

○奥野医事課長補佐 それでは、定刻となりましたので、ただいまから「医療従事者の需給に関する検討会 第12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、前回、お知らせをさせていただきましたとおり、今回、構成員の追加を行っておりますので、御紹介させていただきます。

まず、ハイズ株式会社代表取締役社長 斐英洙構成員でございます。

○斐構成員 斐英洙でございます。よろしくお願いいたします。

○奥野医事課長補佐 続きまして、東京ベイ・浦安市川医療センター集中ケア認定看護師 戎初代構成員でございます。

○戎構成員 戎と申します。よろしくお願いいたします。

○奥野医事課長補佐 また、本日欠席でございますが、医療法人ゆうの森理事長 永井康德構成員、医療法人恒貴会訪問看護ステーション愛美園所長 中島由美子構成員にも構成員として御参加いただけることとなっております。

なお、参考資料1に構成員名簿をつけております。

続いて、そのほかの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、片峰座長、新井構成員、平川博之構成員、福井構成員、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、北村構成員、平川淳一構成員からは、所用のため、おくれて御出席されるとの御連絡をいただいております。なお、神野構成員におかれましては、御連絡をいただいておりますが、間もなく見えられると思っております。

本日は、片峰座長が御欠席ではございますが、片峰座長より、森田構成員に本日以降も含め、座長代理をお願いしたいとお伺いしておりますが、皆様、そのような形でよろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○奥野医事課長補佐 ありがとうございます。

続きまして、資料の確認をいたします。

お手元にお配りしております資料、議事次第の後ろに、まず資料1として「都道府県における医師確保対策の実施体制の強化」、資料2として「医師養成過程における地域での医師確保」、そして参考資料1として「構成員名簿」をお配りしております。また、参考資料2でございますが、本日、新井構成員が御欠席ということでございますが、「全国医学部長病院長会議会長 新井構成員による意見書」ということで御提出いただいておりますので、お配りさせていただいているものでございます。

不足する資料、乱丁・落丁がございましたら、事務局のほうにお申しつけください。

ここでカメラは御退室をお願いいたします。

以降の議事運営につきましては、森田座長代理をお願いさせていただきますが、よろし

いでしょうか。では、森田座長代理、よろしくお願いたします。

○森田座長代理 森田でございます。本日は、片峰座長にかわりまして議事を進行させていただきたいと思しますので、どうぞよろしくお願申し上げます。

では、早速でございますけれども、まず議題1「都道府県における医師確保対策の実施体制の強化について」、これについて御審議いただきたいと思しますので、まず事務局から御説明をお願いたします。

○久米地域医療計画課長補佐 事務局でございます。

資料1を御準備いただければと思。「都道府県における医師確保対策の実施体制の強化」というものでございます。

1枚おめくりいただきまして、1ページでございますけれども、こちらは昨年6月にまとめたいただきました中間取りまとめのいわゆる14項目と言われるものでございます。

今回、この資料の中で御説明申し上げますのは、赤枠で囲っております、4の上の医療計画の部分と、6の地域医療支援センターの機能強化というところでございます。後で資料2のほうで、1の医学部、2の臨床研修、7の都道府県から国等への対策の求めといったところについてご説明するため、本日は、1・2・4の上段・6・7をテーマとして扱わせていただきます。

続きまして、2ページ以降でございます。「医師確保計画」の策定についてに進ませていただきます。

3ページを開いていただきますと、こちら既に去年の段階から出させていただいている資料でございますけれども、医療計画の趣旨について御説明しております。

真ん中のポツでございますが、医療計画は、全国的には医療資源の総量は一定の水準を満たすが、それによって地域偏在が解消されるものではないということで、偏在の解消でありますとか機能分担・連携といったものを促すという趣旨でつくっている。

その下のポツであります、「医療従事者の確保に関する事項」についても、この中に含まれているということでございます。

4ページは、条文ですので、割愛させていただきます。

5ページ、6ページにつきましては、前回御説明させていただきましたが、医療計画の中では、医師の確保を含め、医療従事者の確保についての十分な記載がなされていない懸念があるといったことでございます。

現状の把握が課題事項の列挙のみになっているということでございますとか、目標が定性的な記載、もしくは目標を立てていないといったところ。それから、施策の列挙になっているということでございました。

続きまして、7ページでございますけれども、地域医療対策といったものも並行して、医療計画とは別に都道府県が作成することになってございます。

地域医療対策につきましては、今、法律の中で「救急医療等確保事業」といったものを中心として医療の確保に対する施策をつくっていくということでございますが、基本的に

は医師確保対策というものを中心に記載されています。

都道府県につくってくださいということをお願いしているのですけれども、そもそも策定していないとか、策定していても見直しの頻度が低いといったことがございます。また、医療計画に定める内容と重複がある、十分な整理がされていないといったことですか、毎年の予算事項をリバイスすることで、こちらにかえているといった、もう少し改善することができるのではないかとと思われるような内容もございます。

8ページ、9ページは、今の法律とか通知の内容ですので、割愛させていただきます。

この地域医療対策の中身について、こちらで少し調査を行いました。その内容について御報告いたします。10ページでございますけれども、地域医療対策の策定・見直しの状況ということで、地域医療対策を都道府県で策定しているところは30でございます。17は策定していないということでございます。

このうち策定しているところを見てみますと、毎年見直しをしているが12あるわけですが、4年とか5年に1回、もしくは見直しをしないといったところもある。

また、下の円グラフでございますが、直近の見直し時期、ことしに入って見直ししているところもありますが、3年前から見直しをしていないところも半数以上に上っているという状況でございます。

続きまして、11ページでございますが、地域医療対策の策定内容でございます。

30あるうちの13につきましては、直接、医師の確保対策についてということで、プランのような形で作っているところがございますが、17についてはそうではないということでございます。

12ページに詳細を書かせていただいておりますけれども、今、申し上げた13については、現状分析や目標は余り書いていないかもしれませんが、具体的な対策などを書いている。医師の派遣などについても、ある程度書いているということでございます。しかしながら、残りの17につきましては、医療計画の焼き直しの内容を書いているとか、毎年の予算や基金の内容をリバイスしているといった状況でございます。

13ページに課題をまとめてございますけれども、医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」は、都道府県によって記載内容にばらつきがあり、必ずしも十分な現状分析・目標設定に基づく具体的な対策の策定がなされていない。

地域医療対策は、医療法上、医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」において定める内容との関係性が十分に整理されておらず、また、そもそも地域医療対策を策定していない都道府県も存在するなど、都道府県によっては、実効的な地域医療対策を策定することができていない。

また、医療計画における「医療従事者の確保に関する事項」や地域医療対策では、医師の偏在の状況を地域ごとに評価できる仕組みが存在せず、その実施効果の評価や見直しといったPDCAサイクルが回っていないという状況でございます。

こちらを踏まえまして、検討の方向性ということでございますが、都道府県において定

量的な現状分析に基づく実効的な医師確保対策が進められるように、医療計画において、医師の確保方針でありますとか、医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標、それから目標の達成に向けた施策内容という一連の方策を記載するといったことを明確に法律上、位置づけることにしてはどうか。

また、医療計画における医師確保に関する事項を、運用上「医師確保計画」と呼ぶこととしてはどうか。

また、医師確保計画に偏在対策を記載することとなることにあわせて、各種計画の位置づけの明確化や行政事務の簡素化の観点から、地域医療対策は医師確保計画の中に組み込むものとして、発展的に解消してはどうかと考えております。

15ページ以降、より詳細に、どういったことを書くのかということを書かせていただいております。

今、3つほど医師確保計画に書く内容を申し上げましたが、1つ目、医師の確保の方針ということでございます。図のほうで、ある県が既に医療計画の中で定めている内容を例示して出しております。こちらの都道府県では、二次医療圏ごとに人口10万対医師数を出して、大学が所在しているために医師が多いd医療圏から、これは北のほうに医師が少ないといった県でございますので、そちらのほうに医師を動かしているということ。

それにあわせて、医師養成の観点からも、そういったところに指導体制というものを充実させていくといったことが書かれております。

その上で、こうした方向性を実現していくためにどういった目標を立てるかといったことを、次に書くということで、マル2、16ページでございます。

PDCAサイクルに基づく実効性の確保のために、医師偏在の度合いを示した上で、1で設定した確保方針に基づいて目標を設定する。

その上で、目標を達成するために、マル3でございますけれども、施策をいろいろ記載していくことにしてはどうかと思っております。

続きまして、17ページでございますが、その期間をどれぐらいにするかといったことでございます。医療計画は原則として6年ごとに定めることになっておりますけれども、在宅医療については3年ごとに定めることになっております。

新たに医療計画に記載することとなる「医師確保計画」につきましては、医師の確保は住民の医療アクセスにかかわる喫緊の課題であるといったこととか、医師の偏在状況に応じて、短期的に見直しを行うということが、そういったものの解消により近づいていくこととございますので、計画の期間は3年とすることとしてはどうかと思っております。

続きまして、マル2、医師確保対策の推進に関する各種会議体の整理についてということでございます。

19ページをおめぐりいただきまして、地域医療対策協議会というものが、法律上、都道府県に設置されることになっておりまして、こちらは基本的には医師の確保を行うための

協議会として設置されたという経緯がございます。

こちらのメンバーにつきましては、特定機能病院とか地域医療支援病院、公的医療機関などの主要な県内のメンバー、医療機関を含んで構成されているということでございます。

しかしながら、20ページでございますが、既出でございますが、開催していない県が存在するというところでございます。

こちらの状況につきまして調査をさせていただきますと、21ページをごらんいただきますと、地域医療対策協議会を年1回以上開いているところが34県、一番左のところ、年1回未満、未開催のところ、13県あるということでございます。では、この13県は何もしていないかといいますと、そうではなくて、都道府県の医療審議会という、県内の医療施策全般について議論するような審議会が設置されておりますが、そちらの中で、4県については毎年1回以上医師確保を議題としてやっている。ただ、残りの区域はそうではない。

ここが何もやっていないかという、医師の派遣などを中心的に行う地域医療支援センターの運営委員会を開催しております、3県はそれを年1回以上やっている。しかしながら、そうでない県が6県あるという状況でございます。

22ページは、医療審議会とか地域医療支援センター運営委員会の中で、どのような医師確保についての議題を取り上げているかということの参考資料でございますので、割愛させていただきます。

23ページでございますが、なぜ地域医療対策協議会を開催しないのですかといったことを都道府県に聞いてみましたところ、開催していない理由が、個別のテーマについて、地対協の構成員のうち、ピックアップしてやっている、全体の場を開く必要はない。

それから、他の会議体で医師確保に関する議題を扱っている。

それから、何回も呼んでいる関係団体との関係性が悪化するか日程調整が困難といった会議運営上の理由。

それから、種々会議体について重複があるといった理由がありますので、こちらのほうも整理していく必要があるのではないかとございます。

24ページを見ていただきますと、どういった構成で地域医療対策協議会をやっているのかというのを調査しました。

一番少ないのが7つ。赤十字病院とかが中心にやっているところ。逆に多いところは、31の構成員の中に大学とか医師会とか、いろいろなところが入っているわけですが、NPO法人とか保育とか幼稚園の連合会まで含めて、いろいろ協議している。かなり構成員が多いところもあるという状況にあります。

また、会議体に重複があると申しましたけれども、25ページを開いていただきまして、先ほど申し上げました医療審議会といったものがある。それから、地域医療対策協議会、地域医療支援センター運営委員会、へき地について議論するへき地の機構。それから、新たな専門医の仕組み、これは30年度開始に向けて準備を進めているということでございますが、こちらの関係の協議会も設置されている。

それから、ほかに間接的に関係するものとして、地域医療構想調整会議とか医療勤務環境改善支援センターといったものがある、例えば地域の医師会の方とか大学の方がこれらの会議にたくさん呼ばれて、大変な状況になっているということでございます。

こういったことを踏まえまして、前回の医師需給分科会でもいろいろな意見をいただいております、医師需給、医師確保対策に関する都道府県の協議会というものは、できれば一本化してほしいということでもありますとか、それぞれ同じような会議がそれぞれ法の根拠が違うために同時に開催できないとか、予算とか通知でいろいろ定められていて、地域で非常に混乱しているということ。なので、法的な整理をしてほしい。

それから、さまざまな会議があるが、多くの御指摘があったように、たくさんの会議に入っているけれども、わけがわからないといった状況にあるといったことでございます。

そういった状況にあるので、どう整理しますかということでございますが、27、28ページは、今、申しあげました地域医療支援センターの運営でありますとか、へき地の関係。これは、既に前回以前に説明しておりますので、割愛させていただきます。

29ページを見ていただきますと、地域医療支援センターの運営委員会とへき地の支援機構につきまして、実態として連携をどれぐらいしているのですかという話を調査してみました。

そうしたところ、左上の円グラフを見ていただきますと、一体的に業務を行っているところは8、連携しているところが24で、大体連携しているのかなというところでございますが、連携しているといっても、医師の派遣先の調整において連携しているところが21、していないところが11。キャリア形プログラムの策定についても、連携していないところが21といった状況でございます。

また、9の都道府県は連携していないということでございますが、今後も連携する予定がないのが8県ということでございます。

30ページを見ていただきますと、こちらは補足的な資料であります、都道府県の医師確保の担当部署、それから地域医療支援センター運営委員会、調整するところですが、それとへき地医療支援機構が、職員数に、それぞれがどのぐらいエフォートを割いているかということ労働時間を掛けまして、どれぐらい労力をかけていますかといったものを都道府県ごとに足し上げてお示ししているものでございます。

それぞれ都道府県によってばらつきはあるわけでございますが、分散させてやるよりは、積み上げて一括して、連携してやったほうが、医師確保に割ける時間は多くなるといった状況にあるということでございます。

それから、31ページ、専門医の協議会が始まる中で、こちらは先ほど申しあげましたような地域医療対策協議会のメンバーと構成員がかなり重複している状況にあるということでございます。

32ページでございますが、課題のまとめでございます。

都道府県によっては、地域医療対策協議会の構成員が多岐にわたり、必ずしも医師確保

に直接関係のない者も含まれ、効率的な会議の運営・調整が困難になっている。医師確保に関する同様の議題を議論する会議体が複数存在していることから、地域医療対策協議会の開催頻度が少ないという状況にあります。

都道府県によっては、医師確保に関する各会議体間の連携が乏しく、類似の重複した検討が行われているといったことがございます。

検討の方向性でございますが、地域医療対策協議会については、医師確保計画において定められた各種対策を具体的に実施するに当たって、関係者が協議・調整を行うという協議機関と位置づけることを、明確にこちらのほうで決めてしまってはどうか。

これに伴って、地域医療対策協議会の構成員について見直しを行いまして、具体的な医師確保対策の実施を担う医療機関を中心に構成するように、都道府県に対して改組することを促すことが必要ではないか。

あわせて、地域医療対策協議会以外の医師確保に関する各種会議体、へき地の機構でありますとか専門医協議会については、議論や構成員の重複を避けるために、その機能を地域医療対策協議会に移管して、原則として廃止していく。

ただし、都道府県によって特別の事情がある場合があるかもしれませんので、その場合はワーキングなどにして存続させることも可能としてはどうかと考えております。

今、お話しした内容を図にしておりますのが33ページでございます。

先ほど申し上げましたように、医療計画は医療審議会の中で全体を議論することになっておりまして、その中に医師確保計画を位置づけていくとした場合に、この中で確保の方針とか目標、それから各種施策が定められていくということでございます。では、具体的にどの地域からどの地域に医師を派遣するということが決まってくるとなったときに、それをどこの病院がどれぐらいの人数、担うのですかといったことを、地域医療対策協議会の場で議論する。こういった役割分担が今まで明確でないために、なかなか議論されていなかったということではないかと思っております。

例えば、地域医療対策協議会の中では、医師派遣の具体的な実施の方法とか、へき地の医師確保のための調整、地域枠とか地元枠を何人にしますかといったことや、研修施設の定員、どこを研修施設にしますかといった内容。専門医の協議、どこを基幹・連携施設にし、定員はどうしますかといったことをこの中で議論してしまう。

それに伴いまして、右側でございますが、地域医療支援センター運営委員会とかへき地の運営委員会とか専門医協議会は廃止していくことにしてはどうかと考えております。

34ページは、今、申し上げたことを書いておりますので、割愛させていただきます。

35ページも割愛させていただきますが、既に障害者の審議会・協議会は都道府県に法定で設置されているものでございますが、その中では、審議会の中で具体的なサービスをどういうふうに提供していくか、どれぐらい提供するかを決めた上で、協議会の中でどの事業所がどういうサービスを提供していくかを協議して担っているという関係にありますので、例えばこういうことも参考にしながら、同じような仕組みにしてはどうかと考

えているところでございます。

36ページ以降につきましては、具体的な医師派遣の内容について御説明させていただきます。

37ページでございますが、現在、地域医療支援事務と申しまして、こちらは地域医療支援センターの中でやっている事務でございます。これは、法律では地域医療支援事務と言っているわけでございますけれども、都道府県の医師の確保動向の調査・分析、医療機関からの相談対応、医師とか医学部生からのキャリア相談対応、医師に対する研修等の相談対応ということ而努力義務でやることになっておりまして、平成28年の段階では、全ての都道府県にこれが設置されて事務を行っているということでございます。

38ページは、条文ですので割愛させていただきます。

39ページも割愛します。

では、どういう派遣とか連携の状況になっているのかといったことを、こちらも調査で聞いております。地域医療支援センターと大学医局がどれぐらい連携しているか。連携しているところは41、連携していないところが6あるということでございます。

下のほうで連携しているところを見てみますと、大学に事務を委託しているところ、そうでないところといろいろあるわけでございますが、表の右側のほうを見ていただきまして、大学医局にどれぐらい都道府県の意見が反映されているのかということ具体的に聞いております。

修学資金貸与医師、基本的には地域枠と考えていただいてよいかと思いますが、こちらの派遣先の調整において、大学に委託しているものが27ある中で、21はちゃんと言うことを聞いてくれるけれども、6はそうではない。それから、キャリア形成プログラムについても、6はなかなか意思が反映されないということでございます。大学に委託していない場合も、3県はなかなか派遣されないという状況にあるということでございます。

では、どういうところに地域枠の医師が派遣されているかというのを、次のページ以降で調査しているところでございます。41ページは、どのぐらい医師が少ない、多い医療圏に医師が派遣されているのかというのをとっております。

横軸が二次医療圏における人口10万人対医師数で、右に行くほど医師が多い地域。それから、縦軸にとっているのが医師の派遣人数の実績でございます。基本的には少ない地域に派遣がされている傾向にあるということでございますが、多いところにも派遣されているということでございます。ただ、多いところでも、研さんのためなどの場合があるため、これが一概に悪いということではないということでございます。

42ページを見ていただきますと、既出でございますが、公立医療機関にかなり偏っているという状況でございます。次に多いのが公的医療機関、それで民間医療機関は少ないということでございます。

なぜこんなことになっているのかということ、もう少し聞いてみました。43ページでございます。

修学資金、基本的に地域枠を出す医師に対して、どういった要件を課しているかを聞いてみましたところ、赤枠で囲っているところがございますが、一定期間は公立とか公的医療機関で働いてくださいといった要件を課している。全部、公立医療機関に限定しているところもあるということです。

基金以外の財源を含む、含まないで見たところ、どちらにも限定をかけているところがあるという状況でございます。

また、キャリア形成プログラムについて、次のページ以降で御説明さしあげます。44ページは定義です。

45ページを見ていただくとわかりやすいかもしれませんが、こちらは徳島県に昨年、来ていただきましてプレゼンしていただいた資料で、徳島県でつくっているキャリア形成プログラムでございます。9年間の義務年限を地域枠の方に設けまして、場当たりに派遣しているということではなくて、ちゃんとどこの、どういう医療機関で研修を積むかということを決めておく。それは、派遣される医師と大学と県が合意をとってプログラムをつくって、この中でやっていくというものでございます。

1群病院というのは県の中の基幹的な病院でございますが、2群病院は大学病院、3群はへき地のようなところにある病院でございますが、それぞれをローテーションして回りましようということを決めておく。これがキャリア形成プログラムで、地方にも行っていただくこととなりますので、医師偏在の解消にもなるということでございますが、それによって本人のキャリア形成に支障が大きく出ることにならないようにするといった目的で、両者を両立させる目的でやっている。これは、全都道府県で地域枠というものがこれからどんどんふえていきますので、都道府県でつくってくださいということをこちらからもお願いしているものでございます。

46ページは、地域枠の医師がこれから地方にどんどん出てきますということで示しているもので、こちらは前回以前に説明させていただいたので、割愛させていただきます。

47ページのキャリア形成プログラムも、今、申し上げた内容の中身ですので、割愛いたします。

今、申し上げましたように、キャリア形成プログラムをしっかりとつくってくださいとお願いしているわけでございますが、48ページで、策定が済んでいるところが34、まだ策定していないところが13ある。

その上で、キャリア形成プログラムをつくっているところが10本以上。これは、診療科とか地域とか、いろいろなところでいろいろなプログラムが必要になってきますので、そういったものをたくさんつくってくれているところが11ある一方で、1本だけつくって、ここに行ってくださいというだけしか決まっていないところが12ということでございます。

また、未策定のところに聞いてみたところ、今後、策定してくれますか、という問いに対しては、5が未定である。それから、策定すると言ったところも、31年度、2年後ぐらい先につくりましようということもあるということでございます。

また、これは派遣の方針との関係で、49ページでございますが、地域医療構想との整合性ということでございます。現在、地域医療構想都道府県で進めていただいているということでございますが、地域医療構想に基づく医療機能の分化・連携が進むことを踏まえて、地域医療支援センターによる医師の派遣についても、これと整合的に行うことが必要ではないか。

下のほうを見ていただきますと、例えば白抜きになっているものは、医師がたくさんいるような大学病院のようなところであるとしますと、今はA病院、B病院、C病院、それぞれに4人派遣しているということでございますが、例えば右の図で再編した場合には医師を集約させていく。それで、Cの公立病院がダウンサイジングしたということになった場合には、それに伴って派遣医師数も削減していくといった整合的な派遣というのが必要ではないかということでございます。

50ページ、まとめでございますけれども、都道府県によっては、地域医療支援センターと大学医学部・大学病院の連携が十分に行われていない。キャリア形成プログラムが未策定である都道府県や、策定内容が不十分な都道府県が存在する。修学資金貸与医師、地域枠の医師が、公立病院・公的病院などに偏って派遣されている等、医師派遣の方針の整理が必要ではないか。それから、地域医療構想と医師派遣の方針が今まで未整理の状態であるということでございます。

見直しの方向性でございますが、今後、地域医療支援センターが派遣調整を行う地域枠等の医師が増加するというところがございますので、都道府県の行う地域医療支援センターが行う事務の実効性を強化することが必要である。

このため、次のような見直しを行ってはどうかと考えております。

1つ目は、都道府県が地域医療支援事務を行うに当たって、必ず大学医学部・大学病院との連携のもとに行われるように、地対協において協議をしてください。

特に、医師の派遣先の決定に当たって、地域医療対策協議会での協議を経ることによって、理由なく公立病院・公的病院などに派遣先が偏らないようにする。それから、地域医療構想との整合性を確保するなど、医師派遣の方針を整理・明確化することが必要ではないか。

さらに、今後増加する地域枠の医師については、意見を聞いてもらえないということがないように、地対協での協議を経て、都道府県主体で派遣方針を決定していく。

それから、全ての都道府県でキャリア形成プログラムを策定することを徹底する。

それから、これから地域枠の医師がふえていくということですので、派遣医師の負担軽減のための援助も地域医療支援事務の中に入れていってはどうかということを考えております。

51ページは、先ほど見ていただきました整理の図ですが、へき地とかを含めまして、医師派遣の方針について地対協の中で議論する。こちらの中で方針が決まりましたら、地域医療支援センターで、それに基づきまして事務を実施していくことが必要ではないかと思

っております。

それから、52ページでございますが、勤務環境改善の話でございます。

医療勤務環境改善支援事務と書いてございますが、医療勤務環境改善支援センターで行っている事務であり、こちらについても、このように法律上規定しておりまして、病院・診療所からの相談対応でありますとか、勤務環境改善に対する調査・啓発、その他必要な支援を行うことが努力義務になっております。

53ページは割愛させていただきますが、54ページ、地域医療支援センターと勤改センターの連携状況でございますが、左上の円グラフでは、一体的に業務を行っている、連携しているところが合わせて15あるということでございますが、派遣先の勤務環境改善を一緒にやっているところは3。12はそれぞればらばらにやっているということでございます。

それから、連携していないところは、今後、連携してくださいと、この夏に医療計画の通知を通じて要請しているわけでありまして、連携予定がないところが26あるということでございます。

55ページを見ていただきますと、そもそも地域に医師が行っていただくために何が重要かということで、労働環境を変えていただかなければ、地方で勤務したくない。これは、20代から50代まで、そういった調査結果が出ているということでございました。

ということ踏まえまして、56ページ、そういった厚労省の調査結果が出ておりますので、負担軽減を行っていくことが非常に重要であります。一方で、地域医療支援センターと勤改センターの連携が十分ではないといったこともございますので、連携して負担の軽減が図られるといったことになるための制度上の工夫を検討していくべきではないかという論点を挙げさせていただいております。

最後が57ページで、医師偏在の度合いを示していくべきではないかと、最初のほうで申し上げた点についての詳細な説明でございます。

58ページでございますが、先ほど申しました、目標を立てるためには、何らかの統一的な方法で現状把握をすることが必要かと思っておりますけれども、それをどのように示すかということでございます。都道府県の策定する医師確保計画の実効性を確保するために、二次医療圏ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な、医師偏在の度合いを示すこととしてはどうか。

こちらを示すに当たっては、医療需要（ニーズ）、それから将来の人口・人口構成の変化、医師偏在の度合いを示す単位（区域、診療科、入院／外来）、患者の流出入、医師の年齢分布、へき地や離島等の地理的条件といったものを考えるべきではないかと思っております。

具体的な内容は、次のページより御説明いたします。

まず、医療需要（ニーズ）ということで、59ページでございます。

今、地域ごとの医師数の比較につきましては、多くの都道府県におきまして人口10万人対医師数、我々も使うことがありますが、用いられているということでございます。

しかし、下の絵を見ていただきますと、同じ3人の患者さんをお医者さんが1人で診ている場合も、例えば高齢者は医療ニーズが多いということで、単純に人口だけでは比較できないということがございますので、医療需要（ニーズ）に基づく医師数を見ていくといった度合いを示すものをつくっていく必要があるのではないかと。

それから、60ページでございますが、将来の医療需要（ニーズ）の変化も見ていく必要があると思っております。

この矢印が2本立っているところを見ていただきますと、この4象限で見ていく必要がある。地域によって、将来、医療需要がふえていくところ、減っていくところがある。それから、今、医師数が少数であるか、多数であるかといったところを見てみますと、例えば、将来、医療需要が減少していくところに医師が多数いる場合には、そういうところから、将来、医療ニーズがふえていくけれども今は医師数が少ないところに医師数を振り分けていくことにつなげていくことができるような度合いを示していく必要があるのではないかと。

それから、61ページでございますが、設定単位（区域）でございます。

例を挙げておりますのは二次医療圏、こちらは自然的条件、社会的条件を考慮して、一体の区域として一般的な医療提供体制を確保すべき単位として設定される区域が、既に医療圏に存在してございまして、地域医療構想の構想区域もこちらに合わせていくということで進めておるわけでございますけれども、これからその度合いを示していくに当たりまして、既存の医療施策において活用されている圏域や、既存の統計等から得られる情報等に基づいて設定可能な圏域を考慮していくべきではないかと。

例えば、二次医療圏ということを考えて医師が少ない地域があっても、全体的に見ると県全体は医師が多いという場合もあると思っておりますので、現在の医師偏在だけでなく、県間の医師偏在の双方を統一的に判断できるような度合いにしていくべきではないかと思っております。

それから、62ページでございますが、診療科です。例えば、二次医療圏を設定したケースで、全体の医師数は確保されていても、診療科別に見ると医師が少ない状況も考えられる。しかしながら、現時点では医療行為の内容と標榜科を厳密に対応させることが困難であることから、例えば、まずは特に医師の確保が必要と考えられる5事業関連の診療科のうち、標榜科と医療行為の内容の関係がある程度明確な小児科・産科について、個別に偏在の度合いを示すことが考えられるのではないかと。

小児科・産科などは、診療科を標榜されている方と、そこに来られる患者さんの医療需要が一致している。例えば、救急とかの場合は外科を標榜している方が対応されているとか、いろいろありますので、そういうものはどう見ていくかという議論があるわけですが、こういった小児科・産科からまずは進めていくことができるのではないかと。

それ以外については、今後のデータ収集の状況も踏まえつつ、検討していくことが必要ではないかと。

それから、63ページでございますが、地域によっては、入院と外来に従事する医師数に偏りが生じていることが考えられますので、今後、あるべき医療提供体制について議論ができるようにするという観点からも、入院・外来を区別して評価できるようにすることが必要ではないか。

そのためには、病院で勤務する医師は、業務の間に入院と外来の両方に従事されているケースがありますので、こういったことも考慮していく必要があるのではないかと。

それから、64ページ、患者の流出入ということでございます。例えば、都市圏などでは、県をまたいで患者がほかの県に行くこともございますが、こういったことも評価していくことが必要でしょうし、65ページ、医師の年齢分布と書いております。例えばA、Bの圏域があったとして、Aのほうはかなり御高齢のお医者さんが見えていて、近々引退されるかもしれないというところと、そうではないところ。将来の医療の担い手の状況も見られるようなものにしていく必要がある。

それから、66ページは、都市部とへき地を比較してみたときに、地理的条件で、例えばお医者さん2人が6人の患者を都市部で診ているケースと、へき地などで2人しか診ていないのだけれども、その両者が山間部にいるケースも判断材料にしていくことが必要ではないかということを書いております。

67ページでございますが、今、申し上げました度合いを示すことによって、都道府県内で医師が多い地域と少ない地域が可視化されるということになります。医師偏在是正の目標達成のためには、この医師派遣等の各施策、多い地域と少ない地域を結びつけて、少ない地域に医師が配置されるような取組を実施していくことが必要である。ただ、医師偏在の度合いに応じて、ニーズのみをもってやってしまうと、そこにはその医療を担う医師が全く必要ないというようなことにもなりかねませんので、政策医療の観点から、そういうところに一定程度配慮していくことが必要。

それから、そういった施策につないでいくために、都道府県知事が医師偏在の度合いに応じて、「医師少数区域」「医師多数区域」みたいなものを指定して、具体的な医師確保対策に結びつけていく仕組みにはどうなのかということを考えております。例えばどういったことかといいますと、地域医療支援センターの医師派遣や、キャリア形成プログラムの中でも医師少数区域に配慮する。それから、キャリア形成プログラムと同じような話であります。地域枠で少数区域での診療をやってもらうようにしていくということですか、医学部の地域診療実習というものがありますが、それも医師少数区域でやっていただくとか、臨床研修の地域医療研修の中でもやってもらうとか、あとは優先的財政支援もつなげていくことができるのではないかとといったことでございます。

ちょっと長くなりましたが、以上でございます。

○森田座長代理 どうもありがとうございました。

大変盛りだくさんの御説明でございましたけれども、ただいまの事務局の説明に関しましては、前半と後半に分けて、まず前半といたしまして、資料1のマル1「医師確保計画」

の策定について、マル2、医師確保対策の推進に関する各種会議体の整備について、及びマル3、都道府県における効果的な医師派遣等の実施に向けた見直しについての部分につきまして御議論いただき、続きまして、後半といたしまして、マル4の医師偏在指標についての部分について御議論いただく。分けて御議論いただきたいと思いますので、よろしくお願いたします。

それでは、まず前半部分、医師偏在指標以外の部分について御議論いただきたいと思っておりますので、御発言をお願いいたします。

では、最初に鶴田構成員。

○鶴田構成員 いろいろな資料を提供いただきまして、ありがとうございました。

最初に、静岡県データのデータについて修正をお願いしたいと思っております。11ページに「静岡県の医療の確保のための施策の提言」、平成21年2月とあります。これは正しいのですが、その後の医療対策の策定内容について、現状分析、目標が×になって、その後の見直し回数がゼロになっていますが、静岡県においては、平成22年に全国に先駆けて地域医療支援センターを設置して、具体的な現状分析は地域医療計画の中でも平成24年度、医師目標についても平成26年度に設定しています。

20ページの地域医療対策協議会の開催が5回以上となっていますが、静岡県では地域医療審議会が年2回以上、地域医療対策協議会が2回以上、地域医療支援センターの会議は2カ月に1回という形でやっています。一応、5回以上であるわけですがけれども、まず事実関係はそうなっていますので、よろしくお願したい。

○久米地域医療計画課長補佐 ご指摘については、都道府県の県庁の方に確認して、このような回答を得ております。ただ、今おっしゃっていただいたことが事実だと思っておりますので、確認して、訂正します。

○鶴田構成員 次に、協議会に関してですが、24ページの地域医療対策協議会の構成員の状況にありますように、医師の派遣とか確保をする上では、これだけの人数は多過ぎると思います。

静岡県の場合、地域医療対策協議会は構成員数が多いのですが、地域医療支援センターにおいては、大学と病院関係団体と行政と医師会という形で、6人もしくは7人ぐらいで具体的な配置を含めたものを行っています。統合することについては異論がないのですが、先ほど地域医療対策協議会という名称の案が出ましたが、県によっては地域医療支援センターのほうが実務的に動いている県もありますので、名称については、各県にある程度任せていただきたいなと思っております。医療対策協議会にいろいろなものを統合するという、33ページに対する意見でした。

もう一つは、専門医の在り方検討会のときにも話をしたのですが、永井先生の私案が出されたときに、都道府県に役割がかなり与えられるということでしたので、各都道府県に意見を求めました。今回の資料にもあるように、いろいろなことを都道府県に任せられるのであれば、ある程度法制化してくださいという提言をしています。先ほど説明されたこと

は、そういう方向にあるということから、賛成の方向です。

それと、医師の派遣をする場合、地域枠とか奨学金を貸与している医師と、そうでない医師とは違います。だから、県内に来た医師に県が責任を持って、どこに派遣するということを言えるのは、県が奨学金を出しているとか、何らかの縛りがある医師でないと、県としては派遣しにくいということも御理解いただきたいと思います。

以上です。

○森田座長代理 これは、事務局、よろしいですね。

○久米地域医療計画課長補佐 名称については、地域医療対策協議会と法律にありますので、それをどういうふうに名乗るかということについては、都道府県でそれぞれ考えていただければということかと思えます。

○森田座長代理 続きまして、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 会議体をある程度集約化して効率化を図るということについては、賛成です。ぜひ機能を明確化していただき、それぞれの協議体が何をやるかというのは、またしっかり定義していただきたいと思います。

私は、地域医療支援センターと勤務環境改善支援センターについて、確認と意見を申し上げたいと思いますが、まずは地域医療支援センターの機能を地域医療対策協議会に移管するという点についてですが、33ページの運営委員会という委員会機能だけを置くということなのか、実際の中身のある程度移管するのか。37ページの地域医療支援事務、これは医療法第30条25項にこれだけのことをやると書いてあるのですけれども、例えば医師の確保動向等の調査・分析というのは、この対策協議会ではなくて、引き続き支援センターが行うという理解でよろしいのかどうかということが1点。まとめて伺います。

もう一つは、勤務環境改善支援センターの活用ということには、以前から私もここで申し上げているところですが、それぞれ、医療法の中で努力義務で設置するというところですが、連携のお願いというレベルだと、結局、現状でも26の県が連携しません、あるいはしていませんということですが、今、医師の働き方改革が大変問題になっていることはご承知のとおりです。

それから、勤務環境の改善こそが医師等の定着につながるということもはっきりしている中で、勤務環境を幾ら自主的に改善しようと思っても、基本的に医師が不足するために勤務環境が改善できなかった場合に、そういうところに優先的に医師を派遣していくという、地域医療センターとの連携というのは必須だと思っていて、きちんと連携することを位置づけていただきたい。つまり、言葉の上で連携が大事だと言っているだけでは、いつまでたっても連携が進まないのではないかと思っているところです。ぜひともその辺のあり方を検討していただきたい。

それから、地域医療支援センターも勤務環境改善支援センターも、どちらも医療法の中で努力義務の設置ですね。これは、義務化はできないのですか。あるのはわかっているのです。既にあるからいいのではないかということではなくて、法律的にそれだけ重いもの

だということをしっかりと明記していただくことによって、都道府県にもその役割について、改めて認識していただくということが必要なのではないかと考えております。

以上の点について、事務局から御回答をお願いします。

○森田座長代理 では、事務局、お願いします。

○久米地域医療計画課長補佐 まず、地域医療支援センターと地対協の関係についての御質問でございますが、調査とか分析の基本的な事務自体は地域医療支援センターで行うものと考えております。なので、地域医療支援事務というのは残りますが、例えば派遣の調整とか方針の決定に当たっては、ちゃんと県内の関係者の方々と地対協で協議していただいて、その方針を決めていただいた上で地域医療支援センターでやる必要があるのではないかと考えております。

それから、連携の点につきましては、我々もそのような方向で検討させていただきたいと思っておりますし、義務化につきましては、地方自治体の地方分権との関係で、どの程度、地方自治体の義務とするかというのは、いろいろな各所との調整がありますので、そういったことも含めて検討が必要と思っております。ただ、いただいた御意見は非常に重要だと思っておりますので、調整したいと思っております。

○今村構成員 ありがとうございます。

ちょっと言い忘れたことで追加をさせていただきたいのですけれども、地域医療支援センターと勤務環境改善支援センターがしっかりと連携することによって、官民の医師の派遣の差がなくなると。つまり、民間の病院でも勤務環境を改善するために医師の派遣が必要だということであれば、そこにしっかりと派遣していただくというシステムができれば、そもそも官民の差がなくなるといえることがあろうかと思っております。

もう一点は、病院というのは、そこで働いている医師や医療関係者の健康支援ということについての配慮が、まだ十分にできているとは言えない段階の中で、しっかりと勤務環境改善支援センターを活用する。その活用したことによって、病院にも医師が派遣してもらえることがわかれば、多くの病院が勤務環境改善支援センターを使っていこうという動きができると思っておりますので、ぜひともそこは連携をよろしくお願ひしたいと思っております。

○森田座長代理 では、山口構成員と山内構成員。

○山口構成員 山口でございます。

今回、会議体を整理していくことについては、私も本当に賛成で、同じようなことを同じようにやっている中で、中途半端になっているところが非常に多いのではないかと考えていますので、ぜひ整理できるところは明確に整理していただきたいと思っております。

今回、資料1の6ページに、医療計画の記載が不十分と考えられる都道府県の例と書いてあるのですけれども、不十分だと挙げられているA県、B県、C県が、果たして自分たちが不十分だと思っているのかということ、もしかして、これでいいという認識もあるのではないかという気がいたします。実際に、例えば医療法に地域医療対策を定めなければいけないと定められているにもかかわらず、策定していない県があるとか、策定していても

見直しの精度が低いということがあること自体、実際に何をどこまで書かないといけないのかということの共通認識が十分できていないのではないかと感じて、この資料を拝見しました。

そこで、14ページの「医師確保計画」の策定についてということで、具体的に今回、提示することが書かれていますけれども、項目だけではなくて、十分な例と不十分な例。さっき例示されたように、これはまだ不十分なのですよということが具体的にわかるような例示がないと、都道府県に差があるままになってしまうのではないかと思いますので、ぜひ具体的な例示をお願いしたいと思います。

もう一つが、45ページに徳島県の地域特別卒業者の基本ローテーションという例があって、50ページに地域医療支援事務の現状の課題と見直しの方向性と書いてあるわけですが、都道府県と大学との連携ということがしっかり行われていくことが必要で、都道府県主体で派遣方針を決定すると書いてあるのですけれども、できるなら、もうやっているとします。ところが、何か事情があってできないというのが各都道府県の抱えている問題ではないかなと思います。

今回、徳島県のことが例にあるわけですが、例えば都道府県内に幾つ大学があるか、そこに病院がどれくらいあるかという数とか規模によって、各都道府県でうまくいく例というのは変わってくると思います。ですので、こういう地域、こういう都道府県であれば、こういうふうによくやっているとところがあるという好事例を、規模別とか、うちの県ならここに近いから、こういうふうにやればうまくいくのではないかと例になるようなことを幾つかお示しいただくと、できていないところは具体的にこれを解決すればいいのだなということが見えるようになるのではないかと思いますので、ぜひそのあたりを具体的に考えていただければと思います。

○森田座長代理 これは事務局、よろしいですね。はい。

続きまして。

○山内構成員 ありがとうございます。

今、出していただいた中で、ちょっと確認ですけれども、13ページで、今までおっしゃっていたことの中で、「医療従事者の確保に関する事項」の「医療従事者」という書き方から、14ページでは「医師確保計画」となっていて、医療の提供というのは、医師のみでなく、今、医師の働き方改革も行われていて、今後、タスク・シフティング、タスク・シェアリング。あとは、医療の提供の現場も、病院だけではなくて、その前の予防ということも地域として考えていかなければいけない時代に来ていて、今、そういう流れの中から、繰り返し使われている言葉が「医師確保計画」という形で、医師の数のみに重点を置いていることを非常に心配しております。

そういった意味で、地域で考えていただきたいことも、どういう医療を提供するか。その医療を提供するためには、医師も含めて、どんなステークホルダーがいるのかということもビッグピクチャーで考えていただいた上での医師の数だと思います。当然、ここは医

師需給分科会ですので、医師の数ということに関して話す場ではあると思うのですが、それもビッグピクチャーの中での医師の動態ということなので、医療を提供する者は医師だけという形に余りにも動いてきてしまっていることにちょっと懸念を覚えています。そうすると、医師の数、医学部の定員数をどんだんふやさなければいけないような結果になってしまうのではないかと考えております。

32ページでも、現行の課題というところで、必ずしも医師確保に直接関係ないものも含まれてということで、確かに医師確保ということでは関係ない方々もいらっしゃるかもしれませんが、地域の医療の提供体制という形では、そういったことでまず考えていただく人たちも、この地域医療対策協議会の中には必要なのではないかと考えました。

○森田座長代理 事務局、どうぞ。

○久米地域医療計画課長補佐 今、おっしゃられたことは、そのとおりだと思ひまして、そういったことを排除するということではございません。医療計画の中で医療従事者の確保に関する事項、これは残るわけでございます。かつ、例えば医療計画の中で5事業と言って、救急とか周産期とか小児といった政策的に必要な部分については、これからはちゃんとやっていくという中ではありますが、今回、医師需給分科会を開いた趣旨でもありませんけれども、医師の確保は長年、ずっと重要な課題である。

これから地域枠の医師がどんどん出ていく中で、派遣の方針もままならないということでもありますので、そういったところに集中的に医師の派遣なり確保なりということをやっていくという上では、1つ項目立てて議論していくことも必要かなと思ひ、このような案としているということでございます。先生の御懸念が払拭されるような形で運用されるように、ちゃんと都道府県には言っていきたいと思ひます。

○森田座長代理 神野構成員、どうぞ。

○神野構成員 3点、意見と質問みたいなものがあります。

まず、14ページの検討の方向性で、あえて議事録に残させていただきますけれども、医療計画における、この医師確保に関する事項を「医師確保計画」と呼ぶということにしてはどうかと書いてあります。これは、恐らく今までの議論からすると、皆さん、賛成ということで、この方向で行けばよろしいのではないですかということかと思ひます。

続いて、50ページに見直しの方向性がある中で、公立病院・公的病院などに派遣が偏らないようにするというのが下から4つ目の丸にございます。まさに、以前に意見書を出させていただきましたけれども、地域における役割・機能。例えば、へき地を抱えている、あるいはへき地を支援しているということであるならば、公私に関係なく、この地域枠の医師を派遣するようなことをきちんと明記していただきたい。地域によっては公立でなくてはだめだということもあるわけですが。公立しかないところもあるかもしれませんが、そうでないところもたくさんあります。

41、42ページの資料を見ても、明らかに公私の偏りがあるように思ひますので、その辺は、ぜひ計画の中に明記していただきたいという意見でございます。

そして、3点目、先ほど来お話があった地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターですけれども、56ページに見直しの方向性がございます。連携に関しては、こうやるべきだと思いますけれども、地域医療支援センターは、このデータの中では、どちらかというとも大学病院、大学との連携というものの中で成り立っている。

そして、医療勤務環境改善支援センターは、3ページ前、53ページにございますけれども、その構成員に社労士、医療経営コンサルタント等が入って、労働局が入っているということで、正直、私どもの地域でもこれに参加したことがございますけれども、会場が労基署、労働局でやるのです。そうすると、労基署でやるセンターに対して、医療側が素直に入っていけるかどうかという大変大きな問題。これは、私が経験したところだけの問題なのか、それとも一般論なのかわかりませんがね。

行政の縦割りの中で、厚生関係と労働関係に分かれているような感じもするわけでありまして、連携するのは大いに結構だし、統合するのも大いに結構なのですけれども、あくまでも医師の勤務環境の話であって、労働の方がいっぱい入ってくるものに対して、昨今の状況を考えても医療機関側が素直に全部さらけ出すわけにはいかない。その辺の仕組みづくりの規定とかが何かあるようでしたら、教えていただきたいと思います。

○森田座長代理 関連してですか。

○今村構成員 今の神野先生の御心配は、当初、この勤務環境改善支援センターをつくるときに、非常にそういう危惧があった。労働基準局にこういう仕組みを置くということではだめなので、都道府県に置くということ。なおかつ、それを委託することができるということで、病院団体や医師会がそれを受けることになっているというので、医師会でも監督署の中でそういう会議を設けること自体は、先生たちがネガティブになるというのは私もよくわかりますので、ぜひ場所を変えられたらいいのではないかと思います。

もともと先生のおっしゃるようなことがないように、つまり、取り締まる立場ではなくて、我々医療現場の勤務環境を少しでもよくするためにということが目的です。予算の仕組みも、医政局の予算と労働基準局の両方の予算を使ってやることになっていますので、そこは改めて、そういうことではないということを周知徹底してやっていくことが大事だと思います。

○森田座長代理 これは、事務局、よろしいですね。

どうぞ。

○佐藤医療経営支援課長 医療経営支援課長でございます。

今、今村先生から御指摘があった件については、周知徹底していきたいと考えております。

○森田座長代理 続きまして、羽鳥構成員。

○羽鳥構成員 ありがとうございます。

基本的に幾つか同じようなものをそろえていくのは賛成ですけれども、前回の議論の中で、根拠となる法律が違う地域医療対策の会議自体の設定根拠が法定であったり通知であ

ったり、県の努力義務であったり、合わせられないということもあったので、その辺がどの程度整理できたのか。そして、いつになったら合わせていくことができるのか、その辺を明示していただきたいと思います。

それから、今回は各都道府県別に、ここはうまくいっている、ここはうまくいっていないと点数化されていると思いますけれども、47都道府県、1個ずついろいろな事情があると思うので、個別事案について一覧表の図もあってもいいのではないかとということが1つです。

3つ目として、こういう協議会とか地対協とか都道府県審議会、地域医療支援センターなども、それぞれの県によって、医学部が複数あるところ、県内に1つのところ、医師会が強いところ、県の意向が強いところと、あると思うので、先ほど山内先生からも御指摘があったように、幾つかパターン化して好事例や、うまくいっていない事例も、もちろん県名は隠されて結構ですので、示していただきたい。

4つ目として、専門医のことが33ページで出てきて、専門医協議会、専門医の配置に関する公的な調整は、プロフェッショナルオートミーでできなくなってしまうような感じもあるので、論点の整理をお願いしたいと思います。

5つ目、僕も医師会で地方の県を回るのですけれども、うまくいっていないと21ページで先ほど指摘されていた大分とか山形、滋賀、千葉などを見ていると、それぞれ各医師会も県も非常に一生懸命やっている。例えば千葉県で見れば、東京寄りの部分と千葉市のあたりと海外線と3層に分かれるわけですけれども、それぞれいろいろな工夫をしてやっているの、1つずつの県を見ていかないと評価できないのではないかと。逆に言うと、1つの県の中でも、後から出てくる新井先生の意見にあるように、二次医療圏で細かく見ていかないとわかりにくい面もあるだろうと思います。

以上です。

○森田座長代理 御意見ということでよろしゅうございますね。

○羽鳥構成員 はい。

○森田座長代理 先に小川先生、それから堀之内先生。

○小川構成員 先ほど来、いろいろな委員会あるいは審議会があるから集約しましょうというお話に関しましては、この分科会で皆さん、ほとんど賛成だと思いますので、その方向でやっていただきたいというのが1つ。

もう一つは、25ページの地域医療対策協議会の設置根拠が法定で医療法上、決まっている。それなのに実施されていないということは、どういうことなのか。これは前にも御質問したのですが、余り明確なお答えは得られなかった。それを後でお願いいたします。その罰則規定はないのかということと。ここで見れば、医療の確保に関する事項に関して必要な施策を定め、これを公表しなければならない。協議会を1回もやっていなければ、公表もしていないということになるわけで、そういうことが法律で決められているのに許されるのかどうかということが1点です。

もう一点は、55ページ、地方で勤務する意思がない理由の中で一番大きいのが労働環境。これは、恐らく2つ意味があると思います。1つは、財政上の問題。要するに、医師の働きに応じた十分な給料が払われていないというのがあるだろうと思いますけれども、もう一つは、医師が少ないから勤務環境が悪化して、それが悪循環に陥っているという面もあると思います。

それで、もう一点、今、働き方改革の議論がされておまして、先ほど来、医師の勤務環境改善支援センターというものがあるのですが、この中で今まで一回も出てきていないのは財源の問題です。財源をどうするのですか。診療報酬の中でちゃんとお手当していただけるのですか。要するに、お医者さんの勤務環境を改善するために、診療報酬上、今のままいって、働き方改革がこのまま進んでいったらば、5年後には日本全国の一次・二次救急は全部崩壊します。どこの病院もできなくなります。そして、日本の医療全部が壊れる。その財源の議論が一切されていない。これは、非常に不思議なところです。

こういうことを議論するのであれば、それを解決するための財源をどこから持ってくるのかということをちゃんと議論していただきたいと思います。

○森田座長代理 重要な問題の御指摘でございます。

どうぞ、事務局。

○久米地域医療計画課長補佐 まず、なぜやっていないのかというところでございますが、これは国のほうも、もうちょっとほかの会議体とも整理して、やっていただくべきことをちゃんとお伝えしていない部分もあるかもしれませんが、先ほどお示した23ページの中で、いろいろ日程調整が困難だとか、ほかの会議体でやっているということがありまして、これが直接的な理由だと思っております。

開催していないことについて、罰則はないのかというお話がございましたが、罰則は今、ございませんで、許されるのか、許されないのかといいますと、本当はやっていただいたほうがいいのかと思いますけれども、こういう問題があるということが今回、明らかになったということで、これをどうやって効率的にしっかりとやっていただけるように進めていくかということで議論していると思いますので、先ほどから好事例をというお話もたくさんいただいておりますので、そういうこともこちらからお示するというをしながら、しっかりと進めていければと思っております。

○森田座長代理 どうぞ。

○榎本総務課長 総務課長です。

今、財源の問題について、小川構成員のほうから御指摘をいただいております。まさに、この働き方改革を進める上で、この問題は非常に重要な課題だと思っております。現在、医療部会、医療保険部会において次期改定に向けて基本方針の議論を始めております。そういった中で、現在、視点の一つとして、働き方改革の推進ということを挙げておまして、実際に具体的なメニューとしても、勤務環境の改善ということが方向性として考えられるのではないかとといったことを、皆さんのほうに資料をお示しして御意見を頂戴してい

るところでございますので、そういった視点を持ちながら、これからさらに検討を進めていきたいということでございます。

○森田座長代理 どうぞ。

○堀之内構成員 堀之内でございます。

今までは、どちらかというと制度的なところございましたけれども、恐らく対象になる医師の世代に一番近い医師として、特に45ページの徳島の事例についてコメント申し上げます。医師として、これから歩いていくときに、まず大学はどこに行こうか、例えば地域枠をどうしようかと考えます。その次に、初期研修をどこでしょうか、最終的には専門研修をどこでしょうか。専門研修が終わって、さて、生涯の勤務地はどこにしようかという幾つかのポイントがあると思いますけれどもね。

この徳島の事例の地域枠の上半分のほうの、ずっと地域密着でというところだけを見ると、たとえ地域枠に行こうかなと思っている方でもちょっと躊躇するところがあると思います。そこで、恐らく徳島では、下の赤字で書いてあるような中断の要件を追加して、教育研修のためには、キャリアアップのためには、地域から外れてということも許容しますということの一つの魅力として打ち出していらっしゃる。そういう意味で、非常に好事例かなと考えています。

これがないとプログラムとして、あるいは制度として競争力がなくなってしまって、地域枠に応募する人もいなくなってしまったり、あるいは初期研修、専門研修でほかのプログラムに勝てないという認識もおありだったのではなからうかと感じました。

それを踏まえますと、これからこういったキャリア形成プログラムとかが出ていくときに、医師確保という、本当に喉から手が出るほど医師が欲しいという気持ちが余りにも前に出過ぎてしまいますと、恐らくそのプログラムに対する魅力というものが下がってしまいますので、そこのところは認識した制度設計を、各道府県の担当者の方に頑張っていたきたいなというところがあります。

具体的な御提案としては、前のほうで出てきました地域医療対策協議会は、あくまでも地域枠の医師を対象というか、メインの対象にされていらっしゃると思うのですけれども、地域枠に入っていないとしても、卒業時点で地域枠ではないけれども、地元で働いてみようかなという方も当然いらっしゃるでしょうし、臨床研修を終わった後に専門研修は地域で、地元でと考えていらっしゃる方もいらっしゃるかもしれませんし、専門研修を終わって、自分としては医師としての自信もつけたので、地元で活躍しようかという方もいらっしゃると思います。そちらのほうが、割合としては大多数の医師に当てはまるわけですから、この協議会に何かしらの形で地元につながりがあるような医師をトレースできるような機能、あるいは節目節目でアプローチするような機能を検討していただくと、そういうものが念頭に上がった方を地元呼び戻すということがやりやすくなるのではなからうかと思えます。教育とか研修といった観点を盛り込んでいただくと、若手の医師からすると魅力が感じられるかなということと、協議会の対象を地域枠だけに限定するの

ではなくて、幅広く地元につながりがある方に目配せをしていただける。声をかけていただくとうれしいと思うので、そういったところは大事ではないかと思いました。

○森田座長代理 ありがとうございます。

今のことは事務局、よろしいですか。

それでは、順番で、戎構成員。

○戎構成員 今回の話し合いに参加させていただいて、率直な意見を言わせていただきたいと思います。ページに沿って御意見します。

24ページですけれども、先ほど別の構成員からお話があったとおり、各都道府県に今回の結果をフィードバックするとき、現状、どの状況なのかということや都道府県の担当者が知っておくべきことだと思いますので、今は都道府県ごとにお名前が載っておりませんけれども、どうしても隠さなければいけないのであれば、お返りする担当の県が今、どの位置にあるのかということが明確になっていると、その都道府県がどのように努力していかなければいけないのかということがわかるのではないかと思います。

それから、33ページの連携のイメージと、議会等がたくさんあり過ぎてよくわからないということに関してですけれども、議会のスリム化というのはとても大事なかなと思います。現状、地方とかですと、先生方も大変忙しいところに、その議会の時間をとるのは難しいというのも考えられますので、例えば、こういうふうに関心を合わせてお話し合いができる時間があればいいですけれども、なければ、例えばウェブ会議といったシステムを使って議論ができるような機会をつくれたら、もう少し話し合いの場が広がっていくのではないかなと思いました。

移動の時間とか、そういったものを加味しなくても議会を開けるという意味ではいいのかなと思いましたが、私、議会の位置づけをよくわかっていませんので、それでは議会にならないとおっしゃられるようでしたら、この案は却下していただいて構いませんが、時間を有効に使うという意味ではよろしいのではないかなと御意見させていただきます。

あと、50ページですけれども、大学病院相互の連携も必要だと思います。これは、各県自体がその県全体を俯瞰して見られるようなメンバーを、例えば地元出身者を構成員の中に入れていただくと、地元をどうしていこうかという視点がもう少し生まれるのではないかと思います。

最後ですけれども、医療勤務環境改善支援に関してです。55ページにありますように、地方で勤務する意思がない理由に労働環境というものがあるのですけれども、これは細かい部分でどういった労働環境をイメージされているのかがわかりにくいところがあります。例えば、年代を経た方が労働環境をどう思っているのか、それとも若い世代の方々が労働環境がどうと思って、そのイメージの相互性があるのかということやわからない点で、ここが具体的にになると、恐らく地方でどうやって労働環境を改善していけばいいかという案が生まれてくるのかなと思いました。

以上でございます。

○森田座長代理 御意見ということでよろしゅうございますか。

では、平川（淳）構成員。

○平川（淳）構成員 私、精神科病院協会の立場で申し上げます。

精神疾患は300万人を超えて非常に需要が多い中で、精神科医も数的にはふえていくというデータを前回もいただいています。ただ、この偏在という問題、地域的な偏在ではなくて、病院から診療所に、診療所の数がどんどんふえていって、病院と診療所の医師偏在という問題が精神科では非常に大きな問題になってきています。そういう意味で、地域医療計画、5疾病5事業に精神疾患も入ったわけですから、それを含めて一体的に確保と医療計画をやっていくのであれば、前も申し上げましたが、精神科診療所の開業規制等、病院ばかりではなく、診療所についても何らかの手を打っていただきたいというのがお願いであります。

以上です。

○森田座長代理 どうぞ、裏構成員。

○裏構成員 裏です。よろしく申し上げます。

2点ございます。

各会議体をまとめるというのも大賛成です。まさに筋肉質にしていく、大賛成でございます。ただ、その会議体をまとめて、つまり箱だけつくって終わりではなくて、その会議をまとめた後の運営、人的資源の充実等のソフト面の拡充がマストだと思います。各都道府県で充実を図りなさいという方向性は示されました。そのソフト面で、例えばいろいろな連携をする人材、まさに組織間をマネジメントしなければいけないという人材を、都道府県単位でどう育てるのか、それとも都道府県全体に対して、ある程度国が音頭をとって、そういう人材育成の平準化を図るのか。各都道府県に連携で会議体をまとめてあとはよろしくではなくて、何らかのソフト面の充実もセットで考えなければいけない点かなと思います。それが1点です。

2点目は、連携に関しまして、例えば地域医療支援センターと勤務環境改善センターの連携という場合をとりますと、マネジメント4資源、人、物、金、情報のどの資源をまず連携するのかを考える必要があります。組織間マネジメントの鉄則としましては、人と情報から、まず連携していくと、後々の連携がしやすいという流れかと思います。となりますと、とりあえず連携をしましょうだけではなくて、その後のフィージビリティの高い実行策まで踏み込んだ連携をしなければ、これまた絵に描いた餅で終わってしまう。

都道府県の担当の皆様方も恐らくかなり御苦勞されていると思います。連携の大切さは理解するもののその連携の方法がわからない。連携しなければいけないのはわかっている。ただ、その方法がわからない。ならば、そこに1つ支援を出すというのが、この検討会の一つのサゼスションかなと思います。

以上2点でございます。

○森田座長代理 これについては、事務局、よろしゅうございますね。

この部分にかなり時間を割いてまいりましたけれども、そろそろ次の後半部分に移らせていただきたいと思います。

それでは、後半部分、マル4の医師偏在指標について御議論いただきたいと思います。どうぞ御発言、お願いいたします。

堀之内構成員。

○堀之内構成員 堀之内でございます。

ちょっと伺いたかったことは、特に離島とかへき地を抱えていらっしゃる医療機関の場合は、基幹になる大学病院などから医師が週1回だけ移動して、そこで診療を行っている、非常に助かっているという事例もあると思いますけれども、そういう場合はこの指標ではどういうふうに反映できるのでしょうか。どちらのお医者さんになるのか。大学のお医者さんになるのか、それとも地元のお医者さんになるのか。

○森田座長代理 事務局、どうぞ。

○久米地域医療計画課長補佐 まだ、そこまで具体的には。今回は大きな論点を提示しているので、今、お話の部分も見ていくことができればよいとは思っておりますし、そういったつもりで聞いておりますが、あとはフィージビリティとか、得られる情報から、どこまで精緻なものができるかという観点もあると思いますので、今の御意見は貴重な意見として受け止めさせていただきたいと思います。

○堀之内構成員 患者の流出入のところを見ていて、お医者さんも流出入があるなど思った次第です。

○森田座長代理 今村構成員。

○今村構成員 事務局の御意見を伺いたいのですけれども、58ページの医師偏在の度合いに関する基本的考え方というところで、こういった要素をきちんとエビデンスに基づいて検討していくというのはすごく大事だと思いますが、個々の項目についていろいろ数字が出てきますね。それを全体として合わせて偏在の度合いというものを示していただけるのか、それぞれの要素ごとにみんなデータを出していくのか。

それから、経年的なものをずっと見ていくのか。多分、そうだと思いますけれども、現状はこうです、5年後はこうです、10年後はこうですという近い将来や、中期的な将来が推計できそうなところまでするというイメージなのか。要素だけが挙がっているので、この辺の要素間の関係はどんなふうに考えられているのか、教えてください。

○森田座長代理 事務局、どうぞ。

○久米地域医療計画課長補佐 基本的には、まず医師全体の度合いとして、示す必要があると思っております。それは、現在の時点において見る必要があると思っております、現在どれぐらい偏在が起きているかということがわからなければ、今の対策が打てないということがあるかと思っております。それをベースとしまして、将来の医療需要（ニーズ）に基づくものについても考えていかなければならない。なので、今と将来のベースを考えなければいけない。また、加えまして、その圏域ごと、それから診療科ごとというのも分けて考え

られるようなものにしていく必要があるというのが今回の提案でございます。

○今村構成員 おおよその方向性はわかっているのですが、個々のここに書かれている要素というのは、例えば医師の年齢とか、一つ一つの要素でデータが出てくるわけです。それをあわせたときにどうなるかということまで考えているのか、一個一個の要素だけを羅列して並べて出して、どうぞというイメージなのかということ。

○久米地域医療計画課長補佐 患者の流入出ですとか地理的条件みたいなものは、基本的な問題を示す際には、まとめて一つのものとして示すような形が、例えば地域医療構想などでもそういう形で出しておりますので、考えられるのではないかと考えております。ただ、それを区域とか診療科ごとに分割して出すという部分も、それは議論のためには必要ではないかと考えています。

○森田座長代理 羽鳥構成員、その後、神野構成員。

○羽鳥構成員 この偏在の度合いはとても大事だと思うのですが、60ページには2025年におけると書かれているのですが、医師を育てるには10年、15年は最低かかると思います。そうすると、今、議論して、2018年、2020年ごろの人たちがそういう世代になるのは2035年ということですから、もう10年先も検討しないと、2025年だけでやっていくと医師はこんなに足りないから、あと1.5倍ふやさなければいけないとか、そういうところが出てきてしまうと思うので、育てるのに15年かかると想定して、この議論が生きるのが平成30年とか32年ぐらいかもしれない。その頃には、国民の人口数も減ってくるので、必要な医師数も減るはずなんです。そのころを目指すとしたら、もうあと10年先も計算したらいかがでしょうか。

○森田座長代理 はい。

○久米地域医療計画課長補佐 皆様御承知のとおり、一体改革のベースとなる年として2025年を挙げさせていただいています。確かに、今、おっしゃられたことも重要だと思いますので、内部で検討いたします。

○森田座長代理 では、神野構成員。

○神野構成員 けさもへき地からここに来ています。能登空港から参りました。

今、高齢化だけではなくて、物すごい勢いで地方は人口減になっている。その中で、医療ニーズだけでいきますと、人口減地域に全ての診療科がある総合病院をつくれというのはもちろん暴論であります。ただ、セーフティーネットとして、最低、これだけ必要ですねという視点をこの中にぜひ入れていただかないと、ニーズだけでいけば、例えば私どもの能登の北部に行きますと、もう医者がゼロでいい、限界市町ばかりだということになってしまうと非常にまずいので、最低限数みたいな視点もぜひ入れていただきたいなと思います。

○森田座長代理 それでは、北村構成員、続いて、本田構成員。

○北村構成員 後で出てくるかもしれないのですが、医師不足・偏在をダイナミックに年代を動かして計算するというのは非常に評価したいと思います。医師の質をぜひそれに加

えていただきたい。専門医制度が整備されますが、専門医を何人つくるのか、それとも総合医を何人つくるのか。あるいは、小児科でも、10歳以上の小児科の場合は内科でも十分診れるわけですし、14歳まで小児科医が診なければいけないわけではないですから、どんな医者を必要とするのか。

今あった能登北部だと、総合医がいないと、1人の患者さんがいろいろな病気を持っていらっしゃるので、専門医が一揃いセットで揃わなければいけないというものではないと思います。だから、どういう医師を育てるのかということを含めて議論していただきたいと思います。

○森田座長代理 これも御意見だと思います。

どうぞ、本田構成員。

○本田構成員 私もこの偏在の度合いを示す評価指標を導入するということについては、大変賛成です。これまで長い間、こういうものが必要だと議論されてきたと思います。確かに、この資料を見ると難しい点も多いとは思いますが。区域ごと、診療科ごと、入院・外来ごととか、やるのは大変難しいこともあるとは思いますが、完璧というものは指標にはないと思いますので、やりながら見直すこともあるということで柔軟に進めていただきたいということが1つです。

もう一つは、ちょっと疑問なのですが、私が勝手にイメージしていたことですが、こういう指標は、全国統一的に見えること、全国が比較できるものにするのだと思っていたのですが、違うのでしょうか。比較の仕方はいろいろあると思いますが、この指標の使い方というのは今後検討されるのだと思いますが、67ページには方向性として、都道府県内で医師が多い地域と少ない地域が可視化されることによって、都道府県内での医師の調整に使うということしか書かれていないのです。

イメージとしては、もちろんそこも重要でしょうけれども、都道府県だけの力ではどうしようもない部分もあると思いますので、そういう全国的な視野に立って、先ほどご意見も出ていたような、全体としての視野で調整していくとか、育て方を考えるという使い方ができるようにしていただけるのかといった点について、確認させてください。

○森田座長代理 事務局、どうぞ。

○久米地域医療計画課長補佐 ここに書かせていただいているのは、まず指定するという都道府県の話を書かせていただいています。しかし、この度合いを示すような形になりますと、各都道府県ごとにも判断できるということにもなります。例えば、研修の関係でありますと、臨床研修の定員をどういうふうに配分するかとか、あと専門医もどうするかという話もあるので、それはそういうところにかませていくというのは、全国的な調整につながっていくと思います。

○森田座長代理 山口構成員。

○山口構成員 医師偏在の問題というのは、患者にとってもとても深刻な問題という地域も結構あると思います。ですので、大切ですが、とても難しいというのが実感と

してあります。

そこで1つ質問したいのが、62ページに、診療科別で偏在ということを考えるということで、小児科・産科が例に挙がっていて、これは数値化するのに非常にわかりやすいというか、すぐに思いつく部分だと思いますけれども、科によっては数値化するのが非常に難しい科もあるのではないかと思います。そういうことを考えたときに、今後の方向性として、できる科を探しながら、こういう指標をつくっていくのか、あるいは偏在が深刻な科ということで何か指標をつくろうとしているのか、あるいは科と言っても、大きく内科というのと、循環器内科、呼吸器内科とか、細分化していくとどこまで細分化するのかという問題があると思います。

今、この2つがとりあえず出てきたわけですが、ある程度一定の方向性を持って考えることが大事なと思う中で、どういう方向性をイメージされているのかということをお聞きしたいと思います。科の偏在といっても、地域によって偏在の深刻さというのも全然違うと思いますので、漠然と科ということだけではなくて、どういう地域でこういう科と、それをミックスして考えていくことも大事なと思いました。方向性だけ示していただければと思います。

○森田座長代理 事務局、お願いします。

○久米地域医療計画課長補佐 理想を言えば、細かく診療科ごとに見ていくことが理想だと思います。それは、おっしゃっていただきましたように、フィージビリティの関係ととれる情報の関係で実態というのがありますので、今、ここで、こういう方向だというのはなかなか申し上げづらいのですが、それをいろいろ試行錯誤した上で御相談というか、こちらでもお諮りさせていただきたいと思います。

○森田座長代理 それでは、褻構成員。

○褻構成員 医師偏在の度合いに関する総論は、賛成でございます。地域における医師が提供する数の総量というのは、当然ながら医師数×1人当たりの質の積分でございます。先ほど北村構成員がおっしゃいましたように、医師数だけの議論ではなくて、質の議論は避けては通れない部分です。その質の議論をする際に、人的資源管理の観点から、質というのは時間に応じて必ず疲弊する、つまり低下するものでありますから、純粋に質でこれを判断するだけではなくて、働いているうちに長時間労働だったり、1人に負担がかかってしまうと、その質というのも下がっていくものだとすることをぜひ踏まえて議論を進めていきたいなと思っております。

それと、もう一点、その質に関してです。考慮すべき要素の一つとして、医師の年齢分布というものがありましたけれども、厳密に言うと、それに付随するように、例えば医師の経験年数だったり、また女性医師がどんどんふえておりますので、女性医師の働き方改革に絡めまして、男性医師と女性医師のデータも必要かなと思います。経験年数や男女比率等の要素をもう少し分解すると、より精緻な医師1人当たりの質が評価できるのではないかと考えております。ぜひ御検討をお願いします。

○森田座長代理 それでは。

○久米地域医療計画課長補佐 女性についてはおっしゃるとおりだと思いますので、できる内容は取り込みたいと思っております。ただ、質については、ごもったもな意見でありつつ、どういうふうに評価するかというあたりもありますので、そこも、先ほど申し上げましたフィージビリティの関係とかも踏まえて、いろいろ御相談させていただきたいと思っております。

○森田座長代理 ほかにいかがでしょうか。

鶴田構成員。

○鶴田構成員 病床当たりの医師数というのは、100床未満のところと800床以上のところで、100床当たりで4、5倍違いますね。例えば、63ページにあるように、特定機能病院と一般病院の外来医師数は2倍ぐらい違ってきます。

私も試算したことがありますけれども、大学病院で例えば患者1人当たり15分ぐらい診療にかかると、1時間で4人、8時間で32人。開業医の先生は、1日で100人とか150人診られるところもありますので、提供する医療のレベルによって、医師1人が診れる患者数が変わることもあります。全体の医師数はどのぐらいが妥当かというのが決まって、その後、個別に配分しないと、積み上げ形式でいくと合成の誤謬が起こって、適正な医師数はどうなのかというのが、きっとわからなくなってしまうのではないかという危惧を持っています。

ニーズというのは今のニーズであって、平均在院日数が短くなって患者さんがいなくなれば、本当に必要な医療かと言われるところまで提供される医療が増加することもあります。例えば昔、脳外科は70歳になったら手術をしないという基準があったようですけれども、今、90歳でも100歳でも心臓手術をすることがありますので、どのレベルの医療を提供するのが妥当かというのがないと、トータル医師数、もしくは偏在を含めて検討するのが難しいかなと思います。特に、へき地とか人口の少ないところで提供される医療レベルというのは、最低セーフティーラインとしてどのぐらいが妥当かとか。難しいですけれども、そういう議論がないと、みんながみんな800床以上の病院に勤めたら、医師の数は切りがないという気がします。

あと、高齢者医療のあり方とかを含めて考えないと、この偏在を含めて、トータル医師数と偏在というのは非常に大変だと思います。感想ですけれども。

○森田座長代理 ほかによろしいでしょうか。

では、権丈構成員。

○権丈構成員 意見ですけれども、3ページに、「医療計画は、全国的に医療資源の総量は一定の水準を満たすものの、地域偏在が大きいこと、機能分担・連携が不十分であることから、都道府県が定期的な計画を作成し、効率的に医療提供体制を構築することを目的として、昭和60年の第1次医療法改正により導入された」というのがあります。ここから30年以上の反省に基づいて、今、大きく動いてきているのですね。昭和60年に都道府県に

医療計画を任せただけでも、都道府県は全く責任もないし、一体何なんだという状況だったのが、来年4月に国保の保険者として都道府県が変わっていく。

そこに都道府県が本気を出して、保険者として提供体制の責任を持って対応していかねばいけないというときに、先ほどの話もありましたけれども、いろいろな会議がぼつんぼつんと今まで出てきていて、これが都道府県のほうで運営しようにも困ってくるというところがあって、先ほど26ページにありましたけれども、去年9月にこの医師需給分科会のほうで、構成員みんなの意見として、これは統一していかねばいけない、整理していかねばいけないということを受けて、国が今、動いているという段階にあるのだと思います。ですので、都道府県が今まで、これだけしかやっていない、あれだけしかやっていないというデータもありますけれども、これは今までの都道府県であって、来年からどうなるかは、ちょっとわからないですね。ただ、これまでの状況を公開していくことはとても大切だと思います。

来年から都道府県が国保の保険者となり、医療提供体制の責任を持ってやっていく。そこにある程度、そういうことを見通せる人たちを配置して運営していくという状況に変わっていったときに、よりよい展開になるのか、よくわからないというのがありますが、良い展開になることが期待されているし、国保の都道府県化ということでインセンティブも組み込まれた。

もう一つ、地域のいろいろな指標をつくっていくというのがあるのですが、例えばこの検討会で、去年、総医師数の将来のビジョンをつくっていったら、将来の医師数をどういうふうに算定されるかということをやった段階で、男女の違いとか労働時間については、幾つかのパターンをつくってという形で、かつての手法とは随分変化してきているんですね。だから、この方向性で、今、書かれているような診療科とか、いろいろなものを組み込んでいって、地域でということになっているのですけれども、それは、先ほども紹介した昭和60年に書いてありますように、「全国的に医療資源の総量は一定の水準を満たすものの、地域偏在が大きい」というのは、本当は地域間の話ということがおのずと展開されていくような話になると思っておりますし。

ここの医師需給分科会でも、そういう話は相当出されましたし、私も前回のときにも、総医療費はある程度固定されている。総医師数も固定されている。それをどう配分していくかという時代に入ってきているので、医師が豊富にいるところから、物すごく不足しているというところに移動するしか答えはないよという話をこの前もしているわけですが、そういう指標のつくり方というのは、かつてとは随分違う段階に入っているということは、私たちは共有しておいたほうがいいのかという気がいたします。

最後に、神野先生も、多くの先生も、医療ニーズという表現をされていましたけれども、経済学では、支払い能力に裏打ちされたニーズが需要になりますので、ニーズと需要との間には距離がありまして、医療政策はニーズに見合った提供体制、ニーズに見合っただけで利用できるよという形で政策を展開しています。需要ではない、支払い能力とか資産とか

所得に関係なく、ニーズに見合った形で利用できるような提供体制、医療政策をやりましょうというのが大きな目的になっております。

例えば、社会保障制度改革国民会議の中では、医療ニーズという言葉が20回ぐらい出てきます。あと、医療・介護の情報専門調査会の第1次報告も、本文のところは全部ニーズになっています。医療は、ニーズがあっても医療機関がないために需要にならなかつたり、ニーズがなくても需要が創られることもあったりもしますので、需要という表現をすると、ちょっと難しい話になります。神野先生も先ほど使われていたように、私もこれから先もニーズという形で使わせていただこうと思うと同時に、こういう形で書かれるとなかなか解釈が難しくなるので、次回からはニーズで統一させていただくことはできないでしょうかということをご提案させていただきます。よろしいでしょうか。

○森田座長代理 事務局、よろしいですか。御提案ということですか。

○久米地域医療計画課長補佐 書き方を工夫します。

○森田座長代理 それでは大分時間が押しておりますので、資料1に関する議論はこれで終わらせていただきますが、よろしゅうございますね。

あらかじめ申し上げておきますと、本日は私も含めてですけれども、この後の御都合のある方もあって、2時50分で終了させていただきたい。これから資料2についての御説明に入っていただきますけれども、議論が尽きない場合には、また改めて議論をする。重要な問題ですので、そのようにさせていただきたいと思っております。

それでは、続きまして、議題2「医師養成過程における地域での医師確保について」、事務局から簡潔というわけにはいきませんが、スピーディーに御説明をお願いします。よろしくお願いたします。

○奥野医事課長補佐 では、私のほうから説明させていただきます。

資料2をおめくりいただいて、1枚目でございますが、この冊子では、(1)医学部、(2)臨床研修について御説明させていただきます。(3)専門医につきましては、次回以降、御紹介させていただきたいと思っております。

資料については飛ばさせていただいて、5ページ目をごらんください。これは、直近の平成29年度の臨床研修修了者アンケートからとっておりますが、地域枠の地元定着効果、そして、地域枠ではない地元出身者の定着割合を見ています。

左側の列が臨床研修を行ったところ、右側の列が臨床研修修了後、専門研修に入ったときに残っているかどうかということでございますが、地域枠の方は8割程度残っている。地域枠でなくても、地元出身の方は同じぐらい残っているということが改めて明らかとなったわけでございます。

これまでのデータですと、卒後3年目までしか追えずに、それ以降、長期に定着するかどうかはわからないということがあったのですけれども、6ページ目をごらんください。

これは、緑の線が、地元の大学に行った人がその地元で定着したかどうかというものを長期的に見ているものであります。これは、例のビジョン検討会の働き方調査で明らかに

なったのですけれども、これはコホート研究ではなく、今、御高齢の方等にアンケート調査をしてわかったものでございますが、ずっと8割程度で定着が見られるというものでございます。

青い線、赤い線は、出身もしくは大学が今、勤めているところとどちらかが一緒というパターンで、これは50%程度。両方一緒だと8割に上るということでございます。

こういうわけで、地元の出身者が定着するというエビデンスはかなり強固なものだと考えておりますが、7ページ目をごらんいただきますと、地元出身者の割合というものは、大学によって大分差があるということでございます。

8、9枚目は、前回、御参考でお示ししておりますが、地域枠及び地元出身枠というのは、設けられておりますが、ばらつきもあるということでございます。

10ページ目、ここで中間的に整理させていただきますと、まず現状につきましては、地域枠については、キャリア形成プログラムを引き続き活用しつつ、2つ目の丸でございますが、地元出身者であれば、地域枠採用でなくても、地域枠の医師と同様の地域定着傾向が見られるため、地域枠だけではなく、地元出身者のための入学枠についても、拡充を図っていく必要があると判断しています。

具体的な方策でございますが、見直しの方向性で、マル1でございます。こちらは、偏在指標を先ほどお話しさせていただきましたが、こういうものも使って、医師少数の県であると判断された場合には、例えば、知事が大学に対して、地元出身者枠を設けてくださいということを要請するという仕組みを設けてはどうかと考えております。先ほど堀之内先生からも御示唆がありましたが、こういった地域枠でない地元出身者の方に対しても都道府県が積極的に働きかけて、キャリア形成プログラムの策定等、支援を行ってはどうかと考えております。

これは同じ都道府県で定着させていくという話でございますが、続きまして、県をまたぐ地域枠についても少し議論させていただきたいと思っております。どういうことかと申しますと、地元の大学に十分に定着が図れるかどうかというのは県差がございますので、他の都道府県で養成されて、地方に定着してくれるというものもあわせて推進していつてはどうかと考えております。

11ページ目は、県をまたいだときの地域枠の効果を見ておりますが、このデータを見ますと、7割以上の定着がされているということでございます。

さらに詳細なデータとして13ページを御用意しております。これは、今回新しくデータをとったものでございますが、何を見ているかということ、地域枠の方、県またぎ、また県またぎでない方も含めて見ております。要は、奨学金を返却して離脱した人がどれぐらいいるかということを見ております。

県またぎをした場合については、それなりに離脱者がいるという想定もしておったのですけれども、結果を見てみると2割以下という割合に抑えられておりまして、ほとんど離脱せずに定着しているという傾向が見られます。

よって、14ページ目の御提案でございますが、見直しの方向性として、1つ目の丸、医師が不足している都道府県においては、地元出身者枠の拡充だけではなくて、他の都道府県の学生を受け入れることが必要ではないかと考えております。

具体的には、医師偏在指標によって医師が多数であると判断された都道府県の地域枠については、その一部を、医師が不足している都道府県の地域枠として活用してはどうかと考えております。

15ページは、そのイメージ図でございますので、御参照ください。

続きまして、臨床研修の論点でございます。大きく2つございますが、まず1つ目でございます。

17、18ページは、データをお示ししましたが、地元定着をさらに強めるためには、臨床研修を同じ県で受けることが非常に大事だということでございます。

続きまして、20ページ目でございます。済みません、ページ番号を振っておりませんが、今、臨床研修制度はマッチング制度を採用しております、もちろん研修希望者に希望を聞くのですけれども、病院にも希望を聞いて、それをマッチングさせて、マッチングの結果で採用を決めるという仕組みにしております。

ただ、この場合に1つ問題点というか、制度的な不備がございまして、21ページ目でございます。このマッチング制度ですと、地域枠で県内に従事する義務が課せられていたとしても、マッチングの結果、マッチしなければ、その県内の病院で働けない可能性があるということでございます。複数の選択肢があるので、現実として、こういう問題が顕在化してはおりませんが、仕組みとして、きちんとこういうところのサポートがされていないのは問題だと我々は考えておまして、22ページの現状と課題で整理しております。

1点目については、地元定着を上げるために地元で臨床研修を行うことが大事であるということ。

2ポツ目でございますが、現行のマッチングの仕組みでは、地域枠の医師が、義務が課せられた地域で勤務できない可能性があるという問題がございます。

それで、見直しの方向性としては、今、行っている一般のマッチングと分けて、その前に地域枠の医師や地元の出身者等を対象とした選考を行ってはどうかと考えております。その際、医師偏在指標により医師が多数であると判断された都道府県については、一律ではない慎重な検討が必要かと考えております。

続きまして、まだ1点目ですけれども、現行の仕組みは飛ばして、26ページ目をごらんいただきたいと思っております。

現状としては、臨床研修病院の指定というのは、定数も含めて国が行っている状況ですが、地域の病院の研修体制の構築状況や勤務状況、医師養成体制と地域定着の関係等については、都道府県がより実態を把握しているので、その指定権限や募集定員設定については、都道府県に権限をおろす、あるいは関与を強めるということをどう考えるかという論点整理をさせていただいております。

最後に、募集定員倍率でございます。28ページ目のとおり、これまで臨床研修の募集定員の倍率の上限を定めてきておまして、その結果として29ページ目をおめくりいただきますと、左のグラフでございますが、紫の都市部と地域のところでは、どんどん都市部が減って行って、地方が上がっているということが見られております。しかしながら、まだ都市部の平均採用率が高く、地域部では低いという現状も残っておりますので、さらに圧縮するというのを考えております。

具体的なシュミレートとして、33ページをごらんいただきたいと思っております。

これは、定員倍率を37年度に1.05倍にした場合のシュミレートですけれども、黒いところが29年度の実績であります。実績を超えて定員が減ってしまう問題があるのは、京都府であるということ。京都府以外は、現行の定員は確保できるという状況と考えております。

34ページ目をおめくりいただきますと、1.00倍にさらに圧縮すると、さらにハレーションが大きくなるという状況がございます。

さらに、募集定員倍率を下げ過ぎるとアンマッチがふえてくるという問題もあるかなと考えておまして、36ページ目でございますが、見直しの方向性につきまして御提案でございますが、さらに臨床研修医の都市部への集中を抑制していくためには、募集定員倍率を圧縮させていくとともに、特に大都市圏の都府県については、募集定員をより圧縮することとしてはどうかということを考えております。

ただ、その場合は、採用実績数の減少やアンマッチ率の増加、病院間の競争の低下等に十分配慮して行う必要があると考えております。

最後に、計算方法についての御提案でございますが、37ページの左上でございます。

定数については、人口で考えるものと医学部定員によるものと2種類ございます。要は、医学部定員が多いところは、人口にかかわらず、一定の定数が定められることになっておまして、38ページの現状をごらんいただくと、緑のところは医学部定員の方式を使っているところで、明らかに西高東低の傾向が見られる。また、医学部入学定員でやっているところについては、黒い採用実績に比べて定員上限が大分下がるということで、余裕があるという状況となっておりますので、少しここを変えていくことを提案させていただきたい。

具体的には41ページでございますが、都道府県別の募集定員上限の計算式について、医学部入学定員による募集定員の増加については一定の上限を加えること。その際、医師不足地域等へ配慮するという観点から、地理的条件を踏まえて増加させるということもあわせて考えられるかと思っております。

以上、駆け足でございますが、説明させていただきました。

○森田座長代理 ありがとうございます。

あと、予定された時間が5分ぐらいになってしまいましたけれども、これも2つに分けてとシナリオにあるのでございますけれども、多分、時間切れになると思いますので、今、手を挙げていらっしゃる方、山口構成員と堀之内構成員と今村構成員と小川構成員、4人

の方に御発言いただいて、きょうのところは終わりにさせていただきます。

では、山口構成員から。

○山口構成員 次回以降のこととお願いでございます。

26ページに都道府県の関与を強めることとすることについて、どう考えるかと書いてあるのですけれども、こういうふうに変えていくことによって、考えられるプラスの面とマイナスの面を具体的に挙げていただいて、次回以降の議論の私たちの考える材料にしたいと思っています。ぜひ資料を出していただきたいというお願いです。

以上です。

○森田座長代理 お願いいたします。

続きまして、堀之内構成員。

○堀之内構成員 堀之内でございます。

15ページの県またぎと言われたところですが、先ほど私がコメントいたしました続きですが、医学部入学時研修開始、専門研修開始というところがシャッフルできるポイントだと思います。確かに奨学金とかで縛られていないということで、難しいところはあると思うのですが、初期研修であるとか専門研修に関しても、若手の医師をどうしても都市部に集めたいけれども、都市部にたくさんマッチさせるわけにはいかないので、将来、地域に戻すという約束でしたらマッチさせてもいいですよという仕組みがあってもよいのではないかと思います。要するに、都市部の有力な病院に最初の育成のところを少し任せて、その後、また地元に戻っていただくということも、多段階的に考えていただけるとよいかと思います。

○森田座長代理 ありがとうございます。

それでは、今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 確認です。臨床研修のあり方については、臨床研修部会が開催されて、こちらでさまざま審議されていると思いますけれども、この会との関係というか、医師需給分科会から臨床部会ではこういう点を考えて検討してくださいという話なのか、あくまで臨床研修部会では、今、こういう議論で進んでいるという報告を受けるという形で承ればいいのか、確認をお願いします。

○森田座長代理 事務局、どうぞ。

○奥野医事課長補佐 御指摘のとおり、臨床研修部会において同時並行で議論が行われております。あちらのほうは、医道審議会という審議会の場で議論しておりまして、基本的にはあちらのほうで制度設計していくことになっていきますので、本検討会において御議論いただいて、意見については臨床研修部会に報告させていただいて、議論を反映させていただいて、決定については向こうでさせていただいて、こちらに御報告するという形をとらせていただければと考えております。

○今村構成員 そうしますと、こちらの意見も相当尊重していただける可能性があるという理解でよろしいですか。

○奥野医事課長補佐 ちゃんと伝えさせていただきます。

○今村構成員 ありがとうございます。

○森田座長代理 よろしいですか。こちらの会議が重複しているようではございますけれども、よろしくお願いたします。

それでは、小川構成員。

○小川構成員 皆様のお手元にある物すごい厚い過去の資料で、第2回分科会というものがございまして、その資料5-1と2です。これは、日本医師会と全国医学部長病院長会議が2015年12月にまとめた緊急提言でございまして。

この中で、1つは、4ページに、出身大学がある地域病院で臨床研修という提言をされておまして、きょう、御説明いただきました臨床研修修了者のアンケート調査からすれば、こういうものの効果があるということは明確になったわけでございます。その中で、3ページに、医師キャリア支援センター（仮称）構想というものを、あの当時提案させていただいたわけでありまして。これは何かといいますと、大学が卒業生を全部把握して、そして、どこで、どういうキャリアを積んで、どういうふうになって、どこで働いているのか。これをやりますと、今、問題になっておりますフリーランス医師がどうなのだという実態もわかるわけございまして、お願いと提言でございまして。

したがって、前回か前々回のこの検討会で、3師調査の結果を使って医籍登録番号とひもづけにして、過去の卒業生が今、どういう経緯をたどってきたかということもある程度わかるわけございまして、このエビデンスをちゃんとして、そしてちゃんとしたエビデンスに基づいて、今後の偏在対策をやっていく提言をしていくのであれば、厚生労働省の科学研究費補助金で、三十何万人の医師全部をスクリーニングすることは不可能でございますけれども、その中で必要なところをピックアップしてエビデンスを出していくという厚生労働省の班会議をつくっていただけませんかという提言でございまして。

○森田座長代理 これについて、お願いたします。

○奥野医事課長補佐 お答えさせていただきます。

医師のデータベースにつきましては、まさに今、構築中でございます。これまで縦割りというか、年度での区切りでしかなかったもので、追えるものを今、構築しておりますので、まずはこちらでできてから、その内容を見ながら、御指摘の点を踏まえて検討させていただきたいと思っております。

○小川構成員 それは、卒業した医師が、こういう医籍登録番号を持っている医師が、どういうところでキャリアアップして、そして臨床研修を受けて、専門医を持って、現在、どこで働いているということがデータベースでわかるということになるわけですか。

○奥野医事課長補佐 おっしゃるとおりでございます。

○森田座長代理 ありがとうございます。

それでは、予定された時間が来たようですので、本日のところはこれまでにさせていただきます。もちろん、2番目のアジェンダにつきましては議論が尽きておりませんので、

次回以降、事務局のほうで検討していただければと思います。

それでは、事務局から今後の進め方、今の部分も含めてですけれども、お願いいたします。

○奥野医事課長補佐 今後の議論の進め方につきましては、具体的には片峰座長と御相談の上で決めさせていただければと思っております。

○森田座長代理 ありがとうございます。

最後に、次回の日程等につきまして、これも事務局からお願いいたします。

○奥野医事課長補佐 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。

○森田座長代理 ありがとうございます。またお知らせがあるそうです。

それでは、本日の会議はこれで終了とさせていただきます。どうもありがとうございました。