

### (3) 医師の需要の見通し

- 今回の需要の見通しの検討においては、国民皆保険とフリーアクセスが確保されている中、現状で総量としては、基本的には国民が必要としている医療を提供しているものと仮定し、医師の勤務時間の現状と、勤務時間のあるべき姿とのギャップを現状の医師数に上乘せした人員を現在の医師必要数と置いた。必要医師数の算定に当たっては、医師の勤務時間を週 48 時間とおいた。なお、調査によれば、医師の勤務時間には大きなばらつきがあるが、長時間労働を行っている者について週 48 時間に短縮することとしつつそれより短時間の者については、48 時間まで勤務時間を増加するとはしていない（短時間労働の者については、現状のままと仮定）。これによれば、平成 16 年（2004 年）において、無職や保健医療関係以外の業務に従事している医師を除いた全ての医師は 26.8 万人であるのに対し、必要医師数は 27.7 万人と推計される。内訳は、勤務医が 16.4 万人、開業医が 10.4 万人である。
  
- ~~なお、上記の推計は~~ これに対し、医師が医療機関において過ごす時間のうち、診療、教育、他のスタッフ等への教育、その他会議等の時間に、~~を勤務時間と考え、これを週 48 時間までに短縮するのに必要な医師数から求めたものである。また、仮に、休憩時間や自己研修、研究といった時間も含む医療機関に滞在する時間を~~ 全てのほとんどが勤務時間と考えみなすのが実態に即している、という考えに立てば、これを週 48 時間までに短縮するには、必要医師数は 32.4 万人と推計される。 差引不足数は 5.6 万人となる。この内訳は、勤務医の必要医師数は、〇万

人で、差引〇万人の不足、開業医の必要医師数は、〇万人で、差引〇万人の不足となる。現時点において諸条件一定とすれば、これが我が国の不足医師の数である。

- ~~しかしながら~~ 一方、厳密には法令上、休憩時間や自己研修は、通常は勤務時間とは見なされない時間であり、これらを含んだ時間を全て勤務時間と考えることは適切ではない、とすれば必要医師数は、勤務医は〇万人、差引〇万人の不足、開業医は〇万人、差引〇万人の不足となる。

~~○ また、仮に、診療を行っている時間のみを勤務時間とすると、これを40時間までに短縮するには、必要医師数は27.9万人と推計される。~~

- 将来の医療需要を推計するに当たっては、まず、外来受療率、退院患者発生率について、以前の値から指数曲線によって回帰した場合（回帰法）、現在の値を将来にもそのまま当てはめた場合（固定法）、回帰による変動幅を3割までに限定した場合（限定法）といった方法でそれぞれ将来推計を行った。

- 次に、外来受療率、退院患者発生率の推計値に将来人口を乗じてそれぞれ外来医療および入院医療の需要について将来推計を行った。さらに、患者の実際の医療ニーズを反映させるため、これに年齢階級別1回当たり医療費の比率による調整（重み付け）をおこなった。次に、医師の勤務状況調査から推定された、外来と入院に医師が費やす時間の総計の比率（外来対入院＝6：4）に基づき、外来医療と入院医療を合わせた将来の医療需要の変動を推計した。必要医師数の変動はこの将来の医療需

要の変動に一致すると仮定した。

- 年齢階級別の受診 1 回当たり医療費による重み付けを行った外来診療の需要の動向は、これまでの動向に基づいた回帰法では、平成 52 年(2040 年)には現状の約 7 割の水準まで低下する。また、現在の受療率が続くとした固定法では平成 40 年(2028 年)頃に現在の約 1.2 倍の水準でピークとなりその後は緩やかに減少する。回帰による受療率の変動幅を現状の 3 割までとすると(限定法)、平成 52 年(2040 年)には現在の約 9 割の水準まで低下する。
  
- 年齢階級別の入院一回当たり医療費による重み付けを行った入院診療の需要の動向は、これまでの動向に基づいた回帰法では、今後上昇を続け、平成 52 年(2040 年)には現状の約 1.7 倍に達する。また現在の退院率が続くとして仮定した固定法では、平成 42 年(2030 年)には現状の約 1.3 倍に達し、その後、ほぼ横ばいに推移する。回帰による退院患者発生率の変動幅を現状の 3 割までとすると(限定法)、平成 52 年(2040 年)に約 1.4 倍となる。これらのいずれの推計においても平成 27 年(2015 年)頃までほぼ一致して約 1.2 倍まで上昇する。
  
- 外来診療と入院診療を診療時間の比率である 6 : 4 で合わせた需要の動向については、固定法では、平成 44 年(2032 年)に現在の 1.24 倍でピークとなり、その後は徐々に低下する。回帰法では、平成 52 年(2040 年)に 1.16 倍となるまで増加する。固定法では、平成 52 年(2040 年)に 1.15 倍となるまで増加する。回帰法と固定法は平成 52 年までほぼ重なって

推移する。この動向に、現在の必要医師数を併せて変動させると、例えば限定法では、徐々に必要医師数が増加し、平成 52 年（2040 年）には医療機関に従事する必要医師数は 31.0 万人となると推計される。

#### （４）病院・診療所別に見た医師数の需給予測

##### １）病院・診療所別に見た医師の供給予測

- 医師は、就業開始後、時間が経過するに従い、病院勤務から診療所勤務に徐々に移行する。仮に、病院勤務から診療所勤務に移行する割合が一定であるとした場合の将来の病院・診療所別に勤務する医師数を予測すると、今後の医師数の増加は、50 歳以上の医師が中心となるため、診療所に勤務する医師の増加に比べ、病院に勤務する医師の増加は限られたものとなり、平成 37 年（2025 年）には、病院で勤務する医師は約 17.6 万人、診療所で勤務する医師は約 13.3 万人になり、病院で勤務する医師についてはこれ以降横ばいになる。平成 47 年（2035 年）には、病院で勤務する医師は約 17.6 万人、診療所で勤務する医師は約 14.5 万人になりその後安定すると予測される。

（平成 47 年の病院従事者 対 診療所従事者＝55：45、現在は 64：36）

##### ２）病院・診療所別に見た医師の需要予測

- 病院における医師の需要予測を行うと、病院における医師は、診療時間のうち、6 割の時間を入院診療に費やしており、入院医療の需要予測に従って、例えば限定法を当てはめると、平成 52 年（2040 年）には現状の約 1.4 倍となる。一方、病院に勤務する医師数は、現在の 16.4 万人から 17.6 万人まで 7%程度増加すると推計される。このような状況か

ら長期的に見て、病院に大きな負荷が生じる可能性がある。ただし、病院で勤務する医師の診療時間の4割が外来に費やされていることの是非は別途論じられる必要がある。

- なお、医療制度改革に伴って生じる病床区分ごとの病床数の分布変化、及び病床数の減少が時間の経過を追って医師の需要に及ぼす影響については、この検討会において議論の対象とされることはなかったので、本稿では言及していない。

#### (5) 医師の需給の見通し

- 将来の医療需要の推計に当たってこれまでの推移と現状とのバランスをとった「限定法」を用いると、医師の需給の見通しとしては、30年先には、マクロ的には必要な医師数は供給されるという結果になった。しかし、現在の勤務医の数16.4万人を基礎に現行の医療提供体制に改善を加えつつ、中期的な視点からその伸びを推計してもなお、不足数4~5万人のギャップは、解消され得ない。なお、需要は、医療政策をはじめとして様々な要因の影響を受けるため、確定的ではない。~~またかつて、これは、今後ある程度医師の需要が増大した場合にも、必要医師数が確保できることを示していると理解すべきである。~~

- ただし、これは、現在の医師の勤務状況について、診療や教育など医師の勤務として必須と考えられる時間を基礎としており、自己研修や研究、休憩時間などを含め、各医師がゆとりを持って勤務するためには、各病院や各地域の医療提供体制・医師の業務を見直し、医師が限られた時間の中で本来の業務に専念できるような体制づくりが必要であるこ

とを前提としていることに留意が必要である。

- またしたがって、医師の需給ギャップを解消するためには、医師の勤務環境の抜本的改善が必要であるとともに、病院と診療所との関係については、今後、入院医療の需要が増大する可能性があり踏まえ、これに対応するためには病院と診療所の間で医師の配置と業務の分担を調整する必要がある。その前提として、例えば、病院であれば入院に専念することで、適正な病院運営が可能となるような診療報酬のあり方等抜本的な議論が必要になることは言うまでもない。

#### 4 今後の対応の基本的考え方

- まず、現状をまとめると、病院、診療所とも、医師数は一貫して増加しており、また、地域で見ても全ての地域で増加している。~~ただし~~しかし、地域間及び診療分野別の格差は必ずしも依然として減少の方向には向かっていない。
- 地域における医師配置の問題は、地方を中心に、大学病院における卒後臨床研修医を始めとした若手医師が減少するとともに、研修医に対する指導体制や医療提供体制の確保に努める必要が生じたことから、大学が従来のように地域の医療機関等からの医師紹介の要請に応じることが困難になりつつある一方、~~それに代替する~~臨床研修制度が発足して間もない事情もあり、地域の病院または病院群によって医師の紹介・派遣を育成するシステムが確立していないその緒についたばかりであることに大きく起因するものと考えられる。~~また、~~大学からの紹介・派遣に依存してきた病院で

は、医師の募集に不慣れなことや、医師の処遇への配慮が欠けているとの指摘もある。したがって、医師に対しては、生涯にわたるキャリア形成に当たって説得力と意義あるキャリアパスを示して地方勤務の動機付けを行うことが重要である。まさに、医師確保・偏在の解消に当たっては、我が国における医療の高度化と専門医資格認定のあり方などの関係を見据え、国はもとより学会も含む関係者が英知を結集し、バランスのとれた医師育成システムを構築することが求められているといえる。その場合、単に全く自由な労働市場に委ねるのではなく、医療全体の公共性を守ることと医師のキャリアアップを図ることが両立できるような公的関与のあり方について、例えば、医師の適正配置上必要な調整権の問題など困難な問題を含んでいるが、この際真剣な検討が行われる必要がある。

- 医師の養成には時間がかかること、また、多額の国費が投入されていることを踏まえれば、医師数が大きく過剰になるような養成を行うことは適当ではない。一方で、医師の繁忙感~~度~~や不足感~~度合い~~に対応しつつ、増大する国民の期待に応えるためには、医師の定数のあり方にかかわらず~~加え~~、業務のあり方の見直し等による生産性の向上を図ること~~も~~必須となる。~~まず各~~当然であるが、病院内の医師以外のスタッフの充実やスタッフ間の分担見直し等により、を含む医療提供体制の改善・効率化から取り組む必要がある。効率向上することにより~~れば~~、患者に対し十分な医療の提供ができるだけでなく、医師の勤務環境の改善にもつながることが期待できる。
  
- また、医療資源と医療従事者が限られていることを考えれば、医療の受け

手である国民・患者に正しい情報を提供し、必要に応じてその意識を改革することが重要であり、今後、行政、保険者、医療提供者、マスコミ等一般の主体による早い段階からの国民・患者への啓蒙活動を行うことが重要である。

(1) 医師の配置の調整

- 現在起こっている地域・診療科における医師不足は、従来からの地方医大における地元出身者の割合が限られていることに加えて前述のとおり近年の医師の流動化等により、大学により大きな差はあるが大学が従来のように医師紹介の要請に応じることが困難になったことによって生じていると考えられる。
- そのため、まず、これは、医療法の改正に盛り込まれた地域医療対策協議会がその役割を果たすこととされており、都道府県が運営の中核を担うことが求められるが、何よりそこに参画する大学を含む地域内の医療機関や関係者が参加して、地域の医療ニーズをきちんと把握した上で、医師配置について認識を共有と、できることが大切であり、その上で調整を行うシステムを構築することが急務である。なお、地域によっては、その地域だけでは必要な人材を確保出来ない場合もあるので、必要に応じ、地域間での配置調整機能も求められる。
- 地方公共団体が設立・運営する病院間において~~は~~、医療連携体制を早急に構築し、医師本人、病院開設者である首長、大学、地域住民の理解を得て、同一組織内のみならず地域内で相互の医師の効果的な配置・相

互の異動を実施することが期待される。

- また、傘下に多数の病院を有する国立病院機構、日本赤十字社、済生会等の団体にあつては、組織内の医師の効果的な配置・異動の取組みが行われており、一層の成果が期待される。

(2) 持続的な勤務が可能となる環境の構築と生産性の向上

- 医師不足の声が上がっている診療科や地域では、医師の人数が少ないために、長時間拘束されることなど、元来、勤務の継続が困難であることが指摘されている。地域で集約化を行い、医師への負担を軽減することや、他の職種のサポートなどで、持続的な勤務が可能となる環境を構築する必要がある。また、今後女性医師の比率が上昇していくことも踏まえ、出産や育児といった多様なライフステージに応じた働き方が可能となる環境の整備も必要となる。併せて、いつでも相談に応じるという安心感で患者とかかりつけ医が結ばれ、地域におけるかかりつけ医の機能を強化することにより、病院への過度の患者集中を軽減することも求められる。
- 持続的な勤務が可能となる環境の構築は、産婦人科など不足が指摘される診療科で、退職者を抑制する効果が期待できるだけでなく、新たに就業する医師数を増加させるためにも必要である。
- また、医師が行っている事務作業など業務の内容を確認し、事務職や看護師など他の職種で対応できる業務については、見直すことにより、医

師が本来の業務に専念できるような体制をつくる必要がある。これにより、患者に対し十分な医療が提供できると共に、医師の過度の負担が軽減されることが期待される。

(3) 手術等の医療を担う地域の中核的な医療を担う病院の位置付け

○ 病院の役割としては、手術等や救急医療のための入院医療を適切に実施することが最も重要である。医師をはじめとした、病床当たりのスタッフ数は、諸外国に比較して限られていることが指摘されており、人員の配置や効率的・有効的な病院内のシステム、資金の配分等について、他の医療資源も含めて、地域において中核的な医療機能を果たす医療機関の位置付けが必要である。

○ 医師の勤務状況調査によると、病院では、若年の医師ほど勤務時間が長く、一面では、「病院では若い医師だけが不足している」と見ることもできる結果となっている。今後は、中堅層のキャリアの形成を視点に入れ、勤務体系の短時間勤務や交代勤務等による多様化などにより、出産・育児といった多様なライフステージにも対応し、さまざまな年代の医師が病院において長期に勤務できるシステムを構築する必要がある。

そのためにも、国等において、勤務時間に関する弾力的な制度設計の検討が急がれる。

(4) 地域における医師の確保に関する取り組み

○ 地域間偏在の調整が困難な中、大学医学部の入試における地域枠の設定や、地方公共団体が取り組んでいる9年間程度の勤務地を指定した奨学

金の設定、さらには地域枠と奨学金の連動は、地域における医師の確保、定着に一定の将来にわたって持続的な効果が期待されるので、各地域の積極的な取組みを支援すべきである。この場合、現行で許容されている推薦入学枠をフルに活用できるよう、地域にとって障害となるような制約があれば、これを解消すべきである。

- 「開業の自由」が認められている中においても、医療の公共性を確保し、医師のキャリア形成上もメリットある仕組みとしてへき地、救急など、いわゆる社会的医療への従事義務と管理者要件について、引き続きその導入について検討すべきである。
  
- 「臨床研修に関する調査（中間報告）」では、研修修了後の進路選択に当たって、十分な情報に基づいて判断していないことが推測される結果が示されている。医師の確保を希望する各主体は、研修内容や処遇について十分な情報提供を行うことが求められている。

#### （5）臨床研修制度の活用等

- 臨床研修制度により全ての医師がプライマリ・ケアのための基本的な診療能力を身につけることは、中長期的には専門細分化された非効率的な医療提供の解消に資するものであり、今後とも推進することが必要である。なお、臨床研修制度については、施行5年以内の見直しが規定されているが、それを待たずに地域別、診療科別の医師偏在緩和に資することができるよう、補助制度の見直しを含めて、適切な措置を講じることが必要である。また、臨床研修修了後のいわゆる後期研修において、特定の大学・病院に医師が集中しないような措置を検討することが必要で

ある。

(6) 診療科別必要医師数の検討

- 国会で議論されたように、全体の医師数が不足か足りているかという議論は、現実と遊離したものになりやすいので、今般は、統計的手法について前回検討会の考え方に必要な見直しを加え、アウトプットと現実とが乖離しないよう、特に意を用いた。一方、診療科別の必要医師数については、その算定方法等個々の困難はあるが、今後、病院機能の再編成、病診の役割分担、専門医の位置づけ・役割等を踏まえ、また効果的な誘導策等も考慮しつつ検討することが望まれる。その意味で、例えば、小児科学会、産科学会などによる現状評価と今後の集約化等の取組みは、高く評価されるべきである。いずれにせよ、医療の高度化や専門化の状況に即して、診療分野ごと、及び診療現場における診療科連携を考慮したきめ細かな調査分析を行うべきであった。しかし、今般の検討では対応出来なかったため、この点については、以下の(8)において抜本的な対策が講じられるよう速やかな対応を求める。

(7) 医学部定員の暫定的な調整など

- 前述のように、医学部定員の増加は、短期的には効果がみられず、需給推計によっては、中長期的には医師過剰をきたす。一方、医師数の地域間格差は、必ずしも縮小しておらず、(へき地を含む)地域における医療体制の確保は喫緊の課題であることから、すでに地域において医師の地域定着策について種々の施策を講じているにも係わらず人口に比して医学部定員が少ないために未だ医師が不足している県の大学医学部

に對してついで、さらに実効性のある地域定着策の実施を前提として、  
入学定員の配分の現状を再評価し、定員の暫定的な調整を行うなど有効  
な施策を検討すべきとの意見があったである。また、自治医科大学につ  
いては、今後とも医師不足地域における医師確保に積極的に貢献してい  
く観点から、入学定員の増等の調整が必要である。

#### (8) 国における医師の需給評価、管理等の仕組みの構築

- 以上、本節総論及び各論点において指摘した点については、国として恒  
常的に地域別、診療分野別バランスの状況を客観的に評価、管理し、広  
域での地域間調整を視野に入れるとともに、診療分野ごと医師の大学卒  
業からキャリア・アップまで長期的にバランスのとれた医師育成プログ  
ラムの策定を行うなど、抜本的対策が講じられるような仕組みの構築を  
早急に行い、解決を図っていくべきである。

## 5 おわりに

- 国民の医師充足感度合いは、全体の医師数のみではなく、国民の医療に対  
する期待感をはじめ、時代、環境の変化を含めた多くの要因によって影響  
を受けるものである。
- 今回の推計では、30年先にはマクロ的には必要な医師数は供給されると  
いう結果になった。しかしながらしたがって、これは短期的・中期的にあ  
るいは、地域や診療科といったミクロの領域での需要が自然に満たされる  
ことを意味するものではない。
- 4で記述した基本的考え方を実現するためには、国、都道府県、医師会、

病院、学会、大学等がそれぞれの役割を果たすことにより、国民・患者とこれに実際に接する医師との良好な関係を築くことが不可欠である。

- 特に、国にあっては、今回の医療制度改革で示した方針、施策を着実に実施することが求められる。

## 第 15 回医師需給検討会（7 / 19） 小山田意見

= 7 / 13 バージョンに基づくページ表示 =

○かねてより、事務局に対し修正案を提出し修正をお願いしておりましたが、採用していただけなかったものについてはその理由が明確でない点が少なからずありますので、今回検討会において以下の項目について改めて事務局に見解を求めるとともに、委員の方々のご意見を伺いたく提出いたします。

### 1. 現状認識について

< p 4 >

#### 2つめの○

14 年度と 16 年度のデータが最新である、という制約はいたしかたないとして、ここ 2 年ほどは、若年の医師であっても病院を離れざるを得ない厳しい環境の変化がある、との指摘があるし、実態としてそのような現場の声が増えている。統計が現状に追いつかないのなら、そのような現状についての「指摘がある」という認識だけは示すべきではないか。

#### 4つめの○

地域別・診療科別の医師の偏在が「全体の需給とは直結しない」と、報告書のはじめから断言している。冒頭「後述するように」と、ことわりを入れたところで唐突過ぎる。こうした書き出しは適当でないので改められたい。

しかも、これに加え、地域別・診療科別の医師の偏在は「必ずしも是正の方向にあるとは言えず」であるとか、病院・診療所間の医師の不均衡が「予想される」などと続けているが、少なくとも「偏在は依然として解消されていない」と書くべきであるのに、なぜ、このような表現になるのか。適当でないので改められたい。

< p 5 ~ 6 >

#### 2つめ、3つめ、4つめの○

とりわけ公的病院、へき地を含む地域の病院から都市での個人開業、共同でのビル開業に転ずる傾向の高まり、診療科廃止、ひいては地域医療の崩壊の危機に瀕している、という指摘を書き込む修正が適当でない、とする説明をされたい。

病院勤務医におおいかぶさっている最も重要な諸要因が、「その他」や「また、上記のような～に加え」でつながられている。パラグラフのつなぎ方を改められたい。また、4つめの「勤務に見合う処遇が与えられていない」と表現しているが、これは、現象面を指摘

するにとどめ病院施設内の問題に解消する意味と考えざるをえない。本来、好むと好まざるとにかかわらず、「勤務の過酷さの一方で、報酬体系上、どうしても収入水準が相当低位に置かれている現実」と「開業の自由」があるからだ、という点については、表現上の工夫は必要だと思うが、院内問題に貶めているような誤解は決して与えてはならないので、改められたい。

## 2つめの○

これは、「病院勤務医」の数値であるなら、そう記述すべき。

< p 8 >

## 1つめの○

小児科学会の取組みに関する評価を入れて頂いたことは結構なことである。しかし、「参考になると評価できる」という表現は尊大にすぎないか。本来「検討では、集約化と機能分担を前提とした医師配置を実行に移すいくつかのケースにあっても、多くの数の医師不足を指摘している」（第9回三省庁連絡会議など提出の藤村論文）という検討結果も追加すべきである。

< p 11 >

## 1つめの○

麻酔科が「診療所への移動はわずか」という趣旨と、「現在の状況が続けば、全国的には堅調に増加傾向が続く」という現状認識、将来推計の根拠を明らかにされたい。

## 2つめの○

麻酔科の医師が確保できないことによって、手術の実施の延期・中止などが「起こりうる」と記述しているが、現実には起きているから問題なのであって、可能性だけを記述するのではなく、「深刻な事態に直面している」施設があちらこちらで出てきている趣旨を明記されたい。

< p 12 >

## 2～4行目

「このように」で受けているが、論旨が繋がらないので、改められたい。

## 8～9行目

麻酔科医に対し「同僚として尊敬の念をもって」「遇する」とある。麻酔科の総意としては、医師としての独立性を含む地位や処遇について改善してほしいのではないか。原文はよろしからざる表現であるので、そのような趣旨に即して改められたい。

< p 1 2 >

### 1つめの〇

麻酔科学会の見解として「他施設への兼業を認め、相互に状況に応じた支援」について記述している。それを否定するものではないし、地域でうまく連携がとればひとつのあり方。しかし、今日問題になっているのは、麻酔科医が病院を辞め、勤務医に比べ高収入を得られる「ビル診」などへ走る結果、病院では極めて深刻な事態に直面している点であるのでこの趣旨追加されたい。また、スタッフ間の連携のあり方など病院内における取組みについて記述すべきではないか。さらに、麻酔科に関する診療報酬の請求体系などそのあり方については、言及しなくてよいのか。

## 2. 需給見通しについて

< p 1 5 ~ p 1 6 >

(1) 「48時間」は合理的と考える。しかし、報告書ではその時間数が需給を判断するに当たって合理的であるという根拠を示す必要があるので、示されたい。たとえば西欧諸国（EUでは研修医の労働時間を58時間から48時間に引き下げ、及び英国における上級医師の勤務時間平均48時間であるなど）の文献にあるなど。

(2) まずは、医師の「勤務」としてどの範囲まで認めるのか。オン・コールに従事している日なども含めて考えて包括的な見方でとらえ、たとえば労働法令上の休憩時間相当分は除外するが、それ以外は病院勤務の拘束性、不規則性などの事態を反映する要素として考えることが現実的に即していると判断するが、こうした点をこの検討会としてオーソライズするのかわからないのかを明確にし、その旨記述されたいこと。

(3) オーソライズの有無にかかわらず、「パターン列举」は必要になるが、現行の記述の意図は、どう公平にみても「27.7万人ありき」としか映らない。重要な記述を後送りし「なお」であるとか「ちなみに」で受ける論法は不適當である。「ちなみに」私の提案を採りいれたと説明を受けた部分をみると、「ちなみに・・・差は5.6万人」と「ちなみに」扱いで「不足」ではなく「差」である。価値判断や評価は別途すべき。いずれにせよ、「パターン1」「パターン2」というように図式化するつもりで、勤務医、診療所に区分し、パターンごとの考え方と結果を整然とノーマルに記述されたい。

(4) 勤務時間数の都市部とその他の地域など地域差及び診療科ごとの差については、全く触れられていないが、そうだとすれば、その点を明記すること。

なお、原文では自己研修を勤務時間に算入することは「適當でない」と判断しているが、これが適當かどうか、また、逆に診療を行っている時間だけを勤務時間とする見方は極論に過ぎると考えるが、これが適當かどうか、などについて誤解のないよう注釈を付すべきである。

< p 1 9 ~ p 2 0 >

p 1 9 1 つめの○及び p 2 0 1 つめの○

病院と診療所別にみた需給見通しについて、病院勤務医の「診療時間の 4 割が外来に費やされていることの是非は別途論じられる必要がある」

「病院と診療所の間で、医師の配置と、たとえば入院医療に専念できるような業務分担を調整する必要がある」

とあるが、病院が入院に専念することで適正な病院運営が可能となるためには、地域内のパスの確立と診療報酬のあり方等抜本的な議論が前提となる。その点記述されたいこと。単に「提案」するだけなら、誰の責任で書くのか明らかにされたい。

p 1 9 2 つめの○

「マクロ的には必要な医師数は供給される」とあるが、前段までの分析を踏まえ要約すると、どこをどう読むと、いつまでに供給される、という結論なのか需給ギャップ解消について簡潔に記述されたい。本報告書案の末尾「おわりに」で「長期的には～」とあるので、なおさらである。

p 1 9 3 つめの○

「ただし、これは」で受け、最後に「必要であることを前提としていることに留意が必要である」とあるが、前後の関係からこの記述をどのように理解すべきか、不明であるので論旨を明らかにされたい。

### 3. 今後の対応について

p 2 0 2 つめの○

「地域間の格差は必ずしも減少の方向には向かっていない」とあるが、これは、「地域間及び診療分野別の格差は依然として減少の方向には向かっていない」とすべきであるので、改められたい。p 4 の 4 つめの○に同じ趣旨。

p 2 0 3 つめの○

大学による医師紹介が困難になり、一方「それに代替する医師の紹介・派遣システムが確立していないことに大きく起因」して医師不足が問題になっている、というが、今でも「紹介」であるとか「派遣」の確立が唯一のような表現は適当でなく、「大学とともに、地域の病院及び病院群においても医師を育成するシステムの確立が必要だが、新医師臨床研修開始後間もないこともあり、まだ緒についたばかりである」趣旨も踏まえて記述された

い。

< p 2 2 >

### 1つめ～3つめの○

医療対策協議会の働きはもっともなこと。それとともに、地域だけでは確保、調整ができないところが今最も苦しんでいる。「総力を挙げて実施」「都道府県を支援」は、誠にありがたいが、ここでは、医師需給を国家的見地からとらえた記述まで踏み込んでいただきたい。具体的には、国として、恒常的に需給の評価、管理、さらに調整もできる機能・仕組みを整備し、(既存の審議会の活用も含め) 現実動くようにする旨を記述されたい (p 2 6 2つめの○に同じ)。今回の検討会が「終わり」ではなく、本当の意味での検証の「はじまり」でなければならない、と考えるからである。医師需給を自由な労働市場に委ね続けるのかどうか、が改めて問われるところ。

< p 2 4 >

### 3つめの○

後段「中立的な機関により医療事故の原因究明を行う制度などが必要であるとの指摘があった。」とあるが、前段説明との関連から言えば「指摘があった」ではなく、一連の取り組みとして記述すべきではないか。

< p 2 5 >

### 1つめの○

「50歳以上の医師の増加が続く」とあるが、開業がますます進む傾向を記述すべき。また、勤務体系については、とりわけ勤務条件が法定化されている病院形態においては、勤務条件の弾力化についての法的な手当が基本になるので、この点追加されたい。

### 2つめの○

いわゆる管理者要件は、諸般の事情から実現できなかった。しかし、今日「開業の自由」が認められている中においても、医療の公共性を確保し、医師のキャリア形成上もメリットのある仕組みとして再構築すること、及びそれら両方が両立できるような公的関与のあり方についても、難しい問題は含んでいるが引き続き検討すべき余地があると考えるので、こうした点を記述されたい。(p 2 6ともリンク)

< p 2 6 >

### 2つめの○

医師養成に当たって、医療提供体制について「イメージ」が大事で「イメージを作成することが期待される」と触れられている。そのとおりであるが、医療専門家が納得できる

表現とすべき。今の専門医制度がよりよい方向に見直されることが医師を地域へ向かわせやすくすることになることになるので、末尾で、医師の生涯にわたるキャリアアップのための「プラン」に触れていることは極めて重要。

「期待される」、「求められる」だけではなくその実現にむけて、p 22 1つめ～3つめの○の説明とリンクしつつ、その取組主体（機能、仕組み）＝国における枠組みの必要性を記述とされたい。

< p 27 >

### 1つめの○

末尾「意見があった」とあるが、「十分に検討の余地がある」と改められたい。加えて、自治医科大学の入学定員については、「今後とも医師不足地域における医師確保に積極的に貢献していく観点から、都道府県間の融通など自助努力を行った上で、入学定員の増等の調整についても十分に検討の余地がある。」と記述されたい。