

○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「医療従事者の需給に関する検討会 第38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、御参加いただき、誠にありがとうございます。

本日は、山口構成員より、所用により途中からの御出席との御連絡をいただいております。

また、迫井医政局長については所用により途中からの出席、熊木総務課長は所用により欠席となりますので御了承いただければと思います。

また、事務局に人事異動がございましたので、構成員の皆様にご紹介申し上げます。

私、医政局医事課主査の野口裕輔でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、本日の会議の進め方について御説明いたします。

本日、オンラインで御参加いただいている構成員の皆様には、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の「手を挙げる」ボタンがございますので、そちらをクリックいただき、座長の指名を受けた後に御発言をいただければと思います。その際、マイクのミュートを解除していただきます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させていただきますようお願い申し上げます。

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、よろしくお願いいたします。

資料の確認でございます。資料は、資料1、2と参考資料1、2がございます。事前にメールをさせていただきましたが、資料に不足がございましたら事務局にお申しつけください。

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、片峰座長にお願いさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは、よろしくお願いいたします。

○片峰座長 片峰です。本日もよろしくお願いいたします。

今日は、議事に入る前に時間をいただきまして少し話をさせていただければと思います。

まず、本日はワクチン接種や新型コロナ対応で極めてご多忙な中、この分科会を開催していただきました厚生労働省、とりわけ医政局医事課の皆様には敬意を表したいと思います。

同時に、構成員の皆様もそれぞれ大変な状況にあられることかと思いますが、御出席を賜りありがとうございます。

新型コロナ流行から大体1年半というところでございますけれども、このウイルスは当初の予想をはるかに超えた難敵であったということだと思っております。特に、年末年始にかけ

ての第3波の流行、あとは直近の第4波の流行ですね。これによりまして、日本の各地で医療が逼迫しました。とりわけ関西地域を中心に医療崩壊という事態を招来するという中で、行政であったり人材育成も含めまして、日本の医療システムの問題点あるいは課題が白日の下にあぶり出されたということかと思っております。

その中で、この分科会の議論にも当然のことながらこのことが影響を与えるのはやむを得ないと認識しております。

実は、本分科会は発足しましてから、もう既に足かけ6年がたちます。この発足のきっかけは、当時、今日も議論になりますけれども、医学部の臨時定員の期限切れが次の年というタイミングで、この臨時定員を評価して見直して、そして今後の医学部定員の在り方について一定程度の決着をつけるということが大きなミッションの一つであったと思います。

その後、医師の需給予測をしかるべく見直すということもやりましたし、とりわけその前提として医師の偏在対策についてすごい時間をかけて議論しました。多くの課題を残しつつ、あるいは不十分ながらも医療法、医師法の改正という形で確実な第一歩を踏み出すことができました。

しかし、医学部臨時定員の問題については、その決着は引き延ばしされ続けたわけです。そして、昨年の後半になって、やっと地域枠を基本的な骨格とする本格的な議論が開始されたということだと思います。

実は、この医学部臨時定員はもう期限切れから5年が経過するという中で、この臨時定員が各大学の財務、あるいは教職員の定員の配置等も含めまして大学運営の中で構造化、固定化されつつあるという点で、この議論に決着をつけるのは、私はぎりぎりのタイミングだったんじゃないかと思っておりました。

しかしながら、このコロナ禍がもたらした状況は、この問題に対する早期決着をなかなか難しくしているのではないかと、そのようにも感じるわけです。そのことも含めまして、このコロナ流行があぶり出した課題をこの分科会としてどう考えるのか。そして、この新たな視点からこれまでの分科会の議論をどう総括するのか。あるいは、これまでの議論の成果を次にどうつなげていくのか。この分科会の在り方そのものも含めまして議論をすべき時期に私はきているのだらうと思うのです。

本日はこの分科会として早急に一定の結論を出さなければいけない2つの議題が提出されています。この2つの議題も、先ほど申しました根源的な議論と関係するのですけれども、その議論をした後に、後半は先ほど私が申しました問題に関して忌憚のない意見交換を今日はさせていただければと思っておりますので、よろしくお願ひしたいということになります。

それでは、議事に入ります。最初の議題は「令和5年度以降の医師養成数について」ということで、資料1に基づいて事務局のほうから御説明をお願いいたします。

○野口医事課主査 それでは、資料1の御説明を差し上げます。

資料1「令和5年度の医師養成数について」ということですが、資料の2枚目から4枚目についてはこれまでの議論の経過でございます。

2枚目、「医学部臨時定員増に係る方針について」でございますが、これまで⑤にあるように、2022以降の医学部定員については需給推計を行った上で医学部定員の減員に向けて医師養成数の方針について検討するとされてきたところでございますが、新型コロナウイルスの影響で2020年4月までには十分な議論を行うことができなかつたというところで、令和4年の医学部定員については令和2、3年と同様の方針とし、令和5年の医学部定員についてはまだ結論を得ていないというようなところでございます。

3枚目でございますが、「恒久定員内への地域枠の設置についての経緯」でございます。一番下の需給分科会の第4次中間取りまとめにおきましては、仮に恒久定員の5割程度の地域枠を設置しても不十分である場合については、都道府県は地域医療対策協議会の協議を経た上で地域枠の設置を要件とする臨時定員の設置を要請できるというようなこととされてございました。

令和5年度の地域枠等の考え方については4枚目にお示ししてございます。これまでの議論を踏まえて、以下の4点についてお示ししてございます。地域枠につきましては、地域枠の設置・増員を進めていくこととしてはどうかというところ、もう一点は医師の過剰を防ぐ観点から臨時定員を含む総定員については減らすこととしてはどうか。3つ目としましては、劇的な変化を緩和する観点から段階的に行ってはどうか。4つ目としては、自治体や大学の状況を踏まえながら恒久定員を含め、各都道府県の医学部定員内に必要な数の地域枠を確保するというようなところをお示ししてございます。

5枚目については、4枚目にお示した点について、いただいた御意見を御紹介させていただきます。

主な御意見としましては、期限付きの臨時定員の設置については一旦終了し、改めて検討すべきというものですとか、医学定員の変更については偏在対策をしっかり行った上でやるべきですとか、そのほか大学経営の根幹に関わるので慎重を期すべきといったような御意見をいただいております。

6枚目から8枚目については、「自治体からいただいたご意見」を御紹介してございます。

6枚目でございますが、「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」からいただいた御意見でございます。こちらの中に、「医師をはじめとする医療従事者の養成・確保」という項目について言及がございました。こちらの具体的な内容については、7枚目に抜粋してございます。

1の(1)の「大学医学部における医師の養成体制の強化」という点について、こちらの項目の中ほどでございますが、現在の医学部臨時定員増を延長するとともに、ひいては臨時定員増の医師養成数を恒久的な措置とする等の御意見をいただいております。

8枚目については、社会保障常任委員会の委員長の平井知事のほうから御意見をいただ

いてございます。こちらも、内容については下の四角の囲みでございますが、医学部臨時定員増とする現行制度を継続するといったような御意見をいただいております。

9枚目につきましては、文部科学省様から大学へのヒアリング結果をお示ししております。30大学を対象に行われたヒアリングの結果でございますが、「医学部定員等の方針について」は可能な限り臨時定員を維持してほしいといったことですか、あとは地域の実情を加味した上での対応をお願いする。また、「地域枠について」はキャリアパスに配慮する必要があるですか、従事要件の9年間というのは厳しいといったような御意見もいただいております。

そのほか、歯学部振替枠について、地域への振替が認められるとありがたいというような御意見をいただいております。

10枚目でございます。本需給分科会でいただいた御意見ですか、先ほど御紹介した全国知事会等からいただいた御意見を踏まえた今後の論点をお示ししております。

地域医療における課題にどのように対応すべきか検討することと併せて、人口減少に伴い、将来的には医師需要が減少局面になるということを見越し、現在毎年数千人増加している医師の増加のペースについても検討を進めていく必要があるのではないかと。

併せて、地域・診療科偏在をより一層進めることが必要ではないかというところで、今回の論点のポイントを示させていただいております。

以上でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

事務局からの御提案は、令和5年度の入学定員に関しては基本的には4ページの考え方に基づいてということによろしいですか。

○野口医事課主査 はい。基本的には4ページを踏まえてというところではございますが、それ以外にも自治体等からも御意見をいただいておりますので、そちらも勘案して御議論いただければと思っております。

○片峰座長 それでは、御意見をいただきたいと思います。手を挙げていただければ御指名します。

神野構成員、お願いいたします。

○神野構成員 ありがとうございます。

この資料の5ページ目の上から2つ目の●のように、地域、診療科、入院外来の偏在は依然としてあるという認識でございます。特に我々地方の病院からしますと、これだけ医師が増えているのにどうして増えないんだということが非常に頭の痛いところなのですが、今回のコロナを踏まえて新たな第3の偏在というか、第3の医師の集団というのが出てきたのではないかとこのように思うところがございます。

それは、例えば自宅療養のコロナ患者さんの支援というところで、在宅とか、あるいは往診の専門の方が結構な人数いらっしゃるということで、在宅専門の診療所の勤務医、あるいは往診専門という方が結構いらっしゃるということです。

例えばFさんというグループが今まさに自治体と一緒に在宅療養中のコロナ患者さんの往診をしているわけです。ホームページによりますと、全員が専従かどうか知りませんが、1,200人の医師を抱えているというようなデータも出ているわけでありませぬ。

それから、後ほど、もしよろしければ日本医師会の今村副会長からお話をいただければと思うのですが、ワクチン接種に対して潜在の女性医師が700人いらっしゃるというのを昨日、医療部会で今村副会長から伺ったのですが、そういったこれまでの入院、外来の偏在だけではなくて、こういったこれまでになかったパターン、女性医師のワークライフバランスで今、医師をしていない方が日医のドクターバンクにたくさんいらっしゃる。あるいは、在宅専門、往診専門という方々が、どっと増えているわけでありませぬ。

これがもし新たな社会のニーズだとするならば、その分は加味して確保するというところにせざるを得ないのではないかと。その辺の調査というのは、5年前にこんな話はなかったわけですので、これからの新しい潮流の医師たちというものに関して一度調査するべきなのかなと思うところがございます。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。

では、山口構成員お願いいたします。

○山口構成員 ありがとうございます。

今、神野構成員がおっしゃったように、やはりコロナでいろんなことがすごく大きく変わったと思うんです。それで、令和5年度以降ということをやっと後にしまして考えたときに、これまでこの医師需給分科会で議論してきて、ある程度まとまってきた論点と、そこがコロナによって新たに考えなければいけないことが出てきた部分とか、そういったものをちょっと整理して問題点、課題を洗い出す必要があるのではないかと感じています。

特に医師の偏在問題について、どうしても若い医師や研修医を偏在問題の解決策として出されるのですけれども、私は今以上に若い医師たちをと考えることはもうそろそろ置いて、40～50代くらいの医師が少数地域に行く方策を強力な方策として、対策として考える必要があるのではないかと感じています。

それで、「自治体からいただいたご意見」というところで、例えば7ページを見ますと、医学部臨時定員増を延長するということや、臨時定員増の医師養成数を恒久的な措置にするというようなことが書かれているのですが、医学部の定員を増やせば偏在問題が解決するかというところとそうではないということや、ずっと議論してきたと思うんです。そうではなくて、少数地域にきちんと医師が定着することであったりとか、本当に必要なところに医師の確保ができるかどうかということが大事なんだということやずっと議論してきたと私は認識をしています。

ですので、これから少子化が進んでいく中で、多くの学部は定員を減らしている。入学

する人がいなくなっているというようなことがある中で医学部だけ増やし続けることでは、とても定員を満たすことも、一定の質を保った上で満たすということではできないのではないかと思います。この定員増に頼ることというのはちょっと違うのではないかと思います。ですので、令和5年度以降の設定ということについて、全体的に医学部の定員数を増やし続けるという方向はやはりそのとおりに認めるべきではないのではないかと思います。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、新井構成員をお願いします。

○新井構成員 順天堂の新井でございます。

冒頭で片峰座長からお話があったように、今回のコロナでいろんな問題を私たちの目にさらされることになったと思います。やはり医師の診療科偏在の問題には手をつけないと、単に地域偏在だけに目を向けていてもなかなか問題は解決しないのではないかと思います。

今回のコロナ禍で例えば人工呼吸器やECMOを回せる医師が足りないとか、あるいは感染症専門の医者がいないとか、そういう問題が明らかになりました。医師不足の地域に地域枠の医師を送り出していくだけでは足りないのではないかと、やはり診療科偏在の問題に少し踏み込む必要がある。地域枠で卒業した若い医師が、地域のニーズにマッチしているのか、そのためにしっかりとキャリアパスが構築されているのかを私たちがフォローしていく必要があると思います。地域枠の医師が、どのようにして専門医を取るのか、あるいは大学院に行って学位を取るのかといったことがよく話題になりましたけれども、最終的にどういう形で日本の医療に貢献してもらえるのかを考えないといけない。卒業させるだけさせておいて、あとは放ったらかしということ、これは言い過ぎかもしれないですけども問題だと思います。地域偏在と診療科偏在を両にらみで手を打つ、そういうようなことが必要なのではないかと思います。

もう一点は、この需給分科会の話とは直接関係ないんですけども、この度共用試験合格が公的なものとして認知されて、国家試験の受験要項に入りました。また、共用試験に合格した学生の医行為が法的にも担保されるということになりました。そうしますと、この医学教育の中で共用試験が第2のというか、第1のというか、国家試験化していくことになり、学生がどんどんそちらのほうに流れていく、共用試験合格を第一義的なものと考え、地域医療を含め医療・医学を広く学ぶといった姿勢がなくなるということが少し危惧されます。もちろん共用試験を公的に担保するという事は、シームレスな医学教育、医師育成には必要なことではあるのですけれども、その中でやはり地域医療とか、そういうことに目を向けてくれるような学生を育てるというか、育成するような医学教育というのを大学として真剣に考えていかないといけないのかなということを改めて今、感じているところです。

繰り返しになりますけれども、医師の地域偏在を考える時、やはり診療科偏在の問題に

踏み込む必要がある、あとは地域卒卒業生の卒後のキャリアパスをしっかりとフォローして地域医療に長く貢献できる医師を育成していく、そんな視点が必要ではないかと感じております。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、福井構成員お願いいたします。

○福井構成員 福井です。2点ほど、私も申し上げたいと思います。

1点はまさに新井先生もおっしゃったことですがけれども、診療科偏在への対応が数よりも本当は先行するべきではないかなとずっと思っています。今回のパンデミックにつきまして、それだけを頭に置いて、同じものが起こったらどうするかということではなくて、恐らく違った専門性が必要ないろいろなディザスターというか、パンデミックが起こる可能性がございまして、今回いろいろ裴先生とも一緒に調べたことを後ほど恐らく裴先生はおっしゃるのではないかと思いますけれども、実は非常に忙しくなった診療科と、暇になっている診療科がありまして、そのところをフレキシブルにマンパワーを必要に応じてどうやって動かせるかというのが非常に重要なことになってくると思います。

その場合に、なかなか脳外科の先生に感染症をお願いするというわけには恐らくいきませんので、やはり総合診療的な診療分野の医師を今までよりも増やしておくことが、恐らくフレキシブルに医師を必要に応じて専門性を動かす上では一番有効ではないかと思っております。ぜひその診療科の偏在にフレキシブルに対応できるような体制ということも頭に置いていただきたいと思います。

もう一つが、こういう医師の必要数をお話しするときに、研究をする医師の話と診療の話とが全く別個にいつも話されているような気がしまして、診療科の偏在のときにも大学の定員数を考えるときには研究分野にいく医師も十分考慮されて話をされているのか、ちょっと私も頭の中から消えてしまうものですから、全体を考慮しているというふうに分かるようにしていただけるとありがたいと思いました。

以上です。ありがとうございます。

○片峰座長 それでは、たくさん手が挙がっていますので、次に日本医師会の釜菴構成員をお願いします。

○釜菴構成員 釜菴です。

皆様のお話にありましたように、コロナ禍によって医療の状況が大きく変わってきているということがありますので、そのことも踏まえた議論が出てくるのは当然だと思いますけれども、まずは国の置かれた人口の推計、どういう社会になっていくのかというところは、大きくコロナがあったからといって変わるわけではなく、新たに生まれてくる人口がどんどん増えるわけでは決してないわけですから、これまでの分科会、特に昨年の11月で取りまとめたように、日本全体として臨時定員を含む医学部の総定員は削減していくという方向について、この状況を大きく改めるべきものではないというふうに思います。

一方、コロナに対するいろいろな対応が必要になる中で、仮に今後コロナのことを考えて診療科、あるいは定員を踏まえた手当てをしたとしても、その人たちが実際に医療現場に出てくるまでにはかなり時間がかかるわけでありまして、すぐに即効的な効果はないというふうに思います。

その中で、今回コロナの対応にずっと私自身もいろいろ携わってまいりましたが、一番求められるのは、それぞれの医師の専門性はもちろん大事だけれども、幅広くいろいろなことができる医師が必要であって、自分の専門はこの分野だからこれしかやらないというのではもう役に立たない。幅広く自分の努力によってこれまでの経験を生かし、やったことがない部分もあるかもしれないけれども、幅広く対応できるという医師こそが非常に求められているのだということを痛感いたします。そのような方向に全体としての流れを大きく変えていかないと、専門性の追及ばかりではなかなか国民に対して医療を十分提供できないのではないかと思います。

それで、コロナのことがありましたので、令和4年というふうに考えていたターゲットの年がまた延び、そして令和5年に新たな入学という人たちはもう2年を切ってしまいましたので、令和5年から制度を変えるわけにはいかないということでもまた延びるわけですね。

どんどん延びていってしまうのですが、何とか早くこれまでの意見を集約して、そして最短のところで必要な変更をしっかりと形にしていくということがぜひ必要だろうと思います。

以上、意見を申し上げました。

○片峰座長 では、本田構成員をお願いします。

○本田構成員 本田です。

久しぶりの議論なので、私自身思い出すのにあれだったのですけれども、先ほど皆さんがおっしゃると基本的に私も意見が同じなのですが、まず大前提として、これまでの議論でやはり医学部の定員を増やしても、今、地方なり診療科なりが抱えている課題とか問題というのは改善されない、イコールで解決するものではないという立場で私も考えています。

実際、先ほど神野構成員がおっしゃっていたように、地方から見るとこれだけ、そうはいっても毎年医師は増えているわけで、増えているのになぜ地域に医師がいないのか。新しい専門分野みたいな新しい形というものもあるのかもしれませんが、ただ、数が増えればそれが全て今、困っているところにちゃんと医師が行くのかというと、それは違うと思っています。

そういう中で、各先生方がおっしゃったように、私もずっと以前から診療科の問題をまず考えないと解決には至らないのではないかと。もちろん地方の問題もなんですけれども、そういうふうに考えています。

それで、今回ずっと私はコロナの関係の取材の担当をしていて、すごく医療のことで思



うのは、キーワードは硬直性だなと思ったのですけれども、まずは表立ってメディアとしては病床のことを取り上げるのが多かったです。こんなに患者さんがいるのに、なぜ病床はコロナの患者さんを受け入れられないのか。それは基本的には硬直性、医療提供体制の硬直性というものがあったかと思えますけれども、私はその背景の本質にはやはり医師の硬直性というか、自分はその担当ではないから診られないとか、そういうことではないかと感じています。

そういう中で、先ほどもおっしゃっていましたが、今の形のままでこれから先ずっと、ただ毎年更新していくというだけではそろそろ本当にまずいのではないかと考えていて、きっちりある方向性というものを出していかなければいけないというふうに考えています。

とりあえず、今の私の意見です。

○片峰座長 では、裏構成員をお願いします。

○裏構成員 裏でございます。

コロナの影響で医師需給を含め、医療を考える新しい変数が1つ増えたというのは恐らく皆さんの一致するところかと思えます。その変数が増えたということを前提に3つのポイントがあるかと思えます。

1つは、先ほど福井先生がおっしゃっていただき、研究を御一緒させていただいているのですけれども、やはりコロナという変数でかなり医師の役割が多様化しています。その影響で、その役割を担えない人はある意味、時間的余裕ができるようになる。

一方、ジェネラルに対応できる人やピンポイントでニーズに合致した人はすごく忙しくなる。いわゆる医師の労働時間の二極化というのは非常に顕著になってきた部分がございます。そういった意味で、それに堪えるためにはやはり総合診療医やジェネラルに診療できる柔軟性というのをおっしゃるようにならなければならないかと思えます。それが1点です。

2点目は、医師需給の考え方に関して有事モードを常に考慮しながら議論するのか、それとも平時モードをベースに考えるのか。つまり、常に有事を想定するとなると、当然投入する資源というのはある程度余剰分のバッファータを持たなければいけない。となると、議論の前提がかなり変わってしまいます。その有事と平時のどこのバランスを取るのかというのは、一致させておかないと、このコロナが100年に1回なのか、例えば5年に1回なのか、それによって議論のベースはかなり変わるかと思えます。それが2点目です。

3点目は、医師という存在を量の議論から質の議論を交えた二方向性の議論をしていかなければいかなかなか難しいことが、今回のコロナの変数というのが加わって露呈されたと思えます。医師数の議論だけでなく、必要な診療科は何か、といった診療科の偏在についても量と同等、またはそれ以上にこれからしていかなければいけない。医師需給分科会のギアをこれまでと異なる一段上のギアに入れ替えないと、なかなか現状は打破できないのかなというふうに思えます。

以上、3点でございます。

○片峰座長 今村先生以下、ちょっと待ってくださいね。

もう中期的な話になっているので、その議論を続けていただいで結構なのですけれども、要は釜菟構成員が御指摘いただきましたし、山口構成員が言われましたけれども、この分科会は医師の数を増やしても何ら問題が今まで解決できなかったという反省からスタートしているわけですね。その中で、需給予測をやり直して、偏在対策もそれなりに打って、その帰結として基本的な医師の医学部定員の総数は変えない、もしくは減に移行する。

そうしますと、当然ながら地域偏在等々を考えますと、どこかが減るわけです。その中で、様々な地域から悲鳴ではないのですけれども、いろいろ声が挙がってきているわけです。そういった短期的には令和5年度を目指してということかも知れませんが、その立場をきちんともう一回社会に対して、この分科会として言うかどうかというところが最大のポイントだと私は思っています。

要するに、増やさない。しかも、偏在対策をやり続ける。結果としては、多数地域の医師数は減ってくるという基本的な今までの議論ですよ。ここも含めて少し御議論いただければと思っているのですけれども、そこも含めて今村構成員お願いいたします。

○今村構成員 すみません。私のマイクが聞こえ難そうなので、先にどなたかやっていたいでよろしいですか。

○片峰座長 では、小川構成員お願いします。

小川先生も、ミュートになっています。

○小川構成員 この7年間、同じ議論をずっと繰り返してきたような気がします。これだけ有能な方々が集まっていて、7年も議論をして地域偏在というか、偏在問題を全く解決していない。一番大事だったこの偏在問題が解決していないんですね。やはり、こここのところに問題があるのだらうと思います。

それにはいろんなファクターがあって、福井先生もお話ししていたように専門分化されて、そして自分の専門以外の病気は診ないとか、そういう形が現在、偏在問題を悪化させているということだらうと思います。

それから、とても心配なのは今年の入試です。今年春の入試で、医学部志望者、志願者は激減しました。それで、実はこれは18歳人口が減ったからこうなっているのか、それともコロナの問題で応募者が減ったのか、この辺はちょっと分析をしていただかないと分からないのですけれども、この減ったままで、医師を目指す方々が減少している中で入学定員だけ持続すれば質の低下に当然つながっていくわけでありますから、これもゆゆしき問題だと思っています。

いずれにしても、私が一番申し上げたいのは、7年にわたってこのようなすばらしい頭脳の方々が集まって議論をしてきたのに、一番大事な偏在問題が全く解消していないというところに一番の問題があるのではないかと私は思います。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、北村構成員をお願いします。

○北村構成員 ありがとうございます。

福井先生、新井先生、そして今の小川先生もおっしゃられたとおり総合診療、多くの幅の広い総合診療をできる医者が少ない。専門医ばかりであるということのゆがみが今回のコロナで出てきたと思います。

それで、1つ、口で総合診療医が足りない、足りないと言いつつも、実際の大学教育を考えてみると、大学では総合診療科がある大学は少ないです。大学病院の中に総合診療をやっているところはありません。そして、教育の中で本格的に総合診療に取り組んでいるということもあまりないように思っています。国家試験にも総合診療の問題という形では出てこなくて、内科の問題、外科の問題というふうに出てきています。

教育課程から総合診療医をしっかり育てるように、文部科学省の皆さんとも相談した上ですべきだと思います。

今、地域枠と呼んでいるのが1,000人くらいあります。これを、総合診療医枠と呼んだらどうかと私は思います。自治医大が似たようなことでへき地に行っていますけれども、かなりの数の人が総合診療をやっています。

それで、地域枠の人は9年済ませば自分の好きな診療科へ行けると思ってやっていますが、そうではなくて、地域枠でなくて総合診療医枠というふうな形にしていけば、時間はかかりますが、もっといい方向に行くのではないかと。国、文科省、厚労省を挙げて総合診療医をしっかり育てるといふのを本気になってやってほしいと思っています。

現実に専門医機構で総合診療という枠があるのですが、3年間やってほとんど増えていません。9,000人卒業して、総合診療にくるのは500人にも満たないような数字です。2,000人くらいと個人的には思っているのですが、国を挙げて総合診療医を育てるようにかじを切るべきだと思います。

ついでに申し訳ありませんが、あと1分間、基礎の研究者でこちらもゆがんでいたことが分かりました。基礎の研究者でも遺伝子とか、そういうはやりの学問をやる人ばかりで、本当のウイルスの専門家が日本にいないことが露呈しました。今、専門家集団と言っていられなくても抗生物質の専門家であったり、感染症の専門家であったりして、本当のコロナウイルスの専門家というのは日本中で1人しかいないと私は聞いてまいりました。その研究の分野でもしっかりとバランスを取った研究者を育てるようによっていただいたらというのが、蛇足ですが、希望です。

以上です。

○片峰座長 では、家保構成員をお願いします。

○家保構成員 ありがとうございます。高知県の家保でございます。

今回の資料では6、7ページに12県の知事会の意見が、8ページに全国知事会社会保障常任委員長の平井鳥取県知事の意見がございます。地方で医師の偏在対策を行う立場としては2つ、先ほどお話がありました地域偏在と診療科偏在の両方とも絡んでまいります。

都道府県によって意見の違いがあるのですが、8ページの社会保障常任委員長の見解の方がおしなべて都道府県側の意見ではないかと思っております。その中の下の部分に書いていますように、地域枠の設定により、地域偏在は、完全とはいいませんけれども、かなり緩和の傾向が出てきていることは、今までのデータで明らかだと思います。

その傾向を継続していくために、各都道府県で工夫して頑張らないといけないと思っております。

ただ、一方で診療科の偏在につきましても正直、都道府県としてなかなか打つ手はございません。お金で解決するものでもございませんし、インセンティブについて都道府県行政が実施することも難しい。そうしますと、先ほど北村構成員もおっしゃったように、総合診療科の推進とか一定、何か次の施策が必要なのですが、なかなかそういう対策は出てこなくて困っております。

その中で地域医療の確保を進める責任者としては、やはり急激な変化をもたらすことは避けていただきたい。ある程度、段階的に次の段階を目指していくというような部分で、国として政策を打っていただきたいというのが希望でございます。

各都道府県、本当にいろんな意見がございます。日本全体としては医師数、養成数の削減というのは、人口減やそれに伴ういろんな患者の減などがありますので、やむを得ない部分があるかとは思いますが、おのおのの地域で責任を持つ立場としては、臨時定員が一気にゼロになるのではなく段階的な移行を考えていただき、また、都道府県ではなかなか対応しづらい診療科の偏在について、何らかの方策を提示していただければ非常にありがたいという意見でございます。

以上でございます。ありがとうございました。

○片峰座長 それでは、次に権丈構成員に御意見をいただいて、議題の1は少しまとめさせていただいて議題2に移らせていただいて、山口構成員、中島構成員、永井構成員にはまた後で御発言いただくということでよろしいですか。

では、権丈構成員お願いします。

すみません。聞こえませんが。

○権丈構成員 聞こえますか。大丈夫ですか。

○片峰座長 大丈夫です。

○権丈構成員 去年の8月に、地域枠という名前ではなくて地域医療枠、地域医療を積極的に見直す形だということで、地域医療貢献枠とか、地域医療推進枠という名前にしたらどうかというようなことを提案したら却下されたんですけども、北村先生も却下されたんですけども、私は総合診療医枠という名前にするというのは大いに賛成したいと思います。よろしくをお願いします。

それと、この議論というのは、例えばこういう文章というものがあるのですが、「人口当たりの病床数は諸外国と比べて多いものの、急性期、回復期、慢性期といった病床の機能分担は不明確であり、さらに医療現場の人員配置は手薄であり、病床当たりの医師、看

護職員数が国際標準よりも少なく、過剰労働が常態化している。この現実が医療事故のリスクを高め、一人一人の患者への十分な対応を阻んでいる」。

こういう文章があるのですけれども、これは2008年の社会保障国民会議のときの文章なんです。この状況がずっと続いているんです。それで、このずっと続いているというところで、ここで医師需給分科会だから医師需給の話をするのは分かりますけれども、今回のところで自治体のほうからいろいろ要求が出てきているのは、相当部分は提供体制の改革のところの話ではないか。そして、提供体制の改革を進めていながら、医師需給の問題というのは同時並行で考えていかなければいけないのではないか。

そして、座長もおっしゃってましたように、医師を増やしてみた。増やしてみたけれども、偏在問題が解決しなかったというところからこの会議が始まって、そして医師偏在指標というようなどころまで作っていきまされたけれども、医師偏在指標というものができていったときに、その偏在指標といいますか、医師が多いですよという地域と、医師が少ないですよという地域がやはり都道府県の中で対立してくるわけです。

そして、医師偏在対策をしっかり進めているという期待が高まってくると、医師が少ない地域が力を持ってきて、逆に、世間全体からみて医師偏在対策が滞っていて、これは動かないみたいだという期待値になってくると、医師が多いところは今までは医師偏在対策で減らされるというポジションでしたから、今度はパワーバランスが変わってきて、自治体全体で医師総数を増やしてくれという声が変わっていくという傾向があります。私は今回の自治体のほうからの提言というのは、しっかりと医師偏在対策をやれよというメッセージがこの形で表れているのかなというふうに受け止めておまして、これまでの形で医師偏在対策というもの、そしてみんなが偏在対策は進んでいるという期待になるまで、これは展開していかないといけないのかなと思っております。

以上になります。

○片峰座長 ありがとうございます。

様々な御意見をいただきましたけれども、1つは新たなニーズの話がありましたし、診療科偏在の話もありましたし、この議論は恐らく中期的に継続していかないとなかなか難しい議論だし、今、権丈構成員が言われましたが、我々が医師法、医療法を改正して偏在対策の成果がどこまで上がったのか、上がっていないのかというのはまだきちんとしたデータが上がってきていませんし、そういう総括もいずれ要るだろうと思います。

当面、この議題1なのですが、先ほどから言われていますように、基本的には大体医師総数というのはもう増やすべきではないんだ。中期的には減に転じるべきなんだという中で、やはり地域枠を中心にした偏在対策はその医師定員の中で考えていくべきというラインは恐らく皆さんよろしいのではないかと思います。

その上で、もう1回か2回かあると思うのですけれども、この問題に関してどういうメッセージを出すかという辺りが問題になるかと思いますが、医事課のほうで何かコメントいただけますか。この件に関して、今後の進め方も含めてでしようけれども。

○山本医事課長 医事課でございます。2点、お話しさせていただきます。

1点は、医師の養成数と総数のところをしっかりと認識を一にできればと思っています。養成数、定員の減のところと養成医師の総数自体は近年、3500から4000人と増えてきている中で、その増加のペースの議論は資料に提示させていただいたとおりだと思っております。そうした中で議論にもありましたように将来的な人口減や偏在対策について御議論いただき、それを踏まえて取組をさせていただければと思っておりますのが1点です。

2点目は、進め方については本日の御議論の動向を踏まえて、また改めて御相談というか、取組を検討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。

○片峰座長 そういうことで、とりあえずは議題1から2に移ってよろしいでしょうか。

では、次の2は前回からの継続なのですが、歯学部振替枠の見直しです。資料2で御説明をお願いします。

○野口医事課主査 それでは、資料の2を御覧ください。「歯学部振替枠の見直しについて」でございます。

2ページ目、こちらは前回の需給分科会でお示しした資料でございますが、これまでの経緯として平成21年から10年間の措置として歯学部の入学定員を減員する場合、一定割合の医学部定員の増加を認めたということが行われておりました。

ただ、その平成31年の後につきましても同様の措置が継続して行われたというところで前回御議論いただいたところでございます。

3枚目でございますが、こちらの点についていただいた主な御意見として、歯学部を持っている大学にしかできないので不公平であるため見直すべきだという点でございますとか、歯学部振替枠については都道府県にとっては無関係の一般入試枠が増えただけで地域定着にも貢献しないため見直すべきですとか、あとは歯科医師の養成数の議論と医学部の臨時定員とは別に検討すべきというような御意見をいただいております。

歯学部振替枠という枠組みについては、歯科医師の養成数を抑制するとともに、全体の医師不足の解消を目的として導入されたものでございますけれども、現状、医師養成数は増加している一方で、地域・診療科偏在の是正というものが大きな課題となっております。

この枠組みに期待された役割というものは一定程度果たされたということから、この枠組みを廃止するとともに、将来の需給も踏まえた上で地域医療や社会におけるニーズへの対応の在り方についても検討してはどうかというところで、御検討いただければと思っております。よろしくお願いたします。

○片峰座長 ありがとうございます。

この最後の御提案の当該枠組みを廃止するというイメージをもうちょっと具体的に言っていただけますか。要するに、振替枠というものをなくすということですね。

○野口医事課主査 はい。歯学部の医学部定員に振り替えるという枠を廃止するというこ

とです。

○片峰座長 廃止して、ほかの臨時定員枠と同じように扱うということですね。

○野口医事課主査 その点については、文部科学省さんに。

○片峰座長 臨時定員枠もなくすということですか。そこら辺をちょっと明確にしてください。

○伊藤文部科学省高等教育局医学教育課長 文部科学省でございます。

今、片峰先生がおっしゃいましたとおり、現状の歯科振替枠に関しましては、必ずしも地域偏在対策と政策的方向性ということについての色がついていない形でございますので、先ほど来御議論いただきました地域偏在であるとか、または診療科偏在への課題ということに対して対応していく枠として考えていくべきではないかということで、例えば地域枠であるとか、または地域枠の中でも一定の偏在対策への在り方ということに対応するものとして、臨時定数の考え方の中に位置づけていくべきではないかという御提案でございます。

○片峰座長 それでは、この問題に限定して御意見をいただけますか。

今村先生、手が挙がっていますか。この問題に関してでよろしいですか。

○今村構成員 この問題ではありません。後でお時間をいただければと思います。

○片峰座長 では、小川構成員をお願いします。

○小川構成員 片峰先生が質問されたのと基本的に同じなのですが、当該枠の枠組みを廃止するという意味がちょっとよく分からないというか、現在、歯学部振替枠でいっているものはどうするんですか。現在そうなっているものについては。

○伊藤文部科学省高等教育局医学教育課長 現在の歯学部定員の振替で措置しているものに関しましては、これは廃止するという御提案です。

○小川構成員 廃止するということは、元に戻すということですか。

○伊藤文部科学省高等教育局医学教育課長 元に戻すというのは歯学部に戻すということではなくて、歯学部の定員は一旦削減して、その定員を医師養成の増に利用するというところでこれまで10年間やってきたというところでございますが、地域偏在に対応するという形での臨時定数の中では、今回におきましては継続を行わないということで廃止の提案をさせていただきます。

ただ、先ほど来ございましたとおり、繰り返し申し上げますが、地域偏在であるとか、または診療科の偏在問題という課題は引き続きございますので、先ほどの資料1の議論と連動しますけれども、臨時定数全体の高さの中で地域枠として対応していく政策的必要性があるということであれば、今の歯学部定員振替枠であります定員分を無色透明な歯学部振替枠ということではなくて、地域枠として活用していく。例えば、そういうような形での地域医療や社会ニーズにおける対応として活用していく。そういう利用の仕方はないかという御提案でございます。

○小川構成員 ということは、歯学部振替で臨時定員増になっていた部分については別な

地域枠等々に振り替えるということと理解してよろしいのでしょうか。

○伊藤文部科学省高等教育局医学教育課長 大きな方向性については、おっしゃるとおりと考えております。

○片峰座長 山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。

この3ページのところで、歯学部を持っている大学にしかできず不公平だと前回申し上げたのは私なんですけれども、今のお話は文科省の方の御説明が私はいま一つまだ腑に落ちていなくてよく分かりません。もしそのまま例えば地域枠に振り分けたりするということになれば、歯学部を持っている大学で一般入試枠の定員が増えただけということになると思いますので、地域枠に振り分けたりすると曖昧になるだけなので、これはなかったこととして一旦廃止して、もし何か必要なところで増やさないといけないことがあるのであれば、振替枠とか云々とかではなくて、本当に必要なところに必要だから増やしますというふうにしたほうが、この歯学部振替枠というものの自体と、そのあてがわれていたところは一旦全部なしにしたほうが分かりやすいのではないかと思います。

○片峰座長 どうですか。答えられますか。

○伊藤文部科学省高等教育局医学教育課長 今、御指摘の趣旨で御説明したつもりです。実際に社会需要に対応した臨時定数としてどの大学につけるかということにつきましては、必ずしももともと歯学部定員振替枠を持っていたところに限らず、必要なところに地域ないし診療科対策の対応として、措置していくべきではないか。そういった御提案でございます。

○山口構成員 多分、今の説明を加えることによって、その枠をそのまま存続するように聞こえてしまうんです。廃止するんだったら廃止するというところで、そこは一旦、真っ白にするというふうに御説明いただいたほうが多分、分かりやすいのではないかと思います。

○片峰座長 山口構成員、私の意見なんですけれども、要するに歯学部振替枠という言葉があるから紛らわしいので、歯学部の定員は恒久定員を各大学が文科省に返上したわけですね。だから、これはこれで復活するとか何とかという話ではないと思います。

問題は、そのときに各大学の要望、あるいはニーズに基づいて医学部の臨時定員枠を措置したわけですね。それが最初に私が申し上げましたように、大学にとってはもう構造化しつつあるわけです。その中で、本当にそれが必要なかどうかという検証をした上で考えるということだと私は理解したのですけれども、その理解ではだめなんですか。

○山口構成員 私に聞かれているんですか。

そのことを増やして医学部の定員に歯学部の減じたものを持ってきたとしても、地域に定着するというのに貢献しなかったとか、そういった結果が出ているのであれば意味がなかったというふうに判断して、一旦廃止したほうがいいんじゃないかと私は思います。

○片峰座長 分かりました。

ほかにいかがですか。



山内構成員、お願いします。

○山内構成員 私もしつこいようですけれども、山口構成員の意見と同じでして、ちょっとよく分からなくて確認をしたいのですが、例えばA医科歯科大学のところは歯学部の定員は2つ、これを返上して、今まで医学部の臨時定員枠として使ってきた。それで、医学部の定員が120名だったけれども、今度は返すとなったらそれが118名になるということです。そうすると、確かにずっと座長が御心配されたように、A医科歯科大学にとってはやはり学生の人数が減ってしまうので、それをさらっと返すことは非常に大変なんだとは思っていますけれども、ただ、今度はその人数を医師が少なくて地域枠で非常に困っているB医科大学がそれを欲しいと思っても、その2枠はもらえないということでいいわけですよ。

もしそういうことが起こるのであれば、私も山口構成員と同じように、不公平になったりいろいろなことがあるので、確かに当事者の歯学部を持っている大学にとっては大変かもしれないけれども、これはひとつきちんとなくして新たに必要などころにというふうにしたほうがいいと、私も山口構成員と同じように思いました。

○片峰座長 家保構成員、お願いします。

○家保構成員 都道府県でこれが該当するのは9つの都道府県だけになり、残り38の都道府県は全く関与していない部分になります。これ以外の臨時的な定員増は一定都道府県に公平と言っては何ですけれども、ほぼ均等もしくは医師偏在の逼迫度に応じて配置されており、それとは違った施策といえます。やはり私としては一度きちんとゼロサムに戻してやっていただくほうが、該当大学には申し訳ないですが、都道府県の立場では公平になるのかなと思います。

もしこの制度による定員増を生かすのであれば、真に医師が不足しているような都道府県にあえて集中的に配置するなり、そういう財源的な定員の使い方をすれば、まだ各都道府県にとっても理解が得られるのではないかと思います。

以上です。

○片峰座長 文科省の伊藤課長、今、御議論いただいたように、理解がいま一つだと思えます。例示か何か、この大学の場合はこうなるというような例示を示していただいたほうが御理解いただけるのではないかと私は思うんですけども、伊藤課長どうですか。

○伊藤文部科学省高等教育局医学教育課長 大変失礼しました。先ほど委員の先生も、具体的にA大学、B大学という例示でお話いただいておりましたけれども、我々の提案としては同じように例示を使わせていただきますと、先ほどおっしゃられたA大学でもともと持っていた歯学部の恒久定員2名分の振替枠を医学部のほうに臨時で2名分をつけていたところを、例えば今回はその分はもう引き継がない。2名分については必ずしもA大学につけるということではなくて、改めて地域偏在、そして診療科偏在等、社会のニーズに対応するために取り込まれる大学にゼロベースで査定して使う。そういった対策に活用していったらどうかという御提案として提案させていただいているところでございます。

趣旨は伝わったでしょうか。

○片峰座長 大体分かったのですけれども、できれば次回明確な形でもう一回出していただけますか。それで、間に合いますか。

○山本医事課長 医事課でございます。

次回、書面で提示させていただいているものと、本日いただいた意見を踏まえてもう少し整理して提示を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。

○片峰座長 何か絵とかも出してもらえればいいんじゃないかと思えます。では、そういったことで次に持ち越したいと思えます。

それでは、45分くらい時間がございます。最初に私が御提案した最大の興味は、この分科会の議論を今後どうしていくか、あるいはこの分科会自体をどうしていくのかということだと思っております。そのことに関して、現状の理解に関してでもよろしいですし、新たなニーズに関してでもよろしいのですけれども、そこら辺で御意見をいただきたいと思えます。時間がある限りということで、御意見が早くなくなればそこで終わります。

それでは、先に手が挙がっていました今村構成員からお願いします。

○今村構成員 先ほどは御迷惑をおかけして申し訳ございませんでした。

座長からお話のありました今後のこの会の進め方ということの前に、私が申し上げたかったことが2点ほどございますので、先にそれを述べさせていただきたいと思えます。

まず1点目は、神野構成員が私の名前を出していただいて、医療部会での発言ということで御紹介をいただいた点でございます。日本医師会は厚生労働省から委託を受けて、女性医師支援センター事業を運営しております。本来は、出産、子育てや介護等でも職を離れないで継続できることが最も望ましいのですけれども、従来は離職をされる方が非常に多かったです。そういう女性医師を支援して、また新たに就業していただく。また、就業の研修をして支援をしていこうということで、バンクを運営しているのですけれども、2,800名ほど求職者として女性医師が登録しています。

今般、新型コロナウイルスのワクチン接種に協力していただけるかというアンケートを取ったところ、先ほど神野先生から700名というご紹介がありましたけれども、すぐに700名の手が挙がり、3日くらいで800名までになりました。

ところが、どこからも手伝ってほしいという声がかからない。厚生労働省でも「医療のお仕事key-Net」と言って、医師をはじめとしたそういう医療に関わる登録をされている方たちがいるのに、これも全然声がかからないという状態の中で、ワクチン接種人材が足りないというようなことが巷間で言われていたということがございます。

要するに、マッチングが全然うまく機能していない。それで、今回厚労省は総務省と協力して、自治体に対してこういうものがあるからぜひ活用してほしいというお話がいて、ようやく少しずつ動き始めているというのが実態だと理解しています。

潜在的に働きたいという医師がいるのに、活用されずに医師不足だというような話にな

るのは問題だと思っております。有料の紹介事業者を活用して高額な費用を払って医師をはじめとした医療従事者を頼まなければいけないというようなことではなく、無料の仕組みがきちんと用意されているわけですから、これをまずはしっかり活用して、少しでも医師不足の解消につなげるべきだと思っております。

今回、この検討会が久しぶりに開催されたので、先生方の議論を聞いていると、何かちょっとデジャヴというか、ずっとこの話をしておおよそ方向性が決まって、そして医師法、医療法の改正につながったというふうに理解しているのですが、また議論がどうしても堂々巡りする感じになるということがあります。

確かにコロナという新たな要素が加わったんですけれども、根本的なところについては大きく変わらなくて、座長がおっしゃったように総論としての医師数はある程度抑えていくという中で、とにかく地域の偏在と診療科の偏在をどうするのかというのがこの重要な論点だということです。

それで、実際に7年間幾ら議論しても、改善はしないわけで、議論の結果をきちんと制度の中に落とし込んで、それを取り組むことによって初めてその成果が出る。そして、その制度自体が本当にうまくいっているかどうかをしっかりと検証しながら、次の検討につなげるという意味では、この法律改正がされてようやく都道府県に権限が与えられ、あるいは権限だけではなくて義務も発生しているんだと思っております。医師確保計画にしても、従来の都道府県がやってきた医師確保計画ではなくて、よりしっかりとした確保計画を作ってくださいとか、あるいは地域枠の設定についても相当の大きな権限が都道府県にあるわけですし、専門医制度についても意見具申ができる形になっている。

さらに、臨床研修制度についても都道府県知事の権限がある程度強まっているという中で、この法改正をするときには都道府県にそれだけ権限を与えてもいいのかというような話すらあった。県知事の方たちは確かに県とすれば地域の医療の確保というのは非常に大きなお仕事だと思います。

ただ、これは国に偏在対策を求めるということもそうなのでしょうけれども、やはり県は県としていろいろな取組をしていただかなければいけない。みんなが協力してこの偏在対策をどうしていくのかというお話だと思うので、今回の資料1を見ても3割以上が知事の要望のような形になっていて、私は少し違和感をおぼえるところであります。

お気持ちはよく分かるのですが、まずはやはり県としてやるべきことをしっかりと取り組んでいただく。そして、我々は我々として今後何を議論していくかという中で、診療科の偏在というのは大変大きな課題だと思いますし、先ほど裏先生からもご発言があったように、平時の場合と、有事に負荷がかかったときのバランスをどう取るかというのは確かに大変大きな議論だと思いますので、そういったことを中心にこれから議論していくことになろうかと思っておりますけれども、一旦決まったことをまた繰り返し議論するようなことは、本当に皆さんお忙しい中で時間をつくって出てきているわけですから、ぜひとも前向きに新たな今後の偏在対策につながる議論をしていければいいなと思っていま

す。

長時間、お時間をいただきましてありがとうございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

そうしたら、さっき手が挙がっていた中島構成員、山内構成員、永井構成員の順で、まず3人からお願いします。

中島さん、お願いします。

○中島構成員 ありがとうございます。

私は、今後のこの会の進め方についてなのですが、日本の今後の医療の在り方がしっかり土台になっていないと、数だけで議論を続けていくのは厳しいなと考えています。効率のよい医療をどう提供していくか。医療の集約化とか、タスクシフトとか、いろいろ意見はありますが、なかなかそれが具体的に進んでいないなというふうに感じています。

やはり私も今までの先生方の御意見と同じなのですが、総合診療医を増やしていくことは、もう国は明確にしていく必要があるのではないかと考えています。それで、その増やし方なのですが、地域枠の若い先生方にも期待していますが、できればそれと同時に既に専門医となっている先生方の総合診療医のキャリアチェンジを何らかの形で進めていけないうふうにも考えています。

私からは、以上です。ありがとうございました。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、山内構成員お願いします。

○山内構成員 ありがとうございます。

私は、大まかな流れとしては皆さんがおっしゃっているように、今のコロナによる社会の流れで医師を増員したほうがいいとかということではなく、人口の減少とかを考えて、そちらのほうは今までの流れと同じですし、増員しても地域偏在、地域医療が変わってこないということは、私たちはやはり地域偏在、診療科偏在をやっていかなければいけないというふうに思っております。

その中で、今回のコロナの影響として、よく医師会とかでも言われていますように、私はすごく社会の中で医療というものが社会的共通資本として非常に世の中に認識されてきたと思うんです。それで、医師をしている者たちも最近そういう意識は薄れてきたところを、自分たちは社会的共通資本なんだという意識が少し芽生えているような機運がある。コロナによって、それがポジティブな流れなのかなというふうに捉えております。

それで、先ほど今村構成員がおっしゃっていただきましたように、例えば女医さんでも自分が医師の免許を持っていながら何も社会の助けができないことは非常に心苦しいということから、そうやってワクチンの手伝いをしようという思いが出てきたり、もう一つは私は今、若い人たちがどう考えているかということもぜひ厚労省に何かの機会があったら調査をしていただきたいと思います。

先ほど小川構成員は、医学部の志望者が減ったというふうなことをおっしゃってしまし

たけれども、でも、中には今回このコロナのことで医療というものに関する、医師というものに関するミッションというものを本当に考えて医者になろうという人たちも増えてきているのではないかなということも、ちょっと希望的観測かもしれませんが、考えていったらと思うんです。

その中で、先ほど今村構成員が、議論ばかりではなくやはりアクションプラン、何かをしていかなければいけないという中で、今せっかくこの機運がそうやって高まってきている中で、先ほど地域の方々、各自治体の努力というものもという御意見が今村構成員からありましたけれども、やはりぜひこの機会に若い人とか、そういうふうな形の人たちに、医者として、社会的共通資本としての医師としての在り方というものを少し啓発していくのにはいいタイミングなのではないか。何かそういったところに具体的なアクションプランができるといいなというふうに考えておりました。

以上です。ありがとうございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、永井構成員お願いします。

○永井構成員 ありがとうございます。

私も皆さんと同じで、総合診療医というのはこれから国も増やそうという方向性ですし、診療科偏在を解決する一つの方策としてもいろんな立場で働くことができるので、これを増やしていくことが大切になるのではないかなと思うんですけれども、新しい専門医制度の中ではなかなか増えていかない。

そこを何とかする方法を考えないといけないと思うんですけれども、9ページにも「新しい定義の「地域枠」」と書いてありますが、何か地域枠の定義をはっきりさせておかないと、幅広くて入学のときは一般入学より学力が落ちるとか、僻地に行かされるとか、何か義務があるとか、行きたい科に行けないとか、そういうネガティブなイメージがあって、高校生がその地域枠に進みたいと思えるような何か定義ですね。

それで、先ほど提案があった北村構成員の総合診療医枠とか、権丈構成員の地域医療枠とか、何かポジティブに、自治医科大学みたいに総合診療というプライドを持ってその領域を担うような新たなネーミングであったり、定義というものをしっかりさせて、ここに進みたいと思えるような地域枠、この診療科偏在を解決する本当にエースみたいものですね。それで、それぞれの地域に残ってもらうための非常に大きな枠なので、これを前向きにここに進みたいという枠にしていったらどうかというのが1つです。

もう一つだけお願いします。地域偏在と診療科偏在を解決する上で、もともと医師の強制配置とか、いろいろ検討された中で、行きたい医師がそういう地域や診療科に行ける。それをちゃんと評価されてサポートをするという方向性で今回の医師法、医療法改正もされたと思うんですけれども、知事会とかの要望を見ると不十分ではないかということだと思うんです。もっと大胆に、それを進める方向、方法、方策を考えていかないと、20年後、30年後によくなっているのではないかという話ではなくて、この方向性でいいと思うんで

すけれども、そこをこの分科会でもっと大胆な踏み込んだ方策を考えていかないといけないんじゃないかなという思いがあります。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、堀之内構成員をお願いします。

○堀之内構成員 ありがとうございます。国立がん研究センターの堀之内です。ちょっと局所的なお話になってしまうのですが、国立がん研究センター中央病院はがんの専門病院でございますけれども、新型コロナのがん患者さん、当院に通院していらっしゃる患者さんを400名弱、昨年からずっと受け入れております。本当に第一線で活躍されていらっしゃる先生方からすると微々たるものなのかもしれませんし、中等症、軽症の方になるのですが、受け入れております。その中で、当院は島田病院長とコロナの対策の責任者である大江副院長の下でどういう判断をしたかということ、全診療科から、それもシニアのメンバーからボランティアで声かけをしてチームを構成して、コロナ患者さんの対応をしたという経緯がございます。それで、スムーズにっております。

若手の先生方、研修でいらっしゃる先生方にはできるだけ研修をしっかりとやらしてもらおう。ただ、最近ちょっと若手の方にも協力していただかないといけなくなったというところがあります。これはほかの医療職も同じで、看護部とかも同様の形で若手にばかりということではないような形にして、バーンアウトしてしまう方とかもそこまで出ずに受入れができていたというような状況がございます。

その状況を見ておまして、2つお伝えしたいと思います。

1つ目が、若手の方を強制的に、地域偏在とか診療科偏在で動かすというのはある程度まではできますけれども、限界がありそうです。そればかりではいけないなというのはこれまでも構成員の先生方からも御指摘があったところです。以前私も申し上げましたが、やはり高校生くらいから幅広い診療科の選択肢というのを認識して、率先して総合診療の専門領域に行っていただける。そういう方が増えるというような形を作っていくといけいけないというのは、改めて思いました。

あとはもう一つは、これも御指摘が既にあったところですが、やはりもうちょっとシニアの先生方で、本当に専門領域だけではなくて少し幅広くキャリアを考えていただける機会があるということが大切です。今回は有事ですので特殊かもしれませんが、やはりバランスよくいろんなことに対応するときには必要なんだなということを実感いたしました。コメントになりますが、申し上げさせていただきました。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、初めての発言の方を優先したいと思います。親会座長の森田構成員、お願いします。

○森田構成員 ありがとうございます。

親会があるというのを忘れるくらい、長くなってしまいましたけれども、本日は実はコ

ロナでなかなか先行きが見えないところですので、2つの議題は早く終わるのかなと思っておりましたけれども、座長のほうからこの分科会の在り方そのものについても考えるべきではないかという問題提起がありましたので、ちょっとその点にも触れて発言をさせていただきたいと思います。

これはもう7年ということですが、正直申し上げましてずっと同じような議論を繰り返しているという気がいたします。それはどういうことかといいますと、医学部の総定員はどうするかということで、これは人口動態を見ている限りは増やす理由がないのではないかと。しかし、そうすると地域偏在、あるいは診療科偏在もそうですけれども、偏在の問題がどうしても解決しない。それを解決するためにはどうするかということで、その限られた医学部の定員の中で地域枠であるとか、そうした形でもって対応できないかということですと議論をしてきたかと思えます。

しかしながら、こういう言い方をしているのかどうか分かりませんが、端的に申し上げますと、あまり効果が出ていないというのが現実ではないか。このまま、またこの議論を繰り返して行って、果たして生産的な形での政策の提言に結びつくのかどうか。その辺を片峰先生は気にされて、最初に問題提起をされたのではないかと思います。違いかもしれませんが、そういうふうを考えるわけです。

その点については最初の頃少し議論がありましたし、今の中にも御発言がございましたけれども、本当に地域偏在とか、偏在の問題を考えるとしますと、やはり地域枠をどうするという学生の指導の仕方、教育体制の方だけではなくて、現役の医師の方も含めてもう少し思い切った形での枠組みとか、それを示さないとこの問題は解決しないのではないかと思います。

最初の頃、少しそういう議論もあったのですが、その後はずっと非常に詳細な地域枠の議論に収斂していったということは、ある意味でちょっと残念であるかもしれませんが、これまでの経緯から言うと仕方がないのかなと思っております。そういう意味でいいますと、大きな発想に切り替えられるかどうか。さもないと、これから将来、医師になるろうという学生さんに対して、いわば年季奉公的な負担をかけるということになってくるわけですし、それについてももう少し配慮が必要なのではないかと思っております。

先ほどお話がございましたけれども、医学部に志望する学生が今年は随分減ったようです。詳しい理由とかはまだよく分かりませんが、現在若い人といいますか、大学進学を目指す優秀な人たち、あるいは大学を出た後、就職を目指す人たちというのは、今までとは全く違う、ある意味で言いますと思考も持っているように思います。

それで、これが典型的に出ているのは、厚生労働省の皆さんがいらっしゃる前で言いにくいのですが、国家公務員のキャリア職に対しては応募が物すごく減ってきております。これは、国家的な一大事と思われるくらいの大きな変化が起こっております。

医師にしましても、私が聞いたところで言いますと、確かにもちろん使命のある仕事であるし、報酬も多いかもしれないけれども、あの厳しい労働環境ですと働き続けるとい

うことについてはやはりかなり抵抗がある。今の若者たちが楽を望むというわけではありませんが、非常に合理的に選択をして、自分の将来の職業として何がいいのか。特に今の若者たちはどんどん、より自分を高く買ってくれるところがあれば移動することにちゅうちょいたしませんので、そうした形の学生をどうやってつかまえていくかということを考えてときに、今までのやり方でいいのかなという気がしております。

それともう一つ、ここでは何回か私も触れたのですが、1つタブーになっておりますのは、今回のコロナで起こって、これからどうなるかということでもうちょっと進展しませんと分かりませんが、医療保険というものが財政的な面から見て大きな制約が起きてきていると思います。それで、地域医療にとってこれはかなり深刻な話になりかねないと思っております。この辺は権丈先生のほうが御専門だと思いますけれども、そのことを考えたときに、現時点であまり細かい地域枠とか地域偏在の話というのはなかなか難しいのではないかと。

医師法の改正もやりましたけれども、あれは効果が出てくるのは10年とか、それくらい先で、先ほどの発言といたしますか、御要望ではありませんが、地域の方が考えられているのはもっと近未来においてどう解決してくれるかという話かと思っております。

そういう意味でいいますと、この分科会の在り方というものについてもやはりもう一度ゼロベースで見直してもいいのではないかと。私が言っているかどうか知りませんが、多分ほかの方はなかなかおっしゃりにくいかなと思いましたが、あえて言わせていただきます。こういう検討を続ける場合は必要だと思いますけれども、1つ言えますのは、いろいろな保険者であるとか、あるいは患者さんであるとか、若い学生さんもそうかもしれませんけれども、そういう人たちの意見というものを聞いてみる必要があるのかなというふうに感じたところです。

長くなりましたけれども、以上でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、戎構成員。

○戎構成員 ありがとうございます。

私からは2点なんですけれども、先ほど数名の構成員の方がおっしゃられたように、段階的に医学部の定員の変更に伴っては、その自治体とか大学の状況を踏まえながら、各都道府県が毎年なり数年ごとに出してくるデータとかがあれば、それを基に見直せるような形で持っていくのがいいのかなとは思っています。

あとは、構成員の数名の方がおっしゃられたように、地域枠という名前についてなのですが、総合診療科の必要性も臨床にいながらすごく感じておりますので、そちらに関しては地域枠で入ってきてくださる方々が総合診療科を選ぶという形にできるのであれば、本当に臨床の現場で今、働いている総合診療科の先生たちの活躍というのはすごいと思っておりますので、そこにも期待ができますし、または専門的な分野の先生方も総合診療科の先生方とコラボレーションをして、自分たちの仕事の枠とか、患者さんを診るときに



頼れるパートナーができるという形では、患者さんにいい医療が提供できるのではないかなというふうに思います。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、本田構成員をお願いします。

聞こえません。

○本田構成員 すみません。入っていますでしょうか。

先ほどコロナで浮き彫りになった医療の硬直性みたいなことを申し上げたときに、私も総合診療医とか、そういうことの重要性、そういう方向に持っていくということを申し上げたんですけども、それとはまた全然違う次元の話で、ここで議論していることというのが、いろいろな先生方から繰り返し同じことを議論してきたというお話があったかと思うんですけども、もっと引いて、ここにいらっしゃる先生方は皆さん専門で、この分野のことを詳しく分かっていて、医療の中身とか体制とかも全て分かっている上で議論しているんだけど、一般国民、首長さんやいろいろな自治体の方々が相手にしているのは一般の人たちであって、その人たちにも分かるようなコミュニケーションというか、発信の仕方みたいなものもこういう分科会には今後必要になってくるのではないかと私はちょっと思っています。

メディアの問題というのもあるかもしれませんが、メディアも全てこの医療の奥深い課題を全て理解した上で取材なり、記事なりを作れているかということ、ちょっと反省しなければいけないかと思うんですけども、そういう意味で、例えばここで議論していることというのは、将来的な医師の数というか、定員を増やさないとすることは足元の医師の数をすぐ減らすということではないにもかかわらず、こんなにコロナで医療が大変になったのに医師を減らす議論とは何ごとかというふうに理解している方々も世の中にはいらっしゃる。

そういうふうに理解されてしまうと、議論自体がもったいないというふうに思っています。そういうふうな理解の下で、例えば自治体とか、議会とか、いろいろなところで議論されても困ると思うので、この分科会の議論の今後の在り方というところまでは分からないですけども、もう少しこういう医療の問題、医師不足とか、医療提供体制も含めた医師不足問題、これからの医療をどうするのかという中で、コロナでも問題になりましたけれども、リスクコミュニケーションの視点を入れて発信の仕方というものもちょっと考えて、今はこういう分科会も皆さんネットで聞けるようになったり、議事録も一般の方、関係者の方々も読まれているので、発信の仕方というものも考えていく。そこは、厚労省の書いていらっしゃる資料の書き方にもよるかもしれませんが、そういうところをもうちょっと分かりやすく、今、本質的に議論していることが何なのかというのが分かるような形も求められるのではないかと。

全然違う議論の話で恐縮ですけども、メディアの立場として、一般の人にどう伝わる

かということも考えた上で議論を進めるということも大事だということを示し上げたかったので、失礼しました。

○片峰座長 貴重な御意見だと思います。

それでは、福井構成員をお願いします。

○福井構成員 診療科のフレキシビリティといいますか、やはりメインのところは総合診療だと思っていますし、実は私、40年以上にわたって総合診療のことに関わってきて、厚生労働省もかなりサポーターだったんですけれども、うまくいかなかったことは幾つもあります。

例えば1980年代の前半、実は私もその最初のグループなんですけれども、プライマリーケア指導医を養成するというので、武見太郎医師会長の提言で留学プログラムができて、私たち4名が最初に派遣されたんですね。それで、帰ってきて、それぞれが総合診療的な仕事をして、それで1980年代の途中から厚生労働省の中にも技官の先生でそのプログラムで留学されて戻ってきた先生方がおられて、家庭医構想というのを立ち上げました。これは、厚生労働省が資格を与えるというもので、実はいろいろな医師団体から大反対に遭って、それが実現しなかったということがあります。

それで、1990年代からは文部科学省が非常に多くの大学に総合診療部を作ってくれたんですね。実は、私は国立大学の中の総合診療部の教授の第1号として、佐賀医大に最初のものを作って、その後、京都大学に作りましたけれども、佐賀医大はずっと根づいているのですが、京都大学は見事にうまくいきませんでした。

そういうふうなこともございまして、今回できましたら数十年たって、さらに総合診療部の必要性というものを多くの方々が認識されることになったと思いますので、もう一回、厚生労働省に何か大きなプロジェクトを立ち上げてもらえないか。何かしら国が資格を与えるというのも、総合診療の分野の仕事をする一つのインセンティブだと思うんですね。

それから、北村先生がおっしゃったように、私も卒後臨床研修のプログラムに随分関わっているながら、地域枠というのとほかの診療科のローテーションというのを、片方は場所の話で、片方は専門分野の話をしていて、それを同じ俎上に上げて今までやってきたということ自体、少しどうだったかなと思っていて、北村先生の提言は本当にすばらしいと思っています。何かそういう方向で卒後研修プログラムの到達目標なども変えられればいいなと思いましたので、いろいろな要因で恐らくもう一回、全国の医師の20%から30%をできるだけ早い時期に総合診療医になってもらう、または卒業生にそういう分野に進んでもらうということを厚生労働省と文部科学省でもう一回、何か大きなプロジェクトにしていただけないかなというのがお願いです。

以上です。

○片峰座長 福井先生、個人的な御質問ですけれども、今の専門医制度に対する評価は福井構成員はどう考えられていますか。

○福井構成員 私は、やはりもうちょっと客観的に各専門分野の割合といいますか、それ

をもっと多くの人に関わって割合を決めていただきたいと思います。

何となく専門分野のパワーバランスみたいなどころもあるように聞いていますし、地域、または患者さんのニーズがどういうところにあるのかということとうまくマッチングさせるような、周りの者が分かるようなやり方で専門医の数、あるいは割合というのをもう一回考えていただけないかなというのが正直なところでは。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、小川構成員をお願いします。

○小川構成員 ありがとうございます。

若い構成員が増えてまいりましたので、昔の地域医療はどうだったのかということあまり存じ上げていないんじゃないかなと思います。昔は、30年ほど前は地方に行った内科医はほとんどの疾患を診ていたのが実情です。

これはなぜこういうふうになるように専門分化して、そしてごちゃごちゃしてしまっただけなのかというのは、実はもとは第一内科とか、第二内科とか、第三内科とか、大きな内科があって、そこに医師が所属をして、それが大学院大学構想で講座が専門分化をして小さな専門分化に分かれてしまったわけですね。

結局、大内科の時代は、同じ内科の中で例えば消化管、大腸、食道、あるいは肝臓も全部診るというのが当たり前の状況だったわけですから、それが講座が専門分化をどんどんして行って、そして大腸専門とか、そういうふうになってしまったことによって、では自分の専門以外のものは診ないというふうになってきてしまったわけでは。

これは実は非常に大問題でありまして、総合診療科が専門医の基本診療科の中に1つ入りましても、総合内科、そういうふうになる専門分化が物すごく進んだ中でその専門分化された科にどんどん進む方々が多い中で、ではどれだけの方々が総合診療科を目指してくれるかということにも影響してくるわけでは。

ですから、昔は大内科の中でいろいろな疾患を一緒に見るというのが当たり前の状況でしたから、地域医療に行ったときに地方の病院では内科の先生というのは頭から脳卒中から何からみんな診るんだというのが当たり前の状況だったわけでは、そういう教育、医学部の臨床教育の在り方そのものから見直していかないと、ちょっとこの問題は解決しないのかなというふうに感じております。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、今、手の挙がっている山口構成員、山内構成員、それから権丈構成員で、とりあえず終了ということにさせていただきたいと思います。

山口構成員からお願いします。

○山口構成員 ありがとうございます。

どう発信していくのかというお話でしたけれども、私は先ほど本田構成員がおっしゃっ

たように、医療が今、大変だというのは国民的な関心になっていて、大変なときは医師が足りないんだ。では、増やさなければいけない。減らすなんてとんでもないというような、それがやはり全体的な一般的な見方ではないかと思うんです。本質的なところが理解されていなくて、例えば今ずっと皆さんの御意見にある総合診療医の必要性ということも、そんなことも理解されていないということがあるんじゃないかなと思います。

今まで、この医師需給分科会でいろいろな議論をしてきて、出してきた方向性があると思うんですけれども、例えば2016年の9月には、10の対策と4つの間接的な対策ということをもとめて、それに対して議論していくということになったのですが、それもいつの間にかどこかから消えてしまっていて、いろいろな議論をして出してきた方向性について効果が出てきたことと実現しなかったこと、それをちょっと整理して、対策の多様性というものが必要なんだということをもう少しこの分科会できちんと発信していく必要があるのではないかと思いますので、今後の方向性ということで今、感じていることを発言いたしました。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、山内構成員をお願いします。

○山内構成員 ありがとうございます。

1点だけ確認というか、お願いなんですけれども、先ほど来ありましたように、福井構成員のほうからも総合診療医、やはり私も全体の専門医の中で診療科偏在をなくして海外のように20から30%の方々が総合診療医としてやるということがいいとは思っております。

ただ、その中でやはりそこを担うところ、その枠は専門医のところで決めていくべきかと思えます。

先ほど来の議論で、もちろん地域枠という言い方はよくないので、地域枠という言い方は変えるということには賛成ですけれども、地域枠を全て総合診療医枠に変えてしまうと、やはり若い方々が医学部に入ったときに、自分が本当に総合診療医をやりたいのか、何科をやりたいのかということがまだ分からない中でそこに決められてしまうということは非常によくないかなと思いましたので、できれば専門医のところで、そこは医学部が終わった段階で、初期研修が終わっていろいろな科を見た段階で、そこでの競争というか、そこでの枠で調整していくのがいいのではないかなと思いました。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、権丈構成員をお願いします。

○権丈構成員 何年間も、6年も7年もという話ですけれども、1年近くこの会議はストップしてしまっていたのであまり気にしなくてもいいのではないかな。長いことは気にしなくてもいいのではないかなと思うんですけれども、今の状況を地域医療構想とか医師偏在対策と医師医療従事者の働き方改革というのを三位一体改革と医政局は呼んでいるわけですが、

それに地域包括ケアを加えた総合的な改革を進めなければならないことを、痛感させられたというのが今回のことではないかと思えます。

そして、医師が多い西のほうと、医師が少ない東のほうというのは昔からの戦いで、そこで医師数を増やさないでおこうといったら、今後減らされる可能性がでてくる西のほうそれが困るということで医師数を増やせというような話になっていくというのは昔からあることですので、しっかりと偏在対策をやっていって、東の人たちを私たちがサポートしていかないことには、ちょっとつらい状況がずっと続いていくのかなという気はしております。

そして、先ほど山口構成員のほうから2016年9月という話がありましたけれども、2016年9月に医師偏在を解決する政策技術として、エビデンスが明らかなものは地元卒だというのは世界的に分かっているという話をしてしています。次に偏在対策として重要なのは、総合診療医とか、プライマリーケア医とか、家庭医を育成していくことだということも、これはある程度分かっています。その議論を起点として、ずっと続いてきたわけですね。

もう一つが、地域医療の経験というのがどうも効くみたいだ。若いときに地域医療の経験をやっておくというのがどうも効くみたいだというような話ですね。この3つというのは、私はこの2016年9月にそういう話をして、地域医療の経験という話をしたところ、今度は親会議で、邊見先生とか神野先生たちが、確かに経験は効く。若いときに行って、それで一生地域医療をやることになったんだよとか、そういうような話を邊見先生とかがされていました。

それと前回のところでの私の質問と関連するのですけれども、認定医というような人たちがこれから出てきます。若い人たちが医師不足地域での地域医療を経験していくということですが、その認定医というのは地域医療支援病院の院長先生になる要件となるという法律ができていますけれども、JCHOとか、日赤とか、済生会とかが、自分たちの院長先生になるにはこの認定医という基準を使っていきますという内規を決めることは前回大丈夫ですよねという質問をしていたのですけれども、どうもやはり大丈夫みたいなんですね。

だから、しっかりといろいろな病院がこの認定医というような、今までは医師に対して要するに差を設けないという形でやってきたのですけれども、医師にも違いがあるという認定医の指標を使って、いろいろなところがそういう人たちを院長先生にしていくということをやってもよい。

そして、若いときに地域医療を経験しておくということが、どうもその後に決定的に生きていく。私から見ると生きていくということになるわけですが、そういうことがありますので、改革の芽というようなものは随分と準備が進められているので、これを有効に使っていくかどうか。大切なのは、周りの人たちの意識ですね。

私は講演などに行ったら、ぜひとも皆さんの病院で院長先生の基準にこの認定医を使っていたきたいということを言い続けていきたいと思うし、言い続けてもきたわけですが、そういうような状況で、結構そういう形でやっていると医師偏在対策というのは

効いてくるんだ、もうすぐ効いてくるんだという形で、東の医師が少ないような地域がそこに期待をする形になっていくというのがあって、それは同時に多いところと比べて相対的に差が縮まっていくことになっていくから、多いところでいろいろと反対するという動きが出てくるのですけれども、その辺をしっかりとやっていけばいい。

そうしたことをやらないことにはこの問題は、東の方から我慢できないというところがでてきて西と一緒にあって、また医師数を増やせの議論に収まってしまおう、落ち着いてしまおうのかなという心配もしておりますのと同時に、医師偏在対策というのは極めて重要なもので、どこかでこれを議論しておく場所は片峰先生に確保していただいております。いけないうことを最後の発言にしたいと思っております。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、ちょうど時間となりましたのでここまでにしたいと思っております。今日は、様々な御意見をいただきました。今の権丈先生の御意見も含めて、これまでの議論の蓄積を前向きに少し整理するという必要かなと思いましたが、議論だけでなく政策につながる議論がありましたし、発信方法も考えなければいけないという議論もありましたし、森田構成員からはゼロベース見直しの可能性も言及していただきましたし、よかったのではないかなと思っております。今日の議論をベースに、また次につなげていきたいと思っております。議題2に関しては宿題も出ましたし、次回改めて議論したいと思っております。

それでは、事務局にお戻ししますので、事務局からよろしく申し上げます。

○山本医事課長 事務局でございます。

次回以降の進め方につきましては、先ほど座長からもお話がありましたとおり、まず歯科振替枠について少し具体的にイメージできるように整理をさせていただければと思っております。また、全体の議論につきましては、これまでの本分科会における議論、または本日いただきました意見を整理し、ある程度取りまとめをして次回御提示させていただければと思っております。その上で、議論の進め方については座長と相談の上、また次回にお示しさせていただければと思っております。

また、次回の日程につきましては追って事務局から連絡をさせていただければと思っております。

事務局からは、以上でございます。

○片峰座長 それでは、これで終了させていただきます。

本日は、御苦勞さまでした。長時間にわたり、ありがとうございました。