

○石丸医事課長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから「医療従事者の需給に関する検討会 第22回医師需給分科会」を開催いたします。

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

初めに、構成員の本日の御出欠について御連絡させていただきます。

まず戎構成員、堀之内構成員、松田構成員からは、所用により御欠席の御連絡をいただいております。

今村構成員、北村構成員、山口構成員からは、途中から御出席との御連絡をいただいております。

なお、事務局の吉田医政局長、佐々木医事課長、堀岡医師養成等企画調整室長、岡部医師臨床研修推進室長、山科医事課長補佐は、ほかの検討会への出席のため、途中からの出席となりますので御了承ください。

また、事務局の人事異動につきまして、本来であれば御紹介をさせていただくところではございますが、時間の都合上、割愛させていただきたいと思っております。事務局の氏名等につきましては、配付資料2枚目の席次表を御確認ください。

次に、資料の確認をいたします。

この議事次第でございますけれども、資料1-1、1-2、2-1、2-2、2-3、3と6つ束がございます。それから、参考資料もつけてございます。不足する資料、乱丁・落丁ございましたら、事務局にお申しつけください。

では、本日は開会に先立ちまして、審議官より一言、御挨拶申し上げたいと思っております。

○迫井審議官 局長の吉田がおくれておりますので、私かわりまして審議官の迫井でございますけれども、開催に先立ちまして一言、御挨拶をさせていただきたいと思っております。

まずもって初めに、昨年12月に取りまとめいただきました第2次中間まとめを踏まえまして、御案内のとおり医療法及び医師法の一部を改正する法律につきまして、本年7月に通常国会で成立をいたしましたので、そのことを御報告申し上げますとともに、改めて御礼を申し上げたいと思っております。

今回以降、この新しい法律の施行に基づきまして、再び医師偏在の対策について御議論をいただきたいということで、今回、御開催とさせていただくこととございます。構成員の皆様方におかれましては、この検討に非常に長い間、私自身も前職、前々職で計画課長をやっておりましたが、そのときからずっと一貫してお世話になっておりますので、改めて引き続きの御支援と御協力をお願いしたいと思っております。

御専門の立場から、忌憚のない御意見をいただきまして、活発な御議論をいただき、よりよき政策の糧とさせていただきたいと思っております。

開催に先立ちまして、一言御挨拶を申し上げます。どうぞよろしく願いいたします。

○石丸医事課長補佐 それでは、ここでカメラは退室をお願いいたします。

(カメラ退室)

○石丸医事課長補佐 以降の議事運営につきましては、片峰座長にお願いさせていただきたいと思っております。片峰座長、よろしくお願ひいたします。

○片峰座長 皆さん、こんにちは。先だつての5月に第3次中間まとめというものを出しまして、それ以来の開会となります。引き続き進行役を進めさせていただきますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

5月の後、7月に、昨年12月に本分科会でまとめました第2次中間まとめを骨子とする医師法、医療法の一部改正案が国会で可決いたしました。したがひまして、きょうからの議論は、その改正法の実効性を担保するために、どうしても決めておかなければいけないことがあると思ひます。そういう観点から御議論をお願ひすることになるのだらうと思ひます。引き続き活発な御議論をお願ひしたいと思ひます。

それでは、議事を進行させていただきますが、本日の議題は「(1)今後の議論の進め方について」「(2)医師偏在指標等について」「(3)医師少数区域、医師多数区域の設定等について」の3つであります。

最初に議題「(1)今後の議論の進め方について」であります。それでは、事務局から資料について御説明をお願ひいたします。

○奥野地域医療計画課長補佐 ありがとうございます。地域医療計画課の奥野でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

まず資料1-1をごらんいただければと思ひます。「医療法及び医師法の一部を改正する法律の成立及び施行について」という資料でございますが、おめくりいただきまして2ページ目が御案内のとおり、法律の概要ということで載せさせていただいております。これまで法案の概要だったものが法律の概要ということで案がとれておりまして、本当に成立いたしましたことを重ね重ね御礼申し上げます。

この法律につきましては、成立に至るまでの経緯を3ページ目に記しておりますが、3月13日に閣議決定をいたしまして、その後、参議院先議で審議をいただいております。4月から審議に入りまして、5月に可決いたしました。その後、衆議院に行きまして7月に審議入りをして、無事に7月中、先国会中に成立をしたということでございます。共産党を除き、野党も賛成ということで、ほぼ全会一致で賛成をいただいたということで、非常に濃密な審議をいただいたとともに、参考人としてお立ちいただいた構成員の皆様には、重ね重ね御礼申し上げたいと思ひます。

中身につきましてもう説明申し上げませんが、4ページ目、5ページ目以降、参議院及び衆議院におきまして附帯決議がなされた内容を記しております。本日の議論につながるような内容も書かれておりまして、例えば4ページ目の参議院の附帯決議において、7ページ目などで偏在指標を定めるに当たっては、さまざまなデータを用いて検討を行うことですか、その前でございますが、認定の創設あるいは9番目の養成段階の厚生労働省と文部科学省が連携をして施策を講じていくことなどなど、これからの検討に係るようなことも附帯決議がなされているという状況でございます。

7 ページ目に記しておりますのが施行スケジュールということで、できるだけ早く偏在対策を行っていくために、なるべく準備期間をできる限り短くということとあって、施行時期を定めております。本日議論を行いますのが、主な改正内容の2番目の医師確保計画の策定というところになります。これは31年度4月施行ということで、年度末に向けて御議論をいただきたいということで、スケジュールは後ほど御説明をさせていただきます。

8 ページ目をごらんいただきまして、今後、施行に際し検討が必要な事項ということとまとめております。あくまでも法律におきましては、枠組みということを基本的に示させていただいてございますので、具体的な肉づけというのは今後の議論がかなり大事になってくるわけでございます。基本的には主な改正内容に書いてある事項、この医師需給分科会におきまして御議論をいただきたいと考えておりますが、例えば臨床研修病院指定の具体的な事務手続の内容は医道審議会医師分科会臨床研修部会のほうで、あるいはその他の関連する事項といたしまして、都道府県の人材養成の関係につきましては総務省あるいは都道府県などが御参画いただいております中央医療対策協議会という場を設置いたしまして、そちらで議論をいただくことを考えております。

参考資料としてつけてございますが、中央医療対策協議会の開催要項あるいはメンバーについてつけさせていただいておりますが、こちら御参考ということで後ほど御参照いただければと思います。

今後の進め方につきましては、資料1-2にまとめさせていただいております。基本的に施行時期につきましては来年4月、来年度からというものが多ございますので、その項目につきましては年度内に議論を終えて、都道府県にその後、具体的な議論をいただく必要がございます。このため、年度内の取りまとめに向け、できるだけことし内に開催頻度を高くして議論を進めていきたいと思っております。

本日は先ほど座長からもお話がありましたとおり、医師偏在指標や医師少数区域、多数区域あるいは診療科別必要医師数などについて御議論をいただく。次回以降、さらにその議論を深めていただくとともに、地域枠や地元出身者枠の話あるいは外来医療提供体制や認定医についての御議論をいただきまして、年度内に取りまとめということと進めたいと考えております。こちら事務局案として御提示をさせていただいている次第でございます。

簡単ではございますが、事務局からの説明でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、今後の議論の進め方について御議論いただきたいと思っております。どなたからでも御質問、御意見があればどうぞ。よろしいですか。

中央医療対策協議会というのは、このために新たにつくられた協議会ですか。

○奥野地域医療計画課長補佐 この都道府県の人材養成のために立ち上げたものでございます。

○片峰座長 よろしゅうございますか。

それでは、次に議題「(2) 医師偏差指標等について」「(3) 医師少数区域、医師多

数区域の設定等について」の順に御説明いただければと思います。資料2と資料3について、まず一通り御説明いただいた後に、テーマごとに2つに分けて御議論をいただきたいと思います。

それでは、事務局よろしくお願いたします。

○松本地域医療計画課長補佐 地域医療計画課でございます。

引き続き、資料2に基づきまして御説明をさせていただきます。

資料2-1が「医師偏在指標について」でございます、順に御説明をさせていただきます。

まずおめぐりいただきまして2ページですが、先ほど御説明した法律の概要ですが、改めまして2のところが今回、御審議をいただきたいところでございます。

3ページですが、来年4月1日施行で、それまでに指標の策定が課題となっております。

4ページは、今までの分科会にもお示しをしている内容でございますが、左側の赤枠のところをごらんいただきまして、医師偏在指標をなぜ導入するかという背景でございます。今まで基本的には人口10万人対医師数というものを指標として検討を行ってまいりましたが、さらに詳細にということで以下の5点、人口構成ですとか患者流出入、へき地等の地理的条件。また、医師側の要素として性・年齢構成ですとか、区域や診療科ごとの偏在の状況が反映されたものをつくってはどうかというところでございます。

これらの新たな医師偏在指標でございますが、5ページに、どのような使い方をするかというところをおさらいで載せております。大きく3本の柱がございまして、1つ目の柱が医師確保計画における目標医師数の設定でございます、三次医療圏、二次医療圏それぞれこの指標を使って目標医師数をつくっていくということが1点目でございます。

2点目は、医師少数区域、多数区域を設定するというところに偏在指標を使うわけですが、それをさらにどういうふうにするかというところ、以下、5本の柱で述べております。

1点目は、偏在指標に基づきまして医師の派遣調整をするという点。2点目は、派遣を行った際に必ずキャリア形成を担保するという点、プログラムをつくるという点。3つ目が、派遣した先でも必ず勤務環境を改善して、働き方を担保していただくという点。4つ目が、少数区域で働いたことを認定するというところ。最後5つ目が、これらの指標を用いて臨床研修病院の定員を設定するというところ。これが少数区域、多数区域の設定の使い方でございます。

最後でございますが、大学医学部における地域枠及び地元枠の設定に使うというところが3つ目でございます。

6ページ目は、今、申し上げた柱についてどのような単位で指標を使うのか。あと、指標の設定時点でございまして、一覧にさせていただきます。基本的には足もと直近、現時点の指標を使っていくということでございまして、大学医学部の地域枠、地元枠の設

定につきましては長期の視点が必要ですので、こちらにつきましては将来時点の指標を用いて検討を行うということでございます。この将来時点というのは、このまま追加的に偏在対策を講じなかった場合の将来予測に基づくものでございます。

以上が使い方でございますけれども、それでは、医師偏在指標の中身についてどのようなものにするかというところで詳細でございますが、おめくりいただいて8ページ、再び同じ資料でございますが、左側の赤のところにある5つのポイントについて順に検討いただきたいと思っております。

9ページが第2次のまとめからの抜粋でございます、同様の記載がございます。

10ページでございますけれども、今回の法案審議における附帯決議の中でもさまざまなデータを用いるというところでございまして、特に新しい概念としましては昼夜の人口差というところの指摘も国会でいただいているので、これらについて詳細な検討をしていくというのが11ページ以降でございます。5本のポイントに沿って1つずついきたいと思っております。

1つ目は人口構成というところでございます。12ページをごらんいただきまして、こちら都道府県別に年齢構成をお示ししたのですが、高齢者人口、65歳以上につきましては秋田県と沖縄県で14ポイントの差があるということで、人口構成にはかなりの差があることを確認いただきたいと思っております。

13ページは、男女比を都道府県別に比較したもので、3%程度の差があることが見てとれると思っております。

なぜ性や年齢構成が大事かと申しますと、14ページをごらんいただきまして、実は人口一人というのは同じような受療行動をしておりませんで、年齢や性別によって受療率が異なります。特に15歳未満の小児ですとか高齢者につきましては病院に行くことが多いということで、受療率がかなり高いということでございます。また、20代から30代にかけては女性の受療率が比較的高いことが見てとれると思っております。

15ページ、これらにつきましては人口構成が異なるということが課題でございますけれども、人口10万人対医師数では考慮できていなかったところでございますが、新しい案としまして下のところがございますけれども、年齢調整、性の調整を行うということで、地域ごとの医療需要について標準化受療比というものをを用いて調整を行ってはどうかということでございます。中身としましては、5歳階級性別ごとの受療率を当該地域の人口に掛けまして受療比というものを示して、10万人対ということで比をとるところでございます。これが性・年齢の調整方法の案でございます。

16ページ以降でございますが、こちらは流出入、人口の移動についての調整でございます。まず1つ目は、昼と夜の人口差についてというところで16ページをごらんください。こちら昼の人口と夜の人口を国勢調査の中で出ているもので比較したものでございまして、赤のところは昼にふえているところでございます。青のところは一定数以上、昼に減っていくところでございまして、東京では240万人増、埼玉県では81万人減というところで、か

なりの移動が生じているところがございます。

17ページの資料は、昼と夜の差を仮にそのまま人口を使って10万人対医師数にしてみたという資料でございます。かなりの移動があるというところをごらんいただくための資料でございます。これは試みの計算ということで参考にさせていただきたいのですけれども、人口が昼に減れば人口10万対医師数は多くなるということで、奈良県については27ポイント増、東京については46ポイント減というところで変化がございます。

対応でございますが、18ページをごらんいただきまして、課題の2つ目でございますように、人口10万人対医師数は昼夜の人口差が考慮されておられませんので、論点のところでは御提示をしていますように、どのように考えていくかということで、一案としまして外来診療が主であると考えられるということで、昼間の外来診療部分について一定程度反映してはどうかという案でございます。

続きまして19ページ以降でございますが、ここからは昼夜ではなくて純粋な患者の流入についてでございます。

19ページにお示しをしておりますのは、過去、地域医療構想によって考え方はどうだったかということのおさらいでございますが、1つ目の四角でございますように、医療需要については患者住所地を起点としまして、その後、流入のデータを都道府県にお示しをして、流出入が大きい場合は都道府県同士で調整をするというような考え方になってございました。

20ページは、患者調査をもとに実際の流入入について見てみたものでございますが、下側、県別にデータが載っております。左半分、右半分がございます。左半分は流入、流出の患者数の実数でございます。右側はそちらを流入率と流出率にしてみたものでございます。流出率の最大につきましては埼玉県の10.4%、赤くなっております。流入の最大につきましては東京の10%ということで、1割程度の患者が動いていることがわかるかと思っております。

21ページ、対応としましては、課題として今、申し上げましたように人口10万人対医師数では流入入が考慮されておられませんので、論点としましてどのように考慮していくかということをお検討いただきたいのですけれども、案としましては地域医療構想における推計方法を参考にしまして、まずは患者住所地をもとに算出をしてはどうかと考えております。それだけではなくて、現状の流入入につきまして都道府県または二次医療圏について情報を提供した上で、都道府県で調整を行っていただくというふうな案にしたいと考えております。この場合、調整方法についてどのように考えるかということについてもあわせて御検討いただければと考えております。

22ページ以降は、へき地等の地理的条件についてということでございます。

まず22ページにお示ししているのは、現在のへき地保健医療対策における無医地区すとか準無医地区の定義でございます。一定程度、過疎の条件を満たしたところにつきまして無医地区や準無医地区ということで指定を行いまして、医師の派遣等を行う対策をとつ

てございます。

22ページの一番右下、濃い四角の中にへき地診療所というところもございますけれども、へき地診療所につきましては設置をいたしますと医師の派遣等を事業として行うということで、設置後は扱いとしては無医地区または準無医地区ではなくなるものの、もともとの条件としては無医地区、準無医地区に準ずるところであることを記載しているものでございます。

一方、23ページをごらんいただきますと、例えば一番左の無医地区、準無医地区を含む二次医療圏の割合というグラフをごらんいただきたいのですが、こちらは二次医療圏、300強ございますが、これを人口10万人対医師数が多い順に上から20個ずつ並べておまして、その1～20位1つごとのセルに、その中のどのぐらいの割合が1個以上の無医地区または準無医地区を持っているかというのをあらわしたものでございます。100%というのは、要はその20個のうち、20個全部が無医地区または準無医地区を持っているということをおろすグラフになります。これを見ますと人口10万人対医師数がかなり多い領域にも無医地区、準無医地区がほぼ同じような割合で含まれる。1つ以上の割合ということで実態の数は違ったりするのですが、いずれにしても医師多数の区域と考えられるところにも無医地区、準無医地区が存在することが確認いただけると思います。

24ページに対応方針が書いてございますが、論点のところに繰り返しございますように医師少数区域ではないとされるところにも無医地区、準無医地区はございます。矢印より下にございますように、実は今回の医療法においては、医師少数区域以外にも厚生労働省令で定める区域を医師の確保を特に図るべき区域と定義することができます。それについては重点的な医師派遣等の対策の対象となるということでございます。

こちらにつきまして、医師少数区域は当然、確保の対象になるわけですが、医師少数区域以外の二次医療圏の場合、無医地区、準無医地区を含むわけですので、そのようなところについて一定の対応を検討してはどうかというところでございます。どのぐらいということに関しては御議論をいただきたいと考えています。

さて、これまでは患者側の要因ということですが、25ページ以降は医師側の要因ですが、25ページは医師の年齢の違いを都道府県にお示ししたもので、高齢の医師がいるところと若い医師が多いところというのは、かなりの差があるということをお示ししております。

26ページは男女比でございまして、人口の男女比よりも大きく異なっているというところで15ポイントの差があることが見てとれると思います。

27ページはこちらの検討会ではおなじみの資料でございますけれども、医師側の性別、年齢階級ごとの平均労働時間をお示ししたものでございます。

28ページでございますが、なぜこのような議論をしてきたかということでまとめておりますけれども、医師の性・年齢には地域差が大きくございます。また、医師の性・年齢によって平均労働時間はかなり異なるということで、人口10万人対医師数ではその違いは考

慮されていないというところでございます。

案としましては、こちらの性・年齢の構成の違いを需給推計のときと同様に労働時間で重みづけて計算してはどうかというところが案でございます。

続きまして29ページ以降でございますが、こちらは入院、外来の区別でございます。左側の円グラフをごらんいただければと思いますけれども、全患者の5割程度が無床診療所の外来患者ということで、外来のウエートというのは引き続き大きいわけでございます。

30ページは、無床診療所の医師数が病院診療所の全体の約3分の1を占めるものですか、無床診療所の新たな開設というのは、都市部のほうが多いというところが事実関係としてございます。

31ページは対応方針なのですが、入院、外来について分けて見ていくべきだという強い議論をこちらの分科会でもいただいているわけですが、論点のところにございますように、対応方針としましてはまずは診療所のほうの現状分析を行うことの御提案でございます。ただし、今後、今回の法改正の柱にもございますように、外来医療機能の不足、偏在について場を設けさせていただきたいと考えておりますので、そちらの際にあわせてやるということで、つまり後日ということではいかがかと考えております。

32ページ以降でございますけれども、今度は診療科別の医師偏在についての議論でございます。診療科別に医師のふえ方というのは過去、かなり異なってきたということでございますが、産科、婦人科、小児科の場合にかなり増加割合が少ないということ、この検討会でも何度か触れさせていただいたところでございます。

一方、33ページでございますが、医療計画の中に5疾病・5事業という特に力を入れている領域がございますけれども、5事業の中に周産期、小児については特出しをされておりました、推進を図られているところでございます。

34ページ、35ページは、周産期医療体制について医療計画の内容から抜粋をしております。

36ページは、小児医療の医療計画の内容でございます。

37ページを続いてごらんいただきますと、こちらは15歳から49歳の女性人口1,000人に対する1カ月の分娩件数でございます、地域差がかなり大きいというところが見てとれるかと存じます。

38ページ、一方、分娩の分布とはまた異なる地域差がございます。これは医師数のほうなのですけれども、15歳から49歳までの女性人口と産婦人科の医師の割合というのは、分娩に対するものとまた異なる分布をしているということですか、医師の中での産婦人科の割合というのは分布が異なっているということでございます。

39ページは小児科についてでございますが、こちらにもまた違う分布をしているところが見てとれるかと存じます。

40ページは診療科別の医師の労働時間、特に60時間以上働いている先生の割合でございますが、やはり産婦人科、小児科については外科、救急並みの残業の状況となっております。

ます。

これらの議論をどのようにまとめるかということですが、41ページをごらんください。もともとこちらの検討会でも、また、国会審議でも医師偏在の状況を診療科別に示すべきではないかという強い指摘を再三いただいております。一方、診療科偏在の分析をするためには、診療科と診療行為等の対応を明らかにしていくということで、かなり精緻な議論が必要であることもまた事実でございます。

一方、下の3つの点、周産期、小児につきましては、1つ目の点で申し上げているように、医療計画上、重要であるということと、2点目、重要である割に医師の増加割合が少ないということ。また、3つ目、医師の全体の分布とは医療需要、人口当たり医師数の分布というのは小児、産婦で異なっていることから、新たな指標が必要ではないかというところでございます。

論点のところに対応がございませうけれども、1つ目の矢印、基本的対応でございませうが、こちらについては全体の話でございませうけれども、診療科と疾病、診療行為の対応を明らかにすることがまず前提として必要ですので、これには時間がかかるということでございます。時間をかけて検討した後に、きっちりと診療科別の指標を検討することにさせていただきたいと思っております。

2つ目の矢印ですが、しかし、それですと小児、産婦という喫緊の課題について対応が進まないのではないかという御指摘をいただいておりますので、特に必要性が高い産科、小児科については、暫定的なこの2つの科だけの診療科別偏在指標を示しまして、来年度からの都道府県の医師確保計画に間に合わせて活用していくことが御提案でございませう。

これらの暫定的な指標につきましては2つの診療科だけですので、診療科間偏在を調整できるものではないということをお認めいただきたいと思います。なぜならば、診療科間の偏在を調整するには常に診療科分の指標が必要だということでございます。また、暫定的な指標につきましては、これをつくることで逆に小児科、産婦人科に負担を与えることがないように、医師確保計画の内容に留意をする必要があるということと、当面は医師確保計画並みに活用することとしまして、医師養成の定員設定には用いないというのが適当ではないかと考えております。

これらの議論を整理いたしましたのが43ページと44ページに整理をして載せているところでございます。

44ページは計算式のみを示しておりますので、へき地への対応ですとか流出入ですとか昼夜人口の調整につきましては検討するけれども、計算式の中には載っていないということでございます。

続きまして、資料2-2でございませうけれども、今、申し上げた産科、小児科の医師偏在指標の内容について、少し基本的な考え方を整理したいと考えております。

2ページは今、申し上げた整理表でございませうので、3ページをごらんいただきまして、産婦人科、小児科の診療行為と診療科のひもづけでございませうけれども、こちら上のとこ

ろに産科の場合の診療行為と診療科のひもづけ例が載っております。レセプトを見ますと帝王切開につきましては産婦人科での実施がほとんどということで、ひもづけが一定程度明確でございます。下のところに簡易な結果処置の例が載っておりますが、さまざまな科で診療されていて、帝王切開のほうがはるかにわかりやすいということでございます。

4 ページは先ほど申し上げた、女性人口に対する分娩件数の比が異なるというところでございます。

5 ページは、出生時の母の年齢の分布でございます。母の年齢と出生に関しては一定の相関等は見られませんので、こちらに関して勘案しなくていいのではないかと考えております。

6 ページにまとめた基本的な考え方をお示ししておりますけれども、産科の医療需要につきましては、地域ごとの15歳から49歳女性人口当たりの分娩数を用いて考えてはどうかということでございます。

医師側の要因でございますけれども、産科医師の年齢の地域差についても平均労働時間等が異なると考えられることから重みづけを行うことを基本にして、専門家の御意見も踏まえながら指標の詳細を詰めていきたいと考えております。

7 ページは小児科の需要と診療科のひもづけでございます。産婦人科ほどではないのですけれども、算定している診療科、治療行為を行っている診療科がある程度明確であるというところで、一番左の乳幼児時間外につきましては小さいお子さんの救急ですので皮膚科、耳鼻科等の受診も一定程度ございますが、右側、かかりつけ外来診療料につきましては内科、小児科での算定ということで、ある程度絞りやすいということでございます。

下のところに考え方をお示ししておりますけれども、一定程度の需要は勘案可能ではないかということで、15歳未満の受療率から把握した受療を一定程度、小児科に割り振ることが考え方として可能ではないかと考えております。

8 ページは再掲ですが、15歳未満の小児でも、小さいお子さんのほうがより受療をしていることが見てとれるかと存じます。

9 ページですけれども、医師偏在指標、小児科版の基本的考え方につきましては、年齢ごとの受療率を踏まえながら、15歳未満の人口を小児の治療として考えるということの基本にしてはどうかと考えております。

2つ目のポツですが、小児科に限らず、受診は見られますけれども、一定の割合について小児科医が対応していると考えて対応を行ってはどうかと考えております。また、医師側の性・年齢構成等の調整についても、労働時間等で重みをつけていくことで考えてはどうかと考えております。

資料2-3については、医政局医事課からの御説明とさせていただきます。

○石丸医事課長補佐 続きまして、医政局医事課でございます。

資料2-3を御説明させていただきます。

先ほど産科、小児科の医師偏在指標がありましたけれども、将来の診療科ごとの医師の

需要の明確化ということで、ほかの診療科も含めたものというところもまた議論する必要がありますので、こちらも御説明をさせていただきたいと思えます。

まずおめぐりいただきまして1ページですけれども、現状の診療科の選択方法ということですが、基本的に医師は臨床研修終了後に自主的に主たる診療科を選択しているような状況でございます。

2ページ目、こちら何度も出している資料ですけれども、新たな専門医制度の基本設計というものになります。

3ページ目、先ほどもございましたが、医師全体として平成6年を起点とすると平成28年まで、およそ1.4倍くらいまで増加をしておりますけれども、下のほうの外科ですとか産科、産婦人科等々、余りふえていないところがございます。

4ページ目は診療科と労働時間との関係ですが、労働時間が相対的に長い診療科の多くは構成比が減少している傾向がある。一方、相対的に短い診療科は構成比が増加する診療科と減少する診療科が見られるという資料になっております。4～6ページは、その一覧となっております。

7ページ目、これも先ほどございましたけれども、実際に勤務時間60時間以上の診療科別の割合ということで言うと、診療科ごとにばらつきがあるという状況になってございます。

8ページ目、現状この専門研修、臨床研修との関係になりますけれども、臨床研修終了後、9割以上が調査によりますと専門研修を行う予定であるということになっております。そして、専門医取得を希望する診療科の傾向というところ、これは4年分、各診療科を並べておりますけれども、4年間余り変わっていないという状況があります。

9ページ、これはこれでの議論のおさらいとなりますが、現在、現状の課題としまして医師数は継続的に増加しておりますけれども、それは一部の診療科にこの増分が集中をしている。それから、診療科ごとの労働時間にも大きな差が存在をしていることがございます。一方、現行では診療科別の医師のニーズも不明確であるということで、臨床研修終了後に自主的に主たる診療科を選択しているような状態である。それから、新専門医制度においても診療科偏在の是正策というのは組み込まれていないということ。それから、医師が将来の診療別の医療需要を見据えて適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要ではないかという御議論をいただいております。

そして、この第2次中間取りまとめにおいて、鍵括弧で囲んでおりますけれども、医師が将来の診療科別の医療ニーズを見据え、適切に診療科を選択することで、診療科偏在の是正につながるよう人口動態や疾病構造の変化を考慮した診療科ごとに、将来、必要な医師数の見通しを国全体、都道府県ごとに明確化し、国が情報提供すべきであるとされているところでございます。

10ページ、これも一部既に議論をしているところでございますが、実際に将来の診療科ごとの医師の需要を明確にするに当たっての具体的な手順の案となっております。さま

ざま考慮すべき要素というところ、こちらも産科、小児科等々、共通でございますけれども、診療科ごとの医師の需要を決定する代表的な疾病、診療行為を抽出して、診療科と疾病診療行為の対応表を作成するところがまず大きな作業になってくることとなります。その次に、それを踏まえて現状の医療の姿を前提とした人口動態、疾病構造変化を考慮した診療科ごとの医師の需要の変化を推計するというようなこととなります。

その後、これは将来の課題となりますけれども、将来の医師等の働き方の変化ですとか医療技術の進歩等々、こういったことも定量的なデータが得られた時点で順次、需要推計に反映をさせるというような手順としてはどうかということでございます。

具体的な対応案でございますけれども、この将来の診療科ごとの医師の需要の明確化に当たっては、特に診療科と疾病、診療行為の対応表等を作成するために必要なデータの整理を行う必要がありますので、まずは事務的にこうした整理を行った上で、具体的な議論を行うこととしてはどうかということでございます。

資料2-3の説明については以上でございます。

○松本地域医療計画課長補佐 それでは、資料3「医師少数区域、多数区域の設定等について」の御説明をいたします。

2ページは少数区域、多数区域の設定につきまして、先ほど御説明を申し上げたように、5つの使い方がございますけれども、少数区域、多数区域、医師偏在指標の中でどれぐらいのものが当たるのかというところを決めて、このような使い方をするというところでございます。

3ページ、詳細に関しては施策を決めてから、この場で再度御議論をいただきたいと思っておりますが、確認でございますが、1つ目の四角ですが、医療法上は都道府県は二次医療圏単位で偏在指標に対する基準に従って少数区域、多数区域を設定するというものがございます。この設定の方法でございますけれども、下の四角の1つ目の矢印のように、335の二次医療圏ごとに指標順に並べて比較を行いまして、上位何%を医師多数区域、下位何%を少数区域という形で、ある意味、機械的に決めていくというところが妥当でないかというところがございます。

2つ目の矢印でございますけれども、この値の定め方については詳細を決めた後の議論ではございますが、固定値を用いるまたは標準偏差から考えるなどの方法で決めていくということでございますが、この検討会で各施策の詳細について検討した上で、最終的に決定していくことではいかかかと考えております。

4ページ、医師少数区域以外の観点について先ほどへき地の話をさせていただきましたが、二次医療圏よりも小さい区域でも柔軟な対策が可能だということをお示ししてございます。2つ目の○にございますように、法律上にも明確な規定がございまして、医師の確保を特に図るべき区域ということで、医師少数区域に加えまして省令で定める区域というところを設けてございます。

3つ目の○にございますように、左下の図にもございますが、医師少数区域以外につき

まして都道府県が地域の実情に応じて設定できるように、先ほど申し上げた無医地区ですとか準無医地区、へき地診療所があるようなところを都道府県が定めることができるようにするイメージでございます。

5ページ、6ページは再掲でございますが、先ほどの御説明どおり無医地区の話、準無医地区の話と6ページ、さはさりながら医師の多数区域にもかなりの割合であるということとをどのようにお考えになるか御議論いただきたいということで、再度、資料をつけております。

長くなって恐縮ですが、こちらで資料の説明を終えさせていただきます。

○片峰座長 ありがとうございます。

非常に多岐にわたりますので、議論は3つに分けてやりたいと思います。

まずは資料2-1、偏在指標の前半が患者サイドの需要の話でした。後半が供給サイド、お医者さんの話だったので、これを2つに分けてします。それから、パート3で診療科偏在と最後の資料3、そういったことでやりたいと思います。結構タイトな時間ですが、よろしくをお願いします。

それでは、最初に資料2-1の前半、ページで言うと1~24ページの医療ニーズに関する御議論をお願いしたいと思います。どなたからでも。ございますか。どうぞ。

○永井構成員 比較的都市部の医師数とか診療科偏在の問題と、私はへき地をやっているので、へき地のほうでの医師不足という問題を大きく分けて考えないと、一緒くたにするとなかなか難しいと思うのですが、へき地の話をさせていただきますと、うちの診療所は1,100人の町で、もともと5,000人ぐらいの町だったのが診療所が全部潰れました。今やっているのは自治医大出身の先生の開業医の先生とうちだけが、2つが全ての5,000人の町を見えています。そのように愛媛県でもへき地のほうは診療所がどんどん潰れていて、ほかの地域でも全部そうだと思うのですが、無医地区が多くなる上で、今までどおりへき地診療所を1つ置いて提供するのか。

うちの市内では移動医療というか、車で医療を提供していくような取り組みが始まっています。出張診療とかどういう体制をとるべきなのかというのを、今までの医療の延長線上でやるのではなくて、無医地区に全て1人医師がいて24時間対応するという方向で、今までの自治医科大学と同じような体制でやっていくのではなくて、新たな提供体制を考えなければいけないのかなと思うのです。

例えばうちは曜日ごとに医師が泊まり込んで24時間対応で提供しています。北海道の留寿都の診療所では1週間ごとに、1人は海外に行ったり、1人は1週間ごとに都市部に戻って交代で1週間ごとにへき地の診療所を運営していたり、宮古島のほうでは鎌倉の診療所と交代で1カ月ごとに診療所をやったり、ほかにもいっぱいいろいろな体制、アイデアを持って体制をつくっているところがあるので、多様な勤務の体制とかシステムというものを全国でモデル事業とかいろいろ試してみても、都道府県にシステムを考えてもらう上でもこんなアイデアがあるというのを指し示すような、具体的に進めていかないとどうやって

いいのか、都道府県も困るのではないか。今までのあり方の延長線上でやっていたのではこの問題は解決しないのかなと思うので、そういうモデル事業も含めて全国でいろいろなアイデアを持ってやっているところを調べてみたり、モデルを指し示すことが大事になってくるのかなと思いました。

以上です。

○片峰座長 ほかに、神野先生どうぞ。

○神野構成員 今回まさに地域ごとの人口構成とか年齢構成によって掛け算していった積み上げていくということで、ようやく偏在対策が、今まで空砲が多かったのが実弾を飛ばせるのかなと思うところで高く評価しますし、方向性としてはこのような形でよろしいのではないかと思います。

ただ、へき地の無医地区の話ですけれども、人口50人が居住して4キロ未満に医者がないということになりますと、実は50人のところに開業をしてもほとんど経営的には成り立たない。それから、道路1本できると全然変わってしまいますので、高速道路でもできようものなら町まですぐ行けることになりますので、恐らくこれにもしへき地の話をするならば、今お話があったこと、あるいは地勢とかインフラ、橋とか道路とか、そこまで考える。そうなる恐らく国で細かいインフラのことまでわからないと思うので、ある程度、県等にその特性を出していただいた上で検討するような仕組みが必要なのかなと思います。

以上です。

○平川構成員 私も永井先生の考えは非常に重要だと思います。医療提供体制をきちんとイメージできないまま、人口10万に対する医師数という単純なものをベースにしてこういう計画を立てると、結局、島根県とか鳥取県とか人口が少ないところが突出してくるような傾向がほかのところでも見えてきています。ここまでのいろいろな情報が進んでくる中では、もう少しきめ細かな地区の事情を反映するような形で計画を立てていただきたいと思います。

例えば私の知り合いで、和歌山県の方がいらっしゃるのですけれども、和歌山県は和歌山市内にほとんどの人口が集中して、そこに病院も集中していて、熊野古道とか下のほうはほとんど人口がないという状況で非常に偏っています。そういうところで二次医療圏ごとに云々という話をしても余り意味がないように思いますので、ぜひもう少しきめ細かな地域の事情を反映できるような、自由度を持った仕組みを提案いただければと思います。

○福井構成員 私も総論的なことで恐縮ですけれども、現在の患者さんの受療行動が果たして理想的なものかどうか、現在の医師の専門性の分布が理想的なものかどうか、なども考える必要があります。10年、20年、30年先の理想的な診療、医療の提供体制、そして専門性に関する医師の理想的な分布も、ぜひグランドビジョンとして考えていただきたい。将来、このような医療提供体制にしたい、という理想像、目標をまず作って、その中で医師の数や専門性の分布を示していただきたい、というのが私の希望です。かつて私たち

は20年ぐらい前と7～8年前、日本全国のかなりの数の方々に健康日記をつけてもらって、1カ月間どういう症状があつて、どういう対応をとつたか調べたことがあります。効率性という観点から、改善の余地があつたように思います。受療行動への働きかけも同時にしないと、今のままで対応するのは、かなり無駄な医療提供体制になるのではないかと危惧します。

以上です。

○羽鳥構成員 ちょっと細かい話になるのですが、今、専門医機構で総合診療専門医の研修プログラムのチェックをしています。約400プログラムぐらいありますが、プログラムを確定する条件の1つとして、医師少数区域にお勤めいただくことがあります。それを少数区域、へき地に相当するか、その都道府県がこの地域は医師が不足していると認定しているかについて、機構内で調べているのですけれども、なかなかデータが厚労省のホームページにもない。そして、今、出ているのは5年前ぐらいの、松田先生が調べたものと日医総研が調べた3年前のデータのみです。もしこれだけ精緻なことをやっているなら、厚労省のホームページにアップしていただいて、我々の作業に資するようにして欲しいです。専門医機構の調査している我々にもわかるような仕組みにさせていただかないと、プログラムチェックそのものが不安定になってしまうので、よろしくお願いします。

○権丈構成員 まず確認しておきたいのは、資料2-1の4項で「人口10万人対医師数が用いられているけれども、これは物差しにはなっていない」という認識からこの話は始まっていることですね。その認識に基づいて5個の要因をこの中に組み込んでいきましょうということがスタート地点なので、人口10万人対医師数という指標をどのように工夫して現実に近づけていくかというわけですから、一歩か二歩ぐらい前進している、私は今までにない良い試みではないかと評価しております。

言葉として需要とニーズというものが混在しているのですけれども、私がかかわっていたところでは大体ニーズになっています。顕在化している場合は、良かろうが悪かろうが、提供体制の分布に応じて顕在化してしまったものは需要なので、これを政策の基準にするのはなかなか難しいということで、今ずっと提供体制の改革を進めているわけですけど、ニーズに見合った提供体制へというのがスローガンだったと思います。

したがって、ニーズの代理指標は何なのかなというときに、これは結構人口と年齢というものを基準に考えていきたいと思いますということがベースになっているのではないかと思います。

そして、年齢を調整し、人口を調整して、その部分の分布はある程度考慮しますけれども、それが理念型かどうかはわからないが、標準的な平均値のところは普通なのではないか。そこから外れるときには、外れる地域が何らかの挙証責任を持って理由を言うていくような仕組みにでも考えていかないと、なかなか難しいというようなものが考え方のベースにあるのではないかと思います。

だから需要という言葉はなかなか難しい。顕在化してしまったら需要になってしまっ

て、それが良いか悪いかはわからないけれども、提供体制がたくさんあったら需要はいっぱいある。だけれども、ニーズが本当にあるのかどうかはよくわからないから、人口分布のほうをまずベースにし、年齢調整をしっかりとして行って、そして、全国的な、標準的なという言葉を使って基準をつくって、そこから乖離しているところは少し過剰、つまりそこから乖離している需要があるところは過剰で、少し少ないところは足りなくなっているのではないかというような考え方がベースになっているのではないかと思います。ですので、今までの議論の中で、人口10万人対医師数では物差しにはなっていないということと、懸命に彼らはニーズに基づいて標準的な指標をつくらうとしていることは、一歩も二歩も前進ではないかと思っております。

○山口構成員 先ほど福井構成員がおっしゃった患者の受療行動の見直しということが、私も非常に大事なことだなと思いつつお聞きしていました。

ただ、地域によってかなり受療行動は違いがあると思うのです。医療機関の数が少ないところは受療行動というのは限られてしまっているわけですから、地域差がいろいろある中で、どの地域のどういう受療行動を見直すことによって偏在の解消につながるのかというところまで見えるような、患者側に働きかけるようなことも示すことができれば、対策ということで国民の側も参加しながらこういう偏在対策をやっていくこともできるのではないかと今、お聞きしてふと思ったことですが、そういった視点も取り入れていただけたらありがたいかなと思います。

○片峰座長 少しまとめて見解を事務局から述べていただきたいのですが、1つは私も思ったのは、これは現状を前提にした指標ですね。指標に影響するいくつかの要素というのは恐らく互いに影響し合っているわけですね。人が少ないところは受療行動も制限されるとか、ほかのところに行ったりするわけですね。そういったのは福井先生が言われたように、かくあるべしというところから議論する必要もあるのかなと感じました。

もう一つは、無医地区を中心にした話だと思うのですが、ここは言われたように物すごく多様性があって、いろいろなところでいろいろな取り組みがあって、長崎の離島なんかもそうなのですが、医師1人ふやしても焼け石に水みたいなのがあって、それよりももっと大きな地域でシステムをつくり上げるほうが重要なところだってあるわけです。そういう多様性がある。ここら辺で二次医療圏ごとの少数多数と無医地区等々と分けて扱われるのか、同じように扱われるのか、そこら辺も含めて今までの御質問をまとめてどなたかからございますか。どうぞ。

○奥野地域医療計画課長補佐 事務局よりお答えさせていただきます。

まず福井構成員等々から御指摘いただいた点でございますが、基本的には権丈構成員から御説明いただいて、非常にそのとおり、正確なところをいただいたと思いますが、基本的には全国均一の受療率ということで、まずは地域ごとの受療率の差というものは踏まえずに、全国の受療率というものが基本的には今、一番あり得るべきであろうというところで平均化したもので計算をしております。その後、今の平均的な姿が理想的な姿なのか

どうかという点については、非常に難しいところでございます。

ただ、少なくとも今、過剰なもし受療行動があれば、それは是正していかなければいけないということで、実はこの医師需給分科会における議論のほかに、そういったかかり方について改善を図ろうという検討を少し今後、我々としてもしていきたいと考えておりまして、そういった多面的な議論を経て受療行動というのが適正化されるように医政局としても動いていきたい。このようにまず考えております。

そのほかに御提示いただいた議論としましては、具体的な方策、永井構成員等々から御指摘いただいた方策でございますが、次回以降、具体的な医師確保対策の中身について御議論をいただきますので、その中で少し具体的な施策についても御議論をいただきたいと思っておりますが、例えば第10回分科会において御議論いただきましたへき地における例えば医師の派遣ですとか、そういったことも御議論いただいておりますので、できるだけ画一的でなく、きめ細やかな対策がとれるような形にしていきたいと事務局としては考えておりますので、その例なども次回以降の確保対策のところでお示ししながら御議論いただきたい。このように考えております。

○片峰座長 いいですか。どうぞ。

○福井構成員 今まで何度も出ていると思いますけれども、日本で患者さんが外来にかかる頻度は、例えばイギリスと比べると1年間で何倍にもなります。入院の期間も長い。どこに理想があるのかを追求するの必要はありますが、少なくとも改善の余地がある受療パターンではないかと思えます。

○権丈構成員 つけ加えて、恐らくこの考え方のベースになっているのは、同じ年齢の人たちはどこに住んでいてもアクセシビリティが均等になるような医療制度をつくっていきましょうというものではないかと思うのです。疾病には根源的には年齢によって分布があるようなので、同じ年齢だったらちゃんとアクセシビリティを保障していきましょう。その日本全国の平均値を基準として年齢ごとに標準値を設けて、そこよりも多くなっているところはちょっと何かあるかもしれないよね、少ないところはちょっと苦労しているかもしれないよねというような考え方がベースにあって、この平均値そのものをどうするかという議論はまた別個で議論しないと、この中に組み込むことはちょっと難しいのかなという気がしますし、それはどこかほかのところでも議論しているという話が先ほど回答があったと思うのです。

私がほかのところでも話していたことは、例えば広島の方で同じ年齢なのだけれども、60、70歳の人たちが医療費を少し多く使います、病院に行きますということがあったときに、それは国民全員でサポートしますよという姿勢なのです。ちゃんとそういう理由があれば、我々は再分配としてそこは特別に医療を多く使っても仕方がないですよというように明示的になっていくことが今は第一段階として重要ではないか。そして、そこで決まってくる平均値の良し悪しに関しては、また別個の議論をしていかないと、なかなかつらいものがあるのではないかと、難しいかなというふうに思います。

○北村構成員 今回の議論の中でダイナミクスというか、動態をぜひもう少し考えてほしいと思います。

まず医師の養成には6年の医学部と2年の研修、最低8年かかります。今から8年かかればベビーブーマーが後期高齢者になる2025年になります。大変なことになるかなと思うのですが、今度は人の動きを見れば一番困るのが都市圏です。千葉、埼玉、神奈川問題というようにベビーブーマーは都市圏に多いので、医者が足りないのは都市です。今の状況で無医地区に、へき地に医者を配置したら、そこには患者がいない。患者がいるのは都市であるというような動態になるので、いずれにしてもベビーブーマーが後期高齢者になるときを日本全体で歯を食いしばって闘って行って、その後、医者は絶対に余りますので、そこをうまく乗り越える手段をぜひ考えてほしい。現状の数字で医者をいろいろなところに配置すると、後手後手になるような気がしました。データはすごい精緻なのですが、患者の動き、医師の動きという動態が反映されていないのではないかと。

つけ加えますと、先週、奥能登のほうに行ったら誰一人、医師不足を言う人はいませんでした。医者は足りましたと。それは行政がよかったのではなくて、患者がいなくなりました。病院の稼働率が6割台になりました。これは国中がそうなると思います。地方は本当に患者さんが今いないところで、患者さんがいるんですかと。むしろ都会ではないですかという気は現在しています。

○小川構成員 先ほど権丈先生がお話になった、今の10万対医師数では物差しになっていない。まさにそのとおりだと思います。

資料2-1の4ページの左側にあるところなのですけれども、東日本はどちらかというと全体的に青みがかっている。西日本は赤みがかかっている。西高東低の医師分布になっているわけですが、その中で例えば旭川医療圏あるいは弘前医療圏、秋田医療圏、盛岡医療圏あたりを見ますと真っ赤っかになっていて、医師が非常に多いように見えるわけです。ところが、これは大学があるからそうなわけで、皆さんよくわかっていると思いますけれども、新設医大の病院は600床規模の特定機能病院。旧設はどちらかというと1,000床規模の特定機能病院ということになりますと、その二次医療圏に大体1,000床規模ですと500人の医師がいて大学に所属をしている。600床規模の新設医大ですと250人規模の臨床医がそこにいるから赤くなるわけです。ところが、では赤くなっているから医師が過剰かということそうではなくて、大学から地域医療にお手伝いに出ているのです。

もう一点は、資料3の4ページ、ここにこういうことまで考えていただいたのは非常にいいことだと思いますけれども、二次医療圏単位でも医師少数区域にあれする山間部、へき地などの医師不足地域がモザイク状に存在している。例えば岩手県の盛岡医療圏は広さから言うと東京都よりも広いわけでありまして、その中で確かに盛岡近辺は人口もあるのだけれども、周りはこういうモザイク状にへき地になっているわけです。

何を言いたいかといいますと、先ほど来、患者さんの流出入等についてデータまでお示しいただいたわけですが、例えば盛岡医療圏から県内だけではなくて青森県、秋田県にま

で医師がお手伝いに行っているわけで、この左側の現状の上のところに問題点というか物差しになっていないから、こういうファクターを入れるべきだという中に、医師の流出入が入っていないのです。これはどのくらい全体の議論に影響するかよくわからないのですが、その辺がおわかりになったら教えていただきたいことと、ぜひここに、このファクターの中に医師の流出入というファクターも加えるべきなのではないかと思えますけれども、いかがでしょうか。

○片峰座長 資料2-1の後半の話にちょうど入っていただきましたので、そちらに移行したいと思いますが、今の御質問、どなたか答えられますか。

○松本地域医療計画課長補佐 今の先生の御指摘でございますけれども、現状でも医師派遣等の調整を行っているということでございますが、今後も医師確保計画の中で医師少数区域を派遣等で助けていくということで、まさに派遣を行うという施策の中で対応していく部分も相当ございますので、そちらの施策のところでの議論が必要なのか、それとも医師偏在の中での議論になるのかということも含めて、そこは検討させていただきたいと思えます。

あと、先ほど北村先生からも御指摘をいただきましたダイナミクスのところでございますけれども、ダイナミクスはいろいろ水平上であればきょうも御議論させていただいている流出入、昼夜の移動というものはございますけれども、将来時点につきましては資料2-1の6ページにございますように、足元の指標で先ほど北村先生がおっしゃったような将来のことまで決めるということではなくて、将来の定員ですとか養成のあり方につきましては、将来を見越した、先生が御指摘のような人口動態も含めて将来のダイナミクス、養成していく医師の数も踏まえた将来時点での指標を使つての議論が望ましいのではないかと考えております。

○裏構成員 ニーズの話、同じような話です。1点だけ。

多面的にニーズを把握していきましょうという話なので、少し私の純粋な疑問があるので。19ページに患者の住所地を使用するという形で大前提が書いてございますけれども、住所がない方、つまり訪日外国人観光客などそういった方が今、爆発的にふえておられて、2017年度で恐らく2800万から2900万ほど観光客の方が来られている。それが年率20%増という結構信じられない時代になってきています。救急夜間外来などでは外国人観光客の患者さんでお腹が痛いとか、けがをしたという方が結構来ておられます。そうなりますと医療需要を果たして患者の居住地だけに絞っていいのかどうか。つまり、国策で観光立国を目指そうという形になっているところで爆発的に外国人観光客が増えている中での医療提供体制をどう考えていくのかというのは、私的には無視できないところに来ているのかなという気がします。

観光庁のアンケートでは、観光客の1.5%ほどが訪日中に何らかのけがまたは体の状態が悪いということで受診希望をしているというデータまでございます。となりますと2800万の1.5%というと40万くらいでしょうか。数的には無視していいのかどうかというのは率直

な疑問でございます。

この議論の中で患者の住所地がある方と絞るのも、私はそれでいいかなと思うのですが、今後国策としてどんどん外国人の方を受け入れていこうというところの視点をどう考えていくのかも含めて議論をしていただけると嬉しいなと思っております。

以上です。

○片峰座長 先生はニーズの話ですか。供給側ですか。

○福井構成員 27ページの何回も拝見した医師の平均勤務時間ですが、これは先ほどの小川先生の話とも関係しますが、いわゆる兼業、副業として外で働いている時間もカウントされているのかどうか知りたいのですが。

○石丸医事課長補佐 勘案されています。

○権丈構成員 ニーズのところにかかわるのですが、スライド23、24が先ほどの範囲になってしまったのですが、「へき地等の地理的条件」というところで無医地区、準無医地区を右側を見ていきますと、グラフの右側のほうで、結構医師数が充足している二次医療圏なのに定義上の無医地区というものが存在するわけで、これに対して論点としてどういうふうに考えていけばいいかというところで、下のほうに医師確保計画における重点的な医師派遣等の医師確保対策の対象とするのは、医師の確保を特に図るべき区域になっていて、医師少数区域以外、医師がそんなに少数だと考えられていない二次医療圏に存在する無医地区、準無医地区については、この対象とは違う形で考えてもいいのではないかとこのところ。

これは全くそのとおりで、大体2013年の国民会議のときは、まず都道府県に国保を担当してもらい、将来的には保険料の統一というところまで考えてもらえれば、都道府県は恐ろしく説得に苦しむだろう。そのときに私たちの二次医療圏あるいは私たちの都道府県の中では、医療に対するアクセシビリティはしっかりと保障しますから、保障するから保険料は調整させてくださいという議論にならざるを得なくなってくるだろう。そうなるくと、その地域の中の全体では不足していないのだけれども、そちらのほうにしっかりと提供体制を準備していきますし、ドクターヘリでもしっかりと準備していきますというような形で、アクセシビリティに差がないような形に持ち込むということ、そして、保険料が低いからいいのではないかとではなくて、アクセシビリティが低いから保険料が低いという状況は、絶対にこれは今後なくしていかなければいけないというところで都道府県に保険者を単位化していくことをいろいろ考えていたところがありますので、このある程度充足している都道府県なら地域の中で無医地区がありますからと言って、これを国の政策の対象にする必要は私は全くないのではないかと思っております。

同時に、今は、この地域よりもこの地域のほうが優先順位が高いよね、医師を派遣する優先順位が高いよね、病床を置いていく優先順位が高いよねという相対的な議論を今していると思うのです。この国は医師数は管理していますし、病床数もそんなにふやすことができない。その中で優先順位の高いところはどこなのかということは今、ここで指標づく

りをして、優先順位の高いところに優先順位の低いところから医師数を重点的に持ち込んでいくというような議論をするためには、その平均値そのものがおかしい、おかしくないというのは、医師数の絶対数には影響を与えるけれども、相対的なところになってくると、おかしさを抱えた平均値でも使わざるを得ないのではないかと。そして最終的にはこの平均値そのものを考えていきながら、トータルの医師数とかトータルの病床数がこの国ではどのくらいになるのかという必要な医師数、必要病床数がどういうふうになるのかという正しい診療行為を前提として試算していくことになるのであろうと思いますので、相対的な地域間の優先順位を決めていくという方法でやって進めてもいいのではないかと考えております。

○片峰座長 今の権丈先生の御意見、いかがですか。

○森田構成員 権丈先生のおっしゃるとおりといいますか、かなり同意するところがあります。今までの議論を聞いていて思いますのは、もともとこの議論をして医師数を決めるとき、養成数を決めるときの独立変数が何なのか、従属変数が何なのかというときに、循環をしていると思われま。人口に基づく医療ニーズが必要な医師数の根拠になりますが、医師の数によって、人口移動が起こりうるわけです。何かの数値をピンポイントで押さえないことには、議論がぐるぐる回ってくる。

さらに申し上げますと、その中で人口移動の話が出てきます。わがくにのばあいの人口推計は、総人口としてはかなり固い数字が出てくるとは思います。地域間の移動というのは大いに変わりますし、それが医療機関の配置によっても変わるわけです。

今回、出ている流出、流入というのは昼夜間人口ですから、1日のうちの移動ですけれども、長期的に見て、例えば人口減少が一番激しいと言われております秋田県の場合には30年で3分の2に人口が減るわけです。だからある瞬間までは10万人当たりの医師数がすごく多くなりますけれども、そこから先でぐっと下がる可能性がある。そういう意味で言いますと、変数がみんなふわふわしている状態で、細かい数値について議論をすることの意味を考えなくてはならない。さらに申し上げますと今、権丈先生が少し触れられましたが、診療報酬のあり方によってかなり受療行動も供給のほうも変わってまいります。もう一つ不確定な変数が入ってくるというときに、要するに何十年後のある地域のある特定の診療科の医師数が何人であるかということの推計といいますか、議論すること自体どれくらい意味があるか、という語弊がありますけれども、かなり難しくなるのではないかと。

したがって、診療報酬はどこまで考慮することができるかわかりませんが、むしろ今、権丈先生がおっしゃったのと近い考え方だと思いますが、ある時点でモニターしながら不足をしたときにどうやってそちらに医師を供給するか、あるいは過剰な場合には削減するか、そのツールをどうするか。言うなれば動いている目標を狙っていくような形で、どうやってそれを目標に合わせる形で供給するというか、操作できる数をコントロールしていくか。そういうツールについて議論をすべきではないかと思っております。これはこの間の医療法の改正が取り上げた点だと思いますが、そのように考えていきませんか、余り細かい

数字を議論していたとしても多分すぐ外れるのではないかという気がいたしました。

したがって、今、権丈先生がおっしゃったように優先順位を決めておいて、それにおいてある時点ごとに調整をしていくとか、そういう仕組みに少し議論の中身といいたいまいしょうか、そちらに議論をシフトさせていったほうが生産的ではないかという気がいたしました。

○福井構成員 何回も発言して済みません。整理をしますと、理想像を示してほしいという意味は、これから変化をどうやって組み入れていくかということでもあります。現状については権丈先生おっしゃったとおりで僕もこの議論を進めていっていいと思いますが、人口も大きく変わりますし、供給にしても医療需要にしてもかなり厚生労働省が恣意的に変えることができると思います。どういう意思で、どういう方向に持っていくかによって変わるファクターがたくさんありますので、ぜひ厚生労働省としてはこういう方向に進めていくという方向を示し、現状については権丈先生がおっしゃったようなやり方で進めていけばいいのではないかと思います。

○片峰座長 恐らく大事議論なのだと思います。要するに1つの物差しで少数区域と多数区域をまずきちんと、どこで線を引くか。それが最大の優先順位の一つですね。それ以外に無医地区も含めて検討しようということでしょうか。

○権丈構成員 都道府県内でできることは全部やってもらう。

○片峰座長 そこも優先順位のプライオリティーのところに入れましょう。

○権丈構成員 例えば全国知事会主催の地域医療研究会で、東北のある地域は、私のところは医師がものすごく足りませんと言う。そこに四国のほうからやってきて、いや、私のところはそれほどでもないのこういこともできましてどうのこうのと言っていて、みんな足りないところにかわいそうだねと言うのだけれども、解決策はこちらからこちらへ持っていくしかないんですよという、医師数そのものはコントロールされた形で動いているわけですから、こちらからこちらに持っていくしかないわけで、そのときのしっかりした議論はどこかでやらなければいけないですよということ、今ここでまきになされているのではないかと私は思っております。

○片峰座長 ここは最後の資料3でもう一回議論になると思うのですが、先ほどの外国人インバウンドの位置づけはどうですかという御質問があったので、そこがもしあったら、そこだけお答えいただけますか。今のところ考えているのか考えていないのか。

○今村構成員 これは自民党のPTに外国人の渡航者の医療をどうするかという議論が起こって、結局、内閣官房健康・医療戦略本部で審議する場ができて、今は外国人渡航者の医療提供についての議論をする場が別にできています。

ついでに申し上げますが、住所地をきちんと把握することは相当今の日本の医療にとっては大事だと思っていて、例えば先ほどのデータのように埼玉から東京に大勢の患者さんが流入してきて、私なども県境の区で診療しているので埼玉県の方がたくさん来られる。だけれども、国は全くそのデータを把握していないわけです。なのでそのようにレセプト上できちんと把握することは、まずは今の国の基本となるものとしては必要で、その上で

妻先生が御指摘されたような海外の医療渡航者の方の提供体制をどのようにしていくのかというのが上に乗っかっているという理解で私はおります。そこだけを考えて、それをする必要がないということでは決してないのではないかと考えています。

○本田構成員 考え方として、私は今までの議論の中ですごく頭を整理できたと思ったのですが、標準的なもの、バランスをとるための指標ということと、それに対して対策をそれぞれに打つということはまた違う議論なので、対策を打つための標準的なそういう指標をつくるのが今、議論されているのだと思うので、私は今の権丈先生とかの御意見で全く納得できたと思っているのですが、1つ議論があったのかなのか、私が覚えていないだけかもしれないのですが、北村先生がおっしゃっていたダイナミクスのところというのは、バランスということだけではなくて、今後のことを見据えたときにとても大事になると私も思っていて、それが恐らく指標がどれぐらいのタームで見直していくのかというのはあったのでしょうか。というのは、医師確保計画とかにこの指標を設定すると、現時点の指標をもってして医師確保計画をつくっていくわけですね。そうすると、その指標も変えて見直していかないと、ずっと古い指標でやったら人口動態とも合わないし、将来時点の部分は地域枠とか地元枠の設定に使うと言うけれども、それはどういうタームで見直していったりつくっていったりという、そこがきっと大事になってくるのかなと思ったのですが。

○松本地域医療計画課長補佐 先ほど現時点の指標と将来時点の指標ということを上げましたけれども、現時点の指標につきましては医師確保計画が基本3年タームであることに鑑みまして、3年ごとに見直していくことが基本かと思えます。将来時点につきましては一定ある年と決めて、それを使って養成ですとか大きなダイナミクスを決めていくことになろうかと思えます。

○平川構成員 大変高尚な議論の中で幼稚な話かもしれませんが、32ページの診療科別の医師偏在についてというのがありますが、この中で私は右側の診療科を伏せてこのグラフを見たときに、灰色の外科のところは全然ふえていない。ほかの産科、小児科については18年から着実に増加をしているという中では、注目すべきは外科ではないかと思うのです。今後AI等によって外科というのは非常に重要になってくるとも言われていますので、ここを議論せずに婦人科、小児科という従来の路線を続けていくというのはいかがなものかと思うのですが、いかがでしょうか。

○片峰座長 そうしたら、そういう議論が出ましたので、資料2-2、資料2-3、診療科の問題にも行きたいと思えます。今村先生、どうぞ。

○今村構成員 資料2-3で、先ほどから何度も厚労省から将来という言葉が出ていますけれども、厚労省として将来と言っているのは現時点でどの時点をお考えになっているのでしょうか。これは10年後と20年後で全く意味が違って来るかなと思えます。

それと、資料2-3の10ページの参考資料で、診療科ごとの医師の需要を決定する代表的な疾病・診療行為を抽出して、診療科と疾病、いわゆる診療行為の表をつくるというこ

とで、先ほど帝王切開と産科は非常にわかりやすい、多分これはずっと変わらないと思うのですけれども、先ほど羽鳥先生からお話があったように、これは今すぐにどんどんふえてくるという話ではないのですが、総合診療医を養成していきましょうとなると、総合診療医はある意味、いろいろな診療行為をずっと診ていくという話になりますから、将来かなり先のことを言っているのだとすると、全くそこは診療科と診療行為の対応ができないという話にもなりかねないなと思って、この辺はどう考えているのかということと、先ほど平川先生からAIという話がありましたけれども、このイノベーション話は我々が思っている以上に医療の現場を変えてくる可能性があるなと思っていて、ICTやIoT、AI、それこそ今、厚労省は遠隔医療、中でもいわゆるオンライン診療を適切に広げていこうという中で、患者さんのニーズに対して的確に応えていくオンライン診療のあり方というのはDoctor to Doctorもそうだし、Doctor to Patientもそうで、かなりそういうことで大きく供給体制が変わる可能性もあることを考えていくと、将来というものを余り先に置き過ぎると全く想定できないのではないかなと思っているのですが、その辺の御意見、厚労省はどのようなお考えでいるか教えてください。

○奥野地域医療計画課長補佐 まず今、今村構成員から御指摘のありました将来時点につきましては、まさに御指摘のとおりで、余り将来時点におきましても制度について不安がある。一方で近過ぎても養成に余り役に立たないものになるという観点から、次回以降、整理をさせていただいて、御議論をいただくことにしておりますので、少し整理の時間をいただきたいと思います。

また、先ほど外科の重要性について平川構成員から御指摘いただいております。まさに必要性についてはそのとおりかと思いますが、今回、まず必要医師数については検討する。これは基本領域の診療科全てについて基本的には検討していくということでございますが、まず対応関係がつかみやすい小児、周産期、またこれらは政策医療であるという観点から、まず喫緊の課題でもありますので設けさせていただくということで、外科についてやらないということでは全くございませんし、まず対応関係がやりやすいところから指標化していくということでございます。

○山内構成員 やはり診療科ごとということが、非常に地域偏在の1つの要因としては地域という地理的なものもありますけれども、診療科の偏在ということはどうしても避けては通れないと思っております、そういった意味でこの画一的な指標というのもいいですけれども、今、今村構成員もおっしゃったように、将来の診療科ごとの医師の明確化というものを資料2-3の9ページにありますような、こういったものを早急に次回以降に検討させていただくということですが、出させていただきたいということと、医師の少数区域かどうかということに当たって、それは診療科ごとに違ってくると思うのです。今回、産科、小児科の非常に細やかな資料を出していただきましたけれども、そういった意味でその地域が本当に産科の少ない地域なのかとか、そういったことでやはり検討していったら、そこに医師を派遣すべきか、それから、先ほど羽鳥構成員からもあり

ましたように、総合診療専門医が医師が少ないところに出すということにおいては、総合診療医が少ない地域に出さない、その地域に産科、婦人科がたくさんいるところに、総合診療医が何をやるかということも変わってくるかもしれませんが、出しても仕方がないので、その辺の診療科の偏在ということをもう少し切り込んでいくべきかなとは思っております。

あと、専門医の検討会とかでもいろいろなことで、いろいろと今、検討されていると思うのですが、専門医制度が始まったという機会において今、日本において診療科のキャップというか、ある程度その枠組みを決めていけるようなチャンスでもあるとは思いますが、そういったことはなかなか抵抗はあるかもしれないのですが、偏在対策に診療科での、その専門の診療科は将来的にどういうニーズがあるからここの専門医の枠は何人までという形とか、そういった配付まで組み込んでいただけていくことを、先ほど福井構成員もおっしゃっていましたが、将来的な理想像の中からそれがどういうふうにしていくかということをご希望、そういった形を検討していただければと思います。

○山口構成員 幾つか意見と質問がございます。

まず資料2-1の30ページでございますように、無床診療所の医師というのが全体の3分の1を占めていて、まして都市部に開設が集中する傾向にある、偏っているということ。これは偏在の問題では避けて通れない問題かなと思います。病床数が規制されている一方で、開業ということには何の規制もない。これをどういうふうにしていくのかということはまだ丁寧な議論が必要だと思いますけれども、31ページの論点にあるような現状把握分析ということ、ぜひこれは進めていただきたいということがまず意見です。

そして、同じ資料の38ページを見ますと、その前のページに15～49歳の女性人口1,000人に対する分娩件数が地方のほうが結構多いということで、鳥取県は突出してしまっていて、里帰り出産ということもこういうことであらわれているのかなと思いますが、これを見ますと東京、神奈川がかなり分娩件数が少ないということがわかります。ところが、次のページに行くと、38ページでは医師の数ということで言うと、東京はかなり数が多い。こういうことからすると、これの読み取り方なのですが、かなり人口当たりの分娩数が多い地域が1人の医師にかかっている負荷が大きいというふうに受けとめていいのかなということをご希望をまず1つ確認。

もう一つ確認したいこととして、40ページに週当たりの勤務時間60時間以上の病院常勤医師の診療科別割合というものがございます。これも産婦人科がかなり多いということなのですが、産婦人科だけで出しているのですが、この地域差はあるのでしょうか。地域によっての違いというのがあるのかどうかということをお聞きしたい。質問は2つです。

○松本地域医療計画課長補佐 2点、御質問をいただきましたけれども、1点目でございますが、まさにおっしゃるとおりでございます。女性人口当たりの分娩数に対する医師数というのが異なっていて、分布が異なるというのが産婦人科での偏在指標が必要な1つ

の大きな理由でございますので、全体の医師数だけではなくて、それを見る必要があるだろうというのはまさにおっしゃるとおりでございます。

もう一点目ですけれども、労働時間の地域差につきましては、データの中身をもう少し詳細に見てみないと何とも言えないというところでございます。

○山口構成員 もしその地域差がわかれば、次回以降でも結構です。

○堀岡医師養成等企画調整室長 補足してよろしいですか。この40ページの資料は診療科ごとには十分堪えられるのですが、地域の47都道府県というのは地域差をきちんと統計的に意味があるようなNの数で分析するにはなかなか難しいデータなので、このデータから地域差については難しいということは、データの限界としては補足させていただきます。

○山口構成員 わかりました。

○今村構成員 今、山口構成員がおっしゃったのは外来のお話ですが、相当ここでも議論になって、まずはやるべきことは見える化することだというふうになった。それで今回の医療法改正に関連して見える化をして、都道府県でそれを議論するという話になっているのですけれども、ここに書かれている31ページというのは、今それぞれの地域で見える化して議論をするという話と分析をするということ、どういうつながりになるのか。つまり議論をするに当たって一定の指標がないと議論がそれぞれの県でできないから、それをこの場でどういう形で分析するかというのを決めるということを行っているのかどうか。この書きぶりが本来もう決まっていることなのではないかと思っていたのでお聞きしたいのですが。

○松本地域医療計画課長補佐 まさにおっしゃるとおりでございますので、外来医療機能の不足、偏在等をこの場で議論することになってございますので、議論に資するようにまずはデータをお示しするというところで、新たにということではなくて、決められたことに対応するというところでございます。

○今村構成員 それぞれ都道府県の中で議論することになっているように思ったのですけれども、都道府県が議論することと、この検討会の場で議論することはどういう整理になるのかなというのがよくわからない。

○松本地域医療計画課長補佐 こちらの外来機能の不足、偏在等を今後、計画の中に入れていただくわけでございますけれども、それをどのような形にするかということはこの検討会の中で詳細を詰めていくときに議論に資するようにデータを出す。それだけでございます。

○片峰座長 そこがポイントで、資料3の話にもう入っているので、この検討会は恐らく年内続くわけですね。そのゴールはどこにあるのか。私の理解は共通の物差しを決めてしまう。もう一つは、この検討会で少数区域と多数区域をどこで切るか。そこも1つ出す。そうすると言われたように、県は何を議論するんだという話になるわけです。

それと先ほどから出ている二次医療圏以外の区域の問題、診療科、小児科、産婦人科。どこをゴールにしてこの検討会を年内やって、それが省令化されるのか、法律改正に行く

のか、そこら辺のイメージを言っておいていただいたほうが皆さん議論しやすいのだろうと思うのです。

○奥野地域医療計画課長補佐 大変説明が不足しておりまして申しわけございません。

資料1-2で御説明させていただきましたが、今後の進め方につきましては、まず座長がおっしゃったように指標を決めていく、そして少数区域、多数区域はどこかというところを決めていただく。そのほか我々は今、枠組みを示した段階でございますので、都道府県においては具体的にどういった議論をすればいいのかということが恐らくまだわからないのではないかと思います。そのことをしっかり御理解いただくために、どういったツールがあって、どういったことについて協議をいただくか。こういったことについてお示しをする必要があると考えておりますので、そのお示しをする内容は基本的には通知的なものになるかと思っておりますけれども、その中身を出すためにここで御議論をいただきまして、その中身をそういったものに落とし込んで皆様に御理解をいただいて、その上で来年度以降、都道府県において御議論をいただくというふうに考えております。

○鶴田構成員 都道府県の立場と日本の現状と両方あるのですが、全国的に見て医師がある程度いる地域は大学病院の所在地と都道府県所在地です。では、そういう地域にある病院でも全部医師が足りているかというと、医師が200人、300人いても診療科ごとに見ると足りない。私が静岡県で医師の配置調整をしている観点からいけば、先ほど福井先生が言われたように、どの程度の医療を提供するかという提示がないと、どの程度の人数の医師が必要かというのはわからないのが実態だと思います。

ここでの議論でお願いしたいのは、都道府県の立場からは今、医師少数区域、医師偏在指標などの基準を決めようとしていますので、その基準をしっかりと決めさえすれば、医師少数区域に派遣できる。そうした基準、指標をつくってもらうことはありがたいというのはまず第1点です。

では、医師が何人いれば十分かということ、その診療の中身によって全然違って、先ほどの産婦人科の議論をすると、総合周産期センターでは医師1人で60人の分娩県数しか扱えないが、開業医では250人ぐらい扱えるので、提供する医療の内容によって必要とされる医師数は当然のことながら違います。そういうことを踏まえて、どういうふうに最終結論をするのかというのは、非常に議論があっち行ったりこっち行ったりするのですが、医師派遣を担当する立場からは多いところと少ないところを決めてもらえれば、そこに派遣しやすい。また、誰が派遣するかということもある程度決めてもらいたい。例えば県立病院にたくさん医師を置いて、県はそれらの医師を派遣する。大学は大学として派遣する。その調整を都道府県協議会で決めるとか、そういうものができれば各都道府県においてはやりやすくなるなという感触を持ちました。

○片峰座長 先ほどの最初の中央医療対策協議会。今、言われたようなそれぞれの県でどういうことをやるかというのは、ここでやるのではないかというのが私の認識なのですが、それでいいですか。

○奥野地域医療計画課長補佐 中央医療対策協議会につきましては、基本的にどういう人材を育成するかという観点からの会でございますので、都道府県がどういった役割を担うべきかというようなことについてまでは、議論する予定は今のところございません。

○片峰座長 そうすると、ここでそれも議論する。

○佐々木医事課長 現在、医事課長であります、前地域医療計画課長でございますので、人材をどこに配置していくかというのはまさに医療政策の中では機能分化連携と両輪でございます。要するに病棟の再編と医師をどこに配置するかというのはまさに両輪だと思っています。

地域医療構想というのは先行して都道府県で議論していただいておりますので、それを着々と進めていただく中で、その地域の役割にふさわしい人材を配置していただくということです、まさに今回の医師確保計画を定めていただくためにも、地域医療構想を地域で議論していただくことがより一層、大事になるということと理解しております。鶴田構成員の御指摘に関しては、まさに地域での議論がもっと必要になってきたというふうに理解しております。

○羽鳥構成員 先ほどの産科、小児科の医師偏在指標をつくっていただきましてありがとうございます。婦人科ではなく夜間のお産を見てもらえる産科のことがちゃんと出たのはありがたかったですけれども、先ほど平川先生がおっしゃったように外科の指標を出していただきたいと思います。先ほども専門研修部会で市長さんから外科医が足りないんだと指摘されています。専門研修のほうで専門医機構でも今年4月からの選考委の応募を見ますと、外科希望がゼロまたは1という県が出てきているのです。そういう意味では産科以上に外科に相当の危機感があると思いますので、外科の指標をぜひつくっていただきたいと思いますし、5疾病・5事業の中にこれから産科、小児科だけではなく外科というものが入ってこないとだめなのではないかと思います。

あと、先ほどの二次医療圏で見ていけばいいとおっしゃいますけれども、例えば神奈川県で言うと相模原は二次医療圏に北里大学という大学がありながらも、一方で津久井郡のような山の中の相模湖の近いほうになると医師少数区域になるようなところもあるので、今回、二次医療圏をもう少し分割してみないと、正確な少数区域は無理ではないかということもあるので、細かい指標を厚労省は持っていると思うので、それをぜひ出していただきたいと思います。

それから、大学医学部における地域枠ということですが、地域枠、例えば千葉大ではかつては地域枠で入ってくる人は15名ぐらいいた。ところが、ことしは1名しかいない。千葉大では入学試験の選抜は同じです。入学後に地域枠医師を募ります。東京医大の問題があるので分けて入れてはいけないということは当然わかるのですが、ある程度地域枠を強く志望している人たちには、もう少し何か優先枠とかをきちんとつくって、そのかわり地域で仕事をしていただくということもやっていかなければいけないのではないかと思います。実際にここでも地域で出た人、地元の高校を出た人、あるいは地元の大学で研

修した人はそこで定着するというのは出ているわけですから、そういう枠組みの入学試験があってもいいのではないかと思います。欧米ではもう既にそういう枠組みがありますので、そういう見方でやっていくのも1つの方法ではないかと思います。

以上です。

○堀岡医師養成等企画調整室長 先ほどから何度か申し上げておりますけれども、外科についても資料2-3のとおり、全19診療科つくるつもりでございますので、外科についても診療科の目標については出すつもりでございます。今回、産科、小児科については、まずは診療科別の代表的な疾病の抽出がしやすいことと、あとは公益的なものから先にやるということで、外科についてもきちんとやらせていただきます。

2つ目の二次医療圏以外についての検討というのも、先ほど来、地域医療計画課から御説明しますけれども、医師多数区域であってもその中に少数区域があるという場合については、特別の配慮をするということを資料でも出させていただいておりますので、それについてもきちんとやらせていただくことを重ねて御説明いたします。

3つ目、地域枠の別枠についてでございますけれども、今回、医療法、医師法の改正案の中でも附帯決議案の中でぜひ別枠にしないと、きちんと地域枠の学生が確保できない。まさに今、羽鳥先生が言ったとおり、事後にするのではきちんと地域枠が埋まらないことがあるわけですから、別枠にするべきということを附帯決議にも出させていただいておりますので、文部科学省とも協力して、強力にそういう方向は推進していきたいと思っております。

○片峰座長 ほかにございますか。どうぞ。

○新井構成員 資料2-3について少しお尋ねしたいというか、お願いしたいことがあります。診療科ごとに代表的な疾病、診療行為を抽出して、それに対応する形でニーズに必要な専門医の数を算出するということが非常にすばらしい試みだし、これは絶対にやっていただきたいと思っております。ただ、例えば脳卒中という疾病群を見た場合に、私が脳外科だからというわけではないのですが、ではどの診療科が扱う代表的疾患とするのかというのが非常に難しいところがあると思っております。脳神経外科も診るし、神経内科も診るしということがあります。手前みそですが、脳外科としては多分、7割ぐらいは脳神経外科医が実際に脳卒中の患者のファーストタッチをしているだろうと推察しています。したがって、診療科が扱う代表的疾患をどういうふうに定めるのかというのは、慎重に行っていただきたいという希望であります。

以上です。

○堀岡医師養成等企画調整室長 この場で今、全19診療科同時に出せない、まさにそれが理由でございます、脳卒中は一番難しい病気の一つで、内科も診ていれば脳外科も診ていて、西日本だと神経内科が診ていたりというような非常にややこしい疾病でございます。一方で例えば硬膜外血腫の外科手術だったら、絶対に脳外科がほぼ100%やっていると思うので、そういったどのような病気を抽出して、どういうふうを考えていくのかということをもまさに研究班等で整理した上で、事務局としても出さないといけないと思っております。

○新井構成員 例えば脳外科であれば脳外科の手術に関して言えば、単純明快ですが、国全体の医療を考えたときにどのぐらいの脳外科医が必要かということを考えるときには、今、先生のおっしゃるような難しいところをうまくマネージしていただかないといけないのかなと思います。

○片峰座長 診療科と診療内容の突き合わせは大変な作業になりますね。これをやって要するに指標に反映するところまでやるというイメージですかね。膨大な作業になりますね。

○中島構成員 資料2-2の7ページの小児の受領歴を見ると、私は高齢者もこのように様々な科の診療を受けている、受療歴があると考えました。

現在、高齢者の方がどのような診療科で、最期はどのように看取られているのかというのが統計で分かっているのか、内科なのか、それまでの受診していた病院で亡くなっているのか知りたいと思いました。例えば茨城は今人口300万人のうち独居老人が10万人以上いるのですが、バスも通っていないような交通の便の良くない地域もたくさんあって、それまで整形外科や内科などに通院できても、動けなくなった場合受診はどうするのか、救急車で運ばれて全てが病院で看取れるのか、最後は在宅で看取るのか、その地域の看取り体制へのニーズについての調査は難しいと思いますが、高齢者をたくさん看取る状況に対して、地域での看取りに必要なプライマリケア医についても、この指標に反映していただきたいと思いました。以上です。

○斐構成員 資料3の3ページについてちょっと確認なのですが、医師少数区域、多数区域をパーセンテージで上位何%というのは理解できます。指標自身を335二次医療圏の中で順位づけみたいに指標を公開するのかどうか、それともあなたの区域はこうですよと限定的に伝えるだけにするのか、そこら辺はどうなのでしょう。つまり指標をオープンにすることの作用、副作用も事前にある程度チェックしておきたいなと思います。いかがでしょうか。

○松本地域医療計画課長補佐 都道府県が医師確保計画を用いる際に、医師偏在指標というのは重要な指標になっていくと思いますので、それに関しては情報をオープンにした上で医師確保計画をつくっていただく要因になると思います。

○斐構成員 ということは、医師自身も全て全員指標として見られるということですね。自分が全国335位のところに行く可能性があるということもわかるわけですね。

なぜこういうことを聞くかといいますと、派遣される側の医師のことを考えますと、そこら辺は結構センシティブなところになりますので、そこら辺をどう医師側に伝えていくのかということまで含めて議論したほうがいいかなと思っております。

○片峰座長 そろそろ終わりたいと思いますが、どうぞ。

○北村構成員 今からデータをとっていただいて外科医が少ないというデータは多分出ると思います。では外科医をふやすためにどうして考えるのだろうと今考えています。そんな外科医が少ないというデータばかり何回も出しても仕方がないので、どうやって外科医をふやすかということを先に考えたほうがいいのではないかと考えていますので、データ

を出すまで待っているのではなくて、次回以降、方法ですので解決策もぜひ考えていただきたいと思います。

○片峰座長 では、最後に幾つか出た質問に何かコメントは事務局から何かありますか。あれば出していただけますか。

○松本地域医療計画課長補佐 特にございません。

○片峰座長 よろしいですか。

○西田医学教育課長（文部科学省） 文部科学省です地域枠の問題について、厚生労働省からお答えがありましたが、まさに私どもも一緒に地域枠の問題については対応していきたいと思っておりますが、具体的な選抜方法自体は大学で決定をしていただく。それは、大学の自治がございますので、国としてやり方を強制してまでということとはなかなかできませんので、私どもとしてはそういった方法を大学に促す形で対応させていただきたいと思っております。

○佐々木医事課長 今の関連でございしますが、厚生労働省としては地域枠がどういう目的を持って生まれきたのかという趣旨を忘れずにいたいと思っております。ですので、その目的にかなう形での増員であるかどうか、実際にその増員分が必要であるかということも含めて文科省さんとは調整したいと思っております。

○片峰座長 では、最後に。

○新井構成員 今、地域枠の話が出ましたので、先ほど羽鳥構成員からお話がありましたけれども、実は大学によってすごいバリエーションがありまして、入学前にしっかりと地域枠を明示しているところもあれば、入学後に選択させるものもあるし、奨学金を出さないところもあれば、奨学金を出すにしてもその額も千差万別なので、この辺はまさに大学の自治というか自主性を持って行われている。そういう意味からすると地域に医師を確保するという大もとの趣旨からはうまく運用されていない部分も確かにあるのは事実なので、これは今後の大学側の課題ではあると認識しております。

以上です。

○片峰座長 それでは、ここで切りたいと思います。

きょうは活発な御議論ありがとうございました。年内どういったことを議論するか、そのスタートとしていろいろな御意見が出て、皆さんある程度イメージができたのではないかと思います。今後どういう議論の進め方をするか、これは事務局と相談の上、決めさせていただきたいと思っております。

それでは、事務局から。

○石丸医事課長補佐 次回の議題と今後の議論の進め方については、本日いただきました意見、御議論を踏まえまして、座長と御相談の上で進めさせていただきたいと思っております。

また、次回の日程につきましては、追って事務局から御連絡をさせていただきたいと思っております。

○片峰座長 それでは、ありがとうございました。これで終了いたします。