

○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14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、北村構成員、中島構成員、福井構成員、森田構成員、山内構成員、山口構成員から、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いただいております。

次に、資料の確認をいたします。

資料1.2.3.と参考資料1、2という5つのパートに分かれております。

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、議事の進行をさせていただきます。きょうも活発な御議論をよろしくをお願いいたします。

本日は、前回の最後に議論いたしました、去年の9月段階で、偏在対策の論点として掲げております17項目、この中で、本検討会を再開した後に、まだ議論のまないたに載せてない事項がございます。きょうは、その件に関して集中的に御議論をお願いしたいということであります。

議題としては、最初に「医師少数区域に勤務した経験を有する医師への評価」、2つ目に「地域における外来医療提供体制」、3つ目に「その他」ということで、それぞれの課題につきまして、時間を区切って議論をしたいと思っておりますので、よろしくをお願いいたします。

それでは、最初に事務局より、1番目の「医師少数区域に勤務した経験を有する医師への評価について」御説明をお願いいたします。

○谷総務課長補佐 医政局の総務課でございます。

まず資料1の「医師少数区域に勤務した経験を有する医師への評価について」御説明をさしあげます。

おめぐりいただきまして、まず1ページ目でございます。これは、以前、昨年ですけれども、我々の特別研究で実施をさせていただきました、全国の医師10万人を対象に実施しました「医師の勤務実態及び働き方の意向に関する調査」結果の一部でございますけれども、こちらの結果によりますと、多くの医師、特に若手の医師の皆さんは、潜在的には地方勤務に魅力を感じているという結果が出ているということでございます。

具体的には、下のグラフ2つ用意させていただいておりますけれども、まず左側の青い

ほうのグラフですけれども、ちょっと数字が書いてないので恐縮でございますけれども、こちらの結果によりますと、「医師の44%が、今後、地方で勤務する意思がある」という結果が出ております。ここで言うところの地方は、括弧で書かせていただいているとおり、東京23区及び政令指定都市、県庁所在地の都市部以外という形で置かせていただいておりますけれども、そういうところで勤務する意思があるということでございます。

その右側に赤いグラフがございますけれども、こちらは、先ほどの「地方で勤務する意思がある」と答えた者を年代別に見た場合に、こちらは特に若手の20代が60%と多いというような結果が出ております。

※で書かせていただいておりますけれども、地方勤務の期間の希望は、20代の若い年代においては2～4年が多いですけれども、30代以上は10年以上が多いというような調査結果が出たということでございます。こちらが1ページでございます。

こちらも踏まえまして、2ページで、「見直しの方向性（案）」という形でございますけれども、今般、医師の偏在対策を議論するに当たりましては、規制的な手法だけではなく、医師の皆さんがモチベーションを持って、地方、特に医師少数区域を想定しておりますけれども、そちらで働くことができるようにインセンティブを与える仕組みを検討する必要があるのではないかと考えております。

その結果、医師少数区域で働く医師の皆さんが増加して、そうした医師の皆さんが生涯を通じて地域の医師偏在解消の中核となり、活躍をする体制を整備することが、全国レベルでの医師偏在解消につながるのではないかと考えているところでございます。

そういうことを踏まえまして、具体的にはという形で、以下の仕組みを検討してはどうかという形でお示しをさせていただいております。

大きく2点ございまして、（1）として、医師少数区域において一定期間以上の勤務経験を有する医師を厚生労働省で認定をさせていただく。（2）として、その認定の仕組みを活用しまして認定を受けた医師、ここでは仮に「認定医師」という形で名称化していただいておりますけれども、そのモチベーションを上げるというか、その認定医師になるというインセンティブとなるように、さらに、以下のような仕組みが考えられないかという形で示させていただいております。

大きく3つございまして、「認定医師であること」を広告可能な事項にすることがまず1点目でございます。

2点目は、例えばですけれども、地域医療支援病院等一定の病院において、その病院の管理者として認定医師を何らかの評価できないかというのが2点目。

3点目が、その他ということですが、その他普及に向けたインセンティブを仕組みとして設けてはどうかという形で御提示をさせていただいております。

その見直しといいますか、その制度のイメージは下のほうに図示をさせていただいているところでございます。

資料1については、説明は以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

参考資料1があると思います。この2ページ目に、先ほど申しました、昨年の9月段階での17項目があります。今回のこの議論は、そのうちの8番「管理者の要件」。ここにございますように、「特定地域・診療科で一定期間診療に従事することを、臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件とすることについて検討」との関連でありまして、その後のさまざまな議論の経緯を踏まえた新しい方向性の御提案ということだと思います。

それではどうぞ。どなたからでも御議論を開始していただければと思います。

○小川構成員 ただいまの資料1の2の○の3番目の(2)のマル2で、「地域医療支援病院等一定の病院の管理者としての認定医師の評価」は、要するに、認定医師になっていなければ管理者になれないという理解でよろしいのですか。

○谷総務課長補佐 御質問ありがとうございます。

御指摘のとおり、認定医師の評価は、管理者のいわゆる要件ということも含めて御議論いただきたいと、事務局としては考えております。

ただ、この管理者要件の関係につきましては、これまで医師需給分科会で議論をさせていただいていることは認識しておりまして、その一定の管理者要件として導入するという意見がある一方で、他方で、資料1で示させていただいたとおり、医師の自発的な意思に働きかける仕組みとすべきという意見もございましたので、そういうものも勘案して、我々のほうで案をつくらせていただいたということでございますので、御指摘の点も含めて、本日御議論いただきたいと考えております。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 地域医療支援病院と一定の病院に限定をした意味は、どういうところにあるのでしょうか。

○谷総務課長補佐 こちらも1例として挙げさせていただいたものですので、それを全ての病院にするのか、どれぐらいの一定の病院にするのかということも含めて、御議論いただければと思います。

○片峰座長 神野先生、どうぞ。

○神野構成員 何らかの強い偏在対策は必要という中での管理者要件で、地域勤務の経験を縛ることに關しては、私はありだと思っております。

その中で、「地域医療支援病院等一定の病院」の「等」のところと、それから、前回、先ほど座長からお話があった対策の参考資料の2ページのほうは、「臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所」と書いてありますけれども、そこが抜けて、ここで「地域医療支援病院等」となったところの、特に診療所等についてどう考えていくかということが必要になってくるかなと思います。

私の思いとしては、例えば厚生労働省の一連の流れからすると、地域医療構想等のところで、公的病院改革ガイドライン、あれはたしか公的病院と特定機能病院と地域医療支援

病院がガイドラインの対象だったと思いますけれども、そういった意味では一連の流れの中で病院を指定するのはありなのかなと思っております。

以上です。

○片峰座長 もうちょっと書きぶりを変えたらいいということですね。

○神野構成員 はい。この「地域医療支援病院等」のところをもう少し具体的にしないとわからないのではないですかということでもあります。

○片峰座長 ここらに関して御意見はございますか。

本田構成員、どうぞ。

○本田構成員 その（２）のマル２の部分ですけれども、私は、そもそも一部の病院に限るのではなく、管理者要件に全面的に入れた方が分かりやすいのではないかと考えていたのですけれども、さまざまな関係者の方々の御意見を伺っている中で、きちんと説明がつくことがとても大事だと思いました。

いろいろな考え方はあるとは思いますが、過疎地とか、医師不足や医療資源の少ない地域に一定期間行ってもらうことを、そうした要件にするという仕組みを設けるといふ考え方からすると、地域医療や地域包括ケアを担うという機能に着目する、というのが説明のつくところではないかと思えます。そういう意味からすると、地域医療支援病院もそうだし、そういう機能の病床を持つ病院、例えば、リハビリとか療養病床とかを持つ病院、診療所などの医療機関について、管理者要件とするのが、説明もつきやすいのではないかと考えます。

その管理者要件も、今すぐすべて義務化するという事は難しいのかもしれませんが、将来的にはそういう方向に考える必要があるのかなと思います。

○片峰座長 今村構成員、どうぞ。

○今村構成員 昨年のこの分科会での中間とりまとめに示す今まで、過去のこの14項目の中の8番目の管理者要件の書きぶり、今回、厚労省の事務局が事務局が御提示したものは、若干ニュアンスは違っているのかなと思います。あくまで医師の自主性を尊重して、自分が将来医師として地域医療を担っていく上で、その地域医療というものはいかなるものかということを知っていただくためにそういう経験を持っていただく。そのことが、また、自分の地域医療を担っていく医師としてのキャリアにつながっていくという、そういう視点でこれを出されていると思いますので、私は、まずはこういう形でやってみることが大事なのではないかなとは思っています。

このことについては賛成させていただき上で、具体的に、幾つか御質問があるのですが、一定期間とありますが、これも多分この会議の議論ということになるのだと思うのですけれども、具体的に何か厚労省として想定がおありになるのかどうかということ。

それから、広告できると。「認定医師」を広告できるありますが、という何か具体的に名前を想定されているのか。つまり、国民から見てその医師を評価するというプラスのイメージになるような何か名前名称があるのかどうかというのはどうなのかなというのが1

つあります。

それから、3つ目のマルの「その他の普及」は、この仕組みのことを言っているのだと思うのですけれども、例えばこの図のところで、勤務医のかなり年数がたったところで、「医師の少数区域での一定年数の勤務」という、この赤い点線で囲ってある部分がかかれているのですけれども、これは何か意味があるのかどうか。

というのは、私も大学病院で長い間専門的な医療に従事して、縁あっていきなり地域で開業することになったのですけれども、今求められている総合的な診療能力であるとか地域医療が何であるかということを知らないままに、そういう勤務医が開業するということは、その医師にとっても余りいいことではないというか、ですね。医療を受けられる方にとっても、もう少しいろいろな経験を積んで開業する機会があるのは、制度的にあってもいいのかなとちょっと思っております。この辺も何か具体的なイメージを厚労省はお持ちなのかどうか教えていただければと思います。

○片峰座長 では、お答えいただけますか。

○谷総務課長補佐 御質問ありがとうございます。

3点あったかと思えますけれども、まず、この「一定期間」というところでございますが、我々として、まさに今村先生がおっしゃったとおり、この場で御議論をいただければと思っておりますので、少なくとも数日とか、すごい長いとか、極端な例を考えているわけではございません。

名称につきましても、事務局で話をしているということはありませんけれども、今のところ決まったものがあるわけではないですので、観点としては、先生おっしゃったとおり、なじみがあるとか、あとは、実際に認定医師になれる医師の皆さんが、要は、進んでつきたいと思うような名前にしていくべきではないかと考えております。

時期についてですけれども、こちらは1点目の御質問のどれぐらいの期間をその経験年数とするのかということにも関係するかと思いますので、今ここで提示をさせていただいているのは、さまざまなパターンがあるのではないかとという形で御提示させていただいているもので、我々として、この時期に必ずしなければいけないという想定があるわけではございませんので、その点も含めて御議論いただければと考えております。

○榎本総務課長 ちょっと補足させていただいてよろしいでしょうか。

○片峰座長 はい。どうぞ。

○榎本総務課長 今の最後の3点目のところですが、こういったところで経験を積むか、どういう人生の時点の中で経験を積むかというのは、まさにその方の御本人の選択によるのではということで、それは別に若い時分でも結構ですし、あるいは、ある程度経験を積んだ上で、現場のほうに出てやってみるということも当然ありだと考えておりますので、それを前提に、どこでも可能だという意味でこの枠を設定させていただいていると御理解をいただければと思います。

○片峰座長 羽鳥先生、どうぞ。

○羽鳥構成員 今と同じ質問になりますけれども、(2)のマル2の「地域医療支援病院等」と、それから、先ほどの参考資料の8の3つ示された後の「等」ということで、逆に、前回議論にあった診療所の開設要件は、なくなったと読めますがよろしいですか？

この見直しのイメージで、臨床研修2年目の後半で、3カ月ぐらいのイメージで、医師少数区域に行くとしたら、2人ペアあるいは3人ペアとか、上の先生と共に赴く場合と専門研修の3年目で一人で行くのとはちょっと事情が違うので、赴任する条件を決めないと勉強にならないのではないのでしょうか？

それから、勤務医を10～15年ぐらいやって、これから管理者になるために、1～2年医師少数地区に行くことが病院の管理者条件とみえますが、それでよろしいのでしょうか？

4つ目に、3の「その他普及に向けたインセンティブ」をもう少し具体的に例示して下さい。

その4つの点をお答えいただけますでしょうか。

○片峰座長 これは、最終的には、医療法に記載することも含めて、法令化を考えておられますよね。

○谷総務課長補佐 ここは具体的にしているわけではございませんけれども、そういうことも含めて検討をしていくことです。

○片峰座長 これも、ここで議論をするのですか。

○谷総務課長補佐 そちらは、基本的には事務局のほうで整理させていただくこととなります。どこまで法律で書けるかということもあろうかと思えます。

○片峰座長 いかがですか。

堀之内さん。

○堀之内構成員 堀之内でございます。

若手の医師からの知見からで、毎回申し上げております。先ほど、構成員の先生方から御指摘がありましたけれども、説明可能性とか、医師のキャリアの中に取り込んだという御指摘は非常に重要でございます。要するに、地方に医師がいない地域に行ってほしいというのがすごく前面に出てしまいますと、多分、若手の医師からして、わざわざそれに乗っからなくてもいいかと思われやすい。例えば、魅力的な専門医など、もっとほかのキャリアデザインを描く方も恐らくいらっしゃると思います。今回の管理者要件は、特に対象とされていらっしゃるような10年目ぐらいまでの医師にしてみれば、意識しながら研修をしていらっしゃるという方はそうは多くはいらっしゃらないのではないかなと思います。長い目を見た、本当に医師のキャリアの中でこういう地域医療に密着したキャリアパスの中に位置づけたかたちで管理者要件を今回提示する必要がございます。そういった形でしっかり出されるようにしなければ、ちょっと足かせが多いコースが1つできただけで、そっちのコースにはわざわざ行かなくてもいいかな、魅力的な都市の大学病院等でしっかりやればいいというふうに取り捨選択されてしまう可能性もなくはないかなと思います。そこを意識して設計してください。

○片峰座長 平川（淳）構成員、どうぞ。

○平川（淳）構成員 平川です。

このインセンティブという考え方の中で、（２）のマル２の地域医療支援病院等の管理者は、そんなに魅力的なものなのではないでしょうか。管理者になることが一つの目標ではないと思いますし、病院の責任者はその資質の問題もあると思うので、暗にこういうものをここに入れてしまって、それで、インセンティブ、病院長になれるからどうだというようなことは、ちょっと的外れな印象があるので、本当に、認定医師というものが昔の博士号のような一つの権威的なものになれば、まだ少しいいのかもかもしれませんが、マル２の評価の仕方は方向性としてはちょっとどうかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○表構成員 ３点ございます。議論ということで、ある程度フラットベースでお話しさせていただきたいと思います。

まず１点目が、行かされるというニュアンスはなかなか長続きしないかなと思います。やはり医師がみずから行きたいという、まさにそれがインセンティブだと思いますので、そのために、まずは受け入れる地域の視点はやはり必要なと思います。つまり、行かされる医師を受け入れるのではなくて、そこに行きたいという医師を受け入れて、そこで地域が、その医師に対してその地域を挙げて感謝状を贈るとか、何かそういう目に見える、医師が感謝されるまたは尊敬される、そういった社会的な承認や感謝へのインセンティブが大切です。ですから、受け入れる地域の視点から見て、この管理者要件はいかがなものかということをまず議論をしていただきたい。

２つ目が、先ほど今村先生がおっしゃった話のように、地域医療はまさに医師にとっては非常に大きな学びの場でもあります。ですから、その学びの場ということの視点で、例えばですけれども、総合診療医を目指す医師でしたら、やはり地域医療を見なければいけないとなると、その非常に魅力的な学びの場があるんだよという視点で地域を指し示すのが１つかなと思います。

そして、３つ目が、今、このイメージ図を拝見させていただきますと、若手医師と言っては変ですけれども、ある程度年代が若い方のほうに点線の四角があるような気がします。もちろんこれはイメージなので、一概には言えませんけれども。結果的に、若手だけに限定されるような制度だったり、または、そういう条件だったりというのは、少し考えたほうがいいかなと思います。当然ながら、医師はあらゆる年代にまたがっておりますので、若手だけが結果的にそうになってしまうのは、少し乱暴な議論かなと私は思っております。

以上、３点でございます。

○片峰座長 永井先生、どうぞ。

○永井構成員 私は実際にへき地医療をしている立場から申しまして、病院の管理者が、それぞれ専門医としてずっと病院の中で上に上がってきたり、大学病院から院長になったりしたときに、その先生がへき地に行ってそういうへき地医療をしているイメージが余り

湧かなくて、それは行きたくないのに行かされるとかで、何より住民が不幸だと思うのですよね。そういう先生に診てもらうのは、行きたくないのに行かされると。

そういう視点で考えると、お互いが不幸になる方法だと思うのですよね。だから、今回の厚労省の案も、あくまで要件としてではなくて、行きたいと思える人が行くのであればいいので、そのインセンティブとして認定医師を評価しようというのがこの2番だと思うのですね。

むしろ、イメージとしては、管理者が行くよりは、裴先生が言われたように若い医師が行くというイメージで、それももちろんメリットがあって、学びの場であったり、メリットがあって行くという立場なので、若いときにとくと、いろいろ奥さんの問題であったり、子どもの問題、ステージの問題とかいろいろありますから、そういうのを仕組みとして解決するものをセットにしないと、若い医師はなかなか行けないと思うのですね。

先ほど先生が言われた、臨床研修の時期に指導者がいるというのは、うち、実は指導者がいて一緒にやっています。だから、臨床研修の2年の期間は、当然指導者がいるところでそういう研修をすることになるかと思えます。そういう仕組みとセットにして、行きたいと思える、そういうインセンティブが与えられるような仕組みづくりが必要ではないかなと思えます。

○片峰座長 今村先生、どうぞ。

○今村構成員 先ほどの裴先生、それから、平川（淳）先生の御意見に対してですが、裴先生は、若い世代にということですがけれども、私さっき申し上げたように、これを見ると、勤務医の経験がかなりある方もここに関わっていて、それぞれの世代によって求めるものが多分違って、若い時期に本当に地域医療に早く触れたいという総合診療医的なマインドが強い先生は、若い時期に行きたいと。また、平川（淳）先生がおっしゃったように、そんな人に地域医療支援病院の管理者はインセンティブにならないのではないかなというご意見もあろうかと思えます。

多分、若いころはそうなのですからけれども、実際に、地域医療支援病院は500以上あるわけですね。実際に、病院数の院長先生はいらっしゃるわけです。例えば、そういうことは管理者になるために必要だとなれば、勤務されている先生が、では、この地域医療支援病院の院長になっていただくとなったら、そのときはそういう経験も必要ということで、相当の臨床経験のある先生が、自分は院長になるために行ってくださいかという、そういう考えになられる方もいるわけで。それぞれの世代ごとにいろいろな考え方がこの中に持っているのではないかなと私は思っているのですね。なので、いろいろな世代にこういうチャンスがあることは、医師のキャリアにとって大事なのではないかなと思っています。

○片峰座長 今回の見直しのイメージ図は、ちょっと誤解を与えるかもしれませんね。いろいろなバリエーションがありうるのだらうと思えます。

済みません。鶴田構成員がさっきからお待ちです。

○鶴田構成員 ここで議論される地域医療がどんな地域医療かがよくわからないといけな

だと思います。単純に医師の少ない地域に行って医療をすることが地域医療なのかですかね。医師少数区域とは二次医療圏で考えるのか？又は、医師の少ない医療圏で考えるとしても、そこには大きな病院と小さな病院があって、その全体として医師の少ない地域なのかですかね。それによって、議論が違うのではないのでしょうか？

静岡県では、49の公的病院等に医学修学資金貸与者を配置しています。今年を対象者が181名いて、免除対象の医療機関に117名を配置しました。そうした中で、要望医師数を聞いていますが、500床以上の病院は12病院あり、310人の要望があります。一方、100床未満の病院は6病院あり、3人しか要望がない。従って、大きな病院ほど多くの医者を必要としているのが現状の医師不足の実態です。静岡県の場合は、大きな病院だから医師が200人いれば足りるという話ではありません。例えば100床ぐらいの病院で、医師が7～8人ぐらいいる病院はあと一人欲しいというレベルの医師不足が実態です。医師不足は病院の規模、場所によって違うと思います。

したがって、この対象とする区域、対象とする病院についても議論し、どのような地域医療をするドクターをこの制度の中で求めるかというものも考えておかないと、皆さんが地域医療と一言と言っても、言う中身が違うのではないかという疑問を持ちました。

以上です。

○片峰座長 では、本田さんから。

○本田構成員 先ほどは、2の部分しか発言できなかったもので、別の部分について。見直しのイメージのところ議論になっていますけれども、先ほど、ほかの構成員からもご発言ありましたが、若い臨床研修医が一人で地域に行って医療してくださいという仕組みでは、先生方も困るでしょうし、地域としても有り難い一方で不安というものもある。セットでというのはもちろんですけれども、若い先生には地域医療の素晴らしさを知るという教育的な意味は大きいと思いますが、仕組みとしては、ある程度一人立ちされた医師が将来のことを考えて、地域医療に今後携わりたくないという方が、ある程度現場経験を積んでこられた方が来られるということが重要なことだと思います。なので、いろいろな時期の方々がそういうことを目指せる、地域に1年でも2年でも診ていただけるのがとても大事なかなと思います。この臨床研修のところ赤い点線があるのは、これは3カ月ぐらいのことをイメージされているのか、ちょっとよくわからないなと思ったので、ここはちょっと疑問を感じました。

もう一つ、「普及に向けたインセンティブ」というところです。先ほど、管理者要件の形で行くのは、説明がつくような病院とか診療所とかの管理者になられる方に行ってもらい仕組みがいいと申し上げましたけれども、今の若い先生方には「管理者になる要件」がインセンティブにならないのかもしれないという御意見もありました。確かに、そういうこともあるかもしれないので、それがインセンティブになるような、そういう認定を持っている人が管理者になると診療報酬上での加算がつくといい、これは保険局の話になってしまうのかもしれませんが、何かしら別のインセンティブというものも、今後、

検討の方向の中にあつたらいいと思います。それは、ここでは議論することではないのかもしれませんが、バリエーションを持つことがいいのではないかと、そう感じました。

○片峰座長 それでは、小川先生どうぞ。

○小川構成員 参考資料2の上から3カラム目です。日本医師会と全国医学部長病院長会議が平成27年に緊急提言を出したわけでありましてけれども、この中で、「一定期間、医師不足地域で勤務した経験のあることを病院・診療所の管理者の要件とする」という文言をまとめたわけです。

先ほど、一部の方々から、強制するのはいかなものかというような話もありましたけれども、医師になるためには、国民の税金も多大に入っていることを考えれば、当然のことながら、こういうルールを決めて、そのルールをどういうふうにするかということについて議論すべきであって、この「管理者の要件とする」ということに関しては、大体皆さんのコンセンサスがある程度とれているのではないかと思います。

一部の方々には反対だということもありますけれども、そういう意味では、もう一つ大事なことは、先ほど、ある程度の規模をもつ病院である地域医療支援病院等ではなくて、診療所の管理者まで入れないと、これは効果はほとんどないと思います。地域医療支援病院は1000とかそのぐらいの数は全国にあるわけだけれども、1000人しか管理者になれないわけですから、そういう意味では、そういう形では全然意味がないのではないかなと思います。

○片峰座長 医師偏在対策の一環としての議論という意味では、インセンティブをどう与えるかというのはものすごい大事で、そういった意味では、最初から議論があつて、このマル2のところの「等」というところの中身ですよ。

では、権丈先生。

○権丈構成員 この医師需給分科会は、去年からベースにしているのがエビデンスというもので、私は極めて画期的な会議だと思っております。医師偏在というものを、地方に医師を、要するに、この偏在問題を解決していくという上では、エビデンスベースで言うと、地元出身の学生に医学部に入学してもらおうというのがどうも強いエビデンスとしてある。その次ぐらいには、総合診療医というのを育てていくと、地域医療をやってくれるというのがある。3番目ぐらいに、若いうちにへき地医療の現場に留学してもらおうというのがエビデンスとしてあるわけですがけれども、3番目のところの因果関係はよくわからないわけですね。恐らく、経験をすると、なるほど、これって思っていたものよりもいいものなのだな、価値があるものなのだな、医者として結構いいものなのだなというふうに思ってくれる教育効果があるのではないかと私は思っております。

この辺りの3番目の若いときの経験というところになると、私は、経済学のカリキュラムの中に制度とか歴史をどう組み込むかということは当てはまるかなというようなことを考えているのですが、学生に聞くと、いや、数学に近いほうがいい、計量がいいとか、理論経済学がいいとかいう話になるのでしょうか、本当はやはり制度とか歴史とかのほうが重要なのだよねと。それをどうカリキュラムに組み込むかということは、なかなか

か学生に聞いてすぐ答えが出てくるものでもない。

だから、カリキュラムをどう設定していくかというのも、国全体で、この地域偏在問題も考えていきながら、医師という、先ほどのお話もありましたけれども、去年の尾身（茂）先生の使われた表現で言いますと、基本的には、国民の支払う保険料、税金で賄われていることを考えれば、プロフェッショナルフリーダムを尊重すると同時に、地域や社会のニーズにも応えることが重要であるという、このバランスをどうとっていくかということが重要だと思うのですが、そうした視点からもカリキュラムを考えていくときに、ここは必修にするのか選択科目にするのかというところがあって、選択科目にするとうまくいかない可能性がある。しかし、大学の中でのカリキュラムも、必修にすると、それなりのサポートをしないことにはいろいろな問題が出てくる。

永井構成員がさっきおっしゃったように、ある程度必修の形、広くみんなが若いとき、あるいは医療福祉の経験をしていく中で、ここの経験を踏んでいくという教育課程の中での一環として入ってくるということになっていくと、それなりの国の覚悟として余り弊害がないように、いろいろなサポートをセットにしてやっていくのは当然だと思います。

そのときに、そうしたサポートが今現在ないからといって、履修者が恐ろしくすくなくなる選択科目のような状況にしていくと、これは余り機能しなくなってくるのかなという話で、このプログラムの中では、別に、地域の医師を補充するという意味ではなくて、ここでの経験が医師全体の自分の生涯の人生設計の中で影響していったら、それで、理論経済学とか計量経済学ばかりではなくて、やはり制度、歴史も重要だよなというようなことを分かってもらって、いろいろなものを考えていくことを育てていくというカリキュラムを考えていくとすると、私はここに書いてある話と同時に、この資料1スライド2の「地域医療支援病院等」の「等」というところは割と広めに考えておいたほうがいいのかなという気はしております。

○片峰座長 今村先生、どうぞ。

○今村構成員 小川先生から、日本医師会と全国医学部長病院長会議の合同提言ということで、過去、このような緊急提言をさせていただいたという経緯があることは当事者として重々承知をしています。最終的には、偏在対策のスピード感ということが非常に大事なので、こういったことも議論をしなければいけないということなのですが、もう一点考えておかなければならないのは、この仕組みをつくるときに、どの年齢の方を対象にするのか。

今後、医師になっていく方、あるいは医学部を目指す方たちが、将来、自分が医師になったときにこういうことが要件になっているのだということをわかってすると、そうではなくて、現在もう医師として働いている方も、この絵で言うと対象になってくるわけで。そこに、いきなりかなり強制的な要件を入れると、一遍にいろいろな動きが起こって、例えば、診療所の開業要件にすると、そうなる前に開業しますという人が一気に出てきて、病院から辞めていくという人たちが出てくるというおそれもないわけではないので、そう

いうことは相当に慎重に議論をしたほうが私はいいと思っています。

したがって、まずは、これを始めてみるという意味で、今回の提案は非常にいろいろな意味で受け入れやすい提案になっていますし、地域医療に急激に大きな影響が出るものではないので、まずはインセンティブという形でできるだけ早く始めてみて、それがどういう効果があるかということを検証しながら、次のステップを考えるということのほうが現実的なのかなとは思っております。

○片峰座長 今村先生、さっきの「等」のところに関しては、このままでいいという御意見ですか。

○今村構成員 いや、まず、地域医療支援病院は非常にわかりやすいと思うのですね。まさしくさっき本田さんがおっしゃったように、地域医療ということで対応をとるわけですから、鶴田先生がおっしゃるように、地域医療って何なのというのはあるにしても、わかりやすい言葉ですが、一定程度、病院の対象数、例えばいまの想定病院数では影響ないという話であれば、もう少し対象は増やしてもいいと思うのですけれども、全ての医療機関の管理者というのは、いきなりやるのはなかなかハードルが高いし、現実的に難しいのではないかなと思っています。

○片峰座長 松田先生、どうぞ。

○松田構成員 松田です。

多分、受け入れ側と送り出す側というか、行く側のマッチングの問題もきちんと考えていかないとうまくいかないと思いますので、例えば研修医の場合であれば、研修病院と受入先の病院と何かオーガナイズした仕組みになると思いますし、一定程度勤務経験がある先生に対しては、多分、その勤務している病院と受入先のところのいろいろな契約みたいなものがないといけないとか、そうすると、その前提として、医師少数区域というところで、どういう医師がどのくらい必要なかということがまずないといけないと思います。それを考えていかないと、例えば診療所の管理者要件になったときに、例えば眼科の医師とか皮膚科の医師とか、必ず地域にはサブニーズがあるのですけれども、多分、365日ずっといなければいけないようなニーズではないような、そういう診療科の先生に対して、どのようにそれをつくっていくのか。例えば、それは週1回でいいのか、週2回でいいのかとか、多分、その診療科によって、その地域のニーズが違うと思いますので、そういうところをうまく設計していかないといけないのかなと思います。

例えばフランスみたいなどころだと、地域の中核病院からその地方の多機能診療所みたいなところに週に2回行けばいいみたいな形での契約を結んでいるところもあります。そういう制度設計をうまく考えていかないと、多分、受ける側の地域の方にとって、あるときはいるけれども、あるときはいないということになってしまうと、これは非常に不幸なことになってしまうので、そういうところの受け入れ側と送り出す側の制度設計もうまく考えていかないといけないのではないかなと思います。

○片峰座長 なかなか議論をまとめるのは大変なのですけれども、今までの御議論の1つ

は、インセンティブをどうつくるかという環境整備の問題もあるでしょうけれども、管理者要件自体がインセンティブになるかどうかというところは大きいですね。そういった意味では、このままの記載でいいのかどうかというのはポイントだと思いますね。

あと、このイメージ図のところをもっとバリエーションがあるはずだと思います。

あと、どうですか。何かございますか。

どうぞ。

○鶴田構成員 インセンティブの与え方について、その医師個人へのインセンティブとするのかですね。例えば、地域医療支援病院の病院からそこに（医師不足地域）派遣するような形で、派遣元病院にインセンティブを与える方法もあるかもしれません。昔は、大学に医局があって、医局からそういうところ（医師不足地域）に派遣していたのですが、初期臨床研修医の半分はもう大学から離れているので、どこかの病院（地域医療支援病院等）に行ったらそこ（医師不足地域）に行ける、派遣元の病院を支援するという形の制度設計もあるのではないかという気がします。

○片峰座長 そろそろ次に移りたいのですが、恐らくこの議論は持ち越しになるかもしれません。法令化するにしろ何にしろ、今日のご議論を踏まえて、もう一回少し具体的なところを出していただいたほうがわかりやすいと思いますね。

権丈先生、どうぞ。

○権丈構成員 去年の9月に尾身先生がいらっしゃったときには、「保険医登録の条件、あるいは、保険医療機関の責任者になるための条件として、一定期間、医師不足地域で勤務することを求められる。これは最も関係者の間で納得を得やすく、実効性の高い施策と考えられる」と発言されて、そうですねというような話で、別に異論もなく終わったと思うのですが、そのところはちょっと必修科目過ぎるということで、この会議では、この8つのところからは外れていると考えてよろしいのでしょうか。

○片峰座長 そうだと思いますけれども、久米さん、何かございますか。

○久米地域医療計画課長補佐 いろいろな経緯を踏まえて、今こういう形になっているのだと思います。

○片峰座長 最後に、どうぞ。

○裊構成員 私も、2番の「認定医師であること」の広告と管理者要件に関して、先ほど議論になった、いろいろな世代の実際に今働いておられる医師の意見を聞くことが必要だと思います。例えば、こういう管理者要件、または、広告できるよとなると、地域に行きたいですかというような、それを聞く機会の開催といったことは厚労省側はお考えなのでしょうか。

先ほど、エビデンスに基づいてお話をしましょうというお話がございましたので、その医師の管理者要件に対する意識等のエビデンスを集めることを今考えておられるのでしょうか。

○裊構成員 ありがとうございます。

○片峰座長 それでは、次に移りたいと思いますけれども、皆さんに確認しておいていただきたいのは、この会議は、本来、医師需給検討会なのです。ここの医師偏在対策に関する議論を、次の医師需給問題に連動させるというのが基本的な趣旨で、そのために、どこまで踏み込んだシミュレーションが可能な偏在対策がここで議論されて、それが次につながるかと。それは非常に大事なポイントですよ。そこら辺はぜひ御確認いただいて、御議論いただければと思います。

最後に、時間がありませんでしたら、また、この問題に戻りますので、次に移らせていただきます。

次は、「地域における外来医療提供体制について」であります。

それでは、事務局から御説明をお願いいたします。

○久米地域医療計画課長補佐 地域医療計画課でございます。

資料をお手元に御用意ください。「地域における外来医療提供体制について」という資料でございます。

まず、「地域における外来医療機能の偏在・不足等への対応について」というところから説明をさせていただきます。2ページをおめくりください。

現在の外来医療の提供の状況でございますが、下のグラフを見ていただきますと、入院・外来を足した患者数のうち、外来が8割でございます。その下、外来は高齢者の方が結構多いことと、傷病別割合についても、高齢者に特有の疾患に関係するものが多いのではないかなというようなことが想定されるような結果となっております。

3ページに進んでいただきますと、外来患者数は、近年、ほぼ横ばいで推移していますが、若干、微増という状況でございます。また、都道府県別の受療状況を見ますと、西日本のほうが若干多いのかなというような状況であるということでございます。

それから、4ページにつきましては、こちらはもう既にお示しさせていただいているものではございますけれども、病院では、医師数20万、有床診が15,000、それから、無床診が115,000という中で、特に、無床診療所は、特別区などの都市部に開設が偏っているというような状況にあるということでございます。

それから、5ページについては、こちらは日医総研のワーキングペーパーの中から抜粋したものでございますけれども、診療所における診療科の状況でございます。主たる診療科は、内科である医師は頭打ちとなっておりますが、専門的な消化器内科とか循環器内科などその他内科系の医師が増加しているということでありまして、外科についても、泌尿器科、脳神経外科など、その他外科系の医師が増加しているというような状況にあるということでございます。

次のページをおめくりいただきまして、6ページでございますけれども、紹介状がない外来患者の割合ということでございますが、こちらは、一般診療所が多いということございまして、病床が大きくなれば、その割合も減っていくというような状況であるということでございます。

また、7ページでございますけれども、こちらは、地域における夜間救急医療の提供体制の状況でございます。左のほうの上のグラフを見ていただきますと、こちらは、赤線は診療所のうち夜間勤務対応を実施している割合でございます。これを二次医療圏ごとに、多いところから少ないところにプロットしたものであります。こちらの数字と、人口10万人当たりの診療所数が下の棒グラフでございます。この多さと余り関係がないというようなものでございます。

ただ、診療所が多い・少ないというところだけで見ることではできません。病院のほうで夜間救急をやっていると、それが関係しているのではないかということもありますので、その病院のほうのものも見てみたものが下のグラフでございます。赤が夜間救急対応診療所数で、これは多いところから少ないところまでプロットしたものでございますが、これを夜間救急をやっている病院数をそれぞれの地域ごとに見たところで、それも余り関係がなさそうだというところでございます。

なので、診療所については、夜間対応をやっているところはやっているし、やってないところはやってないというような状況であるということでございますが、右のほうの表を見ていただきますと、全く傾向がないかということ、そうではありません。この表の中の人口10万人当たり診療所数の中の夜間救急対応している割合というところの一番上の東京都の島しょだと51.9%というようなところから、これが多い順に表として並べているものでありますけれども、この上の方の順位と下位順位を見てみましたところ、上の方は、島しょとか、長崎の五島とか、大体人口が少ないようなところで診療所が活躍していると。一方で、下のほうですね。下位順位のところは、東京都の都市部の区中央部などは下位でございますが、そういうところがあんまり診療所の夜間救急の対応割合は多くないというような、そういうような傾向があると見てとれるということでございます。

それから、8ページに進んでいただきますと、こちらは、在宅医療介護の連携事業の資料でございますけれども、在宅などをやっていく中でも、グループ診療をこれから進めていくというようなことで推進をしているといったことでございます。こちらは地域包括ケアシステムの構築に向けて、必要なものの1つであるというような方向性が書かれているということでございます。

それから、10ページを見ていただきますと、少し趣が変わった資料であります。CTやMRIの保有状況ということでございまして、これは既に、「医療計画の見直し等に関する検討会」の中で出している資料であります。CTの保有施設、診療所が43%、MRIが33%ということになります。それから、都道府県別の人口10万人単位のCT・MRI台数を見ても、こういうような状況でばらつきがあるということでございます。

参考として、「地域医療構想」の関係資料をつけておりますが、「地域医療構想」では、将来の医療需要に基づいて、ベッド数をどうしていくかというような議論を、その調整会議の中で進めていく。将来の医療需要に基づいて議論を進める会議があるというような参考資料であります。

以上を踏まえて、13ページでございますけれども、外来医療につきましては、開設状況が都市部に偏っているということでありまして、専門分化が進んでいる。それから、救急体制の構築、グループ診療の推進、それから、放射線装置の共同利用、こういったことが個々の医療機関の自主的な取組に委ねられているというような状況にあるということでございます。

こちらを踏まえまして、「検討の方向性」でございますが、今般、医師偏在の度合い、指標のようなものを示すということによって、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足といったものが見えるようになるということでございます。

まず、できることは何かということでございますけれども、こうした外来医療機能の情報については、新たに開業しようとしている方、こうした方に対して有益な情報として提供していくことは当然であろうと。

その際、これは、仮に二次医療圏ごとに指標をつくるというような話になったときに、二次医療圏によっても、北のほうには医療機関は集中しているけれども、南はそうではないとか、特定の診療科が多いとか少ないとか、付加情報というものがあると思いますので、そういったものの情報を加えとか、もしくは、患者のプライバシー情報や経営情報みたいな機微に触れるような情報については除いて情報提供をしていくといったような、そういった作業が必要になるということでございます。こういったところは、「地域医療構想」の中でも、情報提供に当たって、調整会議の中で議論をして、情報提供をしているというような状況にあるということでございますので、そうした協議はこういった場には必要ではないか。

仮に、こういった協議をするのであれば、救急体制の構築とか、グループ診療の推進、それから、設備機器の共同利用など、今、私が申し上げましたいろいろな現状に対する状況を改善していくといったような部分について、その中で方針をまとめていくという、そういう協議の場をそういうものに使っていくことができるのではないかとすることを提案させていただきます。

次以降の資料は、こちらの分科会で御議論、御発言いただいたものの中で、御意見がいろいろな方向からあったものについて、それについて論点ですね。新たに無床診療所の開設について、制度上の枠組みを設ける際の論点についてまとめさせていただいているものでございます。

具体的に、15ページを見ていただきますと、無床診療所についても、例えば、入院の病床と同じように、保険医療機関の指定を過剰なところにあっては行わないというようなことは考えられるのではないかとというような意見があり、一方で、すぐに保険診療を認めないのは、それはちょっと強いものではないでしょうかと。まずは情報提供から必要なのではないですかというような意見。もしくは、開業制限みたいなものは、何の目的でやるのかというのをしっかりしなければならぬという意見もございましたし、最後一番下は、国民皆保険のもとで、被保険者は保険料を公平に払っているという観点からすると、医師

の偏在によって医療アクセスが制限されている、こういった状況はどう改善していくかということを検討することは必要ではないかと、こういった御意見もありました。

16ページから17ページ、18ページは、こういった意見に対して、どういう仕組みをつくっていきますかといった辺りなど、現状の制度と、それから、類似制度の御紹介であります。

16ページ、重要なところは、届出制のものと、下のほうに枠がありますけれども、こちらは、医師が診療所を開設するときは、病院とかのように許可制ではなく、届出でよいということです、行政庁の判断は介入しないというような状況になっている。ですので、届出をしたら開業はできますという状況になっているということでもあります。

17ページは基準病床制度。こちら御承知だとは思いますが、二次医療圏ごとに一定の基準の病床数がありまして、それを超えては病床をつくることはできない。もし、つくった場合には、保険診療ができないと、そういった仕組みになっているわけでありす。

それから、18ページにつきましては、こちら病床の関係ですけれども、「地域医療構想」上は、将来の病床の必要量を出しておりますので、例えばある地域において、急性期の病床も足りるといことになりすという状況になっているのに、急性期の病床をこれからふやしますといったようなことを希望するといった病院があれば、まず、都道府県知事に理由書を出して、それから、調整会議での協議に参加して理由を説明するといった、こういうようなプロセスを経るといったようなことになっております。

こういった制度をつくったらどうかといったような御意見があったわけですが、もし、無床診療所の開設に対して、新たな制度上の枠組みを設けるといった場合には、例えば、次のような法制的・政策的な課題があるといったこととございます。1つ目は、自由開業制との関係とございます。我が国においては、医療機関の自由開業制が原則となっておりますけれども、無床診療所の開設に対して規制的な枠組みを設けることが、憲法で保障された「営業の自由」との関係で許容され得るのか。それから、一方で、先ほどの需給検討会の十分な意見でもありましたような、国民皆保険を敷いておりますので、法の下での平等との関係でどんな問題があるか。こういったことも考えられなければならない。

それから、次は衛生規制としての医療法による枠組みでございますが、もし、医療法のもとで開業規制といったようなものを入れるといった場合には、医療法の性質というようなものも考えなければならない。医療法とは、最低限の安全性の確保、それから、最低限の医療提供体制を確保するといった、保健衛生上の規制というものでございますので、例えば、過剰な営業資源があった場合に、それを減らしていくといったようなものは、法の趣旨からして、そういうものは余りできないというものでございまして、そうした法制的な論点についてはどのように考えられるかということとございます。

それから、3つ目は新規参入の関係ですが、開業規制みたいなものが入ってしまうと、これは基礎的な経済学みたいな議論で、新規参入がなければ競争が働かないということで、

そういったときに医療の質を改善するインセンティブをどう確保していくのか。

それから、これは一番最後の駆け込み開設といったものでございますけれども、こういったものが起こるのではないかということで、23ページをごらんいただきますと、こちらは、基準病床を入れたときの病床の増加数を中心にお示したものであります。こちらはいわゆる駆け込み増床といわれる矢印の範囲を見ていただきますと、こちらは、昭和60年に病床規制を入れますよと言った辺りからぐっと増床がふえていて、それで、制度が施行された後には減っているというような状況になっていまして。このときに238,000床ということになっておりますので、こういったことも考慮しなくてはならないということでございます。

以上が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。

外来偏在に関して、現時点で行うことができるであろう対策に関する御提案と、開設に関して、枠をはめようとした場合にはさまざまなハードルがある。そこら辺の論点整理ですよね。この2点に関して御説明いただきました。

どうぞ。

○今村構成員 前にも申し上げたのですが、現在、勤務される先生が開業されようとする、一体どういう開業の仕方をしているか。当然いろいろなケースがあるとは思いますが、コンサルタントであるとか、あるいは、開業を誘致するような不動産業者であったり、あるいは、調剤薬局が先に開業して声をかけたりなどのケースは非常に多いと思います。

開業をされる先生は、本当に病院で忙しい中で、自分の専門的な医療に邁進されていて、一体自分が地域で開業するということはどういうことなのかというのはわからないまま、コンサルタントに言われて開業している先生が結構多いのです。

自分の例を出して大変恐縮ですが、私も23区の中の都市部の駅のすぐ近くで開業しているのですが、自分の診療所から半径200mに、現在でも28も診療所があります。さらにそこに医療モールをつくるという話が起これ、そのときに、この地域の医療の状況はどうなっているかということをごきちんとして情報公開したら、そのお話はなくなりました。結局、開業される先生は、本当に地域の医療状況がわからないままに開業して、結局、診療所をやめられたりとかという悲惨なケースが最近散見されていて、それは情報がないからなのだと思うのです。

まずは、きちんとして情報を提供すると。今までそういう仕組みが全くない中で、自己責任で開業するというようなことが行われてきたと。このことは早急に私は改めて情報提供の仕組みをまずはつくっていただきたいなと思っています。

そうでないと、ちょっとでも規制というようなお話が起こった瞬間に、先ほど事務局からもお話があったような、駆け込み開業みたいなことがあって、これは本当に病院の医療にも大きな影響を及ぼすのではないかと大変危惧をしておりますので、まずはきちんとし

た情報共有を第一に考えて、早速にでもこれは取り組んでいただければと思っています。
○片峰座長 いかがでしょうか。

どうぞ。

○権丈構成員 今のお話と関連することですけれども、ある県が、自分たちの県の仕事は、医療情報に対してはコンサルのような仕事をしているのだと自分たちを位置づけておりまして。だから、資料2のスライド13にありますような、「この地域の外来医療機能の情報は、新たに開業しようとしている者等の医療関係者が自主的な経営判断を行うに当たっての有益な情報として、これらの者に提供されるべきである」というようなシステムというか、情報を提供していったら、今はこういう状況になっていますよというようなことを、都道府県とか国が、いわば正確な情報に基づくコンサル業務というものをやる必要が私はあると思っています。

○神野構成員 17にありますように、有床診に関しては基準病床制度がある。地域の医療審議会等で検討するというたてつけがあるわけですので、開業に関しても、ここでいろいろなデータが出てきましたように、いろいろな地域の情報とか、患者動向とか見ながら、地域の医療審議会が開業の是非をお話しするというスキームはあってもいいのかなと思います。

その中で、自由開業制との関係は、あくまでも医療審議会で、基準病床と同じように、基準開業をやるのは保険医の話でありますので、開業は別に自由です。しかし、保険医としての活動は規制しますというような形はありなかなと思います。早いうちに、例えば都道府県の医療審議会等がやるということ言えば、それは駆け込みの前にやると決めてしまえばいいのかなと思います。

何らかの偏在も、さっきの話もありますけれども、規制的なことを入れないと、ある程度皆さんのフリーダムだけでやっていくと、有効な偏在対策にはならないと思います。

以上です。

○片峰座長 ほかに。

どうぞ。

○戎構成員 1つ質問なのですけれども、4ページの10万人単位の無床診療所ですけれども、これは、10万人に対しての診療所数はわかるのですけれども、この1つ当たりにもどれぐらいの患者数が来ているとかというデータはあるのでしょうか。

○久米地域医療計画課長補佐 今、手元には持ち合わせておりません。恐らくその患者数のデータと、それと、各診療所のこういう数のデータは別の調査でとっておりますので、それをプラスすることは難しいのではないかと思います。

ただ、診療所というのは、基本的にはそんなに何十人も医師を雇用している診療所は恐らくないのではないかと思いますので、基本的な患者数はそんなにばらつきはないのではないかと考えております。

○戎構成員 ありがとうございます。

先ほど、専門の先生方がおっしゃられたように、この診療所が必要だという情報をとりまとめているところが、国なり都道府県なり必要なのではないかなと私も思いました。

その情報がなければ、先生方が自由に、僕はこれをしたいからここに建てると言って建てていけば、患者さんもそれだけ利用しなければ、そこに税金は何らかの形で入るわけですし、有効に使うのだとすれば、それをとりまとめる場所があつて然りかなと思いました。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○羽鳥構成員 「地域医療構想」では地域の病院病床の「みえる化」が進んで順調に作業が進んでいると思います。診療所についても、この地域医療調整会議を活用することは考えられないのでしょうか？先ほど、医療審議会での議論では重いと思うので、もう少し地域医療調整会議のサブ委員会みたいな感じでやるのがいいかなと思います。

というのは、診療所の診療圏は、二次医療圏よりも狭いです。一つ一つの診療所ですと、どう頑張っても半径10キロ、都会だったら3キロでしょうかね。そんな感じですから、もっと小さなところで、松田先生に診療所レベルのCRSをつくっていただいて、そういうのが具体的に出てきたら、とても参考になるだろうと思いますし、それが、バランスのよい開業スタイルにもなるのだろうと思うので、今村先生がおっしゃったように、情報提供が一番リーズナブルと思います。

○片峰座長 松田先生。

○松田構成員 「地域医療構想」に関連して、私たちの研究班でいろいろとデータを出しているのですが、その中にSCRという指標があります。これはStandardized Claim Ratioという指標ですが、あるレセプトが全国の性・年齢階級別の出現率で当該地域で出現したらどのくらい出るのかという期待数を出して、実際の数で割って、100を掛けるというものです。それが100より大きければ、それはその地域でその医療行為が、性・年齢階級を補正しても多くやられている。100より少なければやられてないという指標を出して、それはもう都道府県に配ってあります。配ってあるだけでなく、今、たしか内閣府でもSCRは公開されていると思います。これは二次医療圏だけではなくて、市町村単位のものも計算されています。

その中に、例えば外来に関して言うと、初診・再診。初診の時間外、再診の時間外が出ています。それを見ていただくと、その地域でどのくらい外来ができていのかできてないのかということは大体わかります。同じように訪問診療もありますし、あと、傷病別に、糖尿とか、がんの化学療法とか、全部ありますので、それを見ていただければ、それぞれの地域で、今どのくらい外来の診療がやられているかということがわかります。恐らくそれがその地域の、これは無床診療所に限定されているわけではないですが、地域における外来医療提供体制を市町村単位で一応見るものになっています。それを参考にいただければ、大体のことはわかるのかなと思います。

例えば福岡でやってみますと、例えば、八女筑後地域というところの少し山寄りのところになりますと、例えば市町村単位で言いますと、外来の初診・再診がもう80も出ていません。外来の機能が物すごく落ちているわけですね。そこで訪問診療を見てみると、もう40も出ていません。要するに、外来の機能が落ちていて、訪問診療もできてないというところで、しかも、その地域が人口が減っていくので、これから外来需要も落ちてくるということになります。そうすると、新規の開業もなかなか期待できない。そういうところでどうするのかと、そういう議論ができます。この指標については、医政局でお配りいただいているデータの中にもかなり入っていますので、それを活用していただけたらいいのではないかなと思います。

○片峰座長 ありがとうございます。

本田さん、どうぞ。

○本田構成員 今、どんな情報が出ているかというお話があった後で言うのもなんですが、私もこの「検討の方向性」という13ページですか、まず、こういうことを早急にすることが一番大事だと思います。何の情報もない中でという現状は全くあり得ないと思います。

その際に、今後の開業規制とかのことは、私もなかなかわからない部分はあるのですが、こういう情報を出していくという際に、外来医療の質についても出してほしいと思います。外来医療の質とは何なのかという問題もあるかとは思いますが。単に病気を治すということだけではなく、必要なところにちゃんと紹介しているかとか、質の指標はいろいろあるかもしれませんが、何かしらそういうものも出すという方向が必要ではないかと思います。将来、なるかどうかというのはわかりませんが、ある程度、開業もいろいろなシステムの中で規制をすとか抑制するとかということを考える必要が出てくる可能性がある中で、既得権益化してしまうのはやはりよくないことだと思います。そういうものをちゃんと出していくことで既得権益化していかない仕組みを検討することと、一般の住民に対しての情報という意味でも、何かしらそういう情報も出してほしいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 ちょっとお話がずれるかもしれませんが、19ページの医療機関の自由開業制というところの問題ですが、先ほど、権丈先生が尾身さんのやった税との連動をお話しになりましたし、神野先生もそのところに触れられたのですが、例えば保険医で自由開業をコントロールすることはできるのかどうかというのが1点。

それから、資料1の一番最初の戻りますけれども、「地域医療支援病院等一定の病院の管理者としての認定医師の評価」というところに、例えば、無床診療所の開業の管理者というのを入れた場合に、これでコントロールが可能なのかというのが2点目です。

それから、19ページの一番上に、無床診療所の開設に対する新たな制度上の仕組みを設ける場合には、例えば次のような法的・政策的な課題を全てクリアしなければ、できないということですが、これは可能性があるのですかということをお聞きしたい。

○片峰座長 答えられますか。

○久米地域医療計画課長補佐 まず1つ目の保険と絡ませる話でございますけれども、1つの法制的な考え方ということでお話ししますが、我が国は国民皆保険をしいておりますので、基本的には、保険診療を医療機関はやっているということでございます。それ以外の方法はほとんどないと、美容整形とかそういうものぐらいたという状況から考えますと、実質上、保険で縛るというようなことをやった場合には、実質上の開業規制ととらえられて、この観点から、憲法上の問題も同時に考えなければならないということが考えられると思います。

それだけ強い仕組みになるということであれば、今、御質問のあった、管理者の開業をコントロールできるのかどうかというお話についても、コントロールできるかもしれませんが、そもそもその前提について検討しなければならないということであると思います。

それから、一番上の実現は困難であるというような書き方でありまして、いずれにしても、その下に書いてあるような論点をクリアしなければならないということは、それはいずれのポイントも重要なことだと思っておりますので、これが解決すれば、その可能性はあるということだと思っておりますが、いずれについても、大きな課題ではあるというふうな認識はしております。

○片峰座長 どうぞ。

○表構成員 外来提供体制に関して私が持っているイメージは、風呂おけを医師総数とすると、インが、つまり、入ってくるのが新規開業で、アウト、つまり、出ていくのが廃業だと思うのです。その医療圏によって、診療圏によって、適切な風呂おけの大きさはそれぞれさまざまです。私も、短期的な時間軸で考えますと、本当にその地域、診療圏で必要なクリニック、つまり、最後のとりでで頑張っている診療所の先生が廃業していくと、そこがぽっかり空白地帯になる可能性はやはりゼロではないと思います。今、資料を拝見しますと、年間5000～6000軒ほど廃業されているということだと思っております。

となりますと、先ほど議論になっております、外来の見える化ということに関しまして、特に、医師が足りていないエリアで廃業される先生方、また、クリニックに関しての見える化はちょっと急ぎ足でやっていかなければいけない。つまり、マーケットで負けてしまった結果、泣く泣く廃業するというパターンもあると思っておりますが、やめたくないけれども、高齢であったり、体調不良であったり、または、御病氣されたり、後継者がいないという形で、本当に最後のとりでで頑張っているところのクリニックが廃業されてしまうパターンには早めに何か手を打たないと思います。それこそ医師の需給や偏在の大きな問題に関わることと私は思いました。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 先ほど、冒頭で例を出させていただいたのですけれども、イメージ的に開業医がどんどん増えていくというようなイメージがあるのかもしれませんが、実は、

私の人口五十数万人の区でも、ここ20年間、開業医の数は変わっていないのですよ。まさしく今、裴先生がおっしゃったように、高齢で亡くなる先生が非常に多くて、今でも80以上の開業医の先生は相当多くて、どんどん亡くなられて、新規開業もいらっしゃるのですけれども、結局、あるエリアの中でも偏在が起こって、今まで住宅地の中で開業していた先生が亡くなったり、高齢で廃業されると、駅のロータリーの近くで、ビル診で開業される。

これは当たり前のことで、今の診療報酬では、自分が東京の中で土地を持って診療所を建ててやっていけるような体系になってないので、当然のことながら、そういう形で人が多く集まるようなところに開業されるという、そういう流れになっていると思います。

そういう実態がある中で、先ほど松田先生から、既に情報はあるというお話をいただいたのですけれども、大事なのは誰がその情報を活用できるかという話なのだと思うのです。結局、先生がつくられているようデータベースも、今既にオープンになっていますよということなのですが、これから開業しようという人は、その存在を知らないわけですね。

自分がそれをどう活用して、自分がどこに開業しようかというときに、おそらく活用されていない。ですから、きちんとオーソライズされて、ここを見たら、自分が開業する地域はどういう状況にあるかということがわかりますよということをそういう人たちに言ってあげない限り、有用なデータも使われないので、先生が言っておられたようなものを国がきちんとオーソライズして、開業の参考にしてくださいということを出していくことはすごく大事なのではないかなと思っています。

それから、開業制限の話は非常にリスクもあって、つまり、今、開業している人にとっては、これは既得権益になるわけで、新規参入ができないという問題もあるし、質の問題もあるというお話がありましたけれども、これから地域の中で、診療所で医師をしていきたいと思う人たちの制限するというには相当慎重でなければならない。

ただし、開業するのは大きなリスクを背負うことで、開業しようと思った瞬間は、本当に自分がこれをやっていけるかどうかという不安の中で、みんな開業されるわけですから、そういう情報がきちんとあるということが、その先生の選択に大変大きな影響を及ぼすのは間違いないと思いますので、まずは、きっちりとした公のそういう情報が利用できることを示すということをしていただきたいと思います。

○片峰座長 ありがとうございます。

外来偏在の見える化を早急にやるということに関しては、皆さんコンセンサスだと思うのですけれどもね。

権丈先生、どうぞ。

○権丈構成員 先ほど、今村先生がコンサルという表現が使われていたので、ある県が自分たちの業務をコンサルトと言っているという話をしたのですが、彼らの文書として残っているものに、地域医療構想はマーケティングだというものもあります。厳しい経営環境

の中で、医療機関を支援するために地域医療構想というマーケティング情報を準備するのが県の仕事なのだと。

今、この国で進んでいる政策を私はかなり評価しておりまして、エビデンスベースの政策を展開していく。そして、データによる制御機構をつくっていかうということで、松田先生たちに随分と活躍していただいているわけですが、そういう意味では、先ほど、羽鳥先生がおっしゃったように、地域医療構想調整会議の中のシステムの事務部門として、これをある程度位置づけていながら、このマーケティング情報、コンサル情報を、先ほどは「正確な情報に基づく」と発言しましたがけれども、正確な情報に基づいていない情報も世の中にどうもあるみたいなので、それを正確な情報に基づいたものを公としてやっていくというのは、私は不可欠ではないかと思っております。

○片峰座長 ほかに。

どうぞ。

○鶴田構成員 18ページに都道府県知事の権限の行使の流れがありますが、松田先生が示されているように、例えば二次医療圏で診療科別にいろいろなデータ、ニーズがあって、そこにはどのくらいの診療所、外来機能が必要か、病院と診療所別にデータを出し、それによって、病院・診療所が幾ら必要とか、そういう大まかな基準があると、都道府県としては、その病院・診療所は許可する、しないとか判断できます。そういうこと（大まかな判断基準）が計算上はできると思うのですが、何かそういうもの（大まかな判断基準）ができるのであれば、そういう方法で都道府県の権限を行使することはできるのではないのでしょうか。余り多いところには、新たな医療施設はそこは認めないという意味での権限行使ができると思います。

○神野構成員 松田先生への質問になるかもしれないのですが、以前の診療科偏在の指標で、この10年間で一番ふえたのは皮膚科とか精神科、麻酔科というところが出ていましたよね。別に恨みも何もないのですが、皮膚科、あるいは、心のクリニック的な精神科に関しては、比較的設備が要らずに開業ができるというメリットということがあって、そういうところに開業の方がふえてきます。

そうすると、先ほどのいろいろなデータを集めて提供する中で、その地域の疾病構造とか、診療科、どの病気の開業医が必要なのだといったようなのを含めたデータを提供するのはやはり筋なのかなと思うのですが、それはできているのですか。

○片峰座長 どうぞ。

○松田構成員 一応できています。部分的には、僕ら研究班でやっていたので、厚労省のデータブックには入っていませんけれども、それについても一部公開をしています。そのときに、傷病構造をどう考えるかということなのですが、一応2パターンつくってまして、それぞれの地域の受療率をベースにしたやつと全国の受療率をベースにしたやつと2つつくっています。

理由は、皮膚科とか眼科とかは特にそうですけれども、診療所ができてしまうと患者が

引っ張られてしまう傾向がありますので、そうすると、多いところはよりより多く受療率が上がってきてしまうのですね。それだと少しゆがんでしまうので、一応全国ベースのデータでやって、ある地域の例えば30分圏域とか60分圏域に、例えば皮膚疾患の患者さんがどのくらいいるのかとか、そういうことを推計するという、そういうツールは研究班でつくって、一応部分的に公開はしています。ただ、厚労省にオーソライズしていただいているようなものではないのではありません。いずれにしてもそういうものを既存のデータでつくることは可能です。

○片峰座長 どうぞ。

○平川（博）構成員（三根代理） 私は全老健の三根と申します。また、この会議に、平川博之先生のかわりに出始めて数回ですので、教えていただきたいのですが、偏在というのは多いところから少ないところという趣旨だと思うのですが、多いところについての議論は先ほど来、いろいろな制限と申しますか、いろいろなことで縛りをつけていくと。

ただ、そこでできない方が、今の制度の中で食えない、医師が少ないところに行くのかな。だとしたら、今の制度を根本的にちょっと見直さないと、これは多いところの開業を抑止できても、少ないところはふえないのではないかと。

先ほど、松田先生も若干おっしゃっておられましたが、今では多分認められないとは思うのですけれども、あるところで少ないA市に2日とか、B市に2日とかですね。根本的にそこを変えない限り、多いところは減っている。抑止できている。少ないところに今の報酬体制で行くわけではない。投資が少ないのでビルクリをするわけで、田舎でクリニックを開業しようとする、それなりの建物と駐車場の土地も、そこで投資も要るわけでして。それはなかなか難しい状況にありまして、うちの周囲でもやはり診療所は減っております。世代交代するたびに減っております。

もう一つ大きな問題は、9時～5時診療所と申しますか、都会に住んで、うちの近くですと、新幹線通ってそこにおられると。これはもはや診療所ではないような、ビルクリと同じような田舎の診療所というようなのがふえていまして、そこら辺の形態を根本的に考えていかないことには、これは偏在のみを議論しても、報酬とか形態とか、許認可の内容とか、そこら辺を再検討しないことには、私はあんまり効果はないのではないかと考えて、僭越ながら、そう思いながら聞いて、ぜひ教えていただきたいと思ひまして、発言いたしました。

○片峰座長 そこら辺を恐らくこの検討会は営々と議論してきたのだと思うのですよね。教育から始めて、研修のシステムの成功例、それから、きょうの議題、それらをシームレスにいかにして、若いお医者さんたちが志と夢を持って地域で頑張れるシステムがつけられるか。ここには、恐らく政府のサポートも絶対必要なのですけれども、今の御意見に関して何かありますか。

○羽鳥構成員 この前も主張したのですけれども、人口減少の地域で、ここにはどうしてもいてほしいというのが、診療報酬だけで、いわゆる収支だけの発想ではもう無理だろう

などと思います。昔の国保診療所とか、そういう国があるいは地域が手厚く援助するような仕組みでつくっていかないと、それは無理だと思います。診療報酬だけで、勝手にお店を開きなさいという発想でやられたら、それは無理だと思うし、ぜひ、それは援助してほしいと思いますね。

○平川（博）構成員（三根代理） 当然、私もそのように思います。

○片峰座長 今までの議論で、先ほども申しましたけれども、外来の見える化、情報をきちっと出していくというところは、皆さん異論がないと思いますけれども、後半で御説明いただいた、いわゆる新規開業の調整システム、いろいろ難題はあるのだけれども、それに対して、この検討会としてどういう立場をとるか。恐らく年内に報告書を書かなければいけない。要するに、ハードルはあるけれども、頑張ってみようかという観点もあるでしょうし、一歩ずつ前に行こうという立場もあるでしょうし、しばらく様子を見るということもあるでしょうし、市場原理等々に任せていけば、情報がきちっととれる、自然にそうなるよという考え方もあるでしょうし。この辺に関しては、どなたか御意見はございませんか。

○小川構成員 前回もお話をしたのですけれども、医師需給に関する検討会で過去に何回もやられていて、そして、現在の全国の状況はどうかというと、地域偏在、診療科偏在はさらに悪化をしているという状況なわけです。

ですから、これは、前も申し上げましたように、強制力のある、そして、いろいろ難しいところは細かい点ではあろうかとは思いますが、そういう強制力のある提言をしないと、また、同じことが起こって、この医師需給分科会で何時間もかけて議論をしたにもかかわらず、何ら、地域偏在も診療科偏在も直らないということになったら、何のためにこんなにお忙しい方々が時間をかけて議論をしているその意味がないわけですよ。だから、そういう意味では、診療科偏在あるいは地域偏在を解消するような具体的な方策をちゃんと提言をしないとまずいと私は思っています。

○片峰座長 外来に関してもということですよ。

○小川構成員 はい。

○片峰座長 今村先生。

○今村構成員 小川先生にあんまり逆のことを言うと怒られますけれども、過去の議論がどのような議論であったか。要するに、今までいろいろ議論してきたけれども、何も変わらなかったじゃないかというのはそのとおりなのですが、過去の議論の質と今ここでやっていることが、本当に同じレベルのことを言っているのかどうかというのがあって、権丈先生もおっしゃるように、方向性としては、私は、今までなかったものをエビデンスに基づいてやっているのだと。

だから、地域枠が物すごい数ふえて、1,680人ですか、その方たちが8割から8割5分地域に定着しているという事実もあるわけで、大きく状況が変わっている中で、確かにメニューとして多ければ多いほど、それはより確実なものになるのかもしれませんが、

そこに伴って起こるさっきのようなリスクがやはりあるので、よいことをしたと思ったら、逆に、混乱が起こるといふ、これも問題だと思っています。

したがって、今は、一つ一つ検討課題を挙げて事務局でやっていただいているのですけれども、十分でないものもあると思います。もう解決していると言われても、まだ、それは完全じゃないでしょうというものもあるのですけれども、今回、開業のことについては、診療所については、まず情報提供をすることは一つの大きな前進だと思っていますので、私は、まずは一旦、それで経過を見るというのが一番現実的ではないかと思っています。ここで議論すると、議論ただけで、開業制限かというふうにならぬ瞬間に、これはもう一気に開業のインセンティブになって、勤務医が辞めていかれるということが起こったときに、それを誰も責任をとれないですよ。なので、私は、この開業制限については相当慎重に考えたほうがいいのではないかなと思っています。

○小川構成員 今村さん、随分コンサバティブだね。

○今村構成員 いや、コンサバティブではなくて、少しずつ改善することがすごく大事で、今までの議論は、それをやってこなかったのだというふうには私は思っているのです。なので、今までの医師需給分科会は、必ずしもエビデンスに基づかない、頭の中の議論をしていたのではないかなと思っています、ここはかなり一步一步進んでいるのではないかなと。

ただ、小川先生が言うように、実際の現場で苦勞されている先生たちがいるので、1カ月後にそれを改善するなんていう話ではないのはそうなのですけれども、ここ1年2年できちんと経過を見ながら私はやったらいいのではないかなと思っています。

○片峰座長 ほかの御意見はございますか。

どうぞ。

○羽鳥構成員 さっき、若手代表として堀之内先生が、医師少数区域へ行くよりも、自分の道を邁進したい専門医をきわめていきたいということも1つはあろうと思うのですけれども、一つの考え方として、総合診療専門医は専門医機構の中における19番目の専門医ですが、医師少数地域への勤務を半年、1年勤めることを条件にしています。ほかの専門医、内科系など幾つかの科は、基幹病院の勤務のみでなく関連病院研修として医師少数地域への勤務もプログラムに入っています。それから、ずっと専門医を維持する人たちも、やはりいつかは部長先生、院長先生になれるというか、そういうときには先ほどの管理者要件は生きてくるのではないかなと思うので、そういう先生方がステップアップするために、逆に、医局における教授など大学にいらっしゃる先生だって、同じように地域に回っていただくのも大事だと思うので、その辺も、むしろ、「その他」というところに、「教職員を含む」とかそういうことも書いていただければいいかなと思います。

それから、もう一つ、僕は今、専門医機構のほうでやっているのですけれども、専門医機構も、最初の専門医をとるところまではいいのですけれども、5年後、10年後、専門医の更新するときに、そういうのを地域で学んでくることも一つの条件にするとか、そういうこともこれから提案することもできるのではないかなと思うので、専門医機構としても、十

分考えるべき課題と考えます。

○片峰座長 よろしいですか。

では、最後に。

○神野構成員 今回の開業規制の話とちょうどきょうのテーマの管理者要件の話はやはりつながっていますよね。私の背景は別にした個人的な意見になりますけれども、小川先生がおっしゃったように、私、きょうほど小川先生と話が合ったことはないのですね。管理者要件は、セットで開業制の話をしなればいけないのかなと思いました。

したがって、思いとしては、地方での経験を大事にいただいた上で、管理者要件としてとって、そして、開業のときにはその経験を生かしながら、地方でのいろいろな状況を見ながら開業をしていくという流れがあるのかなと思います。

あと、ちょっと個人的な話ですけれども、私の医者的人生の中で一番楽しかったのは、へき地病院へ行った1年間ですけれども、これが全ての私のベースにあることです。なぜ、自治医大の先生が行かなくて、私が行かなければいかんのかと思ったのだけれども、やはり経験はとても素晴らしい。それは医療だけでなく、地域のお祭りに出たり、いろいろな人とのつながりというのができたのは、今でもとても幸せに思っています。

○堀之内構成員 委員の先生方、いろいろありがとうございます。

まず、今のお話の中で、インセンティブである程度段階的に誘導するのか、それとも、管理者要件という規制的手法でというところがありました。私は若手代表と発言しておりますけれども、今の若い医師は、専門医制度ができたり、臨床研修ができたりということで、自分のキャリアを先輩方に比べても、かなり意識して長いスパンで考えている世代なのではないかなと思います。それに基づくと、若い世代のほうを地域医療とかに向かせるためには、私、繰り返しお話ししていますけれども、キャリアの中に、地域医療というのが魅力的に映るようなものがないといけなくて、例えばそれをインセンティブで行うとすれば、結構強力なインセンティブが、医師個人なのか、それとも施設に対してなのかは別として、必要かもしれません。それが例えばずっと維持することが難しいということになってくれば、どこからかはやはり規制的手法じゃないといけないのかなと思います。先ほど今村先生がおっしゃるように、最初はインセンティブでどこまで行けるかなというのは検討する価値はあるのかなと思っています。

もう一つは、医師は生涯にわたる職業ですので、羽鳥先生はじめ、構成員の先生がおっしゃったように、どこかで地域医療を目指されるという方が当然出てくると思います。これも繰り返しお話ししていますけれども、初期研修、専門研修、専門医を修了して常勤医、常勤医でキャリアアップして、というそれぞれの段階で、地域医療に方向を変えられるというしくみが必要なのではないかなと思います。その動因が、インセンティブでもいいかもしれませんし、ある程度規制的な方法でもいいのかもしれませんけれども、キャリアの諸段階で地域医療に方向を変えられるしくみを検討する必要があります。いろいろな段階で医師が、どこのポイントからでも、地域医療に向きを変えられるというふうなメッセー

ジが出せるとよいと思います。

○片峰座長　ここでちょっと切らせていただいて、もう一つ残っていますので、資料3の説明をして、これに関して議論をしていただきたいと思います。

○谷総務課長補佐　資料3でございます。「その他医師偏在対策に関する事項について」という形でございますが、ページをおめくりいただいて、1枚でございます。こちらでは、病院等の「2カ所」とありますが、複数管理の件を挙げさせていただいております。

まず、「現状と課題」でございますけれども、こちらは、医療法上、病院または診療所の管理者は、都道府県知事の許可を受けた場合を除いて、ほかの病院または診療所を管理しない者でなければならないとされており、要は、1つの病院・診療所の管理者にしか原則なれないという形で法定されているところでございます。

ただ、その例外的措置として、都道府県知事の許可を受けた場合というものが示されておりまして、それが現状においては、医療法Q&Aというのは、いわゆる疑義解釈のようなものでございますけれども、そういったものにおいて、都道府県知事の許可がなされる場合については、2カ所管理によらなければ地域の医療需要を満たし得ない場合でありますとか、施設の規模・診療時間からみて2カ所（複数）を管理しても、施設の管理が適正になされる場合に限られるものとして、具体的には、以下のようなものが認められるという形でお示しさせていただいているというところでございます。

そちらが、こちらに書かせていただいているとおり、（1）から（4）までございまして、今回の医師偏在との関係で言いますと、特に、（1）でございますが、無医地区等医療施設が少ない地区に開設する病院等の兼任管理。そういう場合には、2カ所管理が認められるというように、解釈を示させていただいているところでございます。

その上で、「見直しの方向性」でございますけれども、医師少数区域における医師偏在を是正するためということがありますが、具体的に申し上げますと、県によって、基本的に、県知事の許可という形になっていますので、県によって取扱いにある程度差があるというところもございまして、それが実際に医師少数区域でも、診療所開設のハードルになっている場合があることも聞いておりますので、そういう場合について、2カ所管理が可能であるという形で、医師少数区域に開設する病院等の兼任管理。先ほどの（1）～（4）に挙げさせていただいておりますけれども、特に、（1）の場合について、明確に認められる場合として、明確化をしてはどうかと考えております。

以上でございます。

○片峰座長　ありがとうございました。

それでは、これに関しまして、御議論いただきたいと思います。

どうぞ。

○永井構成員　うちの病院では、へき地の診療所で、閉鎖される診療所を松山市のクリニックと一緒に曜日ごとに泊まり込んで診るという体制をとって、これはこの地域に1つしかない診療所ということで、特別に認め、許可をいただいてやっています。

こういうのが最初から認められると、もちろんすごい管理がしやすくなるかなと思うのと、僕の友人で、2人で1週間ごとに交代で診る。1人は海外の支援に行く。1人は奥さんが都会に住みたいということで、半分は札幌の病院に勤務するとか、そういう働き方改革の延長線上で多様な働き方を認めるという意味でも、2カ所だけでなく、もっと多様な働き方を認めて、あ、これでもいいんだというモデルを指し示していくということも大事かなと思います。

もう一つは、医師の派遣の問題も、例えばうちなんかはドクターがたくさんいるので、産休・育休で休んでいる診療所の人が出ると、あ、支援したいと思うのだけど、派遣ができない。でも、実際には、愛媛県では、松山市でもそういう派遣ができるという制度があるそうです。でも、実際はほとんどの人が知らなくて、そういうへき地への派遣が認められないと、個人がバイトで行くしかなくなるので、支援したいという法人があっても、余っている法人があっても、なかなかそういう支援に結びつかないというのがあるので、派遣も含めた多様な働き方を認める形をモデルとして指し示すということが大事ではないかな。

さっきの問題とも絡むのですけれども、やはり若い人が行くとか、それぞれの特殊な専門科の先生が地域医療をやりたいというケースも結構あるのですけれども、教育研修期のその人たちをどういうふうに教育研修して、行きたい人と求めている地域とのマッチング、教育研修機能とマッチングの機能を、地域医療支援センターとかどこかが必ず都道府県の中で担ってやらないと、行きたい人がいても行けないという状況に陥ると思うので、それをセットにして進めていってもらったかなと思います。

○片峰座長 ほかにいかがですか。

どうぞ。

○神野構成員 基本的に、今、永井構成員がおっしゃったように、この2カ所管理というのは賛成いたします。

あと、(2)の「介護老人保健施設」は社会福祉施設ではないですよ。介護保健施設だと思いますので、ここは直されたほうがよろしいかなと思いました。

○片峰座長 ほかにございますか。

どうぞ。

○鶴田構成員 静岡県の場合も、具体的にこういう事例があるので、これを認めていただけると、運用しやすいという実態はあります。

○片峰座長 この件に関しては、基本的に御異論ないということだと思います。

少し時間が余りましたので、きょうの全体に関して。

では、権丈先生。

○権丈構成員 全体ではないのですけれども、資料2について、医師の偏在問題でなかったの、どのタイミングで発言しようかと思っていたのですけれども、資料2のスライド10をごらんください。「医療機関におけるCT及びMRIの保有状況について」で、人口当たり

CT台数、人口当たりMRI台数は、それぞれ最大3.2倍、3倍の差があるという資料があります。これを国際比較をしますと、2009年データですけれども、MRIだったらば、人口当たりのMRIの個数は、2位のアメリカの1.7倍ありますね。CTだったらば、2位のオーストラリアの2.5倍あります。

我々はこのように医療軍備拡張競争（Medical Arms Race）と表現をすることもありますが、これはちょっと何とかしなければいけない。このゲームの中で、どのようなシステムを設計すれば、このゲームを、ある程度、みんなをウィンウィンに持ち込むことができるのかと。ほとんど囚人のジレンマ状態で、相手がどう出るかわからない状況で、こっち側から戦略を練るといような状況の中で、この資料13にあります、「地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等の、外来医療機関間での機能分化、連携の方針についても、併せて協議を行うべきではないか」はどのような効果が出るのかというのは、まだよくわからないのですけれども、ぜひともやっていただかないことには、この国はちょっと異常な状態になっているのかなというのがございます。ちなみに、2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」の中でも、「過剰投資が指摘される高額医療機器の適正配置も視野に入れ」た改革を進めなければならないと指摘されています。

地域医療構想調整会議は、初めは協議の場という名前だったのが、いつのまにか地域医療構想調整会議となってしまったので、ここに何かを入れるべきなのか、検討しなければいけないのですけれども、基本、協議の場という形でこのことも協議を地域の中でやっていただくというようなことが、ぜひとも行ってもらいたいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 事務局へのお願いです。

参考資料1で、今まで、医師偏在対策の検討状況の中で議論をする措置済みのものということで、（9）の「フリーランス医師への対応」と（10）の「医療事業の承継税制」が挙がっております。これはフリーランス医師に対する対応については、この資料の別添1で、職業紹介事業者に対する情報提供の義務づけが法律でできているわけですけれども、これは実際にきちんとこういう情報が挙がっているのかどうかということを確認させていただきたいと思います。

それから、2点目の事業承継税制は、本当によく頑張ってください、この会でそういう議論がされたことが一つ税制の改正につながっていると認識しています。税制改正はなかなか簡単にはできない中で、医療法人の持ち分なしの移行することの贈与税を非課税というものができたのはすごくよかったと思うのですけれども、この（10）に書かれているのは、実は、中小企業並みの承継税制ということで、この部分では、医療法人が中小企業からも全く取り残されていたのは、御専門でいらっしゃるから、よくわかっていると思うのですけれども、こういう国の審議会でそのことが問題にされたことが、実際の改正の一つの大きないわゆる動きにつながると私は思っておりますので、ぜひとも、この会でも、

改めて、そのことを確認していただければと思っています。

○平川（淳）構成員 私も病院経営をしております。今の人たちは強制的なものでは絶対動かないと思います。根本的に何が必要なのか、どういう医療提供が必要なのかと、きちっと教育の中で述べて、自分たちの目的・理念をあわせて、そこに人が行くように仕組みをつくっていくこと。強制力でいい体制は決して生まれませんと思いますので、きょうの議論では、どうも、強制的なものが好ましいようなお話がありましたが、私は決してそれは組織運営上はよくないと一応申し上げておきます。

○片峰座長 どうぞ。

○本田構成員 私は一般の患者、国民の立場であるのですけれども、先ほど、強制的なというお話、確かに強制的なことだけでは動かないかもしれないし、必ずしも強制的なことをしたいわけではないとみんな思っていると思います。

ただ、日本の医療というのは、これは権丈先生のおはこかもしれませんけれども、社会保障国民会議の議論や報告書の中でも明記されているようにでも、公的な医療保険、公的な費用で回しているみんなの医療です。今まで、医師需給分科会での議論でも、基本的に、医師の先生方のプロフェッショナルオートノミーを尊重しつつ、より力を蓄えていただけるようキャリアアップにつながる仕組みを考え、よりよい医療をしていただくような形に持っていこうと議論してきていると思います。インセンティブというものも考えつつも、一定の枠組みの中でよりよい医療をしてもらうことがとても大事になってきていると思うのです。医師個人が選択ができる中での一定の枠組みということは、それは強制と言うのでしょうか。やはり一定の枠組み、一定の範囲、制限という言葉もよくないかもしれませんけれども、そういうことがある、それが必要なのはなぜかという、みんなのお金でやっているからだと思います。そういうことを大前提にして議論をしているのだと思うので、そこだけは確認したいと思って、あえて、発言させていただきました。

○片峰座長 この前、森田先生が言われた、被保険者の権利の立場ですよね。それは大事な立場だと思えますね。

ほかに。

○鶴田構成員 先ほど、病院に対するインセンティブと言ったのは、例えば、医師個々に任せて地域へ行くとなると、帰る元がない、その後の保証が何もないと地域へは行けないと思うので、病院から派遣するほうが現実的に制度は動くのではないかという意味で、先ほど、病院からの派遣という話をしました。

次に、外来のあり方は、一人の医師が病院の外来で診る患者数と診療所の外来で診る患者数は違います。例えば分娩数は普通の診療所の開業の先生は年間240～250人ぐらい診るけれども、病院の総合周産期センターの医師1人は60人ぐらいしか診ない。それだけで4倍ぐらいの医師の数が違って来るので、その地域におけるニーズを、病院で診る数と診療所の数と合わせてトータルとしてどういう診療科ではどのぐらいの医師数が必要かということが分かれば、ある程度の病院。診療所の役割分担とか、必要な診療所数の試算ができ

るのかなと思いました。

○小川構成員 先ほど、強制力か、それとも御自身の意思なのかということなのですが、今まで過去の検討会等々でいろいろ提言をしてきたわけですが、強制力を持たないと、結局は実質的に動かないと思います。

それから、先ほど神野先生がおっしゃったのは非常にインプレッシブだったのですが、これは私もそういう経験があるのですが、強制的に過疎地の診療所に行かせられた。その結果、過疎地の診療所ってこんなにいいものかというのが初めてわかるわけです。だから、それを、過疎地の診療所に本人の意思で行きなさいと言っても、なかなか行かないわけで。やはりそこには一番最初に強制力があって、そして、行った結果、いろいろ経験をして、帰ってくるというのが一つあるのだらうと思うのです。その辺も含めて御議論いただきたいと思います。

○権丈構成員 同じような話ですが、私はきょうの発言の中で、強制とか規制とか、あるいは、逆に、インセンティブという言葉も一度も使っておりません。先ほどの神野先生のお話のところで、僻地病院へどうして行かなければいけないんだと不満を抱きながら行ったところ、結果的に、医者の中で一番楽しかった、神野先生のその後の人生の全てのベースになるいい経験になったとおっしゃられたような、私は全体的にカリキュラムの話をしていただけです。恐らく地域医療というものに対して、そういう経験した人たちは、地域のほうに結構根づいてくれる、後に自発的に貢献してくれるという広く確認されているエビデンスは、そういう経験がキャリア形成に影響を与える、意識の上で影響を与えていくという話だと思うのですね。

だから、どこにも強制とかいう話ではなくて、今、それを勧めていようとする人たちも、悪いものを勧めているわけではなくて、医師という職業人生が豊になるから、一回経験したらどうかなというような機会を、なるべく多くの人たちに経験してもらいたいというところで、そのあたりのところは、カリキュラム上の必修に、なるべく近いほうがよくなるのかなという気はいたしますし、必修に近づくと、今度はカリキュラムをつくった人たちが、無理強いにならないような体制をしっかりと責任を持って整えていくというのも出てまいります。

この辺の話は行政がどうのこうのとかいうのではなくて、医師という人たちが地域医療のニーズに応えてくれるようになるために、どのように育てほしいかというカリキュラムを国レベルで議論していて、その中に、この地域医療の経験というのを組み込んだ形でやってもらえないだろうかという議論をこの会議でしているのだと、私は理解しております。

○永井構成員 権丈先生言われるとおりのことなのですが、医学部の学生さんとか研修医は、盛り込むのは絶対ありという視点で、絶対いいと思うのですが、管理者の要件として行くのが、本当に行きたい人がいるわけで、その仕組みを考えるのがまず先だと思うのですよね。行きたくない人に行かせると、本田さんが言われた、国民の視点から考え

でも、行きたくない人が行くことが本当に国民の利益につながるのかと思うので、そういう意味では、今は強制したり規制したりという方向ではなくて、インセンティブで、行きたい人が行ける仕組み、それをまず進めるほうが先なのではないかなと僕は思います。

○片峰座長 では、最後にどなたか。

○戎構成員 最後に済みません。

この表（見直しのイメージ）は、とてもわかりやすかったのですが、これは最後が管理者になっているので、例えば、このパターンが管理者だけでなく、最終形をこういう形にして、どこで組み込んでいくかというふうなパターンがあっても、学生としてはわかりやすいのかなと思いました。

○片峰座長 強制という言葉が大変なのでしょうけれどもね。

○堀之内構成員 確かにそうだと思います。医師はずっと自分のキャリアを考えている、ほかの職種もそうだと思います。そのなかで、インセンティブで誘導ができないような状況、つまり、本当に過疎地のところにインセンティブだけでは難しいということであれば、やはり管理者要件でもよいのではと考えます。そういう観点もあって、逆に言うと、若い医師からすると、それを取りに行くことが、自分のキャリア上のインセンティブに見えてくるのではないかと。それには、タイアップで、教育も当然ないといけなかなと思いますので、そこがディスカッションできれば、本当に単なる強制という感じにはならないのかなと感じております。

○片峰座長 ここできょうの議論は切りたいと思います。

今後は、過去3回ぐらいで大体問題点は出てきたと思いますので、それを踏まえて、今後の議論は、事務局と相談の上、進めさせていただくということだと思っております。恐らく次回は、年内の報告書とりまとめに向けて、全体の議論になろうかと思っております。これまで、議論で明確になった論点に集中しながら、たたき台を恐らくつくった上での議論になろうかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、事務局から何かあれば、よろしく願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 最後に30秒だけ。前回、宿題をいただきまして、参考資料1にまとめてありますので、先ほど、今村先生からもちらっと触れていただきましたけれども、検討状況を座長のほうから整理するように言われたので、まとめております。

2ページに、去年9月にまとめた「中間とりまとめ」がございますけれども、この上の1ページ目にまとめてありますとおり、（1）～（7）については既に議論をしております。

今村先生に御指摘をいただいたので、（9）フリーランス医師については、別添1のとおりで、求職者に対して、職業紹介事業者に対して、1回紹介した求職者に、就職した日から、さらに、再就職しませんかみたいな転職の勧奨を行ってはいけないとか、手数料について公表しなければならないとか、そういった制度改正をしております。実績の御報告をというお話があったのですが、実は、まだ一番下にあるのですが、平成30年1月に施

行ということで、施行して、ある程度実績が上がってきたら、ぜひ、適切な対応をしたいと思っております。

別添2については、説明は省略させていただきますけれども、大臣が認定した、持分なし医療法人にした場合には、贈与税の移行措置がある、贈与税の優遇措置があるというような承継税制についての優遇を、(10)の対応ということで、この医師需給分科会の議論をきっかけにやっておりますというような整理をさせていただいております。

次回の議題と今後の進め方につきまして、最後ですけれども、本日いただきました御意見、御議論を踏まえまして、座長等と相談の上、進めさせていただきたいと考えております。

また、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せていただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

○片峰座長 それでは、ありがとうございました。これで、きょうの議論は終了したいと思います。御苦労さまでした。