

2022-1-12 第8回医療従事者の需給に関する検討会及び第40回医師需給分科会

○野口医事課主査 それでは、定刻になりましたので、ただいまより「第8回医療従事者の需給に関する検討会」及び「第40回医師需給分科会」の合同会議を開催いたします。

構成員の先生方におかれましては、本日は大変お忙しい中、御参加いただき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、福井構成員、戎構成員から、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、今村構成員、松原構成員、神野構成員から、所用により途中から御退席との御連絡をいただいております。

また、全国知事会の三日月構成員の代理としまして、滋賀県健康医療福祉部の角野様に御出席いただいております。

また、伊原医政局長、大坪審議官は、所用により欠席とさせていただきますので、御了承いただければと思います。

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。事務局の氏名につきましては、配付資料の席次表を御確認ください。

それでは、本日の会議の進め方について御説明させていただきます。

本日、オンラインで御参加いただいている構成員の皆様は、御発言時以外はマイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

御発言の際は、Zoomサービス内の「手を挙げる」ボタンをクリックいただき、座長の指名を受けた後に御発言をお願いいたします。その際は、マイクのミュートを解除してくださいようお願いいたします。御発言終了後は、再度、マイクをミュートにしてくださいようお願いいたします。

なお、Zoom会議中のチャットでのコメントは、原則受け付けておりませんので、あらかじめ御了承ください。

次に、資料の確認でございます。資料は「医師需給分科会 第5次中間とりまとめ(案)」、「理学療法士・作業療法士需給分科会 これまでの議論の経過と報告」の2つ、また参考資料として「医師需給分科会 第5次中間とりまとめ(案)概要」がございます。事前にメールで送付いたしました資料に不足がございましたら、事務局にお申し付けください。

それでは、マスコミの方の撮影はここまでとさせていただきます。

以降の議事運営につきましては、森田座長にお願いさせていただきたいと思っております、よろしいでしょうか。それでは、よろしくをお願いいたします。

○森田座長 森田でございます。お久しぶりでございます。本日はよろしく申し上げます。

それでは、早速ですけれども、議事の進行に入りたいと思います。本日の議題は、「医師需給分科会 第5次中間とりまとめ（案）」について、2番目がその他となります。

2つの議題の後で、今までの議論を踏まえまして、今後の地域・診療科偏在や医療職の需給における課題や対策などを自由討議という形で皆様に御発言いただく時間を設けたいと思っておりますので、進行のほうには御協力をいただければと思います。

それでは、早速ですが、まず、事務局から資料1、参考資料1「医師需給分科会 第5次中間とりまとめ（案）」につきまして御説明をお願いいたします。

○野口医事課主査 事務局でございます。それでは、資料1と参考資料1を2つ御覧いただければと思います。資料1が第5次中間とりまとめ（案）の全文になってございます。こちらは少々長くなっておりますので、説明に当たりましては参考資料1を用いまして、かいつまんで事務局のほうで御説明させていただければと思っております。

まず、この需給とりまとめ（案）の「はじめに」でございます。本文1ページ目のところでございますが、医師需給分科会に関しましては、これまで将来の需給推計、医師偏在対策について検討を重ねてまいりました。これまで4つの中間とりまとめを公表しておりまして、これらのとりまとめを踏まえて様々な取組が行われているところでございます。第5次中間とりまとめでは、これまでの取組を総括するとともに、令和5年度の臨時定員を含め、今後の医師需給の考え方について整理を行ったものでございます。

2番目の「医師の養成数と医師需給推計について」、本文1ページ目の下段でございます。平成20年度より地域枠を中心に医学部定員を増やしてきたところで、現在全国レベルで医師数は毎年3,500～4,000人程度増えている状態でございます。需給推計については、中長期的な医療ニーズ、医師の働き方改革を織り込んだ需給推計を踏まえますと、令和11年頃に需給が均衡し、その後人口減少に伴い医療需要が減少局面になるというところで、今後の医師の増加のペースについては見直しが必要という記載でございます。

3つ目「医師偏在対策の概要について」、これまでの取組を記載させていただいております。本文の2ページ目から3ページ目の上段でございます。これまでの医師需給分科会の検討を踏まえまして、医師養成課程を通じた偏在対策が開始されています。この中では、先ほど申し上げた医学部定員における地域枠の設定でございますとか、臨床研修における地域偏在を是正するような定員設定、専門研修におけるシーリングの設定を行ってまいりました。都道府県におきましては、改正医療法・医師法に基づいて、医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定等が図られているところでございます。また、医師少数区域等での勤務に対するインセンティブの設定といったような対策も講じられているところでございます。

1番から3番までがこれまでの医師需給分科会の検討、また、それを踏まえた取組をまとめさせていただきまして、4番目以降が今後の将来に対する医師需給分科会の考え方をお記ししたものでございます。

まず4番目「将来の医師需給に関する本分科会の考え方」、本文の3ページ目から4ペ

一丁目でございます。中長期的のマクロの医師需給の見通しについては大きな変化はないと考えられますが、新型コロナウイルスの流行のような事態にも対応できる医療提供体制の構築が求められている状況でございます。したがって、2つ目、今後は、地域医療構想の推進及びマクロの需給推計に基づく医師養成数の見直しに加えて、改正医療法によって位置づけられた医療計画とその一部を構成する医師確保計画の策定を通じて、医療提供体制や医師の適正配置といったものについて議論を深め、適切な必要な措置を講じていくことが重要であるという記載でございます。3点目、医学部定員についてでございます。令和5年度の医学部定員につきましては、歯学部振替枠を廃止し、地域枠臨時定員として地域医療、社会のニーズに対応するような枠を充実させるために活用する方針といたしました。令和6年度以降の医学部定員は、医療計画の策定を通じた医療提供体制、医師の適正配置をとともに検討する必要があるというところで、第8次医療計画等に関する検討会の検討状況を踏まえて改めて検討する必要があるとさせていただきます。

5番目の「今後の偏在対策等に関する提言」でございます。本文4ページ目から6ページ目にかけてでございます。地域における医師の確保を図るため、恒久定員を含む医学部定員に、地域の実情に応じて地域枠自体は設置・増員を進めていく必要があるとさせていただいております。また、これまで需給分科会のほうで議論を進めてきた医師確保計画及び外来医療計画については、今後、第8次医療計画等に関する検討会において一体的に議論されるところでございます。3つ目が診療科偏在についてでございますが、この背景として医師の専門分化が進んだことが考えられますが、今後、偏在対策を進める上では、限られた医療資源において幅広いニーズに対応できるような総合的な診療能力を持つ医師を育成するという重要性について触れております。4点目、働き方改革についてでございますが、今後はICT・AIの進歩、タスク・シフト／シェアの推進、仕事と家庭の両立のための勤務環境の改善といった働き方改革をめぐる要因も踏まえる必要があるとさせていただきます。

最後は6ページ目に「おわりに」と結んでおりますけれども、これまでに将来に向けた課題としてまとめた内容についても改めて触れさせていただき、今後は偏在対策の実効性を高め、取組を推進していく必要があるというところで、最後、おまとめさせていただいているところでございます。

以上、第5次中間とりまとめ（案）についてかいつまんで御説明をさせていただきました。こちらについて、よろしくお願いたします。

○森田座長 御説明をありがとうございました。

ただいま事務局から御説明いただきました資料1、参考資料1「医師需給分科会 第5次中間とりまとめ（案）」につきまして、これから御意見を承りたいと思っております。なお、このとりまとめ（案）につきましては、医師需給分科会のほうでかなり議論を重ねてきた結果でございます。したがって、今日はできれば分科会メンバー以外の親委員会のメンバーの方に御意見をいただければと思っておりますので、よろしくお願いたします。

ます。御発言のある方はリアクションのほうで「手を挙げる」をしていただけますと、私のほうで指名させていただきます。

それでは、三日月構成員の代理の方、お願いいたします。

○角野代理 滋賀県の角野でございます。よろしくお願いいたします。

全国知事会の代表ということなのですが、統一の意見ではございませんが、この案につきまして、全国知事会の社会保障常任委員会に所属する府県に対しまして意見照会を行いました。全国知事会としての医師確保計画に関する意見については、昨年3月4日の医師需給分科会において意見書としてお示ししており、繰り返しになる部分もございますが、改めて意見及び要望をさせていただきたいと思っております。

1つ目は、とりまとめ案における提言の中で、臨時定員の減員について触れられておりますが、都道府県にとって医師偏在、診療科偏在の解消は喫緊の課題であり、将来充足していく見通しの立たない不安を抱える中で、医師数を減らしていくというのは納得いかないという府県の声が多く、今後、臨時定員の減員に当たっては、地域医療の実態を十分把握した上でしっかりと御検討いただきたいということです。

2つ目は、地域枠を恒久定員内に設置することについてであります。これには地域によって様々な事情があり、例えば恒久定員の数が極端に少ない大学では、教育、研究、診療や高度先進医療等に従事する医師の養成が困難となる場合や、全国に地域枠を有する都道府県においては、全ての地域枠を恒久定員内で確保することは難しくなる場合があるなど、医師確保に支障を来すという意見がございました。また、現在、地域枠を恒久定員内に設置することは、各都道府県と大学との個別の交渉に委ねられておりますが、大学にとっては別枠選抜することによって学力レベルの低下や欠員が出るのが懸念となっているということも聞いており、都道府県が思うように地域枠を確保できないのが現状であるため、国として、例えば大学への財政的支援など、インセンティブとなるような取組についてお願いしたいというものであります。

最後に、これは質問でございますが、2つお伺いしたいと思っております。新型コロナウイルス感染症や働き方改革の取組状況を踏まえた上で、必要な医療提供体制が確保できますよう、また、第8次医療計画や医師確保計画に反映するため、需給推計を再検証する必要があると考えますが、国の御見解はどのようなものでしょうか。また、今回の意見照会において、国から都道府県に対する情報提供がしっかり行われていないという意見が多く、今後、都道府県においても検証ができるように、都道府県単位で将来の需給に関するデータや計算過程等を明らかにするとともに、速やかに御提供いただきたいと思います。これにつきましても国の御見解をお聞かせ願いたいと思っております。

以上でございます。

○森田座長 ありがとうございます。

なお、本日は、この第5次のとりまとめにつきましての御審議ということでございますので、ただいまの御意見でございますが、具体的にどこか、ここを修正せよとかそういう

御意見でございましょうか。それとも、これに関連する御発言というか御意見と質問というふうに理解してよろしいでしょうか。

○角野代理 これに関連するところの意見ということで御理解いただければと思います。

○森田座長 分かりました。これにつきましては、事務局のほうにお答えいただいでよろしいでしょうか。今の御質問と御意見につきまして、特に御質問のほうにつきましては、ちょっとこの場でこの検討会としてお答えすることではないのかなという気もいたしますので。

○野口医事課主査 事務局でございます。

先ほど質問のございました需給推計についてでございます。今後、第8次医療計画等も踏まえて、そういった推計の点について御質問があったかと思えます。これまで医師需給推計については、医師の養成数や需要推計については人口構造に伴うニーズの変化も踏まえて推計を行ってまいりました。今後、新興感染症の対応とか、医療提供体制も踏まえた修正を行うべきというご意見もあるかと思えます。ただ、今後の需給推計については、第8次医療計画に関する検討会の中で検討が進められておりますので、この需要推計の修正の可否についても含めて検討してまいりたいと思っております。

また、都道府県単位での需給推計についても、分析の課題であったりとかいうところもあるかと思えますけれども、今後に向けた課題として受け止めさせていただければと思います。

○森田座長 よろしいでしょうか。

○角野代理 ありがとうございます。

○森田座長 では、手のマークを下げてくださいか。

続きまして、小川構成員、その後、山崎構成員の順で御発言をお願いいたします。

○小川構成員 ありがとうございます。ほとんどの皆さんも私も「第5次中間とりまとめ（案）」については、前回の医師需給分科会、8月27日時点では私も了承していたわけでございますけれども、この中間報告書で本当に皆さんよろしいと思っているのでしょうか。と申し上げますのは、8月27日の前回の第39回医師需給分科会で中間報告書の案が出てきたときは了承したわけでございます。けれども、それと前後いたしまして、全国医学部長病院長会議で医師の働き方改革のセミナーが複数回開催されました。厚生労働省労働基準局労働条件政策課の企画官のほうから細かいお話をいただいた結果、とてもじゃないけれども、現在の医師の働き方改革の中では、医師数は少ないし、総労働時間だけではなくて様々な条件が加えられているということが明らかになったわけでございます。

医師需給分科会では、令和2年度に医師の需給推計を、医師の総労働時間で3つに分けて新たなものを出したわけでございます。平成28年の医師需給分科会では医師の需給推計については2024年頃に30万人で均衡すると。それから、平成30年には2028年頃に35万人で均衡すると。そして、医師の働き方改革を入れた総労働時間の中位需要ケース2では2029年頃に36万人で均衡するというふうにしていただいでございます。どうも厚生労働省労働

基準局労働条件政策課の御意見からいたしますと、これではとても総労働時間だけの問題ではないということが分かったわけでございます。

ついせんだって、県の医師会の郡市医師会長協議会がございまして、岩手県には9つの二次医療圏がございまして、複数の基幹病院を持っている二次医療圏は盛岡医療圏しかございませぬ。8つの二次医療圏では1つの病院がその地域の医療をすっかり担っているわけございまして、そちらのほうからいろいろな働き方改革による影響の御意見がございました。複数の二次医療圏から、とてもじゃないけれども、一次救急、そして当直ができなくなるというような御意見がございまして、開業医の先生方にお手伝いをしていただかなければ、とてもじゃないけれども基幹病院の機能が果たせないという御意見でございました。

しかしながら、これを大学病院と一緒に考えてみますと、岩手県には岩手医大から毎日70名\*の若手の医師がどこかに地域医療のお手伝いに出ております。毎日でございます。その大学から行っている医師が地域医療支援を行って大学に帰ってきて特定機能病院としての機能を果たすということになりますと、今までどおり地域医療のお手伝いはできないということになります。先ほどの二次医療圏の様々な病院で一次救急ができなくなるどころの騒ぎではなくて、一般医療も影響を受けるということになります。

その一番重要なところは、今日、私からの提出資料で「医師の時間外労働規制について」というものがございましてけれども、連携B、B、C-1、C-2の病院の下のほうを御覧いただきますと、連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット、これが義務になっております。これが義務にされてしまったら、大学病院といたしましては、地域医療支援と特定機能病院の機能を両方することは不可能になるということでございます。医師の働き方改革を考慮に入れて、医師の需給推計をもう一回見直さないと、とてもではないけれども、現時点で中間とりまとめは不可能なのではないかと考えるわけでございますが、いかがでしょうか。

○森田座長 御意見ありがとうございました。本日はこの中間とりまとめを確定するというところで、修正がある場合には具体的な御修正の意見をいただいた上で、そこを調整していくという予定でございましたけれども、今の御意見は、この中間とりまとめ自体を撤回するというふうに理解してよろしいのでしょうか。

○小川構成員 できれば働き方改革と併せて医師の需給推計をし直さないと、そもそも論のところでおかしくなってくるのではないかという意見でございます。

○森田座長 ありがとうございます。これはある意味で言いますと、本日の議論のやり直しというようなことになりかねませんけれども、これにつきましては分科会のほうでかなり議論してきたところかと思っておりますので、どういたしましょうか。分科会の片峰座長に

---

\* 再調査の結果、2022年1月時点で90～100名を派遣している。

御発言いただくか、あるいは事務局かもしれませんが、それでは、片峰先生からお願いいたします。

○片峰座長 片峰です。

小川先生の御意見ですけれども、働き方改革の実施は2024年度からですね。そういった意味では待ったなしで各医療機関が準備を鋭意始めておられるところだと思います。一方で、我々がやった中長期的な医療需給推計に基づく医師養成数の調整を、これから頑張っても2024年度の入学生ぐらいから適用になるのだと思います。それが実際に現場に出てくるのは2032年ですね。その意味では、最初に事務局から御説明がありましたように、このペースで今の医学部定員でいきますと、当面は毎年3,500~4,000名、医者総数が増えていくという計算になると思います。そういう中でありますので、この中長期的な医師需給推計の中に今回の働き方改革の変数を新たな変数として、何をどういうふうに組み込んでいくかというところから恐らく議論しなければいけないことになるので、それは少し時間がかかると思うのです。その中で、今回の中間まとめというのは、現段階におけるこれまでの分科会の議論の総括ですし、遠くない将来、少々の動きはあっても、日本の人口の推移等々を考えますと、医師がいずれは余り出してくるのだと、これは恐らく間違いのないトレンドだと思うのです。その点で考えれば、第5次中間とりまとめの記載は、大きくは間違っていないというのが僕の現段階における見解なのですけれども、いかがでしょうか。

○山本医事課長 事務局から少し補足させていただいてもよろしいでしょうか。

○森田座長 お願いいたします。

○山本医事課長 医事課長でございます。

まず、働き方改革における対応につきましては、委員から御指摘のとおり、非常に重要だと思っております。厚生労働省といたしましても、都道府県、また医療関係者の御協力をいただきながら対応を進めてまいりたいと思っております。その上で、医師の養成数をどうしていくかにつきましては、資料1の4ページ目の上から2つ目の○のところで、先ほど事務局から説明させていただきましたとおり、第8次医療計画等に関する検討会等における議論の状況を踏まえ、検討する必要があるというふうにおまとめいただいているものと思っております。その上で、推計の要否については、これまた先ほど事務局からお答えさせていただいたとおり、そうした検討の状況を踏まえ、今でも時間外労働の短縮を考慮したものとなっておりますけれども、修正の要否も含めて必要に応じて検討させていただくという形かと思っております。

以上でございます。

○森田座長 ありがとうございます。

小川先生、いかがでしょうか。

○小川構成員 片峰先生の御意見は私も十分分かります。前回の医師需給分科会の8月27日の段階では、私も十分に働き方改革の詳細を周知されておりましたので、その段

階では特に問題はないと考えていたわけですが、その後、厚生労働省労働基準局労働条件政策課のほうから示された説明では、今まで我々が認識してきた働き方改革の内容と随分ずれがあることがわかりました。かなり厳しい状況だということがその段階で分かったものですから、せっかく私も構成員として参加をしている医師需給分科会の中で、前回の分科会で賛成したものを今回このような形で発言させていただいたということでございます。ですから、医師の働き方改革の詳細といいますか、細かい条件が、まだ全国の病院あるいは大学に周知されていないということが一番の問題ではないかなと考えております。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

あと、山崎構成員、加納構成員が手を挙げていらっしゃいますけれども、これに関連する御発言でございましょうか。加納構成員はこれに関連する御発言ということでございますね。それでは、山崎構成員、先に手を挙げていらっしゃいましたけれども、ちょっとお待ちいただいて、加納構成員のほうから御意見を賜りたいと思います。どうぞ。

○加納構成員 ありがとうございます。1つ、先ほど小川構成員のほうから話がありました、確かに働き方により非常に大きな影響を与えているのは事実だと私は認識しておりますし、岩手医大で先ほどのお話ですと毎日70名ということは、70ぐらいの病院が助けてもらって今何とか運営しているということでありまして、先ほど片峰座長のほうからのお話からいきますと、それらのことは先だからあまり気にしないでこれをまとめてしまいましたというの少し拙速かなという感じを持っております。

その中でもう一つ大きな問題は、私、この会議で議論されたかどうか、また、されたとしたらどういう推計を持っているのか教えていただきたいのですけれども、やはりこの数年間、大学医学部の女子学生入試の問題がありました。それらによる女性医師の数の問題をどの程度考慮されたのか、今後どれぐらいの、例えば去年と比べて今はどれだけ女性医師の数が増えてきたのかとかいうことです。女性医師に関しましては、やはり出産、育児、教育、いろいろな問題が、働き方を含めていろいろなところにも考慮しなければいけない要因になってくるので大問題だと私は思っております。これが医学部の定員の1割、2割と増えてくるような状況であれば、そこをどのように議論されて、以前出された需給推計の計画とどのようにずれがあったのか、ないのか、そういう議論をどの程度なされたのか、そこをまずお聞きしたいと思いますが、よろしくお願ひしたいと思ひます。

○森田座長 ありがとうございます。これにつきまして、事務局のほうからまずお答えいただけますか。

○谷嶋企画調整専門官 事務局でございます。御意見ありがとうございます。

まず、働き方の部分で事務局からでございます。働き方につきましては、先ほど課長の山本からも申し上げましたとおり、厚生労働省としまして、昨年の法改正を踏まえて、2024年の施行に向けてしっかりと進めていく必要があると考えております。その中で、実際の

今後こういった形で運用していくかにつきましては、まさに法改正を踏まえまして、施行の部分、今、厚生労働省で検討しているところでございます。引き続き、そこは早急にお示しできるように取り組んでいるところでございます。

また、働き方の部分につきましては、今回の第5次中間とりまとめ、資料1の4ページに5番「今後の偏在対策特に関する提言」がある中で、5ページ、6ページの(4)医師の働き方改革との連動というところで記載させていただいております。もちろん、医師の働き方改革を進めていく中で、偏在と今後どう結びつけていくのか、どうやっていくのか、しっかり検討していくことが必要であると厚生労働省としても考えております。

○野口医事課主査 需給推計については私のほうから補足させていただければと思っております。

令和2年に需給推計をしております。その中で働き方については需要推計の中で労働時間を3つのパターンに分けて、ケース1から3として幅を置いて推計を行っているところでございます。こちらに関しては、先ほど御指摘のとおり、働き方改革としては労働時間の変化を盛り込んだ段階になっておりまして、そのほかの要因については、現時点では限界があるというところでございます。

また、先ほど御指摘のあった女性比率の問題でございますけれども、御指摘のように、医学部における男女比の変化というところもございまして、最近の需給推計におきましても、大学の受験者数であるとか合格率、そういったところについては、最近のデータを反映して男女比率を推計に盛り込んでおります。ただ、将来推計においては、現在の男女比率を適用したというところになりますので、現時点での男女比率に基づいて将来推計を行ったという需給推計になっております。よろしくお願いたします。

○加納構成員 今の男女推計で計算しているということであれば、明らかにこの数年間の女性の入学者数は増えてきていると認識しているのですが、かなり違ってくるのではないかなという認識を持つわけなのですけれども、例えば、いつの時点で女性医師が半分になるのかとか、そのような推計もされているのかどうか、ということも教えていただきたいと思っております。

もう一点、働き方に関しましては、先ほど岩手医大の例でも出ましたけれども、例えば大阪でこのことに関しては、働き方の検討会でも資料を出したのですが、大阪の民間病院の夜間の当直の4割は大学からの派遣に頼っている現状が今あるわけです。地方の問題もあれば、これから高齢者が増えるところ、実はこれから2040年まで増える高齢者の8割は大都市圏なのです。ここにおいても、我々はいまだに医師に関しては全く供給が不足しておりまして、まだまだ業者に頼るという現状もありますので、非常に不安を感じるわけです。こういった議論が本当にどういう形でなされたのかということを知りたいので、今、御質問させていただいているわけです。

女性医師の割合というのを私は非常に懸念しております。これは、例えば先ほど出た地方の救急でも若手の医師ということでもありますので、卒業間もなくの医師がどれだけ現場につ

いてくれるかということは大変になりますから、本当に大きな要因になると私は認識しており、御質問させていただいております。その点を含めて、先ほど申し上げたような女性医師推計に関しては、今後どの程度入れる可能性があるのかどうかということをごひともお聞きしたいと思います。

○森田座長 事務局、お願いします。

○山本医事課長 事務局でございます。

今後の推計については、今回の検討会も含めて様々な御意見をいただくことになっておりますので、様々な御意見、科学的なこと、学術的なことも踏まえてどのような推計をするのか考えさせていただければと思っております。また、本とりまとめの位置づけについては、後ほど片峰座長からも御発言いただければと思っておりますけれども、最後のところにも記載がなされておりますが、今後、医師養成、需給については引き続き議論、検討が必要になってくると思っております、そのためにこの分科会の議論や本日の御意見も踏まえて、引き続き取組をさせていただくことになろうと思っております。

以上でございます。

○森田座長 取りあえず、加納構成員、よろしいでしょうか。

○加納構成員 もしそうであれば、どこかに医師需給の見直しをするという文を加えるというのはどうなのでしょう。

○森田座長 御提案ということであれば、そういうふうを考えさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。ちょっと時間が押しておりますし、ほかにまだ御発言を希望される構成員の方がいらっしゃいますので、少し別の方に御発言いただいて、それからまたこの議論に戻ればと思っております。

それでは、お待たせいたしました、山崎構成員、どうぞ。

○山崎構成員 そもそもこの検討会の医療従事者というのはどういう人たちを対象に話をしているのでしょうか。というのは、医療従事者といっても、現場で診療をしている先生、それから研究者として研究をしている先生などがおりまして、それから基礎教育を大学でしている先生が入ってまして、行政で働いている人、最近ではメーカーで働いている医師と、いろいろな雇用の場があるわけです。先ほどからのお話を聞いていると、医療従事者というのは、現場で診療に当たっている先生だけを中心に話をしていると思うのです。それはすごく問題があると思って、今もお話ししたような医学教育ですね。特に基礎医学教育の現場というのは、昔は大体医師が教授になって中心にやっていたのですが、基礎教育の現場というのは医師がいなくなってしまうと、理学部出身だとか薬学部出身とか、ほかの学部の出身の人が主任教授になってしまっているという現状があって、これは物すごい問題だというふうに私は考えています。

基礎教育というのはやはりきちんと医師が教授でもって講座担当者としていなければ、基礎の教育が壊れるということは、臨床教育の結果としても壊れることになるわけですね。出席されている大学関係者の先生方の基礎医学の教授で過半数以上が医師だという大学は

ありますか。多分ないと思います。ほとんどの大学でほかの学部の出身者が医学生を教育しているというのが現状です。このような現状は医療部会でも発言して、臨床の定員と基礎医学の定員を医学教育の中で別々に募集した教育制度をつくれということを僕は何回も行っているのですけれども、この問題については取り上げていただけいていません。

あともう一つ、大学の話でいうと、問題点は今度の働き方改革とも関連するのですけれども、そもそも大学の教授とか助教授とか講師の給料が安過ぎるのです。主任教授の教授が、医学部の医局の3年次とか4年次の医員が外部に出張しますと、教授の給与よりも全然高いのですよ。こんな待遇で大学の教育者をしているという現状を変えなければしょうがない。

あとは無給の医局員みたいなものが昔はありましたけれども、無給で働かせて生活しろなどといったってできるわけじゃないじゃないですか。こういう個々の現場の問題点を全然解決しないで、総論でもってざくっと全部この中間まとめ案などというのをつくること自体がそもそもおかしい。

あと、働き方改革、先ほど小川先生がおっしゃっていましたが、要するに超過勤務というのは、人が足りないからみんな超過勤務をするわけでしょう。好きで超過勤務しているわけではないです。患者さんが来てしまって困っているから、しょうがないからみんな超過勤務をやっているのに、超過勤務はいけないことだということで働き方改革してしまったらどうなるかという、そのサービス料について、診療というサービスが少なくなれば、それだけ診療時間を制限したり、救急の患者さんを制限するという、結果として、今度の働き方改革の欠点というのは全部国民に向かうわけですから。そういうことを全然考えないで、とにかく働き方改革はいいことであるとしているのだけれども、超過勤務というのは、現状の医師の不足に対する結果として生じた問題なのです。これには現場の医師を増やすしかないではないですか。そういう根本的な議論ではなくて、総論的にはすぐよくまとまっているとは思いますが、現場の問題点も全然分析しないで、上っ調子でずっと総論を流していると思っています。

もう一つ、僕は将来推計というのを信じていません。どうしてかという、私は30年前ぐらいからいろいろな厚労省の委員会に出席しているのですけれども、厚労省の将来推計が合った試しがないのです。看護師の需給なんか見てごらん下さいよ。年ごとによっている推計数だって合っていたことがないのです。ずっと毎年毎年、次は次はとって、結局、今も看護師だって足りないで大変な話になっています。30年前に言った将来推計だったら、10年後にはもう看護婦が余っていたのです。30年たったって余っていないわけです。多分こういう将来推計でやったら、もう5年後には地域医療は破綻しますよ。そのような大事な問題を先生方は検討しているのだという、もうちょっと深い認識を持ってほしいと思います。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

今これはとりまとめについてどうするかということ議論しているわけでございまして、今の山崎構成員の御質問は、医療従事者という中に医師でも臨床をやっている方以外にもいらっしゃるのではないかと、その辺はどうなっているのかというのが、これについてのまずの御質問かと思っておりますので、これにつきましては厚労省のほうはいかがでしょう。一応分科会のほうでは検討されてきたことかと思っております。

○野口医事課主査 事務局でございます。

この検討会としては、医師需給分科会のほかに看護職員の需給、また理学療法士・作業療法士の需給について検討する分科会が立ち上がっておりまして、それぞれで将来の需給推計を踏まえた対策、取組が進められているところでございます。医師の需給推計におきましては、医師の将来需要の推計の中で、臨床以外の研究ですとか、行政ですとか、あと産業医であるとか、そういった臨床以外にも従事する医師の需要についても盛り込んだ上で推計を行っておりまして、そういった中でこれまで対策を検討してきたという背景でございますので、一定程度、推計の中に盛り込んだところではございますけれども、全てが反映できていないという今の見解についても、可能な限りこういった形でやってきたというところでございます。

○森田座長 ありがとうございます。

○山崎構成員 追加なのでございますけれども、例えば自治医科大学というのは1972年につくられているのです。ちょうど50年たっているわけですが、自治医科大学が50年たっていて、本来の僻地とか、あるいは離島とかそういうところの医療というのは自治医科大学の出身者でどれぐらい改善されているのですかというのがありますし、今度、OECDが発表した薬剤師の養成数も、OECDの平均の3倍の薬剤師を日本はつくっているという報道がありましたね。何で薬剤師をOECDの平均の3倍も養成してしまったのですか。そういう、一方で物すごくずばらなことをやっていて、医師の数に対して、これは多分財務省の入れ知恵なのだと思うのですけれども、医師をなるべく減らさないようにして、しかも今度のコロナでも何でも協力しろ、協力しろというふうな、非常に矛盾した医師養成が行われていると思っています。

○森田座長 ありがとうございます。御議論はもう少しほかの方の御発言があった後で整理したいと思います。

それでは、お待たせいたしました、山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。

先ほどの小川構成員と加納構成員の話を伺っていて思ったのですけれども、そもそもこの医師需給分科会は、今回で40回目ということで、6年にわたって行われているということからすると、この間に刻々といろいろなことが変化してきていると思います。先ほどお話が小川構成員からあったように、医師の働き方改革も具体化してきたり、あるいは加納構成員がおっしゃったように女性医師が増えてくるとか、医師需給分科会で議論になった海外の医学部に行った人たちの動向ということもまた今後影響してくることも考えられま

す。そうすると、第5次中間とりまとめを幾つか、今後の予定については第8次医療計画等に関する検討会で議論するということが書き込まれているわけですが、それについて事務局に確認したいのは、これから刻々と変化するような状況に合わせて出てくる問題というのが第8次医療計画のところで議論されると考えていいのかどうか。もしそうなのであれば、今回の中間とりまとめの中に、例えば6ページの「おわりに」の4つ目の○に、今後の医学部定員については、現在、第8次医療計画等に関する検討会の下ということが書いてあるわけですが、そこに今後の医学部定員だけではなくて、刻々と状況が変化することを鑑みて、必要に応じて需要推計も含めて随時見直しをして議論をするというような具体的なことを書き込むことで、今抱えている疑問であったり、不安であったり、そういったものが多少は解消できるのではないかと思いますので、そこを具体的に書き込んでいただいてはどうかと思うのですが、事務局はいかがでしょう。

○山本医事課長 事務局でございます。

これは座長や構成員の先生方にも御意見をお伺いしたいところでございますが、基本的には医師養成需給、先ほど御答弁させていただきましたとおり、不断の取組が必要だと思っております。それは今、構成員の先生方から様々な御意見をいただきましたように、日本の医療の実情は刻一刻と変わっていると。それに対応するために検証をし、取組を検討しということにも不断の取組を続けたいといけないと事務局としても認識しております。そうした趣旨、どういうふうに記載するかにつきまして、座長、構成員の先生方とも御相談させていただければと思っております。

以上でございます。

○山口構成員 ありがとうございます。ぜひ、ちょっと具体的に書いていただくとその辺りが明確になるのではないかと思います。それが医学部定員だけに集約されてしまっているところに問題があるのではないかと思いますので、少し幅広に具体化していただきたいと思っております。

○森田座長 建設的な御意見をありがとうございます。片峰座長と改めてまた相談させていただきたいと思っておりますけれども、本日聞かせていただきました御意見そのものは大変ごもったもな事だと思っておりますが、これまで議論を続けてきまして、同じようなことが何回か議論になったかと思っておりますので、それは最終的にはこのとりまとめの書きぶりの問題として整理できるのかどうか。それも含めまして考えていきたいと思っておりますけれども、今日はいろいろな御意見をまず伺いたいと思っております。

続きまして、山内構成員、お願いいたします。それから相澤構成員、お願いいたします。

○山内構成員 お時間がないところを申し訳ありません。手短にお話をさせていただければと思っておりますけれども、先ほど加納構成員から女性医師のお話がありましたので、医師需給分科会で女性医師として参加しておりましたので、今後の検討をしていくときに考えていただきたいのが、確かに女性医師の割合はこれからどんどん増えてくると思っております。ただ、働き方に関しましては反対に、今まではやはり医師が本当に自分の生活を犠牲にして

働かなければ働けなかったところから、医師の働き方改革がこれから始まると、最近の若い女医さんたち、私のところにも多くの女医さんがいますが、出産、子育て、本当に産休だけを取って戻ってくる女医さんは非常に多いです。そのような形で働けるようになってきておりますし、また、男性医師や男性のパートナーの方々も育休を取れる環境に大分社会が変わってきておりますので、そういう点で、今まで女性医師が出産・子育てを契機に医師の道を辞めてしまう方が多かったところは、反対にずっと続けていらっしゃる方々が今後多くなっていくという可能性もあることを考慮していただきながら考えていっていただきたいと思います。

そういった意味で、医師の働き方改革、先ほど小川構成員からすごくネガティブな意見がありましたけれども、もちろんネガティブという言い方ではなくてそれによる負の要因というものを考えていかなければいけません、ポジティブな要因、これからそういった意味でみんなに働き方改革が起これば女性医師が辞めずに働き続けられるということや、もう一つ、この中間とりまとめの6ページの上のほうに加えていただいております、今後、タスク・シフトとかタスク・シェアも、今回この働き方改革が起こることでそれぞれの病院の先生方がどうタスク・シフトをしていくか、どうタスク・シェアをしていくかということを考えていらっしゃると思います。ですから、そういったことも非常に起こってくるということ、また、ICTとかAIが入ってくるというようなこともあって、働き方改革の反対の意味でのポジティブな要因というか、医師のマンパワー的な部分を減らせる要因というものも考えていただければと思います。その上で、私も山口構成員がおっしゃったのと同じように、そういったことも考えると働き方改革が起こってどう動くか、どちらに転ぶか、その足し算、引き算でプラス・マイナスはどうなるのかということ是非常に変動的だと思いますので、そういう変動要素の可能性をきちんとこの中間とりまとめでは明示していただいて、今後もそういう変動要素を十分に踏まえた上で、さらなる検討が必要であるという形がよろしいかと思っております。

以上です。ありがとうございます。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、続けて、相澤構成員、どうぞ。

○相澤構成員 恐らく病院から出ている委員の皆様、そして多くの人々が思っているのだけれども、大変言いにくいことを私が代表して言わせていただきます。その1つは、どここの場所で働いている医師が足りないのかというと、病院で働いている医師が足りないのです。今、病院は、病院数も減り、ベッド数も減っているにもかかわらず、開業医の先生、診療所は毎年増えています。減らないのです。開業医の方が減って困るという話はあまり聞こえてきません。ということは、ここに全く書かれていないのですが、医師の働く場の偏在を考えなければならぬということではないかと思うのです。

私は最近、地方の診療所をやらせてもらって感じたこと、住民2,000人を大体1つの診療所でカバーすることができます。かかりつけ医機能をもってやればできます。日本の人口

は1億2000万ですね。2,000で割ると6万か所のかかりつけ医の診療所があれば、いわゆる診療所としてのかかりつけ医機能は果たせるのです。とすると、今、10万か所あれば4万あまるのですよ。4万人の方が病院に勤めてもらえば、かなり病院の勤務の不足は解消されるのです。ここにどうしても書かれていなくて、3ページの○の2番目のところに、新規開業希望者に対し、地域に必要とされる医療機能を担うように求める等の対策を講じていると書かれていますが、到底講じられているとは思えない状況です。

ですから、やはり勤務する場所の偏在ということも考えつつやっていると、私はこの医療提供体制を守るということの医師需給をしっかりと検討することはできないと思います。これは大変言いにくいことで、こんなことを言うのは僕ぐらいしかいないので、ちょっと言わせていただきました。働く場所の検討というのをぜひ一文どこかに入れていただきたいと強くお願いを申し上げます。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

予定した時間はかなり過ぎているのですけれども、大変重要なことですので、それでは、神野構成員、どうぞ。

○神野構成員 私は医師需給分科会の構成員ですので、この第5次にも責任があるわけです。40回のうち初めから出ていた人間として、強力な偏在対策なくして医学部定員削減は難しいですよということはずっと主張してきたことですし、この医師需給分科会がまだ1桁の回数のときに10個の偏在対策が出てまいりました。そういう中で、今おっしゃった外来・病院の偏在というものもあつたし、いろいろと偏在があつて、それが一つ一つ潰れてきたかといったら、まだ全部潰れていない。一部しか潰れていないのが現状ではないのかなと思います。

今回の中間とりまとめでは、令和5年の医学部定員は下がらない、4年と同じマックスにするということを押戻したといいますか、減らす案を押戻して、令和5年は今までどおりのマックス9,330人ということだと思います。そして、令和6年以降はもう一回検討しようというのが中間とりまとめの思想ということになると思いますので、令和6年以降の議論は、先ほど来あつたように第8次医療計画のほうでやるということですね。ならば、我々の手から離れてそちらのほうで検討するのでしょうかけれども、令和6年の議論で減らすのか、それとも9,330人を持続させるのかを委ねるということしかないのかなと思います。

そして、もう一点だけ、今日の資料の中で5ページの下から3つ目に幅広い世代において総合的な診療能力を有する医師数を増やすことというのがあります。これも偏在対策で必ず出てきた話でありますし、多くの委員が、総合的に診る人がいないと専門分化だけではならぬという話だったのです。それに対して国はどこまで真剣にやっているのか。専門機構とかいろいろなところがあると思いますけれども、そちらにどれだけ働きかけるのかという態度といいますか、使命感というのをもっと国としても持っていただきたいと思

うところでは。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、堀之内構成員、お願いいたします。

○堀之内構成員 ありがとうございます。がんセンターの堀之内でございます。私はこの中間とりまとめ（案）に関しましては賛同しております。その立場で医師需給分科会のほうに参加させていただいている経緯から少し意見させていただきます。

この中間とりまとめで、今後、医学部の定員が将来の推計に基づいてある程度絞っていく必要があるだろうということが妥当だろうと思います。今までの偏在対策等々は若手の先生方をどこに配置するかということばかりに話が行っていた。なおかつ、若手の先生が今から育てていくお医者さんをたくさんすることで全体としてはうまく、いろいろなところに足りるだろうということだったのです。今回の中間とりまとめまで含めて出てきているのは、全体の数を増やすのではなくていろいろ工夫して、例えば診療科の偏在とか、総合的な診療能力を持つ方を増やすとか、それこそ今働いていらっしゃるもっと先輩の先生方も含めて、どこで働いていただくかということまで含めて考えるという、若手にあまりにも偏った対策ではなくてという方向性なのかなと考えております。そういった意味でも、若いお医者さんをたくさん育てるといふところから、違う形の対策に推移していくという中間点としては非常にすぐれたまとまりになっているのではないかと感じておりますので、意見させていただきました。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、もう御発言は最後にさせていただければと思いますけれども、権丈構成員、どうぞ。

○権丈構成員 先ほど相澤先生のおっしゃった診療所の開業のところで、今回の6ページの2つ目の○に3つ、今後の検討項目として1、2、3とあるのですが、専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定、医師少数区域経験認定医師を管理者の要件とする医療機関の拡大、そして3のところは無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組み導入というのも入っています。昔だったら議論できなかったようなことがかなり議論できるような状況になっているというのもありますし、第1回目の報告書には、「仮に医師の偏在等が続く場合には、十分ある診療科の診療所の開設については保険医の配置・定数の設定や自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討する」という文言もあります。

経済学というか、政策の技術的な話をしますと、偏在問題というのは自由開業とか自由標榜、フリーアクセスというような条件を設定すれば確実に起こります。偏在を問題だといふのであれば、起こる原因を議論せざるを得ません。それを議論することがいいことか悪いことかというのは抜きにして、偏在は問題である、診療科偏在あるいは地域偏在が問題であるといふのであれば、技術的にその原因を議論せざるを得ないということになります。

第1回目のところからその辺りのところを具体的に書き、そして議論していく中でそれが自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討するというような文言が、その後の議論を経ることによって、先ほど言ったマル1、マル2、マル3という形で、第5次中間とりまとめは今閉じているというふうに理解しております。ですから、20年、30年前だったら口にするこことさえできなかったようなことが今は結構できるようになっているというのはあるのかなと思っております。

それと、需給の問題なのですけれども、医師が普通の労働市場と違うのは、人手不足が起こった、では賃金で調整するというようなことができずに、計画を立てました、その効果が出るのは10年から20年先になるというのが医師の需給の問題になります。医師の需給の問題を議論していくというのは、そういう時間軸のある話になります。

年金の場合は50年、100年先のことは予測と言いません。あれはプロジェクションとって、投影をしていって、その投影で映される問題、その多くは人口構成の影響によるのですが、そうした問題に対して現在手を打っておきましょうというのを5年置きぐらいに検証し見直しています。予測、フォーキャストではなくてプロジェクション、投影と呼んでいるのですけれども、医師需給の試算もそれと同じような方法でやるしかないですね。数年に1回、少なくとも人口推計の見直しの都度投影の見直しを行っていく。ただ、それは5年先といったときに、5年先にやりますよといったからといって、10年、20年後に効果が出る話ですので、なかなか難しいことが起こって、今日の議論のような話になるのかなと思います。

ここで今日、第5回中間とりまとめをしているのは、働き方改革が行われる2024年までに関わることはありません。24年ぐらいまでにすぐ起こるようなことに影響することはないですね。だから、働き方改革が起こったときに、こんなことが起こる、ああいうことが起こるといのは、恐らく労働基準局との議論になるのかなという気もいたしますけれども、この見通しということを考えていく、そして見直すという言葉が幾つか出てきております。

私はこれまでの議論の仕方というのはそんなに問題がないのかなと考えています。長期間の養成を要する医師需給という性質の特性上、影響がでるまでに時間がかかるのですね。普通の労働市場で人手不足だからというようにできるような話ではないということ、この報告書はこの形でまとまっていくというのでよろしいのではないかなと思っております。あとは文言のところでは座長に委任したいと思っておりますけれども、よろしく願います。

○森田座長 ありがとうございます。

今のような御意見もございましたけれども、これまで御発言があった方も含めて、こういうふうにすべきだとか、絶対これではというようなことがあれば、また御発言いただきたいと思っておりますが、取りあえず今までのところで、どういう形でこれを整理したらいいのかということですが、事務局のほうで何か御提案といたしますかお考えはございます

でしょうか。先ほど、私と片峰先生と事務局のほうで相談してというような話もありましたけれども、具体的にどうということが考えられるのかということも含めて、何かあれば御発言いただきたいと思います。その後でちょっと片峰先生にも御意見を伺いたいと思います。

○山本医事課長 事務局でございます。

今回の第5次中間とりまとめにつきましては、様々な御意見をいただいたところでございます。そうしたもので、反映するかどうかにつきましては、もし可能であれば座長に一任していただいて、事務局と座長で御相談させていただければ一番ありがたいですけれども、それ以外も含めて、この会で御議論、御了承いただければと思っています。

○森田座長 それでは、片峰先生、お願いいたします。

○片峰座長 様々な御意見をいただいて、ありがとうございます。

まずは山崎先生の御意見なのですが、何のためにこの分科会を6年前に開始して、6年間も議論し続けてきたかということなのですが、まさに山崎先生が御指摘いただいたように、6年前までの10年間に医学部定員を1,500名増やしてしまったのです。結果として毎年3,000名から4,000名の医師が増え続けているという現状です。その中で、いろいろ地域・診療科を含めた医師不足というのが少しでも解消してきたのか。現状はほとんど改善されていなかったのではないかという反省点が全ての議論のスタートだったと僕は思います。そういった意味で、山崎先生の問題意識をこの分科会としては共有してスタートしたわけです。

その中で、やはりこのままむやみに医師を増やし続けていいのかどうか。もちろんそれを考えるのであれば、神野さんが言われたように、偏在対策が前提になりますから、そこをどうするのかと。その議論に際しましては、先ほど権丈先生も言われましたけれども、今までにないような観点を折り込んだ議論をしてきたわけです。1つ重要な観点が、客観的エビデンスに基づいた推計も含めて議論しようじゃないかということでございました。その中で偏在指標等を出したり様々なことをやって、それに基づいて対策を提言してきたということなのですが、逆に、先ほどからの議論を聞いていますと、時代の変化のスピードが速くて、続々と新たな変数が出現するわけですね。その都度その変数を盛り込んだ精緻なエビデンスを出していかないと、政策として転化できないのかということ、そうであつたらなかなか物事が進まないのですね。そこら辺のジレンマ。結果として6年間頑張つてやったけれども、医師数を減らすという話ではなくて、それまでの臨時定員として増やしてきた医学部定員をあるべき姿に見直して、適正化しようという議論だったはずなのだけれども、これもできなかったわけですね。そこは非常に大きな反省点かなと思っています。

それともう一つ、新たな観点としては、まさに権丈先生が言われたように、それまである意味で禁句であった医師の自由度に関する議論ですね。職業選択の自由というもの。開業するにしても、どこで働くかという場所にしても、そういうことにある程度手をつけな

いといけないという、かなり思い切った考え方を出すことができたのではないかと思っていて、そこは今後続く議論ができたのかなと思っています。

長くなりますので、取りあえずはここら辺までにして、最後にまた申し上げたいと思います。

○森田座長 ありがとうございます。

私のほうにもという事務局でございましたけれども、今、片峰先生もおっしゃいましたように、6年やっていて最初にどうするかということですが、例えて言いますと、昨年生まれた赤ちゃんは80万人台の下のほうになっていると思います。今の医学部の定員が大体9,000人だとしますと、18年後には100人に1人以上が医学部に進学するということになります。そして、そのままかなり長い間医師として働き続けられるということになります。他方、人口のほうはどんどん減っていくということになります。高齢化は2040年がピークですが、それからは総人口が減ってまいります。私自身、社会保障・人口問題研究所の所長もやっていたものですから、その辺につきましては随分いろいろ検討いたしましたし、推計は大体当たらないと思いますけれども、人口推計は中でも比較的当たるものです。その中でどうするかということが6年前の議論のスタートだったと思っております。そこで総数を増やすよりも問題は偏在ではないかということで、偏在をどうやって変えていくかという議論に入ってきたかなと思っております。

それからは、繰り返しませんけれども、先ほど片峰先生がおっしゃいましたように、かつてのタブーを破って、そういうことも含めていろいろな策を提案してまいりました。最終的には地域卒の話になりまして、これはこれとしている問題点も指摘されているところかと思っておりますけれども、私たちの議論としましては、そういう形で議論を整理してきたというところだと思います。

ただ、まさにコロナもそうですし、働き方改革もそうですし、女性医師の問題もそうですけれども、当時想定していたよりもいろいろな問題が発生している。そのたびごとに新しい要素を加味して推計をやり直せというような議論が出てまいりました。ただ、粒度を上げれば上げるほど推計というのは当たりにくくなる。仮定をたくさん置かざるを得ないというところだと思います。そういう意味で、これまで何回か整理してまいりましたけれども、今回もあくまでも中間とりまとめでございまして、これで日本の医師養成ないし偏在対策が決まっていると、これでいくべきだという結論までは出し切っていないところでございます。これはまた新しい変数が増えたということで、もう一度ゼロベースで見直すことになると、議論をして、それがまとまる頃にはまた新しい変数が出てくる可能性もあり得るかなと思っております。そういう意味で、まだまだ不確定の要素はたくさんあるわけですが、これまでの議論の延長として、中間とりまとめとしてはこういうことではないか。そして、さらに新しく発生したファクターにつきましては、第8次医療計画の中で組み込んで、また少し後できちんとした形で、もうちょっと精度を高めるような形でこの問題に対する検討をしていくというやり方をしてきたということだと理解してお

ります。

その意味で、今日はいろいろと重要な御指摘もあったと思いますけれども、このまとめ方につきましては、僭越ながら私の考えを言わせていただきますと、今日いろいろ出ましたような意見を文言のどこかに可能な限り反映するということですが、基本的にここまでやってきたことについては、このトーンでもって整理させていただきたい。それにつきましては、片峰先生の御意見ももちろん伺いますし、事務局と私のほうに預からせていただければと思いますけれども、いかがでございましょうか。

特に大きな御異論がなければそうさせていただきたいと思います。また、事務局のほうに、こういう部分は具体的にこういうこともきちんと書いておくべきだというようなことがあればお寄せいただければと思います。

全員のお顔は見えないのですけれども、見えている限りでいいますと、特に御異論がないように思われますので、よろしゅうございますでしょうか。

ありがとうございます。では、そうさせていただきます。

それでは、予定よりも40分ぐらい遅くなっておりますけれども、次のアジェンダに移らせていただきたいと思います。次ですけれども、事務局から資料2「理学療法士・作業療法士需給分科会 これまでの議論の経過と報告」について御説明をお願いいたします。

○太田医事専門官 事務局でございます。

資料2「医療従事者の需給に関する検討会 理学療法士・作業療法士需給分科会 これまでの議論の経過と報告」ということで御報告させていただきます。大きく2つに分けて、これまでの経緯と需給推計の結果と職種を取り巻く課題に分けております。

経緯といたしまして、昭和40年に理学療法士・作業療法士の資格制度が設けられました。それ以降、数回にわたり需給計画・需給推計が行われて、直近では平成12年に理学療法士・作業療法士の需給推計に関する意見書が提出されております。需要と供給は平成16年度以降、2～3年以内に均衡に達し、理学療法士・作業療法士が過剰になることが予測されることから、その養成が適切に行われるよう関係者への周知徹底が必要であると考えられる。こういった見解が示されております。

一方、高齢化の進展、医療需要の増大を踏まえて、当検討会において、都道府県で2025年の医療需要を踏まえた地域医療の構想の策定が進む中、病床の機能分化・連携に対応していくために、医師・看護師のみならず、リハビリ関係職種も含めた医療従事者の需給を念頭に置く必要があるとされ、厚生労働科学研究において研究を行うとともに、理学療法士・作業療法士需給分科会を平成28年4月に設置し、より精度の高い将来の医療需要を踏まえた推計方法とすることに加えて、職種を取り巻く現状の課題につきましては、これまで3回の議論が行われてきたところでございます。その後、新型コロナウイルスの感染拡大に伴って議論は一旦中断されております。これに伴う影響に加えて、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律が可決・成立されたことによって、理学療法士・作業療法士を取り巻く環境はこれまでと異なる様

相が含まれる状況下に置かれることとなりました。

この分科会において需給推計の結果と職種を取り巻く課題として大きく2点整理されております。供給につきましては、医師の供給推計方法を参考にし、需給推計については医療分野、介護分野、その他分野に分け、将来のリハビリ需要を推計して行いました。理学療法士及び作業療法士の供給数の推計値は、2040年頃には需要数の約1.5倍になることを示させていただきました。分科会の中では、地域間格差があることなどからも、その側面を要素と加えて議論すべきではないかという意見が上がっております。

また、教育・養成の側面としましては、文部科学大臣が指定した学校、都道府県知事の指定した養成施設の総数と定員数は増加する一方で、養成施設出身者の国家試験合格率が低下傾向にあるなど、養成の質の低下という別の側面による課題があることが指摘され、適切な指導が必要ではないかと、こういったことが重要なポイントとして挙げられております。

経過の報告としては以上となります。

○森田座長 ありがとうございます。ただいまのことにつきまして、御意見等をいただければと思いますが、いかがでございましょうか。先ほどと同じように、リアクションのほうで「手を挙げる」というサインを出していただければと思います。

それでは、斉藤構成員、続いて香山構成員、お願いいたします。どうぞ。

○斉藤構成員 ありがとうございます。日本理学療法士協会の会長の斉藤でございます。

医師の働き方改革、新型感染症等での当時の議論の前提どおりに、今回とりまとめいただいた推計は難しいと見る意見も少し出てきております。理学療法士と作業療法士、あるいは言語聴覚士の需給に関する課題認識がやや異なる印象がございます。また、先ほど御紹介いただきましたが、社会情勢とひもづく質の高い養成教育が必要となっているので、抜本的な養成教育の議論が必要であるように感じています。

質、労働生産性の高い人材を活用する社会保障制度については、医師の働き方改革、新型感染症等を踏まえた議論が重要だと思います。11月19日に開催された臨時閣議において閣議決定されたコロナ克服・新時代開拓のための経済対策における処遇改善の内容を鑑みても、供給システムの抜本的なパラダイムシフトの必要があると考えます。タスク・シェア、タスク・シフトによって急性期と在宅、とりわけ高度急性期と訪問に関する理学療法の社会的使命は高いと感じます。リハビリテーションとしてではなく理学療法として考えると、より大きなイノベーションができると考えています。

さらに、国際的に活躍できる人材育成も期待されています。そもそも需給の実態把握には他職種で行われているような就業届出制のような仕組みが必要であります。本職種においてはございません。

以上より、本分科会が医師・看護師に加えて理学療法士・作業療法士に特化した分科会を発足した当時の経緯を踏まえて、現在なお設置時の問題は解決していないと認識、さらにCOVID-19でむしろ新たな課題が増えているような印象もありますので、引き続き適切な、

少なくとも理学療法士の需給に関する会議体を設けて協議を継続していただくことを強く希望したいと思っています。

以上でございます。ありがとうございました。

○森田座長 御意見ありがとうございました。

それでは、香山構成員、お願いいたします。

○香山構成員 日本作業療法士協会の香山と申します。どうぞよろしく願いいたします。

これまでの議論の経過と報告については了解するところでございますが、何点か御意見申し上げたいと思います。まずは需給推計の結果と職種を取り巻く課題についてでございますが、1つ目の○のところ、需給数の約1.5倍になることを示されたとありますが、これはここに傍線が書かれていますと、ややもするとここが強調された形になりがちだなというのを改めて感じているところでございます。これは示されたというところでございませうだけで、地域間格差やその他の、先ほど斉藤会長もお話しされていましたが、様々な新たな変数が起きているというふうに感じているところでございますので、ここを加味したさらなる議論が必要だろうと感じているところでございます。

それから、作業療法士は理学療法士とはやはり役割が違うという意味では、応用的動作能力及び社会的適応能力を高めることを使命としておりますので、より退院後に向けた支援ですとか、地域での生活支援をすることでその役割があると認識しております。そういった意味で、この需給もそういった役割を認識するというところにおいて、さらに検討を深めていただく必要があるだろうと思っているところでございます。

また、養成校の質の低下に関しましては、新たな指定規則が設けられました。そこが動き始めておりますので、その様子を鑑みながら、今後の養成数についてのこともしっかりと議論すべきであろうというふうに認識しているところでございます。作業療法士は今現在の現場からかなり多くの求人をいただくような職種になってございますので、時代の様々な要請にまだまだ応えるべき職種であるという認識を持って、今後の検討に臨ませていただきたいというところでございます。

以上でございます。

○森田座長 ありがとうございました。

お二方の御意見につきまして、厚労省の事務局のほうで何かコメントございますでしょうか。

それでは、水間構成員が手を挙げられましたので、場合によりましては御発言いただいた後でコメントいただけますか。水間構成員、どうぞ。

○水間構成員 需給に関しての推計に対しては先ほども説明がありましたけれども、2000年代の初頭に理学療法士・作業療法士の需給に関しては2015年ぐらいでそれ以降は過剰になるのではないかという予測だったと思います。

しかし、その後に回復期リハビリテーション病棟が制度化されて、急速に需要が増えてきたということで、この間の推計では、2015年の過剰というのを2040年ぐらいへと後ろに

修正したという結果になったのだと思います。もう一つは、高齢化もしくは地域包括ケアのシステムを背景にして、高齢者を中心としてリハビリテーションにおいてセラピストの需要が増えるだろうということだと思います。

ただ、予測の中で、医師と大きく違うといえますか、働く場が非常に多岐にわたっているということが1つだと思います。基本的に医療施設、それから通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションというところで働く方が中心だと思うのですが、訪問リハビリテーションは訪問看護でもかなりたくさんセラピストの方が配置されている。なおかつ最近ではいわゆる自費のリハビリというところで働く方も増えてきているという背景を考えると、予測は非常に難しいと感じているところであります。

それから、地域格差についての話では、先ほど話したように回復期リハビリテーション病棟等の施設数の違いもあると思いますが、地域によっては新たな就業がなかなか難しくなっている地域もあると聞いております。つまり、セラピストは充足に近い状態という地域もある。一方で大都市部などではまだまだ不足していて、求人をしてでも集まらないという状況があるというのが現状だと思います。そういうことで、これをこのまま今すぐ需給に関する委員会を継続していくことに関しての難しさを感じているとともに、そういう背景を十分に認識した上での推計を出さなければいけないと思います。

先ほど斉藤PT協会会長が言われた就業届出制等、そのようなものがない現状ですと、どういうところでどのように働いているのか、それから、女性のセラピストの方で仕事をされていない方も多数おられるようですので、そういうことも把握した上で推計、ニーズを考えなければいけないというふうに考えております。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、厚労省のコメントをお願いできますか。

○山本医事課長 事務局の医事課長でございます。

貴重な御意見、誠にありがとうございました。ただいま御指摘がありましたように、本当に医療現場の実情、事情の変化に伴って様々な課題というか問題があると認識しております。したがって、今後どのように進めていくか、本日いただいた意見も含めて課題を整理して、どういった取組をするか、また御意見を聞かせていただいた上で進めさせていただきます。

以上でございます。

○森田座長 ありがとうございます。

この件につきまして、ほかに御発言はいかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、この件はこれで終わらせていただきます。

一応、本日のアジェンダは終了いたしましたけれども、ここで中間とりまとめを出すということで一区切りがついたということでございますので、先ほどから実際にそういう御意見、御発言が随分ございましたけれども、総合的に現在の状況、特に最近では新型コロ

ナウイルス感染症の流行であるとか、先ほどもございましたけれども、働き方改革といったことであるとか、いろいろな形で医療の取り巻く状況というのは変わってきているとおっしゃったので、今後また少し間を置いて改めてこういう議論をするということになるのではないかと思いますけれども、それに際しましてこういう視点であるとか論点、課題、それはぜひ着目すべきであるといった御意見等がございましたら、御発言をいただければと思います。できればまだ発言されていない方にぜひ御意見をいただければと思いますが、いかがでございましょうか。

それでは、釜菴構成員と野口構成員、お願いいたします。

○釜菴構成員 日本医師会の釜菴です。この医師需給分科会、また医療従事者の需給に関する検討会にずっと関わらせていただいて、今日に至りましたけれども、先ほど森田座長がお話しになられたように、人口はどんどん減っていく中で、医療従事者をそんなに多く確保するということがもう難しくなってくるということは、皆さんぜひこれは共通認識としてお持ちだと思いますけれども、その中でどうやって国民に対してなるべくよい医療をしっかりと継続して提供できるようにするかという大変大きな、非常に深刻な課題を今後抱えていくことになるわけでありまして、そのことはなかなかまだ実感として多くの人に共有されているわけではないけれども、個々のデータを見てみると、そういうことは明らかだろうと思います。

その中で、一方、今日、先ほどからお話が出ているような、今まで考えていなかったような新たな課題や解決すべき問題点が出てくると。その中でどうやっていったらよいのかなということが今後非常に大きく解決しなければならない問題になります。

権丈先生が指摘されましたけれども、職業選択の自由、あるいは医師に関して言えば診療科、あるいはどこで医療を行うかということの自由を担保するという大前提の下でこれまでずっとやってきたわけだけれども、それを今後、その自由裁量に任せていくことで果たして国民全体により医療が提供できるのだろうかということは、医師会はそのことについては非常に反対意見が多いわけですが、どうしても現実を直視すると、そういうところをどうやって国民の理解を得るために、医療従事者、特に医師がそのことをどういうふうに自覚できるかということに今後非常に関わってくるのだろうかなど強く感じます。

医療従事者の需給に関する検討会が今後どうなるのか、先ほど医事課長から今後どうするかということを検討なさるといってお話でしたけれども、すぐに継続してやる必要があるのかどうかは分かりませんが、しっかり今後の課題をきちんと定期的にその時期時期に応じて振り返ることができるような仕組みというのはぜひつくっていただきたいなと感じます。

今後、医療従事者の確保というのは、どの領域に関しても非常に厳しくなってくるだろうという共通の認識の下で、その中でよい医療をどういうふうに提供できるか。医療人材は決してもう余裕がなくなってくるわけで、その中で、先ほど開業医をどんどん減らしてその分を病院に振り向けるべきだという指摘がありましたけれども、そういうことも含め

て、どういうふうにしたらよいか、非常に厳しい選択にさらされるなというふうに強く感じました。

意見を申し述べました。以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

次々と手が挙がっておりますので、順番に御発言いただきたいと思いますが、時間も限られておりますので、お一人1～2分ということをめどにお願いいたします。

それでは、次は野口構成員。

○野口構成員 どうもありがとうございます。短く発言させていただきます。

社会保障財政が逼迫しており、医師確保あるいは医療従事者の方々に非常に御負担をかけている中で、どうやっていっていいか、本当に皆さんおっしゃるとおり非常に深刻な問題をはらんでいると思います。そうした中で、今回の中間まとめで1点、今後取り入れていただきたい視点としては、先ほどからITとかAIという話もございましたが、医療情報を連携するということは必然的に人的な、あるいは施設同士のつながりということが前提となりますので、ぜひ医療情報の連携ネットワーク、あるいは医療関係、介護も含めて、地域包括ケアシステムを支えるようなネットワークの構築に対する視点というのもぜひ今後、検討の視点として入れていただければと思います。

以上です。ありがとうございます。

○森田座長 ありがとうございます。

続きまして、家保構成員。

○家保構成員 ありがとうございます。衛生部長会から出ておりますので、都道府県の立場から少し意見を言わせていただきます。

都道府県としましては、2024年の働き方改革のスタートに向けて待ったなしの状況でございますし、医師の偏在対策等についてもこれまでの医師需給分科会で取り上げていただいた地域枠、それから外来医療計画、医師確保計画等、積極的に取り組まないといけない政策課題だと思います。それらに関しては、第8次医療計画等に関する検討会で今後いろいろと御議論されるということですので、ぜひとも都道府県サイド、特に現場に近い衛生部長会等にこういう議論の状況や雰囲気、相場感を国からお伝えいただいて、意見交換できる場を設けていただきたいというのがお願いの1つでございます。

併せて、地域偏在については都道府県、それなりに頑張ってはございますが、診療科偏在というのは都道府県の立場で言うと非常に対応しがたい課題です。特に私どものように1県1医大となりますと、その診療科の医師を養成する講座は1つになりますので、それを確保することはなかなか難しいということがございますので、ぜひこの分野については、総合診療科医師の養成も含めて、国全体でどう取り組んでいくのかということについて先生方の御意見をいろいろまとめていただいて、できるだけ各都道府県にとってプラスになるような方法を考えていただければということのお願いでございます。

以上でございます。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、裴構成員、どうぞ。

○裴構成員 これまで医師需給分科会で私は何度かお話しさせていただきましたように、やはり主人公の一人である医師がこれからどのような形で動いていくのかという際に、動向を考える2つの視点というのは今後の医師需給または8次医療計画も含めて考えていかなければいけないと思います。1つの視点は、やはり医師のキャリアパスですね。これまでのように臨床、臨床以外というのがありますけれども、やはり医師のキャリアパスはこれから複線化していくのが結構増えてくる。臨床しながら何かをするみたいな形ですね。それと同時に、頻回な転職というのも当たり前になってくる。地域をまたぐ、または病院をどんどん替わっていく。我々のようにずっとある地域、ある病院で医師人生を終えるというのはなかなか難しくなっているというのが1つ目。

2つ目が医師のモチベーションです。これもこれまでの社会使命感とか、または賃金とか、そのみならず、これからは働き方とか、特にこれはZ世代、1900年代後半生まれの方々が主流になってきます。となりますと、Z世代というのは誰と働くかとか、どのような環境で働くのかとか、そういったところが非常に大事な視点となってきます。そういったものがかなり医師の動向に左右するのではなかろうかと。ですから、今後はこの2つの視点もぜひ加えて議論していただけたらなと思っております。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

あと3人手が挙がっておりますので、それで今日のところはお許しいただければと思います。それでは、春山構成員、どうぞ。

○春山構成員 私は看護師需給分科会のメンバーでもありますけれども、医師の偏在も課題になっていると思いますが、看護師の地域偏在も課題になっていると思います。次の検討のときには、そういった視点で、さきに報告が出ている取組の成果というのをきちんと評価して、その後のことを考えていく必要があるかと思います。特に18歳人口が減少していく中で、養成の現状ですとか、それから幾つぐらいまで看護職で働いているのかというようなこと、在宅に従事する看護職の現状といった視点が大事かなと思います。

もう一点は、タスク・シフト、タスク・シェアリングが進んでいる中で、これは看護師だけではありませんけれども、それを加味したときにそれぞれの医療従事者の需給がどうあったらいいのかというところを次はぜひ検討していく必要があるのではないかと思います。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、本田構成員、どうぞ。

○本田構成員 本田です。もう皆さんがいろいろおっしゃっていることに全く同じようなことを申し上げるかもしれませんが、これから議論してほしいことをまず申し上げ

ますと、2つの視点でと私も思っています、1つはやはりこれからの医師がどう働きたいのか、モチベーションとか働き方、キャリアアップの問題、そういうことが1つの大きな視点であるのはもちろんだと思っています。ただ一方で、これだけ人口減、さらに高齢化。医療界も高齢化すると思いますけれども、社会全体が高齢化する中で、こう働きたいというものと同時に、公的保険医療という中でどう働いてもらわなければいけないのかという視点もこれからは必要だと思っています。それをバランスを考えて定期的にちゃんと見ていくと、医療の在り方そのものだと思いますので、そういうことを考えていく場は必ず必要だと私は思っています。

一方で、この会議をどうするかというのは、もちろん今日結論が出るのかどうか私も分かりませんが、長くずっと議論をして、ちょっと堂々巡りになってきたというのもあったのと、一方で、コロナで議論が途切れてしまったというのもあるので、どういうやり方がいいのか分かりませんが、何らかの仕切り直しみたいなものが必要かなと個人的に思っています。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、最後になりますけれども、北村構成員、どうぞ。

○北村構成員 北村です。よろしくお願いします。医学教育の立場から1つ、2つお願いというか意見を言わせていただきます。

偏在の解消ですね。地域偏在、診療科偏在、それを医学教育でやっても、皆さんがモノトナスな人で価値観が同じ感じがします。そういう人たちは同じところ、都会で働き、お金が簡単にもうかるような、そういうところを志向しているように思います。お願いというか、自分に対してもそうなのだけれども、入学者の多様性の確保というのは大事だろうと思っています。この格差社会の中である一部の高学歴層から医師の卵を選ぶのではなくて、地域の人、あるいは貧困にある人、社会のいろいろな人から医師を選んで、そういう人たちがまた元のところで働く、あるいは違うところで働く、違う価値観で意見を述べるなどの医療職の多様性をしっかり確保する必要があると思います。それが回りくどいようすがいずれは地域偏在や業種の偏在とかそういうものの是正につながるものと思います。外国でもそういうことが行われています。

もう一つ、先ほど山崎先生もおっしゃったように、自治医大あるいは地域枠の検証というものが物すごく重要だろうと思っています。今まで我々も偏在対策と思ってやっていたことが本当に役立っていたのか、あるいはあれは奨学金がある間だけの問題で、キャリアを見るとそうでもなかったということかもしれませんし、診療科の偏在に関してもいろいろなことをやっていますが、本当に役立ったか、今までの政策、取組の検証をぜひお願いしたいと思います。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、もう時間も残り少なくなってきましたので、今日はこれくらいにさせていただきますと思いますけれども、最後に、今回は医師需給分科会の第5次中間とりまとめとしまして一応節目でございますので、片峰医師需給分科会長と、その後、私からも一言御挨拶をさせていただきますと思います。それでは、片峰先生、お願いいたします。

○片峰座長 どうもありがとうございます。

2015年12月にこの分科会が開始されて6年あまり、40回も会議を開催して、その座長を務めさせていただくことになりました。先ほども少し申し上げたのですけれども、そもそもの発端が、それまでの10年間に1,500名の医学部定員を増やして、そのほとんどを占めた地域枠を中心とした臨時定員の期限が来るというタイミングであったものですから、過去の分科会の最大のミッションというのは、この臨時定員に絡む本格的な医学部定員の見直し、そこに向けた道筋をつけるところにあるというふうに思ったのです。医療政策にほとんど関与していなかった僕が何で座長なのだろうかと思ったのですけれども、結果としてたくさんのことを学ばせていただきました。最初は先ほどのミッションは1年ぐらい議論すれば大筋の道筋は立つのではないかという楽観的な思いがあったのですけれども、とてもではないけれども、すぐその認識は改めざるを得なかったということです。

1つは、先ほどから言われていますように、医師需給問題の大きな前提として、やはり偏在問題の解決の道筋がつかないと最終的に難しいということを認識したことと、2つ目は、最初からの分科会のメンバーの方は覚えておられると思いますけれども、当時の大臣が医師養成数の減少につながるような議論はよしとしないという中で、この分科会は長期にわたってストップさせられたということがありまして、やはりなかなか医師の養成に関わる議論というのは医療に直接つながりますから、社会の皆さんの不安も含めまして、各省庁の調整等々で非常に困難な問題があるなというのを本当に自覚いたしました。

そういう中で、分科会を構成するメンバーの皆さんは本当に皆さん論客で、毎回毎回大変熱の入った議論をいただいたと思います。しかも、様々な抱えられている組織の利益等の枠組みを超えて、皆さんが医師養成数の適正化とか、あるいは医師偏在対策の緊急性というその価値観を共有していただいて、とにかく一定の合意とか結論を紡ぎ出すべく、立場を越えて御協力いただいたというのは非常にありがたかったと思います。

そういう中で、今回の第5次のまとめにもございますように、幾つかの成果がありましたし、先ほどから議論になっていますように、様々な新しい観点に踏み込んだ議論をすることができたのかなと思っています。

けれども、僕はミッション至上主義者で、やはり最初のミッションであった医学部定員の適正化に道筋をつけるということが達成できなかったのは、座長として忸怩たるところがございます。この問題、次の第8次医療計画のワーキンググループでも議論されると思うのですけれども、できるだけ早く結論を出していただくべきことかなと思います。

現時点の定員がもう既に大学組織の中で構造化されていますし、地域にとっても既得権益化されていますし、年を経るごとにここをいじって改革するということは困難になると

思うのです。そういった意味で、喫緊の課題かなと思っていますので、よろしくお願ひしたいと思います。あと、偏在問題についても対策は緒についたところではあります。最初の我々の提言が医療法・医師法の改正につながりましたが、その成果に関する検証はまだ終わっていませんね。それが終わってまた次のステップを踏むということでしょうから、当然のことながら、しかるべき時期にこの分科会を再開ということを展開したいと思っています。そのときはまたメンバーがある程度若返らなければいけないでしょうし、新たなメンバーで再開していただければなと思っています。どうもありがとうございました。

○森田座長 ありがとうございました。

最後に私もということですが、医療従事者の需給に関する検討会ということをごさいます。そちらのほうの座長は私がやっておりますけれども、これはまだ今日で8回目でございます。ほとんどが医師需給分科会で、これは片峰先生が40回にわたって分科会を運営されてきたということで、実に頭が下がる思いでございます。最後になって私とやかく言う話ではないかなと思っています。

ただ、最初から御一緒しまして、繰り返しませんけれども、医師の養成者数をどうするかということ、それから偏在問題に入ってまいりました。そこでいろいろ議論しているうちに、これも考慮すべきだ、あれも考慮すべきだといういろいろな新しい議論が出てまいりました。これについては繰り返しませんけれども、そして、議論をしてある程度結論がまとまったときには次のファクターが出てくる。その繰り返しであったような気がいたしております。

このパターンをまた続けていくのかということになるわけですが、そうしたとしても、多分、皆さんこれが最終的な結論だと満足するような答えには永遠にならないのではないかという気がしております。その意味で言いますと、あるところでくくりするということ、やり方とかメンバーも含めてですけれども、ここで少し時間を取って見直してみる必要もあるのではないかと感じているところでございます。

人口のほうは先ほども申し上げましたけれども、総人口がどんどん減ってくるというのは多分、多くの国民の方が予想している以上にこれから我が国で減ることになると思います。その中でも特に減ってくるのは生産年齢人口です。ある推計によりますと、医師は先ほど言いましたように100人に1人以上になってくるということですが、医療・介護関係の人が労働人口の3割以上になるのではないかと。そういう状態は一体どういう状態なのか。これは医療経済とか経済の専門ではありませんので間違っているかもしれませんが、これはいわゆる需要と供給を価格によって調整できるようなサービスではありませんので、その意味で言いますと、やはりきちんとしたコントロールをしないとどんどん増えてしまう可能性もないわけではない。そこをどういう数字といいたいでしょうか、データを基にしてきちんとコントロールしていくのかということを考えていく必要があるかなと思っています。

私は、ここにいらっしゃる野口構成員もそうだったので、中医協にもおりま

したので、もちろん医師会の先生方もいらっしゃると思いますが、やはり我が国の医療を持続可能にするための財政的基盤をどうするかというのは大変重要なことではないかと思っております。その意味で言いますと、質を落とさずにきちんとしたサービスを維持していくためにはいかにして効率化を図っていくのかというような観点も全国的な面で見なければいけない。ただ、それがふだん使わないからといってどんどん切ってしまうと何が起こるかというのは、今回のコロナで痛感したところかなと思っております、これは解けない方程式のような話になりますけれども、そういうことを考えていかなければいけない。

したがいまして、精度の高い推計ということはもちろんできればいいのですけれども、むしろそれよりも、先ほど野口構成員もおっしゃいましたけれども、医療情報をもっと活用する形で、状況の変化をリアルタイムで正確に捉えて、それに応じてローリングをしていくような制度とか仕組みを考えていく必要があるのではないかと思っております。私自身もヨーロッパなどを見てまいりますと、医療情報をもっと活用するという方向へ我が国は向かうべきではないか。これはコロナである意味で多くの国民の方も認識したところだと思っておりますけれども、そういうことを考えて、次の分科会といたしましうか、こちらのほうに私がいるという可能性は少ないと思っておりますけれども、ぜひ継続されるときにはそうした視点もどなたか頭の中に置いていただければと思います。

それでは、もう時間をオーバーいたしましたので、本日はこれくらいにしたいと思っておりますけれども、事務局のほうから、一応、一区切りですので、一言お願いいたします。

○山本医事課長 医事課長でございます。

本日は貴重な御意見をいただきまして、誠にありがとうございました。今後につきましては、本日いただきました意見も踏まえて少し整理をさせていただいて、どのような取組を今後行っていくのか検討させていただければと考えております。

事務局からは以上でございます。

○森田座長 ありがとうございます。

この第5次とりまとめにつきましては、先ほど途中で申し上げましたけれども、いろいろな貴重な意見を今日いただいたものですから、それをできるだけ反映するような形で事務局と整理をさせていただく。それにつきましては私に御一任をお願いしたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、本日はこれをもちまして「第8回医療従事者の需給に関する検討会」及び「第40回医師需給分科会」の合同会議を閉会とさせていただきたいと思っております。本日も熱心な御議論をありがとうございました。また、長期にわたってこの会議に御協力いただきまして大変ありがたく思っております。

それでは、これからもぜひ皆さんいろいろと頑張ってくださいたいと思っております。これで終わりにさせていただきます。どうもありがとうございました。