

○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26回医師需給分科会」を開催いたします。

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

初めに、構成員の本日の御出欠について御連絡させていただきます。

松田構成員、本田構成員から、所用により御欠席との御連絡をいただいております。

次に、資料の確認をいたします。

本日は、資料といたしましては、議事次第、座席表がついておりますけれども、下に外来の関係として、資料1-1から1-4まで4つございます。それから、資料2、資料3と資料をつけております。

事務局の不手際で大変申しわけございませんが、資料1-2なのですけれども、一部印刷がきれいにできていない部分がありました。ここは今、至急印刷をしておりますので、後ほど一部差しかえをさせていただきたいと思っております。

ほかに不足する資料、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 以降の議事運営につきましては、片峰座長にお願いさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

○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、これも昨年12月の第2次中間まとめのときに議論になったポイントです。「地域における外来医療に係る医療提供体制の確保について」ということとなります。

きょうは資料ごとに説明と御議論という形でやりたいと思います。最後に、きょうは医学部定員の臨時措置に関する御報告がございますので、15分ぐらい残したいと思っておりますので、御協力をよろしく申し上げます。

まず、資料1-1を事務局のほうから御説明をお願いいたします。

○松本地域医療計画課長補佐 事務局でございます。

資料1-1「地域における外来医療に係る医療提供体制の確保」でございますけれども、おめぐりいただいて、主に1ポツ、偏在に関するこれまでの議論の整理ということで、資料1-1はこれまでのおさらいでございますので、簡単に説明をしていきたいと思っております。

めぐっていただいて2ページですけれども、本日の議論ですが、4段階に分けて行いたいと思っております。1がこれまでの整理でございます。2が可視化についてというところで、主に外来医師偏在指標についての議論をさせていただきます。3ポツは新規開業者への情報提供について、4が具体的対応ということで、主にマル2の協議の場のところについて御議論をいただきたいと思っております。

それでは、3ページ以降、これまでの議論の整理ということで、簡単に御説明していき

たいと思います。

4 ページですが、医師全体の4割が診療所で働いているというところがございます。

5 ページですけれども、新規開業数は増加の傾向にございまして、近年ふえているというところがございます。

6 ページは人口10万人当たりの診療所数でございます。地域差がございまして、和歌山と埼玉では52.9ポイントの差がございますけれども、見ていただきますと、左側が北、東のほう、右側が西のほうということで、右側のほうがやや高い、西高東低の傾向がございます。

7 ページは人口10万人当たりの診療所医師数でございまして、こちらにも大きな差があり、西高東低の傾向がございます。

8 ページをごらんください。無床診療所の新規開設でございますけれども、伸びという観点でございますと、指定都市・特別区とか中核市において近年伸びている傾向にあるというところがございます。

これらのデータとともに、昨年12月にこちらの分科会で取りまとめをいただきました第2次中間取りまとめの中から関連する部分を抜粋してございますので、9 ページをごらんください。こちらでございますけれども、特にきょうの議論で使わせていただいているところは赤線が引いてございます。

1つ目の赤線、○の2つ目の黒ポツの1個目ですけれども、無床診療所の開設状況が都市部に偏っている。次に、2つ下でございますが、これまでの取り組みにつきましては、特に規制等がなく自主的な取り組みに委ねられているというところがございます。次の○をごらんいただきまして、今般、医師偏在指標を示すということでございますけれども、こういう情報を、新たに開業しようとしている医療関係者が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、可視化するべきではないかというところがございます。次の○は、情報の中身について協議等をすべきだということになっております。次の○は、実際の外来機能につきまして、2行目でございますけれども、これは充実が必要だとか、既に充足している外来機能だというような方針について協議を行うべきであるというところがまとめてございます。

めくっていただいて10ページですが、ことしの1月の医療部会にこれを報告した際に、少し整理をしております。対策のコンセプトが(1)(2)(3)ということで3段階ございます。(1)が可視化で、客観的な把握。2つ目が情報提供ということで、新たに開業しようとしている医療関係者が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提供するということ。3つ目は可視化の内容の協議と、もう一つ、地域での機能分化・連携の方針の協議というところで、地域医療構想調整会議を活用しつつ、こういうところで協議を行っていくのが外来の偏在への対応としていいのではないかとということになっております。

11ページは同じ日の医療部会に出した資料でございますけれども、現状と制度改正の方

向性は今、述べたとおりなのですが、下に、仮に無床診療所の開業規制を行う場合にこういう課題があるということをもとめているところでございます。これは本当に規制を行う場合という仮定の話ですけれども、5つ論点がありまして、1つ目は自由開業制との関係、営業の自由等との関係。2点目に、国民皆保険との関係。3点目は雇入れ規制を行う必要があつて、これはかなりハードルが高いのではないかと。4点目は新規参入が抑制されることによって、新陳代謝がなくなって質が下がるのではないかと。最後の点ですけれども、規制を導入する際に、駆け込み開設があるのではないかとということが留意点として述べられていたところでございます。

12ページにつきましては、ことしの医師法・医療法の改正の際の附帯決議の内容でございまして、調査、分析ができるように、きっちり体制をとるとということが述べられてございます。

最後、13ページでございまして、施行のスケジュールということでお示ししています。赤線で囲まれているところでございますが、2019年4月1日施行でございまして、およそ3カ月後になってございますので、今回の一連の検討の取りまとめと同時に取りまとめ、来年4月までに施行する必要があるということでございます。

資料1-1についての説明は以上でございますので、よろしく願いいたします。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、資料1-1、これまでの議論の整理に関して御意見があればどうぞ。

○山口構成員 山口でございます。

今、御説明の最後にあったスケジュールということで、あと3カ月しか時間がないという中で、恐らくきょう、この外来のこともテーマに出てきたのだと思います。これまでの議論の中でも、例えば11ページにございますような、単なる開業を希望する人への情報提供だけではなくて、もう少し規制を厳しくしていく必要があるのではないかとというようなことも、これまでの中で議論を重ねてきたように私は思っています。

今回、あと3カ月で取りまとめをして、この先、作業工程が入っていくわけですが、事務局にお尋ねしたいのが、今回決めたことで、もう全て外来のことについても取り決めということになるのか。今はこの段階で外来ということを考えるけれども、さらにもう少し取り組みを進めていくのかというようなことを継続して議論するのか。そのあたりはどのようなお考えでスケジュールを含めて考えていらっしゃるのかをお尋ねしたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○鈴木地域医療計画課長 地域医療計画課長でございます。

御質問ありがとうございます。今回の議論につきましては、これまでの需給分科会の第2次中間取りまとめ、それから、法律事項ということで、これまで外来について何も触れられていなかったものについて、まずは第一歩ということで、今回は見える化、情報提供、そういった外来に関する協議の場の設置ということ、この3つを観点に提供させていた

だいたところでございます。

構成員がおっしゃるとおり、これにつきましては、まだ今回が初めてということもございまして、今後このような例は、今回行ったものについてはどのような成果が上がるのかということも不明でございますので、適宜そういった見直しなり、もしくは今後、追加的な検討なりというのはしていきたいと思っておりますが、時期については、まだ言及はできないところでございます。

○山口構成員 ありがとうございます。

これまでもこの議論は結構長くやってきて、いろいろな問題が出ては、それがいつの間になくなってしまったりしていることもあったと思います。事務局も異動されることもございますので、今、おっしゃった継続的にというようなことを、ぜひ引き継ぎも含めて必ずしていただきたいということをお願いしたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 今の山口構成員の時期の問題についてなのですが、新しいルールをつくったときには、実施はいつからになる予定なのでしょうか。

○松本地域医療計画課長補佐 来年4月1日に施行いたしまして、来年4月から1年間は都道府県が計画を策定する期間になりますので、その計画に基づいて施策が行われていくのは再来年の4月かなというタイミングになろうかと思えます。

○今村構成員 ありがとうございます。

それと、これは後で議論になるのかもしれないのですが、協議の場についてはいろいろな会議をつくらないほうが良いというのはそのとおりでと思うのですが、地域医療構想調整会議自体、今、病院病床の話で結構手いっぱいになっているところに、これがまたさらに外来医療機関の話を入れて、逆に言うと、外来のことがわかっている先生たちを入れると、非常に多人数になって議論がなかなか集約できないのではないかという危惧もあるのですが、その辺についてはワーキングみたいな表現もちょっと出ていますが、もう少し弾力的な会議運営についてお考えはあるのでしょうか。

○松本地域医療計画課長補佐 詳しくは4のところでお話しいただければと思いますけれども、御指摘のとおり、柔軟に負担なく取り組めるようにということを重視して案を御説明したいと思いますので、御議論をよろしくお願いいたします。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 スケジュールの話ですが、後の議論にも関係するかもしれませんが、これまでの議論で医師確保方針の位置付けということで、これまでの資料を見ると、人口10万対医師数は医師の偏在状況を十分に反映した指標となっていないということを言い切った上で、今までいろいろな議論を進めてきています。しかし、今回の、いろいろなデータは人口10万対ということで、否定しておいたものがまたここで出てくるわけでありまして、そうすると、このたった3カ月の間に人口10万対を否定しながら新たな指標というのはなかなかスケジュール感として難しいのではないかと思うのですが、4月以降はどうい

う議論になるのかということをちょっと質問したいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○松本地域医療計画課長補佐 御質問ありがとうございます。

今、御質問いただいたのは外来についてのところの御議論でしょうか。ありがとうございます。

資料1-1にお示ししました人口10万対医師数につきましては、あくまでも参考という位置づけで出させていただいております、資料1-2以降で人口10万人対外来医師数ではない指標の作成について御議論いただきたいと考えております。施行については来年4月ということと考えております。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 新しい指標が出てくると、来年4月からというのは非常に時間が短いということを指摘したわけで、この新しい指標を出しながら来年4月からの運用に進めるということですね。

○松本地域医療計画課長補佐 御説明が不足しておりますて申しわけございません。

4月の施行ですぐに運用が開始されるわけではございませんで、1年間の計画作成期間がございまして、その間に指標をどのように政策に落とし込むかというところを都道府県で書いていただきまして、実際に計画が始まるのは再来年の春からということになってございます。

○片峰座長 よろしいですか。

どうぞ。

○権丈構成員 意見でも何でもないのですけれども、11ページの無床診療所の開業規制を行う場合の課題というところで、自由開業制との関係とか国民皆保険との関係とかいろいろある中で、4番目に、新規参入抑制による医療の質低下への懸念とある。新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念ですね。普通に経済学を勉強すると、こういう話うん、という話になるのですけれども、ということは、都心で新規参入が多いところは質がどんどん上がっているという話になるのか。地域のほうで、ほぼ地方都市の中で地域独占をやっているような質のいい医療とかを私は知っているのですけれども、あれはよろしくないという話なのか。

そして、今、全体的に競争よりも協調という形でやっていこうということで改革を進めているわけですけれども、このあたりのところがさらっとほかの理由のところ、新規参入抑制による医療の質低下への懸念というものが入っているというのは、あるいはこれから先、同じようにずっと論じられていくというのは、私はちょっと、エビデンスと違うのではないかと思います。診療所はそうであって病院は違うのだとか、何かわけがわからないような、よほど厳密にやらないことには、この言葉のように、一般大衆はそうだねと思うけれども、よく考えるとそうではないという話は結構危ないかなということがありますので、こういう意見もあるということを伝えさせていただきました。

○片峰座長 わかりました。

よろしいですか。

○羽鳥構成員 10ページ目の新規開業者への情報提供ということですが、若い先生たちが、若くないかもしれませんが、先生たちが開業するときのイメージを考えると、普通は大病院、中小クラスの病院でも、部長クラスとか医長クラスとか、ある程度になって腕に自信がついたところで開業するというパターンが多いと思います。私たちの近くの病院だと、例えば消化器とか糖尿とか、そういうことをやっていらっしゃる科の院長先生ですと、自分の抱えている患者さんをみんな連れていけと。そういう言い方をして、要するに、病院にとってはフレッシュな患者さんが来ないと売り上げが上がらないというようなこともあって、できるだけ開業を勧める場合もあるわけです。

そういうことを考えていくと、こういう2番の考えているようなこと、それから、役所が幾らやったって、何か時代おくれのことしか出てこないのではないかと。実際にはコンサルタントの人がもっと最新情報を持ってそういう方たちに接するでしょうから、もう少しリアリティーのある情報提供、リアリティーのある協議の場とか、そういうものを考えていかなければいけないのではないかと。実際に開業する立場から見るとそう思います。都会の場合ですね。

○片峰座長 これは後で議論のポイントになると思います。

それでは、次に移りたいと思いますけれども、何かありますか。

○永井構成員 一つだけいいですか。医師多数地域と不足地域を認定したときに、不足地域のインセンティブはうまくいくと思うのですが、多数地域の制限はなかなか、こういう状況、課題があるので難しいと思うので、それができないと、結局認定しても絵に描いた餅になると思うのです。その中で、制度改革が方向性だと思うのですが、例えば制度改革の一番下の、地域における外来医療機関間の機能分化とか連携の方針についても協議と書いていますが、こういう具体的な連携のあり方をある程度国が指し示していかないと、都道府県に全てを任せていると、なかなか前を向いて進まない。

地域間での利害関係とかで前を向いて進まないと思うので、この前の認定医師の常勤医の定義などもそうなのですが、今までどおり医師不足地域にどっぷり常勤医が勤務するというのではなくて、例えば僻地だと週1回でもいいし、うちのように曜日ごとに勤務するとか、やりようによっては1週間ごとに勤務したり、1カ月ごとに勤務したりとか、多様な働き方を認めて、そういう連携のあり方、このように連携したらどうかということのある程度出して、イメージしていかないと、いい連携をしてくださいということだけではなかなか前を向いて進まないかなと思うので、制度改革をする中で、そういうものを具体的に指し示すような提案も必要かなと思います。

○片峰座長 これも後ほど議論するところがございますので、そのときにまた。

森田先生。

○森田構成員 時間をとって恐縮です。久しぶりに出てきたので、前にそういう議論があ

ったかどうかわかりませんが、先ほど権丈先生が指摘された11ページの下の開業規制を行う場合の課題のところですが、これは法制局の見解なのか、判例なのか知りませんが、自由開業制というのは憲法で保障された営業の自由との関係で整理が必要ということですし、その下の保険との関係でも、保険上の制限も実質的な開業制限とありますが、医師のほうの営業の自由は憲法で保障されているのかもしれませんが、保険料を払いながら医療が受けられなくなる国民のほうの権利は憲法で保障されていないのでしょうか。これはお答えにならなくても結構ですが、そういう問題もちょっとあると思います。

○片峰座長 よろしいですか。

今の御意見も含めて、最初の山口構成員の御意見も含めてなのでありますが、9ページに検討会のまとめがありますが、前回の第2次まとめのときに、巻末に両論併記で議論がまとまらなかった部分が3点、明確に記してあるのです。そのうちの1つが前回議論になった認定の問題だし、もう一つがこの外来偏在解消方策としての開業規制の問題だったのです。この検討会が続く限り、存続する限り、どこかでそこは議論していただかないといけないということだと思っております。ぜひよろしくお願いいたします。

そういうことで、次に進みます。今、出ましたものは後ほど議論するところがございますので、よろしくお願いいたします。

それでは、資料1-2をよろしくお願いいたします。

○石丸医事課長補佐 済みません。先にお配りした資料を説明させていただきますが、差しかえの部分でページ1、2と書いてございますけれども、ちょうど資料1-2の27ページと28ページの差しかえでございます。よろしくお願いいたします。

○片峰座長 それでは、御説明をお願いします。

○松本地域医療計画課長補佐 それでは、資料1-2をごらんいただきまして、御説明させていただきます。外来医療機能に関する情報の可視化ということで、主に外来医師の偏在指標についての御議論をいただくものでございます。

2ページの背景のところがございますけれども、繰り返しになりますが、無床診療所の開設が都市部にやや偏っているということと、全体の指標ができていくということでございます。対応の方向性の案でございますけれども、新たな医師偏在指標は医師全体のものでございますが、外来についても外来医療の実態に即した指標をつくってはどうかと考えております。基本的には新たな医師偏在指標と同じように、2つ目の○にございますけれども、人口構成等、昼夜間を含めた流出入、医師偏在の種別、医師の労働時間を考慮してはどうかと考えています。

1つ目のポツの僻地への対応というところでございますが、僻地で特化した診療所医師の確保策を行うことによりまして、僻地の医療従事者、病院のほうから開業のほうに誘導することも起こり得ますということで、外来医療に特化した僻地の対策というよりは、僻地全体での確保策の中で対応するというのがよいのではないかとということで、一番下のポツにありますように、1、2、4、5ということで、指標に入れ込んでどうかという案

でございます。

全体指標のときに一度御説明している資料もありますので、少し駆け足で行きたいと思っておりますけれども、4ページでございます。こちらは都道府県における地域の人口構成の差でございます、年齢階級が、構成が異なっている。

5ページは男女も差がありますということです。

6ページは外来の受療率でございます、左側にあるのが時間内と時間外を合計したものでございます。時間外自体は下の紫のところは時間外の受療率でございます、圧倒的に時間内の受療が多いということがございまして、年齢によって全然受療率が違うことがわかって思っております。右側に行ってくださいと、時間外の受療率もお示ししているのですけれども、小児、特に乳幼児が多いということがわかって思っております。

7ページでございますが、これらの人口構成の違いにつきましては、下にございますように、医師の全体の指標と同じで、地域ごとの外来医療需要を、人口構成を調整するという標準化の手法によって調整してはどうかということを考えているところでございます。

続きまして8ページでございますけれども、昼夜と普通の流入をまとめて議論させていただきます。

まず、9ページでございますが、昼夜での人口の流入がございまして、やはり大都市に昼間流入している人口があるということがわかって思っております。

10ページですが、先ほどのおさらいなのですけれども、外来受療はほとんどが昼間に発生していると考えています。

11ページは昼夜の人口も含む全体の流入でございますけれども、外来の患者全体の流入をお示ししていますが、東京では流入率が10%ということで、かなり高い。ほかにも3%台で流入しているところが多いということでございます。

12ページをございまして、対応方針ですけれども、論点の1つ目の○でございますが、時間内受診が多くを占めているので、昼間の人口を基本としたものとしてはどうかということを考えております。しかしながら、都道府県間でも調整を行うということが可能であるということは、全体指標と同じようにしたいと思っております。ただし、調整の簡素化のために、新たな医師偏在指標と同じにしましょうとか、昼間の人口でやりましょうとかいうような一括した対応が簡素でよいのではないかと考えております。また、最後の○ですが、時間外診療に関するデータについても提供することにはどうかと考えています。

13ページ以降はさまざまな偏在の種類でございます。

14ページで診療所数と医師数の関係をお示ししております、おおむね1対1対応というところでございます。いろいろな地域で診療所数と高い相関があります。

15ページでございますけれども、対応（案）といたしましては、外来医療のサービスの提供主体は医師でございますので、医師数に基づく外来の医師偏在指標をつくるというこ



とを基本とします。しかし、ほとんどの診療所が1人の医師によって運営されているので、診療所に関する議論としても、代理で使える変数であることを確認しておきたいと思えます。

続きまして、16ページでございますけれども、外来患者の数ですが、患者の頭数で見ますと、8割方が外来患者でございます。特に診療所につきましてはほとんど外来医療をやっているわけでございます。外来医療全体を100、10割としますと、7割は診療所が担っているというところでございます。

17ページは外来患者を100としたときに何割ぐらいを病院が診て、何割ぐらいを診療所が診ているかということで、おおむね7割程度の患者は診療所が診ているというところでございます。こちらには地域差がございまして、例えば北海道とか高知県などは病院が診ている外来患者が多いというところであります。

対応（案）でございますが、18ページをごらんください。課題のところはおさらいですが、一定割合は病院によっても提供されてはいるのですが、病院において医師一人一人が、外来医療と入院医療のどこにどういう割合でエフォートを割いているかというのは、個別性が大きく精緻な情報を把握して施策に落とし込むということは困難であろうかと思えます。対応（案）のところでございますけれども、新規開業が都市部に偏ることへの対策ということで、外来医療の議論を行っているわけですので、外来医療の多くが診療所で提供されていることも鑑みますと、診療所における外来受療率及び診療所医師数をベースにした指標とすることが適当ではないかと考えております。診療所医師の指標をつくるということでございます。ただし、地域ごとに病院と診療所はどの程度対応しているか、割合も異なるということもあるので、病院が何割ぐらい対応しているかということもあわせて提供してはどうかと考えております。

続きまして、ページ番号右下、小さくなっていますけれども、19ページです。診療科別の議論でございます。こちらは昨年10月25日に出したものでございますが、診療科ごとの需要を議論するに当たりましては、最後の○をごらんいただきたいのですけれども、診療科と疾病や診療行為の対応をまずは整理するということが重要で、今、これをまさに行っているところでございます。

20ページは第22回でお示したもののなのですけれども、論点の1つ目の三角ですが、基本的対応ということで、まず、診療科と疾病・診療行為の対応を明らかにするという作業を行ってから、診療科別の偏在指標をやるということでございますので、今はこの作業待ちというステータスになっています。

21ページをごらんいただきまして、外来における診療科別の指標もどうするかということで、先ほど申し述べたように、全体指標と同じように考えてはどうかと思っております。論点の1つ目の○、1行目ですけれども、まずは診療科と疾病・診療行為の対応を明らかにする作業を待ってから、改めて検討ということにさせていただきたいと思っております。

めくっていただきまして、最後に、今度は医師側の調整になるのですけれども、23ページでございます。医師につきましても地域の年齢分布が異なっております。診療所の先生の年齢ですが、およそ3割が65歳以上で、やや高齢に偏っているところがございます。

24ページは男女比も地域によって違うということでもあります。

25ページは既にお示ししている資料でございますけれども、労働時間の資料でございます、性・年齢ごとに違うということがわかろうかと思えます。

こちらにつきましてどのように考えるかというところですが、新たな医師偏在指標と同様に、医師の性・年齢階級別で労働時間によって重みづけを行うという対応を考えております。

これを1ページでお示ししたのが、配り直した1、2とございますけれども、こちらが27と28ページの差しかえでございますが、人口構成、昼夜の流入、医師偏在の種別、労働時間というところで、このような調整、対応をしてはどうかというところを1つにまとめているものでございます。

これをまとめまして、29ページにございますように、指標にするということで、式が提示してありますが、これは今、御説明したものを式に落としているものであります。

以上で可視化、外来の医師偏在指標についての御説明を終わります。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、御議論をお願いいたします。

どうぞ。

○今村構成員 ちょっと教えていただきたいのですが、先ほど御説明があった病院と診療所の外来の比率は、平均的に70%が診療所で外来を診ているというデータであって、都道府県ごとの差はあるにしても、おおむねそこに集約されているのかなと思うのですが、診療科によって差があるのかどうかということと、現在は7割を診ているけれども、機能分化をさらに進めていって、病院の外来で診る必要のない患者を地域のかかりつけ医で診ていく。こういう機能分化の方向性の中で、この数字はその辺りをどのように考えておられるのか。その2点を教えていただけますか。

○松本地域医療計画課長補佐 まず、1点目なのですが、診療科別のところの話なのですが、現時点でつぶさに把握するというのは少し難しいかもしれません。医療施設調査の中でとられているデータについて、何らかの仮定を置いて重みをつけるとか、そういう方法は工夫すればできるのかもしれませんが、1つの診療所がどういう患者さんを、例えば標榜科が3つあったときにどうするかとかいうことに対して余りきれいな整理がないので、現時点では余り詳しいものがないというのが1つございます。

もう一つなのですが、こちらは外来の医療計画のほうに反映していくようになると思うのですが、基本的に医師全体もそうなのですが、こちらについて、足元のデータについては、最初は4年で次は3年ごとですが、更新をしていくことになると思います。こちらの方向性は徐々にアップデートされるということにはなるとは思いますが、もしかする

と、今後のPDCAサイクルの中で、構成員がおっしゃったような方向性について議論で上乘せされていくということはあるのかなと思っています。

○片峰座長 どうぞ。

○平川構成員 平川ですけれども、今、病院と診療所の関係でお話が出たので、精神科のことをちょっとお話しさせていただきたいのですが、精神科は皆さん御存じのように、精神科特例というものが1958年から60年間、精神科の医師数は一般科の3分の1でいい、看護師も3分の2でいいというようなことで、不足しているものをそのままにしてきた歴史があります。現在も精神科特例は実質的には続いています。

そういう中で、精神科医師は、資料にもあったようにだんだんふえてきているのですが、病院になくて、どんどん診療所として開業している実態があります。前回、去年の議論の中でも、精神科の診療所の増加については問題であるということは申し上げましたが、一律に10万対云々でやっていくと、病院と診療所の偏在という問題は全く解決しないのですね。

最近、東京、大阪では、精神科の研修をするような大きな病院、大学病院などはシーリングがかかって、精神科医をふやさなくしてしまった。そうすると、科別に同じ構造の中で施策を進めていくと、やはり少ない、困った、今までもずっと特例でいた科がいつまでも同じ状態が続いていくということが起こってしまうので、ここはやはり何とかしていただきたいというのが考えなのですが、今回の小児科と産科とか、こういうところから議論が進むのですけれども、一応精神疾患も5疾病・5事業の5疾病に入っているわけですので、ぜひ別の視点でちょっと精神科を考えていただきたいと思うのですが、お考えを聞かせてください。

○片峰座長 いかがですか。

○松本地域医療計画課長補佐 診療科別のところでございますけれども、これは全体指標にも共通する議論かと思うのですが、今、構成員側から御指摘があったところ、専門家を選んで精神科を選ぶ数というところにも触れていただきましたが、恐らく診療科間の偏在を直すという意味では、今回の小児とか産科で先行して行っている暫定的指標では、診療科間の偏在は是正する力がないというのは、きょうの資料にも改めて書かせていただいたところです。

では、診療科間の偏在も直す。全診療科を含んだ指標というのはいつごろというところでございますけれども、今、これはまさに作業を行っているところでございまして、19診療科の基本から始めるということになるのかもしれませんが、需要と医師の対応について、一定程度整理をしていくというのがまずは最初になるのかなと考えております。

○平川構成員 診療科間の話ではなくて、病院と診療所、精神科病院と精神科診療所のアンバランスの話をしているので、精神科のドクターは今、ふえてはいますので、その話ではないということで申し上げているのです。

○片峰座長 答えられますか。

○松本地域医療計画課長補佐 いずれにしましても、診療科別の指標というような議論だと思いますので、まずはどういう患者を何科の先生が診ているのかの整理をしてからというところが順番かなとは思いますが。

○片峰座長 北村さん。

○北村構成員 診療科と疾病・診療行為との対応を明らかにしている最中で、したがって、診療科の偏在がわからないという状況ですけれども、逆の、例えば代表的な20疾患ぐらいを見ると、8割ぐらいはカバーされると言われていますので、疾患別に20疾患は誰が見ているのだということを出せば、もっと簡単にわかるのではないかと思うのです。質問としては、この診療科と疾病・診療行為の対応がいつごろ明らかになり、診療科別の偏在を我々が議論できるのはいつなのでしょう。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございます。

今、御指摘をいただきましたけれども、確かに代表的な疾患だけ見るとというようなやり方自体はできなくはないと思いますが、特に結局そういうデータとして、それをどういうところからとってくるのかというようにところもありますので、20疾患だけ抜き出して対応表をつくるというのなかなか作業というか、技術的にも簡単にできるという話でも、なかなか難しいところがございます。

タイミングということですが、どこまでその時点で御相談できるかということとは、作業の進みぐあいによりますが、少なくとも今年度中には一度議論ができるようにということでもやらせていただきたいと思います。

○片峰座長 新井さん。

○新井構成員 先ほどの北村構成員の御意見、御発言をなぞるところなのですが、例えば脳卒中、脳血管障害を脳神経外科が診るのか、脳神経内科が診るのかといったこともあるので、あまり診療科だけに偏ってしまうと問題が生じる可能性がある。ある疾病を現状どの診療科の医師が診ているのかを十分頭に入れた上での適正数というか、そういったものも考えていかないと、少し問題が生じるのではないかと危惧してお聞きしました。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 ちょっと別の話でいいですか。地域の病院は医者が足りなくて困っている。これはまず原則であります。ただ、きょうのデータを見ていまして、では、都会は外来機能が足りているのかということを見させていただくと、特に東京に関しては、昼間人口がこれだけ多いというデータが出てきたわけで、では、外来部門の医師は足りているのかという大原則、全体の医師が足りないのだから、入院も足りないし外来も足りないのではないかと。もとに戻すような話で恐縮ですが、そういうところがどうも隠れているような気がしてなくて、しかも、例えば丸の内に50階建てのオフィスビルが1個できたら何千人が働いて、そこに診療所の一つや二つあっても何も不思議ではないというような状況が今、恐らく都会で起きているのかなと思ってしまいます。

そういった意味では、今の議論の話のように、どういう診療科の外来機能を持つ方に開

業していただきたいかということを確認にしないと、ただ単に数だけの話というのはなかなか難しいのではないかという気がしてなりません。

以上です。

○片峰座長 どうぞ。

○鶴田構成員 見える化の議論の中で、開業を認める指標とかの観点があるかと思いますが、その場合に、医師の需給とは別に、経営指標とか何かがないと、僻地などでは開業しても成り立たないだろうなと思います。これは感想です。

もう一点は、地域医療構想の中で、そこで（対象とする2次医療圏域）提供されるべき医療はどういう医療で、どのくらいの医師が必要なのか。その（対象とする2次医療圏域）どこに医師を配置すればいいかという議論になるのだろうと思うのですが、診療所のドクター1人が何人の患者を診るのか、もしくは病院の中の100床規模のドクターが何人の外来患者を診るのかというと、100床規模の病院のドクター1人と700床規模のドクターは、4～5倍外来患者を診る数が違う。病院の外来を診るドクターでも700床のところは重症患者を診るので少なく、開業のところで診る患者数は多い。医師1人当たり何名の患者を診るのかという数字があった上で、この地域においてはこの診療科が足りないというようなことでないと、現実的には難しいと思います。

先ほど今村先生がおっしゃったように、地域連携とかそういうものがうまく機能しないと、ただ単に数値だけでは、實際上動かないだろうと思います。また、例えば内科を標榜して小児科を診る、小児科内科とか、そういう複数の標榜科との関連から見ると、その地域に何科を開業させるかという点をどのように見ていくのかということは、少し工夫が必要かなと思います。

以上です。

○今村構成員 今、鶴田構成員がおっしゃったこととかなり共通の話になるかと思いますが、やはり診療所の外来と病院の外来はかなり違って、病院の外来はある程度専門性を持って外来をしているのですが、診療所の外来は本当に多様な疾病を診ているということがあります。例えば糖尿病に限って言っても、必ずしも内科ではなくて、地域では外科だとか整形外科の先生も診療しておられます。現実にはそういった多様な診療科が多様な疾病を診ているという中で、そう簡単に診療科ごとの何かを分析するというのはとても難しいので、今、鶴田構成員がおっしゃったように、その地域の中で、ある意味でデータがあるわけですから、糖尿病の患者が何人診療所で診られているのか。それがその地域の患者から比べて足りているのか、足りていないのか。ざっくりとしたものでないと、これは細かく分析すればするほど難しくなって、決まらなくなるのではないかと思います。

それと、正直に言って年齢で、例えばもう私も65を超えている医師ですけれども、同じような年齢でも、同じ内科を診ていても、100人診ている先生と20人診ている先生がいるわけですから、何軒診療所があればいいかという話でもなくて、全体として、その地域

として十分な外来医療が提供できるかどうかという視点で診療科の数を考えるべきだと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○権丈構成員 こういう指標をつくる時には5年後、10年後にどのようなビジョンを持ってその方向に向かっているのかということイメージしておいていいのかなということがあります。例えば2013年8月8日に日医と四病院団体のほうで、チームをつくってでもかかりつけ医機能をしっかりと充実させていこう、24時間対応していこうというような方向性が示されて、診療報酬のほうにも少しそれが反映されてきているような状況の中で、この医師はこの科だというような形で決めていくのが5年後、10年後を見通した上で必要になってくるのか。あるいはチームでかかりつけ医機能を築いていく方向への変化に阻害要因になったりはしないのかというのがちょっとあります。5年後、10年後、病院と診療所の関係をどのようにしていくのか、そして、診療所に対しては、どのような形でこれから先機能してもらいたいのか、かかりつけ医機能をしっかり持ってもらう、いろいろとやってもらいたいというようなビジョンがあるのであれば、私は、先ほど今村先生がおっしゃったように、今の段階で余りがんじがらめというか、細かい形でやっていかないほうがいいのかもしれないと思っております。

○片峰座長 山口さん。

○山口構成員 私も今村構成員と同じで、外来の偏在指標はとても難しいと思うのです。というのは、多くは診療所だからということで、診療所で診ていこうというお話ですけれども、病院の外来はみなくていいのかというと、かなり大きな役割も果たしていらっしゃると思います。例えば診療所でも3つ科が書いてあって、3人ドクターがいらっしゃるかということ、1人ということもあるわけですので、これを細かく見ていくことは非常に難しいのかなと思っています。

その中で、素朴に疑問を感じたのが、22ページに外来医療の偏在指標ということで、2. マル4、医師労働時間についてということがテーマになっていて、その後、資料が並んでいます。

23を見ると、医師労働時間についてなのですが、括弧の中は診療所医師の年齢分布。そして、次のページを見ると、同じように医師労働時間についてなのですが、診療所医師の男女比になっています。その次の25なのですが、ここは医師労働時間についてで、医師の平均労働時間になっているのですが、これは診療所ではないですね。

医師全体の時間が書かれていると思うのですが、これは診療所、診療所と言いながら、診療所の年齢ごとの働く時間というデータがないから、この数字が出てきているのか、この資料をどのように受けとめてこの議論の中で位置づければいいのか、ちょっと私はわからなくなったので、そのあたりを教えてくださいたいと思います。

○松本地域医療計画課長補佐 年齢分布が異なるというところをどのように補正するのかということが、いわゆる一段階精緻化をするために必要なことだということで、このよう

な補正をさせていただいております、医師全体から見ますと、診療所の医師の年齢構成は非常に高いところにあるということで、それが地域差があるということで補正をするという趣旨でお示ししております。

25ページですけれども、御指摘のとおり20代、30代のところの男性医師はかなりの時間働いているというところでございます、ただ、開業の大宗を占めている50代、60代、70代につきましては、またそこから一段階下がった労働時間になっているので、これを補正に使ってはどうかということで、こちらにお示ししているものでございます。

○山口構成員 外来のことについて話をするけれども、外来に費やしている時間ということで見なくてもいいということですか。

○石丸医事課長補佐 労働時間のところの関係ですけれども、25ページですが、これはちょうどこの数字、ちょうど第3次中間取りまとめをさせていただいた際のマクロの需給推計のときにも用いさせていただいた数字でございますが、考え方として、今、どれだけ働いている人がどこにいるかというよりも、そもそもマンパワーとしてこの年代のこの男性、この女性が実態としてどのぐらい働いているかということ、マンパワーを推計するという意味でこの数字を使わせていただいている。

つまり、例えば外来と入院とで、当然実態として働いている労働時間が違うということも当然あると思いますが、ただ、外来の診療に従事したら、仮に労働時間が短くなりますというようになったとしても、例えば20代の男性は、外来に行くと時間は短くしかマンパワーとして見積もれないけれども、入院の診療に携わるとマンパワーとしては長く見積もれるというふうに計算をするのかというと、そうではなくて、20代の男性というようなことでいけば、全体の平均の時間から考えてこのぐらいのマンパワーとして考えられるのではないかということで、マクロのときはやらせていただいております。

そういう意味で、ここも参考にするという意味で使えるのではないかと考えております。

○片峰座長 どうぞ。

○羽鳥構成員 外来の話ですが、医師は、病院に勤めて、腕を磨いてから開業するパターンが多い。ここに出てくる時間は、確かに病院にお勤めの先生だと部長・院長になって、当直もしないオンコールもないというパターンだと思うのですけれども、開業の先生は、50代、60代であっても、13時まで外来を行って、昼休みなしで往診に行ったり、昼休みなしで保健所で乳児検診をしたり、学校医とか産業医に行きます。だから、標榜上は医療に従事している時間は午前4時間、午後4時間と書いてあっても、実際には昼休みの時間も行政との対応を医師会の先生はされています。あるいは先生によっては夜診をしたり、夜中の急変の対応もするわけです。診療所の医師、高齢者の診療所の先生は病院勤務に比べて楽をしているというふうに見られてしまうのはちょっと心外かなと思います。

○片峰座長 次に進みたいのですけれども、今の議論です。要するに、診療所と病院の問題も含めて、この御提案の指標が、実際の現在の外来の偏在を反映しているのかという議論があって、もう一つは、診療科別の話は今からデータが出ますという話ですね。その中

で、現時点でこの指標を出すことで、実効性が期待できるかどうかという観点で答えていただいて、次に進みたいと思います。

○松本地域医療計画課長補佐 こちらの医師偏在指標でございますけれども、全体指標にも共通する概念でございますが、人口10万対の医師数をより施策上意味のある形で精緻化をするということで、人口構成の将来像とか、要は、医師の年齢の違いを考慮したほうがいいということに関して、何の重みをつけるのが一番妥当かということで、労働時間で重みをつけているということになりますので、それをもって患者の需要に対して医師がどれぐらいいるかというバランスを、地域間比較ができるようにするというのがこの指標の趣旨だと思いますので、すごく精緻にしなければ意味がないものかということ、そうではなくて、実態をおおむね反映していることで地域間の比較ができて、あそこが足りているからこう、あそこは足りていないからこうという、ある意味で公平というか、地域間をフェアに見た施策が打てるようになるということが趣旨の目的だと思いますので、このような形で平均に意味があるような固まりで切り取ったところにウェイトをかけていくというのが、今の時点では適当なラインではないかと考えて、このような設計をしているというものでございます。

○片峰座長 最後に福井先生。

○福井構成員 済みません。いろいろ資料を見て、それから、ディスカッションを伺って、やはりデータが大ざっぱ過ぎて、議論が一步踏み込めないような気がします。時間的には難しいと思いますが、大都市で開業されている先生、中都市、小都市、それから、僻地とか、いろいろなパターンがありますので、具体的にセレクトして、データをとり直すという事は難しいでしょうか。

○松本地域医療計画課長補佐 冒頭にスケジュールのところでも申し上げましたとおり、来年4月に一旦は施行して、その後にPDCAサイクルを回していくことになろうかと思しますので、現時点で入手可能なもので、3月の施行に間に合って、外来の計画を始められるということがまずはありまして、それに加えてどのような議論を来年以降にしていくかということで、上に重ねていければいいのではないかと考えております。

○片峰座長 次に進ませさせていただきます。

それでは、1-3の御説明をお願いします。

○松本地域医療計画課長補佐 1-3は新規開業者への情報提供についてということでございまして、今、御議論いただきました指標をどのように提供するかというところでございます。

2ページは問題提起をしているところでございまして、どのようにするのが有効かということでもあります。

3ページでございますけれども、これまで医師全体の偏在指標の際に、多数区域、少数区域というような議論をさせていただきました。こちらの医師の指標を用いまして、上から並べて上位何%というようなことをやるわけですけれども、外来につきましても同じこ



ととしてはどうかと考えております。

1つ目の○にございますように、外来の医師多数区域を設定することで、都道府県等へ情報提供するということが1点目です。2つ目の○にございますように、では、この設定ですけれども、どのように情報提供をするか、どのように周知するかというところが非常に重要でございまして、まずは都道府県のホームページで周知するとか、新規の開業希望者がわかりやすい、容易にアクセスできる場所に置くという工夫は必要なのだと考えますけれども、さらにさまざまな機会を捉えて、新規開業の希望者が情報を知って、ここが多いのだということがわかるようにするためにどういう工夫が必要かということをお議論いただければと考えております。また、地理的情報ということで、マッピングについても提供するというのがわかりやすいと考えております。

3ページの下にイメージ図がございまして、二次医療圏ごとになりますが、外来の医師偏在指標を上から並べて、上位何%ということで外来医師多数区域をつくるというところでございます。

もう一点ございまして、どういう単位でやるかということになりますけれども、二次医療圏か市町村かということになると思いますが、我々としては二次医療圏単位の可視化が妥当ではないかと考えております。1つ目のポツでございまして、地域の協議というのが次に出てくるわけですが、さまざまな単位があろうかと思ひまして、ブレークダウン、内訳は大いにあると思うのですが、医療政策の意思決定、これまでの計画は、基本的には二次医療圏で行われてきたという経緯から、医療提供体制が二次医療圏であるということと整合することが大事ではないかということでもあります。

また、市町村単位で必ずしも把握できないデータがありまして、特に患者の流出入につきまして、なかなか難しいところがあるというのが現状でございまして。ただし、繰り返しておりますけれども、町村単位ごとのマッピングなど、市区町村単位の情報が重要ではあるので、提供はしていくことにしたいと思うのですが、考える単位としては二次医療圏がいいのではないかと考えております。

簡単ですけれども、こちらが情報提供の全容でございまして、次に、協議というところもございまして、まずはここで御議論を一旦いただければと考えております。

○片峰座長 それでは、御議論いただきます。

今村先生。

○今村構成員 2点ございます。1点は、今回、新たにこういう情報提供をするというのはとても大事なことだと思いますが、結局どうやって開業する先生がその情報を得るかが非常に重要で、ホームページに載せても見る意思のある人だけが気がつくということになりかねません。さまざまな機会を捉えてということなのですが、後ほど協議の場のところがありますが、必ず今度は新規開業のときには、いろいろな協議の場に出るといときには、これをちゃんと見たかどうかを確認するという項目を入れて、新規開業するときには本人が自己責任で必ずそれを見たということ、義務ではありませんが、そういう

項目を設ける必要があるのではないか。そうすると、業者もこれは申請するときには必ずそういうことを聞かれますよという話になりますし、そのぐらいのことをやらないと、なかなか見てもらえないのではないかというのが1点目です。

それから、最後の二次医療圏単位という話は、厚労省は大体こういうお話になるのですが、けれども、本当に大きさがもうばらばらで、何百万人のところもあればその10分の1以下のところもある。何百万人の単位で外来の医療と言われてもなかなか意味がない。診療科によっても、例えばかなり広いエリアから患者さんが来るような診療科もあれば、本当に歩いて数キロの範囲の中の外来診療というものもあるので、これは両方都道府県の中で判断して提供のあり方を考え、国が余り二次医療圏で何かというようなものを決めないほうがいいのではないかとはいえます。

○片峰座長 どうぞ。

○裏構成員 新規開業に関しての意思決定者で切っていったほうがわかりやすいかなと思います。

新規開業に関する意思決定者は大きく分けて2つございまして、1つは直接的な意思決定者、つまり、ドクター本人ですね。2つ目は間接的な意思決定者。この間接的な意思決定者はまたさらに3つに分かれまして、1つは地元の金融機関です。開業には今、もう数千万円の資金が要ります。そうなりますと、ドクター1人で全てを賄う、または意思決定するというのは非現実的でございます。

2つ目の登場人物が、医薬品・医療機器の卸です。そうなりますと、物品を配達する、または物品を補充する。そういった方々が、開業の前から既にかかわっています。先ほどお話がありましたコンサル部隊というのはまさにそこにひもづくわけですね。

3つ目が大手調剤チェーンです。大手調剤チェーンは新規開業にまさに一蓮托生のような形でくっつく場合がございますので、そうしますと、彼ら、彼女らのステークホルダーの行動を理解しないと、ドクターだけの新規開業の意思決定プロセスは非常に偏ったものになりがちです。

そうなりますと、この情報提供をどういう形で伝えるか。先ほど今村構成員からございましたように、興味ある人だけがとりにいくのではなくて、開業に関する意思決定にかかわる人たちが、そういう形で情報提供を受けられるような形にしないと、せっかくこういう情報をつくったとしても、それが本当に必要な人に届かないことになります。

先ほどお話しした、ドクターは開業すると全責任を負わなければいけない。つまり、まずは損益分岐点を目指します。けれども、先ほどの間接的なメンバーたちは極論をすれば一個でも物が売れたらいいわけです。直接的な意思決定者であるドクターと間接的な意思決定者の意思決定の度合いは全く違います。そうなりますと、マーケットの論理に任せて新規開業をされていくという建前上のものがあるのですしたら、そういった大きな影の意思決定者に対しての影響力をある程度出すような形にしたほうが、恐らくこういう施策は効果的になるのではないかと考えております。

以上です。

○片峰座長 どうぞ。

○神野構成員 済みません。ちょっと立場を変えて、医療法人の理事長としてお話しいたしますけれども、今、4つ診療所を経営しております。うち3つはほとんど僻地ですから今回の議論と関係ないかもしれません。恐らく新規開業するときのデータとして、今の話もあります。単にマッピングだけではないですね。何歳のドクターがいて、はやっているかどうかとか、後継者がいるのかどうかとか、あるいは地域の人口だけではなくて、どういう仕事をしているのかとか、いろいろなデータをマーケティングした上で、そこで開業して勝ち目があるかどうかという話をするわけで、単純にマッピングだけとかでいくのはちょっと非現実的なのかなという気がいたします。

逆にこれはちょっと機微なデータかもしれないけれども、廃業、いわゆる高齢で廃業したのではなくて、経済的に廃業した数とか、それを出されたら結構びっくりしますね。そういったデータをもし集めて、そういうものを出すとか、もっといろいろ手を変え品を変えやらないと、現実としてドライブしないのではないかと思います。ちなみに厚労省として廃業データとかはお持ちなのでしょうか。

○片峰座長 どうですか。答えられますか。

○松本地域医療計画課長補佐 医療施設として、例えば届け出ということでの物を受け取っているわけでございますけれども、それを厚生局から入手、県から入手して、集計するのにどれぐらいの手間がかかるのかということになると、ちょっと未知数であるのと、あとはあくまでも届け出の話ですので、営業していないだけでそのまま診療所が残っていると、そういうことに関してはわかりませんし、理由についてもなかなか今の時点ではわかりにくいのではないかと思います。

○神野構成員 そういった意味で、いろいろな前提があると思うのですが、いかに医師多数地域、診療所多数地域であっても、廃業がもし少ないとするならば、これはもうこの話ではなくて診療報酬の話になってくると思いますし、その辺の経済的に苦しい人がどれだけいるかということ、これはなかなか難しいけれども、データにしないと外来規制にならないのではないかと気がいたしました。

○権丈構成員 議論を伺いながら、やはり議論をしていくと深まっていくものだなと思っ

ているのですが、この話の経緯は、開業規制ということを議論しているときに、さすがにこれはちょっと難しいかもしれない。だけれども、何もやらないというのはないよねという中で、今村先生が、こういう情報を提供して行って、開業を自粛する、やめていくというような事例もある。だから、コンサルが提供しているような情報をしっかりと公のほうから提供していこうではないかということからスタートしてきたと思うのです。

先ほど裏先生のほうがおっしゃっていたような形で、金融機関とか卸とか、こういうところ、あとは本人、そういう人たちがどのようにしてこの情報を受けとめていくか、あるいはキャッチしていくかということ、ある程度先ほどのような、何らかの形で、これを

チェックしないことにはだめですよというようなことがあり、先ほどの神野先生のところになってくると、では、提供する側の属性によっても、同じ情報でも判断が変わってくるというところはおせないと思うのです。

だけれども、この受けとめる情報は限りなく出していくことができると思いますので、例えば地域医療構想とかにも、金融機関がすごく関心を持っているというようなところで、少し動き始めるかもしれないとかいうようなものがあるわけですが、そういうところでこういう情報を提供していくのだと。そして、そうした情報を開業していく中での判断材料に使ってもらおう。それは人によってどう受けとめるかは違うかもしれないけれども、今まで何もやっていなかったのだから、これをこれから先は少しずつやっていって、なるべくみんながこの情報にアクセスするような形で、この会議の中でそういうルールをつくっていくのは、私は、きょうの議論を聞いているだけでも随分今までなかったことが議論されていて、前に進んでいるのではないかと思っておりますので、どんどんやっていただきたいと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○福井構成員 もう一つ情報提供をしていただければありがたいのですが、何度も同じことを申し上げて恐縮ですが、この地域には年齢層や性別からいって理想的な、最も効率的な医療提供体制としては、どういう専門性を持った医師の分布であればいいのかという、そのような理想的な医師の分布、構成も一方で示してもらえると、実現には長年かかるでしょうけれども、国としてはいい方向に行くのではないかと思います。

○山口構成員 私も一体何を情報提供すれば本当に実効性のある外来の偏在解消につながるのか、きょう会議に出てくる前に、意見を言うというのは難しいなと思って出てきました。資料1-3を拝見していて、具体的に何を情報提供するかということは何も書かれていないです。多数地域がどこかをマッピングするということは書いてあるのですけれども、例えばどこに診療所が多いとか、そういったことがわかったところで、開業する方にとっては何の役にも立たなくて、例えば在宅医療をやっていこうという方が、この地域でどれだけニーズがあって、実際に在宅をやっている診療所がどれぐらいあるのかということがわかって初めて選ぶことができると思うのです。

そういうことから言うと、先ほどからいろいろ出てきている御意見の中で、実効性のある情報提供ということが考えられるのではないかと思います。伺っていたのですが、現時点で事務局としてどのような具体的な情報提供をしていくということを想定されているのか。それをまずは見せていただいて、それだけで足りるのか、それでは意味がないのかということの、私たちの議論の材料を提供していただきたいと思います。

○松本地域医療計画課長補佐 ありがとうございます。

今、提供しようとしている情報につきましては、こちらの外来版の医師偏在指標を提供して、それに加えて、そこが多数区域になるのかどうかを情報提供するというのが1点です。それとマッピングの情報を提供することが基本になります。

それに加えて、今度、4のところで議論をします、協議に必要な情報というところになるかと思いますが、協議のところでも、構成員が御指摘の在宅医療のこととか、あとは夜間・休日の診療というところが出てきますので、そういうところに必要なものということになるかと思いますが。

○片峰座長 まだありますか。

○山口構成員 なかなか多数地域という情報だけでは難しいと思うのです。例えば誰でもできないような機能を持った方、能力を持ったというか、技術を持った方が開業するとすると、たくさん診療所があっても、そこには患者さんがいらっしゃるということになると思いますし、単に多数地域というだけの、後で4のところで御説明いただいたらわかるかもしれませんが、もう少し突っ込んだ情報提供が必要なのではないかと思います。

○片峰座長 それは次の議論とも関係するのですが、国がそれをやったほうがいいのかというお考えですか。国がそういったこと。

○山口構成員 できるのであれば、ただ、今までみたいなことではなくて、本当に実効性あるということをこれだけ長い時間使って私たちも議論してきているわけですから、いろいろな御意見があるのを取り入れながら、情報提供をしていただきたいと思っております。

○片峰座長 あと2人、どうぞ。

○鶴田構成員 資料1-1と1-3に記載されている内容だけで質問したいと思いますけれども、資料1-1については、その地域において医者が多いか少ないかという数字が出てきて、資料1-3においては、その数字でもって偏在指標を出すという中で、二次医療圏か市町村かという話ですが、平成の市町村大合併は、首都圏で言うと僻地と言われた地域も中に含まれているので、ある程度人口規模が大小もあるけれども、医療機関の距離間が非常に遠いというところもあります。各都道府県においてさまざまなので、市町村レベルでもある程度出してもらった必要がある場所があるということは御理解いただきたいと思っております。

○裊構成員 1-3の4ページ、先ほどの場所、二次医療圏の議論の話ですけれども、もしこの情報提供が仮にマーケットニーズでドライブしていくという前提での対策でしたら、直近の患者さんの受療行動調査でもなぜそのクリニックを選んだのかということも、もう常に上位は立地で選ぶと答えています。つまり、交通の便がいいからということになります。そうなりますと、二次医療圏というのはまさに大き過ぎるかもしれないし、非常にいろいろな要素を含んでいるので、マーケットニーズでこれをドライブしていくとなると、やはり二次医療圏ではなくてもう少し患者行動に即した、恐らくより狭い区域で切ったほうがより精緻なものになるかなと思います。ただ、そこまで精緻さを求めないというのでしたら、この二次医療圏の考えで構わないかなと思います。

ただ、開業する人とお話ししていると、やはりマーケット、つまり、患者がいなくて、たとえ交通の便があったとしても患者がいなくてなかなか難しいということで、二の足、三の足を踏むというのが現実ということをつけ加えておきます。

○片峰座長 それでは、次に移る前に、実効性が大丈夫かという御議論ばかりだったと思いますが、事務局の御意見ををお願いします。

○松本地域医療計画課長補佐 基本的には情報提供と次の協議のところに関しては、施策としてはセットだということを踏まえた上で、4の議論もセットで議論していただきたいと考えております。

○片峰座長 森田さん、どうぞ。後でいいですか。

次に進ませていただきます。1－4の御説明をお願いいたします。

○松本地域医療計画課長補佐 外来医療機能の偏在への具体的対応ということで、1－4について御説明させていただきたいと思っております。

基本的な方針でございますけれども、2は問題提起でございまして、3から御説明です。まず、背景ですけれども、人口10万人当たりの診療所医師につきましては、政令市、中核市のほうが全国平均よりも多いというところでございます。

4ページは縦軸が診療所当たりの患者数、横軸が人口10万人当たりの診療所数でございます。二次医療圏単位の分析でございますけれども、人口10万人当たりの診療所数が多くなる、つまり、診療所の密度が高くなるほど1診療所当たりの患者数は減るというような結果でございます。

5ページをごらんいただきたいのですけれども、このようなことを踏まえまして、論点の確認ですが、都市部では人口当たりの診療所医師数が多いということと、2つ目の○で、人口当たり診療所数がふえるほど、診療所当たりの患者数が少なくなる傾向にあるということと、人口当たり診療所医師数がふえるほど、稼働率といいますか、診療所当たりの患者数は少なくなるということでもあります。

対応方針でございますけれども、限られた医療資源を有効に活用するという観点から、まずは、地域にどのような医療機能が不足しているかを議論するというのが1点目。これは全ての地区でやっていただきたいのですけれども、さらにその上で、外来医師の多数区域においては、地域に必要とされる医療機能を担っていただくということがあるのではないか、必要ではないかということでもあります。そのため、協議を行ってもなお、外来医師多数区域での診療所の新規開業を希望すると、どうしても開業しませんという場合につきましては、在宅医療とか救急医療、特に診療所が対応可能な診療として夜間・休日の診療とか、公衆衛生について求めることが適当ではないかということでございます。これが協議の具体的な方針です。

おさらいですけれども、6ページ以降は従前の医療計画の内容の確認なのですが、5疾病・5事業及び在宅ということで、これらにつきましては、都道府県が医療資源、医療連携を現状把握して課題抽出、数値目標の設定、連携体制構築ということで、PDCAサイクルを推進することが求められているということでもあります。

実際、救急というものが5事業の中に入っているのですけれども、7ページをごらんいただきますと、高齢者の搬送割合は年々増加傾向にあるということなんです。

8 ページも救急なのですけれども、軽症の救急搬送が高齢者でふえているというところが疾病負荷となって医療資源を使っているというところであります。

続きまして9 ページは在宅ですけれども、訪問診療の件数が年々増加しているということで、これは高齢者のところがございますが、こちら医療需要が増しているところです。

10 ページでございますけれども、地域医療構想というところもありまして、在宅につきまして、高齢化の影響による増で2025年までに100万人と機能分化・連携で30万人というところで、需要の増が見込まれているというものでございます。

これらを踏まえまして、11 ページでございます。おさらいですが、医療計画では5 疾病・5 事業においてPDCAサイクルの対象になっているということと、提供体制についての協議ということが重要な方針ではないかと思えます。下の対応の方向性でございますけれども、近年、高齢者の救急搬送の件数が増加しているということと、特に軽症が多いということと、訪問診療についても需要が増しているということと、最後の○にございませけれども、特に、既に外来医師数が充足していると考えられる外来医師多数区域においては、情報提供だけではなくて、協議として、新規開業の際に、これら在宅医療とか、初期救急としての夜間・休日診療、公衆衛生等、地域に求められる医療機能を担うことを求めるというのが適当ではないかということとあります。これが協議をしていただきたい内容になります。

実際の協議の場につきましては、12 ページにございます。まず、1 番目の設置区域でございますが、原則として二次医療圏ということとございましたが、先ほど多々御議論いただきましたように、市町村というのが重要な単位であるということもままあるということとでございますので、市町村単位での設置も可能であるということにしたいと思えます。会議体の体制ですけれども、地域医療構想調整会議を活用可能というのが1 点。ただ、それですと、先ほども御指摘いただいたように、地域で大き過ぎるということもあるので、その地域の規模や課題によってはワーキンググループなどを、市区町村単位などということと柔軟な対応が可能でございますので、これを先ほどの情報提供のときも御議論いただきましたけれども、一番細かい単位でここまで可能だということで、御議論いただければと思います。

開催回数としましては、年1 回の開催が基本ということで、ただし、開業に関しては、多いところは月に何件というところもございますので、柔軟な対応が可能であります。公表については公表ということが法律にも書いてございますので、公表ということでいきたいと考えております。

13 ページは地域医療構想調整会議の概要でございます。

おめぐりいただきまして、14 ページでございますけれども、これらの仕組みによる実効性の担保、実効性の確保をどうやって仕組みにするのかということとありますけれども、対応（案）でございます。1 つ目ですが、先ほども御議論いただきましたように、新規開業者が情報を得る機会が多々あるということで、1 つは届け出様式を入手する機会ござ

いますけれども、この際に外来医師多数区域の場合は、あなたは多数区域で開業するのでということがわかるということと、医療計画で、例えば在宅とか救急とかを担っていただくという方針をお示ししまして、その届け出様式の中に、地域でこういう機能を担うということに私は合意しますということに記載していただいて、開業届を出していただき、それを協議の場で確認するというような手順でどうかと考えております。

2つ目の○ですが、しかしながら、開業するに当たって、私はそういうことをしませんが、記載がないというような場合につきましては、臨時に協議の場に出席を行いまして、お話をじっくり伺うということを考えています。この臨時の協議の場でございますけれども、主な構成員と出席で呼ばれた当該新規開業者で話し合いの場を持つということにつきましては、持った上で協議結果を公表していただく。ただし、この協議につきましては、開業が頻繁に行われる場合につきましてはかなり煩雑になりますので、都道府県の事務負担、委員の先生の事務負担を考えまして、形態については柔軟な対応をしいいのではないかと考えております。

15ページでございますけれども、これらを踏まえて外来医療の医療計画をつくるわけですが、実効的な偏在対策とするためには、構想調整会議で議論を行うことがまずは重要で、この協議を整わせる。それに基づいて対策を講じるということが重要でございます。そのため、2点ありまして、1点目ですけれども、具体的な施策について協議するというので、この外来の医療計画は一義的には下の図にあるように、都道府県が書いて医療審議会のチェックを受けるというのがいわゆる法的に定められた手続になりますが、それだけではなくて、地域医療構想調整会議がきっちり意見を言ってから外来医療の医療計画をつくっていただくのがいいのではないかと考えております。

もう一つ、実効性担保の仕組みとしまして、地域の協議方針に従わない医療機関につきまして、都道府県単位の医療審議会に報告して意見を聞いてもらう。そのようなチェック機能を持たせるということも実効性確保にはいいのではないかと考えているところでございます。

以上でございます。

○片峰座長 ありがとうございます。

それでは、御議論をお願いいたします。

どうぞ。

○羽鳥構成員 具体的な例として、14ページ目の対応（案）に「届け出様式を入手する機会を捉え」と書かれておりますけれども、一般的には役所に届ける、あるいはこういう協議の場に届けるというときには、既に計画も組んであって、開業の場所を決め工事をするために開業資金を投下した後でもう既にいろいろな患者がどのぐらい来て、機械も既に購入して、そのような状態になっていることが多いので、この届け出様式を、予備調査など1年ぐらい前にどこで何科の種が開業するかの把握が必要ですか、そういうことでないと、実際にはもう遅過ぎて、何もかも始まってしまっているということが多いと思います。



例えば自分たちの地域で言えば、あるときは眼科の先生が一つの町の中でかつては1軒しかなかったのですけれども、ほぼ同時期に5軒開業するという事例もあります。これは開業するまでそれぞれの開業コンサルタントが別々についているため、状況が把握できていないため起きるのです。この協議の場が、かつての医師会適正配置委員会にも相当するのかなと思いますが、医師会に入らない先生が精神科、皮膚科在宅医療をされています。在宅医療と言いながら、急変すると病院に送ってしまう。

もし医師会に入っていれば、それはいろいろな指導もあり得ると思うのですけれども、そういう医師会に入らない方も出てきてしまうので、よほど注意してかからないと、何も実効性はないのではないかなと思うので、その辺はよろしくお願いします。

○片峰座長 答えられますか。大丈夫ですか。

○松本地域医療計画課長補佐 情報提供の際に、さまざまな機会を捉えるようにということをお指摘いただきましたので、そちらについても検討させていただくということと、こちらの様式につきまして、最終的には届け出でいただくわけですから、そこに欄をつくるというのが重要だと考えているのですが、事前に意見を聞くというか、事前に話し合いというか、そういうことがどれぐらい可能なのかについてはちょっと検討してみたいと考えております。

○片峰座長 どうぞ。

○今村構成員 先ほどの議論に戻って恐縮なのですが、山口構成員から、どういう情報を提供するのか具体的な例というお話で、開業するとき何を考えるかというのは、それぞれの先生方でいろいろな理由があって開業を考えられるのだと思うのですが、開業するときの一番のリスクは経営上の問題、すなわち本当にこれでやっていけるのかどうかということだと思います。投資した金額がきちんと回収されて、勤務していたときの給与と少なくとも同じくらいの収入は確保できるのかということだと思います。

4ページの資料を見ると、診療所の数と、診療所当たりの患者数という数が出ています。正直、自分の経験を考えても、周辺の先生が一体どれだけ患者を診ているかは、全く情報がわからないのです。医師会に長いこといろいろな話を聞くと、あそこの先生のところはあんなにたくさん患者さんを診ているのだみたいなことが改めてわかるということで、個別のいわゆる情報ということではなく、その地域の中の、例えば患者数が1診療所当たり内科だったらこのぐらいが平均値になって分散はこうですみたいなデータがあるだけでも、なかなかこれは厳しいねというような、そういうことがある程度開業する人にとっては貴重な情報になるのかなと思います。そういう情報は提供できるのかどうかだけ教えていただければと思います。

○松本地域医療計画課長補佐 4ページにお示したような資料でございますけれども、医療施設調査上は二次医療圏単位というのが1つ限界になってくるとは思います。これを市町村であるとかにブレークダウンをしていくときに、NDBを使ったほうがいいのか、それとも、この診療所調査の特別集計で十分なnが得られるのかということは少し検討させて

いただきたいと思いますが、3月に間に合うかどうかは厳しいところもあるかもしれません。重要な御指摘だと思うので、少し検討してみたいと思います。

○片峰座長 ほかに、森田先生。

○森田構成員 久しぶりに出席させていただきまして、これまでどういう議論がされているのかということと、今、聞いていて感じたことですが、非常に詳細なデータを集めて、その情報を提供するというのですが、先ほどから御議論が出ておりますように、そして、以前に申し上げたかと思いますが、データそのものは将来にかかわることの場合には変動いたします。したがって、余り精緻な推計値を出したとしても、そのとおり動くということは考えられないわけですし、むしろ出された数値に応じて反応して人の行動は変わりますので、そういう意味で言いますと、推計は当たらない宿命にあるわけです。

そうした中で、どのような形で医師が不足するところに開業してもらいなり医療提供のサービスをつくるかということですが、私自身の専門は公共政策をやっておりますが、こうした形で社会的な需給調整であるとかサービスを統制する場合の方法は、大きく分けて3つあるわけです。

1つは規制という方法です。これはこうしてはいけない、ああしてはいけない、こうしろということですが、これは権利義務の問題がかかわりますし、きちんとした手続を踏んでやる場合には相当大変な手間がかかります。また、制度の設計を上手にするというのはなかなか難しい。

もう一つはここで議論されておりますけれども、情報提供という方法です。これは例えば株を買ってお金をもうけようとしている人に対して、こういう株はもうかりますよという情報があった場合には、そういうことに反応するだろうということですが、その情報が正確であるか、その情報どおりに動いてくれるかというのはなかなか難しいところだと思います。

3番目の方法は何かといいますと、経済的なインセンティブです。一定の行動をした場合に、経済的な利益が得られるか、あるいは損失が発生するかということで、実は、医療の提供サービスに関して言いますと、特に我が国の場合には、圧倒的に提供の面に関して、需給調整に関して言いますと、経済的なインセンティブを使ってこれまでやってきたと思います。要するに、診療報酬の体系をどうするかということによって供給を削ってきた、あるいは需要に対して供給を削ってきましたし、供給過剰のところは抑えてきた。この場でこういうことを申し上げていいのかわかりませんが、経済的インセンティブというツールの話をなしに議論をしても、なかなかいい解決策は出ないのではないかと。

もちろん前にも申し上げましたし、これは保険局のmatterであって、医政局の審議会でこういう議論がなかなか難しいというのは知っておりますけれども、やはり国民にとって必要な医療を供給してもらう。特にその際に、本当に医師が不足して困っているところに対してどう供給するかということですから、そこはこの会議でどの程度のことまで言えるかわかりませんが、少なくとも国民にとって、国民の医療の観点から見ると、

そうした形での提言ないし、あるいは発言をどこに、中医協にお願いするのかどうかは知りませんが、それは考えてもいいのではないかと考えております。

ただ、申し上げておきますと、私も中医協にしばらくおりましたけれども、これまではどちらかというと、需要も右肩上がりの状態のときに、どう供給をコントロールするかというときには比較的点数と算定要件の操作で供給量をコントロールできたと思いますが、今、起こっておりますのは、地方における人口減少です。絶対的に需要が減ってくる場合に、供給力を上手に減らしながら、しかし、サービスの質を維持していくという非常に難しい場面に入っておりますので、そこで本当にそうした経済的インセンティブだけでうまく機能するかどうかは、これは難しいところです。ここから先は権丈先生にぜひお知恵を拝借したいところだと思っておりますけれども、そういう面。

もう一つは、外来の場合以外に医師一般ですけれども、これは医師を養成する、供給する側にも、ある意味で言いますと、そうしたインセンティブを考えていくという方法もあり得るのかなと考えております。

余計なことを言いました。

○片峰座長 大きな問題です。実は、去年も森田先生はこういうことをずっと言われていて、経済的インセンティブを一つのツールにして偏在問題の解決にという話ですね。けれども、この分科会で議論するべきではないのかもしれないということもあって、最終的には第2次中間まとめでは一切触れていないのですね。この議論をどうするかということなのですけれども、権丈先生、先ほど名前が出たので、何か。

○権丈構成員 インセンティブや診療報酬の話とは関係ないのですけれども、先ほどの話に戻るわけですが、どこの診療科の人が足りませんというようなこととか、ああいう情報提供をするときに、将来的なビジョンとセットに考えていかなければいけないところが、ちょうどこと符合して初めて意味を持つのかなというところがあります。将来的にこの地域には、救急のときにいろいろと地域医療がしっかりとでき上がっていて、最初に連絡をする人たちはその地域医療のかかりつけ医であってというような絵柄がどうもあるわけですね。そういう形で、開業医、診療所を新しくつくるのであれば、そういうものであってほしいというところが今度はここに入ってきてくるので、その一歩手前のところで、現在、どのように診療科が足りませんとかいうようなところでの診療所の指標は、かえてないほうがいいのかもかもしれないなというのがありますね。

将来的にはこの形に収れんさせて、診療所というようなものはほぼ、そういうチーム医療ではかかりつけ医でやっていくか、あるいは総合診療医みたいな形で地域のほうはしっかりとやっていくかというような、今ある形のものとは違うものの形でビジョンを描いて切りかえていこうということを、今、日医のほうでもかかりつけ医の研修とかをいろいろやっている、あるいは地域医療をもう一回しっかりと再興していこうというような、その絵柄に基づいて制度設計をして、情報提供をしていって、先ほどの先生の、何というのですか、情報提供のところの話なのですけれども、診療報酬での経済的な誘引はなかなか厳し

いものがあれば、情報提供をしていく中で、この情報を提供していくから、この情報のほうで動いてくださいねというような形で、この問題をある程度一歩前に進めていくというので、私は結構きょうのストーリー全体の中でいくと、かつて開業規制をやろうとすると、独禁法にひっかかるとか、いろいろ言われたこともあったわけです。それが本当に独禁法にひっかかるかどうかをもう一回みんなで検証しなければいけないと思うのですけれども、そこら辺をかいくぐった形で一歩前進ではないかと思っております。

○片峰座長 森田さん、どうですか。

○森田構成員 私がちょっと強目に言ったことを少しソフトに言ってくださったのかなという印象です。独禁法かどうかということも、例えば地方金融機関の合併に対する公取の規制もそうですけれども、明らかに場面が変わってきているところですね。右肩上がりであるところから参入規制をする場合には競争制限の話になるかと思えますけれども、とにかくそのままでは倒産するようところが合併するのもしないといけないのかという議論と同じようなことが起こってくると思えます。

ちょっとついでに、先ほど申し上げたことでいきますと、情報提供は確かに重要ですが、気になりましたのは、先ほどもどなたかが御指摘になりましたが、14ページの対応案で、協議の場にまず、届け出を出してきて、それに合意欄への記載がないような場合など、提供方針に従わない場合には臨時の協議の場への出席要請を行う。これも要請を無視した場合どうするのかわかりませんが、その後、話し合いの場を持ち、その協議結果を公表することにはどうかということですが、公表することによって、こういう条件であるにもかかわらず開業するというのはけしからんというメッセージをそこで社会的に発信して、それがあある意味での一種の社会的な抑制効果をもたらすとしますと、これ自体がある意味で公表というコントロールのきかない、かなり強力な制裁手段になりかねないと思えました。そういう意味では、今、公表というのはよく使われていますけれども、これも一種の規制ということに法律的に言うとなりかねないということですので、なかなか情報提供だけでコントロールするのは難しいのかなと。したがって、もうちょっとこの議論の場でできるかどうかはあれですけれども、もう少し広げて考えていったほうがいいのではないかと思います。

ただ、時間のタイミングを考えた場合に、ここを出されている提案そのものについては全く否定するつもりはございませんけれども、これでうまくいくかということ、私としては、ちょっと難しいだろうと。次の一歩もきちんと布石を打っておく必要があるのではないかと思います。

○山内構成員 今、お話を聞いていて、権丈構成員がきょうこの会議で何度もおっしゃっているビジョンということと、あと、福井構成員もいつも言っているように、ビジョンを見据えてそこからの設定をしなければ、現状のデータは出しているのですけれども、非常に間違った方向に行ってしまうなということを感じております。開業の外来診療に関しても、どんどん複雑化して多様化してきて、先ほど精神科のビル診みたいなもの

がふえてきたりとか、外科医も、例えば乳腺外科などは乳腺のクリニックを外に出して、その先生が病院に手術に来て、アメリカの開業のようにグループ診療をしながら手術をして、そして、外来を自分のところで診るという体制ができてきたり、いろいろな外来機能もどんどん複雑化して変わってきているということにも対応していかなければいけないと思うのです。

そういった中で、資料1-1の9ページで、第2次中間取りまとめのときに言っていた、一番下の○ですけれども、加えて、地域における救急医療提供体制の構築、グループ診療の推進とか、医療設備・機器などの共同利用などということも書いてあるのですが、これも国が主導して進めていかないといけないと思います。例えば医療機器のことに言え、開業をするに当たって、先ほど妻構成員がおっしゃっていたように、医療機器の卸は多分、PET-CTを買ってくれたら、ここでニーズがあるからと売り込めば、1台売れば非常にいいことであって、実際のニーズと、もちろん使う人がいなかったら、その医者は借金を抱えることにはなりますけれども、その辺のバランスがどうなっているかということ、やはり医療機器の卸の会社側になってくると思うのですね。

そこで、森田構成員が言った経済的インセンティブということで、例えば診療報酬とかで、開業をするに当たって医療機器をグループで使うようにしたら、その診療報酬をある程度高目にとるとか、何かそういう形の経済的なインセンティブをとれる方法を加えてやっていくような形も国が検討していかなければいけないのではないかと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○権丈構成員 1点だけいいですか。診療報酬のところ、先ほど私のところに振られたわけですけれども、ベクトルの方向性は逆方向なのですが、先ほど神野構成員がおっしゃっていた、医師が山ほどいるところで経営が成り立っているのだったら、これは診療報酬の問題だねというのは、私は、少し重く受けとめていいのかなと思っております。ベクトルの方向性として、それを誘引してある方向に持っていくという話ではないのですけれども、そういうところは大きな意味があると思っております。

○片峰座長 中島さん。

○中島構成員 ありがとうございます。

ちょっとのんきなお話になってしまうかもしれませんが、地域で働いていて、新しく建ってくるきれいなクリニックの先生方と、かかりつけ医の先生やプライマリ・ケアの先生は、やはり地域のほうに向ける目が全然違うと思います。住民のニーズをどう捉えてくれるのか、その地域の地域包括ケアシステムの成熟度を把握して、医師の役割を一緒に考えてくれるのかという医師が、新規参入のクリニックの先生方には少ないなと思っています。

なので、そういう午後5時になったら絶対に電話もつながらないような先生方が、在宅医療とか救急対応とかを本当に理解していただけるのかは非常に疑問だなと思っています。意見です。

○片峰座長 よろしいですか。

○今村構成員 今の件、きれいかきれいではないかということは多分、余り関係なくて、開業した後の、地域に対してどのように自分の医療が貢献できるかということに気がついて積極的に参加していく先生と、そうではない先生が多少増えてきているという傾向のお話だと思います。私は、そこは医師会の役割が非常に重要だと思っていて、先ほど羽鳥構成員から、医師会に加入していないというお話もありましたけれども、医師会に加入していただいたときに、必ず地域医療に対する貢献ということをお願いします。あるいは学校医や産業医に参加してほしいとか、予防接種事業に参加してほしいとか、そういうふだんの働きかけをしていかない限り、勤務していた先生がそういうことに気がつくということとはなかなかないので、外形的に決めつけるということだけは避けていただければと思います。

○片峰座長 最後に鶴田さん、簡単をお願いします。

○鶴田構成員 15ページの外来医療の医療計画の全体像について質問します。現在、国は、地域医療構想調整会議は年4回、実際は都道府県の医療審議会は2回あるのが一般的です。これを決めたときに、ガイドラインなのか、法制化によって違うかと思うのですが、今は提出すれば開業できるけれども、こういう体制になった場合は、開業するのが簡単ではないという理解でよろしいですかということを確認したいと思います。

○松本地域医療計画課長補佐 非常に難しい問題でございまして、これは実質的な開業制限なのかという問い合わせだと思いますけれども、例えばこれを開業制限というふうなメッセージが出てしまうと、駆け込みのようなものが出てしまったりということ、非常に事務局は危惧してございまして、これはやはり、開業するのであれば医師多数区域というのは必ずしも資源を有効活用することにはならないので、そのほかでの開業を促すとか、むしろそういうところで開業するのであれば、先ほど中島構成員とか今村構成員からも御指摘があったように、在宅とか時間外とか、地域の役に立つことも一緒にやってくださいねということをやるといってございまして、開業制限というメッセージではないと事務局では考えてございまして、後ろにメディアの方がいらっしゃいますけれども、これが誤って地域に伝わらないようにということ是非常に気をつけてきょうの議論をしていきたいと考えております。

○片峰座長 次に行きたいと思います。最初に今村構成員から言われた、協議の場はこれでいいのかという議論は、今村さん、先ほどの説明でよろしいですか。

○今村構成員 弾力的にということと理解をいたしました。

○片峰座長 それでは、次に移ります。資料2をお願いいたします。

○松本地域医療計画課長補佐 申しわけありません。資料2でございましてけれども、第22回のこちらの検討会での御指摘を踏まえて、産科及び小児科における暫定的な医師偏在指標を検討するようというマndateをいただきまして、対応でございまして。

1ポツをごらんいただきたいのですが、第22回のこちらの御指摘を踏まえて、

産科及び小児科における暫定的な医師偏在指標の作成を来年3月までにやるということですが、いきなりこちらの分科会で、事務局としても先生方と相談して一から資料をとすることはなかなか厳しいということで、まず、有識者から意見を聞きまして、必要なデータの整理を行って、こちらに持っていきたいと考えております。そのために、検討の場を設置させていただきたいということでございます。

主な検討事項としましては、2ですが、産科及び小児科について、暫定的な医師偏在指標作成に資するような医療需要、従事者の需給に関するデータの整備とか、偏在解消施策の論点整理を行いまして、こちらにおける検討を行う基礎資料とさせていただきたいと考えております。

運営でございますけれども、3月までの間に、こちらの検討会に持ってきて合意を達成するということを考えますと、残り時間が1カ月などというようなオーダーと考えておまして、非常に迅速な検討が必要であるため、議論は非公開で行わせていただきまして、議論についてはつまびらかにこちらに御報告させていただいて、こちらでちゃんと検討していただけるように準備するというのでいきたいと思っております。

スケジュールでございますが、あと1カ月で2～3回ということで、結構タイトなのですが、なるべく頑張らせていただくということでございます。

構成員に関しましては、下のようにメンバーを検討してございます。よろしくお願いたします。

○片峰座長 それでは、御議論をお願いいたします。

どうぞ。

○羽鳥構成員 これは産婦人科ではなくて産科ですね。要するに、お産ができる、夜間のお産に立ち会える、緊急手術のできる先生たちだけが対象ですね。産婦人科医局にたくさん専攻医たちがいますが、半分以上が昼間の婦人科の開業を目指している人が多いので、先ほど平川先生が御指摘になったのと同じような状況が、精神科だけではなくて産婦人科という医局でも起きています。婦人科のみをのぞく、お産を扱える先生のみ検討することなのですね。

○松本地域医療計画課長補佐 さようでございます。狙いとしましては、分娩を対象にするということですが、医師側の供給の要素で、婦人科として何をもって産科とするかということは、三師調査上も現時点では明確にはとっておりませんので、そういうところをどう考えればいいのか、専門家の先生方に、完璧な答えは今、ないかもしれませんが、対応可能な案をつくっていただきたいと考えております。

○片峰座長 ほかに、どうぞ。

○北村構成員 同じく小児科についても、友人に聞きますと、今、少ないのは小児のゼネラリストで、小児の循環器とか、小児の精神とか、小児の腫瘍とか、分かれた人はそこそこ大病院にはいるけれども、ゼネラリストが足りないのだねという議論もあります。そういうものもニーズを踏まえてぜひ小児の中でのスペシャリストの数、バランスも御検討い

ただければと思います。

○片峰座長 どうぞ。

○福井構成員 私も産科、小児科以外に、特に開業医の先生についてのディスカッションをしていて、地域医療のことを考えると、先ほど中島構成員もおっしゃいましたけれども、プライマリ・ケアとか総合診療ができる医師がどれくらい必要なのかということも、どこかの時点でディスカッションしていただきたいと思います。地域医療は産科と小児科と総合診療医がいれば、プライマリレベルではかなりの問題に対応できますので、そのところも考えていただけないかと思います。

○片峰座長 ほかにどうですか。

では、ここで切ります。

最後に、最初に申し上げましたように報告事項がございます。報告事項の医学部募集定員の臨時的措置であります。

最初に文科省医学教育課のほうから御説明をお願いいたします。

○西田医学教育課長 文部科学省の医学教育課でございます。

資料3でお配りしております「医学部医学科の募集人員減への臨時的な措置について」について、御説明をさせていただきます。この件については、昨日、文部科学大臣から発表させていただいたものでございます。

先般、12月14日に医学部医学科の入試に関する緊急調査の最終まとめを出させていただきましたが、不適切な事案を認めた大学においては、過去に不利益を受けた方への対応、例えば追加入学を認める方向での対応が進められていまして、この対応に伴い、次の平成31年度入試での募集人員を減らさざるを得ない状況が生じているということでございます。

平成31年度の入試に向けて、各大学の特色などを踏まえて、早くから志望校を定め、合格を目指して受験勉強に励んできた受験生に、既に出願手続が始まっている大学もあるタイミングで影響が生じている状況になっているわけでございます。

私ども文部科学省としても、厚生労働省と相談をさせていただきながら、こういった受験生への影響を緩和する方策について検討を行ってきたのですけれども、その結果、対応のところにございますように、教育環境が確保されることなどを条件に、平成31年度に関しては、不適切な事案を認めた各大学の判断に基づき、追加合格による募集人員の減を緩和することを臨時的に認め、医師の需給推計に基づき、全体として過剰を招かないよう配慮するとの閣議決定等の趣旨を踏まえて、このような対応をとる大学に関しては、平成32年度以降の医学部定員について、期限を設けて臨時的に減をするなどの調整を図る形で対応したいということをご発表させていただきました。

詳細については可及的速やかに検討をした上でということになりますけれども、この措置の活用も含めて対象の各大学が受験生の機会確保に取り組んでいただけるように促させていただくことも含めて、受験生が安心して次の入試に臨めるように、厚生労働省とも協力をして対応してまいりたいと考えております。



以上です。

○片峰座長 続きまして、厚生労働省の医事課長から。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

今、医学教育課長からお話がありましたが、厚生労働省の考え方を御説明いたします。

厚生労働省としましては、医学部定員のあり方につきましては、医師需給に大きく影響するということで、これまで医師需給分科会等で御議論いただきながら、文部科学省と協力して対応してきたところでございます。まずは今回、医師需給分科会へのお諮りがこの件に関しまして事後となってしまったことにつきまして、構成員の皆様におわびを申し上げます。

先ほど医学教育課長からお話がありましたが、文部科学省においては、不適正な入試による募集人員減への緩和ということで、追加の入学者の人数が確定しないという状況ではありますけれども、厚生労働省としては、一時的な定員超過については2020年度以降に一定の期限を設けて需給調整を行うということであれば、中長期的な医師の需給へ影響を及ぼさないと考えているところでございます。

いずれにしましても、受験生の方が安心して2019年度の入試に臨むことができるよう、引き続き文部科学省と協力して、適切に対応を行ってまいりたいと思います。また、医師需給分科会にも適宜御相談、御報告をさせていただきたいと思っておりますので、引き続きよろしくお願い申し上げます。

以上です。

○片峰座長 ありがとうございます。

どなたか御意見等は、どうぞ。

○山口構成員 質問ですけれども、今、御説明をお聞きすると、そうすると、平成31年度については、かなり実際の1年生がふえるということですか。そのふえた分について、段階的に減らすことで対応していく。例としては3年と書いてありますけれども、例えば人数が多いところだと5年というようなこともあるかと思うのですが、それはどこの判断、大学独自の判断なのか、文科省と相談されるのかということと、一時的にふえることで、例えば医師国家試験であったりとか、いろいろなことの運用に混乱を来すことがないのか。例えばOSCEであったり、CBTであったり、そこにも私はかかわっているので、実際にその学年が試験を受けるときは非常に混乱すると思うのですが、そのあたりのことについての対応はどのように考えていらっしゃるのでしょうか。

○片峰座長 どうぞ。

○西田医学教育課長 まず、期限についてでございますけれども、31年度については受験が迫っているという時期でありますので、そういった方々を救済するという意味も込めて定員超過を認めるということですが、それは野放図に認めるということではなくて、教育条件、教育環境が担保できるというような範囲内で定員超過も可能だという形にさせていただきたいと思っております。

それから、その後、解消する期限については、文部科学省としては、その上限は5年。医学部は6年間ですので、6年間の中で解消が図れるような形で考えているのですけれども、上限は5年という形で、ただ、個々の大学でこの枠組みを活用される場合に、実際に何年でというのは、まずは大学の御判断があると思っております。上限は5年という形で申し上げたいと思っております。

その次の御指摘の点、確かに31年度の人員だけが少し超過をするという形になることも予想されますけれども、実は、各大学で追加合格が実際に幾らぐらいになるのかは、まだ出そろっている状況ではありません。一部東京医科大は44名という話がありますけれども、最終的に大学に何人入るかという部分は不確定な部分がありますので、それは3月までの状況で考えていかないといけませんし、現に31年度がどういう規模で超過になるのかというところは、あわせて今後の対応としては考えていくべきだと思っております。

○片峰座長 ほかに、どうぞ。

○新井構成員 この処置に関しては、本会議でも話題になった地域枠の問題に関してはどうなるのでしょうか。本来地域枠に対してのモチベーションを持った学生が不利益をこうむった、受験生が不利益をこうむったというふうに理解できなくもないので、その点だけちょっと明らかにしていただきたいと思います。

○西田医学教育課長 今回の件については、入試を実施する上での公正性の確保、つまり、合理的理由とか、事前に説明がないような要素で、受験生にとって知らないような要素で合否判定がなされてしまっているような状況、入試の公正性に問題があったことによって、本来であれば入学できていたはずの学生が入学できずにいる。なので、そういう不利益をこうむった方々に対応するというところで、追加入学を認める形での措置が生ずる。それに伴う対応ということで発表をさせていただきました。

地域枠については、種々御議論いただいて、人数が確保できていないということで問題提起をさせていただいて、状況も把握をした上で、私どものこれまでのフォローアップがちゃんとできていなかったということもあり、人数が、学生の確保ができていなかったということではございますけれども、地域枠の選抜自体の公正性について何か問題があったということではなくて、選抜方法や具体的なやり方について、文部科学省もはっきり申し上げていなかった部分があり、入試時点で選抜するのか、入ってから、後から手挙げてやるのか。そこも大学で決めていただいて、やっていただく形でおりました。

実際に人数を見たところ、やはり手挙げ方式ですとなかなか人が集まりづらいということが明確にわかりましたので、今後は別枠でやっていただきたいということ、また、臨時定員の増員は確保ができる分増員いただく方向で対応したいということではございます。

○新井構成員 では、地域枠に関しては文科省に落ち度があったという理解で、基本的には不公正な入試が行われた。そういう理解でよろしいということですか。

○西田医学教育課長 試験、選抜の公正性という意味で、何か問題があったということではないと思っております。

○片峰座長 どうぞ。

○山内構成員 ただでさえ非常に不利益を受けた受験生の方々がいて、そういった方々の気持ちに配慮してこういう措置をしていただいたと思うのですけれども、先ほども山口構成員から指摘があったように、1学年本当に、例えば30名ふやすのだったら、今まで100名のところが130名で、教育環境が確保されることが条件ということなのですが、具体的にその辺をしっかりと見きわめていただきたく思います。もともと不利益を受けて、この学年の人たちはずっとそれから、人数も多く、教室も狭く、実習も十分に行われずに、さらに、今度は初期研修の枠も、今、そういった意味で非常に狭めてきて、医学部の卒業生のプラスアルファの人数を減らしてきていると思うのです。

初期研修をするときに、その卒業生の年次に合わせて初期研修の枠も広げるという方法でいくのかどうかも確認させていただいていいでしょうか。本当にこの方々が6年間、その先にもわたって不利益をこうむってはいけないと思いますので、それも確認させていただけますでしょうか。

○佐々木医事課長 医事課長でございます。

初期研修に関しましては、今後、実際にこの学年が何人の学生になっていくのか、実際に卒業の時点でどうなっているのかということを見きわめながら、関係する審議会のほうで対応を検討したいと思います。

○片峰座長 最後に森田さん。

○森田構成員 何と申しますか、秋に突然来年の東大入試はないと、そういう時代を経験した人間にとっては、何と心優しい措置をとられているのかなという気がしないでもないのですけれども、それはともかくといたしまして、最大見積もって、今は9,000人以上医学部定員があると思いますが、何人ぐらいを定員超過として想定されているのか。それを伺いたいというのが1点目です。

もう一つ、新井構成員が指摘された地域枠の問題ですけれども、地域枠という形で増員を図ったとき、大学の側は、それはどういう趣旨でふやされた定員枠なのかということについて認識がなかったのでしょうか。今の御発言ですと、文科省のほうの説明が不足というようなお話もありましたけれども、それだけではちょっと済まないような気がいたします。

○片峰座長 どうぞ。

○西田医学教育課長 今回の措置によって、募集人員減の緩和がどれくらいの規模でということですが、正直に申し上げまして、数字として幾らというのは現在ございませんで、実際に追加合格の人数がどれくらい出るのか。そういったところにもよると思っておりますし、ただ、教育環境は確保させていただかないといけませんので、大学設置基準等に定める、例えば教員数、施設・設備の基準、そういったものを援用するような形でどこまで人数を追加できるのかは考えていきたいと思っております。

それから、地域枠の関係でございますが、申し上げましたとおり、平成20年度からやっ

ている臨時増員の趣旨は、地域枠をつくる、設定をするということであって、そのための臨時増員だということは、文部科学省も明確に示した上で実施をしておりました。ただ、具体的な選抜方法について、何か特定の方法でやらないといけないと言っていたわけではございません。また、実際に何人ぐらい確保がされているのかを把握したのは、今回が初めてでございました。

そのような趣旨で申し上げたところでございます。

○片峰座長 最後に、どうぞ。

○小川構成員 先ほどの新井構成員の質問に関連するのですけれども、ただいまの森田構成員の地域枠の話なのです。12月11日の柴山大臣の記者会見でも、地域枠ですが、「結果としてそれ以外の方々に妨害の不利益を与えたという認識を示している」わけで、そうであるとすれば、ほかの問題とも連動するのではないかと思うのです。

○片峰座長 何か答えられますか。

○西田医学教育課長 確認をさせていただいてよろしいでしょうか。

○片峰座長 では、次回の冒頭にね。いいですか。

とても延びましたので、ここで終わりにしたいと思います。

外来問題に関しても、御指摘の部分も含めてさまざまな御意見をいただきました。恐らくこれを参考に手直し、見直しをされるのだと思うのですけれども、今後の進め方については、事務局と座長で話したいということになります。3月ですからね。もう一度議論する場がとれるかどうかということだと思うのですけれども、なかなか難しいかもしれませんね。それも含めてちょっと検討させていただきたいと思います。

それでは、事務局からお願いいたします。

○石丸医事課長補佐 ありがとうございました。

次回の議題と今後の議論の進め方につきましては、本日いただきました御意見、御議論を踏まえて、座長と御相談の上で進めさせていただきたいと思います。

また、次回の日程につきましては、追って御連絡を差し上げたいと思います。

○片峰座長 それでは、これで終了いたします。御苦労さまでした。