

○石丸医事課長補佐 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25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、本日の構成員の御出欠について御連絡をさせていただきます。

北村構成員、権丈構成員、永井構成員、中島構成員、森田構成員から、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

また、小川構成員から、所用により途中からの出席との御連絡をいただいております。

事務局ですけれども、吉田局長、総務課長は所用により途中からの出席、吉田局長、迫井審議官は途中での退席となりますので、御了承ください。

次に、資料の確認をいたします。

今回は、机上に資料1という横向きの資料がございます。

不足する資料、乱丁・落丁がございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、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いますが、よろしいでしょうか。

○片峰座長 それでは、議事を進行させていただきます。

本日の議題は、昨年末、今回の第2次中間取りまとめの際に大きな議論になりました。

医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度のポイントであります。まず、事務局より資料に基づいて御説明をお願いいたします。

○鶴田保健医療技術調整官 事務局です。

資料1を用いまして御説明させていただきます。「医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度について」という資料です。

2ページ目をごらんください。こちらはさきの通常国会で成立した改正医療法の概要になりますが、赤の枠囲みで囲っておりますけれども、医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設が改正医療法に盛り込まれております。この中では、医師少数区域等における一定期間の勤務経験を通じた地域医療への知見を有する医師を厚生労働大臣が評価・認定する制度の創設、当該認定を受けた医師を一定の病院の管理者として評価する仕組みの創設が法律上盛り込まれております。

1枚おめくりいただきまして、3枚目の資料ですけれども、こちらは施行スケジュールを示したものになりますが、新たな医師の認定制度の創設の施行日は平成32年4月1日施行ということになっております。

4枚目が認定制度に係る主な条文をそのまま転記してきている内容になるわけですが、医療法上、認定を受けるのは医師少数区域等における医療の提供に関する知見を有するために必要な経験を有する者とされています。また、その医師少数区域等における医療の確

保のために必要な支援を行う病院の管理者は、認定医師であることが求められることとなっております。

5枚目の資料ですけれども、検討すべき要素としましては、認定に必要な経験はどのように考え方を整理するのか。また、認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価について、これの具体化についてどう考えるか。この2点について議論が必要といった状況にあります。

6枚目の資料ですけれども、最初に認定に必要な経験についてまとめさせていただいておりますが、検討に当たっての課題としては、本制度においては、医療法上、認定を受けるのは医師少数区域等における医療の提供に関する知見を有するために必要な経験を有するものとされておりますので、具体的に必要な経験について考え方の整理が必要という状況にあります。

1枚おめくりいただきまして、これは既にこちらの分科会で御提示させていただいている資料ですけれども、ここで言う医師少数区域等というものは、資料の真ん中の黄色い部分で、太い枠で囲ってある部分です。医師の確保を特に図るべき区域、これが医師少数区域等と同一の概念になりますが「医師少数区域+その他厚生労働省令で定める区域（医師少数地区）」、この2つを合わせた概念ということになります。医師少数地区に関しましては、いわゆる山間・僻地・離島といったところが含まれる概念になります。

8枚目の資料ですけれども、医師需給分科会におけるこれまでの議論の取りまとめの内容を持ってきておりますが、これまでの議論では、医師の少ない地域の勤務にはプライマリ・ケアの研修体制などの確保が重要、また、認定医師は質の高いプライマリ・ケアを提供することが想定されること、そういった御指摘をいただいているところですので、プライマリ・ケアに着目をして整理をしていく必要があると事務局としては捉えております。

1枚おめくりいただきまして、9枚目の資料ですけれども、これもこれまで僻地保健医療対策として実施されてきた事業、メニューの内容等を整理した資料になりますが、僻地医療拠点病院の機能の一つとして、総合的な診療能力を有する医師の育成が行われてきているところです。

次に、10枚目の資料になりますが、認定に必要な経験について、今、資料をまとめて論点を提示させていただきますと、論点の1つ目のポツになりますが、医療資源の限られた地域におけるプライマリ・ケアの確保や、地域の患者の生活に対する継続的な支援、地域住民の健康の保持と増進の観点から、医師少数区域等における医師は、地域の患者に対して生活背景などを考慮した継続的な診療を行い、専門的な医療または介護が必要な場合や急変時など、さまざまな状況への対応を行うとともに、住民に対する地域保健活動を行うことが望ましいと考えられます。

こうしたことから、認定を受けるために必要な経験としては、医師少数区域等において一定期間勤務し、その中で以下の柱立てに基づく医師少数区域等における医療の提供に必要な業務を行うということにしてはどうかということが事務局からの提案になります。

具体的な柱立てとしましては、マル1として、個々の患者の生活背景を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導に関するもの。2つ目として、他の医療機関との連携や、患者の地域での生活を支援するための介護・福祉事業者等との連携に関するもの。3つ目として、地域住民に対する健康診査や保健指導などの地域保健活動に関するもの。事務局からこういった御提案をさせていただいておりますが、この辺を含めて御議論していただきたいと思っております。

また、なお書きで書いておりますけれども、本制度が医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進のためのものですので、都道府県の医療計画において医師少数区域等が定められるのが平成32年度以降でありますので、当該医師少数区域等における勤務を認定する期間は32年度以降の勤務期間を対象にしてはどうでしょうかということを論点として提示させていただきます。

1枚おめくりいただきまして、認定に必要な経験について、各論のところについても御議論を深めていただきたいと考えておりますが、1-1として医療の提供に必要な業務内容として、12枚目のスライドにまとめております。

今、事務局から3つの視点を提示させていただきましたが、それぞれ具体的にどういった業務内容なのかということを整理させていただいております。マル1の個々の患者の生活背景を考慮し、幅広い病態に対応する継続的な診療や保健指導に関するものとしては、1ポツ目として地域の患者への継続的な診療、2ポツ目として診療時間外の患者の急変時の対応、3ポツ目として在宅医療。こういった業務が相当するということに整理してはどうかという御提案です。

マル2として、他の医療機関との連携や、患者の地域での生活を支援するための介護・福祉事業者等との連携に関するものについては、退院カンファレンスや地域ケア会議等への参加ということで評価してはどうかという内容です。

マル3として、地域住民に対する健康診査や保健指導などの地域保健活動に関するものとしては、健康診査や保健指導などの実施。こういったものを評価してはどうかという御提案になります。

認定の申請に当たっては、医師少数区域等における一定以上の勤務期間と、その間の勤務内容を証する書類を提出していただき、それを確認させていただく。そういったプロセスを進めてはどうかという御提案になります。これら3つに関しては、全てアンド条件ということになりますので、全て実施しているということを要件としてはどうかという御提案になります。

1枚おめくりいただきまして、1-2として医師少数区域等における勤務期間。今までは一定の期間ということで御説明してきましたが、一定の期間をどう具体的に定めるのかという論点になります。

14枚目のスライドですが、これまでの議論として、御意見をいただいている内容としましては、認定に必要な勤務期間として、育児や出産を行った場合でも認定を受けられるよ

う配慮すべきではないか。認定を受ける時期としましては、臨床研修医には指導医が必要であり、ひとり立ちした医師とは異なる。同じ勤務経験ではないのではないか。臨床研修医が一人で地域に行くような仕組みでは、受け入れる地域も不安ではないか。こういった御意見をいただいているところです。

1枚おめくりいただきまして、15枚目以降は現在行われている取り組みについて御紹介させていただきたいと思っております。15枚目のスライドは、沖縄県立中部病院による離島への医師派遣事業がありますけれども、ここで医師がどの程度派遣されているのかということを整理した資料になりますが、多くが2年ということになっております。これは沖縄県の一例ということになります。

次は16枚目の資料ですけれども、自治医科大学による医師派遣事業がありますが、こちらは規定等を見ますと、派遣期間は原則1年単位ということで明記をされているところです。

17枚目は公益社団法人地域医療振興協会が行っている地域医療に貢献する専門医育成を目的とした研修事業になりますが、ここを見ますと、僻地診療所・地域病院での勤務のプログラムに関しては12カ月ということで提示をされているところです。

続きまして、18ページ目の資料は日本専門医機構の総合診療専門医研修の規定を持ってきておりますが、こちらの整備基準等を見ますと、地域医療・地域連携への対応として、僻地・過疎地域、離島、医療資源の乏しい地域での1年以上の研修が望ましいということが明記されており、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡のプログラムでは12カ月以上、他の都道府県のプログラムでは6カ月以上の研修を必須とする。そういったことが明記されているところです。

1枚おめくりいただきまして、勤務期間の計上の方法について整理をさせていただいておりますが、医療法における常勤医師の捉え方を整理した資料となっておりますが、常勤医師は、原則として病院で定めた医師の勤務時間の全てを勤務し、1週間の勤務時間が32時間である。そういった場合、常勤医師としてカウントするといったことが解釈として示されています。ただし、育児・介護休業法の規定に基づき短時間勤務を行っている場合は、従前の所定労働時間を勤務しているものとして取り扱うということで、育児・介護休業法に基づく短時間勤務に関しては配慮がなされているところです。

20枚目のスライドは育児・介護休業法の概要についてお示ししております。この中では時短に関しては原則1日6時間ということで記載があるところです。

1枚おめくりいただきまして、臨床研修の取り扱いを持ってきておりますが、いわゆる妊娠、出産、育児、そういったライフイベントの理由によって研修を中断した場合は再開することができる。そういった運用がなされているところです。

御紹介した内容を少し整理しましたのが22ページ目のスライドになりますけれども、勤務期間に関しまして、課題としては、認定に必要な医師少数区域等における勤務期間をどのように設定するのか。また、認定の要件について、育児や出産などのライフイベントに

対してどのように配慮するのか。また、医師少数区域等に勤務する臨床研修医の勤務期間について、どのように取り扱うのかということが課題になるわけです。

事務局からの案の提案ですけれども、論点の1つ目です。認定に必要な医師少数区域等における勤務期間については、現在行われている医師派遣事業や、地域医療についての知見を得るための研修の状況などを踏まえ、6カ月から12カ月の間で設定してはどうか。ここは御議論いただきたいポイントになります。

また、地域における継続的な診療等を評価する観点から、認定のための勤務期間においては、原則として同一の医療機関に週32時間以上勤務するということにしてはどうか。ただし、括弧書きのところですが、育児・介護休業法の規定に基づき短時間勤務を行っている場合は、原則として週30時間以上を可とするといった運用としてはどうでしょうかという御提案です。

3つ目の四角ですが、医師少数区域等における勤務は原則として連続した期間の勤務とするが、妊娠・出産・育児・傷病などの理由により中断した場合は、中断前後の期間を合算できる。そういった取り扱いとしてはどうかということです。

最後ですが、臨床研修中の医師は、指導による指導のもと、複数の診療科を経験することが求められており、継続的な診療を行うことは想定されていないため、臨床研修中の期間は認定のための勤務期間に含めない。そういった取り扱いとしてはどうかという御提案になります。

1枚おめくりいただきまして、23ページ目、最後の論点です。認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価についてという論点になります。

24ページ目に、これまでの議論として本検討会の第2次中間取りまとめの関係する部分について抜粋してきております。第2次中間取りまとめのところを少し読ませていただきますが、まず、下のマル3として、認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価のところになります。1つ目の○として、医療機関の管理者には、財務・労務管理といった経営能力のみならず、地域への貢献まで含めた幅広いマネジメント能力が求められる。このため、認定医師の医師少数区域等における勤務経験を評価し、認定医師であることを一定の医療機関の管理者に求められる基準の1つとすべきである。この対象となる医療機関については、まずは地域の医療機関と連携しながら地域医療を支えるという制度上の目的を有する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として、今後、具体的な医療機関のあり方について検討すべきである。また、管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものとすべきである。こういったまとめ方をしているところなんです。

これに相当する地域医療支援病院については、別途具体的に検討すべきということがマル2で書かれているところです。

25枚目のスライドですけれども、現在、特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会というものが設置されており、そこで議論を進めているところです。11月16

日にこの検討会の議論をしております、この中でも地域医療支援病院の見直しに関する方向性として、26、27、28ページ目の資料を提示しております。今、御紹介した地域医療支援病院のうち、医師派遣機能を有する病院に関して、具体的にどのように設計するのかについては、こちらの検討会において議論を深めているといった状況となっております。

最後の資料になりますが、29枚目になります。課題としては、認定医師であることが管理者要件の一つとなる、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具体的なあり方についてどのように考えるかという点ですが、こちらに関しては、今、御紹介した特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会で議論をしておりますので、こちらでの議論を踏まえて対応していったらどうかという御提案です。

また、なお書きのところになりますけれども、既に第2次中間取りまとめにおいて、管理者としての評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るとされておりますので、これを尊重して制度設計を進めていくというふうにしてはどうかということを書かせていただいております。

事務局から、資料の説明は以上です。

○片峰座長 きょうの議論は5ページにある検討すべき要素というところなのでしょうけれども、昨年、年末に、第2次中間取りまとめをまとめた座長の責任として少し質問したいと思います。

あのとき、冒頭にも申し上げましたけれども、この案件は、非常にこの検討会で大きな議論になった論点だったのです。最終的には、きょう24ページに書いてあるような形になったのですが、そこにもまずはこうしようという記載をしています。それと、きょうの資料の中で全く無視されているのが、中間取りまとめの最後のところに残された課題というものを列記してあるのです。そのときの重要なポイントとしてこの問題もあって、要するに、地域医療支援病院だけに管理者要件を限定しますと、それは実効性の観点から非常に問題であるということを書いて、私としては、この議論は持ち越したというふうに理解しています。

さらにきょう、最初にございます4ページ目の条文に関しても、第3項なのですが「医師の確保を特に図るべき区域における医療の確保のために必要な支援を行う病院」というものがあって、その次に「その他の厚生労働省令で定める病院の開設者」というものがくっついているわけですね。要するに、先ほどの第2次取りまとめの○という記載と、最後の持ち越した議論のところがきちんと記載してある。それから、この条文も、範囲を広げることに関して余地を残している法文だと私は理解しているのですが、そういった中で、きょうこういった提案をされた。そこら辺の考え方をまずは説明していただければと思うのです。

○鶴田保健医療技術調整官 事務局です。

まず、資料としては24ページ目の資料を御確認いただきたいと思います。24ページ目のマル3の2つ目になりますけれども「この対象となる医療機関については、まずは地域の

医療機関と連携しながら地域医療を支えるという制度上の目的を有する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」となっておりますので、この点についてどう取り扱うかということは、本日の資料の中に盛り込んでいます。

「とし、今後、具体的な医療機関の在り方について検討をすべき」というところに関しては、事務局としては宿題というふうに認識しておりますので、本日の資料の中では、この点については盛り込んでおりませんが、この点についても我々としては宿題として受けとめて、今後、議論ができるようにしっかりと準備等をしていかなければいけないという点だと思っております。もちろん座長がおっしゃったように、法文上に関しても、4ページ目の認定制度に係る主な条文のところになりますが、第10条3項で「医師の確保を特に図るべき区域における医療の確保のために必要な支援を行う病院」、これに関しては、地域医療支援病院の一部がこれに相当するわけですが、その他厚生労働省令で定める病院も条文上は書かれていますので、この解釈をどうするかということは引き続きの論点として残っていると事務局としては思っております。

○片峰座長 だから、32年度にこの制度が発効する。それまでに、今、言われたプラスアルファの部分に関しては。ここで議論していいということですか。

○鶴田保健医療技術調整官 もちろんこの検討会で議論することはできると思っております。

○片峰座長 この件に関して、どうぞ。

○山口構成員 私も座長と全く同じところが気になっていまして、第2回目の中間取りまとめの前に、かなり議論が紛糾した中で、法律が成立した後に具体的な内容を詰めていくのだというようなことでおさめた記憶があります。そういうことから言いますと、地域医療支援病院の管理者になるために、まずはと書いてあります。しかし、地域医療支援病院が全国に、きょう配付された資料によると、平成29年10月で543病院です。この地域医療支援病院の管理者になるために認定医師になるということが、インセンティブとしてどれだけ意味があるのか。どれだけの人々がそれに魅力を感じるかということを考えると、それでは弱いのではないかとということを議論したことを覚えております。

それ以外の検討を私はすべきだと思っておりますけれども、ただ、きょう資料を見ますと、29ページに、認定医師であることを管理者要件とする医療機関の具体的なあり方については、特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会での議論を踏まえて対応するとあります。これを待って議論するということになるのか。この医師需給分科会は何度もいろいろな場面で議論を止められて、私たちは議論を待たされた経緯があるのですけれども、またこれも、ここでペンディングになって待たないといけないのかということにちょっと疑問を感じています。

ですので、そのことについては、どこで議論をするのかということをごまかしていただきたく。たしか前の議論では、きちんとしたインセンティブを働かせるとしたら、診療所の開設をする要件にも入れる必要があるのではないかとというようなことも出ていた

と思います。ですので、このことについては、後回しにするのではなくて、きちんとどこで議論するのかということを確認にさせていただいて、ここでできるのであれば継続的に私たちが一旦とまっている議論を再開したいと思いますので、そこは明確にさせていただければと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○本田構成員 追加で質問をいいですか。私も全く同じようなことを感じていまして、たしか本当に同じように、地域医療支援病院だけでは何のインセンティブにもならないのではないかと。とりあえずそこからということでは、皆さんそのときは納得しましたけれども、そういうことをどこで議論するのか。今、山口構成員がおっしゃったことと加えて、ちょっとここは私の不勉強かもしれませんが、24ページの一番上にある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とされていると、これまでの議論では管理者要件とする医療機関については、地域医療支援病院だけではなくて、そのうちのこういう機能を有する病院だここに明記されているのですが、私はこの議論をちゃんと記憶していないので恐縮なのですが、地域医療支援病院のうちこの機能を有する病院はどれぐらいあるのかということも教えてください。

○片峰座長 ほかにございますか。まとめて答えていただきます。

小川先生、いいですか。

○小川構成員 座長が御指摘をされたところは全くそのとおりでございまして、ここで本当に実効性のある仕組みをつくるのであれば、先生がお話しになったところまで、この検討会で議論をするべきだと私は思います。ぜひよろしく願いいたします。これは座長の独断と偏見でも結構でございますので、ぜひ進めていただければと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 議論をすることは大変重要なので、ぜひこの場で検討したらよろしいかと思えます。その際に、きちんとしたデータに基づいた議論にしないといけないと思っていて、先ほど山口構成員がおっしゃったように、地域医療支援病院の数は限定されており、十分なインセンティブになり得るのかということも非常に重要なご指摘と思えます。一方、医師少数区域と言われているところの設定は、今の厚労省の〇%となっているところがどのぐらいの数字になるかによって、かなり数が違ってくると思うのです。

例えば厚労省が想定しているような割合の中で、その中に一体どのぐらいの医師が補充という言い方はおかしいのですが、来られれば医師少数地域というものが解消していくのか。その絶対数と、それから、インセンティブと言っていますけれども、ある意味で地域医療支援病院の管理者となるための要件、でもあるので、その辺の全体のバランスが必要かなと思っていますので、そういう試算で、例えば〇%がこのぐらいの数字になると、このぐらいの医師がある程度そういうところに行っていたかなければいけないのだというような、ある程度の概略でいいので、そういうものがあると議論しやすいのかなと思っています。これは厚労省にお願いします。



○片峰座長 はい。

○小川構成員 確かに今のデータ、エビデンスに基づいてちゃんとやらなければならないということだろうと思うのですが、3ページ目をごらんいただきますと、これが実際に運用されるのは、もう5年後なのですね。ですから、5年もたった後に、やはりこういう別な病院も入れるべきだと言っていたら、もう間に合わない。そういう意味では、このタイムスケジュールを考えれば、その前にちゃんと方針を決定しておく必要があるのではないかと私は思います。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 日にちの確認ですけれども、先ほどこれを開始するのが32年4月1日とおっしゃったということは、もう5年ないということだと思いますが、5年の猶予もないですね。2年を切っているのでしょうか。

○鶴田保健医療技術調整官 この新たな医師の認定制度自体の施行日は32年4月からということになります。あとは勤務の期間、一定期間というのは、本日の論点として事務局から、6カ月から12カ月ということを提示させていただいておりますけれども、そのカウントをする最初のポイントが32年4月からになりますので、そうしますと、最速認定された方が出るのは32年4月にプラス6カ月を足して、10月以降でない、仮に6カ月だとすれば32年の10月になりますし、仮に1年であれば33年4月からになりますので、そういった運用のスケジュールになります。

○平川構成員 先ほどから開業医の管理者要件にまで広げるべきだと、そうしないと実効性がないというようなお話が出ていますが、今の議論の中では、少数区域の実情をわかった医者が地域医療支援病院のほうの医者を派遣する側の院長の気持ちになるようにということでこの話が進んでいるわけですね。ですから、その路線で開業医の管理者要件まで発展させるのは、余りに論法としておかしいことをしているので、もし管理者要件を広げるという前提であれば、根本的な議論をし直さないといけないのではないかと私は思うのですが、いかがでしょうか

○片峰座長 そういう議論が去年の12月まであったわけですね。

どうぞ。

○山内構成員 管理者要件をもっと広げるかということになってくる場合、かなりのパーセンテージの医師がこのインセンティブをとらなければいけないということになってくることもあって、そういう中で、今回、この中で出産・育児に伴う働き方ということで取り上げてはいただいているのですけれども、やはりこの働き方であると6カ月とか12カ月、子供がいる人は子供を連れていかなければいけないという実情が起こったりとか、あとはいろいろな意味で、例えば外科で手術をばりばりやっている段階で、こういうインセンティブをとらなければいけないときに、そういった手術をやっている先生が、本当に心臓外科でそういう手術をやっている先生が、手術を待っている患者さんをとめてそれに行かなければいけないのかということも起きたりということがあって、そういったケース

に関しても配慮していただくように、医師のキャリアプランに応じた、断続した医師少数区域での勤務時間を通算することを可能にしてはどうかということが、実際に今おっしゃっていた第2回の中間取りまとめの論点の中に出てきているのです。ですから、そういった形での断続したのものも、もちろん期間は断続した場合には長くなるのは当然ですが、そういったものも認めていただけるようなことも検討していただければと思います。

例えばずっと子供を連れてそこに移れなくても、毎週土曜日にそういった地域にきちんと3年間行って、そういったものをちゃんと経験してくるということや、あとは外科医であっても、外科医が足りないところに週1回行って、きちんとそういったものを見てくるような形も、この10ページの要件の中に、必要な業務の中に解釈をすれば、外科医でもそういった手術の補助をするという形でも、こういった形で何らかの経験にはなるのではないかと思います。その辺も御検討いただければと思います。

○片峰座長 では、具体的な議論に入りましたので、きょう、最初は認定に必要な経験とは何なのだと。今の年限とか時間数も含めまして、その議論と、もう一つが認定医師に対する医療機関の管理者の評価についてということになっていますので、恐らく先ほどからの議論は2つ目の議論なのですね。ここで蒸し返すことにして、まずは最初の議論に入ってよろしいですか。

そうしたら、いわゆる認定に必要な要件のうち、11ページからの医師少数区域等における医療の提供に必要な業務内容。この部分に関して、まずは御議論いただきたいと思ます。要するに、12ページに論点が示してありますけれども、この件に関してどうか。

どうぞ。

○神野構成員 12ページに今、おっしゃった必要な業務内容が書いてあって、ちょっと戻りますけれども、9ページのへき地医療拠点病院のところに、総合的な診療能力を有する医師の育成ということが書いてあって、この総合的な診療能力を有する医師の育成がどうも12ページの今の業務内容に近いのかなと思うのです。12ページの業務内容だけを見ると、これはへき地拠点病院とかへき地ではなくて、どこでもできるというか、逆にへき地の病院でこういうことを勉強するよりも、こういうことを勉強したお医者さんがへき地、医師少数区域に行ったほうが、ティーチングスタッフが少ないへき地の病院にとっては、教える手間がなくて、よろしいというふうに思うのですね。

なので、12ページのこれを医師少数区域の業務ではなくて、こういう業務内容をきちんとやった人が医師少数区域に行くというたてつけの方が現実的なのかなと思ってなりません。

以上です。

○片峰座長 はい。

○山口構成員 私も神野構成員の御意見に賛成で、この業務内容の12ページを見たときに、これは医師として当たり前の業務が全部並べてあるだけではないかと思ました。ですので、これができる人だと解釈したほうがわかりやすいのではないかと私も思ます。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 まず、対象とする施設は病院もしくは診療所なのかということが1つ。その対象とした施設は公的などころだけなのか、民間も含むのか？研修医は不可と書いてありますけれども、専攻医レベルではどうなのか。それは卒後何年目からの医師を対象とするのか。先ほどの議論を踏まえると研修か臨床実地かという、臨床実地を具体的にやってもらえる能力のある人ということであればいいのですが、専攻医の場合、研修を考えると、記録を残すのかどうか。この人はどういう経験をしたのか。そういうあたりをどう考えるのか。

次に、私はずっと言っているのですが、病床規模で、医師数は異なり、100床当たりで10人ぐらいの病院と、特定機能病院であれば100床当たりで60人ぐらいいる。そうした中で、医師が少ないところは、ある学会で見たら東北などでは400床規模の病院で40～60人の医師しかいない。これは100床規模ぐらいの病院の医療の質しか提供していないという状況だと思うのです。したがって、どのようなフレームワークの中で医師を派遣して、その人たちがどの程度の診療をするのか？基本的なところをまず抑えておく必要があると思います。私が先ほど質問したところを構成員がお互いに共通認識した上で、医師の少ないところへの派遣をどう考えるかということ議論しないといけないと思います。400床の病院で40人しか医者がいないところは、100床当たり10人なので、100床ぐらいのレベルの医療しか実際はできないのです。そういうところは、地域の医師少数区域の基幹病院であれば、やはり派遣すべきだとは思いますが。

また、自治医大の卒業生などを見ると、30床とか、もっと少ないところに行っています。本県では、医者が6人ぐらいで、内自治医大の卒業が3人で、自治医科大卒業生が5割の占有率で診療機能を果たしている病院もあります。従って、どういうところに派遣するかということ議論した上で、必要な経験というのはどのレベルかという議論があってもいいのかなと私は思いました。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 事務局への確認なのですが、研修医は対象にならないにしても、地域医療支援センターが派遣する、いわゆる地域枠の医師についても当然対象になるということでもよろしいのですね。もちろん御高齢の先生でリタイアされて、インセンティブとして例えば将来管理者になりたいとか、リタイアされていなくてもある一定の年齢の経験のある先生が管理者になるために行くというケースもあるでしょうけれども、基本はいわゆる地域枠の学生の方たちが将来そういった立場に立てるというインセンティブだという理解でよろしいのでしょうか。

○片峰座長 ここは難しいところですね。

どうですか。

○鶴田保健医療技術調整官 この認定医師の制度自体は、お医者さんが申請をして、申請された書類の内容を確認して、厚労大臣が認定する仕組みです。確認するときに、医師少

数区域等でどれだけの期間働いたのかという期間と、医師少数区域でどのような経験をしたのかというところを確認する必要がありますので、その内容をどう整理するかということが本日議論する上で大事なポイントになります。

申請する人というのは、別に若手だけでもなく何歳の先生でも申請することができますので、50歳でも60歳でも70歳の方でも申請することは可能です。

今村構成員がおっしゃった、地域枠の方でキャリア形成プログラムに乗って医師少数区域等で働く方は、期間を6から12カ月と事務局で提案させていただいていますが、多くは多分12カ月以上働かれると思いますので、地域枠でキャリア形成プログラムに乗った方は、基本的には認定医師の制度が、認定されるのだろうと事務局としては考えております。

○今村構成員 つまり、あくまでも申請主義ではあるけれども、御本人が申請すれば、当然のことながら地域枠にわざわざ乗って、医師少数地域に行き働いていただくわけですから、そのキャリアの中でそういった認定を受けることが普通は予想されるということでもよろしいわけですね。そうすると、先ほどお話があったように、地域枠の方たちのほうが、50、60、70でインセンティブとして地域に行くという方よりも数的には圧倒的に多くなるというようなイメージで考えているのですが、それでよろしいのですか。もちろん、それはどれぐらいインセンティブと考えられるかによるのですが。

○片峰座長 結局そこが全体の制度設計に大きく影響しますね。

○今村構成員 そういうことだと思うのです。

○片峰座長 私の理解は、地域枠のお医者さんたちは当然ながらこの要件を満足するわけで、認定されるわけですよ。眼目は、要するに、それ以外のお医者さんのところに実はあって、そのためにわざわざこういう議論をするのだろうと私は思っているのです。

○今村構成員 そのときに、先ほど冒頭に申し上げたように、地域枠の方たちが、いわゆる医師少数区域を解消するために、今、大学が地域枠を設けて、それが確実に機能するという取り組みをしている中で、その成果がどのようになってくるかということに大変大きな影響があるわけですから、先ほどのお話は、ある意味で義務になってはいけなくて、インセンティブならわかるのですが、そこに行かなければこれができないというのは、それはインセンティブではなくて義務の話なので、全体のバランスを見ないと決められない。だから、残り1年数カ月で制度を決めなければいけないので議論はしておく必要があると思うのですけれども、そのための根拠となるデータをある程度しっかり示していただいた上で議論をしたいというのが先ほどの趣旨です。

○片峰座長 それは次の議題の年限の問題とか、何時間働くか。それはまさに、そういったシミュレーションがないとなかなか議論ができないのです。ここら辺はどうですか。

○鶴田保健医療技術調整官 今村構成員から御指摘いただいた、医師少数区域を何%にするのかというのは、今後議論するという事になっていきますし、そういった議論をするときにはデータを御準備できると思いますし、また、今回、管理者の要件の範囲をまずは地

域医療支援病院のうち医師派遣をしているところでこの議論をする、プラスアルファもさらに議論すべきではないか。そこに関してはデータをちゃんと提示すべきではないかという御意見を承ったとっておりますので、その辺についても事務局として整理して、提示できるように準備したいと思います。

○片峰座長 いかがですか。

どうぞ。

○羽鳥構成員 今、専門医機構のほうで、総合診療領域の議長として、総合医の育成に関わっています。例えば14ページにあるような、初期研修医が一人で地域へ行く仕組みは、国民の皆さんから見たら不安ではないかという指摘がありました。専攻医といえども卒業後3年目ですが、半年または1年の業務を求められているということがあります。一方総合診療領域は御存じのように、ことしも150名近くの方しか応募がない。

1つの理由は、医師少数地域への就労が義務づけられているからです。要するに、皆さんもおっしゃるように、インセンティブで行くならばいいけれども、卒業後3年目、4年目、5年目の専攻医が1人で行くには不安とっているような方に義務づけられていることも、総合診に応募する人数が集まらない一つの理由でもあると思います。5年目、10年目など、経験を積んだ先生が行く仕組みで、さまざまな世代を支える仕組みになっていくべきではないでしょうか？

以上です。

○片峰座長 ほかにいかがですか。

どうぞ。

○小川構成員 先ほど座長がおっしゃっていた、第1の論点と第2の論点があるのだけでも、また第2の論点に戻ってしまったので、第1というのは、認定に必要な経験はどのぐらいか。要するに、到達目標をどこに置くのだということをやった上で、期間だとかいろいろのことをやったほうがいいのではないかと私は思うのです。

私見を申し上げますと、この中にちょっと足りないといいますか、一応10ページの論点の3行目なのですが「専門的な医療または介護が必要な場合や急変時等、様々な状況への対応を行うとともに」云々と。これでは文言として到達目標になっていないのですね。その中で、私としては入れていただきたいのは、臨床判断ができるということを明確に打ち出していきたい。というのは、例えば専門医の診断・治療が必要か否かを判断すること、要するに、臨床判断なのですが、それができて適切に紹介ができるということが極めて重要だと思います。

例えば岩手県ですと、岩手県の本当の田舎に行くためには、片道3時間かかるわけでありまして、そこで80歳、90歳のおじいちゃんが、草刈りをやっていたら鎌で顔を切ったと。そうしたら、若い先生でも、あるいは内科の先生でも、ていよく縫ってくださいねと。わざわざ3時間もかけて大学病院の形成外科まで行く必要はない。80歳、90歳であれば、いずれお嫁さんをもらうわけではないのだからいいのではないかと。ただ、16歳の女の子が

顔を切ったら、内科の先生も若い先生も一切手をつけてもらっては困る。これはもう3時間かかろうが4時間かかろうが、ちゃんと大学まで来ていただいて、形成外科の先生に、将来に禍根を残さないような処置をしてもらうということが極めて重要でありまして、これが臨床判断の1つのポイントなのですね。

ですから、やはりそのような、論点で書いてあるのは望ましいと書いてあるわけで、そうではなくて、到達目標としてこういう到達目標にするべきだというような書きぶりにならないとまずいのではないかと思いますけれども、いかがでしょうか。

○片峰座長 裴さん。

○裴構成員 業務内容のことに戻るということで、12ページに書いてございます業務内容ですけれども、私の理解では、将来管理者になるための資質を養うためにこういう業務をしましょうというようなたてつけかなと思っております。

この業務内容を見ますと、ほとんどがプレーヤー寄りの業務なのです。つまり、管理者要件になるには、当然プレーヤーの資質も大事ですけれども、マネジャーの資質も非常に大事である。少数区域の中で、医師が結局プレーヤーで、1人で頑張っていて、そこでまた燃え尽きてしまうというのは、どこかで見てきたような道かなと思ってしまいます。そうなりますと、限られた医療資源をいかに最大活用するのかというようなことも業務内容に入れておかないと、つまり、その先生が行って、属人的システムをつくってしまって、その先生がいなくなったらまたそこが医師少数区域として非常にがくんと下がってしまう。そういうものは大戦略からするとずれるのかなと思います。

そうなりますと、業務内容の中で、例えばいかにチーム医療を推進していくかとか、いかに有効活用をするのかとか、そういった視点も入れておかないと、将来管理者になるときに、医師少数区域で何を学んできたのだというふうに言われてしまうことを私は懸念します。ですから、プレーヤーとマネジャーの両方の視点をぜひ入れていただきたいと思っております。

以上です。

○片峰座長 では、記載内容にいろいろ注文がつけましたけれども、検討の余地がございますね。

○鶴田保健医療技術調整官 業務内容についてはもちろん本日、事務局として、たたき台として提案させていただいておりますので、御意見を踏まえて、また事務局としてまとめて整理したいと思います。

○片峰座長 この議論はまだ続けていいのですけれども、では、お二人だけ、申しわけないです。

○福井構成員 先ほど10ページのところで、小川先生が指摘された論点の最初のパラグラフの3行目の専門的な医療が必要な病態の判断と対応ですが、12ページの業務内容のところにもぜひそれを加えていただきたいと思っております。

慢性的なケアや、予防的な視点が必要という点は組み込まれていますので、専門的な医

療が必要なところの判断と対応をぜひ入れていただきたい。

それから、先ほどの議論にございました、医師少数地域で医療を提供する人をそのような地域に派遣するという大きな目的でやっていることですので、プレーヤーとしてのこの内容は十分組み込む必要があると思います。マネジメントができるような場面なのかどうかということは、場所によって随分違うので、もう少し議論する必要があるように思います。

もう一点、確かにこれは経験を求めている、アウトカムを求めているですね。この経験からどのような能力を身につけたのかが評価できれば、理想的だと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○三根構成員 多分、こういう場で議論するとなると、少数地域に出向いていく医師に何を求めるかということは数多くのことが出てくるのは当然かと思うのですが、それが診療所なのか、そこそこの病院なのかによっても内容が異なりますが、第1の目標は少数地域にまずは行っていただくことが大事なので、余り多くを求め過ぎても本当の最初の課題が解決することになるのかなという気がして聞いておりました。

もう一点は、きょうの会議は1年前と全く同じだなという印象を受けて聞いておりました。

以上でございます。

○片峰座長 関連するのですが、どれくらいの期間あればいいのかということが次の問題ですね。今の御提案は6カ月から12カ月程度ということなのですが、この論点に関しても少し御議論いただきたいのです。

○小川構成員 今、先生がおっしゃった6カ月というのは、要するに、トータルで6カ月という意味ですか。

○片峰座長 要件が6カ月ですね。

○小川構成員 要件がね。それは地域卒の卒業生がどのくらい出て、今、9,000人の卒業生が出ているわけです。9,000人の卒業生がいて、医師不足地域がどの程度あるかというデータがないと、決められない話だと思うのです。先ほど山内先生が御心配になっていた、例えば子供を持った女医さんがというようなこともあるのですが、私は別に精緻な計算をしたわけではないので、これは厚生労働省がもうちょっと精緻に数を勘定してもらわなければなりません。9,000人の卒業生がいて、例えば1人の医者が6年も地域に行くといったら、地域の医療は恐らくオーバーフローします。これは別にちゃんとしたデータを持っているわけではないので何とも言えないのですけれども、そんなに必要かなという感じがするのですね。

そうすると、例えば2カ月ずつ、あるいは1カ月ずつ、何年間にわたって義務を果たせばいいということになれば、そんなに山内先生のような御心配も要らないような気がしますので、これは私が別に精緻に計算して申し上げていることではないので、やはり厚生労働省のほうで、地域卒の今の充足状況あるいは医師不足地域がどのくらいあって、どのぐ

らの医師がそこに行けば足りるのかというようなデータをもとにして議論をしないと、絵に描いた餅になりかねないと思いますが、いかがでしょうか。

○片峰座長 これは先生、地域によって、地方によってもまた違いますね。

○小川構成員 もちろんそうです。

○堀之内構成員 堀之内です。

議論を伺っていて混乱するのが、例えば6カ月でその人が行って、教育、人材育成という意味で、どこまでができるようになるという意味の議論なのか、あるいは評価として何かを与えるときに6カ月で足りるのかというところが、先ほどのところも多分、かぶると思うのですが、その人を地域医療に即した形で育てようと思っている制度なのか、それとも、短期間でよし、地域に行って頑張ってもらおうと思って行った人を評価する制度なのか。そこが恐らく錯綜していて、評価という意味で言うと、御意見があったように、ちょっとでも行った人でも、それはある程度評価してあげてもいいのではないかというお話になるでしょうし、一方で、ある程度将来の管理者として育てていかないといけないということであれば、一が定の期間マストだと。

そうすると、例えば教育だと、すぐに今の若い先生方が想定するのは、研修制度とか専門医制度みたいに、それこそカリキュラム制にするのか、プログラム制みたいに期間でがっちり、あるいは場所でがっちり縛るのかということになってくるのか、それとも、比較的大らかに医師少数地域でちゃんと普通にお医者さんとして働いてくれればそれでいいですよというものにするのかということをはけるか。どちらの側面もありそうなので、どちらでも可という形で、Aのパターンで行った方はこういう形、Bのパターンで行った方はこういう形というような制度設計もありなのかなと感じて聞いておりました。

○片峰座長 ここも非常に複雑なのですけれども、座長としての理解は、この検討会のファースト・プライオリティーは偏在問題ですね。

○堀之内構成員 教育というよりは、どちらかというところでは行ってもらったと、そういうことですか。

○片峰座長 恐らく次の議論でまた別の検討会が立ち上がっていますね。これとの関連も今の議論と関連するのだらうと思うのです。

どうぞ。

○鶴田構成員 我々としては、地域医療の確保という観点で、自治医大卒業生の派遣等を行っています。卒業生の教育という観点と、患者の立場も考える必要があります。派遣期間が6カ月だと薬を長期投与すると、1回で2カ月間投与できますので、2回行ったら、3回目はもういないとか、そういう問題もありますので、基本的には同じ病院に2年いてもらい、屋根瓦式になる様に自治医大の卒業生は派遣しています。

次に我々の時代は大学医局から派遣されるときは、3カ月とか6カ月とか、ありました。私は麻酔科で派遣されましたが、やはり最低1年ぐらいいて、その地域の方々とある程度顔の見える関係が築けるとか、それは必要かなと思います。3カ月、6カ月では、やは



り地域になじまないという気がします。

○片峰座長 本田さん。

○本田構成員 今、患者側の立場ということがあったので、一言だけと思ったのですけれども、私も受療をする立場とすると、1年ぐらいはいてほしいというのが気持ちだと思っています。

何をするかというお話との両方があると今、堀之内構成員がおっしゃっていたのも本当にそう思うのですが、先ほどからあった業務の認定の要件というか、業務で何をするのかという中で、マネジメントという部分もすごく大事だと私は思っていて、どれだけ人がいるのかわからないのですけれども、ない資源の中でどうやって地域医療をやるのか。12ページの書き方が端的過ぎて、私はそれが伝わらないのではないかと思ったのです。マル2のポツで退院カンファレンスや地域ケア会議等への参加としか書いていないからわからないわけであって、こういうことで、この人には介護が必要で、こことここを連携させてそういうマネジメントをしっかりとやってもらうことで、地域医療のことを学んで、管理者要件となるのだと私は理解していたので、そういうことをちゃんとやってくるという意味では、1年ぐらいは経験していただいて、患者としても生活を支えてもらえた先生なのだと理解できるというぐらいの期間は欲しいと感じました。

○片峰座長 今回の御提案の最大の根拠は沖縄中部、自治医大、それから、専門医制度の中の総合診療専門プログラム。ここら辺が、要するに、6カ月とか12カ月ということなので、その内容も考えられてこういう1つの提案になっているのだと思うのですけれども、どうでしょうか。

○今村構成員 先ほど堀之内構成員がおっしゃったことは、私は非常に納得できることで、いわゆる地域枠で、まだ経験の浅い人が地域医療支援センターから派遣されてその地域に行くという方と、一定程度かなり臨床経験を持った方が自分が何かお役に立ちたいということで行かれる期間が同じでいいのかどうかということはあると思うのです。

やはり若い先生が経験をしっかりと積んで、また住民の方とのいわゆる人間関係を構築するという意味では、やはり1年程度行かれて、そのためにそういう方についてはキャリア形成をしっかりとするということが大前提になっているわけです。

一方、ある程度臨床経験を持って地域医療にも今まで取り組んでこられた先生がそういう地域に行くということであれば、ある程度の期間が短くてもよいのではないかと私は思っていて、その辺は弾力的に考えることができるように、この6から12カ月ということなのかなという理解は、個人的にはしておりました。その辺はどのように仕組みをつくるかだと思いますけれども。

○片峰座長 山口さん。

○山口構成員 そもそもどういう医師が望ましいかという内容を見ていると、患者の立場からすると、2カ月、3カ月では継続的に診ていただいたということにならないと思いますので、やはり最低1年は継続的に診てもらわないと、望ましいというところは達成で

きないかと思えます。

ただ、今回、医師偏在にどのように対応していくかということで、ずっと議論をしてきたのは、10年以上議論してきて全然解消されていない。それをもうこのあたりで何とかしないと、ずっと医師不足の地域で困っていらっしゃる方が、同じ日本の中で医療を受けているのにこんなに違いがあっているのかということが根本的な議論にあったと思えます。

ただ、先ほどから出てきている中で、少数地域に行く医師というのが、結構幾つかに分類されると思うのです。地域卒の人は教育目的のかもしれませんが、あるいはこのインセンティブによって管理者になりたい、要件をとりたいたから行くという人もいるでしょうし、一定期間、今のうちに勉強しておこうかと思ってある程度の経験を積んで行く人もいると思えますので、そこを一緒にして議論しているところに問題があるのかなと思えます。

私も女性に対しては、女性のイベントに対しての配慮は必要だと思いますが、分類の1つに女性の問題も出てきますので、そのあたりはちょっと分けて考えていくことも大事なのかなと思えました。

だから、年数も一定に、何年以上とか何カ月以上というのは必要でしょうし、合算することも大事だと思うのですが、そのあたり、教育目的の人と、そうではないというところは分けて考えるべきではないかと思えます。

○神野構成員 今、本音の話と建前の話があって、本音としては、先ほど座長がおっしゃったように、今回、我々が議論するのは偏在解消の武器としてこれをどの程度強くするかということになると思えますし、建前的には研修制度をどうするのだとかいう話になると思うのです。もし本音で行くならば、この仕組みによって偏在を少しでも解消するということを目的とするならば、ここにある細かい業務内容よりも後から出てくる管理者としての評価のところをどこまで縛るか、どこまで広くするかということで、全然偏在対策は変わってくると思われまます。

○戎構成員 済みません。1点だけなのですが、勤務期間の件についてはもっと議論が必要になるかと思うのですが、少し前に調べたところ、沖縄県の島がたくさんあるところとかは、島で働く先生方が365日働いているということで、そこに対して、例えば休みの期間は3日なり5日なりを別のところから勤務でかわってくださるという方もいらっしゃるので、そういった点の交代制の部分をもう少しシステム化してござって、こういった要件に当てはまるようにしてござれば、もう少しその部分も補填されていくのではないかと思えました。

以上です。

○片峰座長 確認ですけれども、32年4月1日施行ですね。この議論を今後どんなスケジュール感で収束させていくかというところが重要なポイントだと思うのですが、そこら辺はどなたか御説明いただけますか。きょうしか議論するチャンスがないというわけではないですね。

○鶴田保健医療技術調整官 本日のみで検討を絶対に終わらせないといけないというわけ

ではないので、当然きょうもいろいろ御意見をいただいておりますので、事務局としてもいろいろ整理しないといけない課題もいっぱいありますので、その辺は整理をして、もちろん32年4月には施行できるように議論をまとめていかないといけないとは思っておりますので、そこはしっかりと進めていきたいと思えます。

○今村構成員 事務局への確認なのですが、こだわりますが、いわゆる地域医療支援センターが派遣する地域枠の医師等については、勤務環境改善支援センターと連携して、しっかりとその先生が働く環境が守られるということがきちんと明記されている。今回はそうではなくて、別のルートで結果的に少数区域に自分で行かれる場合は派遣でも何でもないわけですが、今、戎構成員がおっしゃったような、勤務環境を守っていくということは、全ての医師少数区域に行く先生については凶られることなのかどうかということだけ確認させてください。

○片峰座長 どうぞ。

○奥野地域医療計画課長補佐 基本的には、勤務環境はしっかりと守られるべきだということはそのとおりだと思えて、仕組みをどのように組み立てるかということは、少し検討の余地があるかもしれないので、今、即答はできないのですが。

○平川構成員 私のところも医師不足の病院ですので、先ほど女性医師の話が出ましたが、女性でも男性でもちゃんと当直をしてくれて、きちんと働いてくださればそれでいいわけなのですが、そこでやはりいろいろな諸事情で、うちも男性医師で子育てをしている人は時短で帰ってしまって、ほかの医師がそのカバーをすることもあるのです。それは男女関係ないので、僻地で医者が少ない中で、そういうカバーをするような体制が想定できるのかどうか。実務的に本当はかなり厳しい環境になるのかなと思うので、そういう場合、何時間というのではなくて、年間、例えば2,000時間で当直は毎週1回ずつでやる。そういう何回当直するというようなことも議論の中で決めていかなければ、現場の医師不足は解消しないのではないかと私は思うのです。

週5回働いて2,000時間を早く解消して早く帰りたい人は帰ればよいと思えますし、そこは何か医者が足りないところにとっては、トリッキーな形で人が入ってくると、結局周りの人たちが負担を感じるということで、病院管理者的にはすごく負担がまた出てくる。もともと、こんなことを言うてはいけないのかもしれませんが、それはもう男女平等ですので、そういう中での議論もしていただきたいと思えます。

○片峰座長 妊娠・出産・子育ての配慮の件にも言及されています。

この辺はどなたかございますか。

○山内構成員 私も男女関係なく育児は誰かがしなければいけないということで、そういった中での少数区域だと勤務の通算という形のことも考えていただきたいというのは、非常に強く思えます。いろいろな選択肢、やり方があると思えますので、そういった形で考えていただければと思えます。

今、お話を聞いていて、インセンティブという言葉は間違っていて、管理者要件なので、

義務という形のものになってくるわけですね。そうなった場合に、子育てをしなければいけない人たちが管理者になれないという構図も出てきてしまうところがありますので、そういうところの配慮を十分に考えていただきたいと思います。

先ほど本音と建前とか、目的のことを言っていましたけれども、本音は偏在解消の武器でいいわけですね。管理者として経験してもらわなければ困るという、管理者としての経験、研修とおっしゃっていますけれども、実際、これは偏在を解消するための武器の一つとして考えていいわけですね。

○片峰座長 それだけではないでしょうけれどもね。

○山内構成員 ただ、そうするとまた話が違ってきてというか、要するに、少数区域の医療をサポートするために、例えばこれが義務になって、心臓外科の専門医、これからは専門性も専門医制度で非常に高まってくると思うのですけれども、心臓外科の先生がずっと40代、50代までばりばりやってきて、50代でいざ管理者になるといったときに、この義務でこれをしていないといったときに、心臓外科の手術を本当にたくさん待っている患者がいる中で、その中で1年6カ月、実際にプライマリ・ケアを、メスを置いてしにいくことが、本当にヒューマン・リソースのちゃんとした使い方なのか、地域の患者に対する貢献なのかということも考えていただきたいと思うのです。

偏在対策解消の武器であるならば、例えばその先生が、心臓外科医がいなくて地元で手術ができない病院に1週間行って手術をして、そういう患者を診てあげる。あと、心臓カテーテルをずっとやってきた先生がそういうところに行って偏在解消の武器としてそういうところに行ってやるということのケースも選択肢としてあり得るのではないかと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○片峰座長 どなたか。

どうぞ。

○今村構成員 山内構成員がおっしゃったように、もう10年以上議論してきて、この間、偏在が解消しないということから、この話が起きているのは間違いないことだと思うのですけれども、ここ数年の議論のなかで、いろいろなメニューが出ていて、私個人としては、一番大きな影響があるのは地域枠なのだと思います。そのことの効果を十分に果たせなくなるおそれがあるということからも、大学入試の件も非常に大きな問題になっていると思っています。

地域枠の仕組みがきちんと機能してくるということがまずは一番であって、それを補完するという意味でこういった仕組みも必要だと言っているのです、この話だけであたかも全て偏在対策を解消しなければいけないという議論になると、まさしく山内構成員がおっしゃっているようなばりばりの心臓外科医が管理者要件のためにそこまで行かなければいけないのかという問題も出てきてしまう。どこまで広げるかという議論をしないでいきなりあまねくみたいな話になってしまうと、議論が混乱すると思っているので、ここに書かれている地域医療支援病院に加え、その他の厚生労働省令で定める病院の開設者というもの

が次に来ているわけで、この中に書かれている病院は一体何なのか、それをどこまで広げるのかという議論をしないと、いつまでたっても結論が出ないのではないかと思います。

○松田構成員 全部合わせてですけれども、ある県の医師の偏在を分析して、それでアドバイスをするという仕事をしたことがあるのですが、要するに、2軸で考えないとだめなのですね。地域をどのレベルで考えるのかという問題と、もう一つは、医師の偏在は地域によって足りない医者が違うことを踏まえて何科の医師を考えるのかという問題です。私たちがお手伝いしたところでは、内科の医師を欲しいというところもあれば、整形の医師が欲しいというところもあるし、あとは脳卒中が多いところでは脳卒中をちゃんと診られる医者が欲しいというように、地域によってニーズが異なります。

地域の偏在は、それぞれの地域によって必要な医師が違うわけで、そうすると、最初にやらなければいけないことは、市町村レベルなのかその上のレベルなのかわからないのですけれども、それぞれのレベルでどういう医師が不足しているのかということ、具体的な医師少数区域の設定をしてちゃんとやっていかないと、地域のニーズと供給が合わない可能性が出てきてしまうと思います。

もう一つは、患者の立場にしてみれば、半年間は医者がいたけれども次の半年間は医者がいないという状況は絶対にまずいわけで、そうすると、それぞれの地域で継続的に医師が居続けるという仕組みをつくらないといけない。それは多分、沖縄の中部病院がやっている仕組みですね。ちゃんとハブになっている病院があって、そこから不足している医師を出す。そういう仕組みをどのようにつくるかということも、この議論とあわせてやっていかないといけないと思うのです。

そうすると、多分、管理者要件は、その地域で働いた経験があるということだけでまずは十分ではないかと私は思うのです。例えばここに書いてあることを、先ほど神野先生が言われたみたいに、これは行く医師が既に経験していたほうが望ましいわけで、もし半年でこれをやろうと思ったら、多分、何もできないで帰ってきてしまうと思うのです。

やはり1年ぐらい、とりあえずしっかりと地域の医療を支えるところとやると、これらの業務のほとんどは入ってくるはずなので、そういう形のたてつけでやっていったほうが実際的ではないかと思います。三根先生もおっしゃいましたけれども、具体的に走る仕組みをつくらないと、この偏在の問題は解決できないと思います。まずやるべきことは医師少数区域とはどういうものなのかという具体的なデータをつくる作業ではないかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 先ほどの話に戻すのですけれども、何か月あるいは1年いてほしいという気持ちもよくわかるのですが、災害とこれは直接結びつくわけではありませんけれども、3.11のときに、あのときはほとんどけがではなくて慢性期の疾患のケアだったわけですね。それで全国から来る方々に、診療応援チームの方々に、最低1カ月はいていただきたいと申し上げたのだけれども、結局2週間もいられなくて、1週間ずついろいろなところのチ

ームがかわりばんこで入ってきた。だけれども、患者からすれば、それで非常にありがたかったのです。

例えば今だって、地方の過疎地の病院に大学から人を派遣しておりますけれども、ほぼ1週間がわりですね。ほぼ1週間がわりで、何ら患者は不満を持っていない。そして、院長は1人でいいから来てほしいというのが基本でございますから、そういうことを考えていただいて、地域医療を守るために医師偏在を解消するためには、そういう形でもいいのだという認識を持たないとだめなのではないかと思います。

○片峰座長 管理者要件の範囲については、地域医療支援病院にとりあえずは限定しましょうというのが今回の御提案ですね。しかるに、そのあり方については別の検討会で議論が進んでいるので、その結果を見ていくというのが3番目の論点の骨子ですね。

どうぞ。

○山口構成員 そろそろ冒頭の質問の答えを事務局からいただきたいと思うのですが、本田構成員とか私とかが最初に座長のお話を受けて質問したことをまとめて答えてもらいましょうとおっしゃっていたので、その点、お答えいただきたいと思います。

○片峰座長 いいですか。

○本田構成員 私もそれを言いたかったのです。

○片峰座長 どうですか。

○鶴田保健医療技術調整官 今、地域医療支援病院の医師派遣をする機能を持つ病院のあり方については、地域医療支援病院の検討会のほうで議論が始まったばかりです。地域医療支援病院の中で、そういった医師派遣機能を持つ病院がどの程度あるのかという御質問があったわけですが、まさにそれをどのように設定するのかという議論をし始めているところですので、約580ある病院のうちどれだけの病院が該当するかということは、これからの議論によってどの程度になるのかということになります。

また、検討会のほうでは、実態調査をちゃんとした上で議論しましょうということになっていきますので、検討会のほうでは調査票とかも提示しながら議論をしていますので、その結果をまとめ、医師派遣機能をする要件がどういうものなのかを具体化し、それに該当する病院がどの程度なのかということがわかれば、そのボリュームは出てきますので、まだ出てくるまではかなり時間がかかります。

もう一個、冒頭に御質問をいただいた内容で、地域医療支援病院のうち医師派遣機能を持つところには管理者要件をまずはつけましょうという議論があるわけですが、それプラスアルファのところについて、どこで議論をするのかという御質問をいただいているわけですが、そこに関しては改めてそういった病院、どのぐらいのボリュームがあるのかということは整理をして、議論できるように事務局として提示をしなさいということも御質問をいただいておりますので、それはこの分科会でフィードバックできるように、事務局として準備をしていきたいと思っております。

○本田構成員 ということは、これからもっと精査されるということですが、これまで私

たちは、地域医療支援病院が管理者要件とする医療機関はここだという議論で、それについてどうかという議論はいろいろあるけれども、この540から550ですか、580ですか。それぐらいのところを対象だというふうに認識していたけれども、実は違って、そのうちの幾つかというのがまだわからないという理解だということですね。

○鶴田保健医療技術調整官 数字を正確に言うと、平成30年9月時点で地域医療支援病院が全部で586あります。そのうち医師派遣を実際にやっている病院がどれだけあるのかということは今まさに調査をしている段階ですので、ボリュームに関しては、今の時点ではわからないというか、正確には事務局としてつかんでいない。そういった状況にあります。

○片峰座長 いかがですか。

どうぞ。

○堀之内構成員 この認定制度を考えると、既にある程度ベテランの先生を対象とするのではなく、管理者としての評価を行うのは施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限定するということです。まさに若手の先生がこれからこの制度を使おうかなというところで考えると、恐らく今、話題になっています地域医療支援病院というのは、管理者要件としてはすごく重要だと思うのですが、一方で、その管理者になろうと思われる方が、医療機関の数も限定され、比較的限定される。

そのところで、例えば先ほど来1年ぐらいいただけるといえることがあるのですが、恐らく専門医機構でやっている総合診療専門医でも1年いなさいというデューティは、若い先生からすると、1年いて地域医療支援病院の管理者になれると言われてもぴんとこない人がほとんどで、この制度を使おうという方がいなくなってしまう可能性もあります。やはり弾力的に、最初の段階ではもうちょっと要件は緩目にして、それである程度医療機関の数が広がっていったりとかいうことであれば、もうちょっと、期間などを厳し目にしていくとかいうことを考えないと。最初から6カ月ないし12カ月とかいうように連続する期間とかで設定されてしまうのは、本当に乗っかる若手の先生がいらっしやらなくなってしまうのではないかと懸念します。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 確認なのですが、先ほど来いろいろな方々から質問をされているのですが、地域医療支援病院のほかに具体的な医療機関のあり方について検討すべきだと。そのデータはこれから集めて出しますよとはお答えになっているのだけれども、これをどこで決定するのかということは、明確にお答えいただけないような気がするのですが、いかがでしょうか。

○北波総務課長 済みません。24ページの資料をごらんいただければと思います。第2次中間取りまとめの最後のところでありますが、今後、具体的な医療機関のあり方について検討すべきであるというようなことをございますので、この分科会、検討会でお願いしたいとは考えております。

○小川構成員 この分科会で決めてというか、議論して決めてよろしいということなので

すね。

○北波総務課長　そういうことです。

○片峰座長　どうぞ。

○山口構成員　今の北波課長のお答えは、別にできている特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会で決定するというふうに聞こえたのですが、違いますか。

○鶴田保健医療技術調整官　済みません。地域医療支援病院のあり方の検討会のほうでは、地域医療支援病院のうち医師派遣機能を有する病院をどう考えるかということはそちらの検討会で議論します。

その管理者要件として、今、課長から御紹介した第2次中間取りまとめにある、今後、具体的な医療機関のあり方というのは、そのプラスアルファという言い方をしたほうがわかりやすいかもしれないのですけれども、その部分に関しては需給のこの分科会での論点と考えております。

○山口構成員　明確にわかりましたので、ありがとうございます。

○片峰座長　ほかにどうですか。

どうぞ。

○福井構成員　少し違う切り口で申し上げますが、今村先生もおっしゃいましたが、地域枠の学生とか、専攻医が地方に派遣されるという、強制力を持った対応が行われ、もし5年、10年、20年後にそういう方々で十分少数地域はカバーされて、全然行くところがなくなったら、管理者要件が必要とされる病院の院長は、かなり限られてしまう可能性があるのではないかと私は思っていて、その場合、この制度は必要でなくなるように思います。

○鶴田保健医療技術調整官　基本的には医師少数区域をどうするか。今回の医療法の改正で盛り込まれた事項は、喫緊の課題としてこういうものをどう対応していくかという話でございます。今、おっしゃったように、地域枠がこれからどういうふうに動いていって、将来的にはどうなるかということがありますけれども、今回の認定の話につきましても、できる限り医師少数区域に、お医者さんの意思で行ってもらう。地域医療という観点からそこで活躍して、経験を積んでもらう。これが地域のニーズにも合致する。それをまずは進めていく。そのインセンティブとして認定をどうするかという文脈で捉えていただきたいと思いますので、将来的にどうなるかは、当然そういう論点もあろうかと思いますが、まずは今回、どうするのかというところで設計を考えていただければと思います。

○片峰座長　ほかにまだどなたか、どうぞ。

○裴構成員　地域医療支援病院の管理者要件に関して、私はマネジメントにこだわるわけではないのですが、これから、病院の生き残りと言うのは変ですけれども、継続的な経営は非常に厳しい時代になってくるのは間違いないと思います。そうなりますと、例えば医師少数区域に行きました。そういった方が管理者になるのが今回の制度ですけれども、すごく経営能力がある、また、マネジメント能力がある。ぜひみんなに管理者になってほし



いと思われているのだけれども、こういう少数区域に行った経験がないというような方は、地域医療支援病院では管理者になれないという事例になると思います。そうなりますと、その地域、または病院にとってすごくネガティブなインパクトを与えるのではないかと私は思います。

そうなりますと、先ほどもマネジャーの視点を入れましょうという話があったのですが、それはちょっと置いておきまして、経営能力またはマネジメント能力があるのにそういう人が埋もれてしまうということに対しての懸念は杞憂なのか、それとも、そういうものを何か想定されているのかということをお聞きしたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田保健医療技術調整官 資料で言いますと、4ページ目の認定制度に係る主な条文のところになりますけれども、ここの第10条第3項のところ、医師の確保、開設者は認定を受けたものに管理させなければならないというのが1つ目の文章のところに書いてあって、その後にはただし書きがありますけれども、ただし、地域における医療の提供に影響を与える場合その他の厚生労働省令で定める場合は、臨床研修等修了医師であって当該認定を受けていないものに、これを管理させることができるという規定がありますので、例えば院長先生が急逝して認定医師がいないような状況もあり得ますので、そういった場合は、当然認定医師でなくても管理者になれるということ認めなければ、病院の運営がしんどくなると思いますし、今、言われたような視点についても、これは省令でどう書くかというところではありますので、その辺は整理をしたいとは思っております。

○片峰座長 ほかに、大体よろしいですか。

○堀之内構成員 もう一点だけ、事務局に伺いたいのですけれども、堀之内です。

この認定制度が動き始めたときに、最初に認定制度に入る方は、どういう方を想定されているのでしょうか。既にそういう医師少数地域にいらっしゃる方がまずは認定されるのではないかというお話があって、そうすると、医師少数地域にいらっしゃる方がだっとたくさん認定された、認定制度がうまくいっていると思っても、実際は、医師の異動は発生していないということが起こり得るのではないかとことがあります。そういうところを想定して、例えばほかのところから流入、医師が異動して少数地域に行って認定されているというところが、例えば100人中実際にそういう異動が発生している方はどのぐらいとかいうデータのとり方ができるような情報の集め方にされる予定かというところを伺いたいのです。

○鶴田保健医療技術調整官 先生御指摘のとおり、認定制度が始まれば、その時点で医師少数区域と指定されている地域で働かれている方が認定の対象になりますので、新たに来られた方も今まで働いていた方も、両方認定の対象になりますし、ボリューム的には今、働いている方のほうが、医師の数としては当然多いと思いますので、先生の御理解のとおりだと思います。

そのときに、どのように認定している人たちが、どういう属性の方々なのかということ

は、まさにつくり込みの問題かと思いますので、そういったことがどのように把握できるか、その制度をどうつくり込むか、そこは考えていきたいと思います。

○片峰座長 ありがとうございます。

そろそろ議論を切りたいと思います。さまざま活発に御議論いただきまして、ありがとうございます。

さまざまな論点が出て、これをどう収束させていくかということは、極めて難問だと思いますけれどもね。いずれにしろ、まだまだ少し時間はあるということですので、きょうの御意見を踏まえて、今後の議論の進め方については座長と事務局の相談の上、決めさせていただきたいと思います。

それでは、事務局から何かございますか。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。

次回の議題、今後の議論の進め方については、先ほど座長からもありましたとおり、本日いただきました御意見、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。

次回の医師需給分科会の日程につきましては、追って事務局から御連絡をさせていただきたいと思います。

○片峰座長 どうもありがとうございました。

これで終了いたします。