

○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16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。

永井構成員、堀之内構成員、松田構成員、山内構成員から、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、中島構成員は、今はいらっしゃっておりませんが、御連絡をいただいておりますが、きょうは御出席とのお話を聞いております。

次に、資料の確認をいたします。

資料は「第2次中間取りまとめ（案）」という資料でございます。不足する資料、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。

カメラ撮りはここまでとさせていただきます。

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いますが、よろしいでしょうか。

それでは、片峰座長、よろしく申し上げます。

○片峰座長 それでは、本日もよろしくお願いいたします。

本検討会における医師偏在対策はきょうが大詰めを迎えておまして、これまでの議論を踏まえて、事務局で第2次中間取りまとめについての案をまとめていただいておりますので、それを議論していただくことがきょうのメインでございます。

まず、事務局からこの取りまとめ案について御説明をお願いいたします。

○久米地域医療計画課長補佐 事務局でございます。

お手元に「第2次中間取りまとめ（案）」の資料を御用意ください。

こちらにつきましては、5部構成で取りまとめを作成させていただいております。

まず、「1. はじめに」は、これまでの議論、これまでの経緯についてまとめさせていただいております。

昨年6月に、こちらは「第1次」と書かせていただいておりますが、中間取りまとめを行い、このときにいわゆる14項目につきましてまとめていただいたということでございます。そちらに基づきまして御議論をいただき、今回、検討の結果として早急に対応する必要がある実効的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項も含め、取りまとめをさせていただくということでございます。

「2. 医師偏在対策が求められる背景」でございます。

1つ目は、医師偏在の現状について、地域偏在・診療科偏在といった状況について書かせていただいております。2ページ、2つ目の○、第1次中間取りまとめにおいては、幾ら全国的な医師数をふやしても、実効的な医師偏在対策が講じられなければ、地域における医師不足の解消にはつながっていかないとされたということでございます。また、医師偏在対策を実効的に行うに当たりましては、医師が疲弊することなく、持続可能な仕組

みとしていくことが必要だということでございます。こういったことを踏まえまして、仕事内容や労働環境に関する環境の整備やインセンティブを高める対策を講じていくということが必要だと。一番下の○であります、女性医師に対する配慮といったことも重要であるということでございます。

3ページにつきましては、新専門医制度や医師の働き方改革などの状況について書かせていただいております。新専門医制度につきましては、本年度から本来は開始する予定でございましたけれども、地域医療に対する配慮が必要だという御意見などを踏まえまして、来年度からスタートすることになってございます。現在、日本専門医機構で医師のキャリアパスや地域医療に配慮するといったことで対応を図られておりますけれども、こちらが平成30年度以降も継続的になされるよう、安定した仕組みを整えておくことが必要だということでございます。

医師の働き方改革につきましても、現在、医師の働き方改革に関する検討会を立ち上げまして、こちらで議論しておりますけれども、医師に対する時間外労働規制、労働時間条件と言われるものが設定されるということが議論されておりますが、こちらを施行するに当たりましては、地域で必要な医師数が確保されるように、早急な医師偏在対策を講じることが前提だということでございます。

4つ目、一番下のほうでございますけれども、今、都道府県で早急な医療政策の実効的な推進に当たりましての対策が講じられているということがございます。地域医療構想や国民健康保険の財政運営の都道府県化は、社会保障制度改革国民会議の報告書に基づきまして行われておりまして、この中には、こちらは医師を含めてマンパワーの確保といったことを都道府県が主体で行っていくことや、データによる制御機構をもって医療ニーズと提供体制のマッチングを図っていくといったことが書かれているわけでございます。

このような背景を踏まえまして、「3. 今回講ずべき医師偏在対策の基本的な考え方」ということで4つまとめさせていただきます。

1つは、医師偏在対策に有効な客観的データの整備でございまして、今、申し上げましたように、データの可視化を通じまして、PDCAサイクルを回し、都道府県が主体的・実効的な医師偏在対策を実行していくことや、これまで入院につきましては地域医療構想等がありますけれども、外来につきましても地域ごとの適切なデータを可視化し、個々の医師の行動変容を促していくことが必要だということでございます。

2つ目の柱につきましては、都道府県の主体的・実行的な医師偏在対策の体制の構築でございます。特に、今後臨床研修を終える地域卒の医師が増加することを踏まえまして、医師派遣等においても都道府県が主体的・実効的にそういったことを行っていくことができるような体制をつくっていくことが必要だということでございます。

3番目が、医師養成過程を通じた医師確保対策の充実でございまして、今回の検討会の中でも地元出身者が地元に着るといったデータが出されたことや医師のキャリアパスについても配慮しながら医師確保対策を進めていくこと。

4つ目につきましては、医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進でありまして、医師だけでなく、都道府県、大学病院、地域医療を支える医療機関などのさまざまな関係者による実効的で持続可能な仕組みを構築することが不可欠であります。このため、環境整備や個人のインセンティブ、医師派遣を支える医療機関へのインセンティブ、また、これらの医師や医療機関に対する適切なマッチングの仕組みも必要であると書かせていただいております。

それ以降につきまして、「4. 具体的な医師偏在対策」でございます。こちらは、既にたくさん御議論いただいている内容でございます。

1つ目は、都道府県における医師確保対策の実施体制の強化でございます。

「医師確保計画」を策定することといたしまして、こちらに基づきまして、指標などを活用して、PDCAを回しながら、まず、医師の確保方針をつくっていただき、その上で医師確保の目標をつくっていく。そして、その目標を達成するための施策内容を定めていただいて、各計画をつくっていただくということでございます。6ページに行ってくださいますと、これを運用上「医師確保計画」と呼称することとして、3年ごとにその内容を見直していくこととさせていただきます。この計画の中では、医師偏在の度合いを示す指標を設定した上でこれをつくっていくことや、その指標に基づきまして、「医師少数区域（仮称）」、「医師多数区域（仮称）」を設定し、実効的な医師の偏在対策を進めていく。ただし、医師偏在の度合いに応じて、医療ニーズに比して医師が多いと評価された場合であっても、救急・小児・産科といった最低限必要な医療はありますので、こうした配慮も必要であります。

こうした計画がつけられたときに、誰がどのような役割を担うのかということにつきまして、地域医療対策協議会の中でしっかりと議論をしていくことが必要だということでございます。これまで医師確保の関係の協議会等につきましては、都道府県の中で地域医療支援センター運営協議会、へき地、専門医の協議会などが乱立しているという意見もありましたけれども、そういったものを今回はできる限り統合していただくことが必要かと思っております。

そうした上で、この地域医療対策協議会において出されました医師の派遣の方針に基づいて、しっかりと都道府県が地域医療支援センターを通じて医師派遣等を行っていくことが重要だと思っております。これまで出させていただいたデータの中では、都道府県が地域枠の医師派遣等を行うに当たっては大学医学部等と連携していないというデータもありましたので、必ず連携していただくことが重要だということや、また、理由なく公立病院等に医師派遣を集中させることがあってはならないという意見もございました。それから、地域医療構想との整合性をちゃんと図っていくこと。地域枠につきましても、しっかりと都道府県が主体で派遣方針を決定していく。全ての都道府県でキャリア形成プログラムをつくっていただく。地域医療支援センターにおいて派遣医師の負担軽減のための援助を行っていく。こうした医師派遣の仕組みを実効的なものにするために、医師情報データベー

スをしっかり構築していくべきことや、医療勤務環境改善支援センターと連携をしていくことも重要かと思っております。

続きまして、医師養成過程のお話でございます。

まず、医学部につきましては、先ほど申し上げましたように、地元定着を進めるために、地元出身者枠をしっかりとその大学医学部に設けていただくために、都道府県からそのような要請を大学にするといった権限を設けるといったことや、都道府県の中で十分医学部の定員が確保されないといった場合には、医師が多い都道府県におきまして、その医学部に医師が少ない県の地域枠を設定することができるようにすること。

臨床研修につきましては、都道府県が、今後、臨床研修病院の指定・定員設定を行っていく、ただし、国がその基準をしっかりと定めていくことが重要でございます。それから、地域枠の学生について、臨床研修を行ったところに定着するというデータもありますので、しっかりとそういった定着が図られるように、事前にマッチングをして、都道府県の外に地域枠の方が出て行かないようにするといったことが重要かと思っております。募集定員の算定方式の見直しは、これまでも行っています定員の倍率を、今後、1.1倍から1.05倍になるようにさらに圧縮をしていくこと、募集定員上限の算定方式につきまして、各都道府県に割り振ったときにまだ余りがあるような都道府県がございますので、その適正な配分を計算方式の見直しによってやっていくということでございます。

専門研修につきましては、先ほど申し上げましたように、日本専門医機構が主体的にやっているということではございますけれども、キャリアパスや地域医療への配慮が必要な場合には、国や都道府県がしっかりと審議会や地域医療対策協議会の意見を踏まえて要請等をしていくということでありまして、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もあります。診療科ごとに必要な医師数につきましては、都道府県ごとに明確化をし、医師個人の行動変容を促していくということでございます。

3つ目が、地域における外来医療機能の不足・偏在への対応で、外来医療については、これまでさまざまなことが自主的な取り組みに委ねられているということでもありますので、今回、医師偏在の度合いが指標に示されることに基づきまして、外来の部分について、地域ごとの外来の偏在や不足等の情報についてこれを可視化し、自主的な経営判断を医師が行うに当たっての有益な情報とするということでございます。これに先立ちまして、地域で協議会を設けまして、さまざまな救急医療体制の構築やグループ診療の推進、医療設備・機器等の共同利用等、充実が必要な外来機能や充足している外来機能に関する機能分化・連携の方針についても、協議し、決定するということでございます。

最後、医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進です。

まず、医師個人に対する環境整備・インセンティブが必要ではないかということもございます。これまでもさまざまな環境整備が必要ではないかと御意見をいただいたところでございます。10ページを開いていただきまして、都市に住みながらグループ診療で地方に

行っていただく。もしくは、医師の少ない地域に住んでいる場合であっても、時折休暇や中核病院で研さんを積んでいただけるように、交代で勤務する医師の派遣に対する支援を行うとか、孤立することがないように遠隔的に相談するといった体制をつくっていく。十分な能力をもって医師の少ない地域に行くために、プライマリ・ケアの研修・指導体制を確保することや、医師派遣をされた後に戻ってくる場所があることも重要ですので、しっかりとキャリア形成プログラムを作成していく。サテライトのような医療機関の管理を2カ所管理という形で認めるといったことも重要ということでした。もう一つの対策としては、個人にインセンティブを設けるということでした。医師が医師の少ない地域で勤務するのを後押しするために、一定期間、医師の少ない地域で働いたことをもって厚労大臣がその貢献を認定するという制度を創設するということでした。この対象は、若手・ベテランを問わずあらゆる世代の医師を対象とするということでした。この勤務期間につきましては、医師偏在の度合いを示す指標を設定する際に、検討を行う。それから、名称や普及の方法についても別途検討するということでした。この認定の制度を創設するに当たりましては、例えば、この認定されたということを広告事項に追加するとか、次から述べますようなインセンティブやマッチングの仕組み等と関連づけていけばどうかということでした。

2番目ですが、こうした医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブの付与でございまして、医師個人に対するインセンティブのみならず、医師派遣等を行う医療機関につきましても経済的なインセンティブが得られる仕組みを検討すべきだということでした。特に、医師派遣等の機能を発揮する医療機関の評価の検討に当たりましては、地域医療を支援する立場にある地域医療支援病院の医師派遣機能、研修・指導体制の確保といった環境整備に一定の機能を果たすものについて評価を行うこととし、そのために、改めて役割、機能、評価の在り方について検討することとしてはどうか。今回、地域医療支援センターがしっかりとそのマッチングをしていくことも必要でありました。ようし、意見がございましたけれども、都道府県を越えた医師派遣の調整をする仕組みといったものも検討を進めていくということを書かせていただいております。

最後が、認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価でございまして、医療機関の管理者には、財務・労務管理といった経営能力のみならず、地域への貢献まで含めた幅広いマネジメント能力が求められるということでもありますので、先ほど申しましたような医師少数区域等における勤務経験を評価して、認定医師であることを一定の医療機関の管理者に求められる基準の一つとするということでした。この対象となる医療機関については、まずは地域医療支援病院を対象とすることとし、今後、具体的な医療機関の在り方についても検討していくということでもあります。管理者として評価を行うのは、施行日以降に臨床研修を開始した認定医師に限るということでもあります。医療機関の管理者として求められる素養はマネジメント能力そのものという意見もありますので、それはまた別途検討していくということでもあります。

最後が、「5. 将来に向けた課題」です。

今、申し上げたような対策につきましては、いろいろ御意見はありますけれども、一定の合意が得られたものということで、それ以上の対策を進めるかどうかについては、3点ほど今後検討していくことにしてはどうかと思っております。

1つ目は、専門研修における診療科ごとの都道府県別の定員設定でございまして、新専門医制度につきましては、臨床研修と同様に、提案を設定して、マッチングの仕組みを導入するべきではないかという意見があった一方で、そういった議論は時期尚早で、今回の対策の効果を見るべきという意見があった。

認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価で、その基準の一つとして今回認定医師というものを入れるということでありまして、この対象病院が地域医療支援病院に限られれば、インセンティブが十分に働かないのではないかと。一方、最初から診療所などを対象にするのではなく、今回やるべきことをやってみてはどうか。そもそも、こうした制度を行うこと自体が、医師本人にとっても、嫌々行った医師によって診療を受ける患者にとっても不利益ではないかという意見があったということでございます。

3つ目につきましては、無床診療所の開設は外来の観点で議論があったところでございますけれども、国民皆保険をとる我が国では、被保険者間の医療アクセスの公平性の確保を図るために、医療保険制度による対応も含めて、他の医療資源の偏在是正の仕組みも参考に、そうした制度上の枠組みを設けるべきといった意見があった一方で、憲法上の営業の自由との関係の整理や、駆け込み開設の懸念等、法制的・施策的な課題を全てクリアしなければ、そのような枠組みの実現は困難という意見もありました。しかしながら、今、申し上げました3点につきましては、まだ実行しておりませんので、現状、各対策の効果の検証がなされていないということでもあります。このため、今回の医師偏在対策については、できるだけ速やかに施行して、順次定期的にという観点も含めてその効果の検証を行う。検証の結果、十分な効果が生じていない場合には、特に地方の人口減少・高齢化が今後急速に進行することも踏まえて、1から3までで整理した論点を含めて、さらなる医師偏在対策について、早急に検討されるべきということでまとめております。

もう一つ、今回、都道府県におきましては、その役割、権限といったものが強化されるということでございますけれども、実際、地域医療構想等の推進におきましても、医療政策の推進の度合いに差があるという意見がございます。このため、厚生労働省において、都道府県が実効的な医療政策を講じることができるよう、研修の実施や人事上の配慮等について、都道府県の人材育成が進むような適切な対応を検討すべきということでまとめていただいております。

以上になります。

○片峰座長 ありがとうございます。

論点はたくさんあると思うのですが、できれば論点ごとに議論できればいいと思います。

まず、どなたからでも皮を切っていただければと思います。

どうぞ。

○山口構成員 私からは、4つございます。まず、全体的に、今まで話し合ってきたことをほぼ網羅してまとめていただいたのではないかと考えております。

細かいところも含めて4つほど意見がございまして、まず、2ページ、一番下の○のところ、女性医師のことに「出産、育児等を見据えた勤務形態やキャリア選択を余儀なくされ、一定の地域・診療科への集中が起きているとの指摘もある」とあるのですけれども、具体的に集中が起きているというグラフを私たちは見せていただいて、御説明があったと思いますので、「指摘もある」という他人事のような書き方ではなくて、起きている「現実がある」というように書いていただいた上で以下のことに取り組んでいくことが重要であるとしたほうがいいのではないかとということが1つ目です。

2つ目が、5ページの「4. 具体的な医師偏在対策」で、都道府県における医師確保対策の実施体制の強化について、法律上位置づけるべきであると書いていただいておりますが、これまでの議論の中で各都道府県の地域医療支援センターなどの機能が十分発揮できていなかったことがいろいろと指摘されていきましたので、ぜひこれは法律にしっかり書き込んでいただいて、書き込まれたことで都道府県が具体的なことを実施するというのをぜひ押し進めていただきたいと思います。

3つ目が、次の6ページのところで、欄外に7として「医師確保計画に医師偏在対策を記載することとなることに併せ、地域医療対策は医師確保計画の中に組み込むものとして、発展的に解消することとする」とあるのですが、これは欄外というよりは本題として本文のなかに入れる必要がある大事な部分ではないかと思いました。

4つ目ですけれども、9ページの「(3) 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応」というところから、将来に向けた課題について、恐らくまだ議論半ばの内容がこのあたりから列挙されているのではないかと思いました。今回、法改正ということも踏まえて、より実効性のある具体的な内容については、ぜひ今後きちんと議論していくことをお願いしたいと最後に申し上げて、4つ、意見といたします。

○片峰座長 ありがとうございます。

具体的な記載等に関する御議論でした。

どうぞ。

○平川（淳）構成員 今のことに関連するのですけれども、精神科は医師数がふえておりますが、女性医師数がふえているのです。女性医師については、問題点としては指摘があるのですけれども、具体的な対策のところでは全く何も記載がありません。これについては、具体的にどうするのかという部分の記載をぜひお願いしたいと思います。

○片峰座長 この件に関しては、どうですか。要するに、偏在対策自体がそれに資することもあるでしょうし、環境整備のところにもかかわる話だと思うのですけれども、どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 女性医師につきましては、確かに2ページに獭とは書い

ていますけれども、今、女性医師のバンク事業やモデル事業などをやっています。さまざまな対策を我々としても考えているところがございますので、検討会でも女性医師の議論の会もございましたので、そのあたりの議論も踏まえてもう少し具体的に書けることがございます。今の御議論を踏まえて、もう少し具体的に書かせていただきます。

○片峰座長 神野構成員。

○神野構成員 先ほど山口構成員からあった後半の最後のほうにまた少し持っていきたいと思うのですけれども、10ページから11ページにかけて、あるいは11ページの中ごろにもありますけれども、地域医療支援病院のことで。例えば、10ページから11ページにかけては「地域医療を支援する立場にある地域医療支援病院」、真ん中のあたりにも「地域の医療機関と連携しながら地域医療を支えるという制度上の目的を有する地域医療支援病院」とあります。しかし、地域医療支援病院は、診療報酬上は紹介率と逆紹介率だけで規定されているものであって、医師派遣機能については今の地域医療支援病院の条件としては明確になっていないと思われます。なので、地域医療支援病院＝医師を派遣する病院であるという書きぶりに見えてしまうのが、ここは少しおかしいのかなと思います。地域医療支援病院は、地域医療支援病院。その中身を変えるかどうかというのは、もちろん医療制度上の問題と診療報酬上の問題。医師派遣機能を持つことをこれから地域医療支援病院に課すとするならば、今ある地域医療支援病院には落っこちる病院が随分たくさんあるのではないかとも思うし、医師派遣機能を持った病院を規定するならば、地域医療支援病院とは別の名前にしないとこんがらがってしまうのではないかと思うのですけれども、もしその辺のところでも事務局に意見があったら聞きたいと思います。

○久米地域医療計画課長補佐 考え方といたしましては、まず、地域医療支援病院の今の位置づけについては、神野構成員におっしゃっていただいたようなことだと思います。10ページの最後から11ページの頭にかけて書かせていただいておりますのは、今後、医師派遣等の役割も含めて、別途検討していくことにしていきたいと思っております。この中で、実際に地域医療支援病院を今の範囲とするのか、それともいろいろな役割を持つところと持たないところを分けていくのか、いろいろな議論があると思いますので、その中でしっかりと医師派遣の役割などについてもちゃんと検討する。その上で、役割について整理していくということだと思っております。

○神野構成員 そうすると、地域医療支援病院の甲と乙か、1と2か何かわからないけれども、2種類、派遣機能を持つ地域医療支援病院をきちんと条件を規定して今後ふやすということを入れ込んだほうが良いと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 12ページの下から2つ目の○です。ここがとても大事だと思っております、今回、議論して、とりあえずはこういう形でまとまって対策を打つ。それが、本当に効果があるのかなのか。ここでも随分議論があったように、もっと踏み込んだことをすべきだという御意見も当然ありますし、まずはやるべきことをやってみてどうなったかと

いうことを検証する。ただ、検証と言っても、だらだらやっているということはよくなくて、それぞれの対策はどのような効果をあらわしたかということ、1年ごとにとりかき、しっかりとチェックをしていく。それで機能していないものについてはどんどん改めて議論を深化させていく必要があると思っていますので、この「順次定期的にその効果の検証を行うべき」というところに、もう少しはっきりと年次を入れて、1年ごとに今回取り上げた項目についての検証を行う、それについての評価は行った上でさらなる議論をするということをはっきりと明記していただいたほうがよいと思っています。

以上です。

○片峰座長 そこは大事なところだと思いますが、どうですか。

○久米地域医療計画課長補佐 御指摘を踏まえて、検討します。

○片峰座長 どうぞ。

○福井構成員 今村構成員と違うポイントですが、よろしいでしょうか。

6 ページ目の一番最後の3番目のところから7ページにかけてのところ、従来から指摘されておりますように、県と大学が話をするにしましても、県のほうは持ち駒が全く無い、実効性のない話し合いになるということも随分出ていたと思います。この報告書での効果的な医師派遣等の実施に向けて大学と話し合いをする場合の持ち駒は、県の側から見ると、地域枠で入学した方だけを対象としているのか、それ以外の医師も対象になっているのか、少し読み進んでいくと持ち駒が何なのかというところが少し明確でないように感じました。

一方、この報告には不必要かも知れませんが、若くして外国に出ていきたいとか、または県を越えて、非常にまれな施設や場所、そこでないと勉強ができないようなところに行きたいとか、そういう医師が自由に動けるように保障しておく必要もあると思います。もう少し対象者が明確になるといいと思いました。

○片峰座長 答えられますか。

○久米地域医療計画課長補佐 1つは、持ち駒がないと今おっしゃっていただきましたが、地域枠の学生はどんどんこれからふえていくということですので、まず、その話と、今回は医師派遣も含めて地域医療支援センターの役割を検討することになっておりますので、そうした中でもいろいろ御議論が出るかと思えます。

認定医師の話もこれから進めていくということで、例えば、県外にこの人が行きたいといった場合など、そういったことも含めてマッチングの話も書かせていただいております。今後、具体化の中でそういったものを検討させていただくということでどうかと思っております。

○片峰座長 キャリア形成プログラムなどというのは、地域枠ですね。

○久米地域医療計画課長補佐 最低限地域枠の方にはつくっていただくということかと思いますが、当然これは他の方にも活用できるものだと思いますし、これから医師派遣の議論が進んでいけば、そうした方々に対しても当然つくっていくべきものだと思います。

○片峰座長 ここは新井構成員が意見書で出されていましたが、地域卒の学生、地元卒の学生と一般学生との取り扱いの差別化のところに關しては、いかがでしょうか。

○新井構成員 ありがとうございます。

特に地元卒に關しましては、当然1つは大学と十分に協議をしていただきたいということが前提ではあるのですが、今後、来年から定員増をどうするかという議論が始まると思うのです。そうすると、これまで行ってきた定員増が定員を減らす方向に行くとしたときに、その地元卒をどういう位置づけにするのかということを整理しないと、混乱が起こるように思います。大学それぞれにアドミッションポリシーがあって、それにのっとりて入学生を迎えるという、大学それぞれが行っていることと、地域卒の入学は別卒として存在します。医学部の定員減が行われると本来の大学の定員と地元卒がオーバーラップするわけです。それがどのように整理されるのかということが、一つポイントになるのではないかと思います。この辺はいろいろな大学から不安という声が上がっていますので、全体的な医学部の定員をどうするかということを経験しつつ、この地元卒を考えていただきたいと思います。

○片峰座長 この件はいかがでしょうか。

どうぞ。

○奥野医事課長補佐 ただいまの御懸念の件につきまして、地域卒につきましては、そもそも設定数に限界がある等の意見もございましたので、同等の地元定着効果のある地元卒をそのほかにも活用していこうという御議論だったと承知しております。その設定に当たっては、地対協、当然大学も入っていただいた場で、しかもその大学がしっかり入っていただいた場で議論することが当然のことだと思っておりますので、しっかり議論していただいた上で、実態に応じて決めていただくということだと思っております。

○片峰座長 いかがでしょうか。

○裏構成員 中間取りまとめをありがとうございました。

これを読んでみますと、かなり地域医療対策協議会がメインになってくるようなイメージを持っております。都道府県にかなり責任と権限を渡していくとなると、都道府県でその能力に濃淡が出てくる。つまり、実力差だったり温度差だったりというものが出てくることを懸念しております。非常に大きな戦略を実行していくわけですから、その都道府県の地域医療対策協議会またはそれを担うような人材は、本当に都道府県のまさにチーフメディカルオフィサーみたいな形だと思います。最後、13ページに「人材育成が進むような適切な対応を検討すべきである」と1行書いていただいていますけれども、これはかなり本腰を入れていかないと、なかなかそういった人材の自然発生は難しいと思っております。そうなりますと、厚労省から何か強い形の研修または人材育成のプログラムがあるのか。それとも、育てるのも全て都道府県に任せるのか。マネジメント人材の質は、その都道府県の計画が実行されるかどうか、うまくいくかどうか大きなウエートを占めていると私は思います。

この取りまとめで、その地域で医師確保をやっていくのですが、Whyという部分は非常に理解できるのですけれども、HowのそれをどうやっていくのかということとWhoの誰がやるのかというところ、HowとWhoをもう少し突っ込んだ形で組み立てていただけると非常に納得度が高まると思います。

以上でございます。

○片峰座長 物すごく大事なポイントだと思うのです。

どうぞ。

○新井構成員 今回の御指摘はまさにそのとおりであると思います。実際に各大学からいろいろな意見を聞くと、その前の年まで土木関係をしていた事務の人がいきなりこの医療行為担当になって、全く医療についてわからない県の職員がこれを担当する。そうすると、当然そのアクティビティーは低下するといったことであって、ここはなかなか表には出てこないのですけれども非常に重要なポイントだと思うので、ぜひよろしく御検討いただきたいと思います。

○片峰座長 そこをトップダウンで国として何か施策を打つというイメージはありますか。

○久米地域医療計画課長補佐 御指摘はもっともだと思っております。実際、我々は地域医療構想を推進しておりますけれども、それに当たっても同じような意見が出ているところでもあります。

地域医療構想につきましては、例えば、年に何回か研修の機会を設けて、都道府県の方に3日ぐらい寝泊まりで朝から晩まで缶詰でいろいろな研修するといった取り組みを進めておりまして、今回、医師偏在の関係も指標をつくってしっかりとそういうPDCAサイクルを回していくことになっておりますので、そういう取り組みで我々ができることはやっていきたい。それから、ここにも書かせていただいておりますが、いろいろな関係者の方と相談しなければならないので具体的にはまだ書けておりませんが、人事上の配慮など、そういったことも考えていきたい。今回、松田構成員は来られていませんけれども、例えば、大学のほうでも、そういった地域医療構想を推進する上で、大学で医療政策や公衆衛生をされている方がしっかりとその土地の地域医療の政策を進めていくというお立場で継続的に支えていただくこともやられていたりしまして、さまざまな関係者とちゃんと協議をして、実行性のある養成の政策といったものも検討していきたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○権丈構成員 1985年に地域医療計画を都道府県につくってくださいというところから始まって、30年近く、失敗の歴史なのかなという認識がみんなにあったと思います。それに輪をかけた形で、後期高齢者医療制度で都道府県が逃げて行って広域連合という形になっていくところも、これは都道府県の反省として出てくるところがありまして、何らかの形で都道府県が医療行政にかかわっていく、それも地域医療計画という形ではなくて財政運営の責任主体としてかかわっていく。都道府県が地域医療をしっかりと責任を持ってやっていく主体として生まれ変わっていく仕組みにしていく必要があるのではないかというこ

とで、2013年の社会保障制度改革国民会議のときには、国保の市町村から都道府県化という大きな仕掛けをやっていくことになりました。それが来年4月から始まっていくわけです。相当その前から都道府県の担当部署の人たちが集まり、全国知事会でも地域医療研究会を開催してみんなで勉強していきながら、モデルとなるような地域でどういう形で行政をしっかりとやっていけばいいのかということ、今、やっている段階です。今までの医療に対する都道府県のかかわり方の本気度が変わってくると思いますか、仕組みが変わってくる、財政的なインセンティブもかわってくるという話になっていきますので、今までできなかったから今後ともというのはなかなかそこら辺が難しい。ただ、どのように変わるかというのは、先ほど久米さんがおっしゃったように、国のかかわり方などいろいろなところで結果は変わってくると思うのですけれども、今までの85年から地域医療計画を担当してきた都道府県というものとは、姿はちょっと変わってくるのかなと考えております。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 都道府県の人材育成についてですが、都道府県においては、例えば、医療行政を担当する行政医師は非常に少ないので、そういう人たちの確保などの支援、先ほど言われたように土木や他部局で全く医療行政の経験がない人が来るということのも事実なので、そういう技術的な支援という点で、人事交流を含めた支援も考えていただけるとありがたいと思います。

ほかの件ですが、3ページに「都市部の大学病院等に研修医等が集中するのではないか」という指摘がありますけれども、11月15日に専攻医の募集等は締め切られています。静岡県の応募状況のデータを見ると「ではないか」ではなくて、大学に集中していると私は思っています。したがって、全国の専攻医が大学なのか、一般市中病院なのかが課題です。初期研修は大体市中病院に多くなっているのですが、専攻医はかなり大学に流れていると思います。そうなってくると、ここの表現はこの報告書を書くときに少し変えてもらう必要がある気がします。

10ページに「医師派遣を支える医療機関等に対する経済的インセンティブ」と書いてありますけれども、もし大学に大きく流れているとすれば、大学にある程度努力義務をかけるか、もしくはDPCの係数で評価するか、いろいろな方法があると思うのですが、そこを少し検討してもらって、大学にはある一定数の人は、都道府県の要請に応じて医師不足のへき地等に派遣するなど、そういう強制力を持つようなシステムも検討していただければ、より短期的な医師偏在解消につながるのではないかと思います。

6ページですが、これも前に私は指摘をしましたが、都道府県においては、医療審議会と医療対策協議会は法定化したものと前に説明されたとおりです。ただ、メンバーについては、ここでも見直しをすると書いてありますけれども、ある程度都道府県に任せたいと思います。県によっては、地域医療支援センターが具体的な医師配置に対しては有効に機能しています。協議することと方針を決めることはどちらでもいいのですが、決定するというのはどこかが決定しないといけない。医療審議会や医療対策協議会

では、決定まではいかないと思います。したがって、構成員の見直しについては、誰々をという指定は外していただいて、都道府県に任せていただきたい。

それと、6ページの2番の2つ目の○の表現が「これらの会議体を地域医療対策業議会のワーキンググループなどとして存続する」ということは、地域医療対策協議会の下に置かれる形になりますけれども、これも必ずしも下ではなくて、メンバー構成の関係があるから言っているわけですが、位置づけを少し考えていただきたいと思います。

7ページ目のところに、医療勤務環境改善センターは地域医療センターと連携することを法律上明記すべきという表現があります。これはこれでいいのですが、前の文章との整合性はどうなるのか。一方は統合しろと言って、なくすことも考えて、後ろは法律に明記されたらつくらないといけないということで、そこを検討していただければと思います。

○片峰座長　たくさん出てきましたけれども、何か。

○権丈構成員　今の質問に関しては後で答えてもらいたいのですけれども、鶴田構成員も土木という話をされておりましたので1つつけ加えておきますと、あえて土木の人を医療担当者にしていく都道府県もあります。それは、誰がデータ解析に一番近いのかという視点から、建築学科などを卒業して土木を今までやっていた人を医療福祉の担当にしていくということです。これから先、データによる制御機構をつくっていこうと十分に認識した都道府県の中でしっかりとそういうことをやっているところもありますので、土木から行ったところを一般化してしまっては困るかなというのがあります。御理解いただきたいと思います。

余り発言の機会がないので、私が評価しているところを1つ発言させていただきたいのですけれども、5ページで「(4) 医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進」で柱が立てられて、ここの「過酷な勤務環境やキャリア形成に資することのない仕事内容の改善等」で、なるべく壁を低くしていこうということを、これから先、責任を持ってやっていこうというところで、9ページに具体的なことが書いてあるのですけれども、これはこの前もお話ししましたように、ある程度、医師の少ない地域での勤務を必修科目にしていこうとすると、そこで問題が生じないように、なるべくみんながそういうところに行きやすい、そういうところを履修しやすいように環境を整備していくという形で、地域、へき地のほうに行くことに対するストレスみたいなものを、これから先、国が率先して低くしていく、前向きな姿勢でやっていくということが極めて大切ですので、私はこの5ページと9ページに書いてある最後の部分は高く評価しておりますということを伝えさせていただきます。

○片峰座長　北村構成員。

○北村構成員　今の議論に少しつながるのですが、関連病院ということで古い大学は県を越えて広い領域をカバーしています。そうすると、新設大学しかない県で新設大学だけを地域医療対策協議会に入ってもらおうと、県立中央病院は違う隣の県の古い大学が派遣しているという事態も起こってしまうので、その県の研修病院のようなものを派遣している全

ての大学が、その県の地域医療対策協議会等に入ってもらわないと動かないことが起こり得ると思います。

似たようなことで、12ページの一番上の○ですが、新専門医制度については、都道府県別の定員をつくるということがうたわれていますが、今、鶴田さんが指摘されたように、大学ごとに専門研修医が行っているわけで、隣の県の専門研修医が新設医科大学しかないところへ派遣されるわけですね。そうすると、その専門研修医の定員が県別にあるとややこしいことが起こるので、もうちょっときめ細かな定員設定をしないと、うまく回らないのではないかという気がします。要するに、旧帝大学や旧六の関連病院と県別の対応とがずれる可能性があるので、そこをぜひ御検討願いたいということです。

○片峰座長 結構難しいですね。

○北村構成員 そうです。

○片峰座長 関連病院の在り方自体が問題かもわかりませんがね。

○北村構成員 そこは逆に手を突っ込むと大変ですけども。

○片峰座長 久米さん、どうぞ。

○久米地域医療計画課長補佐 今、幾つかの御質問等をいただきましたので、まとめてコメントをさせていただきます。

最初、鶴田構成員から、大学に専攻医が集中しているのではないかという御指摘はありましたけれども、まだ専攻の方はまだ第1次募集の段階かと思っております。なので、今、既に大学に完全に集中していることを既にしてしまうというのはなかなか難しいと思いついて、ただ、御懸念というのは全く同じですので、そこを踏まえて今回の対策になっておりますので、そこは御理解いただければと思います。

医師派遣機能については、大学がこれからも担っていくというのはそのとおりでありますので、インセンティブの部分については、当然大学についても対象となり得るもの、これからどういうインセンティブ付けをしていくかということが検討の対象となるのかと思っております。

地域医療対策協議会の運営の仕方について、ある程度柔軟性を持たせてほしいという御意見がありましたけれども、それはそのように考えております。ただ、一方で、そこに参加する医療関係者の方々も含めて、乱立し過ぎるとなかなか決まるものも決まらないとか、何度も非常に時間がとられてしまって大変という御意見も当然ありますので、そこはうまく県の中で整合性がとられるような形で運営して進めていただきたいと思います。

今のことと関連すると思っておりますけれども、県を越えてその大学から医療機関に派遣しているといったケースがあるということがございます。そちらについても、全部地対協に入ってしまうと大変になるということがあるというのはそのとおりにかもしませんけれども、例えば、事前に協議をした上でその代表となる方がその中でちゃんとまとめた事項について御発言いただくとか、今回我々がお示ししておりますのは、基本的にはしっかりと県の中でどのような医師の確保、派遣等について調整をするか、決めていくかということ

ちゃんと議論してほしいということを申し上げておりますので、それがうまくいく形でやっていたくということであればよいかと思っております。

○片峰座長 羽鳥構成員、どうぞ。

○羽鳥構成員 医師確保に直接に関する会議体として、医療審議会と地対協、地域医療構想会議が法定で、専門医機構は通知ということがあったと。これは早く一本化する、あるいは一本は難しいとしても構造をしっかり明示することが大事だと。

専門医機構で私も理事をしておりますが、都道府県単位で専門医の数を割り当てるといふ議論は全くされていないので、医師需給のこの分科会で始まってしまうと、機構もパニックになってしまうだろうと思うので、丁寧に説明して理解を得てロードマップを書きたくていただきたいということ。それから、幾つかの都道府県の実情を知っていますが、山形や鶴田構成員の静岡や沖縄などのように、ある意味では何ら心配のないところもある一方で、専門医の地域医療対策協議会などが、医師会丸投げ、大学丸投げ、あるいは都道府県に丸投げをされていて、議論されているところもあります。そうすると、国のしっかりした指導がないと難しいだろうと思います。土木の人を否定するわけではないのですけれども、その県の医療の事情に詳しくかつ力のある医師に入ってもらわないと、どうにも動かない。周りから信頼される信望の厚い医師に入ってもらわないと、難しいだろうと思います。

○片峰座長 専門医機構との関係は、この案では、要するに、国あるいは都道府県が専門医機構にも物申すことができるという法整備がされることになるわけですね。このスピード感はどんな感じでしょうか。

○奥野医事課長補佐 まず、専門医制度につきましては、来年度スタートということで準備がなされております。それまでに法整備はさすがに間に合わないので、まずはスタートということになるとは思いますけれども、その仕組みについてはできるだけ早く改正をして施行するという事で考えておりますので、できるだけ早くというスピード感、いついつまでということとは申し上げられませんがということで考えております。

○片峰座長 本田さん、どうぞ。

○本田構成員 また話が戻るかもしれないのですけれども、これまでの議論を大方網羅してまとめていただいて、本当に感謝申し上げたいと思います。その上で、2、3点ありまして、まず1つは、県内できっちり医師確保計画をつくる、それぞれの県でというのはもちろん大切で、それが大前提だと思うのです。11ページにさらっと書いていただいていますけれども、上から2つ目の○で「都道府県を越えての医師派遣を調整する仕組みについても検討を進めるべきである」というところはとても大事で、その県だけでは医師自体の数が十分というには難しいという地域があると思いますし、これからの地域枠などで育っていくということは今後に期待していますが、それまでの問題として、臨床研修のほうにはキャップをかけるということなのでいいのですが、専門医などに関しても、認定医の養成に関しても、国が全体の調整にきちんと関わっていくような形を持っていただかないと、責任が不明確なままあやふやになってしまうのではないかと危惧しています。そのところ

をきっちり議論を進めていただきたいと思います。

もう一つ、認定医師のところですが、10ページに、認定医制度に関してはこのようなインセンティブをつけていってはどうかということで、自分の意思で地域で働いていただく先生に、こういうキャリアアップの仕組みをつくっていき、さらに、それを支える、派遣する病院にも経済的インセンティブを設けていくことは賛成です。そのうえで、もう一つとして、認定医師に関しては、管理者要件のことが主に議論されたと思います。その管理者要件のことも、もちろん議論をさらに深めていくこと、実効性がどれだけあるのかということを見ていくことがとても大事だと思っておりますが、もう一つのやり方として、例えば、認定を持っている医師にたくさん働いてもらっている病院にも、さらに経済的にインセンティブを与えるということがあっていいと思います。また、開業要件にはしないのだけれども、認定を持っている先生が診療所を開業されるとか、診療所の管理者が認定を取られた場合などには経済的なインセンティブを設けるなど、さらなる経済的なインセンティブ、つまり診療報酬で促進するという、保険局の話になってしまうのかもしれませんが、厚労省全体として、いろいろな支援をする枠組みを持っていることがいいのではないかと思いますので、そういうこともこの10ページの下から3つ目の○の「このほか」のポツのところ、一つの方策として入れていただいて、今後、議論していただくのもいいのではないかと思います。

最後に、これは今村構成員がおっしゃっていましたが、12ページの下から2つ目、順次定期的にこの効果を検証してというところは一番大事で、ここのところをきっちり、例えば、何年ごとに効果を検証して見直すということを明記していただくことが必要だと思います。

細かくて、済みません。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 私も、今の本田構成員の意見には3つとも賛成です。特に都道府県を越えての医師派遣は都道府県内でできることではないので、きちんと国が、コントロールタワーと言うのか何と言うかわかりませんが、責任を持ってその調整を行っていくところをしっかりと書き込んでいただきたいと思います。

○片峰座長 どうぞ、今村構成員。

○今村構成員 7ページ、上から2つ目の○の医療勤務環境改善支援センターと地域医療支援センターは私も前からこれを申し上げていて、連携することを法律上明記するというので、これは大変ありがたいと思っております。これは、今回の報告、取りまとめを越えたお話かもしれませんが、医療勤務環境改善支援センターがきちんと機能しているかどうかという評価はどこで行うことになっているのでしょうか。つまり、県に任せたから、中でどんなことが行われているかということについては、国ではチェックできない仕組みなのではないでしょうか。これは医政局なのか、労働基準局なのか、予算が2カ所から出ていて、事業も2つ行われている。いわゆる労働基準局で社会保険労務士がやり、

医政局の予算で経営コンサルタントがやるという、センターの中での連携そのものが悪いというような話もよく聞くのですけれども、そういうことをまずは改善しないと、勤務環境改善支援センターというせっかくいいものがありながら機能しないということになってしまうので、外の連携もそうなのですけれども、まず、中のことについての事業がどのように行われているか。また、それを改めてくださいというのはどこが言うのかということをお教えいただきたいのです。

○佐藤医療経営支援課長 医療経営支援課長でございます。

御指摘をありがとうございます。

現在、実績調書を毎年とることにしてございますので、それを見て、今後、いろいろ内容について指導等をしていきたいと考えているところでございます。まだ内容について全部上がってきていませんので、それが出た時点と考えています。

○榎本総務課長 ちょっと補足させていただきますと、勤務環境改善センターの在り方も、今、進めております医師の働き方改革と非常に連動してくるところがあろうかと思っております。法律上は都道府県の業務ということで、今、お願いしている部分はございますので、その役割をしっかりと果たしていただくことが、御指摘いただいたように、これから恐らく必要になってくると思っております。

そういう意味で、今後、働き方改革を進めていく検討の中でも、こういう都道府県の役割をどのようにこれから発揮していってもらえるか、どのように働きかけていったほうがより効果的に全体がうまく進むようになるかということを検討する中で、あわせていろいろと議論を進めさせていただけるとありがたいと思っております。

○今村構成員 ということは、今後さらに検討していくということで、現在決まっているわけではないという理解でよろしいですか。それは、医政局で責任を持ってやるという理解でよろしいのですか。

○榎本総務課長 制度としては、今、医療法の中で位置づけをしているところでございますので、医政局が最終的にちゃんと責任を持ちながら取り組みを進めていき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。それを確認したかったのです。

○片峰座長 先ほど、本田構成員から、例の新しい認定制度、それらに対するインセンティブと。前回まで、その管理者要件としてのインセンティブという話でけんけんごうごうの御議論があった。それも含めましてその議論を少ししたいと思うのですけれども、先ほど今村構成員等々から出ていますように、今後エビデンスベースでPDCAサイクルをスピーディーに回してというのはそれでいいのですけれども、新しい認定制度をつくるからには、どの程度の実効性があるかという説明責任が要ると思うのです。そういった意味では、先ほどの経済的なインセンティブや管理者要件など、いろいろなことが絡んでくると思うのですけれども、ここに関して少し御議論いただければいいかと思っております。

どうぞ。

○神野構成員 地域偏在や診療科偏在や入院外来偏在に対して今の認定制度の話が出てきて、管理者要件等で強制的なものではなくて、インセンティブや情報提供という話がこのにっぱい出ているわけです。インセンティブに関しては、私は本田構成員がおっしゃったことにとってもアグリーするわけです。

だけれども、もう一つの情報提供の話で、情報提供をしますよ、そうですか、よかったですねとスルーをするわけにはいかないというか、何をどれだけ情報提供するかによって、強制ではなくて、個人の行動変容、変えるに足りる情報提供とは何ぞや。そこをはっきりさせないと、何の偏在対策にもならないような気もしております。

○片峰座長 何の情報を提供するかということを書き込むということですね。

○神野構成員 今までもいろいろ資料を提出していただいたのですが、それが偏在対策にかわるだけの行動変容に資する情報があるのかどうかということ、何が入ったらいのかということをもう少し議論したほうが、それも大きなインセンティブという気がいたします。

○久米地域医療計画課長補佐 情報提供の内容につきましては、特に指標のあたりをどうしていくかという話だと思いますので、具体的な内容につきましては、制度施行に当たって当然議論が必要だと思っております。こういった情報だったら当然その行動が変わっていくのではないかということは、また御議論いただきたいと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○褒構成員 ありがとうございます。

今、神野構成員からおっしゃっていただいた行動変容は非常に大事だということは全く同感でございます。医師少数区域に派遣される医師が、かわいそうだねとか、御愁傷さまなどと言われることは絶対にあってはならないことだと思うのです。むしろ、医師少数区域に行くことが、ラッキーだね、いいね、私も行きたいという形のプロモーションを今後していかないと、まさに強制配置ではないのですけれども、どうしても行かされるという視点が抜け切れなと思います。インセンティブ、つまり、あそこの地域に行くといういろいろ学べるとか、住民からすごく感謝されるとか、行ってよかったというような、行った後に、いかにそういうことをプロモーション、つまり、マーケティングでそのほかに行っていない医師たちの行動変容につなげていくのかというクロージングのところは、私はすごく大事だと思います。

当然ながら、今、認定要件という形の何らかのインセンティブは検討いただいているということなのですが、感情に訴えるというか、社会的なムーブメントにしていけないと、行かされて終わりではなくて、行かされてよかったという情報を出していく。当然ながら個人の情報、個人の患者の情報も注意しながら、例えば、こういう技術研さんが積めた、またはこういう症例が積めたという、医師の最も根源的なインセンティブである自己研さんといったところが、その区域に行ったからこそ詰めたのだというデータも、私は出すことが可能かと思えます。

それが、先ほどお話しした、都道府県のチーフメディカルオフィサーがそこまで考えてやるのか、それとも、国がそういった枠組みをつくるのか、そういった議論もインセンティブというところでは非常に大事なかと私は思っております。

以上でございます。

○片峰座長　どうぞ。

○小川構成員　先ほど座長がいみじくもお話になったことですが、いわゆる管理者要件についてかなりけんけんごうごうの議論がされてきたわけで、これに関しましてはかなり時間を費やしたのだと思います。その中でひとり歩きしている言葉として、これはあくまでも強制ではなくて、将来開業するつもりもなく、あるいは中小病院・大病院の院長先生になる予定のない人に関しては何ら強制力を持っているものではありませんから、それは御自身がどういう人生を進んでいくのかということを決めればいい話なので、まず、強制されているということがどうもひとり歩きをしているということは、この中の書き込み方で考えていただけないかと思えます。

もう一点は、11ページの3番の2つ目の○です。「この対象となる」という、これに関しては、一番最初に事務局から出てきた案では、「地域医療支援病院等」と、地域医療支援病院を含む、プラスアルファだという認識だったのですけれども、この地域の医療機関と連携しながら地域医療を支えるという制度上の目的のうち云々かんぬんということになりますと、地域医療支援病院のごく一部になるわけですから、これは今まで議論してきたことをずっと後退させていると私は思うのですけれども、この辺はちゃんと直していただかなければならないと思えます。

もう一つ、その次の12ページの2番の1つ目の○、1つ目のポツです。「対象医療機関が地域医療支援病院に限られれば、インセンティブが十分に働かず、効果が小さいため、診療所を含めた他の医療機関も対象とすべき」ということに関しましては、かなりこの検討会で議論されて、ほぼ大筋の方々はこの文言でいいと、私は合意ができていると考えております。

そういう意味では、これを将来に向けた課題のところに入れるのではなくて、前の11ページの3番の2つ目の○にこれをちゃんと入れていただかなければならないのではないかと私は思いますが、いかがでしょうか。

○片峰座長　どうぞ。

○平川（淳）構成員　前回も小川構成員は合意ができているようなお話をされていて、報道にもそのような流れがあったかと思えますけれども、私は少なくとも反対の立場で御発言をさせていただきましたので、こういう両論併記という形でまとめていただいたことは大変ありがたく思っています。

強制ではないと言っても、例えば、厚労省に入った方が、厚労行政をやるために必ずへき地に行かなければいけない、課長補佐になるには必ずへき地経験がなければいけないなどという話になったら、それはまたおかしなことになると思えますし、管理者になるのだ

ったらやるべきだということを最初から決めてしまうというのは、強制ととられても無理もないと思います。ですから、私は反対です。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 今回の話のその前の意見を言おうと思ったのですけれども、今の御意見について、一般社会で言うと、例えば、本田さんがいらっしゃいますが、新聞記者の場合、地方勤務5年を経験させられるということが当たり前で、一般の会社でも何々支社に転勤ということがあるわけで、それがそんなに特別なことではないのではないかと私自身は思います。ただ、今回、管理者要件は両論併記でも私はいいのですけれども、これは具体的にこの後に詰めていく必要があると思っていて、先ほど裴構成員のお話にあったようなインセンティブのところですが、そこまでポジティブなこと、最初から行こうと思えるようなインセンティブをつけるような情報提供はなかなか難しいのではないかと考えています。結果として、行ってみたら医師不足地域での経験がこんなに役に立ったとか、こういうプラスのことがあったというのは、恐らくいっぱい出てくると思うのですね。それをいろいろと今後そこに派遣された方の経験談として出していただくことが何年後かの若手医師などのプラスのインセンティブになると思います。ただ、今の段階で言いますと、どちらかと言うと、もう少しインセンティブを働かせるために、今、行っておいたほうがいいのかと思えるようなインセンティブをつけていかないと、まず、第一歩のところを踏み出す方がそんなにふえないと思いますので、段階的に認定をとっておこうと思えるように持って行って、好事例を出して行って、さらにポジティブにしていくという段階的な方策のほうが実効性があるのではないかと考えています。

○片峰座長 福井構成員。

○福井構成員 私も、どちらかと言うと山口さんが言われた意見に近いのですが、それに加えて、前回は申し上げましたが、内面的なインセンティブというか、地域医療をやりたいという心持ちに医学生がなるよう、そもそも医学教育がそういう方向で行われていないというのが実情です。大学を離れて十数年になりますので、最近は随分変わっているのかもわかりませんが、私はかつて17年間総合診療をやっていましたが、ある大学で入学時には医学生の50%がプライマリ・ケアを将来やりたいと答えていたのですけれども、卒業時には2、3人になりました。それはなぜかと言うと、私も経験がありますけれども、総合診療部なんか入ると、そういうメッセージをいろいろな臓器別専門診療科の先生方は学生に言い続けるわけです。したがって、ジェネラルをやる、全身的に診るという理想的に反して、高度な医療機器も使えない、そういう診療をやるのはレベルが低いというメッセージを6年間ずっと伝え続けられますので、心の底から地域医療をやりたいと思う人は、よほど芯の強い人だと思います。ちょっとした外形的なインセンティブでは行動変容は起こらないのが実情だと思います。

もう一点、これは違う点で、コメントだけです。9ページの専門医のところ、羽鳥構成員がおっしゃったことと少し似ていますけれども、上から4行目からのパラグラフです。

医師のニーズの見通しを直接都道府県ごとに明確化するというワンステップ飛び越して、都道府県ごとにこれこれの診療科は何人が必要だということを全部が出してみたら、1万人や2万人ぐらいになる可能性があります。学会ごとの調整もしていないのに、都道府県ごとのものがまたばらばらに出てくるようになるとこれはますます混乱することになりますので、ぜひ日本全体として、学会の横の調整もとして、トータルとして何人ぐらいということもどこかで決めておかないと、さらにおかしな状況になるのではないかと心配いたします。

○片峰座長 どうぞ。

○権丈構成員 山口構成員と福井構成員のところに関係するのですけれども、11ページのところから12ページに入ってきて、両論併記されているところで、「認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価」の下に「医師自らの意に反して医師の少ない地域で診療することを促す仕組みであり、仕組みの導入そのものが、医師本人にとっても、その診療を受ける患者にとっても不利益である」とあります。「医師本人にとっても」というのはわからないではないのですけれども、「その診療を受ける患者にとっても不利益である」というメカニズムが理解できない。手抜きをすとか患者をないがしろにするなどということであれば、それはそれ以前の教育の話であって、「将来に向けた課題」の対象としては少し次元が違うものなので、この文言は外しておいてもいいのではないかということが、この文章全体を読んだときの私の第一印象でしたので、意見をさせていただきました。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 今回のことは非常に大事なポイントで、これは指摘をさせていただきたいと思っていたのですけれども、先ほどの山口構成員のお話が非常に的を射ていたと思います。要するに、インセンティブを十分に働かせるためには、管理者要件との評価は全ての病院・診療所にしなければ、インセンティブとしては働かない。例えば、具体例を挙げさせていただきますと、臨床研修制度が始まったときに、突然基礎の研究者に行く方々が激減したわけです。ほぼゼロになった。これは何かと言うと、臨床研修を2年間経験していないと将来お医者さんとして働けない。それは、本人は生理学者になりたいと思って大学を目指して頑張ったと。生理学の教室に入って、基礎の研究をやりたいのだと。だけれども、もしかしたら刀折れ矢尽きて教授になれないかもしれない。准教授で終わるかもしれない。あるいは、講師で終わるかもしれない。そのときに、それでは、どうやってその後の生活をしていくのか、研究医としてはこれ以上やっていけないといったときに、50歳になって、60歳になって、臨床研修医をやらなければならないことになってしまうわけです。それは嫌だから、一番最初にちゃんと研修医をやっておきましょうということで、研究医が激減して日本の今の生命科学が危機に瀕しているわけです。

例えば、先ほどの山口構成員のお話からすれば、一部の病院だけを管理者要件にすれば、今のうちにとっておきましょうという人は極めて限定的になる。ということは、この管理

者要件がインセンティブに働かない。それに対して、将来、今の自分としては、開業するつもりはないし、大きな大病院の院長さんになるつもりもないし、課長さんぐらいでいいよと思っている方だけになってしまった。将来、いろいろなことがあって病院に勤められなくなって、開業をどうしてもしたいということになったときに、また地域医療のデューティーが、40歳、50歳になってからあれするのは嫌だよということになると、もっと早いうちに地域に行っておきましょうと。

その地域に行った経験が、こんなに地域医療というのは経験してみるといいものだと、神野構成員が前におっしゃっていましたがけれども、私もそういう経験がございますので、そういうことなのだろうと思います。もうちょっと考えますと、卒業してすぐに、例えば、義務年限を1年にするのか2年にするのかという議論ももちろんあります。それを何回かに分けるということになると、例えば、4カ月に一遍ずつ3回、5年か7年をかけてやるということになれば、そんなに御本人にとっても物すごく生活に影響するようなネガティブシティーは生じないはずなので、ですから、ここは開業医まで含めた全ての病院、診療所の管理者要件にするという方向に持っていかないとだめなのではないかと私は思います。

○神野構成員 今回のこの管理者要件の話は将来に向けた課題としかかかっていないのですけれども、私も、今、小川構成員がおっしゃったことに賛成の立場であります。

「医療は医学の社会的適応である」と言ったのは武見太郎先生です。医学部を出て医学を学んだ人が医療というものにきちんと向き合おうとするならば、社会を見ていただかなければいけない。そういった意味では、社会を見るために、もちろん都会の混雑を見るのもいいかもしれませんが、地方のいろいろな状況を見ていただいて、将来の医師としてのキャリアを積んでいただくということは何も否定するものではないですし、とにかく今回の地域医療ということを考えれば、恐らく年限はそんなに長くないと思いますので、医師不足地域からすれば、一生来てもらえたらもっといいに決まっているのですけれども、一定期間だとするならば、社会を見るという考え方で、要件に入れても私はいいのではないかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○平川(淳)構成員 誰も反対の意見を言う人がいないので申しわけないのですけれども、おっしゃることはよくわかります。私も神津島の精神保健の相談で回ったこともありますし、静岡県の病院に行ったこともあります。そういう意味では、自分の医者としての人生でそういう経験はよかったと思います。

ただ、これを制度化することは、先ほどデューティーという言葉の小川構成員はおっしゃいましたが、デューティーというイメージですよね。ですから、それは強制的なイメージが伴いますので、私はどうしても今の時代としては合っていないと思います。

もう一つ、へき地医療で医者が少ないところであれば、ここに国民を住ませるならば、国の責任としてそこに医療を提供する体制をつくるべきで、これは国の責任をもってやるべきことで、医者のインセンティブでそこを補う、福島原発で病院がなくなるときに誰

かが志を持って行った、えらいという話ではなくて、きちんとそこに国として医者を派遣するような仕組みがあればへき地医療も解決するのではないかと思うので、医者がひと肌脱ぐような仕組みをつくれというのは筋が違う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 幾つかお話をしたいのですけれども、先ほど福井構成員がおっしゃった医学部教育の在り方はすごく大事で、今、医師の養成の在り方の検討会が設けられていて、その中で医師とはいかなるものなのか、地域医療にどうやってかかわっていくのかということをしかりと教育の中で教えた上で、御本人たちに参加していただくということが大事だと思います。まずはきちんとした医学部教育をやっていただくことはすごく大事だと思います。

今、まさしく平川構成員がおっしゃったように、これは私も絶対的に地域医療支援病院等の管理者に限定するということではなくて、いろいろ範囲を広げることは議論していいと思う。ただ、全ての医療機関になれば、それはインセンティブではなくて、もちろん選択してそういうものを選ばないということはあると思いますけれども、医師が卒業したときに、自分が将来どういう医師になり得るかなどということ想定できる人はほとんどいなくて、そうすると、これは全ての医療機関になれば、これは義務ということであって、「インセンティブ」ではなくなると思います。これはそういうことを医師になる者は必ずするのだという国の制度にするという話ですから、こんな中途半端なインセンティブにして、広告表示をどうするかなど、認定医師になれば、10ページにありますように、認定医師を受けた医師は広告可能事項に追加と、つまりほとんど全ての医師はこういうことができるということに制度としてするということになるということです。

だから、私としては、ここまでの議論して意見がある程度分かれているわけですから、いわゆる地域医療支援病院に限るというのは、これは先ほど小川構成員もおっしゃった、イメージ的に後退しているかなということもあるので、「等」という中にどこまで含めるかというのは一つの議論だと思いますけれども、まずはそれを始めることでスタートをするのがいいのかなと思っています。いきなり全部やるというのは、これは本当に義務です。だから、国がそういう制度をとるんだということをはっきりと全てのこれからの医師になろうという人たちに宣言するということをしてもらわないとだめなのではないかと思っています。

○片峰座長 どうぞ。

○北村構成員 医学部教育を担当している者から、本当にありがとうございます。医学部教育に期待していただけてうれしいとは思いますが、ただ、教育だけでそんなに変わるものでもないです。

今、偏差値が非常に高く、入ってくる学生たちは、言ってみれば、中高一貫校で非常に家庭も恵まれた人たちが入ってきて、地域とは無縁の人たちも多く入ってきています。医学部の6年間だけで地域に行こうというのも無理で、小学校、中学校からずっと医師た

る者あるいは人の命を預かる者はこういうものだという教育が必要で、受験教育で点数の高い人が医者になるということを改めない限り、そう簡単には地域へ行くものではないと思います。

この制度設計ですが、例えば、2年間なり1年間地域へ行くということは、今の必修化されている研修制度の中に1カ月から3カ月くらい地域に行くというものがあるのですが、それが2年に延びるとほぼ同義語で、研修制度が今は2年ですが、4年になって、そのうち2年間は地域へ行く、そういう4年間研修が終われば管理要件ゲットという制度と言われかねない制度になります。こういう制度設計はぜひ思いきり慎重にお願いしたい。小川構成員がおっしゃったように、研修制度の必修化でいろいろな副作用が出てきております。

だから、もしインセンティブを強め過ぎると、今、会話に出ているような、2年間なりのへき地医療が義務化されて、それをしないと管理要件がないと伝えられれば、多くの医者なり医学生は人生の中で2年間どうやって楽に過ごそうか、楽に管理要件をゲットしようかという方向に走らないとも限らなくて、本来、地域で働くことの喜びを感じてほしいつもりでつくった制度が、そこでなくなってしまう。研修の2年間の中に1カ月だけ地域医療をやるというものをつくただけでもいろいろな反対もあり、行って喜んで帰ってくる研修医もいれば、義務の税金を払ったという気持ちで帰ってくる研修医も実際にいるわけで、ぜひ制度設計は慎重にお願いしたいと思います。反対や賛成という意味ではなく。

○片峰座長 今回は、地方で何年やればいいのか何とかは一切書いてございませんね。消されましたね。

○久米地域医療計画課長補佐 消されたと申しますか、偏差指標に基づいて、どこにどれぐらい少数地域があって、そこにどれぐらい医療機関があり、行きたいという人はどれぐらいカバーできるのかという議論とセットだということだと思います。

○羽鳥構成員 前回の分科会でも、医師がどこに何かの先生が足りなくて回っているのかシミュレーションをやろうということもあったと思います。要するに、医師少数区域あるいは偏在の問題も、言われているほどそんなに多くはないかもしれないと。小川構成員は、もしかしたら2年間の間、1年あるいは2年という言葉も出ましたし、4年の間に4カ月×3回という言葉も出てきましたけれども、普通にシミュレーションをやると、もしかしたら皆が交互に行けば丸々1年行かなくても足りるぐらいかもしれないと出ていますね。高位水準や低位水準などいろいろな数字を検討する必要があります。そういうことを含めたら、例えば、裴構成員がおっしゃっていたように、まずはインセンティブで行って、これも検証だから、1年や2年など極めて短い期間にして、それでだめだったら管理者要件の枠を広げる。場合によっては、無床診療所にも広げるなどということがあってもいいと思う。まずは裴構成員のおっしゃっているようなやり方で、インセンティブを重視してやるようなやり方でいくのがいいのではないかと思います。

もう一つ、この前の宿題で、諸外国がどうなっているかということ調べてくるという

ことが事務局の宿題であったと思うのですけれども、私の知る範囲ではフランス・イギリス・ドイツなどではある程度縛りがあることも事実だと思うのですけれども、それを日本でやるのは、医師会として受け入れるのは難しいと思われま

以上です。

○片峰座長 関連ですね。

○褒構成員 本当に構成員の先生方がおっしゃるようにセンシティブな問題で、先ほど北村構成員がおっしゃいましたように、臨床研修制度の副作用も少なからずあるというお話だと思います。私も、原則的には今はまだ時期尚早かなと。反対のほうに私は思っています。

この管理者要件に関して、今、メディアで結構世間のほうに出ている部分があると思います。先日、若手医師、大体20代、30代が多かったのですけれども、nが十数名と少なくて申しわけないのですが、その方々とそういう議論になりました。残念ながらそこにいた方々は全員反対でした。それは当然ながらそういう人たちが集まったというバイアスがあると思うのですけれども、ここで議論がされていますように、強制というニュアンスがどうしてもひとり歩きしている懸念がございます。それが1点。

そして、この検討会はエビデンスで語ろうということがコンセンサスだと思います。先ほど羽鳥構成員がおっしゃいましたように、実際にシミュレーションを試みる、または、その管理者要件に当てはまるであろう可能性があるドクターの本当の生の声をある程度の母集団で集めていく、そういったことのエビデンスをつくってから検討しても、私は決して無意味にならないと思います。本当にいろいろな意見があって、賛成、反対、その中間、私はどれも本当に正しい、また、ある意味議論が深まるべきところかと思っております。ただ、エビデンスという意味では、もう少し慎重に進めていってもいいのではないかと思っております。

以上です。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 先ほどの今村構成員の御発言は少し行き過ぎだと思いますので、私は削除していただきたいと思いますが、そんなに大学がろくでもない教育をやっているわけではありません。本学でも、1年生で数カ月、地方、過疎地の医療を経験し、中学年になってもう一回そこに行っています。そうすると、地方の病院は、ボイラーの技師さんから初め、全ての職員が学生を待っている。その学生がこれだけ成長したということも見ていただいております。コアカリの中にちゃんと「地域医療」という言葉もございますし、現在は国際認証制度JACMEがスタートをして、さらに臨床実習を含めて医学教育はよくなっているはずでございますので、先生がおっしゃるようなろくでもない教育をやっているつもりは全くありません。

これは、全国医学部長病院長会議会長の新井構成員に一言コメントをお願いします。

○新井構成員 私は今村構成員の本意は全く違うところにあると思いますし、北村構成員

も教育でどうなるものでもないというコメントをされました。医学教育に関しては北村構成員はエキスパートですけれども、私は教育の力を信じております。

先ほど福井構成員がおっしゃったように、50%の医学部の学生が地域医療に貢献したいという気持ちを持っているわけです。それを我々がうまく涵養できていないことが非常に大きな問題でありまして、これに関しては、今、日本医師会ともいろいろ相談をしながら、学生のうちに、特に高学年になってベッドサイドラーニングをやる時期、5年生、6年生の時期に一定期間地域医療を経験してもらい、在宅医療など、本当にその患者さんと医師が1対1でコンタクトをするような場面に学生を放り込んで、そこで地域医療がどんなものかということを経験してもらい、これを全国同じレベルで行えないか検討しています。そうすると、地域医療に貢献したいと思っている50%の人が卒業時点あるいは卒業後減るかもしれないが、20%ぐらいに維持できれば、これは大成功だと思っています。こういう取り組みを医師会の先生方と大学が連携して、学生の地域医療実習を全国均一にやっていたということが、今、ディスカッションをされております。

今、医学教育の中では、北村構成員がおっしゃったから多くは語りませんが、医師としてのプロフェッショナルリズムをいかに涵養するかということが大きな私どもの課題になっています。これは少し息の長いお話になりますから、ここ1年、2年ですぐに地域の医師の偏在に対して有効かと言えば、なかなかそうはいかないと思うのですが、10年後とか15年後ぐらいに効果がでてくることを期待をして、今、医学教育の大きな改革に取り組んでいます。、その際には国家試験の在り方とか、いろいろな制度上の問題がありますので、そこは、隣に文科省の医学教育課長が来ていますけれども、一緒にタイアップしてやっていきたいと思っています。

○片峰座長 恐らくどこの大学も医学教育は地域医療を物すごく力を入れています。絶対に教育効果はあるのです。最終的にその子たちがお医者さんになったときに地域・地方に行くかどうかということが問題で、その仕組みが要るのだという議論だと思うのです。

○今村構成員 私の真意は、今、まさしくおっしゃったように、福井構成員に先ほど御紹介いただいたように、そういう熱い思いを持っている若い人たちが卒業時にそうならないということがもし事実だとすれば、それは医学教育の中にも問題点はあるのだろうと思いますし、大学によって相当差があるのだと思います。

今、新井構成員から御紹介いただいた、いわゆる医学部教育の在り方の中で、アーリーエクスポージャーということでいかに早い時期から地域医療に親しんでいただくかということで、各大学で臨床実習に取り組まれるということですが、大学内での実習だけではなくて、学外のいわゆる地域の本当の医療機関での実習が、大学によって物すごく差がある。そういう中で、我々はどのようにして本当に学生の教育に貢献できるかということは、まさしく大学と一緒に医師会に協力してやっていたら、今、そういうことをやっておりますので、私が申し上げたかったのは医学部教育は大事だということですが、先ほどの話とリンクしたので、言い方が多少誤解を招いたのだとすれば、削除していただいて全く問

題はありません。

大学教育は本当に大事ですし、そこをどうやって、今、まさしく座長がおっしゃったように、そういう経験をされた方たちがこれから地域にどのように出ていただくかという仕組みづくりの話ということなので、これは私の意見の繰り返しになりますけれども、まずはこれで始めた上で、その先をできるだけ早い時点でチェックしながら見ていくということで、余り最初に全部仕組みをがんとやってしまうと、ホップ・ステップ・ジャンプのホップからいきなりジャンプに行ってしまうと、後でこれは混乱して大変だということがないようにしていただきたいという思いであります。

○片峰座長 森田構成員。

○森田構成員 私の言いたいことを皆さんが随分御発言されたので黙っていたのですけれども、1点だけ申し上げておきますと、このペーパーは、きょう議論をして、次回あたりにまとめるということだと思います。

先ほどから出ております12ページの2番のところですが、これについては少なくともこの場でも複数の意見が出ているわけですし、最初に事務局から御説明があったときに、11ページの将来に向けた課題以外のところについては、おおむね皆さん賛成していらっしゃいます。そういう意味で言いますと、この2番の部分について、これから意見が分かれているところを1つにまとめるのかどうか。これは議論の進め方、会議の進め方の問題だと思いますけれども、無理をして、例えば、多数決で決めるというわけにもいかないと思うのです。ここに代表されている方のご意見には、先ほどもありましたけれども、若い先生方の声はほとんどないわけですから、そういう意味で言えば、合意のできたところはまとめますけれども、そうでないところは両論併記なり何なりというのはやむを得ないのではないかと。ここを無理にまとめるという議論は、いろいろ御意見を出されるのはいいわけですが、最終的に反対・賛成といらっしゃる以上は、両論併記という形でまとめていくということがいいのではないかと、仕方がないのではないかと気がいたします。ここで無理にまとめますと、審議の時間からいっても、どうしても無理が生じてしまうという気がします。

もう一つ、その前提となりまして、今、教育の話が出ておりますけれども、2点目になります。正直に言って、今、この偏在の問題は、日本の人口動態を見ていると、ゆっくりと教育システムを変えて教育して、それから変えていくという時間的余裕はないと思います。したがって、本当の望ましい方法ではないのかもしれませんが、今、とり得るもので一番有効な策を選択すべきであると思っております。これまでのところ、いろいろな議論が出ておりましたけれども、私が拝見するところ、事務局でそれなりに慎重に整理をされてきたと思っております。そのところは、皆さん、お考えになった上でどうまとめるかという議論にさせていただいたほうがいいのではないかとということです。

ここからは余計なことになりますけれども、先ほどからインセンティブのお話が随分出ております。私自身も、組織管理のようなことを研究しておりますけれども、いわゆる情

報提供によるインセンティブも、大きく分けまして2種類あると思います。一つは、事実についての情報を提供することによって、行動変容を起こす場合です。もう一つは、その事実に基づいて価値基準を変えることによって行動変容をさせることです。前者はどうかということ、とにかくいっぱいもうけたいという人に、この株を買うと得ですよという情報を与える場合に当たるわけです。後者の場合には、例えば、環境というのは人類にとって大事だから、自分たちの行動でごみを出すのをやめましょうとか、そうした形での価値基準を変えることだと思います。先ほどからの議論を伺っている限りで言いますと、将来の管理者になるために現在の行動を変容させることになるわけですが、若い先生方が将来何になりたいかという価値基準が変わらないとしますと、これは事実の提供でそちらのほうがいいということが明確にならない限り難しい。教育の話は、正直に申し上げて価値基準を変えようという話をされているかなと思っていて、後者のほうはなかなか難しいわけで、1つの行動変容のためにこういう情報を提供すればこうなるだろうというのは、そういうロジックから言うとそう簡単な話ではないのかなと思います。

もう一つ、インセンティブで言いますと、どうも医師の先生方は「強制」という言葉はすごく嫌いなようでして、ちょっとでも行動の制約を受けると「強制」とおっしゃるので、すけれども、本当に選択の余地がなく行動を強いられる場合は強制かもしれませんけれども、運転免許証を取らなければ自動車を運転してはいかぬという、免許を取れというのは強制なのでしょうか。運転したくないという人は別にいいではないですかという話になるわけで、これは赤信号でとまれというのと同じようなことも言えるわけですが、どれくらいの行動の自由の制約を受けるのかということをもう少し細かく見ていく必要があるのではないかと。私も、若い先生方と話をしたり、ここでの発言も結構皆さんは関心をお持ちのようで、メールでクレームなどをいただいたのですが、その中には診療を受ける患者にとって不利益であるということもございました。それは彼らの気持ちとしてわかるのですが、どの程度ならばその負担、義務を受け入れるのかどうか。それについてはもう少しそれこそインセンティブというか、価値観を変えていただいてもいいのではないかと思います。

もう一つは、これまで余り議論がなかったのですが、今回、この中で割とはっきり書かれていることが経済的インセンティブの話です。医政局で余り診療報酬の話に立ち行ったことをすべきではない、私も中医協をやっていたときには、医政局マターには余り踏み込むなという話もありましたけれども、それだけではないだろうということで、かなりこのところに書かれています。この本文でいいますと、10ページ、下の2番の上の○、「医師個人に対するインセンティブのみならず、医師派遣要請に応じて送り出すインセンティブ」と、これは先ほど鶴田構成員もおっしゃいましたけれども、いろいろな形での診療報酬の手当ては可能かと思っておりますし、もう一つは、御発言の中であったことが、これは本田さんのほう、いわゆる受け入れる側にもインセンティブをつけられるのではないかと。これは、さまざまな経済的インセンティブの設計は可能だと思いますし、私

の中医協の経験から言いますと、この経済的なインセンティブは最も強制感が少なくて効果がある方法とっております。

これは工夫していただきたいと思いますが、現在の医療保険財政の状況から言いますと、プラスだけの方向でのインセンティブはまず無理な話なので、そこをどうされるかということは、これは保険局とよく御相談の上で御検討いただければと思います。そういう思いが込められているということで、10ページの経済的インセンティブのことをもうちょっとクリアに書いても私はいいのかなとも思いますけれども、それは周りの状況も含めて皆さんの御判断にお任せしたいと思います。いずれにしましても、このペーパーで現時点で何をしてどこまでまとめなければいけないのかということは頭に置いて議論したほうがい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。

福井構成員。

○福井構成員 先ほどプロフェッショナリズムという言葉が出てきました。それとの関連で意見を述べさせていただきたいと思います。どうしてもこの話になりますと医師のインセンティブや強制などという話になってしまいますが、そもそも医師のプロフェッショナリズムには、必ずアルトリズム、利他主義、自分の都合よりも患者さんの都合を優先するという価値観が当たり前のように国際的には考えられています。医師の偏在解消の議論では、医師の不都合さばかりが表面に出てくるのですけれども、医師の偏在によって患者さんがどれくらい困っているのか、そういうデータが明確に示されると、医師の側の不都合よりも重要だという判断ができるのではないかと思います。先ほどの羽鳥構成員のシミュレーションともかかわりますが、本当に患者さんの側がどれくらい困っている状況なのかというデータを示していただけるとありがたく思います。

○片峰座長 どうぞ。

○山口構成員 今のことに関連して、医師不足地域のデータを出していただきたいとずっと事務局に依頼していて、この間、ここではなくて社会保障審議会医療部会の中でも早く出していただきたいと申し上げたら、最後までには出しますというお話でした。最後に出てきても困るかなと正直思っておりますけれども、今のお話と同じで、どれだけ患者が困っているのかということは、どれぐらいの地域の方たちが困っているのかということ、ここでみんなで共通認識にしないと次の議論に入っていけないと思いますので、ぜひ出していきたいと重ねてお願いしたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○久米地域医療計画課長補佐 そのデータについては鋭意研究者等と相談をしながらつくっているところでありますが、6ページ一番下、欄外の8と書いてあるところ、患者さんがどれだけ困っているかというところは、今は人口を使っていますけれども、高齢者や疾病が多い方たちのものまでも含めた医療ニーズに対してどれぐらい医師がいるかというところは、まずは間接的な困っている指標にはなるかと思います。人口構成や、患者の流

出入、アクセス、地理的な条件みたいなもので、アクセスにどれぐらい時間がかかるのかかからないのかみたいな、そういったところを含めて考えておりますと、ここで不十分なものを出して御議論いただくよりは、しっかり議論ができるようなものにして議論をしていただいたほうがいいのではないかとということも考えながら、今、作業をしているところです。

実際にこれが法律になって、法律が通った後ぐらいまでには必ず出したいと思っておりますけれども、仮に次の通常国会という話になって通るという話になったときには、夏ごろまでにはお時間がいただけるということであれば、そのときにまた今回の認定医師の対象なども含めて御議論いただくことになるということでもありますので、そのときにしっかりといろいろな論点も含めて御議論をいただくということも、しっかりとしたデータを踏まえて、エビデンスを踏まえて議論をしていただくという観点からは、これは事務局の能力不足で大変申しわけないような話ではありますけれども、御理解いただけるとありがたいと。

○榎本総務課長 補足させていただきますと、今、山口構成員に御指摘いただいたように、医療部会でも御指摘いただいたところでございます。いろいろな議論をする上で、そもそも相場観がどうなのかがわからないとこの本質的な議論はなかなかできないのではないかとことはおっしゃるとおりだと思っております。そういう意味で、今、計画課のほうではいろいろ苦勞しながら、また、考えながらやっているところではございますが、何か議論の参考にできるようなものを出して議論をいただく必要があるということは、私どももそう思っておりますので、できれば早目にそういうものができるように準備させていただきたいと思っております。

○森田構成員 そういうエビデンスはぜひ出していただきたいと思っておりますけれども、前にも申し上げたかもしれませんが、これは本当にみんなが納得するだけの十分な精度のあるエビデンスは大変なことだと思います。それが出てくるまで議論が進まないということになれば大変ですし、出てきたものについて、さらにもっと精度の高いものがあるはずだという議論がしばしばあるわけです。これをやると無限に進んでしまうということで、その前に、論理の問題として申し上げますと、何回か申し上げましたけれども、日本の現在の健康保険制度の場合ですと、皆さんどこにおいても医療が受けられるという前提になっているわけですし、現在の人口動態を見て、それで医療機関が現在の診療報酬制度のもとでだんだん撤退していく危険もあるとしますと、これは皆保険制度そのものの根底が崩れる可能性があると思っております。そうなるかどうかはまさにエビデンスでもって確認する必要があると思っておりますけれども、現在の粗い人口の動きなど、それを見ている限りでも、その危険というのはかなりあるということは申し上げておきたいと思っております。

○片峰座長 先ほど森田構成員から、診療報酬を偏在対策の一つのインセンティブにという話があったのですが、事務局からこの件に関してコメントはございますか。

○武田医政局長 なかなかほかに答えられないと思っておりますので。

たしかこれは医政局長の検討会ということですので、私が皆さんの意見を受けとめるということで、さまざまな御議論をなるべく集約できる形で報告書にまとめ、関係局と議論をするということになるかと思います。中心的なテーマとしてなかなか書きにくいテーマだとは思いますが、その点、御斟酌の上、いただいた意見については、報告書にまとめた上で真摯に受けとめてまいりたいと思います。

○片峰座長 そろそろ時間ですが、どうぞ。

○小川構成員 先ほどの森田構成員の義務ということに関して医療界はかなり抵抗感があるというお話がございましたけれども、皆様のお手元の資料の2ページの下欄外、3をごらんいただきたいと思います。平成27年12月に日本医師会・全国医学部長病院長会議の合同委員会において「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」が示された。具体的な偏在対策案とともに、「現状の医師不足の本質は、医師の地域・診療科偏在であり、これらの解消こそ喫緊の課題であると考えられる。この課題解決のためには、医師自らが新たな規制をかけられることも受け入れなければならない」と明記させていただきました。さらに、ここには書いてございませんが、最終章のところに「日本医師会・全国医学部長病院長会議は、現状に対する強い危機感の下、相当の覚悟をもって本提言をとりまとめた」ということで、そういう意味では、医療界はみずから襟を正して、みずからが規制をかけられることもやむなしという提言をさせていただいております。これは日本医師会・全国医学部長病院長会議が機関決定をしたことですのでございますから、日本の医療界・医学界が合同できっちりと提言をさせていただいたということですので、医療界・医学界が皆様がおっしゃっているようなスタンスに立ってやっているのではないのだということを申し上げたいと思います。

○片峰座長 今村構成員。

○今村構成員 1点加わってしまったので2点あるのですが、1点が、いわゆる外来の診療に対して、情報提供をすると。先ほど神野構成員からどんな情報を提供するかというお話があったと思うのですが、これは具体的に今後どこかでそういう中身について検討されていくということでしょうか。正直に言って、開業するというのは物すごくリスクを覚悟で対応するので、自分の診療が本当にこれからその地域で成り立っていくのかどうかということは物すごく大きな要素なのです。ほとんど今はそういうことを知らないまま、開業しているということが実態ですので、その地域の医療機関、例えば、できるかできないかは別ですが、レセプト枚数が平均何枚から何枚まで出ていると、その診療科で見れば、即そこは非常に大きな経営の判断になるのです。なので、そういうどこまでの情報を出し得るかということの検討をしていただければありがたいと思っています。

小川構成員から、今、御指摘いただいた日本医師会との合同提言はとても重いものだと思っていますし、我々も一定程度のそういう規制はやむなしということを決めさせていただいた。ただ、そのときの背景が、いわゆる医学部の新設問題が物すごく大きな課題に

なっている時期で、そういった新設をするよりはまずは偏在対策という背景がございました。私は、規制をある程度受け入れるということは、これから医師を目指すという人たちに示した上で、自分が将来医師になるということはこのことなのだということを示した上で、その人が医師になることを選択するということがフェアなやり方だと思っています。そういうことを全く知らないで医学部に入った人に、あなたたちはこういうものは当然受けなければいけないのだというのはどうかと思うので、制度そのものに反対するということを申し上げているのではなくて、もしそうするのであれば、しっかりとした議論をした上で、これから医師を目指す人たちにそれを明らかにした上で選択していただく必要があると思っています。

以上です。

○片峰座長 最後に、権丈構成員。

○権丈構成員 今、今村構成員から外来の話が出たので、つけ加えさせていただきます。

この検討会の中で外来版の地域医療構想のような話が出てきたというのは、高く評価されていていいと思っております。9ページで「放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組が、地域で個々の医療機関の自主的な取組に委ねられている」とか、そういうことに対しては、いろいろな可視化した情報を地域の医療関係者等に発信していくということがございます。社会保障制度改革国民会議の中でも、医師診療科の偏在是正が問題視されていて、それについては、この会議の中で議論してきました。けれども、国民会議報告書には「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る必要がある」と書かれているのですけれども、私の中では、この部分がまだ政策が動いていなかったところなので、この報告書案の中での地域医療版の地域医療構想、そして、それに対して情報をしっかりと発信していくことはぜひともやっ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をありがとうございました。

そろそろまとめに入ります。

要は、今回いただいた御議論を踏まえて修正・反映するという条件で、この「第2次中間取りまとめ（案）」をこの分科会の意見としてよろしいかどうかということです。

きょう御議論を聞いていまして、一番大きな部分というのは、新しい認定制度により一定の医療機関の管理者として評価するというポイントだと思うのです。森田構成員が言われたように、対象医療機関の具体的な範囲に関しては結構幅広い御議論がありますので、今回は両論併記ということでもいいのでしょうかけれども、少なくとも管理者要件として一部の医療機関にそれを適用するという形で大きく一步を踏み出すことに関してコンセンサスが得られれば、それ以外の皆さんの御意見も反映するという条件で、この案をこの分科会の案とさせていただきたいということなのですが、この件に関していかがでしょうか。

○小川構成員 多数決をとるわけではありませんけれども、今までの御議論をずっと連続して聞いておりますと、どちらかという診療所まで含めた管理者要件にすべきだという御意見が私は多いように感じます。そういうことからいたしますと、両論併記でもいいの

ですけれども、診療所まで含めるべきだという強い意見があった、さらには、余り性急に進めるといろいろな問題も生じる可能性があるから、そこは慎重にして一部の医療機関に限定すべきだという御意見もあったという両論併記でやらざるを得ないのではないかと私は思います。

○片峰座長 わかりました。

そこら辺の書きぶりもまた含めて、座長と事務局にお任せいただくということでよろしいですか。

(「はい」と声あり)

○片峰座長 それでは、そのようにさせていただきます。

今後の議論の進め方については、また事務局と相談の上、進めさせていただきます。

最後に、事務局から何かありましたらどうぞ。

○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、18日に合同で開催したいと思います。

本日は、さまざまな御議論をありがとうございます。

○片峰座長 それでは、これで終了いたします。

御苦労さまでございました。