

○医療政策企画官 それでは、ただいまから第46回「社会保障審議会医療部会」を開会させていただきます。

委員の皆様方におかれましては、お忙しい中を御出席くださいますことありがとうございます。

当部会の総委員数が24名ですので、定足数は3分の1の8名となっております。

本日は、阿部泰久委員、大西委員、邊見委員から御欠席との御連絡をいただいております。また、尾形委員はおくれて御参加との御連絡をいただいておりますので、本日は21名の委員の皆様にご出席いただけるということで、この会議は定足数に達していることをまず御報告申し上げます。

次に、議事に入ります前に、お手元の資料の確認をさせていただきます。

お手元に、議事次第、座席表、委員名簿のほか、資料1-1及び1-2、資料2、資料3、委員提出資料、参考資料1-1及び1-2、参考資料2-1、2-2、参考資料3をお配りしております。不足がございましたら、お知らせください。よろしいでしょうか。

事務局からは以上です。

カメラの方はここまででお願いいたします。

それでは、以降の進行は永井部会長よりお願いいたします。

○永井部会長 初めに、欠席委員の代理として出席されている参考人につきまして、阿部泰久委員の代理として、日本経済団体連合会常務理事の井上隆参考人の御出席をお認めいただきますようお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

(「異議なし」と声あり)

○永井部会長 では、議題に入ります。

本日は、まず、厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」において、先日中間取りまとめが公表されたことにつきまして、事務局から御説明をお願いいたします。

○医事課長 医事課長でございます。

資料1-1につきまして御説明をさせていただきます。

1ページめくっていただきまして、「医療従事者の需給に関する検討会」でございます。

目的、検討事項、構成員、スケジュール等とございますけれども、昨年の12月に第1回を開催いたしまして、このたび中間取りまとめとなったところでございます。

目的につきましては、そこに書いてあるとおりでございますけれども、検討事項のところを見ていただければと思いますが、医師の需給推計のみならず、地域偏在・診療科偏在対策が非常に重要であるということがございますので、そのことにつきましても鋭意検討をいただいたところでございます。

構成員につきましては、長崎大学の片峰先生に座長をお願いいたしまして、昨年の12月10日第1回開催、ことしの5月19日に中間報告の会を行いまして、座長に整理していただきまして6月3日に中間取りまとめ、そして年末に向けて最終取りまとめの予定というところ

ころでございます。

1 ページめくっていただきまして、推計結果についてでございます。

下の棒グラフを見ていただきたいと思いますが、4本ございますけれども、赤の部分が供給推計でございます。赤以外のところが需要推計ということでございます。2024年のところで中位推計とクロス、2033年のところで上位推計とクロスというようなところで見てとれるかと思っておりますけれども、ここで供給と需要が均衡するということでございます。

もう少し詳しく需要推計のところで言いますと、地域医療構想を踏まえて、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床の区分ごとに必要医師数を見込むとか、臨床以外に従事する医師数につきましても十分に見込むとか、医師の勤務時間の短縮を見込む等々、精緻に推計をいたしました。

供給推計のところにつきましては、平成28年度の9,262人が維持されるとして、マンパワ一的に女性医師0.8とか、高齢医師0.8、研修医は1年目は0.3、2年目は0.5というようなことで推計をしたところでございます。

需要の3つのグラフにつきましては、医師の勤務時間に合わせて上位、中位、下位の推計があるというところで御理解いただければと思います。

1 ページめくっていただきまして、3 ページ目で当面の医学部定員の基本的な方針となります。

このあたりも御議論があったわけでございますけれども、この図の見方を若干御紹介させていただきます。左下のところになります、平成19年度の定員7,625人からスタートしていってございまして、年度がたつに従って医学部定員が増加になっていったというものでございます。青のところの上のほうでございますけれども、平成20年度、21年度、このような恒久定員の増員がなされたところでございます。黄色のところにつきましては、20年度、21年度におきまして、主に医師不足県を対象に臨時定員増がなされてきた。そして、平成22年度からは各県を対象に臨時定員増というところで、これらの枠組みによります臨時定員増がこれまでになされてきているところでございます。

検討会で御議論がありましたのは主に黄色のところでございますけれども、20年度、21年度から29年度までの暫定増につきまして、30年度でその措置が切れるものでございますので、このところをどうしようかという御議論でございまして、さすがに医師不足県につけているものが多いので、ここは当面延長すべきではないかというような御議論になったところでございます。

右上でございますけれども、平成22年度から各県に乗せている追加増員につきましては、そこに書いてありますように、各都道府県からの要望については、これが本当に必要な増員であるかどうかについて今後慎重に精査していくというところで、点線の部分でございますけれども、そのような御議論になったところでございます。

32年度以降につきましては、右下にあるところでございますけれども、今回の医師需給推計の結果やこれまでの医学部定員の暫定増の結果、今回の見直しによる医師偏在対策の

効果等について可能な限り早期に検証を行って、平成22年度から31年度までの暫定増の取り扱いを含め結論を得ることとされたところでございます。

4ページになりますけれども、医師偏在対策のポイントで、これまでどういうことをしてきたかというおさらい的なところが書いてありますポイントのみ申し上げさせていただきますが、前回の需給検討会は平成18年でございます。その後、地域枠を中心に増員が図られてきたところでございます。

そして、3つ目の○になりますけれども、地域定着につながるように医師が勤務地や診療科を自由に選択するという自主性を尊重しつつ、これこれこういう対策を推進してきた、実施してきたというところがございます。具体的には例のポツが4つあるところでございます。これにより、小児科や産婦人科の医師数の増加など一定の改善が見られたけれども、地域の医師不足の指摘は根強く、次の○をポイントとさせていただければと思っておりますけれども、医学部定員の増加による医師数の全国的な増加を図ったとしても、医師の偏在対策が十分図られなければ地域の医師不足の解消にはつながらないということでございまして、さらに強力な医師の偏在対策について議論をして年内の取りまとめを目指すとされたところでございます。最後の説明になりますけれども、5ページ、年末までに検討すべき医師偏在対策につきましては、このようなメニュー及び議論事項が整理されたところでございます。詳しくは見ていただいたとおりでございますので、御説明は省略し駆け足でさせていただければと思っておりますけれども、直接的な対策といたしまして、医学部の部分につきまして、臨床研修の部分につきまして、専門医の部分につきまして、こういった対策を行っていく、さらにこれを検討・深化させて実際の施策に結びつけていってはどうかという議論になってございます。

4番は医療計画のところになります。

5番、6番がデータベース化、そして地域医療センターの機能強化の観点でございます。

7番、8番、9番、10番でございますけれども、管理者の要件につきまして、特定地域の診療科で一定期間診療に従事するようなことを臨床研修病院、地域医療支援病院、診療所等の管理者の要件とすることを検討とか、フリーランス医師への対応とか、10番、医療事業の承継税制に対する対応とかが直接対策というところで取りまとめられました。

2番のところは間接的な対策で4つ掲げさせていただいてございますけれども、女性医師支援、技術革新に対応した医療提供の推進、チーム医療の推進、サービス受益者に係る対策というところで取りまとめられたところでございます。議論に参加していただきました先生におかれましては、本当にありがとうございました。

資料1-2に参りますけれども、こちらにつきましては、今申し上げましたところの文章編でございます。これにつきましての説明は割愛させていただきますが、今申し上げましたような内容を横書きの文字でしっかり書かせていただいているところでございます。

説明は以上とさせていただきます。

○永井部会長 ありがとうございます。

では、ただいまの御説明に対しての御意見を申し上げます。

○遠藤委員 私は地方町村を代表して来ておりますが、現実に医師の偏在というのは非常に問題となっているところですよ。医師については、充足していないへき地や離島といったところの対策が最大の課題になるのだらうと思っておりますので、ここにも書いてはいますけれども、具体的に検討いただきたいと思っております。どういうことで偏在が起きているかということは、実は先生方が一番わかっているんじゃないかと思っております。市町村としては、ぜひ地方のあり方を見た上で医師の確保を進めていただきたいと思っておりますので、あえて申し上げました。

○永井部会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○平川委員 今回、このスライドの中には医師の偏在対策に対して、これまで施策としてさまざまな取り組みをされてきたというふうなことが書かれております。被保険者の立場からは、保険料を払っているのに医療を受けられないという実態はかなり深刻な問題だというふうに認識しておりますので、偏在の着実な解消というのは極めて重要な課題だというふうに考えています。

また、スライド5の(4)におきまして、医療計画の中で直ちに強化を図っていくというふうなことなどが書かれ、目標値を設定するというふうなことも書かれているということですので、この検討の方向はこのとおりでいいかと思っております。

一方で、労働組合という働く者の立場から言いますと、医師の勤務環境、勤務体制の改善というのもまた重要だというふうに思っています。やはり生活設計ということも当然尊重していかなければならないというふうに考えていますし、地域医療へのモチベーションにもつながるような議論というのも重要なことというふうに考えています。

そういう中で、以前、へき地保健医療対策検討会の中で安心して勤務、生活できるキャリアパスの構築であるとか、地域医療提供体制に対する支援策というのが保健医療対策という観点からも議論がされているというふうに思っています。この中でもキャリアパスの削減等は、僻地の子育てであるとか、その家族への支援ということもしっかり考慮しなければならない、もしくは研修に参加できるような支援体制も含めて、そういうモチベーションを上げていくのだという議論もされているかと思っております。

今回の医師偏在対策とへき地保健医療対策検討会で議論された報告との関係性というのを一つ教えていただきたいと思っております。これは質問であります。

そしてまた、へき地保健医療対策検討会の中で議論された内容も含めて、医師偏在対策の中の具体的な対策として実現していくように要望していきたいと思っております。

以上です。

○永井部会長 ただいまの御質問の件、事務局、いかがでしょうか。

どうぞ。

○地域医療計画課長 地域医療計画課長でございます。

平川委員、御指摘の点につきましては、資料1-1の5ページの今後検討するという内容の(10)まで掲げられております内容と、先ほど御指摘ありましたけれども、へき地保健医療対策検討会、これは一昨年だと思えますけれども、実施した検討会ではありますが、明示的にこの報告書のこことここが対応しますという整理は、現時点でお手元に整理させていただいているわけではありませんが、今の平川委員御指摘のとおり、例えば資料1-1の5ページのチャートでいきますと、「医療計画による医師確保対策の強化」という記載の中の目標値とかそういった部分に係る内容的な部分でございますとか、あるいは、(6)の地域医療支援センターの機能強化は、地域医療支援センターの機能という位置づけで書いてありますけれども、記載の中にありますが、医師のキャリア形成・異動を把握し、キャリア形成支援、配置調整ができるようにという記載ぶりの中に、委員が言及されましたけれども、御本人のキャリア形成と、もちろん御本人だけではなくて、勤務に当たりましては御家族でございますとかさまざまなそういった環境面でのサポートも当然必要になりますので、そういったモチベーションというようなことも含めまして、資料1-1については明示的に記載しておりませんが、そういった内容が含まれております。

従来やっております施策という意味では、1-1の5ページのチャートに、これも明示的に書かれているわけではございませんけれども、そもそも僻地医療の拠点病院でありますとか僻地診療所の整備、あるいはそういったことをサポートするような企画調整を行う支援機構の運営、こういったものにつきまして都道府県を通じまして支援を行うというのがまず既存の施策であります。その僻地医療の拠点に関しましては、診療の中で巡回診療とか医師派遣とか代診の医師の派遣を行うというようなことも基本的には支援をしていくというふうな考え方で現時点での対応と、将来検討する中にはそういったものがつながっていくということでございます。

重ねてですが、(6)に書いてございます地域医療支援センターの機能を強化するという意味ですけれども、そもそも既存の考え方としてキャリア形成、環境面での支援を行っていきますし、今後そういった機能も含めて評価をしていくというつながりになっているということでございます。

簡単ですが、以上でございます。

○永井部会長 よろしいでしょうか。

田中委員。

○田中部会長代理 遠藤委員の言われたこと、また、今、計画課長が言われたことでかなり理解できましたが、医師需給のスライドで2番のページを見ますと、需要推計においては病床区分ごとに見込むと書いてあります。実際には医師のかなりの部分は病院だけではなく診療所にもおられますよね。特に僻地とか、僻地とは言われないかもしれないけれども人口の少ないところでは診療所の医師の果たす役割が極めて重要であることは、皆さん当然御理解いただけたと思います。そこで診療所医師数は、この推計でどういうふうに使われているのでしょうか。

○永井部会長 いかがでしょうか。どうぞ。

○地域医療計画課長 これは非常に簡便に記載させていただいておりますけれども、資料1-1の結果のところのチャートに出ておりますけれども、2ページでございます。

地域医療構想を踏まえてというふうな書き方になってございますけれども、今、お話がありました、地域医療構想は、主に入院医療、病床に関します将来需要に基づきまして推計を行っております。これは10年前の同様な医師の将来需給に関する検討の時点では、こういった機能に着目した推計は行っておりません。外来の部分につきましては、1-1については記載がございませんで、お手元の資料の1-2に少し文章の部分で細かい記載がございます。

資料1-2の5ページの(1)需要推計というところで記載してございます。2つ〇がございまして、1つ目の〇は全体像で、これは先ほどの資料に記載されているとおりでございますが、2つ目の〇、先ほど冒頭で御説明しましたように、地域医療構想はあくまで入院医療を中心とした将来需給推計になるのですが、そこで対応できていない、推計の中できっちり組み込まれていないもの、これが2つ目の〇に記載されております。それについては、大きくまとめると3つのポツで記載してございます。

1つ目は入院医療の精神病床、これも地域医療構想には組み込まれておりませんので、こういった形。

2つ目のポツが、田中部会長代理のお話になりますけれども、レセプトデータを活用いたしまして受療率や将来人口の構成等を踏まえまして、これは当然いろいろな前提に応じまして推計値にかなり幅がありますので、この「一定の幅」というのはそういう意味なのですが、ある程度こちらで考えられる、詳細はここに記載されておられませんけれども、一定の考え方の整理を行った後に幅を、つまり前提や仮説によって少し数字が動きますよという留保でもって推計を行いましたという、ちょっと大ざっぱな記載になっておりますけれども、そういった形で推計処理をしているということでございます。

○田中部会長代理 つまり、病院の外来と診療所外来は区別されていないとの理解でよろしいのですか。

○地域医療計画課長 そこは議論がございまして、結論から言いますと区別をしています。入院の中で病院については、有床数も同じように絡む話ですけれども、入院医療機関につきましては、御案内のとおり、入院医療機関の中のドクターが実際には外来だけ、入院だけという診療実態にはなっておりませんで、入院をごらんになる方は外来をごらんになるケースもありますし、逆もございまして、入院施設につきましては一体的に外来も含めて推計をさせていただく。もちろん入院医療だけではない部分の積み増しも行った上です。

それ以外の専ら入院機能を持たない外来診療につきましては、別枠で外来レセプトを用いまして推計をしているという、大ざっぱな説明で恐縮ですけれども、そういう推計方法になってございます。

○田中部会長代理 ありがとうございます。

○永井部会長 中川委員。

○中川委員 今の田中先生の質問に対する答えとしてまだまだ不十分かと思うのです。地域医療構想は、レセプトから医療需要、患者数を出して病床の必要量を出す。しかし、4つ目の慢性期のところは在宅と一体的に出すということで、ある程度のことはわかるのですけれども、外来医療の医療需要はきちんと推計していませんよね。患者数に対して医師数がどのぐらい必要なのかという精査はしていないと思うのです。地域医療構想の大きな柱として医療従事者の確保というのがありますから、それに基づいた作業をまだしていないのではないかと思います。いかがですか。

○永井部会長 どうぞ。

○地域医療計画課長 先ほどの資料1-2の5ページの概略で非常に簡単に御説明させていただきました。中川委員の御指摘につきましては、推計していないというふうに私どもとしては言い切ってしまうつもりはない一方で、どれぐらい精緻に推計をしていくのかというのは、当然のことながら推計を精緻化していく余地があるというのはおっしゃるとおりだろうと思います。

ですので、引き続きそういった将来の医療需要のあり方については、そもそも地域医療構想自体も一定の仮説に基づいて推計を行っておりますので、入院医療にしても外来医療にしてもさまざまな仮説、あるいはその前提条件をより精緻にしていく余地は当然あるものというふうにとめております。

○中川委員 ここで注意していただきたいのは、在宅医療、訪問診療を入院に含めるのか、外来に含めるのかという問題も明確になっていないと思います。一定程度緩いといいますか、ファジーな部分を医療提供体制に残すことも重要ですので、例えば今言われている外来医療の地域差とかそういうことを拙速にやらないでほしいと思っています。

それから、質問ですが、1-1の資料の2ページの供給推計、需要推計のグラフがありますが、30から50歳代の男性医師を1として女性医師を0.8、高齢医師を0.8、研修医0.3、研修医2年目0.5として推計したとありますね。こういうふうにして推計したことは今までにあったでしょうか。

○医事課長 このたび、このような推計は初めてというふうに認識してございます。

○中川委員 大胆に例えば女性医師が0.8というのも結構反発も出るのではないかと思います。従来のように全部1にして推計した場合、下の供給推計と需要推計のライン、この2か所で均衡するというふうになってはいますが、全部1にするとどの辺で均衡することになりますか。

○医事課長 その精査はまだまだなのですけれども、均衡点は手前にこようかと思いません。

○中川委員 こういうものを出すときには、従来のように全て医師数として1というふうを考えてやった場合と、新しくこういうふうと考えてやった場合と二通り出すべきだと思います。高齢医師が0.8というのは、高齢の先生で物すごく頑張っている先生に対しては極

めて失礼な話だと思います。ぜひ最終取りまとめのときにはそれを出していただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○医事課長 検討会の先生方の御意見も含めて検討させていただきます。

○永井部会長 荒井委員。

○荒井委員 医療従事者の需給に関する検討会に出ておりますので、厚労省がうまく答えておられないような気がしますから、厚労省をカバーする意味で報告を兼ねて言いますけれども、医師の需給が足りるか、足りないかというのはマクロ需給だけで推計するのは不十分だという意見が出てきました。それが1つです。

それから、マクロ需給の試算を行ったところ、暫定措置だけは延長しないといけないのではないかというのが中間取りまとめの意見でございました。恒常的な医師供給量を増やすかどうかはこれからの議論ということで了解をいたしております。

それと、エビデンスのある推計がまだ不十分ではないかという意見は出ております。今日も多少出たように思います。エビデンスでは、医師の需要よりも医療の需要からはかる必要があると思います。というのは、受療率というのは各地域で随分違います。入院と外来の受療率、奈良県でも市町村別に随分違うからです。その理由を探って需要の将来の推計をしよう、地域の推計をしようというエビデンスの精査に取り組んでおります。

それと供給力の原単位ですが、何でも1にするというのは抵抗があります。高齢者は1ではない、1.2の人もいるかもしれませんが、0.5の人もいます。それも総じてやるとどのくらいかということのエビデンスに基づいて提示することが必要だと思います。女性についても1なのかということ、いろいろな事情で休まれる場合もあるので1ではなさそうだと推測されます。エビデンスに基づいたかどうかは我々の委員会の検証のターゲットでありますので、1にしたらいいか1.2にしたらいいかそういう腰だめではなしに、エビデンスに基づいて推計して欲しいということを厚労省には注文しておきたいのです。エビデンスに基づいているように見えますが十分説明されていないような気がいたします。印象としては不十分だけれども、エビデンスをつくろうとされているように思われますので、カバーの意味で発言させていただきます。

○永井部会長 どうぞ、中川委員。

○中川委員 荒井知事、御丁寧な説明ありがとうございました。

私は、今までの推計の参考といいますか、比較として出していただきたいという意味で申し上げました。

それともう一つ質問したいのですが、資料1-2の6ページの4の医師偏在対策の(2)の②、「臨床研修制度において、募集定員の配分等に対する都道府県の権限を一層強化する」とあるのです。この「都道府県の権限」というのは何を指すのかということをお説明いただきたいと思います。

○永井部会長 どうぞ。

○医事課長 文字どおり、都道府県知事の権限ということでございますけれども、都道府

県知事だけの権限でこうこうというものではなくて、当然ながら都道府県の中で関係者の御意見を聞く協議会等々を経て、このような措置ができるようなこととしていったらどうか、そういうような趣旨で記載ということになってございます。

○中川委員 そうであれば、この文面を少し修正する必要があると思います。中間取りまとめというのは、最終取りまとめに対して非常に影響力が大きいですから、これだと知事の権限を一層強化するとしか読めないのです。都道府県の中で、例えば審議会、地域医療対策協議会とかいろいろな協議会がありますね。そういうのを活用して関係者の意見を十分聞いた上でというふうな意味にとれるような表現にしたほうがいいと思いますが、いかがですか。

○医事課長 いただいた御意見も踏まえまして、引き続き検討していきたいと思います。ありがとうございます。

○永井部会長 ほかにいかがでしょうか。

山崎委員。

○山崎委員 今回の医療従事者の医師の需給の話というのが、先ほどもありましたように、どうも病院の入院側の医療の医師需給を中心に考えているとしか考えられないというような、地域医療構想で病院から施設に出して行って地域包括ケアを診療所の先生方を中心にしてしようとしているわけですがけれども、10年後の医療、介護の体制というのがどういうふうな形ででき上がってくるのかというのをある程度想像して、そこで需給を検討していくべきだと思います。

今、医師の需給で問題なのは、勤務医が少なくなって開業医が増えているというのが一番の問題なのです。ここを改善するには、自由開業医制の是非等も含めて検討し、ある程度制限していくということも大事でしょうし、医学部の学生の教育過程の中で自分の将来について考えていて都市に結果として集中する現象が起きているのかといった、根本的な問題をきちんと考えないと偏在は変わっていかないと思います。

また、この後で議論になると思いますが、この需給問題は、専門医制も絡んできていると思います。専門医制が明らかに今討論しているあれですと、地域の中核病院とかの大病院を中心にして専門医を育成するような制度であって、このような専門医制の問題とが絡むと、ますます地域の中小病院にとって医師の需給が難しくなってくると思うので、その辺の整合性をきちんと考えていかないと、中小病院が10年後には今の半分ぐらいまで減ってしまう可能性があるというような危険を感じています。

○永井部会長 よろしいでしょうか。

メカニズムの分析ということが大事ですので、引き続き分科会でも検討いただければと思います。

ほかに御発言ございませんでしょうか。

では、次の議題に参ります。新たな専門医の仕組みにつきまして、これまで医療部会においてもいろいろ御議論いただいております。一昨日、日本医師会及び四病院団体協議会

から日本専門医機構、かつ、学会に対して要望書が提出されました。この件には中川委員、西澤委員、加納委員、山崎委員より共同で資料を御提出いただいております。代表しまして中川委員から内容の御紹介をお願いいたします。

○中川委員 恐縮ですが、説明をさせていただきます。

新たな専門医の仕組みへの懸念についてということで、日本医師会と四病院団体協議会とで合同の提言をしました。

まず、1ページをごらんいただきたいのですが、この新たな専門医の仕組みについては、平成25年4月の検討会報告書に基づいて準備が進められてきました。しかし、制度設計の概要が公になったところから本制度等への不安が非常に高まってきて、御存じのように専門医養成の在り方に関する専門委員会が設けられ、現場の声を聞く努力がなされ、そこでの議論も行ってきたと、きょう、報告もあるのだらうと思います。

問題は、地域医療提供体制と専門医機構が提案している仕組みとの間に齟齬が生じているのではないかなどの根源的な指摘が相次ぎまして、各地域より不安の声がますます大きくなっています。このまま拙速に専門医の仕組みを導入すると地域偏在がさらに拡大する懸念が強くなる、地域医療の現場に大きな混乱をもたらすことが危惧されるということがあります。

新たな仕組みを行うに当たっては、それぞれの地域において都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が十分に協議、連携した上で了解することが不可欠ですが、現状においては、それはいまだ十分ではありません。

また、地域医療への影響を考えれば、日本専門医機構の意思決定のプロセスは、透明性、中立性、社会的説明責任を欠いていると指摘されています。まずは地域の取り組みを先行すべきであって、新たな専門医の仕組みの導入を平成29年度から拙速に行うのではなく、地域医療を崩壊させることがないように十分配慮した上で専門医研修を始めるよう、一般社団法人日本専門医機構及び基本診療領域を担う学会に対して以下の点について要望します。

まず、1つ目、患者や国民に不利益を及ぼすような急激な医療提供体制の変更をしないこと。地域医療の崩壊を防ぐことを最優先し、ここは一度立ちどまり、専門医を目指す医師の意見を聞くとともに、地域医療、公衆衛生、地方自治、さらには患者・国民の代表による幅広い視点も大幅に加えて早急に検討する場を設け、その検討結果を尊重すること。その際、いわゆるプロフェッショナルオートノミーは尊重されるべきであると思います。

2つ目、検討の場において、現在各診療領域で定められているプログラム整備基準、特に指導医を含む医師及び研修医の偏在の深刻化が起こらないかどうか集中的な精査を早急に行い、その結果、地域医療の観点から懸念が残るとされた診療領域のプログラムは平成29年度からの開始を延期し、現行の学会専門医の仕組みを維持すること。

3点目、新たな専門医の仕組みにおけるプログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては、それぞれの地域の都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が協議、連携し、都道府県の協議会において了解を得ること。

4つ目、日本専門医機構のガバナンスシステム等組織のあり方については、医療を受ける患者の視点に立って専門医の仕組みの再構築を目指すという原点に立ち返り、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであり、そのためにも地域医療を担う医療関係者や医療を受ける患者の意見が十分に反映され、議論の透明性や説明責任が確保されるようなガバナンス構造とする等、日常的な運営のあり方を含め抜本的に見直すこと。

5番目、全ての医師が専門医を取得するものではなく、女性医師を初めとした医師の多様な働き方に十分配慮した仕組みとすること。また、既に地域医療で活躍している医師が専門医の取得、更新を行うに当たり、医師の診療体制や地域医療に悪影響が出るような過度な負担をかけないこと。

6番目、総合診療専門医、サブスペシャリティの議論はそれぞれ時間をかけてしっかりと行うこと。

以上でございます。

それから、これに関連して、2.のところに「集中的な精査を早急に行い」というふうに書いてありますが、これは18の基本領域の診療科全てにおいて精査を早急に行うべきだということでもあります。

もう一つ、さらに踏み込んで要望なのですが、18の基本領域の診療科各学会で学会内のパブコメ、いわゆるアンケート調査を早急に行って、その結果を公表していただきたいというふうに思います。その理由は、うちの学会は大丈夫だとおっしゃる学会でも、現場の声は相当乖離しているのです。実態をもう一度早急に把握すべきだというふうに思います。

以上でございます。

○永井部会長 ありがとうございます。

これに関して、ほかに御発言ありますか。

山口委員。

○山口委員 山口でございます。私もこの委員会に参加させていただいておりますが、今、中川委員から御説明があった4番のところ、日本専門医機構のガバナンス、あるいは事務局体制が脆弱だという指摘は委員会の中でも数多くなされていまして、私も事務局体制についてはもう少し強力にしていくべきではないかという意見を述べています。しかし実際に考えてみれば、専門医機構の方々、事務局の方が脆弱だと指摘をされたとしても、一体何を改善しないといけないのかということや、どの部分が弱いと言われていて、どうすれば機能するのか、あるいは何を改善すればいいのかということが具体的にわからないので、結果として脆弱になっているのではないかとこの間から考えておりました。

今、この懸念について日本医師会と四病院団体協議会が合同でお出しになったということを押見しまして、それらの団体の方々も実際に機構にかかわっていらっしゃると思うのです。そうすると、例えば今まで経験豊かに運営してこられたそれらの団体の中から機構の事務局機能をサポートするようなことができないのか、とそんなことも考えておりました。

た。専門医機構の事務局体制を、まずは強力にしていけないといけないのではないかと思いますので、どこかの団体がサポートしてはどうかという提案を意見としてお出ししたいと思います。

○永井部会長 ほかにいかがでしょうか。

中川委員。

○中川委員 今、山口委員がおっしゃったことはふだんから非常に強く感じていまして、ただガバナンスの機能が悪いと言うだけではなく、私も日本医師会としては幾らでもお手伝いするという気持ちは十分にありますので、御要望があればすぐに考えたいと思っております。

○永井部会長 ほかにいかがでしょうか。

木戸委員。

○木戸委員 この資料の2ページの記の1番にある意見は大変重要なことだと思います。初期研修を終えてこれから医師としてようやく人生をスタートする段階で、現在このような混乱があることで、今、2年目の研修医の方が大変不安に感じておられると思います。各診療科がどんな目標を持って、どのような専門医を育てようとしているか、そのためにはどのようなプログラムがあるか、あとは研修中の待遇、その後のサブスペシャリティへの進路の見通し、そういったことも何の情報もないままで本当に困っておられる様子を見ております。

やはり各領域の学会が全ての初期研修医に平等に必要な情報をきちんと提供すべきだと思います。そのときは学会から一方的ではなく、ここにありますように、専門医を目指す医師の意見もきちんと聞いて質疑応答の場を設けて、安心して自分の進む診療科、あるいはプログラムを検討できるようにするべきで、そのためにはある程度の時間的余裕が必要ではないかと考えます。

以上です。

○永井部会長 ほかにいかがでしょうか。

山崎委員。

○山崎委員 きょうの参考資料のところで、要望書について厚生労働大臣の談話が入っています。6月7日付で厚生労働大臣の談話として、新たな専門医の仕組みの懸念についてということで懸念を示しています。この厚生労働大臣が示した懸念について、どうも機構のほうでは大臣に褒められたというような印象でとられているようでして、そこが一番大きな齟齬なのだと感じています。自分たちがやっていることは正しいことで間違っていないのだという前提で、懸念を示されたのに褒められたという、この全然違っているところが一番問題なのではないでしょうか。

○永井部会長 機構に意図を聞いてみないとわからないですね。

○山崎委員 その大臣談話のところで具体的に日本専門医機構や各学会は大変な御努力をされてきたものと認識しておりますが、改めて地域医療を担う医療関係者、地方自治体が

幅広い方々からの要望や御意見を真摯に受けとめ、一層の取り組みをされることを強く期待しますということと、医療関係者、日本専門医機構及び各学会がお互いの立場を超えて協力し合い、プロフェッショナルオートノミーの理念のもとでしっかりと踏まえながらという、いいところだけ下線を引っ張った文章があります。その次の日に機構のほうからそういう文章が出回っていて、大臣に褒められたような表現でこのままみんなで頑張りましょうみたいな文章がありまして、したがって、そここのところの受け取り方が全然違うというのが最大の問題なのかという気がします。

○永井部会長 中川委員。

○中川委員 それがそうであれば、この大臣談話の中の2つ目の段落の厚生労働省としては医療を担う方々が医師及び研修医の偏在防止及び日本専門医機構のガバナンスの抜本の見直しを要望された趣旨を十分理解しますということに医療部会として懸念を示したというふうに理解して、決して褒めたのではないというふうに医療部会のほうに共通認識というか、一致しませんかという話です。

○永井部会長 尾形委員。

○尾形委員 率直に申し上げて、この厚生労働大臣談話というものの性格がよくわかりません。というのは、もともとこの要望書というのは、一般社団法人日本専門医機構及び学会に対して出されたものです。しかも常々プロフェッショナルオートノミーとおっしゃっておられ、それに対して厚生労働大臣が談話でプロフェッショナルオートノミーを尊重しなければいけないというようなことが書かれています。しかし、それをこういう形で出すことにどういう意味があるのか、あるいは、もし本当に書くのであれば、例えば、今、社会保障審議会医療部会で検討しているわけですから、そういったことに言及すべきなのではないか。この談話の意味が正直つかめません。

○永井部会長 いかがでしょうか。

私のほうから先生方にお聞きしたいのですが、新しい集中的な精査を行う検討の場は、どこにつくるのが適切とお考えなのでしょうか。

○中川委員 まず、一度立ちどまって、各学会が本当に自分たちのつくったプログラムでいいのかということをも急にもう一回見直す。その中に、先ほど言った学会内パブコメ、アンケート調査も含めて公表して、最終的には今月末に選ばれる日本専門医機構の新しい執行部が判断するということになると思います。

○永井部会長 そうすると、専門医機構の中に検討の場をつくっていただきたいということですか。

○中川委員 流れとしてはそうあるべきだと思います。そのためにはガバナンスの見直し、人事の刷新、組織の刷新というのが必要だという意味です。

○永井部会長 ただ、人事が変わっただけで抜本的な見直しができるのかどうか、少し時間がかかるように思います。

○中川委員 永井先生がおっしゃるとおりで、時間がかかるので来年の4月というのはあ

りきではないということも含めて申し上げます。

○永井部会長 いかがでしょうか。

荒井委員。

○荒井委員 今、発言された方、専門医の先生、医師会、厚労大臣、それぞれお医者さんの専門の人が発言されていますが、何を議論されているのか、何が懸念なのか、少しわからないところがあります。関係者内での調整であれば調整をした上で出してきて欲しいと思いますし、プロフェッショナルオートノミーを尊重するのであれば、信用あるオートノミーをつくられて提示されたら良いと思います。ちょっとフラット過ぎますけれども、そんな感じがするのです。

それと、事務局側は言いにくいのだらうと思いますが、大臣がこのように談話を出されるのは珍しいですよ。余り押し押せで決めなくても、せっかく検討委員会ができて、課題だとしてアジェンダをセッティングしたのですから、少し離れた立場から見ると論点を整理して、どういう方向性があるのかを検討するのがまず第一ではないかと、思いますので、そうでないとお医者さん同士で何か言い争っているというふうに見えてしまう面を、今日如実に感じました。専門医制度は厚生労働省という公の役所、あるいは大臣までが今後の医師の育て方、医師の役割をどのように公にしていくのが大事な論点であり、今までの自主認定から公的な関与のある認定にすべきかどうかという議論がされているように思っているのですが、オートノミーといえ、どうぞいい医者を出してくださいよというのが我々患者側の、一言で言うとそういうことになってしまいますので、混ぜ返してみたいな意見で恐縮ですけれども、中身をもう少し落ち着いて考えなければいけないのではないかとこの現時点の印象でございます。

大変雑駁な感想で恐縮でございます。

○永井部会長 ほかに御意見いかがでしょうか。

○釜菴委員 今後、この議論が早急に行われて、また一定の方向が出てくるであろうと思いますが、専門医養成に関する専門委員会の委員長をお務めになられました永井先生が最後の委員会のときにも懸念をしておられましたが、それぞれの学会が試行という形でそれぞれの学会のやり方を新たに始めた場合に混乱が起こるのではないかとこのことについてちょっと申し上げたいと思います。

それは、これまでの専門医機構を中心とする議論の中で地域医療になるべく影響を与えないための施策として、大都市あるいは大規模の基幹研修施設の定員を抑える、そこには余り集まらないようにするということがうたわれておりますが、これまで専攻医は希望すれば自分の行きたいところに行けたわけです。定員はなかったのです。その定員を今度新たに設けるということになった場合に、どのように定員を満たすように選抜するのか、試験をするのか、あるいは臨床研修のようなマッチングをするのかというようなことについての議論はまだちっとも進んでいません。そこがわからない中で最終的に定員を満たした専攻医をうまく配置するというのはとても難しいと思います。

したがって、それぞれの学会の自主性がありますから法的な拘束力はなかなか難しいかもしれませんが、ぜひこの医療部会で議論が行われ、新たな仕組みがしっかりスタートできるまでは、平成28年までの従来のそれぞれの学会の研修の仕方で専門医、あるいは専攻医の研修を行っていただきたいということを、ぜひ医療部会の皆様の合意を得て、そのことを対外的にしっかりとアナウンスできるということが必要ではないかと思っておりますので提案を申し上げます。

○永井部会長 ただいまの件に御意見いかがですか。

これはプロフェッショナルオートノミーの問題でもあるのですね。

局長、どうぞ。

○医政局長 先ほどから大臣談話の趣旨がよくわからないというようなお話もありますので、談話の趣旨を少し御説明させていただければというふうに思っております。

一昨日、日本医師会と四病院団体協議会からの要望書が日本専門医機構と基本診療領域の各学会に出されたということを踏まえまして大臣の談話を出ささせていただいておりますが、幾つかポイントがあろうかと思っております。基本的には医療を担う方々が、談話の中にもございますけれども、今回の要望の趣旨、とりわけ医師の偏在が起こらないかどうかということを集散的に精査するというのと機構のガバナンスの抜本的見直しという要望の趣旨については十分理解をいたしますということが1つでございます。

ただ、これまで専門医機構、学会が大変な努力をされてきたことも確かでございますので、その努力を多とするということは書かせていただいているということでございます。一方、地域医療を担う方々から懸念が示されているということから、今回の要望もでございますし、私どものほうに関西広域連合や、そのほかの団体からも地域医療との関係を懸念する要望等が寄せられてもおりますので、そういった声を機構や学会は真摯に受けとめていただいて一層の取り組みを期待しますということをお願い申し上げているということでございます。

そうは申しまして、専門委員会が立ち上がる時も申し上げたことでございますけれども、基本的にはプロフェッショナルオートノミーということで行政が直接的介入をすべきことは避けるべきだというのが私どもの基本認識でございます。2月18日になりますが、医療部会で公に医療関係者の方々から強い懸念が表明されたということから、医療部会で部会長の御提案のもとに専門委員会を設置して、関係者が意見交換をする調整の場を提供させていただいてきたという認識でございますけれども、今、申し上げたようなことを踏まえて、談話の中にもございますが、医療関係者と専門医機構と各学会が国民のために本当に役に立つ専門医を養成するというので立場を超えて協力してほしいというのが真意でございます。

今回の要望の中で、専門委員会で御議論いただいてまいりましたけれども、要望1のところには地域医療、公衆衛生、地方自治、さらには患者・国民の代表による幅広い視点も大幅に加えて早急に検討する場を設ける、その場で、2にございますように、医師偏在が起

こらないかどうか集中的な精査を行うという要望が出されておりますので、それについて大臣としては十分理解を示すということでございますので、それを尊重してしっかり見守っていきたいというのが基本的なスタンスでございます。

○永井部会長 いかがでしょうか。大臣の談話にあるプロフェッショナルオートノミーの理念のもとというのは、そういう理解だということですね。

いずれにしましても、この問題は専門委員会でも議論しておりますし、まず、協議の場がどのように設置され、どう機能するのか、とりあえず見守りたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○中川委員 部会長の御発言も踏まえて、この医療部会のある程度の結論を今の日本専門医機構の執行部、それから、6月に新しくなる執行部が注目しているのです。この結果に基づいて次の行動を起こすというスタンスだと思いますので、ある程度の共通認識をここで得ないと、見守るということだけでは不十分かなというふうに思います。

それで、釜菴委員が提案した、来年4月スタートありきではなくて、十分にすばらしいシステムで専門医を養成していた18の基本診療領域の学会の専門医のシステムを当面は続けていただくということは余り無理な話ではないのだろうと思います。そういうことで抜本的な組織の刷新も含めた見直しをしましょうということが医療部会として一致したというふうになりませんか。

○永井部会長 この会見のときに、医師会長の横倉先生が準備のできた学会は始めてよいという御発言がありましたけれども、それは精査してみないとわからないわけですね。○中川委員 そうということです。

○永井部会長 医療部会で一律に延期を決めるというのは、やはりプロフェッショナルオートノミーに反するのではないかと思うのです。

○中川委員 そのとおりで、精査してみてこれは大丈夫だということを、多くはないけれども、学会によって1つ2つ3つはあると思うのです。それらは進んでいただきたいという意味ですよね。

○永井部会長 ですから、まず検討の場をつくって、当事者が同意した上で動いていただきたいと思います。大臣がプロフェッショナルオートノミーの理念のもとでと言われたように、医療部会がプロフェッショナルオートノミーの場に介入し過ぎなのではないかと懸念するのですが、いかがでしょうか。医療関係者以外の方からごらんになってどう見えるかなのですが。

○本多委員 先ほど、18の基本診療領域の学会の専門医のシステムを当面は続けていくというご意見がございましたが、そもそも見直しの趣旨というのが、各学会で専門医の基準にばらつきが生じているということに合わせていくことだと思っていました。しかし、このままそれを踏襲していくということになると元に戻ってしまう感じがします。やはり患者側が望むことは各学会で余り差がないような基準にさせていただいて、拙速な移行は好ましくないとはいえますけれども、できるものについてはどんどん進めていただきたいと思

ます。既存の基本診療領域の専門医のシステムを続けていくということは、総合診療医の確立についても先送りされることにつながりますが、地域の医療においては総合診療医の確立を早急に進めていただいたほうが地域包括ケアの推進にも寄与すると思いますので、我々としてはやれるものについては進めていただきたいというのがお願いです。

○永井部会長 まさにそういうことを精査するために、検討の場で御議論いただきたいと思います。

中川委員、加納委員、どうぞ。

○中川委員 本多委員がおっしゃったことに説明をさせていただきますが、発端としては専門医の質にばらつきがあるという問題になります。それは18の基本領域の学会の専門医ではなくて、その先の例えば消化器だけとか、どんどん学会ができて、そういう細かい分野の学会の専門医の質にばらつきが生じてきたのです。それが問題だということで見直しすべきだということが始まったのです。

今の議論は、ほぼ均一なレベルの高い、質の高い専門医を養成していた18の基本領域の学会のことをまずやって、そこで混乱が生じておかしなことになっているという状態なのです。だから、従来型のシステムで仕組みを当面動かしてはどうかということをお願いしております。

○永井部会長 それも一つの選択だと思います。専門委員会でも従来型で行う学会があってよいということです。ただ、各学会がどう考えているか、まず意見を聞いて、その上でさらに検討すればよいと思いますし、また、新しい検討の場で意見を聴取することがスタートではないかと思います。新しい仕組みを提案されているわけですから、まずそちらに投げて様子を見守りたいと思います。多分それがこの要望書の趣旨だったのではないかと思います。

○加納委員 実質的な要望書の内容の趣旨はその通りなのですが、ただ、冒頭に書いてあるように、やはり立ちどまることが必要ではないかということが一番大きなところだと思っております。2月から出てきたのは、実際に中小の病院を含めて地域医療というのは支えられているわけでありまして、地域包括ケアも今後そういう中小の病院の二次救急等、各役割における提携をいかにうまく稼働させて地域を守っていくかということだと思えます。今のプログラムのままでいくと、どうも懸念されたのが、中小の病院からの医師の引き揚げ等の可能性があるのではないかということと、また、更新を含めたいろいろな専門医のあり方が、どうも現場とは矛盾しているのではないか、ということの議論だったと思うのです。それをしっかりと検討し直そうというのが、もう一度見直して、18の学会全てでチェックをするということが必要であり、それには時間が必要だと思いますので、先ほどから委員がおっしゃっているように、一度立ちどまって、そのためには一旦29年度は見直すという話をしてもいいのではないのでしょうか。その結果、すぐでもいいよというようなものがあるかもしれませんが、見直すということは作業が必要だということ、そしてそれには時間が必要だということを経験して、医療部会として出していただくのはどう

でしょうか、という意見だと思います。

○永井部会長 まさにそれをここの検討の場で行うのであって、医療部会とは書いてありません。プロフェッショナルオートノミーで検討する、そしてよいものは走らせるということですので、私はそれをきちんとやっていただくのがよろしいのではないかと思います。

荒井委員。

○荒井委員 いつからどのようにスタートするかという議論でありますけれども、4月からスタートできるところはスタートすればいいし、できないところは無理しなくていいというふうに思います。それは学会でもいろいろ違うから、全部とまれというような形式でなくても、跛行的に進行することで良いと思います。できるところもあるし、まだできないところもあるように感じます。歩きながら考えなければいけないところもあると思います。無理をしないでできるところからスタートすれば良いと思います。

もう一つは、この議論の中で資格の議論、どのような人がプロフェッショナルと認定されるかという議論とその人がどこで働くかという配置の議論と、別々に大事なアイテムであるにもかかわらず、余り議論されていないように思います。オートノミーの内容は、資格の内容のアイテムだと思います。プロフェッショナルオートノミーがあるというのは、資格の内容はプロフェッショナルの内部で決めるよと言われてたら、立派なお医者さんをつくってくださいね。ということになります。どこに配置するかというのはオートノミーで配置してくれたらそれでいいですけども、偏在というのが地域の最大関心事でありますので、専門医制度のアジェンダの中に偏在是正というのがあれば幸いではありますが、偏在是正というのはまたテクニックが違ってくると思います。プロフェッショナルオートノミーで偏在是正がしてもらえたらお願いしますと言いたいのですけれども、なかなか難しいような感じがします。

○永井部会長 それに関しては地域の協議会が設置されています。機能しているところとしていないところがあるという問題がありますけれども、ぜひこれは知事会としても偏在問題について、いろいろと御意見をいただきたいと思います。

○荒井委員 プロフェッショナルオートノミーの資格認定制度によって偏在が助長するのではないかとということがいろいろな地域の自治体病院などの懸念ですので、資格認定と偏在是正がバッティングしないように、それを調和させるというテクニックが要るように思います。その点で地域で建設的に関与をすべきアイテムが入っているように思います。

○永井部会長 尾形委員、どうぞ。

○尾形委員 整理としては部会長がおっしゃったことで結構だと思います。先ほど厚生労働大臣談話の位置づけがわからないと申し上げたのは、要望書を出している相手方から何の返事もないのに、厚生労働大臣談話が出されているというような事態、あるいは社会保障審議会医療部会場で意見を取りまとめるというのは順序が違うのではないかと思います。要望を受け取った専門医機構、あるいは学会がどういうふうに対応するという返事が出ているのであれば別ですけども、ちょっと順序が逆なのではないかという気がします。

○永井部会長 よろしいでしょうか。

中川委員。

○中川委員 昨日、全国の医系市長会というところから、これは医師の団体ですが、そこから12名の医系市長の会から要望書が安倍総理、塩崎大臣初め政府・与党と日本医師会宛てに出ています。簡単に御紹介しますが、日本専門医機構により進められている新専門医制度は、大学病院を初めとする大規模病院においてのみ専門医取得が可能となる。地域医療の観点からは極めて不適切な制度である。また、提示されているプログラムの自由度のなさは、女性医師の結婚、出産が困難になるばかりでなく、若い医師たちが多様な学習の機会を得て成長する可能性を制限することになりかねない。若い医師たちが専門医を目指すことにより医療の質が向上する可能性を否定するものではないが、国民医療の観点から十分な時間をかけて慎重に議論すべき問題と考える。よって、下記のとおり要望する。2点です。

1点目、新専門医制度は国民医療の観点から幅広く時間をかけて協議すべきである。

2点目、よって日本専門医機構のあり方及び議論の仕方を根本的に見直し、拙速な決定を避けること。

そういう要望書が出ていますので、御紹介させていただきます。

○永井部会長 西澤委員、それから、山口委員。

○西澤委員 今、いろいろな意見がありましたが、議論の中で落ちているなど思うのは記の4番のところですが、今の機構のガバナンスシステム等とか組織の問題という箇所がありまして、今、これについてはほとんど意見がないので、恐らく皆さん方の同意を得たと思っていますので、まず、今の機構を立て直すということがいいと思います。

もう一つはプログラムのことですが、できるところはとありますが、基本的には立ちどまりだと思えます。というのは、学会に聞いて準備できているところというのは、そのプログラムが大臣の言うように、例えば研修医を含む医師の不安とか、患者や国民の声を聞いたプログラムかという、それは全くされていないはずなので、そのあたりに時間が必要だと思っています。

準備できているというのはそういうことを含めての準備とすれば来年の4月というのは無理で、本当に来年の4月に走るはあるかないか、あってもほんの一部だと思えます。しっかり議論をして本当に国民、患者さんのための専門医制度というものをつくり上げたいと思いますのでよろしくお願いいたします。

○永井部会長 山口委員。

○山口委員 先ほど中川委員がおっしゃったように、この制度というのは基本領域ではなくて、いろいろ乱立しているサブスペシャリティ候補の学会を一般の私たち患者の立場から見てどこが信用できるのか、本当に専門医ということになるのか第三者機関で認定しましょうということと考えられた制度だというふうに受けとめています。

今の状況を見ていますと、やはり患者の立場からこのまま進められると非常に不安があ

るといふようなことからしますと、永井部会長がおっしゃったように、まず、各学会が自主的に今どういふ状態で、もし今進めていくことができるとしたら、こういうことができるから4月からできますよといふようなことを早急に出していただくことが大切かと思ひます。専門委員会の中でお話を聞いていてもかなり学会でばらつきがあるといふように思ひていますので、そこを早くに出していただくことが判断する上でも大事ではないかと思ひます。

○永井部会長　せつかく要望書で集中精査する検討の場を御提案されていますので、まず大至急立ち上げていただいて検討していただきたいと思ひます。そういうことでよろしいでしょうか。

楠岡委員。

○楠岡委員　先ほどの木戸構成員からの発言もありましたけれども、立ちどまるのか進めるのか、あるいは部分的にスタートするのは、来年4月の話ですが、今、研修医の2年目に対しては6月末までに登録せよといふ話があつて、研修医は6月末までに何らかの判断を求められています。もしこれがごたごたしているからと迷っている間に6月30日を過ぎてしまい、来年4月になったらやはりスタートしますといふと、登録ができていないといふことになってしまう。また、プログラムが出るのは8月ごろなので、その時の可能性もあると思ひるので、専門医機構に、登録に関してもどうするのかといふことを早く指示を出していただかないと、8,000人の研修医がどう判断したらいいのか迷っている状況です。場合によっては専門医へ進みたいと思ひていてもチャンスを1年逃すような人も出てくると思ひますので、全体の議論も確かなのですが、今、現場にいる研修医に対しても何らかのメッセージを機構のほうから出していただかないといけないと思ひます。

○永井部会長　それも含めて周知をしていただければと思ひます。しかしプログラムが決まらずに募集するといふことはあり得ないわけですから、とにかく作業を急ぐのか、あるいはよいものはどれで、とまるものはどれかといふことだと思ひます。よろしいでしょうか。

それでは、次の議題に参ります。療養病床のあり方等につきまして、社会保障審議会に特別部会を設置して議論いただくといふことになっております。事務局から先日の第1回の特別部会での議論について御報告をお願いいたします。

○地域医療計画課長　関係局3局でございますけれども、私が代表いたしまして御説明させていただきます。

お手元の資料2をごらんいただきたいと思ひます。

御案内のとおり、6月1日に特別部会が設置され、第1回が開催されております。座長には遠藤久夫先生、座長代理には永井良三先生がそれぞれ選任されたといふことでございます。

資料2は、このときに提出させていただきました資料です。詳細な御説明は時間の関係もございまして割愛させていただきますけれども、大きな構成といたしまし

ては、資料をめくっていただきました3ページ以降に特別部会の資料1という意味でございますけれども、この前身として検討されました「療養病床の在り方等に関する検討会」に係る検討の成果でございますとか、あるいは、その整備案に関する御説明資料、それから、その後ろのほうにございますけれども、療養病床の全体的な再編に係る、これは事実関係中心でございますが、さまざまな資料を添付させていただいております。

当日の御議論に関しまして簡単な御紹介をさせていただきますと、当日さまざまな御意見がございましたが、初回ということもございますので、特に大きく議題とか課題とかを絞るのではなく、幅広い御意見をいただきました。

幾つか簡単に御紹介させていただきますと、まず1点目は、現行の制度の取り扱いにつきまして再延長を検討すべきだという御意見があった一方で、逆に新しい選択肢を中心として議論すべきだというような御意見がそれぞれございました。

2点目、制度の見直し、切りかえみたいなことを念頭に置いての御発言だと思っておりますけれども、仮に新しい制度、例えば病床のさまざまな要件、例えば部屋の面積でございますとか、そういった療養の環境に関します御指摘として、当然経過措置が必要だというような御意見がある一方で、経過措置は認めるべきだけれども、制度を新設する以上は療養環境を確保することが必要なのではないかといった御意見が幾つかございました。

3点目、特に介護療養型の医療施設に関しましては、制度の今後の見直しはいろいろな議論があると思っておりますけれども、その際に人員の配置といった基準については必要な配置であり、継続をしていくべきだというような御意見もございました。

あと3点御紹介させていただきますと、地域医療構想との関係についてさまざまな御指摘をいただいております。一連のものとして議論すべきだとか、地域医療構想に関する関係について御指摘、御意見がございました。

それから、医療分野、介護分野双方に絡みますので、それぞれの分野のすみ分けのような整理がないと議論が交錯してしまうのではないかなというような御指摘があったり、あるいは、医療、介護両方絡みますので、例えば介護保険サービスの活用をしつつ、重度の医療措置をされているような方もございますので、そういった実態論を踏まえてしっかり議論していくべきだという御指摘がございました。

最後に御紹介させていただきますと、非常に多様な分野が絡みますので、例えば口腔内の疾患に関する関連でございますとか、あるいは服薬指導といった視点も必要だというような御指摘もございました。

概略は以上のようなことでございますけれども、初回でございますので幅広の御意見をいただいたということでございます。

次回、第2回になりますけれども、6月22日に予定されております。関係者からのヒアリングが予定されているという旨でございます。

簡単でございますが、以上でございます。

○永井部会長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの件について御質問、御意見。

釜菴委員。

○釜菴委員 今、御説明を受けましたので、仮に新たな制度に移行するとしても国が強制的にえいやと医療機関に転換を迫るといようなことはないだろうというふうに伺ったところではありますが、もし新しい仕組みに移る場合には円滑に行くように、今、御指摘のあった面積の問題とか大事な視点であろうと思っておりますが、一方で、また中に入られる方が自己負担の金額が急に変わってしまうといようなことで非常に混乱を来すことのないように、慎重にそのあたりも含めて幅広い選択肢を用意できるように検討いただきたいと願っております。

以上です。

○永井部会長 ありがとうございます。

ほかに。どうぞ。

○井上参考人 今、事務局から御紹介がありましたように、再延長という御意見があったというふうに伺っておりますけれども、この特別部会では予定どおり平成29年度末の廃止ということが法定になっておりますので、特別部会では新たな類型の具体化ということを中心に御議論をいただきたいと思えます。

以上でございます。

○永井部会長 加納委員、どうぞ。

○加納委員 この特別部会では25対1、及び介護療養型は延長もしないということについて、これから議論をするということで認識していたのですが、どうでしょうか。

○永井部会長 事務局、お願いします。

○地域医療計画課長 これは冒頭の議論の御紹介の中で、実際に部会でもそのような質疑がございました。あくまで現行の制度はこうなっていますという事実関係として御説明いたしまして、その経過措置の設定とかそういった平成30年3月31日までの設定が幾つかありますという話であります。

幾つか御議論がございましたけれども、将来あるべき対応を御議論いただいて、それをどう実現するのかということが行政の対応でございます。あくまで議論の中で新しい対応も当然あり得ますし、改めて継続ということももちろんあり得ます。ただ、そのときの立法の趣旨からどういう位置づけなのか、どう考えるのかという御議論はございました。

事務局からは以上でございます。

○加納委員 まだ議論をするということによろしいでしょうか。

○永井部会長 いかがですか。どうぞ。

○審議官（医療介護連携担当） 医療介護連携担当審議官でございます。

まさに今、加納委員から御指摘いただいたことを重ねて計画課長から御説明しているように、部会においてのそれぞれ委員の御発言としてやりとりされているというのが事実でございます。先ほどの井上参考人のおっしゃったような御趣旨の発言もございました。

まず、事実として、今、法律上どうなっているかということを押さえた上で、今後についてはその場、特別部会に申し上げた事務局の言葉をこの場でも引用させていただければ、特別部会では政策論として今後の介護療養病床、もしくは25対1のあり方等々について御議論をいただきたいということで御審議をいただいておりますので、中身を詰めながら今のような形については問題意識をそれぞれの委員が持っておられる中で議論を進めさせていただきたいということで御理解いただきたいと思います。

○加納委員 しっかり議論させていただきたいと思います。

○永井部会長 ほかにいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

御意見がなければ、ただいまの件につきましては、随時特別部会の議論を医療部会にも報告いただくということですので、事務局にはよろしくお願いいたします。

最後に、医療事故調査制度の件について御議論いただきます。

昨年10月に施行された医療事故調査制度でありますけれども、今般、与党における議論を踏まえて当面の運用改善措置について対応案がまとまったということでございます。制度の施行状況ともあわせて事務局から説明をお願いいたします。

○医療安全推進室長 医療安全推進室長でございます。私のほうからは、資料3の「医療事故調査制度の施行後の状況と運用面での改善措置について」という資料を中心に御説明したいと思います。参考資料2-1に、これは自由民主党の医療事故調査制度の見直し等に関するワーキングチームにおいて取りまとめられた「医療事故調査制度等に関する見直しについて」というもの、また、参考資料2-2については、平成27年5月8日の局長通知をつけておりますので、御参照いただければと思います。

それでは、資料3を御覧ください。

医療事故調査制度については、医療事故が発生した医療機関にて院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関が収集分析することで再発防止につなげることにより、医療の安全を確保するというものでございます。

この制度が昨年10月より施行されておりますが、施行後の状況としては4月末の時点、7か月の時点ですけれども、医療事故の報告受付件数が222件、見てみますと日に1件弱から日に1件強という感じで若干右肩上がりの傾向があるというふうに考えてございます。また、医療事故の調査の報告件数、これは院内調査が終わったものですが、これまでに66件報告がございまして、また、センター調査の依頼が第三者機関にあったものは2件ということでございます。

この医療事故報告の受付件数については、制度検討段階の試算である年間1,300から2,000件と比較して少ないとの御指摘がございまして、この試算については、制度の対象範囲が決定する前に試算したものでございます。リスクの高い患者の割合が高い、例えば大病院や国立病院機構などの病院が前提となっていることや、管理者が予期しなかった死亡以外も含まれていることから試算の件数は多くなっていることに留意が必要と考えておりますが、今の件数が多いか少ないかということについては、先ほど申し上げましたように

若干右肩上がりの傾向ということも踏まえ、現時点で評価は難しいのではないかとというふうに考えてございます。

また、今後のことですけれども、2つ目の箱のところですが、医療介護総合確保推進法の附則では、法の公布を2年以内、これが本年6月24日にその期限を迎えますけれども、医療事故調査の実施状況等を勘案して検討を加え、法制上の措置その他の必要な措置を講ずる旨の検討規定が設けられております。具体的には医師法21条の規定による届け出及び事故調査・支援センターへの事故報告など3項目がございました。

今般、与党における議論を踏まえつつ、以下の対応を予定しております。

まず、制度のあり方についてですけれども、医師法21条が抱える課題、あるいは、そもそも医療行為と刑事責任との関係はいかにあるべきかといった根本論を踏まえ検討すべきなど、関係者の間にはまだまださまざまな意見があるという状況であり、現時点においては期限までには法改正を行うことはできないと考えてございます。

また、運用面では、現行制度の枠組みの中で必要な改善措置を着実に進める必要があるため、次のページにお示ししますような改善措置を6月下旬を予定に行いたいと思っております。

1 ページおめくりください。5項目ございます。

まず、1つ目ですけれども、これは医療事故の判断のばらつきであるとか、支援団体などからガイドラインが複数出て、内容は異なるなどの指摘がございましたが、こういった医療事故に該当するかの判断、あるいは院内調査の方法などの標準化を進めるために情報や意見の交換をする場として支援団体等連絡協議会を制度的に位置づけ、中央レベルと地方レベル、地方レベルは都道府県をイメージしておりますけれども、こういったものの連携を図ることとする。

また、2つ目ですけれども、医療事故調査制度は施設における死亡手段を適切に把握することが当然前提ですけれども、医療機関の管理者が院内での死亡事例を遺漏なく把握できる体制を確保しなければならないということを入念的に明確化したいと考えてございます。

この①と②については、省令改正ということを念頭に考えてございます。

3点目ですけれども、遺族等から医療事故調査・支援センターへの相談に対しては制度の説明などを行い、また、内容については医療機関にはお伝えしていない現状で、医療安全支援センターを紹介することなどにとどめている状況でございます。こういった対応の改善を図るために、また、こういった相談の情報については院内調査の重要な資料等になることから、センターは遺族等からの相談があった場合に、遺族等からの求めに応じて相談の内容を医療機関に伝達するということを明確化したいと考えてございます。

また、4点目ですけれども、院内調査の改善・充実を図るために研修の充実、あるいは優良事例の共有といったことで質の改善を図ってまいりたいということでございます。

最後に5点目ですけれども、院内調査報告書については、その内容を再発防止の分析に

使うということがございます。こういったことで検討する際には追加の情報が必要になる場合もございます。医療機関の同意を得て、センターから院内調査報告書の内容に関する確認・照会を行うことを明確化し、そういった検討に資するようにはどうかというふうに考えてございます。

私のほうからは、簡単でございますが以上でございます。

○永井部会長 西澤委員、どうぞ。

○西澤委員 今、資料3にありますとおり、前回これは附則でもって、今回、法制上の措置その他の必要な措置を講ずるということになっているのですが、その前に検討を加えとなっていますが、私たちはこれを読んだときに、当然この制度が発足するときには検討会でもって政省令の案をつくったわけですから、それに関することですから、今回、医療部会の下で検討会で議論して結果としてなると思ったのですが、全くそういうことなしに今回与党からそのまま出ているということは考え方としてどうかという気がするのですが、そのあたりはいかがでしょうか。

○永井部会長 どうぞ、事務局。

○医療安全推進室長 今回の運用面での改善措置につきましては、現行の制度の枠内での内容というふうに考えてございますが、今回改善措置の内容については各方面からこれまでいただいたさまざまな御意見、あるいは与党での御議論を踏まえて厚生労働省として実施を予定しておるものでございます。

また、制度の見直しに当たっては、日ごろから皆様方との意見交換をさせていただいておりますが、与党における議論の過程でも医療関係団体、あるいは患者団体からも意見聴取されたと伺っておりまして、こういった意見も踏まえられて御提言があったものというふうに考えてございます。

○永井部会長 山口委員、平川委員。

○山口委員 私も2012年に始まった検討部会のところからかかわらせていただけてきて、今回、2年たったときにどのような話し合いが行われるのかとと思っていたところ、与党だけで終わっているということに残念だなと、実際に生じている問題点をいま一度把握した上で制度のあり方ということを考えていかないといけないのではないかと思います。

実際に私たちコムの電話相談にも、この問題についてさまざまな声が届いています。先ほど、届け出の件数が少ないということに対してはまだ十分検証ができないというようにお話がございましたけれども、実際私たちのところに届きます声を聞いていますと、確かに医療に起因した予期せぬ死亡ではある、でも過誤がないから届け出をしないことに決めたと言っている医療機関があったり、今は遺族が不信感を持っていないのに届け出をすると寝た子を起こすのではないかと、だから届け出をしないという判断をしていたり、あるいは、医療安全管理者の方が病院長にこれは届け出の内容ではないかと言っても、先ほどお話のあったセミナーとかガイドラインの180度違う内容のものが横行していることによ

って、いや、これは私の受けたセミナーでは届け出なくていいのだと聞いているというように、法律と省令通知に対しての正しい理解が広がっていない、そういったことが原因の一つにあるのではないかと考えています。

具体的にこういう問題点が出てきているとしたら、国としてきちんと問題点を明確にした上で、例えば通知を出すとか、こういう誤った解釈は間違いなのだということをぜひ明確にさせていただきたいと思っています。また、国民に対しての制度の周知ということがほとんどなされていません。それによって国民が判断できないという問題点もあると思いますので、ぜひ国民への周知ということを進めていただきたい。それから、別紙の②の中に「死亡事例を遺漏なく把握できる体制を確保しなければならない」と書いてありますけれども、把握したとしても届け出をするという判断のところが正しくないこれは進んでいかなければいけないと思っていますので、そこも確実にお願いしたいと思っています。

そのうえで2つ質問があるのですが、③のところで「遺族等から相談があった場合、医療安全支援センターを紹介する」とありますけれども、一体これは医療安全センターに何を期待して紹介する、どういったことをやってもらうということの前提なのかということと、遺族等からの求めに応じて相談の内容をセンターが医療機関に伝達すると書いてあるのですけれども、それはどんな場合を想定して伝達すると書かれているのか、その2つを質問させていただきたいと思っています。

○永井部会長 どうぞ。

○医療安全推進室長 御指摘ありがとうございます。

まず、御質問からお話しさせていただきたいと思いますが、医療安全支援センターに対してどういうふうなことを期待しているかということでございます。

医療安全支援センターは、都道府県などが設置する、いわゆる住民などの医療関係に関する苦情相談窓口ということで非常に幅の広い相談を受け付けているというものでございます。このときに、今も地元からも受け付けていただいておりますけれども、例えば医療事故調査・支援センターは全国に1か所ということですので、地元の状況がよくわかっているというのが医療安全支援センターのほうになりますので、そういったところが適切と考える場合にはそちらの御紹介をしているという状況です。

また、医療安全支援センターのほうは、現在、実際にどういうふうな対応をしているかということについてはさまざまなケースがあると思いますが、この制度で言う医療事故に該当するかしらないかにかかわらず、こういった相談を受け付けて、必要に応じて医療機関に対しての問い合わせであったり、あるいは御対応をお願いしたりということをしていただいておりますので、そういったことを期待しているというものでございます。

もう一つ御質問いただきました、具体的に相談内容を医療機関に伝達するということはどういうことかということですが、これについては、例えば御遺族からこのセンターに対して、これが医療事故に該当するかどうか判断してくれみたいな御相談もあるかと思いますが、そこについてこのセンター自体は該当性についての判断をすることは、

御遺族に対しては基本的にはない。一方で、御遺族からいただいた情報が、医療機関が実際に医療事故調査制度に該当するかどうか、あるいは今後調査を進めるに当たっての重要な情報というふうなことも考えられるので、そういった情報についてはセンターの中でとどめるのではなく、きちんと医療機関の管理者の方へ情報をお伝えするというのを考えています。

ただ、先ほど申し上げましたように、あくまで医療機関に対してはその相談内容を伝えるということにとどまりますので、指導、助言といったことを行うわけではないということでお考えいただければというふうに思います。

○永井部会長　どうぞ。

○山口委員　今のことで、私は医療安全支援センターの初任者研修等にかかわっておりますので、医療安全支援センターがどういう機能を持っているかというのはよく理解をしているつもりですけれども、権限があるわけでもないですし、聞いて伝達するぐらいのことしか現状としてはできていません。ここで医療安全支援センターを紹介したとしても機能するかどうかというのは権限がもう一步深まらないとそこは無理ではないかというふうに思いますことと、遺族からのことを単に伝えるだけだと、医療機関が判断できていないところを伝えるだけでは弱いのではないかと思いますので、そこはさらに御検討いただきたいと思います。

○永井部会長　平川委員、西澤委員。

○平川委員　質問があるのですけれども、自民党のペーパーの中で5ページですけれども、患者団体などからいろいろな意見があった。自民党としてはこれを踏まえて、当面講ずることが必要な措置としてということでこの5点が定められ、記載されているということがあるかと思いますが、具体的にどのような意見があったのかということと、それについてどういう方向で改善策を提言してきたのかというのが、これは自民党のペーパーなので事務局に質問するのはあれですけれども、その辺がわかれば教えていただきたいというのと、もう一つは、資料3の1ページ目の「与党における議論を踏まえ」ということで言いかえてありますけれども、事務方として主体的にどういうふうに判断して、この与党の改善項目についてそれを受けとめて、どう判断されて今回の改善措置として提案されているのかというのをお聞きしたいと思います。2点の質問です。

○永井部会長　どうぞ。

○医療安全推進室長　まず、最初の御質問については、私どものほうから御説明をするというのはなかなか難しいのかと思いますけれども、どういうふうに受けとめて考えたかということについては、先ほど御説明をさせていただいたとおりでございます。例えば①のところであれば、先ほど山口委員からも御指摘があった、そもそも医療事故の判断のばらつきがあるということに対してどう対応すべきなのかといったことについては、医療機関が支援団体に支援を求め、判断の相談をするということでございますので、そういったところがそれぞれ現場の先生方のお話をお聞きしていても非常に判断に悩むという事例、制

度自体が難しいという声をかなりお聞きします。

そういったことも踏まえて、やはり先生方の中でそれぞれ持ち寄って議論をしていたら、その中でばらつきというものが収束していくというふうな場をまずは持つことが重要ではないかというふうに考えているところでございます。

例えばでございますが、以上でございます。

○永井部会長 西澤委員。

○西澤委員 まず幾つかお聞きしたいのですが、ここでは「検討を加え」となっていますが、ただ、何か漏れているなどと思ひまして、一番後ろのページを見ますと抜粋が載っていますが、ここには「検討を加え、その結果に基づき」と書いています。ですから、どこかしかるべきところでしっかり検討を行って、その結果に基づいての措置を講ずることだと思ふのです。

厚生労働省は、医療部会あるいは医療部会の下にこういう検討の場を持つとは思わなかったのか、そこだけまず聞きたいと思ひます。

○永井部会長 事務局、いかがでしょうか。

○総務課長 今回の医療事故調査制度の見直しでございますけれども、2年前に法案として提出をさせていただいたときに、自民党での御議論の中でこの附則の規定が盛り込まれることになったという経緯等もございまして、そうした経緯もございまして、その見直しに当たっては自民党の中に議論をいただく場ができて、そこでの御議論をこれまでやっていただいたということにして、我々も毎回聞かせていただいておりますけれども、参加して議論を拝聴してきたという経緯もございまして、

そうした経緯もございまして、今回このようなおまとめをいただいたということ踏まえ、厚生労働省として、期限も迫っている状況もございまして、しっかり運用改善措置を講じさせていただこうということで判断しているものでございます。

○西澤委員 わかりました。私は、これが出たときには、当然医療機関も参加した中で検討できるのだと思ひ込んでいました。そういうことではちょっと残念です。時間がないのですが、何とか検討の場、あるいはそれにかわるような場をつくっていただければと思ひます。

今回の与党の案に対して反対ではありませんが、少なくともこれに関して、今、いろいろな立場の方から疑問だとか意見があったと思ひます。そういう議論が全くないままでこういうのが出てしまうと余計混乱するのではないかと。同じ出すにしてももう少し議論に、我々提供側、あるいは患者の方が加わることによって、この文章ももっといいものになるのではないかと思ひます。

どうもこれを見ると、確かにしっかりやっていない病院もあるのは存じておりますが、その一部の病院をもとに規制的に書かれているのですが、この制度は私たちが自主的にやる、我々も同じ事故を起こしたくない、だから原因究明、再発防止を我々がやるのだということで医療事故調査というのは院内でやると決まったのです。ですから、我々医療機関

がしっかりしなければならぬので、書くのであれば、外からこうして医療機関に言えではなくて、我々に直接言ってもらいたい。このような内容で、我々が主体的にやっていると言っても、何もしていないということで規制でされると、この制度の根幹が崩れるのではないかと思っています。

そういうことでは時間がないかもしれませんが、一回そのような協議の場を厚労省のもとに置いていただいて、そして与党の方々と議論することをお願いしたい。そのときには医療提供側と市民の代表の方が同じ場において議論したほうがいいのではないかと思います。よろしくお願いします。

○永井部会長 平川委員、どうぞ。

○平川委員 私の先ほどの質問の趣旨ですけれども、運用の改善ということでもありますけれども、一方で与党のほうでは患者団体から意見を聴取して、それに基づいて議論したというふうなプロセスを経ています。こちらの事務方のほうではそういうプロセスを経ないで同じような結論を出したということではありますが、議論のプロセスとして患者団体等の意見というのはしっかりと聴取して判断していくというのが重要ではないかと思っておりますので、その辺について意見として申し上げさせていただきたいと思っております。

以上です。

○永井部会長 菊池委員。

○菊池委員 プロセスにつきましては突然の感はあるのですが、医療事故調査制度の運用面での改善は進めていただきたいと考えておりまして、その観点から2点意見を申し上げます。

1点は、①の医療事故調査等支援団体の支援内容の標準化のことについてです。医療機関側では医療事故調査制度について医療事故の判断や院内の体制整備等について手探りで進めている現状です。また、医療事故調査制度において、医療機関は原則医療事故調査等支援団体の支援を受けることとされておりまして、支援団体の支援の体制や運用は地域によってさまざまな実態があるように思います。このため、支援に地域による格差が生じないように対策を講じる必要があり、支援内容の標準化を進めていただきたいと考えております。

もう1点は、医療安全管理者の業務指針、研修プログラムの作成指針を見直していただきたいということです。②の医療機関の死亡事例把握体制や④の院内調査の改善にとって、医療安全管理のかなめとなる医療安全管理者の養成が重要と考えております。既にさまざまな団体が医療安全管理者の業務指針及び養成のための研修プログラム作成指針に基づいて研修を開催し、養成を行っています。ただ、この指針は平成19年に作成されましたが、その内容についてはこれまで見直しが行われておりません。この間、医療の機能分化が進み、在院日数が短縮し、医療機関の状況も変わってきていますし、一昨年には医療事故調査制度も創設されました。各医療機関の機能や医療安全管理体制の整備状況に合わせて自律的に活動できる人材が求められております。そこで、今日の医療を取り巻く変化を踏ま

えた医療安全管理者の役割を明示した上で業務指針や研修プログラムを見直す必要があるかと思えます。

以上です。

○永井部会長 ほかにいかがでしょうか。

相澤委員、どうぞ。

○相澤委員 一応医療事故調査制度というのはできたのですけれども、まだよちよち歩きの状態だと思うのです。医療機関のほうも現場で判断するときはかなり苦慮することがございます。また、患者さん側も余り御存じないということもあります。そういう意味で双方で話し合いながらよりよいものに育てていく、何が問題で何を解決しなければいけないかということをきちんとお互いに出し合ってよいものに育てていくのだという方向でやっていただきたいと思っています。

西澤先生のお考えなんかは、要するに、あるとき急にわっと来て、制度的にこれをやれと言うのでは少し困る面もあるということで、今回は日にちもなくてしょうがないと思えますけれども、将来に向かって、これは急に育つものではないと思うのです。ぜひこれを日本の医療の文化と風土にしていくように双方で話し合って育てていくという場をつくってやっていくのがいいのではないかと思いますので、ぜひよろしくお願ひしたいと思えます。

○永井部会長 ありがとうございます。

今回は期限が24日と非常に迫っているということですので、多くの懸念の声がございますので、運用改善措置を講ずるに当たりましては、事務局は関係者への丁寧な御説明をお願ひしたいと思えますし、将来に向かっての検討もさらに進めていただきたいと思えます。そういうことでよろしいでしょうか。

(首肯する委員あり)

○永井部会長 ありがとうございます。

では、最後に事務局から連絡事項等をお願いします。

○医療政策企画官 次回の医療部会につきましては、改めて御連絡させていただきます。

○永井部会長 では、きょうはこれで終了させていただきます。どうもありがとうございました。