

第 1 回

東京都外来医療計画・医師確保計画策定プロジェクトチーム

会 議 録

令和元年 10 月 2 日
東京都福祉保健局

(午後 6時00分 開会)

○千葉計画推進担当課長 まだお見えになっていらっしゃらない委員の方が何名かいらっしゃるのですけれども、定刻となりましたので、ただいまから第1回東京都外来医療計画・医師確保計画策定プロジェクトチームを開会させていただきます。

委員の皆様方には、大変お忙しい中、また遅い時間にもかかわらずご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。

議事に入りますまでの間、私、福祉保健局医療政策部計画推進担当課長の千葉が進行を務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

初めに、今回新たなプロジェクトチームの設置でございますので、全委員の紹介をさせていただきます。

お手元次第の資料をおめくりいただきまして、資料1、東京都外来医療計画・医師確保計画策定プロジェクトチーム委員名簿をごらんください。

まず、資料の修正を申し上げます。上から6段目にございます塙先生の欄でございます。現在、東京小児科医会副会長と書いてございますが、正確には東京小児科医会会長でございます。おわびして訂正させていただきます。失礼いたしました。

それでは、この名簿の順に沿って、私のほうからご紹介させていただきます。

東京家政大学家政学部栄養学科公衆衛生学研究室准教授、野原理子委員です。

○野原委員 野原です。よろしく申し上げます。

○千葉計画推進担当課長 東京都医師会副会長、猪口正孝委員です。

○猪口委員 猪口です。よろしく申し上げます。

○千葉計画推進担当課長 東京都医師会副会長、角田徹委員です。

○角田委員 角田です。よろしく申し上げます。

○千葉計画推進担当課長 東京都病院協会常務理事、宮崎国久委員です。

○宮崎委員 宮崎です。よろしく申し上げます。

○千葉計画推進担当課長 東京内科医会理事、渡邊仁委員です。

○渡邊(仁)委員 渡邊です。よろしく申し上げます。

○千葉計画推進担当課長 東京小児科医会会長、塙佳生委員です。

○塙委員 塙と申します。よろしく申し上げます。

○千葉計画推進担当課長 東京産婦人科医会会長の落合和彦委員でございますが、おくれでいらっしゃる事となっております。

東京慈恵会医科大学教育センター長、福島統委員でございますが、本日ご欠席のご連絡をいただいております。

東京医師アカデミー顧問、古賀信憲委員です。

○古賀委員 古賀でございます。よろしく申し上げます。

○千葉計画推進担当課長 特別区保健衛生主管部長会から、品川区健康部長、福内恵子委員につきましては、本日おくれで出席の予定となっております。

東京都市福祉保健主幹部長会から、武蔵村山市健康福祉部長、佐野和実委員につきましては、本日ご欠席のご連絡をいただいております。

東京都立墨東病院院長、上田哲郎委員です。

○上田委員 上田です。よろしく申し上げます。

○千葉計画推進担当課長 公立昭和病院院長補佐、内視鏡科部長、川口淳委員です。

○川口委員 川口です。よろしく申し上げます。

○千葉計画推進担当課長 東京医科歯科大学医学部附属病院院長、大川淳委員です。

○大川委員 大川です。よろしくお願いたします。

○千葉計画推進担当課長 医療法人財団利定会理事長、進藤晃委員です。

○進藤委員 進藤です。よろしくお願いたします。

○千葉計画推進担当課長 さこむら内科院長、迫村泰成委員です。

○迫村委員 迫村です。よろしく申し上げます。

○千葉計画推進担当課長 東京都地域医療構想調整会議（区中央部）の座長を務めていただいております浅草医師会会長、佐々木聡委員です。

○佐々木委員 佐々木でございます。よろしくお願いたします。

○千葉計画推進担当課長 同じく、東京都地域医療構想調整会議（南多摩）の座長を務めていただいております多摩市医師会会長、田村豊委員です。

○田村委員 田村です。よろしく申し上げます。

○千葉計画推進担当課長 委員のご紹介は以上でございます。皆様、どうぞよろしくお願いたします。

続きまして、本日の会議資料を確認させていただきます。次第の下の四角で囲ったところに資料の一覧を記載させていただきます。資料が資料1から資料10まで。参考資料が参考資料1から参考資料5まで。そのほかに、お手元に、この会議終了後に追加のご意見等々をいただくためのペーパーとして、グレーで囲ってあります第1回東京都外来医療計画・医師確保計画策定プロジェクトチームご意見と書いた1枚物の紙。水色のフラットファイルでございますが、医師確保計画策定ガイドライン及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインという国のガイドラインをつづったもの。それから、東京都地域医療構想の冊子を置かせていただいております。

不足等々ございましたら、お気づきのたびごとに事務局までお申し出をお願いいたします。

本日の会議でございますが、資料2の東京都外来医療計画・医師確保計画策定プロジェクトチーム設置要綱第7に基づきまして、会議、会議録及び会議に係る資料につきまして、原則として公開となります。ただし、委員の発議により出席委員の過半数で議決した場合には、会議または会議録等を非公開とすることができます。本日につきましては、公開とさせていただきたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

（異議なし）

○千葉計画推進担当課長 ありがとうございます。

また、本日速記を入れておりますので、ご発言の際には挙手の上、事務局からマイクをお受け取りになってからご発言をよろしくお願いいたします。

次に、本プロジェクトチームの座長の選任をさせていただきたいと思えます。

資料2、東京都外来医療計画・医師確保計画策定プロジェクトチーム設置要綱の第5条に、プロジェクトチームには座長を置く、委員の皆様にご互選していただくこととなっておりますが、どなたかご発言はございますでしょうか。

上田委員、お願いします。

○上田委員 座長の互選についてご提案させていただきます。

東京都地域医療構想と一体的な議論が必要ですので、地域医療構想に造詣の深い猪口委員にプロジェクトチームの座長をお引き受けいただければと思っています。

いかがでしょうか。

(拍手)

○千葉計画推進担当課長 猪口委員が座長ということでよろしいでしょうか。

それでは、猪口座長から一言、まず座長としてのご挨拶をいただければと思います。

○猪口座長 上田委員、推薦どうもありがとうございます。

地域医療構想策定部会というのが平成26年度、27年度、一生懸命やっていたのではないかと思うのですけれども、今、資料をざっと見ますと、それから前回の合同委員会のときにも出ておりましたけれども、地域医療構想でグランドデザインというものをつくって、東京独自の計画を進めていこうとか、それをなるべく地域医療計画に反映させようということやってきたものが、ここでぐっとクローズアップされるとは思わなかったというか、非常にあの当時のいろいろな話し合いが少しずつ伏線となって、こういうところにあられてくるのだなと思って、事務局の皆さんに今までの経緯を大事にいただいていることを非常に感謝して、その種としてまかれてきたものをうまく育てるのが、もしくは苗にしていくのがここの委員会の仕事かなと思います。一緒にいろいろなことを話し合っ、前に進めていきたいと思えますので、ご協力よろしくお願いたします。(拍手)

○千葉計画推進担当課長 猪口先生、ありがとうございました。

それでは、以降の進行を座長の猪口先生にお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いたします。

○猪口座長 資料が膨大でありまして、2時間の間にうまく進められるかどうかというところですが、次第に従って進めてまいります。

報告事項及び議事の(1)東京都外来医療計画(骨子)案についてです。

資料が膨大ということで、第1部と第2部に分けて議論を進めるということでございます。

それでは、第1部について、事務局より説明をよろしくお願いたします。

○千葉計画推進担当課長 それでは、私のほうから説明させていただきます。

まず、ちょっとおさらいに、外来医療計画をどういう構成にするかというところだけ簡単にご説明させていただきたいと思います。

外来医療計画は国のガイドラインに基づいてつくっていくのですが、東京都といたしましては、それを2部構成の計画にしたいと考えております。

第1部のほうで、国のガイドラインに沿った計画を、国の言われたとおりにつくっていくという形にいたしまして、第2部のほうで、それ以外の都としての方向性について打ち出していきたいと思っております。

その際に、先ほど猪口座長のほうからございましたとおり、地域医療構想で掲げました東京のグランドデザインの柱となっております4つの柱に基づいて書き込んでいきたいと考えてございます。ですので、第1部のほうで、国のガイドラインにこういうことを加えるべきだというご意見はたくさんあるかと思っておりますけれども、そこには反映させず、基本的には2部のほうで、東京都独自のほうでガイドラインに加えること、ちょっと外れたことは全て書き込んでいきたいと考えております。

それでは、まず第1部についてご説明させていただく前に、資料3をごらんください。全体的なPTのスケジュールだけつけ加えさせていただきたいと思います。

このPTは、今回を含めまして3回開催させていただきたいと事務局では考えております。10月2日、本日の会議の次は10月24日、第3回が11月20日ということで、今回で骨子をご検討いただきまして、それを全て受けまして、我々のほうで次の会議は素案、文章にしたものの案をPTのほうにお示しさせていただいて、ご議論をいただきたいと思っております。そのご議論の機会を2回やりたいと考えてございます。

その後に、一番右のほうにございます11月28日は合同部会と書いてありますけれども、東京都地域医療構想調整部会と地対協医師部会の合同部会で最終的に素案をまとめ上げていきたいと考えてございます。ですので、細かい議論につきましては、今回を含めて3回ということでお願いしたいと考えております。

それでは、具体的な説明をさせていただきたいと思っております。

まず、資料4は、先日8月29日に行わせていただきました合同部会でいただきましたご意見を一覧にしたものでございます。意見の順ではなくて、反映させる資料の順になってございます。

基本的には、右のほうの対応のところを見ていただければわかるのですが、既に骨子のほうに書き込ませていただいた部分等々で対応させていただいております。

次に、資料5が外来医療計画の骨子、いわゆる第1部のみのところでございます。これは片面で印刷しているので分厚くなっています。右のほうに空白のスペースがありますのは、例えば14ページとかをごらんいただきますと、コメント欄が入っております。こちらは、先ほどご説明いたしました資料4でこういったご意見をいただきまして、この箇所に記載がありますですとか、この箇所に記載を加えましたとか、そのような関係

になっておりますので、コメント欄のために、左のほうにちょっとずれて印刷されているといった形でございます。

それでは、ちょっとスピードが速くなるかもしれませんが、骨子をご説明させていただきます。

表紙を1枚めくっていただきますと、2ページに目次、数字が入っていないので目次にはなっていないのですけれども、項目を書かせていただいております。第1部は4章構成で書かせていただいております。3ページには2部のことを書いてあるのですけれども、2部のほうはまだこのような形になっておりませんので、4ページから第1部の第1章がスタートしております。まず、外来医療計画とはということで、策定経緯を書かせていただいております。このところでは、国の策定経緯から、○の下の2つのところで、先ほど申しあげました東京の外来医療計画につきましては、地域医療構想で決めましたグランドデザインの4つの基本目標から柱立てして書いていくということをごとうたっております。

次の5ページの計画の構成というところで、ボックスが2つあるのですけれども、上のボックスのほうは厚生労働省が定めた外来医療計画、いわゆるガイドラインでこういうことを書きなさいよと言われたことを記載してございます。

大きく分けて2つありまして、外来の診療所に関する事項と、2のところで医療機器の共同利用に関する事項のことを書いていくというところでございます。国のほうのガイドラインも外来医療計画なのですけれども、現状、都道府県ごと、二次医療圏ごとに明らかにすることが大きな目的になっております。

下のボックスのほうは、東京都が独自に定める記載事項ということで、こちらは第2部に当たるところでございます。

続いて、6ページには策定プロセスといたしまして、地域医療構想調整部会ですとか地対協の医師部会の合同部会、それから本プロジェクトチーム等々で検討していきまうということを書かせていただいております。また、東京都保健医療計画との整合性や計画期間についてもこちらで記載をする予定でございます。

7ページからは第2章でございます。東京の外来医療の状況というところをうたうていきたいと思っております。

まず、1個目が東京の特性でございます。こちらは、地域医療計画に記載したものとほぼ合わせております。東京は人口密度が高いですとか、昼間人口比率が高い、それから高度医療提供施設が多い、集積されているというところから、8ページに進んでいただきまして、⑤では中小病院や民間病院が非常に多いというところ。その下の○の2つ目では、中でも200床未満の病院が全体の約7割を占めるというところ。その下の○では、民間病院の割合が9割を超えていて、全国の8割よりも高い割合で東京は医療が民間病院でかつ中小の病院で支えられているということを記載しております。そのほか、交通網の話や高齢者人口のこと等々のことを書かせていただきます。

一番下の（２）の人口動向なのですけれども、東京は地方と違いまして、２０２５年ぐらいまでは人口が伸び続けるというところを書いていきたいと思っております。

さらにその下の丸で囲ったところは、素案の際にはビジュアルであらわすためにグラフ等々を入れていきたいというところを記載しております。

９ページもグラフ等々で、人口ですとか高齢化のこと、出生率のこと、死亡率のこと等々を並べていきたいと考えております。

１０ページでは、東京の外来医療の状況ということで、まずは現状を明らかにするところから、診療所で従事する医師の数ですとか、次の１１ページでは外来の施設数といった状況を明らかにしていきたいと思っております。

１２ページ以降、外来に関することですとか、医療機器に関することを１３ページから記載する予定でございます。この辺も、今は一旦表であらわしておりますけれども、もう少し見やすいような表を考えていきたいと思っております。

１４ページからは、国のガイドラインであります外来医師偏在指標ですとか、外来医師多数区域の設定を書き込んでいきたいと思っております。現在はまだ国から正式なデータが来ておりません。まだ暫定値ということでしかお示しをいただいておりますので、具体的なところがないのですけれども、１６ページにその暫定値、１７ページにその暫定値の数字の表を書かせていただいております。東京都は上から４つ目の４番目、それから１７ページのところでは、各医療圏ごとに全国と比較したらどのような形になっているかというのが来ております。

１８ページからは、医療機器の共同利用についてということで、ここでは具体的には書いておりませんで、詳細は第１部の第３章で書く旨をこちらで記載しております。

ここまでが第１章、第２章でございます、計画の前段部分でございます。

第３章からは、各二次医療圏ごとの状況を書く欄になってございまして、こちらにつきましては、骨子にも記載があるのですけれども、少しまとめたものを資料６に書かせていただいておりますので、資料６をごらんいただければと思います。

二次医療圏ごとの状況につきましては、当然、全医療圏ごとに同じ形で、同じ項目のものを書いていきたいと考えております。その構成について、こちらでは記載させていただきます。

まず最初に、人口・高齢化の推移から外来医療資源の状況、外来医療機能別の状況、医療機器の状況の４点を書いていきたいと思っております。

１枚めくっていただきまして、それが上の具体的なところでございまして、その次の（２）外来医療資源の状況というところで、状況を明らかにすることということでボックスに書いてございますが、東京都独自のマッピングを行いまして、二次保健医療圏単位・区市町村単位での可視化をやりたいと考えております。

それから、その下に行きまして、（３）の②の下にありますボックス、外来医療機能の提供状況に関する意見というところがございますが、こちらにつきましては、今後、

各地域ごとに行います調整会議や在宅療養ワーキンググループにおいて外来医療に関するご意見をいただきまして、それを反映させる形で書き込んでいきたいと考えております。

次に、資料7をごらんください。先ほど申し上げましたマッピングのイメージということで、現在、区中央部で一旦つくったものがございます。めくっていただきまして、1枚目が横型なのですが、区中央部全体を病院、診療所をプロットした地図でございます。

合計の数とかは書いていないのですが、イメージとしてどういうところにあるのかというのをわかるようにするためのマッピングというところで記載させていただいています。これだとちょっと大きいということもありましたので、もう一枚めくっていただきますと、区ごとのマップということで、まず千代田区、それから中央区、港区、文京区、台東区という形でマップをつくらせていただきまして、こういうイメージで今のところ、各二次医療圏ごとにこのようにマップをつけて、見える化を図っていききたいと考えてございます。

駆け足でございましたけれども、第1部は以上でございます。今回、骨子でございますので、文面がどうこうではなくて、事項としてこのように入れるべきではないか、こういうことを外すべきではないかという観点からご意見をいただければ幸いです。どうぞよろしくお願いいたします。

○猪口座長 ただいま、1部の骨子案について説明がございました。これについてご質問はございますでしょうか。

僕から質問していいですか。この1部は国が定めろという形で定めるわけなのですが、国はこれを定めることによって、何を目的としているのかというのはどこかに書いてありますか。

○千葉計画推進担当課長 国の目的といたしましては、外来医療の状況を広くオープンにすることで、新規に開業される方の行動変容を促していきたいという形でございます。

決して、これで開業制限をすとか、そういうことを目的にはしていないと聞いております。

○猪口座長 そうなのです。要するに、例えば先ほどのマッピングとかを見ながら、この辺で開業するのはどうかとか、そういう指標を見ながらどうだというような骨子案で、2部もありますから、それも含めた上で行動変容がもたらされるように我々はつくっていかなければいけないというところで、まず1つ押さえておきたいと思って質問させていただきました。

2つ目なのですが、指標を出すに当たって、指標の出し方を皆さんが全員知っているわけではないと思いますので、何かの指標を導く式だとか、こういう視点で指標は国がつくるようにしているのだというような資料はどこかにありますか。

○千葉計画推進担当課長 資料5の骨子案の14ページをごらんいただければと思います。

こちらのほうで、国が考えている①から15ページの⑤まで続きますけれども、医療のニーズ及び人口構成とその変化というところで、地域ごとの性別・年齢階級別の外来受療率によって、必要な患者さんがこれだけいるということをもとに出していきたいというところ。

それから、患者の流入出ですとか、僻地などの地理的条件、へき地などの地理的条件は今回考慮しないというところで、そういうことを書いてあるのですけれども、それから④のところ、地域ごとのドクターの性別・年齢階級別の平均労働時間によって、どれだけ医師がその地域にいるのかということを出していくというところ。

15ページに行きまして、医師偏在の種別というところをごさいます、区域というのは二次医療圏を単位とするということが国のガイドラインで示されておりますので、二次医療圏とさせていただきます、今回は外来医療計画と言っておりますけれども、今回の外来医師偏在資料、国が出すものでございますが、診療所の医師数をベースにするということになっておりますので、病院の外来機能につきましては、マーカーが引いてあるのですけれども、入院機能と外来機能の切り分けが難しいということなので、今回は診療所のみ限定するということが国の見解として出されております。

そのような形で出しましたものを17ページの偏在指標ということで、全国の二次医療圏をずっと全部並べまして、上位の33.3%、3割に入ると医師偏在指標では医師が多いという形のことを出してくるというような形になっております。

○猪口座長 どうもありがとうございました。

あとこちらの中に、もとなつた東京の骨子案というか、これに出ているものもとがこちらにもあるわけですね。それは大変時間がかかる話ですから、それはお読みになっていただくという形にしたいと思います、そういう基本事項を踏まえた上で、何か足りない、何か質問がございましたら、いかがでしょうか。

なければ2部の説明を受けて、自由な討論みたいなものは2部のほうでいろいろ反映していくような形になると思いますので、2部の説明に移ってもいいかなと思うのですが、どうですか。1部の部分で、何か聞いておきたいということがあれば。よろしいでしょうか。

それでは、2部に進みましょう。よろしく申し上げます。

○千葉計画推進担当課長 それでは、ご説明させていただきます。

資料8をごらんください。資料8はA3とA4のものが両方ございますが、同じものがございます。A3だと小さくて見にくいというときには、A4のほうをごらんいただければと思います。全く同じものがございます。

第2部につきましては、地域医療構想で定めましたグランドデザインの4つの柱ごとに、現状を分析・把握いたしまして、そこから課題を抽出し、課題に対する取り組みの方向性を計画でうたっていきたいと考えております。ですので、いろいろな課題、取り組みがあると思うのですけれども、この計画では、方向性を打ち出していくという形に

させていただきたいと思っておりますし、さまざまな取り組み等々、今後も必要なことも、計画をつくった後にご議論が続くような形でも記載をさせていただきたいと考えております。

まず、柱の1つ目が（1）高度医療・先進的な医療提供体制の将来に渡る進展～大学病院等が集積する東京の「強み」を生かした、医療水準のさらなる向上～というところでございます。つくりは全て同じでございます、上のボックスで現状、下の段に下がりをまして、左に課題、そしてその課題に対応いたしました課題に対する取り組みの方向性を書かせていただきまして、一番下の段には、今後の取り組みの方向性を一言でまとめたようなことを文章として入れさせていただいております。

（1）では、課題といたしまして4点、事務局のほうで抽出させていただいております。1、外来における高度医療機能の充実、2、外来医療機能に関する情報提供の推進、3、診療所と特定機能病院等の連携強化、4、外来医療従事者のスキルアップ支援、このような課題があるのではないかと考えておりまして、1では1-1から1-3まで、特定機能病院等の高度医療機関において、がん医療や難病に関する高度な外来医療機能を充実させていくべきではないかなどということを書かせていただいております。

2では、2-1から2-2がございまして、2-2ではかかりつけ医、かかりつけの歯科医や薬剤師等々が患者への十分な情報提供が行えるような取り組みが必要ではないかということを書かせていただいております。

3では、高度・先進的な治療を終えた後も患者さんが住み慣れた地域や就労先付近で治療を継続できるよう、かかりつけ医と大学病院等の情報共有と連携を強化していくべきではないかというところ。

4では、都内の大学や大学病院等が専門性を生かし、地域の外来医療や在宅医療にかかわるさまざまな職種の方々の資質向上を促進していく方策が必要ではないかということ掲げさせていただきました。

まとめといたしましては、大学病院等の高度医療機関を中心とした高度な外来医療機能の提供と、地域の医療従事者のスキルアップ支援を取り組んでいくということ掲げてはいかがかと書かせていただいております。

次に、2つ目の柱でございます。（2）東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築～高度急性期から在宅療養に至るまで、東京の医療資源を最大限活用した医療連携の推進～でございます。

現状では2点、書かせていただいております。医療提供体制ということで、東京では多くの中小病院が所在しているというところ。また、地域的にも、高度機能が区中央部に集積し、慢性期機能につきましては西多摩・南多摩に多く集積しているというところですか、○の2つ目では、患者さんの受療動向や医療需要の状況といたしまして、高度急性期から回復期機能では、救急搬送が多い疾患につきましては、その居住される圏域や近接圏域で医療が賄われているという傾向がありますけれども、がんにつきましては

は、広範な移動を伴う受療動向が見られるという状況を書かせていただいております。

課題は、こちらも4点抽出させていただきました。1点目、1、初期救急医療の機能の充実、2、病院・診療所の連携強化、3、在宅移行支援の充実、4、診療所を含む災害医療体制の強化でございます。

こちらではたくさん書き込ませていただいておりますけれども、アンダーラインを引いたところは、合同部会でいただきましたご意見をもとに、事務局のほうで文章をつけ加えた部分でございます。例えば、1-1では病院と診療所が協力しながら、地域の救急医療体制を構築する必要があるのではないかとということや、1-3の下のほうでは、救急対応が必要か振り分けられるかかかりつけ医がふえることが必要ではないかというようなことを書かせていただいております。

外来ですので、(2)と次にご説明いたします(3)のところは割と厚い内容になっているところでもあります。

最後、(2)のまとめといたしましては、地域住民が適切な医療を受けられるよう、病院・診療所の適切な役割分担と連携の推進というものを掲げさせていただいております。

次に、(3)地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実～誰もが住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域全体で直し、支える「地域完結型」医療の確立～でございます。

現状でも2点、掲げさせていただいております。まずは健康づくりの点、2点目が在宅療養というところで、今後、高齢者が増加いたしますので、認知症を初め複数の疾患を抱えながら地域で生活する患者さんの増加が予想されているという状況でございます。

課題では7点抽出させていただきました。1、かかりつけ医等によるプライマリケアによる早期診断、早期治療、2、外来における認知症医療の充実、3、在宅療養生活の支援、4、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けられるよう医療・介護サービス基盤の充実、5、外国人患者への医療体制、6、看取りまでの支援、最後に7、公衆衛生医や産業医による日常的な健康づくりを掲げさせていただいております。

こちらアンダーラインを引いたところは、前回の合同部会でいただいたご意見に基づきまして、文面の修正や追加を図ったところでございます。3-2では、より重症のケースでも対応可能な在宅医療に強い診療所の充実が今後、必要ではないかということや、一番最後の7では、予防接種や学校医等の役割を担う公衆衛生医や企業等の産業医が適切な指導・処置を行うことで、病気を未然に防ぐ健康づくりを今後支援していく方向がよいのではないかとご意見をいただいております。

このまとめといたしましては、認知症医療や在宅医療など地域包括ケアシステムを支える医療を充実させていこうということを掲げさせていただいております。

最後、4点目、(4)安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成～医療水準の高度化に資する人材や高齢社会を支える人材が活躍する社会の実現～でございます。

現状では、3点掲げさせていただきました。養成施設等ということで、都内には多くの養成施設があるということ。医療需要が今後も増大するというところ。3点目が、働く世代の状況ということで、医療人材の高齢化が進むということ。それから、少子化に伴って、年少人口や働く世代の人口が今後減少していくということが予想されております。

課題では、3点掲げさせていただきました。地域医療を担う総合診療医の確保・育成、2点目が在宅療養を支える診療所医師等の人材確保、3点目が地域の健康づくりを支える公衆衛生医の確保というところがございます。

最後、まとめといたしまして、4番目は、地域の外来医療を担う医療人材の確保・育成というのを掲げさせていただいております。

私からは以上でございます。

○猪口座長 今、2部の説明がありまして、前回の合同部会での皆さんの意見を踏まえて、外来医療の方向性について修正を加えながらつくっていただいているということであります。

ここに全部こうするんだと書くという話ではなくて、方向性についてご意見をいただくほか、こちらに記載すべきではないか、このほかに何かそういったようなこと。それから、構成ぐあいも含めて幅広くご意見を伺いたいと思います。

川口委員、どうぞ。

○川口委員 拝見していますと、大きな病院、大学病院という印象が非常に強くて、東京都にある公的な病院のことは余り触れられていないなという気がします。都立病院も立派な病院がたくさんありますし、市立病院等もございますので、そのあたりのいわゆる東京都内の公的な病院の立ち位置がここに全く触れられていないような印象をうかがってしまったのですけれども、いかがでしょうか。

○猪口座長 事務局のほうから何かあれば、どうぞ。

○千葉計画推進担当課長 言葉として今は記載がございませんので、(1)のところですか、連携ということでは(2)のところに書き込むということではいかがでしょうか。

○猪口座長 公立病院は、特別に何か配慮すべき医療があって、具体的にこの辺に入るといいなみたいな意見はございますか。

○川口委員 恐らくがん拠点病院を担っていたりとか、地域の救命救急を担っていたりとか、周産期医療でも中核を担っていたりとかしていると思うのです。ですから、その辺のところも書いていただいたほうがよろしいのではないかと思います。

○猪口座長 そうだとすると1とか2のところの大学病院等の等のところを、公立病院も含めてとか、そのような書き方がいいということになってくるのかな。やっている医療は変わらないわけで、公立病院もなさっているというご意見だと思います。

ほかにどうでしょうか。

最初に戻りますけれども、1部と2部を含めて、あわせて、2部は地域医療計画に非常に近いような具体的な、外来医療の偏在というものの以外にも、外来医療の医療計画みたいな形で育てていこうという内容が相当盛り込まれているわけです。一義的には偏在、行動変容をもたらそうということもありますので、それも含めて、1部と2部まとめてのご意見で構わないと思いますから、ぜひお話を聞きたいと思います。

どうでしょうか。

宮崎委員から順番に行きましょうか。

○宮崎委員 宮崎です。

資料8の(2)の切れ目のない医療連携システムの構築のところで、病診連携とか救急医療、在宅医療等が書いてあるのですけれども、今、意外と地域医療構想の調整会議なんかで問題になっているとか気づいたのは、病病連携のほうが結構重要ではないかという話が出ていまして、急性期の病院から回りとか療養型への転院の調整が結局うまくいっていないという問題が出ておりますので、それに関して見ると余り書かれていないような気がしますので、それも入れたほうがいいのではないかと私は思います。

もう一点、4番の(4)のところで、総合診療医の確保・育成というのはまさに私も非常に大事なところだと思います。これは、へき地とかそういうところだけではなくて、東京都内でも大病院なんかでは専門分化し過ぎて、総合診療医とか、すき間産業みたいな立ち位置でいるところが多くて、なのでなかなか育たないというようなことがございます。

もう一つは、大ざっぱに総合診療医と書いてございますが、在宅も含めての話なのですけれども、家庭医と病院の総合診療医というのが、これからは分かれていかなければいけないのではないかと思いますので、総合医のイメージや役割分担みたいなものをもっと少し詳しく議論できたらいいかなと思います。

以上です。

○猪口座長 ありがとうございます。

角田委員、どうぞ。

○角田委員 東京都医師会副会長の角田です。

全体の構成で、まず1部は国が示した形にのっとっての東京の骨子案で、2部ではグランドデザインに沿ったという形ですけれども、前回の合同会議のときにも指摘があったのですが、国はあくまで外来医療というのは診療所だけを見ている。先ほどからご指摘があるように、9割が私的病院で、そのうち7割は199床以下ということを見ると、そういう小規模の病院というのは外来機能を必ず担っているというところがこの間から議論になっていました。

ですから、1部で国の示した形の外来医療の評価のときに、ぜひその辺を入れていただく。というのは、2部を見ても、グランドデザインに沿った形で出ていますから、決してその辺の国の示したデータのそごというか、余り弱いところは、どういうところを

指摘するのかなというところがあるのです。

やはり議論するときには、なるべく現状がわかるようなデータをそろえていただくためには、ある程度、1部でもそういったところに触れて、少しそういった調査とか、可能かどうかはわかりません。本当にどのぐらい現状に近づけるかわからないけれども、その辺をぜひ、東京独自のデータも1部に入れるのか、2部に入れるのかといったことをぜひお願いしたいと思います。

○猪口座長 どうでしょうか。今のことに関して何かありますか。

○千葉計画推進担当課長 病院の外来機能が多くの患者さんを診ていらっしゃるというのは当然のことだと思っております。ただ、国のガイドラインでは、それは今回排除されているというか、反映されていないところですので、そこはそこで1部のほうには書かせていただいて、病院の外来機能に関する事項については2部のほうに書きますみたいなことを1部のほうに書かせていただいて、2部のほうの(2)のところ、例えばですけれども病院と診療所の外来機能の役割の分担や連携の強化といったところで表現していくのはいかがかなと思っております。

○角田委員 それで適正だということか。

○猪口座長 中小病院のあるところには外来はあるのでしようけれども、それをどうやって表現するかというのは本当に難しいところだと思うのです。

僕、ちょっと発言しますけれども、これから若い先生たちが開業しようと思っているときの行動変容を起こすということになると、やはり科目的偏在、診療科の偏在というのはすごく大事だろうと思うのです。多分、東京は、全国で外来をやりたい若いお医者さんたちにとっては、やりたい場所筆頭だと思うのです。人口が多い、人口密度が高くて、1つやればその周りに住民が多いわけですから、だけれども、過渡競争になっている現実もあるだろうし、それが見えるようにならないと、行動変容は起きてこない。それはさっきの科もそうだし、病院も結構強い病院があって、そういうところがあるんだよというところが見えてこない、数字だけ出して、何の結果ももたらさない。これはデータがあるのだけれども、これではわからないといって、結局コンサルタントとかそういうところに頼ってしまうみたいな世界になるのではないかと思うので、そういうところまでわかるようなデータに仕上げられないかなとは思っています。

それを2のところどこまで追い込めるか、方法論もよくわからないのですけれども。

○千葉計画推進担当課長 方法論といいますか、当然、先生がおっしゃることはごもっともだと思います。国のほうでは今、載せられていない診療科目別や病院の外来機能というのは、今回は国のほうのものでは載っていませんので、そこを今回、PTとかでご議論いただいて、東京の計画でも必要だということであれば、先ほど言いました役割分担ですとか、実際にこの患者さんがきめ細かくと言ったら変ですけれども、適切な診療を地域のほうで偏りなく書かれるような感じが必要ということを打ち出して、そのためには、ちゃんと基礎的なデータを東京都が調べて、それで明らかにしていくというのが方

向性として出せるみたいな形にしたらいかがかと思っています。

○猪口座長 ありがとうございます。

いかがですか。

進藤委員、どうぞ。

○進藤委員 大久野病院の進藤です。

ちょっと話がずれるかもしれませんが、クリニックの先生方の医療計画ということで、これから高齢化社会を迎えていく。そうすると、治し、支えるということをしていかなければいけないんだということは書かれているのですが、そのときに、リハビリが必要とか、訪問看護が必要であるということ先生方に認識していただいたほうがいいのではないかと思うのです。人材確保とか教育ということは載っているのですが、直接的にはそういうことが載っていないので、そういうことは載せなくてもいいのかなと思いました。

○猪口座長 ありがとうございます。貴重なお話ですけれどもどうですか。もし、そういうところまで含めてどこかに書けそうだったら書くということでもいいですか。

○千葉計画推進担当課長 まさに進藤先生がおっしゃるとおり（3）のところだと思いますので、うまく表現できるように考えていきたいと思います。

○猪口座長 ほか、どうでしょうか。

迫村委員、どうぞ。

○迫村委員 さこむら内科の迫村です。

東京都の外来を考えると、昼間は本当にたくさんお医者さんもいるし、医療、医者の過剰な地域であるので、どうにでも対応できるのですけれども、医療偏在指数にあらわれるかどうかというのは、やはり昼間の人口動態と夜の人口動態、あるいは病院での医者の数もかなり変わってくるので、夜間の状態とかが、この医療偏在指数というところ、一定の数字しか出てこないの、都会は昼間の状態と夜の状態がかなりダイナミックに変わっていると思うのです。そこは2部のほうで書ければいいのかもしれませんが、かなり東京都の特性になってくるし、夜間の小児の外来があるのかどうかとか、新宿区でも、例えば病院はいっぱいありますけれども、マイナー科の救急外来が、きょうは女子医大には耳鼻科の担当医がいないので、慶應に回って下さいみたいなことを言われることがあるのです。そういうことが今、現実起こってきているということがあるので、そういうことがちゃんと東京都の医療体制を確保するということ示せるようなパラメータなりが必要かなと思います。

あと、在宅医療に関しても、開業医がもちろん24時間対応はするのですけれども、それでは自分の体もたないの、さっき進藤先生が言われたとおり、例えば訪問看護が24時間対応して、バックアップしていただくとか、そういうことがある前提で我々1馬力の開業医は在宅に参入できるので、医療体制を支える上で、訪問看護とか、それを支えるほかの医者以外の担当者の重要性みたいなことも書いておいていただけるとい

いかなと思います。

- 猪口座長 ちょっとまとめると、昼夜の診療状態をぱっとこれを見るとわかるというような書きぶりにできるかというのと、夜の中では特にクローズアップされていたのは、初期救急みたいなものはどうなるのかとかは書き込めるのかどうか。それから、最後のところでおっしゃっていたのは、外来医療を支えるような、ほかの連携する機能はあるのかという話なのだろうと思うのです。訪看にしかり、介護サービスもあったり、地域のリハビリの施設であったりという外来を支える機能までわかるようになるのか。

確かに医師が偏在して、集中しているとやりづらい、そこで開業しづらいけれども、一方で、何もいないがゆえに、それを支える機能は全然いなかったというと、そっちも開業しづらいわけですね。そのようなところまで追い込めるか、書き込めるかというお話だったと思うのですけれども、どうでしょうか。

- 千葉計画推進担当課長 2点、お話をお伺いしまして、診療科のことや診療の曜日のこと、診療の時間のことというのは、今回、国のほうのガイドラインに示されておられませんので、ただ、現実外来にかかることというのは、そういうのは非常に重要なことだとは思っておりますので、例えば木曜になったらどこの先生もみんなお休みとか、そういうことがちゃんと東京都として調べられて、例えばですけども、皆さんで連携しながら当番制をとったりとか、そのような方向に行くような方策をちゃんと調査して、考えていきますみたいなことを例えば(2)の連携というところでうたえるかどうか。

あと、2点目のほうの、例えば外来ドクターだけではなくて、特に在宅とかになりますと、ご指摘のあった訪問看護ステーションですとか、地域のほかのいろいろな資源を使って、協力しながらやっていかなければいけないというのも当然のことだと思いますので、それこそがまさに地域包括ケアシステムだと思いますので、そういったことをどう表現すればいいか、すぐには思いつかないのですけれども、こういうところでうまく頑張っていきます。

- 猪口座長 医師会は、医師会員のデータを結構持っていますから、診療時間とかそういうのは、各地区医師会で協力できると思いますので、一考していただければと思います。

佐々木委員、どうぞ。

- 佐々木委員 区中央部の座長をしております浅草医師会の佐々木でございます。

この偏在指標をつくるというのは、結局はこれが多いねとか、これが足りないねというのをはつきりさせましょうと。多いところはどうしましょうか、足りないところには、それをふやしていくにはどうしましょうかということが最終的な目的だと思うのですけれども、そこで必要なのは、実際にその地域に住んでいる人、地域で働いている医師がどのように感じているかということにあるかだと思います。

地域において何が足りないのかというのは、単純に数だけでは言えない。いろいろな機能、先ほどから話があるように、科による偏在なんかも含めて、もっときめ細かに見

ていかなければいけないということで、ぜひとも第2部の中には、東京都でどの地域で何が多くて、何が足りないのか、どうやったらデータ化して、見える化をして、それをマップ化して、それをどうやって是正していけるのかという視点をぜひともつくっていただきたいと。

例えば、この区中央部のマップを見ますと、東京駅周辺は医療機関がすごく集中していますね。そこに例えば小児科が必要なのかといったら、多分ビジネスマンが多くて、小児科は要らないだろうとか、そういうことは数だけでは見ていけない。ですので、どうやったらパラメータをつくっていけるかということ、これからぜひとも第2部の中でやっていただきたいと思う次第です。

もう一つ、ちょっとそれとは違うのですが、資料8の(3)の7とか、(4)の3のところに、地域の健康づくりを支える公衆衛生医という言葉があるのですが、予防接種・学校医とかを担っているのは、公衆衛生医というか地域のかかりつけ医なので、公衆衛生医という言葉はちょっとどうかなと感じた次第です。

以上、お願いいたします。

○猪口座長 最初のどこにどうだという話というのは、表現の仕方で、国の1部は二次医療圏ごとなのだけれども、これは外来医療というと、本当に徒歩生活圏もしくは勤務地の生活圏でしょう。それは区市町村レベルとかそういうレベルで表現するのは大体大前提でそうなると思うので、先ほど科の偏在と、それから需要の偏在みたいなものも出せるのかどうかという話が入っていたと思うのです。最初は前段階がこういう話で、後段階は、公衆衛生医というのは何を意味しているのかという話になるのですけれども、後段のほうからどうでしょうか。公衆衛生医が何を示しているのか。どういうイメージなのか。予防接種をするのか、健康診断や保険診断とか、そういうことなのか。

どうぞ。

○杉下医療安全課長 安全課長が答えます。

さっきご指摘があったように、(3)の7の公衆衛生医は予防接種とか学校医の役割を担うというのは、確にかかりつけ医という表現が正しいと思います。

(4)のほうで出てくる公衆衛生医の確保というところは、いわゆる予防とか保健とか、あるいは健康機関といったところ、地域の課題をきちんと分析して、新たな取り組み等を伝える。医師会の意見あるいは地域住民の意見を酌み取りながらやっていくという役割が公衆衛生医ということになります。

○猪口座長 では、この辺はわかりやすいように解説していただいて、表記をお願いしたいと思います。

川口委員、どうぞ。田村委員、わかっています。ちょっと待っていてください。今の話の関連ですよね。

○川口委員 今、公衆衛生医という言葉の話が出たので、同じように地域医療を担う総合

診療医の確保・育成と書かれているのですけれども、総合診療に行こうという人は、多いようでそんなにたくさんはいないと思うし、それを育成するのは大事ですけれども、確保に至るまではまだ10年先の話なので、書かれるのはいいのですけれども、ちょっとこの表現の仕方を変えておいたほうが現実的ではないかと思います。

さっきの予防接種の話と同じ話だと思います。

- 猪口座長 これは行動変容を促すだけで、特に規定するものではない話は大前提であるのは理解していますけれども、例えば、こういう連携をしよう、東京では病院と診療所はこういう連携をする、診療所同士もこうやる、地域とはこういう連携をする。それから偏在に関しては、確認して、こういうことがわかった上でやるんですねという形の、新規開業する、もしくは既に開業している先生方に対して、何かアナウンスして、がちりお互いルールはこういう前提でやっていきましょうよと決まり事のように強いものではないけれども、そういう方向みたいなことは考えていらっしゃるのですか。

うなずいていただいてありがとうございます。では、何かいろいろ決め事をしたら、医師会を通じてなのか、何か説明会をやるとか、地域ごとにこういうことをやっていきましょうねという方向になっていくということですね。

- 千葉計画推進担当課長 具体的にこうこうこうしていこうとか、このような連携をとっていこうというところまでは、多分議論が間に合わないと思うのです。ただ、そういうことを考えていく必要があるとか、そういう方向性を打ち出していきたいと思います。
- 猪口座長 ありがとうございます。

では、田村委員、どうぞ。

- 田村委員 多摩市医師会の田村と申します。

私は診療所をやっている開業医なのですけれども、今の議論を聞いていまして、要するに、東京という地域の医療ニーズがどこにあるか、何が求められているのかということ、これから開業する医師に示して、その行動変容を促そうという議論だと思いますが、非常に根本的なことなのですけれども、これから開業医になろうという先生がたくさんうちに来ますので、私はそういう先生の面接をしているのですが、若い医師が、何が自分に求められているのか、そしてそれに応えていくことによって開業医として成功しようという発想の人はそんなに多くないです。

つまり、今の若いこれから開業医になろうという医者は、何をやりたいのか。自分のやりたい医療がはっきりわかっていて、どこへ行ったらそれが実現できるのか。そういった発想なのです。

例えば、消化器の医者で、消化器内視鏡がとても得意な先生は、内視鏡診療所を開業して、朝から晩までいろいろなところから紹介を受けて、消化器内視鏡ばかりやりたい。外来も必要ならばやるけれども、それ以外は自分の得意でない患者は診たくない。ましてや夜、時間外に何かあっても、余りかかわりたくないとか、あるいは小児科の先生でも、実は私の友人でいるのですが、てんかんを専門にやってきた小児科の先生。彼はて

んかん専門の診療所を開いて、てんかんだけを診る。ある程度、名前を上げて、彼は関西の男ですけれども、かなり広域からてんかんの患者さんが集まってきていて、もう半年間予約でいっぱい。それ以外は診なくていい。だから、得意なことだけでやっていける開業医になりたいというドクターが結構いるわけなのです。

ですから、そういう発想が強い人に、地域では何が求められているのかしらということを提示しても、それだけではアピールが非常に少ないなというのを、正直今の議論を聞いていて思ったわけです。

私なんかは、求められる医療を提供すればそれで開業医として成功するだろうということでもいろいろ一生懸命やってきたわけですが、どうも私と同じ発想をする若い開業志向の先生はどんどん少なくなっている。そういう実感を持っております。ですから、今の議論の中で、実際の需要がどういうところにあるのかということをはっきり見える化するということについては反対でも何でもないのですけれども、それだけでは、これから外来診療所をやろうとしているこれからの医師たちの方向性を導くには、ちょっと限界があるなということを感じております。

では、一体どうすればいいんだというと、非常にこれは難しい、根本的な問題なので、すけれども、そもそも医者として、臨床医として地域の人たちの役に立ちたいという思いに駆られて医学部を目指し、医者になるという人が、ここにいらっしゃる先生方は全員そうだと思いますが、そうではないドクターもたくさんいますし、そういう人たちをどういう形で戦力化していくのかということがとても根本的なニーズだと思います。

以上です。

- 猪口座長 今のはどうしますかね。その数自体はグロスとしてはそれほど多分なくて、その需要は相当点在するような形でないと、その人たちの開業志向は多分、相当まばらに存在している。

例えば隣同士にいたら成立しない話ではないですか。だから、そのような方たちのニーズというのはかなり、そういう形で開業できるのは少ない例になってしまうと思うのですけれども、現実的にはそういう思いであったとしても、いろいろなことをやるようになっていく。だから、先ほどのときに、東京はこういう医療を目指しているということをおわかってもらうような機会というものをしっかりつくって、そういう専門志向であるとしても、本当のニーズはこういうところにあるということがわかるようなことを開業の前に置くとかぐらいしか方法はない。

- 田村委員 そういうことで、私もいろいろな情報を提供する。本当に何が求められていて、これをやらないとだめなんですよということをアピールすることは無駄ではないと思います。ですから、アピールの方法、アピールのときに、もともとそういうやりたいことをやるだけではだめですよというところから訴えかけていくような内容が必要ではないかということ。

それと、私たちが仕事をする環境というのは非常に厳しくなってきました、いろいろ

な危険にさらされています。医療事故とか非常に。ですから、自分の得意なことに特化するのが一番我が身を守るのです。ですから、そういった意味で、総合診療医、非常に間口の広いドクターというのは、ある意味、得意でないことまで手を出さなければいけないので、それ自体が、一つ総合診療医を目指す者の阻害要因になっているのではないかという気がいたします。

- 猪口座長 先生のお話を聞きながら考えていたのだけれども、専門に特化したということ言えば、眼科の先生だとか、耳鼻科の先生だとかということも、もう既に先例事項としてあるのです。だから、やはり情報としてきちんと出していけば、そういう専門の先生たちはどう選ぶかというのは、それ以上立ち入れないでしょう。そう思いますので、今まで言ってきたことをやはりより詳細に、よりわかりやすく提示していくことが、先生の1番目の話になっていくのだなと思う。

総合診療医はこれから育つところで、さっき宮崎先生が言ったファミリードクターのような話というのは、外国なんかだと1人で開業するというよりは、数名のチームを組んでやる。それがリスクヘッジにもなったりするようなところだろうと思いますので、ファミリードクターたち、総合診療医たちが自分たちでまた開業形態を考えていく世界だろうと思うので、やはり情報をしっかり出す。そして育成の中においては、今、言ったようなことも専門の先生たちに考えてもらって、育成においてはそういうものも当然含まれてくるだろうと思いますので、何々を育てるという話では、大体方向性はいいのかなと思ったのですが、どうですか。

考えていただいて、今、こういう意見がありましたということでもいいと思うのです。それでよく考えて、計画をつくっていきましょう。

渡邊委員、どうぞ。

- 渡邊（仁）委員 時間がないときに申しわけありません。僕のほうは、どっちかというところとコンサルタント的ではなくて、計画の中に書かれていて、その中でいろいろと文面が訂正されましたということだったので、ぜひ訂正していただきたいのは、在宅をやっていて困ったのは、精神科疾患とか精神科医療、小児とか書いてあるのですけれども先進医療、それと認知症に関しては、3の一番下のところに認知症と書いてあるだけで、認知症という文言とか、そういったものがこの文書の計画の中にどこにも書かれていないのです。

ですから、そういう形では今、話題となっている認知症とか精神疾患、どこでも病院間でも一番困っているのは、精神疾患だろうし、在宅で困っているのも、精神疾患とか高度な認知がある場合は受けてもらえないとか、そういった医療体制をどのように組み込んだかという形のものを、この骨子の中にどこかで取り込んでいただいたほうがいいかなと感じます。

- 猪口座長 貴重な意見だと思います。よろしく申し上げます。

では、もう時間が押してまいりましたので、最初の次第の（1）に関して、外来医療

計画案については、後ほど時間があれば戻っても結構ですけれども、その次の東京都医師確保計画の骨子案について説明を受けたいと思います。

これも第1部と第2部に分けて説明を受けますので、まず第1部から、事務局ご説明をよろしくお願いいたします。

○高橋医療人材課長 よろしくお願ひいたします。

資料9になります。医師確保計画骨子（案）でございます。よろしくお願いいたします。

外来医療計画と同様に、第1部のほうは国のガイドラインに基づく計画となっております。ちょっとおめくりいただきまして、扉を見ていただければと思います。第1部第1章以下、第5章まで5章立てとなっております。

中身といたしましては、3ページ目のほうから書いてございます。中ほど下のほうにマーカーを引いてございますけれども、基本的なスタンスといたしまして、東京都は医師多数とされているけれども、医育機関で教育に携わる医師も多く、全ての医師が臨床を担っているわけではないと。

また、救急機能が集中しておりということで、多くの医師を必要とするという状況から、医師偏在指標だけでは図れない医師の偏在等を踏まえた対策が必要になるというスタンスで計画を書き込んでいきたいというところでございます。

さらにおめくりいただきまして、状況につきましては、外来医療計画と同様、地域医療構想の医療の状況が書かれているところでございますので、さらにおめくりいただいて、7ページ目になります。上のほうに2番、医師数の状況というところがございます。こちらは、今回受けた質問にもあったのですが、医師偏在指標の医師の定義は国家資格を持つ全部の医師かというご質問がございました。そうではなくて、国家資格を持つ医師は全部で4万4,130億人いるところ、このうち病院・診療所に従事している医師数が対象となっております。こちらの医師数4万1,445人を対象とした偏在指標となっております。

そうは言いましてもということで、後ほど説明する第2部のほうでは、先ほど来、説明が出ておりますけれども、医療施設に従事する医師以外、例えば公衆衛生医などにも言及していく、記載していくという方向性でございます。

また、医師数の状況につきましては、もう一点質問が出てございまして、非常勤医師が全くカウントされていないけれども、どのように計上しているのかというところがございましたけれども、主たる従事先でカウントしているということ。例えばなのでございますけれども、区中央部に医師が7人いまして、西多摩地域に1日ずつ派遣されているといったような場合に、本来でしたら区中央部を6カウント、西多摩を1カウントなのでございますけれども、今現在においては区中央部のほうで7人カウントという状況ということで、決してダブルカウントではないのですが、正しい状況ではないので、国のガイドラインの中でも、例えば医師少数区域の目標の達成などについては、それらも踏まえて検

討していくようにということですので、それほど大きな数字ではないのですけれども、そういうところにも留意していくというところでございます。

7ページ下のほうに、医師偏在指標の算定方法などが出ております。8ページもそうでございます。

9ページ目、10ページ目のほうに医師偏在指標の自治体の数字が出ているという状況で、やはり先ほど説明があったのと同様なのですけれども、まだ暫定値というところでございます。最新値の公表は今後というところでございます。

さらにおめくりいただきまして、11ページ、13ページと偏在指標が出ているような状況でございます。

もう少しおめくりいただきますと、19ページ、20ページに産科の医師偏在指標と小児科の医師偏在指標が出てございまして、こちらもお質問の中で、多摩が一くりにされているのですけれどもというご質問がございました。こちらにつきましては、周産期と小児それぞれの医療圏、事業推進区域と定められているものが、多摩は一くりにするので、ご質問にあったように、13圏域とは違う形での事業推進を行っているということでございますので、ご了解いただければと考えてございます。

さらにおめくりいただきますと、21ページに産科・小児科の医師確保の方針が出てございまして、今後の方向性も、小児救急医療体制の確保ですとか新生児科についての医師確保、産科医師の確保、働き方改革に向けた取り組みの推進ということで記載させていただいているところでございます。

本文のほうでは、22ページ目までが第1部でございます。

お手元を見ていただきますと、資料9のA3の資料でございます、第1部抜粋ということで1枚物にしてございますので、そちらをご参照いただければと思っております。

中身をまとめたものとなってございまして、こちらのほうに少数区域・多数区域の設定、医師確保の方針、基本的な考え方といたしまして先ほど来、説明している地域医療構想の実現に向けた4つの目標に沿って医師確保対策を実施していくこと。また、医師少数区域につきましては、西多摩・島しょにおきましては一部または全域がへき地に位置づけられていること。また、南多摩におきましては慢性期の病床が多数立地するという地域特性があるということなどから、都は従前から支援事業でやっておりますけれども、引き続き確保対策を実施していくという方向性を書き込んでいきたいというところでございます。

また、目標医師数などにつきましても記載のとおりでございます。

2036年、将来時点における必要医師数については、まだ厚生労働省が出していないという状況でございます。

右のほうに行きまして、目標達成のための施策、産科・小児科における医師確保計画、効果の測定・評価について国が定めるガイドラインに基づく内容を記載しているところでございます。

簡単ではございますが、説明は以上でございます。

○猪口座長 医師確保計画の第1部について、国が定めるものについてのご質問はございますでしょうか。

宮崎委員、どうぞ。

○宮崎委員 宮崎です。

医師数のカウントのところで、いろいろおっしゃいましたが、余り公にこういう文書にはなかなか載せられないかもしれませんが、女性医師の分布というのはかなり大きな割合を占めているのではないかと思います。

うちの病院の半分が女性医師で、ちゃんと若い先生に働いていただいているのですが、やはりどうしても男性の1カウントにはならないという。現実はそのようなものなので、なかなかこれは議論しにくいかもしれませんが、現実として受けとめていただきたいと思います。

よろしくお願いします。

○猪口座長 これは、算定の仕方を説明していただいたほうがいいのではないですか。

性・年齢とかそういうもので、重みづけが違うのだよね。

○高橋医療人材課長 実際に、医師偏在指標の出し方の中に、年齢・性別の勤務時間の重みづけで補正がかかっているというところがございます。

具体的には、今の確保計画の8ページの上の④医師の性別・年齢分布というところで書き込んでおりますけれども、平均労働時間が異なるためというところで、やはり今、宮崎委員がおっしゃったように、女性のほうが実際の労働時間が少ないということで、前回ご説明した部分で言いますと、例えば20代の男性ですと1.24で、50代の男性ですと0.64という形で、1が1ではなくて、性・年齢で重みづけはされているというところでいきますと、女性については今、細かい数字はわかりませんが、小さい数字ということでの偏在はなっているところでございます。

また、お話のように、女性ということに限らず、今後、勤務時間の少ないと申しますか、例えば家事、育児であるとか、いろいろなことをワーク・ライフ・バランスの中でやっていくということはとても大事なことでございまして、そのことについての対策につきましては、第2部のほうに盛り込んでいきたいと考えているところではございます。

○猪口座長 大川委員、どうぞ。

○大川委員 今の標準化医師数のことなのですが、性・年齢階級別はともかくとして、これは別に一定の数字でも構わないのですが、たくさん働くと標準化医師数が多くなって、標準化医師数が多くなると、医師偏在指標が高くなるわけですね。ということは、若い研修医がたくさん病院にいますと、偏在指数が高くなるわけですね。それは当たり前な話なんです。だから、実際問題として、東京都を見ると非常に高いし、また、京都、大阪を見ても高い。福岡も非常に高い。要するに、大学があるところが高くなるような指数なわけ

です。

このまま、この偏在指数なるものをもっていろいろ医師数をコントロールしていくと、全然違うようなものができるような危惧はあるのですが、その辺は大丈夫なのでしょう

○猪口座長 事務局、どうぞ。

○高橋医療人材課長 今、お話しされたとおり、若い医師が多ければ、大学病院が多いところについてはそれだけ医師数が多くカウントされているということがあります。

ただ、といいましても、今、労働時間係数というのが出ていまして、1.008ということで、実際の今の3師調査で出ているのは4万1,445人。これがカウントされていて、4万1,782人になっているにすぎないといえるのです。

逆に言えば、これだけの傾向があるのに、それしか調整されていないとも言えますので、なかなか評価が難しいところです。

○大川委員 要するに、過小評価されているのですね。要するに、医者数は研修医が1人いても、当たり前ですけれども普通の専門医の5分の1ぐらいしか働けないわけです。だから、前回も申し上げたとおり、何かしらそこを考えていかないと、このままの偏在指数で議論を進めていくと、教育の部分に関しては単なる時間数でやっていること自体がすごく違和感があるとかそういうことです。

○高橋医療人材課長 それにつきましては、第2部のほうでご説明させていただきたいと思います。まさしくその部分もポイントとして取り上げていくところでございます。

○猪口座長 では、第2部に期待して。

第1部はよろしいですか。では、第2部の説明をいただいてよろしいでしょうか。

○高橋医療人材課長 引き続きまして、第2部についてご説明いたします。

第2部の役割といたしまして、ただいまいただいたところなのですけれども、具体的には23ページ目をごらんいただければと思います。こちらにグラフが出ているところでございますが、1の都の医療政策にかかる現状と課題のところでございます。

まず、示していきたいと考えてございますのが、将来に向けて、東京都の医療ニーズでとか、高度医療、先進医療の果たす役割が引き続き大きな割合を占めているということから、医師が削減されるような状況があったら困るということをお示ししていきたいというところでございます。具体的には、一番下のところに書き込んでおりますけれども、2008年をピークに日本の人口というのは下降局面に来ているというところで、現状続けているところでございますが、2020年以降も、東京と沖縄のみ引き続き人口がふえるという状況でございます。ちょっと前までは2025年までということだったので、今は2030年までということで、出生率の改善などがございましたので、2030年までは上昇するようになってございます。

東京のみが2045年の人口が2015年を上回る見込みということでございますので、今の医師偏在指標よりもさらに医療ニーズが前提となっているというところが見て

とれると考えております。

また、高齢者の人口のほうにつきましても、グラフにあるとおり、2015年には301万人というのが、2045年には418万人ということで、100万人以上、約1.4倍、4割ほど増加するということですので、当然、引き続きさらなる今以上の医療ニーズが発生するということですのでございます。ですので、そこについての影響というのも踏まえた医師確保計画にしていきたいと考えてございます。

おめくりいただきまして、24ページ目のほうに、アドバイザーの協力を得まして、救急患者数の将来予測を推計させていただいているところでございます。こちら2015年の100という、区中央部のものを仮に載せておりますけれども、2045年に向けまして、170ということで、7割も救急の将来予測、需要が伸びるのではないかとということで表をつくっていただいております。こちら恐らく高齢者の増加などが寄与しているところかと思えます。

また、高度医療に携わる医師が都心部に集積しということで、高度医療や研究開発機能の維持発展に必要な医師数について考慮されていないということですので、こちらについても見ていく必要があるのではないかとこのところのポイントを書いているところでございます。

引き続きまして、25ページ目に東京の医師の状況を書いてございます。こちらは、先ほど大川委員がお話しされた大学医学部・医育機関附属病院が多く、全国と比較して医育機関の従事者や若年層の割合が高いということですのでございまして、全国ではBの医育機関附属の病院の勤務者18%のところ、東京都では30%いるということ。また、それを除く病院の勤務者と診療所の勤務者、それぞれ30%をちょっと過ぎるという状況でございます。

ですので、先ほどお話しされたような形で、例えば指導や管理にかかわる部分が除かれると、実際の診療にかかわる部分は0.6であるとかということであれば、それで再検査することはできるのかなと考えているところでございます。

おめくりいただきまして、26ページ目にまいります。こちら先ほど宮崎委員からお話が出ましたが、女性医師の割合は29.2%ということで、全国の2割に比べまして、10%近く高いような状況となっております。また、若い医師が多いということも少しずつのパーセンテージですが、見るといえるところでございます。

ご質問にありました中で、マーカーが塗ってあるのですが、医師偏在指標の再検証ですとか、診療科別の医師数の比較等を検討するべきということがございまして、まだここに書き込めてはいないので、できるかどうかも含めて検討はしていきたいと考えているところでございます。

3の医師確保の方針からは、A3の大きいほうの資料に見やすく取りまとめましたので、こちらを見ていただければと思います。

資料9－第2部抜粋というところでございます。

1番、高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展のところでございます。

2つ〇があるとおりなのですが、引き続き、高度な知識や技術を有する医師を確保・育成していくことが必要というところと、教育と医療の質の維持、向上を図るところでございます。こちらは(1)、(2)といたしまして、臨床研修医制度の権限移譲と、昨年度から始まりました新専門医制度の分析検証と2つ項目を出しているところでございます。

臨床研修医制度の権限移譲につきましては、臨床研修病院の指定や研修医の募集定員設定の権限が国から都へ来年4月に移譲されるというところございまして、これによりまして、都道府県に若干裁量の余地がふえるというところございますので、例えば、医師少数区域に配慮した定員設定など、地域の実情に応じたきめ細やかな医師偏在対策が可能となるというところございますので、東京都としても何らか工夫をしていける余地があるというところございます。

今現在の臨床研修病院数でございますけれども、左下にあるとおりですが、96病院ということで、これは今、647病院、15%程度でございます。また、募集定員は1,474人ございまして、31年度の募集定員から見ますと60人強減っているような状況でございます。

この実態といたしましては、大学病院などで、100人を超える研修医がいるところもあれば、2~3人定員と小規模で受けていただいているところもあるという状況でございます。

右側に参りまして、新専門医制度の分析・検証でございますが、こちらにつきましては、2018年度に一定の削減をしたものの、さらに東京に専攻医が集中したということを受けまして、2019年度、5%シーリングがかかっていたところでございますけれども、さらに2020年度に向けまして、地域偏在を是正するために大きくシーリングがかかっているような状況もございます。

2019年度定員シーリング数が一番下なのですけれども、1,839だったところ、A+Bということで、2020年定員上限合計が1,730ということでございますので、今また100人以上ということで、6.3%減というところでございます。

また、実績は4.0%という数字もあるというところでございます。

おめぐりいただきまして、2番、東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築につきましては、医療政策を担う分野でございまして、小児・周産期・僻地・救急とそれぞれございます。既にそれぞれの分野の取り組みはしているところございますけれども、引き続き取り組みを推進していくという書きぶりとなっております。

おめぐりいただきまして、3番、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実でございます。こちらにつきましては、保健・医療・福祉の一体的、総合的な取り組みの強化というところと、かかりつけ医等の普及というところございまして、こちら先ほど来、話題になっております予防・健康づくりということで、病気に至る前の

予防・健康づくりに加えまして、地域包括ケアシステムの推進や健康危機管理への取り組みなどが公衆衛生行政に求められているということで、公衆衛生医と監察医を特出しして、選択と集中ではないのですけれども、絞って書いておりますので、このほかにもこういう視点が必要ではないかというところをご提案いただければと思っているところです。

かかりつけ医の普及につきましては、外来医療計画のほうと調整するというところで、まだ何も書き込んでいないところがございますが、住み慣れた地域で療養できるようというところで、かかりつけ医にも役割の強化が必要という認識で長く書いていきたいというところがございます。

また、4番の安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成につきましては、医師の働き方改革の推進、また東京都の特性に合った効果的な医師確保対策の検討について書き込んでいく予定でございます。

簡単ではございますが、以上でございます。

○猪口座長 2部の説明がございました。大川委員のご指摘部分、宮崎委員のご指摘の部分がある程度、書かれるということはわかりましたけれども、これを含めてご発言はございますでしょうか。

角田委員、どうぞ。

○角田委員 東京都医師会の角田です。

専門部会のほうで、いろいろと使わせてもらったデータが、今現在、専門医のプログラムをしている全医療機関にアンケートをとって行って、それで1年目、2年目の人たちが臨床研修医も含めてどこへ出ているかというアンケートをやったのです。そうすると、必ずしも医師がいるところの所在地だけではなくて、3～4割は他府県へ行っているとか、そういうデータがある。

ぜひそういった東京自体、先ほど大川先生が言ったように、潜在指数をしっかりと正確に現状に即したものをらせるように、そういったところについてもぜひ触れていただいて、2部のほうではご意見があるということをお願いしたいと思えます。

○猪口座長 ほかにどうでしょうか。要望でございました。

この国の定めた第1部のほうでいうと、東京はとにかく医師が多いのだと。全体に多い。二次医療圏で見ると少ないところもあるという結論は、多分、23区にいる医者も、それから多摩の多いと言っているようなところにいる医者も、納得できない数字なのだと思うのです。それは多分、この第2部のところに出てきているような、医育機関にいる医者が物すごく多い。一方で、病院に働いている医者が全国と比べて少ない。

東京は、医師の働く偏在があるし、それから特徴を持った若い人たちが結構いる。だから、この実感が2部のほうではぜひ表面に出て、国の言うとおりににはならないんだよというようなことになって、そして、国はこう言っているけれども、我々はこうやっていくんだみたいな確保計画になってほしいなというのは僕の希望なのですけれども、そ

うではないとか、そうだそうだという意見があるようだったら教えてもらいたいし、僕は本当にそういうふうになっていってもらいたいと思うのですけれども、そういう視点とかはどうでしょうか。

女性の医師の問題もそうですよね。何かとにかく国の言っていることに納得いかない。東京はもっともっと人が欲しいんだ、医師が欲しいんだというようなところがかなりあるにもかかわらず、多いからいいじゃないか、シーリングをかけちゃおうという話になるでしょう。これは絶対に抵抗するような計画でいいと思うのです。

どうでしょうか。意見はございませんか。

○角田委員 猪口先生がおっしゃるように、現場感覚と乖離したデータが出ているのです。ですから、ぜひ現場感覚に即したようなものにしてほしいです。

○猪口座長 乖離していくのは何かなというと、今言った若い人たち方とか、女性方とか、それから勤めている場所がどうのこうのということもあるし、東京からアルバイトで外に出しているという、先ほど角田委員の言ったような話というのもぜひ盛り込んでもらいたいと思うし、夜勤の話もそうですよね。日勤だけではなくて、夜勤もそうなんだと。この近隣の県を支えているのは東京の多いと言われている、偏在と言われている医師たちが担っているんだということをぜひデータとしてうまく出せればいいと思うのですけれども。

どうですか。大川委員、手が挙がりましたね。どうぞ。

○大川委員 特定機能病院というものの意味合いというか、本来、医師確保計画とか地域医療構想というのは、地域の医療をどうするかという話であって、特定病院というのは先ほども出ていましたけれども、高度先進医療を担うというのが根本的な役目のうちの一つですよね。もちろん三次救急という問題もあると思うのですが、そうすると、高度先進医療を担うというのは、地域医療とは全く相入れない話なわけで、はなからそこは除外すべきなのだろうというのが私の考えです。

ちょっとそれで、最初のもとの話に戻ってしまうのですが、ちょっと違和感があったのは、外来における高度先進医療って何だろうなと思ったのですけれども、多分そんなものはなくて、外来計画においても、我々が診ている外来の患者さんは、難病であったり、たくさんのがんを持っている人たちしか診ていないので、ちょっと地域医療とは違った視点で見えていますから、はなからその数を入れること自体にすごく違和感があるのです。ですから、医育機関であったり、研究機関であったりする部分をばさっと取り除いて、こういった議論を進めるべきではないかというのが私の意見です。

○猪口座長 宮崎委員、どうぞ。

○宮崎委員 私もまさに先ほど猪口先生がおっしゃったような、シーリング自体がどういう意味でやっているのかなと。シーリングをいじれるかどうかは別として、専攻医のレベルが結構実働の医師だというふうに皆さん勘違いされていらっしゃるのではないかと思います。

やはりまだ協力段階であって、育てるのは東京の特定機能病院とか、そういったところでないとできないことも多いですし、なおかつ、先ほど猪口先生がおっしゃった、そういうことで集めて、それからいろいろな地域に行ってもらおうとか、そういうふうな仕組みでないと、なかなか今の若い人は、最初からどっぷり東京には来るなという姿勢もちょっと難しいのではないかと思うので、ぜひ、この議論を踏まえて、東京に医者が集まるような仕組みをもう少し改善できるような方向に持っていったらいいかなと私は思います。

うちの団体はへき地医療をやっているのですけれども、へき地の病院に医者を確保するためにうちのような病院があって、そこに医者を集めて、へき地で実際やっているわけです。それが正しいかどうかはわかりませんが、それはほかのところでも同じではないかと常々思っているのです、このシーリングは私はちょっといかがなものかなと思っております。

○猪口座長 先生のところのような協会は、全国の協会を全部まとめていて、そして全国の協会全体の中の医師で見るというやり方をすると、本当はわかりやすい。

例えば1つの大学がどれだけ関連病院があって、そしてその医師はそちらのほうを担っているんだよというような見方をするようなことをやれば、多分、東京の偏在はもっと減ってくるような気もするのです。国のほうはなっていないのだけれども、東京はそういう書き方をしてもいいなと思いました。

もう一つは、先ほどの高度医療という、要するに医療のほうの重みづけがないのです。だから、受診している人の数でしかなくて、医療の重みづけが一つもないから、この医療の重みづけをもしることができたら、これは医療費当たりでやるのかなとか考えていたのだけれども、医療の重みづけをやって、そこに医師の数をやっていくということができると、がたっと変わってきそうですね。

我々は、とにかく国のほうの第1部はやらなくてはいけなくて、それに基づいた計画以上のことはなかなかできないけれども、常にそれを踏まえた上で、都はこうやっていくんだというところを出して、常にメッセージを出していくことが大事だと思いますので、ぜひそういう部分をうまく、我々東京都の指標をつくっていけるといいなと思うところがあります。

僕がしゃべり過ぎてはいけないと思っているのですけれども、何か済みません。

ほかにどうでしょうか。

ここの医師の偏在、医師確保の話というのは、国のイメージからすると、たくさんいる区中央部、23区のほうのたくさんいますよという偏在指標のところから、西多摩だとか、低いというところに送れという話になってしまうと思うのだけれども、そのような計画は、基本的には余り考えていない。その辺のところは。

だってそうでしょう。この確保計画というのは、要するに決まったパイの取り合いを日本全国でやりなさいと。効率的なところが徐々にふえていきますよという中だけだけ

れども、一方で、へき地に人を送れとか何とかというのも計画の中に多分入るのだろうと思うのですが、余りそういうところまでは考えていない。都内で何とかしようとか、地域にそれを担わせるとか、そういうことは余り考えていないということでもよろしいですか。

○高橋医療人材課長 今もう既に、例えば支援ドクター制度であるとか、へき地の確保対策事業などにおいて、大学病院などのご協力を得て派遣していたり、もしくは独自で、東京都で採用した支援ドクターがいるとか、それを公立病院に、多摩地域ですとかに派遣しているというのはございまして、もし今後とも偏在が認められるということであれば、ある一定程度、そのような派遣機能の強化は必要なのかなとは思っているところですので、その点においては、そういう機能をきちんと検証して、見直すべきところがあれば見直していくということはやっていきたいと考えているところです。

○猪口座長 ほかによろしいですか。

落合委員、どうぞ。

○落合委員 落合でございます。

私は産婦人科の立場で、周産期医療の東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システム構築の中の小児医療・周産期医療というところでご質問をしたいのですが、○の3つ目の医療施設で働いている医師のうち女性医師の割合が、東京では突出して産科・産婦人科が高くなっているということはお指摘のとおりなのですけれども、最後の段落、このため、子育て中の医師が働きやすい環境の整備が必要と。これはごもっともで、こうしたいとは常々思っているのですけれども、何か踏み込んだご提案とか、その下に、周産期医療を担う医師の確保に向けた今後の取り組みと。この中に1つ制度を書き込めるような、何かそういったご提案はございますでしょうか。

特に周産期、分娩を取り扱う産婦人科の女性医師が、子育てが終わって、復職支援というところで、何か都で独自の取り組みがあれば、少しは特効薬になるのかなというふうにも思っているのです。

○高橋医療人材課長 すぐにそれにこういうことがありますと情報提供できる状況ではないのですけれども、今までにも各種いろいろな支援制度がありということでも、やはり、困っているというか、今後それぞれが多様な働き方を実現していくためには、どのような制度ができるのかということ、今後の働き方の改革につきましては、医師の勤務の時間外労働の規制の話などに絡めまして、全病院に調査をして、いろいろ指導していくような計画もございまして、いろいろな取り組みをそういうところで把握しながら、もし紹介できるようなものがあればというようなこともやっていきたいと考えているところです。

○落合委員 ですから、このように総論的に書かれるのは結構なのだけれども、何か踏み込んだ具体的な提案を書いていただかないと、例えば保育所や何かに優先的に枠をつくらせるとか、子育てが終わって復職をしたいのだけれども、阻害要因がいろいろあるんだと

いうことを問題点として指摘しておかなければいけないのだろうと思います。よろしく
お願いします。

○猪口座長 ありがとうございます。

ほかはいいですか。

○大川委員 先ほどの話に戻ってしまうのですが、ちょっと言い過ぎたかなと思って、一
言。大学病院を完全に排除すると、確かに先ほどの医師派遣機能という面でも、大学病
院のニーズがある程度必要なので、一定程度、先ほど言ったような高度先進医療を担う
部分を減じるような仕組みをつくっていただきたいという意味です。

お願いします。

○猪口座長 ありがとうございます。

角田委員、どうぞ。

○角田委員 第2部のほうの3ページ目になりますが、3の地域包括ケアシステムにおけ
る治し、支える医療の充実というところで、(1)で保健・医療・福祉の一体的、総合
的な取り組みの強化となっております、さっき議論になった公衆衛生医師の話が出て
いたのですけれども、ここに書いてある公衆衛生医師というのは、ほとんど全部の項目
がどちらかという行政職という感じですよ。だから、地域包括ケアを見た場合は、
確かに行政職で全体のマネージが必要だけれども、結局は学校医だったり産業医だつた
り、現場で働く公衆衛生に携わる医師のほうが極めて重要です。これだけだと、し
っかりとその辺のところ、現場での公衆衛生に携わる医師の立場のことをきっちり書
いていただきたい。

○猪口座長 よろしいですか。

○杉下医療安全課長 先生がおっしゃるように、定義づけをちゃんとして、きちんと分け
ていただければと思いました。ありがとうございます。

○猪口座長 どうでしょうか。

迫村委員、どうぞ。

○迫村委員 この救急医療のところなのですけれども、将来予測がどっとふえて、1年で
7倍になっているのは、多くは高齢者あるいは長高齢者の問題が多くて、在宅のほうで
はやはり、要らない救急で呼ばれて、大学病院の救急部のほうに搬送されて、必要のな
い心肺蘇生をされているということが今、盛んに話題になっています。

ですので、救急がどんどん伸びるのももちろんなのですが、救急を伸ばさない
ような方策というか、きちんとした看取りができるような体制をきちんとつくっておく
とか、あるいは大学の救急部と地域の開業医が連携をとって、この人はもうACPがで
きているとか、できていないとかという連携体制をきちんとつくるとか、そういうこと
をすることで、必要のない救急を、このまま伸びていくと多分病院の救急はもたないの
ではないかということが、方策は余り具体的なことは書いていませんので、そういうこ
とも一応書かれたほうがいいのではないかと思います。

○猪口座長 どうもありがとうございます。

ほかにどうでしょうか。

埜委員、どうぞ。

○埜委員 小児科の立場からということで、ちょっとずれてしまうかもしれないのですが、小児救急医療体制の確保一次、二次、三次というのがありまして、これというのは、やはり重要なことだと思うのですけれども、これでシーリングをかけられてしまうと、小児科の総医師数が減ってしまうということですよね。そうすると、今まで私たち開業している人間が送ったとしても、送り先のドクターが減ってしまうということが危惧されると思うのです。

そうすると、救急体制の崩壊というのも行く行く見られるかなというのが危惧されました。結局、頭数だけの問題というのが議論されていると思うので、質的な要素が全然考慮されていないので、そこら辺のところを考えていただくと、実際にはいいかなというふうに考えました。かなり難しい話だと思いますけれども、できれば入れていただくとありがたいと思います。

それから、ほかの先生も皆さんおっしゃっているように、公衆衛生医というのと公衆衛生医療というのがごちゃごちゃになっていると思うのです。実際に開業の小児科ないしは内科の先生方は予防接種もされていますし、行政の公衆衛生医だけが予防接種をしていないので、ここのところは留意していただきたいと思います。

以上でございます。

○猪口座長 救急の件もそうですし、先ほどの特定機能病院、特別な医療、高度推進医療というところで、全部ニーズが数だけになってしまっているというのがよくない。一次と三次救急は全然違うわけだから、そのような医療の重みづけの視点が全く入っていないというのは国の痛いところなのでしょうね。東京の場合には、高度が集中しているところを何だという。

それから、将来の患者が物すごく減らないのだと。2040年も2015年より多いのだということと、このままで行くとどうなるんだというのは、簡単に出るのですか。このままで行くとどうなるんだというのは、シーリングのかかり方だとか、今後の政策によっていろいろ変わるようなところもあるのだと思うのですけれども、今のままで行くと足りなくなるとか、そういうのは見込みとしては今のところはないのですか。今の指標のようにはならないぞみたいな。簡単な計算のようだけれども、それはないのですか。

○高橋医療人材課長 医師割る人口ですので、人口の値がわかれば計算はできるのですけれども、そもそもその値を出して、どういう値であれば不足していると言えるのかというところもあると思いますので。

○猪口座長 今と指標が変わってくるというのは出てくるでしょう。

○高橋医療人材課長 そうです。計算は、やろうと思えば将来人口、例えば2045年の

人口で。

○猪口座長 それの不都合な真実だったらやめるとして。

将来は、先ほど言った2040年までずっと高齢者がふえるんだという書きぶりになったならば、実際に指標はそれをそのまま続けていくところになりますというのがないと、数字としては見えてこないような気がする。雰囲気だけしか漂わなくて。

不都合だったら困るのですけれども。

○高橋医療人材課長 試算してみたいと思います。

○猪口座長 ちょっと見てみたいなと思いました。

まだ10分ぐらいあるのですが、どうやらこの医師確保計画のほうは、前々からやっている部分もあって議論が余り進まないかもしれないのですけれども、外来医療計画も含めて、何かご意見があったら、時間が許す範囲はいいのではないかと思うのですけれども。

宮崎委員、どうぞ。

○宮崎委員 宮崎です。

最初のところの話に戻るのですけれども、まず一つ、データとして東京都の病院の施設数の7割が200床以下と出してあったのですけれども、ベッド数がどれぐらいかということを知りたいなということ。

もう一つ、民間が大体9割だということがございます。200床以下の病院が7割。先ほど回復期の病院の病病連携が大事ではないかというお話をしたのですけれども、そういった病院が経営的になかなか厳しくなるような状況に対しての施策がもし入ったらいいかなと期待しております。

○矢澤医療政策部長 外来医療計画なので、全体ではないので、そこは保健医療計画のほうでとらせていただきます。申しわけございません。

○猪口座長 外来医療計画の中で、最初に戻りますけれども、新規開業の先生方の行動変容で、こちらの医師確保計画のほうで明らかに病院の医師が全国と比べて少ないというところを考えると、外来の計画と医師確保計画がちょっとリンクするところがあると思います。

そうすると、中小病院も50床以下もあれば、100床以下もあれば、東京の病院をいろいろ類型化して、病院ごとの性格で外来の数をどのぐらい見ているのかとか、要するに診療所何個分に相当するのかという類型化みたいなことはできないか。そうすると、地域地域における外来の比重みたいなものも出てくるような気がするのです。

例えば、外来の診療所は少ないけれども、病院が幾つもある。千代田区なんかそういうパターンだろうと思うのだけれども、そうすると、そこの外来は意外と充足しているのだよみたいな話が見えてくるといいのだけれども、そういう数字というのは難しいですか。アドバイザーの先生方もいらっしゃるようだけれども、なかなか難しいですか。

いろいろ数字を出して、最終的には行動変容にもたらず。場合によっては、外来医療

計画においてはいい外来医療をつくり出す。それは、連携がかなり書いてありましたので、入院医療との連携とかそういうこと。入院医療とともに、外来医療を提供することによって、東京都民にいい医療を最終的には提供するという話に結びつけなければいけないから、入院医療をどうやって評価するかというのも大事なような気がするのですけれども、難しいですか。希望ということで。

○矢澤医療政策部長 さっきの話と矛盾しちゃうのですけれども、初診料と再診料を数えて、病院でやれば今のはできますよね。ただ、さっきおっしゃっていたのは、質が違なんだという話がありましたね。そこをどう見ていくかというのは、これから少し検討させていただかないと答えがすぐ出ない。

○猪口座長 質の部分は多分、入院医療じゃないか。

○矢澤医療政策部長 そうなんです。先ほどからいただいているお話は多角的なのですけれども、今回の外来医療計画は、国がやっている医師確保計画はこうというのがあって、そこでは書き切れない東京特性は2部で書く。

ですので、今までいただいた意見をまたちょっと張り合わせてつくっていくというのが、これから私どもの作業なので、次回をお楽しみにという感じでいかがでしょうか。

○猪口座長 野原委員、どうぞ。

○野原委員 せっかくお後がよろしかったのですけれども、済みません。

一つだけ、医師確保計画のほうで、高度医療先進的な医療供給体制の将来にわたる進展の中に、新専門医制度の分析・検証というふうにあるので、これが人材確保のほうではなくて、将来にわたる医療の進展という意味で東京都が担うというふうに考えると、シーリングで東京都としてとれなくても、地方の専攻医を東京で教育するんだということで、地方にとってもらって、そのうちのどのぐらいを東京で研修するかというのは、多分決まりがない。東京でとってしまうと、地方に3分の2出すとかとなりますけれども、言葉を選ぶのは難しいですけれども、地方でそれほど教育する余力がないところに、でも採っていただいて、その分も東京で教育するんだというようなことが可能なのかなと。

○猪口座長 大学医学部の地域枠みたいな話ですね。

○野原委員 地域枠もそうですけれども、専攻医。

○猪口座長 専攻医の地域枠みたいな。

○野原委員 はい。ただ、それは東京で採ると地域枠ですけれども、地方がとって東京に。

○角田委員 地方は教えるキャパシティーがないのです。ですから、その辺は東京でそういうふうやってねと。

○野原委員 担いますよというふうに。

○猪口座長 だから今、東京の大学でいろいろやっているのは、千葉県だとか、栃木県だとかという生徒を、将来は絶対に返しますよという地域枠を採るじゃないですか。専攻医たちも、専門教育は東京でやるけれども、将来は返しますよというような話ですよ。

○野原委員 返しますよというところは、そもそも専攻医はそこに所属するというところまでしか。

○猪口座長 要するに、シーリングの数とか定員数はさわらないで、向こう側に入っていくって、所属は向こう側で、こちら側で教育する。

○野原委員 それは高度医療とか、質の向上という意味。

○猪口座長 多分大川先生たち、専門医機構とかそういうところでいろいろやっている話なので、僕たちがそこまで踏み込めるかはわからないけれども、そういう機能もありますよ、やろうと思えばできますよというのは書き込めるかもしれないけれども、お任せします。

課長、どうぞ。

○田口医療調整担当課長 医療調整担当課長です。

野原先生、医師少数の県に、例えばシーリングでとりあえず医師が移動したと。その少数の県から、本来はもうちょっと言葉を選ばないとなのですが、例えば東京でも、研修できますよと言ったのは、実は客寄せにといいますか、魅力にもなるのかもしれないのですが、少数の県から多数の県に派遣されるというのは許されないと思うのです。

医師を多数県から少数県に移転させるために、シーリングをかけたので、それで少数県に行った医師が、うちのプログラムは東京でも半分研修できますよというプログラムが許されないかと思しますので、少数県に一旦あげておいて、そこから東京で引き受けて、高度な教育をすればいいというのは難しいのかなと思うのです。

○大川委員 多分、理論的には正しいと思うのです。一部の医療資源、医療教育資源のないところから東京に来ていただいて、そこでしっかりとした初期教育をするというのは理論的には正しいのですけれども、感情的には全然なのだと思います。

医道審のレベルでも完全にバツがつけられるので、我々がここで話している分には、そうだよねという感じでありますけれども、専門医機構とか医道審に持っていかれた段階で、何言ってんのかなみたいな話になっちゃうと思います。

○猪口座長 お時間になりましたので、きょうで終わりではありませんから、しかも矢澤部長が次回をお楽しみにとっていただきましたので、それを期待して、きょうの話合いはこれで終わりにしたいと思います。

この後、事務局にお任せすればよろしいですか。

○千葉計画推進担当課長 それでは、事務局より事務連絡を申し上げます。

本日は長時間にわたりご議論いただきましてありがとうございます。ただ、長時間といいますが、我々事務局が用意した資料はたくさんございましたし、議論の幅も広いので、まだまだご議論が足りない部分、それから意見を言い足りなかった部分がたくさんあるかと思えます。

冒頭でもお話しさせていただきましたが、こちら第1回東京都外来医療計画・医師確保計画策定プロジェクトチームご意見といった紙を用意させていただいております。も

ちろん言い足りなかったところもあると思いますし、日にちがたってまた思いつくこともあるかと思いますが、ぜひこちらをご記入いただき、ご意見をいただければと思っています。よろしくお願いいたします。

事務連絡を4点申し上げます。

まず1点目、本日の資料ですが、机上に残していただければ、事務局から後ほどご指定の場所に郵送させていただきますので、郵送をご希望の方は、封筒の右上あたりに郵送などを書いておいていただければ、事務局より郵送させていただきます。よろしくお願いいたします。地域医療構想の冊子は次回も使いますので、置いておいていただければと思います。よろしくお願いいたします。

2点目、本日お車でいらっしゃった委員につきましては、駐車券をご用意させていただきますので、後ほど事務局までお申し出をお願いいたします。

3点目は、先ほど申し上げました追加のご意見のところでございます。ぜひお寄せいただければと思います。できましたら10月9日水曜日ぐらいをめぐりにいただければと思います。こちらの紙を使わなくても、メールとかで事務局に送っていただいても結構でございますし、紙が足りなければ、4枚でも5枚でもつくっていただいて、書いていただければと思います。よろしくお願いいたします。

最後、4点目、次回のPTの予定でございますが、今年10月24日木曜日の16時から、西新宿にございますNSビルの3階の3H会議室で開催する予定となっておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

事務局からは以上です。

○猪口座長 よろしいでしょうか。

以上をもちまして、きょうのプロジェクトチーム会議は終わりにします。

どうもありがとうございました。お気をつけて。

(午後 8時04分 閉会)