

## 健康・医療WG（第10回） 議事概要

1. 日時：平成25年10月9日（水）14:59～17:07
2. 場所：中央合同庁舎第4号館2階第3特別会議室
3. 出席者：
  - （委員）翁百合（座長）、林いづみ（座長代理）、大田弘子（議長代理）、  
金丸恭文、森下竜一、
  - （専門委員）滝口進、竹川節男、土屋了介
  - （政務）稲田内閣府特命担当大臣（規制改革）、後藤田内閣府副大臣
  - （事務局）滝本規制改革推進室長、館規制改革推進室次長、中原参事官、大熊参事官、  
湯本企画官
  - （関係団体）亀田総合病院、日本専門医制評価・認定機構
  - （厚生労働省）土生医政局総務課長、佐々木医政局指導課医師確保等地域医療対策室長
4. 議題：
  - （開会）
  - 1. 最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築について
    - （1）医療関係者からのヒアリング
    - （2）厚生労働省からのヒアリング
  - （閉会）
5. 議事概要：
  - 館次長 それでは時間になりましたので、これより「規制改革会議健康・医療WG」を開催いたします。
  - 皆様方には、御多用中御出席いただきまして、誠にありがとうございます。
  - 開会に当たりまして、稲田大臣から御挨拶をお願いいたします。
  - 稲田大臣 翁座長を始め、大田議長代理、専門の先生方に出席いただきまして、本当にありがとうございます。今日は、後藤田副大臣も参加をいただくということで、ありがとうございます。
  - 本日は、今期の健康・医療WGの検討項目のうち「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築」が議題となっているところです。医療提供体制に関して、9月5日の健康・医療WGにおいても、委員の先生から、幅広い問題意識に基づいて御議論がございまして、安倍政権が掲げる国民の健康寿命の延伸の基礎ともなる重要なテーマと認識をいたしております。

本日は、医療関係者の方々も来ていただいています。また、厚生労働省からのヒアリングを予定しており、まずは現状の課題を伺うことといたしております。

限られた医療資源を有効活用して、国民が充実した医療を永続的に受けられるよう、最適な医療提供対策の構築に向け、今日も委員各位の皆様方の忌憚のない、建設的な御議論、どうぞよろしくお願いいたします。

○館次長 ありがとうございます。

それでは、稲田大臣は政務のため、ここで御退室となります。

どうもありがとうございました。

(稲田大臣退室)

○館次長 報道の皆様も御退室をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○館次長 それでは、これからの進行は翁座長によろしくをお願いいたします。

○翁座長 それでは、議事を進めさせていただきます。

本日の議題は「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築について」でございます。亀田総合病院様、日本専門医制評価・認定機構様、厚生労働省にお越しいただき、亀田総合病院様からは主に病床規制について、日本専門医制評価・認定機構様からは主に専門医制度について、厚生労働省からは医療提供体制について、それぞれ御説明をいただく予定となっております。

本日は、御説明者ごとに質疑応答の時間を設けることとしたいと思っております。亀田総合病院様、日本専門医制評価・認定機構様は、15分お話しいただきまして、15分質疑応答と考えております。

それでは、亀田総合病院の小松先生、大変恐縮でございますけれども、15分程度で医療提供体制について御示唆いただければと思います。よろしくお願いいたします。

○亀田総合病院 こういう席にお呼びいただいて、本当にありがとうございます。

今日は、医療計画制度と、メディカル・スクールというか、医育機関の在り方についてお話しをいたします。

医育機関の在り方について言及するのは、医療計画制度と非常に関連が深いということでございます。現実の社会というのはかなり動いております。参入、退出が常にあるのが一般的ですけれども、医療は動いているという前提がないところが問題かと思っております。

まず、認識といたしまして、1. 医療計画制度における病床規制は1985年に導入されました。二次医療圏ごとに算出した基準病床数をもとに、許可病床を病院に配分。許可病床数を超えた増床を禁止しております。医療費抑制が目的でした。「医療供給過剰な地域を含めて全国に病床規制をかけておけば、医療の供給が不足している地域の状況が間接的にせよ改善される」という建前だったと思います。しかし、既存病床数を尊重する現状追認型の制度として設計されたということがございます。すなわち、基準病床数の計算の基礎

となる平均在院日数、年齢階級別退院率について、地域ブロックごとに異なる係数が用いられております。

別紙2の計算式を御覧ください。これは、一般病床の基準病床数を理解するためのものです。ある地域の年間延べ利用病床数は、病床数×365×病床利用率、病床利用率は、0.8で計算しています。参考基準一般病床数は、年齢階級別人口に年齢階級別平均入院回数を掛けて足し合わせ、これに平均在院日数をかけています。この年齢階級別入院回数を365で割ったものが年齢階級別退院率です。これと平均在院日数を使用しております。

別紙1を御覧ください。これによりますと、平均在院日数が地方ブロックごとに異なっております。関東は平均在院日数15.1日、九州は18.2、九州の方が関東より20%多くなっております。

別表第2が各地方ブロックごとの性別年齢階級別一般病床退院率です。例えば65歳～69歳の男性、関東は49.5、九州は60.4、10日以上差があります。これが基準病床の計算にかかってきます。ですから、3割とか4割ぐらい違ってくるといことです。

このため、既存病床数が多かった地域、すなわち、新設医大創設以前の医学部が多かった西日本では、東日本に比べて基準病床数が多く算出されました。この分布は、看護師、リハビリ専門職などの医療人材の養成数の分布とも重なっております。要するに、医学部が多かったところはたくさん育成しているということです。このため、病床数の地域差だけではなく、医療人材養成数の地域差も継承されました。中国、四国、九州の各県は、関東基準で見れば、埼玉、千葉の2倍近い一般病床を持っております。

別紙2の表1を御覧ください。基準病床数の計算式と、社会保障・人口問題研究所の将来の人口推計を用いて医療需要を計算したものです。一般病床の需要はずっと増えていくのです。右から2番目の欄、埼玉、千葉、東京あたりは120%、20%ぐらい増えますけれども、減るところもございます。

表2を御覧ください。参考基準療養病床数、これは療養病床だけではなくて、療養病床プラス入所介護と一緒に計算されるようになっております。ですから入所介護の方がはるかに多いです。埼玉、千葉、神奈川は、2030年を2010年で割ると200%になります。今より2倍以上の療養病床が必要になるということです。

表3、一般病床需給比率、これは各年の需要を2009年の供給で割ったものです。これを見ると、埼玉は99.11、供給と需要がほとんど同じということですね。大分は45.68、これは需要より供給が2倍以上あるということです。要するに、九州の方はみんな50%台なので、関東に比べると供給が2倍ぐらいあるということの意味しています。ところが、埼玉、千葉、茨城県など医療人材が少なく、養成数が少ない地域で、団塊世代の高齢化とともに高齢者が急増し、医療・介護需要が急増しつつあります。医療格差がさらに拡大している。日本の少子化は、都市では高齢者の急増、地方では高齢者を含めた人口の急減が問題になっております。当然、地域ごとの問題への対応は異なります。医療計画制度は時代から乖離していると私は思っております。

2. 病床規制は、新規参入を不合理に抑制しています。許可病床が既得権益化し、使っていない手放さない非稼働病床になって、他の医療機関による有効活用の妨げとなっています。医療提供体制を固定化し、病院の集約化、近代化を阻害しております。

現代の基幹病院は、高価な装備と多様な専門家を必要としております。基幹病院の予算規模は、小さな地方都市をはるかにしのぎます。これを支えるのに、最低50万人、望ましくは100万人の人口が必要です。しかし、日本の二次医療圏は非常に小さく、日本の心臓外科医や脳外科医の一人当たりの手術件数が少ないのも、二次医療圏の小ささが影響していると思います。

3. 医療計画制度が、西高東低と言われる医療サービスの地域格差、医療費の地域差の一因となっています。市町村国保、後期高齢者医療制度に投入されている国費と被用者保険の保険者からの拠出金は、本来平等であるべきです。市町村国保に関しては、国費と被用者保険の拠出金は大体50%ぐらいです。後期高齢者医療制度については、7割ぐらいがこれで占められております。それにもかかわらず、市町村国保と後期高齢者医療制度の医療費に大きな地域差がある。千葉県の医療費が全国平均と同じだとすれば、千葉県には国費と拠出金が、毎年720億円今より多く投入されないといけない。福岡県と同じだとすれば、毎年1,890億円今より多く投入されないといけません。この分、医療よりも雇用の観点から損している、私は思っています。

地域ごとに高医療費特性、低医療費特性が観察されるという論文はありますけれども、日本の医療費の地域差が疾病構造の地域差に起因するという論文は、私は知りません。少なくとも、厚労省は医療費の地域差を合理的に説明する努力をしておりません。厚労省は国民を不平等に扱い、それを漫然と継続していると非難されても仕方がない状況だと思います。

4. 医療サービス不足の地域では、看護師不足、医師不足が顕著です。このため、千葉県、埼玉県、茨城県などでは、診療科の閉鎖、病床の縮小など、医療提供体制の崩壊が目立っております。医療サービスの不足地域では、多くの許可病床が稼働しておりません。

銚子市立総合病院、393床は2008年9月30日に運営を休止しました。2012年3月、精神科病床の一部43床が返還されましたが、現在も350床の許可病床を保持しております。2013年9月1日現在の稼働病床数は128床にすぎません。

平成24年8月1日現在、ある調査ですけれども、千葉県では許可病床のうち、一般病床2,189床、療養病床122床、精神病床514床が稼働しておりません。病院は、稼働していない許可病床の返還を求められるのを恐れるので、これは正確な数字ではないと思います。私は、千葉県の太平洋沿岸では、30%程度の許可病床が稼働していないと確信しております。

問題は、病床数が少ないことではなく、医療人材が不足していることと、集約されていないことです。十分な医療人材を集約できれば、平均在院日数は大幅に短くできて、現在よりも少ない病床数で十分な急性期医療を提供できると思います。

5. 千葉県は、2012年3月と10月に、合計で3,800床余りの病床を配分しました。結果と

して、看護師争奪合戦が生じました。要するに、お金で釣るようになったということです。病床配分に対しては、稼働可能な病床を作れるかどうかにかかわらず、手挙げをするのが合理的行動です。ところが、手挙げした病院の多くは看護師を養成しておりません。千葉県では、どうにか病床を稼働させてきた病院の経営が脅かされる状況になっております。

6. 本格的な急性期医療を提供していない病院が、7：1看護基準で病床を運営し、看護師不足を助長しております。しかも、多額の収入を得ております。

7. 2013年9月29日、日本長期急性期病床研究会第1回研究会の席上、当時の医政局長は「医療格差をどう考えるのか、病床抑制を今後も続けるのか」との質問に対し、「医療の地域格差は医療計画制度とは関係ない。医療格差については、都道府県に責任がある」と答えました。これにはびっくりしました。

8. バルサルタン事件によって、日本の医学は世界の信頼を失いました。日本国内と異なり、沈黙して時間が過ぎるのを待っても、合理的な対策が講じられない限り信頼を回復できません。この事件で、日本の医学部の劣化が広範囲に及んでいること、日本の学会に自浄能力が期待できないことが明らかになりつつあります。バルサルタンが脳梗塞を予防するなどということは、日本の医師はほとんど信用していなかったと私は思うのです。それを理由に、接待攻勢などがあったのではないかと推測しております。これは恥ずべきことで、医学会は反省しないといけなけれども、大学は軒並みこれに関与している。しかも、反省を示していないということです。医学部の指導者の集団であるA会議は、利益団体として振る舞い、競争相手の登場を排除しようとしてきました。B会が、開業医の経済的利益を最終目標として活動しているのと似ております。

補足説明ですが、神奈川、埼玉、千葉、茨城、静岡、新潟、福島、東北の三陸一帯では、医師不足のために医療サービスが大幅に不足しています。しかし、A会議は、「医学部定員の増加があったので医師は足りている」「医学部が新設されて附属病院が建設されると、医療人材が引き抜かれるため地域の医療が破壊される」と主張して、医育機関の新設に反対をしてきました。医師が足りているかどうかについては、サービスを受ける立場の住民の実情を詳細に認識しなければなりません。実情の詳細な認識なしに、創設に反対するのは、認識以前に判断があったこと、判断が利害に基づいていることを示すものと理解されます。

A会議のホームページによると、2013年3月11日、緊急記者会見が開かれています。ここで、A会議と、もう1つの会議の見解、それから東北3大学による東北での医学部新設反対の要望書、A会議の被災地支援を示す文書、無題の要望書が配布されました。被災地支援は、多額の報酬を各病院に請求したこと、医師ごとの派遣期間が短過ぎてほとんど役に立たなかったこと、命令で行ったために自主的な取組がなかったことが問題として指摘されております。

無題の要望書の内容は以下の5点でした。1. 高度先進医療を開発するための研究環境の充実、2. 大学附属病院の機能を強化するためのさらなる支援、3. 医学教育環境の充

実と教員数の確保、4. 医療安全充実のための支援、5. 患者負担や病院負担を増やさない消費税の課税制度。端的に言うと、医学部と附属病院に金をよこせという要望書であり、この文書には全国の医学部長、大学病院長総勢160名の氏名がつけられておりました。「緊急記者会見」に3月11日という日を選択したのも問題かと思えますけれども、それがなぜ「緊急」なのかよくわからない。政治的示威活動であることを示しております。医学部新設への反対意見も同じときに出されているので、大学の利益を主張するための示威活動の一環とみなすべきだろうと思えます。

メディカル・スクールを設立する場合は、既存の病院を実習病院といたします。附属病院を新設しないので、地域の医療機関を破壊することにはなりません。逆に、全国から指導的医師を補強できるという利点があります。

個々の医学部とその医局は、様々な問題を引き起こしております。2013年4月23日の茨城新聞によると、鹿嶋労災病院では「関連大学からの医師派遣が見込めなくなり、3月末までに22人いた常勤医のうち外科5人、整形外科5人、神経内科3人、内科1人の計14人が退職。その多くが派遣元の千葉大医局に戻った。新たな医師確保は難航し、4月から眼科と皮膚科の2人の医師を新たに加えた常勤医12人体制で診療を続けている」と。これは新聞記事です。

責任は個々の医師にあると私は思います。医師が個人として人格的に自立し、医局の排他性を客観的に評価する視点を持っていれば、たとえ大物OBの指示があったとしても、一斉退職で社会に迷惑をかけることはありません。

C大学は、シビック・フォースとD市の協定による任意の緊急搬送用ヘリ事業に対し、三陸の被災地からの患者受け入れに当初前向きな姿勢を示しておりました。しかし、8カ月間の交渉の後、最終的にE県知事からの要請に対し、院長名で「特定機能病院として当院が果たすべき責務や、国立大学附属病院として本院が進むべき将来像に沿わない」との理由で、被災地からのヘリ搬送の受け入れを断りました。送り出し側で、当初からの計画の中心メンバーだったF病院も協力に躊躇し始めました。C大学から医師の派遣を受けていることが影響していると想像されます。

ヘリ事業は、2013年10月21日ごろ、正式運航が予定されております。これは、一昨日NHKで報道されました。F病院が優柔不断な態度を続けたため、送り出し側は、はるかに小規模のG病院でスタートすることになりました。H病院が受け入れ病院になりましたが、近い将来はI大学が参加することになっています。

病院長の最終的な回答から見れば、当初より参加する意思があったかどうかは疑わしいと思います。様々な手続を要求して交渉を引き延ばしたことには、それなりの意図があったかもしれません。悪意がなかったのだとしても、誠実とは言いがたいと思います。

私は、ヘリ搬送事業について、当初より相談を受けており、経緯を知る立場にありました。私自身、シビック・フォースの依頼で、幾つかの医療機関に協力を打診しました。申し上げておきますと、現在、E県にはドクターヘリはございません。これはシビック・フォ

ースが自分たちで集めた寄付金で、全部サービスでやろうということです。D市で事業を展開しようということになったのは2012年7月です。この日、シビック・フォースが市長と小野寺五典議員に事業説明を行い、市の協力を取りつけました。2012年11月、F病院の医師を通じ、C大学病院救命救急センター部長と医局長に説明し、前向きに検討するとの回答を得ました。関係機関との実施に向けての交渉に加えて、D市の自治会長や仮設住宅住民への事業説明、ヘリの展示飛行などを行いました。2013年6月14日、国土交通省広域地域連携事業に選出され、調査事業として825万円の助成が決定しました。C大学からの要請で、2013年7月10日、県知事からの要請書をC大学に提出しました。これに対し、7月16日、県知事宛てに受け入れできない旨の回答がありました。これはまさに公文書です。ヘリ搬送による被災地からの患者受け入れが、「本院が進むべき将来像に沿わない」とすれば、E県には別途患者の立場に立つ医育機関が必要になります。既存の医学部のモラルを考慮すると、E県で新設が検討されている医学部は、従来の医学部ではなく、メディカル・スクールにすべきだと私は思います。

東日本大震災に関連して、被災地の大学病院には様々な問題がありました。J大学については、被災者と無関係の復興計画が立案されているので止めてほしいと、内部から情報もたらされました。J大学は、県立なので県の支配下にあり、個々の医師が個別的に意見を表明できる状況にはありません。行政と学務は違いますが、県は結構支配します。

C大学、J大学は、復興財源の「火事場泥棒的獲得」に見られるように、被災住民の支援より予算獲得が優先されました。

例えば、東北のメガバンク事業は、人の遺伝子情報を集積する研究センターを作ることと、医療情報の電子化のネットワーク、もう1つ事業として、大学に医師を集めて派遣するというのがございました。2つの事業は、オリジナルではなくて他で随分進んでおりましたが、これら大学では全くやっていなかったということです。

私は復興財源を使うことを正当化するための4条件を提案しました。少なくともどれかを満たす必要があります。1. 地元の被災者の生活の維持と再建に直結すること、2. 被災者の雇用にも直結すること、3. 被災者を多数雇用する地元の企業にお金が落ちること、4. 被災地を後にした被災者の再就職と生活再建に直結すること。

増税までして復興に使おうとするお金が、研究者と大企業だけを潤すのは許されることではありません。私は被災地の復興を望みますが、被災者の生活再建が最も重要だと考えています。地域に立派な建物が建っただけでは復興とはいえません。ある地域が繁栄するための必須条件は、その地域で生活する住民の幸福度の総和が大きくなることです。これは、被災地の住民数を多くし、住民一人当たりの収入を多くできれば、ある程度達成できます。しかし、東日本大震災の復興は、地域の繁栄だけを目指すべきではありません。東日本大震災では、故郷にとどまりたくてもとどまれない被災者が、多数故郷を後にしています。この人たちを含めた復興が必要です。私は、メガバンク構想の予算要求は、火事場泥棒に見えます。大学の予算が足りないからといって、誇りまで捨てた行動をとると、大学の未

来を失うことになりかねませんということです。

亀田総合病院は東日本大震災で、DMATの派遣に続き、透析患者600名の搬送作成を立案・支援しました。透析患者61名の受け入れ、老健疎開作成の立案、利用者120名と職員50名の受け入れ、磐城共立病院からの人工呼吸器装着患者8名の受け入れ、知的障害者施設の利用者300名と職員100名の受け入れを行いました。受け入れ活動は、鴨川市と市民総力を挙げてのものになりました。加えて、個別職員がそれぞれの意思に基づき、様々な支援活動を行いました。石巻ローラー作戦などです。南相馬市立総合病院では、亀田総合病院から派遣した若手医師が、様々な障害を乗り越えて仮設住宅への診療を定着させました。出向したリハビリ職員も、リハビリ業務を一変させました。この間に、南相馬市立総合病院は、臨床研修病院の指定を受け、常勤医師数は震災前の2倍になりました。病院管理者の一人からは、大学の呪縛が解かれて、様々な活動ができるようになり、楽しくなったと感謝されました。

私の勤務する亀田総合病院の活動について触れたのは、日本には志が高く元気のよい若手医療人材がまだいることを示すためです。

東北地方のある基幹病院の幹部は、2013年4月、次のように語りました。これは、メディカル・スクールを一緒にやろうという持ちかけに、いろいろなところを行脚した時のことです。「震災を機に、C大学、J大学には、メガバンク、放射線研究所が設立された。このため、多額の予算が入り、大学のポストがふえた。中堅が大学にとどめられて派遣されなくなった。派遣されるにしても、大学の講座に所属したまま派遣されてくる。」これは寄附講座と言われるものです。「医師が、地域のために頑張ろうという意識を持ちにくくなった。」

福島県による被曝調査については、県自体が対応にかかわる当事者であることから、被害を過少に評価するのではないかと、応じる人が多分10%もいなかったと思います。震災後の副学長兼放射線健康リスク管理アドバイザーの言動も県民の反感を招き、やめてくれという署名運動が起きました。

J大学は、2011年の5月26日、学長名で被災者を対象とした調査・研究を個別に実施してはならないという文章を学内の各所属長宛てに出しました。行政指導で行うからそれに従えという指示です。本来なら大議論が始まるはずでしたが、大学内部に個人の自由闊達な意見のやりとりが生じた気配がありませんでした。自ら考える個人の存在が見えません。学問は、方法を含めて、何が正しいのか、学問の担い手が自分で考えて提示します。担い手は、所属施設はあるにしても、基本的に個人です。多様な意見を許容することが、学問の進歩の前提条件です。行政は学問の担い手ではありません。別の論理が動くので、行政が学問を支配すると、行政の都合でデータの隠蔽や歪曲が生じかねません。

私は、J大学のある医局が、医師を引き揚げるが他から採用をしてはならないと病院に圧力をかけ、病院が採用をあきらめざるを得なかった事例について、この大学の関係者と議論しました。この関係者は「こうした事実があったとは思えない。あったとすれば、院内



で議論し、謝罪と再発防止、場合によっては処分が必要だ」と語りました。そこで私は、当事者の証言による経緯を発表しました。病院と科名も明記しました。以後、議論の相手は沈黙したままです。この後、現時点に至るまで、問題が学内で議論されたという形跡はありません。

医学部の機能不全は、不祥事を起こした医師、あるいは指導層だけの問題ではありません。日本の大学でリベラル・アーツが軽視されてきたため、若い医師の中に、世界を俯瞰する知識と立場を持てるリーダーが出現しなくなっております。若い医師が、狭い世界の因習を全てだと思い込んで、変革を主張する意識を持たないと思います。

改革案ですけれども、1. 7 : 1 看護基準の病院の活動を複数の指標で評価し、一定以上の活動と社会への貢献を義務付ける。指標として、平均在院日数、全身麻酔件数、救急車搬送数。救急車搬送から入院数などを設定する。定められた条件がクリアできなければ、7 : 1 看護基準を認めない。

2. 市町村国保、後期高齢者医療制度に投入される国費と被用者保険の保険者からの拠出金の総額を都道府県ごとに平準化する。診療報酬1点当たりの値段で調整する。平準化するまでに時間をかけてよいが、かけるべき年数は最初に決めておく。

3. DPC病院については病床規制を廃止する。これは、一般病床についてです。

4. DPCの包括部分の点数について、在院日数による傾斜を強める。平均在院日数7日程度を目指すように設定する。

5. 看護師、医師の不足している地域での養成数を増やす。多い地域では養成数を減らす。補助金は全て養成に使う。教育界だけではなく、医療界あるいは福祉界も養成に参加する。大学というのは、そもそも由来は中世の修道院で、教育界はかなり無駄が多いです。

6. 現状の医学部が自力で立ち直れる見込みはありません。メディカル・スクールを創設し、従来と異なる主体が、世界基準の医学教育プログラムに基づいて、多様な背景の学生を教育します。今、日本にはこの世界基準の認証を受けているところがありません。近いうちにこれに通らないと、日本の医者はアメリカで医療ができなくなります。世界基準の医学教育プログラムは、私は翻訳したのもございますので、御希望があればお送りいたします。多様な背景の学生を教育する。多様な背景というのも、世界では非常に強調されております。受験校だけの人間ではだめということです。社会の変化を動的に捉えて、不特定多数のために、自ら改革にコミットする勇気を持つ医師を養成する必要があると思います。

以上です。

○翁座長 どうもありがとうございました。少し時間が過ぎておりますけれども、5分～10分、貴重な機会なので、是非御質問をお願いしたいと思います。

○大田議長代理 ありがとうございます。2点伺います。

病床規制に関しまして、DPC病院については廃止するという御提言をいただいておりますけれども、先ほどのお話ですと、例えば非稼働の病床があっても、一度返してしまうとも

う再配分されないからそのまま持っているといった御説明がありましたが、DPC病院について廃止する以外の改革は何かないのか。つまり、病床規制そのものはどうお考えなのかというのが1点です。

それからもう一点、二次医療圏についてはどうお考えかという点をお聞かせください。

○亀田総合病院 病床規制については、私はやめた方がいいと思います。

○大田議長代理 全廃ですか。

○亀田総合病院 はい。首都圏は全然動かなくなっていますけれども、病床の多いところもすごく大きな問題で、新規参入が全くないから、全く改革がなくなる。病床規制については、DPC病院ですと情報が全部オープンなので、あまり変なことはできない。ですから、入院日数を限れば、廃止しても、それほど大きな問題は起きないと思います。

二次医療圏については、日本の二次医療圏は小さ過ぎると思います。小さいところでしたら、しっかりした病院を作るといって、そもそも無理なのです。例えば田舎に大ショッピングモールを作ると言って、仮に公費で作ったとしても、そんなところは経営が持たないのです。我々のところは年間の予算が三百数十億円、このような大規模な病院は小さい医療圏で運営するのは無理なのです。

○翁座長 どうもありがとうございます。他にいかがでございますか。

竹川先生、お願いします。

○竹川専門委員 大方、先生の意見に大賛成なのですが、私もあちこちで病床規制撤廃の意見を聞くと、まず1つの問題として、先生のお話の中にもありましたように、病床配分によってナースの獲得競争が起こったと。1つは、過剰な競争によって混乱する。特に人材の確保の問題。そして、ナースの場合は、私の認識では、看護学校に行く年齢の女子が、日本ではこれから少なくなってしまうので、単に養成校を作ればいいという問題だけではないという認識なのですけれども、基本的に病床規制撤廃賛成の中で、特に人材確保の問題に関する混乱について、先生の御見解があればお伺いしたいのですが。

○亀田総合病院 ナース獲得のための活動をするなどというのは無理なので、何らかのルールでコントロールするしかないと思います。例えば7:1看護基準で入院日数が3週間を超えるようなところはあるべきではないと思うのです。せめて10日以内にしてほしいと思います。

○森下委員 私も竹川先生と基本、意見は一緒でして、まず病床規制を撤廃するなり、あるいは今までより緩めるというのは賛成なのですが、7:1看護基準が始まったときを考えると、それこそ東京大学が、津々浦々から看護師が集めて大混乱が起きた。また同じことが起こるのではないかと心配しています。先ほど先生が言われたように、資金があるところは集められるし、ないところは集められない。ないところはどこかという、過疎地域なのですね。ますます医療が崩壊することにつながるのです。よほど慎重にやらないと結構危険なのではないかと思っています。

メディカル・スクールの構想も、基本的には賛成なのですが、これも気をつけた

いと同じことになると思うのです。大学というのは、悪い面もありますが、反面いい面もあって、若い方にとっては、専門医が取りやすいとか、いろいろな面でまだ魅力的な要素が残っているのは事実だと思います。そうすると、そのところも慎重にやらないと、確かに医療崩壊が起こるだろうという危惧は残ります。

これは変な話ですけども、東京とか、神奈川とか、医療レベルが高くっていい病院がたくさんあるところは、基本的には医師はたくさん集まってくるのですね。新しい制度ができたときには、どちらかというとお金が払えなくて待遇が悪い病院からどんどん消えていく。結局、そういうところは、こういう言い方をすると失礼ですけども、地方の貧乏な自治体とかにあるような病院が多いので、結局のところお金があるところが採用していくということになると、医療の崩壊がより進む可能性があって、このバランスをどうするかが一番難しいと思うのです。

○亀田総合病院 給与水準に関しては、医師に関しては、間違いなく東京が一番低いと思います。看護師に関しては、千葉県が多分一番高いですが、それでも足りていないです。看護師は自分が育ったところからあまり離れません。例えば鹿児島県などは、人口当たりの看護師が千葉県の2倍以上います。給与水準ははるかに安いのですけれども、それでも全然動かないのです。

○森下委員 離れないことはないでしょう。東大が集めたときにすごく西日本から来ましたよ。

○亀田総合病院 全体の統計で見ないと、東大にたまたま行ったその少しの人数では影響は全然わからないと思います。

○森下委員 当時、大阪大学でも、西日本に行ってローラーをかけてたくさん集めたのです。わずかな人と言いますが、我々にとってはわずかでも、その地域にとってはわずかではないというのは事実なのです。ですから、そこはちゃんとバランスをとらないと、医療崩壊は進みかねないと思います。

○亀田総合病院 統計で見ればよくわかりますけれども、東京は、看護師数はものすごく少ないです。それから、療養の施設についても、東京は、60歳以上の人口当たりの施設数が、日本で最低です。ですから、実態は、実際の具体的な統計を見ないと全然わからないということです。

○翁座長 最後にお2人の御質問で、続けてお答えをお願いします。

○土屋専門委員 私はコメントなのですが、今、森下先生が言われた東京大学がどんなに足を運んだところで、せいぜい1,000人増やせるかどうかなのです。これは200万人の中での話ですから、それを針小棒大に宣伝したマスコミも悪いと思うのです。あれでそんなに大ごとにはなっていないと私は認識しています。

それともう1つ、今、竹川先生と森下先生で「基本的には賛成だが」、その後で「慎重に」と、こういう発言は厚労省に足元を見られるのです。基本的に賛成だったら、規制改革会議でどうしたら成功するのかというのを真剣に考えないとだめなのです。足元を見ら

れて、大臣が行こうが、副大臣が行こうが、政務官が行こうが、交渉したときに全部ひっくり返されてきたのが過去の規制改革の歴史です。しっかり認識していただきたい。

○竹川専門委員 おっしゃるとおりです。

○翁座長 では、滝口委員、お願いいたします。

○滝口専門委員 小松先生の医療ガバナンス学会のメルマガは時々拝見しておりますが、お目にかかるのは今日初めてでございます。3点伺いたいと存じます。

1つは、今、先生の御議論の中では、一般病床と慢性期の病床の2つだけで議論をなさっておられるという印象がいたしておりますが。

○亀田総合病院 一般病床についてだけお話いたしました。

○滝口専門委員 今後は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった4つの区分について、国の方針としても、特に社会保障審議会の医療部会でもほぼその方向で動いておりますから、それぞれの病床についての規制をどうお考えなのか。DPC適用病院の病床規制を撤廃しろとおっしゃっておられるので、高度急性期もしくは一般急性期の上部の方のみの緩和で充分という認識でいらっしゃるのかどうか。それが1点。

それから、我が国の全体の病床数をどうお考えになっているのか。先生の御発言を伺っていると、分配が不均衡だとか、もともと既得権のあるところに手厚く配分したために今のゆがみが起こっているとのことですが、そうであれば、全体としては充足しているとお考えなのか、それともまだベッドが足りないとお考えになっているのか。

3つ目は、これはまた土屋先生に怒られてしまうかもしれませんが、よく一般的に議論をされるときに、医療の場合、供給が需要を惹起するということが言われて、これが、厚生省がベッド規制をかけている最大の理由と言われておりますけれども、そもそも先生御自身の御見解として、供給が需要を惹起しないのか、するのか。これはどうお考えなのか。

この3点を伺えればと思います。

○亀田総合病院 供給が需要を惹起することはあると思います。それは人間ですので、しようがないと思います。全体の病床数はむしろ多いと思います。少なくとも一般病床については多い。介護施設については、圧倒的にこれから足りなくなります。それも間違いありません。

病床の機能については、今日申し上げたのは一般病床についての話だけで、この前も9月29日、私は亜急性期病床の研究会の第1回研究会に出ていたのですが、やはり現行制度を補完するものは必要になるだろうと思いますので、これから十分に検討していかねばいけないだろうと思っています。今日は、大卒の一般病床についてのお話をさせていただきましたが、今後は当然補完すべきものはあるかと思っています。

○滝口専門委員 どうもありがとうございました。

○翁座長 少し時間がオーバーしましたがけれども、いろいろと御意見いただきましてありがとうございます。参考にさせていただきたいと思います。亀田総合病院の小松様、どうもありがとうございました。

(亀田総合病院関係者退室、日本専門医制評価・認定機構関係者入室)

○翁座長 それでは、続きまして、日本専門医制評価・認定機構様に15分程度お話しただきまして、質疑応答といたしたいと思います。

日本専門医制評価・認定機構様、どうぞよろしく願いいたします。お待たせいたしました。15分ぐらいでお願いいたします。

○日本専門医制評価・認定機構 吉村と申します。

今日は「専門医制度の現状」ということでお話をさせていただきます。こんなものかなということがおわかりいただければよろしいかと思えます。

お手元の資料を見ていただきたいのですが、まず2ページ目、「医師のキャリアパス」。専門医というのは非常に重要な一過程でございまして、御承知のように、医学部を卒業いたしますと、医師国家試験を受けまして、合格すると医師ということになります。

その後、初期臨床研修というのが2年間必修化されておまして、研修指定病院で研修するわけですが、内科、小児科、救急、産科、その他で、こういった基本的な診療の技術を学びます。

余談ですが、研修指定病院は、実は平成14年にこの制度が入ったときに、大幅に要件が緩和されまして、それ以前は大学とか、国立病院などの250ぐらいの施設で研修していたのですが、今や研修施設が2,500、協力病院が5,000ということで、大変膨大なところで初期研修が行われておまして、その質が問われているところです。その結果といいますか、最近では関東地区で1万5,000人ともいわれているフリーターと言われる十分な研修を受けていない医者が余っているのではないかと、大変に問題になっているところがございます。この初期研修も是非規制をかけていく必要があるのではないかと考えております。

さて、それが終わりますと、いよいよ後期の専門研修、これは任意でございまして、3年間、それぞれの病院がプログラムを組んでおります。これはもちろん受けなくてもよいわけですが、将来進むべき診療科を選んで研修するわけですが、このシステムが今、日本にはないわけです。以前は大学とか大きな病院で、初期、後期を含めて一貫して研修していたのですが、今は初期ができましたので、後期が非常に浮いた状態になっていると。

ある程度、受験の条件を満たした段階になりますと、4に書いてありますとおり、専門医試験を受験します。もちろんこれは任意です。受けなくてもいいわけですが、この試験は各学会が行っております。それから、制度は学会で非常に異なっていると。通常、学会の指定施設で研修しますので、施設については学会の役割とか責任が非常に大きいということになります。

さて、我が国における専門医・認定医ですが、大体今、80種類以上あるわけです。最初に指定されたのは昭和37年ですから、50年前に日本麻酔科学会が指導医に、その後40年代に、皮膚科とかいろいろな学会が専門医を作りまして、右に書いてありますように「基本

的な診療領域の専門医」が中心でございます。その後どんどん専門医が認定されるようになりまして、平成2年には透析の専門医とか、頭痛の専門医とか、今年には小児血液腫瘍の専門医とか、非常に細分化した専門医が認定されております。これが今、80種類以上あるということになります。

この専門医制度を統括しているのが社団法人の専門医制評価・認定機構でございます、加盟学会82学会、これが社員になっております。そして今、79の専門医が登録されております。3つの学会が1つの専門医を認定したりしますので、若干少なくなっております。そして、各学会が会費を負担しております。専門医の認定は各学会が行いまして、専門医機構は、各学会の制度を評価している。ですから「日本専門医制・評価認定機構」ということになっているわけです。

5 ページ目、専門医制度の問題点ですけれども、幾つかあります。

第一は、専門医は、今申しましたように各学会が独自に認定しておりますので、基準が異なり、質が非常にばらついているということ。

2つ目は、学会が自ら専門医を育てて、自分で認定していると。評価機構も学会が社員ですから、非常に透明性が低い、お手盛りという批判があります。

そして今、先ほども申しました80を超える多様な専門医が乱立しておりまして、非常にわかりにくくなっています。

ということで、その下にございますように、機構による制度の整備、充実の取組が始まっております。基本的な事項を定め、2番目にあります専門医制度の整備指針を作っておりまして、研修の期間だとかプログラム、施設、試験のこと、あるいは更新と、非常に細かく作っております。今、これを満たした35の専門医を認定しているところでございます。

それから、修練施設のサイトビジットも始めておりまして、少しずつ制度が整備されているという状況になっています。

次に「専門医とは」ということですが、ほとんどの方が「専門医とは」と言いますと、心臓外科のエキスパートとか、あるいはカテーテルのスーパードクターのことをイメージされると思うのですけれども、そういう人たちで医療が成り立っているわけではないわけです。現在、機構としましては、それぞれの領域で十分なトレーニングを積み、つまり教育を受けて、当該領域で患者さんから信頼される一人前の診療、「標準的な診療」と言っておりますけれども、これを全員が、なるべく広くの人に提供できる医師であると定義しています。専門医制度とは、そのような専門医を「養成」して、「認定」する仕組みなわけです。専門医制度というと、ついつい試験をして認定することばかりに頭がいくのですけれども、実際には「養成」が非常に重要でございまして、「研修プログラム」「研修施設」「指導医」の基準をきちんと制度化することが非常に重要になってまいります。

折しも、今年の4月ですけれども、厚生労働省が「専門医の在り方に関する検討会」の最終報告書を公表いたしました。この報告書の内容は、実は、これまで機構で検討してきた制度設計とほぼ同一なものになっております。

9番、報告書の要点が幾つかあります。とりあえず、4つ大変大事なことがございまして、1つは、専門医の認定を中立的な第三者機関で関連学会と連携して行う、つまり、透明性を高めようということです。

2番目に、基本的な診療領域の専門医をまず取得する。その上で、たくさんある細かな専門医を取得する。ですから、基本領域を取得しない限りは、上のものをいきなり取るようなことはやめましょうということです。

そして、3番目が非常に大事なのですけれども、医師は基本領域のいずれかの専門医を取得することを基本とする。つまり、全ての医師がどこかの基本領域の専門医を取る。みんなが研修をしてレベルを上げましょうということが入ったわけです。

4番目に、基本領域の専門医の1つとして「総合的な診療能力を有する医師」、これを「総合診療専門医」として専門医に位置付ける。つまり、今まで総合医というのは専門性がない、だから専門性が認定されなかったのですけれども、専門性を認定することによりまして、今の3番、全ての医師がどこかの領域の専門医のトレーニングをして専門医を取りましょうという体制が固まったということにもなります。

基本診療領域の専門医というのは、内科とか、外科とか、小児科、いわゆる病院に行ったときの診療科、こういうものの専門医、それに総合診療専門医を加えて、19領域を基本領域とし、このどこかを取る。そしてその上で、さらに細かな心臓外科とか、循環器、超音波、そういった専門医を取る仕組みにします。ですから、基本の方は比較的全員が取れて、サブスペシャリティの方は、より厳しくといいますか、それぞれのチョイスで取っていきましょうということでございます。

さて、みんながどれかを取るということになりますと、専門医の養成、すなわち後期の研修システムの構築が非常に大事になってまいります。研修プログラムの策定については、地域ごとに、例えば各県に大学病院がありますから、それを中核にして病院群を構成して、こういうことをやったらどうかということを提案しております。これが結果として地域の偏在の解消に寄与するのではないかということです。

「総合診療専門医」の定義ですけれども、特定の臓器とか疾患に限定しない、幅広く何でも診てくれる医師ということです。必ずしも深くなくてよろしい、とにかく幅広く診てほしい。役割としましては、日常的に頻度の高い疾患、風邪だとか、あるいはおなかが痛い、転んだ、いろいろなことがあります。それをしっかり対応する。それと同時に、その他の重い病気もあると思います。幅広い疾患に対して、初期対応、とにかく診て、そしてどういう専門医に送ったらいいか、あるいはこのままでいいのか等を判断し、必要に応じて継続医療を提供する、こういうことを役割として期待されているわけです。

次に、「総合診療専門医の必要性」。当然、これから進展する超高齢化社会、今、高齢化率は25%、いずれ40%に、そしてまた人口減少、今年26万人減ったそうですけれども、2030年ぐらいには1年間に100万人規模で減っていくということになります。特に高齢者は、下に書いてございますように、慢性の疾患とか複数の疾患を抱えている人が多いというこ

とで、広い視野で診てくれる医者が必要です。それで、括弧に書いてあります、高齢者は、外来の半数、入院患者の約7割を占めておりまして、こういった高齢者がどんどん増えていくわけですから、ますます総合診療専門医が必要になるわけです。

その次に書いてありますように、すでに中立的な第三者機関の下に「総合診療専門医に関する委員会」というのが設置されまして、私が座長になったわけですが、地域を診る医師という視点で、臓器とか領域に限定することなく、幅広く診られる医師の養成プログラムをどうやって作ったらいいかということについて、既に検討がスタートしております。これが地域の医師不足とか、地域偏在、診療科偏在の軽減に寄与する切り札となることが期待されているわけです。

折しも、平成20年から始まりました医学部の入学定員増で、いずれ毎年1,300人、自治医大の卒業生を含めると1,400人を超える地域卒の学生が誕生する予定でございまして、こういった医師を、是非総合診療専門医の中核になるように、そういうプログラムを組んでいきたいと思っております。

15ページ目に、今申しました過去6年間の医学部入学定員の推移を示してございます。平成19年には7,625人、抑制定員と言われていた頃です。そして平成20年から増員数というところを書いてある168,693と、大体最初の3年間で1,000人以上増員がなされたのですが、今年まで少しずつ増えてきて、一番右にありますように、ことし累計1,416名の増員が図られております。そして、定員が9,000名を超えているのです。一度9,000名になりますと、毎年9,000人ずつ出るわけで、9,000人が1回出るわけではなくて、毎年続けて出ていくわけです。

参考と書いてありますけれども、先ほど申しましたように、地域卒は今年68大学、このうちの1,388名になっております。地域卒の学生は、地域で奨学金をもらっておりますから、地域で働くことになります。国立大学の学費、今は350万円なのですが、私立大学で大体2,000万円～5,000万円です。安いところは2,000万円、高いところは4,900万、平均して大体3,500～3,600万円ですから、国立の350万円の学費で、私学は平均3,500万円ですから、国立大学は3,000万円の奨学金をもらっているに等しいということです。これだけの奨学金をもらっている国立大学の医学生が、例えば田舎に行って、免許だけ取って卒業して都会に帰ってくるというようなことは、問題ではないかと思えます。自治医大も、1人か2人に年間1億円が出ております。その代わりに、9年間の義務年限ということで、それぞれの地域で働くわけですから、国立大学の3,000万円の奨学金に当たるものと考えていけば、地域医療はかなり違ってくるのではないかと思えます。

特に、参考の下に書いてございます、全国の増員率は18.6%になっています。ところが東北6県では38%、実に212名の増員です。例えば福島県立医大は80名のところが、今年130名となっています。それから岩手医大も、以前80名だったところが130名。東北大学は100名が130名ということで、東北は特に手厚く増員が図られております。東北6県で既に2大学分ぐらいの増員になっているわけです。今、宮城県に作るとか非常に話題になっており



ますけれども、これから人口減少が、特に東北地方、北海道で非常な勢いで減っていくわけです。限界集落とかはほとんどなくなるのではないかとされておりましてけれども、そういうところにこれから作って、特区だからいいのだということになるようですけれども、非常に問題だと思います。

16番を見ていただきますと、これは過去4年間の医学部の学生の推移です。左が1、2、3、4、5、6年とあって、そして平成22年から、一番右の白っぽいところが今年でございまして。実は、最初の20年に増員した学生が、ようやく今年6年生になったのです。ただ、右を見てみますと、6年生では残念ながら168名、増えていない。むしろ200人ぐらい減っている。ところが、5年、4年、3年と、学生は確実に増えておりまして、例えば4年生ですと9,000名を超えている。3年生も9,000名。なんと2年生は9,700名になっております。こんなに入学定員はないわけですけれども、実は、後で申しますけれども、1年、2年で学力が足りなくて進級できない学生が増えている。2年生に非常にたまっております。その分、3、4、5、6年でトータル700人ぐらい、よそよりも低くなっています。その分がちょうど2年生でたまっているのです。

次の17番を見ていただきたいのですが、最近留年者が増え、学力が乏しいと。いろいろな学生がいるのです。呼び出しに応じなかったり、やたらと騒ぎまくったり、問題を抱えている学生が非常に増えております。いずれにしても、留年者の数が、そこにございますように、上の四角が実数、下が1年生の入学者に対する率ですけれども、平成19年まではずっとステイブルで来たのが、20年から少しずつ上がりまして、最近はどんどん上がっております。これは明らかな有意差検定で出ております。当然増やしたわけですから、留年する人も増えるだろうということですが、その増やした率以上に、その率は左下に小さく書いてございまして、例えば、本来なら24年は3%ふえないといけないのがもっと増えているということです。

その次の2年生も、これは21年からになりますけれども増えている。有意差があります。

それから、休学する人もどんどん増えている。2年生より上の学年はほとんど変わっていないということです。やはり増員の結果、医学生の学力に問題があるということがおわかりになると思います。

次に、21番の表を見ていただきたいと思います。これは非常に複雑な表で、大変見にくいのですが、是非御理解いただきたいのですけれども、医学部入学定員と18歳人口を見たものです。例えば昭和41年、入学定員が3,500名でした。18歳人口はピークで250万人でしたから、これを定員で割りますと、18歳人口700に1人が昔は医学部に入っていたのです。700人に1人ということは、1,000人当たりに直すと、700対1は1,000対1.4になりますから、18歳人口1,000人のうち1.4人の医師を作っていたと。18歳人口だけです。ある一定の世代から、医師になる割合というのは、その積み重ねが今になっているわけです。

ところがこれでは足りないということで、昭和56年に新設医大34校、本当は10校ぐらい作るつもりだったらしいのですが34校になったということですが、8,280名というこ

とで、一気に入学定員が倍増したわけです。しかも、18歳人口が161万人になりましたので、1人当たりの定員にしますと、200人に1人が入学することになります。1,000人当たり5人の医師ができています。御承知のように、OECDで1,000対3人を目指すことになっているわけですが、既に、昭和56年から1,000対5人と出ておりましたのが、どんどん増えていきまして、閣議決定が行われまして抑制されまして、例えば平成19年は7,625人にまで減らしました。これはもっと減らしたかったのですが、ここまでしか減らなかったということだそうです。

平成19年、このたびの一連の増員が始まる前ですけれども、18歳人口が130万人になっておりますから、なんと170人に1人。ということは1,000対6人、どんどん医者を作っていることになります。

そして、平成25年、増員が図られまして9,000人になりました。ことしの18歳人口123万人ですから、136人に1人が、以前の700人に1人に比べると5分の1ぐらい、入学の門戸が5倍に広がったということになりましょうか。入学試験がやさしくなっているわけですから、やはりいろいろな意味で問題が起こってくるのは当然といえば当然である。そして、1,000人当たり7.4人という非常な勢いで医師を作っております。

下にございますように、これは医師数の動きですけれども、どんどん増えている。今回の増員が行われる以前に卒業した学生です。再来年ぐらいから増員の影響が出てくるわけですけれども、どんどん増えておりまして、2026年、あと13年ぐらいで10万対300、1,000対10。そして2029年には、10万対311ということですよ。

実は、WHOが医者の数はどれぐらいがいいかということ、大体400人に1人ではないかと書いてございました。アメリカが今1,000対2.4ですから、ちょうど250人に1人ぐらいでしょうか。それからカナダが1,000対2.3、日本が今2.1ということで、そんなにびっくりするほど少なくはないのですけれども、恐らく偏在が非常に起こっているのではないかと。これが、1,000人に4人～5人になりますと、イタリア、スペインがそうなのですけれども、イタリアは、実際に働いている医師の数が、タクシードライバーや医師以外のいろいろな仕事をしていて正確な数はわからないと。ですから、最近のOECDのデータに出てきません。スペインでも大体5年ぐらいは待たないと職があかないという状況になってまいります。増えたら外国に行ってはどうかと言われますけれども、これから日本は人口が減って、外国人を入れようかという時代に、外国に稼ぎに行くこともないと思います。

いずれにしましても、平成39年といいますと、今から18年後、去年生まれた方は103万人ですから、18年後の平成39年には18歳人口は103万人、今の入学定員9,041人のままでいったとして、実際には来年は30人ぐらい増やすということですから、いずれ114人に1人が入学するというので、今のままの定員でも1,000対8.9人の医者をさらに育てていくということになります。しかも昭和56年以降、1,000対3を超えた医師をずっと増員し続けてきたわけですから、この若い医師は、ほとんどその人口に対して余計にいるわけです。今の高齢の医師が1.4はかつて1,000人当たり1.4人しか出てこなかったもので、今、少ないわけ

です。それが全部増員後の医師に置きかわったときには大変なことになるわけで、医師が一旦できると50年働くと言われておりますので、作ってしまってさあ減らそうといって減らし始めても、やはり10年、20年の時間がかかるということです。こんな時期に、またさらに医学部を新設するとは、先ほどかつて新設医大を10校作る予定だったところ34校できたと申し上げましたけれども、同じ基準になればみんな作りたいわけです。1校だけということであればいいかもしれませんが、1校できれば「じゃあうちも足りない」「ここも足りない」ということになります。そういうことで、地域の偏在にはむしろ規制をかけないと質が落ちてしまうということ、私は強く言いたいと思います。

一番最後に、御参考までに広告の開示とございますけれども、現在の専門医は、外形基準にのっとって広告ができるようになっております。実際に専門医を作る意義ですけれども、もちろん医療全体のレベルを上げることが目標でありますし、意義である。それと同時に、医師の役割分担を含めて、こういった医療提供体制にも、例えば専門医のプログラムを工夫したり、いろいろな規制をかけていけば十分に地域の偏在にも役に立つ。これから地域枠などが出てまいります。そしてそれと同時に、専門医の仕組みを変えていけば、規制をかけていけば、今の地域偏在とか、医療崩壊は十分防げると申し上げているのですけれども、なかなか進まない。安倍総理大臣が岩盤に穴をあけるとおっしゃったが、それぐらいの気持ちで規制を改革していけば、むしろ規制をなくすよりも厳しくしていけば、地域の偏在は解決するのではないかと考えております。

以上でございます。

○翁座長 ありがとうございます。

それでは、御質問、御意見がございましたら、よろしくお願ひいたします。

○林委員 非常に単純な質問で申しわけないのですが、地域の偏在対策と専門医制度はどう関係するのでしょうか。

○日本専門医制評価・認定機構 もちろん専門医制度は、医師の専門性と、その技術を上げて、医療のレベルを上げることが目的で、地域医療偏在が目的ではないのです。しかし、結果として専門医の制度を、例えば各県ごとに専門医のプログラムをしっかりとって、その中で研修をしていけば偏在が解消できるのではないかと。おそらく厚生労働省はそういうところをねらって、初期研修の改革でいろいろ崩壊が起こったということで、是非今回はしっかりとやりたいというお気持ちがあったのだと思います。専門医の在り方委員会の最終報告書には、広告の開示は新しい第三者機関が決めたものだけを広告できると記載されています。そこに厚労省の意向が働いているのかなと思います。つまり、しっかりしたプログラムがないと広告させませんよとともとれるわけです。ということで、結果として解消につながる可能性もあるのではないかとということでございます。

○土屋専門委員 地域偏在の問題というのは、都道府県単位での偏在の問題と、各県の中で都市部と町村部との偏在との問題があると思うのです。やはり一番深刻なのは、各県の中で、都市部と町村部というか、中小病院との偏在だと思うのですが、この解決のために、

おそらく総合診療医とか家庭医という言葉が出てきていると思うのですが、先生の14番のスライドで、「医学部入学定員増で、1,300名を超える地域枠」とおっしゃっているのですが、とにかく日本の医学部が批判されるときに、高校を出ていきなり医学部へ行って、常識のないまま医者になっていると。アメリカの場合には、カレッジを出て、一般の学生と勉強した後、4年間メディカル・スクールと、ここが評価されているわけです。高校を出たての方に、将来、総合診療医になるのを選ばせるということが適切かどうか。医学部を終わってから、総合診療医になるのか、専門医になるのか、それを選ばせるのが通常の見識ではないかと思うのです。

もう1つは、専門医と総合診療医の比率からいくと、私、以前も申し上げたのですが、特に欧州を中心に調べていきますと、大体医師になる者のうちの40%~50%は総合診療医としての卒業後のトレーニングを受ける、そういうコースが用意されている。アメリカでも、内科のレジデントが終わったうち半数は、家庭医としてのトレーニングを受けて総合診療医としてやっていくというのが世界的な潮流だと思うのです。よしんば18歳で認めたとしても、1,300という枠は余りにも少なく、とても偏在の解決になる根拠にはならないのではないかと思います、その点がいかがかということ。

もう1つは、私はこの報告書を全部見て、現状の追認型の提案であるとは思えない。この専門医制度ができた「いわれ」を最初におっしゃったのですが、麻酔科学会が作ったのが成功体験として、他の学会が追従した。そのとおりだと思うのですが、麻酔科学会は学会としてやって成功しているわけです。ところが、他の学会が学会としてどうして成功しなかったのか。その辺の分析がないまま、第三者機関にしたから成功するという根拠が全く見えてこないという気がいたします。

その2点を指摘させていただきたい。

○日本専門医制評価・認定機構 ありがとうございます。

地域枠ですけれども、現在も、自治医大の学生は総合医のマインドが高いといいますが、これはもう高校のときに決まっているわけですから、高校生だからだめだとか、そういうのではなくて、自分も地域に行きたいのだということを経験している人からマインドとして持っている人もたくさんいます。最近の学生は、むしろ専門医よりも地域でしっかり活躍したいということを最初から目指したりしています。それから教員も非常にレベルが上がって、医学部の中で総合診療のトレーニングとかカンファレンスをやる中で、是非ここに進みたいという学生が非常に増えてきていることも事実なのです。

もちろん臓器別の専門医と両方ないといけないわけですが、総合診療医というものを、医学教育の中でかなり重視しております。ですから、メディカル・スクールになったから必ずしも総合診療医が増えるというのではなくて、医学部を含めて、また卒後の過程の中で、魅力ある総合診療医、特に専門医というのができましたので、それに誇りを持って進んでいける。今まで総合医ですと、どうしても一段下に見られていて、論文も出ないとか、そういうこともあったのですけれども、専門医がそういうことを押しよける1

つのきっかけになれば大変よろしいのではないかと思います。

それから、第三者機関になったからというのではなくて、今までの学会も、学会が非常に一生懸命やっているところもあるわけです。ただ、それに比べて、学会に出れば専門医あげますよ、みたいなのところもありましたので、是非高いレベルにそろえていただくために整備指針を作って、第三者機関では、そういった指針にしっかりとった専門医でないと認定しませんよという方向にしております。

つまり、学会が自分でお金を出した組織が「ああだ、こうだ」言われても、「お金出しているじゃないか」ということになりますので、第三者機関ということで、透明性を高めた。それから、一般の人も、今までは、学会がやっているのに学会に問い合わせても受け答えがないというところも、第三者機関として広く国民の意見が聞ければ透明性も上がりますし、また、それなりの権限も振るっていけると。しかも、それが広告開示につながることにありますと、かなりの権限で進んでいくのではないかと思います。

○土屋専門委員 今の御説明で反論するとすれば、17～20までに留年者、休学者をお出しになっているのですが、これは学力が問題だとおっしゃっているのですが、定員を増やした後も、週刊誌で出てくる偏差値は圧倒的に他学部よりも高いのです。それが、これだけ留年生、休学者を出すというのは、教育者側に問題があるという反省がなければおかしいと、これは通常の解釈だと思うのです。

それともう一点は、今おっしゃった、外形基準ができたことで専門医が乱立した。これこそまさに医療者側の自律機能の失調症だということの証明があって、これは改めない限り、他の分野の方が入ってきて第三者機関を作っても、当事者の能力がない限りだめだと私は解釈しております。

○日本専門医制評価・認定機構 確かにおっしゃるとおり、医学部の偏差値は大変高いのですけれども、それは全体の18歳人口が減っているわけで、相対値ですから、多分医学部だけではなくて、他の学部でも起こっているのではないかと思います。いずれにしましても、今まで7,600人取っていたところを18歳人口が減るのに9,000人取れば、今までそこに入ってこなかった人が入ることは間違いありません。ですから、広げたために、他の優秀な人が医学部に来るとなったのであれば問題ないと思うのですが、そうすると他の学部の偏差値は落ちる。例えば、薬学部は非常に落ちてしてしまっただと聞いております。

それから、専門医が乱立したのは、もちろん医療者側の責任ですから、私も医療者として非常に情けないのですけれども、学会を維持するために専門医ができていたということは事実だと思います。ですから、これからは本当に質の高い専門医を作って、そのプログラムを国全体として扱う、例えばアメリカのレジデンシープログラムのように。アメリカは残念ながらレジデント1人当たり10万ドル出ています。しかも年間1万6,000人の卒業生に4,000人の外国人、つまり1年間に2万人のレジデントがいて、それが5年間いますから、10万人のレジデントに10万ドル、1兆円出ているわけです。日本は、なんとレジデント2年間で180億円で、1人30万円ということですから、残念ながら、これでいいものを作れと

言われても、なかなか難しいと思うので、その割には、日本のお医者さんは頑張って自立的に作っておられると私は理解しています。

○翁座長 あと3人手を挙げていますので、それぞれ、全部最後にお答えいただけますか。

では、森下先生、滝口先生、大田議長代理、お願いします。

○森下委員 これは内科と並列で作るというふうに読めるのですけれども、そうすると、総合診療専門医ができたなら、患者さんは、内科か総合診療専門医か選んでいくということになるのですか。「かかりつけ医」とは大分概念が変わってくるのではないかと思います。そういう意味では、実際にでき上がったときに、開業されて、専門医を標榜した場合、どういう選択が起こり得るのか。私は、内科の上に二階建てになると思っていたので、そのイメージがわからなくなってきたというのが1点。

もう一点は、これは実際に何人ぐらい養成される予定なのですか。内科に比べるとどれぐらいの割合が実際の開業医さんとして出てくると想定されているのでしょうか。

○翁座長 続けて、滝口先生お願いいたします。

○滝口専門委員 まず専門医というものの定義につきまして、スライド7でお書きになっているのは、「それぞれの領域で十分なトレーニングを積み、当該領域で患者から信頼される一人前の診療を提供できる医師」とありますが、これは医師として当たり前の標準であって、専門医というのは、私にはちょっと違和感がございます。

例えばドイツは8,103万人の人口がございまして、日本は1億2,700万人、ドイツの心臓血管外科の専門医は240人程度です。日本は約1,800人います。脳外科に至っては、ドイツは800人程度ですけれども、日本は7,200人余りいます。結果として、1年間の心臓外科の1人当たりの手術件数は、ドイツは200例ありますが、日本では31例しかないのです。一般に、世界的に専門医といったときには、ドイツのような専門医を指すのであって、1つの診療に特化して、極めてすぐれた技能を持つ一部の先生方ということであって、全員が専門医になってしまったら、医者の上に屋上屋を架して、医者であるのは一人前ではない、専門医になって初めて一人前の医師である、というような誤解を招くのではないかという懸念があることを申し上げておきたいと思います。

○大田議長代理 先生の12ページのスライドにあります「日常的に頻度が高い疾病(Common disease)」は、非常に比重が高いのですけれども、日本の医療はその最初にかかるプライマリーケアの機能が弱い。プライマリーケアの専門医は、非常に必要だと思っております、まさにそれがここに説明のある総合診療専門医なのです。ところが、厚労省に聞きますと、この総合診療専門医というのは、専門医の1つであって、病院の中にいる場合もあるということです。そうすると、ゲートキーパー機能として、地域の中で必要とされる、私たちがいつでも最初にかかる家庭医にはなり得ないのですね。この総合診療専門医を、まさにゲートキーパー機能を担う医師として地域の中に位置付けることが必要だと思うのですが、それについてはどうお考えか御意見をお聞かせください。

○翁座長 副大臣、お願いします。

○後藤田副大臣 どうもありがとうございます。

専門家の先生方の前でお恥ずかしいですが、私の父も、もう他界いたしました。昔、吉村先生と同じ胸部外科で、土屋大先輩のところでは兄がお世話になっていまして、滝口さんにはいろいろ御指導していただいております。

この規制改革会議は、規制緩和ということではないし、改革という言葉でございますので、先ほどは病床規制の話がありましたが、今回は、先生は規制強化というか、医師の専門性といいますか、レベルといいますか、そういうのをちゃんと評価して、結局それが国民医療の幸せにつながると、こういう考え方だと思います。努力する医者、もしくは病院に対する評価が、今の日本の医療制度は非常に低いと、私も思っています。一方で、努力しない人たちが結構な収入を、先ほどのお話もございましたが、そういう病院や医師には、既得権を打破すべく規制緩和していくという、この2つの方向が私は重要だと思っています。

先ほど、総合診療医、これは今で言う町医者に義務付けるべきだと私は思っていて、本当は学校の先生の資格の更新もそうですけれども、私の地元の徳島なんかは、石を投げれば医師に当たるというぐらいのところですし、人口当たりの医者の数が多いのに、透析患者が人口当たり一番多いのです。そして、糖尿病の死亡率が一番高いという、町医者がいっぱいいて、頑張っただけで金もうけしているのだけれども、国民生活に何らプラスになっていない。今、呉市がいろいろなデータ、ITを使いながら頑張っています。保険者がしっかりしているということでありますので、これから、今先生がおっしゃったように、そこらの町医者にも総合診療医としてもう一回試験を受けさせて、そしてそれで総合診療医A、B、Cとランクをつけて、診療報酬もしっかりそこで分けるべきだし、先ほどの医療計画とか病床数の問題、診療報酬の問題、ここらは医者のレベル、そしてその医者をしっかりコストをかけて雇っている病院を評価する、こういう仕組みに変えていかなければいけないと私は思いますので、先生の総合的な御意見をいただきたいと思っております。

○日本専門医制評価・認定機構 内科と総合診療医とどういうふうにするかということは、内科学会と総合診療医学会で非常にもめるわけですが、総合診療医も、基本はやはり内科だと思うのです。ただ、内科の先生方は、それぞれの専門の内科を寄せ集めると。それから総合診療の方々、最初からそういう分け隔てなくフレッシュな患者さんを診る中で、内科の技術を積んでいくと。視点が違っておっしゃっていたのですけれども、地域では内科医と総合診療医は、おそらく非常に近い関係にあるのではないかと。特に、今、先生がおっしゃったような病院の総合診療部の先生方というのは、ほとんど総合内科医で、病院の先生が小児科を診たり、あるいは外科の転んだ傷を診たりということはないと思っております。むしろ、救急の先生の方が独立していると思っております。そういう意味で、内科と総合診療医とはかなり重なる部分もあると思っております。特に、僻地に行きますと、総合内科の先生というのは、総合診療医とほとんど近いと思っております。ただ、総合診療医の先生は、診療だけではなくて地域を診る。例えば介護とかにも是非関与してもらいたい意味で、オー

オーバーラップしながらも、少しずつ役割が違うのではないか。そして、ゲートキーパーとしての役割は、内科の先生が開業されたときと、総合診療医の先生が開業されたときと、おそらく余り変わりはないのではないか。同じようなレベルにあってほしいなど考えております。

それから、心臓外科医が非常に少ないというお話がございましたけれども、心臓外科医はサブスペシャリティの方に入っております。基本的な診療というのは、その領域の、とにかく全部のことをわかるようにしようと。その上で、その中の心臓とか、循環器、あるいは呼吸、そういうものはさらにレベルアップしていただきましょうということですから、サブスペシャリティの専門医の試験は非常に厳しいものになってしかるべきだと。むしろ、基本領域のものは、全員が、少なくともこれだけはしっかりトレーニングしてくださいというトレーニングをして、それをしっかり評価する、試験をすることになろうかと思っております。

おそらく病院の総合診療部の先生方は、必ずしも総合診療以外をやる部門ではなくて、病院の中の、いろいろな疾患の基本的な対応をする部門ですから、中心は内科になるでしょう。ですから、ゲートキーパー的な地域の先生方が、総合診療医として専門性が確保できるように考えていきたいと思っております。もちろん総合診療医の先生が病院の総合診療医として働いてもいいのですけれども、やはり病院は総合内科の先生方になるのではないかなと思っております。

それから、開業の先生方も是非トレーニングをして、しっかり研修をして、いろいろ知識を得て、総合診療医の資格が取れるように、つまり総合診療医というのは、試験は1つですけれども、そこに至るパスウエーは、卒業してすぐ地域で総合診療として、あるいは保健所を回ったりして本当に地域の中に住む先生方と、一旦専門医を取って、例えば外科の手術はもうできなくなったから開業しましょうといったときにしっかり総合診療の専門医の資格を取っていただけるような、パスウエーは幾つか作って、プライマリーケアとゲートキーパー、あるいはCommon diseaseの対応がしっかりできる先生を総合診療医にしたいと考えております。もちろん総合診療医は基本領域ですから、それを取った上で、さらにもっと上と言ったら失礼なのですけれども、サブスペシャリティの専門性の高い専門医にいけるような、例えば今ですと、内科学会の専門医を取らないと呼吸器内科や循環器内科が取れないのですけれども、総合診療医も基本領域ですから、それを取った先生がしかるべきトレーニングをすれば、呼吸器の専門医とか循環器の専門医が取れるように、あるいは、ある専門医を取った先生方が一旦その専門性を離れて地域で活躍したいというときには、是非研修をして総合診療の専門医になれるような、そういう仕組みができるといいなと考えているところです。

答えになったかどうかわかりませんが、他にございましたか。

○大田議長代理 森下先生のおっしゃった、人数については。

○日本専門医制評価・認定機構 パーセントですね。これはまだ全体の中で考えないと、



何科の先生がどれくらいいるか、これから第三者機関の中でニーズを考えながらしていかないといけないと思います。ただ、開業の先生方は今30%ぐらいおられますので、やはり30%ぐらいは是非総合的な診療がほしいなど。ただ、この総合診療の先生を受診しないと、他はいけなくなると、これはなかなか大きな問題になると思います。

それからもう1つ、標榜診療科のことがあると思うのですけれども、今、例えばいろいろな先生が内科とか小児科とか標榜しておられますけれども、それは自由で、こういう患者さんを診ますよということです。その中で、私はこういうトレーニングを受けましたという証の専門医を出せば、たくさん診療科名が書いてあっても、この人はどういうバックグラウンドかということがわかるように、例えば循環器内科の専門医であれば、他も診てくれるけどやはりこの人は循環器のトレーニングを受けたのだなど。総合診療の専門医も持っていますよということになれば、この先生は総合診療についても知識があるんだということもわかるようになる。そういう意味で、トレーニングをした証を是非表示できるような仕組みになることを目指しているわけです。患者さんから見ると、この人はこういうトレーニングを受けた先生だということを理解できるようにしたいと思っています。

それから、心臓外科医のレベルのことは、各学会の方で厳しくするか、あるいは足りないのだったらもっと広く、だんだん絞っていくとか、一気にはいかないと思いますけれども、是非それぞれの学会でサブスペシャリティの方は厳しくしていただきたいと思っています。

○翁座長 どうもありがとうございました。それでは、本日のヒアリングはこれで終わりたいと思います。

続いて、厚生労働省とのヒアリングに移りたいと思います。

(日本専門医制評価・認定機構関係者退室 厚生労働省関係者入室)

○翁座長 大変お待たせいたしました。申し訳ございません。20分程度御説明いただくと、質疑の時間がなくなってしまうので、10分ぐらいでお話ししていただければと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○厚生労働省（土生医政局総務課長） 厚労省医政局でございます。それでは、5分ずつ2人で手分けをして御説明させていただきます。では、まず室長から。

○厚生労働省（佐々木医政局指導課医師確保等地域医療対策室長） 厚生労働省の医政局指導課で地域医療の担当の室長をしております、佐々木と申します。どうぞよろしく願いいたします。

私は、バックグラウンドが秋田の横手で内科医をして、7月まで広島県で実際、医療計画を作る立場にいましたので、その意味では3つの立場から御説明したいと思っています。

お手元に説明資料をお配りさせていただいていると思います。

まず1つ目、「2次医療圏の役割と基準病床制度」ですが、2ページ、医療計画制度につきましても、根拠が医療法でございます、策定主体は都道府県。何を実現したいのかと申しますと、都道府県だけではなく、都道府県の中にも人口が多い地域、人口が多くな

い地域、こう言ったら何ですけれども、黙っているとお医者さんや、病院を建ててくれる人がいないであろう地域があります。そうしたときに、ナショナルミニマムとして、多いところから少ないところに、ある程度誘導を働かせられないのかということで、20数年前に設けられたのが医療計画であり、それに基づく二次医療圏ごとの病床規制というのは、そういう背景がございます。

これは5年ごとに都道府県が見直しを行います。政令市特例はございません。

真ん中にありますとおり、今回が6回目の策定だったのですけれども、今までは、現実的にはベッドの総量規制みたいな感じだったのですけれども、患者さんは今の時代、かかりつけ医、それからいつものお医者さんから入院をして、退院後、今度は介護保険等となります。患者さんの流れを作れないのかということで、平成20年度、25年度の2回に分けて、5疾病5事業と呼んでいますけれども、主な病気の場合だったらどういうふうに患者さんが流れるのか、救急の場合はどういうふうに患者さんが流れるのかという新しい視点を入れることによって、単なる量的規制から、患者さんの流れを作る、そういう性格の計画にしております。

数量的にいうと、47都道府県に344の二次医療圏がございまして、今回の見直しでも349から344へと、二次医療圏について、都道府県でちゃんと見直しを行っておるのですけれども、実際には、高額医療機器をそろえなければいけないような病気もありますので、例えばがんの放射線治療装置だとか、心臓の治療などはまさにそうですけれども、そういう場合については、二次医療圏を複数またがる単位での整備もあり得るという柔軟な考え方を導入しております。

もう1つポイントになりますのは、先ほど、今回、数の見直しがあったとありますけれども、その計画の妥当性が、5年に1回しか見直しできないのではおかしいので、この3ページのがんを例にとり、かつ4枚目のスライドの指標を用いることによって、本当にこの医療計画が機能しているのか、主な病気ごとに機能しているのか、これを都道府県に基本的には毎年見直してもらえるように、これは今回から新しく入れた考え方でございます。

今回から新しく入れましたので、スライドの5枚目にありますとおり、PDCAを回すというのを考えたときに、どういう視点でやったら、患者さんにとって、本当に自分のところの医療機関が足りているのか、足りていないのか、病気の流れが作られているのか、治療の流れが作られているのか。これは今年度から始めたところでございます。

6ページ、7ページは、医療圏の考え方ですけれども、今回、特に二次医療圏の見直しをお願いしたのが、先ほど、自分のところに住んでいる、しかも病気の方が動けるエリア設定と、二次医療圏を考えると、では前回の見直しの二次医療圏が、具体的にいうと、患者さんが2割以上隣の医療圏に行っているようでは完結していないではないかということになりますので、実際の患者さんの流れに沿ったときに、本当に二次医療圏という単位が妥当なのか。特にこの視点を強調して、都道府県に見直しを行っていただいたところでございます。

8ページ、9ページが基準病床数制度ですけれども、先ほど、がんや心臓を例にとりましたけれども、例えば盲腸、虫垂炎ですとか、腰のヘルニアのような、標準的など言っただけでは整形外科や消化器外科の先生には失礼なのですけれども、大体そういう標準的なものにつきましては、二次医療圏、つまり患者さんが、また見舞いの方が行けるエリアという考え方で二次医療圏として病床数をセットします。また、高額な治療機器だとか特殊な機能、専門性が必要な治療については、まず三次医療圏という7ページの内容とともに、8ページ、9ページに加えて、少し飛んで恐縮ですけれども、12ページにありますとおり、特殊なケースについてはベッドがもうないという場合でも対応できるようにしております。

前に戻って恐縮ですけれども、10ページ、11ページにありますとおり、もともとは、日本国民はどこに住んでいてもナショナルミニマム的な医療を受けられるという観点から、医者の数が足りる、足りないの議論をしたとき、ベッドの数が適正かという点では、ある程度コントロールでき、かつ11ページの資料が重要なのですけれども、少ないところに本当にベッドが回っているのかという意味では、11ページにありますとおり、大体今までベッドがそろっていなかった地域についても確実に増えてきて、国民の皆さんが、多くの医療は自分の身近な圏域で対応できる、そういう形に育ってきているところでございます。

様々な御指摘もあろうかと思っておりますけれども、まず基本的にはどういう考え方で、今どういう運用をしているのか。病床規制につきましては、以上でございます。ありがとうございました。

○厚生労働省（土生医政局総務課長） 続きまして、15ページ以降でございますけれども、何点か私の方から御説明させていただきたいと思っております。

地域医療ビジョン、あるいはその実現のための方策ということでございますが、まだ来年に向けて検討途上でございます。まだ十分な御説明ができる状況ではございませんけれども、現状ということで御報告させていただきたいと思っております。

16ページでございますけれども、地域医療ビジョンのイメージということでございます。まずは、病床機能の報告制度、それを受けまして、その情報を活用いたしまして、二次医療圏等ごとに将来の医療提供体制のあるべき姿を都道府県にまとめていただくということでございます。その内容といたしましては、大きく3つの柱で検討しているところでございます。

2025年、少し将来をまず時間軸に置きまして、医療需要の内容、あるいはそのために必要な医療提供体制、それから、それを実現するための施設なり、医療従事者の確保・養成、こういった3段階で考えて検討をしているということでございます。

なお、※にございますとおり、報告制度を利用して、分析をしていくということでございますので、データが集まるにつれまして、より将来的に精緻化をしていくことが考えられるのではないかと考えております。

17ページでございますけれども、具体的な内容につきましては、追って専門の検討会なり設置をして、具体的な検討を行っていきたいと考えております。いずれにしましても、

国として、厚労省としてガイドラインを作りたいと考えているところをごさいます、イメージといたしましては、二次医療圏ごとの、先ほど申しあげましたニーズの将来推計、それから機能別の必要量の算出などが必要になってくると思いますけれども、いずれにいたしましても、地域性のある話でございますので、一定の都道府県による補正というものを配慮していつてはどうかという議論になっているところをごさいます。

18ページ、そうした全体のスケジュールでございますが、現在は、病床機能の報告制度について検討しているということをごさいます。来年の通常国会に法案を出すということをごさいますので、最速、その通常国会で法案が成立をしたという仮定のもとに、法案が成立をすれば報告制度を26年度中に運用を開始する。あわせまして、先ほど申しあげました地域医療ビジョンのガイドラインを作るという準備を急ピッチで進めていけば、ぎりぎり27年度からビジョンの具体的な策定に入っていけるのではないかと議論になっております。ただ、都道府県からは、一斉に始められるかどうかというところで、スケジュール的な配慮も必要という意見が出されているところをごさいますので、28年度にかかってくるというところもあるのではないかと考えております。

19ページ以降は、国民会議の報告書ですので、説明は省略をさせていただきます。

22ページに飛んでいただければと存じます。これは、現行の医療法に基づく医療機関に対しての都道府県の行政の関与の比較でございます。詳しい説明は省略いたしますけれども、公的医療機関には、おおむね強い命令なり、削減の義務なりがかかるという仕組みになっております。公的医療機関は、自治体の病院でございますとか、日赤等々でございますけれども、その他の、いわゆる民間の医療機関に対しましては、より緩やかな協力義務なり勧告をするといった規定になっていると。全体の構成がそういう形になっているということをごさいます。

こうした枠組みを念頭に置きながら、ビジョンの実現方策について、今検討しているところをごさいますけれども、1つの例としまして、23ページ、医師確保対策につきましては、地域医療支援センターの機能を医療法に位置付けるということで、これまでよりも実効性のある医師派遣の要請でございますとか、地域ごとの生涯を通じた医療従事者の教育研修体制の整備、そういったことがその地域の医療機関、大学の協力、あるいは関係団体の協力を得ながら、具体的に取るような法的な構成を提案しているところをごさいます。

24ページは、そのもとになります現在の地域医療支援センターの機能でございます。

時間の関係で、説明は省略させていただきます。次に27ページ以降、「かかりつけ医」に関連する制度でございます。

まず、28ページでございますけれども、国民会議の報告の中でも、医療保険の中でも一定のそういった検討ということが報告されております。

29ページでございますけれども、保険給付の対象につきましても、今後検討課題ということで、法制上の措置として整理をされているということをごさいます。

30ページは医療部会での「かかりつけ医」の定義といたしますか、内容をまとめたものでございます。

31ページ、関連する制度といたしましては、病床数が200床以上の場合の初再診につきまして、ベッドの患者負担を選定療養という形で求めることができるということで、一定の外来受診を抑制する仕組みがございます。

それから32ページでございますけれども、その診療報酬の点数につきましても、引き下げが行われまして、そういった医療機関側のインセンティブを弱めるといった改正も行われているところでございます。

33ページ、これは医療法上の特定機能病院という制度でございますけれども、紹介率につきまして、要件設定をいたしまして、紹介率の向上に寄与するといった制度もあるということでございます。

34ページは、同様の地域医療支援病院の役割でございます。

35ページ、36ページは、専門医に関する取組でございます。

最後に4点目、診療科の標榜に関する制度でございますけれども、38ページを御覧いただきますと、単独で標榜可能な診療科名というものは法令で規定をされているということでございます。これと組み合わせで一定の身体や臓器の名称等々の用語が用いられるということでございますけれども、組み合わせにつきましては、39ページでございますような一定の規制があるということでございます。

40ページ、歯科についても、数は少ないですけれども同様の規制になっておりますが、こうした標榜科につきましても、医道審議会という専門の審議会でお諮りをして決定をすることになっているということでございます。

時間の関係で恐縮ですが、以上でございます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、ただいまの説明につきまして、御質問や御意見などがございましたら、お願いいたします。

○竹川専門委員 2つ質問させていただきたいと思っております。

最初は、細かいことですが、22ページ、稼働しない病床の扱いで、公的医療機関については行政が削減を命令することができる。その行政というのはどこですか。国ですか。

○厚生労働省（土生医政局総務課長） これは都道府県知事です。

○竹川専門委員 先ほどからも問題になっているように、実際に、稼働していない病床が削減されないでそのまま持っている例がかなり多いと思うのですが、私のところにあります石巻の市立病院が、御存じだと思いますが、もう建物がなくなりました。しかし、まだ病床を返さないどころか、ナースに対しても給料を払い続けて、いつか稼働するというのですが、まあこれは自治体の問題ですね。

それから16ページ、地域医療ビジョンの内容の中で、3番、目指すべき医療提供体制を

実現するために、その中で一番の問題は、医療従事者の確保・養成だと思いますが、医師の問題は先ほどからいろいろ問題があるので置いておいて、問題はナースだと思うのです。人口動態からしても、看護学校を作ればいいという問題ではないと思いますので、私の個人的な意見としては、やはり海外からもっと入れて、門戸を広げると。小泉政権でEPAも決まりましたけれども、いろいろな人数の問題、それから国家試験の問題、枠がすごく狭いです。1回枠を広げたら永遠にというような業界の方もいますが、特例として、アメリカが昔やったように何年間だけこういう特例を認めるとか、そういう形で確保しない限りは、医療従事者の確保は不可能だと思うのですけれども、その辺は何か議論がされているのでしょうか。

○厚生労働省（土生医政局総務課長） 現状の御説明ということでお答えさせていただきますと、確かに新卒者だけでは確保できないと、私どももそういう認識でございます。ただ、外国人労働者については、それこそ釈迦に説法ですけれども、いろいろな観点での検討が必要ということでございまして、この医療部会での議論ということで御紹介させていただきますと、資格を持っているけれども働いていない方をいかに復職に結びつけていくのかということに焦点を当てて御議論いただいているところでございまして、これまでの議論では、まず資格を持っている人の実態把握をするために、一定の方にナースセンター等への届け出を義務付けて、そのライフスタイルに応じてタイムリーな復職支援をやっていくということと、やはり女性の方が多い職場でございまして、勤務環境の整備でございまして、保育対策、そういったところにどんな形で力を入れていくのかという議論をしております。外国人労働者そのものについては、部会の中でこれから意見が出てくる可能性はございますけれども、今のところ、そこに焦点を当てた審議にはなっていないということを御報告させていただきます。

○後藤田副大臣 どうもありがとうございます。一言申し上げさせていただきます。

医政局というのは、国民のための医療レベルをいかに上げていくかということが仕事だと思うのです。保険局は全然機能していなくて、保険者機能の強化と言いながら何もやっていない。先ほども申し上げただけけれども、つまるところ、競争、医療における参入と退出、これをどう考えているかということです。先ほど来、話があるように、都道府県知事にも権限があるのだけれども、医療計画で何もやっていないのです。県議会だって、そんな質問、私は聞いたことがない。広島に行った経験があるということでしたが、呉市は、保険者とかデータホライゾンとか、ITが結構頑張っているのですけれども、中医協でも結局、新しい医療とか医療技術、人にもそうだし、再生医療もそうだし、新しい新規参入を全部拒絶するものだから、退出者がいないから参入できないのです。

ですから、そういうものがうまく修正されれば、世界に打って出て10倍の売り上げになるとか、そういうところを医政局としてどう考えているのですかということ、地域医療の部分も含めて、広島での御経験も含めて、改めてお願いします。

○厚生労働省（佐々木医政局指導課医師確保等地域医療対策室長） 御指摘の点で思い出

したのが、土屋先生にもおいでいただいて、広島が全国で勝てる医療を目指して取り組んだことがございました。確かに御指摘のとおり、国策というか、日本という単位で国際社会に勝たなければいけない部分と、一方で、病床規制だけではなく、本当に中身の魅力としてお医者さんに来てもらえるような医療づくりを都道府県単位でやるという2つの点を同時に考えなければなりません。その意味では、都道府県が競うように医療計画の中身をブラッシュアップする。例えば100万都市でも、大きい病院が4つあるのだったら、相互重複している部分を調整して、さらにとがった部分をどう伸ばしていくのか。それがひいては、次の開発につながるような指示の出し方はないか。特に広島は、テクノロジーのマツダだとか、三菱重工のあるところだったので、そういう結びつきを知事が考えられるかどうかというのは非常に大きいと思います。

一方で、私も、今、政府全体の流れで、地方分権という中で、地方が競い合うことを誘導するという意味では、先ほどのベッドルールも含めて、その競わせ方の工夫は確かにあると思います。それが結局は日本全体の底上げになって、国際社会でも勝っている日本の医療づくりにつながると思います。

○厚生労働省（土生医政局総務課長） 健康医療戦略という面でも、確かに厚労省全体として、これまでそういう面が少し弱かったと。先生に言わせれば大幅かもしれませんが、今、医政局の中にも専用の医療国際展開戦略室というものを設けて、人員の増員等もお願いしているところでございます。内閣官房を初めとして、今、すごくそのリーダーシップが強くなっておりますので、医政局も必死でそこについて行って、日本の医療の国際展開ということに貢献できるよう、私たちも一生懸命取り組んでいきたいと思っております。

○後藤田副大臣 おっしゃるとおりで、本当にいい医者が病院で難しい医療をやっている、待遇から始まって、診療内科ですとか言ってみんな開業してしまうのです。それで、私は医師会にも言っているのだけれども、そうするとあなた方がまた競争で大変なことになるでしょうと。また、今いい医者はどんどん海外へ行ってしまっている。だったら、病院とか、そういうところも含めて、医療レベル、投資に見合った病院や医者に、ちゃんと診療報酬を作るような形が、私は一番いいと思いますので、また是非お願いします。

○大田議長代理 22ページに、行政の関与の比較があるのですがけれども、民間の医療機関であっても公費が投入されているわけです。したがって、税金も投入されていますので、税金の使われ方として、国民への説明責任があるわけで、保険診療を担う医療機関に関しては、非稼働の病床をたくさん抱えたままになっているということもおかしいですし、少なくとも保険診療を担う公費を投入されている病院に関しては、行政はきっちり関与すべきであると。これは国民への責任だと思っております。これが1点です。

それから2番目、病床に関して、地域差が非常に大きくて、最大の高知と、最少の神奈川では3倍近い開きがありますけれども、この地域差をどう考えればいいのかというのが2点目です。

3点目は、意見なのですけれども、ゲートキーパー機能を確立するのがとても大事なことだと思っております。先ほども後藤田副大臣から、開業医も総合診療医の訓練をしっかり受けた上で、地域の医療を担っていくことが必要ではないかという御意見をいただいているのですけれども、総合診療医がゲートキーパー機能をきっちりと果たすような仕組みを作っていただきたい。「かかりつけ医」というわけのわからない言葉でごまかさず、ゲートキーパー機能をしっかり作っていただきたいと、これはお願いします。

それからもう1点、質問ですが、国民会議の報告の中に、医療機関の再編・統合をホールディングカンパニーのような形で行うということが書かれておりますが、その検討はどうなっているのか教えてください。

○翁座長 他に御質問はございますか。

では、土屋先生お願いします。

○土屋専門委員 先ほど二次医療圏の問題で、340に減ったというのですけれども、これは誤差範囲だと思うのです。やはり原因は、先ほど後藤田副大臣がおっしゃったように、各都道府県知事が自立的に問題解決に当たっていないということに尽きると思うのです。

今までの地域医療計画でも、霞ヶ関からお手本が示されて、その穴埋め作業をやっているだけで、地域の実情を考えた地域医療計画はほとんど考えられていない。言い過ぎかもしれないけれども、大綱はそうだと思うのです。今度はビジョンになっても、地域の実態把握という、そこを真剣にやるような施策を厚労省が出さない限り、今までと同じことが繰り返されるのではないかと。したがって、先ほど22ページの公的医療機関云々というのは、今の独法化した国立病院とか、あるいは県立病院、これを知事が云々することはあり得ないわけです。これはCOIに引っかかるわけで、この仕組み自体がおかしいわけです。ですから、県立病院などは、早く民間に売り払うなり、かなり独立した形での独法にしない限り、思い切った施策がなされない。実際、病床規制で苦勞しているのは、むしろ右側の、一般の民間病院側が、勧告だとか努力義務と言っていますけれども、これはほぼ命令に近い形で民間は受けざるを得ないというのが現実だろうと思うのです。

ですから、今言ったように、県知事が本当に権限を持って、しかも負の見返りも受けるような仕組みにしないと、各地方自治体が自立してということはありませんので、その辺の施策を厚労省には是非考えていただきたい。

○林委員 資料3の6ページの医療法の30条の4を拝見すると、「医療計画」が規定されているわけなのですが、ずっと伺っておりますと、結局のところ、「医療計画」といっても、「医療ビジョン」といっても、実質的には病床数の規制というところに特化されていて、それ以外のものが全く見えておりません。他の国の政策を拝見すると、病床数の規制は廃止される方向にあるように思いますし、むしろ医療計画、医療ビジョンとしてはICTの活用とか、他の面でビジョンを掲げていくべきではないかと思うのですが、その辺の御検討をどのようにされているのかお伺いしたいと思います。

○翁座長 それでは、あわせてお答えをお願いします。



○厚生労働省（土生医政局総務課長） 最初に、大田先生からいただきました3点目は、御意見として承らせていただきます。

休眠病床の話は、また議事録なりを読ませていただきたいと思いますが、現在のところは公的医療機関に対する削減命令ということだけは規定されております。民間については空白の状態ということだと思いますので、どんな形が議論できるのか、そこは今後の医療法の審議の中で検討させていただきたいと思います。

それから、医療法人の関係につきましても、様々な御指摘をいただいているところでございます。今日は検討がまだ追いついていないのですけれども、これについても、追って専門の研究会を立ち上げる予定でございますので、また、状況につきましては、事務局なりを通じて御報告させていただきたいと思います。

それでは、他の点は室長の方からお答えいただきます。

○厚生労働省（佐々木医政局指導課医師確保等地域医療対策室長） 3点お答えいたします。

まず、土屋専門委員の都道府県が本当に地域医療ビジョン、医療計画でできるのかという点ですけれども、実は、先月の医療部会で、某県知事からも御指摘がありまして、結局は国が出すガイドラインなりのコピーを県はするのではないかとということがあります。だからこそ、我々（都道府県）はやらなければいけない。というのがありました。私どもも全く同じ思いでございます。ではどうするかというのを、例えば地域医療再生計画というものがあるのですけれども、今回このフォローアップを47都道府県全てに、ブロックごとに出向いて行って、47県がそれぞれ90分やって、その上で、それぞれの県が自分たちの課題を自分たちでどう解いていくのか、国は3歩ほど下がって、それをどうやってサポートするのか、試み的に始めたところでございます。

目指すは、47都道府県全てがオリジナルのもので、それぞれの特性がよく把握できるようにすること。でも残された時間は、先ほど御説明申し上げたとおり、地域医療ビジョンですと、27年度から作ってもらおうとしておりますので、この中で、できるだけ都道府県が自立し、国がそれをサポートする、という体制作りで全力で取り組もうと思っております。実際、都道府県もそのつもりでいてくれております。

大田議長代理の、そうはいつでもまだ都道府県で格差があると。先ほどの資料で申し上げますと、11ページで、この約20年かけて大分差はなくなりつつあるものの、逆にいうとそれでもまだ差がある。となると、今のこの制度はもう少し続け、しかもさらにうまくする仕掛けはないのか。競争的だという議論もあるでしょうし、先ほどの土屋専門委員の後押しの仕方と含めて、それは検討すべきものと思っております。

林委員から御指摘があった病床規制だけという印象をお持ちというのは、これは正直言うとならば、なぜならば、それぞれの病気ごとに流れを作りましょうといっても、まだこの2回しか試みていないわけですから、その意味では、個々の患者さんの立場に立ったときにどういう流れを作ればいいのか、そしてその上で、ICTの活用をどうすればよい

のかという点で、ICTにつきましては、先ほど地域医療再生計画なるものがあると申し上げましたが、これを基に47都道府県全てで、何らかの形でICTに取り組んでいるので、そんなときに、大統一がいいのか、それともある程度それぞれの地域事情に応じた形での、今160ほど育ちつつあるICTネットワークを見守っていくのがよいのか、これはもう少し様子を見ないと、無理やり統一することの弊害も含めてありますので、まずは様子を見なければと思っています。ただ、この数年で、確かに一気にICTは進んできているのが現状です。

○翁座長 どうもありがとうございました。まだ他にも御質問があるかと思えますけれども、あとは事務局の方から確認させていただきたいと思えます。

本日は、これでワーキング・グループの議題が終わりましたので、以上とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

事務的な連絡がございましたら、事務局からお願いいたします。

○館次長 御熱心な御議論ありがとうございました。補足の点は、また事務局の方から連絡させていただきます。次回の日程につきましては、後日御連絡させていただきたいと思えます。よろしくお願いいたします。

○翁座長 それでは、これで会議を終了いたします。どうもありがとうございました。