

○堀岡医師養成等企画調整室長 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13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。

新井構成員、戎構成員、北村構成員、中島構成員、斐構成員、平川淳一構成員から、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、平川博之構成員からも所用により御欠席との御連絡をいただいておりますが、代理といたしまして、三根浩一郎全国老人保健施設協会副会長に御出席をいただいております。

なお、松田構成員は、本日、所用のため、15時には御退席される旨、伺っております。

次に、資料の確認をいたします。

資料と参考資料という2つの資料でございます。

不足資料、乱丁・落丁等がございましたら、事務局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、片峰座長にお願いさせていただきたいと思っておりますけれども、よろしいでしょうか。それでは、片峰座長、よろしくをお願いいたします。

○片峰座長 それでは、議事進行させていただきます。

本日の議題は、前回に引き続きまして、「医師養成過程における地域での医師確保について」であります。実は、前回、私、欠席してございまして、森田先生にかわって座長を引き受けていただきましたけれども、前回、議論が未了の部分が残ったということであります。1つは、医学部、臨床研修、それから専門医の部分であります。きょうは、前半部分で、この医学部と臨床研修の2つについて議論していただいて、後半に専門医の部分について御議論いただくということにさせていただきたいと思っております。

それでは、事務局より、まず資料の説明をお願いいたします。

○奥野医事課長補佐 それでは、私より、前回御説明させていただいた部分を含め、簡単に御説明させていただきたいと思っております。

資料でございますが、「医師養成過程における地域での医師確保」ということでございます。

1 ページ目をおめくりいただきますと、14項目が並んでおりますが、前半では（1）医学部、（2）臨床研修、そして、（7）都道府県から国等への対策の求めということで、これに対応するものを御説明させていただきたいと思っております。

おめくりいただきまして、医学部でございます。既存の資料の説明は少し省略させていただきますが、5 ページをごらんいただければと思います。これまで地域枠の医師というもの、医学部定員をふやす中でふやしてまいりました。その地域の定着率ということでございます。

まず、この表の左の臨床研修を行った主たる都道府県に定着した割合を見ますと、地域

卒の学生さんは83%残る。一方で、地域枠ではない方であっても、出身地と大学が同じ、地元出身の方が同じ地元の大学に行った場合は、8割程度残ったというデータがございます。臨床研修修了後、3年目に残る割合を見たところも同じ傾向が見られ、8割程度残るというデータが出ております。

また、この傾向を長期的に見たものが6ページ目でございます。

これは、特にコホート研究というわけではございませんが、今、おられる医師の方々に聞き取り調査をして卒後年次40年目まで追ったところ、一貫して地元出身の方が地元の大学に行った場合は、緑色の線でございますが、8割程度残っていたという結果が出ております。このように、地元出身者が地元の大学に行った場合は、非常に高い割合で地元に残ることが確認されていると考えます。

続きまして、7ページ目でございますが、こちらは大学ごとの地元出身者の割合を見たものになります。

これを見ますと、大学によっては大分ばらつきがあるということで、必ずしも地元出身者が高くない大学があるということでございます。

8ページ目、9ページ目は参考資料でございます。各大学の地域枠及び地元出身者枠というもののデータでございます。

10ページ目、地元出身者の取扱いについて、整理させていただいております。

まず、上、地域枠の現状と地元出身者ということで、地域枠の医師については、都道府県内に定着する傾向が見られ、キャリア形成プログラムを活用しつつ引き続き活用していくべきである。

一方で、地元出身者であれば、地域枠採用でなくとも、地域枠の医師と同様の地域定着傾向が見られるため、地域枠だけでなく、地元出身者のための入学枠についても、今後拡充を図っていくことが必要と考えております。

このため、見直しの方向性として、医師偏在の度合いに応じて医師が少ない都道府県と判断された場合には、地域医療対策協議会の意見を聴いた上で、都道府県知事が大学に対し、入学枠に地元出身者枠を設けることを要請する仕組みを設けることとしてはどうか。

また、地域枠でない地元出身者枠の医師についても、地域医療支援センターが働きかけを行い、積極的にキャリア形成プログラムの策定等の支援を行う等の関与を行っていくことを考えております。

続きまして、県をまたぐ地域枠の地元定着ということで、11ページ目でございますが、こちらは先ほどの表と同じく、臨床研修の際、そして臨床研修修了後の定着率を見たものでありますが、A県の地域枠ということで、ほかの県の大学の地域枠に行っている、県をまたいだ地域枠の残る割合でございます。n数が少し少ないのですけれども、そういう学生であっても、7割以上の定着率が示されているというデータが出ております。

このデータについて、さらにエビデンスを補強するために調査を行ってございまして、13ページ目がその結果でございます。

これは、離脱率、奨学金を返還して離脱した人がどれぐらいの割合いるのかというものを見たものでございます。今、申し上げている県をまたいだ地域枠の方の離脱率を見た場合、地域枠が始まって、まだそれほどたっておりませんので、卒後4年目までしかデータはないのですけれども、そのあるデータを見たところ、2割を切る離脱率ということで、8割以上が地元きちんと定着しているというデータが確認される。

よりまして、14ページ目、県をまたいだ地域枠の取扱いについて、その必要性として、医学部定員を全て地元出身者枠に切りかえることができない以上、地元出身者枠だけでは十分な医師確保を図ることができない可能性があるということで、見直しの方向性でございますが、医師が少ない都道府県においては、地元出身者枠の拡充だけでなく、他の都道府県の学生を受け入れることが必要。

具体的には、医師偏在の度合いに応じて医師が多いと判断された都道府県の地域枠については、その一部を、医師が少ない都道府県の地域枠として活用してはどうかということを考えております。

15ページ目は、そのイメージでございますので、省略させていただきます。

続きまして、臨床研修でございます。

まず、18ページ目をごらんいただければと思います。既に何度かごらんいただいているかと思いますが、地元の定着については、その地元の大学に行くだけではなく、その後、同じ土地で臨床研修を受けることが非常に重要となってくるということで、一番上のA、A、Aとございますが、これは出身地、大学、臨床研修、全て同じ県で受けた場合、9割残る。

一方で、その下、臨床研修がほかの県になってしまうと、とたんに残る率が下がり、36%になっているという結果が出ております。

我々はこうしたデータも踏まえて、19ページ目でございますが、地元研修医採用等加算という補助金も加えておりますが、さらに地元定着というものを進めるために、どういった方策が必要かということを考える必要があると考えております。

一方で、またちょっと違う話になるのですけれども、20ページ目をごらんいただければと思います。これは、今の臨床研修のマッチング、採用の仕組みを図式したものになるのですけれども、基本的に研修医だけではなく、研修病院の希望順位を聞いて、マッピングした上で研修先を決めるという仕組みをとっております。

その問題点というか、課題が1つございまして、21ページ目でございますが、今ある地域枠の仕組みと、このマッピングの仕組みを照らし合わせてみた場合に、左側のマッピング（現行）と書いてあるところですが、例えば、太郎さん、花子さんという地域枠の方が2人おられます。そのときに、県内病院、これは地域枠で就業が義務づけられている県内ということでございますが、太郎さんはマッチした。一方で、花さんは大学病院やB病院から希望されずに、アンマッチしてしまったということが起こり得ます。つまり、地域枠で義務がかかっているにもかかわらず、必ずしも県内病院で働ける保証はないという現

状がございます。

右側については、自治医科大学や防衛医科大学について、マッチング前に病院を決定している例を示しておりますが、こういった仕組みが参考となると考えておりました、22ページ目に一度課題を整理させていただいております。

現状と課題として、1つ目、出身地や大学所在地と異なる都道府県で臨床研修を行うと、出身地や大学所在地への定着率が大きく低下する。

また、現行のマッチングの仕組みでは、地域枠の医師が、診療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課題もございます。

見直しの方向性として、研修医の臨床研修修了後における、出身地や出身大学の都道府県への定着を図るために、地域枠の医師や地元の出身者等を対象とした選考を、一般のマッチングとは分けて実施してはどうかと考えております。

その際、留意点としては、医師偏在の度合いに応じて医師が多い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と考えております。

続きまして、臨床研修病院の指定等の話でございます。23ページ目につきましては、現行の法律を引いておりますが、臨床研修病院の指定は厚生労働大臣が個々に行うとされております。

また、24ページ目をおめぐりいただきますと、現行の医療法上、国及び地方公共団体は、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するということが責務として義務づけられているという現状でございます。

こうした現状がございますが、25ページ目、募集定員についてと書いてございますが、左側が現行の仕組みでマッチングした場合の課題を挙げております

A病院、B病院、C病院とございますが、例えば地方部にあるC病院について、国が定員を2としていた場合に、たまたま5人の応募があったとしても、2人しかマッチしないという現状がございます。これは、非常にもったいないというか、せっかく地方に行きたいという医師を排除してしまうことにもなりかねませんので、都道府県が柔軟に指定病院を決めて、定員を決めていくということが必要かと考えております。

例えば、右側、県内病院の例と書いておりますが、C病院については定員をふやして、ちゃんと5人マッチングできるようにすれば、必要なマッチ者数を確保できることにもつながってまいります。

こうしたことを踏まえまして、26ページ目でございますが、現状といたしまして、地域の医療提供体制の確保に大きな影響を及ぼす臨床研修病院の指定・募集定員設定に対し、地域医療に責任を有する都道府県の関与が限定的である。

地域の病院の研修体制の構築状況や医師の勤務状況、医師養成体制と地域定着の関係等の実情については、都道府県がより実態を把握しているという現状がございます。

ですので、見直しの方向性としては、都道府県が管内の臨床研修病院の指定・募集定員設定に主体的に関わり、格差是正を進めていくために、地域医療対策協議会の意見を聴い

たうえで、臨床研修病院・大学病院の指定・募集定員設定を都道府県が行う、又は関与を強めること等について、どう考えるかという提案をさせていただいております。

前回、山口構成員から御指摘いただきましたメリット・デメリットを27ページ目に整理させていただいておりますが、メリットとしては、今、申し上げましたとおり、都道府県がその実態をよく知っており、その実態を踏まえて、きめ細かく対応ができるということでございます。

一方で、デメリットで挙げさせていただいておりますが、都道府県ごとにそれぞれ指定が行われることにより、研修の質にバラつきが出るおそれがある。あるいは、有力な医療機関の意向が強く反映されるおそれがある。一方で、特定の医療機関等が優遇されるおそれがあるという懸念はございます。

この懸念については、例えば国が指定基準をしっかりと提示して、最低限の質が担保されるように確保するとともに、その指定に当たっては、地域医療対策協議会の意見をよく聴くことにより偏りがないようにすることにより回避可能であると考えております。

続きまして、定員倍率の話でございます。29ページ目をごらんいただければと思います。

今の方向性として、募集定員倍率については、平成32年度までに約1.1倍まで縮小させるという方向性までが合意を得ているものでございます。

その後、さらに縮小させるかどうかということも議論していく必要があると考えておりますが、例えば31ページ目で推計を行っております。こちらは、平成32年以降も1.1倍を維持した場合の推計でございます。当然でございますが、地方部と都市部、それぞれの定員は横ばいになるということで、さらなる偏在の解消は図れないと考えております。

こうしたデータも踏まえまして、より募集定員倍率を圧縮していく必要があるのではないかと考えておりますが、そのためにはいろいろ推計をする必要があると考えております。34ページ目と35ページ目にそれぞれ推計結果をお示ししております。

まず、34ページ目でございますが、平成37年度に定員倍率を1倍にした場合の推計でございます。この場合は、今の定員数を割ってしまう都道府県が幾つか出てくるということで、少しハレーションが大きくなるのかなと考えております。

一方で、1.05倍の定員倍率を37年度にした場合については、35ページ目でございますが、京都府はこれまでの定員を割ってしまうが、ほかのところはそうではないということで、ソフトランディングできるのではないかとこの水準として考えております。

こうした推計を踏まえまして、37ページ目に結論を書かせていただいておりますが、臨床研修病院の募集定員について、人口当たり医師が多く研修医採用率も高い大都市圏の都道府県がある一方、医師数が少なく研修医採用率も少ない県がある。募集定員倍率を平成32年以降も1.1倍に維持した場合、大都市圏の都道府県とそれ以外の道県の採用実績の割合はほぼ横ばいの見込みとなっているので、見直しの方向性としては、地域医療の確保の観点から臨床研修医の都市部への集中を更に抑制していくために、臨床研修病院の募集定員を更に圧縮させるとともに、特に大都市圏の都道府県については、募集定員をより圧縮すること

としてはどうかと考えております。

この際、先ほどのデータでお示ししておりますが、採用実績数の減少やアンマッチ率の増加や病院間の競争の低下といった懸念もありますので、こういったことを踏まえて、どの倍率にすべきかを議論する必要があると考えております。

最後、都道府県別の募集定員上限の計算方法についてでございます。

現行の計算方法でございますが、実は都道府県ごとに2つに算出方法が分かれておりまして、人口分布で算出する方法。つまり、人口が多ければ多いほど定数もふえるというものでございます。

一方、38ページの左の赤い四角のマル2でございますが、医学部入学定員に応じて定数が決まるという計算式もございます。これは、入学定員が多ければ多いほど、臨床研修病院の定員も多くなる計算式でございます。

39ページ目が、どちらを採用するかというものをお示したものでございますが、緑色のほうが医学部入学定員で按分している都県でございます。赤枠で囲っている部分については、そういった都県について、特にその採用実績が枠に対して低いところをピックアップしたものでありまして、きちんと充足されていないところも幾つか見られるということでございます。

それを分析したものが40ページ目の資料でございますが、一番左の円グラフ、 $n = 47$ とありますが、全都道府県のうち28都府県が医学部入学定員を採用している。

その右、 $n = 28$ で分析したところ、約4分の3が人口割合で計算した場合の1.2倍以上の定員増ということで、人口と比べてかなり多い定員が確保できている状況にあります。

これをさらに分析しておりますが、右下の赤い円グラフをごらんいただければと思いますが、そのうち約8割が研修医の採用率が70%未満という状況にありまして、定数は多くなっているものの、それを十分に充足できていない状況にあると考えております。

こうした状況を踏まえますと、42ページ目にお示しさせていただいている見直しの方向性を述べさせていただきますが、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設けること。

そして、医師が少ない地域等へ配慮する観点から、地理的条件等の加算を増加させることとしてはどうかという方向性を考えております。

なお、補足でございますが、臨床研修についての制度につきましては、別途、医道審議会の臨床研修部会というところで議論させていただいております。制度については、そこに諮って最終的に決定することになっておりますが、本日、いろいろ御議論いただいて、御意見についてはしっかり伝えさせていただきますので、そのような分担で考えております。

御説明は以上でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、今、御説明いただきました医学部の観点と臨床研修の観点、この2つについ

て御議論いただきたいと思います。どなたからでも御意見ございましたら。

どうぞ。

○今村構成員 事務局からお示しいただいた見直しの方向性については、おおむね賛成ということをまず申し上げたいと思います。

その上で、27ページに都道府県の権限強化というか、都道府県が臨床研修病院を指定するメリット・デメリットということで、デメリットはここに3つが書かれています。それに対しては、国が基準を提示して、さらには地対協の意見を聴く等と書いてありますけれども、例えば知事の権限が強く、公的な病院等に配慮して、民間病院が困ることがないよという意味かとも思いますが、この2つの対応だけで回避が可能かどうか。もし、実際、開設主体間の偏りなどが起こったときに、それを直せる仕組みというのは何か考えておられるのかどうか、教えていただければと思います。

○片峰座長 はい。

○奥野医事課長補佐 事務局でございます。

まずは、協議会で議論して問題点を洗うことをしていただければと思いますが、そこで了承されなかったものについては、指定できないような仕組み。要は、ちゃんと了解が得られていなければできないようなものにしていくということにより、回避可能かなと考えておりますので、そのような制度になるようにしっかりと進めたいと思います。

○今村構成員 ありがとうございます。

地対協の役割というのは、現状の地対協ではなくて、より強化された地対協を前提にしていると思うのですが、万が一、そういうアンバランスが起こったときに、国としては関与できない。県に全部権限が委ねられているからしょうがないのですということになってしまうのでしょうか。

○片峰座長 どうぞ。

○武井医事課長 御質問ありがとうございます。医事課長でございます。

今、先生御指摘いただいたような懸念ですとか、そういった状況が今後発生する可能性がございますので、国のほうでは、臨床研修部会を設けております。そこで全国統一的な基準を議論したり、県における個別のいろいろな要望も上がってきて、全国的に見たときにどうかということを議論する場になっています。こうした場も活用しながら全国的な状況も把握して、今後、見直すようなところがあれば、オールジャパンとして考えるべきところをしっかりと考えて、それを各都道府県にお伝えするという進め方で検討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。

ぜひよろしく申し上げます。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 前回、メリット・デメリットを示してくださいと申し上げて、出していたいて、どうもありがとうございました。

拝見して、メリット・デメリットはよくわかりましたけれども、国がやってきたことを、各都道府県が担うということになったときに、実務をするのは各都道府県のどこですることになるのでしょうか。ある程度都道府県に任せていくのか、それとも以前から地域医療支援センターの運営が実際に十分できていないということがここで問題になっていきますけれども、その機能をもっと強化することで、ここの任務も担ってくださいということになるのか、現在方向性が定まっているのなら教えてください。

例えば、地域医療支援センターがもう少ししっかり運用していかなければいけないということになると、その役割を示す中で、この役割を入れていくというイメージでよろしいのでしょうか。その確認だけです。

○片峰座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 もちろん、本当に実務を誰が担うのかというのは、各都道府県に最終的には判断を委ねられるところだと思いますけれども、普通に考えれば、今、医療審議会とか地域医療対策協議会などのある課が担当しておりますので、そこが実務を担うと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 私、医道審議会の臨床研修部会の委員でもあるので、向こうで言った話をもう一回話すことになるかもしれませんが、地域枠の有効利用ということは、これは効果があることはデータが示されておりますので、それについて取扱いとして有効利用しようという考え方には賛成いたします。

もう一点、マッチングの話でありますけれども、22枚目、一般のマッチングと分けて実施してはどうかという見直しの方向性があるわけでありまして、地域枠の学生を自治医大のように全く別の枠にするということは、そうでない学生との平等性の問題があると思います。そういった意味で、地域枠の学生を早いうちから、まさに県がフォローして、マッチング段階でどこに参加させるかということ、県と相談しながらマッチングさせるという形をとることによって、別枠をわざわざつくる必要はないのではないかと思います。

実際に後のほうに出てきますように、定員と実際に入っている数というのは、1.05倍でも京都府以外は定員のほうが多いわけですから、そういった意味では、調整すれば、本人が希望するところではないかもしれませんが、地域枠の学生があふれて、よその県に行くということはないのではないかと思います。繰り返しますが、マッチングの段階で別枠をつくるのは、私はいかがなものかなと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○羽鳥構成員 地域枠をつくって、スライド5にもありますように、地域枠の方は定着率が高い。それは、地域枠以外でも、出身地の方が定着してくださることはとてもよくわかるのですが、どうしても医学部に進学したい人は地域枠を狙って高校1年生から、その県に寄宿する場合も地域枠として認めていいのか、もっと長く住んでいなくてはいけないのか、親の転勤もあるでしょうが、どういう受験生に地域枠として認めるかルール

をつくるのでしょうか？

○片峰座長 どうぞ、厚生労働省のほうから。

○奥野医事課長補佐 まず、地元枠については、短期間いけば地元枠になるという定義ではなく、しっかりと地元で長くいたとか、急に対応できないようなものをどう具体化するかということを検討しておりますので、途中から急に来て地元枠ということがないようということを考えております。

○片峰座長 はい。

○小川構成員 小川でございます。

地域枠で入学した学生の地域定着率が高いとか、あるいは大学のある地域で臨床研修をやれば地域定着が高いというエビデンスをきっちり出して議論することは今までなかったので、大変結構なことだと思います。

一方で、皆さんよく御存じのように、平成16年に臨床研修制度がスタートして、5年ごとに見直しをするということだったのですが、平成20年に臨床研修制度のあり方に関する検討会というのができまして、そこでの報告書からすれば、臨床研修制度が地域医療、地域偏在を加速させたということ、あるいは診療科間偏在を加速させたということが明らかであるということが、その中で明確に述べられています。

ただ、まだ5年しかたっていないので、いいところもあるかもしれないから、当面、続けますということでも当面続けて、その後、そういう根本的な議論が全然されないで、ただ、募集人員に対して定員がオーバーしているからだということ、定員の問題にすりかえられてきたという歴史があるわけです。確かに、募集人員を絞ればということはあるのですが、この議論を聞いていますと、臨床研修制度ありきで議論されている。臨床研修制度は平成16年ですから、もうかなり時間がたっているわけでありまして、かなりのデータが集まっているわけで、臨床研修制度を今後どうするのか。

そして、今回、専門医機構がスタートして、専門医制度については後で議論されると思いますが、そういうことからいたしますと、例えば臨床研修制度を今後どうするのかということも議論すべきです。

それから、この10年、20年の間に卒前の医学教育が大きく変わってきたわけです。そういう中で、国家試験のあり方に関しても検討しなければいけないわけです。ですから、ただ単に臨床研修制度の定員だけで議論するという矮小な議論ではなくて、もっと大きな観点に立って、医学教育、医学生涯教育をどういうふうに構築するのか。あるいは、国家試験をどうするのか。あるいは、卒前医学教育と卒直後の研修と生涯学習をどういうふうに結びつけるのかという大きな観点から議論しないと、大変間違った方向に向くのではないかと思って危惧しているところでございます。

もう一点、地域枠の効果に関しましてはよくわかりましたけれども、8ページに参考で大学別の地域枠の導入状況がございまして、これを見ても、各大学によって全く事情が違う。地元出身枠がゼロという大学もある反面、地元出身枠を55名採っている大学もあるわ

けでありまして、これをこのままにしておいていいのか。日本国民の観点からすれば平等性というものがどうしても必要になりますから、そこをどういうふうに大学に、あるいは文部科学省が大学を指導するのかということまで考えないといけないのではないかと思います。

以上です。

○片峰座長 では、今村構成員。

○今村構成員 まず1点、22ページの一般のマッチングと分けて実施することについて、先ほど神野構成員のお話をなるほどと思って伺っていました。こういう制度でやるよりも、ソフトの中で対応したほうがいいのではないかとということで、考え方としては私もよく理解できます。

神野先生にちょっとお伺いしたいのですけれども、県のほうから地域枠の方に対して学生時代からアクセスして、その結果としてスムーズに県内のいろいろな病院に医師として働いていただいているということなのか。そうあるべきだということでおっしゃっているのか。うまくいっている実例がほとんどであれば、あえてこういうふうに分ける必要はないのではないかと改めて思いました。

もう一点、小川先生のおっしゃったそもそも論としての議論の仕方というのは、厚労省がお答えになることなのかもしれませんけれども、今、今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会でまさしくその議論をしています。厚労省の中で重なっている議論をいろいろな委員会でしているので、情報共有がきちんとできていないと、それぞれの会議に参加していない方はわからないということになるので、事務局のほうで、紙ベースでも結構なので、ほかの委員会ではここまで議論がされているということが示されているよいと思ったので、これは提案として申し上げたいと思います。

以上です。

○片峰座長 神野さん。

○神野構成員 御質問があったので。

自治医大の学生に関しては、御承知のとおり、恐らくどこの県もフォローして、その先のキャリアパスなども検討されていると思います。

地域枠に関して、ここで議論がありますように、都道府県の権限でいろいろなことをやろうという提案があるわけでありますので、地域枠の学生たちに対しても、私は事例はわかりませんが、きちんと面倒見よく、奨学金ないし枠をつくった自治体がフォローしていく。その中で調整していくというのは、素直な形なのかなと思いました。

○今村構成員 ありがとうございます。

あるべき姿としては、私もそのとおりだと思いますが、県がそこまで実際に丁寧に行えるかどうかという課題もあろうかと思っています。そこは、厚労省のほうでよく御検討いただければと思います。

○片峰座長 はい。

○鶴田構成員 スライド14についてですけれども、静岡県の場合は四国4県と同じ人口で大学が1個しかないということから、全国平均並みの医師を確保しようとするれば、こういう制度をつくっていただけるとありがたいというのが第1点です。

次に、スライド26、27については、国のほうで何らかの指定基準がないと、都道府県でばらばらになってしまうということがあるので、このデメリットの解消について国が指定基準を提示することは大変ありがたいと思います。

次に、スライド32です。これはお願いですが、都道府県調整枠について、数字が固まるのは6月ぐらいだと思います。具体的に学生さんが各病院を回るのは8月ぐらいです。それで、6月に決めてしまうと、ある病院にたくさん研修応募者が来てミスマッチが起こることがあるので、都道府県の調整枠については、少し時期をおくらせていただくと、そのミスマッチが少なくなると思いますので、御検討いただきたいということです。

次に、先ほどありましたスライド8、9についてですけれども、スライド7を見ると、政令指定都市の市立大学病院は70%以上が地域枠で、県立大系の大学はそれほど多くない。そうした中で、新井先生が出されている医学部入学者の学力低下を来すというのは、我々も大学を回っているとよく聞くのですが、この70%を示す大学ではそういう問題が起こっているかどうか、もしわかれば教えていただきたいと思います。

○片峰座長 ささまざまな御議論が出ましたけれども、まずは先ほどの小川先生、今村先生のあり方の議論と、この検討会のミッションとしての偏在対策。この辺が異なる検討会で議論されているところですが、もう少しわかりやすく事務局のほうから説明していただきたいということが1つです。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今村先生は両方の委員をやっているのでもあれですけれども、医師の養成のあり方を検討する、シームレスな教育をどういうふうに考えるかという検討会が別に立ち上がっておりまして、文部科学省さんも協力していただいているところでございます。

つい先日、大きく打ち出されたポイントといたしまして、まさに先生がおっしゃっていたような問題点の中のかなり多くの方向性が示されて、特に医学教育における臨床実習の充実とか、CBTと国家試験を連動して、試験の内容をどういうふうに考えていくのかというのを今後考えていくという方向性を打ち出されたところで、我々のほうでどんなことができるかということを今、検討しているところでございます。

ですので、ここは、まさに初期研修の中の、特に偏在対策に関連するところだけ切り取って議論しているところであるので、ここだけ見ると小さな視点の議論に見えるのですが、そういう医療の質、教育の質の内容の検討会も別に立ち上がっておりますということを御紹介したいと思います。

もう一つ、臨床研修について、神野先生は臨床研修部会でも御意見いただいているところ、我々も認識しておりますので、ここでの意見も踏まえまして、不公平にならないあり方。また、ソフトでできることもあるのではないかという意見も踏まえて、我々のほうで

不公平にならないようにきちんとやりたい。こういうふうにやりたいという方向性は事務局としてあるのですけれども、先生の問題点も踏まえた具体的な案を臨床研修部会に出しますので、具体的な制度設計は臨床研修部会でやりたいと考えております。

○片峰座長 あと、長崎の医学部でも、地域枠の学生と一般枠の学生を特に差別して教育しているということは恐らくないのです。その中で、一般枠で地域の医療に志を持つような人をスポイルしてはいけないと思うので、書きぶりの問題が少しあるのではないかと思います。先ほど神野先生、御指摘の部分ですけれども、その辺に関してはどうですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 きょう、参考資料のほうで出させていただいておりますけれども、AJMCの新井会長から意見をいただいております。例えば、地域医療支援センターについて、以前、小川先生からも、まるで地域枠とか地元枠の学生に働きかけるセンターのように見える。そうではなくて、一般枠も含めた全学生の地域医療への働きかけを行うセンターだという考え方は、御指摘もいただいております。私も全く相通ずるところがあるところがございますので、地域医療支援センターの機能強化の中で、そういうものもきちんと考えた施策にしていきたいと思います。

○片峰座長 はい。

○福井構成員 今の点ですけれども、最近、大学医学部に深く関わってなくて恐縮ですけれども、医学生に対して、地域医療とかプライマリーケアがいかに重要で、やりがいのある仕事なのか訴える力が大学によって随分違っています。私、長崎県に毎年行っていたものですから、そこでは毎年、本当に熱心にプライマリーケアの勉強というか、ワークショップを大学の外でもやっていました。一方、違う県では、全くそういうことをされていなくて、これでは地域医療とかプライマリーケアの重要性やおもしろさが全然学生に伝わっていないと思ったことがあります。

できましたら、文部科学省のほうでも、現場で地域医療がいかにやりがいのある仕事なのかを医学生に伝える努力をしていただければありがたいです。

○片峰座長 はい。

○鶴田構成員 私は、地域医療支援センターの運営にかかわっていますので、その観点から、この新井先生の地域医療支援センターの機能拡大について意見を述べます。

本来的には、このとおりだと思うのですが、実際、都道府県が地域医療支援センターの運営をする立場から、奨学金を出しているとか、ある程度ひもつきでないと新井先生の提案されているようにはできないので、権限は当然必要で、法的な権限としていただかないと、我々としては対応できないと思います。

○片峰座長 権丈先生。

○権丈構成員 スライド27の「都道府県が臨床研修病院を指定するメリット・デメリット」ですけれども、山口構成員のほうから前回質問が出て、今回、事務局にまとめていただいているところですが、私、このまとめ方を非常に評価しております。今、私たちは臨床研

修ということを議論しているわけですが、臨床研修をなぜ議論しているかという、医師偏在対策の項目として議論しているのですね。その医師偏在対策の項目として議論している臨床研修の中でのメリットとデメリットという形で、メリットはこういうことがあります、デメリットはこういうこととまとめられている。

そしてデメリットがあるときには、このデメリットというのは次なる政策で緩和していくことができる、「回避可能」だということがここでしっかりと書かれている。メリットにある、左側の「都道府県が目指す医療提供体制の構築が可能」というのは、これは今の時代の中で物すごく優先順位の高いものであって、外すことができないのですね。この目指すべき提供体制の構築を行う手段としての地域医療構想ができたとしても、そこに医師がいなくてどうしようもないところから、この医師需給分科会の議論はスタートしておりますので、何を今、議論していて、その手段として、これが議論されているのかを確かめておくことは大切なことだと思います。

今展開されている医療政策の幾つかの目的の中にも優先順位があります。あれよりもこれのほうが優先順位が高い、だから、これをやらざるを得ない。したがって、それをやろうとすると他の目的の観点から見ればデメリットも生まれるけれども、それに対しては、こういう対応策でやっていくのだという考え方とかまとめ方を、いろいろなところでこういう形でまとめていただくというのは私は極めて大切だと思っておりますので、27の書き方というのは、これから先も意識しておいていただければと思います。

○片峰座長 ありがとうございます。

小川構成員。

○小川構成員 先ほど来、自治医大の話がちょっと出ているので、ちょっとコメントさせていただきます。

臨床研修に行くまではいいのですが、問題は各県からお金をいただいて自治医科大学に入るわけです。その方々は、その各県に帰っていくわけだけれども、帰っていったときに、義務履行年限が過ぎてから、その地域に定着しているかどうかというデータが十数年前に1回出たのです。それで、かなりばらつきがあるのです。ところが、それ以降、自治医科大学は一切公表しておりません。私、ぜひお願いしたいのは、実は地域医療協議会あるいは地域医療支援センターの仕事が、県の一生懸命さがそこにあらわれているのではないかと思うのです。

要するに、地域医療支援センターがやっている一つの仕事は、例えば義務履行をするときにどういうプログラムでやるか。そのときに、県がどれだけその研修生に気を使ってやってあげているかということだと思います。たしか十数年前の義務履行終了後の県内定着のデータでは、全国第1位が新潟県で、第2位が岩手だったと思います。そのトップとビリのほうの県では、義務履行の後の定着が全くない、ゼロ。義務履行が終わったら、その県からさようならというところが非常に多い。

これを、こういう状況になって、公費を使って、各県の大変な県費を使って医師養成を

やっているわけですから、これを公表するのは当然のことです。データは恐らく持っていると思いますけれども、公表されておりませんので、厚生労働省のほうでちゃんとまとめて、それを次回あたり、データとして出していただきたいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 先生の御指摘、非常に重要で、地域枠の人が義務履行が終わった後、ちゃんとその地域に残ってくれるのかという、県の姿勢ともかかわってくると思いますので、総務省のほうにも調整して、どのようなデータがあるのかも確認して、出せるものは出したいと考えております。

○片峰座長 どうぞ。

○永井構成員 四国でも、自治医大の先生の卒業後の県の姿勢で、県が組織されている県と、そうでない県がすごく分かれていると思います。だから、地域枠で出身県に残るといのはデータが出ているけれども、この地域医療支援センターが核になるのか、都道府県が核になるのかわからないですけれども、その後の働き方であったり、どういう職場をどう確保していくかというところを、この地域医療支援センター。義務年限だけではなくて、その後もきちんとフォローしていくというのはすごく大事ではないかなと思いますし。

地域医療支援センターとへき地医療支援センターとか、ちょっとはっきりしない部分が結構あって、医師の地域偏在を解決する方法として、いろいろなマッチングであったり、研修プログラムであったり、その後の就業の場所であったり、活躍できる職場というのをしっかり確保していくような機能を、この地域医療支援センターが果たしていったほしいというのがあります。

○片峰座長 はい。

○羽鳥構成員 前回の議論の中で、へき地支援センターとか地域支援センターとか、あるいは専門医の都道府県における協議会とか、そういうものを少しまとめて、わかりやすい仕組みにするという話がありました。法的なものに位置づけて何かできるようにするという話もあったと思う。早急にやるべきことだろうと思うので、まず第1にやってほしい。

先ほど鶴田先生のほうから、静岡県で県が地域枠の学生たちにいろいろ言えるのは、ひもつきになった人だけだというお話があったと思います。それだと、県全体を見ていくのに不十分だと思います。永井先生がおっしゃっていたのも、やはり同じようなことだと思うので、全体がきちんと見えて、全体を差配できる仕組みをつくっていかないとうとうにもならないのではないかと思いますので、早急に組み立ててほしいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今、永井先生から御指摘いただいた点は、大変申しわけありません。永井先生は今回からお願いして、きちんと説明し切れていない部分があったのですけれどもね。

以前出した第10回、目の前にファイルがございますけれども、35ページあたりに打ち出しているのですけれども、地域医療支援センターとへき地医療機構が連携して、へき地を

含めたキャリア形成プログラムを策定していただきたいという方向性を出しております。済みません、膨大なファイルなので、すぐに出ないのですけれども、御懸念いただいているようなものは考えているところがございます。ばらばらに配置調整を行って、いいことは何もないので。というところがございます。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 自治医大生の定着の件ですけれども、県は9年間しか拘束できないので、その後については、実際どこに行ったか把握できない。ただ、県が把握している限りでは、静岡県の場合、70%近く県内に残っていたと思います。定着するためには、県と同時に、へき地病院の先生方とか、そこに携わる市町村長という人たちが彼らに対して感謝してくれることが大事で、私は声をかけてくださいと言っています。県も市町村も病院も、彼らに対する支援をやっていかないと、県だけでは定着を図ることはできないと思います。定着しているところにおいては、多くは同窓会組織を持っていると思うので、そこがアクティブなところは残る率が高いのではないかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 実態はそういうところもあるのかもしれませんが、都道府県、9年間だけを終われば、その地域医療への責任を果たせるというわけではないと思いますので、そういう実態があるのであれば、もうちょっときちんと県も把握できるような仕組みを考えたいと思います。

○片峰座長 それでは、この辺でこの議論は少し切りまして、次の専門医のほうに移りたいと思います。

まず、専門医に関しまして、事務局のほうから御説明をお願いいたします。

○奥野医事課長補佐 事務局でございます。

続きまして、専門医につきまして資料の御説明をさせていただきます。

44枚目をおめぐりいただきますと、今回、後半で御説明する専門医については、14項目の(3)及び(7)にございます。

おめぐりいただきまして、46枚目をごらんください。

これまでの専門医の仕組みの経緯を書かせていただいておりますが、当初、29年度開始をめどに検討が開始されたのですけれども、昨年6月に日医・四病院等の要望書、あるいは大臣談話というものが示されておりまして、一度立ち止まって、開始を1年延期することとなっております。その結果、今、来年度開始を目指して議論がなされているということですが、1年延期された幾つかの理由について、47ページ目以降で関係者の要望をまとめさせていただいております。

例えば、47枚目、昨年6月の日医・四病協要望書でございますが、下線部で、プログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては、都道府県の協議会において了解を得ること。要するに、地域配慮について懸念があるので、しっかりと都道府県の協議会において了解を得てくださいということが要望されております。

また、その下の知事会の社会保障常任委員会からも要望が出ておりまして、下線部、国、日本専門医機構、都道府県及び関係機関の役割や権限を法令等で明確に規定することという御要望もいただいております。

続いて、おめくりいただいて48枚目でございますが、昨年11月に来年度開始に向けてさまざま議論しているときに、日本医師会のほうから要望があったものでございます。幾つか論点があるのですけれども、例えば6ポツにあります、プログラムの認定は、各都道府県協議会において、医師会、大学、病院団体等の地域医療関係者の了解を得ること。あるいは、7ポツ目でございますが、女性医師等にしっかり配慮するということで、妊娠、出産等の理由により中断することもあり得るので、そういったものにしっかり配慮したプログラムにするという要望をいただいております。

また、49枚目でございますが、ことしに入りまして幾つかいただいております、例えば全国市長会のほうからは、上のほうに抜粋しております。2は、地域医療への配慮が必要であるということ。6ポツ目に、自治体の長や、国・地方議員による検証を度外視して制度設計を進めることには大いに問題があるということをいただいております。

あるいは、奈良県知事から御意見いただいております。るございますが、例えば1. 基本的な考えについての下線部でございますが、医師偏在への対策を含めた地域医療の確保に関する観点から、公の介入が必要になるという御意見。

2. 地域医療の確保に関する懸念についての一番下の下線部でございますが、必要に応じ、各都道府県が地域医療の確保の観点からの意見を申し述べることができるものとするなど、継続的に地域医療の確保が可能となる仕組みとするという御意見をいただいております。

このように、しっかりと地域医療に配慮した仕組みになるように、関係者で議論を尽くして制度をつくっていくということがいろいろな方面から要望されているところでございます。

国としても、こういったいろいろな御意見もございましたので、50ページ目をおめくりいただきますと、今、医師養成の在り方と地域医療に関する検討会という検討会を立ち上げさせていただいております。実は、卒前・卒後の一貫した医師養成についても、ここで議論が行われているのですけれども、まずは来年度開始予定の専門医について議論を行うということで、第1回、第2回、第3回と行ってきたわけでございます。

その結果等を51ページ目にお示しさせていただいておりますが、対応を求めた主な内容といたしまして、2つ目の丸でございますが、地域医療従事者や女性医師等のライフイベントに配慮したカリキュラム制の設置等柔軟な研修制度の設置。

あるいは、4つ目の丸でございますが、都道府県協議会が意見を提出した場合には、研修プログラムを改善することといった要望をさせていただいていまして、日本専門医機構におかれては、次の対応を行っていただいたという現状でございます。

こうした議論あるいは要望等、いろいろございましたので、一度整理して、どういった

対策が必要かということを検討させていただきました。

53ページ目以降は、先ほど議論にもありましたが、各種協議会等がいろいろあるので整理しましょうと、前回、御議論いただいたお話でございますので、割愛させていただきますが、57ページ目が連携のイメージということで、今あるいろいろな委員会を地域医療対策協議会に整理していく。へき地医療支援機構運営委員会も当然整理して、必要であればワーキンググループとして議論していくという図をお示しさせていただいております。

58ページ目に議論を一旦整理しておりますが、現行制度における課題ということで、新専門医制度の構築に当たっては、地域医療に影響を与えることが見込まれたため、制度開始を1年延期し、国の検討会や都道府県の協議会において地域医療への配慮について検討が行われてきたが、日本専門医機構が地方自治体等からの意見を踏まえる仕組みが担保されておらず、法律上、国や地方自治体の意見を踏まえる仕組みとすることが必要である。

検討の方向性でございますが、新専門医制度において、専門研修体制が地域医療に影響を与える場合や研修の機会確保が十分でない場合に、国や都道府県が地域医療の観点や研修の機会確保の観点から意見を述べることができるな仕組みを法律上設けることとしてはどうかということでお示しさせていただいております。

下の「なお」以下については、協議会を一本化したりという点で、既に前回、御議論いただいているような内容でございます。

続きまして、59ページ目以降が、将来の診療科ごとの医師の需要の明確化ということでございます。

まず、60ページ目でございますが、現状の診療科の選択については、臨床研修を終えた後、専門研修を受けられるわけですが、これを自主的に選択する。このときに、特に診療科別の医師の需要などは明確になっておらず、このときの医師の判断で選ばれるということでございます。

61ページ目が専門医資格の取得希望ということで、分散しているということでございますが、特にその傾向を整理させていただいておりますのが63ページ目でございます。診療科別医師数の推移ということで、平成6年を基点として、その後の増減を示させていただいております。

例えば、麻酔科、放射線科、精神科といった科については、どんどん医師がふえている。一方で、外科、産科・産婦人科については、横ばい、ないしは少し減っているときもあるという状況でございます。

これをもう少し具体的な数値として整理したのが、64ページ目以降の3枚のスライドでございます。

まず、64ページ目をごらんいただきますと、これは特に週当たり労働時間が長い診療科をピックアップさせていただいております。代表的なものとして、例えば外科や産婦人科などをごらんいただければと思いますが、極めて労働時間が長い診療科である。一方で、実数としては横ばい、構成比としては医師全体がふえていますので、低くなっているとい

う状況でございます。小児科についても、医師数は徐々にふえてきておりますが、構成比としては横ばい。救急科は、できたばかりの診療科ですので、全体数としてはまだ多くないという状況でございます。

一方で、65ページ、66ページ目でございます。例えば、66ページ目に幾つか診療科を挙げさせていただいておりますが、労働時間が少ない診療科についても医師が徐々にふえてきておまして、構成比も上昇傾向にある診療科があるということで、こういう事実関係であるということだけお示しさせていただいております。

67ページ目は、診療科ごとの労働時間について、週60時間以上働いている人の割合ということでお示しさせていただいておりますが、ほかの科との比較で言えば、産婦人科や救急、小児外科あたりが非常に長い勤務時間となっている傾向が示されております。

続きまして、68ページ目以降は女性医師について言及させていただいております。

例えば、68ページ目の右のグラフで申し上げますと、新しい医師については3割以上、女性がいるというデータでございます。

その女性の診療科の専攻でございますが、既におられる医師の診療科については、70ページ目にお示ししておりますが、皮膚科、眼科、麻酔科あたりが女性医師の割合が高い科である。一方で、整形外科、脳神経外科、泌尿器あるいは外科、救急あたりが女性が少ない診療科であるという傾向がございます。

今の状況はこうですけれども、新しく医師になっている方の傾向を見たものが73ページ目でございます。今の傾向としても同じような傾向がございます。臨床研修後に希望する診療科については、皮膚科が一番高い。一方で、外科系の診療科が低い。これは、男性と比べた場合の女性医師の選択の割合でございますので、女性医師にこういう傾向があることがデータとしても示されているところであります。

74ページ目と75ページ目は参考情報でございますが、諸外国の専門医制度についてということで、過去、国の検討会でお示しした資料を再掲させていただいております。

こういった診療科の専攻についての状況を踏まえたときに、こういった対策が必要かということで国として考えますと、77ページ目に結論として書かせていただいております。

現状と課題としては、医師数は継続的に増加している一方、その増分は一部の診療科に集中しており、診療科ごとの労働時間には大きな差が存在している。現行では、診療科別の医師のニーズは不明確であり、医師は臨床研修修了後に自主的に主たる診療科を選択している。また、新専門医制度においても、診療科偏在の是正策は特に組み込まれていない。このため、医師が、将来の診療科別の医療需要を見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みが必要ということを考えております。

見直しの方向性としては、医師が、将来の診療科別の医療ニーズを見据えて、適切に診療科選択ができる情報提供の仕組みを構築するために、人口動態や疾病構造の変化を考慮し、将来の診療科ごとの医師のニーズを都道府県ごとに明確化して、国が情報提供することについてどう考えるかとしております。これは、あくまでも情報提供というものでござ

いまして、これを見て、自主的に医師の方に診療科を選んでいただく仕組みとして描いております。

この具体的な方法については、1ページお戻りいただいて、76ページ目でございますが、考慮すべき要素の例としては、前回の分科会で指標の考え方をお示しいたしましたが、それと同じような要素を踏まえることを考えております。ただ、診療科ごとの場合には、もう一つ必要な要素がございまして、診療科ごとの医師の需要を決定する代表的な疾病・診療行為を抽出して、診療科と疾病・診療行為の対応がどうなるかということを考えなければいけない。これは、御意見をいただきながら、しっかりと考えていきたいと考えております。

その上で、人口動態や疾病構造の変化なども踏まえて、将来の需要がどうなるかということ具体的な数値として考えていきたいとしており、将来的な課題として、一番下にお示ししておりますが、働き方の変化や技術の進歩により需要が変化する。そのときに、定量的なデータが得られた時点で、順次、反映させるということで考えております。

以上、専門医についての資料の説明でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、専門医につきまして御議論いただきたいと思っております。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 今、御説明いただいた77ページの最後、見直しの方向性というところで、人口動態や疾病構造の変化を考慮し、将来の診療科ごとの医師のニーズを都道府県ごとに明確化し、国が情報提供する。これは、情報提供したことによって、自主的に、どれだけ自分の診療科を選ぶかということ、そういうことを考えて選ぶ人がどれだけいるのか、ちょっと疑問に思って、果たしてそれで効果があるのだろうかと思いました。

そこで、その前の74、75ページに海外のデータが載っています。例えば、法令どおり位置づけているところもあれば、第三者機関があるということですが、厳しく法で縛ることがいいとは私も思っていないのですけれども、例えばこういうさまざまな国において、こういう制度にしたことで、うまくいっている部分とそうでない部分があると思えます。今後、考えていく上で、もう少し各国の分析を見せていただくようなことはできないのでしょうか。

○片峰座長 どうぞ。

○奥野医事課長補佐 事務局でございます。

まず、海外の仕組みについては、今、国としてもいろいろ調べているところであります。しっかりと調査した結果、御報告させていただきたいと思っております。

我々も自主的にそれで動くのかどうかということころは、実際に検証してみないといけないと考えておまして、その検証を踏まえて、また偏在対策が新たに必要であれば、そのときにしっかりと議論して、さらに進めていくということで考えております。

○山口構成員 厳しく割り振るということはもちろんできないと思っておりますけれども、必要

な科に必要なドクターの数がそろわないということは、将来的にも非常に危機的な問題になるのではないかと思いますので、必要な科に必要なドクターが充足するようあり方ということは考えていかないといけないのではないかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○本田構成員 私も同じ部分ですが、まず、76ページの診療科ごとの医師の需要を明確化するという作業をしていくことについては賛成です。こうした形で「見える化」していくことはとても大事だと思いますので、しっかり進めていくことをお願いしたいと思っています。

その上で、山口構成員もおっしゃったように、実際に効果があるのかどうかということには確かに議論のあるところかもしれませんが、私としては、診療科ごとに必要な人材数というのはどれぐらいなのかということ算出し、それに応じて養成数の枠を設けて、専門研修をする人数をある程度地域ごとにきっちり置いていく方向に持っていくべきだと考えます。

例えば、74ページでは、アメリカの制度について、専門医配置の調整、診療科ごとの定員等を設けていないとありますけれども、実質的には、経済的なインセンティブで誘導している。臨床研修を支援する補助金、病院の拠出される補助金などで、ある程度の縛りがある。その範囲内の人数しか養成できない、という実質的に養成しにくいといった制度ではなかったかと思います。その辺も今後、厚労省のほうで、参考までに示していただいて、日本でも診療科ごとに必要な医師数、もしくは養成数を明確化した上で、どういう仕組みが必要なのかということもある程度議論していくべきだと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 いただいた74ページの資料のアメリカのことで、これは参考の資料なのであれですけれども、アメリカでは行っていないと書かれていますが、それを行っていないととるか、行っているととるかですけれども、私は行っていると思っています。私もアメリカでいろいろな研修をずっとやってまいりましたけれども、小児外科医というのは、アメリカ全部で年間24名しかたないのです。というのは、子供もこれから非常に減っていきますし、小児外科の手術というものは、地域全部に配置しなくても、専門性が高いという形で人数を調整しておりますし、脳神経外科も年間何人という形で、専門医の人数は実際には決まっております。

その中で、医師たちのほうでも、小児外科医が24名というのは、人数がないのにそれだけ小児外科医がどんどんふえてしまう。日本は、これからは専門という形でがっちりといきますので、今までのように、小児外科の先生がリタイアした後に小児科を開業することがだんだんできなくなってくる。小児外科医の数がどんどんふえてくると、経済的なインセンティブというのはそういう意味もあると思うのですけれども、コンペティターがふえれば減ってくるということから調整するようという形になっていると思います。それをもう一度詳しく調べていただければと思います。

もう一点、診療科の偏在の調整ということは非常に難しいかと思えます。ただ、女性医師が医学部でどんどんふえてきて、働き方改革などで配慮はされていますけれども、診療科を選ぶときに、当直がより少ない、生涯続けていけるような診療科を選んでいくことになるので、ここに出されているデータのように、診療科の選択の偏在ということの要因になってくると強く思っております。

○片峰座長 はい。

○福井構成員 私もほとんど同じような意見ですけれども、アメリカでは行っていないと言い切るのはどうかなと思います。

それから、イギリスも、例えば脳外科のフェローシップに相当するポストは、たしか二十幾つしかない。センター病院が決められているものですから、そもそもポストが決まっているようです。そういう意味では、これはGPだけではなくて、ほかの専門医についても、数が決まっているということだろうと思えますので、ぜひ調べていただければと思います。

それから、私も本田さんと同じで、かなり難しいということは承知で、それでもどの分野が足りないと感じているところはほぼ同じだと思いますので、それをデータとして示していただいて、専門医制度と絡めてほしい。専門研修の入り口のところで大まかでいいので、枠を決めておかないと、これから先、20年、30年たって、医師の分布がいびつなままだと困ります。できるだけ早急に入り口のところの調整をされる必要があるのではないかと考えています。

○片峰座長 権丈先生。

○権丈構成員 私が、スライド74にある「海外の専門医制度」というような表を見せていただいたときにどんなことを考えるかといいますと、いろいろな国がこういうことをやっていますというときに、フランスとかドイツ、日本の医師会に対して、どういう形で会員が加盟しているのか。日本の弁護士のように全員が入っているのか、入っていないのかというのが、プロフェッショナル・オートノミーという言葉と関わるこの種の政策を考えていくところでは極めて重要で、こういう形でまとめて頂く際には、そういう側面の一つの座標軸を入れてもらえればと思っております。

そして、そういうことから考えていくと、ほかのところができている、日本でできていないのはなぜなのかというと、結局、原因がその辺にあるのかなということになっていたりしますので、そうすると、どうも日本型を考えざるを得なくなってくる。日本型を考えざるを得ない状況の中で、まずは最終頁のスライド77に書いてある、「国が情報提供する」ことが第1ステップとして当然でてくる。

私は前から、診療科ごとの必要医師数の明確化について都道府県が関与してもらおうということはあっていい、あるいは、その方向にいろいろな仕組みを準備していくのはあっていいと思っておりますので、スライド77にある今の「見直しの方向性」というのはこれでいいでしょう。いずれはここに都道府県も関与していくという形になるのかなと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 私も、最後の見直しの方向性というのは、今までこういう情報が全くなかったのが実情です。開業医にしても地域の状況が全くわからないなかで、病院の勤務医がコンサルタントが言うままに開業するというような状況がありますし、勤務している先生についても、ほかの県と比べて自分の地域では、自分の診療科の医師がどのぐらい必要なのかということを考えて仕事をしている人はほとんどいないので、まずはきちんとした情報提供をしていただくということが重要だと思います。

それから、海外の制度というのは、確かに参考にはなると思うのですが、医療提供体制とか、さまざまな制度が違っているので、単純に外国がこうだからと言えない部分があるというのは、まさしく権丈先生がおっしゃっているとおりだと思います。専門医にしても、アメリカ等でも病院が集約されていて、例えば小児なら小児の専門の病院というのは、本当に専門医が少ない中で多数の患者さんを一遍に診るような仕組みでやっておられますけれども、日本は各県に小児病院があるわけで、そういう意味でも病院のあり方も全く違っている中で、海外と同じような方向というのは拙速を避けるべきだと思います。

ただし、参考のできる部分については参考にしていただく。権丈先生から医師会の役割についても触れていただいたのですが、ここも我々の非常に大事な論点だと思っ

ていところですが、ぜひ、まずは情報提供していただくということを強調したいと思います。

そして、専門医のことについては、ようやく来年からスタートするという中で、このスタートそのものも円滑に進むかどうかというのは、課題もあるということ、よく認識しているところです。そういう状況のなかで、いきなり専門医のところで診療科の人数を絞るような話が先行すると、またいろいろな議論が起こって、スタートがうまくいかなくなるということになってはいけませんので、まずは新たな専門医制度を始めていただいて、そこからの議論ではないかと思っ

ていところ

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 昨年のこの会議から、強力な偏在対策と医師養成は対であるという話をさせていただいておりますけれども、ようやく強力な偏在対策の本丸的な話が出てきたと思います。ただ、そういう意味では、各地域の需要の変化等に応じた医師の需要推計を情報提供するということに対しては賛成いたします。

ただ、地域のことを考えると、セーフティーネットとして、人口がいかに減ったとしても、全部切ってしまうわけにはいかない地域もありますので、最低ラインは各地域で押さえた上で、どれだけニーズに従って進んでいくかということを考える必要がある。もちろん、医師の質として、どういう診療科を最低ラインに落とすかという話も考えないといけないと思いますけれども、非常に多くの地域で人口減、過疎化、限界集落的になって、確かに患者がいらないから医者は要らないのではないかという地域もたくさん出てくる可能性

がありますので、セーフティーネットとしての最低ラインをつくっていく必要があるのかなと思います。

それから、これは今後の議論なのでしょうけれども、飛んでしまって恐縮ですがけれども、最初のページにあった、年末までに検討すべき医師偏在対策の中で、管理者要件のこととか、まだ1回も触れていませんし、外来のことも前回ちょっと触れただけですので、この辺も次回以降、また事務局に整理していただかなければいけないのかなと思います。

○片峰座長 最後の件は、また最後に議論しましょう。

はい。

○堀之内構成員 堀之内でございます。

先ほど来お話が出ています診療科の偏在の情報提供は、私もまだ比較的若いほうですので、私の時代にあったら参考にしたかったなという情報だと思います。ぜひとも見ていきたいなと思いますので、賛同しております。

ちょっと視点を変えまして、もう一点の論点で、58ページに挙げていただいております都道府県協議会の専門医制度に関する役割についてのポイントでございます。そこに地域医療の観点や研修の機会確保の観点から意見を述べるようなことができる仕組みを法律上設けることとしてはどうかと、法律上という言葉が出てきていますので、比較的強いものかなと思うのです。

例えば、これまで臨床研修のところも、マッチングの定員を調整するというディスカッションで、いわゆる定員を調整することで調整しようという議論がメインだったと思います。今回、ここで意見を述べるということが、都道府県の中の、例えば何々専門医の養成プログラムの定数をどうしてほしいというものを想定していらっしゃるのでしょうか。

そうなったときに危惧されるのが、例えば、当県は外科医の数が足りないので、外科のプログラムの数をふやしたいと都道府県側が要望した場合に、専門医のプログラムを外科学会のほうに要請する。全国からそれが上がったとすると、外科のプログラムの定員全体増えるだけで、従来の医師不足地域はこれまで同様、定員の充足率は高くないという状況になってしまいかねないところがございます。

これは、ほかのとても正直な県があって、当県は外科医はもう足りているから、外科医の定員を減らしていいですということが出てこない限りは、需給関係にはほとんど影響を及ぼさない可能性もあるかなと、勝手に想像したのです。その辺については、具体的にどのようなことを想定していらっしゃるのか、教えていただきたいなと思います。

○奥野医事課長補佐 事務局でございます。

まず、定員数について、先ほど神野構成員からございましたが、人数だけではなくて、地域の地理的条件なども要件にしていくことを考えていますので、そういったことも踏まえて出していきたいと思っております。

今、堀之内構成員からの御質問の件については、まさに定数枠について御議論いただいて、協議して意見を言うことを考えておりますが、定数だけではなくて、例えばですけれ

ども、情報提供で、この都道府県はこの診療科の医師が少ないというのが出たときに、できるだけその診療科の医師を確保したいとなった場合に、定数を上げるだけではなくて、全国からその専門医を集めるためには、どういうプログラムにしたら魅力的なものになるのか。まさに地対協などでそういった建設的な御議論をいただいて、その結果を全て集約して日本専門医機構に御意見を言うということを考えております。

○堀之内委員 つい先ごろから専攻医の登録が始まりまして、福井先生のほうからも専門医もマッチングをとということがございました。まさに、生の専攻医がどこに動こうとしているかというデータがリアルタイムで得られる状況になってきておりますので、ぜひ専門医機構とも連携していただいて、来年以降の専攻医がどこに行くのかというのも、初めて把握できるデータでもありますので、もし可能であればアクセスできればなど。最初の方に申しましたけれども、専門医、専攻医の動きを把握することも、とても重要かと思っております。

○片峰座長 鶴田先生。

○鶴田構成員 スライド56と57について意見を述べたいと思いますが、都道府県医療審議会というのは、そこに書いてあるように審議する場、もしくは諮問に対して答申をもらう場です。2番目の地域医療対策協議会は協議の場ということで、ここに議論されたものを踏まえて都道府県としては予算化し、施策として実行するのが今の状況です。

そうした中で、地域医療支援センター運営委員会というのは、A君はB病院に行けと決定する場です。だから、審議とか協議することと、決定して、その人にある病院に行ってもらおうというのは、ちょっと違いがあります。各都道府県が主張しているのは、まずプロフェッショナル・オートノミーを進めてもらうこと、各都道府県はどのような権限で個々人の配置をするのか？というのが各都道府県から出ている意見です。したがって、A君はB病院に行けという権限を付与してもらわないと、ただ単に協議して、その人がB病院に行くことにはならないということは御理解いただきたい。そうした意味での権限を明確にする法制化であれば、都道府県としては受け入れることができることを御理解いただきたいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○羽鳥構成員 幾つかあるのですけれども、私も神野先生も専門医機構の理事なので、専門医機構の問題点をあげつらうわけにはいきませんが、58ページにあるような検討の方向性として意見を述べる、そういう仕組みを設けることができるというのは、余りがちがちなものをされてしまうと困りますが、必要なのかなという気がします。

また、49ページに、奈良県新井知事のほうから、公的介入も必要なのではないかと書かれていることもあります。今の専門医機構、それから協議会から出てくる意見を見ても、この専門医のための協議会が「通知」であって法的な強制力がないために苦しんでいるところもあるのかなという感じがします。

もう一つ、70ページの診療科別女性医師の割合ですが、これは産婦人科といっても、婦

人科の女性医師は多いと思いますけれども、夜間・当直のある緊急手術も対応する女性医師は少ないと思うので、産科をする女性医師、婦人科のみの女性医師を分けて統計を出してほしいと思います。それから、内科も、糖尿病内科と循環器内科で緊急性のあるもの、ないものがあると思いますので、その辺も分けて女性医師の割合を算出しないと、実態を反映しないと思います。

それから、先ほどから諸外国との比較での専門医のあり方が述べられていますけれども、日本型の専門医として臓器別の専門医として10年、20年、病院で活躍された先生が、その力を生かして地域に戻って総合医となる場合も多いので、その点も考慮して欲しいです。欧米だと、卒業して最初からGP、General Practitionerに行くか、それとも専門医を目指して高度なことをするのか。あるいは、日本の場合だと、10年、15年、20年ぐらいはそれぞれの領域で専門医を目指すか、最終的には地域に戻って開業されて、そこからGPの勉強をする方もいらっしゃると思うので、日本型の専門医が悪いわけではないと思うので、その辺の議論もしっかりしていただきたいと思います。

以上です。

○片峰座長 どうぞ。

○永井構成員 専門医の議論を見ているときに思うのは、これから多死社会を迎えて、治せなくても支えていける医療を推進していこうとしているのに、専門医だけで地域医療を担っていけるのだろうかという思いがあります。総合診療医が位置づけられたのですけれども、総合診療医だけでなく、かかりつけ医であったり、在宅医であったり、プライマリーケアを担っている存在をしっかりと位置づけないと、診療科のニーズを考えていく上でも、診療科の中に総合診療は入っているけれども、それ以外の本当のプライマリーケアを担っている先生方は余り位置づけられていないという印象があります。

うちは在宅とへき地医療をしているのですけれども、東京からたくさん研修医が来ます。東大とか慶應とか帝京が来るのですけれども、60ページの臨床研修の2年目の研修医が地域へ1カ月間来るのですけれども、みんな、大学では病気のことしか見ていない。うちの診療をして、人の生き死にであったり、生活であったり、介護とか、いろいろな生き方を見ていく中ですごくびっくりして帰っていくのです。そういう専門医研修だけでは得られない何かを学んでいかないと、大学病院でそのまま専門医研修をただけでは、そういう医療は担えないと思う。

1つは、臨床研修のときにそういう機会を必ず設けるとか、将来的に専門医になってもプライマリーケアを担うことになるのであれば、そういう研修をしっかりと。機会を設けていかないと難しいので、プライマリーケアを担う存在というのは制度の中にしっかりと盛り込んでいく必要があるのではないかなというのが1点です。

もう一つは、働き方改革と女性医師の活躍を期待する点で、僕、一番大事なものは、チーム医療とかグループ医療で、1人の医師が全部見ていくのではなくて、チームやグループで診る。そのために、いろいろなICTを使ったり、情報共有したり、方針を統一したり、チ

ームでかかわることが大事なので、全国でうまくいっている代表的なモデルを指し示して、そういうことを推進していく努力も必要なのではないかなと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 今、永井先生がおっしゃったことは、とても大事なことだと思いますけれども、先ほどあった医師の養成の中で、研修ということではなくて、先ほど福井先生もお話になったアーリー・エクスポージャーということで、学生のころからそういう地域の医療をお見せする機会をつくるのが非常に大事で、臨床実習を充実させる、学外臨床実習を増やすなど、別に臨床研修医でやってもいいのですけれども、医学教育の中でもそういうことをやっていこうという議論が行われていることだけ御紹介しておきたいと思います。

それで、58ページにある、先ほどの法律上、設けるという話ですけれども、御指摘があったように、法律というところすごく重いものとなる。これからの議論だと思いますけれども、どういう形で法律上、位置づけるのか。イメージがわからないと、私を含めみなさんがそれぞれのイメージをもってしまうことになります。

ちなみに、例えば55ページに地域医療対策協議会が医療法の中に位置づけられていて、都道府県は云々ということで、医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定めて公表するということが法律に位置づけられています。例えばさっきの専門医の話を書き込むようなイメージなのではないでしょうか。現状で事務局が考えておられるような方向性がもしあれば、教えていただければと思いますけれども、いかがでしょうか。

○片峰座長 どうぞ。

○奥野医事課長補佐 法律上の位置づけにつきましては、ちょっと役所的な手続で恐縮ですが、法制局などともいろいろ議論しなければいけないので、確定的なことは申し上げられないのですけれども、例えばプログラムなどを決めるに当たって、都道府県に意見をしっかりと聞いてください。その意見を言うときには、地対協の意見も踏まえるということ。法律上、しっかりと書くという方向性で考えております。

○今村構成員 ということは、専門医機構にも何らかの義務がかかるということですか。都道府県と両方ということですか。

○奥野医事課長補佐 そこを義務にするのか、どの程度にするのかについても条文の整備も必要かなと考えておりますが、そこは余りがちがちなって身動きがとれないものにならないように協議させていただきたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○本田構成員 都道府県や国が専門医機構に意見を言えるという書き方にしろ、意見を言えることが必要だと思いますけれども、言った上で、先ほど堀之内構成員がおっしゃっていましたが、全体の定数を増やしましょう、増やすしかないとならないようにすることについて、一体どこが責任をもって全体の調整をするのか、担保するのか、それがどのように透明化されるのかということ、どういう形になっているのですか。

○片峰座長 大変な問題ですね。森田先生、関連ですか。

○森田構成員 いえ、別です。

○片峰座長 今の件、どうですか。

○奥野医事課長補佐 意見が一方的なものにならないように、協議会の御意見も踏まえて意見を言う仕組みはしっかりと設けたいと思っておりますので、透明性というものも確保しつつ、一方的な意見にならないように調整していただく。そうならないように、しっかりと配慮したものにしたいと思えます。

○本田構成員 都道府県ごとのことではなくて、国全体としてのことは、専門医機構が各学会等に言われるわけですね。ただ、診療科ごとの養成数を先ほどのご意見のようにガバガバにさせないためには、どこかを減らさないといけない。どこかの都道府県、どこかの診療科について、減らしてもらわなければならない必要が出てくる。そういう議論は、国全体としてのところを、誰が、どう担保するのかというところが決まっているのかどうかということです。

○奥野医事課長補佐 全国的にその意見を集約してどう考えるかというのは、一義的には日本専門医機構の中で検討していただくという話であると思えますけれども、もしそういったところで問題等が生じるということであれば、今、専門医機構について議論している検討会等もございますので、そこで1つ議題に上げることもあり得るかと思えます。そこについては、そうはならないように、セーフティーネットというか、仕組みをちゃんと考えていきたいと思えます。

○片峰座長 要するに、地方にこれだけ権利・権限を渡すわけですから、そこで決めたこと、さっきの診療科の枠の話にしる、専門医の数にしる、そこで決定したことの実現可能性というのは、今の制度の中で担保できるのですか。全体との絡みもあると思えます。

○奥野医事課長補佐 その担保のために法制化をする。

○本田構成員 これから議論されることなので、恐らく今は決まっていなくてもいいのかもしれませんが、最低限、そうした議論を公開するなりしていただいで、公開することで担保するなり、そういうことはしていただきたいなと思っております。

○片峰座長 それでは、森田構成員。

○森田構成員 ありがとうございます。

本日の議論を聞いていて、感想と、ちょっと水を差すようなことを申し上げるかもしれませんが、聞いていただきたいと思えます。

権丈先生もおっしゃいましたように、この検討会自体、そもそも医師の全体としての需給調整をどうするかということで議論がはじまりました。これからの人口動態を見ている限りは、これ以上ふやすことは難しいだろう。しかしながら、地域偏在をどうするかというのを考えなければいけないというので、その議論に入ったと思えます。さらに、その中で、地域だけではなくて、診療科ごとの偏在の問題が出てきて、今の専門医制度の議論が出ているというのは皆さん御存じのところですが、確認させていただきたいと思えます。

その場合に、どういう形で地域偏在を是正するかというときに、1年間中断する前の段

階ですと、これまでの方法ではなかなかうまくいかないということだったと思います。今回の場合も、17の項目の中に幾つか、少数ですけれども、それらの方法に似たものが入っております。それについての議論もこれから進んでいくと思っておりますけれども、その地域偏在のあり方を修正するのは、専ら医学部の、あるいは研修医の地域枠という形になっていて、それをさらに進めていって、本当に有効な策になるのかということについて、私自身はいま一つ、これなら大丈夫だと、まだ思えないというのが最初の印象でございます。

そのときに、かつてはといいましょうか、日本の医療システムの場合には、海外と違いますのは、それぞれの医師の自立性・自主性というものがかなり尊重されておまして、提供・供給のコントロールは専ら経済的インセンティブで行ってきたと思っております。しかしながら、今日の状況になりますと、それもなかなか難しくなっているといいましょうか、それでもうまくいかないというのが現状ではないかと思っております。

そのときに何を考えるかというので、私自身、一番気になりますのは、中医協にいたということもあるのですけれども、これまで余り議論に登場していないアクターとして存在しているのが被保険者だと思います。被保険者である我々国民は、保険料を払っていれば、どこでも最低限の医療、きちんとした医療を受けることができるのが日本の皆保険制度だと思いますけれども、それが医師の偏在によって受けられなくなっている。これは、国民の観点から見て何とかしていただきたいということだと思います。

他方では、医師のほうの選択の自由といいますが、自立性もあるわけですが、マッチングという言葉を使いますが、それとのマッチングをどうしていくかという話になってくると思っております。そのときに、今までのやり方あるいは枠だけではうまくいかない場合には、もう一段、何かを考えていく必要があるのではないかと。最後のページのように、需要を測定して細かく情報を提供していくことは必要だと思います。しかし、ある県、ある地域において小児科医の方が何人必要であるということがわかったときに、果たして、その情報提供だけで、そこにその先生が行っていただけるか、かなり不安です。

何を申し上げたいかといいますが、この資料の中でいいますと、47、48から50ページぐらいいままでにありますけれども、もっと県が大きな役割を果たすべきということがだんだん出てきているわけですが、県がどういう役割を果たすかということについて、いろいろと意見の違いがあるのかなと思っております。

私自身が気になりましたのは、47ページの医師会・四病院団体の要望書にも出てきておりますし、その後、それに対して、やや批判的な49ページの荒井知事の言葉にも出てきていますけれども、プロフェッショナル・オートノミーと県の権限がぶつかり合うのではないかとことが言われているわけです。これは、先ほど資料説明のときには読み上げられなかった、荒井知事の2番目の下線部、「専門医制度がプロフェッショナル・オートノミーに立脚する限りは、地域の医師偏在に主体的な責任を持てるものとは考え難く」と、かなり厳しい御意見も出ているわけです。このあたりをどう考えていくかというのが一つ

のポイントかなと思っております。

言葉の使い方でちょっと気になっておりますのが、プロフェッショナル・オートノミーというのはどのように理解されているかということです。実は、専門職の場合には、医師に限らず、弁護士もそうですけれども、プロフェッショナル・オートノミーということが言われますけれども、これはある意味で、一定の公的ミッションを持った高度の専門職の人たちが、その団体としてサービスの提供をきちんとコントロールしていく。したがって、弁護士会の場合には、特に法律で、そこに所属しなければ弁護士としての開業はできないわけですし、そこでみずから規律をつくって、規律違反の場合には懲戒処分もできる仕組みになっており、それが通常言われているプロフェッショナル・オートノミーではないかなと思います。

そうだとしますと、このプロフェッショナル・オートノミーと都道府県というのはそんなに対立するものではないはずで、本来、プロフェッショナル・オートノミーできちんと医師の偏在性を是正できるならば、それに委ねておくのがいいわけですが、こういう言い方はあれですけれども、プロフェッショナル・オートノミーがうまく機能しないので、行政、公のほうに出てきてもらわなければならない状況なのではないかという気がしております。

対立するものというわけではないですけれども、プロフェッショナル・オートノミーというのはどういうふうに捉えられているのかということと、今、申しあげましたように、被保険者の視点から見た国民皆保険制度というもの、そういう視点も入れて、これから議論していく必要があるのではないかと感じたところです。

長くなりました。

○片峰座長 ありがとうございます。大事なポイントですね。

どうぞ。

○平川（博）構成員（三根代理） 医師の専門性の問題ですが、老人保健施設協会から来た三根と申します。

一生を通じて医師がどう考えるかというのは、恐らく大分違うと思います。若いころ専門医を目指して、ある程度の年代になって、また総合医になりたいということもあろうかと思えます。老人保健施設は、いろいろな科の先生方が管理医師として勤めていただいております。会長は元は胸部外科のばりばりの専門医でございますが、自分がオペした患者さんがどうなっているか、行く末を見たいということで老健併設のクリニックをつくった方でございます。そういうことで、年代とともに変わってくることもあろうかと思えますので、そこは余り縛ることなく、ある程度の医師の裁量権を与えていただければと思うものであります。

以上でございます。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 先ほど森田先生がおっしゃったように、去年の中間取りまとめで昨年中に

やろうと言っていたのが、年末までに検討すべき医師偏在対策となったわけで、それは地域偏在であり、診療科間偏在だったのですね。それは、皆さんよく存じ上げていることだと思います。

一方で、前に本田構成員が御指摘したことですけれども、この医師需給に関する検討会は過去に何回もやられている。同じことを議論してきたという話がありました。前は、平成18年に報告書が出ています。その前は平成10年に出ています。その前は平成6年。さらに、昭和61年に医師需給に関する検討会の報告書が出ているわけで、これだけ30年にわたって同じことを議論してきて、そして現在の状況はどういうことかということ、地域偏在が解消していない。そして、診療科間偏在も解消していないという実情にあるわけです。

これは、皆さん明確におわかりになっていると思いますし、この会が組織されているのも、ちゃんとした地域偏在と診療科間偏在を解消するための方策を出さなければならないということです。皆さん、これだけの時間をかけて、お集まりいただいて議論しているわけです。しかしながら、先ほど申し上げましたように、同じような議論はもう既に4回もやられていて、30年にわたって議論されてきているわけで、それがなぜ具体的な施策に反映されて医師偏在、診療科間偏在が直っていないかということが一番の問題だと私は思います。

そうしますと、ここで、この委員会の責任として出さなければならないのは、ただ単に意見を出すのではなくて、強制力のある地域偏在・診療科間偏在の解決策を具体的に提言せざるを得ないと思います。したがって、まだまだ続くわけですが、この分科会においては、ぜひ具体的な施策、あるいは強制力のある施策を提言するような、きっちりとした形で結論を持っていていただきたいと思います。

○片峰座長　どうぞ。

○権丈構成員　森田先生の御発言に対して、つけ加えですけれども、この検討会は偏在問題をやっていく。今までの何年間もの失敗の歴史ということを反省して偏在問題をしっかりやっていこう。そして、きょうは地域差解決の手段として臨床研修を議論して、診療科偏在の解決手段として専門医を議論するという、今までにない展開を見せているわけですね。

この中での議論として、森田先生のほうから、被保険者というのがまだ表に出ていないというのがありました。私は先ほど都道府県という言葉を使いました。これから先、医療政策にかかわってもらい保険者としてです。これは、私の中では被保険者の代弁者として保険者が登場してきます。私の書いたり話したりしているものの中には、「本来の保険者機能」という表現があって、本来の保険者機能というのは、提供体制を被保険者のニーズに見合うようにしっかりと責任を持って確保していく、このスライド24にあるのですけれども、「国及び地方公共団体は、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保するよう努めなければならない」という、本来の保険者機能を果たすことができるのは国、都道府県単位だろう。

1985年の第1次医療法改正ぐらいから、医療政策というのはいろいろな形で都道府県単
位に集約されてきていたわけですが、いかにせん、都道府県が逃げに逃げを打っ
てきたわけですし、と同時にインセンティブがなかったわけですから、それも当然のこと
でした。

そこが今、大きく変わって、国保の都道府県化が来年度から始まります。そして、都道
府県単位で、県民の負担の均整化とニーズに見合った受給機会の均整化をどのように達成
していくかということを考えてきているところも、いろいろと出てきています。したがっ
て、先ほどの偏在問題として、地域差に臨床研修、診療科に専門医という手段を議論して
いくときに、ここに保険者という形での都道府県が法律に書いてあるような責任を果たす
というフィールドに今、来ているので、小川先生がおっしゃったような、何十年も動かな
かったということは事実であります。未来については少し状況が変わってきているので
はないかと思えます。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 森田先生が先ほどおっしゃった、現在の対策では十分ではないかもしれな
いという危惧については私もよくわかるのですけれども、改めて8ページ、9ページの資
料、地域枠というのを見てみますと、今、厚労省事務局案では、地域枠、地元枠というも
のの活用ということを物すごく前面に出されているのですけれども、これは1年間で1,600
人、地域枠の学生がいらっしゃる。今後どんどんこの方たちが卒業されていく。先ほどの
データのように、8割の方が地元に着るということになると、今後数年で地域の中に、
少なくとも都道府県間でのいわゆる医師の偏在というものは、徐々に解消が進むのではな
いかと、期待も込めて思っております。

実例を出して恐縮ですけれども、弘前大学は私の受験のときには、たしか県内で3人し
か青森県から入っておられなかったのが、地域枠で67名ということになっているわけです。
以前は、都市部から受験でどんどん地方の大学に入って、みんな都市に戻ってしまうとい
うことが続いていた集積が今の状況なのは間違いないと思っておりますので、地域枠の方が
どんどん地元に残るようになってくると、医師の偏在というのも数的には変わってくるの
かなと思う次第です。

ただ、医師の数は、県内にいても、相変わらず診療科というのは自由に選べるわけ
ですから、その診療科の偏在ということについては、まずは情報提供というかたちで行って、
先ほどあったような専門医の仕組みを活用するか否かはそのあとの課題だと思っております。

○片峰座長 ありがとうございます。

もう時間が押していますので、先ほど小川構成員から御指摘いただいた観点、それから
神野先生、先ほど御指摘いただいたのですけれども、昨年9月の段階で出た偏在対策の論
点14項目の中で、まだここで議論されていない、1つは外来診療の問題、もう一つは管理
者要件の問題。これに関して、どう取り扱っていくのかということが1つあります。この
点に関して、最終的な事務局の考え方をお聞きしたいのですが、どなたか御意見あります

か。

○山口構成員 私もその点、気になっていまして、1ページに14項目ございますけれども、いま一度整理していただきたいなど。実際、どれを話し合っ、どれの話し合いを継続して、まだ話し合っていないのはどれなのか。具体的に何か施策が進んでいるものがあるのかということ整理していただいて、まだ話し合っていないものがあるとすれば、それについてどう扱うのかということをもう一回議論したいなと思っています。

○片峰座長 もう一方。

○本田構成員 これまで、この会議を再開してから、これを年末までに議論しましょうというときに、先ほどちょっとチェックしたのですけれども、私が思うには、話し合っていないのは、(4) 医療計画の下の丸と、(8) の管理者要件。(9) のフリーランス医師への対応、(10) 医療事業の承継税制、ちょっと専門的ですけども、この辺が全く議論されていない。特に管理者要件はいろいろな意見がある中で、議論するべきだと思います。

○片峰座長 それでは、今後議論していくということで、事務局としてはよろしいですか。どうぞ。

○久米地域医療計画課長補佐 今、山口構成員と本田構成員からいただいた意見、前にも管理者要件、それから外来のお話については御意見いただいたということでございます。

一方で、例えば若手の医師だけに強制的に地方に行ってもらって、そこの医療を担ってもら。強制的に無理やり行かせるということに対する懸念というものもあるということでもありますので、そういうことに配慮しながら、今いただいた御意見を踏まえて、どういった工夫ができるかということも踏まえて、次回以降、資料を準備して、こちらで議論していただくということの準備は進めたいと思います。

○片峰座長 それでは、きょうの議論はここまでとさせていただきます。さまざま議論が残ったと思いますが、次回以降とさせていただきます。

本日いただいた御意見を踏まえて、今後の議論の進め方については、事務局と相談の上で進めさせていただきたいと思います。

最後に、事務局から御連絡があれば、お願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 次回の医師需給分科会の日程につきましては、事務局から御連絡さしあげます。

○片峰座長 日程調整は今からですか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 たびたびお願いしまして、申しわけありません。

○片峰座長 それでは、きょうはこれで終了いたします。

どうもありがとうございました。