

平成30年度 第2回
東京都地域医療対策協議会
会議録

平成31年3月27日
東京都福祉保健局

(午後 6時01分 開会)

○橋本医療人材課長

まだお越しになっていない先生がいらっしゃいますが、時間になりましたので、ただいまから平成30年度の第2回東京都地域医療対策協議会を開会させていただきます。

本日はお忙しい中ご出席を賜りまして誠にありがとうございます。私はこの協議会の事務局を務めさせていただきます福祉保健局医療政策部医療人材課長の橋本でございます。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきます。よろしく願いいたします。

初めに、資料の確認をさせていただきます。

平成30年度第2回協議会の次第、それから委員名簿、座席表、このほか資料が1から7、それから参考資料が1と2をご用意しております。不足等ございましたらお声かけいただきたいと思っております。

本日、委員の皆様の出席状況でございますが、楠田委員、河原委員、蓑田委員、塙委員、落合委員、渡部委員、篠宮委員につきましては、所用により欠席というご連絡をいただいております。そのほか数名の先生方がまだいらっしゃっていませんが、順次お越しになると伺っております。

続きまして、議事録の公開についてのご意見をいただきたいと思っております。

設置要綱第9の規定によりまして原則公開となっておりますが、委員の発議により、出席委員の過半数により議決したときは公開しないことができると規定をされております。本日につきましては、原則どおり公開という形で進めさせていただきたいと思っております。よろしいでしょうか。

(異議なし)

○橋本医療人材課長

ありがとうございます。

それでは、議事に入りたいと思っております。この後の進行につきましては、古賀会長にお願いをいたします。

○古賀会長

委員の皆様、こんばんは。

年度末で、本当に、ちょっと欠席者が多いのが残念ですが、出席された委員の方々からは活発なご意見をいただきたいと思っております。

それでは、これから平成30年度第2回の東京都地域医療対策協議会を開会させていただきます。

本日の協議会ですが、前回12月に医療法の改正等に伴って当協議会のあり方をどうするか、今後の方向性をどうするか、事務局からいろいろ資料を説明いただいた上でご意見をいただきました。そこで、再編の方向性が一応出たということの報告、そういったことを含めて議事が3件ございます。それから報告事項3件を予定しております。1

時間少々の委員会にしたいと思っておりますので、ご協力よろしくお願ひしたいと思っております。

それでは、本日の議事の1番目、医師臨床研修制度募集定員の設定方法について、例年実施している議事でございますが、事務局から資料の説明をお願いいたします。

○田口医療調整担当課長

医療調整担当課長、田口がご説明させていただきます。

A4の資料2の2分の1というものをご覧ください。

ご存じのとおり、平成27年度の臨床研修医の募集から、各都道府県の募集定員の上限、それから病院別の仮定員数と、その差である都道府県の調整枠というものが国から示されるようになりました。資料2の1のところにあります。募集定員は研修希望者、卒業生数が毎年異なりますので、その毎年の数に合わせた研修希望者の1.1倍まで募集定員を段階的に縮小すると。1.16倍から1.1倍まで下げてくるという方針の中で、平成32年度につきましては、その縮小の最終年ということで、昨年度1.12倍だったところを1.10倍までなるように設定されています。それで東京都の平成32年度の募集定員についてですが、2のところにあります。1,473名ということで、昨年度からしますと64名のマイナスということになっております。

また、病院別の仮定員数ですが、この仮定員というものは、国が過去3年間の受け入れ実績をもとにして、さらにその病院から医師をほかの病院に派遣しているという、その派遣の実績なども加味されて国のほうが設定するという仮定員というものがあつますが、それを都において、実は最新の数字ではないところで、最新の数字は年度が明けてから国のほうから示されますので、今のところ推計という値なんですけれども、推計で1,307名ということになります。

よつて、都の調整枠というものは、この都の上限の1,473名から仮定員というものの1,307名を引いた、残つた166名ということになります。この166名について、東京都でルールを決めて各病院へ定員を配分するということになります。

具体的な配分方法ですけれども、その次のA3の資料、資料2の2分の2というものを見ていただければと思つます。

複雑な計算方法で大変申し訳ないのですが、配分に当たつては、昨年度までと同様に少しでも病院の希望数に近づけるとともに、定員割れして捨てる、無駄にしてしまう定員数を少しでも減らすことができるようにするという観点から、過去の内定者の実績に基づく配分Ⅰ、その残りの数を、まだ希望に達していない病院に対してマッチング率の高い病院、実績の高い病院に順に配分するという配分Ⅱという方法で配分をして、最後の一人まで定員を配分し終わるという方法で昨年度まで行つております。今年度も同じような方法でやつていきたいと思つております。

具体的な例としては、資料の下の方の例という表があります。A病院、B病院、C病院、D病院と出ている表があります。そのC病院の欄をご覧ください。まず、これは一

例ということなんですけれども、こういう計算をしますということですが、平成32年度について、このC病院が8名の研修医を希望したとします。それに対して、このC病院の実績は、過去3年間の内定者の平均というものが7名だったとします。それに対して、国が仮定員数というものが6名というふうに出してきました。その場合に、この配分Ⅰというもので、まず内定者数の過去3年間の平均値まで配分するというので、配分Ⅰの欄が1になっています。それで仮定員6、もともと国から与えられた仮定員6に配分Ⅰで1名上げて、合計で仮定員数A、Bの欄がそうなりますが、7というふうになります。まだ病院の希望は8名ですので1名足りません。

次に、配分Ⅱという方法で、配分Ⅱは、この配分Ⅰを各病院に全部配分し終わった後の残りの数が、166からの残りの数が配分Ⅱに回るわけなんですけれども、その配分Ⅱが、上に細かい欄がありますけれども、試算上は10名、10名が配分Ⅱに残るという試算をしております。それをマッチ率の高い病院から順に配分するというルールが配分Ⅱというふうにしてありますので、マッチ率、この病院、A、B、C、D病院で見てくださいと、100%というものが一番高い病院ということになりますので、100%の病院に1名差し上げて、C病院は結局、病院の希望の8名に達したという形になります。こういうような配分方法をとっております。

ちなみに、上のA病院とかB病院については、同じマッチ率100%でも配分Ⅱのほうがありません。これはなぜかということ、配分Ⅰをした時点で病院の希望定員数に達したからということによって、希望定員以上に定員を振るといったことはありませんので、同じ100%でありますけれども配分Ⅱはないという形になります。こういうような計算法で、この5年間、行ってまいりました。

このルールを導入する前の平成26年度の定員数とマッチ数の差は158名。割合としては、定員数に対するマッチ数の割合は89%でした。これは資料にはない数字ですけれども、昨年度までこの配分方法で配分を行った結果、平成31年度の定員数とマッチ数との差は111名、ルール導入前は158名であったということなんですけれども、111名。定員に対するマッチ数の割合は92.8%ということで、マッチ数の割合は高くなっている。ですけれども、昨年の会議でお話ししましたが、昨年度につきましては、平成30年度については94.6%であったということで、今度は92.8%ということで、割合は2%弱低下したことになります。

この要因を、いろいろ分析を事務局のほうでいたしましたところ、定員数の非常に多い病院、研修病院の中で一部の病院でマッチ数が大きく下がってしまったと、ある単年度です。マッチ数がすごく下がってしまったという病院があって、それで、その部分が二桁の数で突然減ってしまったという病院が何病院かあったというところで、そこでかなり実は逃してしまっているということでした。

それからあと、20名以上の定員を持つる研修病院は必ずつけなければいけない4名定員の小児・産科プログラム加算というものがああります。これは20名以上の定員を

持っていれば、そのほかにプラス4名、さらに小児・産科に特化した臨床研修医のプログラムを持たなければいけないというふうに決まっています。こちらの募集がかなり応募が少ないことが多くて、毎年かなりの空きを出してしまっています。

これについて、例えば昨年ですと、小児・産科プログラム加算で募集定員が合計21病院についてまして、21病院に84定員あります。ところが内定者、マッチした人は55名です。ということで割合としては65.5%ということで、一般の研修医よりもかなりマッチ率が低いというものがあまして、これが、どうしても毎年捨てているということなんです。これは20名以上だと必ずつけなければいけないということで、やめることができないという定員で、なかなかこれ以上、99%、100%みたいな数字に上げていくというのは、難しいのかなというふうにこちらのほうで分析をさせていただきました。ということで、この配分方法がちょっと悪いので、そのパーセンテージが下がってしまったとか、これ以上上がらないということではなさそうだというふうに事務局のほうで分析しております。

よって、この3年間の実績を見る配分Ⅰ、それからマッチ率を見る配分Ⅱということで、実績の高い病院に順に配分するという方針でこれまでやってきましたこの方法で、平成32年度につきましても同様に配分したいと思っております。

なお、国のほうで、全国的な医師偏在対策のために、さらに今後、平成37年度までかけて研修希望者の1.05倍、今、1.16倍から1.1倍まで減らしてきたんですけども、1.05倍まで、つまりまた5%減らすと、5年間かけて5%、さらに東京の研修医を減らすという、圧縮するというような方針となっています。

都では、およそ1,400から1,500名ぐらいの枠があるわけですので、単純計算で七、八十名、今までよりも東京都全体で研修医の数が減ることになるというような方針になっています。

今以上に定員の上限を、さらに1.05倍まで圧縮をされた場合には、平成32年度まではこの方法で何とかかなりそうですので、この方法でやらせていただきたいというふうに考えているんですけども、平成33年度以降については、この配分方法では配分がうまくいかないということが、つまり今まで実績まで配分できていたんですけど、実績以下の数しか配分できないという総数にしか与えられないということが予想されます。

平成33年度以降の配分方法につきましては、事務局のほうでまた案を検討いたしまして、来年度の協議会でこの方法について諮らせていただきたいと思っております。

以上になります。よろしくご審議をお願いいたします。

○古賀会長

ありがとうございました。

なかなか決め方は難しいですが、ここ数年、事務局がいろいろ工夫されて、配分Ⅰ、配分Ⅱ、これをもってほぼ病院の希望どおりの数がいけるのではないかなというようなことと、少しでも無駄をなくそうというところで努力していただいたということです。

来年も同じ、この表に出ている昨年度までと同様の形で決められるのではないかということですが、またこの先どうなるかということになっております。

この表の見方、今の説明について、ご質問なりご意見ございますでしょうか。あるいは、何かこういったところも考慮して決めるべきではないかというようなご意見もあれば、今後の参考にもなると思いますし。とりあえずは今のところは順調にいつているということでございます。いかがでしょうか。

特別にご意見がないようでもございましたら、この決め方で来年度は計画するということが了承いただいたということでもよろしいでしょうか。平成32年度からは、また改めて方法を考えないといけないときにはまたいろいろご意見いただかなくはないと思いますが、来年度については、昨年度同様、この今示された調整法で定数を定めるということで、ご了解いただいたということでもよろしいですね。

(異議なし)

○古賀会長

では、事務局、この内容で承認されたということでございます。

それでは、続きまして議事の2番目でございます。東京都地域医療支援ドクター事業についてですが、この事業もドクターの派遣になります。医師派遣というところで、医療法の施行規則に基づきまして本協議会で協議を経て決定しなければならないということになっておりますので、ご了解いただきたいと思います。

事務局のほうで、では説明をよろしくお願いいたします。

○田口医療調整担当課長

それでは、資料3をご覧ください。

資料の左側に事業の概要を示してあります。本事業の概要については、地域の医療体制を確保するために地域医療の支援に意欲を持つ医師経験5年以上の医師を都の職員として採用し、多摩・島しょの医師不足が深刻な地域の公立病院に一定期間派遣するという事業です。

募集診療科としては、小児、周産期、救急、へき地の医療分野としております。

救急というものが、救急科でももちろんいいんですが、いわゆる救急救命センターというところ以外にも、いわゆる多摩地域の公立病院であるとか、救急部門が独立していない中で、内科、外科の先生が当直をしながら救急車の受け入れも行っているという病院も多いかと思えます。ということで、この支援ドクター事業につきましては、救急のほうは救急診療とさせていただいて、救急の診療をしていただければ、救命救急の先生でなくても、内科、外科の先生でも応募はできるという形としております。

この地域医療支援ドクターに採用されますと、資料左側の一番下にありますけれども、勤務のイメージというものがああります。採用後1年間は、まず支援勤務として、いわゆる派遣になりますけれども、多摩・島しょの公立医療機関に行っていただく。それで、1年行っていただきますと、その後最長2年間、主に都立病院での研修が受けられる。

2年たちますと、またこの支援勤務、派遣に行ってくださいまして、また研修に戻れると。これは勤務イメージとしていますが、一例でありまして、支援勤務を例えば2年連続行って、その後4年研修というパターンもありますし、研修はそんなに要らないのもっと支援に行きますという形でも構わないということになっております。

給与体系は都の常勤医師に準じますが、派遣期間中は通常の給与に加えて採用6年目まで、支援勤務1日につき1万円の派遣手当も支給されるというふうになっております。

以上が事業概要です。

今年度の実績と来年度の派遣計画についてですけれども、資料の右側をご覧ください。

平成30年度の派遣状況ですけれども、町田市民病院以下、合計、昨年度の会議で承認いただきまして、6名の派遣を行っております。

平成31年度、来年度の医師派遣の希望の状況ですけれども、合計9の医療機関から19名の地域医療支援ドクターの派遣の要望をいただいております。

これに対しまして、平成30年度と書いていますが、平成31年度の4月採用ということなんですけれども、地域医療支援ドクターの応募の状況ですけれども、応募が3名ありまして、選考の結果、3名とも内定ということになっております。3名中2名が、都立病院のシニアレジデントを修了される方、1名が自治医科大学の義務年限9年間で修了されるという方になっております。

この3名を加えまして、平成31年度の地域医療支援ドクターは合計11名在籍ということになります。この11名について、7名を支援勤務、派遣にしたいということで、この派遣計画に書かせていただいております。

公立病院などからの派遣要望と支援ドクターの専門性、それから研修計画などを考慮した結果としております。町田市民病院小児科に1名、整形外科に1名、以下記載のとおりですけれども、一番下に檜原診療所とあります。これは檜原村にありますへき地の診療所なんですけれども、ここはちょっとイレギュラーになります。週2日となっておりますが、これは、檜原診療所につきましては常勤医がもともと2名体制です。2名体制なんですけれども、来年度については常勤医1名と非常勤医での体制となって、2人目が毎日埋まらないというような体制になってしまうということで、日単位の派遣の要望をいただいております。本来、この事業は常勤医として自治法派遣をするというものが本来の事業なんですけれども、事務局としましては、檜原の診療は、実は、この村の中に医療機関は1個しかないという、そういう診療所になりまして、特例的に医師を確保する必要があるだろうということで、非常勤として週2日程度の派遣をすることとしたいと考えております。

派遣対象でない4名につきましては、本人の希望に応じて都立病院で研修の予定になっております。

このような派遣計画にしたいと考えておりますが、よろしくご審議をお願いいたします。

○古賀会長

ありがとうございました。

10年ほど経過しまして、だんだん知名度も上がってきて、派遣数が少しずつふえてきていますけれども、まだまだ要望19名中7名と、半分に満たないような状況です。医師少数地域、都道府県の中では、都道府県の中で医師多数地域からドクターを送れというような方向性が出ている中、こういった事業で多摩地区の医師の少数地域に医師を派遣していくというようなことを、東京都ではもう以前からやっているというところがございます。

今説明のあった地域医療支援ドクター事業の中身について、何かご意見なりご質問ございますでしょうか。

どうぞ、お願いします。

○西川委員

医師の派遣希望と、それから実際の応募状況などなんですが、これは診療科のミスマッチなんかは結構あるんでしょうか。

○古賀会長

事務局、どうでしょう。

○田口医療調整担当課長

ありがとうございます。

実は確かにミスマッチがありまして、19名ということなんですけれども、派遣要望が。その内訳が、小児科が3名、それから救急科が3名、産婦人科が4名、それから総合診療として3名、その他、内科系、外科系ということで、ちょっと個別の診療科だったりもしていて、細かい診療科で、呼吸器内科とか、こういうものはなかなかやっぱりミスマッチしてしまうんですけれども、それが6名ということになっています。

実は、産婦人科の要望は毎年いただいているんですが、この事業が始まって産婦人科医は応募がなくて、今まで派遣できていないという、そのあたりが、やっぱりミスマッチのところがあります。

それから、救急とかも結構多いんですけれども、ちょうど救急の先生が去年は2名応募されたので、昨年、平成30年度の状況で2名派遣することができたんですけれども、今年度については応募がなかったということで、やはり派遣ができません。その先生方は、1年で研修のほうに今年度は回るということなので、また派遣するときは来るんですけれども、一旦研修のほうに回るということで、今年度については、実はご要望は、やっぱり救急科はあったんですけれども、お応えできないというような、そういうミスマッチはございます。

○古賀会長

ありがとうございます。

へき地医療も、島しょのほうの希望者はほとんどいないというような状況で、へき地、

特に島しょ医療なんかも厳しいような状況になっていると聞いております。3年間のうちの2年間、6年間で計4年間、専門研修ができるというようなところが売りになっているわけですが、なかなか応募者が増えてはこないという状況になっております。

ほか、ご意見、ご質問等ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、特にご意見ないということで、この派遣計画を承認いただいたということでよろしいでしょうか。

(異議なし)

○古賀会長

それでは、支援ドクターにつきましては了解いただきましたので、4月1日から派遣開始をよろしくお願ひしたいと思います。

それでは、議事の3番目にまいります。

東京都地域医療対策協議会の再編についてということで、前回いろいろご意見いただいたことを受けまして、協議会の再編について、案といたしますか、提案といたしますか、こうしたらどうだということがほぼまとまりましたので、事務局のほうからご報告をお願いいたします。

○橋本医療人材課長

では、資料4を使って説明させていただきます。

資料4の前に、参考資料が1と2と最後のほうにお付けしているんですが、この参考資料でまず全体の概要説明をさせていただいて、資料4に入っていきたいと思っています。

まず参考資料1-1ですが、この1-1と1-2は、前回12月の会議のときにご説明させていただいた内容でございますが、概要をお話しますと、資料1-1は、国の動向、医療人材を取り巻く国の制度の動きと、それから東京都の実際の現状と取り組みを説明した資料でして、この左側の国の動向は、3つ枠がありますけれども、医師確保、それから働き方改革・勤務環境改善、それから一番下、看護職員ということで、私どもで取り扱っております医療人材にかかわる制度のいろんな動きが出ているというご説明でございました。

次の資料1-2が、こういったことを受けて、それぞれ共通する課題があるのではないかと。この医師、それから看護師、あるいは医療従事者の対策を総合的に議論していく必要があるのではないかとということでご説明させていただいたところでございます。

今回、その後の動きも含めまして、参考資料の2をご用意しましたので、参考資料2を少し説明させていただきたいと思っています。

1ページをお開きいただきまして、まず大きな論点としまして、医療法・医師法の改正です。この改正の趣旨のところですが、地域間の医師偏在の解消を通じて地域における医療提供対策を確保するというところで、これは前回もご説明をさせていただいていますが、この協議会に関連する内容としては、主に改正の概要の2のところ、都道

府県における医師確保対策の実施体制の強化ということと、3にあります医師養成課程を通じた医師確保対策の充実ということで、このあたりが都道府県へのこれからの役割として担っていくことになるということでございます。

おめぐりいただきまして、2ページ目に医師確保計画を通じた医師偏在対策についてという資料がございます。

上のほうの背景からですけれども、これまで10万人対医師数というものが医師の偏在の状況を示してきていたんですが、より客観的な指標を出すべきだということで、この医師偏在指標というものが今回出てきています。記載の、医師偏在指標で考慮すべき5要素と、こういうものを加味した上で、各都道府県、それから二次医療圏ごとに医師多数区域・少数区域を設定するというので、現在言われておりますのは、この多数区域・少数区域を3分の1ずつに区切って、上位3分の1を医師多数区域と、下位3分の1を医師少数区域というふうに設定をして、この医師少数区域の都道府県、それから二次医療圏に対して対策を求めていくということになっております。

この資料の真ん中より下のところですが、これを策定、書き込むものが、この医師確保計画というものになるんですが、具体的には、医師確保の方針、確保すべき医師数の目標、それから、その目標を達成するための施策ということで、これを医療計画の中に記載をしていくということで、左下に3年ごとにというところがありますけれども、標準的には3年に1回の見直しということですが、初年度は医療計画との整合性を図るために4年、今回つくるものは4年ということになりますが、その後は3年ごとに見直すということでございます。

先ほど申し上げたその医師の偏在指標ですが、この暫定的なものが先般示されまして、東京都は、これは全国との比較ということになるんですが、都道府県としては医師の多数、三次医療圏のほうに入りますと。それから二次医療圏ベースで見ますと、13二次医療圏がありますが、そのうち7つが多数区域と。島しょの圏域だけが医師少数区域というふうに暫定的には示されているところがございます。

それから、3ページをおめぐりいただきまして、この医師確保計画の策定のスケジュールということなんですが、この平成30年度内ということに3つありますけれども、実はこの取りまとめがまだされていないということと、それから取りまとまった後に都道府県にガイドラインが示されるということになってはいますが、これもまだ来ていないというような状況ではあります。

ただ、この平成31年度に入りますと、4月から6月、このところで都道府県で患者が出入りがありますので、その流出入の調整をした上で、最終的に指標が確定をしていくということになります。

それから下から2段目のところまでいっていただきまして、平成31年度内に、このまさに地域医療対策協議会の中で情報を共有した上で、医療審議会での意見聴取を経て計画として策定をしていくという形になってはいます。実際のその計画に基づく対策その

ものは、そのまた翌年度ということになりますので、平成でいいますと32年度からということになります。

次に、4ページをお開きいただきまして、この今の医師確保計画を初めとする医師確保対策の実施体制として、地域医療対策協議会と地域医療支援センターの関係性というような資料になっていますが、これまで、国いわく、地域医療対策協議会は医療従事者の確保のための協議の場として医療法に定められているわけですが、この地域医療支援事務、具体的な確保対策の実施拠点となる地域医療支援センターとの関係が不明確だということで、この右側にあるような形で両者の関係性を見直すということになっています。具体的には、地域医療対策協議会のところですが、例えば構成員を明確にするですとか要件を追加する。あるいは、役割のところですが、協議事項を具体的に明示すると。それから、協議の方法もこれは透明化をしていくといったような改正内容になっています。

その下の矢印のところですが、こういった制度を変えて、具体的にいろんな議論をしていただいて、この地域医療対策協議会で協議の内容が整ったものについて地域医療支援センターでの具体的な実施をします。この地域医療支援センターというものは、私も医療政策部の中にある、職員が数名ついている機関ということになるんですが、こういった手続にきちんと明確にするというような話になっています。

これが医師確保の関係でございまして、次が、先ほど2つ目にご説明した働き方改革ですとか、あるいは勤務環境改善のところの動きについて、ちょっとご説明したいと思います。

資料なんですけど、これがいわゆる働き方改革関連法の概要ですが、申し上げたいのは、このⅡの1のところ、労働時間に関する制度の見直しということで、労働基準法が改正されまして、一般労働者につきましては月45時間、年360時間、これが原則になると。これが法定化されるということになるんですが、医師については、米印のところ、自動車運転業務、建設事業、それから医師等については、猶予期間を設けた上で規制を適用の例外があるということで、これが5年、医師は具体的にいいですと適用がされないと。その間に具体的な医師の労働時間のあり方について検討しなさいということになっていまして、これが医師の働き方改革検討会というものがあって、まさにこれも取りまとめに向けて、今、国のほうで議論していますが、そんな状況にあります。

6ページ、めくっていただいたものが、具体的に、この今申し上げた医師の働き方改革検討会の中で最終的に取りまとまろうとしている具体的な医師の労働時間の規制についてでございます。

この医師の時間外労働規制は、Aというふうにありますけれども、適用自体は2024年以降になるんですが、診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準というものがあありますが、これが年960時間ということになっています。これが医師としての

標準的な水準ということになっていまして、さらにB、地域医療確保暫定特例水準、これが年1,860時間とされていまして、これは地域医療提供体制の確保の観点からやむを得ない場合です。やむを得ず超過勤務が多く発生する場合にのみ、都道府県知事が医療機関を特定するとされている水準ということですので。それから、その右にもう一個、Cというものがあまして、これも1,860なんですけど、これは研修医とか養成課程にある医師の集中的技能向上水準という言い方をされています。この水準を適用するに当たっては、下にありますが、追加的健康確保措置、これを図らなければならないと、これも法律で決まっていまして、具体的には、例えばAの下を見ていただくと、連続勤務時間制限28時間、28時間以上連続で勤務してはいけないとか、勤務間インターバル、ですから仕事の終わりから始まりまでが9時間以上確保されていなければならないと。こういったことが努力義務として課されていくということです。

一方、BとCの下を見ていただくと、ちょっと網かけが濃くなっていますが、ここは同じ内容なんですけど、これは義務ということで、それだけ多くの労働時間を働いていただく以上は、こういった健康確保措置は義務としてやらなければならないというふうに決まるわけでございます。

それで、この資料の右のほうを見ていただきますと、将来のところはBがなくなっています。これはあくまでも、将来的には、960時間までおさめていって、最終的には、この暫定特例水準Bはなくすという考え方になっています。それからCも、これも限りなく年960時間のところまで近づけていくということで、今、いろいろ報道なんかで議論されていますけれども、年960時間というものが実は月換算で80時間ということで、これは一般的な過労死ラインに相当していますので、この水準を超えた1,860というような時間を本当に設定するのがいいのかどうかというようなことが今でも議論が続いているという状況でございます。

ちょっとややこしい資料が続いて恐縮ですが、7ページが、今申し上げた具体的な時間をおさえていくまでのプロセスを厚労省のほうで図にしているものですが、真ん中に三角があります。病院勤務医の1割というふうには書いてあるところですが、ここがいわゆる1,860時間と、その5年後に適用される法律の上限、B水準すら上回っている医師が1割いるということ。それから、その下が960時間とやむを得ない場合の例外水準としての1,860時間、この間にいる医師が3割いることを示しています。特にこの病院勤務医の1割のところは、やはりこれが一人でもいるとカウントされているという考え方になるんですけど、病院の約3割で大学病院の約9割ですが、これは一人でもその医師がいる場合にはカウントをしてみますと、相当数の病院が1,860時間以上の労働をしている医師が存在しているということになっていきます。まずは1,860時間の中におさめるということと、さらに960から1,860の中にある3割についても960の中におさめるように取り組みをしていかなければならないということで、今こういう形で整理がされているということです。

8 ページが、では、具体的に、その5年間で各医療機関がどういう取り組みをしていけばいいのかということ、これも概略で示しているものでして、左側にステップ1、2、3とあって、ステップ1が2019年というふうになっているんですが、まずこのステップ1で時間外労働時間の実態を的確にまず把握する必要があるだろうと。これは実はそもそもの時間外の労働時間の個々の医師の実態というものがわかっていない状況にありますので、まずこの実態を適切に把握するという事。それから、続けてステップ2、その把握した後に、各医療機関で適用される上限がどの程度になるのかということを検討していくということと、その上でステップ3です。具体的な短縮幅をどうしていくか、あるいは、短縮計画をどうつくっていくかというようなことを各医療機関で取り組んでいただくということになります。

この一番下、2024年度、その後ということで、3本矢印があって、左の2つは、これはA水準ということになっていますが、この一番右のところは、これは長時間労働の医師をB水準以内にして、さらに960時間まで、努力を一生懸命したんですが、そこまで短縮できなかったというふうになりますと、都道府県知事が先ほど申し上げた地域医療確保暫定特例水準1、860時間を適用していくということになります。この都道府県知事が適用するに当たっては、端的に言えば、できることを精いっぱいやって、それでも960時間まで至らないということであればやむを得ず特定をするというふうに運用される予定になっています。

次は9ページでして、これが、この取り組みを始める前にも今の段階でできることをすべきじゃないかと、この検討会の中での議論があって、既にこれは昨年、全国の医療機関に発出されている資料というか、やってくださいという取り組みの中身になっているんですが、緊急的な取り組みということで示されたものでございます。

いろいろな取り組みがあるんですが、国が行った調査では、例えば1番のところ、医師の労働時間管理の適正化に向けた取組とあって、まずは医師の在院時間について客観的な把握を行うと。ここからスタートすると。それから、タイムカードですとかそういった出退勤の記録をきちんと確認するようなことを始めるというようなことを書かれています。

それから2つ目で、36協定の自己点検ということで、36協定というものは時間外勤務をしていいですよという協定を労使で結ぶもので、基本的にこれがなければ1分たりとも時間外労働はしてはいけないわけですけども、その36協定が結ばれているかどうかと、こういったことの確認を国がしたところ、取組が不十分なところがまだ大分あるというような指摘があって、今後これは勤務環境改善支援センターというものを都道府県が持っていて、我々のところにもあるんですが、この支援センターが具体的な個別確認、それからやっていないところに対する必要な支援を行うというようなことが定められつつあるというようなことで、これも都道府県のやるべき業務として今後求められてくるであろうというふうに思われます。

それから、10ページが、時間外労働規制の施行について、これは全体のスケジュールなんですが、見ていただきたいところは、左の事項が3つ並んでいまして、地域医療計画・地域医療構想、それから医師養成、これは先ほどの医師確保計画、医師確保対策で、それから今申し上げた時間外労働の上限規制と、これ全て2035年末というところにタイムスケジュールを合わせていまして、今後この十数年の間に全てのこの取り組みについて、2035年を終期として達成に向けて努力をしていくということを提示されているところでございます。

最後になりますが、11ページ、看護職員ですけれども、看護についても、これは需給推計というものが、今、国から都道府県が算定するものとして示されておりまして、今後、この需給推計に基づいて看護の需要に対してどれだけ供給が必要かということ、これは具体的には7月ぐらいまでに提示をするということになっています。

そのスケジュールが12ページに書かれているとおりでございます。

それから最後、13ページになりますと、看護基礎教育検討会ということで、これはまた別の検討会なんですけれども、看護の就業の場所というものが非常に多岐にわたってきていると。それは患者さんの多様性とか複雑性が拡大してきていることに伴ってということなんです、そういったものを考えますと、看護を創造する能力をさらに高めていく必要があるだろうということで、これは2022年の適用に向けて、今、看護のカリキュラムの改定の議論をしています。これもどうなってくるかということは、これからの注目すべき点になってくるということでございます。

申しわけありません、ちょっと長くなりましたが、これで資料4-1のところに戻っていただきまして、こういった背景の中で来年度からさまざま制度が変わっていく中に対応していかなくちゃいけないということになりまして、ついではこの資料4なんです、一番左が医療人材の確保に係る協議体、今、我々がやっている会議体の内容です。一番上、医師確保対策と、真ん中が看護人材、一番下が勤務環境改善と。実際には、これはそれぞれの事業をそれぞれの領域の中で議論をしているということでございまして、これに対して、この真ん中のところ、今申し上げた国の動向がいろいろ変わってきていると。

それから、前回ちょっとご提案させていただいたところなんですけれども、各論点にいろんなご意見をいただきまして、分野間連携のところにもありますけれども、相互に関連する課題を総合的・横断的に検討する必要があるだろうというような意見もございました。

今申し上げた中でいいますと、例えば医師の時間外労働の短縮がなされなければ、医師確保計画で必要な確保対策というものは決まてこない。あるいは1,860時間の特例水準とありましたけれども、この特例水準適用の条件の中には、医師から看護師へのタスク・シフティングが十分に進んでいなければならないというような条件があったりですとか、これはそれぞれの対策が非常に相関関係を持って、今後、我々の中に課

題として求められてくるということでございます。

そういったことを踏まえまして、一番右になります。再編案としまして、これまで各協議会で個別に検討していた医師・看護師の確保対策、それから勤務環境改善の支援策について、総合的に検討する場としてこの地域医療対策協議会を再構築していきたいと。さらに、この協議会の中だけでは当然大変な議論になってしまいますので、今申し上げた3つの会議体を改編する形で、部会という形でこの地域医療対策協議会の下に配置をしたいというふうに考えています。この部会の会長は、この地域医療対策協議会のメンバーに入っていて、各部会での議論の報告あるいは提案などをここの協議会の場でしていただくと、こういうことを考えております。

それから、委員の任期が下のほうにあります。これはそれぞれ今ばらばらですけれども、2019年から任期を合わせていくということで、2年間というふうに考えています。

12月に提案させていただいた後に、各3つの会議体がありまして、地域医療支援センター運営委員会、それから看護人材確保対策会議、それから勤務環境改善支援センター運営協議会、この3つの会議の中でも同じようにご提案をさせていただいて、方向性についてはご了承いただいているところでございます。それが、資料4-2から4-4にございますので、後ほどご覧いただければと思います。

それぞれの課題を協議している国の検討会が、長いご説明で恐縮でしたが、申し上げたとおり議論がまだ続いている最中でございますが、議論がまとまった後に、当然、都道府県の役割としていろいろなものが示されてきますので、こういった内容をまた踏まえながら、あるいは古賀会長とも相談をしながら、今後、都道府県において協議すべき内容の整理、あるいはこの協議会の中でどういう議論をしていくかということですか、あるいは協議会と部会のスケジュールなんかもこれから決めていかねばなりませんので、こういったことを今後設定していきたいというふうに思っております。

方向性についてご了承いただければ幸いです。よろしく申し上げます。

以上です。

○古賀会長

ありがとうございました。

大変に複雑な課題ですが、わかりやすい表にまとめていただいたり、ご説明もわかりやすかったかなと。それでも頭の中が混乱するような内容ではございますけれども。いずれにしても、医師、看護職、そういった医療人材をいかに確保していくか。そのために働き方改革との関連をどうやっていくか。そして勤務環境をどうやっていくか、その辺をまとめて総合的に議論する場を設けないといけないと。

国のほうでは、各都道府県の地域医療対策協議会に一まとめにして協議しろというような方向性が出ていたのですけれども、東京は余りにも大きいし範囲が広いというようなところで、こういった今提案があった医師部会、看護人材部会、そして勤務環境改善

部会、それぞれの部会と共通認識を持った上で最終的に地域医療対策協議会の中でまとめていこうと、討議していこうというような形をとってはいかがかというようなところでございます。12月にもご意見をいろいろいただいたところがございますけれども、さらに今のご提案、この協議会のあり方についてご意見、ご質問等ございましたらお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

どうぞ、お願いします。

○友池委員

病院協会の友池でございます。本当にご苦労さまです。

申し上げたい点は、行政研究、例えば実務研究が行政施策に並行して必要ではないかというコメントです。

協議会のメンバーは、大学、病院、職場、家庭に実務がありながらここに来て、事前に資料をいただくこともありますけれども、この場でご説明をいただいて意見を述べさせていただきます。ですから、深く考えるとか、あるいは現在、医師とか看護師、あるいは患者さんの動きをデータとして分析した上で発言できるような状況にありません。ここで呈示された計画線表は2035年ですから16年先までの計画を立てておられます。従って、計画の裏打ちになる分析は、これからの20年間を見透かすような実務・行政研究が望まれると思います。特に東京都みたいな世界的にみて一国レベルの力があるところに必要と思います。今の厚生労働科学研究みたいに、3年間は研究費を出すけれどもあとは知らないよというやり方だと研究が長続きしません。その場限りの研究しかできない。論文を書いたらそれで終わり。私たちを取り巻く医療は非常に深刻な状況に置かれていますので、やっぱりデータを分析しながら、施策とどうマッチしていくのかということ絶えず深く考える研究集団が、行政や協議会に並行して走っている必要があると思います。

○古賀会長

ありがとうございます。

大変貴重な部分で、スタートは分析、実態調査、そういったようなところから始めていかなければならないのですけれども、今のご意見、東京都のほうはいかがでしょう。

どうぞ、お願いします。

○橋本医療人材課長

ありがとうございます。

まさにおっしゃるとおり、そういったデータをきちんと分析した上でないと具体的な取組というものは進んでいかないわけなんです、率直に申し上げますと、なかなかそこまで体制を整えてはいないというのが現状でして、ただ、実際、予算でも予定していますけれども、実態調査というものは、これはきちんと当然やらなければいけませんので、医師確保計画もそうですし働き方改革のほうもそうですが、来年、委託で実態をまず調査をするということを考えています。

あと、医師確保計画自体は、少数区域の確保対策を十分に書くということになっていきますし、もちろん東京も、少数区域じゃないところでも偏在という、指標としては違いが出てきていますので、この具体策、具体的な確保対策を議論するということがどうしても中心になっていくのかなと思いますので、委員おっしゃるように、具体のデータはきちんと委託調査なんかを踏まえながら整理をして、より精緻な計画をつくっていきたいというふうに思っています。

○古賀会長

どうぞ。

○友池委員

ありがとうございます。

行政の基本は誰がやってもきちっとできるような仕組みであるべきと言われています。今私たちが置かれている社会は極めて流動的で、施策は深刻な負の影響を医療従事者だけでなく患者さんにも与える可能性があります。東京都の場合は確度の高い行政研究を基盤に置いて頂きたい。データ収集も一定の方向できちっとやっていただいて、データベース化し、施策の提言をしていただく。この仕組みがこれからの時代に必要なんじゃないかと思います。くどくどと申し上げました。すみません。

○古賀会長

ありがとうございました。

大変に重要な役立つご意見だと思いますので、また事務局のほうでいろいろ検討していただいて、できるだけ現場の必要に応じた、実態を伴ったデータをとる、統計をとる、それを継続していくというような方法を考えていただければと思います。よろしく願います。

ほかにご意見いかがでしょうか。

では、江川委員のほうから。

○江川委員

意見というか質問なんですけれども、私、今ちょっと出ている別の会議体で、へき地医療対策協議会というものがございますが、これもそのへき地の医師の確保というものがメインイシューだと思うんですね。この今のスキームの中で、その会議体というものがどういう位置を占めるのだろうかちょっと今思ったんですが、恐らく、へき地医療については、医師の確保以外に、例えば災害医療とかいろいろ別の観点もあろうかと思うんですが、この辺はどういうふうな関係になるんでしょうか。

○古賀会長

ありがとうございます。

事務局、よろしく願います。

○橋本医療人材課長

ありがとうございます。

まさにおっしゃるように、へき地医療対策協議会も、国の考え方では、医療人材の確保策として一元化できるのであればするべきだというような考え方は出されているんです。ただ、東京の場合、やはり区部から島しょまで非常に差があり過ぎるということと、それから、今ちょっとお話がありましたけれども、人材のことだけではなくて、ほかの医療体制全体の部分が非常に多くを占めていますので、いわゆる医療人材だけの視点でまとめてしまうのはどうかというものが、中での意見もあったりもしています。

ですので、ちょっと説明が漏れたんですが、今回についてはこの枠組みでスタートしながら、もちろん事務局レベルでは連携してこれまでもやっていますし、今後もやっていくんですが、一旦のスタートとしてはこの形で整理をしたいというふうに今考えているところでございます。

○古賀会長

よろしいでしょうか。

それでは、清水委員、お願いします。

○清水委員

4-1の右上のところの委員構成のところは、今、余り具体化されていないのですが、今現行の地域医療対策協議会の委員の構成と似たようなものになるのか、全く違う形になるのか。これですと、専門的な方たちで構成するというような意味合いにとれるんですけども、その辺はいかがでございましょうか。

○古賀会長

事務局のほうで。

○橋本医療人材課長

ありがとうございます。

具体的に、今回、医療法の中で、これは13ぐらいの委員の具体的な属性とか、これが整合されていくということで、例えば新たに独立行政法人地域医療機能推進機構というものが加えられたりする予定にはなっています。今回、私ども、委員の構成を今まだ検討中ではありますが、全てをこの地域医療協議会に並べさせていただくと非常にたくさん先生の先生になってしまうというところもありますので、協議会と部会と、これをセットに、全体で考えて、1つの親会と3つの部会で国が規定しているさまざまな専門領域の先生方を全て配置できるような構成にしたいと考えています。

それからもう1点は、せつかく統合して、部会長も代表で出いただくので、可能であれば、例えば親会と部会とか、あるいは2つの部会とか、重複して先生方に入ってくださいことで各会議体の議論が横断的に進行できるような形で委員配置ができないかということで今実際の検討をさせていただいているところでございます。

○古賀会長

追加はございますか。

○清水委員

ありがとうございます。

ということは、例えば、今現行では入ってらっしゃる地域の住民の方ですとか、そういう方というものは、特にそれは入らないということですか。

○橋本医療人材課長

地域住民の皆様、地域住民を代表する団体ですとか地域住民の方というものは入っていただくことになっています。

○清水委員

構成としてはそれほど大きく変動はしないと。ゆえに各分野から代表者の皆さんの意見を聞きたいということでよろしいでしょうか。

○橋本医療人材課長

はい、そのとおりです。

○清水委員

ありがとうございます。

○古賀会長

国も、こういった分野の構成員で構成しろということが出ていますので、それに沿ってということですが、東京都の今までの医療対策協議会はほとんどそれに準じている部分もございますので、それを中心に、また改めて委員を加えるなり部会のメンバーを決めるなり、私も今一緒になって相談しておりますが、よろしくお願ひしたいと思ひます。

大川委員、手が挙がりましたか。お願ひします。

○大川委員

専門研修のことがあまりきょうは出ませんでしたけれども、ちょっと専門機構での議論のために参考に伺いたいんですが、先ほど参考資料2の2ページ目で医師多数区域という話が出ましたけれども、東京都は、当然、都全体としては多数区域に含まれていまして、今年度はシーリングがかかりました、5%。ただ、そうであってもまだ多数過ぎるというものが今回の厚労省の中、医療審の中の議論でありまして、またさらに5%がふえる可能性があるんですね。それが、先ほど二次医療圏によっては必ずしもそうではないというお話もありましたので、都として、これ以上減らされては困るのか、また三師会への調査等で考えるともう少し余裕があるのか、その辺のニュアンスをちょっと伺いたいんですが。

○古賀会長

どうぞ、お願ひします。

○田口医療調整担当課長

ニュアンスといとなかなか何か難しい表現にはなりますが、決して東京都で、今、医師が足りているとか、そういうことを行政的に決定したことはないという中で、前回の協議会でもお話したかと思うんですが、国のほうには医師不足対策じゃなくて医師偏在対策として、この専門研修というのを本当に使ってもいいんだらうかということ

都としては提言しています。

それは、やっぱり都市部の機能は、もちろん都市部、東京都の都民の方にも当然医療は必要だし、医師が必要なわけなんですけれども、それ以外にやっぱりこの都市部の機能というものは、患者さんが多い、それから症例が多い、全国から集まってくるという中で、東京の病院で研修をするということは、非常に医師のトレーニングになる、レベルが上がるということも非常に都市部の病院で研修することのメリットであるというふうに考えています。

それを、医師の偏在対策に教育という、専門医をつくるという教育を医師の偏在対策に利用して、結局は症例のないところへ無理やり住居を動かさせて、いわゆる医師少数の区域、東京は医師多数の区域というふうにされていますが、多数の区域と必ず少数の区域のセットにしないと研修が認められないような方向になってきていて、さらに医師多数というか、今までシーリングで言われていたのが、都市部の5都府県というところだったんですが、その中からさらに神奈川県と愛知県が多数ではないということで、真ん中の部類だということで、多数の県は東京と大阪と福岡というふうにどうもされそうになっていて、より東京からほかの地方へ医師を動かすという動きが強くなってきているというものは承知していますが、今お話しした研修の質として本当にそれでいいんだろうか。でき上がる、まだ途中の医師の研修について、それでいいんだろうかということは国のほうに引き続き要望していきたいと思っています。

○大川委員

ありがとうございます。

大変安心いたしました。まさに今おっしゃっていただいたところがポイントだと思っていて、多分そういう議論は東京都しか言わないし、言えないんですね。ですから、それを継続的に声を大にして言っていたかかないと、今危惧されたことが本当にこれから現実になろうとしているので私たちも非常に困っているところであります。

どうもありがとうございます。

○古賀会長

どうぞ、お願いします。

○奥田委員

今の話題とちょっと外れるかもしれないんですが、たまたまこの間、うちの家族が入院しまして、それに付き添ったときに、初めて入院というわけじゃないんですけれども、11時半の予約が、終わったのが3時過ぎだったんですね。そのとき、ずっと座って、病院に半日というか一日座っていたんですけれども、そのときの様子と、この医師が希望されてる様子とは違うんじゃないかなというふうに思ったんです。ずっと見てみると、引いていく科はずっと引いていくんです。だけれども、たまたまうちのがかかっていたところは全然引いていかないわけです。それは医師不足なんじゃないのとか思ったりもしたんですけれども、診療室は5つあったんですかね。だけれども全然引いていかない。

でも、ほかの、病院のワンフロアにいろいろな科が、座って、みんな患者さんというか、かかる方はずっと待っているんですけど、お昼過ぎに引いていったところは、あの科と、この科と、婦人科もないし、あそこもないしなどか思って、何でここだけ引いていかないのかなというふうに思ったのが具体的な疑問なんですけれども、そういうところが医師不足というふうに言ってくるのではなさそうですね、ここに書いてある、申請しているのとは。だから、病院で医師が不足していると思うのと消費者が医師が不足しているんじゃないかと思うのとは違うんじゃないのかなか思ったりするわけです。

もし、ますます高齢化していくと、それこそ、麻生さんじゃないですけども、余分な人が病院に来るから悪いとかと言われる感じになってしまうのかなと思うんですが、その辺はいかがなんでしょう。

○古賀会長

ありがとうございました。

実際に医師の数と患者さんの数との兼ね合いで、平等に診療ができれば足りているのかもしれないし、足りていないのかもしれない。ただ、診療科、あるいはその病院の中のそれぞれの診療科での患者さんの数と医者数とのバランスというものは、1カ所の病院だけではなかなかできないです。ですから、いろんな要素が入ってきていますけれども、今、大川委員から出たのは、実際にそういうような形で各医療機関でのドクターが減っていくような状況になったら困るというのは、今回のこの医師偏在、いわゆる専門医の育成の数を東京都は減らすぞというようなこととは関係してくると思うんですけども。

あとは、病院の中で、いかに混んでるところを解消していくかとか、どうやったら効率のいい診療ができるのかとか、そういったことはまた病院の中でそれぞれ考えていくし、あるいは、変な意味ですけども、人気のあるお医者さんにはすごく患者さんが集まってしまうとか、そういったようなことで診療時間を少し多目にして患者さんを分けてみるとか、そういったような工夫を各病院でやっていくというようなところで、それがイコール医師が足りないということではないと思うのですけれども、一般的には救急とか産科とか、医者数がもう患者さんの数に比べて実際に少ないというのは数字の上でも確実だと思いますけれども。

それともう一つは、今、上手な医療へのかかり方でしたっけね、患者サイドから、病院のお医者さんたちがこんなに忙しくしていいのかと。もう少し一緒になって考えて、上手に病院にかかっていったらいいのではないかというようなところで、そんなに医者にかからなくても大丈夫そうな病気でも、つつい病院に行ってしまうというようなところをできるだけ避けていこうとか、そういうようないろんな面から検討されていますけれども、貴重な意見だと思いますし、各医療機関でいかに待ち時間を減らすとか、いろいろ工夫はされていると思いますので、そういったようなことも含めて、医者数と患者さんの数とのバランス、そういったようなことをお互いに調整しながら医療

を進めていくしかないのかなと思います。

お答えになってないかもしれませんが。

○奥田委員

もう一つ、すみません。

算定回数による病床機能の再分類というデータをいただきましたよね。それを見ると、地域によって、東京都の平均に近かったり、全然もう、どっちかという回復期の病院、地域だというふうな、そういういろんな要素が区域によって全然違うんだというのがよくわかるグラフだったので、そういった、そういう地域というか、最先端の医療をやるところと、その回復期を診るところというふうなことで分ければ、それなりにまた医師の配分も違ってくるんじゃないのかなとか思ったんですけども、いかがですか。

○古賀会長

その辺は、今、東京都の医療計画という、医療の全体、ベッド数も含めて医療計画というものを立てて、その中でいろいろ検討されて、おっしゃるとおりで、その辺も含めて東京都は、さっき出ましたけれども、都心部にそういった高度の医療をする病院が集まって、そこに多くの医者が集まっている、必然的に医者の数が非常にふえている。多摩地域のほうは、今おっしゃったような回復期のような病院になってくるので、人口の割に医者が少ないと。そういったアンバランスが出てくるというようなところで、その辺を含めて、医療の集約化とか、地域医療計画の中でいろいろ検討されているところですけども、事務局、何か追加で今のご意見にお答えごしますでしょうか。なかなか難しいとは思いますが、地域医療計画そのものなのではないでしょうか。

○田口医療調整担当課長

まさしく会長がおっしゃられたとおりでと思います。

ただ、結局、求められる医療とか、その診療科によっても全く医師の数とかそういうものが、必要数とかが違うわけですが、当然。だけれども、今出てきている、国で東京は多数とされている指標というものは、あくまで人口当たりの、一応将来的な人口動態とかも加味はされているんですが、人口当たりで、ほかと比較してどうかという数字なんです。数字であって、だからほかの某県よりも東京はその2倍も医者がいるというふうに出てきて、東京は多いと出てくる。だけれども、東京が多いというのは、東京は絶対的に、じゃあ皆さん医者が足りていると思いますか。待ち時間、東京はゼロ分でしょうか。全然違いますよね。

○奥田委員 3時間です。

○田口医療調整担当課長

なので、これは、必要の数というものと、今出てきた数字が、東京都は多いと出てきたものが、決して同じではないというふうに都としても考えておまして、その辺のところ、まだ実は、相対の比較で東京は多いから東京からほかの県に、少ない県に医者を持っていけばそれで偏在は解消するんだということで、本当に日本全体が幸せになれる

のかということも含めて、今、国のほうに提案をしていきたいというふうに検討しているところですが、この協議会でも、そのような方向で国に言っていただきたいというふうに事務局のほうに言っていただくとありがたいんですが、そこまで事務局としてはちょっと言い過ぎかもしれませんが、よろしく願いいたします。

○古賀会長

ありがとうございます。

この地域偏在、医者の数、いろいろ重大なものがありますけれども、こういったことを検討していく上に、先ほどから、国のほうからあった、この地域医療協議会の中で検討しただけではとても進まないというところで、部会を設けて、それぞれの分野で検討し、意見の共有をして、この協議会でそれこそ国に物を申していこうというようなところでございます。

本論に戻します。伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員

今回の取組は非常にいい取組で、方向性も正しいことと思います。

例えば、これは今まで勤務環境改善支援センターの運営協議会という会議体だったのですが、今回は医師の働き方に関する長時間労働に対する議論等も始まるということで、恐らく同じ会議体のままでは少し荷が重たく、少しパワーアップした新たな会議体をつくらなければいけないと思います。ですので、このそれぞれに部会として移行する際に、現状の協議会よりもさらに人員を拡大するとか、今、議論中とあった具体的な委員の選出方法等をかなり変えていかないと議論が先に進んでいかないような気がしますので、一言指摘しておきたいと思います。

○古賀会長

ありがとうございました。

ほかにはご意見いかがでしょうか。

それでは、特に反対意見というものはございません。今回の協議会の再編、それから部会の設置については、その趣旨、事務局から説明があったとおりで皆さんがこれを了承いただければ、この方向で進めたいと思いますが、いかがでしょうか。了承ということでよろしいでしょうか。

(異議なし)

○古賀会長

ありがとうございます。

そして、今、伊藤委員からもいただきました委員の構成でございますけれども、委員につきましても、要綱には会長が指名するというふうになってはいますが、いろいろななか大変な内容になりますので、皆様からのきょうのご意見も参考に、事務局とよくよく協議をして、最終的に会長として決めさせていただきたいと思いますが、それでご承諾いただけますでしょうか。

(異議なし)

○古賀会長

ありがとうございます。

それでは、大分時間過ぎましたが、残り報告事項が3つございます。

続けてまいりたいと思いますが、まず最初に、東京都地域医療支援センターの取組について、報告をお願いいたします。

○田口医療調整担当課長

それでは、資料5をごらんください。

資料の上のほうですけれども、地域医療支援センターの事業概要を示してあります。平成25年4月に設置しまして、都の特性に合った総合的な医師確保対策を推進するためということで、センターの事業の柱、4つ書いてあります。医療機関における医師確保の支援、医師奨学金の被貸与者のキャリア形成支援、医師確保状況の実態の把握と情報発信という形です。

資料の右上に運営委員会とあります。運営委員会についてですが、センターの運営が効果的かつ円滑に行われるよう設置しております。

下の主な取組内容のほうになりますが、まず、運営委員会につきまして、今年度につきましては3月11日に開催いたしまして、福島委員にご出席いただいております。

今年度のキャリア形成支援の実際ですけれども、1年生のへき地医療研修を初め、この表に載っております。1年生のへき地医療研修、3年生の研修、5年生、6年生とあります。ごらんのとおりなんですけれども、資料の下のほうになりますが、昨年度は個別の相談会として実施していましたが卒後の相談会なんですけれども、新たな専門医の制度が開始することから、新制度の中で、奨学金の被貸与者が勤務の仕方、留意点等、プログラムの選び方とかそういうものをお伝えして、制度の最新の情報などもお伝えするという機会としまして、初期研修の一、二年目の方を対象に、キャリア相談会というふうに銘打ちまして実施しております。今後、学生よりも卒業生のほうがどんどん多くなっていくというふうなこの奨学金の制度になりますので、今後も、医師になってからも継続的なアプローチを続けていきたいというふうに考えております。

資料の右側のほうには研修のアンケート等の抜粋を載せさせていただいております。

今後も、地域医療支援センターは、新しくいろいろ役割がまた加わってくるということもありますが、奨学金の被貸与者のキャリア形成支援を中心として取り組んでまいります。

資料5については以上です。

○古賀会長

ありがとうございました。

地域医療の支援センターが実際に医師確保に関する施策を行いながら、その結果を運営委員会で報告し、検討した結果の報告ということでございます。

何かご質問ございますでしょうか。報告事項ということですので、討議ではございませんが、ご質問等あれば、よろしいでしょうか。

それでは、続きまして2番目の報告でございます。

東京都地域医療医師奨学金について、よろしく申し上げます。

○田口医療調整担当課長

資料6をごらんください。

東京都地域医療医師奨学金ですが、資料は2つ、特別貸与奨学金と一般貸与奨学金とあります。

右側の一般貸与奨学金なんですけど、これは都内の大学医学部の5、6年生に、2年間奨学金を貸与しまして、卒業後、臨床研修終了後の3年間、医師3年目、4年目、5年目に小児、周産期、救急、へき地の分野で指定の勤務を行ってもらうということで奨学金の返還が免除されるという制度です。

この制度につきましましては、左側の特別貸与奨学金、6年間貸与するという奨学金の制度の卒業生が出てきたということから、新規貸与を終了しております。だから5年生が実はゼロ名になっております、一般貸与についてはです。なので、もともと全体の人数も少ないということで、さらにもう、卒業生、5年目まで終わっていくと、どんどん奨学金の返還免除ということになって抜けていくということですので、以下の説明は省略させていただきます。

それで、左側の特別貸与奨学金、いわゆる地域枠というものなんですけれども、東京都におきましては、順天堂大学、杏林大学、東京慈恵会医科大学に10名、10名、5名の定員を持ってやっております。今、一番上の学年の先生が医師4年目で、一番最初に始まった順天堂大学の5名という方が一番上になっております。貸与者の総数で219名で、今年度もまた入試を行いまして、来年度さらに24名が新しく加わってくる予定となりますので、またこの219名に24名が加わってくるというような状況です。

従事希望分野です。小児、周産期、救急、へき地ということでやっていますけれども、将来どこに行きたいですかというふうに聞きますと、真ん中の表ですけれども、小児が一番多くて、意外だったのが2番目に周産期が多いということです。それでその次に救急で、へき地ということです。

一番下の表なんですけれども、これは実際医師になって、真ん中の表が学生のうち、まだ医療をそんなに知らないというところでどこに行きたいかと聞いているんですけれども、実際の医師になって臨床研修も終わった先生に、実際どこに行きますか、また今いますかということで聞きますと、14名が小児、周産期が17名、救急が11名ということで、周産期が一番多いと、産婦人科に行かれた方、今も研修中という方が一番多いというような結果になっております。

先ほどご説明しました支援ドクターではなかなか産婦人科の応募がないというお話をさせていただいたんですが、こちらの分野で産婦人科のほうの卒業生がふえてくれると

いうことでありますと非常にうれしいと思っております。

ただ、この地域枠ですが、暫定的な定員増ということで、平成33年までということの暫定延長ということになっておりますので、ちょっとその先については、今のところまだ決定はしていないという状況になっておりますので、また今後どうしていくかという都の方針も含めまして、こちらの協議会でもお諮りすることに今後なっていくかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

奨学金については以上です。

○古賀会長

ありがとうございました。

診療科で医師の数が少ない部分を地域枠として奨学金を出して育成しようという試みです。全国的にいろいろ行われているわけですがけれども、東京都でもこの4分野について奨学金を出して医師を育てているというところでございます。

先ほどの地域偏在の話で、この地域枠の増減もどうするか、医師少数地域では地域枠をふやして医者をふやそうというような試みもありますし、今お話があったように、この先どうなるかちょっとまだわかりませんが、また検討の材料になっていくというところでございます。

これもご報告でございませうけれども、中身について何かご質問、ご意見ございませうでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、報告事項の最後になりますが、東京都の地域医療医師奨学金制度に係る入学試験の実施状況の確認についてということで、昨今ちょっといろいろ問題があったところで、地域枠がきちっと使われているかどうか、そういったようなところだと思っておりますが、報告をお願いいたします。

○橋本医療人材課長

資料7、最後の1枚になります。

ご報告になりますが、この今出ていました地域枠は、各医学部の試験の一般入試とは別に東京都枠として実施をしている試験でございます。概要のところにあります。医学部、昨年、幾つかございました、ご記憶と思いますが、医学部の入学試験の不正問題というものが報道ベースでありましたので、これを受けまして、この東京都の地域枠の実施状況について確認をいたしました。この東京都枠の地域枠は、都民の皆様の貴重な税金を活用して実施をしているものでありまして、一層の公平性、公正性の確保、こういうものが求められるという観点から行ったものでございます。

実施期間は記載のとおり、実施の大学につきましては先ほどから出ています3大学についてでございます。

確認の内容は、ここに書かれた内容でございます。

確認の結果といたしまして、各大学ともに、年齢あるいは性別その他不合理な理由による差異を設けたことはないということが確認ができましたので、そのご報告をさせて

いただきます。

以上です。

○古賀会長

ありがとうございました。

地域医療の医師奨学金制度に係る入学試験に、東京都は調査の結果、全く不正がなかったというところで、よかったなということでございましょうか。

ご質問は何かございますでしょうか。

○西川委員

先ほどの奨学金のことなんですけれども、この地域枠は大変いい制度だと思うので、平成33年までの今暫定というふうに、延長ということでお話がありましたが、ぜひ続けていただきたいというのが希望です。

それからちょっと1点、これは、いつもへき地の希望の方、足りないなという印象なんです、何かこれは抜本的な対策みたいなものはあるんでしょうか。

○古賀会長

いかがでしょうか。抜本的な対策というのはなかなか難しいところですが。

○田口医療調整担当課長

このへき地という分野を選んでいただいて、東京の場合、従事していただくのか、東京の島しょ部と、奥多摩、檜原と、西多摩の一部になるんですけれども、そこ全部で、医師の定員の点から民間の病院まで含めまして、医師の総数は40名前後なんです。40名前後で、そこに今現在として大学病院などから医師を派遣していただいているというもので十数名行っていただいている、さらに自治医大の卒業医師で10名前後ですか、行っていただいていると。そうすると、40名の、ちょっと正確な数字じゃないんで申しわけないんですけれども、40名のうち二十数名は何らかの派遣であるということになります。それ以外が、こういう町で雇った先生とか個人で開業されている先生ということになるんですけれども。

ということで、実は、そんなにものすごく、何百名とかという数じゃないんです。確かに、この奨学金でへき地を選んでいただけないと困るんですが、一方で、例えばこの25名の、一学年25名いますので、25名の方がみんな自分たちはへき地に行きたいんですと言われると、一学年でもう満杯ということなので、実は余り特定の学年に偏って多く選んでいただくと、なかなか勤務の配置も難しいというところで、非常にやる気に満ちた方がコンスタントに来ていただくというほうを、どっちかという目指しているところです。あるときに大量に来て、なかなかそこは勤務配置のほう難しいということなので、そういう、非常にやる気があるというか、心ある方が来てほしいことで、今、キャリア形成支援という中で活動しています。

○古賀会長

よろしいでしょうか。

○西川委員

はい、ありがとうございます。

○古賀会長

むしろ突然ドクターがいなくなるという場合の対応がなかなか難しいというものもあるので、その辺また工夫をしながら、先ほどちょっと出ましたへき地医療対策協議会というものがございまして、そこでへき地の医師確保対策、これをやっておりますので、またその辺で協議していきたいと思います。ありがとうございました。

ほか、よろしいでしょうか。

事務局は、その他は特にないとのことを事前に聞いておりますので、皆様、この会議全体を通して何か言い忘れたというようなことがございましたら今お受けしたいと思えます。

ありがとうございました。

それでは、本日の議事、報告事項は全部終了いたしましたので、この協議会を終了したいと思います。

事務局のほうから連絡事項がありましたらお願いいたします。

○橋本医療人材課長

3点ございます。

1点目ですが、資料の郵送をご希望される方は、机の上に置いていただければ後ほど事務局から送付をさせていただきます。

2つ目、皆様、入庁証をお持ちだと思うんですが、これはエレベーターホールの入り口のゲートでお帰りの際に返却をお願いします。

最後ですが、本日お車でいらっしゃる方がいらっしゃいましたら、駐車券をお渡しいたしますのでお申し出をいただきたいと思います。

以上でございます。

○古賀会長

皆様、活発なご議論をありがとうございました。私の進行も悪く、最初の予定時間を大幅に延長したことをおわびしたいと思います。

これを持ちまして、平成30年度第2回東京都地域医療対策協議会を終了させていただきます。ありがとうございました。

(午後 7時36分 開会)