

○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15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、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。なお、今村構成員と平川博之構成員から、所用により御欠席との御連絡をいただいておりますが、それぞれ代理といたしまして、釜菴敏日本医師会常任理事、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。本日はよろしく願いいたします。

次に、資料の確認をいたします。

パワーポイントで横にホチキスどめしている資料を3つ、資料1、2、3と御用意させていただきます。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、片峰座長をお願いさせていただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

○片峰座長 それでは、議事を開始させていただきます。本日も活発な御議論をよろしく願いいたします。

本日は、最初に、前回からの継続案件であります、「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」と「地域における外来医療提供体制について」、前回の御意見を踏まえて事務局のほうから新たな整理をしたものが出てまいりますので、それについて御議論をいただきます。その後3つ目として「制度改正に向けたこれまでの医師遍在対策の議論のまとめ」ということで包括的な御議論をいただきたいと思います。

それでは、最初に議題1「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」の御説明をお願いいたします。

○谷総務課長補佐 医政局総務課でございます。

資料1について御説明さしあげたいと思っております。前回に引き続きまして、医師少数区域に勤務した経験を有する医師への評価という形で、前回もう少し具体的な制度の姿をというお話がございましたので、事務局のほうで資料を用意させていただきました。

まず、1ページ目でございますが、こちらは前回、8日の資料でございます。改めておさらいさせていただきますと、真ん中あたりでございますけれども、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が認定する。その認定の仕組みを活用して、認定医師のモチベーションを上げるインセンティブのようなものを設けられないかということをご提案させていただいたということでございます。

続いて2ページ目は、前回の本分科会においていただきました主な意見でございます。この主な意見に基づきまして、3ページでございますが、今回、論点という形で4点提示

させていただいたということでございます。

4 ページでございますが、まず1 点目、本制度の趣旨・目的について、改めて整理させていただきました。こちらは臨床研修制度における地域医療研修について通知がございしますので、これを御紹介しますが、真ん中の下あたりに、いわゆる初期研修におきましては、2 年目に地域医療を研修するということが定められておまして、原則として地域医療においては一月以上の研修を行うことが既に制度化されているということでございます。

次をお開きいただきまして、5 ページ目でございます。こちらは毎年度実施しております臨床研修の修了者に関するアンケートの調査結果の一部でございます。このグラフを見ていただければと思いますけれども、地域医療研修を実施した地域は、青い部分の医師不足地域とそれ以外の地域が同程度ということございました。ただ、ここで1 点注意事項でございますが、ここで言うところの医師不足地域とは、あくまでこのアンケートに答えていただいた医師の方々が医師不足地域だと思えばそちらをマークするということですので、我々がこの分科会の中で御議論いただいている医師少数区域であるとか、そういった概念とは違うということは御留意いただければと思いますが、一般的に医師の方々が主観的に医師不足地域と思われる地域とその他の地域は、およそ同程度であったということでございます。

もう一つ、その地域医療研修を実施した医療機関は、この下にございますが、医師不足地域の200床未満の小規模の病院が最も多いということございました。こちらは複数回答可ですので全体が100%になりませんが、数としては一番多かったという結果が出ております。

次の6 ページ目でございますけれども、地域医療研修の内容・効果についても質問しております。まず左の図につきましては、地域医療研修の内容についてでございます。在宅、退院支援等々ございますけれども、医師不足地域のほうが充実しているという傾向があらわれております。右図のほうは地域医療研修の効果という形でございますけれども、こちらについてもおおむね医師不足地域のほうが高い傾向にあるということでございます。右側で丸をつけておりますけれども、「地域医療への関心が高まった」というのが最も高い数字をあらわしておりますし、2 番目でございます「地域医療に従事したいと考えようになった」というふうに効果を感じておられる臨床研修修了者の医師の方々が一定程度おられるというデータでございます。

続いて、7 ページ目でございます。こちらは北海道庁が平成27年度調査ということで、実際に地域に勤務している医師を対象に実施した地域医療に関するアンケートの調査結果でございます。2 つグラフがございますけれども、まず1 つ目の現在の病院に勤務することになった経緯は、おおむね大学からの派遣が多いという形になっています。一方、右側の、これまでの勤務経験の中で「地域勤務をしてよかった」と感じたことについてという意味では、幅広く症例を経験できたでありますとか、患者・住民から必要とされる充実感があるという回答が多くあったということでございます。

また、そのアンケートの続きでございますけれども、8ページ目でございます。現在の勤務先を選んだ理由について当てはまるものをとということでございますけれども、まず、上の左側の家族や地域に関する点については、もともと大学からの派遣がきっかけになっているということがありますので、特になしというのが一番多いのですけれども、その次に出身地でありますとか配偶者の居住地・勤務地ということが多く挙げられているということでございます。

右側の勤務環境・条件に関することについては、特になしというのが一番多いですが、給与の面であるとか専門医取得につながるということが多く挙げられているということが結果として出ております。

下半分は、御自身が医師不足地域の医療に勤務するとしたらどのような条件が必要だと考えますかという設問でございます。3つございますが、一番左、家族や地域等に関することという意味では、家族の同意があるというのが一番多い。医療機関に関することという意味では、自分と交代できる医師がいるということが一番多く回答として挙げられているということでございます。一番右の勤務環境・条件に関することにつきましては、一番多いのは医師の勤務環境に対して地域の理解があるでありますとか、それに続いて、給与や手当がよい、一定の期間限定であるというものが回答として多く挙げられているということでございます。

続きまして、9ページ目をごらんいただければと思います。こちらは公益社団法人地域医療振興協会のホームページから紹介させていただいていますが、自治医科大学の卒業生の方々が中心となって設立されたということで、こちらの協会でへき地医療に対応するための再研修プログラムをごらんのとおり提供しているということでございます。特にシニアの方を対象にしているということですのでけれども、さまざまなキャリアを持つ医師の方々が、こうした民間のプログラムも活用して、実際にへき地医療の場で活躍しているという事例の紹介でございます。

10ページ目につきましては、今御説明さしあげたことをサマリーとして書かせていただいておりますが、繰り返しになりますので説明は省略いたします。

お聞きいただきまして、11ページ目からは、具体的に論点に対する我々の考え方を提示させていただいております。まず11ページ目の本制度の趣旨・目的でございますが、1ポツ目、前ページの内容とございますが、先ほどのアンケート結果等々を踏まえると、臨床研修時、またその臨床研修の修了後も、さまざまな理由により地域医療に従事する機会とかそのきっかけがあると考えております。

また、別途厚生労働省で実施した調査、いわゆる10万人調査によりまして、こちらは地方勤務の意思がない理由、いわゆる障害になっているものにつきましては、20代の若手の医師の方々にすると、専門医の取得が特徴的ということでございました。また、少し年齢が上がって30代、40代になると、子供の教育というものが理由として高くなる。どの年代でも仕事の内容でありますとか労働環境が共通の障壁になっていることがわかるなど、

年代とともに徐々に変化しているという結果も出ております。

そういうことも踏まえまして、3点目でございますけれども、本制度とありますが、いわゆる認定をして、それを評価することによってインセンティブ等を与える仕組みにつきましては、若手医師には地域医療の魅力に触れる場、また、ベテランなりシニアの医師の方々には地域医療対策の中心となる医療機関で指導的な地位につく機会を提供するなどしながら、医師少数区域を含めた地方での診療への従事を希望する全ての世代の医師の方々の意向を実際の勤務につなげるということを後押し、支援するものとしてはどうかと考えております。

なお、前回も御議論あったとおり、こういった支援という形を検討するに当たりまして、地方での勤務を実際に希望する医師の方々が地方での診療に従事する上で障壁となっている事項を取り除くというような観点でありますとか、実際に受け入れる側の医療機関であるとか地域の意向もしっかり反映していくという観点も重要でありますので、そうした観点からの具体的な方策も、別途とありますが、あわせて検討してはどうかと考えております。

続きまして、12ページ、評価の対象ということでございますが、この仕組み、制度の対象とするのはどういう医師、どういう地域、どういう期間を対象にするかということでございます。

まず、12ページの1番目、対象となる医師の考え方でございますけれども、1ポツ目として、先ほどの制度の趣旨・目的を踏まえ、若手・ベテランの一部に限るのではなくて、あらゆる世代の全ての医師の方々を対象とすることにはどうかと考えております。

一方で、医師少数区域で実際に診療従事するという経験が有する側面は大きく2つあると考えておまして、1つ目は教育的な側面、もう一つはキャリアプランにおける選択肢の一つとしての側面があるのではないかと考えていますので、その側面も踏まえまして、若手医師とそれ以外の医師の方々については分けて考える必要があるのかなと考えております。具体的には、特に若手の医師の方々に対する教育的な側面につきましては、医師偏在対策という観点ももちろんございますけれども、それだけではなく、医師のそもそもの養成課程における地域医療経験の有効性というものも踏まえて、その位置づけの中で検討することにはどうかと考えております。

続きまして、対象となる地域でございますけれども、こちらにつきましては、勤務経験として認める地域というのは原則として医師少数区域としてはどうかと考えております。ただ、こちら前回御指摘がありましたとおり、その医師少数区域の中でもいわゆる中核病院的なものがある場合がありますとか、医師少数区域でなくても地域によっては区域的には僻地的になっているような場合も考えられますので、そこにつきましては、都道府県知事の判断で例外となるような医療機関も認めてはどうかと考えております。そういう形で柔軟に対応してはどうかと考えております。

3つ目の対象となる勤務期間、どれぐらいの勤務経験を評価し認定するかという期間で

ございます。まず、対象となる勤務期間につきましては、医師少数区域の対象範囲がどれぐらいになるのかという範囲の設定にも左右されることになると思いますので、医師少数区域の範囲、おおむねどれぐらいの範囲が指定されるのだろうかということがある程度明確化された段階で改めて検討することにはどうかと考えております。

2点目につきましては、医師のキャリアプランに応じて、仮に対象の勤務期間を定めた場合であっても、期間の通算も可能にしてはどうかと。例えば1年で設定する場合に6カ月・6カ月の通算も認めるであるとか、そういったことも考えられるのではないかと考えております。また、その期間については、医師法に基づき2年ごとに届け出をいただいておりますけれども、そういった中で国として管理をすることにはどうかと考えております。

3点目でございますけれども、医師少数区域が今後決まるということ、また、これからの医師偏在の解消に向けた取り組みの仕組みということでございますので、施行日以降の医師少数区域での勤務経験を評価して認定を行うことにはどうかと考えております。

また、前回もお話がありましたとおり、指導医の指導のもと、診療が行われる臨床研修の時期の参入の仕方についても、またこれは別途検討する必要があるのではないかと考えております。

続きまして、13ページ目でございます。論点の3つ目として、管理者として評価するというものもインセンティブの一つとして掲げさせていただいておりますけれども、その対象となる医療機関をどこにするかということでございます。この13ページの点線の四角の中で例として5つほど、地域医療支援病院、臨床研修病院、社会医療法人、公的医療機関、JCHOと掲げさせていただいておりますけれども、これは例示でございまして、こちらは医療法上の医師派遣命令への協力義務または努力義務が法定されている、または法人等の設立の趣旨が地域医療に関連しているような医療機関の一覧を5つ掲げさせていただいております。

その点線の下に、この中の全てなのか一部なのかということにはございますけれども、掲げさせていただいた一定の医療機関を、認定医師を管理者として評価する医療機関と位置づけることが考えられますが、まずは限定的な範囲で始めてみるというのが一案ではないかと考えております。

また、キャリアに中立的に対応するという意味で、この管理者として評価する対象としましては、施行日以降に臨床研修を開始する者を対象としてはどうかと考えております。

14ページにつきましては、それ以外の医療機関の一覧とおおむねの医療機関の数を参考資料として一覧で掲げさせていただいております。

15ページ目は、医療法の関連条文でございます。

16ページ目も参考資料でございますけれども、これは医療機関の管理者の年齢構成を掲げさせていただいております。医療機関の管理者の年齢は50歳代、60歳代が多く、近年上昇傾向ということになるかと考えております。

17ページでございますけれども、最後の論点のインセンティブその他についてでございます。まず、上の名称・普及方法につきましては、当事者でございます医師の方々、また関係者の方々の声をよく聞くことが重要だと考えられますので、そうした意見も聞きながら、今後、別途検討していくことが望ましいと考えるということでございます。

また、インセンティブにつきましては、17ページの下でございますけれども、この認定をするという制度自体が個人にとってのインセンティブであると考えておりますが、前回のこの場でもお話がありましたとおり、医療機関向けのインセンティブについても、認定医師であるということを広告可能にするであるとか、さらなる経済的なインセンティブを検討することが考えられるのではないかと。

具体的には、そうした認定医師を雇用・支援する医療機関を対象として、経済的なインセンティブの付与を考えるということはどうかと考えております。例えばということで、現在、医師不足地域における医療体制確保のための予算でありますとか税制上の措置が設けられているというものを参考として挙げさせていただいています。こちらのインセンティブのあり方につきましては、先ほどの名称・普及方法と同様に、皆様、当事者の意見を聞きながらしっかり検討していくことにしてはどうかと考えております。

最後に17ページの一番下に書かせていただいておりますけれども、その他ということで、医師派遣等、いろいろな機能の評価がありますけれども、それが医師偏在対策に与える影響につきましては、例えば地域医療支援病院を初めとしまして、各制度上求められる役割との関係も整理する必要が別途あると考えておりますので、そちらについてもまた別途検討することとしてはどうかと考えております。

18ページ目以降は関連の資料ですので、説明は省略をさせていただきます。

資料の説明について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、御議論をお願いいたします。どうぞ。

○山口構成員 山口でございます。

幾つか確認したいことがあるのですが、論点2の12ページを見ますと、制度の趣旨・目的を踏まえ、対象となるあらゆる世代の全ての医師を対象とすると書いてありますが、管理者要件に関しては、管理者としての評価を行う対象は施行日以降に臨床研修を開始する者を対象にするとあります。ということは、管理者要件でインセンティブが働くのは施行日以降に初期研修を終える人たちであって、それ以外の既に今ドクターとして働いている方たちに医師少数区域に行ってもらうことになると、このインセンティブは一体何になるのでしょうか。広告できるということぐらいなのかなということで、ちょっとわからなくなったのですが、そこを明確にさせていただきたいと思えます。

それから、もし、施行日以降に初期研修を終えるドクターたちだとしたら、かなり先にならないと管理者にならないと思うのですが、いつ以降発効するというか、例えば実際に経験した人たちが管理者になるということは、施行日以降、一定行っていけばそこ

から候補者になるということなのか、期日がすごくわかりにくい気がしたので、まずそこをもう少し具体的に説明していただきたいと思います。

先ほどから、年数のことについては、12ページを見ますと、医師少数区域の範囲が明確化された段階で改めて検討するとございますけれども、これは実際に今、お調べになっていると思うのですが、これが出てこない、この年数を考えることもできないばかりか、どれぐらいの人が必要なのかということも明確にならないのではないかと思いますので、いつごろ資料として私たちに提示してくださるのかということもあわせてお願いしたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○谷総務課長補佐 御質問ありがとうございます。

まず1点目につきましては、御指摘のとおり、制度自体につきましては、あらゆる世代の全てを対象とするということでございますけれども、管理者としての評価につきましては、これから制度が開始される以降、臨床研修を開始する方々、これからキャリアプランを考えられる方々を対象にするということでございます。

インセンティブは広告以外に何があるのかという御指摘でございましたけれども、資料中にもあるとおり、別途、経済的なインセンティブ、例えば予算上とか税制上の優遇ということが考えられるかなと考えております。そういう意味では、いつ効果が出るのだというお話がありましたけれども、認定をすること自体は臨床研修を修了したこれからの医師の皆さんだけではなくて、今、医師になられている方々も全て対象にするということでございます。

管理者要件としての効果を持つというのはそれこそ数十年先になることが想定されますけれども、それを見越して制度が動き出せば一定程度の人が地域に行くという副次的な効果もありますので、そういう意味では、一部では即効性はあると思いますが、管理者要件という点だけを見ると、効果が後ろ倒しになるのではないかとというのは御指摘のとおりかと思えます。

2つ目の点でございますけれども、医師少数区域の範囲が明確にならないと議論できないというお話でございまして、いつごろというのはなかなか確定的には申し上げられませんが、少なくともこの制度を施行するまでの間には、当然それを踏まえて議論しなければいけないことがこの評価の認定の仕組み以外にもあると思いますので、それまでにはしっかり我々として提示させていただきたいと考えているところでございます。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 今、副次的な効果があるとおっしゃったのですけれども、この偏在の問題はかなり喫緊の課題と言われて、ずっと言ってきて、これまで何年もかかって議論してきた、実効性がないことが問題になっている問題です。今から研修を終える人が管理者になるのはかなり先ですから、その副次的な効果というのは、具体的な効果につながるような副次的効果なのでしょうか。ちょっと今の副次的というのが私はイメージできなかったの

で教えてください。

○谷総務課長補佐 済みません。言葉が適切ではなかったのかもしれませんが、何が副次的なのか、何が直接的なのかという話がありますが、認定を受けるために医師少数区域に行くという実際の効果は、そういう意味ではあるのかなと考えております。

○片峰座長 確かに、認定の対象の概念と管理者要件の対象の概念が異なっているというのは、いまいち説明責任的にはどうかという感じもしますけれども、どうでしょうか。

どうぞ。

○平川（淳）構成員 平川です。

ちょっと近い話かもしれませんが、この会の趣旨が、平成19年から始まる医学部の定員の話から医師の偏在の問題になって、最後に院長要件にまで来ているというのは、何か論点がどんどんずれてきているような印象があって、この件について、医師偏在については本当に時間的に早くやらなければいけないので、例えば診療報酬を医師偏在地域は倍にするとかですね。結局、医者が高い値段で雇わなければいけない経営者にとってみれば、収入がなければ雇えない。患者さんが少ない過疎地であれば余計厳しいということで、そういう現実的なことを考えないと、とてもではないですけども、このような案では偏在解決にはならない。ならないことを、医学部定員云々という話のところで決めてしまうと、どんな影響が出るかとても心配なので、この辺の話の流れは、私はどうも納得ができないのが一つあります。

もう一つ、済みません。私たち精神科病院は民間の病院が多いもので、そこに非常に医者が少ないという問題があって、今のお話を聞くと、公的な病院の医師ばかりをふやすような話が多くて、特に民間精神科病院に医師が来るように、先ほどの要件の中にもし入るとすれば、精神科の病院も並べて入れてほしいというぐらい、今、我々は医師不足を感じておりますので、その辺についても考慮いただきたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 ありがとうございます。

山口構成員のところと少しかぶるのですけれども、2点ありまして、1点は、やはりこちらで使っている言葉で、11ページと12ページにあります「若手・ベテラン」という言葉の定義というか、多分、今、医師のいろいろなことを考えていく上において、最初に研修医の地域に行くのが義務づけられているというお話もありましたように、研修医とその上にある専攻医、それから専門医を取ったレベルの方々と管理者と、さらにシニア世代というのがあると思うのです。その中で、11ページ、12ページに「若手・ベテラン」と書かれている者はどの部分を指すのかということ。あと、若手・ベテランのみでなく、あらゆる世代というのは、シニア世代、リタイアメントされた人たちも含めてということであらゆる世代となっているのか。それぞれの医師のキャリアの中で置かれている状況によって、地域にどういった貢献ができて、11ページに書いてありますけれども、若手医師には地域医療の魅力に触れる場で、ベテラン医師には地域医療対策の中心となる医療機関にて主導

的な地位につく機会という形で、いろいろと違ってくると思いますので、その辺も含めてもう少し整理をしていただけたらなとは思いますが。

2点目は、私は女性医師の視点からどうしても考えてしまうのですけれども、今、女性医師が医学部の中では30%、約3分の1になってきて、これからどんどん女性医師がふえてきて、女性医師が子育てでやめていく人たちも多い中で、地域に行けない理由として、やはり子供の教育のこと、子育てのことという理由が多いということがあります。これがその年代で義務づけられてきた中で、女性が子育てをしながら子供を置いて一人で地域に行くということは非常に厳しい状況になりますので、その辺のことも一応考慮に入れた上で考えていただけたらなと思うことが2点目です。

○片峰座長 では、小川先生。

○小川構成員 山内先生も、今の先生も、ちょっと誤解しているところがあるのではないかと思うのです。別に管理者になったから地域医療に何かプラスになるということではないのです。ですから、1ページ目にありますように、臨床研修、それから専門研修、そして勤務医になって、非常に若い時期に地域医療に貢献をしておけば、将来、10年後、20年後に管理者になれますよというだけの話です。だから、別に管理者になったから地域医療に貢献するわけでは全くないのです。

それから、これは今までの議論からすれば、強制力を持って地域に行きなさいと言っているわけではない。将来自分が管理者になるつもりもない方、そして、地方になんか行きたくないよという人は別に行かなくていいわけです。ですから、これは義務でも何でもないというのが今までの議論の中核だったと思いますので、その辺は誤解をされているのではないかなと思うのです。

○山口構成員 それは誤解はしておりません。

○小川構成員 先生ではなくて。

○山口構成員 私ではなくて山内構成員ですか。

○小川構成員 義務というお話をした。

○山内構成員 義務というか、義務という言葉を使ったのはちょっとあれかもしれませんが、ただ、女性医師のキャリアを考える中で、そうすると女性医師は管理者になりにくくなってきたりという構造が出てくることもありますので、その辺も含めた上で考えて。でも、今の御指摘で、そういった配慮で、若いうちに行けばということの御指摘ということでもわかりました。

○片峰座長 もう一つ大事なポイントがあると思うのですけれども、恐らくそこですね。どうぞ。

○本田構成員 済みません。まず、私も意見なのですけれども、今、議論になっている山口構成員がおっしゃっていた管理者要件については、実際にはこのお話だと十数年後という件に関しては、私も、ここまで実効性がない議論だということが問題になっていたのに、そんなに先のことでいいのかというのはとても疑問があります。確かに線引きは難しいか

もしもありませんけれども、これから臨床研修を受けるような若い、これからお医者さんになる人にだけこういう要件がつくというのはちょっと疑問で、もう少し実効性のある、早くそれがインセンティブとして働いてくれる、今、中堅の人とかも含めた全ての医師において、広告可能というだけではなくて、何かしらすぐインセンティブになる形で導入しないと、遍在対策を議論している場ですから、これをつける意味が薄れていくのではないかというのがすごく疑問です。それが一つ。

もう一つ、私が大きな課題だと思っているのは、管理者として評価する医療機関の種類について、13ページに挙がっていますが、確かにこのあたりのところは、今後、地域医療を担ってもらおうという意味合いでは妥当なところだと思います。しかし、先ほども言いましたけれども、すごく先の管理者要件のことを意識して、若者たちが「だから地域医療を担おう」と思うのか。教育としての意義があるという議論はわかるのですが、それで心に響くような形になるのか。この5つの医療機関の種別だけで多くの人に響くのでしょうかということが、まず疑問です。地域医療に携わるという機能に着目して検討してはどうかと2ページに書いてあるのですから、それはまさに地域医療を担っている診療所とか、例えばさまざまな民間病院、精神科病院もそうでしょうし、もしくは介護とか地域包括ケアに携わっているさまざまな民間病院もあります。そういうところが全く今回議論している管理者要件の対象となっていないというのもちょっと疑問で、順番にしていかなければいけないのかもしれないかもしれませんが、そういう方向性もある程度示すべきではないかと思います。

診療所の管理者要件とすると実質的に開業要件になってしまい、すると、前回も議論がありましたように、駆け込み需要とかいろいろなことが問題だということであれば、例えば、誰でも開業はできるけれども、医師の少ない地域での地域医療を経験した人が診療所等の管理者となる場合は、17ページにある「その他のインセンティブ」というところで、経験していない人よりも診療報酬にインセンティブを認めるとか、何かしらのインセンティブをつけるなど、もう少し複合的に見て対象の幅を広げるという方向性を考えたほうが良いと私は思います。

○片峰座長 今の御議論とともに、13ページの下から2つ目のポチに5つの医療機関が例示されていますけれども、この中の一定のものからという記載になっているのですね。だから、5つのカテゴリーの中でどれかから選考してやりましょうという今の考え方だと思うので、その話と、今、本田さんが言われた一般診療所の問題があるのです。ちょっと説明が長かったので、もう時間がなくなりつつあるのですけれども、この件は大事なポイントなので御意見を伺っておきたいと思います。

どうぞ。

○小川構成員 ちょっとずれるかもしれませんが、2ページ目の対象となる医療機関の中で、今、本田さんも言ったのだけれども、病院をやめて駆け込み開業する者がふえるおそれもあるという、これは今村先生が言った話なのです。実は、これはずっと後ろの

ほうの13ページの管理者としての評価を行う対象は施行日以降に臨床研修を開始する者を対象として行うわけですから、とすれば、駆け込み需要というのは絶対に起こり得ないわけです。例えば、駆け込みで開業するような方々は、もう10年選手あるいは15年選手になっている方々ですから、そういう方々は駆け込みする必要も何もないので、これは今村先生のかわりに来ておられる釜菴先生、2ページ目の駆け込み需要というもの、これで皆さん振り回されているところもありますから、これは削除してください。

○今村構成員（釜菴代理） 私はきょうは代理で出させていただきます、発言もお許しいただいてよろしいのでしょうか。ありがとうございます。

私もずっと傍聴しておりましたので、今村構成員のところも存じておりますが、そのときの議論はまだここまで整理されていなくて、どういう形で要件を整えるのかという議論の中で出てきた話でありまして、その後、事務局のほうの整理もあって、今回このように提示されたということです。ですから、小川構成員が御指摘のように、駆け込みということについては、今村構成員が発言をしたときの状況とはちょっと違うかなと私も思います。

○鶴田構成員 1ページのいろいろな時期において、地方に行くのを評価することは大事だと思います。ただ、初期臨床研修の2年間は帰るところがあるけれども、その後ろのほうの専門研修後は帰るところがない。したがって、個人に任せるよりは、帰るところを確保した上で行くようなシステムでないと実効性が担保できないのかなと思います。そういう観点から、この派遣する医療機関を評価するとともに、こういう医療機関には派遣を義務化して、努力義務ではなくて医師の少ないところに派遣することを義務化して、なおかつその代償としての財政面とか金銭的な支援をする方法が現実的かと思います。単に各ドクターに行けと言っても、やはり帰るところがなければ自分の将来がないということもあり、行かないと思います。

○片峰座長 権丈先生。

○権丈構成員 本田構成員の話と関連することですけれども、私は、資料1、7ページの「現在の病院に勤務することになった経緯についてお答えください」というところで、大学からの派遣というのが、これはインセンティブなのか強制なのかよくわからないのです。神野先生に伺いましたら、これはギブ・アンド・テイクですよという話になるのですけれども、ここは難しく、インセンティブを高めようとして対象とする病院の数をふやしていくと、今度はそれが規制と呼ばれるか、強制と呼ばれる可能性が出てくるわけです。ここは去年まとめられている8番「管理者の要件」というところで、この前の会議では地域医療支援病院だけだったのが今回は少しふえてきておりますけれども、ここにまとめられておりますように、診療所等の管理者の要件まで視野に入れた形でインセンティブを少し高めていくというのは、私はありだと思っております。

○片峰座長 神野先生。

○神野構成員 私も今、管理者としての評価を行う対象は、施行日以降に臨床研修を開始するものであるという時点で大分風が変わるのかなと思います。そういった意味で、管理

者要件で云々言っていたことに関しては、もし臨床研修を開始する者を対象とした時点で余りドライブしないと見ざるを得ないとするならば、認定医師としてのインセンティブに何をつけるかが今度は偏在対策の大きな柱になってくるのかと思います。

そういった意味で、先ほど出てきたインセンティブだけで、皆さん、ここに行きたいと思うかということになると思うので、そこのところは医政局だけではなくて厚労省全体でどういうインセンティブをつけるのかという話をしていただかなければいけないのかなと思います。

戻りますけれども、管理者要件としての先ほどの臨床研修を開始する者以降を対象とするという時点で、私は、これから開業を目指す方々も早い時期からそういうことを思いながらいくというのはありだと思います。繰り返しますけれども、それではなかなかドライブはしないと思います。

○片峰座長 ちょっと次があるのでここで切らせてください。最後にまた議論を。

とにかく、今の厚生労働省のお考えは、管理者要件として無床診療所は除外してありますね。ここに地域医療関連の病院のカテゴリーが5つあります。そこが対象なのだけでも、先ほど私が言いましたが、この中から一部を選考して採用しようというのが今の考え方ですね。それでよろしいですね。

○谷総務課長補佐 はい。

○今村構成員（釜范代理） 座長さん、ぜひ今の時点で発言させてください。結局、先ほどの指摘もありましたけれども、医師少数地域をどのように決めるかというところがないから議論が深まらないのだらうと思います。それが今後出てくれば議論が深まる。先ほど座長がおっしゃったように、管理者の対象となる医療機関を今後ふやしていくかどうかということについては、少数地域というのがどのくらいの規模になるかによって、まだ今の段階では何とも言えないと思うのです。ですから、そのバランスを見ながら今後決めていくというのが現実的な対応だらうと思います。

○片峰座長 今はエビデンスがないということですね。

ここで一度切ります。

久米さん、何かございますか。

○久米地域医療計画課長補佐 今回の点で、制度として一応法律に位置づけていくというお話ではありますので、医師少数区域とあわせて医療機関の範囲を決めていくということは当然であると思いますけれども、最低限、1つの種類ぐらいの医療機関の類型みたいなもの、これだけはまずはこのことを決めておいていただくのは必要なのかなと思います。今後の議論ということで結構です。

○片峰座長 はい。

○谷総務課長補佐 すみません。1点だけ補足させてください。管理者要件について、インセンティブとしての評価とともに、先ほど小川先生からは、管理者になるということはそんなに何の効果もないのだという話がありましたけれども、我々としては、地域医療の

経験を持っておられる方が管理者になるということ自体も効果があると思っていますので、そういう方々が管理者になるという、その対象の医療機関の機能であるとか役割という観点も含めて御議論いただければなと考えているところでございます。そういう意味で、この5つの機関を例示として挙げさせていただいたということでございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、次に「地域における外来医療提供体制について」の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。

お手元に資料2を御用意ください。「地域における外来医療提供体制について」ということで、前回、無床診療所に対する新たな仕組みの導入の是非について御議論いただいたところでございますけれども、その議論は後半でしていただきたいと思っておりますが、前半については、1枚おめくりいただきまして、地域における外来医療機能の可視化のために活用され得る情報の整理についてというところをまず議論の対象とさせていただきたいと思っております。

前回、外来機能を可視化していくというお話の中で、早急にこういうことをやるべきだと。こういう情報を使ったらいいのではないかというような御意見もございました。その意見を2ページに書かせていただいております。今は経営コンサル業者とか不動産業者、調剤薬局等による開業誘致に従うという状況になっていますので、情報が不足しておりますということで、情報を提供する仕組みが必要だと。それから、調整会議などで協議を行ってはどうかということ。SCRという指標も使えるのではないか。新規開業と廃業によって医療提供体制が決まるので、廃業の話も可視化してほしい。こういったような御議論がございました。

つきましては、今ある統計調査のうちでどのようなものを活用して当該指標を作成することができるか。また、指標の中に組み込むことが困難な情報についてもあわせて公表することが有効なものとして、どのような情報が考えられるかということ論点として出させていただいております。

次のページをお開きいただきまして、3ページでございますけれども、こちらは既に10月の分科会の中で御説明させていただきました指標です。こちらをつくっていくというものでございます。

こちらに活用していく情報として、4ページに掲げさせていただいておりますのは、医療施設調査、病院報告、患者調査という、これは既存の統計でございまして、こちらの中で、例えば施設の診療科の数、1日平均在院患者数、外来の受療率、こういったことがとれているということでございます。

もう1ページをおめくりいただきまして、SCRとは何なのかということでございます。こちらはレセプト情報をベースにした医療の地域差みたいなものを見ていく指標でございます。全てのレセプトを準備しまして、性別や年齢階級の重みづけを取って、これをフラッ

トにしてレセプトの出現率を見るということでございます。

具体的に先にイメージを見ていただいたほうがよいかと思っておりますので6ページを見ていただきますと、性別と年齢別の重みを取っておりますので、こちらによって、例えば左上でありますと、再診料の地域差が結構あった。盛岡のほうで結構再診が行われているとか、久慈とかは青色になっておりますのでそうではない。こういうものが性別や年齢階級の重みを取った形で比較できるような情報が今既にあるということでございます。こちらが再診料だけではなくて、例えば時間外でありますとか人工透析、CT撮影の件数とか、こういったものが全て見える化されているということでございます。

7ページでございますけれども、医療機能情報提供制度と、こちらは平成18年の医療法改正によって入った制度でございます。病院などから医療機関の情報を都道府県に報告していただき、それをウェブサイトなどで住民に公表しているといった制度でございます。

8ページを見ていただきますと、神奈川の事例でございますが、今回、二次医療圏ごとに指標をつくるというときに、二次医療圏の中で例えば駅前どれぐらい医療機関が集中しているとか、そうでないところでどうかみたいなことは、例えばこの仕組みでは地図上でプロットされることになっておりまして、指標の中に地図を入れるというのはなかなか難しいかもしれませんが、こういうものをあわせて協議の場で議論することはできるのではないかと趣旨でこちらに入れさせていただいております。

続きまして、論点の2つ目でございます。こちらは前回、かなり割れた御議論になったかと思っておりますけれども、無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みに関する論点についてということでございます。

10ページでございますが、前回の御議論の中では、今回、エビデンスに基づく外来医療機能の情報提供を行うことは大きな前進ですので、駆け込み開業などを考えると、まずはこちらで経過観察をすべきではないか。しかし、これまでの医師偏在対策では偏在の問題は解決していないので、強力な方策が必要ではないか。もしくは、営業等の自由との関係が問題になるのであれば、保険の縛りを導入すればいいのではないかとということでもありますとか、もし開業規制を入れるのであれば、既得権益化みたいなものを防ぐために、質の評価をあわせて行うべきではないかという御議論がございました。

論点としましては、偏在解消を進めるために、開業規制も含めた強制力のある手法を導入すべきという意見がある一方で、駆け込み開業等のさまざまな課題があることから、規制的な手法を導入することについては慎重な検討が必要という意見がございました。これらの議論を踏まえ、無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを導入することについて、どのように考えるかということ論点として挙げさせていただいております。

11ページ以降は、前回御説明さしあげた資料でございますので、割愛させていただきます。

○片峰座長 それでは、御議論をお願いいたします。

どうぞ。

○平川（淳）構成員 平川です。

私どもは、精神科のことばかり申し上げて申しわけないですけども、今ふえているのは精神科の診療所ばかりで、机一つあれば開業できるということで、我々精神科の病院の勤めていた先生がどんどん開業してしまう。それでまた医師不足が生まれるということが起こっています。

そういうところで、これは一種の開業支援ツールですね。どこの地域で開業したらいいかということを示すようなものを国がつくるというのは何かちょっと違和感がありまして、確かに規制をすると逆に力が加わるということはあるかもしれませんが、少なくともこういうのは民間で今もう既にやっていることですし、予算を幾らつけるつもりか知りませんが、こういうことよりもっと有効な方法があるのではないかと。このシステム自体も、例えば二次医療圏で開業など絶対に考えませんからね。ですから、このこと自体に意味があるとは私は考えないということと、ぜひ開業のほうについては、地域に必要な量に対してどのぐらい開業していいかということで、行政的な枠組みを診療所にもつくっていただきたいというのが精神科の立場です。

○片峰座長 ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○今村構成員（釜范代理） 今、お話がありましたが、確かに業者が新たに開業するところでいろいろな情報を提供してくれる仕組みが既にありますけれども、これは余り客観的なものではなくて、むしろ業者に都合がよいような情報しか出さないということもあって、もっと公平な立場で、その地域はどういう医療が足りないのかと。足りない部分について開業するとすれば、ここでやったらどうかということを知るための資料を提供することは、私は無駄ではないと思います。

精神科に関しては、先生御指摘のように、病院に医師がいなくて、開業ばかり多くなっているという現状があることはよく承知しておりますので、そのことがはっきり見えてきて、そんなに開業してもなかなか患者さんが来ないとかいう情報が伝わっていくことが大事だなと感じております。いかがでしょうか。

○片峰座長 はい。

○平川（淳）構成員 自虐的な話かもしれませんが、診療所がふえると、その分、患者さんがふえる。決してとり合うわけではなくて、患者さんがどんどんふえていく。そういう現象が起きていますので、そこはいわゆる今までの構造とは違ってきているということは御理解ください。

○片峰座長 いかがですか。

どうぞ。

○山内構成員 そもそもこちらの目的というか、多分前回の議論であったのだと思うのですが、地域における外来医療の提供体制は、地域で地域医療の人を診る開業というか、クリニックとか診療所の先生方が欲しいという目的だとは思いますが、一つやり

方として提案したいのは、グループ診療というものを考えていくことはとても必要だと思っているのですが、世襲制の親子代々やっていくところだと、なかなかその次にお子さんがいなければとか、お子さんが継がなければうまくいかないところもあります。アメリカとかでやっているグループでやるような診療であれば、そういったものが次の後継者をまた若い人で育てながらやっていくこともできますし、あと、何よりも一番の利点は、シフト制がないということで地域ができないという方々もいらっしゃいますので、そういった意味できちんとシフトを組んでやっていくことで非常に効率的にできるのではないかと、そういった体制をどう考えていらっしゃるのかということ。そういう形になると、反対に女性医師とかも働きやすくなる。例えば女性医師が単独で診療所を持ちますと、なかなかそのかわりをやる人ができなくてという形で、地域でやったりすることは難しいと思うのですが、グループ診療であればそういったことも可能なのではないかと。

もう一つは、医療機器とかそういった設備、この前の議論の中の資料にありましたけれども、CTとかMRIを共有して、一つの診療所に一つずつレントゲンの写真がなくても、グループでやればそういった医療資源の効率的な使い方もできるのではないかと、その点に関して、いかがでしょうか。

○久米地域医療計画課長補佐 非常に重要な御指摘だと思います。この大きなファイルの中に第14回分科会というタグがついている前回の資料2の13ページをお開きいただきますと、その中で、確かに今の課題として、グループ診療の推進を進めていかなければならないですとか、設備、施設の共同利用なども進めていかなければならないという課題を我々は認識しております。ですので、そういったものを進めるためにも、こちらで情報提供していく中で協議をすることになっていきますので、そういった方針についても、ぜひそういうことを進めていただく場として使っていただくということと、あと、どのようにグループ診療をやっていくのかというお話につきまして、こちらの検討会でも具体的方策について御議論をいただければと思いますし、働き方のほうの検討会の中でもグループ診療などは有効な方策だという意見も出ておりますので、そういったこととあわせながら、よりよい勤務環境をつくっていくことを進めていきたいと思っております。

○福井構成員 10ページの上の囲みの最後の行に、既得権益化を防ぐために、外来医療の質の評価を行うことが必要と書いてありますけれども、私としては、既得権益化を防ぐためだけでなく、日本の外来医療の質の評価はどうしてもやる必要があるのではないかと思います。そのことは医師数が適切かどうかという議論にもつながることだと思います。

例えば、プライマリーケアのシステムがしっかりしている外国と比べると、開業されている先生が日本は随分多いと思います。ただ、特別な狭い分野の専門性を持った先生が比較的多く開業されているという特殊事情もあります。外来医療の質の評価をまずやっていたらと思います。

○片峰座長 はい。

○褒構成員 開業する先生方等のお話を聞いていますと、2種類の開業があると思うのです。まず積極的開業、つまり地域に貢献したい、または自分のやってきた医療を地域に還元したい、そういった積極的な開業です。次に消極的な開業ですが、今の職場がつらいとか、またはもうゆっくりしたいとか、そういった余り前向きではない開業がございます。どちらの開業理由も否定するつもりはありませんが、当然ながら経営的にはやる気やモチベーションが高い積極的開業が成功する可能性が高いと思います。それがまずドクター側の要因です。そして次に、受け入れ側の要因として、開業医の先生を含め、医師が足りないということでぜひ来てほしいという地域側の要因です。すでにたくさんの開業医の先生がおられる、また、立派な病院がすでにあるということで、地域としたらそれほど医師は不足していないという受け入れ側の要因がございます。この2×2のマトリックスのミスマッチが、結局は外来の量的なバランスの悪さをつくっていると思っております。

となりますと、このミスマッチを見える化するというのは、消極的開業でかつ医師飽和地域に行ってしまう一番のバッドシナリオを避ける一助になると思います。そうなりますと、それを避けるためのある程度のメルクマールのような道しるべを出すというのは、私は基本的に賛成だと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 もともと前回までの議論で、病床規制があるのと同じように開業規制したほうがいいのではないかという話をしていたわけですが、医師免許は開業権であるというふうにおっしゃればそれまでなのですが、それにかわるものとして何があるのかという話をしてきたわけで、それが保険医としての、保険医登録の規制というのはいかがか。それぐらいのことをやらないとなかなか偏在対策にならないかもしれないし、諸外国でもそういう国があるわけですから、保険医登録規制で開業規制をしたらいかがかという話を進めていたし、私もそれが一番の偏在対策だと思っています。

ただ、それがままならぬということで、この情報提供の話が出てきたので、今のままの情報提供の話は、先ほど皆さんからお話があったように、これもまたドライブしないのではないかと。

今、褒先生がおっしゃったようなマトリックスは、私はすごくいい話だなと思ったのですが、情報提供の仕方をきちんと出した上でやるべきだし、地域のニーズと開業医が開業したいところのニーズというのは、ミスマッチはあるけれども、開業するならやはりここに行かなければ経営的にもうまくいかないのだねという感覚を持つような情報でないとうまくいかないのかなと思いました。

○片峰座長 どうぞ。

○本田構成員 私も基本的に神野構成員がおっしゃったのと同じ思いを持っています。もともとは開業は自由かもしれませんが、公的資金を財源とする保険医療というのは、本当は何でもかんでも自由ではないと考えます。ただ、早急に保険医規制というのがなかなか難しい現実もあるという意味で、情報を提供することに関して、ちゃんと判断できる

ような情報、つまり専門家や、いろいろな方々の意見や解説がついた情報をきちんと出して頂きたいと思います。単にデータが並んでいるだけでは読める人と読めない人がいるし、意味が全く違うように取られることもあると思いますので、そういうこと医師だけではなく、行政関係者や、もしくは一般の国民もわかるような形でちゃんと出していただきたい。何だったら、この入院医療と同じように外来医療についても、地域の医療構想調整会議というところがあるので、そこで、我が県ではこの地域はこうでということを出して、議論していただくことがとても重要だと思います。だから、情報をつくるだけではなくて、その使い方についてしっかりしていただきたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○羽鳥構成員 皆さんの意見はもっともだと思うのですが、診療所医師の開設要件に医師少数地域への勤務の義務付けのような規制中心にしたら、医師会のほうもパンクしてしまうような感じもします。今そういう調整ができる機能としては地域医療構想会議の下部組織のようところで医師会が主導的に行うのが一番機能しやすいと思います。医師会の先生たちがこういうところではこういう医療が足りないとか、そういうことを言うのは言えると思うのです。ただ、今までの歴史で医師会がそういう調整をすると独占禁止法に触れるなどと、規制をすることを許されないという歴史もあります。それは開業の自由とか職業の自由で、そういう規制をすることは余り好ましくないという歴史もあったので、その辺についてはやはり慎重にやらなければいけないと思います。

神野先生がおっしゃっているような地域医療構想のサブ委員会とか、そういうところで情報提供をきちんとしていくというスタイルだったら可能だと思うのですが、いきなり保険医規制まで入ってしまうのはなかなか厳しいなと思います。

○片峰座長 はい。

○小川構成員 皆さんよく御存じだと思うのですが、一人の医師を養成するのに約1億円かかるわけです。その中で国立大学出身者はほとんどが税金で医者になっている。私立大学の出身者も、一部ですが、公的費用も当然入っている。さらに、先ほど本田構成員が言ったように、保険医療の中にも税金が投入されているわけで、こういう中で医者が、自分たちは全て自由なのだという言い方をすること自体は非常に恥ずかしい。やはりそういう意味では、国民の税金を使って医者になって、そして、国民にその技術を還元するために医者になっているわけですから、そういう意味でのプロフェッショナルオートノミーが何で日本では醸成されないのか。そんな恥ずかしい国なのかということをおは本当に強調したいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○権丈構成員 資料2、5ページのSCRのところですか。これをこれから先、利用して、公に出していくという話で、SCRというのは性・年齢調整標準化レセプト出現比ですね。私は需要とニーズを切り分けて言葉を使ってやっていきたいと思いますというところで、先ほど平川構成員からもありましたけれども、やはり医師がいれば患者がふえる、病床がふえると入院

患者がふえるというのは、この国というか世界的な傾向なわけですが、けれども、このように性と年齢を調整をして、全国的な標準値からその地域はずれていますねということが言える指標になるわけです。だから、需要ではなくニーズをここで捉えて、需要としてはニーズよりも相当ふえていますねというような指標がこれから出てくる。それは心の中で、医師がふえれば患者がふえると思っている人には経営情報にはならない。けれども、政策情報としては使うことができるという状況になっていきますので、そういうところからエビデンスベースでいろいろとこれから先、制度設計をしていくことが重要になってくるなかで、これは大きな一歩ではないかと私は見ております。

○片峰座長 診療所開設に関する枠組みに関しては、結論はなかなか出ないですが、御議論としては大体よろしいですか。きょうの御議論をどう生かして報告書にまとめていくかということになるかと思いますが、書きぶり等々いろいろあると思います。

この議論もここでとりあえず切らせていただきます。

森田先生、何かございますか。

○森田構成員 では、御指名でありますので、簡潔に言わせていただきますと、今、神野先生、小川先生から御意見が出ましたけれども、今までの御議論を聞いている限りは、どちらかといいますと医師の側、医療機関の側のサプライサイドの視点からの議論が多かったと思います。もちろん、医師の養成に国費が投入されているということもございますけれども、日本の場合には皆保険制度でございますので、国民はみんな保険料を払っている。そして、どこにいても医療が受けられるということが約束されているはずですので、それが保障されないという事態は、これはやはり患者、国民サイドから見ると大変困った事態です。先生方のいろいろな事情もあるかと思いますが、それをできないと言われるのでは、困ってしまう。

そこで、先ほどプロフェッショナルオートノミーを発揮して調整されるというお話もございましたけれども、それならば、プロフェッショナルの世界の中で、強制とは言いませんけれども、これは国家がやるのではないから強制とはいわないのかもしれませんが、かなり強力な方法できちんとした医師の配置をしていただきたい。

先ほど権丈先生がおっしゃいましたように、大学の指示で行く人が多いわけですから、それはまさにそういうことだと思いますし、医療界としてそうした形でやっていただきたいということだと思います。

ただ、それがなかなかうまくいかないの、この前から出ておりますのは、もう少し県が汗をかけということだと思いますけれども、それもなかなかいいのならば、さらにそこから先のことも考えておかなければならないのではないかと思います。これまでいろいろと繰り返されてきましたけれども、なかなかうまくいかなかった。そして、現在の人口動態、高齢化を見ておきますと、そんなにゆっくり試行錯誤している時間的余裕はないと思います。それだけ申し上げておきます。

○片峰座長 ありがとうございます。

次は包括的な話になりますので、また議論の蒸し返しがあると思いますので、そのときはよろしくお願ひします。

それでは、3番目の議題につきまして、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。

資料3「制度改正に向けたこれまでの医師偏在対策の議論のまとめ」ということで、前回までの議論を集約し、まとめさせていただいております。

おめくりいただきまして、1ページ目に全体像をお示ししております。本日御議論いただきました内容は含まれておりませんので、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というのは含まれておりませんが、前回までの議論、「1. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化」「2. 医師養成課程を通じた地域における医師確保」「3. 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応」「4. その他」という形で取りまとめさせていただいております。

資料につきましては、これまでにお出ししたものをまとめて提案したものから断定的に書くという変更をしておりますが、基本的にはお示した内容と一緒にございますので、御説明についてはごく簡単にさせていただければと思います。

まず、4ページ目でございますが、医師確保計画の策定ということで、これまで医療計画においては、医療従事者の確保に関する事項を定める、あるいはこのほかに地域医療対策ということも法律上書くこととされていたのですけれども、余りPDCAサイクルが回されてしっかりと運営されているわけではなかったということ踏まえまして、制度改正いたしましては、医療計画において3点、都道府県内における医師の確保方針、医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標、目標の達成に向けた施策内容ということを法律上位置づけまして、これを医師確保計画と呼ぶこととさせていただくということでございます。

おめくりいただきまして、5ページ目でございますが、その具体的な内容でございます。下の例を見ていただいたほうがわかりやすいと思いますが、これからは二次医療圏ごとに医師数の、例えば人口10万人対医師数とここでは例示させていただいておりますが、指標もできてきますと、それぞれ少数、多数ということもわかってきますので、例えば多いところから少ないところに医師を派遣するとか、少ない地域では地域医療実習を実施するなど、それぞれの地域に応じた対策をとっていくことが可能となっていくわけでございます。

6ページ目、上のマル2、マル3でございます。マル2については、しっかりとPDCAサイクルを回すために医師数の目標を定めていただく。マル3については、目標の達成に向けた派遣等の確保施策をしっかり立てていただくということでございます。

下の計画期間については3年と定めさせていただくということでございます。

続いて、7ページ目でございますが、指標ということで、これまででは客観的に偏在の度合いを示すものがなかったということでございますので、今後、指標を策定していくということでございます。これはこれまでの人口10万対医師数のようなものではなくて、もっと幅広く情報を参考にすると。例えば将来の人口構成の変化、あるいは医療ニーズ、患者

の流出入等々を踏まえて指標を示すことを考えております。

8 ページ目でございますが、こうした指標を用いて、医師が多い地域、少ない地域を二次医療圏ごとに示していく。少ないところは医師少数区域と、多いところは医師多数区域と仮称するというごさいまして、これと偏在対策を結びつけていくということで考えております。例えば、地域医療支援センターによる医師多数地域から医師少数区域への医師派遣へのあっせんをするなどの対策が可能となるわけでございます。

9 ページ目以降は、地域医療対策協議会の実効性確保ということでございます。

10 ページ目をおめぐりいただきまして、これまでの課題といたしましては、地域医療対策協議会を初め、さまざまな会議体が存在をしていた。あるいは効果的な会議の運営・調整が困難であったという課題もございました。今後は、これまであった会議体の整理を行う。例えば、へき地医療支援機構や専門医協議会については、地域医療対策協議会と統合する。場合によってはワーキングチームのような形で存続することも可能としますが、基本的には統合するというごさいまして。

イメージは11 ページにごさいまして、医療審議会と地域医療対策協議会というものが都道府県に置かれることになるわけですが、医療審議会では大まかな方向性について方向づけていくという立場、地域医療対策協議会は具体的な実施方法の協議・調整の場ということで、利害関係者にも入っていただき、協議をするということとその役目としていただきます。

12 ページ目に例を書いてございますが、医師派遣においては、派遣が必要な医師の人数をどう決定していくか、どこの病院からどこに医師を何人派遣するかといった具体的な調整、あるいは医学部においてこれから出てきますが、地元出身者枠を決めていくに当たって、どの大学に何人の枠を設定するかのような議論をしていただくことをイメージしております。

続きまして、14 ページ目をおめぐりいただければと思います。地域医療支援事務と法律上の用語を使っておりますが、いわゆる地域医療支援センターというものでございます。これまで県によっては大学医学部や病院との連携が十分に行われていない、あるいはキャリア形成プログラムの実施がなされていないようなところがございますので、今後はきちんと医学部・大学病院との連携のもとに派遣等が行われるということ、あるいは派遣先の決定については、地域医療対策協議会での協議をしっかりと経るとということ、また、地域枠の医師については、地域医療対策協議会での協議を経て派遣方針をしっかりと決定していく。そして、キャリア形成プログラムについてはしっかりと策定いただく等々の見直しを行っていくことを考えております。

15 ページ目につきましては、こうした仕組みに勤務環境改善の仕組みも組み合わせていく必要があるので、医師少数区域に対して勤務環境改善支援センターが連携をする。これを法律上しっかりと明記するというごさいましてを御提案させていただきます。

続きまして、医師養成課程の医師確保でございます。まずは医学部でございますが、ま

とめさせていただいたものは20ページのイメージ図でございますので、こちらを見ていただければと思います。何度も御説明させていただきましたとおり、地元出身の医師が地元に残るという傾向が見られますので、まず、医師が少ない県においては、地元出身者枠というものを大学に設置することを都道府県が要請することを法律上可能とする。また、医師多数県において、大学に医師少数県のための地域枠を設けていただいて、医師少数県に戻っていただくというような仕組みもさらにつくっていく。こういう御提案をさせていただいております。

続きまして、臨床研修でございます。22ページでございますが、臨床研修の段階においても、やはり地元出身の人が大学に行き、そのまま同じ土地に臨床研修に入ると非常に定着が見られるということでございますので、そういったものをさらに促していくために、今行っているマッチングとは別に、その前に地域枠の学生を対象にした選考を実施してはどうかということでございます。

続きまして、23ページ目でございますが、研修体制というものも非常に医師の定着に当たってどう構築していくかが重要になっていく。これはこれまで国が行ってきたわけですが、やはり地域の情報は都道府県がよりよくわかっているということですので、国ではなく都道府県が臨床研修病院を指定あるいは募集定員設定を行うことを考えております。

続きまして、募集定員の話でございます。25ページ目でございます。これまでも臨床研修病院の募集定員は圧縮をしてきたわけでございますが、今、目標としている32年度の1.1倍ということで、そのまま維持してしまうと、それ以降、さらなる偏在是正を行うことができないということになってきてしまいます。一方で、圧縮し過ぎてしまうとアンマッチの可能性や競争率の低下等の問題もございますので、平成37年度に1.05倍とするよう圧縮をする方向で考えてございます。

続きまして、27ページ目でございます。かなり細かい話で恐縮ですが、募集定員の計算式の話でございます。今の計算式においては、人口比だけではなくて、その県にどれぐらい医学部の入学定員があるかということも計算式の要素として入れておまして、その計算式を採用する都道府県においては、十分に人口比以上に枠が設けられていたという傾向がございましたので、制度改正案として、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。一方で、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という御提案でございます。

続いて、専門研修でございます。御案内のとおり、専門医制度については、29年度の開始を目指して検討が進められていましたが、地域医療の懸念が示されて1年延期をしたということでございます。その後、るる議論もございまして、30年度開始に向け、今、議論が進められているところではございますが、しっかりと法律上に国や都道府県の役割を書くという要望もございますので、制度改正案のところで具体的に書かせていただいております。

読み上げさせていただきますと、医師に対する研修の機会確保が十分でない場合には、

国が、審議会の意見を踏まえ、必要な措置の実施について日本専門医機構等に対して要請をする。これは例えば女性医師に対する配慮が十分でない等々の要望でございます。

次のポツ、研修プログラムの認定前に、国や都道府県が、それぞれ審議会・地域医療対策協議会の意見を踏まえ、日本専門医機構等に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施について意見を述べること。これは地域医療の観点から都心部に集中し過ぎないような体制に関する要望ということでございます。

日本専門医機構等は、正当な理由があれば、これらの要請等への対応が免除されるということで、がんじがらめにすることを狙っているわけではないということでございます。

続いて、32ページ目でございますが、今の診療科選択はかなり自由に学生さんが選択されているという現状がございますが、将来のニーズなどそういった情報はなく、そういう情報がないままで選んでいるという現状がございます。でございますので、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というために、人口動態や疾病構造の変化をも考慮した将来の診療科ごとの医師のニーズ、これを都道府県ごとに明確化することを考えてございます。

続きまして、きょうも議論がございましたが、外来医療機能の不足・偏在等への対応ということで、35ページでございますが、るる御説明させていただきました、外来の機能が都市部に偏っている、専門分化が進んでいる等々の状況にある中で、医師偏在の度合いをお示しすることによって、地域ごとの外来機能の状況、偏在・不足等の把握が可能となる。これを可視化することによって、新たに開業しようとしている医療関係者がこれを見て意思決定ができる。この内容については、地域の医療関係者等と事前に協議等を行っていくことを考えております。先ほども御説明させていただきましたが、この際はグループ診療の推進など、いろいろあわせて協議を行うということを考えてございます。

最後、その他でございますが、37ページ目でございます。病院等の2カ所管理ということでございますが、こちらはこれまでQ&Aでお示しさせていただいておりましたが、1カ所だけではなくて、施設の規模、診療時間から見て2カ所を管理しても管理が適切になされる場合についてはできますよということで、これをしっかりと明確化するという改正を考えております。

御説明は以上でございます。

○片峰座長 どうもありがとうございました。

これまでの議論のまとめも含めて御説明いただきましたが、議論は多岐にわたると思います。それで、まず座長から御提案。きょうは10分から15分延長してよろしゅうございましょうかということです。先ほど十分議論ができなかった懸案もございます。よろしいですか。

それでは、今御説明いただいた中で、都道府県の体制の問題あたりから御議論いただければと思います。

では、小川先生、どうぞ。

○小川構成員 都道府県の体制で地域医療対策協議会の形が随分変わってくることで、これは大変いい方向だと思います。特に11ページのさまざまな委員会、協議会等があったのですけれども、いろいろな協議会を集約して整理をする。そしてまた、さらに14ページの下の方ですけれども、4行目に、必ず大学医学部・大学病院との連携のもとに都道府県が地域医療支援業務を行うようにするという事などは、大変画期的なことだと思います。これを具体化するのはかなり難しいかとは思いますが、ぜひその御努力を続けていただきたいと思います。

そして、第2回の分科会の際に資料5-1で出してあるのですけれども、これは実は「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」ということで、日本医師会と全国医学部長病院長会議が合同でまとめたものでございます。この中には、大学に置く医師キャリア支援センターと県の協議会が連動してやるのだということが明確に書かれておまして、この中に、前に質問したのですけれども、我々としては、やはり卒業生がどこでどういうキャリアアップをして、どこでどういう研修をして、学位を取って、専門医を取って、今この病院でどういうキャリアのもとで仕事をしているかということがわからないと、なかなか難しいというお話をさせていただいたのです。

そのときに厚生労働省の方から、もう既に厚生労働省としては、そのとき申し上げたのは、三師調査のデータと医籍登録番号を組み合わせれば、現在どこでどういう方がどういう仕事をしているかということ全部洗い出すことができるはずでございまして、そのときに、ことしじゅうにその結論を何らかの形でまとめるというお話もあったのですけれども、それはどうなりましたか。

○片峰座長 どなたか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 14項目の中にあるデータベースの作成についてのものでございますけれども、既に今年度、予算措置もしておまして、今年度末までに何らかのデータベースはつくるつもりでございます。また、今まで三師調査というのは横断的な調査なので、医籍番号、例えば山田太郎さんがそのときにどこの医療機関にいたというのはわかるわけですが、それがキャリアを通じてどこにいたかというのは、今まで縦につながないとわからなかったわけなので、そういう意味で、そういうデータベースを医籍ともくっつけてつくるということは今年度中にできる予定です。また、それは都道府県にも提供することができるような形にするつもりでございますので、そういうスケジュールで進んでおります。

○小川構成員 ぜひよろしく願いいたします。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 都道府県の立場から何点かお願いしたいと思います。

まず11ページは、ここに協議の場とありますけれども、基本的に決定権がなければ実効性を保てないので、もしこういう組織にする場合に、ある程度都道府県に決定権があるものは決定権があるものとして決めていただきたいと思います。

12ページ、医学部の地域枠、地元枠の設定目標の決定とありますが、多くの大学において、果たして地域枠の人たちに地域医療に関する教育をしているのかというのが課題なので、やはり医局が配置するのではなくて、こういう人たちに対して動機づけをしっかりともらって、地域に行ってもらうことを前提に制度設計をしていただきたいと思います。

15ページ、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の連携が十分でないというのは、これは実態を今、密かに調査されているみたいですが、よくその実態を明らかにして、どういった理由で動かないかということをしかり見きわめて対応を図っていただきたい。一つは労働基準行政との関係もあるのですが、医療機関が個々にセンターに相談に来ないと我々是对応のしようがないという状況があります。

次に、30ページ、専門医機構についてですが、11月15日に専攻医の応募の締め切りをしましたが、情報を早く都道府県に出してほしいと言っても、実際上は、個別の都道府県が聞いても答えてくれない。早く情報をいただかないと都道府県としては対応できないので、機構に対して、そういう都道府県の求めに対してはしっかりと対応することを義務づけていただきたいと思います。

プロフェッショナルオートノミーと言われますけれども、本当にプロフェッショナルオートノミーが地域医療の確保の観点から今この専門医制度に生かされているかという、私は破綻しているのだろうと思うのです。30ページに記載されてあるのは中途半端なので、本当に制度として動くかどうかについては非常に懸念しています。都道府県の立場で言えば専門医機構がそれができるかどうか中途半端だと、都道府県はできないと言わざるを得ないと思います。

32ページですが、先ほどもニーズとか需要、供給とありましたけれども、実際は医者一人は高度医療とかプライマリーケアを含めてどのくらいのサービスができるのか、又、それに対し幾らの金が提供できるかによって、その医療システムは全く変わってくると思います。そういう費用の面も含めて医師一人は、労働時間の問題もありますけれども、過重労働にならないようにすれば、この程度のサービスしかできませんということを踏まえて、医師の需要の数字を出していただければありがたいと思います。これは意見です。

○片峰座長 多岐にわたりましたけれども、何かコメントはございますか。

それでは、どうぞ。

○永井構成員 おおむね賛成なのですが、1つは、もともと強制配置ではなくてインセンティブをという方向になりつつあって、その前提として、医師の10万人アンケートで半数ぐらいは行ってもいいと。条件をいかに整えるかで医師は動くのではないかという話だったので、地域医療対策協議会の機能として3つは押さえてほしいと思っているのが、1つはマッチング機能です。需要と供給、どこが欲しいとっていて、誰が行きたいと思っているのかというマッチング機能。あと、疲弊しないシステム。交代できるシステム。このシステムをしかりして疲弊しない体制をつくるということと、もう一つは教育研修機能。これは地域対策協議会ではもしかしたら難しいのかもしれないので、大学や県立中

央病院等とコラボしてこれを各都道府県でつくらないと、最低この3つがそろわないと行きたい人が行ける状況にならないと思うので、この機能を何らかの形で絶対に整備してほしいと思うのが1つです。

もう一つは、地域偏在の中で、先ほど山内先生も言われましたけれども、女性医師をいかに活用するかというところが一番大事なところで、眼科とか皮膚科だけに行くのではなくて、在宅医療とかプライマリーケアの分野では女性はずごく適していると思いますし、交代できる体制をしっかりとると本当に大きな力になるので、そういう分野で活躍ができると思うのです。この女性医師の部分が少し抜けてきているので、ぜひもう一回盛り込んで、地域偏在にも大きな役割を果たしていただけたらと思いますので、女性医師の活用というかそういう体制づくりをぜひ入れてほしいなと思います。

最後に1つだけ、病院の2カ所管理のところですけども、基本、医師不足地域への派遣は認められているそうなのですが、おおっぴらになっていない。皆さん知らないので、医師少数地域への派遣は認められるというのをセットにして2カ所管理というのを進めてもらいたいなと。そうでなければ派遣ができないので、現実には診療所とかでもどんどんなくなって行って、そこの外来を診ている先生たちも少しずつふえてきているのですけれども、その派遣の問題もセットにして進めていってもらったらなと思います。

以上です。

○片峰座長 今の御意見、何かコメントはございますか。なければどなたか。

福井先生。

○福井構成員 全般的にはこの方向でぜひ進めていただければと思います。

2点ほど。医学部のところで、これは前回も1度コメントいたしましたけれども、プライマリーケアとか地域医療についての教育の質の問題がベースにあります。どうしても地域医療、プライマリーケアに興味を持っていない教員の多いところで地域医療、プライマリーケアをやれというのは非常におかしな状況で、それがずっと続いています。そのところについて、文部科学省にはもう一段工夫をお願いしたいと思います。

もう一つが、専門性の偏在についてです。まず情報提供するのは最低限必要だと思います。ただ、加えて、余り時間を置かないで偏在対策をするために、例えば救急とか産科、婦人科とか、誰が見ても専門性の偏在が明らかどころへの現実的なインセンティブをもう一度考えてもらえないでしょうか。報酬とは限らないですが、もう少し早く効果が出るようなインセンティブも考えてもらえればと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 私も、医師養成の段階とか都道府県でやることというのはかなり見えてきていて、今回まとめてくださったような内容で、特に都道府県の中では整理もされましたので、しっかりやっていただくことが大事だと思います。ただ全般に今、改めて御説明いただいて、例えば将来の診療科ごとの医師の需要ということで、こういうものを見たからといって、ここは需要が少ないから行こうかと思えるかということ、なかなかそうはならな

いのではないか。先ほど外来の可視化の問題もありましたけれども、可視化しただけでは前向きにはならないという問題があると思います。

先ほど10万人アンケートの中で、地方に行っていいという答えを出した若い人が結構いたというご発言がありましたし、同じようなご意見をほかの方もおっしゃいますが、アンケートで書いたことと、実際に本当にあなた行きますかとなったときが一致するとは思えないのです。そういうことからすると、都道府県の中でしっかりやっていただくことはさることながら、偏在が起きているところにどれだけ医師を本当にきちんと配置するのかということが、やはり一番の残された問題ではないかと思います。

先ほど蒸し返しオーケーというお話だったので、管理者要件にしても、私は実効性がすごく低いなと思っていて、もしこれから研修を終えた方たちを対象にするのであれば、開業するときの要件ということにしないことには実効性がないと思います。もう少し、これだけ今足りないと言っていることを具体的にするためにどうしたらいいのかということを考える必要が改めてあるかと思いました。例えば外来の可視化にしても、単に可視化するだけではなくて、先ほどグループ診療の話もありましたけれども、こんな開業の仕方があるというプランも具体的に見せて、前向きに開業したいという人が前向きにやってみようと思えるような、これまでよりもう一步突っ込んだ情報提供をやらないことには、見せるだけで動くかという問題があるのではないかと思いますので、今までの議論が少し後退しているような感がして、もう少し戻していただきたいと思います。

○片峰座長 山口さん、もうまとめに入らないといけない時期なのです。きょうの最初からの議論で、例えば外来診療所開設の調整システムをどうするかという話、それから管理者要件の問題も出ましたね。そして今回の診療科間でどうするか。もう少し踏み込んで、こうしたらいいということは、今までの議論を踏まえて何かございますか。

○山口構成員 それをずっときょう一日考えながら話を聞いていたのですけれども、何か一歩進もうとすると強制という言葉が出てくるのですね。果たして本当に強制なのか。先ほど医局も強制ではないかというお話があったのですけれども、やはり調整をしないことには、先ほどマッチングの話もありましたけれども、例えば専門医にしたって何人ぐらい必要かということをしっかり出して、その人数の中でおさめるとかしないことには言うだけになってしまうような気がします。少し強制だということ揺らいでいるところをもう一回改めて考えて、本当に今必要なところに必要な人数を入れるとすると、先ほど森田構成員がおっしゃったのですけれども、患者の立場から見れば、同じ日本に住んでいて、この地域ではこんなに医療が受けられないという差が生じている問題があると思うのです。それを少しでも解決するためには、例えば医学会の中でももうちょっと動きを前向きにやっというふうなことを大きく声を出していただいて、どこまでのことだったらいのかという段階を踏んで、まず1年これでやってみて、それがもしうまくいかなければもう少し強くするか、ちょっと具体性に欠けますけれども、そういう段階的な制度もあっていいのかなという気がします。

○片峰座長 先ほども、なかなか今の段階ではエビデンスがないからという話が出ましたね。そういった意味でも、エビデンスをそろえながら次のステップに進んでいくというイメージなのでしょうか。

○山口構成員 私は、できるだけ早く医師不足地域を限定できるような資料を出していただきたいと思います。それがないと全然議論できないです。

○片峰座長 はい。

○小川構成員 今の山口さんのお話は非常によくて、これはもうまさしく管理者要件の中に診療所まで入れないと何の効果も出ないと思います。ですから、やはりこのところを病院だけではなくて診療所まで入れるのだということをここで決めていただかないと困るなというのと、もう一つは、今の話で、データをもうちょっと出してもらわなければだめだというのは、例えば義務年限を1年にするのか、2年にするのか、3年にするのかというのは、例えば3年にすれば多分オーバーフローするぐらいになるのではないかと思うのです。ですから、どこに医師不足の地域があって、どの県でどのぐらいの人数が必要なのだというデータが出てこないと期間は決まらないと思います。

もう一点、せっかくですからお話をさせていただきますと、資料1の管理者要件なのですけれども、インセンティブ、インセンティブという話がありますが、病院に対するインセンティブがちょっと間違っていて考えられているのではないかと思うのです。要するに、医師不足地方で医者をいただくほうの病院はウエルカムなのです。問題なのは、医者を出す側の病院のほうが大変なわけです。先ほど鶴田構成員がお話しになっていましたけれども、地域医療にお手伝いに出したのはいいいけれども、戻ってこれないのではないかという話もありました。そういうことも含めて、病院側からすれば大変なのは、その医師を地方に出すほうの病院が大変なわけで、いただくほうの病院はウエルカムなのです。

ですから、病院に対するインセンティブということを考えたときに、出す側の病院に対するインセンティブ、何らかの資金的なインセンティブなり何なりを考えないとだめなのではないかと私は思います。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員（釜菴代理） これまでの議論の中で、医師は自由がままに思うようにやっ
ていて、ちっとも世の中のことを考えていないのではないかという御指摘もありましたけれども、決してそんなことはなくて、もともと医師はどういうものかということをし
っかりわきまえて医学部に入り、また、医師として医療に携わっていると私は感じてお
りますので、そのことはまず一言触れておきます。

そして、小川構成員が言われた全国医学部長病院長会議と医師会の緊急合同提言は、最初の検討の段階から加わらせていただきましたのでよく覚えておりますが、まだあれを出してからそんなにたっていません。27年に出しましたので約2年、それから検討の段階を入れて3年ちょっと、4年弱ぐらいというところですが、この短い期間でも、私は、医療の現場は大分変わってきていると思います。決して悪くなっていない。よくなってきてい

ると感じます。

さかのぼりまして、平成16年の新しい臨床研修制度が導入された直後は、本当に惨憺たるありさまでした。その中で特にマッチングという制度によって、医師は自分の好きなどころにどこでもマッチすれば行ってよいというようなことも一部で言われて、そのことが大変吹聴されましたけれども、これはその後の修正で大分変わってきておると思います。

ですから、今後の方向としては、山口構成員が言われるように、今の検討はちっとも即効性がなくてまだまだ足りないという御指摘はよくわかりますけれども、状況は決して滞ってはいないで、少しずつ前進をしているように感じます。もちろん不足・偏在はまだまだありますけれども、これはそのように認識をしております。

そして、先ほど小川構成員が言われた合同提言の中で、医師キャリア支援センターという構想を出しました。これは出身大学が、もちろん本人の同意を得てですが、出身の学生のキャリアをずっと大学として可能なようにフォローしていくという仕組みです。地域医療支援センターがありますので、これは医療法に基づいた公的なもので、それがやるわけですが、現状においては地域医療支援センターが特に管理しているのは、地域枠とか地元枠の部分についてはしっかりやっていますけれども、それ以外の部分は余りできていない。

先ほど堀岡さんが言われた三師調査のデータベース化も大事ですけれども、やはり出身大学が出身の学生のことを、本人の同意を得て、しっかりそれぞれの大学が把握するという試み、あるいはそのことをしっかりやっていくことがとても大事だと思います。

後のほうに出てきます、資料3の35ページで、この外来機能の偏在・不足等の対応について、最後のところに、この協議については、地域医療構想調整会議を活用することができることとする。このことについては異論がございませんが、もともとこの地域医療構想調整会議というのは強制的にこれで何か動かそうというよりも、構成員がしっかり情報を共有して、その地域のあるべき姿を探っていくというのがもともとの趣旨でありますので、そのことについては、今回もしこの外来の医療機能の偏在・不足にそれを利用するのであれば、その趣旨に沿ったものであってほしいと願っています。

以上です。

○片峰座長 どうぞ。

○本田構成員 資料3について意見をしたいのですが、全体的にはそういう議論をしたと思うのですが、特に私は診療科偏在、専門研修のところの書きぶりがすごく引いているような感じがして、今、診療科偏在というのは、例えば特に外科が足りないとか、病院での交代機能がないとか、医療界の一つの大きな課題になっていると思います。病院医療が抱える課題に大きくかかわっている診療科の部分について、情報を提供しましょうというのは第一歩としてももちろん大事なのですが、例えば診療科ごとの枠としてこれぐらい必要なのではないかとか、もう少し突っ込んだ議論をしたように思うのです。

臨床研修に関しての部分については、倍率を狭めてちゃんと地域で育てていきたいと思います、満遍なく配置して育成していきましょうということが割と明確なのですが、診療科

のところはすごくぼやっとしていて、これは専門医機構との関係性で書けないだけなのか、厚労省としてはやることができないのか、そこら辺を教えてほしいのです。

○片峰座長 はい。

○堀岡医師養成等企画調整室長 32ページのお話だと思うのですが、ここに関しては別に専門医機構という問題ではなくて、需要の見える化という話なので、別にそういう問題、プロフェッショナルオートノミーとの関係性の問題の記述の書きぶりとは関係ないのですが、33ページのような手順をイメージで書かせていただいています。地域偏在以上に診療科偏在ということ、需要をつくることもかなり新たな試みでございますので、例えば診療科ごとの医師の需要を決定する、代表的な疾病や診療行為を抽出した上で対応表を作成したり、それを診療科ごとに年齢とか性別の将来の医療需要を投影したり、必要な補正を行ったり、また、働き方の労働時間補正をするというのはかなり壮大な取り組みではございますので、まずは32ページのような対応をしてはどうかということで、事務局の案を示させていただいたところです。もちろん、その後どのようにつながっていくのかという議論は将来的にはあり得るのかとは思いますが。

○本田構成員 ここに書いてあるようなものを出してもらうことがまず第一だと思っているのですが、例えば専門医、専攻医を各地域の病院で育成する際に、全体の調整とか、人数の調整とか、言葉は悪いですが、そういう口出しとか連携は都道府県が専門医に関する育成についてもやっていくという理解でいいのですね。そういうこともここには書いていなかったのです。

○堀岡医師養成等企画調整室長 そちらはどちらかというところと30ページのほうでございまして、新専門医制度における国・都道府県の役割の明確化というほうだと思いますけれども、研修の機会確保が十分でない場合には国が、また、研修プログラム認定前に地域医療の観点から必要な措置の実施について国と都道府県がそれぞれ意見を述べるというようなことを明確化させていただこうと思っております。先ほど鶴田構成員から御指摘いただいたようなことが、法的根拠をきちんとつくった形でできるようにということでございます。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 今と別の話でいいですね。先ほど釜菴先生から全体によくなっているという話があったのですが、私と私の仲間の病院が不幸なのかもしれないけれども、基本的認識として、例えば急性期とか救急というところを診る病院医師という観点から立てば、やはり誰に聞いても不足しています。悪くなっております。大学病院は引き上げる、人材派遣会社からはふっかけられる等々で、大変つらい思いをしています。

それから、地域医療構想調整会議等に出てきて、在宅医療をどうするのかという話をしたときに、我々の地域からすれば、今度は開業の先生方から、開業医が高齢化したのでもう在宅医療はできなくなってしまったと。これは何とかならないのかというような意見もいっぱい出てくるわけです。なので、基本的認識は、今は非常に偏在している。もし医師数がふえているとしても、偏在していると言わざるを得ない。

ならば、私は、基本的認識として、ここで厚労省に悪者になっていただいて、われわれも悪者の一員になってもいいですから、やはりある程度強力な遍在対策をかけていただかないと、特に今の日本の医療はよくなると強く思っております。

以上です。

○片峰座長 はい。

○堀之内構成員 堀之内でございます。

戻って専門医のところなのですけれども、先ほど医師不足地域での勤務経験を認定するところ、いろいろな構成員の先生方から実効性がないのではないかとこのところもあるのですけれども、せめて将来的なところ、私は繰り返しお伝えしたように、今回の報告書で若手医師のキャリアをずっと見据えてというところを反映していただいたのは非常によいのではないかと思います。その中で、若手医師が今回出された地域での勤務経験を認定するというのは何とか自分で認定してほしいなと思ったときに、多分今の感じだと最初から8年目ぐらいまでは初期臨床研修、専門研修というのがポイントになってきて、今の専門医制度とか初期臨床研修制度を見ると、若手医師が行きたいと思っても行けないことが大いに起こり得る。

どうということかという、専門医機構で整備されている整備指針を見ても、各学会の地域医療に対する配慮の仕方は本当に全く違うのです。総合診療専門医とかはむしろばり僻地に行くのを促していますし、内科学会も比較的促していたりというのがありますが、それでもないところもある。そこがしっかり認定制度と整合性がないと、手を挙げていけない、もしくはそういうのを配慮したようなプログラムが存在しなければ、そこに入ることもできないということになってきますので、確かに専門医機構と厚労省というのはある程度独立性があるとは思いますが、せつかく制度として導入されるのであれば、すり合わせをしていただいて、やはりそういうのを売りにするような専門医制度が打ち出されるように促していただきたい。もともとのこの仕組みに乗っかろうかなと思う動因が弱い上に、やろうと思ったけれども、やろうとするものすごく大変という可能性がある。専門医制度が今回の取り組みに対応していないがために、専門医をドロップアウトしないといけないかもしれないというのは避けなければならないかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○中島構成員 僻地で訪問看護師をしている中島と申します。本月初参加です。よろしくお願いたします。

私のほうからは、1点、診療所の先生方の高齢化とか閉院が多い地域で働いているのは、やはりグループ診療の先生方と訪問看護師との連携がすごく地域に効果があるかなとふだんから思っております。今、グループ診療と一緒に働いている先生方は後期研修の先生方で、半年から1年でぐるぐると回ってきます。もちろん院長先生と指導医の先生がいるのですが、非常にいい体験をしていて、ロコミで次の学年も、次の学年もということで、次々と希望者の方が来ているという状況にあります。年間40から50名の方々を

その先生方と一緒にみとっておりますが、全く支障がなくやっているかなど。そして、住民も、その制度が10年以上続いていますので、家でみとれる地域という認識を持っている地域になっております。

それは事例の報告だったのですが、もう一つ、私のほうから、35ページの制度改正案の中の医療設備等の共同利用のところがあるのですけれども、地域では、設備が整っていないながらもあいている診療所がすごくふえてきているので、そういう診療所の再利用も県の方でコーディネートしていただけるとどうかなと思います。突然の発病等で閉院されたクリニックとかも結構ありますので、一つの意見として挙げました。

ありがとうございます。

○片峰座長 福井先生。

○福井構成員 先ほど本田さんが言われたこととも関連しますが、ぜひ厚生労働省からお願いして、専門医機構が把握している各専門分野の募集枠の数値を出していただきたい。それから、各専門分野の枠がどれぐらいの数なのか、それらを全部足したら何人ぐらいになるのか、みんなの目に見えるような形にまずしていただけないでしょうか。

○片峰座長 専門医機構との関連の話が幾つか出てきましたけれども、まとめてどなたか御説明いただけますか。

どうぞ。

○武井医事課長 専門医に関するご意見はよく伺っており、またご質問も受けておりますので、今回の資料にも最大公約数的なところは入れております。例えば、需要から見るとそれぞれの専門医が将来的にはこれぐらい必要だということを見える化するなどです。こうした情報を将来専門を選ぶ際の参考にして頂き、自主的にまずは選んでもらうことを考えています。あと、国と県がより連携をしながら地域医療を考えていく際に、専門医の研修についても専門医機構と連携しつつ専門医制度をよりよくしていくための検討を重ねていくことを考えています。これは実際に今ある程度やっているのですけれども、それをちゃんと文章化して明確にしているのが今回の資料でございます。

それと、質問にございましたように、具体的なデータを出して議論していくというのは本当に大事な点でございます。今後の議論の際には、やはりそういったデータも提供し、この場でファクトに基づく議論ができるように数値を出していきたいと思っております。

検証する場ですとか議論をする場については、医師養成の検討会というのがあります。今まさに専攻医の先生方が応募されていますけれども、どれぐらいの枠で、どれぐらい応募されているとかというような実績については、その場でしっかり検証していただくということも今後のプランに入っております。例えば、そういったところに出されたデータをこの場でも共有してまいりたいと思っております。今後はやはり数値ですとか具体的なデータを皆さんに見ていただく予定でございます。

○片峰座長 どうぞ。

○羽鳥構成員 専門医機構の理事として。

鶴田先生から早く数を出せということですが、一応、一次締め切りの数は出ています。約8,500人の初期臨床修了予定者の中から8,000人弱の方が応募してくれていますので、約90%近くの方が一次募集に応募していただいています。正確なデータかを精査しているところです。応募するためのIDを取得していないから、発行してない方が100名以上いるので、全く出していない人もいますので、その人たちがどういう理由なのかということを知っているということですので、来週出ると思います。

多分、武井さんも言われたように、都道府県別で各科どうなっているかということも来週あたり出てくると思いますので、それを見ていただいとということでもいいと思います。

それから、堀之内先生から、専門医の仕組みの中でこういう地域を回ることも検討したらということですが、今回スタートするのがやっとだったということで、そこまで書き込めなかったということも事実だと思います。ただ、5年置きの見直しということをやっていますけれども、そうは待ってられないということですので、多分来年、この1回目の募集が終わった段階でその議論については必ず入ると思いますので、ちょっとお待ちください。

○片峰座長 どうぞ。

○森田構成員 取りまとめにつきましては、もうこの時期ですので、大きく変えることは難しいと思いますし、こうした方向できょう出た意見を反映する形で整理をしていただきたいと思いますが、きょうの御議論を伺っている限りでは、まだまだ問題がたくさん残っているようですので、それは次につなげていただくという形でぜひ御検討いただきたいと思います。

先ほど釜菴先生が、お医者さんは自分勝手だけではなくて一生懸命頑張っているというの、それはそのとおりだと思いますけれども、それならば、より一層頑張って偏在の問題を解決するために御尽力いただきたいと思います。

それから、今、出ましたけれども、できるだけファクトに基づいて、エビデンスに基づいて議論を進めていくということは非常に重要だと思います。私も中医協で公益委員を勤めてまいりましたが、そのときの経験からいっても、やはりまだ十分なデータがないというのは間違いございません。

ただ、そこで水を差すようなことを申し上げるわけではございませんけれども、社会保障人口問題研究所に勤めていた観点からいいますと、少なくとも現状においてどうかという数字とその内訳についてはハードデータで出るとは思いますが、将来の推計に関して言いますと、余り過度な精度を要求すると議論が不毛になる可能性があると思います。特に地域推計の場合には、人口は地域で移動しますし、その移動する理由がまさに医師の存在とか医療機関ということになるわけですので、原因・結果がぐるぐる回るという形で現象が起こっていく。

そこで、30年先について正確な数字を出すということ自体、ナンセンスに近いことかなと思っておりますので、そこはある時点で決断をしながらもう一度フィードバックしてい

くという仕組みが必要なのかなと思っております。

もう一点、ビジョン研の報告書なので、渋谷先生もお使いになりましたけれども、強制という言葉が出たせいか、いろいろとそれについてのアレルギーがあるようです。私も一応法学部に所属しておりましたけれども、完全にやりたくない人間を無理やり医者にしてどこかで働けという、これは明らかな強制になります。しかしながら、本人の意思で行くことができるとき、そこから先にどのように制約を加えるかというのは程度の問題であって、ほかの職業においても、ほかの分野においても社会的要請といいたいまいしょうか、社会的に必要なニーズを満たすためにはそうしたコントロールは行われていると思います。それなるべく緩やかな方向でという、インセンティブが望ましいということは申し上げるまでもありませんけれども、そのインセンティブも、先ほど出ているように吸い上げる、こちらに呼び寄せるというインセンティブだけではなくて、世の中にはディスインセンティブという、いたくないような環境をつくり出すというインセンティブもあるわけですし、その辺はもう少し柔軟に考えることができるのではないかと考えております。

さらにもう一言言いますと、先ほどからこだわるようですけれども、権丈先生がおっしゃいました大学の派遣によるというのは、私もかなり気になるところでして、そもそも研修医の制度ができたのはそれが原因ではないかと考えておりますし、もう一つ申し上げますと、大学の医学部の地域枠にしましても、何となく江戸時代の年季奉公的な感じがしないわけでもないものですから、そういう意味で言いますと、ほかの先生方と同じような形で選択できるかどうか。それも検討すべきではないかと考えております。

最後になりますけれども、こうしたインセンティブの仕組みですが、この場では議論がされておられませんけれども、私の中医協の経験からいいますと、診療報酬の仕組みを今よりももうちょっと思い切った形に変えることができるならば、かなり有力なインセンティブとして効く可能性があるのではないかという気がいたします。それだけ申し上げておきます。

○片峰座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○褒構成員 今、先生からインセンティブのお話が出たので、私もインセンティブ絡みでお話します。管理者要件または広告できるというインセンティブをおっしゃっていましたが、本当にそれが魅力的なのかと今一度考えたいと思います。私は、それが魅力的であれば本当にウエルカムだと思います。ただ、魅力的かどうかというのはこれから恐らくいろいろな声を聞いていき、エビデンスメークという形をつくっていく必要があるかなと思います。それがまさに現場の声であり、各年代の医師の声を反映しないと、形だけつくって機能しないというのは一番もったいないですし、誰もが得しない形かと思っております。そこをぜひお願いしたい。

そして、管理者要件という話で、私はちょっと異なる視点で危惧をしております。例えば、地域医療支援病院の管理者要件となった場合、スペシャルな経営能力を持った方が仮

に認定を持っておらないゆえに経営者になれないとなると、その病院は経営としたら非常にクエスチョンマークになってしまう。これは地域を守っている病院の経営、つまり管理という面でこれから病院経営はますます厳しくなっていく。すぐれた経営能力を持つものが経営者または管理者にならなければいけないというのは当たり前の事実だと思います。そのときに認定の有無が足かせ手かせというか、言葉は強いのですけれども、そういった管理者要件を最初に縛っておいてしまうと、優秀な経営者候補をみすみすなくしてしまう可能性があります。そういう懸念はないのかと私は議論を聞いて危惧しております。

ですから管理者要件が全て悪いというわけではなくて、管理者要件を持っていない人、認定されていない人でも病院経営に、管理する側にぴたっと当てはまる方というのは、少なからず私はいると思います。その点の議論も踏まえて、今後進めていっていただけたらなと思います。

以上2点でございます。

○片峰座長 はい。

○権丈構成員 2点ほどです。先ほどから出ております大学による派遣で、医局による派遣というのが、神野先生はギブ・アンド・テイクという話を先ほどしていただいたのですが、テイクが少なくなってくると恐らく強制になって、テイクが多くなってくるとインセンティブになってくるのだろうなというのがあります。ですので、医師が地域でやっていくことに対して、テイクが多くなるように範囲を広げていくというのは極めて重要なことだと思います。尾身先生の場合は保険医の認定まで話をされていたと思うのですが、さすがにそこは私たちは今言っておりませんので、この診療所というような、去年9月にまとめていた8番目のブロックの中にあるようなところを視野に入れていただいてもいいのかなと、もう一回繰り返しますと、インセンティブを高めるために診療所まで入れたほうがいいのかと思っております。

もう一つ、資料3、30ページの制度改正案のところ、これはもう誰からも御意見が出てきていないので、皆さん御了承されたと受けとめていいと思います。そして、最後の「研修プログラムの認定前に国や都道府県が日本専門医機構等に対し、必要な措置の実施について意見を述べるができる」という文章があり、その次に、「日本専門医機構等は、正当な理由があれば、これらの要請等への対応が免除される」とありますので、私はこの文言は今後、国・都道府県の政策の自由度を相当高めてくれるのではないかと期待しておりますし、誰も御意見がなかったのも、恐らくこれは承認されたのだと思いますので、ここはこれから先、強く意識して、国・都道府県のやり方次第、データの集め方次第、客観的なエビデンスに基づいてデータによる制御機構をしっかりとつくっていかうという心意気次第で利用できる場所ではないかと思っておりますので、高く評価しております。

○片峰座長 時間が押してまいりましたので、最後にどうぞ。

○戎構成員 資料1の論点1のインセンティブのところ、私の意見を述べさせていただきます。私の所属する地域医療振興協会は医師だけでなくナースも派遣をやっているのです

けれども、やはり本人へのインセンティブと派遣をする施設への何らかの財源だったりインセンティブというのは必要だと思っております。医師の方々は、派遣する施設に勤務されている方も相当な時間外の勤務もされておりますし、地域で医師を求めているところは完全にその医師がいないということで大変な地域が多いと思いますから、そういった意味では財源の補填を両方にできるような形で整えないと、派遣する医師が行くための環境を整えるという部分に関してサポートができないということと、医師を派遣してその医師がいなくなることの施設へのダメージを補填するために何かしらのサポートが必要なのかなと思います。それがチーム医療でシフティングとかそういったものにも財源として予算がつけば、その辺を派遣する施設も意識して改革していけないのではないかと思います。

○片峰座長 ありがとうございます。

最後に大学という話が出ていますし、地域医療においては都道府県とともに大学というのは非常に大きなキーのプレーヤーなのです。きょうは医学教育課長がお見えですので、地域枠の話、あるいは地対協の話等々があると思うので、よろしくをお願いします。

○森医学教育課長（文部科学省） 御指摘のように、偏在対策において大学のあり方、役割は大変大きなものがあると認識しております。きょうも大学における教育の質の向上について御指摘もございましたけれども、この分科会でのこれまでの御議論を踏まえて、その具体化に向けて厚生労働省ともよく相談をしながら進めてまいりたいと思っております。

1点、地元枠についてでございますけれども、きょうは御欠席でございますが、前々回、第13回の分科会の際に全国医学部長病院長会議の会長でいらっしゃる新井先生から意見書が出ております。その中で地元出身枠の設定に当たっては、都道府県と大学とで十分協議をして理解を得るように努めることが必要であると述べられていらっしゃいます。この地元枠を偏在対策として実効あらしめるために、都道府県と大学との十分な連携協議が非常に重要であると思っております。新井先生の意見書にもございますけれども、教育・研究・診療等、各大学にはさまざまなミッションもございますし、それを踏まえたアドミッションポリシーに基づいて入学者の選抜をしておりますので、これらとの整合性をとることが大事だと思います。

また、実際に地域医療を担う意欲や必要な学力を持つ受験生がどれだけ来るかという現実の問題もございますし、また、入学後に地元枠に限らず学生に対して地域医療についてのどのような教育をしていくのか。それについて地域医療支援センターなど県や関係団体からどういった御支援があるのか。これらのことを踏まえて、適切な規模の地元枠を設定することが、実効ある偏在対策として重要でありますので、そういった点も含めて厚生労働省ともよく相談しながら進めてまいりたいと考えております。

以上でございます。

○片峰座長 それでは、大体時間となりましたので、これで終わらせていただきたいと思います。今後の議論は、きょうもさまざま議論があつて、問題点がまだあるというのもわ

かったのですが、事務局と相談の上、また決定させていただきたいと思います。

それでは、事務局のほうにマイクをお譲りします。よろしくをお願いします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 本日いただきました御意見、御議論を踏まえて、座長と御相談の上で今後の進め方についてはまた考えてまいりたいと思います。

次回の医師需給分科会の日程につきましては、追って事務局から御連絡させていただきます。本日はどうもありがとうございます。

○片峰座長 どうも御苦労さまです。これで終了させていただきます。