

○堀岡医師養成等企画調整室長 定刻になりましたので、ただいまから第5回「医療従事者の需給に関する検討会」及び第17回「医師需給分科会」の合同会議を開催いたします。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、御参集を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。

新井一構成員、尾形構成員、裴構成員、春山構成員、半田構成員から、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

また、神野構成員、松田構成員から、所用により途中で御退席との御連絡をいただいております。

また、荻原構成員から、途中から御出席との御連絡をいただいております。

荒井正吾構成員と平川博之構成員から、所用により御欠席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林修一郎奈良県医療政策部長、三根浩一郎全国老人保健施設協会副会長に御出席をいただいております。

なお、本検討会の森田座長は、6時をめぐりに御来場されることとなっておりますため、本日の座長代理として医師需給分科会長の片峰構成員を御指名いただいておりますので、本日の会議は片峰構成員に座長代理をお願いしたいと思いますけれども、構成員の皆様方よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○堀岡医師養成等企画調整室長 それでは、構成員の皆様から御賛同いただきましたので、片峰構成員には座長代理をお願いいたします。

それでは、議事を進めさせていただきます。まず資料の確認をいたします。資料は資料1の第2次中間とりまとめ(案)、資料2の医師偏在対策の取りまとめについての荒井構成員提出資料の2つでございます。

また、参考資料として2つ名簿をつけさせていただきます。

不足する資料、乱丁、落丁等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、片峰座長代理、よろしく願いいたします。

○片峰座長代理 ただいま御説明いただきましたように、森田座長が前半御欠席でございますので、分科会の座長でございます私、片峰が議事進行を務めさせていただきます。

きょうはごらんのように合同会議ということでたくさんの構成員の皆さん御出席でございます。できればお一方最低1回は御発言いただくということでお願いしたいと思います。よろしく御協力お願いいたします。

○邊見構成員 失礼します。5時からやるということは、これから働き方改革の一番初めに厚生労働省が言っていることに反していると思います。私は7時半には乗らないと明日の勤務、私は高齢ですので0.8人分の医師として働かなくてははいけません。そのようなこと

もありますので、今後こういうことはやめていただきたい。

○片峰座長代理 事務局から一言ございますか。

○武井医事課長 医事課長でございます。

このたびは大変御迷惑をかけて申しわけないと思っております。次回以降の開催につきましては、働き方改革の趣旨に沿うような形できっちりと検討時間をセットさせていただくように務めたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○片峰座長代理 それでは、議事に入ります。

本日は第2次中間とりまとめについての議論でございます。まず最初に事務局より中間とりまとめ（案）について御説明をお願いして、その後、議論をしたいと思います。

それでは、事務局から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。

医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会の第2次中間とりまとめ（案）について御説明をさせていただきます。

こちらの第2次中間取りまとめ案につきましては、5部構成となっております。

最初「1. はじめに」で、これまでの経緯について簡単に記載をさせていただいております。この需給検討会の下での医師需給の分科会につきましては昨年6月に第1次中間とりまとめを行いまして、その際に14項目と言われる今後検討すべき事項が盛り込まれたということでございます。その内容につきまして、本年9月以降に集中的な検討を行いまして、法改正が必要な事項も含めて今回、取りまとめ案をまとめていただくという形になろうかというところでございます。

2につきましては、今、医師偏在対策が求められる背景についてまとめさせていただいております。まず1つ目は、医師偏在の現状と偏在対策の必要性ということでございます。医師の偏在は現在、地域間、診療科間それぞれについて長きにわたり課題として認識されておりますが、まだ解消が図られていないということでございます。

2ページに進んでいただきますと、これまでも偏在対策等行ってきておりますが、真ん中「しかし」というところにありますけれども、実効的な偏在対策を講じなければ今、医師増員をしておりますが、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いうようなことが第1次中間まとめに書かれている内容でございますが、こういったことも指摘されているところでございます。

また、医師偏在対策を実効的に進めていくということに当たりましては、医師が医師の少ない地域で疲弊せずに診療していただくという仕組みを構築することが重要だということを書かせていただいております。本来、医師が少ない地域での勤務も学びが多く、充実感が得られるものであることを踏まえると、キャリアパスなどの観点を含めて、医師が少ない地域での勤務を不安と感じる要因や障壁を取り除くといったような環境整備、また、インセンティブの付加が重要だということでございます。また、女性医師につきましても増加しているということでございますので、キャリアでありますとかライフイベントに左

右されずに診療ができる、こういった環境整備をしていくことが重要だということでございます。

また、新専門医制度や働き方改革についての背景についても記載させていただいております。新専門医制度につきましては、平成25年の報告書に基づきまして、本来は本年度から開始に向けて準備を進めていたということでございますが、地域医療における御心配という御意見が高まったことを踏まえまして、来年度から開始がなされるといったことでございます。

現在、日本専門医機構におきまして、地域医療に配慮した形での準備を進めているところでございますけれども、こういった配慮ある対応が平成30年度以降も継続的になされるように安定した仕組みを整えておく必要がある。また、働き方改革につきましては、こちらことし3月に政府のほうで働き方改革実行計画というものが取りまとめられまして、その対策について集中的に2年間で医師についても働き方改革を進めていくという検討を進めているところであります。時間外労働規制を設けるといったことが内容として盛り込まれているわけでございますけれども、実際に医師が不足している地域に必要な医師数が確保されるようにしていくためには、早急に実効性ある医師偏在対策を講じる必要があるということでございます。

また、都道府県を主体とする医療政策の実施体制の構築ということもございますけれども、実際、今、医療政策については税と社会保障の一体改革の文脈で、地域医療構想でありますとか、国民健康保険の都道府県化といったことが進められております。こちら進める前提となっております国民会議の報告書というものの中には、医師を含めたマンパワーの確保につきましても都道府県の権限、役割の拡大が具体的に検討されてしかるべきということでもありますとか、データによって医療ニーズと提供体制のマッチングを図っていくことも重要だということが指摘されてございます。

3といたしまして、今回、講ずべき医師偏在対策の基本的考え方というところでございます。今回4点、医師偏在対策のポイントをまとめさせていただいております。

まず1つ目は、データの整備ということでございます。実際に医療ニーズに合致した効果的な医師偏在対策を実施するためには、PDCAサイクルを通じて都道府県が医師偏在対策の効果を検証し、改善していくということ。それから、今まで入院についてはデータの整備などを図ってきているところでありますが、外来につい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重要であるということでございます。

2つ目につきましては、先ほど申し上げましたような都道府県が主体的、実効的に医師偏在対策を講じていくことが重要であるということでありまして、3番目、医師養成過程におきましては、医師が望むキャリアパスを整備していくという観点も含めながら、医師定着についての対策も含めて養成過程を考えていくことが重要だということでございます。

4つ目につきましては、環境整備の重要性ということございまして、医師の地域偏在、診療科偏在の解消のために、医師だけでなく都道府県、大学、地域医療を支える医療機関、

これら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重要だということでございまして、また、個人に対するインセンティブだけでなく、医療機関に対するインセンティブづけでありますとか、医師と医療機関を適切にマッチングする仕組み、こういったものも重要だということでございます。

具体的な内容につきましては、こちらの以下の4の具体的な医師偏在対策というところに書かせていただいております。

まず(1)でございますけれども、都道府県における医師確保対策の実施体制の強化ということで、まず都道府県が今後、医師確保計画ということで医師に対する確保の計画をしっかりとつくっていくことが重要であるということでございます。現在、医療計画の中に医師の確保に関する事項も記載されているところもありますけれども、十分な対応がなされていないところもありますので、そちらにつきましてまず医師の確保の方針でありますとか医師確保の目標、それから、その目標を達成するための政策といったものを一体的に書いていただくということでございます。こちらを医師確保計画というふうに呼称することといたしまして、計画期間3年でPDCAサイクルを回しながら計画を進めていただくということでございます。

また、この医師確保計画の実効性を確保するために医師偏在指標というものを御用いまして、こちら国のほうで作成をいたしまして、地域ごとに医師偏在の度合いを示していくことも必要であると思っております。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いうところであっても、政策医療等の観点から地域に一定数の医師を確保する必要がある場合については配慮するといったことも重要であるということでございます。

今のは計画のお話ですが、では誰が、どのような役割を担うのかということについて、地域医療対策協議会というものを活用してはどうかということをご提案させていただいております。地域医療対策協議会につきましては、今、法律に明記されておりますけれども、実態として運用していないところでもありますとか、さまざま医師確保に関する協議会が都道府県内で乱立していて、それぞれでそれぞれの議論をしているといったような状況にありますので、これらを統一して地域医療対策協議会の中で基本的には議論をしていただくというようなこと。ただ、地域の実情によって柔軟に運用していくといったことが重要であると思っております。

7ページに進んでいただきまして、医師派遣の実施に向けた見直しというところでございますけれども、今、医師派遣、これから地域枠の学生がどんどんふえてくるといった中で今、都道府県と大学でしっかりと連携がなされていないといった県もありますので、必ず地域医療支援センターが派遣等を行う場合には、大学医学部、大学病院との連携のもとに行われるようにするといったことですか、理由なく公立病院、公的病院などに派遣先が偏らないようにするといったこと。それから、地域枠の医師については都道府県主体で派遣方針を決定する。それから、キャリア形成プログラムをしっかりとつくっていただく。

派遣される医師の負担軽減のための援助を行う。こういったことが重要であるということでございます。

また、医療勤務環境改善支援センターというものが置いてありますけれども、こちらと連携しながら派遣される医師の環境整備を行っていくことが重要だということでございます。

(2)に進みまして、医師養成過程を通じた地域における医師確保というところでございます。まず医学部についてでございます。こちらの分科会の議論の中では、地域定着を進めるためには地元の出身者を養成していくことが重要であるというデータがありましたので、まずは地元出身者、こういった人を医学部のほうにしっかりと入れてくださいということを都道府県知事が大学に対して要請する。こういったものを制度化することにしてはどうかというふうに思っております。

また、医学部の定員が人口に比して少ないというところは、幾ら地元出身者を増やしても少ないままということになりますので、県をまたいだ地域枠を越えたものもしっかりと活用できるようにしていく。

それから、臨床研修についてでございますが、こちらにつきましても都道府県がしっかりと地域の実情に応じた研修体制を構築していくという観点から、臨床研修病院の指定でありますとか、その定員の設定を都道府県が主体で行えるようにしていく。ただし、国でも基準をつくって、その方針のもとでやっていただくということかと思っております。

それから、地域枠の学生などがせっかく地域枠で入っていただいたのに、臨床研修の段階で外の都道府県に出ていってしまうことがありますので、そういった方にしっかりと都道府県内で臨床研修していただくために、一般のマッチングと分けてマッチングをしていただくですとか、あとは募集定員の算定方式の見直しということですが、こちら今、臨床研修の定員をどんどん下げて、都市部に医師が集中しないようにしていくという対策を講じておりますが、これを一層進めていくということでございます。

募集定員上限、こちらは都道府県ごとに割りつけておるわけでございますけれども、実際に割り当てられた募集定員に比して医学部の募集者数が余っているところもありますので、そういったところを効果的に割りつけていくことも必要かと思っております。

専門医制度でございますけれども、今回、日本専門医機構が国や地方自治体からの意見を踏まえて、しっかりと対応できるような仕組みを構築するというところでございます。まず1つ目が出産、育児等に配慮すべき女性医師を初めとして、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て日本専門医機構に対して改善を要請することができる。また、地域医療への配慮についても国や都道府県が地対協の審議会の意見を踏まえ意見できる。日本専門医機構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ございます。

次が診療科ごとに都道府県ごとの必要な医師数を明確化していく。こちら先ほどの指標の観点とも関連いたしますが、こういったことをしていくということでございます。

3つ目でございますが、外来医療への対応ということでございます。外来医療につきましては地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っている。それから、専門分化が進んでいるとか、救急医療体制の構築、こういったことが地域の自主的な取り組みに委ねられているといった状況にあります。今般、医師偏在の度合いが指標により明確化されるということでございますので、こちら外来の部分の切り出しまして、偏在等の状況につきまして明確化して、この情報を新たに開業しようとしている医療関係者等の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、可視化するといったことが重要であると考えています。

この情報の提供に当たりましては、患者のプライバシーでありますとか、経営情報等の機微に触れる情報もありますので、事前に協議会を構成していただいて、その中で協議を行っていただく。また、その協議会の中では偏在の状況に応じて救急医療体制とかグループ診療の推進等について、しっかりと議論をしていただくということでございます。

4つ目でございますけれども、環境整備の観点でございます。医師の少ない地域で勤務する医師が疲弊しない持続可能な環境の整備ということございまして、例えば医師の少ない地域で勤務を行う医師が、都市部に住みながらグループ診療などを通じて数に数回、診療を行ったりとか、医師の少ない地域に住んでいても定期的に休暇取得ができるように交代で勤務する医師の派遣に対する支援等を行う。もしくは遠隔地でも中核病院の専門医に相談ができるような場合の支援を行う。それから、診療能力をしっかりと身につけてからそういう地域に行っていただくということで、事前のプライマリ・ケアの研修・指導体制を確保するでありますとか、あとはキャリア形成プログラムを作成して、派遣に行った後でもちゃんとしっかりと帰ってこられる場所を確保してあげる。サテライトのような医療機関の管理が認められるように、そういう兼任管理の規定をしっかりと設けてあげる。女性医師を含めて出産、育児等に配慮すべき医師がしっかりとそういう地域等で診療が行うことができるように、復職支援でありますとか院内保育所の整備を進めていくということでございます。

インセンティブづけということでございますけれども、まず個人につきましてi)の環境整備とあわせて、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、まず医師少数区域等に所在する医療機関であって都道府県知事が指定するものにおいて一定期間以上勤務した医師を、当該医師の申請に基づき厚生労働大臣が認定する制度を創設するといったことを提案させていただいております。認定を受けられる対象は、若手、ベテランを問わず、あらゆる世代の全ての医師を対象とすべきということございまして、認定に必要な勤務期間等に等については今後、検討するということでございます。

この制度の認定に関しまして、さまざまな仕組みを講じたらどうかということを以降に書かせていただいております。

11ページ、マル2、マル3といったところでございます。まず1つは医療機関に対するインセンティブということでございます。医師派遣要請に応じて医師を送り出す医療機関

でありますとか、認定医師によって質の高いプライマリ・ケア等が提供される医療機関等、認定制度の実効性を高める医療機関について税制、補助金、診療報酬上の評価等の対応について検討し、必要な経済的インセンティブが得られる仕組みを構築すべきということでございます。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っては、地域医療を支援する立場にある地域医療支援病院について医師派遣機能、プライマリ・ケアの研修・指導体制の確保など、その環境整備に一定の機能を果たすものにつきまして評価を行うという方向性で役割、機能、評価のあり方を含めて別途、検討を行う。

また、地域医療対策協議会における医師派遣方針に基づいて、地域医療支援センターに派遣を行うということもございますが、そのマッチングの機能なんかについてもしっかりとここで行っていく。また、マッチングの仕組みを設けるということでありましたら、都道府県を越えてのマッチングの仕組みについても厚生労働省において検討を進めるということもございます。

マル3でございますが、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ということで、医療機関の管理者にはさまざまなマネジメント能力が求められるということですので、今回、認定医師というものが設けられるということでありましたら、地方の勤務経験を評価しまして、認定医師であることを一定の医療機関の管理者に求める基準の1つとすべきということもございます。この対象となる医療機関については、まずは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のうち医師派遣、環境整備機能を有する病院として、今後、具体的な医療機関のあり方について検討すべきということもございます。

また、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。なお、医療機関の管理者として求める素養は、その地域医療の経験や理解に限られないということですので、管理者としての必要なマネジメント能力等については、別途検討を進めるということもございます。

将来に向けた課題といたしまして、3点挙げさせていただいております。まず専門研修における診療科ごとの定員の設定ということもございますが、こちらにつきましては定員を設定してマッチングの仕組みを導入して、地域の診療科偏在を是正するというような意見と、そういったものは時期尚早であるという意見がございました。また、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といったところにつきましては、対象医療機関が地域医療支援病院に限られるとすると、インセンティブが十分に働かないので、全ての診療所も含めて対象とすべきという意見があったほか、対象医療機関の範囲を大幅に拡大すると、実質的には医師が少ない地域での診療を義務化することにつながりますので、まずは地域医療支援病院から始めてみてはどうか。3つ目としましては、現状としてそういったものを入れると医師の少ない地域で診療することを促して、意思に反してそういった診療を促す仕組みとなるということですので、まずは地域医療を支える医学教育の充実でありますとか、地域による魅力の発信・医師を受け入れる環境の整備等を通じて、医師

本人が医師の少ない地域での勤務を望む状況をつくり上げるといったことが、医師本人にとってもその診療を受ける患者にとってもメリットとなるという意見があったということがございます。

3つ目につきまして、無床診療所の開設に対する制度上の仕組みの導入ということでございまして、こちらにつきましてはまず我が国は国民皆保険をとってございますので、被保険者間の医療アクセスの公平性の確保を図るため、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を参考に、無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みを設けるべきという意見と、一方で憲法上の営業の自由との関係の整理、駆け込み開設の懸念、そういったものがありますので法制的・政策的な課題をクリアしなければ、その枠組みの実現は困難という意見があったということでございます。

以上につきましては、まだ実際に今回提案している制度についても対策の効果が検証されていないということでございますので、今回の制度をできるだけ速やかに施行し、施行後も速やかに、かつ、定期的な効果の検証を行う。その検証の結果、可能な限り早急にさらなる医師偏在対策について検討をする。

最後の部分、(2)につきましては、都道府県における医療行政能力の向上ということで今回、都道府県の能力、都道府県に対してさまざまな権限でありますとか、取り組みをお願いすることになりますけれども、その対応をしっかりと都道府県で発揮していただけるように、厚生労働省において検証の実施とか人事上の配慮等について、これから検討していくということでございます。

少し長くなりましたが、以上です。

○片峰座長代理 ありがとうございます。

今回の中間まとめ案は、これまでになく一步踏み込んだ検討がなされ、その結論として出されたということです。議論は多岐にわたると思いますので、どなたからでも、どういった論点からでもいいので皮を切っていただきたいと思います。

どうぞ。

○山口構成員 1つだけ確認したいことがございます。7ページの(2)マル1の医学部というところで、3行目から4行目にかけて入学枠に地元出身者枠の設定・増員を要請することができる制度を設けるべきであると書いてあります。入学枠に地元出身者枠というのは地元に着用するには非常に有効だというデータが出てきているという話があったのですけれども、これは法のもとでこういう制度を設けるという意味合いなのかどうかということを確認したいと思います。

と言いますのも、5ページの「4. 具体的な医師偏在対策」の(1)マル1の1つ目の○最後、3～4行目に、ここでは一連の方策を記載することを明確に法律上に位置づけるべきであるとわざわざ書いてあるのですが、7ページの制度のところは法律上に位置づけるという文言がございませんので、単に制度を設けるべきであるという提案なのか、きちんと法律のもとに行われるということなのか、そこを確認させていただきたいと思います。



○堀岡医師養成等企画調整室長 御質問ありがとうございます。例えば資料2にも都道府県から専門医制度についても、地元出身者枠についても、今、専門医については厚生労働省から通知を示してさまざまな取り組みをお願いしているわけですが、実効性のある仕組みにすることが重要だという御意見をいただいておりますので、そういった御意見を踏まえて、きちんとした実効性のあるものとするような制度としてまいりたいと思います。

○本田構成員 同じ件なのですけれども、私も7ページの今、山口構成員が指摘されたところですが、専門医研修のところ、8ページの下の方、次の事項を法定すべきであるときっちり書かれているので、この医学部のところについても都道府県の知事がそういうことを意見できるということを実効性ある形で明記してほしいと思いますので、法定も含めてそのようにきちんと書いていただければと思います。

○片峰座長代理 この件に関して、ほかにどなたか御意見ございますか。どうぞ。

○林代理 荒井知事が欠席のため、大変僭越でございますけれども、かわりに私のほうから資料2を、今の点も含めて意見を述べさせていただきたいと思います。

まず今のところでございますが、資料2として本日、荒井正吾の名前で意見書を出しておりますので、私がかわって説明させていただきたいと思います。まず表の一番下のところが今の点でございます。今回の取りまとめ案では要請することができる制度という提案でございますけれども、都道府県にアンケートをとらせていただいたところ、大学との協議でいろいろな問題点というか、大学側の御意見が主張されて、協議がうまくいかないのではないかと懸念が多く都道府県にあることがわかりました。したがって、要請することができるという制度だけではなかなか現場では実現が難しいということではないかと思っております。大学側が応じる仕組みが必要だということでございまして、実効性を持たせる仕組みの検討をお願いしたいということでございます。

あわせてほかの点も恐縮でございますけれども、御説明させていただきますと、今般、全体としてはこのような取り組みがまとめられることについては、都道府県として歓迎したいと考えておりますが、1つ目に臨床研修病院の指定について都道府県に権限を移すというふうに書かれておりますことについて、都道府県側の懸念が比較的強い点でございます。移管に当たってどのようなメリットがあるのか、また、事務の量はどのようなのかという点でございます。

そもそもこの点について、都道府県の移管に当たっての裁量のあり方、何か都道府県に裁量が生じるのかどうか、単に事務が来るのかというあたりがよくわからないところでございますので、この点については具体的な説明をお願いしたいと思います。

裏側でございますけれども、専門医制度に当たっての偏在対策については、実効性のあるものとなるように、いろいろ今回も法制化も含めた論点が議論されておりますけれども、法制化していただくとともに、これが実効性のあるものとなるためには、国において特に都道府県内ではなくて都道府県間の偏在対策等について一層の責任を果たしていただいて、

専門医機構への指導・関与等に当たっていただきたいと考えております。また、人員の確保、予算上の措置についても御配慮をお願いしたいということでございます。

最後に、医師不足は地域で非常に大きな課題となっております、今回の対策で一部の医師不足地域の措置をしたといたしましても、それだけで解決するという問題ではないと考えております。医師不足の課題を解決するためには、医療提供体制を構造的に捉えて最適化するという視点で、その観点からの医療提供体制のあり方、医師の適正で効率的な配置にする観点からの医療提供体制のあり方についても、今後の検討課題に含めるべきだと考えておまして、今回、将来に向けた課題として幾つかありますけれども、そもそもどういった提供体制が医師の効率的な配置につながるのかという、本来の必要な医療提供体制のあり方についても、今後の検討課題として記載してはどうかと考えております。

以上でございます。

○邊見構成員 関連で、今、山口構成員、本田構成員の法律上に明記すべきということに賛成いたします。といいますのは、皆さん地域枠を非常に期待しているのですけれども、抜け穴がいっぱいあるのです。今、私は八重洲で弘前大学の意見を言ってくれというのを渡されました。弘前大学が一番地域枠が多い大学です。卒業生115名中、地域枠は52名と国立大学ですけれども、県立大学的になっておるのですが、その中で今度、新専門医研修というものを隠れ蓑に8名、約15%が県外施設に地域枠でありながら行ってしまった。さらにそういう傾向が続きそうであるということを言っていますので、ここで地域枠を皆さん期待して、私も期待していたのですけれども、かなり抜け穴があるということで、法的にちゃんとしないとこれは全くだめではないかと思えます。これは弘前大学医学部附属病院長、福田眞作先生の御意見です。

○片峰座長代理 今の観点は、地域枠の学生に対する規制ですよ。

○邊見構成員 そうです。

○片峰座長代理 大学の先生方、どなたかございますか。

○小川構成員 7ページの医師養成過程を通じた地域における医師確保でございますが、山口構成員、本田構成員が御指摘したように、邊見先生も御指摘したように、法制化をしなければならないというのは当たり前のことだと思います。

ただ、もう一つ問題があって、その地域の高校生の学力という問題が1点あるということが1つと、もう一つは、私立と国立では入学枠だけにすれば先ほどのような抜け穴が生じるわけです。そこでインセンティブをあれするために学費を県が負担しているわけですが、そのときに私立と国立では全く学納金が違いますから、これを全部都道府県におんぶに抱っこするというのは不可能な話だと思いますので、これに財政支援を入れないとまずいのではないかと思います。

○堀岡医師養成等企画調整室長 幾つか臨床研修の法的権限やその他いろいろまとめてお答えをさせていただきたいと思えます。

まず最初に林部長から御指摘いただいた点ですけれども、例えば臨床研修病院が指定の

権限、都道府県の裁量、どのようなものになるかというふうになりますが、例えば地域の病院の実際の研修体制とか、そういうものはやはり国では一律になかなか難しいところがありますので、地域でそういった病院と日々意見交換などしている都道府県が、例えばこういうところと病院群を組んでほしいとか、そういうお話がしやすくなるのかなと考えておりました、きめ細やかな対応が可能になると考えております。また、移管した場合も丸々都道府県に全て、移管するのではなくて、臨床研修の質に大きなばらつきが生じることもまた問題でございますので、一定の質を担保する観点からは国が一定の指定基準をお示しすることは考えておりますけれども、そういったきめ細かな対応とあわせて、よりよいものになると考えております。

そのことに関する必要な定員、予算の確保などについては、総務省などとも今、調整しておりますけれども、そもそもそんなに大きな業務量の増加にならないようには、できるだけ国のほうで配慮したいと考えております。

もう一つ、専門医についての都道府県間の調整に必要な場合というときに、国はどのように関与するのかという御質問だと思いますけれども、この中間とりまとめの中でも国も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などについて意見を述べることができるということを書かせていただいておりますので、都道府県間の調整など、国も関与する部分が出てくると考えております。

また、今、小川先生などからいただいた御意見もあるのですが、そもそも今まで我々がお示してきたエビデンスは、要は奨学金をつけている地域枠と、もしくはそうでない地域枠と、地元枠というのは別に今、奨学金がついているわけでもない人も含めて地元定着率を比較して、実はほとんど大差がないというデータが出ているので、そういう意味では地元枠を推進すること自体が、県の負担の一定の軽減にもなる可能性があるとは考えております。

○北村構成員 関連して大学人から問題点も御指摘したいと思います。

地域枠の定着率が高いということで、ある意味、過大な評価を受けているのではないかと考えています。1つの学年に100人あるいは120人がいて地域枠とそうでない人、あるいは地域枠でも奨学金がもらえていて9年間程度の義務がある人と、地域枠だけれども、義務のない人、いろいろな種類の人と一緒に勉強していたときに、副作用も起こっています。例えば奨学金をもらって義務があるという枠で入学したけれども、奨学金は要りません、そのかわり義務も要りません。普通の国立大学ですと一旦、入学許可を出すと、その理由だけで入学許可を取り消すのは非常に難しいです。

それから、学年の中で地域枠の20人がいた場合、残りの80人が地域は君に任せた、君たち20人に任せた、私は都会に行くというような逆のマインドすら起こっているやに聞いています。

昔あった議論では、こういう弊害をなくすために自治医科大学のような大学全体が地域で働くという大学をあと2つ、3つつくればいいのか。各大学に10人ずつ地域枠

という、言ってみれば足かせをつけるような枠を80校につくれば800人。むしろ自治医大のようなものをあと5校、6校つくればその地域に学生時代から全員で地域で頑張ろうというようなものができるのではないかという議論が過去にありました。決してなくなったわけでもないので、今回はこういうもので私はいいと思いますけれども、今後、地域医療を考える上ではしっかりとそのようなもっと根本的な改革も含めて議論していただきたいと思います。

○邊見構成員 今の北村先生の意見、東北薬科大学に医学部をつくる時に、全部第2自治医大方式でやってほしいということをお願いしたのですけれども、全寮制で自治医大の方式は非常に有効で地域医療に対してのメッカみたいに、あの大学がなかったら今もっとひどいことに田舎はなっていると思うのです。だからぜひ第2、第3を全部この方式にしてほしいと思っています。だからこの会議がもうまくいかなかったら、私はいろいろなところの知事さんとかにお願いして、第2、第3の自治医大をつくっていただく以外にもうないのではないかと考えております。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ささまざまな抜本的な意見ありがとうございます。いろいろ御意見はあるのですが、例えばお手元のファイルで第13回の分科会の医療をごらんいただきたいのですが、医師養成過程における医師確保についてというものなのですが、例えば13ページで我々地域枠の調査をしております。離脱者がいるのは確かなのですが、実はこれごらんとおり人数としてはかなり少なくて、県の県内大学でも、県から県外大学に出しているものでも両方、例えば県内大学1,584のうち離脱者というのは30人だったり、比較的自治医大にせよ、防衛医大とかそういうところにせよ、一定の離脱者というのはいるわけなのですが、地域枠にいてもそんなに離脱をしているわけではないので、今それなりに実効的にかなりなものではあると我々は考えております。なので、こういった施策をよりさらに実効的なもの、地元枠ですとかそういうことに進めていくことで、医師偏在対策に資するようにしたいと考えております。

○片峰座長代理 先ほど説明されたのかもわかりませんが、地域枠の学生が将来、地域に残るように法的に強制するとか、あるいは自治体が医学部、医育機関に対してこれだけのものを地域枠に、あるいは地元枠にこなさいと法的に強制することに関しては、かなりハードルが高いような気もする。そこら辺どうですか。

○久米地域医療計画課長補佐 憲法上の職業選択の自由とか移動の自由、そういったものとかかわってきますので、ハードルが高いというのはそのとおりだと思います。

○片峰座長代理 ではほかにも論点があると思いますので、どうぞ。

○鶴田構成員 先ほどの法制化については、全国衛生部長会でアンケートをとったときに、今のままでは実効性に乏しいという意見があったので、ぜひ法制化して欲しいのですが、例えば5ページに医学部教育の医師養成過程を通じた、医師偏在対策を講じる必要があると書いてありますけれども、やはり早いうちから地域医療になじんだほうが地域に行くということもあるので、将来に向けた課題というよりも具体的にやる方向で進めていただき

たいと思います。

専門医機構についても、県がいろいろ聞いてもほとんど教えてくれませんので、今のままでは何も実効性がないと言わざるを得ないと思います。

1回だけということなのでまとめて発言します。修文をお願いしたいのですが、8ページの臨床研修の1の○2、研修医が臨床研修終了後に出身地や出身大学の都道府県に定着することを促すためとありますけれども、ここを地域枠設定の都道府県に定着することを促すために修文して頂きたい。

なぜかという、7ページの一番下に、都道府県をまたいだ地域枠というのは必ずしも出身地でもなければ、出身の大学でもないということから、出身地枠設定の都道府県という形に直していただければありがたいと思います。

あと一点は、1ページに医師偏在対策が求められる背景の2つ目の○、これは平成26年の医師・歯科医師・薬剤師調査とありますけれども、12月14日に平成28年のデータが出ていますので、その28年の新しいデータを使われたらどうかということと、そのデータを見て私はびっくりしたのですが、各県1医大構想のときは10万人当たりの医師数は大体150人を目標にしていました。現在は300人を超えるところが、医師総数から見ると和歌山県までの9位まで、また、医療施設従事者数から見ると5位の岡山県までが300人を超えています。この数字から見ると、本当に医師が不足しているのかどうかも含めて将来に向けた検討課題にしなければ、早晚あつと言う間にもう少し数が増えるのではないかと懸念しますので、その点も今後の検討項目に入れていただいたほうがいいのかという気がします。よろしくをお願いします。

○片峰座長代理 今、鶴田先生の2番目の質問、28年度というのはできますか。可能ですね。

では福井先生、どうぞ。

○福井構成員 細かいところで3点ほど。

1つは9ページの9行目あたりからのii)です。医療ニーズを踏まえた診療科ごとに必要な医師数の明確化のところ、2行目から人口動態、疾病構造の変化を考慮した診療科ごとの将来の医師のニーズの見通しとわかりにくい言葉になっています。小見出しには明確に診療科ごとに必要な医師数という言葉を使っていますので、ここは「考慮した診療科ごとに将来必要な医師数の見通しを」ぐらいの明確な言葉にしていただけないかと思いません。医師のニーズとしますと、医師が考えるニーズとも捉えられかねません。

2点目です。そのパラグラフの上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いう文章があえて書かれています。それだけでなく要請することができる、意見を述べるができるという弱い文章なのに、さらに断ることができるということまで書かなくてもいいのではないかと思います。気を使い過ぎているのではないのでしょうか。

3点目です。前回の医師需給分科会でも申し上げたのですが、医学生レベルで地域医

療とかプライマリ・ケアの必要性をもう少し強調するようなカリキュラムを文部科学省と協力して、今まで以上に考えていただきたいと思います。そのような文章をどこかに組み込んでいただければと思います。

○片峰座長代理 お答えいただけますか。

○奥野医事課長補佐 今回の第1点目の修文については、修文の方向で検討させていただきます。

日本専門医機構のところに関しては、そもそも法的に要請することができるというのは法律にまず位置づけるということで、かなり位置づけとしては都道府県としてしっかり位置づけるということをする。そして、正当な理由があれば免除されるということで、これまでは言っても反応がないというような実態だったとお伺いしておりますが、きちんと反応、正当な理由があるのであればそれを返さなければいけないし、ないのであれば反映しなければいけないということで、少なくとも現状よりはちゃんとやりとりをするということで、地対協でも議論いたしますので、その点でしっかり実効性を確保していくことをしていきたいとまずは考えております。

○松原構成員 専門医機構の副理事長を務めておりますので一言、申し上げます。御配慮いただきありがとうございますと言いたいところですが、専門医機構がやっているのは各学会の主要メンバーといろいろと話をしながら決めていきます。これが専門医機構のできる最大の仕事であります。つまり各都道府県から言われたものを各学会に伝えて、その学会の意向と調整します。学会は学会としてよい医者を育てるということで一生懸命やっておられます。それは恐らく衛生当局が考えておられるようなこととまた少し次元が違うという点はあると思いますけれども、よい医者が育たなければ国民にとってよいことはありません。そのあたりのことを専門医機構は調整して、行政当局が要望していることと、医学者として医師を養成している学部の教授、また、大学病院の院長と調整しながら、それを実行していく仕事をしています。

今回も大変いろいろなエネルギーを使って、その方たちに御理解いただき、東京、大阪、要するに5都道府県に集中しないようにしました。これをするのは大変なことでもあります。何をしているか見えないとおっしゃいますけれども、見えるようでは逆に困ってしまっています。続けて行ってようやく今回、ソフトランディングするところまで持っていつているわけでありまして、その条件として学会の先生たちが考えていることを十分に理解して、その対応を行政にお願いするということです。つまりメッセージの仕事をしているわけでありまして、そのこのところで公的にきちぎちに規定されますと、仕事ができなくなります。

何年か見て結果が出てみなければどのような状態になるかわかりません。それをもしきちぎちに縛れば学会の先生方の反発を受けて、実際に今回できたことすらもできなくなります。彼らにとってみたらよい医者を育てるという至上課題を頑張っておられますので、そのこのところを御理解いただき、できれば表現もこのようにちゃんとしていただいて、正

当な理由があれば免除されるということを示さないと、全て国が決めて自分たちが育てようとしているところを妨害されるという印象を受けますと、協力が受けられなくなりますので、そのあたり外から見えるところに対しては説明をできればいいのですが、簡単にできないという事情を御理解いただきながら、私は完ぺきな法制化というのは状況を見てからで十分であると思います。むしろ地域枠の生徒たちがなぜ地域に残らないのかということが分析して明らかになったわけですから、そこをどう対応するかということをやすべきであって、法制化ありきで物事を考えるべきではないと思います。

以上です。

○相澤構成員 1回しか発言できないということなので、まとめて話をしたいと思います。病院会ではこのことについて激烈な議論が交わされました。

まず1つは、偏在という言葉が都道府県の中の偏在なのか、二次医療圏ごとの偏在なのか、極めて不明確に書かれています。二次医療圏ごとの偏在の中に地域という言葉が入ってきて、地域というのはどういう概念か全くわからない中で地域偏在というのが書かれていて、頭の悪い者には全くわからんということは余りよくないのではないかと思います。

例えば4ページの(1)、都道府県が実施した医師偏在対策というのは、二次医療圏ごとなのでしょうか。それから、その下の○に行くと、地域医療の構想の推進に当たっては地域ごとのという、ここで言っている偏在是正というのは二次医療圏ごとの偏在是正なのですか。そこで病院会では都道府県ごとの医師数の格差、偏在というのは、先ほど言ったさまざまな対策で県内にどうやって残ってもらうのか。これは大学とか県だけではなくて地域の医療機関も含めて、全員が総力でとりかかって県内に残すということを実行することが一番大事ではないか。

一方、二次医療圏ごとの偏在というのは何を以て偏在と言うのかが明確ではない。要するに二次医療圏は非常に小さなところから物すごく大きなところまであって、その偏在をどう判定するのか非常に難しいにもかかわらず、あたかも二次医療圏の偏在はすぐわかるように書かれている。実はこれは難しい問題で、患者さんも移動します。殊に外来でしたら埼玉から東京に来る患者さんはいっぱいいるわけです。その中でどうこの偏在を見るのか。そこがわからない中でいろいろな計画を立てられても病院としては困るという意見が圧倒的にあったということをお願いしたい。

そしてもう一つは、6ページをごらんいただきたいのですが、地域ごとに医師の多寡を全国ベースで客観的に評価可能な医師偏在の度合いを示す指標というのは一体どういうことなのですか。全国ベースでというのは都道府県なののでしょうか。それとも二次医療圏にこういうものがあれば医師が少ない多いということを決めていくのだろうかどうだろうかということが非常に疑問になりました。

もう一つ、物すごい議論になったのは認定医のことです。認定医を決めて、このようにつくこと。それから、地域に行けと強制はしないと書いてありますが、そういうことをすることによって、むしろ医師になろうとする医師が減るのではないかという意見がかな

りありました。そこはある程度半強制的といいますか、そういうことで行けということはおかしいのではないかという意見がかなりあったということをおし上げたいと思います。

もう一つ、11ページをごらんください。ここに認定医師は例えばマル3のところに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、地域の貢献まで含めた云々と書いてあります。ということは認定医師がこういう能力を持つことになると思うのですが、認定医師が果たしてそういう能力を持つということは全く別物ではないか。それは違う教育をしなければ絶対にできないわけで、それをあたかも認定医師であれば、そのような能力を備えられるというのはおかしいのではないかという意見がありました。

そしてもっと辛辣な意見は、そのような医師をもし認定するとすれば、病院はそこに高い給与を払わなければいけない。そうだとすると高い給与は厳しい財政の中でどうやって補填するのかということまで問題になりまして、この認定医というものをつくっていくことに関しては、かなり厳しい意見があったということをおし上げておきたいと思います。

以上です。

○片峰座長代理 根源的な意見を幾つかいただきましたけれども、関連ですか。

○勝又構成員 相澤先生の御発言の今の6ページのところですが、都道府県内の医師の少数区域と多数区域に関する移動だけのことを言っているのか、それとも都道府県をまたがっての移動について法的に位置づけることを検討されているのか。もしも都道府県を越えての移動ということであれば、どのようなスキームを考えておられるのかということについて1つ御質問と、もう一つは要望なのですけれども、この取りまとめというのは医師の需給分科会での医師偏在対策についての整理ということはおわっているのですが、今後のことがありますのであえて発言をしたいと思うのですけれども、医師の偏在対策については5ページのところに医師確保計画として方針とか目標とか、そういったものを法律上、医療計画に位置づけていくということなのですけれども、看護職員につきましてもこれから地域包括ケアを推進するに当たりまして、地域的な不足とか介護分野、特に訪問看護師の確保がこれから重要になってくると考えておりますので、つきましては医師確保計画と同様のスキームで、看護職員の確保についても検討を今後していただきたいということをお要望させていただきます。

○片峰座長代理 先ほど相澤構成員から、幾つか分科会でも議論になったポイントが指摘されたと思うのですが、これに関して御説明されますか。

○久米地域医療計画課長補佐 有益な御指摘ありがとうございます。

まず今おっしゃっていただいた指標のお話、二次医療圏ごとなのかどうかというお話でございますけれども、二次医療圏というのは医療提供体制を考える上で1つの非常に重要な圏域だと思っています。都道府県内か県外かというお話がありますが、基本的には今回つくろうとしている指標は仮に二次医療圏を設定したとして、全ての二次医療圏ごとに都道府県を越えて比較できるような指標であるべきだと思っています。ただ、それを用いて都道府県内でどのような対策を行うのか。これにつきましては都道府県内で計画を立て



ることが重要かと思っております。

1 ページから2 ページにかけてのところ、都道府県間の部分についても偏在があると書いておりますが、県内についても非常に大きな乖離があるということなので、そこについてはしっかりと県内で対応いただく。今回、都道府県を越えたものについては実際、研修の定員の調整、それが医学部の定員の設定みたいところでちゃんとそこはやっていきますよという話をしておりますので、かつ、都道府県を越えたマッチングみたいな部分はこれから検討していくことにはなっております。

○谷総務課長補佐 相澤構成員から御質問がありました認定医の関係でございますけれども、御指摘いただいたような点は、検討会でも多々御議論いただいております、半強制的というお話がありましたけれども、こちらの取りまとめの5 ページに基本的な考え方として(4)で基本的な考え方を書かせていただいておりますけれども、当然ながら強制的に医師の少ない地域に行かされるような仕組みであってはならないということ、基本的な考え方として我々として進めさせていただきたいと考えております。

それを普及させる仕組みということで、11 ページ②の経済的インセンティブ等というところで、1 つ目の○に書かせていただいておりますけれども、このインセンティブについてどういうやり方があるかというのは今後、議論させていただくということになるかと思っておりますけれども、例えば先ほどお話がありましたような点でありましたら、②の1 ポツ目に書かせていただいておりますとおり、認定医師によって質の高いプライマリ・ケア等が提供される医療機関等につきまして税制、補助金、診療報酬等の評価の対応について検討して、必要な経済的インセンティブが得られるような仕組みを構築していくべきではないかということも含めて、今後御議論いただきたいと思いますので、御理解いただければと思います。

以上です。

○神野構成員 まず1 つ中身について、それから、全体についての意見を言わせてください。

地域医療支援病院のことが11 ページのマル2の上から2 つ目にありますけれども、現在、地域医療支援病院、分科会でも申し上げましたが、紹介率と逆紹介率だけで規定されているものであって、医師派遣機能というのは今の地域医療支援病院には診療報酬上はないわけでありまして。ここで言う地域医療支援病院を流れとしては2 つに分けて、下から2 つ目の○にあるように、地域医療支援病院のうち医師派遣環境整備機能を有する病院として管理者要件のところに書いてありますので、医師派遣環境整備機能の有無で2 分されます。そうすると、非地域医療支援病院も同じく医師派遣環境整備機能を持っているものに関しては、それなりの評価をするというのが流れとしてはありなのかなと思います。

あと意見のほうですけれども、一番最後に記載されているように、できるだけ速やかに施行し、施行後も速やかに定期的に効果の検証をすべき。これは全くそのとおりであって、とにかく動き出すということがとても大事だと思いますが、私どものような非都会、地方

かつ非県庁所在地の病院は、非常に医師偏在あるいは診療科の偏在に困っております。今ここで挙げたような偏在対策が果たして機能するかどうか、どうもいろいろなことで御意見をいっぱいいただくと骨が抜かれてきたような気がして、小骨すらないのではないかという分野もあるように思ってしまう。ここで規制的なのということを言うと問題があるとするならば、インセンティブ的なものでもっと引っ張らないと、偏在対策は解決できないと強く思います。

そういった意味では、この偏在対策が実行できないならば、もとに戻って医師をつくってもらわないと困るとというのが私の意見でございます。

以上です。

○邊見構成員 今のに関連しまして、地域医療支援病院というのは全国10万9,021病院のうち517で、0.47%です。だから余り大きな期待はできないのです。それが全部割と公的のところとか、社会保険病院とか、国公立、公的とかが多いものですから、そこへ今行ってもほとんど偏在の実効性は上がらないと思うのです。PDCAサイクルで3年後というのは長い。水前寺清子さんのあれで行ったら1歩進んで2歩下がるような気がするのですけれども、PDCAとかマニフェストとか、ああいう横文字が出てきたら大体うそだと私は思っているのですが、それに近いと思うのです。本当にPDCAであったらかなりのことが覆っていなかったらいけないと思うのです。

そして、第2次中間報告というものをきょう議論しているわけですが、第1次中間報告と同じように無視されるのでしょうか。第1次中間報告というのをせっかくこの14もの医学部長病院長会議と日本医師会も賛成したことが全部載っているのですが、それを皆さん物すごい議論したはずなのに、それはほとんどチャラにしてまた第2次報告をするのでしょうか。

○片峰座長代理 チャラにはなっていないと思います。

私は分科会の座長をやっています、先ほどの相澤構成員の御質問の内容に関して、分科会でも大きな議論になったのです。やはり偏在とは何か。地域ごとに全部違うわけです。その中でどういうデータを出せば偏在対策につながるかというのも、もろもろ考え方があると思うのです。

その中で今回の中間報告というのは、その地域ごとのデータをきちんと国が細かいところをまず出して提供しましょうと。その上で都道府県にそれぞれの地域の特徴に基づいて、特徴に基づいて対策を打つ責任と権限を持たせましょうというのが、今回の基本的な考え方なのです。

それから、認定医の話もされましたけれども、ここも地域で勤務した実績というのはone of themなのです。言われたようにマネージャーとしての資質は物すごいほかにたくさん必要なわけですから、その中のone of themとしてそれを評価しましょうという、そういう議論だったと思います。

それから、今の邊見構成員のチャラにしたのかと。分科会の議論はあくまでも第1次の

答申、取りまとめがベースになっています。ただ、その間、問題点の洗い直しをして、その後、1年とは言いませんけれども、休止期間がございました。立ち上げた後も基本的なものを引き継いで議論をしました。その中でドゥー・アビリティー、実現可能性という観点もかなり加味されたことは間違いないと思うのです。

その結果として、今回こういった形で提案させていただいているのですけれども、全体として見ればかなり踏み込んだところは踏み込んであるのだらうと思うのです。だから重要なポイントは、今後この第2次取りまとめをどのようなスピード感を持って実現し、PDCAサイクルのことも言われましたが、それをいかに次のステップに可及的速やかにつなげていくか。そこが最大のポイントになると思うのです。

○相澤構成員 2回目で申しわけありません。邊見先生よりは1回少ないです。

我々は議論が不十分なままスタートするのは、地域の病院はすごい大変だということを思っています。まずどうしても急いでやらなければいけないこと、確実にやらなければいけないことが私は最初にあると思うのです。それは先ほど申しましたように、県内にきちんととどめる。これをやってまず医師数をふやさないと、少ない中で配分しようと思ったって配分なんかできないわけですから、まずこれを全力でやるということが最初であって、それでも偏在が起こってくるようであつたら偏在対策をすべきであって、初めから細かいところまでぎちぎちに決めてやるのが本当にこの日本の医療をよくするのか。地域の住民のためになるのか。これは本当に真剣に考えなければいけない問題で、もし始めるとすればここだと早急にやる。それは大賛成です。

でも何からやるかということを中心に決めないと、私は大変なことが起こるのではないかと思っています。日本病院会の考え方でも、これ全部を今、早急にやったらむしろまたもう一度地域の医療崩壊すら起こしかねないのではないかと。ですから細かいことに関しては、もう少ししっかりとした議論をしてからスタートしてほしいというのが意見であったということを申し上げたいと思います。

以上です。

○加納構成員 相澤先生が病院会の立場でおっしゃっていただいたのですが、先ほど相澤先生も議論されて、今も議長がおっしゃったように、認定医師というのが医療機関の管理者要件と絡むとなれば、病院にとりましては病院数のうち、どの都道府県も私的医療機関のほうが病院数は多いわけですし、そこの管理者要件にこのようなものが絡んでくるとするのは少し不具合な感じがするのです。先生おっしゃったようにone of themなのかもしれませんが、病院管理ということになれば全然違う意味での管理の経験が必要かなということで、医療機関の管理者としての評価という11番目のマル3に関しては違和感がずっとあるかなということが1点です。

次に、先ほどから議論になっていますように、医師の偏在というので都道府県とか結局、地域の状況での偏在もあるのですけれども、最後に12ページのマル3に書かれているように、いわゆる開業される診療所と病院との間で医師の偏在というのも大きく考えていかな

いことには、根本的な原因の解決にはつながらないのではないですか。病院では基準病床数があるがごとく、基準診療所数とかそのような形での制限をして、病院に医師が不足すれば追い出せるような力、ニーズ的な余裕を持つことが一番まず偏在の大事なところかなと思うのですが、どうでしょうか。

○山崎構成員 私も加納構成員の御意見に賛成です。かねてから言っているのですけれども、病院に定員というか基準病床数というか地域医療計画で基準病床数というものがあるのに、診療所にどうして基準診療所数というのがないのかというのがおかしいと思っています。

あと、きょうの話で言うと地域枠の話と都道府県に主体的、実効的な医師偏在対策を講ずることができる体制の構築というのは4ページに書いてあるわけですがけれども、13回の分科会の資料の8ページに、各大学の地域枠の募集人員と地元出身枠というものの一覧表が入っています。これを見ると大学によって非常に地域枠が少ない大学があったり、少ない地域枠の中でも地元出身枠がゼロという大学が相当数あるわけです。そうするとこの都道府県に主体的、実効的な医師偏在対策を求めても、実際にできないのではないかとこののを危惧しておりますけれども、いかがなのでしょう。

○小川構成員 相澤先生の先ほどのお話なのですが、実は医療従事者の需給に関する検討会というのはこれが初めてではなくて、昭和の時代から5回もやっているのです。それで20年間やってきて、二十数年間いろいろな議論をやってきて、地域偏在、診療科間偏在が改善していない状況なわけです。そういう意味で言えば、もういいかげんにしろと。ここでちゃんとした実効性のある方向性を出さない限り、これからも偏在は続いて行って、そして結局、国民が大変なことになるということでございますから、それは御理解いただきたいと思っています。

○相澤構成員 済みませんが、その県内の大学を卒業した人が県内に多く残っているとは私は思っていません。残す努力をどれだけして残してきたのか。それが問われるべきだと私は思っています。

そして残念ながら毎年30人でもどんどんたまってきたところは、少しずつふえてきているのです。そういうことをやってこなかったところが残念ながら減ってしまっています。それを私は大学の責任だと言うつもりもありませんし、県の責任だと言うつもりもありません。もしかすると県内の病院がこぞってそういうことをしようとしてこなかったことも、私はあるのだろうと思っています。ですから今、一番最初にやることは、それをみんながきちんとやることであろうかなというぐあいに思っています。

○小川構成員 各県も、各大学も、地方の大学も、大変な努力をして卒業生を残そうといういろいろな仕組みをつくっているのです。それでもだめだからこういう状況になっている。ですから別なスキームをつくらなければ解決しないということです。

○山口構成員 この問題については医師需給分科会で随分議論をしてきて、いろいろと賛否両論あった中で患者の立場から言いますと、偏在の地域の患者というのはずっと我慢し

ているわけで、これを何とか早く解消しなければならないということを考えてずっと議論してきました。

まず、今すべきことを法律のもとに置くことにして、それ以外の賛否両論あったことは今回この取りまとめの中には両論併記になっていますので、それを推し進めていこうということではなくて、それはしっかりとさらに議論を進めていこうということでこの取りまとめになったのではないかと思っていますので、ぜひ少しでも前向きにできるところから進めるためにも、取りまとめをしっかりとこの内容でまとめていただきたいと私は思っています。

○松田構成員 取りまとめ自体はいろいろ書いていただいているのですがすごくいいと思うのですがけれども、基本的には先ほど相澤先生の話にもあった地域偏在の可視化だろうと思っています。その可視化は今までは地域単位という二次医療圏だったりということなのですけれども、多分、住民の側から見られないといけないと思うのです。

御参考になるかどうかかわからないのですが、例えばフランスの場合は、例えば産科であれば、全ての住民が30分以内に産科医がいて、新生児科医がいて、麻酔科医がいて、助産師がいて、産科の経験のある看護師がいるところに24時間365日かかることができるということで、医師の配置とか診療科の配置をやっている。これは私たち研究者の怠慢でもあるのですけれども、欠けているのは、住民の側からそこに住んでいることでクリティカルな医療に対してどのくらいアクセスが阻害されているかということ指標化し切れてこなかったというのが問題だろうと思っています。

今回この中で偏在指標を出していただくということを書いているので、多分そういう指標をつくって行って、それを見ていくということだと思いのです。住民の側からこの偏在に対して解決してほしいという強い要求が出てこない、なかなか医療者もそれに対して真剣に取り組まないと思いますので、その指標をつくることを早急にやらなければいけないと思います。

余り諸外国の話をしてもしようがないのですがすけれども、今ここでいろいろ議論されたことは、実はフランスとかドイツが経験してきたことなのです。例えば診療科別の診療所の配置をどうするかということは、診療科別の診療所の医師の基準というものがドイツの場合あって、それを誰がつくったかということと実は職能団体がつくっているのです。医師会がつくっているわけですが、診療科別の専門医、病院の医師の配置というのもフランスの場合、各都道府県で養成数が決まっているわけですがすけれども、それを誰がつくっているかということと医師の研修を担っている、研修病院みんなで話し合って必要数を割り当てるわけですが、ここも職能団体です。今この中には国の役割と都道府県の役割は書いてありますが、職能団体としてどう取り組むのかということが記載されていないということは、少し盛り込んでいただいていた方がいいのではないかと思います。

以上でございます。

○釜菴構成員 今、松田構成員からお話をいただきまして、職能団体がしっかり役割を担

わなければいけないというのは全く御指摘のとおりだと思います。今後、厚労省が医師の偏在あるいは不足の可視化をするためのデータを出されるということで、それはぜひ必要だろうと思いますが、それだけで地域の状況がよく、地域という定義の話が出ましたけれども、住んでいる場所を受診される側の方がどのように感じておられるかということとは直接なかなかつながらないところが私はあると思っています。

このあたりのことがよくわかるのは、まず都道府県の単位だろうと思います。国から見てもなかなかわからない。それこそ交通事情だったり、その土地の特色がありますから、都道府県ごとにしっかりそのあたりを考える。これは都道府県行政だけではなく地域の大学、病院、そしてもちろん医師会もそれに加わって、その地域で一番困っているところをしっかりと洗い出すという作業が、これまでもやられてはきたのだけれども、困っているというのは一番大事なことであって、数字ももちろんそれを裏づける1つの目安になりますが、地域で困っているところをしっかりと洗い出して、そこにどう手当てをしていくかというところが、なるべく速やかに行われることが必要だろうと思います。

私は医療従事者に関する会の構成員ですが、医師需給分科会にもずっとオブザーバーで出てまいりました。その中できょうは大変厳しい御意見がたくさん出ましたが、私は代理で出たときに発言をしまして、少なくとも平成16年の臨床研修の導入前後からの非常に厳しい状況に比べると、その後の手当てによってよくなっている点はあると思います。ですから今回の検討をまず速やかに同意できたところを実行に移して、そして両論併記になっているところについては今後なるべく意見のすり合わせをしていくことによって、必ずよい方向に向かうと感じております。

○邊見構成員 山口構成員の意見で、地域の住民がどのように考えているかというのは一番大事なのです。今やはり国民皆保険ではありますけれども、国民皆医療ではないのです。憲法25条の国民はあまねく健康で文化的な生活を送れるというところに違憲状態なのです。最高裁で言うところの。だからやはり本当であれば誰かが行政訴訟をしてほしい。

私は先月、北海道の国保広尾病院と美幌病院に行ってきましたけれども、本当に医師不足で5人ぐらいの医師で必死に地域医療、住民は2万ですが、診療圏は8万から10万ぐらい、5人の医師でやっています。だからそういうところの人たちに何かしないと、地方創生に医療がないところで地域は残れませんので、その辺のところを考えていただかないといけないのではないかと。どうしてもここの構成員の方はどちらかというと東京都の人、首都圏の人が多いため、私みたいに5時間かけて来ていると、ここが医師不足のところだなというのを3時間も4時間も乗っていたら、ここもかというのを考えながら来ていますので、ぜひその辺のところをお願いしたいと思います。

○山口構成員 余りこれを申し上げると事務局いじめになるかなと思ってきょうは控えていたのですが、可視化の話が先ほどから出てきていまして、医師不足地域を資料として出してくださるというお話を前からして、いつになったら出ますかということを再三申し上げてきて、まさか最終回ということはないですよねといったら取りまとめの最終回にまだ

出ていないという現状があります。

先ほど釜菴構成員のご意見の中で、各都道府県がそれを把握しているのだとしたら、各都道府県に出してもらったものを集約するというだけでもいいと思うのですが、今、中座してしまわれたのでご本人に確認できないのですが、松田構成員が先ほどみずから消極的に協力するようなことを控え目におっしゃっていただきましたので、ぜひ御協力をいただいて、いつまでということの期限を今、示してくださいとは申し上げませんが、どの地域が医師の不足している地域なのかということを示していただきたい。例えばこの構成員の中でもそれを共有しないことには、なかなか議論が進まないと思いますので、次の具体的に話をする段階でぜひそれを出していただきたいと思っています。再度、お願いをしたいと思います。

○釜菴構成員 先ほど少し言い忘れましたので、今の山口構成員のお話にかかわるところですが、二次医療圏ごとに出して、二次医療圏の医療の提供体制を全国一律にすればいいという問題では決してないのです。そんなことはできっこないのです。ですから先ほど申し上げたように非常に困っているところを優先的にどう手当てをするか。その困っているところは国からはわからない。やはり都道府県のレベルぐらいまででないわからない。その情報を合意を得るためには行政と大学病院、医療関係者、もちろん住民の方も含めて、その中でここが足りないよね、ここは何とかしたほうがいいよねという合意形成をして、そこに重点的に手当てをしていくという仕組みがぜひ必要だと思います。

○平川（淳）構成員 私も医師が本当に足りているかどうかの実数が全然出てこない。10万対何人というのは出てきますが、実際、何人いるのかという数を必ず出していたかかないと、イメージだけで話をしているような気がしますので、これはぜひ厚労の皆さんにお願いしたいのですけれども、実数を出していただきたいと思っています。

○永井構成員 私も愛媛から何時間もかけてやってきていますが、へき地診療をしている立場として一言、言わせてもらおうと、以前、自治医科大学とかから派遣をされて、へき地の国保診療所に1人ずつ宛がっていくというようなへき地診療はなくなっています。現場では限界集落で人がいなくなっている。今までと同じような医師不足地域の医療をしていたのでは、医師数も限られているわけだから定員数では判断できないと思うのです。私たちがやっているシステムというか仕組みで解決していく。1人がずっとその診療所にいるのではなくてグループ診療であったり、地域の中核病院からうまく派遣をして、そういう新しい仕組みをつくっていかないと、今までと同じ医療をしていたのでは絶対に成り立っていかないと。そういう疲弊しないような仕組みづくりや、若い人が来る。うちも若い先生が結構来るのですけれども、学べる環境、学べる仕組み、このアイデアを出していかないと、ここにはそういう方向でというのが中間報告には出ていると思うのですけれども、それを教育研修機能であったり疲弊しないシステムであったり、そういう仕組みをしっかりと、今までと同じことをしているのではなくて、新しい仕組みを、それを例えばモデル事業をやったりして、このようにやればいいんだというのが幾つか出てくれば、そ

れを目指してやっていく。ただ、定数だけを考えていくというのでは解決の方向にいかないのではないかと思います。

○小川構成員 話が戻りますが、先ほど松田先生が非常にいいことをおっしゃったのですが、職能団体は何をやっているんだということだったのですが、医師需給の大きい資料なのですが、第2回の資料5-1に医師の地域診療科偏在解消の緊急提言というものがございまして、これは2015年12月2日に日本医師会と全国医学部長病院長会議が合同で委員会をつくって、まとめたものでございます。この内容の核心的な部分は、ほとんど今回の医師需給分科会の2次中間とりまとめに入っておりますので、日本医師会、全国医学部長病院長会議が職能団体だとすれば、職能団体が何もやってこなかったということではなくて、もう2年も前からこういうことは提言させていただいていたということでございます。この中に入れていただければなおさらよろしいかと思います。

○今村構成員 私はこの医師需給分科会の構成員なので、医師需給分科会として意見が違った部分も併記して出していただいておりますけれども、全体としては医師需給分科会としてこういう方向性でよいのではないかとということで、本日は親会というか、医療従事者の需給に関する検討会の先生方の御意見を伺いたいと思ってずっと聞いてまいりました。

さまざまな御意見を伺って、それなりになるほどなと思うこともございましたし、ただ、今までの長年の偏在対策に比べると、かなり踏み込んだものが私はあるのだろうと思っています。それは数値化をしっかりと、このエビデンスのつくり方についてもいろいろ御意見がありましたけれども、今まではそういう視点がないままの議論であったように思うので、これをとにかく早急に始めていただく必要があると思っています。

その中で相澤先生から御指摘いただいた認定医師のことですけれども、今、小川先生からも御指摘をいただいた医学部長病院長会議と日本医師会の合同提言というものが出されて、あのときは全ての医療機関の管理者要件にすべきというかなり踏み込んだ提言を我々として出しているわけですけれども、当時の状況というのは御存じのとおり医学部新設問題というものがどんどん起こってきて、これは医師を単純にふやすということではなくて、まずはきっちりとした偏在対策をという意味で取りまとめられた提言であったと思っています。

現在の状況の中で、厚労省のスタンスは医師不足地域で働く医師にインセンティブを与えるということが大きな骨格になっております。これを全ての医療機関の管理者要件にするということは、1つはインセンティブではなくて義務になる。先ほど強制というお話がありました。そういう問題と、もう一つは9,000人にもなろうという若い医師たちが、医師不足地域と言われるところがどのぐらいあってという先ほどのお話ですけれども、まずきちんとした分析もないのに、そこに9,000人の人たちを振り分けることが物理的にできるのかというテクニカルな問題もある。この議論はきちんとまずは数字を出した上で議論をしていく必要があるということで、まずは地域医療支援病院の管理者要件ということでよいのではないかとということで、私は賛成したということでもあります。



何か管理者はこういう医師でなければならないというよりも、管理者になるとこういった病院はこういったメリットがあるのだということがここに書かれていますし、今すぐに管理者がこういう認定医師でなければならないということを言っているわけでもないと理解しておりますので、まずはこれで始めてみるのがよいのではないかとということを改めて申し上げたいと思います。

○加納構成員 2回目の発言をさせていただきます。

先ほどからお話がありました日本医師会、全国医学部長病院長会議の委員会で決まった結論の中には、実は病院団体は入っていませんでした。結論的にはどうも医師数を制限するというので、これから卒業生に対していこうとか、そういう趣旨の内容であったかと思うのです。そういう意味では先ほど私が発言させていただいたように、開業医の方の制限というのは必要なかと思うのですけれども、病院はまだまだ医師不足を都会でも感じていますし、先ほどから議論があるいろいろな地域でも本当に感じられているところですから、その話がなかなかできていないのではないかとというのが1つありました。

それから、先ほどからの繰り返しになりますが、病院経営から見れば本当に認定医師が、果たして1つの資格として必要なかどうかという面で見れば、非常に医師の少ないところでなされた経験というのは非常に大事だと思います。しかし、変に考えると逆にマイナス面のイメージまで持ってしまうようなところもありますし、それを活かすための手段としてこういう議論をされるのは、筋が違うかなというのが先ほどからの私の発言であります。

病院団体としては、この前に出していただいた日医と大学との合同の意見に関しましては、少し異論があるということをつけ加えさせていただきます。

○片峰座長代理 第1次の中間まとめの重要なところは、今後医師需給、医学部定員問題を議論していくには偏在対策が前提とならなければなかなか議論ができないだろうということで、ここ1年半かけまして議論をしてきたわけです。そういった意味では今回のまとめを受けて、恐らく年明けから医師の総数も含めて受給問題の議論が再開できるのではないかと考えています。

○本田構成員 私もずっと議論をさせてもらった立場から、この第2次中間取りまとめですけれども、この形でいっていただきたいと思います。

10年前の医師需給の検討会でも私は何度も発言させていただきましたけれども、10年前の議論に比べて時代も変わったし、環境も変わったので当然議論も違ったと思いますが、大変進んだ印象を受けています。その一番の点としては数値化をして情報提供をしていくということ。先ほど多くの構成員の先生方がおっしゃっていましたが、診療科の偏在の問題、地域の偏在の問題も指標を持って数値化していくことは、10年前にも、そういうことが必要ではないかと申し上げたのですけれども、なかなか難しいという議論でしかありませんでした。それが今回、全体として皆さんが進めていくべきだと、真摯に取り組もうということに、前進していることを感じています。

もう一つ、認定医の問題ですけれども、確かに地域で大変御苦労されている先生方とか医療機関の方々にしてみれば、初めの議論よりも後退したようなイメージもありますし、私もそのような印象を持っています。一方でさまざまな意見もある中で、機能に着目した医療機関からまず始めてみようという考え方は、私は許容できるものではないかと感じています。そのうえで、物事が進まなかったら早急に対応を見直して、より厳しくなっていくということも織り込み済みだと思いますし、インセンティブに関する部分の書き方を読み込むと、実はその方向性は結構厳しい。かなり強いインセンティブになるのではないかと期待しています。解釈論かもしれませんが、そのような視点もちゃんと含んであると感じますので、このような形で進めるのがいいのかなと感じます。

最後に、先ほど松田構成員がおっしゃっていた住民の視点で考える医療機関とか医師の配置という言葉がいいのかどうかわかりませんが、10年前の議論でも「プロフェッショナルオートノミー」という視点で医師不足や偏在の対応は進めるべきだという議論が強くあり、それできちんと問題が解決されれば本来は良かったのだと思っています。しかし、10年たってもこの会議で今までのような議論が必要だったということが1つ答えかなと感じています。そういうことも考慮した上で、このようなまとめができたのではないかと思いますので、ぜひこの形でまず進めて、うまくいけば規制的だと言われるようなことはなくしていけばいいわけで、私は規制的なものがあるとは余り感じませんが、緩くしていけばいいわけですし、うまくいかなければもっと考えなければいけない。早急に、どちらかというとなん年ごとに見直すぐらい書いてほしいと私は感じるのですが、議論してきた者として、そのように考えていることを意見させていただきました。

○平川（淳）構成員 私も賛成です。平成19年から医者をやっているわけですから、それから6年で平成25年に卒業して、初期研修が平成27年、後期研修が終わると29年、ことしからやっと医師がふえてくるわけですから、実際、我々のところの民間病院には医師は全然来ません。東京でもそうです。ですから実感がない中にこういう規制をつくるというのは全くイメージが湧かないということで、ぜひ何年かごとの見直しというような仕組みを取り入れて、見直しができるような仕組みをお願いしたいと思います。

○山内構成員 突拍子もない意見かもしれないのですが、ずっとどのタイミングで言うのがいいのかわからなかったのですが、今後、医学部の定員とかをふやすことにおける医師の全体の需要の問題を考えましたときに、私がずっと考えているのは65歳で日本は医師はリタイアということで、これから65歳で本当に高齢化社会でリタイアした後の人材も非常にふえてくると思うのです。その人たちがもちろんリタイアされる方々はリタイアでもいいと思うのですが、ただ、欧米とかでは医師のリタイアの年齢というのはほとんどなくて、その後のそういった方々の活用というの、というのは私が思ったのは第15回の分科会の9ページのところで、地域医療振興協会のホームページでキャリアが終わった方々がまたプライマリ・ケア、へき地に行きたいという方々の再教育をされて、第2の人生が歩めるならということがあったりとか、どの程度そういった方々を有効に活用し

ていけるかということの観点も、もしかしたら必要なのではないかということやをずっと考えております。

例えば女性も、子育て世代のときには本当に行きたくてもいけないという思いがあると思うのです。これから女性医師もふえてきて、女性医師も今後65歳でリタイアした後、女性の平均寿命は90歳ですから、そこから社会貢献で恩返ししたいと思う方々もいらっしゃるかもしれないので、どのタイミングで言ったらいいかわからなかったのですけれども、今後そういった観点ももし例えばシニアの方々にアンケートをとっていただいて、地域に行きたい方々がどのくらいいるのかとか、そういった観点も考慮に入れていただけたらなどは思っております。

○権丈構成員 先ほどから見直していくという話がございまして、その点について一つコメントさせていただきます。

小川先生が先ほどおっしゃってございました日本医師会、全国医学部長病院長会議の合同委員会は、資料1の2ページ脚注3にありまして、そこに「具体的な偏在対策とともに問題解決のためには、医師みずか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」という要望が職能団体から出ております。今回の中間とりまとめは、この要望には応え切れていないのではないかと思います。

先ほど、骨抜きにされて、小骨さえ残っていないという声もありました。ところが、反対している方も世の中には相当いるということは、もしかしたら踏み込んでいるのかもしれない。邊見先生は先ほど片仮名は信用しないとおっしゃいましたが、マニフェストとPDCAは違ひまして、私もマニフェストは信用する必要はないと思いますが（笑）、PDCAで回していくというのは大きな意味を持っております。先ほども座長からお話がありました現段階での法律への成立可能性とかを考えていくと、こういう形で始まっていくというのもありなのかもしれません。そしてこれをPDCAサイクルで回していき、医師確保計画というのは3年に1回見直していく。相澤先生もおっしゃったように大きな問題が起こるかもしれない。ならば、そうすると今度は逆の方向に見直してもいいわけですし、全然これでは効果がないということでしたら、前に進んでも良しというようなことがこれから先、起こってくることとなりますので、私はこの形でPDCAサイクルで回していきながら、そこから先、見直していくというのでいいと思います。

私は周りの人に言っているのは、これが白鳥になるのかどうかまだよくわからない。だけど、回していきながら、これを白鳥に育てていくというのはあるだろう。だからここで文章全体がそういうPDCAサイクルの規定になっているというのは、かなり大きな意味があるのでないかと思っています。

福井先生から先ほどプライマリ・ケアの教育をしっかりやってほしいというお話がございまして、資料1の12ページ5番目のマル2の3番目のところで「地域医療を支える医学教育の充実や」というものがございまして、ここに「プライマリ・ケア及び地域医療を支える医学教育の充実や」という言葉が入っていることが、言葉としては望ましいのですけれど

ども、ただ、場所が余りよくない。両論併記の反対方向のところで入っているのが、プライマリ・ケア、地域医療を支える医学教育の充実というのは、福井先生が前回おっしゃっていましたが、入学する人たちの5割くらいが地域医療、プライマリ・ケアをやりたいと思っている。ところが、卒業する段階になってくると2人、3人になっていく。これは6年間の医学教育に若干の責任があるのではないかとということです。このプライマリ・ケア、地域医療を支える医学教育の充実というのは、どこかもっとメインのところに移していただければと思っております。重複しても構いません。ここにあっても構いませんから、他のメインのところにも、よろしくお願いします。

○邊見構成員 釈明をさせていただきたいと思えます。私はPDCAはこれに関してはいいのですけれども、できるだけ早くしてほしい。3年とかなるとまた遅くて、地域医療支援病院で頑張ったかどうかとか、管理者要件とか10年ぐらいかかって、私は実は前世紀からこの委員会、これと同じようなことをやっているのです。省庁が合併する前から。先ほど20年とか10年とか言いましたが、私は20年以上やっています。その中でも解決してこなかったということがありますので、やはりスピード感を持ってやっていかないと今度、田舎で医師不足のところ働き方改革が来ますと、ダブルパンチ、トリプルパンチになって田舎の医療は全部滅びます。それを言っているわけです。だからぜひ早急にPDCAを回すのだったら、私は地域医療支援センターというのはPDCAサイクルで回したら47都道府県のうち5つぐらいだと思います。林さんのところとか、鶴田さんのところはいいでしょうけれども、ほとんどのところはだめです。

○権丈構成員 私もそれに関しては男女雇用機会均等法とかいうものをPDCAサイクルで結果的に回るわけですが、見直して意味を持ち始めるまで十何年かかっている。そういうことにはならないように、医師確保法の計画の見直し3年というのを信じるよということ。

○山崎構成員 先ほど医師の定年の話があったのですが、民間病院では医師にはほとんど定年なんてありません。私は77歳になりますが、きょうも5時間外来をやってこの検討会に出ていまして、もっと私よりも年上の先輩が頑張って当直をやって、この国の医療というのは回っているのです。したがって、定年だからどうのこうのというのはとんでもない話であって、とっくにそんなことはしています。

私が言いたいのは、地域医療とかへき地医療がそんなに大変だ、大変だと言っているのに大学の講座に全然ないのです。大学にありますか。へき地医療の講座とか地域医療の講座というのは全然なくて、教育の現場で学生に地域医療、へき地医療が大事だということはどこで教育するのでしょうか。卒業したと同時に毎年へき地に行ってください。それで認定医師にすれば地域医療支援病院の院長になれるよと言っても、全然実感がないですよ。むしろ大学の教育現場できちんとへき地医療、地域医療の大切さというものを教育しなければ、卒業して何だかんだ言ったって全然実効性がないと思えます。

○北村構成員 大学は先端医療や先進医療、そういうところだけ教えていたのですが、こ

こ10年、20年弱ですけれども、地域医療等もしっかり教えるようになりました。根拠はコアカリキュラムというものができていまして、その中にかなり大きな分野で紙の上では地域医療と書かれています。研修に関しても2年生のときに必ず全ての医者は地域へ行って学ぶというふうに外枠はできています。講座のほうもほとんどの大学では県の寄附講座などを含めれば地域医療講座ができています。もちろん全て十分でないからこんな問題が起きているので、そうなのですが、教育のほうに地域医療を入れて頑張っていこうという動きは十分動き出しています。特にコアカリ、それから、臨床研修では地域医療は、そしてプライマリ・ケアはかなり力を入れていると思います。

違う話で関係して、地域枠等で大変期待されるのはいいのですが、この報告書もところどころに書いてあるのですが、地域医療の崩壊を救うのは若い人の仕事ではないです。高齢の医者から中年の医者、全ての医者の仕事です。だから卒業して9年間、地域に行けば地域医療が保たれているというのはぜひそういうスキームは考えないで、全ての医療人、全ての医者が平等に、そしてモチベーション高く地域に働ける仕組みを考えてほしい。借金とか奨学金をもらった学生が若い間の9年、10年を費やせれば地域が保たれるというのは絶対に間違いだということをぜひ、最後つけ加えさせていただきます。

○片峰座長代理 それでは、最後のお一方。

○伏見構成員 細かい文言なのですが、結構重要な課題かと思うのですが、9ページのii)の医療ニーズを踏まえた診療科ごとに必要な医師数の明確化と書いてあるのですが、診療科というと非常に概念が狭くて、どちらかという急性期偏重の考え方だと思います。これは多分、診療分野であって今までにさまざまな議論があったプライマリ・ケアとか場合によっては回復期、慢性期を含めたさまざまな診療分野ごとの医師数をきちんと出すことのほうが大事だと思いますので、少し幅広に診療分野ごとになり必要数を明確化していくという方向性に変えるほうがいいのではないかと思います。

○片峰座長代理 よろしいですか。では最後に。

○荻原構成員 先ほどの医学部の講座の件についてお伝えしたいと思います。

福島県立医科大学には地域・家庭医療学講座があり、例えば只見町は御承知だと思いますけれども、雪深いところ。私も何度か訪問しましたが、夏の研修時に6～7人の若いドクターたちが入り込んでいるのです。出身を聞きますと、決して福島県の出身ではないのです。恐らく地域・家庭医療学講座に魅せられて、なおかつ、この講座の教授ともお会いしましたけれども、地域の医療について海外とのやりとりもしているのです。そういう魅力があると多分学生さんは来るでしょうし、只見町は町立の診療所が1つしかありません。あと老人保健施設が1つあって、そこにもしっかりと若い医者が来ております。只見町は4,500の人口で高齢化率は40%です。他方、栃木県県北の市町村の一つに人口2万5,000で高齢化率35%の場所があり、町医者がいらっしゃるのですが、ご自分が高齢になっていて、「自分の息子にここでやれと言えない」という声も片やある。こういう現実をどこまで拾った上で、具体的な案を出せるかにかかっていると思います。取りまとめ案を読ませてい

ただくと、苦しい部分もあるなと思うのですけれども、先ほどから他の構成員からのご意見もあるように、できるところからやっていく。そのためにいろいろな情報を整理しておいたほうがよろしいのではないかと思います。

済みません、お時間をいただきました。

○片峰座長代理 ありがとうございます。

ここで議論は切らせていただいて、きょうはさまざま厳しい御意見も含めて御意見をいただきましたが、最後に座長として御提案を申し上げたいと思います。

今回、議論いただきました第2次中間取りまとめ（案）につきましては、本日いただいた御意見に関しては座長及び座長代理預かりとさせていただきます。その上で事務局と相談して、必要な意見を反映した上で、第2次中間取りまとめとして検討会の了承を得たものとしてよろしゅうございましょうか。

（「異議なし」と声あり）

○片峰座長代理 ありがとうございます。それでは、そうさせていただきます。

事務的な取り扱いについては今後、事務局と相談の上、進めさせていただくということでもあります。

それから、今お配りいただいておりますけれども、今回は特別に座長としての思いを座長談話として公表させていただきたいということで、現在の文案を皆様に今からお配りします。中身は読んでいただければわかるのですが、1つは1年半もこの議論をしてきたということの説明責任があるということ。それから、先ほどからありますけれども、これまでにない観点、例えば被保険者、国民の観点とか、あるいは外来医療の観点、新しく議論に入ったものがたくさんあるのです。そこら辺の経緯を含めて国民の皆様にはわかりやすい形で御説明したほうがよかろうということで、座長談話をまとめさせていただきました。かなり我田引水的なところがあるのですけれども、ぜひ読んでいただいて、また御意見があれば伺いたい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、最後に森田座長から中間取りまとめにつきましてまとめをいただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○森田座長 本日はどうしてもやむを得ない事情でおくれて参りまして、大変申しわけございませんでした。一応、私も座長で、座長が2人いるようでございますけれども、片峰先生は医師需給分科会の座長でいらっしゃるしまして、私は親会議の医療従事者の需給に関する検討会の座長ということでございますので、その立場から御挨拶をさせていただきたいと思っております。

きょう御議論いただきました医師の偏在対策につきましては、一昨年にこの検討会が設置されて以降、医師需給分科会におきまして2年間の長きにわたりまして精力的に御検討いただいたわけでございます。本日その取りまとめ案につきまして大変いろいろな御意見が出ましたけれども、それを反映するという含めまして座長及び座長代理、この場合の座長は私で、座長代理は片峰先生ということになります。御一任いただけるという

ことをございまして、皆様に御了承いただいたものと思います。

まずは本日御参加いただきました構成員の皆様これまでの献身的かつ熱心な御議論に対しまして、深く御礼を申し上げたいと思います。

今後、急速に高齢化と人口減少が進む中で、これ以上の医師養成数を増員することは、社会経済的には必ずしも望ましいものではないという指摘がございました。また、医師数の増加と申しますのは、そのまま医療保険財政に直結するという御指摘もございました。それは現在の日本の財政状況を踏まえた判断というものが、その検討には必要だろう。さらに申し上げますと、これまでも医師養成数を増員してきたわけですが、実効的な医師偏在対策が十分に講じられなければ、増員した医師は医師が不足する地域とか診療科に行くとは限らないのではないかと御意見もありました。

さらに我が国は国民皆保険制度を採用しているわけをございまして、全ての国民は被保険者として公平に保険料を負担しています。そうだとしますと被保険者の医療アクセスの不公平と申しますのは、医療保険制度の改善という視点も含め、早急に是正されるべきと考えられます。邊見先生もおっしゃいましたけれども、保険あって医療なしという地域があってはならないのではないかと。このようなことを踏まえますと、これまでと比べてある程度強力な医師偏在対策を講じることは喫緊の課題であり、時間も残されていない。そういう状況にあるのではないかと考えられるわけであります。

その意味で今回、エビデンスに基づく議論を行いまして、これまでは踏み込みませんでした規制的といいますか、強い手法の導入の是非についてもかなり積極的に議論を行ったわけですが、その上でこれまでにない対策も含めた実効的な医師偏在対策の案というものを御了承いただいたことは、次につながる大変大きな一歩であると考えています。

ただし、きょうの議論でも御指摘がございましたように、今回の取りまとめで両論の御意見があった事項につきましては、将来の検討事項として今回の対策の効果の検証を行った後に、再度検討することとしております。事務局には対策を早急に施行し、施行の後、速やかに効果の検証を行い、次の対策を検討していただくことについて強くお願いしたいと思います。

最後に、これまでの献身的な御議論に改めて御礼を申し上げたいと思います。さまざまな思いがあってもまだ御不満が残っているところかと思いますが、皆様の合意が得られるところはこういうところであったと思いますので、今回の取りまとめに基づく法案が早期に成立することを祈念いたしまして、私の締め御挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。（拍手）

○片峰座長代理 どうもありがとうございました。

それでは、事務局から何かあるようでしたらお願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ありがとうございました。

節目でもございますので、我々事務局のほうでも武田局長より一言、御礼の御挨拶を申し上げます。

○武田医政局長 医政局長の武田でございます。

本医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会の第2次中間取りまとめに当たりまして、一言、最後に御挨拶を申し上げたいと思います。

構成員の皆様方におかれましては、先ほど座長からもお話がございましたように、一昨年、平成27年の12月10日が第1回でございまして、ちょうど満2年ということでございます。本当に長い期間、御議論をいただいたことに心より御礼を申し上げます。

途中、事務局が日程調整の場面で多々御迷惑をおかけすることもございまして、また、本日も時間の設定につきまして大変御迷惑をおかけした点については、心よりおわびを申し上げますけれども、医師需給、医師偏在対策につきましてさまざまな課題について、これまで精力的かつ多面的に貴重な御意見をいただきましたこと、また、医師偏在解消に向けて大きな第一歩となるこの案をまとめていただきましたことにつきまして、重ねて御礼を申し上げたいと思います。

本日も大変活発な御議論が展開され、どこに行くのかという感じも心配した瞬間もございましたが、最終的には拍手をもって座長に取りまとめが委ねられたことにつきましては、本当に万感迫る思いでもございますし、私も大変重い責任を担うんだなと感じてございます。

この第2次中間取りまとめにつきましては、座長及び座長代理とよく御相談しながら、近日中に最終版をお示しできるように文言の調整などを行ってまいりたいと思います。厚生労働省といたしましては、この第2次中間取りまとめを踏まえまして、今後、医師偏在について関係法律の改正法案について、来年の通常国会の提出を目標に鋭意調整を進めてまいりたいと考えておりますので、先生方にも引き続きぜひ一層の御支援を賜りたいと考えてございます。

なお、来年年明け以降につきまして、一段落の後でまた早速で申しわけございませんけれども、年明け以降、32年度以降の医学部定員についての御議論をお願いしたいと考えてございます。構成員の皆様方におかれましては、引き続き格別の御支援、御協力を賜りたいと思っておりますので、何とぞお願いを申し上げたいと思います。

本日はどうもありがとうございました。（拍手）

○片峰座長代理 ありがとうございました。

それでは、本日の合同会議をこれで閉じさせていただきます。後にこの会議が歴史的なものであったと総括できるようなればと祈念いたします。

どうも御苦労さまでございました。