

○堀岡医師養成等企画調整室長 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18回医師需給分科会」を開催いたします。

構成員の先生方におかれましては、本日は、大変お忙しい中、御参集いただきまして、まことにありがとうございます。

初めに、構成員の本日の御出欠について御連絡させていただきます。

北村構成員、永井構成員、平川淳一構成員、平川博之構成員、山口構成員から、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、福井構成員から、所用により途中で御退席との御連絡をいただいております。

次に、資料の確認をいたします。

資料1から4、参考資料1から2の資料となっております。乱丁・落丁などがございましたら、事務局にお申しつけください。

また、今月13日に閣議決定され、国会に提出されました医療法及び医師法の一部を改正する法律案関係資料の冊子をお手元に配付しております。お持ち帰りください。

それでは、本日は、開会に先立ちまして、椎葉審議官より一言御挨拶を申し上げたいと思います。

○椎葉審議官 皆様、こんにちは。厚生労働省大臣官房審議官の椎葉でございます。

武田局長が国会に呼ばれておりますので、別に医師法関係で呼ばれたわけではございませんが、そういうことでございますので、私のほうからかわりまして御挨拶申し上げます。

初めに、昨年12月に取りまとめをいただきました第2次中間取りまとめ等を踏まえまして、先週、3月13日でございますが、医療法及び医師法の一部を改正する法律案を閣議決定させていただきました。今国会に提出される運びとなったわけでございますが、改めて御礼を申し上げたいと思います。本当にありがとうございます。

さて、今回は、平成32年度以降の医師養成数につきまして御議論をいただきたいと思っております。構成員の皆様方におかれましては、一昨年、平成27年12月10日の第1回分科会から本当に長い期間、御議論をいただいておりますが、引き続き、格別の御支援、御協力を賜りたいと考えているところでございます。

構成員の皆様方におかれましては、御専門の立場から忌憚のない御意見を賜りますようお願い申し上げます、挨拶とさせていただきます。何とぞよろしく願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

ここで、カメラは退室をお願いいたします。

以降の議事運営につきましては、片峰座長をお願いをさせていただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○片峰座長 皆さん、こんにちは。昨年の年末以来の開催ということになりますので、久しぶりの開催です。今、御説明いただきましたように、年末にまとめました中間報告に関しましては、法制化に向けて動きが出ていまして、閣議決定が終わって、今、国会に上程

という段階であるとお聞きしております。きょうからはそういったことも踏まえまして、医師需給あるいは医学部定員といった本来の議題に戻るということになろうかと思えます。恐らく、きょう御説明があろうかと思えますけれども、非常にタイトなスケジュールの中での議論になると思うのです。ぜひプロダクティブな結論を出していただければと思います。よろしく願いいたします。

それでは、本日の議題でございますが、1つは、今後の議論の進め方、2つ目として、今申しました平成32年度以降の医師養成数及び医師需給推計について、この2つということであります。

最初に、今後の議論の進め方について、事務局より御説明をお願いいたします。

○奥野医事課長補佐 それでは、事務局より御説明させていただきます。

いよいよ遍在対策についても議論をまとめていただきまして、需給に関して議論をしていただくという段階に入ってまいりました。座長からタイトなというお言葉がございましたが、資料1をごらんいただければと思います。平成30年3月以降、平成32年度以降の医師養成数の検討ということで、今回が第18回で、今後の議論の進め方、医師需給についての経緯・背景、医師需給推計の方法について、御議論いただきたいと考えております。その後、来月、再来月、数回程度開催させていただきまして、医師需給推計を実際に行ってみて、その結果について、それを踏まえた方向性も含め御議論いただき、5月には第3次中間取りまとめとして平成32年度以降の医師養成数について方向性を出していきたいと考えております。

続いて、資料2でございますが、医師の需給に関するこれまでの経緯ということで、もう皆様御存じのことかと思えますが、いま一度確認の意味も含めて御説明させていただきますと、まず、古くは昭和45年に、最小限必要な医師数を人口10万人対150人とするという目標が掲げられました。

昭和48年には、こうした議論を踏まえて、経済社会基本計画、閣議決定において、いわゆる一県一医大構想が掲げられまして、昭和56年に達成されることになりました。

その2年後、昭和58年に、目標であった人口10万人対150人の目標医師数が達成されたわけでございます。

その後、昭和61年においては、逆に医師需給に関する検討委員会最終意見において、医師の新規参入を最小限10%程度削減する必要があるとの見解が示され、平成5年には医学部入学定員が削減され、7,725人となっております。

平成6年においては、医師需給の見直し等に関する検討委員会意見において、医学部の入学定員の10%削減が達成できるよということで見解が示されております。

続きまして、その削減の方向がしばらく打ち出されていたわけではございますが、2ページ目をおめぐりいただき、平成18年になりますと、医師の需給に関する検討会報告書におきまして、地域において医師の地域定着策について種々の施策を講じているにもかかわらず、人口に比して医学部定員が少ないためにいまだ医師が不足している県の大学医学

部に対して、実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要があるとの見解が示されております。

その後、類似の対策及び閣議決定等も踏まえ、後ほど御説明いたしますが、医師養成数の増加という方向にかじを切って政策がとられております。

平成22年には、地域枠の制度が開始されまして、その地域枠を中心に医学部定員数を増加していくということをしておりました。

平成27年には、経済財政運営と改革の基本方針2015において、地域間偏在の是正等の観点を踏まえた医師・看護職員等の需給について検討するとの見解が示されたところでございます。

こうした方向性も踏まえまして、平成28年には、本分科会の中間取りまとめをいただきまして、基本的方針としては、平成29年度から31年度までの追加増員について、各都道府県からの追加増員の要望に対しては、本当に必要な増員であるかどうかについて慎重に精査していく。

平成20・21年度から29年度までの暫定増については、当面延長する。

平成32年度以降の医師養成数については、医師需給推計の結果や、これまでの医学部定員の暫定増の効果、今回の見直しによる医師遍在対策の効果等について、可能な限り早期に検証を行い、平成22年度から31年度までの暫定増の取り扱いも含め、結論を得るということとしていただきました。

これからの議論につきましては、こうした結論を得るとされたことも踏まえて、32年度以降の医師養成数について御議論いただくという位置づけとなっております。

続きまして、資料3「医師の需給に関する背景」ということで、幾つか、この議論をいただくに当たって前提となる情報について御紹介させていただきます。

2ページ目が医師の人口の推移ということで、これは医師の需要だけではなく、供給にも関係してくる事項かと思いますが、既に日本の人口は減少局面を迎えているところでございます。2065年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台の数字となるという推計がございまして。

3ページ目でございますが、これは平成28年の三師調査のデータをもとにして、少しリバイスもしておりますが、直近のデータですと、人口10万対医師数については年々ふえてきておまして、28年に31.9万人ということでございます。

これを都道府県ごとに見てまいりますと、4ページ目でございますが、これは28年の三師調査をベースとしたものですが、最小の埼玉、160.1人に対して、最大の徳島、315.9人ということで、これは都道府県間で差が見られるという傾向が見てとれます。

5ページ目、これもいつも御紹介させていただいておりますが、二次医療圏ごとの人口10万対医師数につきましても、かなり地域によってばらつきがあるというところでございます。

続きまして、6ページ目、診療科別医師数の推移ということで、これはよく診療科の偏

在を示すために使わせていただいておりますが、平成6年を起点として、その後の医師数の増加の程度を比較したものでございますが、麻酔科や精神科、放射線科が総数平均に比べて上回ってふえている一方で、外科や産科・産婦人科は横ばいの傾向にあるということでございます。

続きまして、7ページ目をごらんいただきますと、診療科偏在と我々は呼ばせていただいておりますが、こうした傾向が続いております、それは労働時間でも見てとれるということで、産婦人科あるいは外科、救急科などの労働時間が長くなっている一方で、精神科、放射線科、麻酔科の残業については、勤務時間60時間以上の割合は3割前後ということでございます。

こうした偏在の状況もございまして、8ページ目でございますが、医学部の入学定員を平成20年度以降、増員しております、過去最大規模まで増加をしてきているところでございます。その地域枠の数・割合も増加してきております、平成20年度以降の増加はこの地域枠を中心としてふやしてきたわけでございます。

9ページ目をおめくりいただきまして、こうした状況の中、28年に医師の需給推計をいただきました。もう既に御案内のことと思いますが、この推計結果については、緑の線、この当時は中位推計としておりますが、2024年ごろに均衡する。また、労働時間をさらに短縮する上位推計という形でも、2033年ごろに均衡するという結果を中間的にいただいております。

こうしたマクロの需給の動き、そして遍在対策について、包括的に御議論いただいたところですが、10ページ目につきましては、先ほど中間取りまとめの御説明をさせていただきましたが、黄色部分の20・21年度から29年度までの暫定増は、当面延長すると。この赤の部分、31年度までの追加増員については、慎重に精査をしていくという方向性をいただいております。

11ページ目でございます。こうした状況を踏まえて、中間取りまとめにおいては、るる論点を取りまとめいただきましたが、特にポイントとしてここに挙げておりますのが、まず一番上の○のところでございます。下線を引いておりますが、マクロ的には必要な医師数が供給されるが、ミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味しない。医師数の地域間偏在は必ずしも減少に向かっておらず、実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要があるということ論点をいただいております。

こうした議論を踏まえて御議論いただいた末、第2次中間取りまとめを昨年12月に取りまとめいただきまして、12ページ、13ページ目に少しこちらでまとめさせていただいておりますが、こうした偏在是正に向けた取り組みをまとめていただいたところでございます。内容につきましては、わざわざ説明することはいたしません、国会に提出をさせていただいたところございまして、我々も成立に向け、今後、努力をまいります。

こういった流れがある一方で、並行して、医師の働き方改革についても議論がなされております。14ページ目以降にまとめさせていただいておりますが、おめくりいただきまし

て、15ページ目でございます。1週間の労働時間が週60時間を超える雇用者の割合で見ますと、医師は全産業中トップという数字となっております、41.8%という割合となっております。

こうした労働時間について、さらに細かく見てまいりますと、16ページ目でございます、赤い線が医師なのですけれども、かなりばらつきが見られる。1週間の労働時間が35～42時間というところに1つピークがある一方で、49～59時間というところにもピークがある。また、75時間以上という者もかなり多く見られるということが、かなり特徴的であると認識しております。

17ページ目は、全ての医師のうち、病院の常勤勤務医の週当たりの労働時間の分布を見たものでございます。男性と女性で分けておりますが、基本的にはかなり長時間も含めて裾が広がっているような形をしておりまして、なかなか長時間労働者の割合が多い。特に週60時間以上で切った場合には、男性の41%、女性の28%、さらに80時間で切った場合でも男性の11%、女性の7%が該当してくるという状況でございます。

これをさらに分析したものが18ページ目でございます、男性医師と女性医師に分けて、その上で年代別にさらに分解をしております。男性医師につきましては、やはり若ければ若いほど労働時間が長くなるという実態があるかと思ひまして、一番長いのが30代、青い線になってくるかと思ひますが、臨床医として一番忙しい時期かと思ひます。女性医師につきましては少し状況が違っておりまして、最も労働時間が長いのは20代ということで、恐らく結婚・出産等の影響により、30代は20代と比べるとピークが少し左に寄ってきているという状況でございます。

働き方につきましては、政府全体の方向性として働き方改革を行っていくという方向でございまして、19ページ目をおめぐりいただきますと、その実行計画の策定等について審議の場が立てられました。

その結果、昨年3月に働き方改革実行計画というものがまとめられまして、これが20ページ目でございます。るる論点が挙げられておりますが、特に重要となってくるのが左下の「4. 罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正」ということで、これまで36協定を結べば、特に上限なしとなっていた部分について、罰則のついた時間外労働の条件が課せられるという議論になっております。

21ページ目をおめぐりいただきますと、それを図示させていただいておりますが、まだ法律案ということで、成立はしておりませんが、左側、これまで年間6カ月までが上限なしということで特別条項を結んだ上で労働ができたというところについて、法律により上限を課すというところで議論がなされております。ただ、幾つかの業種については例外規定が設けられておりまして、医師についても、上から3つ目の欄でございます。改正法施行5年後に、時間外労働の上限規制を適用するが、その具体的な上限時間等は省令で定めることとし、医療界の参加による検討の場において、規制の具体的あり方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得ることとされております。

22ページもその部分の抜粋をさせていただいておりますが、医師についての応招義務等の特殊性を踏まえた上でこういう結論が出されたものと認識しております。

こうした議論を踏まえて、23ページ目、医師の働き方改革に関する検討会というものを医政局において立ち上げさせていただきまして、ここにおいて、医師の上限規制も含めて、医師の働き方改革について御議論いただいております。年限については2年とされておりますので、2年内の来年の3月までに結論を得ていくということで議論を進めております。

この検討会におきましては、ことし2月に中間論点整理・緊急対策ということで御議論いただきまして、既に公表をしているところでございます。

24ページ目には、その主な論点案ということでお示ししておりますが、幾つかございます。医師のそもそもの勤務実態を把握するということから、宿直業務の扱いや自己研さん、研究活動をどう扱うかといった点。また、勤務環境改善策としては、診療業務の効率化としてタスクシフティングやタスクシェアリング、あるいはAIやICT、IoTなどの技術をどう活用していくか。また、関連して整理が必要な事項としては、医師の応招義務のあり方ですとか、病院の機能、医師の偏在、僻地医療等の関係、医師の労働時間の適正化に対する国民の理解ということで挙げさせていただいております。

また、やはり中心になってくるのが「4. 時間外労働規制の在り方」ということで、どういった上限を設けていくのかということの中で御議論をいただいているところでございます。

25ページ目をおめくりいただきまして、これが中間論点整理の抜粋でございます。幾つか議論があって、その中で出た意見をまとめたものになりますが、ここは少し大事ですので、幾つか読み上げさせていただきますが、まず、医師についても、脳・心臓疾患の労災認定基準である1カ月100時間、2～6カ月の各月平均で80時間という時間外労働時間の水準を超えるような上限時間とすることは慎重であるべきではないか。

また、宿日直等に係る実態を踏まえ、必要な医療ニーズに対応できる医療提供体制を維持できるような上限時間とすべきではないか。

実態を踏まえつつも、現状の働き方をそのままに法律や制度を合わせるのではなく、現状を変えていくことや長時間労働をできるだけ短くする方向に向かうことを前提に議論すべきではないか。

米国の研修医に対する制度など諸外国における医師の労働時間規制の内容も参考にしつつ検討することが必要ではないか。

医師の長時間労働の現状、医療機関の役割や診療科等ごとの多様性を踏まえて、時間外労働の上限時間を設定する必要があるのではないか。

現状から大きくかけ離れた画一的な上限時間を設定することにより、地域の医療提供体制の崩壊を招くようなことがあってはならないのではないかなどについて御議論をいただいております。そういったものを書かせていただいております。

ここで出た幾つかの論点について、26ページ目以降で補足をさせていただいております。

例えば、労災認定基準については、平成13年に通達でお示ししておりますが、発症1カ月前に時間外・休日労働がおおむね100時間超、発症前2～6カ月間の月平均時間外・休日労働がおおむね80時間超について、長時間の過重業務ということで整理をしております。

また、米国等の例ということで、27ページ目で挙げさせていただきますが、こちらはACGMEでDuty hour standardが定められております。これは実は医療安全の観点から設けられたものではございますが、週当たり最長労働時間は平均週80時間、これは88時間まで延長が可能となっています。最長シフト時間は24時間以内が原則、引き継ぎ等により4時間まで延長可能。宿直勤務頻度は3日に1回。インターバルについては8時間。院内夜間勤務の頻度は連続6晩まで。強制的な非番の日は週当たり1日ということで定められておまして、上限だけではなくて、いろいろなものを組み合わせているというところに特徴があるかと考えております。

その他の論点として、タスクシフトなどの論点についても挙げられておりましたが、28ページ目以降にその点についてはデータを示させていただいております。

28ページ目は、28年度の医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する研究調査から持ってきたものですが、他職種に分担ができる時間ということで聞いておまして、29ページ目に結果を取りまとめさせていただいておりますが、1日で5つの業務に費やした平均240分のうち、約47分が他職種に分担可能ということがアンケート調査によっても示されております。

また、30ページ目以降は働き方検討会において示されたものでして、病院において看護師がどのような業務を行っているか、また右側が、特定看護師の勤務している病院に限定をして、看護師がどういった業務を行っているかということ調べております。例えば、点滴の実施や静脈ラインの確保など、割と看護師が行っているところが多いようなものであっても8割程度でしかやられていない実態もあるので、さらにタスクシフティングなどを進めていく必要があるということは中間整理の緊急対策でも取りまとめているところでございます。

36ページ目、37ページ目につきましては、看護師の特定行為研修の概要ということで付させていただきます。

以上、簡単ではございますが、背景等についての御説明とさせていただきます。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの事務局の御説明に対して御議論いただきたいと思っております。特に最初、議論のスケジュールのところあたりから議論いただいたらいいのではないかと思いますけれども、どなたかございますか。

座長からなのですけれども、このスケジュールだと、5月には次の中間報告で32年度以降の医学部定員に関してある程度の結論を出すというふうに読めますね。今、御説明がございましたように、働き方改革の帰趨がどうなるのか。あるいは、この前、我々が議論しました遍在対策、ミクロの部分でどういう影響があるのかと、非常にさまざまな複雑な要

因の中で32年度以降の医学部定員というのは決まっていくのだと思うのですけれども、5月。長々議論するからいいというものでもないのでしょうけれども、この5月をめぐるといのは、私が予想するに恐らく文部科学省のほうの御都合があるのではないかと思うのですけれども、そこら辺も含めて、このスケジュールの考え方を少し御説明いただけますか。

○石丸医事課長補佐 厚労省から説明させていただきます。

こちらは5月までということでお示しさせていただいておりますけれども、その理由ということですが、これは医学部、今回、臨時定員を32年度以降どうするかということがまさに論点となってくる。可能性としてということでありましてけれども、この臨時定員は今回で一応終了するということに今の時点ではなっているところでありまして、仮にこれが終了するとした場合、医学部定員という意味では大きく減少することになるかと思いません。そういった場合、特に医学部の受験生への影響はかなり大きなものになる可能性も結論によってはあり得るということがございますので、受験生への配慮という観点からも、このぐらいの時期までには取りまとめをいただいておりますので、こういうスケジュールを出させていただきます。

○片峰座長 どうぞ。

○新井構成員 全国医学部長病院部長会議の新井でございます。

実は前回、28年度は6月に中間取りまとめが生まれて、これが国の方針として明確に打ち出されたのが12月でしたでしょうか、半年ぐらいタイムラグがありました。これでは30年度の受験生に対してのアナウンスにはちょっと遅いということで、11月にもうちょっと早く、いつ出るのだということをお我々のほうから要望を出した経緯があります。ですから、今回は5月ということであれば、5月に一応まとめを出していただいて、それを速やかに国の方針として明確に周知する、大学と受験生に周知するというプロセスをぜひ踏んでいただきたいと思っています。もちろん議論を十分に尽くすということは必須でございますけれども、社会への影響を考えると、やはりなるべく早くしていただきたいというのが要望であります。

○片峰座長 神野先生。

○神野構成員 先ほど座長からお話があったように、今回の医師法・医療法改正による遍在対策の、まだ結果も何も出ない。それから、働き方は来年の3月までということですので、恐らく推計と言われても、資料3の11ページの上から5行目からも、これは遍在対策だと思いますけれども、実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的な調整を検討する必要があると書いてあります。まさにそのとおりでありまして、となると、ちょっと先走って恐縮ですけれども、今、事務局から御説明があった話からすれば、放っておいたら暫定医学部定員増は全部とれてしまうということですね。なので、暫定をどうするかは、いろいろな前提条件がまだ何もわからない段階で、暫定を1年なら1年、2年なら2年、伸ばすかどうかという議論という方向性でいいのかなと思います。逆にそれをや

るしかないのかなと思います。

○片峰座長 そういう理解なのだろうなと思います。だから、基本的な議論はどこでやるかということになりますね。どうですか。

32年度の入試に向けて、5月というのは一つのデッドラインであると。要するに、32年度の受験生のためにはそこで一つの結論を出しておいてあげないといけないという話と、将来的に32年度以降ですから、もっと将来の話もあるわけですね。その議論との兼ね合いをどうするのかというあたりなのだろうと思うのです。

○石丸医事課長補佐 御指摘いただきましたように、今の時点では特に医師遍在対策、法案の関係もまだ法案がどうなるかということももちろん結論が出ている状況ではありませんし、医師の働き方改革に関する検討会、これも最終的な結論が出るめどは来年3月となっております。今回、中間的な論点整理も方向性が示されているものではなくて、あくまでもその論点整理ということでもありますので、今の時点で御指摘のように平成32年以降、ずっと将来にわたるまで全ての方針をここで議論し尽くすということもなかなか難しいところもあるかと思しますので、平成32年以降、例えばその後2年間とかというようなところ、暫定的にそこまでの方針を決めるということでも議論としては構わないのかなと認識しております。

○片峰座長 そういったことでよろしいですか。何か御意見ございますか。

今村先生。

○今村構成員 32年度以降、暫定的に2年間ということは、現在では決まっていないとすると、この委員会で2年にするのか、あるいは1年後にまた議論するのかということを決めるということではよろしいのでしょうか。

○石丸医事課長補佐 はい。そのような認識でございます。

○今村構成員 当然のことながら、医師の働き方は、先ほどから議論になっていますけれども、あるいは今の遍在対策がどの程度効果があるかというのは折々に見ていかなければいけないと思いますし、以前もこの会で申し上げたように、今までは一定の需給を見て、養成数をどうするかと決めたら、それは何年もそのまま放置してあったというような状況に見えます。このような中で、やはり1年ごとにきちんと検証しながら、どういう養成をするかということを決めていくべきではないかと思っています。

○片峰座長 どうぞ。

○福井構成員 私も同じ意見です。特に働き方改革に関しては、医師の時間外勤務の上限が決まらなさと、推計値の前提となっている数値をどうするのかが決まらないのではないかと思います。

もう一つ、専門性のことで何回も申し上げて申しわけないのですが、専門性の偏在についても、もう少し数値を具体的に改善する方向でやっていただかないと、権丈先生が前からおっしゃっていますけれども、ざるに入れるようなもので、本当に必要なところに医師が行かないのではないかと思っています。もう少し働き方改革の結論を見ないと、

実際のところは難しいのではないかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 私も皆さんの意見と同じなのですが、まずは、やはり定期的な見直しというものは非常に必要で、定期的な見直しをしていくに当たる指標というものが、前々から何度もきちんと指標をつくって、その指標を出してほしいという意見はこの会からたくさん出ていると思うのです。

例えば、今までの経緯を今回まとめていただいたのですが、人口10万対150人という最小限必要な医師数というのが昭和45年に決められて、資料3の3ページで見ると、現在はこれが251ということで、これは最小限必要な医師数というのが人口10万対どれくらい必要かというものが見直されてきた結果の推移なのか、それとも、この指標に関してはこの委員会の中でも再度、この指標を使うことは地域医療、人口10万対だけで見ても、その地域に必要な医療と専門科の診療科の偏りなどもあらわれてこないで、そういったものを見た指標が必要なのではないかとということも出ていました。

あとは、今言っているように、今後、医師の働き方改革とか、AIがいろいろと参入してきたりとか、そういった形での本当の医師の必要な数とか必要な指標も時代とともに変わっていくということから、まず、どういう指標で今後、定期的に見ていくのかということも決めていく必要があるのではないかと非常に思います。

○片峰座長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

どうぞ。

○小川構成員 先ほど神野さんがお話しになったように、まだ地域偏在の対策がどういう効果をもたらすかということは全くわかっていないという中で、働き方改革が出てまいりまして、例えば、地方の基幹病院では全ての診療科がそろっているわけでもなく、一診療科が1人あるいは2人という状況の中で、今、働き方改革で議論されているような方向で物事が進んだらば、地方医療は全て崩壊です。とてもではないけれども、救急もやって、そして外来もやるということは、今、働き方改革云々かんぬんで議論されている方向だったらば、ほとんどどちらか、結局、最終的には国民が一番、割を食うわけです。

そういう意味で、ちょっとお願いをしたいのは、医師需給の検討会と働き方改革の検討会と、ちゃんとお話し合いをできるような場を設定する必要があるのではないかと私は思いますけれども、よろしくお願いたします。

○片峰座長 今のは御提案だと思うのですが、その場合は論点を明確にしてやらなければいけないでしょうね。

○小川構成員 そうですね。

○片峰座長 松田先生、働き方改革の帰趨というのは、先生が前にやられたマクロのレベルでの医師需給の予測にどの程度のインパクトを。その前にもう医療が潰れるというお話だったと思うのですが、どのように判断されますか。

○松田構成員 前回の推計は、基本的にはそれぞれの地域でどのくらい医療行為が行われているか。それをもとにして将来どのくらいの急性期とかの需要が出るかということに基づいて推計していますので、現状追認でやっています。その後ろ側にどのくらいの医者がいるかということは全然考えていないので、そのときの推計で使ったのは、今行われている医療行為に対して、全国で大体どのくらいの医師が必要なのか。医師を医療行為の量に応じて配分していますので、そういう意味では、現在行われている医療行為の量に基づいたときに、どのくらいの医師数がそれぞれの地域で要するのかという推計をしたということです。

それは、今、小川構成員が言われたようなことで言うと、医師の偏在をある程度解消した後での必要量という形で推計している、それを積み上げたものがマクロの推計になるというイメージです。

○今村構成員 小川先生から御指摘があった医師の働き方改革に関する検討会と意見交換するというのは、それはそれで必要なことだとは思いますが。ただ、この委員会の中にも医師の働き方改革に関する検討会に参加されている先生は結構いらっしゃるということで、改めて今、小川先生に御指摘いただいたような地域医療の崩壊ということは、その検討会でも、先ほどの事務局の説明にあった25ページに、当然のことながら地域医療に大きな影響が出るので慎重に行うべきだという意見もあって、みんなの合意だという理解をしています。

24ページにあるように、そもそも勤務実態が把握できていないとか、何が労働時間なのか、自己研さん、医師の特殊性ということで、やはり研究だとか研修、いわゆる自分の医療技術を上げるための努力というものまで労働と含めるのかどうかなど、当然のことながら今まで議論されて然るべきだったことが余り議論されないまま来ているので、そこを確認しましょうということについては、地域医療の問題と別にある話だと思うのです。だから、そこが、何でもこの医師の働き方改革に関する検討会がとても無謀なことをやっていて、これを進めると地域医療が即崩壊につながるのだというようなことではなく、前向きに、医師が健康に働けるということは大事であって、そのことが国民に安全・安心な医療を提供するということが間違いのない事実だと。ただ、そこに安易な上限設定をしないということが非常に重要だし、何が労働時間だということを明確にしておくことも大事だということだと思いますので、そういう意味で、意見交換の場があるということについては、全く反対はいたしません。

○片峰座長 先生、どうぞ。

○裏構成員 先生方のお話はおっしゃるとおりだと思います。働き方改革と遍在対策、それ以外に、例えばIT、テクノロジーの進歩、そして外国人観光客等のインバウンド等々で、かなり前提条件の変数が多過ぎる中での推計の制度をどう考えるかとなりますと、粗い推計、粗い制度のまま走ると非常に危険であるというのは、皆さんおっしゃるとおりです。となりますと、その制度の検証、そして検証から外れた場合、それを修正する、そこまで

今後の進め方に入れるべきなのかどうか。やはり検証アンド修正というところをどこまで踏み込めるのかということは、やはり事前に決めておく必要があるかと思っております。

以上です。

○片峰座長 ほかにいかがですか。

どうぞ。

○権丈構成員 資料4のほうに入るのですけれども、2年前にこの会議でやっていたマンパワーの試算というのは結構画期的な手法で、労働時間のバリエーションをいろいろ考えていながら、幾つかのパターンを試算していくというものでしたので、手法そのものは、そこに入れる数値をぽっと変えていくというところで対応できるものだとは思っております。

資料4の25ページを見ていきますと「「医師の働き方改革に関する検討会」の「中間的な論点整理」における意見等における具体的な労働時間上限制限の時間数等が、仮に規制として適用された仮定を行う」という形で、ケース1、ケース2、ケース3というのが出ているわけですが、こういう対応をしていけば大丈夫なのではないかと。

例えば女性のところだったならば、0.8ということをして2年前に設定していて、それは本当にそうなのかという話があって、いろいろと調査していったわけですが、結局、0.77とほとんど変わらないというものもありますので、今の手法で先に進んでおくということは、幾らでも対応可能なのではないかと私は思っております。

○片峰座長 ありがとうございます。

推計はまた次のところで詳しく御議論いただければいいと思うのですが、ほかにスケジュール等でいかがですか。

どうぞ。

○羽鳥構成員 日本医師会の羽鳥です。

今話を聞いていると、医師の定数をもっと増やすべきという論調になってしまいそうな感じがして、そうすると現状の歯科医師過剰と似た状況になることが危惧されます。

1つは、臨時増員による地域枠の方が実臨床の場で、実際に働かれるわけですが、地域枠の中には奨学金貸与の方、入学時の合格点に差をつけてとかということもあったかと思っておりますけれども、地域枠の方がきちんと地域に定着するためには、奨学金による縛りではお金を返せばいいという事にもなり、強制力のある方法が必要だろうと思っております。地域に残っていただくことを前面に出していけば、無限にふやすという方向にはつながらないのだと思います。

それから、もちろん総合医とか、地域にとって臓器別の専門医ではなくて、あらゆることに初診が出来る先生たちを育てていくというのもとても大事なことだと思います。その辺の観点もどこかに付記していただきたいと思っております。

以上です。

○片峰座長 ほかにございますか。

森田先生。

○森田構成員 今回の医師の需給、そして地域偏在、専門性の偏在の問題と、もう一つは働き方改革の御議論が出ておりますけれども、私が思いますのは、私の立場で申し上げていいのかどうか知りませんが、中医協にかかわってきた立場からいいますと、あとはやはり財政の問題も考慮せざるを得ないだろうと。現状のように医師が足りないところで過重労働を言われている。勤務時間を制限すると、今のままでいくと地域の医療の質が低下してくる。それを上げるためにはどうするかといいますと、医師の数をふやすということになりますと、その分の診療報酬をどうするかということも考慮する必要があるのではないか。

それを現状でいいますと、人口が減ってくる。特に生産年齢人口が減ってくる時にどう考えるかというときに、このままふやしていく場合には、当然のことながら医師の平均的な報酬も下がってくる可能性がある。そういうことを全部考慮した上で、どこが均衡点かということを考えていく必要があるのではないかと考えておきまして、財政面の要素というものも、この医政局の会議では余りしないほうがいいのかもかもしれませんけれども、当然かかわってくるということは申し上げておきたいと思っております。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、次の議題に移らせていただいて、最後にまた時間があると思っております。

ちょっと申し上げておきたいのは、やはり座長としては、もう2年以上この議論をやっています、最初の半年で第1次中間まとめをやって、そのときは遍在対策をやらないのだめですね、医師需給問題はなかなか語れませんねという話で、今度、延々と医師偏在問題をやって、あっという間に2年以上過ぎてしまったわけですね。32年度以降の医師需給問題、医学部定員問題に5月段階の中間まとめで結論を出すとするれば、やはりかなり議論を通した踏み込んだ内容がそこに盛り込まれないと、なかなか社会的な説明責任がとれないのではないかと気がしてございまして、ぜひそういったことで、皆さん、よろしくお願ひしたいと思っております。

それでは、次の議題に移らせていただきます。先ほど少し議論も出しましたが、平成32年度以降の医師養成数及び医師需給推計について、御説明をお願いいたします。

○石丸医事課長補佐 では、事務局より、資料4の説明をさせていただきたいと思っております。

「平成32年度以降の医師養成数の検討及び医師需給推計の方法」ということで御説明をいたします。

2ページをごらんいただければと思っております。今回検討を行う必要がある事項についてということで、こちらにまとめさせていただいております。

まず、平成31年度までが期限である医学部臨時定員の平成32年度以降の取り扱いでございますけれども、医師の需給推計等に基づき議論を行う必要があるということでございます。

2つ目、「なお」ということでございますけれども、先ほど御議論がございましたが、

平成32年度以降の医学部臨時定員の取り扱いについては、医学部受験生への配慮等の観点から、平成30年5月ごろまでには、一定の結論を得る必要がある点に留意が必要ではないかということで整理をさせていただいております。

3ページ以降でございますけれども、まず、今回の需給推計の基本的な考え方についてというところを整理させていただいた上で、2番目、医師の供給推計について、それから3番目、医師の需要推計についてということで、供給・需要に分けて御説明をさせていただきたいと思っております。

4ページ目以降、今回の需給推計の基本的な考え方についてということでございます。

5ページ、基本的な考え方の案でございますが、需給推計の方法、それから進め方について、これは「第1次」というのはもともとついておりませんでしたけれども、中間取りまとめの際に需給推計を行っていたものがございまして、その際と同様の進め方、方法としてはどうかということでございます。

2つ目、また、先ほどもありましたけれども、医師の働き方改革の議論等を踏まえて、新たに一定の前提を置いて、最新のデータを用いて需給推計を行ってはどうかということでございます。

6ページ以降、医師の供給推計について御説明させていただきたいと思っております。

7ページ目でございますけれども、まず、供給推計の方法です。こちらは先ほどありましたように、中間取りまとめの際と同様の考え方を踏襲しつつ、最新のデータを用いて需給推計を行ってはどうかということでございます。

それから、今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として仮定してはどうかということ。

3つ目は、前回とは少し違うことになるという案でございますけれども、女性医師・高齢医師・研修医の労働時間、経験や技術の違いを考慮した仕事量というところ。こちらは前回の推計の際には、例えば女性医師は0.8、高齢医師は0.8というような係数を掛けて供給の推計を行っていたということでございましたけれども、現在、そういった定員に関して利用可能なデータがふえているということがございまして、そちらを踏まえた対応を行ってはどうかということでございます。

8ページ目をおめくりいただければと思います。こちらは前回の推計の際の資料、そのまま同じものを使っておりますけれども、推計のフローについての確認になります。

医学部の定員数というもの、こちらは実績値、それから将来もある程度今の定員がずっと継続するという仮定を置くことができますので、定員数というところは一つ固定をすることができるかと思っております。それ以降、例えば医学部の定員に対して、6年後、医師国家試験を何%受験するかということ。それから、医師国家試験を受験した者に対して、実際に何%が合格するかということ。さらには、その後、合格した者のうち医籍に何%が登録をするか。さらに、その後、医師届け出を何%がするかということ。最後に、届け出をしたうちで就業をしている者の割合というところ。これをそれぞれ掛け合わせまして、各年の推計医師数とするというのが前回の推計の基本的な考え方でございますので、今回もこ

ちらを踏襲して推計したらどうかということでございます。

9ページ目以降でございますけれども、10ページをおめくりいただきまして、こちらは平成27年、第1回医師需給分科会の際の資料5をそのまま掲載させていただいております。先ほどの受験率ですとか合格率、登録率といったところ、前回用いたパラメーターの設定がこういったところであったということをお示しさせていただいております。

12ページをおめくりいただきまして、男女比率の設定というところ。これも男女別にそれぞれパラメーターの設定をさせていただきまして、将来推計分、過去の男女別のデータから明らかな増加・減少のトレンドがないということ判断して、直近10年間のデータの中央値が維持されるものとして推計を行ったという経緯がございます。

13ページは、医籍登録後年数別の就業率ということで、前回の推計の際にお示しさせていただいているものになります。

14ページをおめくりいただきまして、女性医師等の仕事量というところを説明させていただければと思います。

15ページをごらんください。仕事量の推計についての案ということでございますけれども、先ほど申し上げましたように、女性医師、高齢医師等の仕事量については、前回の推計の際は、女性医師、高齢医師を一くくりとして0.8を掛けるという推計を行ってございましたけれども、今回は、例えば労働時間等のデータで使えるものもございまして、性年齢階級別により精緻にこの仕事量を出した上で、精緻な推計を行ってはどうかということでございます。

16ページをおめくりいただきまして、続けて、需要推計について御説明をさせていただければと思います。

17ページをごらんください。需要推計も先ほどの供給推計と同様でございますけれども、前回の推計と同じ考え方を踏襲しつつ、最新のデータを用いて推計をしてはどうかということでございます。

2つ目も同様でございますけれども、この仕事量というところ、これも先ほどありましたように性年齢階級別で精緻に推計をしてはどうかというところでございます。

3つ目は、前回のときに余りなかった論点ということになってきますが、医師の働き方改革に関する検討会の中間的な論点整理を踏まえて、労働時間上限制限の設定について、一定の仮定を置いて推計を行ってはどうかというところ。これが需給推計方法の案ということになります。

18ページをおめくりいただきまして、医師需要推計について詳細に御説明をさせていただければと思います。

19ページをごらんください。まず、基本的なところとして、医師の需要推計について、臨床に従事する医師と臨床以外に従事する医師を分けて推計を行うということでございます。

まず、臨床に従事する医師の推計方法について、基本方針でございますけれども、入院

医療、外来医療、介護福祉を分けて推計を行うというところが基本的な方針ということになります。

それから、推計方法でございますけれども、まず、医療需要当たりの医師数をもとに、医師の需要推計を行うということ。

マル2でございますけれども、現在の医療体制で必要な医療サービスについておおむね提供できているという前提に立ち、現在の医療需要当たりの医師数等を推計するということとなります。「但し」というところでございますけれども、労働時間については、働き方改革等の議論もありますので、現在と将来で異なる値を用いることも検討してはどうかということでございます。

マル3でございますけれども、入院医療の一般病床及び療養病床については、地域医療構造と同様の手法で医療需要の将来推計を行い、推計結果にマル1を適用して必要医師数を推計することとしてはどうかということでございます。

マル4ですけれども、地域医療構想で将来推計を行っていない医療需要については、現状分析等に基づく一定の仮定に基づいて推計を行うこととしてはどうかとなります。

マル5は、先ほど申し上げましたように、供給推計と同様に、性年齢階級別で精緻な仕事量を用いて推計してはどうかということになります。

20ページをおめくりいただきまして、臨床に従事する医師の中で入院医療というところの推計方法を簡単に絵でまとめたものになります。基本的な推計方法として、将来の医療需要当たりの医師数を掛けることで将来の医師の需要推計を行うというのが基本的な推計方法ということになります。

具体的には、その下のところになりますけれども、入院医療に関しては、地域医療構想等の必要病床数と、この病床の必要量というところがございますので、これに病床当たりの医師数を掛け合わせて、将来の医師の需要推計を行うということが基本的な考え方になるかと思えます。

詳細のところを※で書いてあります。こちらは前回の推計の際と基本的に同じようなことを書いておりますので、こちらは説明を飛ばさせていただきます。

23ページをごらんいただければと思います。こちらは外来の需要についての推計になります。これも考え方としては入院医療と同様で、将来の医療需要に対して、医療需要当たりの医師数を掛けるということになりますけれども、この外来患者に関しては、将来の外来患者数というところで、これは現在のレセプトデータを用いた受療率を年齢階級別に求めた上で、将来の人口推計の中で年齢階級別にその受療率を掛け合わせていくというような考え方で患者数を求めているものでございます。

それに対して、患者1人当たりの医師数を求めたものを掛け合わせて、将来の医師の需要推計を行うということが基本的な考え方になるかと思えます。

24ページをごらんいただければと思います。介護老人保健施設についての需要推計ですけれども、こちら先ほどの外来と同様の考え方になりますが、将来の施設の入所者数と

いうところ、これを現状の入所率を求めた上で、将来の人口推計とあわせてこちらを推計しまして、入所者数当たりの医師数と、これも掛け合わせた上で将来の医師の需要推計を行ってはどうかということでございます。

25ページをごらんいただければと思います。こちらは先ほども少し御議論していただいたところでございますけれども、需要推計について一定の幅を持って推計してはどうかということでございます。ケース1、2、3と考え方ということで表に整理しておりますけれども、マル1の労働時間上限制限、働き方改革との関係でそれをどう見込むかということでございます。今の時点で中間的な論点整理の意見等の中で具体的な労働時間上限制限の時間数というもの、これが仮に規制として適用されたという仮定を行ってケース分けしたらどうかということになります。

ケース1は、もともと医師の働き方というよりは労働者全体に対する規制の案として出てきているものでありますけれども、年間の720時間という数字がございますので、それを週当たりの労働時間に大ざっぱに換算をしますと、週およそ55時間となりますので、これをそのまま適用してはどうかというのがケース1になります。

ケース2は、これも中間的な論点整理の中で、脳・心臓疾患の労災の認定基準というところで、2～6カ月で月平均80時間の時間外労働というのもありましたけれども、それを週に換算すると週60時間程度の労働時間ということになりますので、それを週60時間制限ということで仮定するのがケース2ということになります。

ケース3は、先ほど米国のレジデントに対する労働時間の規制がございましたけれども、そちらのACGMEの原則が週80時間となっておりますので、そういった仮定を置いて制限を行うというのをケース3としてはどうかということになります。

マル2、労働時間の適正化の見込み方というところがございますけれども、これは働き方改革の中でもさまざまな論点がございますが、AI、ICT、IoT等を活用した効率化、それから医師からほかの職種へのタスクシフティング等について、複数のシナリオについて仮定を行ってはどうかということになります。

ケース1、ケース2、ケース3ということで、このそれぞれの項目、ある程度使えるデータ、使えないデータ、いろいろあると思いますので、そういったものを用いて、一定の労働時間が削減されるものとしてケース分けをして推計を行ってはどうかということになります。

マル3とマル4でございますけれども、精神病床の入院需要の年次推移と、外来需要の年次推移というところですが、こちらは前回も同じようなやり方をしておりますので、次の26ページをごらんいただければと思います。この受療率のところ、例えば1996年から2014年まで、受療率の変化のトレンドというところがありますので、それがそのまま将来にわたって継続をした場合、それから、それが上振れした場合と下振れした場合で幅を持って推計してはどうかというようなところ。これをケース分けしてやってはどうかということになります。

ここまでが臨床に従事する医師というところでして、27ページが、臨床以外に従事する医師ということで説明させていただければと思います。

28ページをごらんください。こちらでも前回の需給推計の際に、臨床以外に従事する医師について推計を一旦行っておりますので、その推計の考え方を踏襲して推計を行ってはどうかということになります。

29ページをごらんください。この医療施設以外の従事者数というところで、医師・歯科医師・薬剤師調査に基づいて、現状をお示しさせていただいておりますけれども、この中で右下に下線を引いておりますけれども、臨床以外に従事する医師として推計する部分ということで、医育機関等の従事者、産業医、行政機関、保健衛生業務というようなところ。こういったところに従事している医師を、臨床以外に従事する医師として推計をしてはどうかということになります。

30ページをおめくりいただきまして、基本的な考え方ですけれども、マル1から医育機関等の従事者について、こちらは全国医学部長病院長会議で実施しているアンケート調査の結果等を参考に検討するという、これが前回のやり方でございます。

マル2、産業医について、従業員1,000人以上の事業所数等を参考に検討するという。

マル3、行政機関の従事者数については、矯正医官等については、現在の定員等を参考に検討するという。それから、その他地方自治体、厚生労働省等に勤める行政官の数も含めて推計をするということになります。

マル4、保健衛生業務の従事者についてですけれども、国際協力分野、製薬企業等の従事者は、関係者の意見等を参考に検討したというのが前回の方法になります。それから、支払基金、血液センター等の従事者についても、現在の人数を参考に検討したということになります。

31ページ、前回の推計のやり方をマル1からマル6でまとめておりますので、今回も同様の考え方に基づいて推計をしてはどうかということになります。

需給の推計方法についての御説明は、以上になります。

○片峰座長 どうもありがとうございました。

それでは、御意見をどうぞ。

○今村構成員 先ほど権丈先生からお話がありましたように、従来の推計に比べると28年の推計、さらに今回の推計は非常に細かくきちんと見ているなと思います。特に臨床以外に従事する医師というのは今まで余り計算していなかったものをきちんと入れているとか、さまざまに工夫がされていると思うのですけれども、1点だけ確認をさせていただきたいのですが、働き方の中で労働時間上限制限の見込みという数字を3パターンで挙げられております。この労働時間と言っているのは、現行の調査に基づく労働時間ということでの推計なのか、あるいは働き方改革の中で、例えば自己研さんの時間は労働時間とみなさないというようなことで、労働時間そのものの数字が変わってくることも考えられると思うのですけれども、その辺はどうお考えかということ。

それから、もともとの55時間という時間で切ると、現在の状況においてはとても先ほどお話があったような地域医療が成り立たないような状況になる数字をとりあえず置いているということについては、それは将来的な話ということではあるけれども、働き方のほうの議論を引っ張るような話になっても困るなどちょっと思っています、この辺はもう少し細かい場合分けが可能なのでしょうか。

例えば、裁量労働制で、結局、裁量労働の話自体は国では今、審議ができなくなっているようですけれども、少なくとも大学病院の講師以上、あるいは大学によっては助教から裁量労働のところもあるのだと思いますし、もう一つは、先ほどアメリカの例を挙げて研修医とおっしゃっていますけれども、海外の事例はヨーロッパの事例もあって、例えばドイツなどでは公的な病院は、労働上限の規制はあっても、オプトアウトする仕組みを設けているというようなこともあるわけで、そういういろいろなパターンがあり得るので、機械的に何時間と置いてしまうと推計に大きな誤差が出るのかなと思っているので、もう少し、どの程度細かく場合分けができるのかということ、大変な作業かもしれませんが、御検討いただければと思っています。

○片峰座長 よろしいですか。

はい。

○堀之内構成員 堀之内でございます。

私も、非常に精緻なデータで、これに基づいていろいろな情報が出てくればと期待しているのですけれども、2点ございます。

1点目が、この情報を最初にいただきましたとき、特に需要推計の20ページの部分を拝見したときに、確かに大枠では腑に落ちるのですけれども、これが実際、自分が病院でどのぐらいの患者さんを診療するということが推計されているのかということまで落とし込もうとしたときに、病床数が例えば40万床とか37万床で、お医者さんの数がどのぐらいということでは、なかなかぴんとこないところがございまして、質問は、指標の妥当性について、もう少し個々の医師のレベルとかまで落とし込んだ形で、これで算出される需要の推計が、例えば急性期であれば何ベッドに1人とか、慢性期であれば何ベッドに1人というところがある程度検証されている妥当性を持った指標であるのかどうかというところを事務局に確認させていただきたいという点が1点目でございます。

もう一点は、先ほど表構成員もおっしゃっていましたけれども、検証のところでございますが、28年に1回目の推計を出されておりますが、やはりこれは推計でございますので、可能であればどこかで、完全にソリッドな数字と合わせることはできないにしても、この推計に基づいて試算をしたものがどのぐらい本当の需要に合っていたかどうかというのを何かしらのもので検証できるのか。あるいは、例えば28年で30年の今ではまだ検証できないけれども、あと2年後ぐらいだったら検証できるのかとかというところが、評価の話になりますけれども、何かプランがあれば教えていただければなと思いました。

○片峰座長 難しい質問だと思いますけれども、どなたか答えていただけますか。

はい。

○堀岡医師養成等企画調整室長 まず、今回お示ししているもので、1つ目のお答えは、恐らく資料4の22ページをごらんいただくと1つの答えになるかと思うのですが、この推計は、将来の医療需要で病床当たり医師数をばくっと推計するものではなくて、かなり精緻にしております、ちょっとややこしい話になるのであれなのですが、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、それぞれの病院の医師数を当該病院の病床数で割り算して、どのような機能の病院だとどれぐらいの医師が今いるのか。つまり、慢性期と高度急性期の病院を一緒にたばくっと推計するのではなくて、4機能ごとにその各病床数ごとに必要な医師数がどのように変わっていくのか。それを人口推計と医療需要に当てはめて推計しているので、今、御指摘いただいた点は、それは物すごく細かく、救急だったらどうなるのだということまで切ったら違うのかもかもしれませんけれども、かなり緻密には推計できるのかなと思います。

2つ目の去年6月に出した需要推計等の検証というのは、やってもいいかもしれませんが、2年しかたっていないですし、PDCAサイクルを回すとしてはまだ短過ぎる Spann なのかなということ、事務局の感覚としては思います。そこは御議論いただければと思います。

○堀之内構成員 ただ、5月までに一定の議論を尽くすという意味では、この推計に基づいてお話をしているのかどうかというところの感触が少し欲しかったので、質問させていただきました。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 この2年でいろいろ外の状況が変わってきていることはわかるのですが、例えば、先ほどの資料3の9ページ、松田先生が大変御苦労されて医師需給推計をつくったわけですね。これは2年前です。これと今回の資料4で、それからまた同じことを作業して、これはどこがどのように違うのですか。

○権丈構成員 私が答えましょうか。2年前にこの試算をやったことに対して、私たちはおとし6月の報告書「中間とりまとめ」の中で、「今回の前提となった限られたデータは実態を十分に把握することができなかった」と書いているらしいのです。そして「限られた時間の中で一定の前提を行ったのだけれども、推計は未熟なものであって、国民のニーズに応えるためには、将来、男性、女性いずれの医師についても年齢構成等の変化を適切に見通す中で、医師の働き方、勤務状況等の実態について、より精度の高い推計を行い、将来あるべき医療提供体制とそこにおける医師の新しい働き方を示すビジョンを策定した上で、必要医師数を推計するプロセスが必要である」というふうに私たちは2年前に報告書に書いております。それから2年たって、ようやくこういう議論をしているということではないかと思います。

○小川構成員 大体どのぐらいこの推計値が変動するとお考えなのでしょう。

○権丈構成員 まずは結果を議論するのではなくて、プロセスで、これでよろしいでしょ

うかという議論をすることがきょうは極めて大切ではないかと私は思っております。

○片峰座長 はい。

○鶴田構成員 資料4の22ページ、この高度急性期、急性期、回復期、慢性期と分けて試算しているのは大事だと思います。高度急性期だけでも、私は平成20年ぐらいに関東信越厚生局内の特定機能病院の医師数を見たことがあります、100床当たりの医師数は30人から70人とものごく幅がありました。したがって、この高度急性期の中でも試算をどこに置いて数を出しているかによって2倍、3倍違ってくると思います。医者が多ければ多いほど、今度は需要を喚起するという点があるので、先ほど森田先生が言われたように、医師が何名いたら人件費率を幾らにして成り立つかとか、そういうあたりも含めての試算をしておく必要があるのではと思います。医者が増えれば増えるだけ医療の需要を喚起して、先ほどのそれぞれの収入が下がるという構造は見えている話なので、試算をお願いした。4分類のそれぞれについても、平成16年と平成28年ぐらいの100床当たりの医師数が現実的にどう変わって、病床規模に応じてどう動いているかというのを調べて欲しい。大きな病院ほど医師数がふえているという実態があると思います。少なくとも、静岡県内のデータを見るとそういうデータが出ているので、他県においても出ていると思います。

したがって、全国レベルでの病床規模別の医師数の変化であるとか、高度急性期においてもどのような医師数の変化が起こっているか調査して欲しい。推計をするときの基礎的なデータとしてそういうものを出していただけると、そのデータを見ながら、今後、考える上で参考になるのかなと思います。

私は、基本的には22ページの出し方はいいと思うのですが、この中でも何倍もの差を生じる可能性があるということだけ指摘したいと思います。

○片峰座長 ほかにございますか。

どうぞ。

○本田構成員 声が出なくて変な声で済みません。

今回お示しいただいたのは、とても精緻な推計になると思って、全体的にこれでいいのではないかと私は感じているのですけれども、25ページの労働時間上限制限の見込み方ということで、幅を出すことについて、先ほど今村構成員もおっしゃったように、労働時間というのをどのように見るのかというところで、この数字の意味が変わってくるのをどう考えるのか。それを両方出すのかとか、そういうところを示していただければなというのを、あと、出した後のことなので、評価になってしまうかもしれませんが、例えば、労働時間をとても抑えて、私も患者経験がありますので、寝ていない先生に診てもらうのは先生にも悪いし、こちらにも不安という気持ちもあるので、もちろん労働時間を短縮していくことには賛成なのですけれども、一方で、労働時間を短縮することによって、後の数字ですね。もっとお医者さんが必要だとか、現状の推計よりももっと全然足りていないではないかという短絡的な議論にならないような、その評価の仕方のデータみたいなものも、先ほどおっしゃったような、これでどれぐらいの費用がかかわってくるのかとか、一方で

逆に、これは地域医療構想に基づく病床の再編をもとにしているということですが、もっと集約化が必要なのではないかと、その評価の視点みたいなものを一緒に出していただかないと、短絡的に見えてしまわないかなということがちょっと不安に思いました。

○片峰座長 いかがですか。

神野先生。

○神野構成員 今、お話があって、どのように出るかを予測すべきではないと思うのですが、22ページで、結局これは現状追認なのですね。そのために今回労働時間を入れるという話で、これは話がぐるぐる回って恐縮なのですが、現状として病院団体に、例えば急性期病院を調査すれば、ほとんどの病院が医師は足りないと言っているというのも事実なのです。その現状追認の各病期における医師推定と、あとは労働時間を掛けて、でも、現状は足りないところから始まっているという前提をどう入れるかということだと思います。そのあたりがとても間違わない数字にしないために必要なことなのかなと思います。

○片峰座長 事務局のほうからはどうですか。今のような御意見、それから、森田先生からは医療費の問題にかかわるようなデータも必要なのではないかみたいなこともあったような気がしたのですが、どなたかございますか。

○武井医事課長 医事課長でございます。

大変貴重な御意見をたくさんいただきまして、ありがとうございます。

今すぐ用意できるデータも幾つかあると思います。それは次の会に出したいと思います。特にグラフで見える化して、個別のデータを見ていただいたほうが議論が具体的になるかと思しますので、そういったデータは用意させていただきたいと思っております。

財政状況をどれくらいまでできるかどうか、まずは検討させていただきたいと思っております。

あと、評価の視点という点もいただきまして、そういったことも今後いろいろなファクターを入れ込んで考えていくという点では非常に重要かと思いますが、今回見ていただきたいのは計算のプロセスでございまして、この計算のプロセスを幾つかのシナリオを置いて考えていくということになります。5月までにできる内容について、この2つの条件で考えたときに、現在出せるベストなソリューションは何なのかという点で今日はいろいろと御意見を賜ったものと考えているところでございます。

神野先生からいただいた、現状の足元値で計算しているというのはそのとおりのところがあり、これはやはり今回やっている議論がマクロの議論で、発射台といいますか、今の値をどう考えるかというところでどこかに基点を置かないと将来の推計がなかなか難しい実情がございまして、2年前、そういう作業をしたと考えております。そういった考えを踏まえながら、今回は、例えば労働時間をもう少し精緻に今回の推計に組み込んでいくとか、それから、10万人調査がありまして、その中で性年齢階級別の細かなデータも出てきております。この2年間で得られたデータや、成果を今回の推計に使っていきたいと思

っておりますので、ぜひ次回、具体的なデータをまた御議論いただきたいと思っています。事務局としてそういった準備を次回までにさせていただく予定でございます。よろしくお願いたします。

○片峰座長 ほかに。

どうぞ。

○福井構成員 19ページの医療需要のところ推計方法マル1、入院の病床数、外来の患者数をベースに算出するということですがけれども、ここで例えば1,000床当たり、または外来の患者さん1,000人当たり、どの専門診療科の病気なのかを要因として組み込んだ計算は難しいのでしょうか。例えば、産婦人科の患者さん、あるいは産婦人科の病床はトータルとしてはこれくらいの割合とか、外来でしたら特に耳鼻科の先生が診ている患者さんがどれくらいとか、そのような少し専門性の分布を織り込んだ医療需要についてのデータを組み合わせることはできないのでしょうか。

○片峰座長 はい。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ちょっとややこしい話になるのですがけれども、これはマクロ推計なので、診療科を考慮しないとかという意味ではなくて、例えばこれは性年齢階級別の医療需要も勘案した形で推移しているわけです。なので、例えば20代女性で入院受療率がこれくらいと。今の20代女性の医療需要がどのように変わっていて、それが何人なのかという変化は勘案されるので、全部の科を包含した形でどのように医療需要が変わるか、診療科別も全部含めてですね。つまり、全部の医療需要は何らかの診療科の全ての需要になるわけですから、それは性年齢階級別に診療科別の特性があるわけです。恐らく、例えば20代女性だと産婦人科の医療需要が高くて、60代女性だとほぼゼロですね。婦人科がありますけれども、少ないですね。その年齢構成の変化は勘案された上で医療需要というのは考慮されるので、マクロとしては勘案されます。でも、診療科別に一つ一つのものというのは、医師数全体のマクロで議論するときには必要がないので、それを勘案していないということです。私の説明はわかりづらいかもしれませんが、マクロの医師数を議論するためには、そういう推計である程度確度の高いことが言えるのではないかと考えております。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 マクロの観点からですがけれども、例えば、医療機関に勤務している三師調査の医師数と、各医療機関の常勤の医師数と常勤換算した医師数を比べると、きっと常勤換算した医師数は三師調査よりは多いのではないかと思います。その部分がきっと医師の過重労働と関係しているのかなと思うのですが、そういう数字も一つあれば、今、大体どのくらいの医師が現実的に働いているかというのもわかるのではないかなというのが1点。

第2点は、先ほどの話に関連しますけれども、大きな病院であればあるほど1人当たりの外来患者数は少なくなっていく。産科では、医療機能に応じて異なり、開業医の先生はお産を扱う数は一人の医師が大体230人とか250人で、高度周産期医療センターでは一

人の医師が60人ぐらいの分娩しか扱わないので、同じ医療をするに当たっても医師数は6倍ぐらいの違いがあります。そのあたりをどのように考えるかということも、医師数の推計には必要かなと思います。

○片峰座長 いかがですか。

はい。

○表構成員 15ページの仕事量の推計のところ、御質問というか教えていただきたいところなのですが、女性医師、高齢医師等の「等」のところなのですが、ドクターが32万ほどおられると、ある一定の割合で心身の不調、病気になるドクターは少なからずおられる。当然ながら、メンタルを病むドクターが今は数%おられるというデータもございます。さらに、ある一定の年齢になってくると、当然、がんを患いながら仕事をされるドクターもおられる。そうなりますと、心身不調のドクターが、一応働いているのだけれども、100%のパフォーマンスは出せないという場合、この仕事量はどう換算したらいいのかと。

医師はやはり、この需要推計は非常に大事なのですが、その前に一個の人間であって、血の通っている仕事をする人ですので、常に100%の能力を発揮するというふうに単純に割り切るとするのは少し、私の中ではゆっくり立ちどまって考えたいなというところがございます。

ですから、高齢医師等の「等」のところに病弱な医師を扱うのはどうか。パーセントが少ないから今回は割愛するというのであれば、それはそれで納得する部分はあるかと思えますけれども、そのような形で、もう少し等の中の議論もしていただけると、私はうれしいなと思います。

以上でございます。

○片峰座長 どうぞ。

○堀之内構成員 堀之内でございます。

皆さん、需要のほうに注目されていらっしゃるの、ちょっと供給のほうで10ページ、11ページで、医師国家試験受験並びに卒業、医籍登録ということが出てきているのですが、近年、専門医制度だけではないと思いますが、医師の育ち方というのが大分変わってきておまして、時々聞きますのが、以前に比べると大学でも一般の病院でも、本当に第一線に出せるまでの時間が長くなってきている。関連病院とかに派遣するまでの時間が長くなってきているというところがあるのではないかと思います。専門医制度なども比較的、形としてでき上がってきた現状ですので、今回の医師の卒業後医籍登録という段階までよりも、もう少し先のところも見据えたような供給の推計を考えられたほうがよいのではないかと思います。

どうしてかと申しますと、例えば、今は平成32年度からどうするかという話ですが、医師の全体的な育成のペースが1年なり2年なり、例えば本当に第一線で働けるところまで時間が延びるとすれば、それまでの間に手当てが必要になってくるというところが

一律で起こってくる可能性がありますので、その点についてはどうかと考えます。

○片峰座長 いかがですか。お答えはございますか。

どうぞ。

○武井医事課長 医事課長でございます。

御指摘、御質問、ありがとうございました。確かに専門医制度、制度としてだんだん準備も進んでいるということで、30年度からの開始に向けて、残すところあと数日という段階ですが、準備が進んでいます。そういった意味で準備の熟度が上がっているところかと思えますけれども、今回、どちらかというマンパワー的な人数で考えているというところがあります。そのマンパワーの質についてどう考えていくかという議論ですとか、その後のキャリアパスがどう変わっていくのかですとか、細かく言っていきますと、大学院に行かれたり、留学されたり、今は本当にキャリアパス自体が多様化していると思います。実際にその中でどれぐらいの人が臨床の場で働いているのかというところを、今回、マクロで見ていくのが非常に重要と思っております。そのため、先ほどいただきました女性ですとか高齢医師等の「等」というのは本当に重要と思っております。

そうした観点から、全体として見たときに、アベレージでどう動いているかというところが重要になってきていると思えますので、トレンドを追っていく中で、どれぐらいの人数が必要になってくるのか。そのための医学部の入学定員はどれぐらいが必要なのか、妥当なのかという議論につながっていくと考えております。

先ほどと同じになって恐縮ですが、やはりそういった具体的なデータを次回以降、出させていただいて、より詳細な議論ができますように、私どもとして準備を進めてまいりたいと思っております。

○片峰座長 小川先生。

○小川構成員 小川でございます。

ちょっと国家試験のことで一言申し上げたいのですが、過去には大体国家試験の合格率は90%前後だったのですが、それが今から十数年前にだんだん下がってきまして、79%まで下がった時期がございます。これは全国の大学では大ショックでございまして、その後、90%に戻ったのですが、難易度からすると大学ではもう79%のレベルで卒業させないと、現在の90%の国家試験合格率は維持できない。

医学部は非常に特殊でございます。先ほどのいろいろなキャリアパスができたとはいえ、臨床医になるか、研究者になるか以外に道はないのです。医学部を卒業したとして、国家試験に通らないと、研究者になる以外に方法はないわけで、その他の職種にはつけない非違特殊な学部であります。

先ほど、羽鳥先生からもちょっとお話がありましたけれども、例えば、資料3の2ページからいたしますと、現在、既に日本の人口は減りつつある。減りつつある中で、先ほどのデータにもありましたけれども、現在の入学定員は9,000人をもう超えてしまった。このままいけば、人口に比べて医師過剰になるのは当然であります。65歳以上の人口も減って

くることは予測されているわけで、厚生労働省の都合で国家試験の合格率を医師が過剰になったから難しくして医師にしないというようなことは学生に大変申しわけないわけであり、それから、1人の医師を養成するのに6年間で約1億円かかっていますから、国費の大変な損失になるということも認識をしていただければありがたいなど。

そういう意味で、国家試験で医師の数を調整するようなことはやめていただきたいということでございます。

○武井医事課長 今回の医師需給と国家試験の合格率ということなのですが、誤解がないように説明しておいたほうがいいかと思えます。決して需給のために国家試験の合格率を操作はしていない点については明確にしておきたいと思えます。

あと、国家試験の合格率が毎年変動しておりますけれども、近年は90%前後で推移しています。いろいろ国家試験自体も過去の経緯も踏まえまして、安定性といった観点も十分過去の中で議論されてきました。そのために、相対的評価、それから絶対的評価の2つを用いて評価するということが公表されております。あと、毎年、試験委員の先生方には本当に多面的ないろいろな問題を作成していただいております。その中で、問題のクオリティー自体も厳密にチェックしていただいておりますし、最後の段階でも問題の適切性ということも議論していただいておりますので、質の担保ですとか、問題の一定の基準の維持ということにも非常に試験委員の先生方には心を砕いていただいているところですので、そういった点も御留意いただければと思えます。

○片峰座長 よろしいですか。

○小川構成員 ちょっとだけ申し上げておきたいのは、現在の90%の合格率と、79%ショックのあった前の90%の合格率と、全然レベルが違うのだということはちゃんと認識をしておいていただきたいと思えます。ですから、79%のときの難易度が現在の90%になっている。各大学が物すごい努力をしているのだということは御認識いただきたい。

○片峰座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 まずは小川先生の質問に私がもしお答えするならば、医師需給を国家試験でやるのであれば、この会議は要らないので、そういう趣旨で御議論いただければと思えます。

ちょっと細かい話を、これは部下が推計するものでちょっと議論したいのですが、裴先生が先ほどおっしゃっていた「等」で病気の方の仕事をどう扱うかみたいな議論なのですが、今、我々は性年齢階級別の、わかりやすく言うと労働時間の推移をばつと医師の年齢階級別で数が変わっていくのに合わせてちゃんと全部精緻に見て、労働時間の数字そのままを仕事量に当てはめようとしているわけです。

先生がおっしゃるとおり、確かに、例えばがんに罹患した方とか、鬱の方とか、労働時間が非常に短くなっていると思うのですが、正直言うと、そのデータは多分とれないです。とれないというか、我々は持っておりません。なので、何かそういう細かくしたり、ないデータでやると、また以前のように0.3にするみたいなざくっとした数を置くしか

なくなって、それはそれでなかなか難しくなるので、その推計のやり方は、ぜひここで、そういうデータの限界があるということを踏まえた上で議論していただければと。

あと、堀之内先生が先ほどおっしゃっていたのは、ごめんなさい、私、ちょっとわからなかったのですが、専門医に参加しない方が、今回も例えば初期研修が8,000何百人、専門医のプログラムに参加する人が98%とかで2%ぐらいいなかったとしたら、その98%を掛けるべきという御意見なのですか。その辺を確認して、計算を次回までに行ってみないといけないと思いますので、その辺をちょっと御議論いただければと思います。

○堀之内構成員 堀之内です。

それよりももうちょっとざっくり、結局、初期研修の2年間で義務化された段階で、世に出るのが2年おくれたというか、ゆっくりになったという、それと似たようなことが起こっていないかどうかということについて、どのぐらいの影響があるかということをお供給推計に反映するかどうか議論されたほうがいいのではないかとコメントでございます。

○妻構成員 ありがとうございます。

労働時間で代替されているというロジックは非常によくわかりました。

1つ、「等」に含まれるデータです。議論をここでさせていただくというお話でしたけれども、本当にそれに必要なデータをまさにここで集めるようお願いするのか、それとも先ほどお話がありましたように労働時間で代替できる部分で集約させるのかというのは非常に大事な議論だと思います。

今、データがないから代替しますというふうに短絡的に考えるのは、少し検討したほうがいいかなと私は思います。ただ、そのように「等」を細分化していきますと、膨大なデータになってしまいますので、そこは本当に手間暇との兼ね合いだと思います。そこはこの検討会で私もいろいろ関心を持って見ていきたいと思っています。

以上です。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 1つ目は、今の妻構成員がおっしゃった「等」ということで、資料4の13ページの就業率というのが、これは2004年から2014年を平均したものだと思うのですが、ある程度、どれくらいの人たちが病気など、メンタルの面も最近では医者の中でもふえてきたりして、それで就業率が減っているのかとか、その辺の年次推移がもしわかれば少し見せていただいて、参考にさせていただけたらなと思いましたことが1点目です。

もう一点は、小川構成員がおっしゃいましたように、やはり医者は卒業して国家試験に受からなければ本当に仕事につけないことが多いと思いますので、そういった意味で、今後、卒業した人たちがどういう働き方をしていくかということの中で、1つは、先ほど来、福井構成員もおっしゃっていたように、今の医師は卒業した段階で医師国家試験に受かるか受からないか、イエス・オア・ノーだけで選別をされていて、これから専門医制度がどうなるかにはなると思うのですが、診療科を選ぶに当たってのコンペティションと

いか、それが今はなくて、海外では、アメリカの制度とかは皆さん御存じのように、専門医の数を決めているので、そこに入るためのある程度のセレクションがあるのと、メキシコなどでは、専門医という形のスペシャリストになれる人は全体の40%しかなくて、専門医に入れるトラックのところである程度のセレクションがあって、ほかの人たちは、別にプライマリ・ケアがどうというわけではないのですけれども、プライマリ・ケアのほうに行ったりとか、いろいろとその辺で専門性を選ぶところの中でのそういった調整があるということもあります。

今後、医師の需給を考えていく上で、先ほど堀岡さんからマクロで見るということがあったのですけれども、やはり行き着くところの問題としては、診療科による偏在、地域による偏在ということがどうしても今後、その後にまたさらに議論をしていかなければいけない結果にはなってくると思いますので、今回、新たな推計を見ていくに当たって、ある程度細かいところまで見ていけば、そういったデータを出してはこられると思いますので、そちらのほうもそういった意味でもう少し細かいデータも一緒にもし見ていけるのだったら、出していただければなと思っております。

○片峰座長 座長としてもそこは物すごく気になっていまして、検討会としての連続性の問題があると思うのです。この前まで一生懸命偏在問題をやっていて、地域格差のデータもそれなりに出てきているわけですね。今度は需給問題に関してはいきなりマクロの需給推計で終始して、ミクロの診療科の問題、地域の問題をどうするのだという話になると思うのです。

要するに、今後の議論の進め方にもかかわるのでしょうけれども、実際にいろいろなところに医学部があって、それぞれのところが定員を持っているわけですね。そういうあたりの議論、地域偏在との絡みでの議論というところまで、この5月までに踏み込めるのかどうかというあたりが非常に大事なポイントだと思うのです。

○今村構成員 よろしいですか。私もそれを伺いたいなと思っていたのですけれども、5月までに出すべき結論と、さらに、ある程度の期間を置いて議論する。多分、受給の話は、我々も言っているように定期的にずっと検証していくべきだと言っているのです、メンバーがかかわるかどうかは別として、この議論は引き続き行っていかなければいけない議論なのだと思います。

要素がとにかく多過ぎて、データが多ければ多いほどいいに決まっているのですけれども、5月までにそろえられるデータを事務局に求めてもこれは限界があると思っていて、5月までに決めるべきことは何なのかと、その先にわたって長期的に議論をしていく課題は何なのかということに分けて議論しないと難しいのかなと思っております。

先ほど堀之内先生からあったように、研修のあり方についても、今、厚労省の中では今後の医師の養成の在り方と地域医療に関する検討会をつくっていて、医学部教育から研修制度まで見直そうと。また、専門医についても、日本の専門医のあり方は基本的に全員とるべきということを義務化しているわけではありませんけれども、外国のような本当のス

ペシャリストの専門医制度というより、標準的な医療を行える医師を専門医というふうにしましょう。そして、プライマリ・ケア医も専門医という位置づけになっていますので、その専門医の仕組みも、始まるばかりですから、これがどういう影響を今後及ぼしてくるのかということは見ていかないとわからない。

それから、働き方も、これも今後どうなっていくのか。つまり、全部仮定の話ばかりなので、これを5月までの結論の中で何か議論することは、正直、難しいのではないかと思っています。

冒頭、神野先生から、一部増えている定員増のことをどうするのかという結論は、これは出さなければいけないのでしょうということで、そこははっきりとした結論を出すべきことだと思うのです。本当の需給のところまで踏み込む議論は、片峰座長も前回2年間議論してきて何も決められなかったとおっしゃっていて、私もそれは1年間ぐらい議論がとまっていたので、非常に同意するところではありますけれども、この2カ月でできることには限界があるということを前提にして事務局で出していただかななくてはならないかなと思っています。

○権丈構成員 議論が随分盛り上がっているわけですがけれども、神野先生が先ほど、これは不足している医師の現状を集計しているだけで、それを先に延ばしていても、なかなかこの推計どおりというのは難しいのではないかと御質問されたシーンは2年前にもありまして、そのときに、私は、これは偏在問題とセットになっておりますので、地域偏在、診療科の偏在問題をしっかりとやっていくことを前提に、この試算をやっていくという話だと理解しております、と2年前に話しております。そして、この試算が出てきた段階で、10個の島ぐらいの偏在問題をどう解決していけばいいのかということを取りまとめて提示して、いざ取りかかっていくぞという段階に入ったところで、医師需給分科会は中断させられて、月日が過ぎてきたわけです。だから、今は、医師数の試算と偏在問題の議論を同時並行していかざるを得ない。

当面、医師需給分科会の第3次中間取りまとめとして32年度以降の医師養成数について入学にかかわってくる人たちの数値は出していかなければいけないというのはあると思います。ですから、決めなければいけない変数に対して、式が足りないことは明確ですね。だけれども、出しておかなければいけない答えもありますので、そこを同時並行していくということだろうと思います。

きょうの議論は、たとえば試験の採点方式を決めていって、採点基準を決めて議論して、採点基準に関する本日の議論の正当性に依存した形で、試験の結果、つまり試算結果の正当性が担保されるということになっていくと思いますので、当面、先ほどの進め方ということで、5月までに第3次中間取りまとめとしての32年度以降の医師養成数というところまでは、ある程度行かざるを得ないだろうし、そこから今度はまた議論していく中で、入学にさほど影響がない範囲内でまた議論を続けていくということになるのではないかと理解しております。

○片峰座長 では、親委員会の座長である森田先生。

○森田構成員 神野先生、先にどうぞ。

○神野構成員 賛成ですと言いたいだけなのですけれども、私たちのミッションとして、資料3の12ページの第2次中間取りまとめ概要の一番右下、やはり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直しを国が情報提供すべきと。この文言に対しては、ここにいらっしゃる方は責任を持っているはずなので、これがミッションであるということ、先ほどの山内先生とか、今の権丈先生の話も含めて、ありかなと思います。

以上です。

○森田構成員 今のお二人の発言と余り変わらないのですけれども、こういう非常に複雑な事象の推計ということ自体が非常に難しいということは申し上げるまでもないと思います。これが、私も経験がありますけれども、雨が将来どれぐらい降ってダムをつくれればいかと、これは自然現象ですから、データが集まれば推計が可能だと思いますが、この場合には、制度を変えて政策を変えるわけですから、将来それがどう変わるかということは全く読めないわけで、それで何十年後に何が起こるかということを精度高く推計すること自体がそもそも無理だということ。

もう一つは、先ほど鶴田先生からお話がありましたけれども、供給が需要に影響し、需要が供給に影響するという因果関係が一方的ではなくて循環するものですから、さらにこれが複雑なことになってくる。これを精度の高い集計をするということは、正直申し上げて、労力の割にそんなに得られるものがないのではないかと。ちょっとこれは大胆な言い方です。

その中で非常にかたい数字として推計できるとしたら、やはり人口動態ではないかと思っております、事務局のほうも細かいことをできるだけということもそうだと思いますけれども、やはりベースになっているマクロ的とおっしゃるのは、少なくとも18歳人口が供給に対しますとどんどん減ってきているわけですし、現在、9,400人ぐらいが医学部の定員になっておりますけれども、昨年生まれた赤ちゃんが94万人を切っておりますので、18年後には少し減ってというと、100人に1人以上が医学部に進学することになる。その方が6年後に医師の国家試験を受けて、そして研修を終わるともう10年ぐらいたってくるということになってきますと、今からいいますと大体30年後に一人前のお医者さんになれる。2050年ぐらになりますけれども、このときは我が国の人口は9,000万人を切っているのではないかと。

それからさらに、お幾つまで働かれるか知りませんが、仮に60歳だとしますと、それから30年、まだ医師としての職業を続けられるわけですし、そこまである意味で考えて、トータルな需要はどうか、供給はどうか。そうした粗い観点から見て、どちらの方向に向けるべきか。正確に幾つかということの推計は難しいかもしれませんが、それは言えるのではないかと思います。

ただ、2カ月でそんなことを議論していても仕方がないのでありまして、2カ月後の場合には、はっきり言いまして、将来起こることがよくわからない場合には、とりあえず暫定的に現状維持でいくか、あるいは明らかに傾向が見えている場合には抑制ぎみにするか。そうした形で考えざるを得ないのではないかと思っております。もちろん、できるだけ細かい数値で将来推計も必要ですけれども、いずれにせよ誤差が非常に大きな範囲になると思います。その意味で言うと、どういう方向で決めて、どのあたりを落とすところにして、また2年後この会議をやりましょうと。その間に偏在の問題をまたやるのかもしれませんが、そうしたことを考えていかなければならないのではないかというのが私の印象でございます。

○片峰座長 そうしたら、この2カ月、基本的にはマクロの需給予測に集中する。そのデータをベースに32年度どうするかという結論を出しましょうという理解でいいですか。地域の問題にはあえて踏み込まない。

○権丈構成員 法案が出ているから。

○森田構成員 コストパフォーマンスから考えるとそのほうがいいかなと思います。もちろん、幾つかの、皆さんが合意できるようなかたいデータがあれば、それを参考にすることは差し支えないと思います。

○片峰座長 ほかにございますか。

どうぞ。

○羽鳥構成員 森田先生のお話で私も全く納得でありますけれども、権丈先生が医学部に行っている人は、各高校のトップ成績の人たちが行って、昔ならば、理学部、工学部に行くような人たちが行かないという話もありました。

そして、今回、国家試験も90%合格率ということですが、先ほど小川先生が御指摘されたように、昔、合格者が下位であった大学は、予備校の様に試験問題を解くだけの学生生活を送る方もいます。学校生活を送りながら専門医機構で集計をとると、マイナーなどの確実に短時間で専門医がとれるところに行く。内科とか外科とか2段階あるようなところには行きたくない。内科基本領域を目指す人が減ってしまっているように見える。それはやはり2段階あって、内科で専門医がとれないと、その後の消化器内科、循環器内科などのサブスペの専門医もとれないかもしれない。それならば、サブスペのないマイナーの科目を選択する方が多くなっています。医師定数を減らすという大前提にやってもらわないといけないのではないかと思います。

以上です。

○片峰座長 ほかにございますか。

どうぞ。

○鶴田構成員 資料としては出しにくい話なのですが、どの程度の医療を提供するかによって医師数は変わると思います。だから、今、高齢者医療をどうするかという問題もありますけれども、どの程度の医療を国民に提供し、国民は許容するかということも頭

の隅に置いておく必要があるのかなと思います。データはちょっと難しいと思いますけれども、意見だけ言っておきます。

○片峰座長 それでは、そろそろ時間となりましたが、何か絶対、ぜひともということはいかがでしょうか。

なければ、事務局のほうにマイクをお返しします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ありがとうございます。

次回の議題、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、座長と御相談の上、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。どうもありがとうございました。