

○石丸医事課長補佐 それでは、定刻になりましたので、ただいまから「医療従事者の需給に関する検討会 第29回医師需給分科会」を開催いたします。

構成員の先生方におかれましては、本日は大変お忙しい中、御参集いただきまして、まことにありがとうございます。

初めに、構成員の本日の御出欠について御連絡をさせていただきます。

戎構成員、北村構成員、鶴田構成員、斐構成員、平川構成員、松田構成員、三根構成員からは、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、吉田医政局長は欠席、佐々木医事課長は、所用により、途中、18時ごろからの出席となりますので、御了承をいただければと思います。

次に、資料の確認をいたします。

お手元の資料、この議事次第の下に座席表、構成員名簿とございまして、その下に資料1、資料2、資料3とございます。そして、さらにその下に別添資料1から4とございまして、一番下に参考資料ということで1つつけてございます。

それから、構成員の先生方には机上配付資料ということで、ちょうど今回の資料1の第4次中間取りまとめ（案）の前のたたき台からの見え消しの状態のもの、これを机上に配付させていただきます。

そのさらに下、机上配付ということでございますけれども、こちらは今回参考資料で都道府県別の数字も出してありますが、第28回前回医師需給分科会の参考資料5の2ページの推計の表の中で一部集計に誤りがございましたので、こちら、訂正をさせていただきたいと思います。大変御迷惑をおかけいたしました。

資料の確認は以上になります。不足する資料、乱丁、落丁がございましたら、事務局にお申しつけください。

それでは、ここでカメラは退室をお願いいたします。

（カメラ退室）

○石丸医事課長補佐 それでは、以降の議事運営につきましては、片峰座長をお願いをさせていただきますと思いますが、よろしいでしょうか。

○片峰座長 それでは、議事を進行させていただきます。

本日の議題は「第4次中間取りまとめ（案）について」が1番目、2番目が「診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化について」の2つであります。

きょうは時間の大半を1番目の第4次中間取りまとめ（案）に関する御議論に使いたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

その第4次中間取りまとめ（案）でございますけれども、先ほど御説明がありましたように、前回の分科会で御議論いただいたものに構成員の皆さん、座長のものも含めまして、御意見を踏まえた修正が入っている点の一つ。それから、新たに追加された項目がございます。そういったことで御議論いただければと思います。

本分科会としては、この第4次取りまとめ（案）に関しましては、最終審議ということ

になりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、事務局のほうから御説明をお願ひいたします。

○奥野地域医療計画課長補佐 事務局でございます。それでは、資料1について御説明を始めたいと思ひます。

資料1でございますが、座長からお話のございましたとおり、前回の御意見、あるいは前回御議論をいただいた点を新たに項目として追加させていただいております。

また、資料2といたしまして、概要を事務局において作成させていただいております。今回の第4次中間取りまとめ（案）につきましては、過去にも増して分量が多うございますので、理解を助けるために資料2という形で概要をつけさせていただいております。こちらの説明は省略をさせていただきたいと思ひます。

また、本日の御説明のために、修正点がわかるいわゆる見え消しという形での資料も机の上に置かせていただいております。私の御説明はこの修正のわかるものでござんいただいたほうがわかりやすく思ひますので、こちらをござんいただきながら、御確認のほどをお願ひいたします。

それでは、資料に沿って修正点の御説明をさせていただきます。

まず1ページ目、目次を追加させていただいております。これは分量が多うございますので、理解の助けにするという趣旨でございます。

3ページ目、「マル1 都道府県内における医師の確保方針」の2つ目の○でございますが、「近隣の都道府県との関係も含め」という文言を入れさせていただいております。これは医療圏が置かれた状況は医療圏に閉じこもったものだけではなく、近隣の医療圏あるいは都道府県の関係もござんいますので、追記をさせていただいております。

また、一番下「マル3 専門研修における行政の役割を明確化」のところで「医道審議会医師分科会医師専門研修部会において審議が行われ」という事実について付記をさせていただいております。

5ページ目、「3. 検討事項の検討に当たり留意すべき事項」の一番最後でございますが、医師需給推計につきまして「医師養成数の増減を伴う長期的な医師偏在対策については、この新たな推計に基づくマクロの医師需給方針との適切な整合が図られるべきである」ということで、関係性を明確に書かせていただいております。

6ページ目、文言の技術的な修正は、少し説明は省略させていただきますが、「マル2 患者の流出入」のところにつきましては、これまでの説明は少々わかりにくかった部分がございますので、どういった流出入の反映の仕方をするのかということが1つ目の○、2つ目の○、ともにわかりやすく追記をさせていただいております。

7ページ目、「iii) 診療科」の説明でございます。「診療科と疾病・診療行為等の対応を明らかにする」としておりましたが、こちらについては前回の御議論も踏まえて「整理」のほうが文言上適切であるということ。あるいは、8ページ目につきましては、前回の御議論を踏まえまして、産科・小児科医における医師偏在対策について今回入れ込んだので、

その反映をさせていただいております。

9ページ目、2行目から始まるものですが、「新たな地域枠の設置などの追加的な医師確保対策を講じなかった場合を仮定して医師の供給推計を行った」ということで、少し文言が不十分なところを補足させていただいております。

続きまして、技術的な修正が続いております。御説明につきましては、14ページ目をごらんいただければと思います。「マル3 将来時点における必要医師数」というところでございます。こちらにつきましては、下から2つ目の○のところ「マクロの供給推計と整合するよう必要な調整」の中身について、注釈で解説をつけ加えさせていただいております。

15ページ目、「マル4 目標の達成に向けた施策内容」ということでございまして、2つ目の○の「国においても」以下始まる文章ですが、地域医療やプライマリ・ケアの医師が求められる能力について「大学カリキュラムにおけるプライマリ・ケア等の教育の充実に向け大学に働きかけを行うほか、医師国家試験においてもプライマリ・ケア等をより重視していくなどの対応」ということで、前回、福井構成員からもより具体的にと御指摘をいただいておりますので、その修正を図らせていただいております。

続きまして、その後ろに基金の話も補足させていただいておりますが、こちらもより具体的に書かせていただいているという修正でございます。

その2つ下の○の「加えて」以降の部分につきましても、より具体的にどういったフォローを行っていくのか等々について記載をさせていただいております。「国においては」以下の部分が追加になっておりますが「都道府県における医師確保計画の策定状況やその後の進捗状況について把握し、適宜、医師確保計画に関する都道府県職員を含めた関係者への研修の実施、人事上の配慮、情報の提供を行うほか、必要に応じて技術的助言を行う等の対応を行う」と書かせていただいております。

その下の○、追加させていただいておりますが、国においても上手な医療のかかり方を広めるための懇談会なども開かせていただいておりますが、医療のかかり方についても啓発が必要だという旨を追記させていただいております。

また、その下「さらに」という文言につきましては、前回反映が漏れておりましたが、今村構成員の御発言も踏まえまして、医療法人の医業承継時の税制等について付記をさせていただいております。

16ページ目、「i) 都道府県内での医師の派遣調整」の3つ目の○につきましては、今後、人口減少が進む中で、常勤医を全ての地域に置いていくことが難しいということを文脈上、書かせていただいております。

18ページ目、「マル5 医師確保計画の効果測定・評価」のところでございますが、「計画終了時点において医師偏在指標の値を算出する」と書かせていただいておりますが、次の計画に反映させるためには、ある程度見込みの算出をして、それを踏まえて期間を確保した上で次期計画に反映させる必要がございますので、その点を詳細に書かせていただ

いております。

22ページ目、こちらは将来時点の地域枠等の必要数等と臨時定員との関係について述べた部分でございますが、これまでの議論も踏まえまして「2021年度に現在認可されているすべての臨時定員が期限を迎える」ということをここで明確に書かせていただきます。このため、今後の2022年度以降の養成数についての議論は、既存の臨時定員にかかわらず、この議論の結論等を踏まえて新たに議論を行うことを明確化させていただいております。

23ページ目、こちらは診療科ごとの将来必要な医師数の見通しということで、前回御議論もいただきましたので、その点について御議論の中身をここに書かせていただいております。これは基本的には前回の資料をベースに書かせていただいておりますので、詳細な説明は省略させていただきたいと思っております。

同様に25ページ目、(7)以降から始まる「産科・小児科における医師偏在対策」につきましても、前回御議論させていただいた中身、文章等でお示しをしておりますが、こちらを我々のほうで落とし込んだということでございますので、説明は割愛させていただきたいと思っております。

最後に35ページ目から、外来医療機能の将来に向けた検討事項について、少し場所を変えさせていただくとともに、1つ目の○の3行目から「十分な効果が生じていない場合には、無床診療所の開設に対する新たな制度上の仕組みについて、法制的・施策的な課題の整理を進めながら、検討を加えていくべきである」という形で、第2次中間取りまとめを踏まえた書きぶりとしてさせていただいております。

その次のマル4につきましては、前回時間をいただきました医療機器の話について入れさせていただいております。これも御議論いただいた内容をベースに記載しております。

37ページ目以降、認定制度の御紹介でございますが、38ページ目でございます。「ii) 認定に必要な医師少数区域等における勤務期間」の○の3つ目の1行目の部分については、関係性が薄いということで削除させていただいているということと、「勤務期間」の後に(180日)ということで、御質問いただいたので追記させていただいております。

39ページ目、「マル3 認定取得のためのインセンティブとしての管理者要件について」、こちらについては、これまでの経緯を踏まえて「第2次中間取りまとめに従い」ということで対象となる医療機関の整理をしております。その効果について検証を行うということについては、山内構成員の御意見も踏まえて、書かせていただいております。

また、その下の○、「なお」以下の部分につきましても、より具体的に経過措置の中身について1行目に書かせていただいているという趣旨でございます。

「マル4 将来に向けた検討事項について」、40ページ目以降、書かせていただいております。こちらは少しこれまでにお示しをしておりますものから場所の変更だけではなくて、内容についても少し充実はさせていただいておりますが、「i) 認定取得のためのインセンティブ」、こちらは前回お示ししているところで、ii) のところにつきましても、病院の範囲については検討をする必要があるということで、この検証の効果というところ

をiii)で追加をさせていただいておりますが、こちらの検証については、2024年度から適用される第8次計画の開始以前に実施をして、それを踏まえて8次計画の策定を行うことが適切であるということで明示をさせていただいております。

最後「5. マクロの需給推計との関係」ということで、これは全く新しく追記をさせていただいておりますが、少しマクロとの関係というのが、この本需給分科会の本来の目的である臨時定員の取り扱いというところに立ち返りまして、書かせていただいております。基本的な中身といたしましては、偏在の解消がなされなければ、全体の需給の議論がなかなか難しいという立場に立ちつつも、今後、新たに需給推計を行って、その結果も踏まえながら、その中で医師の偏在対策をやっていくのだということを書かせていただいております。

最後「将来に向けた検討事項」は前のほうに移動したという理由で、こちらからは落とさせていただきます。

以上、簡単ではございますが、中身の御説明とさせていただきます。

○片峰座長 どうもありがとうございました。

前回からの変更点を中心に御説明をいただきましたが、膨大な内容ですので、多岐にわたると思います。どこからでもよろしいと思いますが、どなたからでも皮を切っていただければ。

どうぞ。

○羽鳥構成員 医師多数区域について、前回「在宅医療を求める」とありましたが、それはどこに書き込まれたのでしょうか。

○奥野地域医療計画課長補佐 事務局からでございます。

34ページ目をごらんいただければと思います。「マル2 外来医療機能に関する協議」の4つ目の○の部分でございますが、「近年」というところで始まっておりますが、2つ目のポツでも「訪問診療の件数が増加しており、在宅医療は地域医療構想の実現においても重要であること等を踏まえ、少なくとも外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対し、在宅医療、初期救急（夜間・休日の診療）、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域に必要とされる医療機能を担うよう求めることとする」と書かせていただいております。

○羽鳥構成員 わかりました。

○神野構成員 以前から強力な偏在対策がないと、我々は医師不足で困っているのだというお話をしておったわけでありましてけれども、復習になります。2036年の3月をもって医師少数区域がなくなるという今回の流れだったのかと思いますが、そうすると、非常にまだまだ偏在が解消されるまで長いのです。

そして、その中で22ページの上に明確にさせていただいたように「すべての臨時定員が期限を迎える」と。その先については、また新たに議論を行いましょねという内容だと思うのですが、そうすると、医師少数区域、都道府県に関しては、定員に対して何ら

かのことをやるといったことはどこかに書いてあるのかな。どうなのでしょう。多数区域については非常に厳しくなるという考え方、そして、医師少数区域に関しては、この定員増に関しては地域枠を含めて何らかの対策が担保されるということによろしいのでしょうか。確認でございます。

○片峰座長 どうぞ。

○石丸医事課長補佐 御指摘ありがとうございます。

一つ、まず整理をさせていただきますけれども、その医師少数区域、多数区域というように本文の中で裸で使っている部分は、基本的には足元の時点、現在時点で医師少数、多数というようなことでまず使っております。

臨時定員ですとか、地域枠ですとか、そういったところの関係は、まさに今、先生に御指摘いただいた部分あたりがその論点の部分でございますけれども、その将来時点、2036年時点で医師が足りているか足りていないかという数字を出した上で、それが足りているか足りていないかによって都道府県、二次医療圏別に少しずつこの要請の考え方を踏まえると。この都道府県の中で、都道府県レベルで医師が足りていないようなところは、地元出身者枠ですとか、それで足りない場合はさらに臨時定員というところを要請していくというようなことで、考え方としては整理させていただいているということになります。

○神野構成員 そうすると、もう一回今の22ページですが、私だけがわかっていないのかもしれないですが、2022年以降に関しては恒久定員以外のところは一回御破算にして、22年から先は以前の赤いところとかオレンジ色のところを乗せるかどうかはもう一回議論するということがよろしいのですね。

○片峰座長 ここはちょっとわかりにくいところもあって、私も大分お聞きしたのですが、基本的には将来時点の医師が足りているか足りていないか、推計の前提は、臨時定員がゼロになったということを前提にして推計されているわけですね。それで、足りるか足りないか。その結果に基づいて臨時定員も含めて地域枠を考えましょうということだと思います。それで正しいですね。

どうぞ。

○神野構成員 整理していただきまして、ありがとうございます。

○福井構成員 4点ほど。最初に9ページの上から3つ目の○で、医師偏在是正が達成された状態の定義として「全ての都道府県において医療ニーズを満たす」という文言があります。私の理解が間違っているのかもしれませんが、絶対値としての医療ニーズというのはどこかで算出したのでしたのでしょうか。相対的な偏在指数でもって下の3分の1を解消していく作業を繰り返して、その偏在の差を徐々に小さくしようとやってきたようなイメージがあるものですから、絶対値としての医療ニーズがどこに書いてあるのか教えていただければ。

○松本地域医療計画課長補佐 お手元の第27回の資料の資料4「将来時点の必要医師数と地域枠等の必要数について」の4番のスライドをごらんいただきたいのですが、も

ともとのマクロの需要推計がございまして、ケース1、2、3と3つの仮定を持ったケースをお示ししてございます。もちろん足元の状況では需要が供給のはるか上にありまして、これは医師の過重労働で支えられている等々によって需給のギャップがあつて、今、まさにマクロで医師が足りないというところでございますが、この将来の需要ケース2が将来にわたって推計をされてございまして、この需要ケース2と赤の線が供給推計ですけれども、これが交わる点が2028年前後にございます。

このあたりを需要ケース2の場合のマクロの需給均衡点としておりますけれども、それをさらに2036年まで緑の線を追いかけていただきますと、こちらが需要ケース2の需要予測の値の2036年の値でございまして、かなり供給推計より下にございますけれども、この緑の線の2036年の点が全国の平均需要ということでございます。供給推計の平均はこの赤の線の2036年の点ですけれども、全く偏在がなくなればこの点に全国の値がなるわけですが、そこと同じになることを求めるのではなく、この星の需要ケース2の全国平均の値に一番少ないところが達成すれば、少なくとも需給の均衡を都道府県単位では達成していることになるということを申し上げているところでございます。

○福井構成員 もう少し考えたいと思います。

2つ目についてです。15ページで、質問というよりもコメント、意見ですが、上から2つ目の○のところで、教育関係のことを書き加えていただきました。ありがとうございます。ここで「大学カリキュラムにおけるプライマリ・ケア等の教育の充実に向け」というところですが、できたら、今後とも文科省と厚生労働省で協力して、例えば具体的にモデル・コア・カリキュラムをどうするかとか、片峰先生がいらっしゃいますけれども、長崎ではプライマリ・ケア、離島医療について長年、30年以上にわたっていろいろな試みをされていて、地域医療に従事する医師を養成する先進的なことをやっているそのような大学も県もたくさんありますので、そういうところの事例を共有することもぜひお願いしたいと思います。

3つ目は、25ページ、上から2つ目の○についてです。これも私が前回触れたことで、2行目のところですが「総合診療や救急科等総合的な診療の領域の役割などについて別途検討を行う必要がある」と書いていただきましたが、どれくらいのパーセンテージの医師がジェネラルな分野の診療を行うかは非常に大きなインパクトを与えることだと思いますので、できるだけ多くの方々の意見、特に日本医師会もかかりつけ医の養成に大きく踏み出しておりますし、いろいろな方々の意見を集約して将来的に日本の医師の中でジェネラルをやる医師をどのくらい養成するかということについて十分議論をしていただければと思います。よろしく申し上げます。

最後に、これもコメントですが、ページは、22ページの上のほうかと思いますが、医学生の中で、その地域枠・地元枠ともにどういう診療分野に携わってほしいかという診療分野についての限定も今まで以上に厳しくしたほうがいいのではないかと考えています。特に総合診療とか内科とか小児科、外科、救急といった分野に進んでもらう方向に、今まで

以上に強促してもらったほうがいいのではないかと個人的には思います。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

幾つか御提案があったところですが、今の件でどなたか。

どうぞ。

○石丸医事課長補佐 御指摘ありがとうございます。

今、福井先生に御意見をいただきました地域枠、当然地域でこの地域医療の役割を果たしていくということでございますので、求められる診療領域に応じた業務を行っていくということが前提になってくる制度であろうと思っております。その点は、見え消しの20ページでございますけれども、一番下のところ「要請を受けて」から始まっている〇のところでございます。実際にこの地域枠、特定の地域等において診療義務を果たす際、これはいろいろと入ってくるときに認識が違う場合もあるのだと思うのですが、当然、診療領域においても都道府県別の診療科別の必要医師数、これも議論しておりますが、当然一定の制限が課されるということ。これは地域枠の選抜の際には明示をしておくべきであると。ただ、キャリア形成というようなところからも配慮が必要であるということで、この取りまとめの中には書かせていただいております。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 ありがとうございます。

2点ありまして、1点目は15ページ、大変細かいことで恐縮なのですが、下から3つ目の〇の上から4行目ですか。これは国がこうするべきだという記載なのですが、イメージがよくわからない。「人事上の配慮」というのは、具体的にどういうことを言っているのかということをお教えいただければと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○奥野地域医療計画課長補佐 この「人事上の配慮」というものは、この医師確保に必要な人員を都道府県で確保できるように必要な手当てを国としても行っていくという意味でございます。具体的には交付金等の話になってくると思いますが、そういう意味でございます。人事に介入するみたいな意味ではないということです。

○今村構成員 わかりました。国が人を応援として出すとか、そういうイメージも含まれているのかなと思ったので、お聞きしました。

それから、29ページの下から3分の1、具体的な施策、これはすごく大事だと思うのですが、これは主語が都道府県ということをおっしゃっているのでしょうか。アから次の30ページのキまでいろいろ書いてあるのですが、どこがこれをやるかが少し明確でないような気がするのですが、これはいかがなのでしょう。

○松本地域医療計画課長補佐 ありがとうございます。小児・産科の偏在の対策につきましては、施策を小児・産科のところに具体で書かせていただいております。今、今村構成員に御指摘をいただいた部分でございますけれども、こちらは御指摘のとおり、県が小

児・産科の医師確保計画をつくる際に、具体的に施策として書き込んでいただいで実施をしていただくということで、県の医師確保計画にこういうメニューを書いて、実際にいろいろな手当で、支援を行っていただくということを念頭に置いておりまして、県が主語になる。対象として病院だったりとかということが明示されることもあろうかと思いますが、基本的には県が起点になってやっていただく。国としても必要な支援を行っていくというふうに考えております。

○今村構成員 わかりました。産科・小児科なので、例えばオのところの記載がタスクシフトやタスクシェアについては、あえて助産ということが特記されているということで、全体のタスクシート、シェアの話であればさまざまな職種があるので、ここに助産だけ出てくると何か変だなと思ったのですけれども、それはあくまで産科ということがベースにあるという理解ですね。

○松本地域医療計画課長補佐 御指摘のとおりです。

○今村構成員 それと、県が主語であるとする、例えば医師の派遣であるとか労働環境をきちんと守っていくということは、まさしく医療法の中にも書かれているように、勤務環境改善支援センターだとか、あるいは地域医療支援センターみたいな県の組織がきちんとそれをやっていくことが大事だということなのですけれども、ざっと眺めたところ、そのことが全く言葉として出てきていないのですが、それは当然自明のことだからあえてここに書かなくてもよいという理解なのでしょうか。つまり、地域医療支援センターや勤務環境改善支援センターがまだまだ本来行うべき業務が全くできていないというのが現状だという指摘がある中で、こういう文章を出すときにしっかりとそこを明記しておくことも重要なのではないかとちょっと思ったので申し上げましたけれども、いかがでしょうか。

○奥野地域医療計画課長補佐 今、御指摘の点に関しましては、御指摘のとおり、法律改正のときに連携について明示をしたということでございます。さらに、その法律上の規定だけではなくて、追加でさらなる連携が必要という御意見はごもっともかと思っておりますので、少しそちらの点については検討させていただきたいと思っております。

○松本地域医療計画課長補佐 つけ加えさせていただきますと、前回、小池先生から御報告をいただきましたけれども、検討会の中で、このキャリア支援のプログラムなどは小児・産科の意見も聞いてちゃんと行いましょうということがかなり重要だということをワーキングの中で御指摘をいただいております。その心は、総論として、地域医療対策協議会の議論だけではなくて周産期医療対策協議会とか小児医療協議会が県内にございますので、その意見も聞いて地対協と医療審でちゃんと政策立案をしてほしいという趣旨で、ここに特記して書かせていただいております。

○片峰座長 権丈さん。

○権丈構成員 2点ほどよろしく申し上げます。

15ページの下から2つ目の○がまず第1点目で「また、地域住民に対して、医療のかかり方に関する啓発を行っていくことも、限られた医師で医療を提供していくうえで重要で

ある」、それでずっと続いていって「今後も医療の質を維持し続けるために、一定の医療機能の集約・連携が必要となることへの理解を求めていくべきである」というのがあります。ここについて、2014年の6月に医療法が改正されたときの第6条の2の中の3つ目にあります「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない」という文言があるということ、脚注ぐらいで記しておいていただけないだろうか、これを読んだときに思いました。

といいますのも、この2014年6月の医療法改正の第6条の2の3というのは、社会保障制度改革国民会議が2013年にまとめたときの次の言葉を受けた文言になっていくわけですが、そのときの言葉というのが「ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる」という文言であります。

これを受けて先ほどの医療法の改正になっていくわけですが、そう受けとめていますが、これは根っこの部分は「今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも」というところを含め、当時よりも重要な意味を持ってきていると同時に、大きくこの国の医療のあり方、外来、入院のあり方を変えようとして文言になっていきますので、そこからずっと続いてきていることが少しわかるような形で、ここに脚注でも入れていただければ思っております。

もう一点が、40ページになります。上から3つ目の○といいますか、下から4つ目の○の黒ポツ2つ目で「一部の地域医療支援病院以外でも、地域医療への貢献を目指す病院は、自主的に自院の管理者要件に認定医師であることを加えるべき」という意見があったというのがあるのですが、ここは私が以前、話したところですが、できましたら「地域医療への貢献を目指す病院・団体は」としていただけないだろうか。恐らく、私たちはJCHOに行ったりとかいろいろなところへ話に行って、管理者要件に認定医師の条件を加えるのはいかがでしょうかという話をしていくと思うのですが、病院、自院というものに閉じるにはもったいないなど。

だから、本当は自院及びその傘下の病院ということになるかもしれませんが、後ろのほうは自院でもいいかなとも思います。同時に、下のほうに「認定医師であることを加えるべきである」という文言のほうがいいのか、あるいは、私は当時邪魔しないようにする、加えることのできる余地を残しておくというようなニュアンスの発言をしていたわけですが、加えることができるものとして積極的にそれを推奨していくべきであ

る」という、推奨の義務は私たちのほうにあるというのでいいのではないかという気もいたします。その団体の人たちではなくて、私たちが勧めていくということでもいいのではないかと思います。

認定医師を管理者要件に加える病院の範囲を拡大していくことは極めて重要で、範囲が狭かったらこの認定医師を取得していくというのが義務に見えるのですけれども、これがどんどん広がっていくと、いつの間にかインセンティブになるのですね。その大きな質的な変化を、どこかで私たちがみんなでやっていかなければいけないところがありますので、ここは広く拡大できる形で病院及び団体ということにするとともに、向こう側が指示されるわけではなく自発的にやろうではないかという気持ちになるような文言として残していただければ、後々私たちが非常に使いやすい文言になるかなと思っております。

この2つの質問と、あと0.5あるのですけれども、前回のときに、今村構成員からこの病院及び団体のところで、自主的に自院の管理者要件に認定医師であるということになるのは、大学の先生などに対してそれを求めることは可能だろうかと文科省のほうに質問がなされて、あの日は答えがなく終わったと思うのですけれども、きょうはその点のところ、少し話を聞かせてもらえればと思います。

○片峰座長 では、まず文科省から。

○西田医学教育課長（文部科学省） 御指摘ありがとうございます。

大学病院の場合ですが、当然地域医療に貢献するという機能もございますが、それ以外にも教育研究、高度医療、特定機能病院としての機能、さまざまございますので、そういった機能全体を踏まえた上で考えていくことが必要ではないかと考えております。

○片峰座長 権丈先生、その1つ目ですけれども、脚注ではなくて、もっと大きく扱ったらいいのではないですか。例えばイントロダクションのところに改正医療法6条の理念をきちんと書き込むとか、そういうのもアイデアかもしれない。どうですか。

○奥野地域医療計画課長補佐 御指摘はごもっともだと思いますので、少なくとも書き込ませていただくという方向で、脚注なのか、本文中なのか、イントロダクションといった場合に、余りイントロダクションの部分の分量もございませんので、その部分は座長とも相談させていただきながら考えたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 権丈先生から私の名前を出していただいて、私もうっかりしていて、前回、文科省のほうに確認をさせていただかなかったのですけれども、今、伺ったら、確かに現状としては、本当に大学はいろいろな機能がありますので、単純な話ではないということはおわかります。今、結論めいたことを言えないというのはそのとおりだと思うのですけれども、要するに、地域医療を支えていく大学の役割というのも非常に大きくなっている中で、そういったことも検討はできるのだということだけ確認させていただければありがたいのです。その可能性はあるのかなということだけ、いかがでしょうか。

○西田医学教育課長（文部科学省） 可能性があるかないか、今、ここでお答えするとい

うのはなかなか難しいですが、現時点では先ほど申し上げたとおりの考えです。

○片峰座長 関係ですか。

○本田構成員 済みません。前回休んでいたのであれなのですけれども、今の御議論ですが、私もとても必要なことだと感じています。というのは、教育を受ける段階でそういうことに目を向ける。さらに、それをきちんと教育をして教育を受けられるということが、その先の進路にとっても大きな影響を受けるというのは、さまざまな団体を取材させていただく中で本当に実感するところです。今すぐ文科省さんのほうで答えられないというのはわかるのですけれども、「教育機関等」とか、もしくは大学とは書き込めなくても、何かしらの文言でそういうことをにおわすような言葉を入れることはできないのかというのは、質問として、もしくはできるのだったらそうしてほしいと感じました。

○片峰座長 関係ですか。

○新井構成員 今、西田課長は非常に答えにくそうな感じで答えていらっしゃいましたけれども、将来的な方向性としては、大学に仮に最終的にずっと残る医師であっても、地域医療にエクスポージャーしておく必要はあるのだろうと思います。一方で現在既にエスタブリッシュした人に地域医療を経験しろといっても、それは無理な話だと思います。将来的には大学の医師であっても一定期間地域医療を経験するのは意味のあることだと思います。

○片峰座長 どうでしょう。先ほど福井先生も言われましたけれども、今、医学教育は大きく変わりつつありますね。カリキュラムの中に地域医療、僻地医療というのはきちんと組み込まれているし、恐らく今からはそれを前提にすれば、臨床をやる人は必ずどこか地域でトレーニングをやるというのはマストの要件におのずからなっていくのだろうと思うのです。そこをどう加速させるかということではないかと思います。

何か今のところに関して事務局のほうから答えていただけますか。今の段階で何か書き込みますか。

○山口構成員 確定的なことを書き込めなくても、そういう意見が出たということは書いてもいいのではないのでしょうか。ここの場での取りまとめなわけですから、実現するかはしなくて、そういう意見、指摘があったことは書いてもいいのではないかと思います。

私は権丈構成員の御意見に本当に賛成で、この偏在問題とか需給の問題は患者側から見ると自分たちと関係ないように思っている部分があると思うのですけれども、先ほどの国民の責務の話というのは、患者側もきちんと協力しないとそういう問題に対応していけないということがありますので、そこはぜひ書いていただきたいと思います。

追加で、それ以外のところなのですけれども、19ページに以前問題になった地域枠の話が書かれています。これは地域枠が手挙げ方式を全部やめて、平成32年度から別枠方式しか認めないことにすることによって、どれだけ本当に地域枠が埋まるのかということはどうしても大事なことなので、確認が必要だと思います。

そういう視点で読んでいたときに、上から3つ目の○の4行目のところに「今後、地域枠の実態を継続的に把握し、不適切な運用がなされることのないよう、必要な対応を進めて行くべきである」とあるのですけれども、把握するだけではなくて「把握し、公表するとともに」と入れていただいて、把握しているだけだと実際にどうなったかが私たちにわからないので、あれだけ問題になったわけですから、これはきちんと公表して、実際に地域枠は何人で、本当にどれだけ充足したのかを見える形にさせていただきたいというのを先ほど確認で読んでいて、これだけでは弱いかなと思いましたので、加えていただけたらと思います。

○片峰座長 新井先生。

○新井構成員 先ほどからお話が出ているように、2022年には今の臨時定員増が完全にリセットされて、その後の対応については地対協で協議をして、臨時定員増を認めるのか認めないのか、あるいは地元枠を大学側に要請するのかもしれないのか、こういう議論になるのだと思うのです。ですから、この18ページの(5)に「医学部における地域枠・地元出身枠の設置・増員については、医療法上」云々と書いてあって、「地対協の協議を経たうえで、要請できることとされている」ということで、まさにこの文言には全く異議もないのですが、前回の議論で地元枠が恒久定員の中に組み込まれる場合に、5割程度までは許容の範囲といった議論があったように聞いているのですけれども、この5割という数字に関しては慎重に考えていただきたいということがございます。

また、地対協で協議して、ただ、地対協の議論は公開されると思いますので、要請があったにもかかわらず大学がそれに応えないという、あたかも大学が諸悪の根源みたいに思われてもよくないし、大学ももちろん全身全霊を挙げてこの地域医療、あるいは医師の偏在に対応することが必要であることは認めますけれども、同時にいろいろな機能を持っておりますので、そこら辺の数字だけがひとり歩きをしないように、ぜひ御配慮いただきたいということが一つあります。

もう一つは、22年からこれがスタートするとなると、来年にはある程度骨子が決まっていけないといけない。そういたしますと、この地対協がすぐにでも協議を始めて、今年から来年の初めぐらいまでにはある程度の取りまとめをしないと、スケジュール的に非常に厳しいのではないかと思います。今後の話になると思うのですけれども、ぜひその辺のタイムスケジュールをしっかりと立てていただきたいと思います。

以上、2点でございます。

○片峰座長 大事なポイントなのですが、先ほどの今村先生のお話で何かお答えはございますか。あれはいいですか。新たにこういう意見がありましたというのを書き込んだほうがいいのではないかと。

どうぞ。

○奥野地域医療計画課長補佐 その点については、御意見があったというのは事実だと思いますので、その点を書き込むということで、それに問題があれば、今、この場で御発言

をいただくということかと思いますが、特にならぬようでしたらその方向で進めさせていただくと。

「公表」の文言については、そのとおりでございますので、入れさせていただくということかと思いますが。

○片峰座長 それでは、新井構成員の御質問の中身については、スケジュールの含めでの御質問だったと思いますけれども、いかがでしょうか。

どうぞ。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。

今回、こうしてこれまで議論をいただいたことを踏まえて、実際、これは施行に向けての議論ということでございますので、実際の施行の際にはこういったところは混乱することがないように、しっかりそこは対応していきたいと思っております。

○片峰座長 ほかに。

どうぞ。

○山内構成員 ありがとうございます。

16ページの上のところ、この医療法人の医業承継のときの、もちろん少数区域で医療機関を継ぐ医師を応援する仕組みはとても大切で、これを入れることは反対はしないのですが、親が開業していて子供に行くときに、そのときの相続税というのはあると思うのですが、親が開業していて子供に行くときに、そのときの相続税というのはあると思うのですが、例えばそういったときに開業の設備がなくなってしまうのは、親から子への継承ではなくてグループ診療にするとか、そういったことをすることも一つの方法だと思うのですが、そういったときの税制優遇もこの相続税という文言には入るのでしょうか。入らないと思うのです。そうすると、相続税と書いてしまうよりも、そういった医師少数区域で開業している医療法人が閉鎖されないような形の税制優遇をするという書き方では、賛成だとは思いますが。相続税と固定することで、親から子へという形の継承だけになってしまうのかなということ懸念しておりました。いかがでしょうか。

○今村構成員 前回、私が申し上げてこれが入っていると思うのですが、その地域医療を守るための医療機関の税制は幾つか種類があって、一つは法人としての税制。これについては、日本の医療法人というのは持ち分ありとって個人財産、出資した金額に応じてどんどん増えていったものが、個人の出資に応じて個人のものになっている、出資した人のものであるという、いわゆる持ち分という考えでやっているものが85%ぐらいあって、残りが持ち分なしとって、出資したものだけが自分のもので、残りは出資というか基金として拠出したものだけで、残りは幾ら内部留保が増えてもそれは自分のものではありませんという法人が15%ぐらいある。

それで、法人に対する税制の問題がありまして、それとは別に地方で個人でやっておられる先生たちの承継が非常に課題になっているのです。なので、それについて、個人の事業承継等についてもお願いしたいというような趣旨で前にはお話ししていました。

だけれども、実は昨年、個人の承継税制がいわゆる免除というのが新しくできたので、それについてはクリアしている。幾つも類型によって承継税制のパターンがあるので、そういうものも含めて事業の承継をという意味で申し上げているので、幅広く読めば先生がおっしゃったようなことも入るのだと思っはいます。

ただ、医療法人は、医療法人同士合併するとか、連携するとか、いろいろなことができますので、そこは逆に法人であればいろいろなことができるのかなと個人的には思っています。どういう書きぶりにするかは事務局で考えていただければいいのではないかと思います。

○片峰座長 今村先生、少数区域に限定した税制優遇というのは、考え方としてありなのですね。

○今村構成員 これは税務当局がどう考えられるかなのだと思います。そうすると、少数区域が解消していったときに、そういう税制優遇はなくてもいいのですかとか、なかなか線引きも難しいかなと思うので、一定の要件がかかるのだと思いますけれども、厚労省の出しておられる少数区域というものを税制当局がそれでいいよと言うかどうか。そういう話なのだろうと思います。

○片峰座長 どうですか。

どうぞ。

○羽鳥構成員 41ページ目、先ほどの新井先生の話にもつながるのですけれども、3つ目の○で「恒久定員内に地域枠を設ける」という言葉が入って明確になったのはよいことですが、文科省としても医学部の質が変化するので反対という意見もかつてはあったと思いますがよろしいのですね。新井先生が先ほど50%も入ってきたら、研究できなくなってしまうのではないかと趣旨でおっしゃったのではないかなと思うのですけれども。

例えば2036年とかそのころには日本の人口も1割減、2050年になればさらに減るということも見えているので、そういうことで、マクロとしては医師を減らしていくという方向に入ったということでもいいと思うのですけれども、恒久枠をこのように書き込んでも、文科省としても納得ということではよろしいのですね。

○西田医学教育課長（文部科学省） 既に恒久定員の中で大学と県の間で協議して、いろいろな形態で地域枠を設けている例はありますので、恒久定員の中に地域枠を設けることは全く認められないというようなことは考えていません。

○片峰座長 どうぞ。

○石丸医事課長補佐 関連して補足させていただきますけれども、先ほどの新井構成員からの御指摘の5割という数字、前回議論いただいた数字の関係ですが、22ページをごらんいただければと思います。22ページでございますけれども、この○の1つ目のポツのところでございます。この「将来時点における医師が多数の都道府県であって」で始まっているところでございますけれども、医師が少数の二次医療圏のあるような場合において、地域枠の必要数が当該都道府県内の大学医学部における恒久定員の一定割合を超えるような

場合と。その超過分について地域枠設置を要件とした臨時定員による措置等を認めてはどうかということで書かせていただいておりますけれども、前回、5割という議論があった際に、5割というところは当然いろいろ都道府県、大学の関係もあると思いますが、5割ぐらいのところまでは、実際、それ以上もっと設置されているところもありますので、当然その都道府県、大学の間で一定程度5割のところぐらいまではまず努力していくと。

ただ、その際、御意見としてあったのが、地域枠、例えば大学によっては10割設置をすることがあってもいいのではないかという御意見もございましたので、それで一定という形にさせていただいておりますけれども、そういった5割以上のところをこの恒久定員の中に設置を仮にしても、それでもなお足りないのだという部分があれば、この臨時定員による増員といいますか、措置を認めるかどうかを今後議論していくということでまとめさせていただいていると理解しております。

○片峰座長 どうぞ。

○新井構成員 恒久定員の中に地域枠なり地元枠が既にある大学もありますし、今後は地対協の議論を経てそれを行うということに、まさにここに書いてあるとおりでいいと思うのです。ただ、現状の地域枠というのが御承知のように、都道府県から奨学金をもらっているものと全くそういったものが出されていないもの、多分、混在しているのだと思うのです。ですから、今後の地対協で議論をする地域枠・地元枠というものに関しては、基本的には都道府県が奨学金を出して9年間の義務年限を課すという。地域枠、あるいは地元枠であるのが良いように思います。ただ、言葉だけで地域枠といっても余り実効性がないようにも思うのですが、そこを明確にさせていただきたいという気はいたします。

○片峰座長 どうぞ。

○堀岡医師養成等企画調整室長 その部分については、今後の詳細な制度設計次第だと思いますけれども、ここではわざわざ今後も臨時定員増を認めるかどうかという議論の中で一定の割合なので、地域医療に資するような医師が私どもは5割程度が適切だと思いますが、そういうものがきちんと大学の中で、恒久定員の中でも、それぐらいやってもそれでも足りない場合の特別なものについての議論なので、その奨学金についての詳細な制度設計は今後検討させていただきますけれども、そういう趣旨でございます。

○片峰座長 私の理解では、地域枠は奨学金が出て9年間の義務年限がある場合で、地元枠はそうではないという理解だったのですけれども、今の堀岡さんの御意見では、地域枠に関しても今からの検討事項ということですか。奨学金。

○堀岡医師養成等企画調整室長 今後、きちんとした制度設計の中で、その言葉の整理も含めてさせていただきたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○小川構成員 先ほど来、地対協の役割が非常に大きくなってきているということだと思うのです。ですから、先ほど複数の構成員からいろいろなお話がございましたが、その中に地域医療対策協議会のことが全部入ってくるわけでございます。この18ページあたりに

も、地域医療対策協議会の役割が非常に強く打ち出されているのですけれども、私が非常に心配をするのは、現在、全国の都道府県の中で、地域医療に関する温度差がかなり大きいわけです。各県の温度差のある中で、各都道府県の地対協に全部任せますということになったときに、同じスタンダードでこういうことができるのかどうかになると非常に心配があるのです。そここのところは厚生労働省がもうちょっと各都道府県に介入をしないと標準化はできないと思うのですが、その辺はどういうふうに具体的にやっていくかについては、何かございますか。

○松本地域医療計画課長補佐 事務局でございます。

15ページをごらんいただけますでしょうか。今、先生から御指摘をいただいた点は非常に重要でございます、医療政策の原則としましては、自治事務として都道府県が裁量を持つというところは非常に大きいのですが、それで医師を確保して医療を提供するという日本のナショナルスタンダードを本当に保てるのかという御質問だと思うのですが、15ページの下から3つ目の○につきまして、前回までは進捗が芳しくない都道府県のフォローということで、特に小川構成員が御懸念のようなところのみを書いていたのですが、それもそれで都道府県全体でのフォローが必要だろうということで書き加えています。国としては、今、構成員がおっしゃったように、丸投げということではなくて、都道府県における医師確保計画の策定状況ですとか進捗状況につきましては、つぶさに把握させていただいて、適宜医師確保計画に関する都道府県職員の研修ですとか、人事上の配慮、情報の提供を行うほか、必要に応じて具体的な技術的な助言を行うというのを考えています。

さらに具体的には好事例を共有するというのと、具体的な担当レベルの人材育成支援についても細かく行ってフォローさせていただくということを考えておりますので、御懸念にもお答えできるように国としても汗をかいていきたいと考えております。

○片峰座長 よろしいですか。

○新井構成員 それはぜひお願いしたいのですけれども、先ほど申し上げたように、来年にはある程度結論を出さないといけないわけです。そんなに時間的余裕があるようには思えないので、小川構成員のおっしゃるように、そこが今回の制度のかなめといってもいいと思いますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

○片峰座長 ほかに。

どうぞ。

○権丈構成員 ほかの話になるのですけれども、先ほどのところに戻りますが、座長から医療法の2014年の改正のところでの国民の責務、義務みたいところを本論のほうに書いたらどうだというアドバイスをいただきまして、私もそれでしたらそちらのほうがいいわけですけれども、その国民の責務、義務の部分はこの部分だけが単体として出てきたときに、この法律の改正のときに、やはりお金がないから医療の制限をしようとしているのだという形でいろいろと議論されていたところがあります。

そんなことはないのだというようなものは私の中にはあるわけですけれども、患者に対

して診療を受診制限していったのこうのをやろうとしているのだと言われることがあるので、これは座長一任でお願いしたいことですが、もしも可能だったら、これを本論に入れるとするのであれば、先ほど私が国民会議で読み上げた部分があるのですが、あの部分を脚注ぐらいにおさめて、結局、提供体制の改革をしっかりとやって、機能分化を図っていて、本当の意味は、疲弊おびただしい医療現場を守るために必要なときに必要な医療が利用できるというように、今までのように「いつでも、好きなところで」というような使い方ではないのだというようなこと。この文章そのものは当時永井先生が、地域の住民がみんなで小児科医を守ったというような資料を、私はいろいろ参考にしながらこちら辺の文章は考えていくところなわけですが、これを脚注ぐらいのところに置いていただければ、何のためにこれが書かれているのかが少し理解してもらえるのかもしれないなと思ひまして、これもお任せいたします。

○片峰座長 わかりました。

ほかに。

どうぞ。

○福井構成員 全く細かいことで恐縮ですが、14ページの○、下からの2つ目のところ、このパラグラフだけに「就業者」という言葉が使われています。これは医師を指しているのか、特別な医師以外の医療者も含んでいるのか。この部分だけ奇異に思いましたので、「医師」でいいのか、または「就業医師」なのか、文言の整理をお願いしたいというのが一つです。

2つ目、同じことを言って恐縮ですが、2ページの「1. はじめに」の上から3つ目の○のところに、黒ポツの2つ目ですが、ここに国会審議での附帯決議で、医師偏在対策は大学医学部における医師養成段階から実施すべきものであることから、厚生労働省と文部科学省が連携してという文言も入っていて、「1. はじめに」のところのこれを読むと、この部分ももっと大きく扱われて当然ではないかというイメージを持って読んでしまいます。同じことを申し上げて恐縮ですが、この4次報告まとめでは無理かも知れませんが、医師養成課程についてもかなり突っ込んで厚生労働省と文部科学省で具体的施策をつくっていただきたいと思ひます。

○片峰座長 どうぞ。

○永井構成員 先ほどの権丈先生が言われた15ページのところは私も全くそのとおりで、医療のかかり方のところですね。そこから次の16ページの赤のところ、○の3つ目「人口減少が進み、医師の働き方改革も行っていく中で、常勤医を配置するとの発想だけでなく、多様な働き方を認めて、質を維持しながら、いろいろなアイデアや発想を持って、人口減少時代にそのまま常勤をまた派遣するのではなくて、コンパクトな医療提供体制を構築していく。地域住民に対しても啓発を行っていく」というところで私が入れてもらったのですけれども、この流れの中で入れたほうが良いような気が。ちょっと離れていて、そちらのほうに入れてもらったほうが流れがうまくいくのかなとも思ったので、また検討しても

らえたらと思います。

○片峰座長 検討します。

どうぞ。

○森田構成員 何回も議論を重ねてようやくまとまってきたと思ひまして、事務局を初め、大変な議論をされたことについては敬意を表したいと思ひます。

これまでの経緯を少し整理しますと、そもそもは医師の需給の話として、マクロ的にはこれ以上人数をふやさないということから偏在をどうするかという話になってきて、具体的にどういう形で偏在が出ているか、何をどう是正すべきかという目標をこれまでかなり詳細な計算方法で提示されてきたと思ひます。これは既に終わった議論なのかもしれませんが、目標のために現状をどう変えていくかというツールの話が最後には重要ではないかと思ひています。最初に神野先生が御指摘されたところもそこかと思ひます。

ここで提案されているのは、一つはいわゆる地域枠、大学での教育の地域枠をどのような形できちんと行っていくかということで、県の役割を非常に重視しているということと、2番目は認定制度という形で、これは前回法改正に結びつけたところですが、それをうまく動かしていくことをうたっているわけですが、それ以上に前から出てまいりましたし、私も何回か指摘しましたが、医療の場合には経済的なインセンティブの構成の仕方が非常に重要ではないかと思ひております。ここでも経済的なインセンティブという言葉が、見え消し版のほうの40ページで認定制度の取得のためのインセンティブで触れられております。これは局が違ふと言つてしまえばそうなのかもしれませんが、この点につきましては、本文中でどこにどうせよと言つつもりはありませんが、少なくともこの会議の場で、これまでの方法がうまくいけばいいのですけれども、そうではない場合のことを考えておくという意味では留意する必要があるのではないかと思ひています。

さらに、留意するということに関して言ひますと、5ページで「検討事項の検討に当たり留意すべき事項」というのが2つありまして、ベースになるというか、一番ここでの議論の基礎になっております、医師に対する需要のあり方ですね。それはどのように変えるか、変わるかということですが、一つは地域医療構想で、人口減少地域における医療機関についての統合・再編という言葉もありますが、それによって必要とされる医師の数は変わってくる可能性もあるし、遍在性にも大きな影響を与えるのではないかということ。

2番目は働き方改革で、現在は上限時間が議論されているようですが、正直に申し上げまして、仮にそれが低いところに抑えられたときに、医師の供給をもっとふやしていいのかという話になって、その場合に、それを遍在性の是正とどう調整するかという話になりますけれども、5ページの下の方に「4. 検討結果」の上の○のところですが、今回で「医師養成数の増減を伴う長期的な医師偏在対策については、この新たな推計に基づくマクロ医師需給方針との適切な整合が図られるべきである」と。非常に意味深長な表現かと思ひますけれども、働き方改革によっては、供給をもっと必要であることも考慮す

る必要があるのかなど。

このことは、先ほどから議論に出ております15ページの地域枠、その議論ともつながって来ておられて、もっと財政的なことを言いますと、現在の保険財政のもとでは医師がふえることは、当然のことながら医師の平均的な報酬が下がって行くことにもなりかねないと思いますので、そうしたいろいろな含みがあるということをご確認しておく必要があるのかなどと思っています。ここで現在の文章を直してどうこうということは難しいところだと思いますし、その部分についてはこれからの大きな課題として残されているということは確認をさせていただきたいということでございます。

余計なことを申し上げました。

○片峰座長 今回の御発言があったということは書き込まなくていいですか。

○森田構成員 これには結構です。

○片峰座長 大事なポイントは、恐らく今の段階で働き方改革の帰趨によってマクロの需要推計がどうなっていくのかはある程度見通しが立つのではないかと思います。その話と今回の偏在対策との整合が図れるのかどうか。ひょっとしたら、働き方改革によってはさらに医師の需要が伸びる可能性が指摘されましたけれども、私はそれほど心配することはないのではないかと考えているのですが、そこら辺の大体の見通しなどは事務局で持っておられますか。

○石丸医事課長補佐 御指摘ありがとうございます。

今回、将来の必要医師数ですとか、診療科別の医師数の話ですとか、さまざまそういった、特に将来の推計というものをやらせていただいておりますけれども、基本的に、第一に、第3次中間取りまとめの際に御議論をいただきましたマクロの需給推計と整合するような考え方で推計を行っている。特に今回提示をさせていただいているような数値は、週の勤務時間60時間程度に制限するという需給のケース、需要のケース2というところ、それをもとにやっております。それはちょうど年間の時間外労働に直しますと、年間960時間というところに相当する数字で制限がかかった場合ということで数字を算出させていただいておりますので、当然、働き方の検討会、まだ議論している途中ではございますけれども、この年間960時間を意識した数字を出しているということになっております。

○片峰座長 ほかに。

どうぞ。

○神野構成員 これまでの議論で、地域医療対策協議会が強い力を持つことで地域偏在というものがもしかしたら解消してくる方向があるのかなどと思いますが、問題は、やはり診療科偏在というところがまだ解決されていないわけでありまして、そこがすごく医師需給に大きなものを持っていると思います。前にも議論がありましたけれども、現状診療科で診療科偏在をつくっていくのか、これは福井構成員がよくおっしゃっているように、あるべき姿を示して診療科偏在を考えるならば、第5次になるのかわかりませんが、あるべき姿論を早急にやらないと、この偏在対策というのはいまもしかしたら一番そこが効いて

くるのかなという気がしております。

以上です。

○片峰座長 大変な課題ですね。

どなたか、この意見に関して。

どうぞ。

○石丸医事課長補佐 この件ではないのですけれども、1点、福井先生の御指摘の点にお答えさせていただきたいと思います。14ページで、この将来時点の医師の供給数の算定のところ、「算定するに当たっては、各医療圏の性・医籍登録年数別の就業者の増減」という表現を使わせていただいておりますけれども、ここは推計をする中で、この医籍登録年数という言い方をしておりますが、医籍登録という時点で医師ということにはなるのですけれども、この3次調査に基づく就業をしている医師がどのように増減をするかというようなことで推計を行うこととなりますので、そこをこの部分については明示をさせていただいているということになります。

補足させていただきます。

○片峰座長 先ほどの診療科のあるべき論を次は議論したらどうだという御意見だったのですけれども、どうでしょう。

○福井構成員 神野先生がおっしゃったとおりで、どれくらいジェネラルをやる医師が養成されるのかによって、ほかの専門診療科にも大きな影響を与えますので、そのところの見通しをディスカッションして、そろそろ数値として出してもいいのではないかと思います。

以前、専門医に関する検討会で専門医機構をつくるベースになった報告書を書いたときに、私は委員として随分20%という数値を言い続けましたが、最後のところでどういう力が作用したのかはわかりませんが、その数値は入れられませんと言われました。でも、国として最も効率的な医療提供体制の中でジェネラリストの割合は大体こちら辺にあるという数値をそろそろ出して、その方向に誘導していくことをされてもいいのではないかと私は思っています。神野先生の御意見に全く同意です。

○片峰座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○中島構成員 ありがとうございます。

私も総合診療医についてお話ししたいと思います。地域で総合診療医がグループ診療をされている先生方と一緒に働いているのですけれども、総合診療医の先生の特にすばらしいところは、コミュニケーション能力と人と人をつなぐ力だと思います。先生方同士はなかなかうまく連携がとれない状況もあって、地域の看護師から見るともどかしいところがあるのですけれども、総合診療医の先生方は上手に乗り切るなといつも思います。

例えば大学病院で高度な治療を受けながら、在宅であっても地域の先生方と併診してほしいようなお子さんとか難病の方などはたくさんいらっしゃるのですけれども、そういう

方にも先生同士でうまく連携をとって診てくださっています。一方、地域においては、かかりつけ医の先生方が、高齢者を長期間に診ていらっしゃる、だけれども、最後は外来に通えなくなってしまったようなときに、診療所の先生から総合診療医の先生方に訪問診療に行ってくれないかと依頼があって、そこもうまく連携されているなどいつも思います。総合診療医の先生以外でもそういった先生方はいらっしゃると思うのですが、総合診療医のつなぐ力とかコミュニケーション能力はよく教育されてきているのだなどと一緒に働いていて思います。

このことは、総合診療医が地域でハブとなって働くということは、住民にとっては高度な医療も受けられて、地域でもちょっとした病気でも一緒に診てもらえる、安心して連携された医療を受けられるということにつながると私はいつも思っています。なので、医師の偏在とか、医師不足とか、今後の高齢多死社会に向けて、コンパクトな医療提供体制を整えるためには、総合診療医の先生方をある程度ふやしていただけるといいかなと思っています。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○本田構成員 先ほどの診療科別の偏在のことについてなのですが、5ページのところで、今後の働き方改革の結論を踏まえて、マクロの数字のことの議論がありました。片峰座長はそんなに心配していないとおっしゃっていましたが、どちらに動くかはわかりませんが、私は前と同じことを言うてしまうかもしれませんが、10年前にも医師の数をふやしてもそういう役割をある程度きっちり担ってもらえるような仕組みをつくらないと、それはざるだと言ったのです。

それと同じことがまた繰り返されないように、繰り返されないと思っていますけれども、ある程度マクロのこともまた見直しがあるというのであれば、ないにしても、そろそろ本当に福井先生もおっしゃってましたし、神野先生もおっしゃってましたけれども、医師をどれぐらい養成するのかという中には、ある程度その役割をどうしていくのかと。きっちり、何人から何人、何人から何人とできたらそれはすばらしいと思いますけれども、そこまでもしもできないにしても、ある程度のものはやっていくということをしないと今後ずっと繰り返されるのではないかなと思って、あえて発言させていただきました。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 中島構成員から総合診療医のお話が出ました。これからの高齢化の中で、そういう総合的な診療能力を持った医師の養成というのは大変大きな課題で、福井先生からも御紹介いただいたように、日本医師会もかかりつけ医のそういった機能の強化ということを、研修制度を設けてやっています。

どうも総合診療医という言葉がひとり歩きをするので、皆さんの思っている概念と実態と混乱している部分があって、いろいろな団体が名称は異なるとしても自発的に総合診療

医に相当するような医師を今まで認定されてきたという経緯もありますけれども、少なくとも日本専門科医機構で今養成している専門医としての総合診療医は、羽鳥構成員のほうが数字は詳しいと思いますが、そんなに多くないのですね。これから養成していく中で、今まで地域の中で相当に在宅医療も含めて総合的な診療能力を発揮してこられたかかりつけ医の先生方も多数いられます。要するに、一定数の総合診療医が専門医として地域医療の現場に出てくるまでには時間がかかりますので、そういう能力をどれだけきちんと多くのかかりつけ医に持っていただくかが重要なのだと思います。この10年ぐらいの間をどのようにつないでいくかが重要で、徐々に総合診療医が専門医として養成されてくる中で、将来的にはまた形が変わってくるのだと思います。

ただ、今、いきなりそういう人があらわれるわけではない。その中で、福井先生がおっしゃるように、総合的な診療能力を持った医師が大体どのぐらいいるのかというようなことはあってもいいと思うのですが、その専門医が何割だとか何%と言ってしまうとまた混乱するところがあると思います。

専門医のお話で、専門研修部会の中で、昨今、サブスペシャリティーの議論が相当にあって、専門医機構としてサブスペシャリティーについてはきちんとした理念に基づいた一定のルールで認定をしていくということが言われていて、機構としても、余りに細分化したサブスペシャリティーをどんどん認めていくことによって、地域によってますます医師不足を助長してしまうこともあるので、そこを十分踏まえた上で対応していくことになってはおります。

その辺はなかなか簡単に出てくる数字ではないと思うのですが、このぐらいの数というような議論はこれからしたほうがいいのかということには同意します。

○片峰座長 今後と。

どうぞ。

○羽鳥構成員 少し補足させていただきます。

私も専門医機構で今村先生と一緒に理事としてやっているのですが、総合医診療の担当としてずっと各地区を回って、いわゆる総合医を育てるための指導者、特任指導者講習会というものを開いて、200名近くのたくさんの方がいつも来てくださるのですが、そこで実際にいわゆる専門医機構の総合診療専門医を目指す専攻医の人たちいろいろな話をすると、今、この医師需給分科会でやっている総合診療医に求められている僻地の6カ月勤務、実はこれがネックになって、総合診療を選択しないという方もあるとおきします。総合診療だけに希望者が昨年180、ことしも150をちょっと超える程度でデューティーになっていることが少しつらいと感じている人たちもいる。本来、この僻地とか医師少数区域に行く人たちは、全ての医師、みんなで支えていくということであったのに、それを総合診療だけに託されるのはつらいという意見もあることも、皆さんお伝えしておきたいと思います。

○片峰座長 では、最後に。

○小川構成員 総合診療医と内科医の問題なのですけれども、卓上配付である内科医が三千数百名足りないというようなデータが出ていますが、これは現在、サブスペシャリティーとして例えば循環器で働いている方が地方に出て行って、循環器しか見ていない実態をあらわしているのです。ですから、本来であれば内科医というのは、サブスペシャリティーがあったとしても、おなかが痛いのを看られる、風邪も看られる、肺炎も看られる、これが普通の内科医だったわけです。現在、これは大学が悪いところもあるのですが、大学がサブスペシャリティーをどんどんサブスペシャリティー化を進めてしまって、その若い方々が地方に働きに行ったときに錯覚をして、自分は循環器内科医なのであって、呼吸器内科医ではないのだという錯覚をしているところに問題がある。

ですから、このデータそのものは現在の働き方を、例えば循環器を誰が見ていますかというのであれするとこのようになるのだらうと思うけれども、本来であれば、内科医というのは、頭のとっぺんから足の爪先まで全てを看られるのが内科医だったのです。それが違ってきたからぐちゃぐちゃになっているわけで、これをどう直していくかというほうに議論を持っていかないとちょっとまずいのではないかなと私は思います。

○片峰座長 そうですね。次のステップで徹底的にやりましょう。

そろそろ締めたいのですけれども、座長としてテクニカルな質問です。きょうは全然、偏在指標も含めて数値データの取り扱いに関して何も出なかったのだけれども、中間まとめの中にあのデータは入るのですか。それとも別の取り扱いになるのか、そこを教えてください。

○奥野地域医療計画課長補佐 説明が漏れておりまして大変失礼いたしました。

きょう、最後に別添資料ということをつけさせていただいておおり、次回また御案内さしあげようかと思っておりましたが、次回かその次か、親会と合同開催で最終的に決めて行くに当たりまして、決定していったときには、出させていただいた足元の指標等は、この附属資料として公表させていただくという取り扱いかと考えております。

○片峰座長 今、小川先生から出た診療科別の数値も添付されるということですね。

○石丸医事課長補佐 診療科別の数値の点は、今回、議題で資料もこの次に御説明しようと思って出させていただいておりますけれども、今まだ議論をしている状態ではあると思いますので、少なくとも今の状態の数字を、もう今の時点で載せますということにはならないかと思っております。

○片峰座長 そろそろ取りまとめたいのですが、では、文科省からお願いします。

○西田医学教育課長（文部科学省） 先ほど最初に、認定医師であることを加える病院の範囲というところで大学を対象にするという議論がありました。病院の範囲ということで、大学病院の院長の要件としてというようなお話と思っておりました。その部分では、将来的な検討の対象にはなり得ると思うのですが、例えば医学部、大学病院に勤めている教授全体についてという話であれば、それは大学の人事そのものの話になりますので、そこは難しいのではないかと考えているということを確認に申し上げます。

それから、先ほど恒久定員でも地域枠を設定している例はあると申し上げましたが、実際の状況を申し上げますと、県と大学との間で協議をして、実施してきているところがあります。その場合の地域枠という言葉の意味は、新井先生から御指摘があったとおり、奨学金あり、なし、それから義務年限の長さについてもいろいろな形態があり、そういう一番広い意味での地域枠ということになります。恒久定員の8割ほどを地域枠に充てているような大学も実際ありますが、全体を平均すると恒久定員の1割程度という形になっております。5割以上となっている大学は、地域枠を実施している70大学のうちで3大学、2割以上ということになれば、ほとんど公立大学ですが10大学ぐらいです。現状はそのような状況になっておりますので、御報告をさせていただきます。

以上です。

○片峰座長 あと1つ議題が残っていますので、この辺で中間まとめについては締めたいのですが、きょうの御議論、大きな変更を求める御議論はなかったと思います。さまざまな御議論が出ましたので、この意見に関しましては、座長預かりということで、適切な形で反映させていただくということを条件に、本日の第4次中間取りまとめ（案）を分科会の意見として親会に御提案するというところで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 それでは、そのようにさせていただきます。

最後に時間が余ったら、またコメントをいただきますので、次の議題は、診療科ごとの将来必要な医師数の見通しの明確化について、資料に基づいて、まず御説明をお願いいたします。

○石丸医事課長補佐 医事課でございます。

お手元の資料3をごらんいただければと思っております。こちらは「都道府県別診療ごとの将来必要な医師数の見通しについて」というタイトルで資料にしております。

1枚ですので、裏面をごらんください。前回、全国ベースの診療科別の必要医師数の見通しについての議論を行っていただいたということになりますけれども、前回、事務局でさまざま整理させていただきましたが、前回の必要医師数の算出の仕方ですが、医師の働き方改革に関する議論を踏まえまして、マクロの需要推計に沿って、週の勤務時間を60時間に制限した場合の、平均的な勤務時間の医師というものを「1人」として必要医師数を算出していたものでございますが、診療科によっては、2016年時点で必要医師数が現在の医師数を下回るのは妥当性を欠くのではないかとといった意見があったということかと認識しております。

今回、この勤務時間の調整の部分というところで、新しく整理（案）というものを提示させていただいておりますが、今後の働き方改革、勤務時間制限を見込んだ勤務時間の調整等ということでございます。まさにそういった議論を踏まえまして、各診療科におい週の勤務時間を60時間に制限した場合、これは一律に全体でということではなくて、各診療科で60時間に制限した場合の男女比ですとか年齢、これは実際には医籍登録後の年数ベー

スとなりますけれども、そういった分布も加味した上で、診療科別の平均的な勤務時間の医師、これを「1人」として必要医師数を算出してはどうかということを御提案させていただきたいと思っております。

今回、これはこの提案を踏まえたものではなくて、前回お示しさせていただいた資料、全体の診療科別の医師数ベースのものでございますけれども、机上の参考資料ということで、都道府県別、診療科ごとの将来必要な医師数の見通しのたたき台ということで、各診療科、47都道府県別の必要医師数の見通しについて、各都道府県別、全国の見通しを患者数の比で機械的に案分したものではございますけれども、こちらも参考として提示をさせていただいております。

議論としては、資料3の部分の勤務時間の調整の仕方、前回していたものを、新しいこの整理案を提示させていただいておりますので、こちらはどうかということについて御意見をいただけないかと思っております。

○片峰座長 わかりますか。

この修正をしたら、前に御提示いただいた数値データがどのように動いていくかというのを、大まかなところでも御説明いただいたほうがわかりやすいかもしれないですね。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。済みません。

概念的な整理の案で、具体的にわかりにくい部分がありますので、例えば具体的な話として申し上げますと、もともと前回御提示をさせていただきました調整の仕方というのは、各診療科さまざま、勤務時間が長かったり短かったりということがございますけれども、勤務時間の制限をある程度した上で、全部の診療科の平均的な勤務時間、その平均的な勤務時間分、各診療科が仮に働いた場合、医師がどのぐらい必要になってくるかということ計算したものでございます。

これは具体的に言うと、例えば平均的な勤務時間よりも短い診療科であれば、今よりもさらに勤務時間をもう少しした上で、そうなると、例えば不足数が出てくるというような計算をしておりました。それに対して今回の整理は、各診療科、週の勤務時間60時間制限ということで出てまいりますと、勤務時間を平均すると長い診療科、短い診療科、さまざまあるかと思っておりますけれども、その中でも週の勤務時間60時間以上働いている方というのは各診療科によってさまざまだと思いますので、そういった方が週60時間までしか働けませんでした場合に、各診療科ごとに平均的な勤務時間の医師を「1人」とする。これは先ほどの例で言うと、今、各診療科の中で一人一人の医師という意味では勤務時間をこれ以上はもちろん延ばさないという前提で勤務時間を調整させていただくということで、もう一度整理をさせていただけないかということでございます。

○片峰座長 ということは、2016年段階で余っている診療科はなくなるということなのですね。

どうぞ。

○神野構成員 よろしいですか。後ろから刺されないようにしながら言わなければいけな

いのですけれども、前回ちょっとお休みしましたけれども、データを見せていただいて、今のお話の勤務時間によって余っている科が出てくるということだったと思うのです。そうすると、この見直しをすると全部足りないということになったわけですね。

それと同時に、ちょっと別な視点で申しわけないのですけれども、入院と外来機能で恐らく相当まだらな感じがあるのではないかという気もするのです。きょう、平川構成員がいらっしゃらないのに精神科のことを言って恐縮ですけれども、恐らく、いわゆる心のクリニックとか心療内科とかで、外来のところでは相当数がいらっしゃる。ところが、病院精神のほうは足りなくて困っている。今、典型的な例ですけれども、入・外の視点というのはどこかで言えないものかなということなのです。

○石丸医事課長補佐 今の御指摘、最初の点なのですけれども、見直しを仮にするとということでは、今回参考資料等でつけている数字は、この見直し後の数字ということではございませんので、これはあくまでも前回の整理に基づいた機械的な計算をした数字ということになります。

必要な医師数がどの診療科で過剰ですとか、そういったことが出てくるか、出てこないかということなのですけれども、これは実際に計算をしてということになります。週で言うと60時間以上勤務をしている医師、その分は週60時間までしか働けないという前提で推計をすることになりますので、そういった医師がいる場合は、その短縮される分に関しては、その分を必要な医師数としてそれが計算上は出てくるということになります。ただ、それがどのぐらいの割合でということは、これで実際に計算をしてみると出てくる例であろうということになります。

その次に御指摘をいただきました入院・外来の偏在というようなところでございますけれども、今の時点では、まずは診療科間の偏在というところで、当然、各診療科ですとか、さらには地域の中でですとか、入院・外来の比率、これが偏在ある、ないというようなこと。これは外来の偏在指標の話もございましたけれども、そういったことは当然であろうかと思いますが、今の時点では、第一の議論の査定として、都道府県別、診療科別というところで必要数の見通しについてまずは議論をする。そういったところをある程度した上で、さらにその内訳として入院・外来ですとか、そういったことは次のステップになってくるような話なのかなと思っております。

○堀岡医師養成等企画調整室長 ちょっと補足させていただいてよろしいでしょうか。前回も同じようなことを言ったのですけれども、入院・外来の医師がいたり、その分布があったり、診療科ごとにそのバランスが違ったりというのは当然あります。例えば、外科が専門でずっとやっていた先生も、診療所になったら内科で開業するという例は幾らでもあるわけです。そういうことの勘案をどうするのだということなのですが、推計はすごく複雑なので、そういうところがどのように配慮されているのかは難しいのですが、要は、最後の出口は、診療科偏在を直すのは、結局、その専門医を選ぶところでしか診療科偏在というのは直りようがないわけですね。そこに使うので、そこを使うデータとしては、全て

の入院のデータ、専門医の人はほとんど全てがまずは病院で、DBCの病院が多いと思いますけれども、そういうところで養成されるわけなのです。そういうところでどんな疾病が何科で、どのようにやっているのかということをもとに推計しているので、診療科偏在を議論するデータの中身としては、非常に精緻なのではないかと思っております。

○今村構成員 ちょっと抜けてしまったので事務局の説明を詳細に伺えなかったのですが、今、神野先生とのやりとりの中で、今回の整理をすると、全ての数が前よりも不足が増えるとおっしゃったのですけれども、そうなのですかということが一つ、確認です。

それと、上の○と今回の整理（案）はどこがどう違ったか、何となく日本語として明確ではないなというのがあるので、簡単にわかりやすく説明をしていただけますでしょうか。

もうされたのかもしれないですけども、2点、お願いいたします。

○堀岡医師養成等企画調整室長 わかりやすくという意味では、私のほうがあれなのかもしれないので、私が御説明しますと、上は、全ての診療科の山があるわけですね。勤務時間が短い方から非常に長い方まで、こういう山があります。それを全ての平均に寄せたらどうなるのかということで、その診療科の目安を計算したのが前回出したものでございまして、前回の28回資料の参考資料5の6ページに診療科別勤務時間というのがございます。医師全体の週当たり勤務時間は51時間ですので、どの診療科も51時間が山の平均になるような操作をして診療科の目安を出したわけです。

それよりも今回の下は、働き方改革というのは週60時間以上働く人がいなくなるというのが長期的な目標であるわけなので、60時間以上働いている人はどの診療科にもいるわけで、その人たちがいなくなるというような推計をして計算したほうが、より現実に即した、政策目標に即した計算になるのではないかというものでございますので、どの診療科も不足になるということではないです。どの診療科も60時間以上働いている方はいるので、その方がいなくなるという推計をするということでございます。

済みません。これでもわかりづらいかもしれませんが、申しわけないです。

○片峰座長 どうぞ。

○堀之内構成員 ちょっと違う論点でもよろしいでしょうか。

○片峰座長 いいですよ。

○堀之内構成員 都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通し、参考資料については、これから何か御説明があるのでしょうか。

○石丸医事課長補佐 この参考資料のところですけども、こちらは今回、少し補足して説明をさせていただきますと、最初の1ページをごらんいただければと思いますが、これは前回の整理に基づいて算出した各診療科別の必要医師数の見通し。これは、全国の見通しを各都道府県の患者数の比で機械的に案分して算出したものでございます。これは機械的にやったものですので、個別の県ですとか診療科の中でどうこうということは当然あるとは思いますが、個別にどこがこうですというような説明は、特に私の解釈というのは余り意味がないかと思っておりますので、それはやらないということになるかと。

○堀之内構成員 その点で確認を。

ただ、資料としては出ていますので、これを拝見すると、1ページをめくっていただいた「必ずしも、養成数が専攻医養成数を意味しない」というところは、恐らくいろいろ配慮されて書かれたポイントだと理解しているのです。めくったところの内科のところ、私は内科ですので、東京を見ますと、今年の専攻医の数などからすると遥かに離れております。これまでの専門医制度に関連して医師の偏在を考えると、例えば、一つはシーリングの話が出てきていました。もう一つは、恐らく専門医機構のほうで整備指針になりますのは、専門研修施設群の地理的範囲をある程度その地域密着型にする形で配慮しましょうということが出てきていたのです。それで本日の資料を拝見したときに、今の取り組みからすると、専攻医養成数とかなりギャップが大きいのです。

確認なのですが、そこを議論するとかフォーカスするために出したのではなくて、あくまでもこれは専門医の研修・教育とかが終わった後に、東京で定着して内科医をされる方がこのぐらいいるのが望ましいということに、今の段階のたたき台の数字と理解してよろしいでしょうか。これだけしか東京で専攻医がいてはだめというものではないという、それが最初の3ポツ目のところに明記されているのかなと理解したのですけれども、それでよろしいでしょうか。

○堀岡医師養成等企画調整室長 これは専門研修部会に参考資料で出したものでございますけれども、この数字の意味というのは、専門研修のシーリングと臨床研修の都道府県ごとの枠とかがあるのですけれども、例えば東京の279とかこういうものは、仮に東京だけの需要を今の養成数でやると、このようになると。歴史的に東京から近隣県に派遣したりというのがあるので、シーリングというのは今までの養成数と、その実績が正しいかどうかは別として、実績どおりにするというのがシーリングの考え方なので、今回の専門医のシーリングの考え方とここでの数字というのは全然意味が違うものであるというのは確かでございます。診療科を選択する目安としていただくという意味では使っていただくものでありまして、そこから先どのようにするかというのは、専門研修部会などでも議論いただく話かなと思います。

○堀之内構成員 これは結構重要で、東京とか一部の地域は、若手の10年目ぐらいまでの先生からすると、勉強しに行く場所だったりもするわけです。それが多分、実際の専攻医の数とかにも結構反映されていると思いますので、これは今後の診療科別だったりとか地域別の偏在を検討するときに、10年目までの教育研修の対象になるような医師を扱うときには、例えば東京と周辺の県の患者さんの流出入と同じような形で、1回東京に来て、また帰るとかというような若手医師の流出入みたいなのところも配慮しないと、現実的に、例えばシーリングだったりとか地域をがちがちにプログラムで限定するというだけではうまくいかなさそうだなというのを感じましたので、コメントしました。

○片峰座長 ほかにいかがでしょうか。

将来必要医師数を算定するときに、ころころ規準が変わるといろいろなところで誤解を

生みやすいと思うのです。そういった意味で、今回変えられたことで、恐らく診療科ごとの医師の総数の割合とか何とかがきいてくるのでしょうかけれども、次のステップでトータルとしてのマクロの医師需給の数値を考えると、どちらを採用するのだとか、そこら辺でいろいろ問題が出てくると思うのです。だから、その場その場でどういう目的で、どういう規準で算定して、これは何が違うのかというのはある程度明確にしなければいけないのではないかとずっと思っているのですけれども、そこら辺はどうですか。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。

その点はしっかり明確にしておかないと、当然、最初はマクロの需給推計から始まって、働き方改革の議論を踏まえて次にまた議論をしていくこととなりますけれども、まさに勤務時間制限、労働時間制限というような話が出てきたときに、それをどのように推計の中に盛り込んで推計するかというようなこと。それはまさに今回、この考え方をお示しさせていただいておりますけれども、こういったことをしっかり次のマクロのときもそうですし、今回の議論もそうですけれども、しっかり明示させていただき、今回わかりにくかった部分もあると思うのですが、議論をしていただきたいと思っております。

○片峰座長 ほかにございますか。

どうぞ。

○小川構成員 この議論ではなくてもよろしいですか。全体を通じて。

○片峰座長 はい。この議論はここで終わりにします。どうぞ。

○小川構成員 医師需給の検討会は、たしか昭和の最後あたりからもう5回か6回ずっと続いているわけですがけれども、今までの過去の検討会に関しましては、具体的な方策というのは一切出ていなかった。今回の医師需給分科会、そして医療従事者の需給に関する検討会に関しましては、医師法の改正もやりましたし、医療法の改正もやりました。そういう意味ではかなり突っ込んだ議論をして、そして、それが今回の最終、第4次中間取りまとめに書き込まれたということだと思います。

私としては、まだまだ不満もありますし、まだまだ問題は残っていると思っておりますけれども、今回の医師需給分科会ほど着実に進んだ分科会はなかったと私は思います。そういう意味では画期的な中間取りまとめになったのだらうと思っております。多少不満はありますけれども、画期的な取りまとめになったのだらうと思っておりますし、歴史的な画期的な分科会になったのではないかと思います。そういう意味で、私は、この分科会に参画したことを誇りに思います。大変ありがとうございました。

○今村構成員 もう時間がないところで恐縮ですがけれども、私は小川先生にすごく怒られながらこの会に参加をしましてまいりましたけれども、今、とても前向きな御意見をいただいて、私も本当に過去の議論とは全く違う議論をしているのだと思います。本当にいろいろな要素が組み込まれ、この議論の最中にまた働き方改革が入ってきたということで、非常に複雑な状況になっている中で、とりあえずはまずはこれでスタートして、引き続き、常に検証していくという中で何を変えていくのかということ議論しない限り、これは何も

進まないなと思っていますので、スタートということでは、とりあえずは一旦これでまどまったということにさせていただいたらいいのではないかと考えています。

○片峰座長 ありがとうございます。

3年半かかってここまで来ました。その間、紆余曲折もありました。やはり医療法の改正に持っていったというのは非常に大きかったと思うのです。それに基づいて、今回は数値データをベースにして、ある前提は設定した上で、説得力のあるデータが幾つか出てきて、それに基づいて地域にも頑張ってもらいたいということだと思います。

次は森田先生の親会でぜひ更に議論していただいて、よいものにしていただきたいと思っています。

先ほど本田構成員が言われたように、今回は何らかの実が得られるようにしなければいけません。ぜひそうあってほしいなと思います。御協力ありがとうございました。とりあえず、この分科会、このクールはこれで終了ということにさせていただきたいと思います。

それでは、今後の議論の進め方に関しましては、また事務局と相談の上、進めさせていただきますということです。

それでは、事務局から何かあればお願いいたします。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。

第4次中間取りまとめ、本日は大変活発な御議論をありがとうございました。この議論を踏まえて、また、親会への細かい文言修正等は片峰座長と御相談させていただきますけれども、次回、親会の開催に向けて準備を進めてまいりたいと考えております。日程等につきましては、追って事務局から御連絡をさせていただきたいと考えております。

○片峰座長 それでは、これで終了いたします。どうも御苦勞さまでございました。