

令和元年度 第2回
東京都地域医療対策協議会
会議録

令和元年11月12日
東京都福祉保健局

(午後 4時59分 開会)

○高橋課長

お待たせいたしました。ただいまから令和元年度第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、お集まりいただきました皆様方におかれましては、ご多忙の中、ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。私は、東京都福祉保健局医療政策部医療人材課長の高橋でございます。どうぞよろしく願いいたします。議事に入りますまでの間、暫時、私が進行を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

本日は、議事が1点、報告事項が3点ございます。

それでは、まず、配付資料の確認をさせていただきます。お手元にあるとおりでございますが、資料1が地域医療対策協議会の設置要綱、資料2が外来医療計画、医師確保計画に関するものでございます。資料3が各部会の開催状況、資料4が医師部会、資料5が看護人材部会、資料6が勤務環境改善部会の関連資料となります。もし落丁等ございましたら、その都度言っていただければ、対応したいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

なお、本日、楠田委員、福島委員、渡部委員、篠宮委員、菊池委員につきましては、所用により欠席とのご連絡を頂戴してございます。また、内藤委員がおくれている模様でございます。

また、本日の会議でございますが、地域医療対策協議会設置要綱第9に基づきまして、会議、会議録、資料は公開としてございます。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、以降の進行につきまして、古賀会長をお願いいたします。

○古賀会長

皆様、お忙しいところお集まりいただきまして、ありがとうございます。これから、私が議事進行をさせていただきます。

先ほど、事務局から会議、会議録、資料は公開という原則でということですが、情報公開条例などの趣旨を踏まえまして、会議の中で、もし医療機関の名称、個別具体的な内容がございました場合には、事業運営上の地位、その他社会的な地位などを損なわれるというようなことがある場合は、非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」の声あり)

○古賀会長

では、進行させていただきます。

医療関係の協議会、委員会はたくさんある中で、なかなか解決の難しい複雑な議事を検討していますが、この協議会でもなかなか大変な議題を抱えているため、ぜひ、いろいろな意見を出していただいて、東京都の医療向上に向けて少しでも役立てたいと思っておりますので、よろしく願いします。

それでは、議事ですが、初めに、東京都の外来医療計画及び東京都の医師確保計画の策定について、事務局から、説明をお願いします。

○高橋課長

それでは、資料2-1をごらんください。外来医療計画と医師確保計画の策定経過について、ご説明いたします。

医療計画の整合性をもたせるため、外来医療計画を所管する地域医療構想調整部会と本協議会の医師部会とが一緒に協議をしまして、8月29日の合同部会を皮切りに、今まで2回ほど策定PTを開催したところでございます。

現在、これまでに出了各委員のご意見を反映いたしまして、素案の検討まで来ているところでございます。

本日、この地域医療対策協議会の開催と同様、外来医療計画について、先ほど保健医療計画推進協議会を開催しました。今後は、本日の議論を経まして、11月20日に第3回PT、その後合同部会と続きまして、それぞれの親会である、推進協議会と、こちら地対協に諮らせていただき、パブコメを経まして、最終的には東京都医療審議会にお諮りして、今年度中に策定する予定でございます。

それでは、計画の説明に入ります。医師確保計画について先にご説明させていただきたいと思ひます。資料2-3をごらんいただければと思ひます。

「東京の将来の医療～グランドデザイン～」に基づく医師確保の方向性でござひます。

医師確保計画・外来医療計画ともに二部構成にしまして、第一部では、国のガイドラインに沿った計画、第二部で、都独自の計画の策定を予定してござひまして、資料は第二部の課題整理となります。

第二部は、グランドデザインに基づく計画としてしまして、四つの柱立てにより課題を整理し、今後の方向性を示してひます。

東京都は、医師偏在指標が全国でトップとなる予定で、300幾つというような数字が出てひますが、全国の医師の地域偏在を是正するという国の医師確保計画の目的からひますと、都は医師多数県に該当いたしまして、都は医師確保に関する制限をつけられてしまうということになります。が、東京都といたしましては、高度先進医療を担っているほか、都内の13大学医学部をはじめ、研修病院が多く存在してひり、都は全国の医師の育成の一端を担っているという大きな役割がござひます。

したがひまして、東京都では医師が余っているというような状況ではなく、医師の不足感があるという病院の現状認識もござひます。周産期、救急など、政策医療を担う医師が不足する分野をはじめ、今後も必要な医師を確保していくための計画を策定してひきたいと考えてひます。

まず、Iの高度医療・先進的な医療提供体制の将来に渡る進展でござひます。

東京都には、大学や特定機能病院が多く存在し、都の役割として、人材育成をして送り出すということがござひまして、教育の質の向上というポイントがあると考えてひま

す。

課題整理といたしまして、研修体制の充実と専攻医定員数の確保を掲げています。昨年度から始まった、専門医制度につきましては、専攻医のシーリングにつきまして、専攻医自身が質の高い研修を受けられるよう、また、東京の医療提供体制に深刻な影響を及ぼさないよう、制度の運用を図ること。また、昨年の都のアンケート調査にもございましたけれども、都内の医療機関が派遣している医師によって、ほかの県の診療科が一定程度支えられている状況があるということも踏まえ、専攻医の定数や採用数の確保に、東京都のみならず、地方のためにも必要だということでございます。

続きまして、Ⅱ、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でございます。

今後、都において見込まれる医療需要の増加等を踏まえまして、医療政策を担う医師が不足する地域診療科におきまして、引き続き医師の確保を図ることとしております。

課題といたしましては、救急医療の充実、小児医療の充実、周産期医療、また、へき地医療、災害ということで5項目ございます。

まず、救急につきましては、救急医療の将来予測が増えるという見込みであるため、救急患者を増やさない仕組みをつくとともに、救急医療を担う医師の育成が必要であり、とりわけ内容が高度化、多様化しており、柔軟に対応できる医師の育成が必要と考えています。

また、小児につきましては、小児救急を担う医師の育成のほか、医療的ケア児もこの10年に倍増しているということで、引き続き小児科医師のニーズはあるということです。

周産期につきましても、産科は出産年齢が高齢化していることや、それに伴い合併症が増加していることなどがあり、リスクに応じた妊産婦、また新生児に対応する医師確保が必要というところでございます。

へき地につきましては、これまでも計画的かつ継続的な医師確保の取組を行っていましたが、引き続き行うということ。また、最近の傾向としては、ICTや5Gなどを活用した診療支援などがあげられます。

また、災害医療につきましては、多様化する災害に対応できる災害医療コーディネーターの育成が必要と考えています。

続きまして、Ⅲ、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。

保健医療福祉の一体的・総合的取組強化といたしまして、予防健康づくりや健康危機管理への対応をしていくということで、1番から5番まであります。かかりつけ医、総合診療医、公衆衛生医師の確保、また、地域で公衆衛生を担う医師の育成、検案・解剖医の確保というキーワードでまとめてございます。

最後、Ⅳ、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成でございます。

医師確保計画の中での人材の確保・育成ということで、今後、医師全般にかかります働き方改革や、都民の自助行動を促す都民への普及啓発、また、都の直接的な施策としての医師確保策をここにまとめているところでございます。

働き方改革につきましては、5年後の2024年の時間外労働の法規制に向けまして、医療機関の取組を今後、どう着実に進めていくのかといったことがございまして、医療機関自体が医師の勤務時間実態をきちんと把握することから始まりまして、最後は救急機能を有する病院など、法定内の時間におさまらない医師がおり、特例水準の適用を受けたいという場合に、都が適用する医療機関を特定いたしまして、医療機関が改善計画を作り、都がチェックするというような、そのような取組を行うことが求められておりまして、働き方改革に向けた検討が求められています。

また、今後の都の医師確保策として、医師奨学金制度ですとか、地域医療支援ドクターなどの医師確保策につきましては、今後の必要性を見きわめ、効果的に運用するための見直しの検討をしていきたいと考えています。

引き続き、千葉課長から、外来医療計画について説明をさせていただきます。

○千葉担当課長

それでは、私からは外来医療計画についてご説明させていただきます。計画推進担当課長の千葉と申します。どうぞよろしくお願いたします。

資料2-2をごらんください。外来医療計画について、医師確保計画と同様に、国からガイドラインで示されている内容については、第一部として作成します。

それ以外に、東京都独自で外来医療の方向性を打ち出す部分を第二部といたしまして、二部構成で外来医療計画を作っています。

外来医療計画、国からのガイドラインの内容を簡単に申し上げますと、二次保健医療圏、全国で335ございますけれども、東京は13の二次保健医療圏がございます。医療圏ごとの人口10万人当たりの診療所医師数を出しまして、それを多い順に335並べ、上位3割を外来医師多数区域とするという形で、国から各都道府県に示され、それを用いて各都道府県が、外来医療計画をつくっていくということです。

国は、そのような情報を外来医師偏在指標という形で広くお示しすることによって、今後新たに開業する予定の医師の行動変容を促していこうという意図でございまして、外来医療計画をつくった後に新規のドクターの開業を制限することや、どこかに移っていただくことをするものではないということでございます。あくまでも現状をお示しして、各ドクターの行動変容を促すと、そのような形の計画となっています。

ただ、それだけでは、東京の外来の医療の方向性を出すことには不十分であります。今、申し上げましたとおり、診療所の医師数だけ並べておりますが、例えば東京にはたくさんの病院があり、1日2,000人、3,000人診ているような大きな病院もありますので、病院の外来機能のことですとか、それから診療科別の機能、例えば内科のドクターはたくさんいるけれど、耳鼻科のドクターは少ないですとか、眼科のドクター

は少ないですと、地域によっていろいろな事情があると思います。

そういうところが国からのデータではあらわせておりませんので、現状をあらわす上で、少し不足の部分がありますし、また、それ以外にも外来の医療の方向性を打ち出す必要がある部分については、第二部の都の独自の部分で表現したいと、そのように考えております。

今回、こちら、資料2でお示しさせていただいていますが、第二部の柱立ての内容でございます。こちらでも地域医療構想の四つの基本方針目標に基づきまして、柱立てを行って記載しています。

それでは、資料2-2の説明をさせていただきます。

まず一番上、I、高度医療・先進的な医療提供体制の将来に渡る進展ということで、こちらでは主に高度医療機能を担っている病院の外来の記載をさせていただいております。

1では、特定機能病院における外来医療ということで、一般の診療所では診断や管理が難しい希少がんですとか、難病に関する診療というのは、高度医療の部分でやっていただき、それを今後も充実させていこうというところでございます。

2点目は、それ以外の拠点病院ということで、がん拠点ですとか、救命救急センター、小児周産期を担っていただいている病院もございまして、これらの役割を今後も機能強化していこうというところでございます。

3点目のところでは、それらの病院の医療連携の強化を掲げさせていただいております。

4点目のところでは、適切な受療行動を促す情報提供ということで、高度医療機関に、いわゆる軽い患者さんが行ってしまっているという実態もございまして。そのような方々は、当然、都民の方々に普及啓発をするということは大切なんですけど、高度医療機関側からも、そういう患者が来た場合には、まずは地域の医療機関にかかってくださいというのを、アプローチしていただくということも計画でうたいたいと思っております。

II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の構築でございます。こちらは、外来の医療連携という切り口で書かせていただいております。

まず、一つ大きな柱といたしましては、一番目にかかげましたICTを活用した連携でございます。現在、東京では、東京総合医療ネットワーク、こちらの電子カルテの相互参照のシステムや、多職種連携ポータルサイト、こちらは医療・介護の連携のシステム、いろいろなシステムがあるんですけども、それを一つの入り口から入っていけるというふうなポータルサイトなんですけど、こういったものを開発しているところでございます。

こういったものを活用しながら病院、診療所双方が患者さんの情報を共有し、初期診療から転退院まで一連の仕組みづくりをしていきたいと、そういう方向性を出していきたい

たいと思っています。

2点目のところでは、総合診療機能というところでございまして、大きな病院ですとか、専門治療を行った後、地域における継続診療等々を受ける場合に、複数の疾患を抱えている方々もきちんと診ていただけるような、そういう機能を地域に持っていただくことで外来医療機能の充実を図っていこうというところでございます。

3番と4番は、まさに連携のところでございまして、3番は、病病連携、4番で病診連携のことを掲げております。

5番では、救急医療ということで、初期、二次、三次救急のそれぞれの役割分担ですとか、病院と診療所が協力しながら救急医療体制を構築していくという取り組みを掲げたいと思っております。

6番には、災害医療、7番には、外国人患者の医療を掲げております。

Ⅲ番に移っていただきまして、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ことでございまして、在宅療養中心といたしました、かかりつけ医等々のこともこちらで書かせていただいております。

こちらでも、一番最初に、まずはICTを活用した連携を大きく掲げていきたいと思っております。地域の医療・介護関係者等々が患者さんの情報を効果的に共有して、連携して在宅療養を支えていくような仕組みというのを今後つくっていききたいというふうな方向性を出していきたいと思っております。

2番、飛んで4番のところでは、かかりつけ医による健康づくりとかかりつけ医機能の充実ということを書かせていただいております。

2番のほうでは、産業医・学校医・予防接種等の公衆衛生を担う医師が、病気を未然に防ぐための日常的な健康づくりを支援していくということが大切であろうと思っております。

4番のところでは、かかりつけ医機能ということで、夜間、休日のオンコール体制が可能なかかりつけ医機能の充実ということを図っていききたいと思っております。

戻っていただきまして、3番のところでは、都民への普及啓発をここでは大きく三つ書きたいと思っております。

一つ目は、従来から申し上げております、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師、これを皆さん、ちゃんと持ちましょうということを都民に普及啓発していきたいというところでございまして、2番目は、診療機能をきちんと都民に知らせていきたいというところ、3点目は、救急のかかり方ということで、#7119ですとか、小児の#8000番等々を活用しながら、適切な救急医療の受療行動を普及啓発していきたいというところでございます。

5番、6番では、在宅医療のことに関しまして、5番では、重症の在宅の患者さん、それから、24時間対応できるという仕組み、それが定期的な訪問など、患者さんの状況に応じた訪問診療機能の充実がそれぞれ必要であると思っております。

6番では、多職種連携ということで、医師だけではなく、訪看や介護サービス、地域のリハビリ施設などと、かかりつけ医の連携によっていつでも必要な支援を受けられる体制を構築していこうというところと、二つ目といたしましては、医療的ケアを要するお子さん、非常にふえておりますので、こういった小児科と成人の診療科の連携を推進していこうというところも掲げております。

最後には、人生会議等々を入れました看取りまでの支援ということで、医師やケアチームが共同して患者さんを支える機能の充実が必要であろうと考えております。

恐れ入ります裏面をごらんいただけますでしょうか。

IV番、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成ということで、ここまで、IからIIIまで申し上げましたところの支える人材の確保・育成ということを書かせていただいております。

三つありますのは高度医療と、それから地域の医療、在宅療養の医療、それぞれ人材の確保・育成が必要だろうということを掲げております。

外来医療計画では、この四つの柱にはちょっとはまり切らない部分も幾つかございまして、それにつきましては、今後に向けた課題ということで出させていただきます。

これまでのPTの議論で多く意見をお寄せいただきましたのは、今後に向けた課題の1番のところございまして、区域単位というのがございます。外来は、二次保健医療圏単位で考えるのはちょっと広過ぎるのではないかと、やはりもっと身近なところで外来にかかっているの、検証する場合には区市町村単位で可視化する必要があるんじゃないかというご議論をいただきましたので、今後の課題といたしまして掲げさせていただきます。

また、冒頭でも申し上げました、診療科別のデータというのが国から示されておられませんので、今後、やっぱりそういうこともきちんと補完するような情報を都のほうでつくり上げていかなくてはいけないのではないかということも掲げさせていただきます。

私のほうからは、以上でございます。

○古賀会長

ありがとうございました。

国から示された医師確保計画、それから外来医療計画、これを策定していくということで、今、プロジェクトチームが動いているわけですが、その説明がありました。医師確保計画にしても、外来医療計画にしても、東京都はちょっと他の道府県とは状況が違ってくるというところで、「東京の将来の医療～グランドデザイン～」に基づいて、第二部という構成でこれを加えていこうというような状況で、細かに課題と内容が挙げられております。

いろいろなところで問題点、課題、さらにご意見、いろいろあると思いますが、ぜひ

いろいろ意見を頂戴したいと思いますが、質問を含めて何かございますでしょうか。

どうぞ、大川委員。

○大川委員

外来の話なんですけれども、先ほど千葉課長のほうから、患者さんの受療行動を促すとともに、病院側からもぜひ患者さん側にかかりつけ医にかかるようにというお話をしてくださいというお話がありましたが、結構、これが大変なんです、現場では。

大学病院がかかりつけだという患者さんがたくさんいらっしゃるって、複数科をはしごする患者さんに、あなたは安定しているんだから、近くのお医者さんへ行ってくださいという説得をするだけで30分かかります。

これを全ての患者さんにやっていくことはできないので、ぜひ都のほうから、大学病院は高度急性期をやるんだから、安定したら近くのお医者さんにかかってくださいということをやより強く言っていただかないと、とてもこの計画どおりにはいかないだろうというのが1点です。

もう1点は、#7119の話が出ましたけれども、あそこでも電話をするとどこそこの大学病院で診てもらえるはずだから行ってくださいという案内をされているんですね。

そういう患者さんに対して紹介状がないから断ると、私どもが怒られるというクレームが発生するという状況になっています。

これは、やはり電話をできる患者さんですので、確かに大学に行けば、その専門家医はいますけれども、電話できるレベルの患者さんであれば、近くのお医者さんをちゃんとご紹介いただかなければ、いろいろ言っていたのが、とても私には絵そらごとに聞こえるんですね。

実際上の現場は、そうやって動いていますので、やはり都のほうから、かなり強力にそういった指導力を発揮していただきたいというのが私の意見です。

○古賀会長

ありがとうございました。

何かコメントございますか。

○千葉担当課長

ご意見ありがとうございます。

私も規模は小さいんですけども、都立病院で長く働いておりましたので、先生のおっしゃることはよくわかるつもりでございます。ただ、そうは言いましても、もちろんこちらのⅢのところでは書かせていただきました、都民への普及啓発のところでは、もちろんこれは強力に進めていきたいと、そのように考えてございますので、それはそれでこれから、さらに一層充実させていきたいと考えております。

一方で、やっぱり病院さんにおいても、全ての患者さんに行動変容を促すような説得を何時間もかけてやってくださいというのは、一人一人には、それは当然無理だと思いますので、ただ、それとも何もしなくてもいいのかというのは、それはちょっと違うん

じゃないかなというのがありまして、こうやって書かせていただいております。

具体的な計画の内容というのは、また今後、先生方からご意見もいただきながら書かせていただきたいと思いますと思いますが、考え方としてはそういうのは入れさせていただきたいというふうに思っております。

もう1点は#7119ですか。それは、いろいろケースによってはあるかと思しますので、今後、やっぱり症例を集めながら、どんどん精度を高めていきたいと思っております。

○大川委員

せめて、例えば東京都から発信されたポスターを大学病院のロビーに張らせてほしいですね。病状が安定した、こういうところ行ってくださいねという東京都が発信したポスターが欲しい。

幾ら大学病院の私の名前で病院長と書いて出しても、ほとんど見てくれないわけですよ、それは。やはり、都が動いているんだという姿勢が必要だということでもあります。

○古賀会長

ありがとうございました。

○角田副会長

大川先生のご指摘、本当にそのとおりだと、私は受けるほうで感じております。#7119に私も出務しております。担当医師がある程度トリアージして、重症だったら電話を替わってもらいます。そのときに、地域の医療資源を把握しているので、必ずしも大学病院とかではなく、その地域の近隣の医療機関へ行ってくださいとしていますので、何がなんでも高度医療機関へ行けというのはしていないというのが実情でございます。参考までに。

○古賀会長

ありがとうございます。

今の点については、やっぱり都民の啓蒙というのが大事で、大病院志向というのが相変わらず続いているというようなところは、かかりつけ医を広めるというような方向へ、ぜひ東京都として動ければというふうに思っております。

ほかにご意見はございますか。どうぞ。

○関根委員

東京新宿メディカルセンターの関根と申します。

ちょっと今のことにも関連するんですが、大川先生がおっしゃったように、私の外来患者さんも多分、私のところがかかりつけ医だと思っています。

それで、今、現状で、なかなかそれをかかりつけ医に戻すのは、本当に難しいんですが、唯一、ちょっと一例だけ。実は当院はこの8月の終わりに、ようやく地域医療支援病院という承認をいただきました。そうしますと、ご承知のように選定病院には一挙にはね上がるんですね。そうしましたら、初診患者数が1カ月で200人減りました。

それはどういうことかという、要するに紹介率が上がって、母数のつまりいきなり当院を受診する患者は減るということで、これは多分、唯一、受療行動に効果もあった制度ではないかなというふうに私は感じております。

それから、もう一つは、やはり地域医療支援病院をとりましたので、逆紹介をしっかりとやっていかないといけないということで、これがどれぐらいの効果があるかわかりませんが、当院では各クリニックのチラシと言ったら失礼なんですけども、情報を簡単に書いたパンフレットみたいなのを一応、全部そろえておいておまして、どうぞこういうところにかかってくださいという意思表示を一応して。そうしますと、その資料は1カ月につき1,000枚ぐらい消費されています。1,000人かかるかどうかはわかりませんが、そういった一応、病院としての取り組みをさせていただいて、一例をご紹介させていただきました。

○古賀会長

ありがとうございました。

そういったようなことも含めて、東京都は人口が多い、人口密度が高いということで、先ほどもちょっとありました二次医療圏で話し合っても、ちょっと無理だろう、もう少し小さい地域でというようなことも考えていかないといけないのかなとも思います。

ほか、ご意見いかがでしょう。はい、どうぞ。

○奥田委員

個人的な経験で、ちょっと話にはならないのかもしれないんですけども、かかりつけ医から次の専門医というか、大きい病院に紹介されたときに、今までかかりつけ医でいろいろ受けた検査、同じ検査をまたやってくれるんですね。だから、すぐ手術に入ることかと思ったら、その検査で永遠、半年も続かまして、何ていうことかなと思ったことがあります。

ですから、連携というのは何を連携しているんでしょうかと思ったんですね。診断書も多分、連携しないといけないんじゃないかと思うんですけども、ただ、病院を紹介するだけであれば、それは連携とは言えないんじゃないかなと思う。

○古賀会長

ありがとうございます。

どなたかコメント、できる方。どうぞ。

○喜多委員

この医療と看護の部会が合同でできたゆえんでもあると思うんですけども、確かに今まで、自分の病気のことを考えずに病院に行けばいいと思っていた人たちを、違うんだよと、いろいろレベルによってあるんだよというところに考え方を変えていく、その説明をきちんとできるメカニズムがなかなかうまくいっていないと思うんですね。

私、前にも申しましたように、訪問看護ステーションを開業する看護師の養成をして、今、56カ所やっているんですけど、大都市の場合は割合とわかりやすいんですけど、

地域になりますと、やっぱり大きな病院に行かないと自分が見捨てられたと思うような方もいらっしゃるわけ、突然行くなと言われても納得はできないと。

そここのところの説明を地域医療をなさるドクターのお話を聞きましても、やっぱり看護師との連携がとても重要だといいますが、看護師さんは説明係でもないのですが、家庭の中に入って丁寧に話をされることでご家族が安心される。

だから、今のようなお話もですね、看護師が間に入ることで、かかりつけ医と大病院と連携も不可能ではないと。しかし、そればかりやっていると看護師さんも看護師さんで食べていけないわけですので、そのあたりの制度化というのは必要だと思いますけれども。

今、いろいろと考え方を変えないといけない時期なのだというのをそれぞれのレベルのものは理解して、そのように動くことが重要ではないかなとも、特に地方の在宅の看護師さんはとてもそういう点で苦労している。

東京都の場合は、大都市から離島から過疎地までいろいろありますけど、やっぱり人口的には過疎地は少ないので、そういう問題はあんまり表に出てこないのかもわかりませんが、やっぱり私は地域にいる看護師の力をもっと活用していただきたいというふうに思っております。ありがとうございました。

○古賀会長

ありがとうございます。

奥田委員の質問には、直接の答えになっていないかと思いますが、紹介して紹介先でまた同じ検査を全部繰り返してという話はよく聞く話ですが、やはり医療機関として恐らく紹介までの検査と、紹介された病院の、いざ手術をするため検査の内容そのものが、ある程度違うんですが、それをしっかり患者さんに説明をしていない、その一つを今みたいな看護師さんが、患者相談室というのが大きな病院は結構できていますけれども、そういったようなところを使って、やっていければ、医療の無駄もなくなるし、きちっとした連携がお互いにできるということで、病院を紹介するだけということでは実際にはないんでしょうけれども、説明が足りていないんじゃないかなと。これでお答えになっていますでしょうか。そんなことだと思っています。

ほかに何か。はい、どうぞ。

○内藤委員

内藤病院の内藤です。

今まで出た先生方と違って、うちの場合は非常に地域に根差した小さな病院ということで、逆にお願いをしたりとかご紹介させていただくような立場で、逆に戻ってきたりとか、大きな病院から逆紹介で来ていただいたり、戻ってきた方に関しては、今度、地域にお返しするという立場になっていますので、逆に我々のところでは、病気ということの説明だけではなくて、やはりその方の生活面も含めた説明をさせていただくようになると、非常に大変時間がかかります。

多分、逆に大学病院からこちらに転院してご紹介されてきた方なんかは、やっぱり細かい説明を受けてないという、受ける時間がないんじゃないかなということが非常に感じられまして、もう一回、こちらのほうで、こちらとしましては納得していただいております。うちに帰っていただくとか、もしくはどうしてもしよかなければ療養型の長期病院にお願いするということになりますと、そこではちゃんとしっかりご了解いただかないといけないということで、どうしても時間がかかります。

ですから、逆に言いますと、大きな病院で平均在院数14日とか、時間のないところ、それから若い先生方は、どちらかという疾患を診るということに集中しているのがその病院の本来の姿ですので、ある意味では我々のような中小病院が間でしっかり役に立っていくということは、すごく重要なところではないかと思っています。

ただ、これにつきましても、大学のほうから先生のほうから元気になったらまた診てあげるからねなんて言われて戻っていらっしゃっても、この人、元気になるまいかなというような人もいらっしゃるわけで、そうするとこちらのほうでお話をしたときに、何かそごが生じてしまうという中では、やはり先ほどからお話が出ていますように、医療とか介護とか看護とか全て含めて、日本の医療はこうなっているんだよということの流れをしっかりと国をトップにして、東京都、それからあと医療機関とか看護、全て含めて、それを統一した何かキャンペーンを打つとか、もしくは今のうちから長いことかけて教育していく、民間の方、民間というか、受ける方の知っていただく教育という言葉はおこがましいですけれども、知っていただくようにしていく必要があるんじゃないか、しみ込ませていく必要があるんじゃないかなという意味では、全体が一体化していく必要があるんじゃないかと思っています。

○古賀会長

ありがとうございました。

議事も進行しなくてははいけませんので、外来医療の方向性につきましては、この辺にして。

手短にお願いします。

○伊藤委員

医師確保のことがありますので。

○古賀会長

医師確保のほうのご意見をいただきましたかったので、よろしくお願いします。

○伊藤委員

前々から、東京都は医育機関において、医師が多数いると、33の医育機関に約3割の医師が集中していると。他府県では、大体15%ぐらいが医育機関に行っていて、いわゆる医育機関以外の東京では620病院に約3分の1の医者がいるということで、他の都府県では45%ぐらいの医師がいるということで、そこはかなり差があるんですね。

実際に、いわゆる高度医療というものについて言うと、需要というのは東京でもまだ

伸びるとは思いますけども、70歳、75歳以上の高齢者の医療のニーズから比べると、ふえ方というのはかなり少なくなっていて、そういったことを考えますと、この医師確保の中において、高度医療があつて、地域包括ケアとか、そのときに、かかりつけ医重視というのがあるんですけども、実はその中間にある一般の民間病院であるとか、中小病院であるとか、精神病院の後方機関であつたり、あるいは在宅医療のバックアップ機関、救急とか、そういったことに対する連携が余りないということが前々からちょっと気になっているところでございます。

以上です。

○古賀会長

ありがとうございました。

ほかに、医師確保計画につきまして、何かございますでしょうか。

医師はすぐ過剰になるんだ、あるいはこっちでは全く足りていない、いろんな意見が出ていますけど、偏在が大きな問題にはなっていると思うんで、その偏在をいかになくしていくか、そのための医師確保をどうしていくか、そういったような計画を立てていかななくてはならないということになりますけども、ご意見ございませんでしょうか。

どうぞ、お願いします。

○西川委員

社会の高齢化に伴って、やはりどうしても二つ以上の疾患を持っていらっしゃる方がこれからもふえていくと思うんですが、先ほどやっぱり大きな病院はどうしても患者が行きがちだというのは、結局、複数科の診療科を受診するためでもあると思うんですね。

なので、一患者としましては、大きな病院というのは、どうしても遠いわけですから、地域に複数のそういう診療科を診てくださるお医者様がいらっしゃったら、それが一番いいわけですね。

そういう面からでも、総合診療医の方の地域の定着というんですか。地域に総合診療医の方がいらっしゃるといふ環境をできるだけつくっていただきたいというのが希望です。

○古賀会長

ありがとうございました。

在宅医療に向けても、そういった傾向をぜひということですね。

はい、どうぞ。

○山元委員

医師確保のほうで、働き方改革の中身についてですけども、この辺につきましては、女性医師の活躍を支えていかないと、やはり女性の先生たちがやっぱり夜勤をやったり、いろんな変則な勤務へ、また手術の後のこととか、それと家庭を両立させていくというためには、かなり女性医師に対しての支援というのは、特に必要になっていくのじゃないかなと思っています。

特に女性のドクターなんかは、やっぱり看護の仕組みとか、そういう交代制勤務はいか悪いかということは、また別としても、非常にそういう意味では、医師の働き方改革の中でも女性医師を支えていくという全体の仕組みが、病院の中から必要になってくるんじゃないかなというふうに思っています。

○古賀会長

ありがとうございました。

幾つか、いろんなご意見あると思います。今、女性医師の話が出ましたけど、先日の新聞に、日本は女性医師の割合の項目でも比較可能な36カ国中、最低の21%、平均は48%だそうです。

そういったような情報もありますし、医学部の卒業生が医師が過剰になると言いながら、日本はかなり低い、下のほうだ。そのような記事もありまして、医師が足りているのか、余っているのか、その辺の検証も踏まえて、特殊性のある東京都としてどうやって医師を確保していくか、いろんな分野にどういうふうに使っていただけるか、そういったようなことの検討を続けていきたいと思えます。

時間もありますので、議事を進めたいと思えますが、ほかに特にこれだけはということが、最後に、河原委員、お願いします。

○河原委員

基本的な質問なんですが、この資料2-2と2-3は、医療計画に追記されますよね。これは、現行の医療計画2023年度までですけど、これは一応、内容的とか、手続的には2023年になるんですか。

○高橋課長

当然、保健医療計画の期間までということで、今後4年間の計画になりまして、その後、また保健医療計画に合わせまして、会議していくような形になります。

○河原委員

わかりました。それで、さっきの外来等も絡むんですが、先ほどご説明の中で、例えば生活圏に密着した区市町村単位と、まさしく資料2-2のⅢの地域包括ケアを考えれば、区市町村になると思うんですが、ⅠとかⅡとか、あるいはⅢの地域包括でも、例えば地域で急性・・・したときなんかの場合は、市町村を越えて、二次医療圏なり、あるいは事業推進区域、そういったところに行ってしまうと思うんですが、これらの討議基盤ですよ。どの単位で、二次医療圏でやるのか、あるいは資料2-3の医師確保とも絡みますが、医師確保のほうにちょっと行きますと、例えばⅡの項目というのは、3の周産期なんか、これは事業の推進区域の二次医療圏を離れて、事業推進区域の考え方だと思うんですが、要は地域包括を考えれば区市町村単位、二次医療圏という概念があって、多分、いろいろ補助金がつく単位も二次医療圏になるから、二次医療圏でも考えないといけないし、また、事業推進区域でも考えなければいけない、何か重層的な感じがするんですが、この計画は実効性を持つためには、討議基盤をしっかりしておかないと

だめだと思うんですが、その点、いかがでしょう。

○古賀会長

事務局、今の質問はいかがですか。

○高橋課長

まず、医師確保計画の周産期、小児につきましては、事業推進区域を医療圏域として考えて計画を立てておりますので、それぞれの例えば医師偏在指標なども、その単位で出ております。そのくくりで議論していくというところでございます。

○河原委員

二次医療圏とかの場合は、調整会議とかね、地域医療構想の基盤とかあると思うんですが、例えば地域包括ケアなんか区市町村で保健医療を区市に、あるいは生きがいとか、住宅も全部まとめてやるといっても、ほとんど動いていないわけですよ。要するに討議基盤が弱いと。

事業推進区域も、なかなか実効性あるような単位でもないし、単位がないというのは、会議体とか、形成するような場合がちょっと弱いような感じもするんで、そのあたり、補強する必要があるような感じはするんですけど。

○古賀会長

矢澤部長、どうぞ。

○矢澤部長

医師確保計画。外来医療計画、それぞれ事業推進区域はまずここでは意識をしていないです。東京の外来医療計画というのは、それぞれの診療所の話ですし、医師の話は診療科を本当は度外視して、最初は数だけでやろうと思ったんだけど、それを始めたら、やっぱり診療科別も必要でしょうとなって。例えば救急医療ということだったら、どんな医師確保が必要なのかというところのご意見を挙げているところです。

地域医療構想のときは、その区域を二次医療圏に固めないために、ある意味、二次医療圏だと決めつけないために事業推進区域という概念を入れて、少しやわらかくしたんですね。

やわらかくしたものに対する討議基盤というのは、その必要に応じてつくれば良いというふうに思っております、この医師確保計画、外来計画をつくった後にたっていくこと、例えば区市町村単位にもしかしたら会議体を持たなきゃいけないかもしれない。ほかの区域で持たなきゃいけないというのは、可能性としてありますけど、現時点で会議基盤をどうするかというところには、まだ至っていないというのがお答えでございます。

○河原委員

わかりました。ここに書いてあるのが、下手をすると絵に描いた餅で終わるので、ぜひ討議基盤だけはきちっとお願いしたいと思います。

以上です。

○古賀会長

いろいろ意見をいただきました。ご意見を踏まえて、次回以降の合同PT等でまた検討してまいりたいと思います。

それでは、次の報告事項に移りたいと思います。

最初は、医師部会からの報告です。部会長の角田委員のほうからご報告をお願いします。

○角田副会長

医師部会の会長の東京都医師会の角田です。お手元の資料3をごらんになっていただきたいと思います。

(1) 医師部会のとおり、今年度は医師部会3回開催しております。東京都外来医療計画及び東京都医師確保計画の骨子案については、先ほどいろいろとご議論いただいておりますが、資料は2-1でも触れていますとおり、8月29日、これが第2回の部会と地域構想調整部会との合同で開催しております。これは、ことし検討を行いました。

また、これに先立ちまして8月26日に第1回の部会を行っております。令和2年度の専門医研修プログラムに関する協議をするとともに、厚生労働省への意見について、これは検討が終わっております。

第3回の部会は、10月25～28日にかけてです。委員の先生方への意見照会という形で文章開示させていただいております。

来年の春、開始予定の専門研修においては、シーリング対象外とする地域枠医師と範囲について急遽検討を行っております。

その詳細については、事務局のほうからご説明していただきたいと思います。よろしくお願いたします。

○田口担当課長

それでは、事務局から補足で説明させていただきます。資料4-1をごらんください。

医師法の第16条の8によりまして、昨年度から都道府県に義務づけられました、地域医療対策協議会による専門研修プログラムについての協議ということなんですけれども、都では、効率的・効果的な協議のために、地域医療対策協議会の医師部会において、集中的に協議させていただくということとさせていただいております。

今年度も日本専門医機構から提供された都内の基幹プログラムのデータをもとに、8月26日に開催された医師部会においてご協議いただいて資料4-1のような意見書をまとめまして、厚労省に提出させていただいております。

意見書の内容ですけれども、記書きの1個、2個目ですけれども、シーリングを初めとして、医師偏在是正策という意味合いばかりが議論される新専門医制度ですけれども、本来の専門医の質の向上という目的を見失うことなく、都市部の医育機関を初めとした医療機関における質の高い研修によって、若い医師を育てて地方へ輩出するという機能にも留意すること。それから、医師多数の都道府県とはいっても、その中でも医師少数区域を抱えていたり、今後さらに医療需要が伸びる予想であるところがあつたりという

ことで、さまざまな地域差があるということにも留意して、一律の削減を行うことなく適切に運営するようという意見述べております。

また、3のところでは、不足しているからこそ奨学金を設定して臨時定員増を行って小児、産科等の医師を育成するという、そういうような領域の削減はしないようにしてもらいたいということを要望しております。

4については、公立病院の役割について、5については、専攻医自身の立場にも立った制度にしてもらいたいというような配慮を訴えております。

最後に6と7なんですけれども、ここでは、日本専門医機構や厚生労働省に対して、都道府県、国民へのわかりやすい情報開示、非常にこの制度、前々からわかりにくいというふうに言われているところではありますが、わかりやすい説明と情報開示を求める意見を示していただいております。

この意見書を都の協議の結果ということで、お送りしております。

次に、資料4-2をごらんください。このような、今、ご説明したような、これは東京都の意見書ですけれども、各県の意見書などを受けまして、協議結果を受けまして、9月13日に厚生労働省が発出した日本専門医機構に対する意見と、その要請への専門医機構側の9月20日付回答となります。

内容が多岐にわたっておりますので、全部を説明するということは避けさせていただきますけれども、まず、1ページ目の1の(1)ですけれども、特定の都道府県での勤務が義務づけられている専攻医に対して不利益が生じないように、各都道府県の地域医療対策協議会が認めた地域枠医師及び自治医科大学医師は、専攻医の募集定員のシーリング枠外とするようというふうに国のほうが要請をしております。

これに対して、専門医機構の回答としては、都道府県内の偏在をより悪化させないという立場から、医師少数区域等への従事要件のある自治医大卒業医師と地域枠医師を地域医療対策協議会からの申請に基づきシーリング対象外として取り扱うというような回答をしております。

この専門医機構の回答の後、9月24日に、資料4-3になります。

資料4-3の様式なんですけれども、シーリング対象外とする者のリストというものを10月末までに提出するようというところで、厚生労働省から連絡がありました。

10月15日から専攻医がシステム上登録できるようになっていまして、それから専攻医IDというのを記入するようになってはいるんですけども、15日からしかIDが付与されないという中で、実質15日以降から動き始めなければいけないということで、期間のない中で専攻医本人に同意を得たかとか、そういう欄もあるんですけども、それもクリアして回答する必要があったので、なかなか医師部会自体を開催して名簿の一人一人について協議するということがちょっと難しいという中で、委員の先生方に大変失礼ながら、書面にて資料4-4にある、都においてシーリング対象外とするべき者の範囲ということで、ご相談をさせていただきました。

専門医機構のいう、医師少数区域等に従事要件のある者というのを、都では自治医科大学の卒業医師で義務年限中の者、それから、東京都の医師奨学金を受けて、指定勤務期間中の者のうち希望する者、さらに、その者の専攻する領域は問わないというような定義を決めさせていただきました。

その上で、対象の医師に個々に都のほうで連絡をとりまして、希望をとったところ、最終的には自治医科大学の卒業医師が6名、それから、地域枠の医師が28名、これは大学の6年間貸与するという特別貸与奨学金というものが24名、それから、新規ではないんですけども、大学の5、6年生に奨学金を貸与するという一般貸与という制度が前にありまして、その奨学生がまだ残っておりまして、その者が4名ということで、合計で34名という人数をリストに掲載して、提出させていただきました。

この場をかりてご報告させていただきます。

また、資料4-2にお戻りいただきたいと思います。専門医機構からの意見に対する回答ということになります。

2ページ目の中段のところですけども、シーリングの対象となった都道府県のうち、その都道府県内に離島や山間部などの医師少数区域がある場合には、都道府県内の医師少数区域における研修期間も地域貢献率の算出に組み入れることとするとあります。

これによりまして、従来は医師多数の県になってしまいますと、医師少数の県での研修を、必ず研修期間を一定期間入れなければいけないということになっていたんですけども、東京都内の基幹プログラムにおいて、例えば東京都の島しょ部、それから西多摩の圏域など、そういうところでの研修も他の医師少数道府県に出て研修と同じように、同等に取り扱われるということになりましたので、都にとっては非常にいいほうの動きかなというふうに思います。

また、もう一つ、3ページ目の下段のほうになりますけども、周産期医療、救急医療等の医療政策及びとある部分ですけども、厚生労働省が今まで全都道府県をシーリング対象外としていた外科について、専攻医が多い東京都等はシーリングを設定すべきとの議論はあるというふうに言っております。

これに対して、専門医機構の回答としては、東京都において人数は若干増加しても比率としては増加していないとして、外科について東京都にシーリングを設定することを否定しております。

これについては、東京都が専門医機構に守られたというような形になっているんですけども、専門医制度については、引き続き今後も注視して必要な意見を述べていく必要があるかと考えております。

医師部会の協議の内容としては、以上になります。

○古賀会長

ありがとうございました。

今の医師部会の開催状況、検討内容、おわかりいただけましたでしょうか。専門研修

を行う医師の制限があるということで、医師確保計画と確保に直接影響してくるような事態になっているわけです。

ご意見、何かご質問はございますでしょうか。

東京都でお金を出して育成している医師が東京都で働けない、専門研修を受けられないというような事態は何とか免れたということで、東京都のある程度の医師の確保ができるということはいいと思います。特によろしいでしょうか。

厚生労働省のほうでは、医師専門研修部会というので、いろいろ検討しているわけですが、今度は専門医だけではなく、その上のサブスペシャリティの専門医の検討にも入っているようなところで、いろいろ制限が入ってきたり、抑制があってというところで、なかなか難しいところがございます。

よろしいでしょうか。また、後で何かありましたら、お願いいたします。

それでは、続いて、報告事項、看護人材部会からの報告になります。部会長の喜多委員、よろしくお願いいたします。

○喜多委員

ありがとうございます。看護人材部会長の喜多でございます。

再びお手元の資料3の(2)の看護人材部会をごらんいただきたいと思います。

今年度は2回会議を開いております。7月と9月でございます。詳細につきましては、後に事務局から説明させていただきますが、資料は資料5のほうに1、2、3、4、5とございますが、その2回の会議の大変重要であったと思われる部分について申し上げますと、2025年に向けての看護職員の需給推計でございます。これは、数を出すことは別に難しくはないんですけれども、実態とのギャップをどう埋めたらいいのかということを考えながら、やりますと、数が出てくるとちょっとドキッとする状態でございます。

それから、2回の会議にわたって、検討いたしました東京都看護人材実態調査でございます。これは、さきに5年前にやったものの、あれなんですけれども、全く同じ形であるんですけど、内容に関しましては相当新しく検討をさせていただきました。

その内容については、本当に第2回を超えても、まだ検討といいますか、実際の調査に入るまでにいろいろ注書きをすることを事務局のほうで検討いたしてもらっているんですけど、そのあたりについて、少し後でご説明を申し上げます。

もう一つの問題は、看護師の養成に関することでございますけど、准看護師という制度をどうするのかというのは、ご承知のように、例えば神奈川県では、一応、この教育を廃止ではございませんけど中止しておられるところも、地方では必要は認められるんですけども、そういう点々というのがいつもどこでもある中で、東京都としてどうすべきかということに関しまして、この看護人材部会の中でワーキンググループをつくる話が進行いたしております。

そのあたりにつきまして、事務局のほうから説明申し上げますので、よろしくお願

いたします。

○古賀会長

事務局、よろしく申し上げます。

○篠崎担当課長

よろしくお願ひいたします。

資料5-1をごらんください。前回の会議のときも、その資料を提出させていただきました。これが、最終的に中間取りまとめとして医療従事者の需給に関する検討会、看護職員需給分科会中間取りまとめが10月21日に出されておりました、その中で出た数字になっております。

2025年の需要推計が17万3,941人。ここに吹き出しがございますが、2025年に向けてということですが、国のほうで常勤換算伸び率を加味しまして、17万5,571人というふうに訂正が入りまして、そこにシナリオ①②③という、シナリオは下の表の四角のところなんですけれども、シナリオの①は、超勤が1カ月当たり10時間以内、有給を5日以上とった場合というのがシナリオ①。

シナリオ②は、超勤が10時間以内、有給は10日以上。③になりますと、超勤は0、有給は20日以上というようなところを加味すると、シナリオ①②③で必要な人員としましては、シナリオ③に至りますと19万4,000人というような数字になっておりました。

そのようなのが需要推計としてシナリオを加味したものとして、今、最終的には出されております。

あと、右のほうの供給推計のほうなんですけれども、14万708人ということになりまして、これは前回もご説明させていただきましたが、国の推計ツールにはめますと、東京都の離職率0.138を掛けて出しますと、どうしても上がらないという、人数がふえていかないというデータとしては出ております。2025年につきましては、14万708人という数字に最終的になっております。

一番右の下の推計結果なんですけれども、この推計どおりに行きますと、1年平均5,500人をふやしていかなくちゃいけないという結果になっております。

しかし、従事者届ですね、それを過去の東京都の分を見ても、平均して大体1年間に3,000人はふえてきているという状況が実情としてはございます。あと、計算でも離職率が13.8という数字を使っているんですけれども、これが計算上13.5まで下がると増加に転じるし、10%ぐらいまで下がると、もちろん増加につながる可能性がありますので、そのあたりも見ていかなければならないなというところで、現在考えているところです。

国の報告した数字としては、このようになっております。部会の後の結果にもなっておりますので、あわせて報告させていただきます。

それを踏まえまして、次の資料5-2でございます。これがアンケートです。看護人

材実態調査の概要です。目的は、地域別、施設種別、職種別等の充足状況や勤務環境の改善状況、看護教育に対するニーズ等を把握するという事で、2025年に向けた看護職員確保施策検討のための材料とするということで、実施させていただきます。

参考というのが、ちょっと四角い枠に実は平成26年に同じような調査をしておりますが、その後、大規模な調査ということでは今年度になります。

対象ですけれども、医療機関や各施設の管理者3,900程度抽出する予定でございます。病院、有床診療所、介護医療院、介護老人保健施設等を調査する予定です。

あと、看護従事者なんですけれども、1施設当たり1~10名を選んでいただきまして、7,800程度の抽出です。

あと、今回新しくしたのが看護補助者についても調査を加えました。これは平成26年にはやらなかったものです。病院、有床診療所のみなんですけれども、1~5名抽出していただいて、2,450程度を配布する予定です。

あと、離職者なんですけれども、1,300、これはナースプラザのほうで押さえていただいている中から、連絡がとれるだろうと思うところで、1,300というところを出しております。

あと、教育機関は大学も含めまして、養成施設100程度、あと、看護学生につきましても、最終学年を対象にして600人程度ということで、調査を実施いたします。

アンケートを郵送して、12月1日現在の時点での調査になります。

項目なんですけれども、下のほうに簡単にまとめさせていただきました。

管理者編は基礎情報から就業の状況、あと、採用・確保の状況、定着状況、届出制度・都の支援について、あと、看護補助者について、どのように雇われているのかなんていうところも聞いております。

あと、従事者編のところは、看護職員に、あなた自身のことというのは、個別の基礎情報になっております。セカンドキャリアのプラン等も聞く予定です。

あと、看護補助者についても、職歴等でどんな職歴から補助者になっているのかのあたりも聞いてみたいと思っております。

あと、離職者編についても、仕事をやめたときのことや、再就業に関する事、そのほかということになっております。

あと、教育機関・養成施設編につきましても、基礎情報と教員の状況、採用状況、あと専任教員の研修の状況、養成課程別の学生の状況ということで聞きまして、あと、看護学生には、奨学金のこと等も聞きますし、卒業後の進路のことについても聞く予定です。

このような調査を今年度実施しまして、また結果を踏まえまして、対策につなげていきたいと考えております。

続きまして、資料5-3です。こちらが、准看護師養成に関するワーキンググループの設置についての資料になっております。この下のほうを見ていただきまして、ワーキ

ンググループの設置は、令和4年度に新カリキュラムが始まります。国の基礎教育検討会が終了しまして、3年課程も准看課程も令和4年、2022年から新カリキュラムがスタートということで発表されました。

それに向けまして、准看護師養成の新規指定の設置計画等が出されることも想定はされます。そのようなときに、都のほうで、質の高い看護師を養成するということで准看の学校の審査基準等々をつくっていくということが大きな一つ目的になっております。

そのほか、都における准看養成校に対する支援の方向性でしたりとか、教育体制、就業支援等についても話し合っていく予定です。これは、この後、12月以降にワーキンググループの1回目を開始していく予定であります。

委員のほうにつきましては、案を載せておりますが、現在、検討中ということになっております。

もう一部、最後に、5-4という資料がついております。これが、国で出された中間取りまとめの看護職員需給分科会の最終的な資料になっております。

1枚めくっていただきまして、3ページ目ですかね。1枚めくっていただいた3というところがついている下のほうなんですけれども、斜めの線があります。これも都道府県による2025年の供給推計はというところが書いてあるんですけれども、届出したものを積み上げると、供給推計が175万だったそうです。

それに、先ほどの従事者届等のほうを考えると、やはり右に上がっていて、そのギャップは7万ぐらいあったというのは国の報告としても出されておりました。

あと、その右側のほうにあります、下の棒のグラフなんですけれども、これが全国の看護職員需給分科会のときの看護職員が全国でどうかという表になっております。へこんでいるところが東京近辺と大阪近辺というところで、あと、右のほうの九州のほうに行きますと、もしかしたら不足ではないというような数字で、全体としてはこのような地域偏在があるし、ただ、一つ一つの県の中でも地域偏在はあるということで報告はされておりました。

すみません、検討会の報告もあわせて報告させていただきました。

以上です。

○古賀会長

ありがとうございました。

看護人材部会、看護師の確保をいかにするか、離職率をいかに下げるか、あるいは将来、足りるのか、どれだけ不足するのか、そういったようなことが数値で出てきて、そういったことの検討のベースに実態調査をしようというような報告でございます。

看護人材部会について、何かご質問はございますでしょうか。

どうぞ追加で、お願いします。

○喜多委員

今、会長からもございましたけど、この人材実態調査、とても広範なものでございま

して、委員の先生方のいろんなところに、またご迷惑をかけることになってしまいますけれども、ぜひいい、本当に実態を示す成績が欲しいと思っておりますので、何分、もし対象に選ばれました場合には、ぜひ特別のご配慮をいただきまして、いい成績というんでは、思うようなということで、実態をきちんとつかまえたいと思っておりますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

○古賀会長

調査内容につきましても、かなり活発な意見交換がございまして、立派なものが結果として出てくることを期待しております。よろしくお願いいたします。

それでは、引き続き報告事項の3、勤務環境改善部会から報告いただきたいと思います。部会長の酒井委員、よろしくお願いいたします。

○酒井委員

部会長の酒井と申します、よろしくお願いいたします。

お手数ですけど、もう一度、資料3に戻っていただきたいんですけども、この(3)勤務環境改善部会、この開催実績、これまで一回行っておりまして、ことしの8月1日に行っております。

ここに議題といいますか、協議した内容、見出しを四つほど書いておりますけど、大きくは二つでして、一つは従来から勤務環境改善マネジメントシステムを各医療機関に導入して、そこで働いている医師を初め、職員全体の勤務環境を改善していこうという国の方針に従って各都道府県にありますような医療勤務環境改善支援センター、私たちは「勤改センター」と呼んでいますけれども、東京都もその勤改センターの中で数年にわたり、各医療機関マネジメントシステムを導入し、いろいろ改善を促すための支援の活動を行ってきました。その昨年度の事業実績と、今年度も事業計画について議論したことと。

もう一つは、皆さんよくご存じのように、昨年年度末ですね、ことしの3月末に、厚生労働省は医師の働き方改革に関する検討結果を取りまとめて、それについて現在もまだ新しい検討会の中で推進の検討を行われているようですけれども、その医師の働き方改革にかかわるさまざまな取り組みの支援を、やはり勤改センターが行うというようなことで、東京都でも国の方針を一方に置きながら、この部会の中で検討して都としてどういう取り組みをどうやっていくかということ、いろいろ議論してきたということが経過でございます。

詳細につきましては、恐れ入りますけど、事務局のほうでよろしくお願いいたします。

○古賀会長

事務局、よろしくお願いいたします。

○高橋課長

それでは、おめくりいただきまして、資料6-3のほうをごらんください。資料を横にいただきまして、医療勤務環境改善支援センターについてでございます。6-1

でございます。

資料6-1でございます。いわゆる勤改センターでございますけれども、医療機関における勤務環境改善の促進を支援するため、平成26年10月に設置し、5年目となっております。

医療勤務環境改善の専門のアドバイザーによる支援ということでございまして、左上の専門家による支援のところでございますが、東京労働局の委託事業として、社会保険労務士を配置、また都の委託事業として医療経営コンサルタントを配置して、支援を行っているところでございます。

右側のほうに、昨年度の実績が載っておりますけれども、導入支援といたしまして、訪問して支援していますが、現状分析型のほうでは6件、課題選択型のほうでは5件というような状況となっております。

また、③のところですが、電話ですとか、来所相談の随時相談というのは、90件ほどあったというような実績が出てございます。

おめくりいただきまして、次、資料6-2でございます。こちら、本年度の事業計画となっております。新規取組といたしまして、中ほどの少し黒くなっているところでございますが、導入支援フォローアップ支援というのを今年度からやっております。

過去に支援を受けたけれども、結局、そのままになってしまうということが課題というふうに捉えてございまして、そういう医療機関に再度、アドバイザーの方が訪問していただきまして、フォローアップを、助言を行うという取り組みを始めているところでございます。

また、下の囲みのポイント1、導入支援についてということで、これまで年度をまたいだ支援というのは実施していなかったんですけれども、今年度から新たに年度をまたいだ支援を行うということで、募集期限を設けずに受付をしているという取り組みを工夫しているところでございます。

また、ポイント2のほうに行きますが、こちらのほうで医師の働き方改革に向けた都の取組ということで、先ほども医師確保のほうでちらっとご説明しましたが、働き方改革関連法自体は、ことし4月から施行されておりますけれども、医師につきましては5年猶予期間があるということで、時間外労働の上限規制（年間960時間）となっておりますが、適用されるまでに地域医療提供体制確保のために特例水準を適用する医療機関を特定する必要があるとしまして、そのためにも医師の労働自体を把握する必要があるというような取り組みが求められているところでございます。

おめくりいただきまして、資料6-3でございます。こちら、国の検討会の最終報告からつくった資料となっておりますけれども、今後、目指していく医療提供の姿といたしまして、労働時間管理の適正化、また、労働時間の短縮、医師の健康確保等勤務環境改善、あと、女性医師等が働きやすい環境の整備、そのような女性医師の視点も踏まえたということで、このような視点で東京都としては取り組んでいきたいというふうに

考えているところでございます。

特に、一番最初の労働時間管理の適正化のところでございますが、今、病院に対して国の事業として調査をしております、その結果が東京都にバックされているんですけども、未実施項目のある病院に対しまして、勤改センターが全件個別確認を行って、必要な支援を実施しなくてはならないというようなことになってございます。

また、さらにフォローアップを実施、実施状況を国に報告となってございますが、今年度につきましては、毎月報告するようなことが求められているというようなことがございます。

続きまして、次の資料6-4でございますが、こちらにつきましては、特に先ほどの中から今後、都は取り組みをしなくてはいけないことにつきまして、ポイントとして挙げさせていただいているものでございます。こちらにつきましては、ほとんど同じですので、説明を割愛いたします。

資料6-5に飛んでいただきまして、こちらが先ほど申し上げました病院に勤務する医師の労務管理に関するアンケート調査でございます。厚労省が医師の働き方改革の検討会報告書を受けて、病院に対し調査を実施しているというものでございまして、ことし7月から8月にかけて、医療機関に向けて緊急的な取組を実施しているか調査したものでございまして、今後、この調査結果に基づいて、都が各病院に対し個別確認をしていくものということでございますが、調査対象、病院数、これ、全病院で633に対しまして、回答が304ということですので、半分より少ないというところですが、右の囲みに書いてあるんですけども、回答病院のうち、個別確認が不要な病院数、確認項目ができていたというのが89ですので、その残りの215については、個別確認をする必要があるというところでございます。

さらに、一番下に書いてある未回答病院329ですので、足しますと544ということになりますが、ほとんどの病院に対してこれから何らかアクセスして、確認していく必要があるというような状況になってございます。

ちょっとおめくりいただきますと、また資料6-6のほうに小さく載せていただきました、アンケート調査の結果送付等についてという、表紙がございまして、さらにおめくりいただきますと、ちょっと横長になってございますが、調査スキームというところがございます。

委託先から都道府県のほうに、計画したものを毎月末の状況を翌月10日までに報告ということで、病院のほうに調査した、東京都のほうで個別確認した結果を毎月また報告するような仕組みということとなっております。

またおめくりいただきまして、別紙2というのがございますけれども、病院へのアプローチ方法や改善状況の報告ということで、個別具体的に指示というものが出されておまして、例えば医療労務管理アドバイザー等が該当する病院に電話や訪問等により回答内容の照会ですとか、法令違反の可能性が高い場合の助言等をお願いしますということ

になってございます。

具体的にアプローチを要する確認項目というのは、3のほうに問5とか、問6とか、問10とか、11と出ておりますんで、その対応につきましては、ここ、添付しております、もう少しおめくりいただきますと、アンケート調査そのものを載せてございまして、ちょっとおめくりいただきますと、裏面ですけれども、問5、例えば「医師の宿日直業務について、労働基準監督署から祝日直許可を受けていますか。」というような問について、例えば「ウ」とか「エ」とか、許可を申請したけど許可されなかったとか、そもそもしていないとかというような場合には、それに対してアクセスして、確認していくということになってございます。

また、問6のところでも、時間外労働が960時間以上の場合や医師が一人以上いるかというふうな問いにつきまして、「いる」と言った場合に、また尋ねに行くというふうな形となってございます。

問10が、36協定の自己点検、問11というのが、産業医と面接指導を長時間労働者に対して行っているかというふうな内容となってございまして、そのようなことについて、東京都のほうでできていないところに対して確認をしていくことというふうにはなっておりますが、ただ、先ほど説明したとおり、大変病院数が多いですので、いかに工夫してこれをやっていくかということが課題だというふうに受けとめているところでございます。

最後の資料6-7につきましては、今、働き方の推進に関する国の検討会の開催要綱をまたつけさせていただいております。

説明は以上でございます。

○古賀会長

ありがとうございました。

これもなかなか大変な内容を検討する部会でございますけれども、勤務環境の支援センター、医師の働き方改革に向けた取組状況ということですが、全医療従事者についての勤務環境改善ということで検討いただいていると思いますが、今の部会の経過報告内容、その他で何かご質問なり、ご意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

こういった内容を検討しているということですが、実態調査ということで、先ほどの看護に加えて、そういう調査がまた医療機関のほうでは行われるということで、やはり実態がわからないと、その先の対策も立てられないというようなところもございまして、各医療機関に協力いただけるように、事務局からも改めてよろしくお願ひしたいと思ひます。

○酒井委員

大変医療機関はお忙しい中で、今、国の調査をやっているわけですがけれども、ご案内のように2024年の4月1日には、新しい医療機関ごとの特別水準を決めて、スター

トしなければいけません。

今から4、5年というのは、すごく時間があるようでいて、あっという間に来てしまうと思いますので、大変、恐縮なんですけれども、ぜひ東京都の支援アドバイザーですね、社会保険労務士であるとか、医業経営コンサルタントであるとかという専門の方たちの支援を受けながら、皆さんの医療機関に何とか支援して2024年からは、いいスタートを切りたいというふうに思っております。そのための基礎調査ですので、まだ回収率が先ほど報告ありましたように50%。しかも再チェックしなければいけない項目がたくさんあるということで、担当の職員の方も非常に今、どういうふうにやるかということ部会の中で検討しておりますので、よろしくご協力いただきたいというふうに思っています。よろしくどうぞ。

○古賀会長

ありがとうございます。

医師の時間外労働960時間以内におさめようというところで、B水準として2024年からは1,860時間、数字だけ歩いているようなものもごさいますけれども、その中でも医師の確保のほうでは研修医は1,860時間、時間外労働はいいんだというような意見もあったり、どうしてそういう数字が出てくる、いろいろあちらこちらでも検討されている中身ですが、じゃあ、看護師の勤務時間はどうなのか、コメディカルの勤務時間はどうなのかというのももちろんごさいますけれども、いろんな部署でいろんな工夫をして、努力されていることと思います。

報告事項、一応、議事を含めて全部これで本日の議題は終わりなんですけど、全体を含めて、何かご意見なりございましたら、もう少し時間は余裕あると思いますので、何かごさいませんか。これだけは言っておきたい、この先、この検討をぜひ加えてほしい、あるいは医師確保にプラスアルファ、こういったことが必要だと、大丈夫でしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、これで本日の議事、全部終了ということで、事務局のほうから何か追加がございましたら、よろしくお願ひします。

○高橋課長

3点ごさいます。

1点目ですが、資料の郵送をご希望される場合は、机の上にそのまま置いてお帰りください。後ほど事務局から送付させていただきます。

また、机の上に置いております、ピンク色の冊子でございまして、こちらは共通でまた、使いますので、お持ち帰りにならないようお願いいたします。

2点目ですが、本日、入庁の際に交付されました入庁証につきましては、お帰りになる際にエレベーターホール入り口のゲートで返却をお願いいたします。

最後に、地下駐車場のご利用の方につきましては、駐車券をお渡しいたしますので、事務局までお申し出ください。

以上でございます。

○古賀会長

皆様、多々いろいろな委員会、協議会に出席されていると思うんですが、次回のこの協議会は予定が立っておりますでしょうか。

○高橋課長

次回の開催は、12月中旬以降を予定してございまして、ただ、今、まだちょっと日程調整中でございますので、近日中に調整の上、ご案内いたしますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

○古賀会長

1カ月後というようなところで、年末の忙しいところになると思いますが、また、ぜひ参加、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、本日の会議、これで終了したいと思ひます。ご協力いろいろありがとうございました。

(午後 6時27分 開会)