

○奥野医事課長補佐 定刻になりましたので、ただいまから第6回「医療従事者の需給に関する検討会」及び第21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。

小川構成員、神野構成員、北村構成員、永井構成員、裴構成員、平川淳一構成員、松田構成員、水間構成員、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、片峰座長から、途中から御出席との御連絡をいただいております。

続きまして、資料の確認をさせていただきます。

議事次第、座席表に続きまして、構成員名簿を御準備させていただいております。本日の資料といたしまして、「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第3次中間取りまとめ(案)」ということで資料としてお配りさせていただいております。また、机上配付資料といたしまして、荒井構成員から資料をいただいております。そちらも置かせていただいております。

不足する資料、乱丁落丁等がございましたら、事務局までお申しつけください。

カメラ撮りはここまでとさせていただきます。

(報道関係者退室)

○奥野医事課長補佐 以後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。

森田座長、よろしくお願いたします。

○森田座長 森田でございます。皆様、お久しぶりでございます。

それでは、早速ですが、議事に入らせていただきます。

本日の議事は「第3次中間取りまとめについて」でございますので、まず、事務局から説明を伺った後に、皆様に御議論いただきたいと思います。

それでは、事務局から「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第3次中間取りまとめ(案)」についての御説明をお願いいたします。

○石丸医事課長補佐 事務局から、資料の御説明を差し上げたいと思っております。

お手元の資料「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第3次取りまとめ(案)」をごらんいただければと思います。

資料の全体は、「1 はじめに」、「2 暫定的な医学部定員増の取扱いの検討の前提について」、「3 将来の医師需給推計に(全国レベル)について」、「4 平成32年度(2020年度)以降の医師養成数の方針について」と4部構成になっております。

「1 はじめに」から御説明を差し上げたいと思っております。1ページ、まず、今回の第3次中間取りまとめ案に至る検討について書いております。今回、この医師需給分科会の中で、平成28年6月に、今後、第2次中間取りまとめ等と整理するため「第1次中間取りま

とめ」と呼ばせていただきますけれども、第1次中間取りまとめを行い、その中で平成20・21年度に臨時定員の増員を開始して、平成29年度で終了する医学部定員の暫定増を当面延長するという決定を行いました。もう一つは、平成22年度以降、臨時定員の増員をしてまいりましたけれども、そちらについても平成31年度までで臨時定員の増員期限となっております。この2つについて、平成32年度以降の方針というところで御議論いただいたということが、この「1 はじめに」のところは書かれております。

「2 暫定的な医学部定員増の取扱いの検討の前提について」を御説明します。

まず、「(1) 医師数及び医学部定員」、ここはこれまでの人数とか、そういったことを記載しております。

2ページ、「(2) 医師偏在対策」、「(3) 医師の働き方改革」でございます。ここはスケジュール等を細かく書いておりますけれども、お手元でございます第19回の医師需給分科会の資料2の2ページ目に関連するスケジュール案ということで書いておりますので、こちらも御参考にしていただければと思います。

「(2) 医師偏在対策」、今回、第2次中間取りまとめを行って、今、それを踏まえて「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」を国会に提出して御審議いただいているところになります。仮に本法案が成立した場合、医師偏在指標等の議論をしていくこととなりますので、平成31年度中にはこれが各都道府県において設定をされることとなります。

「(3) 医師の働き方改革」、この29年8月に「医師の働き方改革に関する検討会」が設置されました。30年2月に中間的な論点整理ということで取りまとめをいただいておりますけれども、この結論が出るのが平成31年3月ということになっております。

(2) (3) 両方含めて、こうした偏在とか、働き方の状況、医師・歯科医師・薬剤師調査とか、この三師調査を時系列的に追跡できる「医師情報データベース」をもってこれらを把握することになりますが、次の調査が平成30年になっていまして、これの公表が平成31年12月になっているところでございます。

これを踏まえると、下の「以上(1)から(3)までを踏まえると」ですけれども、今後、医師需給に大きな影響を及ぼす医師偏在、働き方改革の政策決定は、現時点ではいまだ結論が得られていない状況にあることとなります。したがって、その下ですけれども、この第3次中間取りまとめにおいて示す平成32年度以降の医師養成数は、平成32年度・33年度における暫定的な方針とする。平成34年度以降の医師養成数については、働き方改革の結論等を踏まえ、再度、医師需給推計を行った上で検討を行うこととしております。

「3 将来の医師需給推計(全国レベル)について」を御説明いたします。

今回、医師需給推計を行いましたけれども、具体的な推計の方法というところでは、第1次中間取りまとめの際に行った需給推計の方法を基本としているところになります。ただ、一部変更しているところがありまして、まず、供給推計の中では、女性医師、高齢医師等の仕事量について、一律の数字を乗じて積算するのではなく、就業率や勤務時間について性年齢階級別データを踏まえ、詳細に算定するといった見直し等を行っております。

需要推計は、先ほどの「医師の働き方改革に関する検討会」で時間外労働規制に関する意見等が出ておりますけれども、これらを踏まえて、労働時間の見込み方を、週55時間に制限する場合をケース1、週60時間に制限する場合をケース2、週80時間に制限する場合をケース3として、仮に上限規制が適用されたと仮定して推計している、仮定を置いてやっているということになります。

これらを踏まえて、4ページ、「(3) 需給推計の結果について」をごらんいただければと思いますが、ケース1の場合、平成45年(2033年)ごろに約36万人で医師需給が均衡するという結果、ケース2の場合、平成40年(2028年)ごろに約35万人で医師需給が均衡するという結果、ケース3の場合、平成30年(2018年)ごろに約32万人で医師需給が均衡するという結果が見込まれております。

「4 平成32年度(2020年度)以降の医師養成数の方針について」をごらんいただければと思います。

まず、「(1) 平成32年度(2020年度)・平成33年度(2021年度)の医師養成数についての暫定的な方針について」、先ほどの推計結果において、月80時間相当に時間外・休日労働を制限したというケース2の場合ですけれども、平成32年度の医学部入学者が臨床研修を修了する平成40年度ごろに需給が均衡する。さらに、週55時間に労働時間制限する等、最も医師の需要が大きくなると仮定したケース1においても、平成45年度ごろに全国レベルの医師需給が均衡するという推計がされております。その下、「今後」というところですが、今後、医師偏在対策、医師の労働時間の短縮に向けた取り組み等が進むことを前提とし、現状において、既に過去最大級の医学部定員の増員を行っているということ踏まえ、全国でさらに医学部定員を増員する必要はない。このため、暫定的に現状の医学部定員をおおむね維持しつつ、医師偏在対策及び労働時間の短縮に向けた取り組み等を進めることとし、医学部定員の暫定増に関する各都道府県及び各大学からの要望に対しては、平成31年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査していくこととするということで記載しております。

「(2) 平成34年度(2022年度)以降の医師養成数について」になります。まず、平成34年度に医学部に入学した学生が臨床研修を終えるのは、平成42年度(2030年度)以降になります。平成34年度以降の医師養成数の検討を行うに当たっては、このまさに団塊の世代が後期高齢者となる平成37年よりも後についての議論を行うこととなる。将来の人口動態等も踏まえた今回の需給推計結果を見ても、将来的に医療需要が減少局面となることが見込まれており、いずれのケースにおいても長期的には供給が需要を上回っているということを記載しております。「従って」というところ、平成34年度以降の医師養成数の議論は、将来的な医学部定員の減員に向けた議論をしていく必要がある。ただし、マクロの医師需給が均衡することは、必ずしも地域や診療科といったミクロの領域でも需給が均衡することを意味しないということを御議論いただきました。3つ目のところ、今後、平成34年度(2022年度)以降の医師養成数の具体的な議論を進めていくに当たっては、全国レベ

ルのマクロの医師需給推計だけではなくて、ミクロの領域における医師偏在対策、将来の都道府県ごとの医師需給、診療科ごとの医師の必要数、長時間労働を行う医師の人数・割合の変化等についても適切に勘案した上で、人口構造の変化や医療技術の進展など医師を取り巻く環境がこれまでよりも短いスパンで変化していくことも踏まえ、定期的に検討をしていく必要があると記載しております。「また」というところ、その際には、大学の医学部定員について、地域医療の実情に応じた医師偏在対策等の側面を踏まえた配慮が必要。特に、医師需給を踏まえ、臨時定員増分を削減する場合でも、地域間で医師偏在がある場合には、その偏在に応じた程度まで、地域枠のニーズは残ることになる。こうした医師偏在対策の効果が維持される方策についても配慮が必要であるということに記載しております。最後ですけれども、平成34年度以降の医師養成数については、以上に示した医師の働き方改革や労働実態、医師偏在対策や医師偏在の状況等を勘案し、定期的に医師需給推計を行った上で、将来的な医学部定員の減員に向けて、医師養成数の方針等について見直していくべきであるということで、最後を締めくくっております。

資料の説明としては、以上になります。

○森田座長 どうもありがとうございました。

それでは、ただいま事務局から御説明いただいた第3次中間取りまとめ案について、御議論いただければと思います。この案につきましては、先般開かれました医師需給分科会でいろいろな御意見が出ましたけれども、こうした結果でまとまったものでございます。本日は、この案について御審議をいただければと思います。

どなたからでも御発言をいただきたいと思いますが、これだけ大勢の方がいらっしゃって広いと、私も誰が手を挙げたかよく見えないところもございますので、はっきりと手を挙げていただければと思います。どうぞ御発言をお願いいたします。

それでは、羽鳥構成員、どうぞ。

○羽鳥構成員 医師需給分科会の委員なので、ここで発言するのが適当かどうかかわからないのですが、5ページの下から2つ目の○、大学も配慮してくださいということでありますが、例えば、ある県からの陳情があるのですが、1県1大学の国公立の大学なので、なかなか地域枠の設定が難しいと。地域枠を総数としてふやさないのはわかるけれども、地域枠の割合をふやすことを考えたらいかがでしょうかという話をすると、入学時の合格点に差をつけるような地域枠をふやすと大学のレベルが落ちるのではないかという指摘もあって、地域枠の数をふやしたくないという学長もいます。そういうことがあるときに、知事の権限で強く言えばもちろんいいのでしょうけれども、なかなか言いにくいこともあるので、大学にAJMCからもそのことをきちんと申し入れをしていただかないとなかなか動かないような気がしたので、1つ意見を申し上げました。

○森田座長 ありがとうございました。この文章そのものはよろしゅうございますね。そういう御意見でございます。

それでは、ほかにいかがでございましょうか。

新井構成員。

○新井構成員 今回の御指摘でございますけれども、私はつい先週の5月25日まで全国医学部長病院長会議の会長をしておりました。任期満了で今は変わっておりますので、そういう意味ではお答えするのが適当かどうかわかりませんが、AJMCのデータでは、地域卒の学生は必ずしも成績が悪いということはないのですね。国家試験の合格率でも一般の学生よりもむしろいいといったデータもありますので、先生のおっしゃられた、大学側に聞くと成績の悪い学生をとることになるから云々というのは、必ずしも当たらないのではないかと思います。

ただ、一方で重要なことは、大学にはアドミッションポリシーというものがあまして、それぞれの大学が自分たちの基準をもって入学制を受け入れるといったことがございます。アドミッションポリシーを無視して地域卒の学生を受け入れると、仮にそれが知事あるいは行政から指示があった場合に、果たしてそれをすんなり受け入れられるかということ、大学は大学でそれぞれの使命がもともとあるわけで、その部分との調整は非常に必要ですし、やるにしても大学の意思を確認した上でそういうことをやっていくことが必要ではないかと思っています。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。新井構成員も、この文章そのものは特に御異存はないということですね。御意見をありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

釜菴構成員、どうぞ。

○釜菴構成員 私も、このきょうお示しいただきました案に賛同いたします。

その上で幾つか意見を申し述べますが、1つは、若年人口が減少してくる中で、医師だけではなく医療従事者の数を大きく増員するというのは極めて厳しい状況になることを、今後の議論の基礎に、皆さんの共通認識として置いておく必要があるだろうと思います。

それから、前回、先日行われました医師需給分科会において、いわゆるゼネラルプラクティショナーを多く養成すべきだという御指摘がありました。その趣旨は理解いたしますが、ゼネラルプラクティショナーというか、幅広い領域にわたって患者さんの診療に携わられると少し意識をしますと、そちらになる道筋は決して一つではなくいろいろあるわけです。特に、医学部を卒業し、国家試験を合格して、すぐにゼネラルプラクティショナーとして道筋が敷かれて、その後、できる診療行為に制限あるいは制約を加えるという方向は、これから医師になってくる方々には決して受け入れられないと思いますし、日本医師会はそのことには大きく反対いたします。むしろ、専門の領域にかかわらず、日本医師会が進めているかかりつけ医機能の研修をしっかりと積み重ねて、その地域においてかかりつけ医として役割を担うという道筋が、我が国においては最もふさわしいと感じておりました、そのことを改めてここで指摘をしたいと思います。

もう一点、最後になりますが、今後、医師少数地域の話が議論されてくるだろうと思

ますが、国全体としての基準を示すことは必要だろうと思えますけれども、大事なことは、それぞれの地域における不足の実感を反映して、それぞれの地域あるいは都道府県できちんとそのあたりの意見が集約されて、みんなの実感覚というか、不足感が共有されないとなかなかうまくいかないなと感じておりまして、ぜひそのことを今後の議論に生かしていきたいと思って、発言をいたしました。

以上でございます。

○森田座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでございますでしょうか。

山崎構成員、どうぞ。

○山崎構成員 山崎です。

ここでこういう議論をどうしてしなければいけないかというと、歴史的に言うと、昭和58年に吉村保険局長が医療費亡国論というものを発表して、政策的に医師の養成を少なくしたわけですね。少なくして、今度は少なくなってしまって地域医療が崩壊してしまって、慌てて医学部の増員を図ったわけでしょう。その後で、今度は平成16年に新医師臨床研修制度で多くの大学の卒業生の半分ぐらいが都会に行ってしまう。したがって、大学の医局が崩壊してしまって地域医療がもたないような状態になってしまって、大混乱が起こっているという歴史的な経緯があるわけです。したがって、今回、いろいろな時代的背景を考えた場合に、幾つか危惧していることがあります。

1つは、厚生労働省の推計が当たったためしがない。

2つ目は、専門医制度をつくったことによって、大学の初期臨床が済んだ先生方のほとんどが専門医になってしまうわけですね。政策的には、地域包括ケアを中心に地域で患者さんを診ていこうという将来像を考えたときに、そんなに専門医の数は必要なのでしょうか。先ほど釜菟先生がおっしゃったように、総合診療医とか、広く浅く診られるという先生が地域包括の中心となるべきであって、現在のように100%の先生が専門医になってしまって、地域に専門医があふれてしまったって、全然役にも何も立たないわけです。したがって、そういうことをきちんと考えてほしいので、今回の中間取りまとめについては、反対はしませんけれども、新医師臨床研修制度のあり方ももう一回ここできちんと見直さないと、少なくとも卒業生の9割ぐらいの先生は地域に残るような仕組みをつくらないと、幾らこういう制度をつくってももたないと思います。

もう一つ、先ほどお話しいたしました総合臨床医をどのようにつくるかという措置を早急に決めていただきたいと考えています。

○森田座長 ありがとうございます。大変重要な御指摘かと思えますけれども、この文章そのものは、特に修文という御意見ではございませんね。

○山崎構成員 非常に保険をかけたような言い回しが多いのですね。それが非常に気になります。

もう一つは、今、お話ししたように、高齢化が進んでくるから医者が少なくなるのかと

いうと、15年、20年というスパンを考えた場合、後期の高齢者はどんどんふえるわけです。したがって、医療ニーズはふえるわけですね。政府は人生100年ということを書いておりまして、もっと高齢者はふえるわけで医療ニーズはふえるので、そんなに医者を急激に減らすと、必ずまた混乱するようなことになると思います。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、ほかにいかがでしょうか。

加納構成員、どうぞ。

○加納構成員 山崎構成員と同じような意見になるのですが、病院の現場でまだまだ医師が足りないという状況は続いていることが現実的にあります。これは、勤務医の先生方が足りないかどうかということとはまた別次元で、病院の中ではどの団体もまだ不足しているという現状だと思います。そういう意味で、最後のマクロ的な医師需給という段階でも、もしかしたら、さっき山崎構成員がおっしゃったように、統計的にまた間違った推計をしている可能性もあるわけなのですけれども、一番大事なのは、ミクロ的に各都道府県ごとにいかに適正な数字を合わせていくかということが大事だと思っております。

医師の偏在のときに、これはこれで大事なことだと私はいつも申し上げているのですが、一方で、東京以外と言うとまた問題かもしれませんが、大都会においてもこれから需要医が非常に急激に伸びてくるわけなので、それに対する医師の供給体制は果たしてちゃんと計算されているのか。そういったところも疑問視するところがありますので、ミクロ的な見方をしっかりと検討していただくという意味で、この文全体でいきますと、あたかも平成34年度からすぐに整理していった減らす方向の話につながっているような感じがするのですけれども、あくまでもその時点でしっかりと需要のほうももう一回見直す要件がいっぱい出れば考えていただいて、これに書いてあるとおり、ミクロ的な形で適正な配置ができるように議論していただく文章になっておかなければいけないと思っております。

○森田座長 具体的に5ページのどこという御指摘は。

○加納構成員 全体的な流れで、5ページの「平成34年度（2022年度）以降の医師養成数」というところで、文言としては書かれていないのですが、雰囲気的には整理していく。整理していく中で、大学の医学部定員について、地域枠を残していこうとか、そういう筋にとられるような意味ではないということもしっかりと明言しておいていただきたいと思うのです。あくまでも34年度以降も議論してからそういった数字を決めていく、需要に関して減らすかどうかを含めての議論をする、現段階ではまだ決められないということも明言していただきたいと思っております。

○森田座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 私は、医師需給分科会のメンバーとしてこの議論に参加してまいりましたので、本日ここに提案されている第3次中間取りまとめ案については、これで結構だと思

います。

それを踏まえて、3ページ、先ほど事務局からの御説明に触れられなかった点なのですが、**「3 将来の医師需給推計（全国レベル）について」**の下から3分の1ぐらいのところ、**「労働時間短縮に向けた取組」**ということで、AIとかIoT、ICTを活用した効率化は当然非常に重要なことだと思うのですが、前から論点になっている働き方改革の中でも**「医師から他の職種へのタスクシフティング（業務の移管）等が進むことにより」**という表現がございます。これは、親会であるこの医療従事者の検討会で、少子化の中で医療にかかわる人たちの労働力が固定化してくる中で、他の医療職の議論が一体どこまで進んでいるのか。

例えば、薬剤師さんについては、恐らく需給についての議論がされていないのだと思います。今、病院の中で、勤務医のいわゆる働き方改革につながる薬剤師さんの役割は非常に大きいのだろーと思っておりますけれども、供給、非常に薬剤師さんの数はふえているにもかかわらず、本来必要な病院には全く充足されていないという状況があって、そういう整合性を持った議論が親会の中で出されているのかどうか。つまり、医師のことばかり論じていますけれども、医師の働き方には他の医療職の働き方が非常に需給も含めてあると思うのですが、その辺の議論はどうなっているのか、事務局からお答えいただきたいと思っております。

○森田座長 これは事務局でお答えいただけますでしょうか。確かに私は医師需給分科会には参加しておりますけれども、ほかの分科会は状況がわかりません。

事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 まず、この需給分科会の親会の下に看護の需給分科会とPT・OTの需給分科会という議論がございます。

PT・OTについては、1年前に需給推計の検討の方法まで議論したところで、ビジョン検討会その他の議論で一度議論がそこでとまっているところがございますので、それが終わりました、今回、医師需給も終わったところで、適時適切なところで議論を再開したいと考えております。

また、看護の需給について、お答えいただければと思います。

○島田看護課長 看護課長でございます。

看護職員の需給につきましては、看護職員需給分科会がこの検討会の下にございますけれども、こちらにつきましては、医師などの需給推計のデータとか考え方といったものをそろえるということで議論を中断しているところでございます。今回、このように医師の第3次中間取りまとめが行われることになりましたので、医師と同じ前提での推計が可能になった環境が整いましたので、看護職員の需給推計についても議論の再開に向けて準備を進めてまいりたいと考えております。

○森田座長 今村構成員、よろしいでしょうか。

○今村構成員 はい。ぜひ整合性を持った議論を進めていただければと思っています。今、



医療職は看護師とOT・PTだけではなくて、もちろん医師だけではなくて、ほかにもいろいろな職種があるのです。一例に挙げさせていただきましたけれども、日本の薬剤師さんはOECDの中でも断トツに薬剤師さんの養成数が多いことになっています。そういった方のきちんとした病院医療における活用も非常に重要であって、そういうことについての議論もきちんと厚労省でしていただきたいと思います。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

福井構成員、どうぞ。

○福井構成員 私も、医師需給分科会のメンバーで、この中間取りまとめにつきましては、異存はございません。

端的に言うと、ケース2の内容で、2028年には35万人で均衡して、2040年には3.6万人過剰になるから、数年以内にまた新たにディスカッションをしようということだろうと思います。それに当たりまして、需給分科会でも申し上げて、ここでも申しわけないのですが、医療政策として、患者さんのヘルスアウトカムと医療費という視点からいって、最も効率的な医師の分布を国として十分にディスカッションをしていただいて、つまり、専門医の数といわゆる総合医の比率が最も効率的なところを十分に議論していただいて、どういうトレーニングを受けた総合医が何%いけばいいのかということ、ぜひ国として、理想論でもいいので目指すべきところを示していただいた上で、それで検討を進めるといふふうにぜひ持って行っていただきたいと個人的にずっと思っておりますので、申し上げました。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、ほかにいかがでしょうか。

荒井構成員、どうぞ。

○荒井構成員 ありがとうございます。

もとより素人ですから、意見を文章でまとめておりますので、それを説明させていただきますと思います。

この本日の資料の内容には賛同させていただきたいと思いますが、広く捉えるとまだ課題は残っているように思いますので、今後の検討についての意見ということで、大分迂遠な意見のように見えますけれども、申し述べさせていただきたいと思います。

1つ目の点は、医療を一つの産業組織としてこれからは捉えてほしい。産業組織の中の医療従事者は極めて重大な要素でございますけれども、独立して捉えるのではなしに、俯瞰をして、産業組織の中で最適化する、最適利用を図るという観点が今後は必要かと思えます。

また、この会議はタイトルからして「医師需給」でございますけれども、その前に「医療需給」があるわけでございますので、医療の需要・供給を正確に捉えるということは今

後とも考えていただきたいと思います。

医療需要を捉えるのはなかなか難しいわけでございます。とりわけ真の医療需要を客観的に把握するのは極めて難しいわけでございますけれども、それを捉える努力を続けていただきたいと思います。

その際、今回の議論はマクロの議論でございますけれども、我々地域におります者にとっては、ミクロの「医療需給」あるいは「医師需給」の議論が極めて大切でございます。医師偏在ということは医師過剰と医師不足の地域があるともなるわけでございますので、ミクロの「医師需給」を捉える際のミクロの「医療需要」を捉える努力をしてほしいということでございます。その際、需要もなかなか難しいのですけれども、医療のうちミクロの供給力をどのように判断するかという客観的なデータはありません。「医師の医療提供能力」をどのように判断するかが難しいわけでございますので、原単位はなかなかないわけでございます。考えただけでございますけれども、ミクロの「医療需給」、「医師需給」の判断には、ゾーニングとNeedsとWantsを取り分けて判断できるような時代が来ればと希望いたします。

最後に、地域の医療提供能力の向上には医師の働き方の改善・改革が必要だと思っております。今村構成員がおっしゃいましたように、医師の果たす、医師でしか果たせない役割は何か。医療行為の輪郭ということになりますけれども、非医師の代替性、業務の分担はこれから大きな話になると思っておりますし、医療行為の標準化・適正化なども、働き方、医師の働く負荷を軽減するという意味で大事かと思っております。そのためにでもありますが、医療人の「技」を追求している時代が続いておりましたが、「心」をどのように追求するのかということと、AIを活用いたしますと医師の負担が減ってくる可能性はあるのではないかと思料いたします。

このようなことから、医師の能力の輪郭をはっきりして、助けを求めて、最適配分をすることによって、医療産業組織を最適化するという努力を、今後とも続けていただけたらと、要望のような雑駁な内容で恐縮でございますが、意見を述べさせていただいておきます。

以上です。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、ほかに。

2回目でございます。どうぞ、山崎構成員。

○山崎構成員 医療従事者の需給に関する検討会ということで、我々は臨床医の過不足ばかりを論じているわけですが、大学の基礎教育における医師の過不足はどこで議論するのか。これは事務局にお聞きしたいのです。

○森田座長 事務局、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 前回のファイルを見ていただきたいのですが、第19回分科会の推計方法、非常に細かい資料なので、それを今回おつけしなくて大変恐縮だ

ったのですけれども、その中の需要推計で大学の医育機関等の特に研究者の部分の推計を実施しております。資料1の27ページでございます。臨床以外に従事する医師も、今後、産業医とか、国際機関、もっと言うと果ては保健所とか献血センターに至るまで、今は何人いて後はどれぐらいになるのかということ、かなり後は多目に必要だという推計で見積もっております。今、山崎先生から御指摘いただいた医育機関の研究等に従事する基礎研究、基礎医学等は、現状は5,200人いるのですけれども、2040年までに20%増加する、6,200人ということで推計しております。

○山崎構成員 私が聞いているのは、解剖とか、生理とか、生化学とか、そういう基礎医学の教官というのはそんなにいるのですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 そのとおり、5,200人、今はいます。

○山崎構成員 せんだってもある大学の基礎医学の教授とお話ししていたら、あと7～8年で基礎医学の教育は完全に崩壊すると言っていますよ。どうしてかということ、卒業して臨床医になってしまって、基礎医学のほうに入る医師数が激減していると。農学部とか、理工学部とか、非医師の参入が多くなって何とかやっているのだと。したがって、これは親部会でも言ったのですけれども、大学の定員を決めるときに、基礎医学の定員が何人、臨床系は何人と分けないと、多分大学の講座は全部壊れます。その辺の危機感を持っているのかしら。

○森田座長 どうぞ、事務局、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 先生がおっしゃることは本当に正しくて、同じ27ページにございますとおり、医育機関で臨床医はふえております。今、5万数千人ですけれども、医育機関で特に基礎研究に従事する医師は平成14年あたりからずっとすごく減っています。最近はやけどまっていますけれども、医育機関の基礎医学は減少しているところがございます。

これは文科省さんが答えるべきなのか私どもが答えるべきなのか、まず、我々も研究医は非常に重要だと思っております、その入学者枠の中で研究医枠というもので医学部増をしていただいている大学もございます。今回、新たに、非常にささやかな施策なのですけれども、違う部会の話で恐縮ですけれども、臨床研修部会で研究医枠というものをつくって、臨床研修制度で何となく基礎医学に興味を持っていても臨床医に行ってしまうという人もすごく多いというお話を聞いておりますので、臨床研修の枠組みの中で基礎医学を続けられるような枠組みをつくって、若干名ですけれども、大学のほうで臨床研修をしながら基礎医学を学べるというコースをつくるという議論をしているところです。ささやかな施策ですけれども、そのようなもので少しでも基礎医学のきちんとした発展をしていきたいと、厚労省としても考えております。

○山崎構成員 議論しているのはわかるのですけれども、政策としてつくり始めるのはいつごろになるわけですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 32年から研究医枠の臨床研修はやる予定で、今、臨床研

修部会で制度設計を進めております。

○山崎構成員 それは、各大学全部でやる話なのか、それとも特定の大学でそういうものをつくるという話ですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 大学病院を想定しておりますけれども、全大学に認めるかとか、それぞれ何人認めるかというのはまだ議論が煮詰まっていないところがございます。済みません。議論が煮詰まってきたら、どこかの場で先生に御報告したいと思っております。

○森田座長 よろしいでしょうか。

それでは、ほかに御発言はいかがでしょうか。

相澤構成員、どうぞ。

○相澤構成員 そもそも医師がどれくらい必要かというのは、医療提供体制をどうするかということによって決まってくるわけですね。医療提供体制が、1ページにありますように、地域医療構想という、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、そして、その高度急性期はこれだけの患者さんがいるはずであるから医師の数はこれくらい必要だという、それだけで推計をしてきた。それで本当にいいのかどうかという議論はどこでもされていないわけですね。これは、私は非常に危険だと思っています。なぜなら、これから地域は大きく変わっていきます。御存じのように、2040年度、県の人口が40～50万になってしまう県が幾つか出てきます。こういう中で医療提供体制をどうしていくのか。そこをしっかりと議論しない限り、医師の必要量は出てこないのだろうと思います。当座はこの計算でいけるにしても、将来を見据えて考えていく必要性があるのではないかと思います。これは需要のほうです。

それでは、供給のほうをどうするか。もう一度、私が先ほど言ったことを思い起こしてほしいのですが、県の人口が40～50万になって、その県1つの医学部で医師の教育がきちんとできるのでしょうか。40万は、今、地域の地方の中核都市の1つですよ。これでできるのでしょうか。どこにもそういうことが書かれていない。私は、この急速に人口が減っていく2030～2040年、1県に1大学ということとはあり得ない、医学部をそこに1つ持つことはあり得ないと私は思っています。そうすると、そういうことを勘案しながら供給をどうしていくかということを考えていかなければいけないのだろうと思います。

ここに定期的に見直すと書いてあるのですが、定期的というのはどれくらいで見直すのでしょうか。5年に1回か、2年に1回でしょうか。私が心配しているのは、今、急速に日本の人口構造が変わっている。減少が急速に進んでいる。この中で、ある程度、時間を短縮してでも、将来を見据えた検討をしていかないと、大変なことになるのではないかと強く心配をしているということだけ申し上げたいと思っております。当座はこの需給の計画でいいと私は思っております。

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、ほかにいかがでしょうか。

今村構成員。

○今村構成員 今回の相澤構成員の御意見について、厚労省から明確に答えていただきたい。医師需給分科会でもその議論はあって、今後、今までとは違って、この需給を見ていく上でずっと継続的に議論をしていく、だから、需給分科会は引き続き開催されて、その中で、今、相澤構成員がおっしゃったように、本当に折々に見直しをしていくのだと私は理解をしたのですけれども、その辺を厚労省から明確に答えていただきたいと思います。

○森田座長 それでは、課長、お願いします。

○武井医事課長 御質問をありがとうございました。

今回のこの報告書の2ページのあたりに関連する情報が入っているのですけれども、例えば、働き方改革の最終的な結論が、31年3月、来年3月に出来ます。これは非常に大きなメルクマールになってくると思いますし、今後、三師調査と言われるデータも出されてきます。こういう時間軸の流れの中で、次、大きくこの需給の推計を見ていく改定の年については、34ということをごここで書かせていただいておりますけれども、通常は大体2年くらい前にその議論をして方向性を出していくということになると、32年度の大体5月ぐらいのタイミングでは結論が必要になってきます。32年度に結論を出すためには、31年度のしかるべきタイミングで議論を開始して、集められたデータをまた皆さんに見ていただきつつ議論をスタートするというので、来年度のしかるべきタイミングでしっかりと将来に向けた需給の議論ができるように、事務局として準備を進めてまいりたいと考えております。

○森田座長 今村構成員、よろしいですか。

○今村構成員 はい。

○森田座長 ほかにいかがでしょうか。

どうぞ、福井構成員。

○福井構成員 ちょっと本筋から離れて恐縮ですけれども、先ほど山崎先生と堀岡室長のお話がありまして、臨床研修制度が始まったために基礎医学に進む医学部卒業生が少なくなったと誤った印象を抱かれると困ると思ひまして発言させていただきますが、卒後臨床研修制度が始まるずっと前から起こっています。それはデータとしても明確に示されています。したがって、これは制度の問題ではなくて、臨床研修制度とは無関係に、基礎医学についての非常に根本的な問題がベースにあって医学部卒業生が進みにくくなっているということですので、そここのところだけ確認させていただきたいと思ひます。

○森田座長 ありがとうございました。

いかがでしょうか。

新井構成員、どうぞ。

○新井構成員 この内容に全く異議はございませんけれども、これは分科会でも申し上げたのですけれども、まとめとして（案）が取れた段階で、ぜひ早く、政府の方針として、国の方針としてこれをお示しいただきたい。32・33の定員はまだ決まっていないわけですね。そうなりますと、32年の入試に向けて2年を切っておりますので、受験生、高校、予

備校、もちろん大学関係者も、この定員がどうなるかというのは本当に固唾をのんで見ておりますので、このまとめがまとめとして正式になった場合には速やかに国の方針としてこれをお示しいただきたいということを改めてお願い申し上げます。

○森田座長 これにつきましては、事務局によるしくをお願いいたします。

それでは、ほかにかがでしょうか。

特に御意見がなければ、この中間取りまとめ案の文章そのものについて御異論がなければ、これにつきましては御承認いただきたいと思えます。一部、もう少しミクロ的な需給についての配慮をすべきであるという御意見もございました。これにつきましては、さらに修文等が必要な場合には事務局と座長にお任せいただければと思えますが、基本的にこれでよろしゅうございますでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○森田座長 ありがとうございます。

それでは、本日のこの議題についての議論はこれくらいにさせていただきたいと思えます。第3次中間取りまとめの(案)が取れましたので、今後、これの事務的な取り扱いについては、事務局と相談の上、進めさせていただきたいと思っております。

私も、この取りまとめにつきましては、医師需給分科会でも随分熱心な御議論を聞かせていただきました。そこで、最後にではありますけれども、私のほうで、一言御挨拶、お礼を申し上げたいと思えます。

この医師の養成数につきましては、さまざまな制約がある中で、大変皆様方には精力的に御検討いただいたと思っております。本日、その取りまとめ案につきまして御了承いただいたということでございますが、まずは構成員の皆様これまでの献身的かつ熱心な御議論に深く御礼を申し上げたいと思えます。

今回の取りまとめは、「医師の働き方改革に関する検討会」の結論がまだ出ないといった状況の中で、今、新井構成員からお話ございましたように、医学部の定員を早く決める必要があるという状況の中で、暫定的な方針という形で示されたものではございますけれども、将来的な方向性という意味では、今後、人口減少が進むことが見込まれる中で、現実的なものではないかと私自身は思っております。

一方、これまでも繰り返し御議論いただきましたように、実効的な医師偏在対策が講じられなければ、ミクロでの医師不足の解決に至らないことは言うまでもございません。さらに、我が国は国民皆保険制度のもとで動いている医療でございますので、全ての国民は被保険者として公平に保険料を負担しております。そうであれば、被保険者の医療へのアクセスの不公平は、医療保険制度の改善という視点も含めまして、早急に是正されるべきものではないかと思えます。

今回は、今、申し上げましたような事情でマクロの議論ということで、ミクロの議論につきましては皆様はまださまざまな御意見をお持ちであり、議論につきましても不完全燃焼という思いを持っておられる方もいらっしゃるかと思えます。この点につきましては、

引き続き、検討会、分科会で議論をしていくということでございますので、皆様方におかれましては、もう少しこの議論におつき合いいただき、御協力いただければと思っております。

最後に、改めまして、これまでの献身的な御議論に御礼を申し上げたいと思います。どうもありがとうございました。

それでは、最後になりますけれども、事務局から何かございますでしょうか。

○石丸医事課長補佐 事務局からでございます。本日も、大変いろいろ御議論をありがとうございました。

本日は、大変申しわけございません。武田医政局長は公務により出席ができませんでしたが、節目でございますので、椎葉大臣官房審議官より、一言御礼の言葉を申し上げさせていただきますたいと思います。

○椎葉大臣官房審議官 「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第3次中間取りまとめ」に当たりまして、一言御挨拶を申し上げたいと思います。

構成員の皆様方におかれましては、スケジュール的な制約もある中、タイトな日程で御議論いただいたこと、ただいま森田座長からもございましたが、医師の働き方改革についての結論が出ていない等の制約もある中で、多面的に御意見をいただきまして、将来的な議論の方向性も含め、今後の道筋をつけていただきましたことにつきまして、厚く御礼を申し上げたいと思います。

現在、医師偏在対策法案でございますけれども、無事、参議院におきまして可決をいただいたところでございます。今後、衆議院における審議が行われることが見込まれているところでございます。構成員の皆様方の格別の御支援、御協力を賜り、この場をおかりして御礼を申し上げたいと思います。

今後でございますが、医師偏在対策につきまして、本日いただいたようなミクロの御議論も含め、残された課題につきましても議論を進めていきたいと考えておりますので、引き続き先生方の御見識を賜りたいと考えているところでございます。本当にどうもありがとうございました。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございました。

今後の進め方につきましては、座長と御相談の後、追って御連絡を差し上げたいと思います。

○森田座長 改めて、どうもありがとうございました。

それでは、これをもちまして、第6回「医療従事者の需給に関する検討会」及び第21回「医師需給分科会」の合同会議を閉会といたします。

本当にありがとうございました。