども、総合診療医を1万人養成するか、3万人養成するか、5万人養成するか、それによって、例えば地方の医師が少ないところでは、実際問題、必要な医師数は数字が変わります。

例えば高度医療をしているがんセンターなどの医師を見ると、感染管理は感染管理チームが、疼痛管理は緩和ケアチームが診ており、一人の患者をたくさん専門医が診ていくと、幾ら医者がいても足りない。かなり多くの医師が必要になる。総合診療医を3万人を養成する、5万人を養成するときの元データは何を使うかというのはよく分からないけれども、DPCデータではなくて、現実的に、県庁所在地と大学所在地ではない、言い換えれば医師不足地域の、例えば100床、200床の病院の必要医師数は何名とすると、もっとより必要な医師数が出てきそうな気がするのですが。具体的にその根拠となる数字は何を使うか分からないのであれですけれども、そういう視点が必要かなと思います。総合診療医は何万人養成したら医師数はトータルだとどう変わるのかとか試算する必要があるのではないかと。難しいかもしれませんが。

○片峰座長 新井先生。

○新井構成員 最後の絵なのですけれども、専門医制度における地域診療科偏在対策で、専門研修部会と専門機構に2つ矢印があるのですけれども、下の矢印というのはどういうことを意味しているのか。私はこの構成員をしていますけれども、こういう矢印とかこういう働きかけ、あるいはキャッチボールにしても、あるという認識は全くないのですが、これはどうなのでしょう。

○加藤医師養成等企画調整室長 三角の意味が少しこの上とは異なって、具体的なキャッチボールというイメージではないのですけれども、実際にシーリングに関しては、診療科別必要医師数はもともとこの需給分科会で議論していたものを専門医機構で使用していた



だいたという意味でこの三角にさせていただきましたが、ほかの上の2つの三角とやや意味が異なりますので、ここは今後少し改善させていただきたいと思います。

○新井構成員 そうすると、医師の必要数がここで議論して出たと。それをシーリングに利用するという点に関しては、一応ここで議論されましたでしょうか。

○加藤医師養成等企画調整室長 ここで診療科別必要医師数というのは議論していただいて、昨年に関しては専門研修部会から提案という形で専門医機構のほうに提案させていただいたというようなことでございます。

今後とも専門研修部会が提案して専門医機構が検討するという形が適切なのかどうかという点は御議論あるかと思いますが、これまで使用されている診療科別の必要医師数自体はこの需給分科会で一義的には出しておりますので、その関係性をここで表現しようということでは矢印にしましたが、ここは少し誤植があるかと思いますが、また訂正させて。

○新井構成員 先生、最後にもう一点だけ。

そうすると、例えば今後の課題として、さっきちょっと話していました教育とか研究に関してのエフォートをどういうふうにカウントするかということが議論になって、これは多分、この会議では皆さんその必要性は認めたと私は認識しているのです。そうすると、その必要性を認めたとということがどういう形で専門医機構に伝わるのかということが、この流れで行くとどういうふうになるのですか。

○佐々木医事課長 それは、今日もイメージということでお示ししているのですが、きちんとこうやりますということまで具体的にまだ明言はできませんが、少なくともこちらの分科会で特に診療科偏在に関してはこういう議論をしていて、シーリングに関してもこういうような意見が出ているということは、専門研修部会には少なくとも伝えるということになります。

それから、専門研修部会からは、先ほど来申し上げていますが、専門医の研修をするに当たって、医療法に基づいてこういうことを注意しながらやってくださいということを機構に対して要請するという点になりますので、その中でそういった研究とかの部分について少し議論していただいて、どういう形でというところまで行けるかどうかは分かりませんが、そういうのを考慮してくれということは伝えるという形になるかと思いますが。

今日の時点ではまだ正確にこういう形でやるとまでは言えませんが、前回のこの分科会でも御議論いただいておりますし、今日、実際に、前回の議論のまとめということで資料1の10ページにも教育や研究に関しての医師数についてきちんと考慮すべきだという御指摘をいただいておりますので、これに関してはどういうデータ、考えを用いるのかということではありますが、専門医機構のほうで協議をしていくと。その経過につきましては、またこちらの分科会、それから、専門研修会にもこういう議論していますということは御報告するという形になるかと思っております。

○今村構成員 今の点で、私も後ほど御質問しようと思って、まさしく10ページの中ほど

の、今、どことどこが協議するかということはちょっと明確ではないなと思って伺っていました。

ここの中で議論したことが、専門研修部会にこういう議論をしているということがあって、専門研修部会から機構に協議という形は、それはそういう仕組みになっているので分かるのですけれども、この分科会として専門医機構と協議するという理解でここは書かれているのですか。ここが、どことどこが協議するかが明確でない。

ちょっと機構の立場も入ってしまったのですけれども、すみません。

○片峰座長 答えられますか。

○加藤医師養成等企画調整室長 本来法的に定められているのは、医師法の16条の8で専門研修部会となっていますので、一義的には専門研修部会と専門機構とのキャッチボールということになってきますので、ここにあまり主語は明確に書いていなかったのですけれども、本来であれば専門研修部会と認識しております。

○片峰座長 要するに、これもたたき台でイメージであるということですね。

どうぞ。

○羽鳥構成員 そもそも論に戻りますが、医師偏在対策の2番目の臨床研修について、医道審議会医師臨床研修部会で議論したのは先週の1回だけです。先週1回初めてやっただけで都道府県別上限数を設定するというには無理があると思います。多くの道府県は募集数に対して応募数が少ないのですが、東京の場合は、2019年における応募数を上限とするということですよ。

これは、新井先生も神野先生も僕も、臨床研修部会では納得したわけではないのに、マスコミ報道ではm3では納得されているという書かれ方でちょっと不満ですけれども、それはちょっと別にして、要するに、応募数と今年の採用数を応募の上限としてしまうと、実際に東京都で希望している人は10%国家試験で落ちてしまうということは、現実には東京都では募集が10%減になるということですよ。臨床研修の目的はいい医者を育てることが一つの大きな前提だと思うのですが、東京は周辺から2割ぐらい患者さんが集まるので研修医にとってはよい研修が出来る。そういうことを踏まえると、少なくとも臨床研修、専門研修ぐらいまでは勉強をしっかりとらせてあげて、その後の5年10年のところでしっかり地域に行ける仕組みを考えるというのが、この医師需給分科会のあり方ではないのでしょうか。

○片峰座長 どうぞ。

○佐々木医事課長 今のは臨床研修部会で決定した事項でありますので、しかも、先ほどのお話を聞いておりますと1回の議論だけでという御指摘であります。臨床研修部会におきましては、医師の偏在を進めていくために全体の募集定員を縮小して行って、都市部だけでなく地方にもきちんと研修医が行くようにということの議論は営々とやってきております。ですので、1回の議論で決めるということにつきましては、事務局としては非常に厳しい御指摘ではないかなと明言しておきます。

ですので、都市部については厳しいという御指摘もありますけれども、その分を地方が割を食っていいのかということは延々と議論してきたわけでございます。ですので、そこは積み重ねがあるということと、それから、ここの分科会でも議論させていただきましたが、入学、初期研修、専門研修ということで地域定着を図っていくというようなことは一貫した議論だったと思いますので、そういう意味では、最初は都会に集めて分配すればいいんじゃないかということであれば、今までの議論と新たな提案を今していただいたということになると思いますので、それにつきましてはそういう議論をするのかどうかも含めてこの分科会で議論いただくのは構いませんけれども、少なくとも今までの積み重ねでやらしていただいていると事務局としては思っているところでございます。

○片峰座長 分かりました。

そうしたら、先ほど申しましたように、この絵はまずはイメージとして提案していただいたということで、今日の御議論がいろいろありましたので、より進化した形、分かりやすい形で次回また出していただけますか。

それでは、何かございますか。

○福井構成員 既にここに書かれておりますように、11ページの前回の議論のまとめの上のほうの意見は、私が以前申し上げたことでして、ここでの議論に総合診療医の必要数をぜひ挙げていただきたいというのが私の希望です。

そして、これも何回も申し上げたことで、鶴田先生も言われましたけれども、総合診療医、ジェネラリストを考える場合に、どれくらいのサイズの地域を考えるかによっても全然議論が違ってきますので、専門医を全てそろえることのできるような大きな病院が作れるような人口を考えるのか、数万人程度の地域の集合体を考えるのかによって、総合診療医の必要性は全く異なってきますので、そここのところの連動性を考えて頂きたいと思えます。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 今回の総合診療医の話ですけれども、今回この医師需給分科会の、先ほどのもめている表の中の一つ下に、あり方、必要数について検討と書いてあることは、私は非常に重要だしここでやるべきだと思います。

先ほど、今村委員が専門医機構のほうで総合診療医のことはやっているとおっしゃって、総合診療専門医に関しては専門医機構の仕事だと思いますけれども、今、医師のキャリアパスの中で、例えば内科の専門医とか、脳外科の専門医とか、外科の専門医の方から御承知のように、総合診療的なほうにキャリアパスで行く人がいらっしゃいますので、そういう人の数も数えて総合診療医はどうあるべきかという議論はここでしかできないのかなと思いました。

ちなみに、いろいろな団体でそれらしきことをやっておりますけれども、全日病でも病院総合診療医育成プログラムというものをやっていて、四十何単位で認定するようなことをやっています。そういった資格制度だけではなくて、マインドとして総合診療をやる方々

をどう数に入れていくかということがとても重要で、そういった方のあり方、必要数を議論したほうがいいかなと思いました。

以上です。

○片峰座長 はい。

○今村構成員 総合的な診療能力を持つ医師の重要性というのは皆さん御指摘のとおりで、今、神野先生からあった専門医としての総合診療能力を持つ医師の話は、確かにおっしゃるとおり機構の事業になっているのですが、一方、今、病院総合診療医というのはいらっしやるのでしょうかけれども、総合診療医という名前で活動する先生たちはいらっしやらない。

都市部では確かに非常に医療が専門化していて、自分の専門性の高い疾病しか患者さんもいないというような医師もいるということも事実ですけれども、もう一方、過疎地にいらっしやって、その地域を守って、本当にお一人で総合的に全ての診療科をどんどん診ているという先生もいらっしやる。それをどのように正確に把握するかというのは、レセプトでその医療機関でどのような疾病を対象に診ておられるのかというようなことをある程度分析しないと、マクロの話で何万人必要みたいな計算をしてしまうと、それはそれでまた間違ってしまうのかなということなので、推計するに当たって、実態的に今どの程度そういう診療が行われているのかということやはり見ていただきたいなと思います。

それと、例えば診療所であっても、2人の先生がそれぞれ手分けをしてその地域のいろいろな患者さんを診ているということも当然あるわけですので、そういったものをどういうふうにカウントしていくのかということもある。言葉が一人歩きしないほうがいいかなと思っております。

だから、日本医師会も、専門性を持って開業された後に地域の住民に一般的なジェネラルな医療を提供するというので、かかりつけ医の研修制度というものも今やっていますけれども、そういう方たちもきちんといるのだということも認識した上でどうあるべきかという議論をしていただきたいと思っています。

1点、そういう意見を言わせていただいた後で質問なのですが、2ページの基礎データの見直しというのは非常に重要だと思っているのですが、2016年の労働時間調査は10万人調査ですよ。これは今回すぐということではないにしても、今、新たな10万人調査をやられていて、データを取りまとめられているということなので、やはり足元の数字を使って見直していただきたいな。これは希望です。

それともう一点、各診療科の週当たりの勤務時間というのがあるのですが、診療科によっては働き方の時間が正規分布になるものもあると思うのですが、診療科によっては、女性の先生の多い診療科だと一般的には二峰性になっていて分布が非常に分かれる。それをマクロで平均値で出して、この時間だからこの人数というような出し方に全部なってしまうとそれはよくないなと思うので、各診療科ごとの分布が分かるように一度お示しいただければと思います。

長くなりましてすみません。

○片峰座長 それでは、最初の神野先生の質問に戻します。今日、配付資料としてデータが出ております。この件に関して、これはざっと置いてあるのですけれども、結局病院勤務医のデータを別に集計したことによって、何か新しい知見が抽出できたのかどうか、そこは少し説明していただかないといけないのではないかと思います。何か新しいことが分かりましたか。

○扇屋医事課長補佐 まずは1点目、今村先生からの労働時間のお示しの仕方についてなのですけれども、分布で出せるかどうかというところは、まず、検討させていただきたいと思います。

2点目の二峰性になっているような場合、その場合はただ単に平均をとっているだけなのでというところなのですけれども、スライドの5ページ目を見ていただきたいのですが、週60時間で制限したときに、右側のピンク色の部分に当たる医師の分が不足している医師の部分になりますので、この部分を積み上げて必要医師数というものを出力しております。

ですので、例えば二峰性の山がこのピンク色の部分にもう一つ山があったような場合には、そのもう一つの山がちゃんと必要医師数として計算に入るところがまずあります。

次に、病院勤務医の分かったことについてなのですけれども、全体的な傾向は、各診療科別に必要医師数がピークを迎えるような年というのは、全体の医師と大体同じような傾向にはあります。ただ、1つ分かったこととしては、将来時点での必要医師数と今いる人医師数の差分が不足している養成数と考えられると思いますけれども、不足している養成数が全体に対しての割合というものが、病院勤務医のほうが高いというような傾向が見て取れております。

○片峰座長 この件に関してどなたか。神野先生、よろしいですか。

どうぞ。

○森副会長 先ほど、神野先生から精神科の話がございましたので、ちょっと御説明をいたしたいと思います。

精神科が七十数%は勤務医が多いというのは実情と離れているような感じがするという話でしたが、そのとおりでございまして、9ページあたりを見ていただくと分かるのですが、圧倒的に女性の比較的年齢の高い先生がたくさん精神科病院にいらっしゃる。この方たちはどちらかというともともと精神科だったわけではなくて、最終的に精神科に来られた方、それから、男性の場合も、高齢者のところがちょっとピークがあると思うのですが、そういう方たちはもともと外科医だったり内科医だったりするのですけれども、年を取って精神科でもやろうかなということで、精神科病院にお勤めになるというケースが圧倒的に多いのです。

そういう数も全部ここに入っているのです。精神科は病院にたくさんいるということになるのかと思いますが、一度、現場を見ていただくと分かるのですが、たくさんの方が医局

の椅子で本を読んでおられます。

ですから、そういう状況を、現場がどうして足りないのか、現場がどうして勤務医が足りないのかということを見ていただいた上でないと、これは数でやっているのは、それしか方法がないからそうされているのだと思いますが、本当に地域医療のことを考えるのであれば、地域医療の中でどういう質が保たれているのか、それぞれの診療科がどのぐらいの人数で、その人たちがどのような仕事をしているのかということを検討した上で機構のほうへ持って行っていただかないと、おかしなシーリングがかかってしまうということをつけ加えたいと思います。

以上です。

○片峰座長 分かりました。

ほかに。

どうぞ。

○北村構成員 今日、こういう総合診療医の話が出ると思わなかったのですが、総合診療というのは、今、根づいていません。今ないものを今後つくっていくという立場です。

例えば地域枠に学生が入って、産婦人科医や小児科が足りないというのでその地域はこの人に産婦人科、小児科を目指すことを義務づけた地域枠はありますが、総合診療を義務づけた地域枠というのはいないです。

基本的には地域枠の人は8割9割が総合診療に行くことを義務づけてもいいように思いますし、自治医大の学生たちには悪いかもしれませんが、自治医大の人たちは基本的には総合診療を目指すような人なのだろうと思うのですが、違うところへ行っている。要するに、総合診療のキャリアが見えていない。

病院で総合診療も要りますが、ほとんどの病院に総合診療科はまだないです。そういうのができていたら働く場所が見えてきますし、それから、地域で一人診療所のところも総合診療ですから、総合診療という人の数を計算すると同時に、働く場所をどんどん見せていただく。あるいは開業する上で総合診療はメリットがあるというようなことが見えてくれば、また、将来開業したい人は総合診療を目指すとか、いろいろな政策誘導もできるので、総合診療医の必要数を出すときには、ぜひこういうキャリアがあるというのも一緒に提示していただければいいのではないかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○福井構成員 私も全く同じ考えで、総合診療医という言葉で、ソロプラクティスを考えるのか、病院の外来を考えるのか、入院患者さんを診るいわゆるホスピタリストを考えるのかによって、随分ニーズが違ってくると思いますので、そういうことも頭に置いてぜひ考えていただければ。

根づいていないと言われてしまうとちょっと残念ですけども、まだ非常に数が少ない。施設として総合診療は、私たちのところは一般内科というグループで呼んでいますけれども、数は少ないのですが、10年、20年前と比べると随分増えてきているのは事実です。私

も先生が最後におっしゃった、政策的に総合診療医を増やせばより効率的な医療を提供できるということを何かの形で示していただいて、それに基づいて政策誘導を行わないと、私たちが主観的に、やるべきだやるべきだと言っているようにも聞こえてしまいます。総合診療医がこれくらいいると、そして、これくらいの人口を対象にした医療施設で行うとより効率的な医療を提供できるということを示して頂きたい。もし研究班があるのでしたら、ぜひお願いしたいなと思います。

○片峰座長　どうぞ。

○本田構成員　私も前回は申し上げたのですが、総合診療医という名前なのか一般内科という名前なのか、そこら辺は我々患者となる人間にしてみればどちらでもいいということで、そういうことをちゃんとやれるお医者さんをきっちり作っていただきたいし、先生方がおっしゃったように政策誘導でそういう人を作っていくためにも、そういう人がどれくらいいることで、例えば先ほどおっしゃったように3万人、5万人いたらこういうふうな医師の役割分担が担えるとか、ある程度のそういうものを見せていただくことも私は必要かなと思っています。

前回もちょっと申し上げましたけれども、国民は確かに総合診療医と言われてもまだまだ全然分からないですし、全体を診るといってもまだ専門志向が強いじゃないかという意見もございましたが、私自身の近親者が入院したときも、地域にもそういうお医者さんがいらっしやなくて、たまたまかかっていた方がそれぞれの専門のかかりつけの先生しかいらっしやらなかったし、病院に救急で運ばれたときも各科の専門の先生しかいらっしやなくて、言葉は悪いですが、各科をたらい回しになっているうちに要介護5になってしまったという現状があって、そういう部分でも全体の計算は難しいのかもしれませんが、マイナスの部分は日本のこれからの高齢社会にとってすごく出てくると思うのです。

そういう意味でも、政策誘導をきっちりしていく根拠になるのではないかなと思っていますので、その辺もこの検討会である程度あり方なりを議論できるということは、とても大事なことではないかなと思っています。

以上です。

○片峰座長　どうぞ。

○中島構成員　ありがとうございます。

もうすぐ僻地になるような地域で働いている看護師なので、今の本田構成員のお話も同じで、地域に必要なのは、特に今後、医療の集約化がされていく中で取り残されるような地域に必要な医師は、やはり夜の救急、祝日等の救急のときに、どんな年代の患者であっても、どんな疾患領域の患者であっても診てくださる医師だと常に思っています。

また、ここに総合診療医のあり方についても議論という言葉があって、私、考えてきたのですが、かかりつけ医の先生もそうですし、総合診療医の先生もそうなのですが、今後は緩和ケアを学んだ医師が地域にいてほしい。総合診療医プラス緩和ケア、ACPに対し

て寄り添っていけるような教育を受けている医師が地域にいていただけると、先ほどの効率のよい医療、高齢者が望む医療が受けられるのかなと思っています。

今村先生の御意見は、私、毎回地域の先生と一緒に働かせていただいて、そのとおりに思っているのですが、2030年には人口が40%減るように厚労省のデータで言われているような地域だと、この数年新しい先生が一人も開業をしてくださらない。ずっと私たちを使ってくださっている先生方も、だんだん年齢が70代、80代になってきていますので、そういう地域を見ていると、今まで頑張っていた先生たちのやり方を総合診療医の方がだんだん引き続いていってくれるような地域づくりができればいいなと思っています。

意見です。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 先ほど来お話を聞いていますと、やはり、どちらかというと地域偏在の中で都市部の医療をベースにして皆さん御発言されているように思えてならないのです。

というのは、例えば基本領域の専門医で、先ほどの総合診療医がまだ定着していないという話もありますけれども、それもそうなのですが、地方ではどうなっているかということ、メスを置いた外科医あるいはメスを置いた外科系のお医者さんが、全ての診療領域を総じて見ているわけで、これこそが総合診療医なのです。

ですから、今日出された資料もありますけれども、各専門医の中にそういう方々がどのくらい含まれているのかというデータがないと、そして、これは都会と地方では全く違う状況なので、そこを切り分けて考えていかないと、とんでもないデータの解釈の間違いが生まれてくるのではないかと、大変心配をしているわけです。

病院で働く専門医にしても地方と都会では全く違って、都会の大病院では、脳外科医は動脈流の手術あるいはコイリングだけやればいいということと、それから、地方の脳外科医では高齢者の肺炎を診ているのだという違いがあるわけですから、やはりそういうところまで精緻に持っていかないと、議論の方向性が誤った方向に導かれてしまうのではないかと私は非常に心配をしているわけです。

ですから、そういうことを含めてデータ化していただかないと、地域と都会ではどういうふうに違うのだということも含めて議論をしていただかないと、大変なことになるのではないかなと私は思います。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 私自身も、やはり総合診療医のあり方、必要数についての検討というものが非常に大事だと思っています。

皆さんが本当におっしゃっているとおりと、中島構成員も実際におっしゃっているように、あと、今の御意見もあるように、地域医療は何が大事かって、そういうものを最初に診る人材の確保というものがまず大事だと思うのです。心臓の手術とかいろいろな手術のそういうところは、もしかしたら集約化してすぐに送る体制がとれていけばいいかもしれませんが、何しろそういうファーストステップをトライアージできるような人材の確保が地



域医療には欠かせないという観点から、総合診療医とかという言葉を使うか、今、誰がそういうトリアージをするというところを成すのかということがまず決まらないと。

もともとこの専門医ができた過程というか、新たな専門医ができた2013年の報告書を見ると、そこにはきちんと地域医療をやるために総合診療医というものを作る必要があるということがきちんと明記されていて、その上での専門的な文化なのですけれども、なぜだかいつの間にか私も専門研修部会にいますけれども、サブスペシャリティもどんどん増えたり、スペシャライズすることばかりに行っているような気がするのです。

そういった意味で、最初の窓口的なところはどの人材がやるかで、北村構成員もおっしゃったように、そういうドラスティックな何かをして医師をそこに派遣するというのをやってみないと、やってみて駄目だったら、今、特定行為の看護師の研修もあって、まさに中島構成員は医師が足りない中である程度の最初のそういうところをやってらっしゃると思うのです。

ですから、そういった人材、いろいろな意味でのタスクシフトも起こってきていますし、特定行為のパッケージもできてきているので、医師がそういうふうには派遣するのが駄目ならば、そういう人材にタスクシフトするのかということも含めた上でまずそこを考えないと、診療科の偏在というのを語るのはやはり難しいのではないかなと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員

診療科別の医師数の見通しに関して、産婦人科について述べたいと思います。産婦人科の医師数というのは、机上配付資料のたたき台のところに、将来的には300人ぐらいの医師数でいいのですよね。274人とかですよ。6枚目ぐらいの参考資料5と書いてある一部改編とある数字です。284人とか、340人とか、274人、247人と書いてあるデータですけども、そういう数字ですよ。

現在、産婦人科は、新しく医局に入ってくる人がここ数年は400～500人ぐらいいます。産婦人科の問題は、学会としては集約化の方向に向かっています。地区ごとに数人派遣するとみんなバーンアウトするから集約しようという政策的な方向性にあります。集約化したときに問題は何かという、1人の開業医の先生は二百数十名ぐらいの分娩を取り扱っているけれども、総合周産期センターの医師1人は60人とか70人の分娩を取り扱ってという数字が出ると思います。調べたらいいと思うのですけれども、産婦人科医一人の取り扱い分娩数は5倍ぐらい違ってくるのです。

そういう政策的な方向性と、医師一人当たりの取り扱う分娩数の違いと、もう一方、90万人を切った出生数がどこまで下がるか分からないから、必要医師数がどのぐらいか見えないところはありますけれども、そういうものも念頭に置いて、この数字なのかどうかもまた検討してほしい。今、回答を求めるわけではないですけども、そういったものも検討したらどうかなと思います。○片峰座長 よろしいですか。

ほかに。

どうぞ。

○戎構成員 別な話題になったのにまた戻る感じですけども、私は病院で働いていますが、総合診療医と言われる方々と幾つかの施設で一緒に働いたことがあります、先生方、ある程度の人数でされているところもありますし、少人数でされているところもあって、その業務量といったら各科専門家の診療科のサポートもしながらやっている現状を見ますので、医師需給分科会で検討されるときに、先ほど幾つかの先生方からお話があったように、しっかり実態を調査していただいて、地域というか地方、少数のところもそうですし、都会のところでも頑張っている総合診療をされている方々の実態を調査した上で必要数を検討していただけたほうが、専門家の先生方も助かるのではないかなと思っています。

○羽鳥構成員 まだ総合診療の話が続いているようですので、総合診療の話をしませけれども、僕も専門は循環器で総合診療を担当してやっていますけれども、現実には新しく育てる総合診療は200名程度です。一方、実際に地域で働いていらっしゃる先生たちは、小川先生がおっしゃったように、それぞれ専門の領域を終えてメスを置いた方、内科でも消化器内科とか循環器内科を終えてカテーテルをやらなくなったような先生が、地域では総合医としてみんな働いているという面もあります。

そういう意味で、日本医師会でかかりつけ医講習、日医生涯教育制度をふまえて、年間大体6000名から8000名ぐらい育てていて、3年間でも数万になっているわけですが、そうやって自分たちの不足している部分、自分たちの専門としている部分でない部分を勉強しながら、総合診療を自分たちで勉強しているというのが実情だと思います。そうやって日本医師会の会員の先生たちも頑張っているし、それから、新しく出てくる総合診療の専門医の先生たちもこれから育っていくわけです。

そういう意味では、11ページにある総合診療のあり方について研究班を作って研究しているということですけども、完成版ができる前にちょっと我々にも少し相談して、的確な文章になるように作っていただかないと、あまりにも偏ったものができてしまうと困るので、その辺はぜひ御検討していただきたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

今日の主たるテーマは、必要な医師数をどのように決めていくかというお話だと理解をしています。

先ほどから総合診療の話が随分盛り上がっているのですけれども、山内先生もおっしゃったように、タスクシフトの話もある。さらにはイノベーションで、AIだ、あるいは遠隔医療だという様々な要素があって、そんなに遠い時期の数字でも、正確に出すということはいろいろな要件があって難しいと思っているので、議論はある程度明確にしたほうがいい。

ただ、現在はこういう仮定を置いてやっているとこの数字になっているけど、という話

なのだと思うのですよ。その過程の先が、2024年、2030年、2036年なんて数字を出すので、いや、そんな先の話はもうずっといろいろなことで変わっちゃうでしょう、という議論になるので、直近スタートとしては、この数字で議論が始まるけれども、資料1の12ページに計算の見直しのスケジュールと書いてあるのですけれども、これは決まったときにだけ見直すという話もそうなのかもしれませんけれども、今、タスクシフト議論を別の検討会でやっているわけですよ。そうすると、どこまで医師の業務をタスクシフトするかというのもまさしくその話がこういう医師の必要医師数に結びついてしまうわけではないですか。ただ、その議論の結論が、どのぐらい先か分かりませんがそんな遠くない時期に出てくるので、そういったものが出てきたらこの数字そのものも当然変わってきますよね。

だから、折々にスケジュールでここに書いてあるのを見ると、本当に時々何かやりましようみたいな感じに見えるのですけれども、今まさしくこれはすごく変わりかけているときなので、こんな先の数字をどんと出すのではなくて、今はこうだと。だけれども、こういう見直しが入ったら、それは総合診療医についても今総合的な診療能力を持っている医師はこのぐらいいますと。だから、それに基づいてこれから養成していくとこうなってきますみたいな推計を出していただくのがいいのだと思うのですけれども、そうでないと、要素が多すぎて何も議論できなくなってしまうなというのが正直な印象です。

だから、新たなことが出てくる都度見直していただきたいなど。あまり先の数字をぼんと表にして出すみたいなことは、混乱を招くだけなのでぜひやめていただきたいと思うのです。

○片峰座長 総合診療で盛り上がりましたが、それ以外、例えば現場からニーズが非常に高いのが教育、研究に関わる医師のニーズに関する点ですよ。

この件に関しては、どなたか御意見ございますか。

どうぞ。

○山内構成員 先ほど新井構成員もエフォートがどれくらいかとおっしゃいましたけれども、教育、研修に関して非常に日本で分かりにくいのは、何%ぐらいのエフォートかというのが明らかでないというところはあると思うのです。海外、アメリカとかでは、アカデミアの人はジョブディスクリプションの中で、自分の時間の中の例えば70%は研究で、診療が何%」でというような形での、その代わり、プライベートプラクティスの人はある程度、90%ぐらいが診療でという形での、割と見える化しているところがあるということが、そこが明らかでないというところが非常に難しいのかなと思うのです。

ただ、今、せっかく専門医制度ができてきて、専門医の研修のプログラムというのは学会が中心ではありますが、ある程度全国共通なきちんとしたものを作ろうとしていると思うので、その中で、少なくとも専門医に関しては、例えばその中でどのぐらいの割合で研究をしてもらいたいとかといった形で少しずつ、やはり教育とかをする側がプログラムをきちんと構成していかないと、割合というのはなかなか難しいのではないかなとは思っています。

○片峰座長 このシミュレーションは簡単ではないと思うのだけれども、これらの見通しはどうですか。

○加藤医師養成等企画調整室長 事務局でございます。

昨年、2019年6月に行った勤務実態調査におきましては、研究教育にどれぐらいの時間を費やしているのかということも明確にデータとして収集しておりますので、ある程度の現状としてはお示しできるのかなと思っております。

平成25年のいわゆる多角委員会でまとめたレポートにおきましても、専門医制度においては研究や教育を含めた多様なキャリアに関して様々なキャリアパスを示すべきとまとめられておりました。

そういった議論が昔からもございますし、ただ、現状、専門医制度におきましては、診療を今後やっていくことを前提とした専門医制度が1本だけだと思いますので、それを今後研究やっていく人たちに関しては、通常3年のものが4年なのではないかというような議論がされているように我々は聞いております。

そういった議論の成熟も見ながら、我々としてもどのようなデータが出せるのかということは今後も精査しながら、また、ある程度まとまったところでもここで御議論いただけるように準備してまいりたいと思います。

○片峰座長 ほかにどうですか。

どうぞ。

○小川構成員 元来、医学教育のことに関してはあまり議論されてこなかったのですけれども、もともと医学部教育というのは6年教育で頭のとっぺんから足の爪先まで全て習うわけです。ということは、要するに、本来であれば何でもできる医者を育てましようというのがもともとだったのですけれども、問題なのは、医学、医療の専門化と高度化によって専門性の高度化が起こって、専門家として勉強しないとなかなかその分野のあれにはなれないということになって、そして、専門分化をしていったというところに一つの問題があるわけです。

ところが、一方で、大学病院あるいは大病院でそういう専門性を、循環器内科であれば血管内治療でTAVIをやるとか、そういう専門性を持っている方々が一生それができるといってそうではなくて、どこかでやはり専門性を捨てて地域医療に入っていくことでありまして、そういう意味では、医師がやる診療だけではなくて教育、研究のエフォート率も年によって変わっていくわけですね。

ですから、そういうことをきっちり把握しつつ、どこでどういうふうに変っていくのか。将来、大病院あるいは大学病院で、医長あるいは教授、助教授、准教授、講師になれないから開業していくとか、あるいは地方の病院に出て行くという方々は、また別な勉強をしていかなければならないわけで、やはりそういう多様性の中で議論をしていかないとちょっと変な方向に議論がいつてしまいそうだなということが、私が一番心配しているところです。

○新井構成員 確かに研究あるいは教育に関わるエフォートを明確に算出するのは非常に難しいと思うのです。だから一定の時間をかけてやる必要があるのですが、一方で、今、専門医機構は、少なくとも来年の募集に関しはシーリングを今年よりも厳しくかけるということを明言していますので、それは年次的に減らしていくということで、さらにまた、連携研修というのもどんどん減らしていく方向でいくと。要は、より厳しくシーリングをかけていくと機構は言っていますので、やはりそこは一回、教育と研究、これは学術会議の提言ではないですけども、日本の医療、医学に非常に大きなインパクトを与えることになりますので、少なくともシーリング問題に関しては、現状を一回ちょっと立ちどまって考えてみる。医学会を挙げて教育、研究のエフォートをしっかり算出して、それを反映する形で、もちろん地域偏在、診療科偏在は大切ですから、そこを施策に反映していくという努力をしないと、10年後20年後、大変なことになるのではないかなと非常に心配します。ぜひそれはお願いしたいなと思います。

○片峰座長 ほかにいかがですか。

どうぞ。

○福井構成員 今、おっしゃったことと恐らく同じことなのでしょうけれども、例えば研修指定病院は1,000ほどありますけれども、そこで働く医師の70%は指導医としての役割を求められるわけですので、その部分に、研修医の数にもよりますけれども、何%ぐらい時間が必要かというのは、私は算出できると思います。エフォートの計算はできると思いますし、大学病院をはじめ、研究機能が必要な、またはキャリアパス上研究がどうしても必要な病院で働く医師は、例えば20%以上は研究の時間が必要だとか、それなりの予測ができるのではないかと思います。そういうデータをベースにディスカッションをしてもらえればと思います。

○片峰座長 ほかによろしいですか。

そろそろ時間ですので終わりたいと思いますが、今日、いろいろ議論がありまして、宿題として2つぐらいよろしくお願ひしたいというのは、先ほどのこの分科会の新しい役割と、ほかの審議機関との相互関係のイメージ図です。あれをもっと精緻化したものを自信を持って出していきたいと。

関連して、要するに、今日盛り上がりましたのは総合診療医の話なので、簡単ではない、今日の議論だけでも非常に難しいことが分かったのですけれども、これは本格的にこの分科会として取り上げることになるのだらうと思うのです。

それと、僕の感想は、やはりこの分科会のスタートというのは、要するに、目に見える形で偏在なり医師需給を数値化することで対策に対するエビデンスをそこに与えるということが最大の目的だったわけですね。

だけれども、今日の議論にありますように、要するに、深掘りしていけばいろいろな問題が出てくる。今、僕の感じは、やはり最大の問題はこの数値を活用するところに慎重でなければいけないということだらうと思うのです。完璧な数値でデータを出すというのは

恐らく非常に難しいなと思うので、ぜひその活用のところとの関係ですよね。この辺をもう一回見直していただきたいなと感じました。

ということで、今日は締めたいと思いますが、今後の議論の進め方については、また事務局と相談の上、進めさせていただきたいと思います。

それでは、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。

それでは、机上配付資料についてはこの後回収させていただきますので、御協力よろしくをお願いいたします。

以上です。

○片峰座長 それでは、これで終了いたします。

どうも御苦労さまでした。