

○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27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。

北村構成員、永井構成員、中島構成員、平川構成員、松田構成員から、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、新井構成員、神野構成員、権丈構成員、森田構成員より、途中から御出席との御連絡をいただいております。

なお、新井構成員からは、所用により途中で御退席との御連絡もいただいております。

また、吉田医政局長、迫井審議官は、所用により途中からの出席となりますので、御了承ください。

次に、資料の確認をいたします。

お手元に、議事次第、座席表、構成員名簿とございまして、その下に資料1、資料2、資料3-1、資料3-2、資料4、資料5、それから、参考資料と配付してございます。さらに、その下に机上配付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 では、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ますと思いますが、よろしいでしょうか。では、よろしくをお願いいたします。

○片峰座長 それでは、議事を進行させていただきます。ちょっと風邪を引いて声が変わっているかもしれませんが、よろしくをお願いいたします。

御案内のとおり、きょうは3時間という長時間が設定してございます。それは、ことしの4月から各自治体で医師確保法の策定に入るという中で、3月中にはこの分科会としてもさまざまな懸案に関する結論をある程度出して、中間まとめを出すという作業が待っています。そういった意味では、本日、幾つかの懸案について突っ込んだ議論をいただいて、できれば中間まとめの執筆に入ると。もちろん、きょうで終わりではございませんけれども、そういったことで、かなり突っ込んで議論をお願いしたいということでもあります。よろしくをお願いしたいと思います。

本日の議題は4つございます。1つは「医師少数区域、多数区域の設定について」、2つ目は「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」、3つ目は「将来時点の必要医師数と地域枠等の必要数について」、そして4番目は「その他」、この前、持ち越しとなりました文部科学省による医学部入学定員等の問題もここに入っております。

この1、2、3、4を順番に議論させていただきたいと思いますので、まずは「医師少数区域、多数区域の設定について」、資料1と2について、事務局から御説明いただきま

す。よろしく申し上げます。

○松本地域医療計画課長補佐 事務局でございます。資料1と2をまとめて御説明いたしますので、まずは資料1をごらんくださいませ。資料1でございますけれども、今まで御議論いただきました医師偏在指標につきまして、大方計算が終わっておりますので、御議論いただいた方式に従いまして計算をしてみた結果、まだ精査中でございますので、個々の医療圏名については入れさせていただいておりませんけれども、ほぼできたということでごらんをいただきつつ、資料2でそれをもとに医師少数区域の基準について御議論いただいで方向性をまとめていただきたいということでございます。

それでは、資料1をごらんください。

「医師偏在指標について」でございますけれども、おめくりをいただきまして、まずは1でこれまでの議論の振り返りをさせていただきます。2ページをごらんいただきたいのですけれども、医師偏在指標につきましては、左上に赤囲いがございますけれども、要は、医師多数区域、少数区域の設定に使うことと、それに基づきまして、下の確保方針、目標医師数、それを達成するための施策ということで、礎になる指標になるということでございます。

4ページをごらんいただきまして、分科会のこれまでの御議論ですけれども、単なる人口10万人単位の医師数ではないというところで、以下の5要素について発展をさせる、取り込んでいくということでございまして、1-1の人口構成の違い、1-2の流出入、1-4の医師の性別・年齢などを反映させていくということで、5ページをごらんいただきまして、このような計算式で医師偏在指標をつくるということで、今まで御用意いただききたところでございます。

こちらにつきまして、計算結果をビジュアルに、全体の分布としてごらんいただきたいと考えております。6ページ以降でございますけれども、これから二次医療圏単位と三次医療圏単位の結果をごらんいただくわけですが、7ページでございますが、これまで三次医療圏と表記をしてまいりましたけれども、医師確保計画につきましては、基本的に都道府県が企画立案して、都道府県単位で設置された医療審議会ですとか、地対協で定められることになってございますので、三次医療圏と今まで申してきましたけれども、今後、特に断りがない場合は、都道府県単位での算出は合理的ではないかということでございますので、以降、都道府県ごとにごらんいただければと思います。

それでは、8ページでございますけれども、こちらは上下に分かれてございます。上は既存で、今まで何度もごらんいただいでございますけれども、人口10万人単位の医師数で、下が新たにつくりました医師偏在指標になります。こちらは流出入を考慮したものでございますので、要は医療施設住所地側と申しますか、患者が住んでいるところから受診する病院に移動します。その際に県域を超えた場合は流出入と言いますけれども、県域を超えた後、流出入した後の医師偏在指標をまずはごらんいただいでいるというのが8ページの下のところでございます。これは都道府県ごと、三次医療圏ごとでございます。

便宜的に色分けをしております、33.3%ずつ色分けをしているものでございます。一番左が全国平均になります。あくまでウェートですので、全国平均値としては同じ値に見えていますけれども、おのおの値は違うということで、上で赤、緑、青と3色に分かれているところの都道府県の色は下にいっても変わりませんので、入れかえがわかるという形になってございます。これをごらんいただきますと、上位33%と中位33%につきまして、医師偏在指標にしたところで、1区域のみの入れかえとなりますが、下位33%と中位につきましては、幾つかの入れかえが起こっているということございまして、5要素を組みかえることで、より実態に即した指標となっていると考えていますけれども、その移動のぐあいがわかっていただけではないかと思えます。

9ページでございしますが、こちらは人口10万人対医師数と、流出入を考慮しないものとなっております。入れかえの個数につきましてはごらんのとおりでございます。これが都道府県の結果でございます。

10ページをごらんいただきまして、こちらは二次医療圏ごとの結果でございまして、上下で見比べていただきまして、上が人口10万人対医師数で、下が流出入考慮後の医師偏在指標となっております。300超の二次医療圏がございますので、入れかえがかなりあるところでございます。また、一番左に非常に高い数字が人口10万人に対してありますが、流出入を考慮するとかなり差があるところが見てとれるのではないかと考えております。上のスケールに合わせていますので、上下のところのスケールが潰れて見にくいかもしれませんが、かなりの格差がついているところをごらんいただけるのではないかと思います。

11ページをごらんいただきますと、こちらは患者住所地ベースで、患者が住んでいるところベースで、病院を受診するための流出入をする前の状況を人口10万人対医師数と比べているところございまして、こちらも一定程度、人口10万人対医師数から見ますと入れかえというか、順位の変動が起こっているというものでございます。

最後の12ページでございしますが、人口10万人対医師数と医師偏在指標を比べたときにどうなるかということで、参考でございますけれども、3つございまして、1つ目が人口の高齢化率の高い地域。2点目が患者の流入が多い地域、こちらにつきましては需要がより高くなる傾向にございます。一方、医師の高齢化率が高い場合は、医師の供給が少ないウェートになりますので、これら3つの方向としては、人口10万人対医師数と比較して値が下がる傾向にあるところが見てとれると思えます。全体の分布ですので、少しイメージがわきにくいところがあるかもしれませんが、こちらが計算結果のイメージということでごらんいただければと思っています。

さて、続けて資料2にいきたいと思えます。これは数字を見比べながらごらんいただきたいのですが、少数区域の定義ということで、これまでの議論を振り返らせていただきまして、きょう、何を議論していただきたいかというところをごらんいただきたいと思えます。

まず、4ページでございますけれども、先ほどごらんいただいた医師偏在指標に基づきまして、下位何%、上位何%という一定の割合につきまして、少数区域ですとか、多数区域というふうに、三次医療圏も同一ですが、区分けをして施策を進めていこうということを含めて合意をいただいています。この〇%の入る値は、きょう御議論いただいて方向性を固めていただきたいということでございます。

次の5ページをごらんいただきたいのですが、この〇%のところでございますけれども、そこから少ないところが医師少数となるのですけれども、目標医師数につきましても、この下位〇%に達するところを目標医師数にするのが基本的な考え方でございました。これは三次医療圏でも二次医療圏でも同じとなっております。

6ページはイメージでございますけれども、三次医療圏単位で見たときに、特に現在から将来に向かってふえていく分が少数の三次医療圏に振り分けられるように努力していくというイメージでございます。この目標指数ですけれども、1つつくってずっと使うというよりは、7ページをごらんいただきまして、計画期間ごとに見直ししていくものでございまして、毎期間達成していくべきというところで目標医師数が定められているものでございます。

一方、目標医師数はこの短期的な施策の目標でもあるのですけれども、7ページの下の方2をごらんいただきまして、地域枠・地元枠の政策効果のところでございますけれども、2022年から地域枠・地元枠の新たな枠を設定した後、2028年から卒業を始めて2036年までとなっておりますけれども、これがまた組み合わせてくるということでもあります。

8ページで2036年の話をしているのですけれども、9ページをごらんいただきまして、目標医師数とは別に将来の必要医師数という議論をこれまでしていたところでございます。目標医師数は下位〇%というところで御議論をいただいていますけれども、2036年の必要医師数につきましては、下位ということではなくて、全国ベースで見たときに、需要ケースを満たす医師偏在指標を使いまして、その全国平均値、つまり、全国平均で見たときに2036年の需要ケースを満たす値を必要医師数としましょうということまで議論してまいりました。

これらを踏まえて、下位〇%というところをどのように考えるかが10ページ以降、本日御議論いただきたいところでございます。

11ページをごらんください。こちらが本日のメインになりますけれども、医師少数の、まずは三次医療圏の基準を定めたいと思います。このスライドですけれども、上から下に時間が流れていっています。マル1からマル5まで5期の計画期間がございまして、これを繰り返していったときに、2036年で先ほど申し上げた医師の需要を平均的に満たすというところがございますけれども、下記をごらんいただきまして、2036年の矢印の線を医師の需要を満たすために必要となる医師偏在指標、全国レベルで見たときに需要が満たされているというラインを考えたときに、2036年というのは偏在が解消されているという目標の年ですので、最も医師が少ない三次医療圏においても、この線は超えられるように

するのが目標としては妥当ではないかと考えております。2036年で一番少ない三次医療圏でも必要医師数が満たされている、それを目標の水準といたしまして、逆算して、これらを5期の計画期間でクリアするように、下位何%を満たすようにすることを考えますと、下位33.3%とすることでこの目標が達成されることを逆算いたしまして、医師少数三次医療圏の基準値を下位33.3%ということで御提案させていただいております。

一番下のポツをごらんいただきたいのですが、医師少数の二次医療圏区域ですとか、多数区域及び医師多数の三次医療圏についても、施策の整合性の観点から、同様の33.3%という値を使わせていただいて、全体を3分の1ずつに区切ってそれぞれ施策をやっていきたくかっています。

12番のスライドをごらんいただきたいのですが、こちらは、全体の数で見たときに、二次医療圏で見たときに33%というのが111二次医療圏あるわけでございますけれども、人口に直すと11.8%、医師数に直すと7%というカバーになっているところをお示ししております。

続きまして、少数三次医療圏にどのような対応をするのか、これまでの議論のおさらいをしたいと思いますので、簡単に申し上げますけれども、16ページをごらんください。こちらは三次医療圏でございますけれども、医師の少数、中程度、多数と3つに分けたときに、施策に関してはどうかということで、これは個々の病院の方針とは関係なく、都道府県が立てる方針だということで以降をごらんください。

少数に関しては、当然、ほかの三次医療圏からの医師確保をするということでございます。中程度の場合も、必要に応じて、少数区域を持っている場合は、ほかの三次医療圏からの医師確保をするということで、基本的には多数区域からの確保を目指すということでございます。一方、医師多数三次医療圏につきましては、医師の確保を行わないことを原則としていくということで、あくまでこれは都道府県の方針ですが、そのような区分けをするということで、3つに分けるということで、先ほど33.3%という数字を申し上げましたが、3分の1ずつがこの区分けに該当していくということでございます。

続きまして、19ページでございますけれども、現時点の医師の多寡と将来時点の医師の多寡の状況ということで、将来足りないということに関しましては、短期施策と長期施策の両方が必要ですということを以前確認させていただきました。

次に、二次医療圏単位の話をごらんいただきたいので、23ページをごらんください。23ページ以降は、二次医療圏単位の少数、中程度、多数の確保方針の違いのおさらいでございます。11月のときに御議論いただいておりますが、少数の場合は当然、他の医師多数区域からの医師の確保を行うことと、中程度の場合は必要に応じて、他の医師多数区域から医師の確保を行うことができるとされておりまして、医師多数区域につきましては、二次医療圏の外ではなくて、中でのやり繰りが原則という方針を確認したところでございます。

26ページ、27ページは、先ほど申し上げた将来と現在の違いをごらんいただけるかと思っております。

29ページ以降は施策のところがございますけれども、30ページをごらんいただきまして、医師少数区域での医師確保に向けたサポート体制の構築ということで、改めて整理をさせていただきますけれども、少数区域への支援につきましては、上に4つの柱が書いてありますけれども、医師の派遣調整ですとか、地域枠関連が多いですが、キャリア形成プログラム、後ほど御議論いただく大臣認定と研修というところで幾つかのツールがあるということでございまして、こちらはそれぞれ、国による支援、都道府県による支援、医療機関、大学における支援がございますし、下に4つ、具体事例が書いてありますけれども、研さんですとか、子育て環境、医療機関の勤務環境の改善というところが、特に医師少数区域に対して重点的に行われることが重要ではないかと考えています。さらに、少数区域につきましては、地域医療介護総合確保基金の支援を充実させて、財政面からも当然支援をしていくことで、めり張りのきいたサポートが重要になってくるということでございます。

31ページ以降、これまで御議論いただきました施策のリストをごらんいただけたと思いますけれども、例えば、34ページに医師の少数圏、多数圏のマッチングの仕組みということで、なかなか県を超えた調整は難しいのですけれども、データベースを構築していくことで一度御議論をいただいたかと思えます。その他、施策につきましては、1つずつごらんいただければと考えております。

長くなって恐縮ですが、御説明を終わらせていただきます。御議論よろしく願いいたします。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、御議論をお願いいたします。最低、きょう決めなければいけないところは、平成36年度を1つのめどにして、そこでの医師地域偏在解消を目指して・・・。

○松本地域医療計画課長補佐 2036年です。平成ではなくて。

○片峰座長 2036年が地域偏在解消のゴールですね。それに基づいて、下位33.3%のところをカットして少数区域とするというあたりが本日最低の合意形成をしたいところだと思うのですけれども、そこも含めて、どの観点でもよろしいと思えます。どうぞ。

○山口構成員 11ページに5段階で見直しをしていくということが書いてありますけれども、例えば、今、33.3%ということで設定して、5回に分けて、それを随時、随時、見直しをしながらやっていくと解釈することでよろしいのでしょうか。もしそうであるとしたら、ともかくどこかで数字を決めなければいけないわけですから、今ここで、根拠もいろいろと、結果としては33.3%となったということですので、それをやりながら、次回るときにどこを見直せばいいのかを明確にしながら順次やっていただくことが大事なと思いますので、ちょっと確認だけです。

○松本地域医療計画課長補佐 御指摘のとおりでございます。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 私も、段階的に計画を持って目標まで到達するという仕組み自体は非常に

しっかりできていると思いますし、33%という数字は、最初の計画のときはなかなか大変なのだろうなと思いますけれども、2024年が次の第8期のところになるわけですけれども、医師の働き方改革で2024年までの5年間にさまざまな対策をとらなければいけないという中で、これは多少厳しい数字であっても、しっかりと、いわゆる偏在対策を行っていくという意味で、非常に意味のある数字だと思っていまして、私自身はこの数字には賛成したいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○福井構成員 私もこの方法自体には賛同いたします。先ほどの説明の中で数値が出てきたかどうか、もしおっしゃっていたら申しわけないですけれども、先ほどの11ページですけれども、2020年から2024年にかけての調整に必要な医師数が、恐らく一番多く必要になると思いますが、調整に必要な医師の確保のめどについても考えた上での数値なのでしょう。つまり、調整に必要な医師を4段階なり5段階で、もしイーブンにすると、最初のころは下位のパーセンテージを減らしておいたほうが少し調整は楽かなと。このまま下位33.3%でずっとやっていくとなると、最初の時点で必要な調整数が以後の時期に比べるとかなり突出して多くなるのではないかとということに危惧します。

○松本地域医療計画課長補佐 御指摘ありがとうございます。今の御指摘は、初めのほうの目標に関しては、少数区域の範囲を狭くしていくのも一つの手ではないかという御指摘だと思うのですが、事務局でもいろいろな議論をさせていただきましたが、今村構成員がおっしゃったように、2024年は地域医療構想の実現1年前でもありまして、非常に重要であるということですか、働き方等の趣旨の改革が既に進んでいるところで、非常に重要なタイミングとなると思うのですが、最初に狭く範囲をとるということで、さらにそれを公表して都道府県等と一丸となってやっていく中での範囲が狭まるということで、将来は広まることもあるのかもしれませんが、今回見直した医師確保計画の最初に、本当は頑張って医師確保しなければいけないところにメッセージが伝わらないことが本当に適切なのかということで考えて、今回、33%という数字を提案させていただいています。働き方改革につきましても非常に厳しい御指摘をいただいている中で、現場の体制を変えていかなければいけないということで、2024年までに可能な限り提供体制の効率化を進めると言われていますので、その観点からも初めの少数区域を狭くするのはふさわしくないのではないかと考えております。

また、最初から33%より狭くしたことにつきましては、それをイーブンに延ばすという方法の場合は、充足までの期間が2036年よりも遅くなってしまうこともありますので、それに関しては、今回の広くとるところの一定の合理性があるのではないかと考えているところでございます。

○片峰座長 ほかに。どうぞ。

○羽鳥構成員 私も33%がいろいろな説明を聞いていると妥当だと思うのですが、いろいろなシミュレーションを厚生労働省の方はきっとされたと思うのですが、例えば、

25%、今より緩くやると、均衡するのがどのくらい遅れると考えていますか？

○松本地域医療計画課長補佐 いろいろな方法論で未来を予測していくことになるので、単に数字だけをいじるのがいいことなのかどうかは、先ほど申し上げた、そもそもの対象範囲の考え方もあると思うのですけれども、仮に機械的に25%と考えますと、恐らく、この医師確保計画の期間で言うと、2期とか、それぐらい延びるとというのが手元の計算でございまして、そうなる2040年を超えていくような、今から20年以上後ろ倒しになるということで、それが果たしていいのかどうかは御議論いただきたいところでございます。

○羽鳥構成員 34ページの全国的な医師調整のイメージですが。都道府県ごとの医師数の調整は医師多数区域の県であっても、ほかのところに医師をまわしたくないと思う知事も多いと思うので、何か秘策はお持ちなのでしょうか。

○松本地域医療計画課長補佐 先ほど30ページでも、これは区域単位の話でございすけれども、パッケージでございまして、派遣調整、キャリア形成プログラム、大臣の認定など、あとは研修員の定員という大きなツールもございまして、これに専門医も加わってくると思うのですけれども、こういうパッケージで、これは少数区域への例といたしますけれども、当然都道府県単位でもやっていただくということで、地域医療総合確保基金が今まではある意味、全国に平坦で実施がされていましてけれども、今後、少数というところにめり張りをつけるということもありましようし、今までは正直、国で働いていて、全国津々浦々、今回多数区域となるであろうところからも、うちは医師不足だということをお話いただいているところから、もう少し濃淡のついた施策に軸足を移していけるのではないかと考えておまして、そこは御議論、PDCAを回しながらということになると思いたすけれども、めり張りのついた施策を行っていくことは重要ではないかと思っています。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 先ほど福井先生からの御質問で、そもそも33%というものを5年間で上げるために、一体何人の医師が必要かという絶対数を知りたいという御質問だったと思うのですけれども、12ページにある現在の下3分の1のところは、医師数で言うと7%だと。医師が30万人いて、そこで今、働いている方たちが7%いて、では、それを上げるためには大体どのぐらいの人数が必要か、例えば、5年間で何千人、そうすると1年間では何人ぐらいだというイメージを持ちたいというお話だったと思うのですけれども、それについてはいかがなのですか。

○松本地域医療計画課長補佐 ありがとうございます。将来の時点での不足のところに関して、個々の積み上げというのは、今、精査をしておまして、追ってお伝えできるようにしたいと思います。

○今村構成員 私は基本的にこの33%というメッセージはすごく大事だと思うし、賛成なのですけれども、ざっくりとしたイメージがないと、先ほどのようないろいろな御意見が当然出てくるのだと思うので、実現の可能性はなかなか大変だけれども、何とか頑張れば、それに近い数字まではいきますよというイメージができるかどうかなのです。つまり、全



く想定外の大きな数字ということになると難しいという御質問だと思うのです。

○福井構成員 それに加えて、よろしいですか。誤解を受けるとまずいのですけれども、決して5期で目標達成しようというのを期間を延ばすべきだということではなくて、最初のときだけが大変だから、最初のところだけパーセンテージの幅を小さくしておいたほうが、絶対数として医師の移動の数は、この期を経るごとに少なく済むはずだから、そのほうが楽ではないですかということで、そのためには絶対数のところもシェアしておいたほうがいいのではないのでしょうかという意味です。

○松本地域医療計画課長補佐 ありがとうございます。いろいろな仮定の置き方がありますので、一概には申し上げられませんが、仮に33%と置いたときに、それを最初に達成すべき人数はどれぐらいの規模かというところなのですが、1万人ということではなくて、その半分よりもさらに下ぐらいのオーダーと考えていますので、数千人で言うところの前半といたしますか、そういうオーダーの話ではないかと考えています。

○片峰座長 私から質問なのですが、9ページのケース2の緑のラインの2036年が一つのポイントになっていますね。今村先生、働き方改革の今の議論の方向性とこれとは整合性は。

○今村構成員 とれていると思うのです。ケース2の月80時間、年間960時間を取りあえず全ての医療機関のゴールと設定していますので、もちろん休日の診療をどうするかとか、多少、一緒の労働者とは違う想定もあるのかもしれませんが、一応、この数字が赤い線で示されている需要ケース2ということです。

○片峰座長 週60です。

○今村構成員 週60ですね。ケース2ですね。週60時間労働、すなわち20時間の時間外労働でこれを月にすると4倍の80時間ということです。

○千正医療政策企画官 医療政策企画官の千正でございます。

今の話、働き方の担当なので補足をさせていただきますと、9ページのケース2、この緑色のグラフですけれども、これは医師の労働時間を週60時間に制限という前提で何人かを出しています。週60時間というのは、週の法定労働時間は40時間ですので、残業が20時間あるという計算になります。これを年間に換算すると、おおむね960時間となります。働き方の検討会のほうで、今、事務局として提案させていただいている診療に従事する医師の時間外労働の年間の時間の上限は、原則としては960時間という案を事務局としてはお示しして、もちろん一部例外で高いものはあるのですが、最終的にはそこを目指していくのだという案を提示して御議論いただいているところでございます。

○片峰座長 さっきから議論になっている33%で5回で、そうすると2036年には目標達成ということなのですが、例えば、最初のピリオドの結果次第で次の33%のレベルが予定より下がる、あるいはもっといい場合もありますね。そうすると、次の33%はまた変わってくるのだけれども、要するに、目標は2036年度にこれを達成すべく、毎回見直すということではないですか。

○松本地域医療計画課長補佐 さようございます。2036年と、この目標というところがございまして、それに向けて修正していくことになると思います。

○片峰座長 33%でなくなる場合があるということですね。場合によっては40%になったり。

○松本地域医療計画課長補佐 あると思いますが、2036年の目標を達成するというのが重要ですので、機械的に毎回ちょこちょこ動かすことが妥当なのかどうかは少し議論が必要だと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 先ほどから、33%ということの具体的なイメージがあるので、いろいろとシミュレーションというか、考えてみたのですけれども、後ろにある、どういった方法で医師を動かすかということの中の一つに地域枠がありますけれども、地域枠に関しても、例えば、今回設定された医師偏在指標において、下位33%に入らない県が現在、地域枠を持っていたらば、それは11ページによると2020年から第7次の計画を開始するので、その時点でそれはもう全て下位33%に移すという具体的な形で始まっていくという。

○松本地域医療計画課長補佐 地域枠等の長期的な施策にかかわる部分につきましては、本日、別なところの資料も出しておりますけれども、2036年までのイメージになりますので、下位33%をクリアしていくという、4年単位、または3年単位のものとずれるところがありますので、33%に該当しないから地域枠が設定できないかと言われると、そんなところは全然ないというところが後ほどの御議論でも出てくると思いますので、そこは御心配には及ばないと思っています。

○山内構成員 心配というか、反対にそれをやらないでいて下位33%を、例えば、専門医のところでは医師数を調整する、定員で調整するとか、あと、先ほどありましたように、医師少数区域に行くことの認定で調整するとか、そういう幾つかの方法は書いてありましたけれども、それで33%が動かせるのかと反対に思ってしまうところもあるのです。後でまた地域枠のところであれば、先ほど来言っている人数というイメージが、例えば、5,000人、33%を第一次で埋めるために医師を動かすのであれば、どこの部分で何人ぐらいを考えていらっしゃるって、どの方法で何人ぐらいを考えていらっしゃるというイメージがある程度ないと、結局、それが実現可能なかどうかということも出てくると思いますので、その辺を具体的にお示しいただければと思います。

○奥野地域医療計画課長補佐 今のお答えは、短期施策の中で地域枠をどう活用していくのかという実現可能性の話だと思うのですけれども、今ある地域枠で医師少数区域等で働くことが見込まれている人を数え上げますと、大ざっぱに言うと2,000人ぐらいがおると。これは国レベル、マクロの話です。そういった方たちと認定医師、あるいは派遣調整等々を組み合わせることによって調整をしていくということですので、規模感としてはそれほど問題のあるものにはなっていないのではないかと我々としては考えております。

○片峰座長 ほかにどうですか。どうぞ。

○鶴田構成員 資料1の11ページと資料2の12ページを見ると、資料1の11ページは、この青い部分にドクターが7%いるわけですね。偏在を解消しようとして、例えば、グリーンが一番右側のところに合わせようとするとその差を見ればいいということからすれば、この中にいる医師は7%なら大体2万人ですかね、青いところにいるのは。それを標準化していくと、先ほどの1万人以下という数字はデータとして持っているという理解でいいですか。

それともう一点は、先ほど流入を考慮した場合の色が変わる部分というのは、理由として3つ挙げられましたけれども、都道府県レベルで見るときには、移動しているところは、例えば、大都市が多いとか、中小都市の都道府県が多いとか、何か傾向がありますか。

○松本地域医療計画課長補佐 2点いただきました御質問の1点目ですけれども、下位のところの人口規模を勘案すると、医師全体で2万人程度いるのではないかということと、それに対してギャップとしての数千人という規模感で数字を持っているのかということと、御質問いただいたと思うのですけれども、おっしゃるとおりでございます、7%の医師が約2万人強に対して、不足分が人口割というか、偏在指標から必要な医師を割り出して数千人規模という規模感を持っているというのは構成員の御質問のとおりです。ですので、今、それを精査して、いずれお出しできるようにしたいと考えております。

2点目の御質問ですが、申しわけございません。

○鶴田構成員 資料1の9ページの下赤い都道府県と青い都道府県が真ん中に動いていますね。理由は3つ挙げられたのでわかるのですけれども、そうではなくて、この都道府県の特徴は何かありますか。大都市圏の都道府県なのか、いわゆる田舎の県なのか？

○松本地域医療計画課長補佐 緑の移動している都道府県がどうかということですか。

○鶴田構成員 青ですね。

○松本地域医療計画課長補佐 これが移動した理由。

○鶴田構成員 特徴があるかという意味です。ただ単にこうなっているだけなのか、例えば、大都市の都道府県が動きそうとか、小さな都道府県が動きそうとか、そういうのがありますか？

○松本地域医療計画課長補佐 端的に申し上げますと、一番後ろに乗っている3つの理由が複合的に絡み合っているということで、第4の理由に関しては、あるという感じではないです。その3つの理由が絡み合っていると考えていただいて結構です。

○鶴田構成員 ありがとうございます。

○片峰座長 ほかに。どうぞ。

○裊構成員 資料2の6ページに、イメージ図で書いてございますように、医師少数地域の下位、仮に33%としますと、とるべき施策としたら、下位33%の、左グラフで言うと、A、B、C、D、E、Fあたりまでのところに一様に何らかの施策で、同じような割合でふやしていくのか、それとも、A、B、Cの下位、47位、46位、45位等々に特化的に集中投下して何らかのばらつきを減らしていくのか、考え方によって、恐らくとるべき施策は

変わると思うのですけれども、その点はいかがでしょうか。

○奥野地域医療計画課長補佐 医師確保計画で足りない部分を具体的に算出いただいて、医師確保の目標数を立てていただきます。その数に応じて投下すべきリソースが決まってくるので、そこは都道府県の判断で、医師数に応じて濃淡がつけられてくると、そのように認識しております。

○片峰座長 それでは、今までの御議論で、大筋のところ、2036年度の需要を見込んで、そこをメルクマールにして、全ての三次医療圏、二次医療圏を需給均衡に持っていくと。それを逆算すると、5回でそれを達成するためには、少数医師区域は下の33.3%にするという議論ですね。大筋でよろしいかどうかということなのですが。また後で将来予測のところもございますので、そこでも議論になるかと思いますが、そういったことでここはおさめさせていただいて、次に移りたいと思います。

次は、提案の医師認定制度について、資料3の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3-1から、まず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関する議論の経緯について」という資料になります。前々回の分科会において認定医の御議論をしていただいたところであるわけですが、その際、事務局より、認定医のインセンティブとして、地域医療支援病院のうち、医師派遣機能を有する病院を対象として管理者としての評価をするという御提案をさせていただいたところですが、もっと対象医療機関を広げるべきとの御意見をそのときにいただいたところです。

まず初めに、事務局がそのような提案をした背景、経緯について改めて御説明させていただきます。1枚おめくりいただきまして2ページ目の「議論の経緯」ですが、こちらは平成27～29年の団体の皆様から御提案いただいた要望を整理した資料になります。赤枠で囲っておりますけれども、平成27年の時点で、日本医師会・全国医学部長病院長会議から、一定期間、医師不足地域で勤務した経験があることを病院・診療所の管理者の要件とすると、そういった御提案をいただいたところです。

もう一枚おめくりいただきまして、こちらは平成28年6月の医師需給分科会中間取りまとめから抜粋した内容になりますけれども、中間取りまとめの中では、医師偏在対策の一つとして、特定地域・診療科で一定期間診療科に従事することを一定の医療機関の管理者の要件とすることを検討することが明記されていたわけです。

一枚おめくりいただきまして、こちらはビジョン検討会の報告書から持ってきておりますけれども、ビジョン検討会においては、平成28年12月に調査を実施しておりまして、その調査結果を真ん中の棒グラフでお示ししておるわけですが、地方で勤務する意思のある方が40%強いらっしゃる。また、年代別で見ても、20代で60%いらっしゃる、そういった調査結果がまとまっています。こちらのビジョン検討会の報告書においては、個々の医師の意向を重視し、モチベーションを引き出す方策を講じていくべきであり、規制的手段によって強制的に医療従事者を誘導・配置すべきではないと、そういった内容がとりまとめ

っているところです。

もう一枚おめくりいただきまして、こちらが昨年末にまとめていただいた第二次中間取りまとめの内容になるわけですが、需給分科会の中でも認定制度を御議論いただいていたわけですが、四角の枠囲みのところにありますように、認定医師であることを管理者要件とする医療機関に診療所まで含めるべき、そういった御意見ですとか、まずは医師の主体的な意向を重視すべきであり、強制的な配置を行うべきではないと、両論の御意見がある中で、一昨年末に取りまとめをしていただいたわけですが、報告書の中では、認定制度は医師個人に対する環境整備、インセンティブの一環であり、認定医師であることを管理者要件とする医療機関は、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いうことで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、これも同じ報告書の中で、将来に向けた課題という形で明記しているところにありますけれども、赤字の部分になりますが、真ん中の1ポツ目のところですが、対象医療機関が地域医療支援病院に限られれば、インセンティブが十分に働かず、効果が小さいため、実効性を高めるためには、診療所を含めた他の医療機関も全て対象とすべきという意見ですとか、対象医療機関の範囲を大幅に拡大すれば、医師が少ない地域での診療を実質的に義務化することになるため、まずは地域医療支援病院を対象に制度を始め効果を見る、そういった両論があることをちゃんと明記した上で取りまとめていただいているところであり、この報告書の下の方の赤字のところですが、今回の医師偏在対策については、できるだけ速やかに施行し、施行後も速やかに、かつ定期的にその効果の検証を行うべきとなっておりますので、当然、施行後は検証等をしっかりしていないといけないわけですが、まずは地域医療支援病院のうち、医師派遣する病院から始めましょうということでまとめて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、次は国会での審議の状況を整理させていただいておりますけれども、今村先生には参考人という形で国会で御発言いただいているところですが、先ほどの検討会の報告書の内容を引用しながら御説明していただいているのと、赤線の最初のところですが、まずは始めてみるということで、その成果を見ながら、改めてどんどん見直しをしていく必要があることを御発言いただいているところですし、また、当時のやりとりの中で、医政局長からも、対象に関しては地域支援病院の中の一定の要件を満たした、地域医療に貢献する医療機関について、管理者の要件として規定することを発言させて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、前回、マネジメント能力のところも御議論があったわけですが、こちらでも国会の中で議論がなされているところですので、マネジメント能力に関する御質問に対して、このときは大臣から、現在、病院長や事務長を対象とした病院管理に関する研修プログラムを厚生科学研究において検討を進めているところだと。こちらに関しては今の段階で義務づけるわけではないけれども、まずはしっかりと研究して、

そういったプログラムをつくっていきますという国会でのやりとりをさせて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、「議論の経緯のまとめ」ということで整理させていただいておりますけれども、1つ目の四角のところ、認定制度は医師少数区域等への勤務を促す環境整備の一環として創設されたものです。3つ目の四角として、認定取得に対するインセンティブの一つとして、認定医師を一定の病院の管理者として評価する。その対象となる病院としては、まずは地域医療支援病院のうち医師派遣機能を有する病院とし、施行後の効果を踏まえ、必要に応じて再検討するというところで、これまでの議論等を整理させていただいたところです。ここまでが資料3-1の御説明になります。

続きまして、資料3-2も連続して御説明させていただきますが、「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」という資料になりますけれども、1枚おめくりいただきまして、検討事項として3つあります。

3ページ目ですけれども、まずは地域医療支援病院のうち医師派遣機能を有する病院から始めましょうというわけですが、この病院の具体的なあり方についてどう考えるかというポイントがあるわけですが、1枚おめくりいただきまして、参考資料として「地域医療支援病院制度の概要」をつけさせていただいております、もう一枚おめくりいただきまして、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を開催させていただいておりますので、こちらで見直しに向けた議論を進めさせて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、対象となる病院の具体的なあり方については、こちらの検討会での議論を踏まえて対応させていただきたいと書かせていただいているところです。

もう一枚おめくりいただきまして、次に「認定に必要な業務内容及び勤務期間について」ですが、1枚おめくりいただきまして8ページ目に前々回の分科会で皆様方からいただいた主な意見をまとめさせていただいておりますけれども、前回のときには、認定に必要な業務内容は、若手とベテランで求められるものが違うのではないかと、少し区分して議論したほうがいいのではないかとという御意見をいただいておりますし、また、専門医による診療が必要か否かについての臨床的判断を業務内容に加えるべきでないかという御意見もいただいておりますし、また、医師少数区域に行ってもらうことが重要なので、余り厳しい要件にしないほうがよいのではないかとという御意見をいただいているところです。

また、認定に必要な勤務期間につきましては、患者の立場からすると、1年以上は勤務して顔の見える関係を築いてほしいという御意見をいただいておりますし、また、継続的な勤務ではなく、通算で合算することも考えるべきではないかと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9ページ目は、事務局から提案させていただいた論点で、特段異論がなかった内容と思っておりますけれども、確認のため読み上げさせていただきますが、認定の対象について、1つ目の○のところですが、認定する期間につ

きましては、平成32年度以降の医師少数区域における勤務を認定の対象としてはどうか。2つ目の○として、その対象期間としては、臨床研修中の期間は含めないことにしてはどうか。

また、認定医に必要な勤務期間につきましては、1つ目の○として、妊娠・出産・育児などの理由で中断した場合、前後で合算できるようにしてはどうか。また、勤務期間に関しては、原則は週30時間以上ですけれども、育児・介護等の理由で時短勤務している場合は、そういったものも考慮してはどうかということを提案させていただいたところです。

1枚おめくりいただきまして10ページ目からが内容を御議論していただきたいところですけれども、若手とベテランで区分して整理したほうがいいのではないかと御意見をいただいたわけですが、実際、キャリア形成プログラムに関しては原則9年となっていますので、10年目を境目にして区分けして議論してはどうでしょうかという御提案になるわけですけれども、端的に言えば、若手のところは継続して勤務をする。研修という側面もありますので、継続して勤務することを考慮する。ベテランのところは、継続して勤務することに加えて、断続的に勤務した場合も合算で認める形にしてはどうかという整理をさせていただいております。

11ページ目以降が、期間を考える上で現状を整理した資料ですけれども、これも前回も出させていただいておりますが、沖縄では離島の派遣期間が約2年ということでプログラムが組まれております。

1枚おめくりいただきまして、自治医大に関しては原則1年というプログラムが提示されているところです。

1枚おめくりいただきまして、地域医療振興協会が行っているへき地のプログラムですけれども、こちらは12カ月ということで提示がされているところです。

1枚おめくりいただきまして、こちらが日本専門医機構の総合診療専門研修の中身ですけれども、真ん中の枠囲みにありますように、へき地・過疎地での1年以上の研修が望ましいという考え方を示されているわけですが、実際運用するに当たっては、下の四角囲みのところになりますけれども、東京、神奈川、愛知、大阪、福岡は12カ月以上、他の都道府県においては6カ月以上を研修の条件にするということで運用がなされているところです。

今、御紹介させていただいた内容を整理させていただいたのが15ページ目になりますけれども、基本的には前回提示した内容をさらに加筆して示させていただいておりますが、3年目から9年目の方に関しましては、ここにありますように、業務内容については2つ目の四角の内容になりまして、前回とちょっと違うところで書かせていただいているのが四角の3つ目のところになりますけれども、期間に関しては、地域のニーズや地域医療に関する検証の状況を踏まえると、医師少数区域等に1年以上勤務することが望ましいわけですけれども、認定に必要な最低限の勤務期間は6カ月としてはどうかということを事務局から提案させていただいております。総合診療医の最低ラインが6カ月ですので、最低

ラインとしては6カ月という形にしてはどうかという御提案です。

一番下の四角のところですが、若手3年目から9年目の医師につきましては、本人の希望に応じた臨床能力の向上が必要であることから、医師少数区域等の所在する都道府県が、認定を希望する若手医師が勤務する環境整備のためのプログラムをつくっていただくように、国としても、県にそういったプログラムをつくっていただくよう、今後促していかなくてはどうかということを書かせていただいております。

1枚おめくりいただきまして、10年目以降の、いわゆるベテランの方に対する対応です。基本的には若手とほとんど並びにはなるわけですが、期間に関しても若手同様1年以上が望ましいけれども、最低限の勤務期間は6カ月としてはどうかと書かせていただいて、一番違うポイントが一番下のところですが、10年目以降の方に関しては、勤務した日数を累積でカウントするという形で、一定の期間を満たした場合に認定するという仕組みにしてはどうかと書かせていただいております。

1枚おめくりいただきまして、「その他」の内容として整理させていただいておりますが、18ページ目に前回分科会で皆様から言われた意見を記載させていただいております、1枚おめくりいただきまして、課題、19ページ目ですが、認定医師でない者にも、地域医療支援病院のうち一定の病院に管理を行わせることができる場合についてどのように考えるか。これに関しては、特例が法律上も明記されていますので、その取り扱いをどうするかという話です。あとは、手続、認定医師であることの記録のあり方、この辺についてどう考えるかという各論的な話です。

1枚おめくりいただきまして20ページ目が条文の中の内容で、先ほど特例の話をしていただいておりますけれども、ただし書きで特例のことが条文上も明記されているわけです。

1枚おめくりいただきまして、これまでの議論を整理させていただいておりますが、昨年末にまとめていただいている第2次中間取りまとめの中では、赤字のところですが、管理者として評価を行うのは施行日以降ですので、平成32年以降に臨床研修を開始した認定医師に限るものということでまとめていただいておりますので、これを特例の一つとして考える必要があることと、あとは、下の国会での答弁になりますけれども、特例として、どういった場合に認めるのかという御質問に対して、医政局長より回答させていただいているわけです。赤字のところになりますけれども、ただし、個別に見た場合に、医療機関の管理者が急に不在となって後継者が認定を取得していない場合等々、例外的な場合を答弁させていただいているわけです。

こういった内容を踏まえまして、1枚おめくりいただきまして22ページ目になりますけれども、認定医師でない者にも、地域支援病院のうち一定の病院の管理を行わせることができる場合の考え方としては、1ポツ目にありますように、平成30年度以降に臨床研修を開始した医師以外の医師に管理を行わせる場合と、もう一つは、当該病院の管理者が急に不在となって後継者が認定を取得していない場合等、特別な事情がある場合も特例として



考慮する必要があることを提示させていただいております。

2つ目の四角に関しては、認定したことをどう管理していくかということですが、医籍に記録して、しっかり管理していくこととしてはどうでしょうかという内容と、最後のところは、前回分科会で御指摘いただいたところですが、認定された方が医師少数区域の外から来られた方と、もともとその中にいらした方で、そこはちゃんと区分けして管理して、後で評価できるようにしたほうが良いという御意見をいただいておりますので、申請の際にそういった情報も含めて管理できるようにしてはどうかと書かせていただいているところです。

事務局からの説明は以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、御議論をお願いいたします。どうぞ。

○山口構成員 これはもう何度も何度も繰り返し議論してきたところで、認定する要件として、地域医療支援病院の中の医師派遣、それから、環境整備の機能を有する病院にまずは決めることについてですが、これで十分だとは決して思っておりませんが、ともかくどこから始めないといけないということからすると、まずはそこから始めていただいて、必ず検証を繰り返していただきたいということを改めてお願いしたいと思います。以前の議論では診療所の開設要件にするという意見まで出ていたわけですから、地域枠だけで本当に充足するののかという問題もありますので、必ず見直しをしていただきたいと思います。また、行かれた方に対して丁寧な調査をしていただいて、実際どうだったのかということ意見を伺っていただいて、例えば、意外なことが出てきたり、好事例は、行ったことでこんなプラスのこともあったのだということ世間に発表していくことによって、行きたいという、別に認定でなくても行くという医師が出てくるかもしれないので、そのあたり、行かれた方の後追い調査みたいなことをきちんとしていただきたいと思っています。

それから、年数のことですが、患者としてはやはり1年はいていただきたいというのが正直なところですが、6カ月以上ということであれば1年も入ると思いますので、まずは6カ月としていただいて、これも先ほどと同じで検証していただきたい。意外と若い人のほうがこうだとか、ベテランの人は初めはこう考えていたけれども、結構違っているということも出てくるかもしれませんから。そのあたりはやったことがないので、やってみてどうだったかを検証する中で、いろいろと改革もしていただきたいと思います。実際にその人の家族構成であったり、背景であったりして、こういう方だったら、そこで一定期間働くことが有効だったということがわかれば、それだったら自分も行くことができるのか、具体的にわかるようなことをしながら見直し作業をしていただくことを前提にして、私は今回の事務局案を賛成させていただきたいと思っております。

○片峰座長 ほかに。どうぞ。

○戎構成員 細かい質問だったら済みません。期間が1年だったり6カ月だったりという

ところなのですけれども、10年目以降の医師でいく場合に、断続的に勤務することもいいのではないかと書いてあって、どうしても不足している地域もあるので、こういう方法をとるといいのかなと思うのですけれども、期間を6カ月としたときに、日割りで行かれる方を最終的にどういう計算をされるのかなと思って、6カ月を180日と考えていいのか、日割りで行く方が6カ月ということをどう捉えればいいのかと思ったのが1点、質問です。

○鶴田保健医療技術調整官 今、構成員から御質問していただいた理解で基本的に間違いないわけですけれども、6カ月を180日とすれば、週1回通われている方で、1日を全部積算していったときに180日というのが考え方としては妥当かなと思って、今回提案させていただいたところです。

○戎構成員 ありがとうございます。あと、もう一点なのですけれども、期間限定でいらっしゃる先生方は、環境になれるということも負担がかかりますし、それを受ける側のスタッフのオリエンテーションとか、そういうのも物すごく時間がかかったりするので、そういったところも踏まえて、15ページに書いてある認定を希望する若手医師が、医師少数区域で勤務する環境整備のためのプログラムを策定するように促してはどうかというところは、物すごくやっていただきたいと思います。

以上です。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 対象医療機関の問題なのですけれども、第2次中間取りまとめをしたときに、資料3-1の6ページには1行だけ書いてあるだけなのですけれども、多くの構成員が、地域医療支援病院に限れば、インセンティブは十分に働かないから、診療所も含めた他の医療機関も全て対象とすべきという御意見のほうがずっと多かったわけで、座長もその辺を指摘しているわけですが、これはここでもう決まったのですか。これから決めるのですか。要するに、この検討会でこれから決める事項なのか、それとももう決まったことなのか、そこをはっきりしていただけないか。

○北波総務課長 基本的には、これから決めていただくということでございます。その前提として、今、鶴田から申しあげましたように、立法経緯であるとか、いろいろな経緯も踏まえていただきたいということで資料を用意させていただいたと、そういうことでございます。

○小川構成員 それで経緯を整理したという理解でよろしいわけですね。

それから、一番大きいのは対象医療機関の範囲なのですけれども、あともう一つ、資料3-2の10番目なのですけれども、2036年に向かって、だんだん、だんだん、地域に行く医師数は減っていくわけです。先ほど福井先生がおっしゃったように、最初は大変だけれども、だんだん少なくなっていくよという中で、これはルールなのですけれども、ルールとして1年にするか、6カ月にするか。何を言いたいかといいますと、初めは医師不足地域が多いので、たくさん行かなければいけない。だから、期間も長く必要になる。ところ

が、ある程度、地域枠等々で充足してくるわけでありますから、充足したときにはそんなに長く行かなくてもよくなることになりますと、初めのルールと最後のころのルールと変わってくる可能性がある。そうすると、初めのころに義務履行した人はうんと損をして、後のほうで義務履行した人は得をすることになりかねないわけで、その辺、本当に何名ぐらい必要なのかを精緻に検討していただかないと、人数と期間は決められないかと思えますけれども、その辺のデータはございますか。

○鶴田保健医療技術調整官　今回はデータに関しては、必要医師数含めて準備ができていないわけですが、そういったものもまた整理して御提示できればと思っているわけです。今回、認定医師をどうするか、どう始めるかをしっかり決める必要があるところと、現状のプログラム、実態どうなっているのか、また地域のニーズはどうなっているか、そういったことも考慮しながら、期間等については決めていく必要があると考えているところ です。

○片峰座長　どうぞ。

○今村構成員　この制度はあくまで認定制度なので、やはり要件は変えるべきではなくて、後になって充足してきたから、その後の期間は短くなるのだという話ではないような気はするのですね。だから、あくまでも認定をする以上は一定の要件が必要だと。結果として、どんどん充足率が高くなってきて、2036年よりも早くなれば、我々は医師偏在を早くなくしましょうと言っているのですから、期限が短くなることは悪いことでは全くない。だから、必ずしもそこで要件を変える必要はないように思います。つまり、2036年はあくまで目標で、なかなかこれも大変だと個人的には思っていますけれども、短くなること自体は何の問題もないという理解でよろしいですね。

○松本地域医療計画課長補佐　目標が早く達成されるということは、非常に前向きな、喜ばしい意味だと考えております。

○片峰座長　どうぞ。

○裏構成員　今回、認定というのは一つのインセンティブと明記されておりますので、質問というか、私の疑問なのですが、医師少数区域の下位、先ほどの33%のところのどこに行ってもインセンティブを与えられるのか、それとも下位33%のうちの、例えば、最下位のところに行けば、より強いインセンティブになるのか。つまり、インセンティブの中でも濃淡をつけることで、人のモチベーションのドライバーは大きく変わります。そこまで設計を組み込むのでしょうか。先ほどの御質問で、何らかの解決策に対しての資源の投入配分を聞きましたけれども、各都道府県に任せます、または一律の部分がありますとなると、せっかくインセンティブとしての位置づけをやっているのに、そのインセンティブの中で濃淡をつけること、つけないことの皆様のお考えを聞かせていただきたいと思 います。最下位のところの医師少数区域を何とか早く改善したいという場合でしたら、強いインセンティブをつけるべきだと私は思います。そうではなくて、33%を2036年まで徐々にやればよいよというのであれば、6カ月以上という一つのレンジの中のインセンティブ

でよろしいかと思えます。そこら辺、いかがでしょうか。

○鶴田保健医療技術調整官 認定することについては、医師少数区域で一定期間ということで設定することを考えていますので、当然、医師少数区域の中でも、とても医者が少ないところとか、そういった濃淡はあるわけですが、その濃淡と期間という観点では別に関連づけることはせずに、一定期間、医師少数区域で働いた方で認定することになると考えています。

他方で、そういった地域にお医者さんに来てもらえるようなプログラムを組まないと、なかなかお医者さんも来てくれないわけですし、お医者さんの環境整備も含めたプログラムを都道府県に考えていただくように促すわけですが、本当に医者が少ないところはそれなりに頑張って魅力あるプログラムを提示しないと、そこにはなかなかお医者さんが来てくれないということにならうかと思えますので、そのプログラムをつくる時の濃淡はやはりある程度あるのではないかと思うところです。

○裏構成員 私の質問の意図は、例えば、下位33%、どこでもいいですよとなると、下位33%の上位、つまり中位と下位の境目とのところに人が集中する可能性がゼロではない。そうすると、先ほど申しましたように、本当に医師不足で困っている医師少数区域の中の最下位に近いレベルのところ、絶対数の医師として改善しないことになってしまうのを私はリスクとして考えております。

○鶴田保健医療技術調整官 実際運用していく中で、どういう形でお医者さんが集まっていくとか、そういったこともしっかりと見ながら、より適切な支援策も考えていかないと考えておりますので、そこはやりながらしっかりと評価していきたいと思えます。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 私は認定については意見はありませんけれども、今までの議論の中で1つあったのは、医師が沢山いる病院に財政的なインセンティブを与えて、医師を派遣する機能を持たせたらということ、これを前に提言したのですが、そういう問題はどうかをお聞きしたいと思います。医師確保計画を都道府県が作成するに当たって、派遣する立場からすると、そこに派遣できる医師がいないといけない。派遣する医師は地域枠のドクターなのか、たくさんいる病院から5%とか、1割を派遣してくださいというように努力義務化するとか、インセンティブをつけるかですね。そういうふうにして医師を派遣してもらわないと、都道府県から大学もしくは大きな病院に対して言うことはできないので、そこをもう少し考えてほしいなと思えます。今、全国の病院の中で医師が何名いるか、ランキングして、例えば、一番多いところは1病院で1,000名を超えていると思えます。医師が800人を超える病院が幾らとか、医師が600人を超える病院が幾らとか。医師数が幾ら以上のところについては5%は派遣してくれ、ある程度インセンティブを上げるから出すよという制度をつくってもらったほうが、行く人にメリットをあげるよりは確実に出してもらえるという気がします。意見です。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 先ほどの褒構成員の御質問に関係があるのかもしれないですけども、この議論をしているときに、地域枠の話と認定制度の話と、全く別のような議論になっているのですけれども、実は重なっているところも当然あって、下位の一番下のようなところは、三次医療圏の中で地域枠の絶対数を増やそうと、まずはそのボリュームを増やしていくということがあって、そうすると、その地域枠の先生たちは医師不足地域に行くことが前提で地域枠が設けられていて、県が勤務環境も守りつつ、その先生のキャリアパスをつくってあげることがある意味、義務になっているわけですから、当然そういうところである一定の期間働いた場合にはこういったインセンティブがつくという、そこでリンクしてくる話だと思います。また、同じ県内でも医師がたくさんいる地域と医師少数地域があると、医師がたくさんいるところから不足地域に行ってくださいねと言った場合には、やはりその方のキャリアパスがしっかりつくられていなければいけないので、そういう意味ではキャリアパスの一環でもあるので、先ほど沖縄県立中部病院だとか、自治医大の病院だとか、そういう例がありましたけれども、そういった方たちは今まで2年とか1年とか、何のインセンティブもない中で行っていた方たちなので、そういう方たちにもインセンティブがついてくるという意味で、そこは少しリンクをして考えたほうがいいのではないかと考えています。

○片峰座長 どうぞ。

○本田構成員 これまで議論をずっとしてきて、きょうの御提案を見た感想というか、意見なのですけれども、1つは、今まで、診療所だとか、もう少し幅広い医療機関が必要なのではないかという気持ちももちろんあるのですけれども、まずは始めることの大切さという意味では、この御提案でも仕方がないのかなとは思っています。

ただ、私がきょう驚いたのは、資料3-2の「その他」の最後に、やむを得ないときには認定がない方でも、緊急時に対してはとか、いろいろただし書きは書いてありますけれども、結局、認定を取得していなくても地域医療支援病院の管理者となれることが明記されていることに対して、かなり絞った条件をしておかないと、何のためのキャリアパスなのだという事になって、何だ、行かなくなると全然いいのではないかと読み取れてしまう。そこは、大臣による認定制度を新たにつくるという意味合いでは、余りにも軽々しくないのかということを感じました。御提案をされてきて、それを真摯にみんな議論してきた中で、そこはちょっといかがなのだろうと。まさに緊急時はあり得るでしょうけれども、その条件づけなり、一定期間なり、そういうものがないと、何だったのだろうなど、すごく感じました。

もう一つは質問なのですけれども、資料3-1の9ページで、まずは走らせるということで私も理解しますけれども、法施行後の効果を踏まえて、必要に応じて再度検討することあります。もちろん再度検討することは大事だと思います。ただ、先ほど構成員からもあったように、余りにも違う制度になってしまうと、継続的な認定制度としてどうなのかというのが1つ。もう一つは、この効果は何をもって効果と言うのか。例えば、この認定制

度で求められている数が、キャリアパスとして見る一方で、医師不足地域に対して医師を充足させるというか、医師を回すという意味合いも持っているわけですから、そうすると、この仕組みで何人ぐらい地域で働いてもらえればいいという目安みたいなものが当然、背景には計算されているのかとは思いますが、例えば、この効果を踏まえて、目標が30人ぐらい行っていたら、それで大丈夫という場合の効果と、本当は200~300人なり何なりが行ってもらわないと困るのだという効果では全然違うし、その辺もどうなっているのか。結局、見直しという名のもとの、とりあえず走りますとしか読めないなという懸念を感じました。

○片峰座長 大切な質問だと思います。どうですか。

○北波総務課長 事務局からの説明も、まずは走らせてくださいという趣旨が大分色濃く出ていたことはちょっと反省をしつつ、ただ、いろいろな議論がある中で、不断の見直しを必要とするというところは当然あると思います。ただ、制度自体は継続性が重んじられるところがありますので、最初の段階から、ある程度、将来も含めて考えていかなければならない。見直せばいいのだという対応でいくという姿勢ではないと、私たちもそういうことでは対応していないことは、まずは御理解いただきたいと思います。

そういうことから、「その他」のところも御疑念点がございましたけれども、まさに緊急的な場合、やむを得ない場合に限定するという運用をどうやっていくかというところは私たちに課された問題だと思います。

あと、どのぐらいの人数を達成すれば政策目的が達成されるのかとか、そういう話につきましては、これから医師少数区域の設定をした上で、どのような出入りをさせていくか。それから、先ほど斐先生からもありましたように、どのレベルのところはどういうお医者さんが行くのかも見きわめた上で、何をもちょう十分とするか、これはきちんと見る必要があると思います。今の段階でそれを確たるものとして、ここまで行けばいいのだというところまではなかなか確実に言えません。ということもありますので、今回施行した上で、その状況、それから、最初のほうに山口先生からも御意見ありましたけれども、実際に行かれた方がどういう思いで行っているかということも踏まえて考える必要があると思います。きちんとやりたいとは思っております。

○片峰座長 この問題について、どこで結論を出すかという小川先生の御質問に対して、ここで決めていいですというお答えだったと思うのですね。さっきの議論とも絡むのだけれども、要するに、33%の少数区域を数年間でなくすと。そのためには今の2万人プラス数千人いないといけない。そのうちの約半分は地域枠でクリアできます。逆に言えば、半分は地域枠以外で何とかしなければいけないわけですね。その中で、この認定制に期待するところは物すごく大きいのではないかと個人的には思っていて、そういったところから、今度、シミュレーションして、一般枠のお医者さんの中からどの程度が行ってくれるのか、そういった目標を立てた上で、対象医療機関をどうするかという議論になるのだと思うのですね。そういった意味で、今、言われたように、まだまだエビデンスが足りない中

で結論を出していいのかどうかということだと思っただけけれども、いかがですかね、それは。

○北波総務課長 基本的には施行自体は2020年の4月ではありますが、いろいろな準備、それから、各都道府県も環境整備をしていただかなければならないところがありますので、一定のスタートとしての結論はいただきたいと思っております。

○片峰座長 それと、重要なポイントは検証と見直しだと思うんですね。そういう点で、一つの数値的な目標がないと、あるいはポリシーがないと、検証もなかなか難しいでしょうし、見直しも難しいと思うのだけれども、具体的にどういう時期にどういう見直しをするかという腹案か何かございますか。

○北波総務課長 今のところ、具体的な、何年をもって見直しをするという腹案があるわけではございません。ただ、今回、まずフレームを決めていただいた上で施行に向かって準備をするというのが1つと、もう一つは、節目節目がございます。これは医療計画6年というのがありますので、そういうところをペースにするのは妥当な考え方かなと思っております。そういうところでPDCAを回していくということだと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 私もまさしく、どういうふうに今後の見直しを事務局としてしていられるかを確認したかったのですが、今おっしゃったように節目節目ということで、今回、これが決まったから、これ以上拡大しませんということはないことは確証を持って答えていただきたいと思っております。先ほど本田構成員の懸念の中で、資料3-2の22ページ、特別な場合は認定でない医師でも管理者になれるという部分ですけれども、これは各地域医療支援病院が決めることができるのか、それとも、ある程度、こういう理由だということ厚生労働省にきちんと報告して、そういう場合だったらオーケーですというような、一定の儀式ではないですけれども、安易でないかどうかをしっかりと精査するような場面は相当されているのかということをお意見聞かせていただきたいと思っております。

○鶴田保健医療技術調整官 恐らく個別具体的な事案等が都道府県を通じて我々にも相談が来ると思っておりますので、そういった事案を踏まえながら、我々としても解釈をしっかりと示していかないといけないと思っておりますので、そういった形で、非常に緊急性のある場合、極めて限定的な場合にこの制度を運用するという、この分科会も非常に御意見いただいておりますので、その趣旨を踏まえてしっかりと対応していきたいと考えております。

○山口構成員 少なくとも、これだけの時間をかけて話し合ってきた結果ですので、本当に例外を設けるのであれば、みんなが納得できるような、そして、あそこはこういう理由だから認められたということもしっかり公表していただくと。そういうことがあると、構成員の方たちにとっても、まだ納得できるようなところなのかなと思っておりますので、そこはしっかりとやっていただきたいと思っております。

○片峰座長 これは2032年度以降に研修をスタートした人が対象ですね。それ以前の人は最初から除外なわけですね。問題は、2032年度以降に研修をスタートした人で、その人が

院長になるときは20年後、30年後ですね。そうしたところまで例外事項を心配して考えられているということなのだろうと思うのです。

どうぞ。

○山内構成員 私はこの議論を聞いているときに、認定はインセンティブという形で、実際に医師の立場で考えてみるとポジティブなことだから、それと、要件ということとがどうもごっちゃになっていて、インセンティブ、認定というポジティブな言い方をしているけれども、地域に行く要件、管理者になる要件ということに分けて考えたほうがいいのかとも思っています。認定というのは、地域に行きたいと思っている医者が、行ったことによって、それを大臣に認めてもらうということで、本当にポジティブにインセンティブとして考えられると思うのですね。だけれども、それを要件として必要だということもつけなければ、もちろん、なかなか難しいのかもしれないのですけれども、見直し、見直しと言っていることをはっきりとお聞きしたいのですけれども、認定制度は別に見直すわけではなくて、認定というものは与えるけれども、見直すとしたらば、例えば、管理者要件をどこまでに広げるかとか、開業医にも与えるかとか、そういった要件を見直していくということによろしいのでしょうか。認定制度というものと要件とがごっちゃになって動いてしまっているような気がするのですけれども、いかがでしょうか。

○鶴田保健医療技術調整官 節目節目で検討していくことになるわけですがけれども、もちろん管理者要件のところに関しては、インセンティブとして、地域医療支援病院のうち、医師派遣機能を有する病院から始めますと。ですので、その対象となる範囲をどうするかも検討事項になるわけですがけれども、それだけではなくて、山口先生からも最初に御発言あったわけですがけれども、どういう方が認定医をとったのかとか、認定をとるきっかけであるとか、あとは効果に関しても、今回、医師確保計画に関しては、目標値を立てますので、それが本当に達成できているのかどうかとか、そういった客観的データに基づいて、結構多角的に分析できるのではないかと考えておりますので、要は、目標を達成するためにどうすべきか、そのときに認定制度に皆さんが参加したくなるような制度の見直しはどうあるべきなのか、そういったことも含めて考えていく、そういうことが大事なのではないかと思っているところです。

○山内構成員 ですから、言葉を分けて、認定インセンティブと要件は違うのかなと思っております。そういった意味で、インセンティブということを考えると、先ほど鶴田構成員が言ったように、出したところに何かを出すとか、もっとポジティブなインセンティブになるような対策もやはり考えていかないと、なかなかこの33%を埋めることは難しいのかなというのは非常に印象的に思いました。

○片峰座長 どうぞ。

○権丈構成員 おくれて済みません。大分雰囲気はわかってまいりました。

私は資料3-1と3-2について一言意見を言わせていただきたいのですがけれども、資料3-1の2ページで、これだけ、地域診療科偏在解消の観点から、いろいろな形で要望



されているわけですね。日本医師会から、全国医学部とか、NPO、全世代を含めて、いろいろなところが偏在問題の解決を提案してきている。最終的に認定医師としての管理者要件として地域医療支援病院にしますよというところは、私は、あの政治状況の中でよくここまで持ち込んだとは思っております。はっきり言って、この会議そのものが存在意義も否定されているような状況の中から、よくここまで持ってきたと思うのですね。だから、政治状況をいろいろ考えていくと、まずは管理者要件の適用を地域医療支援病院に限ってやっていきますよという形、そして我々も報告書を自分たちで一応、責任を持ってまとめたわけで、この制度を動かしていくということのわけなのですけれども、動かしていき始めて、そこでPDCAサイクルの中でプランを立ててDoをしていったときに、それから見直すまでの数年間があるのですが、私は政治状況から、いろいろな状況も変わっているし、これだけの人たちがもっとしっかり地域医療をやる、偏在対策やろうよとか、あるいは管理者要件やろうよと言っているの、病院の人たちが、私たちはこの制度を利用させてくださいと言ったら、利用していいよという制度もつくっておいてもらえないだろうかと思うのですね。これは我々の報告と矛盾しないと思うのですね。

今、私は年金部会で遅刻したわけですけれども、年金のほうは適用拡大というルールをつくっていくときに、30時間以上から20時間以上働いた人は社会保険の適用になりなさいとやったのだけれども、いろいろな条件が加えられて、たとえば500人規模以上でないとかだめですよというルールが作られていったのですね。いろいろな条件が出てきて、ちょうど地域支援病院になるような、対象範囲が小さくなっていくような条件がやはり出てくるのですけれども、自分で望んだらば、500人未満のところでも参加していいですよというルールを後でつくっていくのですね。適用義務はないのだけれども、望ましいと思うのだったら、そこで手を挙げて、あなたたちもこのルールを利用していいですよという制度ができれば上がるわけです。

偏在対策はやったほうがいいですよという、やりなさい、やりなさいという緊急提言とか、いろいろな人が提案しているわけですから、例えば、自治体病院はそういうふうはこの制度を利用させてもらいたいとか、JCHOは利用したいとか、日赤は利用したいとかいう話が出てきたらば、この制度を運営していきながら随時拡張していくことができるような条件をつけても、私はさほど矛盾しないのではないかと思う。我々の報告書に対してですね。だから、そういう余地を残していただけないだろうかと思っております。

足りないところに人を埋める、どうすればいいかと考えているようなのですけれども、私は昔から言っているように、偏在問題を解決するためには、どんな研究があるか、どんな要因が影響するのかとずっと研究していくと、どうも地元というのが決定的に効く。次に総合診療医ということをしつかりとやっていくと、地域に最終的に行ってくれる。3つ目が、若いときを含めてなのですけれども、地域で1年か2年の研修をやった人たちは、後に行ってくれるのですね。

これは結局、大学の経済学部にも歴史とか制度のカリキュラムを組み込むような話だと言

っておりまして、年取ると歴史とか制度が大切だとわかるようになります。ですけど、なかなかカリキュラムに組み込めないのですね。先生たちの専門が全然違うから。制度や歴史に関心がないから。そういう形で、卒業した後を含めて、生涯教育の中で、地域の中で経験していただく。

神野先生も以前話をされていましたが、地域医療には自治体病院や自治医科大学の学生が行けばいいのに、何で俺が行かなければいけないのだと思って、行ったらば、地域医療の価値がわかったと。価値がわかって生涯を地域医療に捧げることになっていく。邊見先生もそうおっしゃってました。

そういう効果のために私はこういうシステムがまず一歩動き始める必要があるのだろうと思っているのですね。そして、管理者要件として地域医療の経験を重視するというのは、多くの団体からの提言の中で言われているわけですから、そうした提言を出された先生方がかかわっているところが、だったらば俺たちのところはこの制度を利用させてくれということが随時、チャンネルというか、門戸が開かれているようなシステムにさせていただくと、結構明るい話になって、と同時に、皆さんを含めて、これから先、我々が講演などに出かけた先のいろいろな人に、ぜひいかがでしょうかとお薦めできるような、明るく楽しい制度ができるのではないかと考えているのです。

ということで、私、またもうすぐどこか行かなければいけないので、済みません。

○片峰座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○新井構成員 ちょっと各論的な話になるかもしれないのですけれども、この制度のなかで需要と供給のバランスがどうなるか、私も予測がつかないのですけれども、さっきの医師少数地区にもその程度に勾配があり、そこにどう希望する医師を分配するかを考えると、やはりマッチング的なシステムも必要なのではないかと考えるのですが、いかがでしょうか。制度をうまく運用するためには、そういったことも同時に考えないといけないような気がするのですけれども、その辺はいかがでしょう。

○鶴田保健医療技術調整官 そちらに関しては、1つ前の議題のところ、全国の調整のシステムということで、データベースをつくりますということも言っているわけですが、各地域で、医師少数地域で受け入れるプログラムをつくっていき、そういったものをしっかり管理し、希望者側がどこに行こうかということを選択し、そういったところを視野にマッチングで調整していくと、そういったことを調整しながらやっていくことが必要だと考えているところです。ですので、そういった観点でしっかりと準備していきたいと思っております。

○片峰座長 こちら辺で次に移りたいと思います。この議論は次に持ち越せますね。きょうの議論で大体、今、権丈先生言われたように、まずはブレイクスルーとして地域医療支援病院からスタートする、しようがないなというところなのだろうと思うのですけれども、その正当性とか、エビデンスベースの、それから、見直しをどうするのだとか、そこら辺

をきちっと検討していただいて、ここで終わりではないですねというところははっきりさせていただきたいというのが個人的な思いです。また次にやりたいと思いますので、よろしくをお願いします。

どうぞ。

○今村構成員 権丈先生がおっしゃったことは私はすごく大事なことだと思っていて、例えば、JCHOの理事長先生は、先ほど権丈先生がおっしゃったように、管理者要件をもっと広げるべきだとおっしゃっていますが、後で参加ができるような枠組みが可能なのですか。そこだけ確認したいのです。そういうことができるのか、できないのか。私はできたほうがいいと思っていますけれども、権丈先生のおっしゃったことについての、回答を求められたわけではないと思うけれども、意見は聞きたいのです。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 加えて、私も権丈構成員の意見に非常に賛成なので、それができるのであれば、やはり積極的に取り入れたいと考えるところですので、これは前向きな制度になると思いますので、ぜひそこは明らかにしていただきたいと思います。

○北波総務課長 今回、要件としてどう設定するかというのと、どういうところで、こういう地域医療というか、医師少数区域を経験された医師を管理者としてお迎えするかというところ、ちょっと注意深くやらないと誤解を招くところはあるかと思っています。ただ、私たちは、今、権丈先生がおっしゃった御提案と、それから、今村先生、山口先生がメンションされたことは当然ながら、今後の見直しに当たっての非常に大きな視座だと思っております。そういうふうな政策の方向性は持っていかなければならないということだろうと思いますので、そういうのをしっかり受けとめてやっていくということだと思っております。きちんと対応させていただきます。

○片峰座長 これもまた次回、議論したいと思います。

それでは、次に資料4の御説明をお願いいたします。将来予測の話ですね。

○石丸医事課長補佐 では、資料4を御説明させていただきたいと思います。最初の議題で医師少数区域、多数区域の設定の議論をしましたがけれども、それは現時点の少数区域、多数区域をどうするかという話でしたけれども、資料4は将来時点、これまでの議論で2036年という話をしておりますけれども、その時点の必要医師数と地域枠等のそれに向けた必要数ということで資料を用意させていただいております。

ページをおめくりいただきまして、最初のほうはこれまでの議論の振り返りとなりますけれども、資料の2ページ、3ページをごらんいただきますと、この医師需要分科会第3次中間取りまとめの際にも、平成34年、2022年度以降の医師養成数についてはこれからまた議論することになっておりますけれども、その方針を踏まえて、地域枠ですとか、地元出身者枠ですとか、設定をしていく年が2020年度以降となります。

3ページですけれども、地域枠、例えば、2022年度に設定しますと、6年間医学部に行きまして、その後、主なところでは9年くらい義務年限が設定されておりますので、2036

年にはこの効果が最大化してくるというポイントとなっております。

次の4ページは、最初の議題でも御説明しましたけれども、将来時点の必要医師数で、これは2036年のマクロの「需要ケース2」を踏まえて必要医師数を設定するというところでございます。

またおめくりをいただきまして6ページでございますけれども、医師供給推計ということで、現在時点ですと、医師の数は統計に基づいてわかりますけれども、将来的には都道府県の、当然、増減ということも考慮して推計しないといけない。下線を引かせていただいておりますけれども、就業者の増減は流出入の変化によって大きな影響を受けることもありますので、ここは幅をもって推計をさせていただくということでございます。

7ページでございますけれども、必要医師数を達成するための対策でございます。左下の図をごらんいただきますと、将来の医師の供給推計があつて、将来時点における必要医師数があつてといったときに、この対策として、全て地域枠・地元出身者はこの増員で対応するというわけではなくて、一定程度はこういったもので対応しつつ、それ以外のもので一定程度対応するというところでございました。

8ページ以降、地域枠・地元出身者枠の考え方の整理をこれまでした部分でございます。まず、地域枠というところ。主には、各都道府県内における二次医療圏間の地域偏在を調整する機能があるという整理をさせていただいております。それから、地元出身者枠というところですが、地元出身者ということで都道府県内に定着が見込まれるということでございますので、二次医療圏間の偏在調整ということではなくて、都道府県間の偏在を調整する機能が主にあるということでございます。

9ページでございますけれども、地域枠の機能を踏まえるということでございますけれども、下のイメージに書いてありますけれども、A県で必要医師数があつたときに、a医療圏、b医療圏で、将来時点で必要医師数を満たしていない部分があるとなつたときに、この不足分を足し合わせた部分が地域枠必要数につながる部分になるということでございます。

次に、10ページですけれども、こちらは都道府県、A県、B県、C県と並べておりますけれども、A県において必要数に足りない部分がA県における地元枠必要数に相当する部分になるという整理をさせていただいております。

ここの部分は、最終的には、今回改正しました医療法に基づく都道府県の養成につながってくるということでございますけれども、11ページに先ほどの説明の対応関係を整理させていただいております。左側が都道府県自体が医師が少数であるという県、右側が医師が多数である県をとっておりまして、さらに左側の上と下の段に、医師が少数の二次医療圏がある県と、医師が少数の二次医療圏がない県と、この4象限で整理をしております。

この左上のところですが、医師が少数の県であつて、さらに医師が少数の二次医療圏がある県ですと、3つ書いておりますように、地域枠の設置・増員の要請という権限がある。さらに地元出身者枠の設置・増員の要請という権限がある。さらにそれで不十分

な場合は、地域枠、臨時定員を伴ったものですが、その設置・増員の要請の権限があるということになります。

この右側のところは、都道府県単位で言うと医師数は足りているところですが、医師が少数の二次医療圏が県内にはあるというところは、この右上のところとなります。この中では、地域枠の設置・増員の要請というところだけ、この権限があるという整理をさせていただいております。

下のところですが、少数の医療圏もなく、医師も多数というところは、どのような権限もないという整理になります。

13ページ以降、具体的な計算についてということでございますけれども、まず13ページ、先ほどの供給推計の考え方の中でも、地域枠をそもそも設置している部分は計算を分けましょうということでございましたので、地域枠等の必要数の算出ということでイメージを書いております。

まず、将来時点の地域枠等の必要数を計算する際には、2036年時点の医師供給推計、これは幅をもって推計するというところでございますので、上位実績ベースの推計数が需要推計、これがちょうど必要医師数につながりますけれども、これを下回っている場合について、その差を医師不足分として地域枠等の必要数を算出することにはどうかということでございます。

下にイメージで図を書いておりますけれども、この供給推計、上位実績ベース、下位実績ベースと書いておりますけれども、これは過去の各都道府県の増減の実績に基づいて、一番いい実績が2036年に向けてずっと続いていった場合が上位実績ベースということで点線を引かせていただいております。ここの部分は、これまでの実績で都道府県が頑張れば、ある意味、達成できる部分でございますので、下から赤の矢印を伸ばしておりますけれども、ここを達成するところまでは、都道府県における医師派遣ですとか、医師の定着の促進などの施策で対応していく。それでもなお必要医師数に満たない部分を医師不足分としまして、ここを地域枠等の必要数ということで、地域枠の設置等の要請により対応させていただくこととしております。

それから、上の四角の2つ目ですが、二次医療圏における必要医師数は、目標医師数と同様に、都道府県における医師確保の方針を踏まえて、合計が都道府県の必要医師数を超えないように二次医療圏の必要医師数を設置していくことが前提となります。

それから、次の14ページでございますけれども、「将来時点における医師数が必要医師数を下回る場合について」でございます。将来時点の医師の供給推計、これは下位実績ベースの推計と書いておりますけれども、これは実績ということで、増減を最小に見積もっても達成できるような医師数が下位実績ベースの示すところとなります。2036年時点において、需要推計（必要医師数）を上回っている場合に関しては、その差を養成過剰数ということでお示ししてはどうかということでございます。

済みません、12ページに戻っていただきまして、先ほどのが、もともと設定されている

地域枠以外の部分で計算をする部分となりますけれども、地域枠の部分の医師数はこちらのような考え方で推計してはどうかということでございます。地域枠の医師数の部分の供給推計というところは、9年間、義務年限の期間が主にあるということですので、平成30年度、前々回ぐらいの需給分科会でお示しさせていただきました地域枠等履行状況等調査に基づいて、充足率、離脱率の実績がございましたので、ここはマクロの医師供給推計等を用いた上で、同様の推計を行ってはどうかということでございます。必要医師数の算出に当たっては、既に設定されている部分はこれを除いた推計を用いてはどうかということでございます。

さらに、最終的に不足医師数を埋めていくために、将来時点の地域枠の必要数を算出していくこととなりますけれども、この場合は、都道府県において、当然、地域枠の定着策等を十分に実施することが前提となってきますので、9年間の義務年限の期間が終了するまでは、充足率が100%、離脱率が0%という理想的な推計を用いて将来の地域枠の必要数を算出してはどうかということでございます。

15ページ、16ページは、「二次医療圏の医師の確保の方針についての留意事項」ということで、参考で載せております。

17ページですけれども、先ほどまでの御説明を踏まえて、「将来時点における供給数と必要医師数の差」というものを、計算を暫定的にしております。17ページは二次医療圏レベルの医師の過不足を2036年で計算しているものです。左上の図は二次医療圏別不足医師数を多い順にずらっと並べているものでございます。これを踏まえて、矢印を下に書いておりますけれども、都道府県単位で集計するということが、都道府県別に何人、この二次医療圏の不足医師数を埋めていくのに数が必要かということ、地域枠の必要数という数で、年間養成数ベースで出しているものが左下の青く塗っている部分となります。それに対して右上は、二次医療圏別の過剰になっている部分。先ほどの下位の実績でもなお過剰になっている部分ですけれども、これもまた多い順に並べているものでございます。

18ページをごらんいただければと思います。18ページは都道府県レベルで医師が足りている、足りていないというものを計算しているものでございます。左上は都道府県別不足医師数を順番に、不足が多い順に並べているものでございます。下に矢印をつなげておりますけれども、養成数換算で計算した場合に、都道府県別に養成が、都道府県レベルの医師の過不足の調整のために必要な人数ということでございます。右上は都道府県別過剰医師数ということで、都道府県レベルで2036年、過剰になっている医師数を多い順に並べているものです。これもまた養成数に換算しておまして、養成数換算で過剰になっている数が右下の図ということで、多い順に並べているものでございます。

資料の説明としては以上になります。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、御議論お願いいたします。どうぞ。

○羽鳥構成員 資料の説明ありがとうございます。9ページ、10ページのあたりの医療圏

ごとで医師が少ないところを補っていくために地元枠をつくるということはよくわかるのですけれども、例えば、10ページのように、不足分を地元枠、あるいは地域枠で埋めていくとすると、医師の総数が限りなくふえてしまう可能性があると思うのですけれども、地域枠、あるいは地元枠をふやした場合には恒久枠を減らすということでもよろしいのでしょうか。というのは、いろいろな大学で地域枠の方をどのように扱っていますかと聞くと、受験生の方も含めて、地域枠入試の方の希望がちょっと減っていることもあったり、それから、試験後に地域枠に割り振った人たちも、人気がないと言って、地域枠に行きたくないという事例も聞いているので、どのように考えていったらいいのか教えていただけますでしょうか。

○石丸医事課長補佐 まず、地域枠・地元枠で医師の総数がふえるのかということですが、これは必ずしも臨時定員とか、そういったところの増員を伴って地域枠をふやす、地元枠をふやすことを示しているわけではございません。ちょうど10ページにも書いておりますけれども、2つ目の○のところ、地元出身者枠数のみでは医師不足分を満たすことができない場合には、この地域枠設置を要件とした臨時定員の増員及び県またぎ地域枠の創設または増加を要請できることとしてはどうかということですが、この臨時定員の部分よりも前に、まずこちらをやっていくことが優先になるという順番になります。

それから、そもそも地域枠の充足ですとか、定着ですとかいう御指摘でしたけれども、また後ほども少しそれに関係する説明もございますけれども、以前こちらで議論しました地域枠関係の調査に基づきまして、今後、臨時定員にかかわる地域枠という部分は基本的には別枠方式で御指導していただくことになっております。加えて、これも以前の議論でしたところではございますけれども、都道府県知事が大学に対して要請する地域枠というところは、基本的には別枠方式で設置するということが要請をいただくことになっておりますので、その辺で解決をしていきたいと思っております。

○羽鳥構成員 その場合、その大学の定数をふやすということではないと考えてよろしいですか。

○石丸医事課長補佐 そうですね。定員をふやすこととセットになっているものではないということです。

○片峰座長 大事なポイントで、皆さんのコンセンサスが合ったほうが良いと思うけれども、平成34年度の入学段階で、今までの臨時定員増の地域枠はチャラになるのですよね。その上で、今、議論されている基準に基づいてつくる地域枠が、恒常定員の枠の中に基本的な地域枠・地元枠をつくる。それでも足りない場合は臨時定員増として地域枠をつくる。その理解でよろしいですか。

○石丸医事課長補佐 平成34年、2022年でございますけれども、第3次中間取りまとめをいただいた平成32年度以降の方針ということで、平成32年度分、平成33年度分で臨時定員の期限ということがありますので、平成34年の時点はまた新しく、その臨時定員の枠組み

をどうするかという議論を踏まえて臨時定員を設定することになります。その際の臨時定員の設定の仕方がどうなるかというところは、これからまたマクロの需給を踏まえて議論することになりますけれども、いずれにせよ、地域枠の創設ですとか、増加の要請という部分は、臨時定員の増員とセットではなくて、定員の増加を伴わないという形での設置・増加の要請をすることが基本になるかと思えます。

○片峰座長 どうぞ。

○新井構成員 ちょっとよくわからないところがあるのですが、今、座長からお話があったように、臨時定員増は、減少させる、あるいはなくすという方向性がある、だけれども、やはり医師不足があるという現実がある。その場合には地元枠として、恒久定員の中にそれを組み込むか、組み込まないかを大学に問うて、大学がノーと言った場合には、その不足分は地元枠では埋められないわけだから、地元枠ではなくて地域枠で、臨時の定員で穴埋めをすると、そういうストーリーですね。

○石丸医事課長補佐 優先順位として、まず、そういう順番で議論をしていくこととなりますけれども、ただ、地域枠・地元枠というところが、恒久定員の枠内では全く設置できないので、臨時定員を設置することにはならないかなと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 議論を聞いていて、ちょっとよくわからないのですが、今、新井先生から御指摘あったことは、大学の定員が増えることもあり得ることなのですか。ある都道府県で、県全体としては医師は足りているけれども、二次医療圏で不足している県があった場合に、大学がノーと言ったら、全体の定員を増やすこともあり得るのかどうか、その確認をぜひしたいのです。

○石丸医事課長補佐 11ページをごらんいただければと思いますけれども、こちらに医師が少数の県と医師が多数の県という枠をつくっておりますけれども、医師が少数の県に関しては、そもそも都道府県単位で医師が足りないところがございますので、地元出身者に要請した上で、それで不足する場合は臨時定員の設置増員も要請できることになっておりますけれども、そもそも都道府県単位で医師が多数であるような県では、地元出身者枠にしても、臨時定員の設置増員にしても、要請の権限はないこととなります。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 平成34年までの臨時定員増に関しては、今の決まりはそこまでだけれども、そこから先はまだ議論していないのですね。また新たに議論して臨時定員をどうするかということでもよろしいですね。今までそんな約束をした覚えはないですね。新たに議論して次にどうするかという話ではないですかということの確認と、9ページの医療圏で不足分を地域枠にするという話なのですけれども、都道府県の地域枠は、この医療圏に行ってくださいねという地域枠は恐らく存在しないと思われまして、なので、県全体で地域枠をつくって、それを県のコントロール下でいろいろなところを回すわけですけれども、あたかも不足医療圏に地域枠を、医療圏つき地域枠みたいな見え方になってしまうような気がする



のですけれども、これも原則として、県としての地域枠ということによろしいですね。

○石丸医事課長補佐 ちょっと錯綜しているので整理しますと、別にそんなややこしいことを言っているわけではなくて、11ページが全てでして、基本的には、まずは医師少数の県と多数の県があります。多数の県が、そもそも多数なのだから、大学等の合意とか、そういう問題ではなくて、さらに臨時定員をするという要請権限を与えることにはならない。医師少数で、しかも医師少数の二次医療圏があるところは、地域枠も地元枠も設置の要請もできるし、必要に応じて、どうしても足りなければ、地域枠の臨時定員の設定もあり得るとというのが11ページの表で、これ以上でも、これ以下でもなくて、大学がどうしてもという話は、医師が多数の県だったらないという話です。今村先生のお答えは。

今の神野先生のお話は、地域枠の人が不足の二次医療圏だけに行くなどということはないというのは私もわかりますけれども、基本的に都道府県の奨学金つきというのが地域枠なので、都道府県の、9年間ずっと行くかどうかはともかく、医師不足地域にある一定程度、9年間の中で行っていただくということは、都道府県の中の医師確保計画としては当たり前の計画ですので、それを使って、9年ずっといるという話ではないですが、医師少数区域を、医師が不足している部分は満たしていくという当然の考え方を書いているだけで、地域枠が二次医療圏の不足地域だけに張りつけにするとかいうことをここで申し上げているわけではございません。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 何度聞いても理解ができない部分があって、9ページと11ページの関係なのですけれども、今、御説明いただいたことはわかっていると。都道府県内全体として、医師はもう足りている。しかし、その中でも県内に不足の地域の二次医療圏がある場合には、大学に対して、地対協の合意をとって要請できるということを提案されているわけですね。そうすると、この県内の大学、1県1大学とすると、定員が結果的にふえることになるのですか、どうですかということだけを聞いているのです。

○石丸医事課長補佐 そういう意味で言いますと、地域枠の医師が少数ではない県というところで地域枠の設置の要請をするということでは、臨時定員がふえるということではないということになります。

○片峰座長 素直にとれば、神野先生の質問に関して言えば、11ページの地域枠は括弧の臨時定員がつかない地域枠。これは恒常定員の中で県と大学の合意のもとに要求することですね。

○石丸医事課長補佐 基本的にはそういうことになります。

○今村構成員 わかりました。ということは、できるだけマクロ的な数としては増やさない方向の中で地域枠を確保していくという理解でよろしいのですねということ。それを聞きたかっただけです。

それと、もう一点、17ページ、18ページに将来的な不足医師数と過剰医師数という数字が出ているのですけれども、スケールが全然違っているのですけれども、将来的と言って

いるのは2036年のことを言っているという理解でよろしいですかね。そうすると、2036年で都道府県の不足医師数は最大で1,400人ぐらいの県だけれども、多いところは1万2000人多くなるというデータで、単純に足し算すると相当オーバーになるのですけれども、そういう理解でよろしいのですか。

○石丸医事課長補佐 都道府県単位で言うと、そういうことになります。

○今村構成員 わかりました。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 もう一回、確認なのですけれども、11ページの増員の要請というのは、現在、緊急医師確保総合対策、そして医師確保総合対策、それから、経済財政改革の基本方針2008で定員が増えてきたわけですけれども、定員を増やすわけではなくて、現在の定員の中だけで要請するという理解でいいのですか。

○石丸医事課長補佐 この要請権限という意味においてですけれども、11ページの左側と右側では違ってまして、都道府県単位で医師多数の県ということであれば、基本的には定員の中で地域枠を設置していくと。左側の少数の県であれば、それとも都道府県単位でも少数ということがありますので、地域枠の恒久定員の枠内の設置、増員等も思いやりつつ、さらに臨時定員の部分も要請ができるという整理になるということです。

○小川構成員 そうすると、11ページの上の真ん中については、増員もあり得るという理解ですか。

○石丸医事課長補佐 臨時定員の設置増員の要請がやり得るということです。

○小川構成員 ところが、ついこの間、2年前に決めたのは、緊急医師確保総合対策と医師確保総合対策でふやした部分はやめると。そして、とりあえずは経済財政改革の基本方針2008のほうに振りかえて、当面2年間は延長することになっていますね。そうすると、九千人超の現在の定員はふえないという理解だったのだけれども、今の話だと、それも増やす可能性もあるということですか。

○片峰座長 いや、まず、臨時定員増分はチャラにするわけですよ。減るわけ、九千数百は。そうですね。その上で必要に応じて臨時定員増を。

○小川構成員 減らしておいて、ふやす場合もある。

○片峰座長 という理解でいいですか。

○石丸医事課長補佐 臨時定員自体をそもそもこれからどうするかというところ、平成32年、平成33年というところはもう既に議論したところですが、平成34年度以降どうするかはこれから議論することになります。これまで第3次中間取りまとめ等においては、これまで臨時定員の設置、地域枠の設置というところも、こういった指標がない中で行われてきていた部分がありますので、今後の議論としては、医師が都道府県単位等で需給というものも見ながら、そこを議論していくことで第3次中間取りまとめは取りまとめていると。そういったことですので、それを踏まえてまた議論していくことになるかと思いません。

○片峰座長 どうぞ。

○三根構成員 先般から過去数年における地域枠の運用の仕方を議論した後に、説明をお伺いして、いかなものかと私、個人的には思うわけですが、通常、普通に考えて、100人定員、地域枠が何人かいて、地域枠の定員が5人少なかったという場合に、地域枠5人余っていますよと、二次募集をかければ来るではないですか。それを、今の説明では、いろいろな手続を経て、足りないので臨時で5人ふやすという説明ですね。納得がいかないのは私だけですか。

○片峰座長 まだ決まっていないのかな。

○石丸医事課長補佐 臨時定員そのものについては、もちろんこれから議論することになりますけれども、地域枠の設置をするときに、何人地域枠が必要かという計算というところで言うと、12ページをごらんいただければと思います。12ページの計算、これからの地域枠の必要数の算出をするというときは、充足率100%・離脱率0%とした理想的な推計に基づいて、何人、地域枠が必要かという数を出していくということでございますので、設置をしたけれども、充足率が低くて埋まりませんというところに、さらに地域枠を宛てがいますという話では全くないことは御説明させていただきます。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 強力な偏在対策なくして医師をふやさなければだめだという主張はしているのですけれども、純粋に10ページと、さっき今村構成員がおっしゃった18ページで見ると、足りないところだけ地域枠をつくるということですが、多いところはそのままで、足りないところだけ、ふえるばかりですね。例えば、C県とB県から引き離すという話はないのでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ちょっと話を整理しますと、平成34年に一回全部なくなるわけです。なくなった後にどう地域枠を再配分するかという話が一番重要で、そのときに11ページのようにやりますよと言っているだけなのです。だから、今までの地域枠がうまく埋まっていなかったとか、これ以上ふえるか、ふえないかとか、そういうことは全然関係がなくて、それぞれの県ごとに、医師少数県ですか、医師多数県ですかというのがまず決まって、その中に少数二次医療圏がありますか、ないですかという4象限しかなくて、全くがらがらぼんになるのです。だから、はっきり言って、医師がすごい余って、医師少数二次医療圏がない県、皆さん、頭に浮かぶ県があると思いますけれども、その県はもう地域枠はなくなるのです。なくなる分、医師が絶対足りなくて、二次医療圏ごとに医師少数の県がいっぱい頭に浮かぶ県がありますね。その県がもっと地域枠をつくれるようになるのです。そういうがらがらぼんをする話なので、がらがらぼんをするときにこういうイメージでいいですねという話なのです。これに御異議がなければ、それが一番重要だということでございます。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 今、非常に皆さんが混乱しているのが、例えば、第18回の分科会の10ペー

ジに図がありますね。今、ずっと座長もおっしゃっているように、平成34年でブルーの部分の上が全てなくなるということですね。だから、この数の8,200人は固定の恒久定員だけれども、そのプラスアルファをつけるときに、この11ページの方法で決めていくということですね。わかりました。

○片峰座長 しつこいけれども、第1象限の1番目の○と3番目の○の地域枠の違いは何なのですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 一番上は、恒久定員も含めて地域枠で、3つ目は、ふやすこともあり得るということです。つまり、医師少数県しか臨時定員という形でふやすことはないですよというのが違いです。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 結局、3つ書いてあるけれども、地域枠の設置だけで済む県もあれば、それで十分でなければ、さらに増員の要請ができるところもあるということで、3つ全部やるとは限らないということですね。その県の事情に合わせて変わってくる。

○堀岡医師養成等企画調整室長 でも、医師も少数で、全体でも少数で、少数二次医療圏もあるのだから、全部やるべきだと思います。普通に考えれば。

○片峰座長 ここはいまいち説明が不足だと思うね。次回、もうちょっと正確に説明いただくということでもいいですか。要するに、神野先生が言われたように、平成34年度以降の地域枠臨時定員をどうするか、そこがまだなのか、これで決定なのかという話ですね。

○石丸医事課長補佐 臨時定員をどうするかということ自体は、要は平成34年度以降、2022年度以降の医師養成数、これをマクロでどうするかということにもよってきますので、その議論はこれからもマクロということで作るとのことです。

○片峰座長 どうぞ。

○三根構成員 もう一回、地域枠が足りないところで二次募集すれば埋まりますね。そういう都道府県で臨時の定員も増にしたら、ほかの県で余っているわけですから、その県でも地域枠外の医者はトータルしたら、地域に行く可能性がなかったら、よそに行くとしたら余ってくるわけですね。私の言うことは変でしょうか。単純に地域枠として二次募集すれば埋まると。定員をふやせば、ふやした分、その地域に行くとは限らないので、余ったところにまた行くのではないですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 先生が言っている、地域枠がちゃんと埋まっていなくて、今まで不適切な運用だったという話とこの話は全然違う話です。今、私が申し上げたことをもう一回わかりやすく言うと、がらがらぼんするときにどういう考え方で地域枠を考えますかという考え方であって、今まで地域枠が不適切だったもので、文部科学省と連携して、今後別枠で100%そうなるわけですから、先生がおっしゃるような、地域枠が埋まらなくて不適切な運用をされるということは今後は一切ないことになるので、入試方式の話と、地域枠をどう考えるかという今の議題は全然違う話だと思っております。

○片峰座長 では、最後に。

○小川構成員 ですから、第18回の分科会のこの絵で、きっちりと、どれがいつなくなって、最終的にどうなって、それをがらがらぼんして、新しくこういう地域枠をつくるのだという説明を次回やってください。

○片峰座長 森田先生。

○森田構成員 途中から来たせいかもしれませんが、議論がよくわからないので確認したいのですけれども、例えば、恒久枠が100あって、現在、臨時枠が20プラスだとしますと、2020年にはその20を取りますということはいいいわけですね。2020年には過剰な分、20を取るということは。そして残りの100を配分するわけですけれども、配分した県の中で、地域枠で足りない場合には、例えば、そこには5プラスする、全体として105になることがあり得るのかどうか。一方では過剰なところがあるから、通常考えるならば、そこから5をこっちに持ってきてはという気もするのですけれども、それをしないで、医師が少数の県で、少数の二次医療圏のあるところにはプラス5をする、そして105にすることもあり得るという理解でよろしいのでしょうか。評価、いい、悪いを言うつもりはないのですけれども、その理解でいいかどうかを確認させてください。

○石丸医事課長補佐 また11ページの図になりますけれども、医師が多数の県であれば、臨時定員をここの分でふやすということではないということです。

○森田構成員 いや、そういうことを聞いているのではなくて、マクロ的に100がふえるかどうかを確認したいということなのです。足りないところが一部あるからといって、そこをプラスにすると、5をふやすと105に全体としてなってしまうのではないかと、そういうことを想定されているのか、あるいは今までの議論だとしますと、100の中で余っているところがあれば、やり繰りをすべきではないかという御意見もあったと思うので、そのところを確認させてください。したがって、医師が多数の県で、そこは定員をふやさないというのは十分わかっています。

○片峰座長 ふやさないということは、恒常定員に戻して、そこからふやさないということですね。

○北波総務課長 いずれにいたしましても、何が決まってい、決まっていないかというところも含めて、きちんと整理をして御説明しないと混乱してしまいますので、次回きちんと整理して説明させていただきたいと思います。

○森田構成員 それはお願いしたいと思いますが、私が申し上げているのは基本的な考え方ですので、どこが決まっているか、決まっていないかは別としてどうなるかということ。お答えは結構です。

○片峰座長 では、次に行きます。時間が押してしまったので。まだ2つ残っていますから。

次は資料5、外来医師、御説明をお願いします。簡単をお願いしますね、簡潔に。

○松本地域医療計画課長補佐 事務局でございますけれども、お疲れのところと存じますので、端的に申し上げたいと思います。

資料5は外来医師多数区域のところでございますけれども、前回12月の分科会で御議論いただきました外来に関する仕組みにつきましては、おおむね合意をいただいたと考えておりまして、幾つかいただいた御指摘につきましては、今後、取りまとめを反映する際に書き込んで、もう一度御議論いただきたいと考えているところでございます。

おめくりをいただいて、3ページのところで外来医師偏在指標が大きいところに関しまして、〇%、多数区域をつくることを前回おおむね合意をいただいておりますけれども、この〇%をいかがでしょうかというのが本日御議論いただきたい点でございます。

しかしながら、おさらいをしたいと思いますので、2ページにお戻りいただいて、前回御議論いただいて、おおむね合意をいただいた外来医療の仕組みでございますが、下に(1)(2)(3)とございますように、3段階で考えているところでございます。1段階目が可視化ということで、偏在指標を外来版もつくってやっていくことと、2で情報提供する、3で協議の場を設けるところでございます。

大変恐縮なのですが、6ページ以降で一度おさらいをさせていただければと思います。6ページをごらんいただきまして、前回合意をいただいた外来医師偏在指標でございますけれども、下に式が載っています。全体の指標と同じなのですが、需要側で言う人口の性・年齢階級別の受療率の違いを区域ごとに調整をすることと、医師側も、働いている医師の年齢階級が地域によって違いますので、これを調整することと、※3にございますけれども、外来の受療の中で診療所に特化するということでしたので、診療所の受療率に特化して指数をつくることを前回御同意いただいているということでございます。

7ページでございますけれども、外来多数区域を設定して、都道府県に情報提供することとしたけれども、るる御指摘いただきまして、ホームページ等で周知等に加えまして、業者、コンサル等にも情報を提供することを前回御議論いただきました。〇の3つ目でございますけれども、マッピングということで、二次元情報も提供することを御議論いただいたところでございます。

8ページでございますけれども、多数区域におきまして担っていただく機能ということで、在宅、救急、公衆衛生を前回御議論いただいているところでございます。

ということ踏まえまして、お戻りいただきたいのですが、3ページでございますが、外来医師の偏在ということで、〇%となっておりますけれども、先ほど御議論いただきましたように、新たな医師偏在指標と同じようにつくっておりますので、上位33%を多数区域として設定することではないかと考えております。

4ページに実際の分布がございまして、こちらは二次医療圏別のもことになりますが、33%区分ということでこのような分布になってございますので、今後、二次医療圏名も入れてお示しできるように、最後の計算の精査をしていただきたいと考えております。

以上でございますので、御議論をよろしくお願いいたします。

○片峰座長 それでは、御議論お願いいたします。どうぞ。

○今村構成員 一定の数字を置かなくてはいけないので、先ほどのものと整合性をもって

33%という数字にしているのだと思うのですけれども、あちらの33%は、2036年までの間に何回かの計画の中で全体をここまで上げていくのに、割り戻すと33%と、多分、そういう根拠でやっていたのだと思うのですね。だから、その33%とここに入れる数字を同じ数字にするかどうかは、反対するわけではないのですけれども、これも二次医療圏ごとにきちんとした全体像を見せていただいて、これは上位のところだけ数字が出ているので、その中で、例えば、都市部に本当にすごく集中しているのだというデータ、実は都市部でも開業医が高齢化していて、高齢化率を入れたりするとどうなのかというのは正直見えないのですけれども、そういうものを全体像としてを見せていただいて、では何%がいいのかなとしたほうがいいようには思います。反対というわけではないのですけれども、上の数字だけしか出てこないのです。

○松本地域医療計画課長補佐 大変失礼いたしました。医師全体のほうは、人口10万対との比較ということで、どういう形で高齢化の動きがあるかというところをお見せできたのですけれども、外来のほうが間に合っておりませんでしたので、そちらもお見せいただいて最終的に確定ということで、いただけるようにしたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 私も上位33%でいいのですけれども、今は診療所の数だけで言っているわけで、前回もいろいろな議論したように、診療科が偏っていないかという話も、それも33%にするのかどうかかわからないけれども、早急に議論すべきだと思います。今、産科と小児科だけ先行していることは重々承知しておりますけれども、診療科の議論を早く入れなければいけないのかなと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 4ページと、先ほどの資料1の11ページの上位33%、下位33%は数字が全く違うのではないかと思いますのですが、1つ質問は、この数字は10万人当たりの数字ですか。

○松本地域医療計画課長補佐 人口10万人対指数に種々の調整を加えたものということで、指数自体が持つ意味はもちろん10万対という単純なものではないのですけれども、10万対指数から加えていったものなので、相場観として10万対指数と同じような形で見ていただければと思いますが、外来ですので、医師全体がそれこそ200、300というオーダーでございまして、その中でも一部ということで、100というオーダーから始まっている数字が並んでいると御理解いただけるのではないかと思います。

○鶴田構成員 例えば、上位33%というのが、前の数字だと、ここにどのくらいの医師数かというのが比較としてあったわけですね。今回は、このところが多いというのはわかるけれども、どこに近づけようとしているのかですね。真ん中に近づけようとしているのか、下位3分の1に近づけようとしているのか、それによって、その診療圏ではもう開業できないということですね。

○松本地域医療計画課長補佐 先ほど冒頭におさらいということで御説明させていただきましたけれども、今回の多数区域というのは、新規開業を制限するとか、そういうたぐい

というよりは、そのような外来を担当する診療所の医師が多数ですよということを新規開業を希望する方などに情報提供していくことで、例えば、少数区域外での開業を促したり、ある一定の役割を担っていただくというような、あくまでも行動変容を期待するという形での情報提供でこのようなものをつくっていることになりますので、何かを目指しているというよりは、対象について一定程度幅を持って指定した上で、外来医師の偏在・不足に関して、緩やかに解消していくということで、幅を持って33%という広いところを指定しているようなイメージで捉えていただければと思います。

○鶴田構成員 わかりました。先ほど診療科の話がありましたけれども、ここの具体的数字も、大体どれくらいかがわかれば、33%でいいのか、どこかの数字がいいのかというのは違うのではないかという気がします。

○松本地域医療計画課長補佐 診療科別のところなのですが、るる担当からもこれまで御説明を重ねてきましたとおり、まず、医師全体でも診療科別の議論は入れないところでございますので、需要等の対応について、今、整理しているところでございますけれども、まずは医師全体の診療科別の議論から入っていくという順番になろうかと思えます。

○片峰座長 どうぞ。

○戎構成員 よくわかっていなかったら申しわけないのですが、8ページにある案自体は、診療所が多い地区に今、スポットを当てていて、この多数区域にこれ以上余りふえていただいてもという意味があつてのこの議論なのか、多数区域にいる診療所の方々に、在宅、救急医療、公衆衛生をもっと担ってほしいということでここにスポットを当てているのか。この文章だと、3番目の○なのですが、外来医師多数区域での診療所の新規開業を行う場合においては、この3つの在宅医療、救急医療、公衆衛生を行うことにしてはどうかということなので、もともと外来医師多数区域の人たちで診療をやっている方々に何か求めるものではないということですか。

○松本地域医療計画課長補佐 新規開業に際しては、このようなことを書いておりますけれども、9ページでございますけれども、対応の方向性の2つ目の○にございますが、そもそも既存の開業の先生というか、それらに関しては、多数というところにこだわらず、今まで外来の機能について協議するという仕組みがなかったので、まずは既存の医療機関も含めまして、今後必要とされる外来医療のあり方については一定の協議を行うような仕組みを進めていきたいと考えています。

○戎構成員 ということは、この33%なりの多数区域を設けるとするのは、この議論、協議をしてほしいという意味での33%の枠ということでしょうか。

○松本地域医療計画課長補佐 新規開業者への協議ということであれば、そのとおりです。

○片峰座長 どうぞ。

○褒構成員 まず、こういう情報提供をされることは非常に大きな一歩かなと思います。私は評価したいと思います。ただ、毎回公表される時間軸は非常に慎重にされたほうがいいかなと。といいますのも、御存じのようにクリニックは年間4,000から5,000件、廃業ま



たは休業されるということで、非常に新陳代謝が大きいマーケットでございます。病院とは全然違いますので。となりますと、この指標のアップデートの頻度もかなり慎重にしないと、例えば、5年に1回とかとすると、かなりマーケットの実態とは離れてしまいます。少なくとも1年に1回ぐらいはアップデートしないと、新規開業される先生方は少なくとも1年から2年ぐらいで開業の意思決定をされますので、となりますと、マーケットの歩みに合わせたような情報提供を私はお願いしたいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 先ほど戎先生のおっしゃった8ページの3つ目の○なのですけれども、きょうはお休みされていますけれども、中島構成員が前回、開業医の先生はビル診で自分の診療だけやって、それ以外のことは何もやられないみたいなやりとりをさせていただいたのですけれども、開業医等を初めとして、診療所がその地域は多いのだけれども、新規に開業されることを制限するものではなくて、情報提供の流れの中で、そういった先生はぜひこういうことはやっていただきたいということで書かれているのだと理解しています。

それから、裏先生がおっしゃったことはすごく大事なことで、先ほどちょっと申し上げましたけれども、開業医の高齢化が相当進んでいて、どんどん、どんどん入れかわりがある。

なおかつ、これは後でお願いしようと思っていたので、今、お願いすることがいいかどうかわかりませんが、今は多数地域の議論をしていますけれども、診療所が少数の地域の資源が、今、お話しになったように高齢化してどんどん減っていくことも防がなければいけない話だと思っていて、偏在対策の中で、皆さん覚えておられるかどうかわかりませんが、税制についてというお話をちょっと出させていただいて、実は平成31年度の税制改正で、個人の診療については、事業承継については、税制上のいわゆる減免というか、免除という新しい仕組みができて、本当に厚生労働省には感謝したいと思うのですけれども、厚生労働省が出されている要望で、僻地、離島等と書いてあるのですけれども、先ほどの医師少数地域の中で、例えば、医療法人等が事業承継しやすいような税制も改めて引き続き、ぜひ要望していただきたいと思います。そのことが、もともと医療機関が少ないところを減らさないことについてのインセンティブになると思いますので、ぜひともこの機会にお願い申し上げたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 診療科の偏在ということにまた戻ってしまうのですけれども、先ほどお答えがあったように、医師全体の診療科の偏在を決めるときには非常に大変だと思うのですけれども、情報提供するときに、少なくとも、どういった標榜科がどこの地域にどう多いかという情報提供がないと、例えば、東京とかで、皮膚科、美容外科とか、そういうのが多くてとか、それによって全然違ってくると思いますので、そういう標榜科も含めた情報提供をしなければ、余り影響にならないのかなとは思いました。

○片峰座長 よろしいですか。では、最後に。

○山口構成員 8ページと9ページの違いについて確認させていただきたいのですが、さっきお答えをお聞きしていて、違うのではないかと思っただころがあったのですけれども、まず8ページは、外来医師多数区域で必要とされている医療機能を担うということ、それでもやるとなると、まずそこで協議を行う。協議を行っても、なおそこで開業するのだということになれば、在宅、救急医療、公衆衛生を担ってくださいよということに依頼する。

9ページに行きますと、それでも外来のことについてはこれまで話をしてこなかったもので、9ページの対応の方向性の2つ目の○のところは、多数地域に限らず、外来機能のことについて、これから協議していく、検討協議、この検討協議をどこですということ、書かれているのかということ、それでも既に外来医師数が充足していると考えられる外来医師多数区域においてはというのは、3つ目の○については、8ページと同じことをここでもう一回おっしゃっているという解釈でよろしいのでしょうか。

○松本地域医療計画課長補佐 御指摘のとおりでございます、この書きぶりは整理が十分ではないかもしれませんので、取りまとめの際はすっきり書けるようにさせていただきます。御指摘のように、協議の場としては、何か新しいものをということなのですが、もちろん既存の地域医療構想調整会議のように、ユニットで似ているものに関しては活用していきたいと考えていますけれども、前回の御指摘の中で、地域医療構想調整会議のユニットは最低限で、さらに細かい単位での協議もできるように検討すべきではないかという御指摘をいただいておりますので、それに関してはオプションとして受けとめる等の対応をまた御相談させていただきます。

○山口構成員 そうすると、少なくとも国レベルで外来のことについて協議するというよりは、各府県レベルということで読んでよろしいですか。

○松本地域医療計画課長補佐 この場では医師偏在ということで、類型別の医師偏在ということが課題になっておりましたので、医師需給分科会ということで議論いただいておりますけれども、今後、国単位で外来医療のあり方をどう検討するのかということで、医療計画の一部にもなったので、医療計画の検討会でやるとか、そういうことに関しては、やりながらの検討にはなりますけれども、国でも見ていける、議論していける場合は必要だと考えております。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、最後の案件で、文部科学省から来年度以降の暫定的な医学部入学定員の取り扱いに関する文書が発出されています。それとともに、この前、最後にありました一連の不適切と思われる入試に係る文部科学大臣の発言の真意等について御説明いただきたいと思っております。どうぞ。

○西田医学教育課長 文部科学省の医学教育課長でございます。

参考資料としてお配りしておりますのは、昨年12月27日に文部科学省医学教育課と厚生労働省医事課連名で各都道府県、及び医学部を有する大学に事務連絡という形で医学部

の入学定員の臨時増の平成32年度の取り扱いについて方針をお示ししたものでございます。今の臨時定員の増員期限は平成31年度でございますが、医学部の入学定員の日本全国の総和につきましては、本分科会の第三次中間取りまとめや、それを受けた政府の骨太の方針によりまして、平成32年度、平成33年度については、平成31年度の定員の総和を超えない範囲でおおむね維持をするという形で方針が出ておりますので、平成32年度の扱いについてお示しをしたものでございます。

1枚めくっていただいて2ページ目でございますけれども、取り扱いの方針ということで、(1)(2)(3)とございますが、医学部の入学定員の臨時定員増については、(1)はいわゆる地域枠のためのもの、(2)は研究医養成のためのもの、これは研究医枠とっております。それから、(3)は歯学部の入学定員の削減に伴うもの、これは歯学部振りかえ枠とっておりますが、この3つの枠組みでもって、平成22年度から10年間で実施してきたものでございます。本臨時定員については、平成31年度に期限を迎え、また平成32年度以降については平成31年度を上限とした上で全体数を維持することになっておりますので、地域枠、研究医枠、歯学部振りかえ枠、それぞれについて、平成31年度までに認可を受けた各大学から、認可を受けた臨時的な定員数を上限として、再度、平成32年度についても申請をしていただく予定でございます。

(1)のただしのところでございますけれども、昨年来、地域枠の臨時増員が伴ったものについても、その臨時増員の数を充足していない状況があることをこの分科会でも御議論いただきまして、それについて、地域枠の学生の確保が確実になされるように、これまでの実績を見て精査をさせていただきたいとお話ししておりましたが、これについて、平成30年度、平成31年度の2年間の実績を見た上で、その2年間を通じて確保できていない分を減じた数を上限として増員の申請を認めるという方針をお伝えしております。具体的に言うと、臨時定員の枠が10人であり、平成30年度は8人しか確保できず、平成31年度は9人しか確保できなかった場合は、10人ではなくて9人を上限とするということでございます。そういった実績を踏まえた形で再度の増員申請をしていただくという方針を出しているところでございます。

次のページに行きまして、(4)でございますが、そうした場合に、地域枠自体が減ってしまうことになるのもよろしくありません。なので、平成31年度の定員が上限となりますが、先ほど申し上げたような方針で数を出した上で、平成31年度の入学定員と差がある場合について、その差の範囲内でプラスでの増員申請を認めさせていただきたいと思えます。これについては、地域枠の充足の状況を見て上限を下げているということがございますので、それにプラスアルファでということであれば、地域枠の学生を確実に確保するための具体的な方策を、文部科学省、それから、厚生労働省に出していただいて、その中身、必要性なども精査させていただいた上で、プラスアルファの申請を認めさせていただきたい。ただ、これを全部足した上でも平成31年度の入学定員が上限になるということでございます。

平成32年度に申請をいただく入学定員の増員の期間、（5）につきましては、平成33年度まで、という形での期限でありまして、平成34年度以降は、先ほど議論があった指標を活用した上で臨時定員の扱いをどうするのかということでございます。

それから、今後のスケジュールでございますが、来月にも、こういう方針のもとに、大学等に対して、平成32年度、何人分の追加増員が必要なのかという意向調査をまずさせていただいた上で、その状況を見て、さらに必要であれば追加で意向調査をしたり、文部科学省、厚生労働省と一緒にヒアリングをした上で、今年の夏ごろを目途に正式な手続に入らせていただくことを考えております。

それから、3. は平成33年度の取り扱いですが、これは平成32年度の結果を見て、また平成31年度定員という上限の間で余裕があれば実施するということでございます。

それから、4. の平成34年度以降の取り扱いについては、先ほど申し上げた骨太の方針などで、定期的に医師需給推計を行った上で、働き方改革や医師偏在の状況等に配慮しつつ、将来的な医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討するとされております。まさにこの分科会で検討されることになると思いますので、その検討結果を踏まえて、平成34年度以降、どうするかを考えさせていただきたいということでもあります。

地域枠の話を中心に申し上げましたけれども、枠組みとして、ほかに研究医、歯学部の振りかえ枠がございます。地域枠についてはフォローアップを今回しましたが、研究医枠についても、平成34年度以降の検討に間に合う形で、現状、フォローアップをしておりますので、それについてもまたまとまりましたら御報告をさせていただきたいと思います。

それから、前回、最後の場面で小川先生から、文部科学大臣の会見での発言について御質問がありました。

12月11日は、いわゆる不適切な入試の問題について、その前のタイミングで幾つかの大学が会見して発表したことを受けて、記者会見で大臣にその受けとめを聞かれたということでございます。その幾つかの大学の中に金沢医科大学が入っております、金沢医科大学はA0入試で同窓生の子女とか、現役・一浪生とあわせて北陸3県の高校の出身者に募集要項に明記をせずに加点をしていたということがあったので、不適切だということで文部科学省から指摘を受けたことを、この会見の直前に大学として発表されたということであり、金沢医科大学で地方に残る医師を確保するために地元出身者に加点をしていたことがあったのだけれども、この点についてどう考えるかということをお大臣に聞かれまして、大臣から、金沢医科大学の事案について説明した上で、地域特別枠については、あらかじめしっかり明示した形で受験生に選んでいただくのが筋であると思います。結果としてそれ以外の方々に妨害の不利益を与えてしまうこととなりますという発言があったということでございます。

小川先生御指摘のとおり、それ以外の方々に妨害の不利益を与えてしまうこととなりますという発言をお大臣からいたしております。これは地域枠のいわゆる未充足問題についての発言ではなくて、不適切な、公正性に問題のある入試を行っていた金沢医科大学につい

での発言であり、これに関連して、その会見の3日後に文部科学省はどういった場合に不適切と言えるのかという考え方をまとめさせていただいております。これはAJMCの規範なども参考にさせていただいております。合否判定に際して合理的な理由なく、性別、年齢、現役・浪人の別、出身地域、居住地域等という属性を理由として一律的に取り扱いの差異を設けることは不適切だというまとめをさせていただいております。

ただ、年齢、現役・浪人の別、出身地域、居住地域等については、推薦入試、A0入試や「地域特別枠等」として別枠で行う入試においては、募集要項等に明記し、合理的な理由の説明があれば、取り扱いの差異を設けることは可能だと考えられるとしており、この趣旨を大臣は申し上げたのだと考えております。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

何か、小川先生、よろしいですか。

○小川構成員 わかりました。了解いたしました。

○片峰座長 ほかにいかがですか。

では、どうもありがとうございました。3時間にわたってお疲れさまでございました。きょうはコンセンサスに大体至った論点もありますが、議論を尽くせなかった部分、それから、皆さんの御理解に至らなかったところもございます。そういったところに関しては、座長に預らせていただいて、事務局と相談しながら今後の議論ということになるかと思いますが、少なくとも次回には、コンセンサスに至った部分を中心に、事務局で中間まとめのたたき台みたいなものをつくっていただくと。それをベースにして議論することにさせていただきたいと思いますので、御了解いただければと思います。

それでは、事務局からお願いいたします。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。

次回の議題等、今後の議論の進め方は、本日いただきました御意見、御議論を踏まえて、先ほど座長からいただきました議論の取りまとめに向けた作業も含めて、座長と御相談の上で進めさせていただきたいと思います。

また、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させていただきます。

○片峰座長 それでは、これで終了いたします。どうも御苦労さまでした。