

第百九十六回国会
衆議院
厚生労働委員会
議 録
第三十六号

平成三十年七月十三日(金曜日)

午前九時二十分開議

出席委員

委員長 高鳥 修一君

理事 赤澤 亮正君

理事 田村 憲久君

理事 渡辺 孝一君

理事 岡本 充功君

理事 秋葉 賢也君

井野 俊郎君

尾身 朝子君

神山 佐市君

木村 弥生君

小泉進次郎君

後藤田正純君

塩崎 恭久君

柴山 昌彦君

杉田 水脈君

高木 啓君

中山 展宏君

橋本 岳君

三ッ林裕巳君

山田 美樹君

池田 真紀君

長谷川嘉一君

山本和嘉子君

伊藤 俊輔君

階 猛君

柚木 道義君

中野 洋昌君

串田 誠一君

総務大臣政務官

厚生労働大臣政務官

厚生労働大臣政務官

(総務省大臣官房審議官)

政府参考人

(文部科学省大臣官房審議官)

政府参考人

(厚生労働省医政局長)

政府参考人

(厚生労働省労働基準局長)

参考人

(国立大学法人長崎大学名誉教授)

需給に関する検討会医師需給分科会座長)

参考人

(愛知医科大学理事長)

(国立大学法人名古屋大学名誉教授)

参考人

(一般社団法人日本医学会連合・日本医学会会長)

(堺市立病院機構理事長)

参考人

(NPO法人医療制度研究会副理事長)

(一般社団法人日本医学会連合労働環境検討委員会委員)

参考人

(公益社団法人全日本病院協会会長)

(医療法人財団寿康会寿康会病院理事長)

厚生労働委員会専門員

委員の異動

七月十二日

辞任

足立 康史君

補欠選任

浦野 靖人君

小倉 將信君

田畑 裕明君

大沼みずほ君

沖部 望君

信濃 正範君

武田 俊彦君

山越 敬一君

片峰 茂君

三宅 養三君

門田 守人君

本田 宏君

猪口 雄二君

中村 実君

同日

辞任

浦野 靖人君

同日

辞任

秋葉 賢也君

穴見 陽一君

小林 鷹之君

繁本 護君

橋本 岳君

船橋 利実君

尾辻かな子君

初鹿 明博君

白石 洋一君

柚木 道義君

足立 康史君

同日

辞任

尾身 朝子君

神山 佐市君

柴山 昌彦君

高木 啓君

三浦 靖君

八木 哲也君

阿部 知子君

高木 錬太郎君

伊藤 俊輔君

階 猛君

串田 誠一君

同日

辞任

小田原 潔君

山本和嘉子君

同日

辞任

補欠選任

足立 康史君

同日

補欠選任

柴山 昌彦君

尾身 朝子君

神山 佐市君

八木 哲也君

三浦 靖君

高木 啓君

阿部 知子君

高木 錬太郎君

階 猛君

伊藤 俊輔君

串田 誠一君

同日

補欠選任

小田原 潔君

小林 鷹之君

秋葉 賢也君

船橋 利実君

橋本 岳君

繁本 護君

山本和嘉子君

初鹿 明博君

柚木 道義君

白石 洋一君

足立 康史君

同日

補欠選任

杉田 水脈君

尾辻かな子君

同日

補欠選任

補欠選任

杉田 水脈君

中山 展宏君

同日

辞任

中山 展宏君

穴見 陽一君

補欠選任

七月十三日

介護職員の処遇改善と人材確保を求める意見書(前橋市議会)(第二八七六号)

家族介護はもう限界です！障害児者の生きる基盤となる「暮らしの場」の早急な整備を求める意見書(福岡県糸田町議会)(第二八七七号)

神奈川県最低賃金に関する意見書(神奈川県秦野市議会)(第二八七八号)

神奈川県最低賃金の改定等に関する意見書(神奈川県秦野市議会)(第二八七九号)

神奈川県最低賃金改定等についての意見書(神奈川県大和市議会)(第二八八〇号)

過労死の根絶と安心して働くことができる社会の実現を求める意見書(神奈川県大和市議会)(第二八八一号)

がんの予防に向けた未成年者の喫煙防止対策の推進を求める意見書(長野県議会)(第二八八二号)

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(北海道小樽市議会)(第二八八三号)

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(北海道旭川市議会)(第二八八四号)

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(北海道留萌市議会)(第二八八五号)

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(北海道登別市議会)(第二八八六号)

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(北海道伊達市議会)(第二八八七号)

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(北海道北広島市議会)(第二八八八号)

号)

旧優生保護法による不妊手術等の被害者救済を求める意見書(青森市議会(第二八八九号))

旧優生保護法下における優生手術の被害者に対する補償及び救済等の早期解決を求める意見書(盛岡市議会(第二八九〇号))

旧優生保護法下における優生手術の被害者に対する補償及び救済等の早期解決等を求める意見書(福島県郡山市議会(第二八九一号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(前橋市議会(第二八九二号))

旧優生保護法に基づく不妊手術を受けた被害者の救済を求める意見書(さいたま市議会(第二八九三号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(埼玉県三芳町議会(第二八九四号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(千葉市議会(第二八九五号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(千葉県市川市議会(第二八九六号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済に関する意見書(東京都墨田区議会(第二八九七号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(東京都北区議会(第二八九八号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(東京都葛飾区議会(第二八九九号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(東京都江戸川区議会(第二九〇〇号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(東京都町田市議会(第二九〇一号))

旧優生保護法下での強制不妊手術被害者の救済を国に求める意見書(東京都清瀬市議会(第二九〇二号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(東京都多摩市議会(第二九〇三号))

旧優生保護法下における優生手術の被害者に対する補償等、救済の実施による早期解決を求める意見書(新潟市議会(第二九〇四号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(新潟県新発田市議会(第二九〇五号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(富山県議会(第二九〇六号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(金沢市議会(第二九〇七号))

旧優生保護法に基づく優生手術を受けた当事者に対する速やかな救済を求める意見書(長野県議会(第二九〇八号))

旧優生保護法により強制不妊手術を受けた者に対する補償等についての意見書(愛知県議会(第二九〇九号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(名古屋市議会(第二九一〇号))

旧優生保護法による不妊手術被害者の救済を求める意見書(大津市議会(第二九一一号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(大阪府貝塚市議会(第二九一二号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(大阪府枚方市議会(第二九一三号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(大阪府箕面市議会(第二九一四号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(大阪府大阪狭山市議会(第二九一五号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(和歌山県議会(第二九一六号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(鳥取市議会(第二九一七号))

旧優生保護法下における優生手術の被害者に対する補償及び救済等の早期解決を求める意見書(広島県尾道市議会(第二九一八号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(高知市議会(第二九一九号))

旧優生保護法下における優生手術の被害者に対する補償及び救済等の早期解決を求める意見書(高知県須崎市議会(第二九二〇号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(福岡県飯塚市議会(第二九二一号))

旧優生保護法に基づき実施された優生手術の被害者への補償などを求める意見書(福岡県荊田町議会(第二九二二号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(熊本県議会(第二九二三号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(熊本県議会(第二九二三号))

旧優生保護法による不妊手術の被害者救済を求める意見書(大分県別府市議会(第二九二四号))

「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定に関する意見書(岡山県瀬戸内市議会(第二九二五号))

「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定に関する意見書(岡山県赤磐市議会(第二九二六号))

「協同労働の協同組合法(仮称)」の速やかな制定に関する意見書(岡山県赤磐市議会(第二九二七号))

健康増進法の改正に際し、一層強化された受動喫煙対策の実現を求める意見書(千葉市議会(第二九二八号))

高次脳機能障害者に対する支援の充実についての意見書(愛知県議会(第二九二九号))

国民健康保険制度改革に関する意見書(東京都墨田区議会(第二九三〇号))

国民健康保険の県単位化における意見書(福岡県糸田町議会(第二九三一号))

国民健康保険における子どもの均等割に軽減措置の導入を求める意見書(福岡県荊田町議会(第二九三二号))

骨髄移植手術等の医療行為により抗体が失われた場合のワクチンの再接種制度の実施を求める意見書(名古屋市議会(第二九三三三号))

最低賃金の改善と中小企業支援策の拡充を求める意見書(静岡県袋井市議会(第二九三四号))

CRPS(複合性局所疼痛症候群)の難病指定を要望する意見書(東京都武蔵野市議会(第二九三五号))

仕事と介護の両立支援についての意見書(愛知県議会(第二九三六号))

児童虐待防止法の取り組み強化を求める意見書(前橋市議会(第二九三七号))

障がい児の生きる基盤となる「暮らしの場」の早急な整備を求める意見書(北海道赤井川村議会(第二九三八号))

障害児・者の生きる基盤となる「暮らしの場」の早急な整備を求める意見書(宮城県角田市議会(第二九三九号))

障害児・者の生きる基盤となる「暮らしの場」の早急な整備を求める意見書(新潟県村上市議会(第二九四〇号))

臓器移植の環境整備を求める意見書(岩手県普代村議会(第二九四一号))

臓器移植の環境整備を求める意見書(秋田県美郷町議会(第二九四二号))

日本年金機構の情報セキュリティ対策の見直しを求める意見書(千葉市議会(第二九四四号))

日本年金機構の情報セキュリティ対策の見直しを求める意見書(石川県七尾市議会(第二九四五号))

日本年金機構における情報セキュリティ対策の見直しについての意見書(愛知県議会(第二九四六号))

日本年金機構の情報セキュリティ対策の見直しを求める意見書(愛知県岩倉市議会(第二九四七号))

日本年金機構の情報セキュリティ対策の見直しを求める意見書(大津市議会(第二九四八号))

日本年金機構の情報セキュリティ対策の見直しを求める意見書(大阪府松原市議会(第二九四九号))

日本年金機構の情報セキュリティ対策の見直しを求める意見書(大阪府大阪狭山市議会(第二九五〇号))

日本年金機構の情報セキュリティ対策の見直しを求める意見書(和歌山県議会(第二九五一号))

号)

「働き方改革」一括法案の撤廃を求める意見書

(京都府京田辺市議会(第二九五二号))

福島県最低賃金の引き上げと早期発効を求める意見書(福島県昭和村議会(第二九五三号))

ヘルプマーク及びヘルプカードのさらなる普及推進を求める意見書(宮城県議会(第二九五四号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(前橋市議会(第二九五五号))

ヘルプマークの更なる普及の促進を求める意見書(さいたま市議会(第二九五六号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(東京都町田市議会(第二九五七号))

ヘルプマークの普及推進を求める意見書(富山県議会(第二九五八号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(石川県七尾市議会(第二五九九号))

ヘルプマーク及びヘルプカードのさらなる普及推進を求める意見書(岐阜県多治見市議会(第二六〇〇号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(静岡県伊東市議会(第二六一一号))

ヘルプマーク等の更なる普及の推進を求める意見書(三重県議会(第二六一二号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(大津市議会(第二六一三号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(大阪府貝塚市議会(第二六一四号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(大阪府松原市議会(第二六一五号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(大阪府大阪狭山市議会(第二六一六号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(兵庫県姫路市議会(第二六六七号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(和歌山県議会(第二六六八号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(広島県議会(第二六六九号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(広島県府中市議会(第二九七〇号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(広島県廿日市市議会(第二九七一号))

ヘルプマークのさらなる普及推進を求める意見書(熊本県八代市議会(第二九七二号))

放課後等デイサービス事業の存続を図るための緊急対応を求める意見書(宮城県議会(第二九七三三三三))

放課後等デイサービスの報酬改定に伴い「子ども」の支援の必要性に基づく公正な再判定を行うよう通知を出すとともに、その結果に基づいて報酬請求できるよう対応を求める意見書(東京都町田市議会(第二九七四号))

訪問介護における生活援助の提供回数制限を撤廃することを求める意見書(北海道旭川市議会(第二九七五号))

民生委員の活動費に関する意見書(宮城県角田市議会(第二九七六号))

予防接種に対する国の財政措置を求める意見書(大分県中津市議会(第二九七七号))

は本委員会に参考送付された。

本日の会議に付した案件

政府参考人出頭要求に関する件

医療法及び医師法の一部を改正する法律案(内閣提出第六〇号)(参議院送付)

○高島委員長 これより会議を開きます。

内閣提出、参議院送付、医療法及び医師法の一部を改正する法律案を議題といたします。

本日は、本案審査のため、参考人として、国立大学法人長崎大学名誉教授・厚生労働省医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会座長片峰茂君、愛知医科大学理事長・国立大学法人名古屋大学名誉教授三宅義三君、一般社団法人日本医学会連合・日本医学会会長、堺市立病院機構理事長門田守人君、NPO法人医療制度研究会副理事

長・一般社団法人日本医学会連合労働環境検討委員会委員本田宏君、公益社団法人全日本病院協会会長・医療法人財団寿康会寿康会病院理事長猪口雄二君、以上五名の方々に御出席をいただいております。

なお、猪口参考人は、所用のためおくれて御出席になりましますので、御了承願います。

この際、参考人の方々に一言御挨拶を申し上げます。

本日は、御多用中のところ本委員会に御出席をいただきまして、まことにありがとうございます。それぞれのお立場から忌憚のない御意見をいただき、審査の参考にさせていただきたいと思っております。どうかよろしくお願いいたします。

次に、議事の順序について申し上げます。

最初に、参考人の方々から御意見をそれぞれ十分以内でお述べいただき、その後、委員からの質疑にお答え願いたいと存じます。

なお、発言する際はその都度委員長の許可を受けることになっております。また、参考人は委員に対して質疑することができないことになっておりますので、あらかじめ御承知おき願いたいと存じます。

それでは、まず片峰参考人をお願いいたします。

○片峰参考人 長崎大学名誉教授の片峰と申しします。よろしく願いたいいたします。

現在、厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会の座長を務めてございまして。この医師需給分科会は、平成二十七年十二月に設置されまして、今日まで二年半にわたりまして、医師の需給の推計、それに基づきます医学部の定員のあり方、そうした医師偏在対策について議論を重ねてまいりました。この間、三回にわたりました中間取りまとめを公表したところであります。

とりわけ医師偏在対策に関しましては、昨年十二月の第二次中間取りまとめで対策案を提言いたしました。この内容が今回の医療法・医師法一部

改正案の一つの下敷きになっているというふうに考えてございます。その概要は、きょうお配りしました資料にありますので、ごらんいただければと思います。

本日は、この第二次中間取りまとめに至る分科会における議論の経緯、これを御説明することで参考人としての責を果たしたいと存じます。

現在、医学部定員は全国で約九千四百名、過去十年間に千八百名もの急激な増員を見ております。そのうちの約一千十名が緊急医師確保対策及び新成長戦略による臨時定員増であります。また、千五百名がいわゆる地域枠の学生でございます。増加分の八割以上を占めているという状況でございます。

次に、分科会で行ってまいりました最新の将来の医師需給予測について説明申し上げます。日本全体、マクロの推計、予測ということで御理解ください。

医師数は、先ほど申しましたように、急速に今増加中でございます。現在、人口十万人当たりの医師数は約二百五十名ということで、このまま推移いたしますと、七年後の平成三十二年にはOECDの加重平均値を上回ります。

現在の医学部定員九千四百名が維持される、そういうことを前提にいたしまして、将来の医師需給予測を行いました。とりわけ、需要における大きな変動要因として、働き方改革、これによる医師労働時間の短縮を勘案いたしました。

御承知のとおり、現状での病院勤務医の過当たりの平均労働時間は大体五十六時間ということ、いわゆる過労死ラインと言われる六十時間を超えて働いている医師が三〇%以上存在するというのが現状でございます。したがって、まず、週の労働時間を六十時間に制限するということとを仮定いたしますと、医師需給は二〇二八年に需要と供給が均衡いたします。さらに、五十五時間に制限すると仮定いたしますと、それでも二〇三三年には均衡して、それ以降は医師過剰となるという予測でございます。

一方で、大きな問題が医師の偏在であります。全都道府県で、この間、医師数は増加しておりますけれども、増加の程度には差がございます。そして、何より、二次医療圏間の格差が顕著でありまして、医師数が近年かえって減少したという二次医療圏も存在するというところで、この格差が著明に拡大傾向にあるということだろうと思っております。

それから、診療科間におきましても、他の診療科に比較しまして、一般外科、産婦人科の増加割合は極めて低うございまして、診療科間の格差も拡大の一途という状況ではないかと思っております。

要するに、問題は、医師数の増加あるいはマクロの医師需給予測結果にもかかわらず、地域における医師不足感が解消していないということであります。

そのような背景に基づきまして、分科会におきましては、これまでになく新しい観点を取り入れて偏在対策を議論いたしました。

この新しい新たな論点、一つは、客観的事実に基づいた議論をしようではないか、さらには、今後、偏在にかかわるもっと詳細なデータが必要である、そういった議論が一つであります。そして、これまで無視されがちであった、医師偏在により医療から疎外されつつある被保険者、その視点も取り入れた議論も行いました。さらに、マクロではなくミクロの課題対応に向けた地方行政の責任と権限強化の観点も取り入れられました。そして、これまでほとんど議論されていなかった地域の外来医療の偏在問題、ここにも切り込んだというあたりでございます。

第二次中間まとめの重要なポイントを幾つかお示しして、今後の課題についても述べたいと思っております。

まずは、先ほど申しました、客観的事実に基づく議論の重要性に言及したことでありまして、

医学部卒業生のうち、地元出身者が極めて高い地元定着率を示すという事実、これに基づきまし

て、地方行政が医学部入学生に地元卒の増員を要請する仕組みを導入する、これが一つの重要な例ではないかと思っております。

それから、先ほど申しましたように、分科会の議論に基づきまして、今後、医師偏在にかかわるさまざまな指標がミクロの観点からもデータベース化されることが予想されます。これに基づきまして、今後、偏在対策のPDCAサイクルがより適切な形で機能することを期待したいと思っております。

二つ目に、都道府県の責任と権限の強化を明記したことでもあります。

都道府県知事に、医師過剰地域と医師不足地域を明確化した上で、医師確保計画を策定し、医師対策協議会等のガバナンス体制を強化する責任を課します。その上で、知事による医学部への地元枠設定、増員の要請、臨床研修病院の指定と定員設定、専門医療機関への地域の専門医療についての意見具申、これを可能にすることを提言したわけでありまして。

こういった改革が実効性を持つために最も重要なポイントが、都道府県の医療行政能力の向上であるかと思っております。その意味では、国の支援が欠かせないと考えます。さらには、県内の医療機関、大学との有機的かつ密接な連携が欠かせないし、さらには、県境を越えた自治体間の連携も重要ではないかと思っております。

三番目に、これまでの医師の自由意思を尊重した対策から一歩踏み出し、医師の配置に新しい制度的枠組みを導入することを提案したことも特徴でございます。

例えば、地域医療に一定期間携わった経緯を国が認定する、そのことを一部の医療機関の管理者要件とするという点、さらには、先ほど申しましたけれども、地域の医師配置における都道府県の権限を強化した点等々でございます。このことは、いわゆる被保険者の視点からの対応という観点から、一つの形ではないかというふうに思っております。

今後の課題でございますけれども、医師偏在対策と若手医師の志あるいはキャリアパスに関する自主性、この両立をいかに図っていくかということにあるのではないかとこのように思っています。そのためには、地域の病院の労働あるいは研修環境をもっと整備する必要がありますし、卒卒後の医学教育を通して医師の行動変容を促す必要があるというふうに思っております。そのためには、行政、医療機関、大学、医療機関の持続する強固な連携が不可欠であると考えております。

最後に、分科会では最終合意が得られず、先延ばしした論点がございます。

一つは、専門研修における地域別定員の設定の是非であります。二つ目が、認定医師、地域で働いた医師を認定する認定医師なんですが、それを管理者として評価する医療機関、この範囲をどうするかという点が二つ目。それから三つ目、無床診療所、外来診療所の開設に係る制度的枠組みを導入することに關する是非、この三点に關しましては、最終合意が得られず、二論併記という形になってございます。

これらの論点を含めまして、今回の偏在対策の効果あるいは今後整備されるデータベースに基づき、更に踏み込んだ偏在対策を早急に講じる必要があるというふうに考えてございます。

以上、医師需給予測分科会の議論を踏まえた今回の医療法及び医師法の一部改正案は、本質的かつ実効性のある医師偏在対策に向けた大きな最初の第一歩であるというふうに考えております。御審議をよろしく願いたいと思っております。

以上です。(拍手)

○高島委員長 ありがとうございます。

次に、三宅参考人をお願いいたします。

まれておりまして、それなりに評価できるのでありますが、やはり具体的なことで非常に難しい問題も多々抱えているように思えます。

私は今まで、大学というところで五十年以上仕事をしております。大学人として、いろいろな経験を持っております。

昭和四十二年に名大を卒業しまして、しばらくしてからハーバードに三年行きまして、二〇〇五年に名大を退官しまして、その後、国立病院機構の東京医療センターの研究所の感覚器センターに二年おりまして、二〇〇九年から愛知医大に來まして、現在、理事長をやっております。来年の一月からは神戸の理研の直轄のアイセンターの理事長をすることになっておりまして、ずっと大学に近い畑で歩いてまいりました。

一九七六年に、私、ハーバードに三年ほどおりまして、四十二年前でございますけれども、とにかく日本の医療と比べて臨床、研究ともにすばらしいものがあるというカルチャーショックを受けて帰りましたが、その後、ずっと日本で研究、臨床をしておるうちに、日本もこれはすばらしいところのある国だということをしみじみ悟ってまいりました。

○三宅参考人 三宅でございます。

きょうは、医療法及び医師法の改正案に關しまして、特に医師偏在に絞って、大学の立場から意見を言わせていただきたいと思っております。

この改正案でございますけれども、現状を踏まえてよく練られておりまして、その対策も盛り込

実際、一九〇〇年代になりまして日本はぐんと発展しまして、御存じのように、医療は、WHOの試算によりまして、世界で一番になりました。それから、医学も、私は眼科でございますが、その論文数、英文のいい論文の論文数でずっと評価しましたところ、ずっとアメリカがトップでありまして、日本は一九九〇年代には二位に、アメリカ、日本、イギリス、そういう順になりました。こんな小さな島国、資源もない島国で、どうして医療が一位で医学が二位なんということがありますかということが欧米で非常に研究材料になったような時期でございました。

しかし、これもそんなに長くは続きません。二〇〇〇年を過ぎますと、特に日本の研究が落ちてまいりまして、それからいわゆる大学力が低下してまいりました。これはいろいろな原因がござい

まっておりますが、それなりに評価できるのでありますが、やはり具体的なことで非常に難しい問題も多々抱えているように思えます。

私は今まで、大学というところで五十年以上仕事をしております。大学人として、いろいろな経験を持っております。

昭和四十二年に名大を卒業しまして、しばらくしてからハーバードに三年行きまして、二〇〇五年に名大を退官しまして、その後、国立病院機構の東京医療センターの研究所の感覚器センターに二年おりまして、二〇〇九年から愛知医大に來まして、現在、理事長をやっております。来年の一月からは神戸の理研の直轄のアイセンターの理事長をすることになっておりまして、ずっと大学に近い畑で歩いてまいりました。

一九七六年に、私、ハーバードに三年ほどおりまして、四十二年前でございますけれども、とにかく日本の医療と比べて臨床、研究ともにすばらしいものがあるというカルチャーショックを受けて帰りましたが、その後、ずっと日本で研究、臨床をしておるうちに、日本もこれはすばらしいところのある国だということをしみじみ悟ってまいりました。

ます。例えば、経営が物すごく厳しくなつて、経営というところに物すごく重点を置かなければいけない。それから、国からの補助金もぐんぐん減つてまいります。消費税もございまして、それからいろいろな規則もできてまいりまして、規則が厳しくなる。医療安全であるとか倫理とかいろいろなものもできてきて、それで、結局、大学でずっと研究、診療しながら、それほど魅力を持つて、あるいは生き生きとできないような状態になってきて、その結果、大学離れが頻繁に起こるようになりまして、それから一番顕著なのは、今、留学者数が激減しております。

このような、大学が低下してくるということは、これは本当に大事な問題で、僕のように五十年おりますとはつきりそれが見てとれるわけですね、大学力が下がってくる。

それで、今回のキーワードでございます。私のこのキーワードは、教育機関である大学が機能しないことにはきょうのテーマもうまいかないのではないかと、しかし、大学としての機能はこれ以上落とせない、こういう二つの問題がキーワードなんです。

まず、地域医療対策協議会。これは、都道府県、大学、医師会が込みになっていろいろ練るわけで、これは非常に重要な役割を果たすわけでございまして、これにも、やはり人を動かすことが基本になりますので、十分に大学の意見を取り入れて、大学のことを考慮しながらこの会を進めていかなければならないだろうと思ひますし、それから、医師養成過程。この地域枠は極めて重要でございますし、現在行われておるのであります。これも、大学にはできるだけ負担がかからないようにしたい。それから、この地域枠自身も、大学にとって非常に役に立つということをやっていくことが非常に重要ではないかというふうにして思ひております。

それからもう一つ重要なことは、専門医制度と地域医療の関係でございます。専門医制度とあえて言いますと、専門医制度というのは、専門性を持った医師をつくるということと医学という学問のために専門医制度というものはできたわけでございます。これは地域医療のためにあるものでは必ずしもございせん。ですから、地域医療はあくまで行政の問題でございまして、しかし、新専門医制度によつて地域医療が悪化することは避けたいというふうな考へておるわけでございます。そのためには、専門医機構というものが非常に責任のある状態になるわけでございまして、現在、先ほども話がありましたけれども、医師数はずっと増加しております、十八大学ができたことと同じぐらいの医師数が増加しておる、それにもかかわらず医師偏在はますます顕著になっておるといふことが現状でございまして、これは、平成十六年に始まりました新医師臨床研修制度が地域医療の崩壊に大きな影響をしたのではないかと、これが一般的に考へられております。臨床研修医と卒業生が都道府県にとどまる率が激減いたしました、大学に人が残らなくなったというのが大きな原因でございまして、米国やドイツのように、学会と医会とが一体化してありまして、自分たちの権益を守るために、自浄的に地域の医師と数をコントロール、診療科をコントロールする、こういうシステムをやっている諸外国もございまして、これも日本では一つの方法として考へるべきであると思ひております。

さて、最後になりますが、医師の偏在、これは、大学がどのように動くかによつて大きく影響されてまいります。しかし、それによつて大学の機能低下を招くことは、日本の医学、医療にとつて更に深刻な事態になるということを私の締めくくりに言葉といたしたいと思ひます。ありがとうございました。(拍手)

○高島委員長 ありがとうございました。次に、門田参考人にお願ひいたします。

○門田参考人 ただいま御紹介いただきました、日本医学会連合、医学会の会長をしております門田でございます。

私は、今のお二方の参考人の方と少し見方を変えて、医学会ということと、ある学術団体として、どこかの職能団体というよりも、学術団体としての御意見としてお話しさせていただきますというふうな思ひます。

まず最初に、少しだけ時間をいただいて、医学会連合と医学会という話をしたいけれども、何なんだけれどと多分多くの方が思つていらつしやると思ひますので、お話だけ簡単にさせていただきます。まず、医学会というのは一九〇二年にスタート、日本医師会が日本全体の組織になったのが一九一六年、戦争に負けますまではこのままの状態です立してきて。

そして、一九四七年、敗戦後、医師会の方が解散させられ、我々はそのまま、医学会の方は残つておつたということですが、一九四八年、昭和二十三年に、GHQによりまして、医師会に学術的な機能を持たすためということで、医学会が一方的にこの中に統合されたということでございまして。

こういう状態で六十五年経ておつたんですが、二枚目を見ていただきますと、六十五年、真ん中のこの関係でございまして、けれども、しかし、ここで私たちが考へたのは、医学会というのは学術団体であつて、必ずしも医師会の中に入り切るといふものではないほかの仕事があるんだというふうなことから、一般社団法人化しようというふうなことでございまして。

そして、本来であれば独立するような格好の上の方に行こうか、こういうふうなことを考へ、しかし、結果的には下のような状態で、一部は医学会として医師会と一緒に動く、そして一部は医学会連合としての動きをするというふうな形で、何とか学術的なことをもっとメーンに発信し、行動するということになったというのを、前もってお話しさせていただいたというふうに思ひます。

本日は、専門医制度をどう考へるかというふうなことを中心にお話しするよう伺いましたので準備しましたが、簡単にだけ述べさせていただきますと、その次に、我が国の専門医制度の歩みということで、歴史的なことを書いております。これはまたゆっくり見ていただくことにして、問題は、歴史的には、とにかく専門医制度、認定医制度がスタートする。しかし、それがばらばらであつたのでそれを何とか統合しよう、こういう流れがあつた。そして、途中で厚生省の方の、専門医制度というものを認め、そしてそれを広告できるようにするとうふうな感じになったときから一気に話がおかしくなつてきた、こういうことでございまして。

その次の三者懇談会は、これはパスします。見ていただきたいと思ひます。その後、平成十一年に学術会議が、本来の専門医制度とはということとを、非常目的を得たまとめを出されたということがございまして。これは見ていただくことにしたいと思ひます。

しかし、その次、専門医資格を認定する団体の基準ということで、厚生省が平成十四年に出した。ここで学会の基準を決定したというふうなことで、専門医の資格ということよりも、認定する団体のことが中心に、外形基準と言われますけれども、こういうものがスタートしたというふうなことから、その次の図を見ていただきたいんですが、これは十年ほど前に自分が関係していた学会の専門医制度です。ですから、どこまでが、学会さんはわかるけれども、私たちにしかかかってくる患者さんたちにとつて、何の専門がどうなつていくことになつていくのか、それ同士がどうなつていくかというものがなかなかわからないというふうな状態が続いておつたということであります。それには問題がある、これは医師会の意見ですが、そういうものを出されました。

そこで、当時の、前の機構の方で、専門医制評価・認定機構というふうな機構の名前でございまして、もう少し真剣にこれを取り組むというふうなことから委員会が立ち上がった。そして、そこで

方針としたのは、結局は、質の高い医療を受けられる、患者さんにとって質が高い医療が受けられるんだ、こういうふうなことが何よりもまさる大切なことなんだというものであります。そういうふうなことを、先ほどの三宅参考人のお話もございましたけれども、何はともかく、それがメインの目的であるということでもあります。

それで、その図を見ていただきますと、医師の育成の過程ではいろいろな段階がある。だから、どこでどう線を引くかというのは簡単にできることではないということ。そして、その次の棒グラフを見ていただきますと、また病院の状態によつては、こういうふうな外科医の数がとんでもなく違う。そして、それを一つの専門医という名前でするのかというふうなこと。そうすると、数の多いところの発想よりも、本当に現場、医療の現場で働いている人たちがどうあるべきかということを考える必要があるというふうな意見に集約されつつあるということでした。

そこで、その次にありますけれども、プロフェッショナルとスペシャリストというのが皆さん混同してしまっている。学会が育成しているものはスペシャリストである。それから、制度全体で、医療制度の中で基盤をなすのがプロフェッショナルであつて、スペシャリストとプロフェッショナルというのは一緒にできないんだという認識をしつかりすべきだということを打ち出した。

そういうふうなことがございまして、専門医制度の基本設計に関する提言という提言をまとめたのであります。そこで一から七まで挙げておりますけれども、一番重要なことは、学会単位の制度から診療領域単位で学会を越えたものであるという形にするならば、それを認定するのは学会ではない、第三者機関だということに、それを中心に考えていくべきであるというふうなことをやりました。当然ながら、学会ではないので、日本国全体の中で適正数ということを検討していかざるを得ないじゃないかというふうなことになったと

いうことであります。

そして、医師のインセンティブは何かというふうなディスカッションもございました。今は自由標榜科となつておりますけれども、やはり標榜科と専門医領域というのが一致するというのは当然の方向ではないかというふうなディスカッション等もありました。そういうふうなことから、旧機構の中ではこの方針が認められたということでございます。

そして、その次の、小さな字、右に組織図を描いているのがありますが、これだけではだめだというふうなことから、日本医師会にも加わつていただいて、もう一回、第三者機関検討委員会というのを立ち上げたということでもあります。その委員長を拝命したわけですが、そういうディスカッションをしながら今回の新しい機構のあり方を検討したということでもあります。

そういうふうなことで、その次にありますけれども、厚生労働省の中での専門医の在り方に関する検討会の中間まとめ、結果的には、先ほど申しましたように、第三者機関というものの設立ということでスタートしたということでもあります。

そういうふうなことで来て、いろいろな紆余曲折がございまして、今回新たにスタートしたといえ、初期のこういう大きな本場に理念的な考え方が少し薄れてきている嫌いがあるのではないのかということ、少し心配しているということでもあります。

そして最後に、先生方皆さん御存じのことを申し上げて大変失礼ですが、福沢諭吉の「文明論の概略」の第一章のところ、「議論の本位を定める事」ということは非常に私は大切なことだというふうに思いますので、これを添えておきます。議論の本位を定めれば、その利害得失を論ずべからず。城郭は、守る者のために利なれども、攻むる者のためには害なり。ゆえにこれらの利害得失を論ずるには、まずそのためにするところを定め、守る者のためか、攻める者のためか、その主とするところの本位を定めざるべからず。利害

得失を論ずるは易しといえども、軽重是非を明らかにするは甚だかたし。一身の利害をもつて天下のことを是非すべからず、一年の不便を論じて百歳のはかりごとを誤るべからずということ。百五十年ほど前に書かれていたということから考えて、私は、専門医の育成というのは、先ほどの方と一緒に、育成は育成がメインなんです。それをほかのことで、育成のことを忘れたディスカッションをするということは、私は許されないのではないかというふうに思っております。

そういう意味で、全体を通して私の考え方を申し上げさせていただきますと、今、世の中、分化和統合という言葉がよく使われますけれども、分化の方向ではだめだ、常に、統合して全体でどう見るか、統合の方向を目指すということが必要になります。

そしてもう一つ。氷山の一角ということがよくありますけれども、氷山の見えるところ、表面と、それから深部の見えないうところで非常に重要なことをやっているということ、その構成をしつかり見て、我々が何に向かつて何をやるのかということが必要ではないかというふうに常に思っております。

例えば、偏在の問題でもそうです。地域が崩壊してきている、そしてそれから医師の偏在も生じているというバックがあるということを忘れてはならないというふうに思います。ですから、これは社会全体の大きな構成でございます。

また、診療科の偏在を考えますと、例えば診療報酬だつて、高いものをみんな狙いたがります。そうすると、専門性の高いところとか高い手術というふうなことです。でも、一番必要なことは何でしょうか。病気の治療も大切ですが、予防の方がもっと大切なんです。社会全体を見る、地域全体を見るというふうなことに配慮した診療報酬体制になつていないでしょうか。

私は、人間がどういふ行動を起こすかということ、確かに個々の問題もありますが、その点についての、そういう方向に対して大きな意味

での政策を打つということをぜひやっていただきたいというふうに思います。

過去に総合診療部という新設部がありましたけれども、残念ながらこれは失敗に終わったということだと思ひます。ぜひ、全体としてどうあるべきか、考えていただきたいと思ひます。

どうもありがとうございます。(拍手)

○高島委員長 ありがとうございます。

ただいま猪口参考人が到着されましたので、御紹介をいたします。

猪口参考人におかれましては、御多用の中のところ御出席をいただきまして、まことにありがとうございます。でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

次は、本田参考人をお願いいたします。

○本田参考人 本日は、大変貴重な機会を与えていただきまして、ありがとうございます。十分という時間ですので、皆さんのお手元の資料の順番に御説明をさせていただきます。

まず、私は十六年前からずっと日本は医師不足であるということを訴えてまいりましたけれども、きょうのこのページ目、医師不足、正確な診断が本場にできているのかということをちょっととお話ししたいと思います。

実は、私が医学生生の四十年前以上前から、将来医師は余るとずっと言われていました。四十年前、医師が余ると言つて、今でも医師不足の問題が続いているということは、正しく診断されていなかったのではないかな。例えば、外科で急性腹症、おなか痛という患者さんがいらしたときに、緊急に手術をしないと助からない方をそのままだ四十年間点検をしていたらどうなるのでしょうかと私には見えるわけですね。ということで、それをこれから説明していきたいと思ひます。

主なポイントは、まず、ページ目にも書いておきました。医師をきちんと実働数で把握してください。頭数はだめです。高齢の医師まで一人はだめ。

あと、二番目。医師不足、地域の偏在と専門家

偏在、それから高齢者の増加率をちゃんと考慮してください。救急医が全くなければ、一般医が救急医のかわりもしているわけですね。それではその場で働きなくなるのは当たり前です。

三番目。実効性ある具体策をとってください。フィジシャンアシスタントです。欧米では既に導入されており、これを日本でこそ導入すべきだということを御説明したいと思います。

あと、四番目。やはり医療機関が赤字で潰れるようでは話になりません。埼玉県私の近くの病院も赤字で売却になりましたし、先生方御存じだと思えますけれども、今、都立病院も赤字で独法化が迫られています。赤字の病院が悪いのか、診療報酬の点数が安いのが悪いのか、ちゃんと考えてもらいたい。それがきょうの私のポイントでございます。

では、次に二ページ目に移ります。

これは簡単に触れますけれども、二〇〇五年から既にOECDも、日本が医師不足になるんじゃないかということをOECDが心配してくれているんですね。

この下の下線をごらんください。これもまだ日本では知らない方が多いんですけども、世界の国では必ずしも医学部の定員を決めているわけではないんです。日本は医学部定員を決めているんですから、不足なく育成する義務があるんじゃないでしょうか。どうでしょう。これが私のまず言いたいところでございます。

次のページをごらんください。

これは全国の人口当たり医師数でございます。日本では、多くの場合、人口当たり医師数を見て偏在が問題だと言われますけれども、ごらんいただくように、日本の平均は、この黒い線ですね、今、日本は三十二万人近いです。これをOECDの単純平均と比較しますと、日本は十万人足りません。しかも、日本で一番多い徳島、京都、高知も、OECDの平均にも追いついていないんです。これを偏在だと言うのはちょっとおかしいんじゃないか。これをまず考えていかなくちやいけ

ない。

この三十二万人で十万人足りないということ。は、今現在、日本の医師は、本来、OECD平均並みにいるとすれば、四十二万人いなくちやいけません。ただし、先生方御存じのように、日本は世界一の高齢化社会ですから、本当は平均より多くいなくちやいけないんですよ。この四十二万人ということをよく御記憶いただきたいと思えます。

次のページをごらんください。

ところが、いろいろな調査機関が試算すると、三十八万人いるとも余るといふことになってしまっているんですね。これはどうなっているんでしょうか。日本の医師だけがどうして少なくて済むのか。時間の関係で細かいことは割愛しますけれども、これが今の日本の試算で、四十年前からこういう試算がなされてきたのではないかと心配でならないわけでございます。

その次のページをごらんください。

それで、実は私は、日本の場合、先ほども申し上げたように、高齢の医師まで一人としてカウントされているんじゃないかということを懸念しましたけれども、かつて、二〇〇六年の医師の需給検討会でも、日本だけが八十歳以上の医師の週間労働時間のデータを出してありました。

今回のこのページをごらんいただければわかりますけれども、二〇四〇年、八十歳、九十歳はもう当たり前で、百歳、つまり亡くなるまで医師として働く意思がある人は頭数に入っていて、しかも、その右上をごらんください、九十歳以上の人が週に三十時間働くことになっているんですよ。これだったら、救急外来に来て、九十歳の人が目の前に来たら、どっちが患者さんなんだかどうかわからなくなってしまうんじゃないでしょうか。これもぜひ先生方に考えていただきたいと思えます。

その次のページをごらんください。

これが、今申し上げた、二〇〇六年の医師の需給検討会に出たデータで、右側のグラフをごらんいただければ、ほかのイギリス、フランス、ドイツ

が六十歳以上の医師のデータしかないのに、日本だけ八十歳以上の医師が出て、しかも三十時間いる。ほかの国では、医師になると、やはり七十、八十になると引退できるんじゃないかなと想像いたします。日本の大手企業もみんな引退しているのに、何で医師だけ九十歳以上まで働かなくちゃいけないんでしょうか。これが問題だと思えます。

続いて、ごらんください。

今、いろいろな方々が医師の労働時間をおっしゃっていますけれども、幸いというか残念というか、今の若いドクターは、当然ですけれども、ワーク・ライフ・バランスを考えながら将来の科目を選択しようとしています。私も六十歳以上に入りましても、私なんかは、外科が忙しいからなんて全く考えないで、すぐ移植外科医を目指してしまいました。

今、医師の需給を考えて時間を考えている人たちは、結構高齢の方が多くいますね。自分が働かないのに、若手の医師にだけ自分と同じように働かせるといふルールを決めて、皆さん、どうなるかは、それはもう説明が必要ないと思えます。

次のグラフをごらんください。

この二十年間の各科の医師のふえぐあいです。これがまさにワーク・ライフ・バランスを考えている結果と言えませんか。

この二十年間、いろいろな診療科がふえているのに、外科も産婦人科もふえています。これで長時間労働したらどうなるでしょう。若い人は外科とか産婦人科に行くんでしょうか。これはちょっと考えればわかることですね。

逆に、ほかの科がふえているのに、ほかの科が余ったという話は聞かないでしょう。これは医師が絶対数不足だからなんです。

それは、勤務条件がいかに教育条件がいいところに行くのは当たり前です。私も、今医者になればそこから考えますので、それをぜひ検討に入れていただきたいと思えます。

これは、先ほど申し上げた地域別の高齢者増加率ですね。この丸で囲んだところは、千葉、埼玉、神奈川などがありますけれども、これは今既に、現在、全国で一番医師不足の地域です。ここ

で高齢者の増加率が二〇〇％近くになるわけですね。すると、爆発的な医療需要が増大します。これで医師を二、三年後から減らすという話が出ていると聞いて、私は本当にびびっているんですよけれども、こういう状況で大丈夫なんですかということでございます。

その次のページをごらんください。

これが、私が先ほど強調した実働数でございます。年をとっても、医師として働いているという意思表示さえすれば一人としてカウントするので、はなれて、もしその人が一週間に臨床医として、これがポイントです、臨床医として十時間しか働いていなければ、四人足して一人でしょう、週に四十時間だから。そういうカウントをして考えないと、いつまでたっても正しい診断ができません。診療の現場では、毎日でも、必要だったら血液検査するわけですから、実働数でカウントするぐらい、やる気があればすぐにでもできます。これをやっていただきたい。

その次のページ。幸い、厚生労働省の検討会などでも、タスクシフティングと言われまして、フィジシャンアシスタントの導入などがうたわれております。

フィジシャンアシスタント、次のページをごらんください。これは私の東京女子医大の後輩の河合先生という方からもらったんですけれども、アメリカでは、フィジシャンアシスタント、ナースプラクティショナーなど、医師を補助する職種があります。

その次のページをごらんください。

これはちょっと時間の関係で簡単に申し上げますけれども、人口当たり医師数が多いアメリカでさえ、そのフィジシャンアシスタント、ナースプラクティショナーがもう三十万人以上活動しているんですよ。こういう人たちは医師不足の地域から

入ったと聞いております。すぐにも医師不足の地域にこういう人を補充して、その地域の医師の働き方を改善しなければ、その医師はそこに定着するんでしょか。

その次のページをごらんください。

これはフィジシャンアシスタントがやっていることで、ちょっと時間の関係で詳細は避けましょけれども、こういうことをやってくれる人がいれば、医師の労働環境はかなり激減するというか、すごくよくなると思います。

その次のページをごらんください。

これは世界の医師数ですけども、日本は残念ながらG7で人口当たり医師数は今でも最低でございます。それで、一番左側にドイツ、G7で人口当たり医師数が一番多いドイツでも、フィジシャンアシスタントを何と十年前から導入しているんですよ。日本で導入しないという手はないでしょう。今すぐにでもやっていただきたい。これは私、十数年来活動してきたお願いでございます。

その次、先ほど申しました、都立病院が独法化されたり、病院が赤字で、なくなる。今も西日本で、府中市市民病院、私は昔行ったことがありますがけれども、もう急性期病院がなくなる。やはりその原因も医師不足なんですね。一方、日本の薬価、あと薬剤の医療費、院外処方、あとは損税の問題。病院が経営が赤字だったら、皆さん、医師の待遇をよくするために医療秘書を雇うことだつてできないんですよ。病院の経営を担保してあげなければ、医師の働き方改革なんか絵に描いた餅でございます。

最後のページでございます。

一番上、これは中国の言葉にあるようですけれども、小医は病を医し、中医は人を医し、大医は国を医す。先生方は大医のお仕事をされているわけですね。やはり我々、医療現場で必死に医師が過労死まで覚悟して働いていても、大医の先生方が日本をよくしてくれないければ何にもよくなりません。正確な診断をもとに実効性ある対策をして

いただきたい。

下の四つの項目は、先ほど申し上げました。一番最後、実は私、生活保護の關係の裁判なんかも応援しているんですけども、日本はクールジャパンといいますが、冷たい日本じゃないかと。本場の意味でクールジャパンと言えるように、先生方の活躍を期待したいと思います。

〇高島委員長 ありがとうございます。(拍手)
次に、猪口参考人をお願いいたします。

〇猪口参考人 全日本病院協会の会長を務めております猪口と申します。

今、全日病は、二千五百以上の民間病院を中心とした団体で、全国にあります。昨夜、ちょっと徳島の方で講演をしておりまして、きょう一番で帰ってまいりましたが、少しおくれしてしまいました。申しわけございません。

それで、きょう特に資料を用意していませんけれども、全日病として、今回の医療法及び医師法の一部改正についてさまざまな意見がありましたので、その辺を集約してお話しさせていただきますと思います。

まず、医師の偏在についてです。医師の偏在というのは、地域の偏在だけではなくて、診療科の偏在、それから専門医の偏在、それからもう一つは病院と診療所間の偏在というのがございます。外来機能の偏在については、今回の法律の方で、地域の医療関係者等において機能分化、連携について協議を行うというようにことが書かれております。方向性としてはよいと思いますが、その実効性について、ぜひ実効性のあるものにしていただきたいというふうに考えております。

それから、医師の養成数ですが、二年間変更はないということとありあえずはなっておりますけれども、医学部入学において、地域枠、地元枠といふものが今回活用されるということで、将来の医師の偏在是正に対しては非常に有効と考えますので、この地域枠、地元枠についてはぜひ進めて

いただきたいというふうに考えております。

それから、医師の需給問題ですけども、これについては、専門医制度とか現在今議論されております医師の働き方、そういうところで需要がどんどん変化してまいります。したがって、これらの関連する問題を総合的にちよつと議論していただかないと、それぞれ、医師の需給だ、働き方だ、専門医制度だとかやっていると、どこかに必ずそごが生じてしまいますので、これらは総合的に議論する必要があると思っています。ぜひそのような方向でお願いしたいと思います。

そして、こういうような弾力かつ実効性のある医師の偏在対策、これを行わない限り、医師の不足は今後も続きますので、即効性のある対策がない限りは医師の養成数は減らすべきではないというふうに考えております。

続きまして、専門医制度について少しお話ししたいと思います。

この専門医制度、ことしからスタートしたというのですが、ぜひ、地域医療をどのように確保していくかという観点からこちらも考えていただきたいと思っています。

専門医の育成ということと今スタートしておりますが、どうしても大病院とか基幹病院、そういうような大病院において専門医を育成するということが中心になるわけですけども、専門医を取った後、その後また更新ということもしなきゃいけません。このような場合に、地域医療においてさまざまな、必ず皆様が規模な病院で働いているわけではないので、地域医療を確保するという意味では、専門医の更新においては、いろいろな方法を使ってそれを認めていくという方法にしないと、地域の末端にまで専門医が行き渡るといふことが不可能になってしまうのではないかと考えているところでもあります。

ぜひ、そのような観点で、専門医の認定並びにその更新について考えていただきたいと思っております。

さらに、総合医のことについてちよつとお話し

させていただきます。

今回、総合診療専門医というもののスタートしたわけですが、現在、とにかく日本は超高齢化社会であります。超高齢化社会では、非常に多くの疾患を持つ高齢者、それから要介護、要支援の高齢者、こういう方がもう既にいっぱいいらっしゃると思います。こういう方に医療を提供するときに、実は非常に多科に、多くの科にかかって多くのお薬をもらっている方が本場に多い。これは、私も臨床もやっておりますので、実際にリハビリテーションなんかで来ますと、もう本場に四科、五科のお薬が二十種類という方がざらにいらっしゃるわけです。

こういう実態を見たときに、それからあと救急の場でも、今、科別に専門医が育っている中で、例えばそういう方が夜、救急なんかを診ますと、自分の専門以外は診ない、診られないというようなことも起きてしまうわけです。そういうことを考えたときに、今後の高齢社会を考える場合に、ぜひ総合医というものを注いでいただきたいと思っています。

このような総合医を見る場合には、主治医といいますが、一人の患者さんを診るときに、この医師で大まかなことは大体診られるということで、どうしても必要な場合に専門の医師の方にお願いするということのような関係をつくるのがよいのではないかと思います。

例えば、ライフという言葉がありますけれども、これを患者さんの生命というふうに医学では考えるのが普通ですけども、これを、生活とか人生、それがライフであるというふうに考えて対応する医師が多くなるといいと思います。

そして、総合診療専門医が今度制度化されて開始されたことは喜ばしいことではありますけれども、この人たちが非常に多く育って、これが日本じゅうに配置されてくるには非常に時間がかかります。そこで、今既にもう経験のある医師を、これは各科の医師ですが、そういう方を総合医として活躍

できる、そういうものを多く用意するというところによってかなり総合医というのを多くつくれるのではないかとというふうに考えているところであります。

これに関しましては、全日本病院協会も今回開始しますし、日本病院会も開始しております。多くのところでそういう試みが行われると、日本は総合医というものがどんどんできていくのではないかなと思っております。

それで、総合医と専門医との組合せ、言うなれば縦割り軸と横軸を刺した総合医というものの組合せによって、日本の医師不足若しくは医師偏在というものをある程度解消できるのではないかとというふうに考えております。

また、専門医についてはぜひ国全体で、各分野の必要数、それから地域での必要数、こういうことを把握するような方向に行かないかというふうに思っております。もしも専門医と総合医の適正な配置数、地域における適正な配置数ということが設定が可能であるならば、これは強力な医師偏在対策になるのではないかとというふうに考えているところであります。

また最後に、今回、地域医療対策協議会、地対協というものがつくられ、そこで、各都道府県で医師のあり方、そういう配置等を考えるということになっております。

ただ、様子を見ておきますと、都道府県によってかなりの差がある。特に、一県一医科大学というところでは、もうその医科大学の考え方で大分変わってきてしまっていますので、ぜひ、やはり日本全体でこれが今どういう状態にあるか、指針を作成して、地域とともに全体を見る、中央としての対策協議会が必要ではないかというふうに考えているところであります。

以上、全日本病院協会としての考えをまとめてお話しさせていただきました。

どうもありがとうございます。(拍手)
○高島委員長 ありがとうございます。

以上で参考人の方々の御意見の開陳は終わります。

した。

○高島委員長 これより参考人に対する質疑に入ります。

質疑の申出がありますので、順次これを許します。安藤高夫君。

○安藤(高)委員 どうも、おはようございます。自由民主党の安藤高夫でございます。

今日は、五人の参考人の先生方、本当にお忙しい中、ありがとうございます。

私の方からは、五人の先生方に、最初の段階ですから、御質問をさせていただきたいと思っております。

今法案の一番の趣旨は医師の偏在問題でございますけれども、しかし、国民医療を守るためには、医師の偏在と医師の需給問題、そしてまた医師の働き方改革、この三つが絡み合っていくことが重要だと思っております。

この法案が成立したときには、特にこの医師の需給問題、医師の働き方改革がどのようなふうになっていくのかということ、それを進めるためにはどういうふうにするかということ、ということ、先生方お一人ずつからお話をお聞きしたいと思います。

○片峰参考人 先ほど申し上げたと思うんですが、今、医師の需給予測をする場合に最大のポイント、医師の働き方がどうなっていくのかというポイントだと思えます。そういった意味では、分科会では予想される幾つかの設定をいたしまして需給予測をしたということでございます。

今後、本法案が通ってということになると思いますが、平成三十一年の三月の段階で、現在の働き方改革実行計画における医師の時間外労働規制等に関する最終結論が出るというのを伺っております。その結論に従いましてひとつまた予測をやり直す、それに基づきましてまた対策を検討する、さらに、今回の改革の実施状況、あるいはその成果も横目で見ながら、PDCAサイクルを回して新たな偏在対策に対応していくということに

なるうかと思えます。

○三宅参考人 医師の働き方改革と医師の偏在に関しましては、やはり私、大学を中心に述べさせていただきます。大学を中心に人を派遣する必要があるに、偏在に地です。そうしますと、大学のスタッフは十分に確保されていないと、自分の大学もちゃんとできないという状態になります。大学のスタッフをそろえて、それでもちろん余裕があれば地域医療にどしどし人を送りたいのでありますけれども、先ほど申しましたように、そこで大学の機能が落ちるようだと、これは本当に大変な問題でございます。その辺を十分に、まず土台をしっかりとそろえて偏在に対処したいというふうに考えております。

働き方改革も、大学のことで働き方改革を述べますとまた随分長くなる、いろいろな要素がございますので一概には言えませんが、これからはどうなるかということをよく見きわめて、大学サイドとしては地域に人材を送つたらいいんじゃないかというふうに考えております。

○門田参考人 私は、この働き方改革を考えると、きに考え方として大切だと思うのは、いわゆる一般企業が、労働者と経営者がいるという一対一の関係で利益をどう配分するかというふうな形に考へるといふものと、我々のように、労働者といふのか医療者と、それから経営サイド、それから最も大切な第三者としての患者さんという、この三角の中でどうやっていくかということの意味合いが違ってくる。方向性はわかるんですが、意味合いが違ってくる。

当然ながら、いわゆる今の労使の関係を一般企業で考えるというふうな形で解決できないものがあるというほかにも問題が出てくるということ。多くは、先ほども出ておりましたけれども、やはり、それに伴う費用がどうなっていくか、それを抜きに考えるというのは難しい。一方、医療は、全て国家統制の診療報酬という決められた形の中でやっている。

ですから、私が申し上げたいのは、同じ土俵で考えるという制度をこのまま続けていくというのはなかなか解決するのは難しい、これはきれいに分けて検討する方がいいんじゃないのかなというふうに、今の段階でそれが通るのかどうかかわりませんが、私は強くそれを要求したいというふうに思っております。

以上です。

○本田参考人 安藤先生、この医療法に関してでよろしいんですね、どう考えているか。(安藤(高)委員「はい」と呼ぶ)はい。

まず一つは、私、一定の勤務経験、地域で経験した人じゃないと、簡単に言うのと院長になれないというのを見てびっくりしました。今の若い人が院長になろうなんて思わないと思えますよ。大体、医師を集めるのが大変。赤字、何かあったらテレビの前で頭下げなくちゃいけないですね。私も外科医だからこの際すばつと言わせてもらいますけれども、院長にはなりたいたいと思いませんでした。

あと、この間、東大の駒場の学生さんにお話ししたら、将来医師になろうかと思つたら、親に過労死するような職業にはなると言われたと。さすが東大ですけども、自分は裁判官になるといふ人がいました。ですので、この文言を見たとき、いかに実態がわかっていないんだなということがわかって二度びっくりでした。

あともう一つ、地域にいろいろな権限を与えてくださる、これはありがたい。ただ、地域に権限を与えても、必要な医師がいなければできないでしょう。例えば入院したときに、パズルをするときに、半分ぐらいいないパズルを一生懸命自分でやっていると、ピースがないのをでまきすか、皆さん。ピースがないんだから、だから、お金を医師をちゃんとふやさないんだめというのを見たら正直な印象でございます。

済みません、外科医なんですすばつと言わせていただきました。

き方のことについてお話ししたいと思っています。
現在、この議論は進んでいるわけですから、
も、医師だけが特別だと言いつけるつもりはないで
すけれども、ほかとはやはりかなり違う職業であ
ることは間違いない。

特に、応招義務。例えば自分が受持ちになつて
いる患者さんが本当に状態が悪くなつてお亡くな
りになるときに、果たして、私はちよつときよう
は五時で失礼するよ、後はほかの医師が診るから
というの、なかなかその家族の心情からして多
分許されない話であらうというふうに思います
し、例えば手術をした人が夜中ぐあいが悪くなつ
たら、それはもう診に行かなきゃいけないんだろ
うというようなことがいろいろあります。

特に、救急の現場とか、あと産科の現場とか、
やはり二十四時間対応がどうしても必要になりま
すし、私どもの全日病の会員からも言われたの
は、北海道の方たちにすぐ言われました、今こ
ういう流れで、北海道には本当に医師が、札幌以
外は少ないんだ、そういうところにある病院が本
当に応招義務に應ぜざるにいとすると、少ない医
師で回らなくなつたら、もう本当にその医療は
崩壊しちゃうよ、本当にそれでいいんだらうかと
いうお話をいただいております。

ですから、そういうことを考えると、よほど慎
重に応招義務の件、それからあと自己研さんにも
時間がかかります。これは、ほかの企業でもそう
いうことはあると思うんですが、特に生命を預か
る医師として十分な自己研さんを行わなければい
けないと思いますので、そういうことを十分に考
えて、これから議論を進める必要があるのでは
ないかというふうに思っております。

以上です。
○安藤(高)委員 先生方、どうもありがとうございます。

地域医療を守っていくためには、もちろん医師
の健康を考えていくことが非常に重要でしてくれ
ども、この医師の働き方改革というのは非常に大
きなウェイトを置いているのではないかなと思つて

います。我々厚生労働委員会でもしつかり議論を
していきたいと思っております。

二番目の質問ですけれども、これは本田先生と
猪口先生にお願いしたいと思っております。

日本の場合、先ほどの話じゃありませんけれ
ども、医師の長時間労働が行われている。その中
でも、従来だったら、医師じゃなくていい仕事
がいろいろあると思うのです。また、すぐ今書類
類が多いということです。

では、具体的に今出ているタスクシフティング
を行うため、それでまた、具体的にそれをスムー
ズにいかせるためにはどんな方法があるかとい
うことを、先ほどP Aのお話もありましたけれど
も、ちよつと突っ込んでお話を聞きたいと思
いますので、どうかよろしくお話し申し上げます。

○本田参考人 皆さん、それでは、先ほど私が
渡した資料の十四枚目なんですけれども、「勤務
医の負担軽減策」というところでちよつとごら
んいただければ、「スタンフォード大学移植外科
部門における分業体制」とありますけれども、こ
こに、病棟における医師補助職、特定看護師の担
う職務というのがございます。例えば、回診、手
術助手、スタッフ、患者、家族への教育、ガイド
ライン実施の促進活動、研究活動ということで、
日本でしたら医師自身又は若手の医師が全部や
っていることを向こうではフィジシャンアシス
タントがやってくれるわけですね。

前にも聞いたんですけれども、ある私立大学、
都内の方が私の勤めていた病院に勤めるかどう
かという話を聞くと、まさに都内の若手の又は中
堅ぐらいの医師はアメリカのフィジシャンアシ
スタントの仕事をしているんですよ。しかも手術
は余りできない。これでは外科医になり手がな
いんですね。

ですから、やはり医師不足の地域こそ、厳しい
労働環境の科こそ、こういうフィジシャンアシ
スタントを導入して、長くそこで働いていると若
手の医師よりもなれます、だって、同じところで
働いているんですから。こういう人を一刻も早く導

入していただきたい。ぜひそれをお願いしたいと
思います。

以上です。
○猪口参考人 御質問のタスクシフティングのこ
とですが、考えられることは幾つかあると思いま
す。現在でも、医師事務作業補助者という方が
おります。大分なれてくると、いろいろな書類とか
いろいろなことを任せられるようになりますの
で、こころを診療報酬上でも強化していくとい
うことは必要かと思ひます。

あとは、よく言われている、今お話出ました
ナースプラクティショナー若しくはフィジシャン
アシスタント、ナースプラクティショナーに関し
ては、特定看護、教育を済んだ看護師さんがだ
んだんふえてまいりますと、そういうような道が
きてくるのかなという気がしております。

ただ、P Aに關しましては全く新しい資格で、
これをどうつくるかということを考えなきゃい
けないんですが、一つ、こういうことはあり得る
かなと思っております。今、救急救命士という
方が、大学が多くできて、資格を持っている方
が、大学ができて、資格を持っている方がい
らっしゃいますけれども、これは消防の救急の
場面でしたら今その資格は使えないことになつて
います。これを一定の要件のもとにP Aのよう
な仕事をしていただくというようことは可能にな
ってくるのではないかと。

そういうさまざまな方法を使つてこのタスク
シフティングを行つていかなければいけないと思
いますし、それからあともう一つは、書類とかが
やばいんだとどんどんふえております。これを、
例えば診療報酬上似たような書類を一本にし
て、少し簡素化していくということも実は非常に
重要なのではないかなというふうに考えておりま
す。

以上です。
○安藤(高)委員 どうもありがとうございます。

今お話を……(本田参考人「関連して」と呼ぶ)は
い、じゃ、よろしいですか、本田先生。

○本田参考人 今、P Aに救急救命士さんがいい

という話があつて、私もそれは賛成なんです
が、もう一つ、すごい候補があるんです。臨床工
学技士さんです。

今実際、臨床工学技士さんという方は、一九
八六年ですか、法制化されて現場で活躍してい
るんですけれども、御存じのように、看護師さん
と違って、病院に何人いなくちゃいけないとい
うのが決まっていなくていいんです。ですから、
彼らは院内で働いていて更に活躍したいという
希望を持っているということを、この間、私はあ
る臨床工学技士の学会で聞いてまいりました。で
すので、そういう職種さえつくつていただければ、
手を挙げてくれる人はたくさんいると思います。

あと、ナースプラクティショナーもいいん
ですけども、うまくいっているところはいいん
ですけども、御存じのように看護師さんは不足
しておりますから、現場の看護師さんに何回も
それはやめていただくことをあちこちで聞いて
いますので、爆発的にふやすのであればフィジ
シャンアシスタントがいいということをやつと
追加させていただきます。

ありがとうございます。
○安藤(高)委員 どうもありがとうございます。

今お話を聞いていても、各職種の需給問題、
それからまた業務分掌の拡大も含めて、さまざま
規制緩和というものをきつと整備していく、そ
してそれに対する予算もつけていくということが
重要ではないかと思ひます。そこら辺もきつち
りまた我々で頑張つていきたいなと思つており
ます。

時間もないので、最後ですけれども、猪口先
生の方に、先ほど総合医のお話がありました。本
当に、特に医師の少ないエリアでは一人の医師
がさまざまな診療を行うということが必要にな
つてくると思うんですけれども、先生の全日本
病院協会で今やろうとされている総合医の研修
の内容について、ちよつと詳しくお話をいただ
けければと思ひます。よろしくお願ひします。

○猪口参考人 どうも御質問ありがとうございます。

全日病では、ちよと実はあすが開始日になるんですが、ことしから総合医研修というのを始めました。

総合医といっても、どこかに集めて一年間教育するというのはなくて、それぞれの病院に勤務しながら、土曜、日曜を使っているいろいろなことを学んでいただきたいということで、一つは、いろいろな科のエッセンスをケーススタディーを中心に行っていくということはもちろんあるんですが、それでも、そのほかに、これにつきましてはブライマリ・ケア連合学会若しくは筑波大学の方に実はお願いをしております、筑波大学でつくっているノンテクニカルスキル、いわゆるテクニクだけを学ぶのではなくて、もっと医師として、若しくは、医師はやはり職場ではそれぞれの方を引っ張っていく立場にもありますので、そういうような、ある程度の中間管理職若しくはその上としてどういうようなスキルを身につけるか、そういうところも実は学んでいただくというようなコースになっております。

時間がある方が一生懸命やると一年間で終えることはできますけれども、なかなか普通は動めながらだと難しいので、二年ないしは三年かかってでもコースを修了していただくというようなことを考えております。

また、そういう方が徐々にふえることによって、それぞれの病院でもいろいろと受け持つ範疇、あとそれから、病院は今、地域では、例えば介護職とかケアマネジャーとか、ほかの施設との連携というのが非常に重要になります。ともすると、医師は余りそういう連携に一生懸命ではない方も多いんですけれども、そういうことも学んでいただいて、多職種の地域における連携、こういうことも少し学んでいただくということも考えております。

そういう多面的に総合医を育てたいというふうに考えておりますので、よろしくお願ひしたいと

思います。

○安藤(高)委員 どうもありがとうございます。

よく聞く話では、私も経験していますけれども、医師の問題があつてチーム医療が保てなくなる、あるいは、特に医療と介護の連携、ケアマネジャーさんとの関係が壊れてしまうということをよく聞きますし、あることですから、医師が組織のマネジメントの能力を持つということは、これは非常に地域の医療と介護の連携にもいいのではないかな、そう思っております。ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

では、これで私の質問を終わらせていただきます。どうもありがとうございます。

○高島委員長 次に、吉田統彦君。

○吉田委員 立憲民主党の吉田統彦でございます。

今日は、参考人の諸先生方にいろいろお話を伺ひしたいと思ひます。

まず、三宅参考人にお話を聞かせていただきました。

医師の偏在、診療科の偏在が極めて大きな問題になっていきます。その一因として、先ほど参考人もおっしゃいましたが、日本の大学医学部の危機的な状況があるわけでありまして。ピンチではあります、これをチャンスに変えていく、そういう工夫が必要だと考えます。

最も大きな問題として私が考えておりますのは、さつき本田参考人から院長のなり手がいないという話がありましたが、同様に、教授になることや、大学の研究者、そして大学の勤務医であることに魅力がなくなつてきていると考えられますけれども、大学に長くいらつちやつた三宅参考人の御意見を、なぜその魅力がなくなつてしまったのか、どうすればいいのか、教えていただければと思ひます。

○三宅参考人 先ほどのスピーチでも申しましたように、一九九〇年代というのはすごい時代でございます、医療も医学も本当に日本は輝いてお

りました。

二〇〇〇年にヒラリー・クリントンが、どうして日本は、こんな小さな国で、島国で、資源もないのに、こんなすごい医療、医学ができるのかというのを調べに来たことがございまして、彼女がたしか国務大臣のときだったと思ひますけれども、二、三日おりました、さすが彼女は頭がよくて、こういう言葉を残して帰りました。彼女が最後に言つた言葉は、ザ・ジャパニーズ・メディカル・ケア・システム・イズ・メーソ・メーソ・メーソ、維持されている、バイ・ザ・セイントライク、聖職者のような、セルフサクリファイス・オブ・メーソ・メーソ・メーソ、要するに、聖職者のような自己犠牲のメーソ・メーソ・メーソによつて支えられていて、これはとてもアメリカではできないということであつたんですね。まさによく見ていたと思ふんですね。

それで結局、大学人というのは、自分が充実してやれることがありますが、そんな働き方改革なんか関係なく働きまくるんですね。それが、やはり僕は一九九〇年代の日本であつたと思ふんですね。それにはやはりいろいろ、やれば満足できるということをやれば満足できる、いかぬわけですね。

今、ちよと僕が危機感を感じるのは、そういうことが順番に順番になつてきて、それは大事なことではあるけれども、余りおもしろくないことがいっぱい出てきますと、これは、大学の給料は高いわけでは全然ありませんし、危険なことはいっぱいあります、訴訟もあります。そうすると、大学に残つていなくて、外の病院、例えば開業したり外の病院の方が日本の場合は給与もいいし、いろいろいいわけです。

また、今、学会で、結構開業しておる人でも学会活動が十分にできていない人がいっぱい出てきました。そうしますと、ますます大学の魅力が低下してくるわけで、それを何としても立て直さないといけないというふうにお思つておるわけであり、まず、言うのは簡単なんですけれども、

なかなか難しいんです。ただ、お国の方々も、結局、大学というものが崩れるとうろたえてがために、大学が崩れたのを直すというのはそう簡単じゃないんです、これは一遍崩れますと。

例えば、研究にしましても、当時は、眼科ですと世界で二位だ、それがもう今は、中国にも負ける、インドにも負けるというような状態になつてきておるわけですね。そんな民族じゃないとか、一九九〇年代は要するに日本人が、お金とかそういうことじゃなくて、満足で頑張つた時代だと思ふんですね。それがまた頑張れる環境があつたということだと思ひますね。

ですから、これから、何としてもそれを模索して、地域医療も物すごく大事であることはわかりますので、そういうことをやりながらも、大学で満足感が得られる環境をつくりたいということ、それにはやはり、いろいろ政府からの補助、例えば運営交付金にしてもそうですけれども、私立医科大学は経常費補助金なんか非常に下げられていますし、今、国立に比べますと私立はもう本当にわずかです。本当に微々たるもので、その微々たるものがまた下げられている。本当に、それでどうやって満足が得られるかということなんです、今の大学は。本当に恐るべきことですよ、これは。留学もほとんど、今本当に減りました。

まあ、そういうことです。

○吉田委員 ありがとうございます。

今、少しもうお答えをいただいたんですが、医師が減少している診療科、特に、外科、産婦人科、小児科、救急の医師をふやすためにどのような政策をとるべきか。こういった不足する診療科の医師、特にアカデミアに所属する医師や勤務医師の処遇を改善するために政府が何をすべきかというところを、では、本田参考人、門田参考人、そして三宅参考人に一言ずつお伺ひしたいと思ひます。お願ひします。

○本田参考人 二言話そうと思つたんですが、でも、一言にいたします。

まず、やはりマンパワーをきちんとふやすということ。先ほど申しましたように、医師がふえても、ふえている科とふえていない科があるというのは、絶対数が少ないからなのですよ。

あとはもう一つ、やはり少なうて大変なところにはそれなりの処遇をする。ただし、日本で海外のように、例えば外科にすごく高給を与えるというのには難しいですね。だったら、そういう科にフィジシャンアシスタントをばつとつけてあげる、医療秘書をつけてあげる。その分のお金の補填をちゃんと国が面倒を見る。アメリカでもそういうところからフィジシャンアシスタントが導入されております。ぜひそれを学んでいただきたいと思ひます。

○門田参考人 私は、広い見方をする必要があろうかというふうに思ひます。

今話題になつています産婦人科にしろ外科にしろ、大変なお仕事だと。ほかと比べて厳しい状態の中で働いている。

そうすると、今そういうところへ行く人が少ないのが何かの制度の問題なのかということも一つですが、もう一つ考えておく必要があると思ひのは、やはり医師を目指す人たちがどういう目的で医師を目指し、何をしたいかというあたりが問題

ないのか、前と変わつていないのかというあたりを考えていくと、入試制度の問題もあつたりしますけれども、私、教授のころ、若い連中に話を聞いたことがあります。多くの若い人たちに、大阪大学のときですが、医学部に行くようになった理由は何かと聞いて、本当に正直なところを聞かせてほしいと。世の中には、成績がいいから行けと言われた、進路の先生にというふうな話を聞くことがあるので、あえてそういう質問をしたときに、やはり手を挙げようになるんですね、半分ぐらいの人たちが。驚いたことがあります。

そうすると、今度、最終的に自分の専門職をどう選ぶかというふうになったときに、厳しいところよりもほかに選ぶだろうと想像できるなという感じがしました。

ですから、具体的な対策もあると思うんですけども、教育そのものの、医学教育あるいは受験制度、あるいはもつと小児のころからの、本当に幼児教育から我が国は見直す必要があるのかもしれないというふうに思つております。

以上です。

○三宅参考人 ただいま、例えば精神科とか眼科とか、医師数がふえておるといふように一般的に言われておるんですけども、確かに眼科は、私、眼科でございませうけれども、最近、年間百五十人ぐらい医師数がふえています。

しかし、皆さん、年間、視覚障害者の数がどれぐらいふえるか知つていますか。二万人ふえているんです、年間。というのは、高齢化社会になればなるほど視覚障害者の数はふえ続けるんですね。

ですから、百五十人か百六十人ふえて、患者さんが二万人ふえて、それをふえていると言われるのもこれはおかしいわけで、医師がふえるということ論ずる場合にそういった背景もよく調べていただきたいと思つております。

○吉田委員 田村先生も眼科はすごく診療にお詳しいですけれども、今、眼科のお話もありました。

では、先ほど少しお話に出ましたが、全ての医療機関の開設者の要件として、過疎地域での診療を義務づけることを検討すべきという意見があつたと先ほど参考人の先生の意見陳述の中でございしましたが、ここはどのようにお考えになるかというのを猪口参考人にお伺ひしたいと思ひます。

○猪口参考人 過疎地域での、医師少数地域ですが、そこでの経験を持つて公立医療機関の院長にというお話ではなかつたかなと思ひますが……(吉田委員)「なので、私が言つたのは別の意味です」と呼ぶのは、

それで、確かに、恐らく、大学にいて、そのまま開業する、若しくは民間の医療機関に勤めるといふことになる、少数地域では全く医師をやつた経験がないという医師が多分大多数だと思ひま

す。ですから、そういう経験はした方が多分本人のためにもいいと思ひますし、視野も広がると思ひますので、悪いことではないと思ひます。

ただ、それを本当にルーチンにするかどうか、それから、その経験をした後、いつごろ院長にまたなるのかというふうなことを考えると、なかなか制度としてスムーズに動くにはちよつと時間が必要かなというふうには思ひますが、その経験自体が悪いこととは思ひません。

○吉田委員 では、同じ質問を門田参考人にもさせていただきますと思ひます。

○門田参考人 余り経験がなく、考えただけ申し上げますと、私は、そういうふうな資格づくりで物事を規定する形式論ということは、決して物事をうまく展開しないだろうというふうに思ひます。

そういう意味において、そこに行つた経験があればというふうな話で、経験さえすればいいんだな、こういうことになつていくわけですよ。

ですから、私は、もつともつと大事なのところの人の評価ということが出てくるべきであつて、何とかの条件ということの一つのところに入れて、それさえ満足できればできるというのは、問題の解決にはつながらないだろうというふうに思ひます。

○吉田委員 そうすると、門田参考人の今のお話だと、やはり医療法自体も、今回そういうつた、今、門田参考人がちよつと批判的におつしやつた内容が多々含まれてますよね。そうすると、参考人としては、医療法の内容自体やはり型にはめていつている部分がかなり多いですよ、今回

のもの。やはり否定的なのかなということをお聞きながら今聞いておりました。

それでは、次の質問に移つていききたいと思ひます。専門医制度なんです、この専門医制度というものの責任の所在というのが非常に今回の混乱で不明確になりましたですよ。本当に責任を持つてゐるのが、今回、五都府県

の各シーリングなんか見ても、厚生労働省が責任を持つてゐるのか、それとも日本専門医機構が責任を持つてゐるのか、もう不明確になつてしまつてゐます。これは非常に私は問題だと考へてゐます。

参考人の諸先生に、ちよつと時間の問題もあるんですけども、一言ずつ簡潔に答えていただければと思ひますが、一つ目の問いは、まず、この専門医制度の全責任を負うのは専門医機構であるべきか、それとも厚生労働省であるべきか。そしてもう一つは、日本専門医機構というのは、専門医の質の維持や向上を図ることを第一義とすべきなのか、それとも専門医の全国的な配置を第一義として考へてやるべきなのか。

この二点に関して、先生方から一言ずつお願いできますか。

○片峰参考人 専門医機構のあり方、一つあると思ひますが、基本的にはやはり、これまでいわれるプロフェッショナルオートノミーという言葉がございまして、お医者さんのマターは医者が基本的に決めるのがいいという考へ方がございまして、ここをどう考へるかというのが一つだと思ひます。

やはり、今回の我々の分科会の意見の中では、公益を考へた場合に、ある一つの制約の中で、プロフェッショナルオートノミーあるいは若手のお医者さんの意思、職業選択の自由等というのは十分図れるのではないかと、しかもその二つを両立すべきではないかということですよ。

そういう意味では、専門医機構が厚生労働省か、これはもうなかなか答えづらいんですけども、基本的には、大枠はやはり厚生労働省なり国がきちつとつくれた上で、その中でプロフェッショナルオートノミーを機能させるというのが今のところの妥当な考へ方ではないかなというふうに思つてゐます。

それから、配置の問題か、プロフェッショナルとしての資質の議論の問題か、これも両論、どつちかという話ではないんだらうと思ひます。両

方を両立させる意味がある。そういった意味では、先ほど申しました、地域で専門研修をやってもそれだけの実が上がるようなやはり対策を講じていくというのがどうしても必要なだろうというふうに思います。

○三宅参考人 専門医機構、どちらが責任をとるかという話なんですけれども、責任ということからは、私は権限が伴うと思うんですね。権限を持つ方が責任をとるし、責任をとる人は権限を持たなきゃいかぬ。ですから、誰が権限をとるかということになると、私の個人的な考えとしては専門医機構がとるべきで、厚労省というのは調節役ではないですか、そういう立場がいんじゃないかというふうに思っております。

○門田参考人 非常にシンプルです。

厚労省が責任というのは、制度としての責任はありますが、個々の問題については機構が当然のことだと思います。また、そういう形で機構を育てていかなければ、永久に機構が育たない。私は、プロフェッショナルオートノミーということの本格的に鍛えなければだめだというふうに思います。

それから、医療の質を高めるというのは、これは言うまでもないことだというふうに思います。ですから、それは、機構あるいは専門医ということとで考えるのではなくて、ほかのところで検討すべきこととこれを混同したらだめだというふうに思います。

○本田参考人 私基本的には専門医機構がとるべきだと思つたと同時に、専門医機構又は各学会にぜひ期待したいことがあるんですよ。

各地域の専門医の実働医師数を明らかにして、公表してほしい。これがないといつまでも偏在の是正にもならないですね。この地域では救急医がいらない、法医学がいらない、病理がいらないということをおオープンにすれば、もしかすると若手の医師が、将来あそこに行けば働きやすいということになるかもしれません。そういう情報開示を、厚労省のデータと協力して、ぜひ各専門医学会が各

地域の医療の質を上げてもらうことを期待したいと思っております。

○猪口参考人 先ほどの最初の意見でもちよつと私の意見を言わせていただきましたけれども、専門医に關しては、その質を上げるということは、やはり各学会が責任を持って質を上げていくのであらうと思つています。専門医機構は、それらをまとめて、レベルを同一化していくというところに責任があるんだというふうに思つております。

ただし、先ほども言いましたけれども、全国的に専門医がどれぐらいの数が必要であり、それから地域にどれぐらい必要であるかというような統計、そういうことはやはり国の方でバランスをとる必要があつて、その両者のバランスの上でこれから進めていくべきではないかというふうに思っております。

○吉田委員 専門医の質の担保と専門医の適正配置というのは、参考人の先生方のお話はごもつともなんですけれども、時として、本田先生はおわかりですが、相反する状況になつてしまふ、相反関係になることはやはりあるということとは事実です。そういうところに関して、多分本田参考人が一番いいと思うんですが、本田参考人、やはりそういうことは往々にしてありますよね、医師を適正配置しようとする、そのクオリティーの維持が難しくなること。

現場ですつと外科医をされてきた御経験から、その辺はどうすると思われませんか。

○本田参考人 先ほど、アメリカのクリントン大統領夫人の話が出て、私も興味深くその話は聞いているんですけども、クリントン大統領は日本の医師の過重な労働環境を聞いて、本当、聖職者意識ながら働いている、すばらしいと言つた後に、クレイジーだと言つたというんですね。

やはり、医療関係者がもつとこういうことを関心を持って声を上げていかなければ、医療制度が悪ければ患者さんを助けられないわけでしょう。専門医の配置もそうですよね。だから、本当にやはり医療関係者がもつといい意味で社会的なこと

を考えてもらいたい、それは私、本当に切に訴えたいと思います、貴重な機会です。

ありがとうございます。

○吉田委員 ありがとうございます。引き続き、女性医師の問題に關して御意見をいただきたいと思います。

女性医師、特に不足診療科の女性医師に關して、やはり出産、育児等のライフイベントがあるわけで、特段の配慮をしないといけない。

三宅参考人はよく御存じだと思つて、半分以上というも、入学者の半分が女性になつて、半分以上という大学もある中で、どういったことを政府に対して、女性医師を育成していく立場の大学病院として、政府に求めるものとしては何があるのかというのを三宅参考人にお聞かせいただきたいと思つております。

○三宅参考人 女性医師の問題、特にうちの大学は女性医師の数が東京女子医大に次いで二位、ですから、普通ですと一位になるわけですから、それぐらい女性がおりまして、真剣に考えておるわけでありまして。

米国の女性医師というのは物すごく数が多いんですよ。五割以上女性医師なんです、米国は。

それで、さぞかし先生方は、米国ですから、女性に対して待遇がよくて、いろいろなことをやっているだろうと。確かに、保育園とか保育所とかいろいろなことは整備されていますけれども、ずっと調べてみますと、要するに、プロモーションといいますか、上の方に行っている女性というのは物すごく少ないんですね。それと一つの特徴は、やめない、女性が医師を。ずっと続けているんですよ。

僕は、政府に頼むといつても、これを頼むといつたら、結局、大学がでるだけ女性に対して細かい配慮をするということが大事で、政府が動くということよりも、やはり、日本の女性の医師が、これだけ高い税金を払って医師のあれを続けておるといふ。まず自分が働かなきゃ、皆さん一生懸命やつておられることはわかつてい

ですけれども、そういう気持ちを持つて、それだけのモチベーションを持つて。

ともかく、ガラスの扉を突き破るようなモチベーションを持つんじゃないくて、医師というのはいろいろなことが重要なわけで、それを自分がどうやったら、自分がこれだけ高い税金ももらつて、それから大学の授業料も高く、そういうところで医者になつた、医者一人をつくるのに一億円かかっていますから、そういうことを頭に入れて、生涯を通して何らかの格好で働いていただくというのが、女性問題に關しては一番解決になるんじゃないかと。

もちろん、大学としては、いろいろなケアといひますか補助、その他サポートすることは当然でございますけれども、女性の考え方ということが、僕は、まだちよつと日本とアメリカと違うような気がしてしょうがないんですね。

○吉田委員 時間となりましたので終わらせていただきます。

ありがとうございます。

○高島委員長 次に、岡本充功君。

○岡本(充)委員 国民民主党の岡本でございます。

きょうは、それぞれの先生方、大変お忙しい中、急にお願いをしたにもかかわらず、当委員会にお越しをいただいて意見を述べていただき、大変ありがとうございます。

本当に、それぞれの先生方、それぞれの分野でさまざまな知見をお持ちであります、論点が多岐にわたる今回の法律ですけれども、私がつた大きな関心を持っているのが、専門医制度というのはどうあるべきなのかということでありまして、非常に難しいなと思つたのは、きょう門田参考人からお配りをいただいた資料の我が国の専門医にはどの水準が求められているのか、こういう話だと思ひます。

きのうも、きのうでしたか、水曜日ですね、私、ここで政府に質問したわけですが、学会の会員数と専門医の数はどうなのか。八割と

かいう学会があるわけですね、会員の数の八割が専門医だという学会もある。一方、じゃ、本当に専門医として更新制度や、また先ほどもちょっと話がありました、どういう評価をしていくのか、ここについてまだ十分ではないのではないかと、こんな話もしたわけでありませう。

そこで、まずお伺いしたいのは、きょうはそれぞれの先生方、分野はいろいろです、片峰先生はウィルス学だということでありませうけれども、長崎大学の学長もされておられましたし、いろいろな地域の実情もごらんだと思ひますけれども、どういふ専門医が日本の医療には求められているか、若しくは、どういふ専門医が必要とされているのか、片峰参考人から順番に全ての参考人の方々に答えをいただければと。

専門医は患者さんから見たらどう見えるのか、もちろん医師から見るとどうなのか、そういうものがありますけれども、制度としてどういふものがあるのか、お答えをいただきたいと思います。

○片峰参考人 長崎県の場合もそうなんですけれども、今、人口減少の局面にございまして、特に離島、僻地というところが非常に極端な人口減少が進んでございます。その中で、都市部あるいはそういった地方、医療のあり方というのは当然違ってくるんだらうと思ひます。

やはり、いわゆる専門的な高度の医療を提供する施設というのは、ある程度、やはり県内の中で集約していく必要があるんだらうと思ひます。そういった中では、そういった病院が非常にレベルの高い、専門性を持ったお医者さんたちがそこに集積してくるということじゃないかと思ひます。しかしながら、それ以外の部分に関しましては、どの程度の専門性が要求されるかというのはまた違う議論なんだらうと思ひます、先ほどからも議論があります総合医の問題、家庭医の問題も含めまして。

そういった意味では、専門医機構の中で、先ほど門田先生も言われましたように、専門医とは何

なのか、そのレベル感というのはどこに置くのかというあたりの議論が、きちっとやはりやられた上で、地域として医師の配置、専門医も含めまして、そういう計画をきちっと立てて、それに向けて実施を行っていくということが重要じゃないかなというふうに考えています。

○三宅参考人 専門医の定義、私はちよつと変わったことを言うかもしれませんが、最近、私の大学で学是をつくれということ、私、学是に具眼考究という言葉をつくったんです。具眼というのは、伊藤若冲という画家がいますね、彼が言い始めた言葉で、物事の真髄を正しく見るといふことなんです。

結局、今ほど超高齢化社会で患者さんの価値観が多様なときはなと思うんです。患者さんによつて全て、自分はこうしていただきたいといふことがかなり異なっている。長生きがしたい人もあるし、痛みをとっていただきたい人もいます。そこを見て、患者さんが最も満足する医療を突き詰めるというのが具眼なんです。

ですから、科によつてそれは違いますけれども、そういう専門性、そういう目を持つ、専門性を持つというのが私の専門医でございます。

○門田参考人 私、先ほどの話の中で、スベシャリストとプロフェッショナルという単語で話しましたけれども、世の中全体が混乱しているというふうに思ひます。

専門医、我々がここで言っている、あるいは医療制度の中に定着すべき専門医というのはプロフェッショナルというふうに考えています。プロフェッショナル、すなわち、ある学会が、研究会が、あるいは特殊な技術がというもので決まらずに、我が国の中で受診行動を起こしていくときにどういふふうな形で患者さんが専門医に近づいていくのかということ、患者さんが、あるいはそれを担当する医療者たちがわかるような形のものであるというふうに思ひます。

そういった意味で、我々が検討したところは、標準的な医療を確実にできるということがまず最初

だというふうな合意事項で話を進めてきました。ところが、それで学会単位になつてきますと、スベシャリスト的な発想が多く出てくるというので、そのところを使い分けをきちっとしていくことによつて物事は整理できるのではないのかなというふうに思ひます。

○本田参考人 私は、自分の経験から考えますと、やはり専門医ということを考える上でまず基本になるのは、かかりつけ医だと思ひます。

キューバに三回行ったんですけれども、キューバは、千人ぐらいのところにドクターと看護師さんがいて、その家族ごとのカルテを全部把握しているんです。だから、生まれたときからずっとワクチン接種まで含めて把握しています。そういう上に更に専門の場合はということで、病院をちゃんと選択するようにしています。

ところが、日本ですと、私が例えば胃がんの手術をした方が風邪でも水虫でも私のところに来るといふようなことが実際珍しくないんです。皆さんも、例えば床屋さんに行くときに、やはりなれたところに行つた方が何か安心感がないですか。それが、そのなれたところがなくて、急にほんと総合病院に行くものだから、両方困っているわけですね。

だから、ぜひお願いしたいのは、これからの人口構成を含めれば、この地域には救急医が何人必要、胃がんの手術をする人が何人必要だ、わかるはずなんです。そうすれば、本当に何人足りないということがわかるわけで、それを一切なくして専門医だけどうすると言つてもしやうがないので、やはり、どれぐらい必要とされているのか、その基本にはかかりつけ医があるということをやぜひ検討いただきたいと思います。

以上です。

○猪口参考人 専門医の問題ですが、今、国民から見て、国民も、やはり専門医にどうしても診てほしいという声が高くなつてきているわけです。ですから、専門医というのは、その領域のある一定のレベルを常に、これは医学がどんな

進歩していくわけですから、それをちゃんとわきまえて治療できる、それが専門医の一応基準ではないかなと思ひます。それを、専門医機構を通じて各学会の専門医のレベルを統一化していくというふうなことでよろしいかなと。

ただ、実際には、特に外科系ですと、更にその上の専門がまたあるわけですね。特殊な手術で、やはりここにお伺いしないといけないというふうなことが実際、現実的にありますので、それはまた別の意味でも、更に上の専門医がまだ存在するんだというふうな感じで私は見ております。

○岡本(充)委員 それぞれの参考人の方からお話を伺いましたが、総じて言うと、私自身も感じているんですけれども、患者さん側から見たときの専門医の見え方と、そして医師として、また専門医としてお仕事をされている側から見たときの専門医の問題、そしてまた実際に地域医療をやっている先生方の目線とあるんだと思ひます。そこをどう統一していくかということになるわけです。

一方で、もう一つ私、専門医の制度で大変課題だと思つていてのは、最初この議論、ちよつと門田参考人が取り上げたところ、平成二十三年のころでありますけれども、これを取り上げたところの課題は、非常に多くの専門医制度が乱立をしていてよくわからないという状況。もつと言え、診療科がどんどん細分化していけば、これは実は医師不足に拍車をかけるのではないかと私は個人的に当時思つておりました。門田参考人がおっしゃるように、領域をまたがる形で専門医制度若しくは診療科のくくりをつくっていくことをしなないと、これはもうどこまで行つても医師不足になるのではないかと私は感じています。

そこでちよつとお伺いしたいんですけれども、門田参考人に改めてこの専門医制度、先生おしをいただいたこの絵でございけれども、先ほど同僚委員と話しておりましたけれども、子供の描いた絵と言つたら失礼ですが、こういう絵を描く子供もいると思うぐらいこれは、よくわからな

いぐらい、もう本当に小さな子供さんが線を引いて遊んだのかと思うようなぐらい、本当にややこしいんです。この状況がやはり今の専門医制度の現状をあらわしていると思いますが、この問題点と解決するべき道について、お話をいただければと思います。お願いします。

○門田参考人 ありがとうございます。

これは、こういうことが起きたのは、私が考えるのは、先ほども申しましたように、学会中心に専門医というものを描いていくようになってくる。しかし、一患者さんがどういうふうな病院の受療行動を起こしていくかというふうな話になるものとは全く違うところにある。だから、スペシャリストとそれからプロフェッショナルとの違いだ。

だから、我々が今つくらなきゃならないのはこういうものじゃなくて、もつとも整理されたものをつくっていく、それが本当の意味で今我々が求める、国民が求める専門医制度というものだというふうに思います。これは学会が、それぞれの領域の人たちが更にその道のプロを高めていくという意味においてやられるということは否定することも全く必要ないです。

ですけれども、そういうものを制度の中に入れるかどうかというのは話は別だと思えます。私は、一階部分、二階部分、今は三階部分まであるかもしれないというふうな話がありますけれども、それは、これからいけば、どんどんどんどん専門性の細分化というのが進んでいっているわけですから、難しくなればなるだけその専門科というのとは非常に狭い領域になります。だけれども、それは制度としてのものでは決まっていなくて、認識を持つべきだということに思えます。

○岡本(充)委員 ありがとうございます。

そこで、やはり日本専門医機構がどういう役割を果たすかということが次の論点になるわけでありましても、今回の法案では、厚生労働省が専門医機構に対して、いわゆる著の上げ下げ、多岐にわたって指示できるというたてつけにはしま

せんでした。

しかし、今お話しになられましたように、専門医機構が、これから先こうした学会がそれぞれ、先ほどの先生のお言葉をかりれば、スペシャリストを評価していくという考え方と、プロフェッショナルとしてどうあるべきなのかということとを分けて考えていく中で、この機構がきちっと職責を果たしていくということが求められると思えますが、門田先生から見たこの機構の役割として期待するべきこと、それから、例えば、今より更にこうあるべきだということがあれば、お話をいただければと思います。

○門田参考人 先ほどから申し上げているような、繰り返しになりますけれども、スペシャリストはもう研究会、学会に任せたいので、制度ではありません、私はそういうふうに割り切りたいと思います。ですから、プロフェッショナルとして、先ほども言いましたけれども、本当に一階部分、二階部分、三階部分と言っているものが、本当にどこまで制度として必要なかということのディスカッションは必要だと思えます。

それからまた、それをどういうふうな、消化器の領域でも、私のこの図を見ていただければわかりますように、いろいろなものが重なっているわけですから、一人の患者さんが、ある病気といつても、ここの中でのいういろいろなところがかかってきておりますから、こういうことをやったのでは、国民のための、患者さんのための制度とは決して言えない、プロフェッショナルではないと言ふべきです。ですから、そういう意味では、そういう制度構築を本格的にやるべきだということに思えます。

ですから、そういう役員構成を考え、そして、もつともつと、今回一年おくれることによってばたいたつといういろいろなことが決まったみたいですが、やはり一気にはいいものというか完璧なものをつくるというのは易しくありませんので、やはり時間がかかっても徐々に変わっていくということを許してやるべきではないかというふう

うに思います。

○岡本(充)委員 そういう意味では、確かにこれから始まるわけでありましても、一つ、やはり気になるのは、先生のきょうのお話でスペシャリストの話が出ました。

スペシャリストを学会がきわめていくということになると、誰がスペシャリストかというのをやはり患者さんは気にすると思うんですね。それで、要するに、プロフェッショナルとしてこういう専門医があるのとは別に、学会がもし別にスペシャリストということ、この人たちはスペシャリストですよということを公表するような仕組みをつくと、患者さんの視線はどちらかというとスペシャリストに行ってしまう可能性はないんでしょうか。

その点について少し懸念をするんですが、そうならないような仕掛けを、アイデアをいただければと思うんですが、いかがでしょうか。

○門田参考人 アイデアがあるというわけではございませんけれども、先ほどから出ていますように、やはり、プロフェッショナルという意味において、我々が、どういう形であるべきだ、社会の組織として、システムとしてどうあるべきだということ制度化していくということを言うていく。そういう意味においては、上の組織、あるいは更に専門性の高まったところを患者さんが選ぶということではない、私はそう思っております。ですから、それはプロフェッショナルのぎりぎりのところまで行つて、そこから先は医師からの紹介でもつと上に上がっていくんだというふうな割り切るべきで、また、逆にそういうふうな今、最初から専門医に行きたいというふうな国民がたかさんいらしやるといふ話もありますけれども、そういう制度というのは、許していけば本

当に複雑怪奇、先ほど岡本先生がおっしゃられるような形になるわけですから、私は、そのあたりが、制度化していくことをだんだんとやっていく必要がある、そうしないと整理はつかないんじゃないかと思えます。

○岡本(充)委員 おっしゃること、わかります。

やはり、きちつとしたシステムをつくって、患者さんが受診をするまでの間に幾つかの段階がありスペシャリストにたどり着く、こういう仕組みをきちつとつくっておくことが重要だ、こういう御指摘だと思えます。私もそのとおりだと思えます。

なかなかそれが必ずしもうまくいっていないというのが大学病院にいたときの私の感想でもありますが、今でも覚えております。私が外来をやっている、患者さんが来て言われるんですね。何で来たんですか、いや、一番近いんだから、それはすぐ隣に住んでいるんだから、私は名古屋大学ですけれども、名古屋大学に受診しますよ、こう言われて、はあという気になった記憶があるわけ

です。いずれにしても、こういう問題意識を持ちながら、私、やはり医師の養成はどうあるべきか。時間が限られていますから、地域性の点について最後にちよつとお聞かせいただければと思います。今、地域性が、本当に各都道府県が設定をされていて、必ずしも自分の都道府県出身じゃなくてもいい、どこかは名前は出しませんけれども、ある県の大学が遠く離れた県の地域性を設定し、そして、その地域性に通う生徒は、もちろん、その後その県に縛られることにはなるわけでありまけれども、本当にその県に愛着があるのかかわらないというふうな形になっている地域性もありま

すし、また、地域性の問題といえば、選抜の仕方にもあります。最初から地域性で入るというのもあれば、入学した後に、肩をたたいて、君、地域性はどうだ、こういう話もあるわけですね、これで本当に地域性としてうまくいくのかというの

校を卒業しておいでくださいという、こういう前提はつくわけですけども、こういう地域枠の設定のあり方などについて御意見があれば、それぞれの委員からお聞かせいただいて、終わりたいと思います。

○片峰参考人 御承知のとおり、地域枠、十年前からほとんど今ふえてきもしてしまっていて、彼ら卒業生が実際に研修、二次研修も終わりましたして社会に出ていくというのは今からなんですよね。そういった意味では、彼らがどういう行動をとるかというのは、非常に、やはり偏在対策上、重要な問題になってくるんだと思います。

しかしながら、これまでのデータを見る限り、やはり大学の地元出身者の卒業生は、地元で研修する割合が他県から来た学生に比べてはるかに高いです。さらに、研修後も地域に残って医療に携わる割合も物すごく高い。そういった意味では、地域枠の学生だから地域に残ることを義務づける、強制するということは恐ろしくなかなか法的に難しいんだと思うんですが、現状でも、地元出身者は確実に高い頻度で、長崎も含めまして、残っているということだと思ふんですね。

そういった意味では、今後、医学部の教育等々も含めまして、そういったところを強化していく、あるいは地域の医療に触れる機会をもっとふやしていく、そこにやりがいを感じさせる等々の取組の中で、地域枠は十分に恐らく機能していくんだと思います。ただ、他県の問題に關しましては、他県の大学に行く地域枠ですよ、もうちょっと恐らく分析が必要なんじゃないかなと思います。

○三宅参考人 ただいまの御意見に僕も同じなんですけれども、うちの大学も外からは採っていませんで、地域の方が地域枠を使っていますけれども、うちは、できるだけ地域枠で採った方は地域で働いていただくと同時に、それが大学にとっても非常にメリットがある。大学で出すべきところ、出した方がいいところをそういう人が持つてくれる、そういうことで、随分、地域枠の人もそ

れなりに貢献していただいておりますように思いますが。

○門田参考人 私は、深く直接自分の仕事として考えたことはございません、まず最初に申し上げます。

ただ、働く側の医師がうまく、先ほども問題になっておりましたけれども、医学、医療をおられる大学病院に残って研究し、何とかというふうな形に人間が育つのはどういふことかという、やはりそういう夢を持ち、そしてやる気を持つてやる人がそういう場を与えられることというのが基本だろうというふうに思います。

そういった意味で、制約をするために、ここからこうしてこうするというふうなことは、医師の立場、その人たちの伸ばしていくという意味では果たしてどうかというふうな疑問を感じるといふのが正直なところですよ。

ただし、今現在の問題点をとりあえず解決する一つの方法であるというのも理解はできますけれども、私は、長期的には、もつと全国レベルでどうかというふうなことでカバーするようなことを考えるというの方が大事ではないかというふうに思います。

以上です。

○本田参考人 私は青森県の弘前大学卒業なんですけれども、やはり地域枠自体は、私は、地元で定着するという意味では有効性があるのではないかと思います。

ただし、問題は、北風と太陽ではないですけれども、その後、そこで働こうかな、働きたいなと思えるような環境を整えられているかどうかということですね。

先ほど大学のスタッフが忙しいというお話がありましたけれども、私のかつて調べたときには、東大、京大クラスでも、アメリカの医科大学の、スタッフが五分の一だと聞いたことがあります。医師の数ですね。しかも、ですから、その少ない数で診療、研究、教育をやっているわけでしょう。そうすると、地域のところは、大学病院の方

も、教えることも余裕がないという現状があるんです。

ですから、その地域で、若手の医師が残ってもいいな、教えてもらえるな、ワーク・ライフ・バランスがとれるなという環境も同時につくっていかないと、北風で、おまえは一億円かかっているんだからだめということを言っていたのでは解決しないんじゃないかというのが私の意見です。地域枠は、そうすれば有効だと思ひます。

○猪口参考人 現状ですと、地域枠というのは、本当に地元から入る枠、それから他県から来る枠とか、いろいろな使われ方がされています。やはり一番有効なのは、地域枠の中の地元枠なんだろうと思います。それは地元にも定着するというのはもうデータが出ていますので、これを進めることはいいと思ふんです。

ただ、一つ気になるのは、やはり、十八、九で大学に入り、二十四で医師になって、私はこういう医学をやりたいとか、少し外国に行つてこういうことをしてみたいとか、若しくは、基礎のこういうことをやってみようというふうな希望が大学の途中で湧いてきたときに、それを果たしてとめるべきなのかどうか。そうじゃなくて、あなたは地域枠、地元枠で入ったんだから、ここでこういう医者にならなさいよということだけでいいのかどうか。そういう、ここはやはりもう少しいろいろなケースを考えながら決めていく必要があるのではないかとこのうふうには思っております。

○岡本参考人 大変貴重な御意見、ありがとうございます。

○高島委員長 次に、伊佐進一君。

○伊佐委員 おはようございます。公明党の伊佐進一です。

まず、五人の参考人の方々には、本当にお忙しの中でこうして足を運んでいただいて、また、それぞれにそれぞれの立場から示唆に富んだお話をいただきました。まず心より感謝申し上げます。

私の方から、まず片峰参考人に少し質問をさせていただきます。

今回どういった議論があつたかということですが、この国会の審議の中でも、これまでこの偏在は正というのはずと言われてきたんだ、七十年間ずっと言われ続けてきて、結局できなかったじゃないかというような質疑もございました。今回は何が違うのかということなんです。

相当、これまでの偏在対策についても恐らく振り返られて、いろいろ分析もされたんだろうというふうに思いますが、その中の一つで、参考人がおっしゃったのは、医師の自由意思から一歩踏み込んだという発言がありました。これは、医師の志、あるいはキャリアパスに対する自主性、というののももちろん大事だ、ところが、これまでの反省、これまでの経緯を踏まえて、やはり医師が不足している地域で被保険者がこうもり続けるような不利益があるんだ、これを是正するんだということでは一歩踏み込んだということでした。

そういう意味では、私は、これは社会のシステムのつくり方として最低限の調整は必要なんだろう、それが今回の法案の一つなんだろうというふうに思っておりますが、いま一度、医師の志とかキャリアパスに関する自主性のところと、そして偏在対策の両立という点でどういふ議論があつたか、確認させていただきたいと思ひます。

○片峰参考人 まさにその点が分科会における最大の議論の一つであつたというふうに考えております。

これまで、医師数はふえたにもかかわらず、やはり医師不足感がなかなか解消しないということですよ。その一つの原因が、お医者さんの行動変容、地方に向けた行動変容というのがなかなかやばりできてこなかったところがあると思ふんです。そういった意味では、今回初めて、お医者さんの職業選択、あるいは、要するにその配置等のところに、ある程度の、一定の制約をかけるという大きな一歩を踏み出したということでは大きいと思ひます。

しかしながら、それだけではなくて、医師の行動変容を促すべく、きちっとデータベースを整理して、どこにどんな医者があるかとということも含めまして、それをきちっとお医者さんたちに提供すること、さらには、県知事等々の御努力によりまして、そういう地域の労働環境、あるいは研修環境を整備していくことも一体として、恐らく今回の法案になっていると思うんです。

そういった意味では、先ほど申しましたように、その制約のあり方に関してはたくさん議論があつて、最終的になかなか合意が得られない部分もあったんですけれども、最小限のところでも一回は歩を踏み出したという考え方で、次の経緯を見ながら、更に踏み出すかどうかということになるかと思ひます。

○伊佐委員 もう一点お伺いを片峰参考人にさせていただきます。医師偏在指標についてなんですが、今回の法案では、二次医療圏ごとに医師偏在指標というのを国が示す。それで都道府県が、これは医師少数区域ですよ、これは医師が多いです、医師多数区域ですよというふうに決めていくわけですね。

これをやるに当たって、私は非常に注意しないといけないのは、これがレッテル張りになっちゃいけないというふうに思っております。つまり、地域地域で、単に少数多数じゃなくいろいろな恐らく実情があつて、その実情の中で、例えば多数と言われている、診療科によっては少数の医師しかいないとか、相当丁寧にはやらなくはないといけないと思うんですが、この点についても伺いたいと思ひます。

○片峰参考人 極めて重要なポイントであると思ひます。

人口十万人単位での医師数だけでは、地域の医療の多様性というのはいけません。そういった意味では、もっと多種多様な指標をもつてそれを判断した上で、過剰地域、不足地域という区分けをしましょう。その方が成果が見えやすいとい

うことがありますよね。

ただし、地域地域で非常に特殊な事情もあります。先ほど申しましたように、離島地域なんかというのは非常に特殊な状況ですよ。そういったところも勘案しながら、その意思決定を国ではなくて地域に移譲するところがある。もう一つのポイントなんです。そういった意味では、地域の医療行政能力が向上して適切な施策が講じられるのが最大のポイントになるかと思ひます。

○伊佐委員 ありがとうございます。

次に、三宅参考人と門田参考人に伺いたいと思ひます。専門医の話についてです。

三宅参考人の先ほどのプレゼンテーションの中でもおっしゃつていて非常に印象に残つたのは、専門医制度はあくまで学問のためなんだ、地域医療のためじゃないんだ、ただ、それが地域医療に影響を与えるようなことがあれば、そこは考えないといけないね、恐らくこういう趣旨のことをおっしゃつたと記憶しておりますが、先ほど来議論になっておりますプロフェッショナルオートのミー、これも、私も今までいろいろ議論を聞いていて、結局、プロフェッショナルオートのミーって何かというと、そこは、専門科の中でどういう医療が標準なのかというところを専門的な見地から示していくというものであつたはずだと思ひます。

だから、それに対して、ある意味国が何でもかんでも、箸の上におろしまで言っていくのはなかなかぬえというところだと思ひますが、ただ同時に、当然、医療というのは国民のための医療というわけでありまして、住民のための医療ということでありまして、こういう観点から、やはり国民が不利益をこうむるようなことがあつてはいけません。

そこで二人にお伺いしたいのは、今回、厚労大臣が専門医機構に対して意見具申できるということになっております。これはどの程度ぐらいのものをお二人は想定していられるのか、ある意味、どれぐらいだったら許容範囲だと思われる

のか、伺いたいと思ひます。

○三宅参考人 厚労大臣の方からの指示は、さっきも言いましたように、この地区にどのぐらいのなことを調べてそのデータを出していただくというところで、実際のな人を配置するのはやはり学会あるいは大学でございますので、それに基づいて適材適所の配分をする、そういうバランスでいんじゃないかと思ひます。

○門田参考人 私は、同じことをずっと繰り返しますが、やはりこれは学術的な意味でもって、学術的に、科学的に評価し、そしてそれをちゃんとやっていくというのが基本だというふうに思ひます。

しかし、結果としてどうなっているか、それを国民がどう感じているかということ、大臣の方から意見として出てくることは当然あることだと思ひますが、細かい指示云々ということとは全く想定はしていない。そこまで想定すべきでないだろうというふうに思ひます。

○伊佐委員 ありがとうございます。

それでは、次に門田参考人に伺いたいと思ひます。医師の働き方改革ということですが、労働時間の短縮としては、先ほどおっしゃつていただいたタスクシフティングですね。医師ができるような仕事、また、もしほかの職種ができるのならそこにシフトしていくということですが、確かにおっしゃるとおりで、ではどこにシフトするかというと、多分今もどこもいっぱいで、さっき御紹介いただいた看護師にいつても、看護師としても、ちよつとそれはもうやめてくれ、もうただでさえ人がいないのにということだと思ひます。

そこで、PA、フィジシャンアシスタント、ナースプラクティショナー、NPというところを紹介していただきました。米国で合わせてもう三十万人ぐらいいるということですが、ちよつと伺いたいのは、これは、いづれにしても、やろうとしてもすぐできるものじゃないと思ひます。や

は短期間でそういう人が育つわけじゃなくて、当然、養成していくためには一定の時間も必要でしょう。あるいはその裏づけとなるような財源というの恐らく要るだろう。そういうところもちゃんと診療報酬上評価してくれないと、そもそもこの制度は広がらないわけで、そういう意味では、このPAあるいはNPに対して、どういう道筋でやっていけば本当に定着していくか、広まっていくなにかということについて、詳細に伺いたいと思ひます。

○本田参考人 ありがとうございます。

私がそこを追加して説明したところで、本当にすばらしい質問に感謝いたします。

まず、私の今の受けている感じでは、既に病院によっては、例えば、臨床工学技士さんと一緒に手術をしたりであるとか、心臓カテーテル検査をしたりしているとか、もうアメリカのPAに近い働き方をしているところは恐らくあると思ひます。一般のクリニックでも、やはりPAのように働いてもらっているというふうな報告を読んだこともあります。ですから、医療現場にはもうPAの素質を持っている方が実際いらつしやるんですね。既にもうそれに少しずつ移行して、そうじゃないとやっていけないわけです、忙しいですから。

ですから、そういう方たちにまず協力していただいて、先ほど申し上げた、例えば、今、院内で私が思いつくのは、一番それに適しているようなのが臨床工学技士さんであるとか、場合によってはリハビリの方とか、放射線科の方とか。というのは、PAはそれぞれの分野で働くわけですね。例えば、心臓カテーテル検査は放射線科の技師さんが常に脇で見ているわけですから、その人がばつと手伝ってくれればすぐできます。という形で徐々にふやしていって、ある程度法律その他が通ってきたら、いよいよ、MEさんが通つたように、育成の学校もつくっていくという。

恐らく、臨床工学技士さん、放射線とかそういう方は、医学部と違って縛りがありません。

と思うんですよ、今、育成の定員の。ですから、そういう方たちにこちらにシフトしてもらって、今既になれている方に手伝ってもらえば、もうすぐにも各地域で助かっていくわけですから、そういうやり方をすれば、かなり実現性がある。

先ほど申し上げたように、臨床工学技士さんも、先日、横浜で開かれた技士会で私は講演させていただいたんですけれども、非常に前向きで、ぜひそういうのにも参加したいという声も聞いてまいりました。

以上です。

○伊佐委員 次に、猪口参考人に伺いたいと思います。

病床数の話なんです、今回の法案の中でも、病床数の必要量が既存の、今ある病床数を下回る場合には、だから、既にも必要量を超えているという場合には、新規開設あるいは増床については、いや、それはだめよと、許可しないということ、あるいは、民間に対しては勧告という制度がビルトインされるということになりました。

ところが、でも、実情は、多くの地域ではもう既に、そもそもこの基準病床数をもう上回っているところが多分ほとんどじゃないかと思うんです。そういうところは、もう今既に、新規に申請も当然受け入れられないわけですし、難しい、同じようにこの勧告を受けるわけですが。

こういったマクロの病床数の捉え方と、やはり地域をずっと回ると、ミクロでの感覚というのは大分乖離があるなと思っていて、つまり、例えば救急病院の方々に話を聞くと、本当は受け入れたいんだけど受け入れられない、ちよっと今もう病床がいっぱいと言っただけで、ところが、基準を超えているんです。基準を超えているんですが、実際には、もうちよっとうちに病床数があればこういう方も受け入れられるのになんていうような状況になって、結局たらい回し、以前は本当に大きな問題になりましたが、やはりこういうことを依然、私は伺うんです。

そういう意味では、マクロの世界で病床数が超

えていますよという話と、実際に現場レベルでは、ちよっとどうしてもやはり不足しているところもあるんじゃないか。この差をどういうふうな解釈すればいいのかという点について伺えればと思います。

○猪口参考人 どうも御質問ありがとうございます。

この病床数の問題というのは、本当に複雑でわかりづらい部分があります。

というのは、まず診療報酬等々の制度が変わっていくんです。そうすると、例えばDPCというのがある、毎年、一日、〇・五日ずつぐらい平均在院日数が減っていつていくわけなんです。すると、それによって、かなり高度な急性期、七対一とよく言われますが、その病床は今実はかなりあいております。大体、利用率がもう八割ぐらい、若しくはそれを切ろうとしているわけですね。ですから、病床数がこれ以上多ければ多いほどいいのだという考え方は少し違うのかなという気がします。

それに伴って、今度は、今、病床機能報告制度では回復期というのがあふれすぎている、これがまだいま一つ、制度自体がなじみがなくて、各地でいろいろと混乱があるという状況です。

その方も、わかりやすく言うと、急性期以降のリハビリテーションとか、それから急性期までいかなければならない程度入院が必要だとか、そういう方が対象になるんですが、まだそこいまいちで、制度上の固めが少し、私から見ると組み立てていく上で、まだ少ししっくりといていないなというところがあります。実際に本

当に病床が少なくて困っているのか、患者さんが受け入れられないという状況が今あるのかどうかという、これは地域によって多少の差はあるかもしれない、これは地域によって多少の差はある、病床の利用率というのは少し下がっているような気がします。

ですから、そういう実態を踏まえながら、これ

からも病床のあり方ということを十分に議論していく必要があるかと思っております。今の制度で今後も全ううまくいくんだという状態ではちよっとなくなっているような気がいたします。

○伊佐委員 ありがとうございます。

また少し片峰参考人に戻って質問させていただきます。先ほどの本田参考人の話の中で、そもそもの医師数が、マクロとしても果たして日本は足りていると言えるのかどうかという問題提起がございました。一つの観点としては、高齢者のお医者さんが一としてカウントされるのは果たしてどうなのかという問題提起がありました。この辺については分科会の中で議論があったんではないかと。

○片峰参考人 これも物すごく重要なポイントだと思います。

今まで、医師が足りているか足りていないか、一番重要な指標というのは、人口十万人対の医師数。そこに書いてありますように、先ほども示されましたが、OECDの平均に達していないわけですね。だけれども、要するに、そういったマクロの指標だけでは、もっと細かいところでやはり見ていく必要があるというのが我々の分科会における需給予測の考え方です。もちろん、先ほどから議論になっている偏在問題があります。

それともう一つ重要なポイントは、お医者さんではなくて、人口の方の年齢構成です。恐らく、今の日本で高齢化がどんどんどんどん進んでいますから、あと二十年もたてば、僕ら団塊はいなくなるわけですね。そういった状況の中で、先を見据えてどういう予測をするか。

それともう一つは、やはり、僕が医学部に入ったらそれは、十八歳人口二百五十万で、四千人が医学部定員。現在は百万人に近づきつつあります。それで、一万人近い医学部定員がある。昔は六百人に一人、今は百人に一人。しかも、最も優秀と言われている連中が医学部に行っているという状況ですね。だから、将来の人口構成の中で、今の若者たちの中でそれだけ医者がつくられていく

ということをどう考えるかというのは非常に重要な問題だと思います。

それともう一つは、やはり先ほど言われた、医師の年齢構成の中の働き方も勘案しながら今回の需給予測もやっているわけですね。それでもなかなか、やはり近い将来、医師過剰の時代が来るということとは恐らく確実なんだろうと思います。

それと、もう一つ言わせていただくと、先ほど申しましたが、非常に大きな問題は、千八百名近い地域枠の学生たちが今、社会に出ていくとして、医師たちが、彼らがどう行動していくかが非常に重要な問題です。それとともに、医師がふえると医療費も恐らくふえてくるという非常に重要な問題もあります。

そういったさまざまな問題の中で、その際、前提として、偏在対策、これはもう喫緊の課題であるというふうに考えております。

○伊佐委員 ありがとうございます。

最後に、猪口参考人に伺いたいと思います。

せっかくわざわざ徳島から急いで駆けつけていただいたので、せっかくですので、控除対象外消費税、この年末に向けて、恐らく、いわゆる損税と言われているこの消費税の話が議論になってくるだろうというふうに思っております。

医療機関が仕入れの消費税を負担しているという問題も、これまで診療報酬で補填しようというような形でやってきたわけですが、恐らくいろいろ御意見もあるんじゃないかと思っております。最後、一分もなれないと思いますが、思いのたけをおつ

けていただければと思います。

○猪口参考人 この消費税の問題も非常に難しく、一分でしゃべるといってもなかなかしゃべり切れないんですが、簡単に言いますと、日本はもう三十年間、医療は非課税ということなんです。ですから、これを大枠で変えるというのはとても大変な話だろうなというふうには思っています。思いますが、今、やはり消費税をいっぱい払っている、特に、大型で急性期の病院は消費税をいっぱい払っているために、多くの控除対象外

消費税を生んでいるわけです。

ということは、この消費税を診療報酬で補填する、マクロでは補填されていると言われていますが、細かなところまで、それぞれの病院の事情が違いうでそれを補填していくというのは、多分、診療報酬でやるのはちよつと不可能ではないかなという気がしております。

ですから、今後、ことしじゅうに結論を出すわけですから、さまざまないろいろな可能性についてこれからディスカッションが必要であるというふうに今思っております。

○伊佐委員 なかなか一分では思いのたけは全部言い切れないところもあろうかと思いますが、しつかり、きょういただいた御意見、審議に役立たせていきたいと思ひます。

どうもありがとうございます。

○高島委員長 次に、高橋千鶴子君。

○高橋(千)委員 日本共産党の高橋千鶴子です。五人の参考人の皆さん、本日は、お忙しい中御出席をいただき、また貴重な御意見をいただきました。本当にありがとうございます。

聞きたいことがいっぱいあるので、早速質問させていただきます。

まず、片峰参考人なんですけれども、医師の需給分科会座長として務めていらつしやいます。

今、分科会は、中間取りまとめが第一次、第二次、第三次と出ているわけですが、中身といますか形といますか、大分違いますよね。その第二次のところ、今回の法案の土台となる中身が書かれているのではないかと。

それで、第一次の中間取りまとめのときに、働き方ビジョンの検討会をやりますということが突然入って、一年ぐらい休止とありますが、そういう状況があったと思います。そのこと自体が、分科会としては、聞いていないよみたいな混乱があったのではないかと伺つておるところなんですけれども、これをどう思うのかということ、本来であれば、ビジョンですとか、ビジョンの後に今度働き方改革検討会もまたやられております

し、そういうところとちゃんと連携をとりながら、お互いに議論するということでしょうか、それだまとしていくというのが本来の姿じゃないのかなと思うんですが、先生はどのように思つていらつしやるでしょうか。

○片峰参考人 そのとおりだと思います。

医師の働き方、需給等々、さまざまな検討会が存在しますよね。その横のつながりがどうかというところ、座長をやつていましてなかなかそれが見えないところがある。もちろん、複数の検討会に所属されている委員もおられますので、そういったところ、あるいは厚生労働省の事務局の方からいろいろな情報。

今回、御指摘いただきましたけれども、第一次中間まとめをやりまして、二十八年の五月か六月だったと思うんです。その後、本格的に偏在対策に取り組もうというところで、御紹介のとおり、働き方ビジョン検討会という新たな検討会が立ち上げられている。その後、その結果を待つということとで一年近いブランクがあったんですね。その流れの中で働き方改革の話もあった。その過程は、座長としてはかなりじくじたる思いでございました。

そういった意味では、今後、そういった検討会間の連携を進めるべきだと思いますが、今から振り返りますと、ビジョン検討会で初めて全国規模のお医者さんに対するアンケート調査を実施して、実際何を思われているかというのを少し把握できたことでもありますし、あと、やはり働き方改革の非常に大きな要因ですので、それも横目で見ながら我々の検討会も進めなきゃいけないということだと思つております。

○高橋(千)委員 じくじたる思いだったということとおっしゃつていただいて、ありがたく思つております。

確かに、検討会がいっぱいあって、全部追つかげられないくらいで、これはどこが所管しているのかなと思つたりするような中でありまして、ただ、先生今おっしゃつた、十万人を対象とし

た医師の調査、一万五千人弱しか集まつてはいないんですが、ただ、そのチャレンジというんですか、貴重なデータを出していただいたのかな、このように思つております。ありがとうございます。

それで、次に三宅参考人に伺いたいと思うんですけれども、大学力という表現をされました。すごく興味深い表現だと思つております。やはり、先ほど本田参考人もおっしゃつたんですけれども、大学病院などは、臨床、教育、研究、それぞれ三つの役割があつて、兼ねる大変さというのがあるんだけれども、しかし、どれもやはりそれぞれにとつて大事な総合的な力があるんじゃないか、こういうふうに思つております。

それで、伺いたいのは、私、自分でも質問したことがあるんですが、地域枠をふやしてきまして、ただ、ふやしたといつても、要するに、講義室にちよつと学生がふえるよというのでは済まない、それを受け入れる体制というのは物すごく大変だったのではないかなと思うんですけれども、そこに、本来の所管は文科省かもしれないが、どういう思いをいたすべきなのかということでもし御意見がありましたら伺いたいと思ひます。

○三宅参考人 地域枠の学生をどのように迎えたかということですか。それほど難しいことはないと思ひますね。

それで、さつき、ここでディスカッションがありましたように、地域枠だからこの地域に残つてずっとやれという規則は一応あるんですけれども、大学におりますと、その途中でいろいろなことを知つて、いろいろなことがやりたくなる人があるんですね。そういうときに、それをフレキシビリティを持ってやらせるといふのが、実は本当の意味の地域枠じゃないかと思うんですね、が

ですから、それも、やはり最初に、地域枠の学生をとつたときに、そういうこともあつたら言つてほしいということを言うべきじゃないかと思つておりますし、実際、そういうことを言う人もい

ますけれども、ただ、地域枠でとつたらやはり頑張つてもらふと困るんですよ。中には落第する人もいたりいろいろしまして、そういう対策というか対処も非常に難しいことがございます。

○高橋(千)委員 ありがとうございます。

結局、縛れないですよ、そこは。おっしゃるとおりじゃないかなと思つております。その上で、魅力はどうつくっていくかということでは、やはり大学と行政が力を合わせていかなければならないのかな、そこが求められているのかなというふうに思つております。ありがとうございます。

次に、門田参考人に伺いますが、先ほど来、専門医のことで皆さんから質問が集中しているわけなんです、先ほど岡本委員が紹介した先生の図を見て、私は全く違うことを思つたんです。

というのは、私は、自分が質問してきたいろいろなテーマの中で、ある方から、学会をつくつてくれと厚労委員会で質問してくれと言われたことがありまして、それは化学物質過敏症の問題だったんですけれども、いや、それは議員の仕事じゃないだろうと思つたんです。

ただ、どうやって学会をつくるんだろうと、そもそもわからなかつたものから、そのときに、意外にファジーなものだなというふうに思つたのと、ただ、学会があることによつていろいろな学術論文が出されて、そのことによつて、標準医療にまだたどり着かないいろいろな疾患の方たち、難病とも呼ばれていない方たちもいらつしやるわけで、そういう意味での学会の役割というのはあるのかなと。

ただ、そこに、さつき先生おっしゃつたように、標準医療が大事だといふのは私はそれとおりだと思ひし、枠をはめていふのはまた違うのかなと思うんですが、そういう趣旨に対して御意見がもしありましたら伺いたいと思ひます。

○門田参考人 学会はどういうふうにしてつくるかといふことは、本当にこれはファジーといひますか、任意団体としてスタートしているわけでは

から、別に何もありません。

それと、今できていないことに対して新しいところを開いていくときかどうかということでございますけれども、これは、あくまでも学術という組織とそれから専門医制度というところは別ですというのを私は何度も繰り返していますが、ですから、それは自由にいろいろなことをやっていて、そして、将来的にそれがもう本場に標準的なものとなり、制度の中に入れていくということになれば改めてディスカッションすればいいと思うんですが、最初に制度ありきということはまずあり得ないというふうな前提で考えていくべきではないのかなというふうに思います。

時々刻々、これはもう新しい進歩をどんどん繰り返していつてどんな広がつていくわけですから、限りなく広がっていくんだろと思うんですが、でも、やはりなく制度をつくるかという、それはできません。患者さんができるわけじゃないわけですから、私は、もうそこではつきりと線引きをすべきであると。

どういうふうなやつていくか、将来的に上がった下がつたというのはあると思うんですが、それは、考え方とすれば、はつきりしておく必要があるだろうと。

○高橋(千)委員 ありがとうございます。

限りなく広がっていくであろうと。そこに基準ですとか評価をするということ自体が難しいことなんだろうと思って、やはり制度とは分けるべきだという指摘はそのとおりかなと思って伺っていました。ありがとうございます。

それでは、本田参考人に伺いたいと思います、外科医らしく切れ味のよい御意見をありがとうございます。

いっぱいあるんですが、まず、働き方改革の、医師の働き方改革は結論が出ていませんよね。それで、七年後、あと二年で新しい医師の働き方はどうあるべきかという方向を出すんですが、しかし、七年間猶予が、結局、施行日までとその後五年間猶予があります。では、その間どうするのか

ということが決まっております。

そうすると、今の労基法のままですと、過労死ラインどころか、三六協定があれば青天井を認めてしまふ。それを当てはめてもいいのか、七年も待つのかということがありますので、私はむしろ、医師は新しい方法と言わずに、今までどおり労基法の、一般的な労働者と同じ世界で、どうしても難しい部分だけを整理するというのかな、それが必要だと思ふし、むしろ、夜勤がある仕事であるから同じでなくてもよい、つまりもっと短くてもよい、そういう考え方もできるんじゃないのかなというふうに思ふんですが、御意見を伺いたいと思います。

○本田参考人 ありがとうございます。

私、かつて大病院で働いていたときに、友人から言われたことがあります、同じ医師の仲間ですけれども、その友人が、奥さんからこう言われたというんですね。あなた、家族も幸せにできないで、どうして患者さんを幸せにできるのって。私、それは正論だと思います。やはり医師自身が歯を食いしばって寝不足で治療していて、患者さんには害を与える危険性さえあるんですよ。そこを考えないと。とにかく診療していればいいという問題ではないんですよ。

トラックの運転手さんも、人の命を預かるからということでもかなり厳しく、ちゃんと見ようという時代でしょう、バスの運転手さんも。何で医師だけが長時間労働をして、過労死ぎりぎりでも、しかも、医師の場合は、過労死しても余り報道されないんですね、ほかの業界は報道されるんですよ。

ですから、おっしゃるとおりで、きちんとやはり見ていく方向に持っていかなければ、先ほど申しました、若手の人が医師にならざるのかどうか。特に、厳しい診療科、あと、医師不足のところでは働いてくれないと思ふますよ。それをどうしようと言っている人は、みんな六十代以上の、ちよっと今口が滑りましたけれども、中堅以上の方がおっしゃっているわけで、やはり若手の気持ち

ちも考えながら物事を運ばないと。

先ほども言いました北風と太陽ですけれども、太陽の方も少し考えてやっていただきたいなというのが私の願いです。

○高橋(千)委員 ありがとうございます。

今の質問に関連して、猪口参考人と本田参考人に同じ質問をしたいと思ふます。

この働き方改革で、やはり非常に医師が長時間労働であり、また過労死もある。問題意識はそこから出発しているんですが、医師法の応招義務がある。これが最後のおもしになって、やはり無理よねみたいな議論になっていくわけなんです。ですが、もちろん、手術を途中でやめろというわけにはいかない。でも、それ以外の部分では、例えば、誰もが夜勤をするわけでもないし、また、地方に行くと、医師がいらないからといって、救急も指定を返上している、そういう状態もあります。ですから、むしろ深刻なのは大病院であろうと。そうすると、やはり患者さんの受持ちを減らすために医師をふやす以外にないのかなみたいなことを思ふんですが、この応招義務の問題について、お二人に伺いたいと思ふます。

○猪口参考人 応招義務、これは先ほどもちよつと言いましたけれども、やはり医師の今までの感覚ですと、自分が受け持った患者さんに何かあったときというのはやはり診に行くという、半常識的な問題が一つあります。

ただ、この問題が非常に厳しい方に向かった場合には、もうそういうことも言っていられなくなるのかなというふうな気もしますが、現実には、今大きい病院と言いましたけれども、小さい病院でも、例えば日勤をやつて夜勤もやつてまた日勤だというのは、早く言うと、日本の病院では結構当たり前に行われてきたという面があります。

その夜勤の部分が、これが夜勤なのか、そうではなくて日当直なのかということややはり非常に大きい問題、つまり、どれだけ忙しいかなんてですね。ですから、そこで、応招義務はありますけれども、そういう日当直若しくは夜勤、このよう

な区別をどうつけていくのか、そういうことが大きい問題になっていくと思ふます。

ただ、これを今すぐ厳しくするということで、二年といつても、もう来年には決まなきゃいけないので、実際には来年までに片をつけて、あと五年間でどう整備するかという問題ですから、これは大きく変わるとすると、日本の医療提供体制そのものを変えてしまいかねない問題なんです。ですから、十分にここからまだ先議論しなきゃいけないと思ふます。

そうはいつても、無理をして過労死しても困るわけですが、片一方では、私は一生懸命いろいろな症例を見て、いろいろな手術に入つて、いろいろな救急患者さんの体験をして、自分のために自己研さんをしていきたいんだという若い医師も片一方ではいて、やはりそういう方の、何とか、労働でもあるかもしれないが、自己研さんをするということに対して歯どめをかけるというのめいかかなものかなという気もしております。

ですから、そこら辺のバランスをとりながら今後の議論が進んでいくというふうに思ふますので、これもいろいろな意見をうまく集約する必要はあるかなというふうに思っております。

○本田参考人 まず、私は、応招義務は、個人の医師ではなくて医療機関が受けるという形にすべきだと思ふます。

あと、もう一つ。かつて三重県の松阪に行ったときに私診たんですけれども、今はどうかかわりません。その当時は、三重県松阪にある、たしか済生会と日赤と県立か市立ですかね、三つが交代で救急をしていて、この日はどの病院、例えば、私の済生会にかかりつけの人でもこの日は別な病院に行くという形で、地域で応招義務。

そういうふうには、要は、患者さんからすれば、どこかでちゃんと診てもらえればいいんですよ。それを、あなたが応招義務は外しているからだめとかいつたらもう無理です、今の日本では、それをやつていくことによって、地域で医師数をカウントしたり、先ほどのフィジシャンアシスタント

を導入したり、本当にいろいろ知恵が湧くと思ひます。

○高橋(千)委員 ありがとうございます。いい知恵をいただいたと思ひます。

さつき猪口参考人のおっしゃった自己研さんに歯どめをかけるというのは、そうなのかなと、少し考えなければならぬかなと。

ただ、民間の個人病院でも、応招義務と言わなければならぬけれども、いわゆるみどり、先ほどどなたがおっしゃったと思うんですけども、結局、それというのは二十四時間なんですね。いつでも呼ばれるし、たつた一度のみとりに自分がかかりつけの患者さんに会えなかったがために、ずっと家族から責められて、それがすくつらいということをおっしゃっていました。こうしたことも本場に全体として考えていかなければならない課題なのかなというふうに思っております。

最後に、一言で、本田参考人に伺いたいんですが、これから医師少数区域と多数区域を決めて、そこを経験した医師に認定を与えるとなるんですが、その少数区域をどうやって決めるかがまだ決まっております。

ただ、青森県でいいますと、三市以外は全部少数区域だとみんな思っています。北海道でいえば、旭川と札幌以外は全部少数区域だ、そう思っていますよね。その中に更に区分するんだらうか、そうなったときに何が起きるんだらうかと不安に思っておりますが、もし御意見がありましたら伺いたいと思ひます。

○本田参考人 ありがとうございます。

実は、私、青森県で二年間働いておりまして、平内町立病院というところでも働きました。医師不足で、外科で行ったんですけれども、ほとんど手術がない病院。ただ、一生、医師としての経験、いい経験をいたしました、地域で御高齢の方をみとりに行ったり、往診で亡くなるところを診

に行ったり。

ですから、そういうふうな意味では、地域医療を経験するということは、長い目で見ると、医師にとつて非常にプラスな面が多いと思ひます。ただ、それと、院長になるかどうかを結びつけていいのかということ。

あと、もう一つ。医師の養成についてですけども、先ほど来、医師になつてからいろいろ希望が出てきて地域枠がうまくいかないこともあるという話が出ましたけれども、私は以前から、ぜひアメリカのメディカルスクール型の導入を日本でも考えるべきだと思ひます。

アメリカのメディカルスクールは、普通の大学を卒業してリベラルアーツをある程度学んだ人が、医師になりたいといつて四年間で学ぶんですね。日本の場合は、私もそうでしたけれども、リベラルアーツを全く学ばないで医師になつてしましました。ですから、世の中がわからないんですよ。そうすると、やはり忙しいところへ行きたくないとか地域に行きたくない。初めから、自分はそういうところでも働きたいという人をメディカルスクールで教育した方が効率がいいと私は考えますけれども、皆さんはいかがでしょうか。日本でもメディカルスクールをぜひ導入すべきときだと思ひます。

○高橋(千)委員 時間になりましたので、これで終わります。

五人の参考人の皆さん、本場にありがとうございます。

○高島委員長 次に、串田誠一君。

○串田委員 日本維新の会の串田誠一でございます。

本日は、五人の参考人の皆さん、本場にありがとうございます。

最初に、猪口先生にお聞きをしたいんですが、先ほど総合医のお話がありまして、ライフという言葉は、命という言葉もあるけれども、生活という言葉も補って総合医というものを活用するといふお話がありました。

そういう意味では、医師の偏在というふうな部分で、もちろん、それが偏在がすぐ解決できればいいんですけども、そうでない場合に、総合医というのは非常に有効な手段じゃないかなと。一つの診療科の中で、ない医師が不足しているという、そういう非常に細分化されているということではなくて、総合医がいれば足りあはずは何か対応できる、そんなふうにもちよつと私は受けとめたんですが、認識としてはそれでいいのかな。

そしてまた、総合医というのは、病院に行つて総合医という科目が、私は、もつと見れば実はあるのかもしれないんですが、ちよつと聞きなれないというふうな認識もあるんですけども、現在の総合医としての育成というか、医師がそれを選択しているのか、そういう現状を教えてください。

○猪口参考人 今、現時点ですと、大学病院でも総合診療科というのがだんだんできてはきましたけれども、まだ確実に機能しているところまではいっていないのではないかなと思ひます。

あと、一般の病院でも総合診療科というところを上げていくところがありますが、従来、科別で内科とか外科とか、若しくはもつと細かい、整形外科、リハビリテーション科等々と並ぶような形で総合診療科というものが今でき上がっているわけではないと思ひます。

ただ、実態として、例えば日本医師会のかかりつけ医、その教育も実はここに通じていくものだらうと思つておりまして、診療所のレベルでも、一つの診療所で、ある程度のがとれるというふうなことがこれから高齢化社会の中では特に必要だといふことが、まず診療所レベルで言えると思ひます。

あと、病院でも、実は、総合的に診る医師がいるというところは、病院にとつては非常に診療がしやすいです。それぞれの専門だけいますと、この患者さん、どっちが診るんだとか、そういう話になるんですが、まず総合的に診る医師がいることによつて、とりあえずは自分がやるよ、ここ

の部分については、今度、こつちの科でやろうかなとか、そういう間口が非常に広くできるということが一つあると思ひます。

あと、夜間の救急等におきまして、やはり総合的に診る目を持った人間が当直することによつて、急患を断らずに、まずこれが必要なんだといふことがわかつて、必要に応じてまた翌日に専門医の方につなぐというふうなこともできるようなになりますので、我々にとつてもそうすけれども、患者さんにとつて非常に利便性があるということ、総合医はこれからどんどんふやすべきだらうというふうに思っております。

あとは、専門医ばかりで固めるとやはり医師不足が顕著になりますので、それを横軸で、少しでも医師不足を解消するためにも、総合医は役に立つのではないかとこのように思っております。

○串田委員 ありがとうございます。大変わかりやすく御説明いただきました。

次に、本田先生にお聞きをしたいんですが、私も、神奈川県が選挙区なので神奈川県の話聞くことがありまして、ついこの前も、神奈川県知事の黒岩知事が救急救命士のことを大変詳しく教えていただいたんですが、救急救命士というのは毎年たくさん生まれているんだけれども、すごく働く場所が限られていると。それと、消防士との関係というのが消防士ではないのでできないんだというふうな部分と、フィジシャンアシスタントというところで、医師の指示がないとできない分野に救急救命士というのが活躍していくといふことができるのかどうかといふところも含めまして、ちよつとそこら辺、私も理解不足なので補つていただければと思ひます。

○本田参考人 まさに救急救命士さんは、今の日本の法制の中ではフィジシャンアシスタントのようには働かせられませんが、点滴をとったり、場合によつては挿管もたしかいろいろ、心臓も除細動とかもできるというところで、救急の現場まで一緒に入つて働いている分野だと思ひます。

そういうふうな意味では、救急救命士さんが病院で働いてくれるということ、フィジシャンアシスタントとしてそういう道をつくるということは私は非常に有効で、やはりそれぞれステップアップというんでしょうか、さらなる別なところも目指して勉強できるという面では非常にいいのではないかと。

あと、先ほど来出しましたけれども、医療関係者は少ないですから、ほかの分野で医療関係で働きたいと思う方、さっきのメディカルスクールがまさにそうですけれども、救急救命士をやっている、病院で患者さんを助けたいと思う人がフィジシャンアシスタントとして入ってくれば、こんな大歓迎なことではないと思います。

○串田委員 次に、門田先生にお聞きをしたいんですが、先ほど、予防、診療報酬をちよつと変えなきゃいけないということがあつたんですけれども、その部分と、例えば、先ほど、今回の地域の偏在化ですね。その予防医学と地域の偏在化というのが何か関連性があるのか、あるいは診療報酬との兼ね合いで予防医学に関して、こういう診療報酬に問題があるのかというようなことも含めまして御説明をいただければと思います。

○門田参考人 ありがとうございます。

偏在の中で、地域による偏在と、それから診療科による偏在ということで考えて、二つのことを申し上げたんですが、地域による偏在と、予防あるいは治療、あるいはその辺の診療報酬というふうなことがちよつとつながらないかわかりません。

ですから、私があのとときに主にお話ししたかったのは、今どちらかというと、問題の出ている問題をターゲットにディスカッションし、それをどうするかという話にどうなることが多いというところをお聞きしていますので、私とすれば、問題がある、その問題は何なのだと。そういう場合、ワンステップでここだけの問題ではないというのがほとんどの場合なので、そのところを見てくださいというふうなことで、一つの例と

してお話しさせていただきました。

若い医師たちが何をどういう勉強をしていくのか、ただ好きなことというのはあるかわかりませんが、それと同時に、診療報酬がやばい仕事、高い仕事、だから、高いものはい仕事というふうなことに今はなっているんだらうというふうに思います。そういう意味で、本当に国民を幸せにする、あるいは病氣から守るというふうなことになるべくしてやるならば、予防、あるいは場合によつたら、予防だけではだめだったら検診というふうな形になりますけれども、今、簡単な話、検診は保険はききません。

そういうふうなことで、そちらの方が本格的にやればもつとつと変わってくる医療の現場を、診療という対価を払うということに日本がもうなれてきているということをお願いしたかったんですね。

ですから、そのあたりを含めて大きく今の全体の問題を見るべきではないでしょうかということの一例として挙げました。

よろしいでしょうか。

○串田委員 今のお話を聞きますと、検診に保険がきかないということですが、地域の偏在化というのはお医者さんがいないから困るということですから、検診を受けると病気を予防できるという意味では、偏在している部分を補うという部分も確かにあるのかと思つてお聞きをさせていただきました。

次に、三宅先生にお聞きをしたいんですが、専門医は地域とは関係がないという部分、基本的には、そういうお話という中で、私もそうだなというふうにいる、なおかつ、働き方意識調査というのをお医者さんに行われたときに、二十代の人は、少数地域では専門医の資格取得が困難だから少数地域に行きたくない、そういうこともあつて、そこが非常に、何というか、矛盾しているのか難しい部分があるかと思うんですけれども、そこについての先生のお考えをお聞かせいただけますか。

○三宅参考人 いい御指摘だと思いますけれども、私がさっき言いましたのは、基本的に専門医と地域医療とは別に考えるというか、別々で独立してやっていかなければいけない。ただ、さっきも言いましたように、専門医制度というものがしっかりとすると、地域医療に妨げになるようなことはできるだけ避けていくことなんですから、その例は、ですから、それは直さないかぬと思います。

もう一つだけいいですか。ちよつとこの話題じゃないんですけれども、さっき本田先生が言われましたヒラリーの話ですけれども、確かにヒラリーは、日本の医療を見てクレイジーと言いました。だけれども、あのクレイジーという言葉は、狂っているという言葉じゃないんです。クレイジーというのは、これは最大限の賛辞なんです。とてもまねがでないほどのことだということ意味で言っておるわけで、日本のやったことはすごいと思います。

ただ、いろいろこれから、働き方改革、これも大事ですよ、それから、いろいろな地域医療、これも大事、それをやっていって、日本の最も自慢するところが普通になる可能性は十分あるんです。今、飛び抜けておるんです、その一九九〇年で、それが普通になつてもいいという覚悟を持つてやってほしいということですね。普通になる可能性はあります。

○串田委員 次に、片峰先生にお聞きをしたいんですが、エビデンスというのが非常に重要視されるということですが、私も一昨日の質問のときに、検証というものが行われないですつとやっていっていかという部分で、非常にエビデンスというのを大事にしていかなきゃいけないというふうなこともあるんですけれども、先生にとつて、今後、偏在を解決するに当たつて重要視したいエビデンスというのをもし御披露いただければと思うんです。

○片峰参考人 どういう趣旨を取り上げるか、いろいろ考え方はあると思うんですが、少なくともやはり、地域別に非常に細かいエビデンスというのは必要になつてくると思います。そのときに、やはり医者の数だけではなくて、その地域ごとにニーズが異なるわけですから、ニーズに基づいたエビデンスですね。

それと、例えばお医者さんも、数だけではなくて女性の比率であつたり、それこそ年齢構成であつたり、もちろん診療科別のお医者さんの数など、さまざまなエビデンスがあると思います。その中で、やはりそういったものを、それから、いまいち踏み込むことはできませんでしたが、外来診療の状況ですと、開業医の先生方の分布、そういったもののきつとエビデンス。

基本的には、三師調査というものがありますから、そういったもの、あるいは各都道府県が得るエビデンス、そういったものを統合してということ、データベースをつくつていってということになろうかと思いますが、この部分はやはり国が責任を持つてそういったデータベースをつくつていく、ここは国の重要な役割なんだろうなと思います。

これを都道府県にしかるべき形で提供する、あるいはお医者さんにも提供する、職業選択の意味ですと、そういう中で行動変容を促していく、そういうイメージだと思います。

この指標に関しまして、今からいろいろなことをやりながら、その成果を見ながら、そこやはり手を加えていくというPDCAサイクルを回すというのは物すごく重要だと思います。

○串田委員 次に、本田先生と猪口先生お二人にお聞きをしたいんですが、一昨日質問させていたときに、今回の法案も偏在解決に果たした機能するかどうかちよつと心もとなないという気の中で提案させていただいたのは、国家公務員枠、要は、増員というのは何年か維持されるようすけれども、その中に国家公務員枠をつくつて、ある一定の期間は地域だとかというのを指示

できるような体制というのものがどうかと提案
させていただいたんですが、加藤大臣からは余り
いい感じの答えはいただけていないんです。

現在、自治医科大学、防衛医科大学、それと産
業医科大学でしょうか、九年間義務があつて、そ
の間にやめになり、その義務を果たさない場
合にはいろいろ、授業料を返済するというよう
なこともあると思うんですけども、何かそういう
増員部分の中である程度強制したいものをつ
くつたらどうかというような部分が、私として
ちょっと提案としてさせていただいたんですけ
れども、お二人の先生に、この提案は、いや、それ
は無理なんだよというか、こういうふうな方法も
あるんじゃないか、そんなことをお聞かせいた
ければと思います。

○本田参考人 ありがとうございます。

実は、それは私、先ほどメディカルスクールで
ちよつと言ひ足りなかつたところなんですけれ
ども、なぜアメリカがメディカルスクールを導入
したかという、高校三年卒業の時点で自分が医
師として適性があるかどうかを判断させるのは酷
だ、難しいというのが基本にあるんですね。逆に
言えば、メディカルスクールで自分はそういう地
域で初めから働きたいという人がいれば、恐ろ
くそのやり方は成功すると思います。

ただし、今のうちに、とりあえず成績がいいか
ら医学部に入ろうかなという人にそれを適用す
るというのは非常に問題があるんじゃないでし
ょうか。

そういう意味では、メディカルスクールをつ
くつて、それをされると非常にスムーズなんじ
ゃないかと感じました。

ありがとうございます。

○猪口参考人 医師の養成についてはこれから
だまだ議論しないとなかなか難しいし、とりあ
えずは医師の働き方をどうするかというところ
から始まっていると思うんですね。

ですから、その後、少数のところは医師をど
のような形で行くようにするかというのは、そ
うい

うお考えもあつてもよろしいかと思うんです
けれども、私は、先ほど本田先生も言われてい
るに、実際の医師、それも科別に分けて、どの
にどれぐらいいるのかということをやはり早急
に調べていただいて、では、患者の発生数、疾
患の発生数から考えて、どれぐらい各科の医
師がいるのが妥当であるかという、やはり相
当いろいろなところから見た指標が必要であ
ろう。それによつて、医師が不足のところは
わかるわけですから、そこをどういう手当
てをしようかという具体的なやりかたは、た
だグロスで医師が足りる足らないだけでは、
からはなかなか難しいなというふうな気がし
ております。

○串田委員 三宅先生にお聞きをしたいん
です。先ほど諸外国もコントロールをしてい
るというお話があつて、偏在という問題は日
本だけの問題ではないのかと思ひつ、諸外国
がどんなことで解決をしているのかという部
分を説明いただきたいと思ひます。

○三宅参考人 先ほど申し上げましたが、ア
メリカの例なんですけれども、例えば、要す
るにアメリカは、この科はこれだけの枠しか
ないという枠を決めるんですね。それから地
域も枠を決める。それと勝とうとしますと非
常に、主権ですね、一種の、聖域じゃない。

例えば、私はハーバードにいましたけれども
アメリカは、眼科は物すごく人気があるん
です。眼科はいろいろな意味で、それで、ハ
ーバードのトップテンのうちの何人かは必
ず眼科を志望するんですけれども、なか
な眼科医になれない、競争が厳しくて、そ
ういうことをずっと昔からやっているもの
ですから、今言つたような地域
の偏在とか科の偏在とか、そういうことは
余り起こつていないようです。

ただ、日本でもしそれをやるとしますと、
僕が頭に浮かぶのは、開業医の先生方が
かかんに怒りますね。

例えば、うちの大学には開業医の息子が
物すこ

く多いんです。そうすると、自分の病院を
継がせようと思つて医学部へ入れたのに、
自分の希望の科に行けないとなると、こ
れはとんでもない話だと言ひます。それ
で、僕は反対なんだ。ただ医学
生が自分のお父さんの病院を継ぐために
医者になるなというところは、どうでも
いいことではないです。日本人に
貢献するために医者になるという気持
ちで医師になつてほしいわけですね。

ですけれども、その辺は必ず問題になる
と思ひますけれども、これは行政のしつ
かりした組織づくりがあれば、僕は
できると思ひます。地域とか科の偏在
をなくする一番具体的な、しつかり
できる方法はそれじゃないかなと僕は
思つています。

○串田委員 時間の関係で、門田先生に
最後の質問をさせていただきます。

先ほど社会全体を見ていかなきゃい
けないんだという、大変すばらしい、
そういうお話をしていただきました。厚
労委員会という、今回の医師の問題
も含めて、社会全体的な観点から、
先生から、こういったところを重視
してほしいというふうなものがあ
りましたら、御披露いただきたい
と思ひます。

○門田参考人 非常に難しい、答える
のに難しいという感じがするん
ですが、私、きょう一番申し上げ
たかったのは、いろいろなディス
カッションの中で、今回のテーマ
というところで限定はされて
いるんだと思ひますけれども、
その限定の中で、本が一歩目
指すところは、きょう福沢諭吉
の議論の本位という話をさせて
もらいましたけれども、本
当にそれは、今、地域医療
なのか、あるいはいい医師の
育成なのか、あるいは患者
さんの何とかなのかという
具体的なディスカッション
の前に、その大きなポイント、
本位と申すんですが、そこ
のところは何なのかという
ことを迷わないうように
していくというディスカ
ッションが必要なん
じゃないのかなという
ことを申し上げたい
と思ひます。

内容によつていろいろありますけれども、
私は先生方に、そのポイントの
ところのディスカッションを
最初にやつていただいて、
そして話を詰めてい
つていただきたいという
感じがします。

以上です。

○串田委員 大変参考になりました。どうも
ありがとうございます。

○高島委員長 以上で参考人に対する質疑は
終了いたしました。

この際、参考人の方々に一言御挨拶を
申し上げます。

本日は、貴重な御意見をいただきまして、
本当にありがとうございます。委員会を
代表して心から御礼申し上げます。
ありがとうございます。

(拍手)
午後一時から委員会を再開することとし、
この際、休憩いたします。

午後零時十六分休憩

午後一時一分開議

○高島委員長 休憩前に引き続き会議を開
きます。

引き続き、内閣提出、参議院送付、医
療法及び医師法の一部を改正する法律案
を議題といたします。

この際、お諮りいたします。

本案審査のため、本日、政府参考人として
総務省大臣官房審議官沖部望君、文部科学
省大臣官房審議官信濃正範君、厚生労働
省大臣官房審議官長山越敬一君の出席を
求め、説明を聴取いたしたいと存じま
すが、御異議ありませんか。

(「異議なし」と呼ぶ者あり)

○高島委員長 御異議なしと認めま
す。よつて、そのように決
しました。

○高島委員長 質疑の申出が
ありますので、順次これを
許します。阿部知子君。

○阿部委員 立憲民主党の阿部知子です。
モリカケ、カジノだった内閣委員会から、久し
ぶりに厚生労働委員会の質疑の機会を得て、感謝
を申し上げます。

と同時に、今、西日本災害が大変深刻な状況、
特に加藤厚生労働大臣のお地元の岡山も大変状況
が厳しい中、この場で御答弁いただくのも心が痛
む、もう日々たくさんの復旧や、あるいは被災者
の捜索、そして暑くなつてまいりましたから感染
症対策など、厚生労働行政がかかわらねばならな
い部分は大きいと思います。

野党といたしましては、こういうときですか
ら、休戦という形で、各大臣には被災地のことに
専念していただきたいですが、きょうは設定され
た枠です、御質問をさせていただきます。

まず、きょう議題となつております医療法、医
師法の関係におきましては、いわゆる地域枠とい
うものが本格的には平成二十二年から始まつてお
りまして、例えば、平成二十九年年度においては、
九千四百二十人の医学部定員のうち千六百七十四
人と、一七・八%、二割近い方が地域枠で学ばれ
るという状況を迎えております。

私は、この地域枠が専ら医師不足、医師偏在、
医師の配置という問題から語られることはあつて
も、医学教育という点においては、果たして、こ
の地域枠で入られた方に十分な教育を保障してお
るだろうか、それはその人の将来の役割モデル、
ロールモデルも含んだ上での教育になつていられ
るかということをお尋ねをいたします。

質問の一点目ですけれども、いわゆる地域枠で
入られても、途中で離脱をされるという方がおら
れると思います。これを義務違反者という呼び名
で呼んではおりますが、私は、その約束した義務
には違反しているかもしれないけれども、もしか
して、そこには理由があり、御本人の問題だけ
でなく、仕組みの問題もあるかもしれないと思う
ものでありますので、加藤大臣にお伺いをいたし
ます。

厚生労働省として、こういう離脱者についての

現状、あるいは、これまでの地域枠の経過の中
で、どんな問題意識を地域枠として入った学生が
持っているかなどについて、何かお調べになつた
り、あるいはお考えがあればお願いをいたしま
す。

○加藤国務大臣 阿部委員にこうして厚生労働委
員会で答弁をさせていただく、ありがたいと思ひ
ます。

平成二十年度より、地域枠医師を中心に、段階
的に医学部定員を臨時に増員しているわけであり
ますが、大学が特定の診療科や地域で診療を行う
ことを条件とした選抜枠を設ける地域枠、これは
平成二十九年年度は七十一大学で千六百七十四名
のわけであります。

こうした地域枠の効果を検証するため、平成二
十九年に、全都道府県に対して、奨学金を貸与し
た地域枠等に関する調査を実施し、その結果、奨
学金を返済したことによる離脱者の割合、これ
は、二年目の臨床研修段階で二%、三年目の専門
研修段階においても八% という状況でありま
す。

しかしながら、一定枠の学生、医師が地域枠を
離脱してしまつていくということ、また、地域に
おける医師確保に責任を持つ都道府県が希望する
だけの地域枠を確保できていないということ、ま
た、大学によつてでありますが、医学部入學後に
地域枠の希望者を募り、十分に希望者が集まら
ず、地域枠の学生が確保できない結果、実質的な
一般枠として流用されてしまつていく、こういう
課題があるというふうにも認識をしております。

したがつて、そのため、この法案においても、
地域枠等の医師が、国内外の留学など、本人の希
望に応じて多様なキャリア形成が図られるよう
に、一定期間、各都道府県が指定する区域での勤
務を行えること、これは前提としつつも、各都道
府県にキャリア形成プログラムを策定することな
どを盛り込んでいくところがございます。

このほか、都道府県、大学に対して、特に臨
時定員増員に係る地域枠については、一般枠とは

別の選抜枠を設けること等によつて地域枠の学生
を確実に確保していくことを求めること、また、
地域枠の適切な運営がなされるよう、臨床研修病
院が研修医の採用を行う際には、研修希望者の従
事要件と研修プログラムにそぐわないように確認
をしていく、調整をしていく、そういうことにつ
いて情報提供を行う、こういったことの対応も
行つていくところでありまして、委員御指摘の
ように、地域枠という形で地域で従事をしていた
だく医師を確保していくというその趣旨と、そし
て、もともとの、医師として、その質を十分高め
ていただく、そのことのむしろ両立をしていきな
がら、実効的な偏在対策になるように取り組んで
いきたいと考えております。

○阿部委員 今、大臣の御答弁の中にもありまし
たように、研修の一、二年次、初期研修では離脱
者二%、三年次で八%、四年次で一二%。年次が
上がるほどに離脱者がふえてくる。
これを必ずしも返済をすればいいということでは
ないし、また、縛るものでもない。何がキー
ワードかと申しますと、冒頭申し上げました、地
域枠の皆さんの教育の内容を、もう一度この時点
で虚心坦懐に見直してみるべきだと私は思うん
です。

と申しますのも、昭和四十年代後半に、自治医
科大学といつて、各自治体からの拠出によつて、
また各県が何人かそこに出して、医師を教育して
また戻すという仕組みでできた大学がございま
す。私も二〇一〇年にも視察に行かせていただき
ましたが、そこにおいては、理念としては総合
医、地域医療ということを重んじた教育カリキュ
ラムが一貫して組まれております。

もちろん、卒後の義務年限があつたりはしま
すが、結局、そこで学ぶ医師たちが、自分が将来ど
んな医者になるか、総合医という言葉でくられ
ておりますが、それは何なのかということ、学
生段階からあらゆる教育機会に触れて学んでい
ているんだと思ひます。

一方の今の地域枠は、正直申しまして、大学に

よる差はあろうかと思ひますが、地域枠の皆さん
と一般枠の皆さんは同じ土俵で教育をされてお
ります。その中で、果たして十分にこうした期待さ
れる総合医像というものが伝わつていつている
だろうか、ここに疑問を抱いております。

大臣のお手元にも、また皆さんのお手元にも、
自治医科大学医学部のカリキュラムで、一年から
三年、あるいは四年から六年と書いたものがござ
いまして、ここは、各学年で総合医療と称するも
のを座学で学び、なおかつ、いろいろな実習、研
修においても、地域医療ということが組み込まれ
ております。

そして、一枚おめくりいただきますと、「自治
医科大学における教育ミッションと実現戦略」と
書かれて、学生教育の獲得目標が明確にされてお
ります。

ここには、他者の苦悩に心を寄せることがで
き、人間としての涵養ということ、それから、総
合医及び総合的能力を持つ医療人に必要な基本
能力、あるいは、地域連携のあり方、保健行政に
おけるリーダーシップ、直面する問題を分析し、
解決する能力を養う。私は、教育というのは、目
標があつて、それをきちんと伝えながら若い人た
ちをいわば育て上げていく仕組みなんだと思ひ
ます。

下には、自治医大における地域医療教育という
ものが、一年から六年までの一貫した地域医療教
育、保健所の実習、介護福祉実習、ベッドサイ
ド、もう非常に患者さんのすぐ在宅の近くまで行
くようなもの等々、こういうカリキュラムが組ま
れているということでもあります。

きょう、文科副大臣にお越しただいておりま
すが、果たして、文部省として、各地方の医科大
学で、地域医療枠の学生にどのような理念とど
のような教育体系を持つてやっておるか、お調べに
なつたことがありでしょうか。

○丹羽副大臣 お答えいたします。

少子化が進展する我が国におきまして、医学教
育の中で地域医療について学ぶことは大変重要で

あると考えております。

昨年の三月に医学教育モデル・コア・カリキュラムを改訂した際にも、地域医療に係る学修目標を充実したところでございます。

特に、地域枠の入学者に対しては、他の学生よりも地域医療に関して充実した教育を行い、将来にわたって地域医療に従事するというキャリアビジョンを明確にし、地域を守るという使命感を持った医師を育てることが重要と考えております。

また、地域枠による定員増員を認可する際には、文部科学省といたしまして、地域医療に関するプログラムをしっかり作成しているか確認しているところでもございます。

委員のおっしゃるように、例えば長崎大学とか、また岡山なんかでも、そのような形で地域医療を実際の一年次から早期体験学習などやるといったことも行っております。

一方で、委員の御指摘のとおり、自治医科大学においては、地域医療に貢献する医療人を養成することをミッションといたしております。一年次より、早期体験学習、地域医療学総論といった系統的な実習や講義を開始されておまして、五年次の臨床実習におきましては、出身都道府県等の卒業生が勤務している第一線の現場で臨床実習を体験させるなど、各学年を通じて、将来の地域医療、地域医療のリーダーとしてふさわしい医師になるための要素を修得させるカリキュラムとなっております。

各大学の地域枠の学生に対しての取組を自治医科大学の内容と比較させていただきますと、地域医療を担う医師を養成するための教育については、入学後、早期から地域医療を体験させ、系統的な講義を行うなど、共通点がある大学もある一方で、系統的な講義が開始される時期など取組状況が異なっている大学もあるということも認識いたしております。

今後、文部科学省といたしまして、この各大学の地域枠学生の六年間の教育を通じて、地域医

療の意欲や使命感を涵養する取組が行われるように、しっかりと取組を促していきたいと考えております。

○阿部委員 今、文科省からの御答弁のように、実はポリウムにおいても非常に差があります。一泊二日くらいの実習だけで、失礼ですが、お茶を濁しているところもあると思います。そういう中で、地域に逆に縛られるという意識しか学ぶ人が持てなくなったとしたら、それはそもそも、私は、この地域枠を設けた結果の失敗なんだと思います。

自治医科大学のように、そこで目的意識を持って、プライドを持って、私たちは余人をもつてはかえがたい地域医療のエキスパートなんだと思ってくれるような医師を育てられるかどうかは、ひとえに文科省と厚労省のコラボで、本当に一つ一つ丁寧に大学の教育を見直してみられるべき時期だと思います。

加藤大臣にお伺いいたしますが、岡山には川崎医科大学という大学がございます。川崎先生がこれも昭和四十年代につくられて、当初、総合医、そして、いつでも、誰でも、どこでもという理想に燃えてつくられた大学で、昔は家庭医の講座というものも大学でお持ちでありました。ところが、やはりだんだん専門分化する中で、逆に家庭医の講座というものが認められなくなって、今のよう臓器別再編に流れていって、今日再び総合医、全人的医療、それが時代の大きな大きな要請だと私は思っています。

加藤大臣は、医師不足を何とか配置しなければという観点をどうしても背に背負っておられますけれども、ぜひ、岡山の歴史、岡山の福祉も医療も公衆衛生もです、すぐれていると私は日ごろから思っています。まさに、地域を担う医師とは、公衆衛生のノウハウ、全人的医療、地域を愛する心、それを涵養することでありまして、ぜひ、きょう、今文科の副大臣、お答えであります。大臣の目から見て、各大学の地域枠の学生の教育内容をあらためてみて、改善すべき点

が多々あると思いますから、これを今回の質疑をきっかけにぜひやっていただきたいが、いかがでしょう。

○加藤国務大臣 今委員おっしゃったように、今でも川崎医大は、地域で医療する方を育成していきたい、そういう思いを理事長始め皆さん持つておられるというふうには私は認識をさせていただいておりますけれども、そういう意味で、ある意味では地域包括ケアの中心を担い、医療、介護等の他職種と連携することを目指す地域枠医師については、委員お話しのように、臓器別ではなくて、幅広い領域の疾患等を総合的に診るための総合診療領域を目指していただくこと、これは大変大事だと思っております。

今回の法案においては、地域医療対策協議会での協議を踏まえ、総合診療領域を含めたキャリア形成プログラムを策定、活用することによって、総合診療専門医の取得を希望する地域枠医師の適切なキャリア支援を実施することができるようになっております。また、厚生労働省としては、総合診療専門医の養成を支援するため、平成三十三年度予算において、日本専門医機構に対し、総合診療専門医プログラム責任者養成のための経費や、僻地、離島等において研修を行う医療機関に対する旅費等の財政支援も行っております。

また、加えて、都道府県ごとに、人口動態や疾病構造の変化を考慮して、将来の必要な医師の見通し数を、平成三十年のできるだけ早期にその見通しについての検討を始め、平成三十二年には国が情報提供することを予定しております。

この見通しを踏まえた地域枠の専攻医の適切なプログラム選定に資すること、こういった施策を考えているところでございますので、今委員お話がありますように、単に地域枠を設けるといふことだけではなくて、地域枠の方々がそれぞれまざり地域においてその力を発揮していただく、そういった技能というんでしょうか、そういったものを身につけていただく。そういった意味においては、今は専門医のことを中心に申し上げましたけれども、

けれども、学部等においてもしっかりとそうしたことを身につけていただく、あるいは基本的なものを身につけていただくということは非常に大事なことでというふうに思います。

引き続き、こうした点についても、文科省とよく連携をとらせていただきたいというふうに思います。

○阿部委員 先ほども申し上げましたが、地域枠の学生が卒業後四年目の研修で二一〇離脱するというのにはわけがあると思うんです。そこで専門性を学びたくても、例えば、専門医の、今度は平成三十年から専門医ですが、自分のやりたい科がないなど、あるいは臨床研修においても非常に研修病院が限られているなどとなると、もちろん、一方で総合医になる希望は持ちながらも、自分の医師のキャリアパスの中で学びたいことを学びながら自己研修、自己研さんしようと思っているわけで、大臣にお伺いいたしますが、果たして、地域枠の学生にとって、研修のチャンス、専門医のそうした研修を受けるチャンスは十二分に保障されているとおっしゃいますか、それともまだ課題があるとおっしゃいますか。あわせて、もう一人近い地方枠の学生がいるわけですから、ぜひ、全員、皆さんにアンケートなり意見聴取なりをしていただきたいと思っております。

いかがですか。

○武田政府参考人 済みません、私の方からちょっとお答えをさせていただきますか、私の方から地域枠の学生でございますけれども、地域枠に入られた学生の方々、大変地域医療への高い志を持って入学をしているものと認識をしております。その後、入学当初のモチベーションを維持するためにも、例えば都道府県におきまして、主に地域枠医師を対象として、地域医療に従事する医師のキャリア形成上の不安解消等を目的としたキャリア形成プログラムの策定、こういった取組も大変重要になってきております。

また、医学部の在学中におきまして、地域医

療の現場における実習などを通じて、地域医療のやりがいを学ぶような取組を行っている都道府県も多数あると伺っております。地域枠医師の離脱率が少ないのはこうした取組の果たすところが大きいのではないかと考えております。

一方、御指摘もございましたが、地域枠の医師又は学生が医学教育を受け地域医療に従事する中で、地域医療以外の領域に関心を持つということも十分にあり得ることではなからうかと考えております。

地域医療の経験といえますのは、将来的にいかなる領域に進む場合においても、医師の基礎的な素養を育む観点から極めて重要になると考えております。例えば、卒後、僻地医療等に従事することとなっている自治医科大学卒業生についても、義務年限終了後、基礎医学、社会医学、国際保健の領域において多数活躍しているのが現状というふうに伺っております。

したがって、地域枠医師についても、義務年限終了後に、地域医療にとどまらず、その経験を生かし、あらゆる領域で活躍することを私どもとしても期待しておりますし、都道府県の策定するキャリア形成プログラムにおきましても、そのような多様な学生又は医師のニーズに応えられるようなものであるように考えていきたいというふうに思います。

○加藤国務大臣 今、実際、地域枠を活用して学部を卒業した方々が現在どういう形で働いておられるかということ、これは都道府県がそれぞれ把握をしておりますから、都道府県を介して今実態把握をしているところでございます。

加えて、今委員からお話がありました、どこで働いているかということ、では、それぞれの医師、今医師として活動されている方が地域枠として研修したことがどうであったとか、そういったことについて必ずしもまだ把握しているわけじゃありませんので、その辺、どういうやり方があるか含めて少し考えていきたいと思ひます。

○阿部委員 ぜひよろしくお願ひしたいと思います。

す。

私は、四年次で一二%の離脱率というのは低くはないと思ひます。多いと思ひます。その原因は、必ずしもお金を返せば自由でいいんだろうというのではないと思ひます。キャリアパスの関係かもしれないし、いろいろ、学生時代に逆に分なモチベーションを持ってなかった教育の結果かもしれないから、丹念にフォローしていただきたいです。

特に、何度か比べて恐縮ですが、自治医科大学にあつては、卒業生のアフターフォローも含めて、きちんとやはり私はフィードバックしていると思ひます。その長年の取組が今日の自治医科大学をつくっているわけで、これを日本全国に開いた方がいいけれども、果たして教育はどうか、その後のフォローはどうかというのは、もうこれは政治の課題、厚生省の、あるいは文科省の課題だと思ひます。よろしくお願ひしたいと思ひます。

引き続きいてお伺ひいたしますが、お手元にごさいます、開いて資料三ページ目。これは、内閣委員会、法務委員会等々でも取り上げさせていたいただきましたが、昨今、医師によって引き起こされた集団暴行事件がございます。東邦医大、二〇一六年四月、千葉大学、二〇一六年九月、いずれも複数の学生あるいは医師が、女性、それも若い女性にお酒を飲ませて、マンション等々で暴行に及んだという事件であります。

これは全体、大学生による集団暴行事件として表をつくつてございますが、私は、自分が医学部の出身でもありますので、医学部の学生が、あるいは医師がこういうことに手を染めるといふか起こすということは規範の雪崩現象だと思ひますし、安穩としていられないと思ひますが、文部科学省といたしましては、こうした事態が現実に起きていることについてどのように認識しておられるのか、原因は何なのか、そしてどう対策するのか、教えてください。

○丹羽副大臣 お答えいたします。平成二十八年ごろ、医学部の学生による性暴力

事件が複数回発生したことは、まことに大変遺憾だと考えております。

これらの事件の要因につきましては一概には言えないものの、医学教育においては、一般社会倫理も含めた高い倫理観や人権意識の醸成が重要であるというふうにご考えており、事件後、各大学においては、これらの教育が強化されたというふうにご承知いたしております。

また、このような事例や医療を取り巻く社会的要請を踏まえて、平成二十九年三月、先ほども申しましたが、医学教育モデル・コア・カリキュラムを改訂した際には、新たに、医師としての尊厳と責任を自覚し人格を高めることや、法規範の遵守及び法秩序の形成に努めることが明示された医師の職業倫理指針に関する規範を概説できるといった項目を盛り込むなど、医の倫理にかかわる学修目標を充実いたしております。

また、今後、各大学における性暴力や女性の権利も含めた倫理に関する教育の状況等につきましても、実態把握を行うことも考えております。さらには、医師としての職責や倫理に関する教育がより充実されるように、各大学に対して促していきたいと考えております。

○阿部委員 第四次男女共同参画基本計画の中にも、性暴力に対してきちんと医療者について認識を持たせることと書いてあるんですけれども、果たして何かなされたか、学校教育の中で。

性暴力とは何かということが学校で教えられるとお思ひでしょうか。私は丹羽副大臣に伺いたい。教えられると学生に聞いてみてくださいます。改めて、性暴力とは何かということが教えられるとお思ひでしょうか。

私は、今の御答弁はすごく総括的なんだと思ひます。実際には、世界じゅう、今、ミイ・トゥー、私も私もと女性たちが声を上げています。女性の権利への、あるいは性暴力というのは子供にも男の人にも行われますから、相手の意に沿わない性的行為は全てその方に対する暴行として、これは断じて許されるものではないのだと具体的にやら

ないと、この間も起きたいろいろな、新聞記者さんに対してのセクシュアルハラスメントについて、女性の側がハニートラップしたんだみたいなことを言われる関係すらあるわけです。

情けない国になつていくし、まして医学部の学生に、私はきちんと、こういう事件をきっかけに、これはきつかけがあつて、よくなかつたことだけれども、そこから起こしてしまつていふ事実を踏まえて、教育の中に取り込んで、教えて、伝えて、人権を本当にしっかりと持つて医療にすべきだと思ひます。

加藤大臣、そもそも、医師法並びに医療法の中で、医師たちが身につけるべき素養ということ、私は、やはりこの問題というのはとても看過できない。例えば臨床研修制度の中には、「医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識し」云々となつていふんですね。

とても社会的な役割から逸脱していますよね、暴行をしたり、それもお酒を飲ませて無抵抗にして。こういうことが研修制度を受けた医師にも起きているということはどうお思ひでしょうか。

○加藤国務大臣 今の、セクハラを始めとしたさまざまなそうした課題、これは別に医師にかかわらず全ての人、者に対して、もちろんきちつとしていかなきゃいけないということ、その前提の上で、やはり、医師という仕事において、患者さんからもしつかりとした信頼を受けていく、そういった上においても、そういったことはあつてはならないというふうにお思ひしております。

そういったことを今具体的に大学等でどういうふうにご教へておられるかはちよつと私は承知をしておりますけれども、セクハラ等にかかわる担当の大臣としては、そういった問題点等について、それから、場合によつては管理者になることもあつて、しっかりそういった知識や対応とかそういったこと、それをしっかりと身につけていた

き、そうした場合があったときにもしっかり対処していく。そして、自身がそういうことを起こさない、これはもう当たり前の話でありますけれども、そういったことは医師においてももちろん身につけていただきたいというふうに思います。

○阿部委員 今の社会は、当然過ぎるほど当然のことがなされていなくて意味で、社会倫理規範が崩壊してきているんだと思います。その中でも、わけても医師になる人は、御病気の人の寄り添い、誰よりも人権感覚を鋭く持ち、社会的な存在として人間に接していかなくちゃいけない。もうこれは医学、医療の基本だと思います。

私は、何度も申し上げますが、これだけ大学生の暴行事件があるというのは、世の中全体おかしい。だけれども、その中でも、やはり医療者がそれを少なからず担っているというところは、もう非常な危機感を持って文科省にあつても厚労省にあつても取り組んでいただきたいと思っています。

お手元の資料の四ページ目。私は、六野党の皆さんと御一緒に、さきの国会もまた今国会も、性暴力に対する病院拠点型のワンストップ支援センターというものを提案してまいりました。性暴力が、警察等々に駆け込んで犯罪性を問われる以前に、とにかく、被害を受けた当事者がどこにすがっていいかわからない、とにかく守ってほしいと思う気持ち、あるいは場合によっては避妊の処置が必要な場合もある。

病院というのは、例えばぜんそくなどで苦しいときでも、駆け込むだけで守られてほしいという感じ、救急に來られる患者さんがよく言います。受け入れてもらっただけで本当にちよつとほつとすると。そういう特別な機能を持ったところですよ。

私は、この間ずっと、各委員会で質問しながらこの病院拠点型のワンストップ支援センター、ぜひ日本の中でもつくるべきだ、そういう法案を出させていただいております。

加藤大臣にも以前にお話ししたかもしれないせん。大阪の阪南中央病院や沖縄の県立中部病院に

は、この病院拠点型のワンストップ支援センターがございます。これができることによって、下に書いてございますが、やはり多くの人たちがそこに行くことができる、病院を通じてまた児童相談所やいろいろなカウンスリング機関などにも紹介し、場合によっては警察にも紹介できる。

今多く日本でやっておりましてのはコールセンター、これは男女共同基本計画、先ほどの四次の中で、各都道府県一カ所という、主にはコールセンター機能でやっておりますが、病院との連携、あるいは、とにかく病院に行くということがもたらす安心感とはちよつと距離がございます。

そこで、きょう、お二方おられますので提案があります。

まず、文科副大臣には、各大学病院は必ず産婦人科をお持ちです。産婦人科のない大学病院はありませんで、ワンストップ支援センターを各大学に設置していただきたい。それは、学生に性暴力とは何かということを身近に教育するチャンスでもあります。

あと、加藤大臣には、特定機能病院、これは高度な機能を持って、医療そのものを推進していく、日本の中の基幹病院です。こうしたところにワンストップ支援センター、窓口を持つていただきたい。

本当は、もつともつとたくさん、国連の勧告では二十万人の女性に対して一カ所ですから、とても今私が申し上げた数でも賄えないけれども、こういう事態、事件を受けて、一歩前に進むための検討をしていただきたい。お二方から御答弁を求めます。

○丹羽副大臣 お答えいたします。

性犯罪や性暴力の被害者に対して、被害直後から総合的な支援を可能な限り一カ所で提供していくということは非常に重要であり、また、被害者の心身の負担を軽減し、精神面を含め、その健康の回復を図っていくことは物すごく重要なことでもございます。

そういった中で、緊急医療や産婦人科医療等の

専門的な医師等による診療体制が整備された大学病院を拠点としてこのような事業が実施されることは、性犯罪や性暴力被害者の心身の負傷状況に適切に対応する観点から、とても意義があるものと考えます。

御指摘の事業につきましては、例えば、和歌山県におきましては、和歌山県立医科大学病院内に県が運営するセンターが設置されております。

今後、文部科学省といたしましても、性犯罪、性暴力被害者のワンストップ支援センターは、これは文科省だけではできませんので、厚生労働省とも一緒に連携しながら、またこの取組の事例を幅広く大学病院にも周知していきたいと考えております。

○加藤国務大臣 私自身が、今の厚労大臣をやる前に、こうした問題も担当させていただき、たしか阿部委員からお話があったからだったというふうに認識をしておりますが、SACHICOにも直接行かせていただいて、そこで働いている医師の方からもお話を聞かせていただき、そこで担っている役割の重要性、そして特に、医療機関としてすぐに対応できるということ、特に証拠の採取等、そういった問題、そういったことも迅速に対応できるというお話と、なかなかまだ予算が厳しいです、こういうお話も伺ったところであります。

ただ、センターの設置形態は、もう御承知のように、この病院拠点型だけではなくて、相談センター拠点型等、それぞれの地域の中に応じて展開をされておられるということなので、これでなければならぬということはないんだらうというふうに思つて、それぞれ地域の実情に応じて検討されていく必要があると思います。

特定機能病院の要件にするというのはちよつとあれだと思ひますが、ただ、地域において、そうした対応が特定機能病院に求められているということであれば、それは積極的に対応していただければいいというふうに思ひます。

専門的な医師等による診療体制が整備された大学病院を拠点としてこのような事業が実施されることは、性犯罪や性暴力被害者の心身の負傷状況に適切に対応する観点から、とても意義があるものと考えます。

○阿部委員 求められているのであればじゃなくて、どこでも求められております。

そして、加藤大臣には、男女共同参画を担当しておられるときもありませんし、韓国はこの病院拠点型のワンストップ支援センターを非常に充実させております。私は、こういうタイプもある、ああいうタイプもあるではなくて、やはりなぜ病院拠点型が必要とされるのかということで、SACHICOを見てなおかつまだであれば、次は韓国にぜひいらしていただいて、取組を

ごらんいただきたいと思っています。これは国家的な問題です。女性の人権や、性暴力がどのように根絶されていくかということで、非常に進んだ取組です。

あと、丹羽文部科学大臣には、確かに和歌山県立医大はやってもらえます。それを広めていただきますよう、県と大学と地域と協力してやっていただく。そのことによって、実は、学生の教育の質も変わってまいります。

私自身は、ちよつと学生時代に、水俣病を始めとするいろいろな公害の結果、お体を害された患者さんたちと多く会うチャンスを頂きました。そこから、医療とは何かとか、多くを学ばせていただきました。学生であるというその貴重な時間に、人権、女性の立場、病者、弱者、そこをしっかりと自分の経験の中におさめていくことが全人教育になると思ひますので、加藤大臣にも、丹羽副大臣にも、重ねてお願いをいたします。

さて、次は、がんの画像診断の報告の見落としについてお尋ねをいたします。

お手元にご覧いただきます新聞記事、これは六月二十六日の読売新聞のものでございますが、多くのというか、たくさんさんの大学、慈恵医大、名古屋、横浜市立、千葉、兵庫県立がんセンター、横浜市立などなどで、画像診断上がんがあつても、例えば、自分の専門の臓器でないで、見落としたり。心臓のお医者さんが、心臓の病気は見ただけけれども、たまたまオノオノして、腎臓にもがんがあつただけけれども、それが結果報告を見落としたり

たという、これは具体例ですが、そうした事案が数多く日本医療機能評価機構に上がってきております。

画像診断は長足の進歩を遂げております、画像も非常に鮮明になって。ところが、こうした事件が、早く発見すればがんで死ななくて済んだと、御家族がどんなにか悔しい思いをしておるかと思ひます。

私は、大きな原因、二つあると思ひます。一つは、医師が臓器別再編の中で専門化して、自分の専門分野しか見なくなつて、全体のその患者さんの不調というところに目が及ばないような臓器別再編医療の結果。もう一つは、今、医療は長足のスピードでIT化されていて、オーダーすれば全ての検査ができ、そこにストックが結果も含めてされるのですが、呼び出さなければ、やつたままずっと忘れられて、結局、気がついたときには手おくれという。医療のIT化に伴つて、多種多様の検査がそのITの中に入つて、重要性がなかなか喚起されないという、二つの構造があると思ひます。

まず、文部科学省にお伺ひいたしますが、こうした事案を受けて、医学教育の中で改善すべき点、おありでしたら、お願いいたします。

○丹羽副大臣 今般の画像診断の報告ミス等を起因として患者が亡くなるという重大な事案が発生していることを踏まえ、チーム医療や安全管理に加えて、医師は、みずから専門とする臓器のみだけでなく、全身を総合的に診療することについて学ぶことも非常に重要ということを改めて認識いたしております。

医学教育におきまして、学生が卒業時まで身につけておくべき必須の実践的診療能力の修得目標を提示いたしました医学教育モデル・コア・カリキュラムにおきまして、患者中心のチーム医療に関する項目が従来からも盛り込まれております。また、平成二十九年三月にこちらのモデル・コア・カリキュラムを改訂いたしましたして、委員おっしゃられましたヒューマンエラーの防止や制

度、組織エラーの防止など、安全管理に関する記載をより具体化するとともに、新たに、医師として求められる基本的な資質、能力を記載し、全人的、実践的能力に関する項目を記載するなど、全身を総合的に診療するための教育を充実させるところでもございます。

文部科学省といたしまして、今般の事案を教訓といたしまして、このモデル・コア・カリキュラムの改訂の趣旨を踏まえて、より一層教育が充実するように、各大学に取組を促していきたいと考えております。

○阿部委員 やはり、きちんとこうした事案の一つ一つを学生教育の中でも学生に伝えて、自分が起こさないようにする、そういうリビート、繰り返し繰り返しなんだと思ひます。

加藤大臣には、IT化された今の医療の診療の中で、こちらが呼び出さなければ情報があつても死蔵されてしまふ、このことについて、厚生労働省として何かお考えとすると、改善点はあるか、教えてください。

○加藤国務大臣 まず、そうした事態が、特にというか、大規模病院においても起きていたということ、これは本当に遺憾だというふうに思ひます。

厚労省としては、同様の事例が続いていることも受けまして、昨年の十一月十日に、全国の医療機関宛てに画像診断報告書等の確認不足に対する注意喚起の事務連絡を發出して、先月十四日にも改めて發出をいたしました。

この事務連絡では、画像診断報告書等の確認不足対策として、画像検査の依頼、主治医による画像診断書の確認と患者への説明といった流れを整理し、業務工程を確立するよう取組例の紹介をし、今後、全国の医療機関において、医療関係者の方々に適切に対応していただけるよう、引き続き周知に努めていきたいと考えております。

その上で、今おっしゃられた、いわゆるICT化が進んでいく中で、どうこの情報伝達ミスを効果的に防いでいくことができるのか、院内の適切

な情報システムの構築といった面も含めて、専門家に今検討をお願いしております。その成果について、全国の医療機関で共有され、周知を図っていききたいというふうに思つております。

この検討では、全国の病院システムに組み込まれている医療安全に資する機能、どういうものがあるのかということ把握し、そして、将来、あらゆる医療機関において適切な情報システムを選択、導入する環境を整えていく、そうしたことを目指していきたいと思つております。

○阿部委員 厚労省が電子カルテガイドラインというものもつくつておられますので、そうした中で注意喚起をなさるとか、これ、一例、二例じゃないわけです。二〇一五年から一八年までにかけて、わかつただけでも三十七例、二〇一五年の一月から二〇一八年の三月までで三十七件、わかつただけです。非常な量だと思ひます。

やはり、起こりがちな構造をとっているということなんだと思ひますので、電子化されたことに伴うある種の、人は、自分がオーダー、手で書いていたり、結果が物で返つてくれば、いや応なく目にするんですけれども、そのITの中に入っているというものは呼び出さないということが多々あつて、今は患者さんにさわらないお医者さんといふくらいですから、非常に私は深刻な事案だと思つています。かといつて、電子化そのものを引き戻すわけにもいかないので、このガイドライン等々できちんと、例えば重要な事項が読まれていなければアラームが鳴るでもいいんです、あるいはクラークさんがそれをチェックして、ちゃんと医師に伝えるでもいいと思ひます。本来は全人医療です。だけれども、そう言っている間にも犠牲が起きますので、よろしく願ひします。

最後の質問とさせていただきますが、大臣のお手元に、この間のいわゆる紹介事業者による紹介手数料が医療財政にどのくらい影響を与えているかということ、医師、看護師の職業紹介手数料の推移というペーパーを置かせていただきます。平成二十六、二十七、二十八の三年がござい

ますが、年々、医師の紹介手数料は、平成二十八年で百七十四億、看護師の方が三百十九億、その他の医療業種を合わせると六百億というようなお金が診療報酬の中から介入する事業者、紹介事業者者に落ちていき、それはどんどん上がつてきています。本来は、医療行為に対して診療報酬が支払われていると認識しておりますが、これはもう医療業界では大変大きな問題になっていて、かといつて、紹介業者を使わない、もう半数以上が使つてお医者さんや看護師さんの紹介を受けているということがあり、しかし、ここが大変に大きくなつていと思ひます。

このような事態に対して、厚生労働省として、医療費削減云々言われている中ですが、私たち医療者は、医療現場に、現場でやったことに報酬をいただきたい。どこかで紹介だけした業者さんに流れていくというのは、もうとてもやり切れないと思ひます。大臣のお考え、そして対策を伺ひます。

○加藤国務大臣 有料職業紹介事業というそのもの自体は一応認められている仕組みでもあるわけでありまして、その中でより適切な、医師がいえばお医者さんを集めて自分の病院に来ていただく、そのためのコストということになるわけだと思ひます。

診療報酬自体は、提供されるサービスの対価であり、そしてそのサービスを提供するに当たつて必要な費用ということを賄うということで医療機関に支払われているものでありますから、医療機関がどういふ形でそれを使われるのか、それはもちろんよりよい医療サービスの提供につなげていただきたいというふうに思っているわけでありまして、最終的にはそれぞれの判断ということになります。実際、今、各医療機関は、それぞれの状況に応じて、自主的な判断のもとで民間の有料職業紹介事業者を利用されているんだらうというふうに認識をしております。

また、利用する際にも、みずからのニーズに合った適切な職業紹介事業者を選択できるように

することは重要でありますので、本年一月一日から施行されております改正職業安定法においては、職業紹介事業者に対し、手数料等の情報を厚生労働省の運営する人材サービス総合サイトに掲載することを義務づけておりますので、医療機関も含めて、安心して職業紹介のサービスを受けていただけるように取り組んでいきたいというふうを考えております。

また、職業紹介事業者が紹介した求職者に早期離職を促すような行為を防止するための対応としても、職業安定法に基づく指針を定めさせていただき、例えば、紹介した求職者に対する転職奨励を二年間にわたって禁止するなどを内容に盛り込んでいくところであります。

○阿部委員 紹介業に頼りたくて頼っているわけではありません、現場は。このことも含めて、引き続き質疑させていただきます。

ありがとうございます。

○高島委員長 次に、長谷川嘉一君。

○長谷川委員 御指名いただきました長谷川嘉一でございます。

きょうは、質問の機会をお与えいただきまして、まことにありがとうございます。

また、冒頭ではございますが、西日本の大変な豪雨によって犠牲となられた多くの皆様方に、心からの哀悼の意を表したいと思っております。また、遺族を始め、まだまだ被災されて大変な現状にあられる皆様方に対しまして、心からお見舞いを申し上げたいと思っております。また、これに対して懸命の復旧作業に当たられる国を始めとして多くの皆様方に、心からの敬意とまた感謝を申し上げたいと思っております。

では、通告に従いまして、順次質問をさせていただきます。

まず最初ではありますけれども、本日は冒頭に参考人の意見陳述及び質問が行われました。

そのときに、愛知医科大学理事長の三宅養三参考人からこんなお話がございました。今回の医療法の問題に絡めてでありますけれども、平成十六

年度に医師派遣制度が改正され、今日の地域の医師の偏在の大きな原因になっている、このことを冒頭指摘を受けました。また、それと同時に、大学病院の機能が派遣も含めて大変厳しくなっている現状を含めて、大学病院をもっと大切にすべきではないかという御指摘もいただきました。

これは、一昨日、最初の質問で三ツ林裕巳委員がおっしゃられた、長年の大学病院等の勤務経験から、地方の病院へ出向し、さまざまな経験を経て大学に戻ってくる、そしてさらにそこで研さんや教育に当たり、さらにまた次の派遣に行くという、こうしたキャリアアップのシステムが今崩れてしまっている、そういったことも指摘をされ、その中で、大変示唆に富んだ御指摘としては、三宅先生と同じように、大学病院を中心に据えたティーチングホスピタル制度を国は活用すべきであるというふうにおっしゃられたことが、大変私は感銘を受けた次第でございますし、当局におかれましてはこの辺は十分御認識いただけたということで、私は質問に入らせていただきたいと思っております。

最初でありますけれども、今回の医師法、医療法の具体的な影響がさまざまなところで出てくると思っておりますが、まず一番目でございます。

これは医師少数地域で勤務した医師を評価する制度ということで、国は、少数地域で一定の勤務経験を持つ医師を厚生労働大臣が認定し、一定の病院の、これは恐らくは地域医療支援病院のことを指していることと思っておりますが、管理者の要件として当該認定医師を位置づけることにしたというふうにお聞きをしております。

医師偏在を解消するために医師少数地域への誘導策は重要なことでありますが、これが本場に、医師全体にとつて病院の管理者になるものが本場にインセンティブとして働くかは甚だ疑問が残るところでございます。これについての御認識をお願いいたします。

○加藤国務大臣 この法案では、医師少数地域等において一定期間以上の勤務経験を有する医師を

厚生労働大臣が認定し、その認定医師は、今お話がありましたように、地域医療支援病院等の一定の病院の管理者として評価をする、また、認定医師であることを広告することを可能にしていこう、さらには、経済的インセンティブの対象とする、具体的の中身はこれから検討させていただきますが、ということを考えております。

この認定制度を創設することによって、医師の少ない地域等での勤務に対する社会的評価を高め、そういった地域での勤務を後押ししていくということ、また、認定を得た医師を雇用又は支援する医療機関にインセンティブを設けることで、医療機関にも認定医師を雇用又は支援する誘因となっていく、そうしたことの結果として医師の地域偏在解消に寄与することを強く我々としては期待しているところであります。

いずれにしても、こういったインセンティブ等も含めて、医療関係団体を始めとする関係者からの御意見も聞きながら、実効性の上がる仕組みになるよう、平成三十二年の四月に予定している制度の施行までしっかりと検討を重ねていきたいと考えております。

○長谷川委員 ただいまの大臣の答弁は私が思っている内容と違っております、私は、インセンティブとしては、地域支援病院の管理者になるための要件としてこれは明確になってきているのではないかと思います、その他の点についてはこれからということですが、まず、この部分についてインセンティブとしてどのくらいの波及効果が得られるか、参考人で結構でありますけれども、お聞きをしたいと思っております。

全国にこの地域支援病院が何カ所ぐらいあり、また、具体的には、私の場合は群馬県出身でありますけれども、群馬県においては何カ所の病院がその指定対象になるのか、お答えいただきたいと思っております。

○武田政府参考人 お答えいたします。今回の認定制度におきましては、医師の少ない地域での勤務を促すために、医師の少ない地域で

の勤務を不安と感じる原因となる障壁を取り除く環境整備を進めることに加えまして、医師の少ない地域での勤務を希望する医師等を後押しする施策、これを講じるということで医師偏在対策を進めてまいりたいということでございます。

この施策の一環といたしまして、本法案におきましては、新たに医師少数地域等の勤務を一定期間経験した医師を厚生労働大臣が認定する制度を創設いたしました、地域医療支援病院のうち、医師派遣・環境整備機能を有する病院の管理者として評価する方向としていくところでございます。

この地域医療支援病院につきましては、現在、全国で五百四十三病院でございます、群馬県は状況につきましては、十三の地域医療支援病院があるというふうに認識しております。

【委員長退席、渡辺(孝)委員長代理着席】

○長谷川委員 ありがとうございます。全国で五百四十三でしょうか。私の資料では五百三十カ所となっているんですが、若干の差はあると思っております。群馬県内では十三病院、これが本場に群馬県内の医師の偏在を是正するための医師全体のインセンティブになるとは到底思えないわけでありまして。

今、大臣がおっしゃられたように、このインセンティブについては協議中ということであろうかと思っておりますが、具体的に更にこういったものも検討しているというものがあれば、この機会にお聞かせいただきたいと思っております。

○武田政府参考人 お答えいたします。

この大臣認定の仕組みが実質的にインセンティブとして効果を発揮できるように、私どもとしても関係者の方々と議論を重ねていきたいと思っております、具体的な詳細設計につきましては、医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会で検討してまいりたいと思っておりますけれども、法案の中にございます一定の地域医療支援病院の管理者要件といえますのはインセンティブのうちのひとつでございます、今後、私ども、予算措置の中でも、実際に地域で働く医師の方々に実感を持つ

て評価をされていることが伝わるようなインセンティブについてぜひ検討させていただきたいと思っております。

○長谷川委員 具体的な例はまだこれから、お示しになる段階ではない、ただ、まだこれから十分に検討の余地ありというふうに承りましたので、この辺は期待して、次の質問に移らせていただきます。

二問目は、医師の偏在指標、医療法の部分でのこれについてであります、今回の法改正により、新たに国が定める医師の数に関する指標、「医師偏在指標」を踏まえた医師の確保数の目標、対策を含む医師確保計画を、今度はこれを都道府県が策定することとなっているようでございます。

したがって、医師の数に関する指標の算定に当たっては、都道府県がその後策定する問題とも絡みますので、各都道府県の実情が十分に反映されてこなければいけないわけでありまして、これは、いつごろから策定に入り、いつごろまでに完成するものなのか、最初にこの辺を明確にさせていただきたいと思っております。

○武田政府参考人 お答えいたします。

ただいま御指摘のございました医師偏在指標でございますけれども、これは、二次医療圏ごとの医療ニーズや人口構成、患者の流入入などの要素を勘案いたしまして、医師の多寡を示し可視化していく指標とすることを考えております。

具体的には、これまでのような単なる人口十万人当たりの医師数では表現することのできなかつた性別や年齢による医療ニーズの違い、具体的には、高齢化の進んだ地域と高齢化が進んでいない地域のこういった医療ニーズの違いを加味できる指標にすることなど、より実情に即した医療ニーズ当たり医師数を指標化し、さらに医師の高齢化の状況を可視化したものを想定しているところでございます。

この医師偏在指標の詳細な設計については、法案成立後速やかに、医療従事者の需給に関する検

討会医師需給分科会での議論の後、結論を得て、平成三十一年度中に医師確保計画の策定方法を都道府県にお示しする中で明らかにしていく予定としております。

○長谷川委員 この法案が決定し次第ということ、三月ということになりますと、残す期間が八カ月ということになります。

現在の県の状況を見ると、表にお示ししてございますが、資料一、二をごらんになっていただければと思いますが、偏在指標の導入ということ、可視化をするということでありまして、その前提として、県の状況は資料二にございますが、まず、医療計画における医師確保関連の記載が都道府県ごとにばらつきがあり、法定の地域対策の医師確保策も十七県でまだ未策定となっているというふうなことであります。また、地域医療対策協議会は、西村智奈美委員の質問のときにも示されましたが、七県で未開催、こんな状況であるわけでありまして。さらに、医師確保に関する各協議会が乱立をしているのがそれぞれの県の状況というふうなことで示されております。

したがって、医師確保対策について、都道府県が主体的、実効的に対策を行うことができる体制をまず十分整えていくことが前提条件となると思っております、この辺についての御認識をお伺いたします。

○武田政府参考人 お答えいたします。

ただいま御指摘をいただきました各都道府県における医師確保に対する取組状況でございますけれども、現行の医療法におきましても、各都道府県は、医師確保対策について、地域の医療関係者と地域医療対策協議会において協議することとされておりますけれども、現状の課題といたしましては、その開催頻度が低く十分に機能していない、都道府県によってもかなり差がございますけれども、一般的にもそういった傾向がございますし、地域医療対策協議会を含め、医師確保に関する協議会が複数存在して効率的な運用がなされていない、こういった、今御指摘をいただいたよう

な課題が存在をしております。

したがって、今回の改正案の中で、こういった課題への対応といたしまして、まず、医科大学や医師会、主要医療機関等を構成員とする地域医療対策協議会を、医師確保計画に定められる医師確保対策の具体的な実施のための協議を行う場として法律上位置づける、こういうことで位置づけを明確にするといったこと、それから、地域医療センター運営委員会など類似の協議会等を廃止し、地域医療対策協議会に一本化するということ、そしてさらに、都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて行うこと、こういったことを求めることとしておりまして、今後は、地域医療対策協議会の実効性が高まり、きちんと開催がされていくものと考えてございます。

また、私ども厚生労働省といたしまして、各都道府県に対して、地域医療対策協議会の適切な運営につきまして指針を示すとともに、フォローアップにも努め、より適切な運営がされるよう確保してまいりたいというふうに思っております。

○長谷川委員 三月末日までにこれを取りまとめ、各県がこれを一年間かけてつくり出していくというふうなことになるかと思っておりますけれども、今これだけばらばらになっている県の状況を踏まえて、本当に各県が足並みをそろえられる状況にあると御認識なのかどうか、もう一度この辺について御答弁をお願いいたします。

○武田政府参考人 御指摘がございました、過去に開催をされていない都道府県におきまして、個別の事情を私どももお伺いしておりますけれども、地域医療対策協議会ではないけれども、例えばほかの検討会又は運営委員会のようなところで協議がされているといった実態もあるようでございますので、各都道府県ごとにこれを地域医療対策協議会に集約していただき、私どもとしても、個別の都道府県の事情もよくお伺いしながら、都道府県とともにしっかりと体制がとれるように努めてまいりたいと思っております。

○長谷川委員 そのように期待をして、次の質問に移らせていただきます。

次の質問は、地域医療対策協議会の強化という部分であります。

これについては、医師確保計画の実際に関しては各都道府県の地域医療対策協議会で協議を行うこととしておりますが、きょうは表を、お示しをした三をごらんになっていただければと思います。

これについてちょっと触れさせていただきましたが、地域医療対策協議会と地域医療支援センター、現在の位置づけという部分がございますけれども、この協議会の設置が平成十六年にされ、医師確保を行うための具体的施策を協議する場として各都道府県に設置、そして、構成要員は都道府県、大学、医師会等々となっていることとあり、現行制度においてその役割がある。

また、それと同時に、具体的なそれを行う組織としては地域医療支援センターがあり、この設立の経過は、地域医療が崩壊したという緊急事態があつたと思えますが、平成二十三年、都道府県が医師確保関係事務を行うための機関として開始した。二十六年から、地域医療介護総合確保基金を活用し、都道府県の事務として、医師の派遣、キャリア相談、また医師確保関係事務を行うことが法定され、地域医療支援センターはそのための事務の実施拠点として位置づけられたということでありまして、平成二十八年四月までに全ての都道府県に設置がされたというようなことであります。

実態としてこれを見ると、協議会については、先ほどと繰り返しになるかもしれませんが、年一回から四回、年一回未満というのが六都道府県、全く開催されなかったのは先ほどの七県であり、地域支援センターの現状を見ると、キャリアプログラムの策定状況においては十三の都道府県で未策定となっているという現状です。

また、医師派遣の実績については、六千九十五名の実績に対して、県別で見ると何と三人から四

百五十人という大きなばらつきがございます。またまでもありますけれども、群馬県が三名、神奈川県が三名。恐らく、これはちゃんとした数字をつかめていないのではないかと私は思います。

極めてこの辺が危惧される状況でございますので、実態把握をまず早急に同時進行でやっていただき、来年三月の取りまとめが行われた後のプログラムがしっかりと各県足並みがそろって行えるように、この辺は御指摘申し上げたいと思います。が、この辺についての御見解をお聞かせいただきたいと思っています。

○武田政府参考人 ただいま御指摘がございました、都道府県に置かれております地域医療対策協議会と地域医療支援センターでございますけれども、これまでの設立の経緯は今御指摘をいただいたとおりでございますけれども、現在の法律におきましては、この地域医療対策協議会と地域医療支援センターの関係、役割分担が必ずしも明確ではございません。

そういったこともありまして、現在の地域医療センターの運営状況を見ますと、キャリア形成プログラムが十三の都道府県で策定されていない、また、大学との連携が非常に大事になってまいりますけれども、十六の都道府県で大学との連携が不十分、こういうような実態も私どもとして把握をしております。

そして、今回の法律の中におきましては、地域医療対策協議会の役割をはっきりさせるとともに、構成員の中に主要な医療関係者を位置づけることにより、地域医療対策協議会の機能の強化、県と大学その他の関係者との連携の強化を図った上で、協議が調った事項に基づいて地域医療支援センターが実施拠点としての任務を担う、こういう整理をさせていただいたところでございます。

今回のこういった整理によりまして、各都道府県におきましてより医師確保対策を進めやすい環境が整うものと考えておりますけれども、引き続き、都道府県の御意見もよく伺いまして、実態を把握した上で適切な指導に努めてまいりたいと思

います。

○長谷川委員 地域医療対策協議会とセンターの関係として資料四にお示しをされたものをお手元に配付させていただきますが、これについてちょっと確認をさせていただきたいと思っています。

まず、左の方が、現行として、地域医療対策協議会の役割が不明確、また地域医療センターとの関係も役割分担も不明確ということは、今、局長の御答弁の中にございましたが、まず、構成員は、都道府県、また大学、医師会、主要医療機関、役割としては、協議事項が具体化されていないということがあった。また、協議の方法として、具体的な協議方法も定められていなかったというところ、また、国のチェックについてでありますが、協議の内容に対する国のチェックの仕組みもなかった。形はつくったけれども、国が統制をできない、チェックもできないということが先ほどのデータのばらつきにあらわれているというふうに思っておりますし、それが医療政策、医療行政にも災いを及ぼしているのではないかと

いうことで、私は御指摘を申し上げたいと思います。

また、地域医療支援センターでございますが、これは、医師確保対策の事務の実施拠点として、二十六年、緊急な事態として対応されておりますけれども、これについての関係性が不明確ということでは甚だ考えられないような状況で行われてきたということで、これについての改善策は右の方に示されておりますが、果たして、この右の内容が具体的に実施できるかどうかについても、今後注視していかなければいけない問題だと思

います。

特に、見直し後には、地域医療対策協議会の役割を明確化し、協議プロセスの透明化、そして地域医療支援センターとの関係、役割の明確化、今までなされていなかったものを今後、来年の八月以降は実施していくという準備に入られるわけでありまして、今の状況について、ちょっとこれはお聞きしなければいけないと思っております。

また、構成員としては、今言ったように、都道府県、大学、医師会等々、役割としては、先ほど来出ているキャリア形成プログラム、医師の派遣調整、キャリア支援、それから派遣医師の負担軽減、大学の枠の云々、たくさん、多岐にわたっておりますが、本当にこれだけの役割をおおせてこれ機能ができるかどうかということは甚だ心もとない部分ではないかというふうに思っておりますので、この辺もあわせて後ほど御答弁いただきたいと思っています。

また、協議の方法として、指標に基づき、構成員の合意が必要で、協議結果を公表しますよというところまで述べられておりますけれども、本当に、この協議のプロセスの透明化がどのくらい図られるんだろうかということもあわせて御答弁をいただければと思います。

また、国のチェックが一番重要な部分であります。これについてもお知らせをいただければと思います。

そして、センターとの関連は、都道府県が実施する医師派遣等の対策は、地域医療対策協議会において協議が調った事項に基づいて行う、これを法律に明記するところありますけれども、この辺についてもう一度明確な御説明をいただければと思います。

○武田政府参考人 お答えいたします。

ただいま、地域医療対策協議会の、法案による見直しの内容につきまして御指摘をいただいたところでございます。

先ほど御答弁申し上げましたけれども、これまでの法律的位置づけによりまして、地域医療対策協議会と地域医療支援センターの関係、役割分担が余り明確ではございませんでした。

例えば、地域医療対策協議会につきましては、協議事項が具体化をされておらず、医療従事者の確保というようなことでございました。

また、地域医療支援センターにつきましては、法定事務としては、都道府県内の医師確保状況の調査分析でありますとか医療機関や医師に対する

相談援助という法定事務はございましたけれども、喫緊の課題として各地で対策が迫られていた医師派遣のあつせん、調整につきましては法定外の事務で、通知並びに予算事業として行われてきたわけでございます。

また、この位置づけも明確ではございませんでしたので、例えば、都道府県によりましては、大学に委託する場合もあれば県庁内で実施をするという場合もございました。そういったことが、必ずしも大学と連携が図られていない都道府県があったり、医師派遣の実績が少ないところがあったりというところにつながっていたのではないかと考えられております。

したがって、今回の法案による見直しにおきましては、地域医療対策協議会の構成員を明確化するとともに、地域医療対策協議会で協議する事項を一つ一つ法定化しており、その中の一つとして非常に重要になってまいりますキャリア形成プログラム、医師の派遣調整、派遣医師のキャリア支援策などにつきまして法定化させていただきますこととしておりますし、協議の方法につきましても、医師偏在指標に基づいて協議をする、そして大学、医師会などの関係者と合意をいただく、そして協議結果を公表する、こういうことによつて協議プロセスの透明化が図られるものと考えておりますし、今後、私どもとして、この地域医療対策協議会の運営に対して指針を示してまいりたいと思っておりますので、国としても責任を持ってフォローアップする体制が整ってくるものと考えております。

その上で、地域医療対策協議会と地域医療支援センターの関係につきましては、地域医療対策協議会があくまで方針全体を明確にするとともに、その協議が調った事項に基づいて、実施拠点として地域医療支援センターが事務を行う、こういう形で明確化いたしますので、より医師確保対策という意味では、都道府県における実施体制が整うものというふうに考えておりますし、私どもとしても、より実態を把握した上で、効果的な取組

が進むように鋭意努力をしてまいりたいと思ひます。

○長谷川委員 県に期待をするというよりも、県をしつかり、指導という言葉は悪いのかも知れませんが、せめて、チェックし、支援していただきま

すよう要望をさせていただきま

最後になりましたけれども、時間の関係で実態だけになりますけれども、新たな専門医制度をつくられます。これは、平成三十年から研修が始まったものについて、制度を管理する日本専門医機構に対し、各都道府県から専門研修プログラムの仕組みや更新に際して、地域医療の観点から必要な措置の実施について意見を

する仕組みが法定化されておりますが、しかし、この各県からの意見の反映は、日本専門医機構に努力義務が課せられて

いるにすぎず、その実行が十分担保されているとは言いがたい状況であります。

また、きょうの参考人の陳述の中にもありましたが、この専門医機構というのは、行政の一端を担うものではなくて、あくまでも認定医や専門医をしつかりつかさどるものがその機能であつて、新たにこの機能を付加するとすれば、それなりの対応を国がしつかりしていただかなければ機能しない、また、各県がここに現在問合せていることを御指摘申し上げ、質問を終わらせていただきます。

○渡辺(孝)委員長代理 次に、吉田統彦君。

○吉田委員 立憲民主党の吉田統彦でございます。

本日午前中、お忙しい中、参考人の皆様に来ていただきました。その御意見、陳述内容やディスカッション、そういったものも参考にしながら、討論を続けてまいりたいと思ひます。

まず、全ての参考人の先生方にもお伺ひしたんですが、専門医制度に対する責任の所在ということに関して、今までは日本専門医機構だったわけでありまして、本法案によつて、それはやはり専門医機構のまま、そこが最終的な責任をとる機

であるのか、それとも厚生労働省になるのか。そしてまた、やはり午前中の参考人質疑でもありましたが、責任にはやはり権限も伴わなければいけない。その最終的な権限に関して、最終的なものを専門医機構が持つのか、それとも厚生労働省が持つのか、それをお答えいただけますか。

○加藤国務大臣 御承知のように、専門医制度、十九の診療領域について、日本専門医機構や各学会が定める規定に基づき、基幹病院が研修プログラムを作成し、各学会がそれを評価し、日本専門医機構が検証する、こういう仕組みになっているわけでありまして、そして、こうした策定された研修プログラムに基づいて、基幹病院及び連携病院においてローテートの研修が行われる。

したがつて、専門研修の内容や質などに関する事項については、まずは日本専門医機構、そして各学会、研修を行う医療機関、それぞれに責任を有しているものというふうに考えます。

他方で、国や都道府県は、医療法に基づき、医療提供体制の確保に責務を負っているわけでありまして、専門医制度が実施された結果、特定の地域で特定の診療科の医師がいなくなるなどの事態を生じさせないよう努めなければならないわけでありまして。

このため、本法案では、医療提供体制に重大な影響がある場合は、厚生労働大臣から日本専門医機構に対し、改善の要望を意見する仕組みが盛り込まれているところでありますので、専門医制度の運営が円滑に行われるよう、厚生労働省としては、医療提供体制の確保との観点から日本専門医機構に対して対応していく、こういうことになるので、一義的には日本専門医機構、そしてそのもとで各学会、そして研修を行う医療機関、これが責任を有する、こういうことになっているわけでありまして。

○吉田委員 わかりました。大臣、最初、御丁寧に答弁いただきましたが、最後の部分、一義的に専門医機構に責任と権限もあるという理解でよろしいですね。わかりまし

た。ここがやはりはっきりしないと、いろいろ今後トラブルや、実際かなりの混乱が起こっているんです、大臣。もう御存じだと思いますけれども、新専門医制度に関してはかなりの混乱が起こっている、こういったところをしつかりと交通整理して、所管の官庁として、厚生労働大臣、やはり御指導力も発揮していただかなきゃいけない、そのように考えるわけですね。

そうすると、今申し上げたように、新専門医制度、かなりの混乱をしてしまったんですね。そこで、専門医機構が、事務的能力がかなり脆弱な状況がやはり各所から指摘をされていますし、私もそう思います。ですので、今回の法改正に伴つて、専門医機構の事務的能力の強化というのは必須ではないかと思うんですね。

そこで、そういった財政支援とかを含めた強化策、日本専門医機構の強化策をとられるのかどうかということの端的に御答弁いただきたい。局長でも結構です。

○武田政府参考人 お答えいたします。ただいま大臣からの御答弁にございましたように、一義的には日本専門医機構がこの実施について責任が属するものというふうに考えており、私どももいたしましては、医療提供体制に重大な影響がある場合について改善の要望を意見するというような仕組みで考えているところでござい

まして、事務体制につきましましては、日本専門医機構におきまして責任を持つて事務体制の強化に努めていただきたいと考えているところでございますけれども、具体的な事業の中心によつては、私どもとしても支援をしていくというようにならうかというふうに考えておりま

す。○吉田委員 ありがとうございます。局長、ちよつと状況によつては、厚生労働省も事務的な、人を派遣するとか、そうなるにあちらもちよつと嫌かもしれませんが、やはり必

要なそういった援助はしていかないとかなかなか厳しいんじゃないかなと思つています。専門医制度はかなり大きなドラッグな動きでございますので、事務的能力を相当強化しないと難しいんじゃないかなと思ひます。

そして、情報公開に関して一言お答えいただき

たいんです。厚生労働省から日本専門医機構に意見、提言、指示をしていくということですね、必要に応じて。それはどういったときに、この指示は、どういった指示を出したり、どういった方向性を厚生労働省が日本専門医機構に提言、具現しているかということの情報公開が必要かと思うんです。それがな

いと、やはり学会やプログラム施設、そしてまた専門医を目指す医師たちが疑心暗鬼になつてしまつたりするので、その情報公開について、少しはつきりとした御答弁をいただきたいなと。大臣でもどちらでも。では、大臣、お願いしま

す。○加藤国務大臣 この法案で、都道府県知事の意見を聞いた上で、厚生労働大臣から日本専門医機構に対し研修計画の改善を意見する仕組みが設けられているわけでありまして。これを受けて、日本専門医機構においては、研修施設の認定基準の見直しや都市部を対象とする研修定員に上限を設定するなど、研修計画の内容に当該意見を反映させるよう努力義務が課せられている。

今、委員は、厚生労働大臣からの働きかけという話でございます。

厚生労働大臣が日本医機構に対して述べる意見については、その客観的妥当性が担保されることは当然でありますから、あらかじめ、医療関係者や地方公共団体の代表者が参加する公開の場、現在想定しているのは、医道審議会に新たな部会を設置するというのを考えておりますので、当然それは公開の場ということになります。そこで議論した上で、日本専門医機構に対し厚生労働大臣が意見を述べること、その意見についても当然公

表していききたいと考えております。
○吉田委員 大臣、ありがとうございます。十分なお答えをいただきました。

それでは、午前の参考人の先生方のいろいろなお話の中でもあった、それに関連した内容で、日本の医師の偏在や診療科の偏在には、開業医と勤務医、そして大学病院のようなアカデミアに所属する医師の数がアンバランスであるということが一因ですね、実際は。諸外国のように開業医に対して一定の制限や条件を付与する予定というのは、今後検討とかもしていくのかどうかということも含めて教えていただけますでしょうか。

○武田政府参考人 お答えをいたします。

医師の偏在対策を議論する中におきましては、我が国がこれまで自由開業医制という形をとっておりまして、これを現在ともに維持されているわけでございますけれども、一方で、一定の規制が必要ではないかという御意見もございます。この点につきましては、無床診療所の開業規制につきましまして、本制度の検討過程におきましても、厚生労働省の医師需給分科会でも議論を行ったところでございます。

さまざま御議論がございまして、昨年十二月の本分科会の第二次中間取りまとめにおきましては、国民皆保険をとる我が国では、被保険者間の医療アクセスの公平性を図るため、医療保険制度による対応も含めて、他の医療資源の偏在は正の仕組みも参考に、無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設けるべきとの意見があった一方で、憲法上の営業の自由との関係の整理や、駆け込み開設の懸念など、法制的、施策的な課題を全てクリアしなければそのような枠組みの実現は困難との意見もあったということで、それぞれ意見の整理する上で、今回の法改正では導入を見送った経緯がございます。

今後とも、この需給分科会におきましても、今回の法改正の施行状況をよく見ながら引き続き議論をするということになっておりますので、私ども、この医師偏在対策の施行後速やかにその政策

効果を検証する中で、必要に応じ、さらなる医師偏在対策について十分議論を行ってまいりたいというふうに考えます。

○吉田委員 局長、ありがとうございます。

両論併記ということで、今後も課題ということで議論していくことなんだと思います。わかりました。

だから、やはりそういったものが入ってくる可能性もなきにしもあらずということなんですよね、多分、今の局長のお話だと。それは、ただ、議論の上でやっていただきたい、そのように思います。

それでは、午前もお話ありました。午前の参考人の先生方お二人、外科医でした。外科医はもうほとんど減っていますね。経験が十分な外科医が、勤務の過酷さや給与が不十分、そういった条件もありまして、四十歳で大体脂が乗って一番手術が上手な外科医が、内科医や消化器科、肛門科、場合によっては整形外科を標榜して開業してしまう、そういった状況は本当にあるんですね。実際、外科医の日常は過酷です。大体、朝七時半ぐらいからカンファレンスをやって、オペの患者さんやちよつと重篤な患者さんのことをみながら共有して、九時から外来やオペをします。午後からは大体、総合病院だとみんなでオペをして、夕方五時から七時ぐらいに手術が終わって、自分の患者さんを診たりします。明け方も、自分の持ち患者さんが亡くなったら当然明け方に呼ばれますし、大体、若い外科医なんて、帰るのは毎日十時ぐらい。そこから、夜、中華料理屋さんしかやっていないものですか、大体中華料理とかを食べて、外科医の先生、結構肥えている方も、太っている方もいらっしゃるんですけれども、あるいは本当にたばこを吸う方も多いですし、やはり相当ストレスがあると思います。

でも、外科医の先生方は、僕らの太ったおなか、鍼子とかペアンが落ちそうとき腹でこうやって押さえるんだと言つて、そんなようなことを言っているから明くるやうなことを言いますけれども、

ども、ただ、そういう状況なんですよね、大臣。こういう環境で、訴訟のリスクも今ほとんどふえています。

午前の参考人質疑でもあったんですが、今明らかに外科医が一番、一般外科ですね、過重労働になっている現状を見て、やはり何かしらの対応策をとってあげないと、外科医は減少の一途をたどると思います。それは、給与面であつたり処遇面、PAの話も本日議論の組上に上がつておりまして、何かやはりやっつけていかないとけないと思います。大臣、いかがですか。

○加藤国務大臣 非常に外科の方の生活についてリアルに御説明いただきまして、ありがとうございます。

私の地元でも外科の方が本当に少なくて、深夜の救急では、外科は私どもの地域では対応できない、こういう状況にもなつて、外科不足、大変深刻な事態になっていると思います。

その中で、外科を目指している方、残念ながら減つてはいないかもしれませんが、全体がふえていますから、その中において停滞しているというところは、相対的には減つているという言い方もできるんだらうというふうに思います。

そうした理由の中にはいろいろと、これからこういう医師にならうと思う方々が、現状を見ながら、今お話があつたように、どうも外科は自分の自由な時間もないし、あるいはキャリアパスとしてどうなのかとか、いろいろな御判断をされた結果、今の状況があるんだらうと思います。

そういう意味においては、やはり今、働き方改革を進めさせていただく、これは外科だけではありません、そういったことを進めていく中において、もちろん、特に外科の場合にはすぐに命にかかわるオペレーションの問題、手術の問題もありますから、応招義務、そこをどう考えていくのか。しかし、その範囲の中で、現在は本人ができないとか人がいないとかいう以外は対応しなきゃいけないとなつていきますけれども、本当にそうい

うことなのかどうかということも含めて、しっかりと議論させていただくことがまず大事なのではないかなというふうに思います。

それからあとは、こうした診療科を希望する方をどうふやしていくのかという意味においては、やはり将来像ということをお示しすることで、これから外科も少なくなっていくのなら俺もやってみようかな、そういう思いを持っていたらいい。あるいは、それに対してどう地域枠等を活用していくか、これは地域枠だけでなく診療科も設定できますから、そういった形のものを含めた総合的な対応が必要なんだというふうに思います。

まず、本質においては、やはり働き方をどう進めていくのかということが大変大きいのではないかなというふうに思っています。

○吉田委員 かなり重要な問題として捉えていただいていることは、私は今お話を聞いて理解できました。

あと給与面も、大臣ちよつと、外科は本当に時間外の労働時間に対してかなり安いものですか、そこもやはり勘案してあげないと、貧すれば鈍するという言葉もありますから、大臣、ぜひ御検討いただきたい。

今、くしくも大臣がおっしゃつた応招義務と働き方改革に関して、これは簡便な通告しかしていないので、局長でも結構ですので、ちよつと聞いてまいりたいと思います。

本法案に関しては、医師の応招の義務に関しては全くこれまでどおりという理解でよろしいですよね。どうぞ、局長。

○武田政府参考人 今回の法案に関しましては、応招義務というものの解釈変更ということではなく、従前の解釈を前提として偏在対策を進めるというスタンスに立っております。

○吉田委員 ただ、働き方改革をしていくときに、やはり応招の義務は触れざるを得ないところだと本当に思います。大臣は絶対わかつていて、私も、ある病院で勤務医をしていたときに、かなりそこは、ちよつと周りがバイオレンスな地

域を抱えるところで、しょっちゅう呼ばれるので病院の横に住んでいたんですよ。

当時、実は、月のうち四日間だけ部長が待機をして、あとは全部私が待機していたんですね。一月を三十一日とすると、二十七日待機をしていたわけですけども、こういった待機の仕方、体制で働くことって、働き方改革、できるんですか。

〔渡辺孝〕委員長代理退席、委員長着席
○武田政府参考人 お答えいたします。

現在、私ども、働き方に関する検討会で議論を進めておりますけれども、この中でも応招義務というのは一つの論点になってございます。

二月二十七日にまとめた中間的な論点整理の中でも、応招義務に関する意見といたしましては、医師法十九条に定める応招義務については、社会情勢、働き方、テクノロジーが変化してきている中で、今後のあり方をどのように考えるのか、個人ではなく組織としての対応をどう整理するかといった観点から、諸外国の例も踏まえ検討してはどうか、こういう論点が挙げられているところでございます。

私ども、これらの意見も踏まえまして、応招義務により医師が過重な労働を強いられることのないよう、今年度末まで、検討会の議論の中でさまざまな整理を進めてまいりたいと思っております。

○吉田委員 もうそれは局長、わかっているんです。私はもうちょっと、だから具体的に聞いているんですよ。

例えば、一カ月のうち、医師がいないから、ほぼ毎日のように待機をすることが可能なのかどうかということや、例えば、病院の隣なんかで、外科系の医師が隣に住んでいると毎日のように呼ばれるわけですよ。毎日のように呼ばれちゃうんです、どうしても。その場合に、この働き方改革でそれを例えば拒否したり、ちょっとときやうはもう無理だし勘弁してくれ、そういったことができるようになるのか。ただ、これをするとなると、応招の義務にやはり抵触するわけですよ。

局長、前置きはいいですから、端的に、個別具体的にできるだけ答ええてください。お願いします。

○武田政府参考人 医師の働き方改革の議論の中では、さまざまな医師の働き方の実態、病院内当直の場合もありますし、オンコールの場合もありますし、随時呼び出される場合もございます。これらについてどういうふうな考えていくのか。先ほど応招義務の論点の中で、組織的な対応との関係というのもございました。これは、個々の医師の応招義務のみならず、医療機関全体としての診療に対する体制、そういったことの関係もございまして、ぜひこれは整理をさせていただきたいと思っております。

○吉田委員 局長、わかりますよ、答えにくいのは。議論だから。ただ、でももうちょっと、絶対にアウトな場合の話は今からしますよ。これはちゃんと答えてください。

脳外科で動脈瘤が破裂したときのクリッピングは、大体三十時間とか平気ですかんですよ。三十時間ですよ。これは御理解されていないと思うんですよ、多分、役所の方とか。三十時間こうやって働くことというのは、もう絶対、どういうルールをつくっても働き方改革にひっかかりませんよ。だって、同じ執刀医が三十時間やるんですよ。かわるわけにいかない。

こういうのをどうするんですか、局長。
○武田政府参考人 ただいまの御指摘の中で、三時間連続勤務のような実態が外科の場合にあり得るという点、それから応招義務との関係の点、論点がさまざまございます。

例えば、働き方改革の観点からいたしますと、連続勤務については制限をかけていっただろうかという議論がある一方で、連続勤務がどうしてもやむを得ない場合について、かわりの休憩時間をとる、又は、週又は月単位で必ず休日をとるといった別途の措置をとる場合もございます。

そういった点も含めて、今後議論を詰めてまいりたいと思います。

○吉田委員 なかなかまだ、私も、全部答えをいただけたとは思っていないです。実際、今議論の途中ですからね。ただ、こういうことがあるというところを役所の方にもしつかり理解していただきたいという意味で、きょうはるるお話をしているんです。

あと、やはり時間外の規制が医師の働き方改革でかかってくると、特に、全ての科に複数の医師がいるわけでもないんですね、病院というのは。実際、診療科によっては一人だったり二人だったり、そういった病院がほとんどですよ、マイナー科と言われる科に関しては。そういった場合に、上限規制がかかっちゃった場合は、緊急オペをしたくても緊急オペができなくなっちゃう可能性とかがあるんですね、局長。

上限規制にひっかかった状態で緊急オペをしなければならぬ場合、どういうルールづくりをされるのか。ちょっと、今されている議論で結構ですので、お答えください。

○武田政府参考人 まさに今、議論の途上ではございますけれども、検討会におきましても、地域の医療提供体制が損なわれることとならないよう実態にもよく配慮すべきだという御議論と、それから、医師の健康確保についてはやはり取り組んでいかなければならない、この両者をどうバランスをとっていくのかという観点から、先般の検討会におきましては、日本医師会を中心に医療関係団体でまとめていただいた意見書の報告もあったところでございます。

御指摘でございますように、上限規制を設けたといたしましても、個々の診療実態に関しましては、どうしても診療をしなければならぬというような実態がございます。

私ども、例えば欧米の法制度についても研究をしておりますけれども、欧州におきましても、上限規制がありながら、やはり臨時、救急の場合につきましては、上限規制にもかかわらず医師が診

療しなければならぬ、そういったことを認めるような具体的な制度も運用されているようにございまして、私ども、よく状況を踏まえ、議論を進めてまいりたいと思います。

○吉田委員 そうおっしゃっていたので、ぜひそれは議論をちゃんとやっていただきたいんですけれども、ただ、こういった議論をしていくと、かなり例外だらけになっていってしまう可能性が、大臣ももうなすいていたと思いますが、多分ありますよね。働き方改革とはいいますが、例外、例外、例外事項ばかりになってしまつて、今までと変わらないということにもなりかねないです。し、本当に難しい議論だと思います。ぜひ議論を進めてください。

実際、虫垂炎なんか夜に手術します。あれはオペ室があいていないんですよ、昼間は。だから、もう夜中にやるしかなくて研修医が呼ばれるんですけれども、いわゆる働き方改革で行けないなんというところになると、手術の研さんを積み重ねる機会もなくなってしまうんですし、心筋梗塞、狭心症だつて、岡本先生は内科医ですけども、カテーテルの検査というのは緊急に夜中にやるわけですよ。こういったものの研さんを積み重ねる、そこじゃないと、やはり予定のカテーテル検査というのは上の先生たちがやりますので、できなかったりするわけです。

こういったものも、別の意味ですけども、この働き方改革の議論の中で、医師の研さんを積み重ねる機会を減らすものやばいと思っておりますので、これは、答えは大体もう予想できますので、申し上げるだけ申し上げます。

最後に、時間がないので最後にしようと思いますが、アメリカですね。私もアメリカで仕事をしておりますけれども、救急の医師というのは移民がかなり多いんです。それは、人気がただ単に純粹にないからなんです。救急はつらいので、過酷なので、やはり外国出身の救急の医師が多かったり、また、あと、USMLEという国家試験があるんですけども、これは日本人ももちろ

ん受けられるんですが、これの成績が悪いと救急の医者のレジデントとかフェローにしかねなかつたというところもあるんです。

ただ、アメリカの救急の医者というのは救急の専門家がメインですが、日本の救急医療というのは各診療科の混成部隊になっているんです。こゝも、働き方改革を進めていくと、救急が混成状態になっているところも少し考えに入れていかなければいけないと思うんですね。

そこに關して、局長、今どういうふうな議論をされているんですか。

○武田政府参考人 お答えいたします。

救急医療提供体制につきましては、ただいま私どもの方でも救急の検討会を立ち上げまして、今年度議論を始めたところでございますけれども、この中でも、例えば救急の専門医だけで救急ニーズを充足できるのか、それを、一次救急、二次救急、三次救急、どういうふうに関わり合せて今後の救急医療提供体制を考えていくのか、そしてまさに、医師の働き方改革との関係はどうなるのか、非常に大きなテーマとして論点が出てきております。

ぜひ、私どもとしても、十分関係者の皆様と検討を進めていきたいというふうに思います。

○吉田委員 時間になってまいりましたのでやめますが、これは本当に、今までどおり混成部隊でやっていると、自分のそもそもの所属の診療科の働き方ともまたごく運動してしまふし、かといって、おっしゃるように、日本って救急の専門医は少ないんですよ、欧米と比べて。だから、救急の専門医だけで日本の救急を賄うのはもう本当に不可能です。ですから、ここは相当前もって、五年後ということですけども、議論をしておかないとすぐにパンクしますよ、日本の救急は。

今、日本の救急ですごくいいと思います。フリーアクセスのこれだけすばらしい、緊急でMRIとか撮れたり、緊急で専門医が診てくれる国なんて本当に世界にないですよ。逆に言うと、だから救

急はファーストタッチだけで、ほか各診療科の専門家がばつとやってくれるという日本の特徴もあるんですけども、どうやってやっていくのかというところを本当にしっかりと議論しないと、日本の今すばらしいレベルにある救急医療が崩壊してしまふので、最後に要望ですが、大臣にも局長にもお願いをしておきますが、ぜひしっかりと議論をしてください。よろしくお願いします。

ありがとうございます。

○高島委員長 次に、山井和則君。

○山井委員 三十分間質問をさせていただきます。

前半は、今の吉田先生の続きの医師の働き方改革、医師の過労死の問題、後半は、医療にも関連して、介護問題について質問をさせていただきますと思います。

その前に、冒頭、けさの朝刊の記事を一番最後、二十一ページに載せさせていただきましたので、ちょっと話題は違うんですけども、見ていただきたいと思います。

毎日新聞朝刊、七月十三日、けさの朝刊、「記者の目」、阿部記者の記事であります。「政府の幼児教育・保育無償化」「経済優先が招く迷走」「待機児童さらに増える可能性も」。

加藤大臣、これは私は別に質問はしませんが、非常に大事な点ですので、問題提起だけ、与党の議員の方々も含めてさせていただきたいと思うんです。

この委員会で先月私が問題提起した、低所得者に比べて高所得者の方に約六倍の給付が、八千億円の中で、幼児教育無償化で行ってしまう、逆社会保障なのではないか、これについては自民党の議員の方々からも一部賛同を得たりもしました。これについて、これは赤線を描きましたけれども、読み上げさせていただきます。

この現状に關して、一番下の赤、自民党のある厚労族議員は、無償化は政策として全く練られていない、むしろ、やらない方がましなくらいだと

吐き捨てるように言う、ある厚労省幹部も、痛ましい児童虐待事件が相次いでいることを引き合いに、無償化に費やされる見込みの八千億円があれは、児童虐待に対応する児童福祉司もふやせる、保育士の給与に回せば待機児童対策にもつながる、適切な使い道はもつとあつたはずだ。

これはやはり、本当、党派を超えて、かつ、厚労省の、はっきり言って、ほとんどの方々も、この政策、やはり、決めちゃったけれども本当はまじやねというふうには本当は思っていないんじゃないかと思うんです。

それで、この右の方に、山井事務所の吉沢政策秘書が行った試算を載せていただきました。これは、次の十八ページ、東京新聞には、みずほ証券の末広シニアマーケットエコノミストも

それが出たということなんです。それで、十九ページ、この末広さんがどうおっしゃっているか。赤線を描きましたよ。議論すべきは少子化対策の有効性、それで、高所得世帯の恩恵は非課税世帯、低所得者の約五倍。

それで、二十ページを見ていただきました。どう言っているか。赤線を引きました。「もともと逆進性があると言われる消費増税の使途が高所得世帯の優遇につながるになれば、批判は大きなものとならねない」。

「次、「少子化対策として機能するかどうかは未知数である」。

結論、一番下、「幼児教育の無償化という政策はその分かりやすさもあり、世論調査では賛成が六〇・七〇％前後の結果が多い。しかし、財源が限られる中でより効率的に予算を使う必要があることを考えると、評価されるべき政策ではない」。

これは私、本当に立ちどまって考えるべきではないかと思っております。

なぜこのことを言うかという、これは、来年、幼児教育無償化法案というのが、厚労委員会か内閣委員会か知りませんが、通常国会に出ています。このままだと、多くの野党は大反

対します。対決法案になります。統一地方選挙があります。参議院選挙があります。これは、一歩間違えると争点にもなりかねませんし、こんな高所得者優遇だったら、やはり、消費税、そもそもやめるという議論にもなりかねない。

余り政争の具にこういうのがなるのはよくないと思いますので、私は、提案だけさせていただきますが、そうしないために、三点セット、児童虐待防止とか、保育士の処遇改善とか、子供の貧困対策にやはりもうちょっと回すということを、まだ時間はありますから、ぜひ予算編成過程までにやっていただきたいと思います。

なぜなら、先日お答弁されたように、十月か十一月か十二月には、この試算結果、正式に内閣府は出すそうです。この試算結果が本当に出たら、私は、国民は怒ると思いますよ、何で消費税増税をこんな高所得者優遇に使うんだ。だから、そういう意味では、これは私は警告だけしておきたいと思ひます。

それでは、質問に回答させていただきます。まず、昨年度の医師の過労死数が発表になりました。非常に残念なことに、この配付資料のトップにありますように、二人、昨年は過労死されておられます。さらに、脳・心臓疾患の方は、死亡されたのに過労死とも認定されなかったということなんです。

それで、この配付資料も見ていただきたいんですけども、痛ましいですね。二ページ、「研修医自殺 労災認定へ」。

「最長、月二百五十一時間残業。次の三ページ目も、「産科、残業二百八時間」。

「研修医自殺」。それで、この三十七歳の女性の研修医の方も、この記事によると、新潟県警によると、死因は低体温症で、遺体のそばには睡眠薬と飲み終えた酒が落ちていた、自殺前、家族に、人に会いたくないと漏らしていたという、県警は自殺と判断している。

何とかこういう状況を変えていかねば、この医療法、医師法で今議論している、幾ら偏在を防ぐにも、やはりこういう死に至るような過重労働は何としてもストップさせねばならないと思います。

その意味で、まずお聞きしたいんですけども、これは通告をしておりますが、結局、それぞれの勤務医数と全労働者数でこの五年間の過労死というものを機械的に割った場合、計算上の過労死のリスクは、勤務医は一般の労働者に比べて約何倍ですか、加藤大臣。

○加藤国務大臣 平成二十五年度から平成二十九年度における医師に係る過労死の支給決定件数の合計は、脳・心臓疾患による死亡が六件、年平均すると一・二件、精神障害による死亡は四件、年平均すると〇・八件で、同期間における全労働者に係る過労死の支給決定件数の合計は、脳・心臓疾患における死亡は五百四十九件で、年平均百九・八件、精神障害による死亡が四百三十七件で、年平均八十七・四件ということになります。

今、どのぐらいの頻度かという御質問だということに思いますけれども、労災保険の適用を受ける医師の数については私どもは直接把握をしておりませんので、お求めのような比率を計算することができかねるところでございますので、したがって、勤務医と一般労働者の過労死のリスクについて比較するというのは非常に難しい、数字として比較するのは難しいということでもあります。

○山井委員 そういう答弁でありますけれども、勤務医の方の人口、それと、全労働者とを割り合せて山井事務所計算をさせていただきまして、機械的に。それがこの表であります。そうすると、全労働者に占める勤務医の割合は〇・四％、しかし、結局、過労死の比率は一％ということとで、私たちの計算では二倍以上高いのではないかとというような結果となっております。

かねばというふうに思います。

それで、また配付資料に戻っていただきたいんですが、五ページにありますように、「医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進」ということですが、結局、なぜ医師が少ない地域において勤務に不安を感じているのかというこの「現状」のグラフですね。これを見てみた場合、トップは、赤丸したように、二十代から五十代まで一貫して高いのが「労働環境」なんです。そういうお医者さんが少ない地域へ行ったら本当に連続勤務等で体を壊してしまうんじゃないか、そういう問題点があるわけがあります。

それについて、配付資料を説明しますけれども、医師の働き方改革の検討会がいろいろ行われました。その中でやはり二点、タスクシフティング、業務の移管ということ、勤務間インターバルの設定、このことが議論になっております。

次の九ページ。ここでも赤線を引きましたけれども、タスクシフティング、業務の移管の推進、勤務間インターバルの設定というものが出ております。

ちなみに、けさの産経新聞の一面記事がございます。けさの産経新聞の一面記事、これは配付資料の二ページにあります。「看護士らに一定の勤務間隔 政府大綱最終案 過労死防止へ検討」、これはインターバル規制のことですね。

こういうふうに、私も過労死に詳しい弁護団の方々やお医者さん、関係者に聞けば、やはり一番効果があるのはインターバル規制であろうという声を強く聞いております。

そこで、加藤大臣にお伺いします。やはり医師の過労死を防ぐためにはインターバル規制を、今回の働き方法案では努力義務となっていてるわけですが、努力義務ではなく、やはり義務化が必要ではないか、もちろん、さまざまな医療を確保する上では相矛盾してしまうのかもしれないけれども、いつでも受けられる医療というものと矛盾があるのかもしれないけれども、やはり医師の過労死を防ぐためにはインターバル

規制の義務化が必要ではないかというふうに考えますが、加藤大臣、いかがでしょうか。

○加藤国務大臣 長時間勤務の実態にある勤務医において、生活時間や睡眠時間を確保し、健康な生活を送っていただくためにも、勤務間インターバルを設けること、これは効果的な勤務環境の改善策の一つというふうに考えます。

医師の働き方改革に関する検討会において本年二月に取りまとめた医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組においても、当直明けの勤務負担の緩和や勤務間インターバルの取組を積極的に検討し、導入するよう促しているところであります。

特に勤務間インターバルの取組については、五月に実施された緊急的な取組に関する病院団体の自主的なフォローアップ調査では、大学病院では五割以上、それ以外の病院でも約四割が実施予定又は検討中と回答しておりまして、医療機関側でも前向きな問題意識が広がっているものと認識をしております。

こうした現状も踏まえて、今後、検討会において、目指すべき多様な働き方改革の方向性、それを実現するための施策、制度のあり方について検討していくことになっておりますが、その際にも勤務間インターバルのあり方についてもしっかりと議論していきたいと考えております。

○山井委員 ぜひこれを、義務化を御検討いただきたいというふうに思います。

それで、ちょっと過労死のことに関連して、十ページの配付資料、過労死弁護団の方々が、先日発表のあった過労死等の労災補償状況についてのコメントを発表されました。その中で一番気になったところに赤線を引きました。なお、当弁護団が担当している事件の中で、平成二十九年度中に労災認定される見込みだった裁量労働制事業が、不明瞭な形で平成三十年四月以降に決定が延ばされているものが一定数あることを指摘しておくと。つまり、法案を通すために、特に裁量労働制の過労死、三月末までに認定してしまつたら明

らになつちやうから、それをおくらせたのではないかと疑われるものが一定数あると。私も正直言って、個別に何件か聞いております。

まさかと思いますが、法案を通すためにそういうわざとおくらせたということはないと信じたいですけれども、そういうケースは、加藤大臣、あったんですか、なかったんですか。あったとしたら何件ですか。

○加藤国務大臣 済みません、その方が何を根拠に言っているか、全くわかりません。

○山井委員 このことはまた今後、個別のケースですので、議論していきたいと思ひます。

少し介護の議論をさせていただきたいんですけども、医療と介護の連携の中で、今、介護職員が不足するということが非常に問題になっておりまして、そういう中で、より多くの方が病院に入院してしまうという悪循環もあるんじゃないかと思ひます。

そこでちょっとお聞きしたいんですけども、昨年来、政府は十年以上の勤務の介護職員を月給八万円上げるといふ政策を打ち出しておられるんですね。配付資料の十六ページにも勤務十年以上の介護福祉士について月額平均八万円の待遇改善とか、十七ページにも推定約二十万人おられる、その方々について計約二千億円で賃上げするということになっているんです。

ただ、重要なのはこの十七ページの上で、だから私も最初聞いたときに、一般の介護職員は賃上げせずに勤務十年以上の人だけ月八万円上げるといふのは割と強烈な、ほかの職員さんは怒るんじゃないかなと思つたりも私はしました。

ところが、それを丁寧に読んでみると、十七ページの上、新しい経済政策パッケージ、平成二十九年十二月八日、こう書いてあるんですね。赤線を引きました。経験、技能のある職員に重点化を図りながら、具体的には、他の介護職員などの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができると。つまり、柔軟な運用を認めることを前提に、勤務十年以上の介護福祉士について月額八万円相当

の処遇改善を行うことを算定根拠に処遇改善を行う、こうなっているんですね。これは非常に重要だと思ふんです。

そこでお聞きしたいと思いますが、公費一十億、保険料を含め合計約二十億の財源により来年十月からの処遇改善、経験、技能のある職員に重点化を図りつつも、勤続十年以上のみならず、全ての介護職員、障害福祉職員の処遇改善を行うべきではないかと考えますが、いかがでしょうか。

○加藤国務大臣 まず、これまでも、介護職員あるいは福祉・介護職員の、障害のサービスに従事している方々であります。処遇については、数度にわたり改善を行い、実績ベースで見ると、介護職員については合計五万七千円、福祉・介護職員については合計六万四千円と、着実な処遇改善が図られているわけですが、今委員御指摘の昨年十二月に閣議決定された新しい経済対策パッケージにおいては、介護サービス事業所における勤続年数十年以上の介護福祉士について月額平均八万円相当の処遇改善を行うことを算定根拠に、公費約一十億を投じること、また、障害福祉人材についても、介護人材と同様の処遇改善を行うこととしている上において、今、弾力的な話もありますが、それらも含めて、具体的な内容、そのことについては今後検討していきたいと考えております。

○山井委員 これは大事なことでありますけれども、ということは、事業所の判断において、勤続十年以上の方々の処遇改善も可能というふうに理解してよいですか。

○加藤国務大臣 それは、さっき委員が読み上げていただいたように、「他の介護職員などの処遇改善にこの処遇改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用を認めることを前提に」ということでありますから、それを前提に具体的な中身については検討していきたいと考えます。

○山井委員 ここは本当、私の周りにも介護職員の方々がたくさんおられますので、その多くの方々が、勤続十年以上の人だけが八万円上がるの

かというふうに思っておられる方も多いので、ですから、今、加藤大臣、大事なことで確認しますが、結局、事業所の判断によって、算定根拠は、十年以上の介護福祉士による算定根拠だけれども、処遇改善は、全ての介護職員や障害福祉職員について、事業所の判断で行うことは可能な制度にするということでしょうか。

○加藤国務大臣 同じ答弁の繰り返しになりますけれども、現時点において詳細はまだ設計していませんから、今その段階で具体的なことについて答弁するのは控えたいと思いますが、ただ、ここに書いてありますように、「他の介護職員などの」「この「他」というのはそれ以外ということでありますから、他の介護職員などの処遇改善にこの処遇改善を充てることができるようというところでありますから、そういう方向では検討していきたいと思ひますが、どういう幅でそれを行っていくのか等々についてはこれから具体的に検討することになります。

○山井委員 ぜひこれは、勤続十年以上の方等々ベテランの人にはもちろん重点化しながらも、全ての介護職員の方々の処遇改善に充てられるような制度にしていきたいと思ひますし、そういう方向に検討するというふうに理解をいたしました。

同時に、もう一つ、ポイントなのですが、私たちが六月に提出した処遇改善法案というのが十八ページにあります。この中でも、やはり介護をしている職員さんだけじゃなくて、例えば、生活指導員さんとか事務職員さんとか、その方々の処遇改善も一緒にできないと、なかなか処遇改善加算は限られていて、使い勝手が悪いんだというそういう悩み、あるいは、介護職員以外の方々からの苦情もたくさん来ております。ですから、野党が提出した法案でも、そういう方々も賃上げの対象にしているわけなんです。

今回の政府のやり方として、ことですけれども、こども、先ほどの十二月八日の件で、「具体的に、他の介護職員などの処遇改善にこの処遇

改善の収入を充てることができるよう柔軟な運用」と書いているわけですから、そういう意味では、この「他の介護職員など」というのは、事務職員さんであるとか生活指導員さんであるとか生活相談員さんであるとか、そういう方々にも事業所の判断によっては処遇改善を行うことができる、そういうふうな理解してよろしいですか。

○加藤国務大臣 これはもとより、この処遇改善は、介護サービス事業所や障害福祉事業所で働く、他の職種に比べて介護職員や福祉・介護職員の賃金が低い、こういう状況に着目してこうした処遇改善が行われてきた。したがって、この職員に限定されてきた。これは多分、民主党が与党のときにもそうだったというふうに理解をしております。

ただ、一方で、現場の声を聞いても、介護職員や福祉・介護職員の処遇改善を進めていく上では、介護サービス事業所や障害福祉サービス事業所全体における賃金のバランス、あるいは、誰々が上がって誰々が上がらないという、なかなか容易な話ではないという話、そういったことにもしっかりと留意する必要があると思っております。

したがって、今回の新しい経済政策パッケージを踏まえたこの処遇改善に当たっては、介護職員や福祉・介護職員以外の職種を対象にすることも含めて、より具体的に検討していきたいと考えています。

○山井委員 これは、含めてということですが、ここにも書いてありますように、他の介護職員の処遇改善にも事業所の判断でつながり得るというふうな理解してよろしいですか。

○加藤国務大臣 得るという中身がどこまでなのかということもありますから、それを含めて、同じ答弁の繰り返しで申しわけありませんが、介護職員や福祉・介護職員以外の職種を対象とするということも含めて、具体的に内容を検討したいと思ひます。

○山井委員 これは、私も忘れもしませんが、民主党政権、二〇〇九年十月、長妻厚生労働大臣の

もと、私は厚生労働大臣政務官で、そのときに最初の処遇改善加算を担当したのが私でありますので、加藤大臣がおっしゃったように、そのときは介護職員だけに限りました。限ったけれども、やはり、さまざまな声もあることを考え、介護職員以外の方々の処遇改善も今はやるべきだと思ひますし、先ほど加藤大臣からも答弁ありましたように、勤続十年以上の方々だけではなく、できるだけ全ての方々の処遇改善につながるようにしていただきたいと強く要望したいと思ひます。

それと、六月に最新の委託研究の報告書が出たようだけれども、私、これを見てちょっと驚いたんですね、介護について。

その結果が十三ページであります。十三ページに、委託研究の、介護保険の総合事業、介護保険法改正で、私たちが大反対した法改正によって、住民参加型等々の総合事業をしないということ、で、基準を緩和しなさいということになったんですけれども、その結果、採算が合わなくて、大手の事業所が撤退してしまった、ホームヘルプやデイサービスから。

十五ページですね。四月六日時点の状況、十五ページにありますように、六百七十六の市町村、約四割の自治体でデイやホームヘルプ、要支援の方々へのサービスの撤退をしたということも起こって、今介護難民が生まれているんです。その理由が、ここに書いてある、十三ページの配付資料、つまり、結局、今までのサービスよりも単価が安くなったということなんです。

そこでお伺いしたいんですけれども、六月にこの委託調査結果が厚生省のホームページに発表されましたけれども、基準を緩和したデイサービスやホームヘルプにおいて、単価はそれぞれ従来の約何割に下がったのか、平均するとそれぞれ何割ですか。

○加藤国務大臣 平成二十九年度に実施をいたしました総合事業の実施状況に関する調査、これは、総合事業は、平成二十七年四月から予防給付

における訪問介護や通所介護を段階的に移行させ、平成二十九年四月から全ての市町村で実施をしているということでございます。

それを踏まえて実施をした調査では、市町村で、単価についての回答があった市町村は、訪問型で五百七十五市町村、通所型で六百二市町村であります。その単価について回答があった市町村の割合で見ますと、従来の単価に対し八割以上にしている市町村が約五〇％強、七割以上八割未満が約二五％、七割未満が一〇％となっており、これは訪問型サービスでも通所型サービスでも同様の状況であります。

今委員から単価の平均ということがありましたけれども、この調査は、何割以上何割未満、最後はたしか六割未満ということで、具体的なその数字の捉えようがありませんので、ちよつとなかなか平均を出すというのは難しいと思います。

○山井委員 これは、ここにありますように、この十三ページの下半分は、また山井事務所計算をさせていただきます、吉沢秘書の力をかりて計算をいたしました。

そうすると、九割以上十割まで、八割以上九割までというところを九割五分、八割五分と考えたら、平均すると、基準を緩和した通所サービスは八三％、基準を緩和した訪問サービスは八二％と。これは、主観は入っていませんので、機械的に計算したわけですから。

ということで、加藤大臣、ほぼ八割ぐらいになっているという認識でよろしいですか。

○加藤国務大臣 こういう試算の仕方をすればこういう答えが出るということなんだと思います。ただ、データはなかなか正確につくらなさいいけないので、六割未満というのは一体どこなのかという設定自体どうなのか。この場合にはたしか、六割でしたっけ、六〇でしたっけ、五五でしたっけ、何かそこで一応仮置きをされておりますから、こういう仮置きをすればこういう数字が出てくる、それはそのとおりだと思います。

○山井委員 おっしゃるように、六割未満がこの場合は六割と試算してありますけれども、六割未満を、五割とか三割とか二割があったらものと下になるんですけれどもね。

ということは加藤大臣、改めまして言いますけれども、やはりこの基準を緩和した通所サービスで平均すると約八割ぐらいに単価が下がっている、こういう現状認識でよろしいですか。

○加藤国務大臣 ですから、置き方によつてこの八割の数字も変動し得るということで、ただ、今委員の御指摘のような試算の仕方をすればこういった数字が出てきているということ、それはそのとおりだということでもあります。

○山井委員 そこで、これは深刻なのは、私の地元でも、今までデイやホームヘルプを使っている高齢者の要支援一の方は利用できているけれども、新規の人を、もうデイサービスやホームヘルプ事業所が採算がとれないから受けてくれないという介護難民の問題が起こつてきているわけですね。

それで、その解決策として、この報告書ではどう書いてあるかというと、十四ページにありますように、じゃあどう乗り切るか。介護専門職の給与引下げ、賃上げじゃないんですよ、介護職員の賃金を下げて乗り切るとか、それとか介護専門職の人員縮小、介護職員を余り雇わないとか、三番目、基準緩和サービスの提供のための介護専門職以外の人を雇う。専門職じゃない人を雇う、結局これは質が低下するというふうに思うんですね。

その結果、もう時間がないのではしよります。十二ページにありますように、余り予想された多様なサービスというのが行われていないんですよ。これは、もとの予定では、十一ページにありますように、平成二十七年、二十八、二十九が移行期間で、平成三十年年度、今年度から本格的に多様なサービスをやるという話だったんだけれども、この十二ページによると全くそれが進んでいない。

そこで、何を言いたいのかといいますと、加藤大

臣、これ、もうこのままでは二割の単価を下げてボランティアの人とか住民主体でやるという作戦は絵に描いた餅になってしまうんじゃないかと思うんです。ついでに、うまくいっていないという調査研究結果が出たわけですから、やはりちよつとこのやり方を見直すべきじゃないか、そうしないと要支援一、二の高齢者がデイやホームヘルプを受けられないという介護難民がふえるんじゃないかと思いますが、いかがでしょうか。

○加藤国務大臣 まず、サービス利用者でありますけれども、平成二十九年に実施した調査では、従前の予防給付に相当するサービスを含む総合事業全体で利用者を見ると、訪問型はほぼ横ばい、通所型は増加をしている、こういう傾向にあるというふうに思います。

平成二十九年年度の調査時点では、従前の予防給付に相当するサービスの利用が主流になっているのはそのとおりであります。要支援者等に対する効果的かつ効率的なサービスの提供を推進するためには、介護サービス事業者によるサービス提供に加えて多様なサービスを充実させていく必要があるというふうな認識をしております。

そのため、厚労省としては、総合事業の推進を図るため、これまで、さまざまな先行事例あるいは先行的な取組、これをまとめて周知を図るとともに、都道府県職員を対象とした市町村支援に関する研修を行っております。

また、今年度より、実際に事業を進めるに当たつてのノウハウの構築、横展開を行うことによつて市町村による地域資源の掘り起こしや課題の発掘が適切に実施され、総合事業が円滑に推進されるような取組をしっかりと図っていくことによつて、そうした多様な取組あるいは多様な主体による取組、これがより一層進んでいくように対応していきたいと考えています。

○山井委員 最後に、加藤大臣にコメントを一言だけいたしたいんですが、冒頭申し上げました幼児教育無償化、やはりこれは高所得者優遇過ぎてちよつと問題がある、見直すべきだとは思

われませんか。これで終わります。

○加藤国務大臣 これについては私どもも、この前の選挙において、こうした対応をするということとを公約に挙げさせていただきながら、国民の皆さんからの支持をいただいたということでありますから、それを踏まえて対応していく必要があるというふうに考えております。

○山井委員 過ちを改むるにはばかりなことなから。ぜひこの政策は見直していただきたいと思

あります。ありがとうございます。

○高島委員長 次に、大西健介君。

○大西(健)委員 国民民主党、大西健介でございます。

冒頭、西日本の豪雨でお亡くなりになられた方々にお悔やみを申し上げますとともに、被災をされた皆さんに心からお見舞いを申し上げます。

我が党でも、この週末、青年委員会の仲間を中心に、岡山にボランティア活動を予定しておりますし、来週は、十七、十八と愛媛県、そして二十、二十一、二十二ですかね、広島の方で今ボランティア活動を計画しております。我が党としてもできる限りの支援を、この委員会の委員でもある土木委員や白石委員も、非常に被害が大きかった愛媛県や岡山県の議員でありますので、しっかりと連携をとりながら、やることをやってまいりたいというふうに思っております。

きょう、法案の質問に入る前に一問だけ、この豪雨災害について関連して質問したいというふうに思います。

資料の新聞の記事の一枚目、これをご覧いただきたいんですが、去る十一日の日に、静岡県の富士市のトレイルレーラー、これが初の被災地派遣ということで、まさに倉敷の真備町の二万小学校に向けて出発したという記事であります。このトレイルレーラーは、洋式トイレを四台備えておりまして、上下水道が不通でも千五百回使用で

きるといふのであります。

寝ること、食べることは当然でありますけれども、排せつという人間の生理現象、トイレというのは非常に私は重要だといふふうに思います。

一般社団法人の助けあいジャパンが、全国約千七百四十の市町村が一台ずつこのトイレトレーラーというのを持って、自然災害が起きたときに、互いにそのトイレトレーラーを派遣し合うというふうな、こういう仕組みをつくらうということで、みんな元気になるトイレプロジェクトというのを行っています。

昨年の七月に初めてこのプロジェクトの参加に手を挙げたのが静岡県の富士市で、二番目に手を挙げたのが、私の地元の刈谷市ということなんですけれども、全国の市町村が一台ずつこのトイレトレーラーを持ち合って、災害のときに助け合うというのは、私、これはすばらしいアイデアじゃないかなといふふうに思います。

これは、一台一千四百万するので、購入資金についてはクラウドファンディングでお金を集めて、市町村の負担を減らすという仕組みをとっているんですけども、これは私、公的に支援をしてもいいんじゃないかと。トイレトレーラーは、平時にはイベント等でも使えますし、これを購入する資金を政府で補助してはどうか。これから概算要求が始まってまいりますけれども、私、これは考えてもいいのではないかなといふふうに思うんです。

きょうは総務省から小倉政務官に来ていただいていますので、御答弁をいただきたいと思っています。

○小倉大臣政務官 お答え申し上げます。

災害時におけます避難所のトイレ対策は、避難者の健康管理はもとより、避難所の衛生対策を進める上でも大変重要な課題であると私も認識しております。委員御指摘いただいたトイレトレーラーにつきましても、非常に有効なツールの一つになり得るのではないかと、このような思いで聞いておりました。

実際に、消防庁では、内閣府が作成をしました避難所におけるトイレの確保・管理ガイドライン、これをもとに、災害時のトイレについて、安全性や快適性に配慮するなど、昨年四月に、地方公共団体に対して、そういった取組を推進するように要請をしております。

こうした上で、地方公共団体が避難所の生活環境改善のために快適なトイレ環境を整備する場合には、このトイレトレーラーも含めまして、緊急防災・減災事業債の活用が可能となっております。

この地方債は、委員御案内のとおり、充当率が全額一〇〇%、交付税措置率も七割といふふうになっておりますので、地方公共団体におかれましては、こうした財政措置の活用によりまして、避難所の生活環境の向上に取り組んでいただきたい、このように考えております。

○大西(健)委員 御答弁ありがとうございます。

ぜひこれは、私、非常にももしろい取組だと思いますので、そうした、今御説明いただいたようなものの枠組みの中でも御検討いただきたいというふうに思います。

政務官、ここまでで結構ですので、ありがとうございます。

それでは、医療法の質疑に入りたいと思います。

資料の二ページ目、私の選挙区の碧南市市民病院というところが、三月二十三日に、医師不足で消化器内科の診療を制限します、こういう記事なんですけれども、碧南というのは、名古屋から一時間ぐらい、電車でも車でも一時間ぐらい、そんな僻地じゃありません。それでもこういうような状況であります。

また、次のページですけれども、これは、NPO法人の医療ガバナンス研究所というところが、医師の流出率と流入率上位の自治体を調べた、こういう記事なんですけれども、これによれば、最も流出割合が高かったのは石川県で六八%、島根

県は六一%、高知県が五六%。このほかにも五〇%を超えるのが、青森、山梨、福井、鳥取ということになっております。反対に、流入した割合が高いのは、千葉県の二四五%、埼玉県の二二四%となっております。

これを見ると、千葉や埼玉みたいな人口の多い県の高校生が、他の県の医学部に行つて、卒業したらまた出身地に戻るといふようなことが起こっているんじゃないかなといふふうに思います。

これは、やはり、長期間にわたって、人口動態、自治体の人口が変化しているにもかかわらず、それを十分考慮せずに入学枠を設定してきたことがこういうことに至っているんじゃないか、ある種、文科省の怠慢でないかと私は思うんですけれども、文科省、こういう、これまで人口動態を十分考慮せずに入学枠を設定してきたんじゃないかといふ指摘に対して、お答えがありましたらお願いいたします。

○信濃政府参考人 今委員が御指摘になりましたとおり、長期間にわたる自治体の人口変化によりまして需給ギャップが生じ、医師の移動を招いているという指摘があることは承知しております。その結果、例えば、受験生の視点に立ちますと、人口の多い県の高校生が他県の医学部に行かなければならないというケースは生じ得るといふふうに思います。

他方で、医師需給の観点からは、医師の養成数について、全体として過剰を招かないようにするとの閣議決定等を踏まえて対応する必要がある状況におきましては、都道府県全体の人口当たりの医師数のみならず、各都道府県内の地域ごとの医師偏在の状況等を総合的に考慮して適切に定員を設定する必要があります。

したがって、人口の多い都道府県の医学部定員を現状より多く設定することは適切とは言えない面もあるだろうといふふうに思っております。

これまでのところは、医師偏在対策としまして、平成九年からですけれども、医学部の既存の定員の一部を地域枠というふうに振りかえており

ますし、平成二十年度からは、地域医療に将来従事することを条件とする都道府県の修学資金の貸与枠と連動した地域枠を設定することによって、医学部の入学定員の増を認めてまいりました。

そして、今後ですけれども、今後につきましては、厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会において、今後の医学部定員のあり方を含む医師養成数の方針について議論がされているところでございますので、この中で、地域ごとの医師偏在の度合いを示す医師偏在指標についても検討が行われると承知しておりますので、私ども文部科学省としましては、今後、医師偏在指標等が示され、地域における医師偏在の状況を踏まえて、医学部入学定員等について対応が求められる場合には、厚生労働省と連携して適切に対応してまいりたいと思います。

○大西(健)委員 今後は少しくなってくるとは思いますが、やはり、それを今までずっと怠ってきたことが、ここまでたまりたまっているんじゃないかといふふうに私は思います。

それで、今ちょっとお答えの中にもありましたけれども、例えば、都会の高校生が地方の大学に行ったら仕送りもしなきゃいけない。親にとって負担になりますよね。

それから、私は、やはり、医学部の費用というのが非常に気になります。きのう、文科省に医学部の学費というものの資料というのはいないのかと聞いたら、まとまったものはないみたいなんです。

それで、実は、国公立の場合は、授業料は省令で定められています。学部が違っても一緒だということなので、授業料が年額五十三万五千八百円、入学料が二十八万二千円ということなんですけれども、一方で、私立大学、私立の大学で医学部に通った場合に六年間でどれぐらいの学費がかかるか。いろいろな雑誌記事とかに出てくるのは、一般に、平均して三千二百万と書いてあるんですね。

何かないかなと思って、今、皆さんのお手元に

資料をお配りさせていただいていますけれども、河合塾の調べたものです。

私立の医学部六年間の学費の一覧というのがついているんですけども、例えば、比較的リーズナブルなところで、順天堂大学二千八十万円、今話題の東京医科大学は約三千万円ですね。大体、三千万円半ばのところが多いんですけども、高いところだと四千万円を超える。例えば、金沢医科大学。川崎医科大学は、何と四千七百二十六万五千円ということになります。六年間でやはり三千万円を超えてくると、一般家庭ではなかなかこれだけの費用を捻出することは難しいんじゃないかと思えます。そうすると、医者の子弟とか高所得の家庭の子供が医学部に通うということになつていくんじゃないか。そして、必ずしもそうじゃないかもしれないけれども、所得の高い人というのは都会に集中しておりますので、卒業後もまた都会に戻ってくる。

やはり、私は、医学部にお金がかかるという、こういう構造そのものもこの医師の偏在につながっているんじゃないかというふうに思いますが、大臣、これをこらんだいてどう思われますでしょうか。

○加藤国務大臣 その前に、ちょっと、さつき委員のおっしゃられた入学生の話があつたんですけども、ちょっと、私、地方から見ると、そのまま進めると地方の医学部の定員を減らすという話になつてしまつたので、それが本当に地方にとってプラスになるのかなという思いをしながら、しかし一方で、どうそこに来た人たちに定着してもらうか、やはりそこをしっかりとやっていく必要があるんじゃないかというふうに思っています。

今、委員、確かに、これは相当、医学部の中でも、これはどこでしたか、河合塾ですか、河合塾の資料を見ると相当幅があるわけでありまうけれども、医学部の学生のうちの半分が国公立で勉強されているということではありますけれども、基本的に、国公立では大体約三百万円台、そして私立大学では、これは幾つかの例、いろいろありま

すけれども、三千万円前後、そんな状況でありました。

確かに、こうした大学に行くために、奨学金等々、さまざまな施策もあると思えますけれども、一定、家庭的な要素、それから、やはり、今、医学部を受けるために相当、塾に行つたり、さまざまな費用がかかっているというのも事実だなどというふうに思っています。

その辺を含めてどうしていくのかというのは一つ議論すべき課題だということに思っていますけれども、ただ問題は、それが地域偏在にどう結びついているかということになると、これはいろいろな分析が必要ではないか。例えば、都市の方が裕福であつてということであれば、逆に、地元卒とか地域卒とか、ああいったものをやはりしっかりとつていく、そういったことも逆に必要になつてくるのではないかなというふうに思っています。

○大西(健)委員 もう一つ、医学部、学費が高いだけじゃなくて、六年間ということなので学費が高くなるということですが、さらに、最近では、留年を一回もせずには国家試験に一発合格するストレート合格比率というのがだんだん下がつてきている。

次の資料、これは週刊東洋経済の記事ですけれども、タイトルには「留年する医学部生が増加卒業まで十年コースの学生も」というふうに書いてあります。

国家試験の合格率は、昨年は過去十年で最低とはいっても八七・八％。一見すると九割近いので相当高いなというふうに見えますけれども、ただ、これにはからくりがあつて、国試の合格率が一定より低下すると国から支給される補助金が減らされるので、受け控えがある。合格率を取り繕うために、国試合格が難しそうな学生は六年時の卒業試験でふるい落とすということをやっている大学が多いようでありまう。

この記事の左下に、出願者に占める合格者、受験者じゃなくて、出願者に占める受験者の合格率のトップファイブとワーストファイブというのを

出しているんですけども、例えば自治医大だったら、これは受験者だと一〇〇％で、出願者で見ても九八・一％。ところが、帝京でいくと、出願者に占める割合が六〇・六％。これは大きく開きがあるんですね。

この記事の中にも、一部の大学では、卒業までに平均十年、よくて八年から九年かかるのが実態となつていくというふうに書いてあります。

国試の出願者数に占める合格率が六〇％しかない大学が存在しているという、こういう実態を見て、大臣、どういうふうに思われますでしょうか。

○加藤国務大臣 第一百十二回国家試験において、出願者に占める合格者の割合が大学によつて、私どもの資料では九八％から六五％という幅があるということは承知しております。

医師国家試験は、我が国の医療の質を確保し、任務を果たすのに必要な内容を問う観点から、臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として持つべき知能及び技能を有しているかを確認するというところで、そのために必要な試験の水準が設定をされているわけでありまして、各大学においては、教育の内容等の向上に努めていただいで、そして学生の皆さんが医師国家試験に合格し得るよう、しっかりと取り組んでいただきたいというふうに思いますし、また、我々厚労省としても、文科省と連携をしながら、教育内容の質の向上が進むよう対応していきたいと考えております。

○大西(健)委員 言い方はあれですけども、そういう低い医師国家試験の合格率のところにも医学部の貴重な定員枠は割り振られているわけですから、そこはやはりちょっと考えていただきたいなというふうに思っています。

それで、この医療法、参議院先議ということだったので、きょう午前中は衆議院で参考人質疑がありましたけれども、五月の十五日に参議院で参考人質疑がありました。そのときに、みずから医師でもあつて、全国市長会の副会長の立谷相馬

市長が、参議院の意見陳述の中で、例えば、産婦人科の医者が少ないところで産婦人科の医者を開業する人の診療報酬を高くしたらいいのではないか、あるいは、地域別診療報酬あるいは診療科別診療報酬という話が市長会の中で地方の市長から出ていますということを述べられています。

また、この地域別診療報酬という考え方は、奈良県の荒井知事が記者会見の中で提案をされています。これはお手元に資料としてお配りしております。

また、四月十一日に開催された財政審の分科会の中でも、特例で厚労大臣や知事が地域別に単価を定められる地域別診療報酬の全国的な導入、こういうことも提案をされています。

実は、この地域別診療報酬というのは、資料の最後のページですけれども、保健医療二〇三五という、塩崎大臣当時にまとめられたものの中にもしっかりと書いてあるんです。

この保健医療二〇三五というのは、非常に先進的なことが書いてあつて、非常にアグレッシブなことが書いてあつて、ほかに、例えば、そこに書いてありますように、将来的に、仮に医師の偏在が続く場合においては、保険医の配置、定数の設定や、自由開業、自由診療の見直しも含めて検討を行い、プロフェッショナルとしての医師キャリアプランを踏まえつつ、地域住民ニーズに応じて、地域や診療科の偏在の是正のための資源の適正配置を行うことも必要となる、こういう非常にいいことが書いてあるんです。

さすが塩崎元大臣だと思ふんですけども、残念なことになかなか身内の応援が得られないというのが、受動喫煙と同じような構図があるんじゃないかなと思ふんです。

まあとめてお聞きしたいと思ふんですけども、この地域別診療報酬というのについて、大臣、どのようにお考えになるのか、あるいは、自由開業、自由診療の見直しにまで将来的に厚労省として踏み込む、そういう考えがあるのか、この二つについて、まあとめてお聞きをします。

○加藤国務大臣　まず、地域別診療報酬でありまして、誰もがどこでも一定の自己負担で適切な診療を受けられることを基本的な理念としており、診療報酬については、被保険者間の公平を期す観点から、全国一律の点数の設定としているわけであります。

一方で、委員の五ページ目にお示しをいただいておりますけれども、高齢者医療確保法において、国は、都道府県医療費適正化計画の目標の達成状況を評価した結果に基づき、目標達成のため必要があると認めるときに、あらかじめ都道府県に協議した上で、適切な医療を各都道府県間で公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内で、都道府県の区域内に別の診療報酬を定めることができる、こういう規定があります。

そうした議論を踏まえて、先ほどの保健医療二〇三五等でもこうしたことを示す中で、本年の三月において、この特例規定の運用について、社会保障審議会医療保険部会で議論をしていただいて、その考え方を周知したわけであります。

それについては、各都道府県では、医療費適正化計画の取組の実績評価について、保険者、医療関係者等が参画する保険者協議会で議論をする。その際、既存の診療報酬や施策など、他の取組も検討した上で、なお目標達成のため特例の適用が必要な場合に、保険者協議会での議論を踏まえ、国に意見を提出する。そして、厚生労働省で、都道府県の意見を踏まえ、中央社会保険医療協議会において、診療報酬全体の体系との整合性を図りながら、医療費の適正化や適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的と認められるかどうかを議論した上で判断する。こういう考え方が示され、そして、この規定について、仮に都道府県においてこうした意見の提出があった場合には、公平の観点も含めて、関係者の御意見も伺いながら検討し、適切に対応していく、これが今の私どものスタンスであります。

それから、自由開業、自由標榜のお話がありました。

自由開業については、外来医療機能の不足、偏在等への対応策の検討過程において、厚生労働省の医療需給分科会でも無床診療所の開業規制の是非について議論を行い、その結果、十二月の同分科会の第二次中間取りまとめにおいては、いわゆる賛成側と慎重側の意見があり、将来に向けた検討課題とされているわけであります。これは今後の検討課題だというふうになっております。

また、外来医療機能の不足、偏在等への対応が必要であることから、今回の法案では、医療機能の可視化を行って新規開業者への参考情報とする、あるいは、可視化された外来医療機能の不足、偏在等に対するための方策を地域ごとに策定し、これらの内容について地域の医療関係者等が参画し議論する協議の場を設置することで、外来医療に係る適切な医療提供体制の確保に努めていきたいと考えております。

また、自由標榜制については、医師が自由に診療科を選ぶことにより特定の診療科に医師が偏り得る、そうした点もありますが、自由標榜制の見直しについては、現在、自由標榜制のもと、複数の診療科を掲げている医療機関において、これまでの診療経験から実際に診療可能であるにもかかわらず標榜できなくなる領域が発生する可能性があるなど、医療現場への影響が大きいため、これは慎重な対応が必要ではないかというふうに考えているところであります。

いずれにしても、一般の医師偏在対策の効果について施行後にきめ細かな検証を行い、その検証を踏まえて継続的にさらなる対策について検討していきたい、そういう姿勢には変わりはないと思います。

○大西(健)委員　時間ですから終わりますけれども、本当はこの間も同じ質問をしようと思つて、時間切れでできなかったんですけれども、人材紹介会社を利用して医師や看護師を確保するというので、医師一人の手数料単価は三百三十七万、医

師や看護師の確保に年間一億四千万以上払う病院もあるということ、さつき阿部先生が質問されました。

大臣からはちょっと、病院がそれぞれ考えることみたいな話だったんですけれども、原資は保険料ですから、私はやはりかなり問題があるんじゃないかと思つてます。高木副大臣は大変問題意識を持っていたというふうな承知しておりますので、ぜひ引き続き御検討いただきたいということをお願いして、私の質問を終わります。

○高島委員長　次に、岡本充功君。

○岡本(充)委員　国民民主党の岡本です。午前は参考人質疑でありましたけれども、午後からは閣法について政府に問いたいと思つてます。

その前に、改めてですけれども、本当に今回の災害、日がつたにつれて大変厳しい状況が明らかになってきています。大臣のお地元も含む西日本の本当に広い範囲で被災されている皆様方に改めてお見舞いを申し上げるとともに、お亡くなりになられた皆様方の御冥福、そして救助を待つ皆様方に一刻も早い救助が届きますようにお祈り申し上げさせていただきます。質問に入りたいと思つてます。

それでは、きょうは、午前に引き続き、専門医のあり方についてもう一度確認をしたいと思つてます。

お配りしている資料は、専門医の試験の合格率であります。驚くべきことに一〇〇%という学会の中にはあるわけがありますけれども、もちろん、これは認定試験でありますから、予備試験があるのということかもしれません、いずれにしても、かなり高い合格率になっています。

午前中の質疑でも、大臣、聞かれたかもしれませんが、専門医は一体どういうポジションであるべきなのかというのは私は大きな論点だと思つてます。患者さんからすると、午前の話でいうと、スペシャリストじゃないか、こう思っている方も多いわけでありまして、名称が専門医となつていくからかもしれません、こういった現状を

どう考えるのか、これは一つ論点だと私は思います。

またあわせて、きょうは厚生労働省に調査をお願いしました。二ページ目、それぞれの学会の会員数とそれから専門医の数がどうなのかというところ、日本内科学会、この内科学会の専門医を取らずに消化器内科とか血液内科とかといったサブスペシャリティーの専門医を取る方も多いというところもあつて、必ずしも高いパーセンテージではありませんが、それ以外を見ると、かなり高いパーセンテージです。

この学会の会員数の中には、必然的に、年次が到達しないがゆえに専門医を取ることができない方も会員にいらつちやいます。そういう意味で、こうした年次が理由で専門医になることができない者を除いた方を分母にして、分子を専門医数にした場合、一体どのくらいの数になるのか幾つかの学会で調べてくださいというお願いをしました。

○武田政府参考人　ただいまの御指摘の、専門医取得可能な年次の医師のうち専門医を有する医師の割合、こういう御質問でございまして、私ども、今段階では数字を把握しておりませんが、今後、主要な学会に問い合わせ、把握をしてまいりたいと思つてます。

○岡本(充)委員　把握をすることは可能ですが、ね。であれば、当然御報告いただけるということではないですか。

○武田政府参考人　しっかり学会に問い合わせてまいりたいと思つてます。(岡本(充)委員)報告いただけますかと聞いているんです。と、恐れ入ります。把握をし、報告をさせていただきたいと思つてます。

○岡本(充)委員　きょうまでお願いいたしますというところでしたが、把握ができなかったということでありまして、このパーセンテージより高いのは当たり前だと思つてます。これより低くなることは、大臣、あり得ませんよね、理屈上。したがって、これより高くなるんだと思つてます。

そういう意味で、本当にどういう数字になってくるのか、やはり世の中が知っていただくことが重要だと思うし、私は、繰り返しになりますけれども、会費を納めているだけで専門医が更新できるといえるかどうかというふうに思っているわけでありまして。そこをどういうふうにしていくかというの、もちろん、きょうの午前の議論でありませんけれども、一義的には専門医機構で考えていただくことでありますけれども、どうあるべきなのかというの、国でも考えるべきことなのかなと思います。

続いて、都道府県における医師確保対策の実施体制についてですけれども、地域医療対策協議会の構成が今どうなっているのかということ、これについて資料をおつけしました。今回の法改正で協議事項はどういうことにするのかという話になるわけですが、今回、参加者は誰なのかということがはつきりするわけでありましてけれども、現実的に医師を派遣するのは一体誰が担うのかといえ、誰が医師を派遣することを担う、主として担うのは誰だということに理解されていますか。局長で結構です。

○武田政府参考人 私ども、都道府県に地域医療対策協議会を設置し、また地域医療支援センターを設置いたしました。都道府県内の医師確保についての医師派遣のあつせん、調整などを行っているわけでございますけれども、実際には各大学の医局と調整をしながら進めていることが多いというふうになっております。

○岡本(充)委員 そうですね。各大学の医局が医師を派遣するという中で、これはちなみに、地域医療対策協議会は全会一致で決めるんですか、それとも多数決ですか。

○武田政府参考人 協議会でございますので、協議をするということでございますけれども、協議が調った事項について、今後は公表し、それに基づいて都道府県が事務を行っていただくというところでございまして、通常、多数決というよりは合意を形成していただくということになっていくと

思います。

○岡本(充)委員 そういう意味では全会一致なんですよ。皆さんが納得することだと思えます。

そこで、私は、結局のところ、プレーヤーである大学が医師が派遣できる、こういうふうな状況をつくっていくことが、タスクシフティングの話で随分やって、文科省、答弁、きょうは来ていませんけれども、残念でありましたけれども、しかし、やはり大学から医師が派遣ができるというのは最も重要なキーであるということをお考えと、これはなかなか、大学に理解をしてもらうスキームになっているのかと。

つまり、これまでの従来の、例えば市民病院だと、先生方の地元でもあると思います、地元の市長さんが大学医局を挨拶して回るみたいな話があるにも聞かえてきますよ。こういうような、要するにお願いベースの医師派遣と協議会をつくった場合とどう変わるんですか。今までのお願いベースと基本的には変わらないということですか。どうなんですか。

○武田政府参考人 お答えいたします。

私ども、今回、都道府県における体制の整備を図ることを目的にしておりますけれども、地域医療対策協議会、まず、その構成員を法定いたしておりますし、また役割についての協議事項も法定をすることとしております。

その上で、医師の派遣の必要性については、客観的なデータによる客観的な議論が必要だろうというところでございますので、医師偏在指標についても国としての統一した指標を定めて、透明性の高い御議論をしていただく、それによって今後は公平な観点での議論が進められることになるのではないかと考えております。

○岡本(充)委員 いやいや、議論を経た上で、その先お願いベースですよ。お願いですよ。最後ですよ、最後。結局お願いでしょう。お願いじゃないんじやないんですかと云っているんです。

○武田政府参考人 お答えいたします。

今回の医師確保対策、これは都道府県に主体的に確保対策を立てていただくこととしておりますけれども、まずは、臨床の場に出ております地域卒の卒業生の医師、これが、今後十年間で全国で一人くらゐの臨床の先生方が出てまいりますので、それに関して中心にこの地域医療対策協議会で議論していただく、それに加えて、大学の派遣につきましては、整合性を図る形でこの地域医療対策協議会で御議論をしていただく、そういうことを想定しているところでございます。

○岡本(充)委員 私が聞いているのは、その議論の先ですよ。

地域卒が入った生徒さんだつて、卒業後その県で働いていれば義務を回避できるわけですから。もちろん、そこで、県知事が指定した病院に行けという命令までかけられる地域卒ではないですよ。そういう意味では、県の中で働いていなければ、こういう地域卒の卒業生であれば命令できないですよ、どこに行けというのは。

そういう意味で、最終的にはこれはお願いベースですよと云っている。協議の話じゃないです。協議を受けて派遣をするかどうかは、これはお願いベースですよ、こう聞いているんです。

○武田政府参考人 協議でございますので、国又は都道府県による命令権限、そういうことではございませんけれども、地域卒の医師について御指摘ございましたけれども、今後、その地域卒の医師につきましては、それぞれの都道府県でキャリア形成プログラムをつくっていただくこととしております。

このキャリア形成プログラムにおきましては、幾つかの都道府県で先行的に実施をされておりますけれども、一定の病院群を指定してそこへの医師の派遣ということを進めている都道府県もございまして、これは非常に有効な対策であるというふうに評価もされているようにございますので、私も、こういった形のキャリア形成プログラムを全国でつくっていただく、こういうことを進め

てまいりたいと思っております。

○岡本(充)委員 キャリア形成プログラムといえども、どこの病院という指定はできないんですよ。この中でどこかへ行つてくたさい、そういう話ですからね。

したがって、どこの病院、どういう医師が必要だといったときに、この地域医療対策協議会、これが医師に、ここへ行つてくたさいという派遣をする。これが医師を例えば雇用してれば別ですよ。そうでなければ、派遣をする機能はない。大学なんです、これはお願いするしかない。これまでもお願いするしかない。最後はお願いするしかないというところは変わらないんじやないですかと言っているんです。ここは変わるのか、変わらないのか、そこを答えてほしいんです。

○武田政府参考人 この地域医療対策協議会で大きな方針を立てていただいた上で、具体的な医師確保対策の事務の実施拠点として、地域医療支援センターに事務の実施を担っていただきたいと考えておりまして、具体的な病院名につきましては、ここで医師の派遣、あつせんという形で行われるんだというふうに認識をしておりますけれども、あくまで、この地域卒医師につきましては、今御指摘ありましたように、一定のグループの中で地域卒卒業の医師の方に選定をしていただくということが多いと認識をしておりますので、そういう意味では、この病院というふうに派遣命令ということではないとは思いますが、例えば、医師少数区域というのが今後県の方で指定をされますので、そういったところを中心に派遣をするといったような形の、客観的な形の医師派遣が今後進められるというふうに承知をしております。

○岡本(充)委員 だから、繰り返しです。それは、地域医療対策協議会をお願いベースですよと云っているんです。そこを聞きたいのであつて、地域医療協議会の協議の内容を聞いているんじやないんです。お願いベースなのは変わらないですよ、こう云っているんです。

○武田政府参考人 御指摘をいただいております。お願いベースという言葉が必ずしも適切かどうかはわかりませんが、あくまで、協議に基づいてこういった対策を各都道府県単位でやっていた、これをぜひ私ども進めてまいりたいと思っております。(岡本(充)委員「お願いは変わらないうでしようと言っているんだから、そこを答えてよ」と呼ぶ)

○高島委員長 岡本充功君、質問を続けてください。(岡本(充)委員「大事なことです」と呼ぶ)

武田医政局長。

○武田政府参考人 恐れ入ります。

今回の医療法の改正でございますけれども、一つは、大学に対してどのような義務がかかるのかということでございますけれども、一つといたしましては、大学を含む関係者が地域医療対策協議会に参画しなければならない旨の努力義務規定が置かれております。

また、地域医療対策協議会での決定事項につきましては、この協議会に参加した構成員は従うべき旨の努力義務規定も置かれているところでございますので、単なるお願いより一歩進んだ形の協議ということになるというふうに思います。

○岡本(充)委員 何としてもそう言いたいんですね。いや、どう考えても違うでしょう。だって、努力義務なんだから、来るか来ないかも大学にかかっています。

後から聞こうと思っていたけれども、大学は来ないという権利があるんですよ。いや、それは行きません。もっと言えば、協議が調わない、若しくは大学がいなくて議論をせざるを得なくなつて、決まった。この病院に医師が必要ですね、そこで決まった。でも、それは、医師を派遣するのが大学の医局であれば、そこはお願いをするよりほかにない。そういうことでしょうか。命令はかけられないでしょう。その確認だけは、ではお願いいたします。

○武田政府参考人 今の御質問で、命令の有無ということではいいですと、命令をかける権限まではございませぬけれども、あくまで努力義務規定は置かれているところでございます。

○岡本(充)委員 結局何がかわるのかということを知りたいわけですよ。いや、変えたように見えているけれども、これは実のところ変わっていないでしようということをお願いしたいわけなんです。

これは、例えば、都道府県単位で言っているけれども、県をまたいで医師を派遣していますよ、大学病院が、大きいところはね。そういう場合に当事者は、他の都道府県の場合、これは、地域医療対策協議会のメンバーとしては、これは県内の大学以外はどういうふうな、これも参加する義務を負うんですか。

○武田政府参考人 お答えいたします。

医師が不足している地域などを始めといたしまして、医師確保が必要な医療機関に適切に医師が配置されるようにするためには、大学による医師派遣と都道府県による地域枠医師などの派遣とが、都道府県内の関係者の調整の上で整合的に行われることが重要であると考えております。

このため、今回の改正法案では、医師の派遣に関する事項につきまして、大学、医師会、民間病院などを構成メンバーとする地域医療対策協議会の協議事項として法定をするものでございまして、その協議結果に基づいて医師派遣を行うこととしておりますので、原則として、都道府県内に医師派遣を行う全ての大学を地域医療対策協議会の構成員とするよう求めているものでございます。

しかし、御指摘もございしますけれども、地元大学のみなさん、関係大学ございしますので、都道府県をまたいで医師派遣を行っている大学の全てを地域医療対策協議会の構成員として毎回出席を求めることはなかなか困難な場合もあるというふうに考えますので、このため、具体的な施行に当たりましては、例えば、都道府県が、大学から医師派遣を受ける医療機関の医師派遣案に関する情報を事前に大学から収集した上で、その案と整合

的な地域枠医師などの医師派遣案を都道府県が作成し、当該大学と事前に調整してから協議会を開催するなどの対応を行うことで、都道府県と大学によるそれぞれの医師派遣の整合性が事前に図られる場合につきましては、例外的に、一部の県外大学を構成員としない又は会議への実際の出席は求めない、こういった柔軟な取扱いを認めることを検討しているところでございます。

○岡本(充)委員 そこで言うところの県外の大学で派遣をしている大学というのは、どういう定義で決まるんですか。

○武田政府参考人 県外に医師を派遣している大学といえますのは、それぞれの地域によつてさまざま事情もあると思いますので、これは都道府県に判断をしていただきたいと思っております。

○岡本(充)委員 失笑が漏れました。

これで、法律事項でメンバーは努力義務をかけたんだと言っていますけれども、メンバーも県に決めてください、こう言っている話で、最も重要な大学のキープレイヤーが一体どういう定義でどか入るのか、はつきりしていないじゃないですか。

これはもう少しやりたいんですけども、ほかにも聞かなくちゃいけないことがあるから、ちょっと時間の関係で次に行きます。

公的医療機関等二〇二五プラン、これも何か不思議なプランだと思って、結局、地域医療構想会議においてその役割を議論するようこれを持っていくと言っている。そもそも、地域医療構想会議、ベッド数の調整をすると言っているけれども、これは当然、ベッド数の議論をするということとは、医師の数についても議論する場ですよ。

○武田政府参考人 御指摘の地域医療構想調整会議でございますが、基本的には、地域医療構想区域内における病院病床の機能的分化、連携についての話し合いの場でございますので、医師数そのものについてというよりは、病床機能についての議論の場というふうに承知しております。

○岡本(充)委員 ただ、その結果として医師数の

議論につながることは当然ですよ。

○武田政府参考人 具体的な議論を進めていくに際しましては、例えば、救急体制をどの病院で集中的に担うか、又は、機能分化の中で、特定の診療科については特定の病院で引き受けるなどの議論が行われることが考えられますので、そういった意味では医師数に関係する面はあるかと思ひます。

○岡本(充)委員 だから、これはダブっているんですね。医師数、一体どこがどれだけ必要なのか、これを議論する場でもあります。

そこで、ちょっと、この二〇二五で何を議論するのか。その病床稼働率や手術の稼働率、これによつて、一体これで、医療の機能に関する具体的な数値目標と言っていますが、これが医療の機能に関する具体的な数値目標になるんでしょうか。病床の稼働率が高い低いで医療の機能を評価することができるといふことか。

○武田政府参考人 お答えいたします。

公的医療機関それから公立医療機関それぞれ二〇二五プランを策定することを求めています。これをもとに地域医療構想調整会議で役割を議論していただくことになっておりますけれども、具体的な数値目標といたしまして、今御指摘のありました病床稼働率、手術室の稼働率など、当該医療機関の実績に関する項目を示した上で具体的な議論をしていただく、こういうことになっているわけでございますけれども、これらはいずれも、それぞれの医療機関の病床が果たしている機能を議論するために必要な指標として定められたものというところでございします。

○岡本(充)委員 いや、だから、私はもう時間が限られているので、はつきり答えてください。

病床の稼働率が高ければ、では、医療の機能は高いんですか、低いんですか、どっちですか。高いか低いかだけ答えてください。関連しているのなら、はつきり答えて。

○武田政府参考人 病床の稼働率につきまして、急性期、慢性期、回復期によつて、その高い

低いによつては一律に評価ができないと思いますけれども、実際に地域における必要な病床数を議論する際には必要な指標ではないかと思つております。

○岡本(充)委員 つまり、高い低いではこれはわからないんですよ。医療の機能を評価する数値目標じゃないということをおは指摘しておきたいと思ひます。

きょうは総務省にも来てもらつてゐるんですが、地方の病院、私の地元のこれ、収支を出して見ますけれども、医療収益とそれ以外と見たときに、一般論からいふと、これはなかなか、医療収益と医療費用だけを見ると赤字はもつと拡大する病院が多いような傾向にあります。全国的に見てこういう傾向なのか、こういうところはどういう対策をしていくのか、ちよつと総務省としての見解を求めたいと思ひます。端的にお願ひします。

○沖部政府参考人 お答えいたします。

公立病院の経営につきましては、総務省が経営改革の指針である公立病院改革ガイドラインを平成十九年度にまず示しておりますが、その前年度である平成十八年度におきましては、経常損益において千九百八十八億円の赤字が生じる状況でございました。

その後、同ガイドラインに基づきまして地方公共団体が行った経営効率化の取組等によりまして、平成二十二年年度から平成二十四年度まで経常損益は黒字になりましたが、平成二十五年度に経常損益が赤字となつて以降、その幅は拡大し、平成二十八年年度におきましては八百三十一億の赤字が生じており、再び厳しい状況にあるものと認識してございます。

○岡本(充)委員 診療報酬改定、これがきいてゐるんですよ。病院が厳しい診療報酬改定に直面しているという事実だと思ひますよ。やはり政府全体で対策を考えないといけないと思ひます。

最後に、条文の話です。
現行の医療法の第三十条の二十三の一項の六にある大学、これは最後のページですけども、こ

の大学の定義、入つていませんね。こんなことつてあるんですか。ほかにもあるんですか。

○武田政府参考人 御指摘の現行の医療法第三十条の二十三第一項第六号に規定する大学につきましては、定義規定が置かれておりませんでしたけれども、これは、法律上、大学という語が指示する対象が一般的に明らかであると考えられたことから、当該立法のときにこのような規定が置かれたというふうな承知をしております。

○岡本(充)委員 普通はないんですよ。だつて、その後に、三十条の二十五で、ここで大学を規定してゐるんですよ。本来は、最初に条文上大学が出てくるところに規定を置かなきゃいけないんですよ。これは、本来、法改正するときに書き間違えましたね。

○武田政府参考人 少し経緯を御説明させていただきたいと思ひますが、現行の第三十条の二十三第一項第六号の規定は、平成十八年の医療法改正において新設をされた条文でございますが、当初からここには定義がついてございませんでした。

その後、平成二十六年の医療法改正におきまして、現行の第三十条の二十五第一項第三号の規定が新設された際に、その条文における大学のところに「学校教育法第一条に規定する」という定義が付されたということでございます。

これを、今回の法律改正におきまして、現行の規定を踏まえまして、今回の改正は、法的技術的により適切な形に修正をさせていただきたいということでございます。

○岡本(充)委員 だつたら、最初の答弁はおかしいですよ。大学が明らかだから定義する必要はないんですよ。今回だつてわざわざ改正しなくていいんだから、ちゃんと誤りだつたということは認めてください。

その上で、こうした誤りを是正するためだけの法改正、今国会、厚生労働省の法律案にほかにあつたのか、答弁を求めたいと思ひます。
○武田政府参考人 お答えをいたします。

昨日の議員からの御指摘を受けまして、今国会に厚生労働省が提出した法案につきまして、省内の担当部局に照会をし、調査を行つてゐるところでございます。

しかしながら、改正法案では、関連する他省庁所管の法律も一括して改正するものが多く、そうした法律の改正内容まで調査を行うには一定の時間を要するため、現時点では御質問にお答えすることが困難であるということをお理解いただきたいと思います。

御指摘を踏まえまして、引き続き調査を行い、結果が判明次第、速やかに御報告をさせていただきますと思ひます。

○岡本(充)委員 大臣、最後に、やはり法改正、これは誤りがあつたということですよ、前の法改正では。だから、その事実だけはちゃんと認めていただきたいと思います。大臣、どうですか。

○加藤国務大臣 誤りという定義の問題なんだろうと思ひます。

確かに、今回じゃなくて前回のときに、そこに大学というところを入れたときに、あわせてそこらもやつておけばよかった、それは多分委員の御主張なんだろうと思ひますが、ただ、大学と決めたことが間違ひだつたのかといへば、そこは必ずしも間違ひだということはないと思ひます。そのさつき局長の答弁なんだろうと思ひますけれども、ただ、法文上の美しさと言つとちよつと語弊がありますけれども、整合性という意味においては、その段階で本来は図られるべきものであつたのではないかなというふうに思ひながら聞かせていただきました。

○岡本(充)委員 引き続き調査を待ちたいと思ひます。

○高橋委員 次は、高橋千鶴子君。

○高橋(千)委員 日本共産党の高橋千鶴子です。今回の医療法案審議は、重要法案に私は値すると思ひますが、参議院先議であり、また、本会議の質疑もなく、会期末ぎりぎりのタイミング

で審議入りをしたこと、せつかく午前中参考人質疑を行いました、それを本来審議に生かすべきところでありますが、それらを吟味する暇もなく、本日採決が提案されていることを非常に遺憾に思ひます。このことを最初に指摘しておきたいと思ひます。

資料の①は、医学部入学定員と地域枠の年次推移であります。

昭和四十八年、一九七三年に、一県に一医学部をということで閣議決定をされてから医学部の定員が伸びてきたわけですが、一九八二年の閣議決定により医学部の定員は逆にふやさないとなされ、ごらんのように十年以上それが横ばいで続きました。表にはありませんけれども、この閣議決定を変更して増員に転換をしたのは二〇〇八年、平成二十年六月の骨太方針が契機であつたと思ひます。

私が厚生労働委員会に所属したのは二〇〇六年からなんです、まさにその年は医療制度改革の年でした。各地で医師不足が指摘をされ、新聞各紙も連日のように報道し、各党議員がこの問題を取り上げておりました。私は、東北はどのくらい深刻な医師不足でありまして、自治体病院の統合や無床診療所化などが提起をされて、地域医療を守れという住民や職員の皆さんと力を合わせた運動というの各地で行われておりました、繰り返しこの問題を取り上げてきました。

そうした中、二〇〇八年の二月二十六日の予算委員会、外添当時の厚労大臣が、私の質問に対し、閣議決定の事実上の撤回を表明され、以来、七千六百二十五名だった横ばい期から、現在九千四百二十名まで伸びてきたと思ひます。

ただ、このころから医師の偏在というのはずつと言われてきたわけでありまして。また、勤務環境についても既に議論をされておりました。十年たつて、どのような努力をし、変化をつくつたと考えていらつしやるのか、大臣に伺ひます。

〔委員長退席、渡辺(孝)委員長代理着席〕
○加藤国務大臣 今、委員御指摘のように、平成

二十年度以降、毎年医学部定員の増員を図った結果、平成二十九年度までには千七百九十五名の医学部定員の増員が行われ、平成二十九年現在で医学部定員は九千四百二十人、これは表にお示しをいただいているところであります。

この増員が医師の地域定着につながるよう、この間、地域枠及び地域医療に従事する明確な意思を持った学生に対する奨学金の貸与の推進が平成二十二年度から、都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むための地域医療センターの設置が平成二十三年度から、二十八年四月現在で全ての都道府県に設置がされております。さらに、地域医療介護総合確保基金を通じて医師確保対策を平成二十六年度から、などの対応を実施してきたところでありますし、今、医師の勤務環境の改善ということがございましたが、診療報酬や地域医療再生基金等を活用した短時間勤務、交代勤務制度の導入への支援や、医師事務作業補助者の配置への支援など、平成二十年度から逐次実施をさせていただいておりますし、また、医療法改正による医療勤務環境改善マネジメントシステムの導入、これが平成二十六年十月から対策を講じたところであります。

今後、増員した医師が臨床研修を終えて医療に従事いただくことが見込まれるわけでありますので、医師偏在や勤務環境の改善にもつながっていくことを期待しておりますけれども、医師偏在においては、今回の法案においてその対策を盛り込ませていただいております。これにのっとりて実施をしていくこと、また一方で、これは働き方改革と絡んでくる話でございますので、厚生労働省に設置をした医師の働き方改革に関する検討会において、来年三月まで精力的に御議論いただいで結論を得ることにしております。そうした結論も踏まえながら、更に取組を進めていきたいと考えております。

○高橋(千)委員 せっかく大臣に質問しましたので、メニユーを列挙するのは参考人でもよかったですと思いますので、大臣の言葉でお答えをいただきます

たいなと思われました。この後幾つか質問した後にもう一度感想を聞きたいと思しますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

資料の②は、これはよく見る資料なんですけれども、今おっしゃった年度ごとの、ふやしてきて、赤いところが臨時定員増の枠組みを描いたものであります。

それで、資料の三を見ていただきたいんですが、これは我が青森県の実態をつくっていただいたものであります。

臨床研修病院の修了者数、これは、県立中央病院とか八戸市民病院が、幾つか人気があるわけですが、これも、十三の病院でことし三月に八十二名が修了をしております。うち、県内出身者は四十九名で、そのうち三十九名が県内に残っています。また、県外出身者も三十三名のうち十七名が県内に残り、合わせて五十六名が県内に残っているわけです。弘前大学医学部附属病院のプログラムによって、専門研修を大学でやるというのではなく、関連病院との連携ということで実施分、これは四十九名が実施しているということであります。下の段の年度を見ていただくと、これが少しづつふえているというのがわかっていただけるのかなと思うんです。

その次のページを見ていただきたいんですが、これは大変細かい数字で恐縮なんですけど、頑張つてつくつてもらったものの、二〇〇四年からことし春までの各病院の臨床研修の募集人員とマッチング状況、そして採用人数なんです。

下のところに計と書いてあります。その中で一番多いのが九十三人、これは平成二十七年です。これがまさに、先ほど述べた閣議決定を変更して増員に転じた年の卒業生が出た年、最も多かったということなんです。

あのとき、今医学部の定員をふやしても、医者になるまでは十年かかるから即効性がないと随分言われました。当時の川崎二郎厚労大臣には、青森県は弘前大学を卒業しても県外に出てしまう学生が多いじゃないかと答弁されて、大変悔しい思

いをしたことがございます。しかし、今、こうして地域枠をつくり、大学病院とも連携をして、県内定着がようやく始まったわけです。だからこそ、今の定員枠は、本当は時限つきだったけれども、延長してほしいという要望が非常に多かったと思います。

確認します。

医師需給分科会の第三次中間取りまとめを出されておりますが、二〇二〇年度以降についても、この定員増、先ほどの資料の赤いところですね、延長されるのか、確認をいたします。

○武田政府参考人 お答えいたします。

平成三十二年、西暦でいいますと二〇二〇年度以降の医師養成数についてのお尋ねでございますけれども、私どもの医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会におきまして検討を行い、本年五月三十一日に第三次中間取りまとめを行ったところでございます。

その中では、将来的には医療需要が減少局面となることを見込まれており、長期的には供給が必要を上回ると考えられるが、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等との考え方から、平成三十三年、二〇二一年度までは暫定的に医学部定員を維持するという医師養成数の方針についてお示しをいただいたところでございます。

平成三十四年度、二〇二二年度以降の方針につきましては、各都道府県における医師偏在の状況及び医師偏在対策、現在議論を行っている医師の働き方改革に関する検討会の結論などを踏まえまして、改めて医師需給を見込んだ上で医師養成数について検討を行っていききたいと考えております。

○高橋(千)委員 といいますと、今約束されているのは二〇二一年度までという意味ですか。

○武田政府参考人 医師養成数の方針についてお示しをいただいたのは、二〇二二年度まで暫定的に維持というところまででございます。それ以

降の方針につきましては、改めて医師需給を見込んだ上で検討を行っていききたい、こういうことでございます。

○高橋(千)委員 せっかく芽が出たところなんだというお話をいたしました。午前も、医師不足なんだという議論もありました。ここはぜひ、あと三年といえますとあつという間で、まだまだこれから行き渡るところだということを重ねてわかっていただきたいと思ひます。

きょう、ずっと聞いておりますと、地域枠にいろいろな問題点があるというのを御指摘されていたと思うんですが、でも、そういう中で頑張っているところもあるということで、改めてのお話をしたかったということです。

次のページで、⑤なんですけれども、これは福島県の医師確保対策をつけました。本当はもつといっぱいあるんですが、二枚だけつけております。

これも、入学定員が八十人から現在百三十人にふえて、そのうち四十八名が奨学金の貸与実績があります。見ていただければ、いろいろな名目で奨学金があります。中には、医師確保修学資金貸与事業の中のイというところに、対象者は帝京大学及び日本医科大学の医学部に在籍する者となります。こういうふうに、県外の大学なんですけれども、県内出身者が修学をしていてバックをしてくる、そういうことを期待して応援をするんですとか、さまざまなことをやっているんです。

下の方は、浜通り、相双・いわき地区ということ、最も原発事故の被害が大きく、医師確保対策で特別な体制をとらなければならぬ地域においては、医師を確保した事業所に対して人件費を助成する、こうしたいろいろな事業をやっております。

福島は県立ですのでもた少し違いがあるんですけれども、県立医大とタイアップで寄附講座をやっていたり、若手の医師に教員になつてもらう、そういう形で待遇を確保しながら地域に貢献をしてもらう、そういうこともやっているんです。

す。
ですから、地方でもいろいろな取組をして頑張っているんだと。そこを、芽を出してきた対策にやはり水を差すことがあつてはならないです。で、大臣にもう一度感想を一言伺いたいと思います。

○加藤国務大臣 委員の御指摘は、平成三十四年度以降どうしていくかということであり、まず、これについては先ほどの局長の答弁を繰り返すということになりますけれども、地域における医師偏在の状況及び医師偏在の対策ということであり、今まさに委員が御指摘になった点、その時点においてどう進捗をし、その後についても一定の見通しを見ていく必要が当然あるだろうというふうに思いますし、また、やはり働き方改革をどうするか、これは非常に大きなファクターになるわけであり、その両方を見ながら、しっかりとこの議論を進めていく必要があるだろうというふうに思います。

この養成数等を考えるときには、もう一つは地域の医療構想もございます。だから、まず地域の医療構想、働き方改革、そしてこの地域偏在、あるいは診療科偏在、この辺を総合的に判断していくということであり、現時点ではそれ以上の上のことは申し上げる状況にはありませんけれども、ただ、いずれにしても、そうした施策がしっかりと進んでいくということを前提に考えていく必要はあるだろうと思います。

○高橋(千)委員 大臣、申しわけない。あえて感想と述べたのは、やはり地域で、地域枠を設けることで、具体的に県内に定着がやっと始まったんだ、定員増から十年かかるとか言われたけれども、今県内に定着し始めているんだ、そのことについて評価していただけるかということについて伺いました。

○加藤国務大臣 それは、今、委員がお示しをいただいた青森等においても、成果というんでしょうか、あらわれているというふうに思います。ただ、マクロで見ると地域ごとで見ると、

それはちよつと視点も変わってくる部分があるだろうと思います。もちろん、全体量が減れば、地域において偏在があるところはより厳しくなるということ、これはそういうことになりますけれども、逆に、これまでのように、マクロとして数が入ってきているけれども地域の偏在がなかなか進んでいないという部分もあるわけであり、まず、それは、そういった意味において今回法案を出させていただき、そうしたことを通じて、地域偏在、これはまず解消していきたいと考えております。

○高橋(千)委員 具体の話に入っていきますが、二〇一五年の六月の経済財政運営と改革の基本方針二〇一五において、「地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点から踏まえた医師・看護職員等の需給について、検討する。」とされて、まさに今の期限が来ることを受けて、同年十二月から医療従事者の需給に関する検討会が設置されました。

医師の需給分科会の第一次中間取りまとめは、翌年、二〇一六年六月三日に出されておりますが、唐突に文中に、新たな医療のあり方を踏まえた医師の働き方ビジョンを策定し、その上で必要な医師数を検討するとの一文が盛り込まれ、需給分科会は何と一年間休止をいたしました。

本日、参考人として、この需給分科会の片峰座長が出席をされましたので質問したんですけれども、いよいよ具体の話に入ろうというときに一年のブランクに遭ったのはじくじたる思いとおっしゃっております。私は、やはり本来、働き方改革と医師の需給、当然重要ですから、横の連携がもつとあればよかったのになんかということが強く言いたかったことであります。

それで、昨年四月に出されたこのビジョンの結論は、タスクシフティングや、全国十万人の医師を対象にした勤務実態調査などに意欲的に取り組んだものの、「取上げていくことが重要」というふうな環境を作り上げていくことが重要」というふうな書かれております。非常にがっかりさせられまし

た。
これを受け再開した需給部会も、十二月に第二次中間取りまとめを出していますが、医師の偏在対策のみで、ふやさない方向になったのかなと思います。

まず、この関係はどのようになっているでしょうか。医政局長に伺います。

○武田政府参考人 御指摘の医師の需給分科会でございますけれども、医師の労働時間を踏まえまして需給推計を行っております。

それで、三十二年の医師養成数について、先ほど申し上げましたように、本年五月三十一日の取りまとめで三十三年度までの方針をお示したということでございます。

○高橋(千)委員 何か答えになっていないんですが、済みません、具体的に聞きます。

三月に働き方改革の実行計画が策定されて、これを受ける形で今度は、さっきはビジョンの話をしたんですが、医師の働き方改革に関する検討会も開催されて、今、中間的論点整理が出されている、こう非常にややこしいんですね、いろいろな検討会が立ち上がっている。

私が伺いたいのは、その中で、結局、医師は、働き方改革法案が施行、もう案が取れてしまったんです、働き方改革法が施行されて、その後、五年間猶予した上で新しいスキームをつくるということを聞いています。そうすると、上限規制、我々は強く批判をしたわけですが、八十時間、百時間、これを超えるのも、新しい規制、医師は特別の規制をつくるというんですから、やむなしという立場なんですか。

○武田政府参考人 医師の働き方改革に関する検討会、これは、私ども、医師の働き方について検討をお願いしている場でございますけれども、医師の時間外労働の上限規制につきましても議論をしております。

この中ではさまざまな御議論が出ておりまして、脳・心臓疾患の労災認定基準である一カ月百時間又は二から六カ月の各月平均で八十時間とい

う時間外労働時間の水準を超えるべきではないとの意見がある一方で、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にすべきとの御意見、また、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ついては、医療提供体制の崩壊を招くとの御意見、また、米国の研修医等、諸外国の制度を参考とすべきといった御意見などがございまして、現時点では、まだ一定の方向性が出ている段階ではございません。

(渡辺(孝)委員長代理退席、委員長着席)
○高橋(千)委員 要するに、全部併記なんです。いろいろな意見が出ましたということ、どうなるのかということなんです。

だけれども、過労死ラインである百時間、八十時間の水準を超えることは慎重であるべきではないか、こういう意見も出されました。私、当然だと思っております。医師だから百時間を超えても仕方ないんだ、はなからそういう議論をするのは正しくないと思っております。

それから、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に上限規制とすべき、これは、ずっと私たちが、医療提供体制、もう地域医療は大変だという話をしています。確かに、これは命の格差になっています。でも、だからといって、命を守るための医師がみずからの命を削って働くべきなのか、このことは、本当に考え方を変えなきゃいけない。どちらでも成り立つためには、ふやすしかないんだという立場に立つべきだと思うんですね。

さらに、すべて書いてあるのは、「医師においても非常に多様な働き方があることや将来の医師の働き方を見据えれば、時間給でない制度等の新たな労働時間制度の検討も必要ではないか」、こういう意見もあるんですね。これって、医師も高プロにすべきだという意見なんですか。

○武田政府参考人 検討会におきましては、御指摘の点も含めたさまざまな御意見があったところでございまして、個別にこういう法制度ということではございませんけれども、そのような意見も

あったということでございます。

○高橋(千)委員 そのような意見があったということは、だから、そのような意見とは、医師も高プロだという意見があったという意味ですかと聞かれています。

○武田政府参考人 お答えいたします。

今御指摘がありましたように、多様な働き方に沿った法制度ということでございまして、高度プロフェッショナル制度ということでの御議論ではなかったと承知をしております。

○高橋(千)委員 「時間給でない制度等の新たな労働時間制度の検討」って、まさにそうじゃないんですか。

山越局長も来ていただいておりますけれども、結局、時間に縛られない働き方と言っているのに、さつきから議論している、医師というのは応募義務があるから避けられないんだということとされている。最もふさわしくないですよ、ね、こういう高プロのような働き方。もしそれだったら、一言おっしゃってくださいませんか。

○高橋委員 速記をとめてください。

〔速記中止〕

○高橋委員 速記を起してください。

山越労働基準局長。

○山越政府参考人 医師の働き方改革についての検討会については、今、医政局長から御答弁がありましたように、さまざまな意見も出されているところでございます。

そうした中で、これは医師の時間外労働の上限基準の水準などを決めていかなくちゃいけませんので、引き続き、こういったことについて、この検討会で検討を進めていく、医政局と協力して取り組んでいきたいと思っております。

○高橋(千)委員 答えていないです。

さまざまな意見があったのはわかっている、だけれども、高プロというのは医師にはあり得ないですよ、ねと言っています。

○山越政府参考人 医師の働き方改革の検討会におきましては、今申しましたようにさまざまな意見

をいただいているところでございまして、そのことを踏まえまして、今申しましたように医師の時間外労働の上限基準の水準などについて議論をしていくということでございます。

今御指摘をいただきました高度プロフェッショナル制度につきましては、これは別途、法律が成立をいたしましたので、これを踏まえまして、どのような業務を対象業務とするかにつきましては労働政策審議会でも今後検討していくことにしているところでございます。

○加藤国務大臣 今、局長がお答えしましたように、まさにどういう職種にするかというのはこれから議論でありますけれども、基本的には、成果と時間とが相当な関係にないということでありますので、特に、どの何時から何時まで働けるというふうなそうした指令がないということ、これは省令でということとをさんざん申し上げていまして、医師の中に、全然それと関係なく、自分の好きなときだけ手術するというのがあればちょっとわかりませんけれども、一般の勤務医のように、何時から何時まで働いて、その間ここにいるということになれば、これは高プロの対象にはなりたくないというふうに思います。

○高橋(千)委員 そうおっしゃってくださいればいいんです。あり得ないはずですよ。

思いっ切り時間を食ってしまいましたので、相当飛ばして、最後の資料を使いたいのと思っております。実は、これは医師の偏在対策などと言っておりますけれども、看護の話が出てこないのはやはりおかしいと思っております。

看護職員の需給分科会は二年間とまっています。働き方ビジョン、医師と看護職員と言っておりますながら、その間、需給分科会は二年とまっていますということ、どう考えるのかをぜひ伺いたいと思っております。

資料の最後についているのは、日本医労連が二〇一七年、看護職員の労働実態調査をやったものです。五年に一回調査をしているんですけども、前回の二〇一三年を上回る三万三千四百二人

の回答を集約したものです。左上を見て下さい。一年前に比べても仕事量が大幅にふえた二・一・三％、若干ふえたと合わせれば五八％。右にスライドしてください。慢性疲労が七一・七％。そういう中で、切迫流産が三〇・五％。これは本当に深刻だと思いませんか。

前にもこの調査を使って、看護職員のワーク・ライフ・バランスが確立されると人手不足は解消されると提案したことがあります。夜勤があるから、長時間労働だから、働きながら子育ては無理だ、潜在看護師を幾ら掘り起こしたいと思っても職場復帰が難しいのはそこなんだ、これがはつきりしていると思っております。

下の方は、仕事をやめたい、これを時々思うのが五六％、いつも思う一九％、合わせて七五％なんです。右を見て下さい。その理由のトップは、人手不足で仕事がついて四七・七％。仕事をやめたいというも思う、これは、時間外労働が長くなればなるほど、いつも思うがふえていますよね。

大臣、ぜひ伺いたいんです。きょう資料はつけていませんが、日本看護協会の調査でも、看護職員の不足感がある、やや不足感があると合わせると、全体の七五・七％。これは看護部長が回答して、そもそも診療報酬の看護配置基準を満たせない、維持するためには二六・七％の方が不足だと答えている。本当に重大だと思っております。

看護師不足、過重労働そのものが問題なんだという認識があるでしょうか。医師を補助する役割を期待されても、これでは実効性が上がるわけがありません。看護師増員と夜勤を減らすなどの待遇改善は待たないだと思っておりますが、見解を伺います。

○加藤国務大臣 今、高橋委員のお示しになられた資料あるいは看護協会の資料などを見ておられます。個々の地域や施設類型ごとに看護職員の不足感のある医療現場があるというふうに考えております。

また、看護職員の離職の要因の一つには、夜勤や不規則な勤務などが挙げられているというふうにも承知をしております。

地域において必要な医療を確保し、看護職員の方が医療現場において求められる役割を適切に果たしていただくためにも、看護職員の確保をしっかり行っていく、また、勤務環境の改善を図っていくことが重要であると考えております。

このため、厚労省では、各都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金による地域の実情に応じた看護職員の養成、確保、あるいは勤務環境の改善に対する取組の支援、例えば院内保育所の整備等々でありますけれども、また、都道府県ナースセンターや医療勤務環境改善支援センターによる支援の強化、こういったことを進めさせていただきます。

今後とも、やはり看護職員をしっかり確保していく、あるいは離職を防いでいく、そして、そのためにも勤務環境の改善を図っていく、こういった観点に立つてしっかりと取り組まさせていただきます。

○高橋(千)委員 そういう意味でも、看護職員の需給見直し、これから発表されると思うんですけども、しっかりとワーク・ライフ・バランスが確立できるような見直しを持っていただきたい、前のページにあるように、タスクシフティングで、やはりいろいろな業種はあるけれども、看護職員に対しての期待が大きいわけなんです。でも、看護師さんが大変なのに医師を助けないで、これは共倒れになっちゃうわけですから、やはりここを切り離して考えないで一体でやっていただきたい、このことを指摘して終わります。

ありがとうございます。

○高橋委員 次に、串田誠一君。

○串田委員 日本維新の会の串田誠一でございます。

恐らくきょうが通常国会の厚労委員会の最後の質疑になるのかどうかわかりませんが、かなり終

盤に差しかかったということではないかなと思うんですけども、ことし、今回の通常国会で非常に感じたのは、データというものをうのみにしてはいけないのかなど。私もデータというのは大変弱い方でございます、折れ線グラフとか円グラフとか棒グラフとか出されますと、そういうものかな、そういうふうに出ていたわけですから、今回、働き方改革で出されたデータというのが事実ではなかったということは大臣もお認めになつていらつしやるのではないかなと思うんです。

そういう意味で、今回の、きょうの午前中の参事人質疑で、私、非常に不信感を実は持たせていただいたのは、きょうの午前中の本田参考人の方からの、OECDとの比較のところ、医師の数をカウントするに当たっては、ほかの、ヨーロッパの国は六十歳代までを医師の数として入れている。ところが、日本だけは八十歳代以上、九十歳の人も週三十時間働いている計算になっているということなんです。

一昨日、私は大臣に対して、需給関係を、均衡になるというふうなことに關しては、どういうデータを参考しているのかという質問をさせていただいたと思うんですよ。そのときに大臣は、いろいろ説明をされたと思うんですけども、そのとき大臣は、日本のこの計算のデータが、OECDの基準とは違って、八十歳以上も入れているということを御存じの上で、私の質問に回答されたんでしょうか。

○加藤国務大臣 それは、今言った、OECD、EUですかね、云々ということをおも頭に置いておりませんが、日本においてはそういう形でやっています。実際、日本においては、例えば七十代以上では週当たり三十二時間五十八分働いているというデータがありますから、それを踏まえて試算をしている、そういうことであります。

○串田委員 もし、仮にそうであるとするなら、OECDのヨーロッパの国は六十歳以上は働いていないという前提で比較しないとおかしいん

じゃないですか。日本だけが七十歳代も働いて、八十歳代も働いているというときに、OECDは六十歳までを区切りになっているということは、データの中に何も出てこないわけですよ。

私、非常に、これは通告していないので申しわけないんですけども、通告できないですよ。なぜなら、午前中の参事人質疑で出てきたことだから。通告の後に出てきているので、それを前提にして、それはおかしいんじゃないかという質問は、やはり一般質疑の中で、あるいは法案質疑の中でさせていただかないと、何のために参考人を午前中に呼んで、答えを出しているのかわからないと思うんですよ。参考人のいろいろな、大変重要な、貴重な情報を提供していただいた上で、それを踏まえた上で、一般質疑なり法案質疑なりをさせていただければ、十分通告はさせていただいていると思うんですけども、私も午前中、聞いて、それは、そのデータはやはりおかしいよねと。九十歳、百歳、働いていて、出てきたら、患者さんも驚くよねというのを、きょうは本田参考人がお話をいただいたんですよ。

そういう、何かデータがもし違うのであれば、そのデータのところに、OECDは何歳以上というところで書いていただかないと、それこそ本当にデータで一直線、これは何年になれば均衡になりますとか、今は均衡になっていませんと言つても、働いている年齢が違えば、それは変わってくると思うんですよ。そういうふうには大臣はお思いにならないでしょうか。

○加藤国務大臣 ちよつと、私も、前の議員のときに、他国のデータと比較した記憶は余りなくて、あくまでも日本における需要と供給の話はさせていたでいて、そして、日本における供給を考へるに当たつても、これからどう世代が変化していくのか、そして、現状の世代における週当たりの勤務時間、これを前提に置いて計算させていた、多分そういうことを言った記憶はあります。

例えばあの日野原先生のように、相当な御高齢

になつても医師活動をされていた方もいらつしゃつたわけでありますので、あくまでも、それは、他国との比較をするときには、今委員おっしゃつたように、ベースを合わせるという必要性はあるんだろうと思いますが、日本の国内における今後を見通す中において、現状、六十代、七十代、八十代でも一定働かれているのであれば、そういう前提を置いて試算すること自体はそんな不自然なことではないのではないかと、うううに思います。

○串田委員 私の記憶の中では、本田先生は、OECDとの比較だけを言っているのではなくて、需給関係も含めて、九十歳、百歳まで働いているということ算定にして需給関係を計算するのはおかしいんじゃないかという問題提起を午前中されていたと思いますよ。そして、OECDとしては六十歳までになっているんですよという比較で、日本のその計算の仕方というのはちよつと違うんじゃないかという問題提起を午前中はされていたと私は記憶をしています。

ここはここで、それでやめますけれども、ただ、OECDと比較しているデータもあるわけだし、そういう意味では、ちよつとその基準を変えているということ自体は、非常に、そういう意味で、今回のいろいろなデータ問題、ことしもありましたけれども、そこら辺の部分でちよつと違うんじゃないかという気持ちが出てきたということ自体は大臣も知つていただきたと私は思っているんです。

それはもう、八十歳、九十歳も働いているのは当たり前じゃないかと言われちゃつたら、それはしょうがないですけどもね。

この問題はのぐらいいしますけれども、やはり常識的なものというのがあると思うので、医師の定数の偏在問題も、やはりそれは、常識的な年齢までの部分を加味してこうだというふうに出すべきじゃないかと思いますが、納得されていくというふうに思います。

きょうの午前中からの参考人のお話でしたので、私自身も、詳細に研究をしているわけじゃないです、通告もできませんでしたが、ちよつとそういう意味で、午前中の本田参考人の回答というのに対しては、それはおかしいなというの私もちよつと感じたものですから、お話をさせていただいたところでございます。

ところで、今回の法案は、都道府県における医師配置の、かなり都道府県に権限が強まってくるということでありまして、それによつてどういうような実効性が生まれてきたのかということをお聞きしたいと思います。

○武田政府参考人 お答えをいたします。都道府県による医師配置の実効性という御質問でございますけれども、平成二十年度以降、医学部入学生定員の臨時増員などにより設けられてきた地域枠の医師が順次臨床研修を終えることに伴ひまして、今後、地域医療支援センターによる派遣調整の対象となる医師が大きく増加することが見込まれております。

これらの医師を都道府県が適切に配置調整をしていくことが必要でございますし、それこそが、この都道府県による医師配置の実効性の担保ということにつながっていくのではないかと考えております。

このため、今回の法改正におきましては、大学、医師会、民間医療機関などを構成員とする地域医療対策協議会において地域枠医師の派遣に関する協議を行い、その結果に基づき地域医療支援センターが医師派遣を行う、こういう仕組みになってまいりますので、関係者間での合意形成に基づく実効的な医師の配置調整が実現できるものというふうな考えてございます。

○串田委員 そのちよつと前部分として、例えば都道府県の中で、都道府県の内部でその派遣先を決めていくということなんですか。都道府県との連携の中で医師というものを調整していくということもあり得るということなんですか。

○武田政府参考人 お答えいたします。

ただいま申し上げましたのは、今後、その増加が見込まれております地域枠医師、この方々の派遣調整において都道府県が大きく役割を担っていくということでございますけれども、これは、地域枠の医師の多くが都道府県から奨学金を得ているということに基づいて、都道府県が配置調整を行っていくということでもございますので、そういう意味におきましては、都道府県、その県の県域内における派遣についてこの地域医療対策協議会が中心的な役割を担っていただく、こういうことと考えております。

○串田委員 そうしますと、今までは、都道府県の医師の偏在というのが十分に把握されていまいまに派遣されていたという事実があつて、それを、これからは、都道府県が十分にそれを精査した上で派遣をするから偏在というものが解消されていく、そういう改正案ということよろしいでしょうか。

○武田政府参考人 お答えいたします。

医師の偏在につきましては、都道府県間の偏在もございまして、都道府県内における偏在もあるということで、二次医療圏別に見た場合、また都道府県別に見た場合に大きな格差があるというのが現在の実態でございます。

都道府県間格差の是正につきましては、例えば、医師の養成過程におきまして、地域枠の設置でございますとか、臨床研修病院の定員の枠の設定における格差是正策などによりまして是正を図ってまいっているところでございますし、都道府県内の偏在は正につきましては、平成二十年以降の地域枠卒業生の方々を中心に、都道府県が中心になって役割を担っていただくということでございまして、さらに、そこ、その地域に医師を派遣している大学との間で地域医療対策協議会が協議を行っていただきまして、この都道府県による地域枠医師の派遣調整及び大学医局の医師派遣、これが整合性を持って進められる、これによって、今後は実効性のある形の医師偏在対策が

進むものと考えております。

○串田委員 そういう、都道府県が派遣先を決めていくということは、大変それは、各都道府県がわかるということ、地方自治的な部分で大いに評価はできると思うんですけども、一方、そういったようなことによると、公立だとか公的医療機関に偏っていくのではないかと、そういう不信感というのでも出てくる可能性もあるわけでございますので、派遣ということに関して公平性というのをどうやって確保していくのか、何らかの形で、クリアな形でそれがなっていくのかどうかという点については、配慮はされているんでしょうか。

○武田政府参考人 お答えをいたします。

今回の法案におきましては、都道府県が地域枠医師を始めとした医師の派遣調整を行うに当たりまして、客観データとして示される医師偏在指標を踏まえ、地域医療対策協議会で協議を行い、その結果に基づくこととしておりまして、協議の結果についても公表することとしております。

また、この地域医療対策協議会の運営でございますけれども、民間医療機関も含めた公平な医師の派遣調整が行われるように、地域医療対策協議会の構成員として民間病院を新たに法律上定めるところでございますし、医師会や大学なども含めた地域の関係者で協議をしていただくこととした上で、例えば、地域医療対策協議会の議長は、都道府県ではなく、都道府県以外の者を互選により選定すること、地域医療対策協議会の事務局を都道府県の外に委託をすることも可能であることなどを、国が示す地域医療対策協議会の運営指針の中で明確化することとしております。

私どもといたしましては、これらの事項について指針を作成いたしましたし、都道府県に徹底を図ってまいりたいと思ひますし、改正後の都道府県の取組状況につきましては、しっかりとフォローアップを行ってまいりたいというふうに思ひます。

○串田委員 検証も十分していただくということ

なので、それについては期待をしたいと思うんです。

一方、医師数の目標というのでも定められていると思ひます。前回も質問させていただきまして、戦後七十年間の中で、なかなかこの偏在問題というものを解消できていなかった。

そして、私、ちょっと心配になったのは、きょう五人の参考人の御意見をいただいたんですけれども、大臣もどこかで見られたかどうかはちょっとわかりませんが、ちょっと、イメージとしては、今回の改正案では偏在が解消できそうにないような感じの御意見というふうな受けとめ方を私はしました。そういう意味で、非常に前進で、これで大丈夫だというふうな声ではなかったような気がします。

特に、専門医に関する部分にしましては、それが地域等の問題ではないという御指摘もともとだと思ひつつ、働き方実態調査によれば、やはり二十代の若い医師は専門医の資格取得が困難であるから地方になかなか行きたくないというふうな御意見もあつたようで、そこら辺の部分の参考人の意見というの也非常に分かれていたんじゃないかなと思ひます。

そういう意味で、参考人が午前中に非常に貴重な意見を言っていた中で、それを生かした質問というのを午後になさせていただくというのはちょっと通告的にも無理があるので、そこら辺はちょっと運営の仕方も検討していただきたいなと思ひます。

先ほど、医師数の目標を定めたということでもありますけれども、これが十分な進捗状況に達しない場合というのはどういう見直しをする予定になつていらっしゃるでしょうか。

○武田政府参考人 お答えをいたします。これまで、医師確保にしましては、各都道府県が定めることとされている医療計画、この医療計画における記載事項ではございまして、この医療計画における記載事項ではございまして、その記載事項や具体的取組が法定化されているわけではございませんでしたので、都道府県の

運用に委ねられている部分が大きく、実際に各都道府県における医師の確保状況に関する分析、対策又はその目標の設定につきましても非常にばらつきがあつたのが実態でございます。

今回の法案におきましては、全国における医師確保対策の実効性を強化するために、客観的で全国統一的な数字であらわされる医師偏在指標を導入いたしました。P D C Aサイクルに基づく対策の評価、改善が行われるように考えております。

したがしまして、都道府県内における医師の確保方針、医師の偏在の度合いを踏まえた医師確保の目標、地域ごとの目標の達成に向けた施策内容、こういう一連の方策を医師確保計画に記載をいたしまして、これを明確に法律上各都道府県が行う事務と位置づけた上で、医療計画は六年でございまして、この医師確保の対策につきましては、三年ごとに計画の実施状況を把握し、計画の見直しを行っていただくこととしております。

ただし、都道府県によりましては、地域の医師確保が喫緊の課題ということで、三年の定期的な見直しだけではなく、計画期間中においても、必要に応じて、医師の確保状況を把握し、実態に合わせて目標を見直した上で、さらなる必要な対策を講じていただきたいと考えております。

いずれにいたしまして、私も厚生労働省といたしましては、各都道府県の取組状況についてしっかりとフォローアップをし、このP D C Aサイクルが機能するように力を入れてまいりたいと思ひます。

○串田委員 医師の偏在問題を解消するというのが喫緊の課題だというのは、きょうの参考人の方も皆さんおっしゃられていたわけですが、そのうちの一つの解決策といひますか、今の段階で非常に有効であると思ひましたのは、猪口参考人が総合医という提案をされておられました。

これは、診療科目が非常に多岐にわたる中で、欠けている部分というのは医師がいないうこととなるんでしょうけれども、総合医というの

は、厚生労働省がしっかりとイニシアチブをとるべきであること、国民にとってわかりやすい実効性のある取組を検討すべき、こういった意見もいただいているところでありますので、先ほどの事例などを一つの優良な事例として、それを周知させる等々によって取組の拡大を図っていく、また、医師の働き方改革に関する理解の促進について全国的な機運の醸成を図っていく、こういったことに行政がしっかりとかわっていく必要があると思います。

厚生労働省においても、具体的な枠組みをこれから検討させていただいて、保険者や企業、団体等々の関係者の御協力もいただきながら、こうした機運の醸成、あるいは国民の理解を一層得るべく努力をしていきたいと考えております。

○串田委員 国と地方としっかりと連携をして、実りある結果を出していただきたいと思います。
 ありがとうございました。

○高島委員長 以上で本案に対する質疑は終局いたしました。

○高島委員長 これより討論に入ります。
討論の申出がありますので、これを許します。
高橋千鶴子君。
○高橋千鶴子委員 私は、日本共産党を代表し、医療法・医師法改正案に反対の討論を行います。
日本の人口千人当たり臨床医師数は二・四人

で、OECD加盟国平均の二・九人を下回り、絶対的な医師不足であることをまず指摘しなければなりません。これは、政府が長年にわたり、医師が過剰になるとの想定で、閣議決定により医学部の定員抑制を行ってきた結果であり、国民からの強い要望を受けて医学部の定員増が図られたのは

二〇〇八年になってからです。そして、臨床研修を終え、医師として働けるようになったのはようやく二〇一六年になってからです。

本法案の趣旨は、地域間の医師偏在の解消を通じて地域における医療提供体制の確保、医療計画における医師の確保等とされています。過疎地な

どの医師不足は極めて深刻であり、その解消のために地方自治体は大変な努力を払ってきました。しかし、本法案は、そうした地方自治体の努力に水を差すことになりかねません。

まず、本法案では、地域医療構想の達成を図るための都道府県知事等の権限が追加されました。

二〇一四年に成立した医療介護総合確保推進法では、都道府県は、医療機関の病床を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床機能に分け、地域医療構想と医療計画を策定し、四つの病床の必要量を設定することとされました。その際、都道府県知事は、病床の増設、開設の中止を公的医療機関には命令でき、その他の病院には勧告し、従わない場合には各種補助の対象としないなどの措置がとれる権限が付与されました。

本法案は、病床削減について、現在の既存病床数と基準病床数の関係だけでなく、現在、基準病床数を下回っているも将来の必要病床数に達している場合には新規開設、増床の申請があっても許可を与えない等、一層病床削減を進めるために、都道府県知事の権限が強化されました。

委員会で指摘したように、地域医療の不採算部門を担ってきた公立病院等が、新公立病院改革プランや公的医療機関等二〇二五プランを地域医療構想に合わせて修正すべきとされました。地域医療構想の目標達成のための標的にされ、病床削減やさらなる統合を迫られることは明らかです。その病床削減の受皿は、在宅医療、介護などの地域包括ケアシステムに担わせるものであり、社会保障削減のために、公的責任を投げ捨て、家庭と地域に丸投げすることは認められません。

また、医師の確保もこうした病床削減の計画に合わせることであり、抜本的な医師不足の解消にはなりません。医師の働き方改革は題目だけで、もともと過労死ラインを超えた過重労働が多い医師の現状を改善するものです。

本日の参考人質疑でも指摘があったように、勤務医の勤務先選択の自由が制限されざるを得ないという問題、外来医療についても診療所の開業規

制につながるおそれもあるなど、まだまだ議論は尽くしておりません。

以上、問題点を指摘し、討論いたします。

○高島委員長 以上で討論は終局いたしました。

○高島委員長 これより採決に入ります。

内閣提出、参議院送付、医療法及び医師法の一部を改正する法律案について採決いたします。

本案に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○高島委員長 起立多数。よって、本案は原案のとおり可決すべきものと決しました。

○高島委員長 この際、本案に対し、赤澤亮正君

外四名から、自由民主党、立憲民主党・市民クラブ、国民民主党・無所属クラブ、公明党及び日本維新の会の五派共同提案による附帯決議を付すべしとの動議が提出されております。

提出者より趣旨の説明を聴取いたします。赤澤亮正君。

○赤澤委員 私は、自由民主党、立憲民主党・市民クラブ、国民民主党・無所属クラブ、公明党及び日本維新の会を代表いたしまして、本動議について御説明申し上げます。

案文を朗読して説明にかえさせていただきます。

医療法及び医師法の一部を改正する法律案に対する附帯決議(案)

政府は、本法の施行に当たり、次の事項について適切な措置を講ずるべきである。

一 医師偏在対策を進めるに当たっては、医療の高度化と専門分化、医療安全対策、医師の働き方改革、新たな専門医制度など、今後の医療の供給に影響を与え得る事項を総合的に勘案した上で、関係者の意見を尊重しながら、実効性ある対策を継続的に講ずること。

二 地域における医療提供体制の確保については、居住する地域によって受けることができ医療に格差が生じないよう配慮し、医療従

事者の過度の負担に依存するのではなく、限りある医療資源を有効に活用するとともに、その課題認識が社会において共有されるよう必要な対策を講ずること。

三 病院勤務医の夜間・休日勤務や待機時間の実態を調査した上で、医師等の過労死・過労自殺等を防止する観点から、医師の地域偏在解消に向けた対策を強力に推進すること。

四 外科、産婦人科、小児科、救急等の医師が不足する診療科の勤務医に対する勤務環境改善を更に促進すること。また、特に医師が不足する診療科の女性医師に対しては、出産・育児等のライフイベントについて特段の配慮が行われるよう必要な措置を講ずること。

五 大学病院の大半が高度の医療の提供等を目的とする特定機能病院であることに鑑み、勤務する医師が経営上の観点から本来担うべき役割に専念できないような事態が生じないよう、大学病院に対する財政上の措置を含む適切な支援を行うこと。

六 医師の地域間及び診療科間の偏在を是正するため、平成二十八年以降に新設された医学部を卒業した医師に対して、その創設の趣旨に則った進路が選択されているか検証すること。

七 過疎地域等の医療を守るため、関係地方自治体と協議の上で、自治医科大学医学部の入学定員の更なる拡充を促すよう必要な対応をとること。

八 医師が不足している地域においては看護師等の医療従事者も不足していることが多くと考えられることから、当該地域においては医師以外の医療従事者の実効性ある確保策も同時に講ずること。また、医師がその高度な医学的専門性を発揮し、本来担うべき業務に専念できるよう、抜本的なタスクシフトを進めるための具体的取組を検討すること。

九 医師少数区域等で勤務した医師に対する認定の創設に当たっては、認定を受けた医師や

医師派遣の要請に応じて医師を派遣する病院に対する効果的な経済的インセンティブの付与について検討すること。

十 都道府県が医師少数区域等を設定するための医師偏在指標を定めるに当たっては、地域住民の年齢構成の推移、患者の流入入の状況、昼夜人口の変化など、地域の実情やニーズを適切に反映する客観的なデータをを用いて検討を行うこと。

十一 都道府県の地域医療対策協議会の機能強化及び外来医療の提供体制を協議する場の新設に当たっては、地域医療構想調整会議等の既存の会議と並立して非効率に陥ることのないよう配慮し、都道府県に対して既存の会議との一体的な運用を促すこと。

十二 地域医療対策協議会の運営が円滑に行われ、都道府県の医師確保対策が実効性のあるものとなるよう、同協議会の運営を支える都道府県の組織の機能強化などについて必要な支援を行うこと。

十三 医師偏在対策は大学医学部における医師養成段階から実施すべきものであることから、厚生労働省と文部科学省が連携して具体的施策を検討し、実施すること。

十四 地域医療に志のある学生の入学を推進し、地域枠の医師を当該地域に確実に定着させる観点から、地域枠については、地域枠以外の入試枠と峻別した上で学生の募集を促すことによつて必要な地域枠学生の確保が確実にされるよう、厚生労働省と文部科学省が連携して大学及び都道府県に対して必要な対応を行うこと。

十五 専門医制度を運営する一般社団法人日本専門医機構については、特に専門医の質の維持向上を図るため、その独立性に配慮すること。

十六 厚生労働大臣が一般社団法人日本専門医機構に対し意見を述べ又は必要な措置を要請した場合には、速やかにその内容を公表する

こと。

十七 平成三十年度に開始した専門医制度については、医療を受ける立場である国民の視点に立ち、国においても地域医療への影響と専門医の質との両面から検証を行い、一般社団法人日本専門医機構等と協力し、必要な対応を行うこと。

十八 専門医制度については、プロフェッショナルオートノミーに十分に配慮しつつ、国も医療提供体制の確保等を図る観点から、適切にその責任を果たすこと。

十九 医師偏在対策に携わる都道府県職員が医療政策に精通し、医師養成を行う大学や地域の医療機関等と協力・連携しながら地域の実情に即した対策を進めることができるよう、都道府県に対し適切な支援を行うこと。

二十 地域における外来医療の需要は短期間で大きく変化し得ることから、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項について行う調査、分析及び評価は、地域の実情に即し、六年を待たず都道府県が主体的に実施できるようにすること。

二十一 地域医療構想の実現に向けては、地域医療構想調整会議において、都道府県がその役割を発揮できるよう好事例を横展開することや、公立・公的医療機関等と民間医療機関がそれぞれ適切な役割を果たしつつ、医療機能の見直しの検討を進め、地域の実情を踏まえた構想となるよう、国として支援すること。

二十二 離島や山間部等の、医師が不足している地域や病院へのアクセスに困難を伴う地域の医療においては、遠隔医療が大きな役割を果たすことから、遠隔医療に係る規制や仕組みの在り方について、安全・安心の確保を前提に検討を行うこと。

以上であります。
何とぞ委員各位の御賛同をお願い申し上げます。

○高島委員長 以上で趣旨の説明は終わりました。
採決いたします。

本動議に賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○高島委員長 起立総員。よって、本案に対し附帯決議を付することに決しました。

この際、加藤厚生労働大臣から発言を求められておりますので、これを許します。加藤厚生労働大臣。

○加藤国務大臣 ただいま御決議になりました附帯決議につきましては、その趣旨を十分尊重いたしまして、努力してまいります。

○高島委員長 お諮りいたします。

ただいま議決いたしました法律案に関する委員会報告書の作成につきましては、委員長に御一任願いたいと存じますが、御異議ありませんか。

〔異議なしと稱ぶ者あり〕

○高島委員長 御異議なしと認めます。よって、そのように決しました。

〔報告書は附録に掲載〕

○高島委員長 次回は、公報をもってお知らせすることとし、本日は、これにて散会いたします。

午後五時十七分散会