

第2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24日
東京都福祉保健局

(午後 4時00分 開会)

○千葉計画推進担当課長 お待たせいたしました。定刻となりましたので、ただいまから第2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。

本日はお忙しい中、委員の皆様方に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。失礼して座って説明させていただきます。

まず初めに、委員の皆様の出欠についてご報告させていただきます。

本日は、野原委員、埴委員、落合委員より欠席のご連絡をいただいております。

また、渡邊委員、福内委員につきましては、おくれてご出席とのご連絡をいただいております。よろしくお願いいたします。

また本日は、医師確保計画の検討に当たりまして、小児周産期医療と整合性を図る目的から、東京都周産期医療協議会から楠田聡会長と中井章人委員にご出席をいただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、本日の会議資料をご紹介させていただきます。会議次第の下に四角で囲ったところに資料の一覧を記載させていただいております。資料が資料1から資料7まで、参考資料が参考資料1から参考資料4までとなっており、また、冊子で東京都地域医療構想の冊子、それから、水色のファイルで国が出しております医師確保計画策定ガイドライン、外来医療に係るガイドライン、つづいたものを置かせていただいております。

何か資料等に不備がございましたら、お気づきのたびごとに事務局までお申しつけ、お願いいたします。

また、この資料のほかにも、後ほどまた会議の最後でもご紹介させていただきますけれども、追加のご意見等々を記入していただくための1枚の第2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う紙も用意させていただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

なお、本日の会議でございますが、本会議の設置要綱第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っております。また、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、このそれぞれを非公開とすることができるというふうな規定になってございます。本日ににつきましては、原則どおり公開とさせていただきたいと思っておりますが、よろしゅうございましょうか。

(異議なし)

○千葉計画推進担当課長 ありがとうございます。

本日ににつきましては公開とさせていただきます。よろしくお願いいたします。

また、本日は、会議の記録のために速記を入れております。大変恐れ入りますが、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り、ご発言をお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局からは以上でございます。

では、以降の進行を猪口座長にお願いしたいと思います。猪口先生、よろしくお願いいたします。

○猪口座長 どうも久しぶりでございます。この会議室はちょっと狭いので皆さん大変でしょうけども、よろしくお願いいたします。

では、会議次第に従いまして進めてまいります。

次第に記載されている報告事項及び議事の（１）東京都医師確保計画及び東京都外来医療計画の検討についてです。

本日は、医師確保計画と外来医療計画の第１部に関する議論を行った後、両計画の第２部に関する議論を一体的に行っていきたいと思っております。二つの計画は関連性の深いものなので、相互に関係を確認しながら意見を交換していきたいと思います。

まず、第１部に関する議論から行っていきます。医師確保計画についてですが、周産期医療協議会から出席のオブザーバーから報告を受けた後、前回までの委員のご意見を踏まえて、事務局と東京都の地域医療構想アドバイザーが行った分析があるとのことなので、報告を受け議論を進めたいと思っております。

それでは、オブザーバーの先生２名から報告をいただきます。

周産期医療協議会の中井委員からご報告をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○中井委員 猪口座長、どうもありがとうございます。

周産期医療協議会の委員をしています、日本医大の中井と申します。きょうはちょっと産婦人科、この周産期医療の動向と東京都における医師数といったあたりをお話しさせていただきたいと思っております。

資料３をごらんいただければと思います。

カラー刷りになっておりますけれども、まず、表紙下段にありますものは母体の出産年齢の割合を示したもので、もうご承知のように高齢の妊婦さんが非常にふえているということ。これは全国データで３５歳以上が３割近くに及んでいますが、東京都はこれに先進的で、３０％以上のお母さんが３５歳以上ということになります。

おめくりください。

ページ数が打ってなくて申しわけないんですが、次にめくりましたページにありますのは、日本産科婦人科学会の周産期登録データベースという全国の登録データベースがございまして、その１０年間分の推移を持ってきたものでありますけれども、上段は主な産科合併症の頻度の年次推移であります。産科合併症というのは妊娠することによって発生する疾患でありますけれども、ごらんのとおりに大きな変化がなく、大体ですけれども、右端にあります小さな図ですけれども、妊婦さんの大体５０％強が何らか

の疾患を妊娠中に有するというのが現状のようであります。

一方、下段のほうに主な偶発合併症頻度の年次推移とございますが、こちらは妊娠していなくてもかかる疾患、それらを妊娠中に偶発的に合併した人の頻度でありますけれども、ごらんのとおり右肩上がり、子宮の疾患であるとか、呼吸器疾患、糖尿病、精神疾患、甲状腺疾患といったところが非常に増加しております。全体の合併症の率としては、右のほうに小さな図がございますけれども、約30%以上の、3分の1近くの妊産婦さんが何らかの合併症を持っており、こういった偶発合併症というのは非常に母体年齢と正の相関をいたしますので、高齢化が招く問題点の一つになろうというところがあります。

次のページ上段をごらんください。

これは母体の年齢階級別に周産期死亡率というものを示しています。ご存じのように周産期死亡率は妊娠中に起こる死産の割合と、生後7日目までの新生児死亡、これを合わせたものであります。死産が青い三角のポイントで示したものの、それから、緑のスクエアで示したものが新生児死亡であります。合算した赤い線で示したのが周産期死亡率になりますが、ごらんのとおり、40歳以上、45歳以上になりますと非常に高くなって、20歳代の約3倍近い数字になるということで、高齢化というのはこうした問題も含むということでございます。

下段は、我々産婦人科医が最も避けたい合併症といいますか病態であります妊産婦死亡であります。これも産婦人科医のデータをお借りしてきましたけれども、年齢ごとに見ていきますと、この赤いバーが左側の図ですが、どんどん高くなって、40歳以上になりますと5倍近くの死亡率になるということがわかっております。

また、右のものは厚労省が毎年出しております母体死亡の原因別の年次推移でありますけれども、母体死亡には直接的な産科的死亡と間接産科的死亡というのがありまして、この間接産科的死亡というのが脳出血であるとか心・大血管疾患など、そういった、いわゆる偶発合併症によるもので、ちょうど黄色いところで示してありますけれども、これが年々増加しているということ、これも母体の高齢化に伴う変化、これが現在、我々産婦人科領域が抱える妊産婦に関する動向と問題点であります。

おめくりいただきまして、今度は東京都の現状をご紹介しますと思いますけれども、まず、東京都の分娩施設の推移というのをごらんください。黒い線でつながっています白のオープンサークルが総数であります。分娩を取り扱う施設の総数。それから、黄色いサークルが有床診療所、いわゆるクリニックで分娩を扱うところ。それから、緑が一般の病院。一般病院というのは周産期母子医療センターの指定を受けていない病院という意味であります。そして、青が地域周産期母子医療センターの指定を受けた施設、赤が総合と書いてありますが、総合周産期母子医療センターの指定を受けた施設でございます。ごらんのとおりで、ことしの2019年の、これは1月時点のデータでありますけれども、回収率95.8%というのは、これは全国の回収率なんですけれども、毎年

2～3%の施設は閉鎖されておりますので、96%近い回収率というのは、ほぼ100%回収率のデータで、東京都においても同様のことが言えると思いますけれども、それを見ていただくと、現在、分娩を扱う施設164にまで減少しています。恐らく、200ぐらいあるんじゃないかというのが通常の認識なんですけれども、随分減少しているということがおわかりいただけると思います。

下段の図でありますけれども、今度はそこで働いております常勤医師数、これの推移を示します。今回、実は東京都だけ切り抜いて、こういった表をつくるのは初めてでして、私もちょっと見て驚いたんですけれども、このオープンサークルで示しました総数というのが、2014年をピークに減少に転じているんですね。ずっと産婦人科医はふえ続けているのだろうというふうに思っておりましたけれども、分娩施設で働く常勤医師は減少しています。その内訳は、先ほどと同じような色分けで、その下に折れ線を描いてございます、その下に数字もございますので後でご参考にしていただければと思いますけれども、やはり一般病院あるいはクリニックの先生方の減少が目立っております。総合及び地域の周産期母子医療センターではわずかながらに増加してきているというところでもあります。

おめぐりいただいたところにありますのは、これは東京都で働いています全産婦人科常勤医師の推移を、今、お示した分娩施設の総医師数とともに婦人科施設、こちらを加えたものです。じゃあ、東京都は全体として産婦人科医師はふえていないのかといいますと、わずかながらに増加しております。ただし、ごらんとおり婦人科施設、つまり分娩を扱わない施設の医師がどんどん増加しておりますして、分娩を扱う施設の医師は先ほど言いましたように、2014年をピークに減少の傾向にあるというところでもあります。

その下段なんですけれども、これは日本産婦人科医会のほうで毎年行っています就労環境に関するアンケート調査からデータを持ってまいりました。回収率は74%ですから、これは先ほどのものより精度が下がります。

ここでは在院時間というのを調査しておりますして、それを現在、国が推奨しております医師の働き方改革による（A）水準あるいは（B）、（C）水準、これらの表に合わせてお示しいたしました。赤いバーが東京都なんですけれども、一番上にあります全施設というところを見ていただきますと、幸いかな960時間をわずかながらに下回るのが今、東京都の周産期医療施設の現状のようであります。また、その内訳として、総合と地域の周産期母子医療センター、また、そういった指定のない一般病院と分けて見ますと、施設機能に応じて、この在院時間というのは随分変わっております。周産期母子医療センターでは、いずれも非常に長時間に及ぶんですけれども、特に地域周産期母子医療センターの在院時間が全国平均を上回っております。この白いバーがそれぞれに対応する全国平均を示したものですけれども、総合周産期のほうでは960時間を超えておりますけれども、全国平均の1,278時間よりは短い。しかし、地域周産期では全

国平均を上回っているという、ちょっとこれは驚いた数字であります。一方、一般病院は、随分低い水準、低いといひましても通常の三六協定から見れば倍ぐらの時間ですから問題なんですけれども、推移しているという問題があります。

おめくりください。さらに、この調査で各施設の機能ごとに在院時間を比べてみました。まず、6個の図があると思いますが。左上のものは総合周産期母子医療センターの中で、ちょっとミスプリントがあります。緑のカラムの下に360から960未満と書いてありますが、これは960時間未満としてください。時間外労働時間が960時間未満、すなわち(A)水準におさまっている施設は東京の総合周産期の中では4施設だけということで、3分の1の施設に当たります。そして、6割近い七つの施設は(B)(C)水準、つまり1,860以下ではあるけれども、1,960を超えているんだという状況にあります。そして、一つの施設は1,860時間を超えた、ここはちょっと今後、早急に改善しなければいけないといったような状況になっているということでもあります。

一方、この在院時間が一番長かった真ん中にあります地域周産期のほうで見ていただくと、(A)水準におさまっているものは18%、(B)、(C)水準で81%ということ。これは下段にあります全国平均のものと比較していただきますと、全国平均ですと30%が(A)水準、6割弱が(B)水準ですから、どうも東京ではこの地域周産期母子医療センターというところが一番苦しい状況になっている可能性があるということでもあります。

そして、指定のない病院のほうでありますけれども、ここは(B)、(C)水準というのが認められる可能性が低いかもしれませんので、みんな(A)水準を目指さなければいけないところになりますけれども、(A)水準に今おさまっているものが70%弱、68.2%、これは全国平均よりもいい数字になっています。そして、指定のない病院の(B)水準には、やっぱり27%で、それを超えるものも4.5%あるという、特に、ですから地域周産期母子医療センターで長時間在院になっている可能性があるということです。

ただし、ここで言う在院時間には自己研さんであるとか、それから、夜勤・宿直の取り扱い、一体どちらの業態なのかといったことは加味されておられません。どれだけ病院にいたかということのを問うているアンケートでございますので、その辺を精査すれば、もう少し短縮される可能性はあるというふうにご理解ください。

さて、その中で働く医師の割合でありますけれども、その下段であります。左側は総合周産期を見ていただきますと、医師数は確かに全国平均を上回って多くおります。

まず、総合周産期で見ていただくと、ピンクのカラムは、これは妊娠・育児中の医師、常勤医師です。それから、青で示しましたところは妊娠・育児にかかわらない男性も女性も含まれます、常勤医師。そして、グレーのところは非常勤医師となっております。総合周産期母子医療センターを見ますと、おおむね28人から、場所によっては30人

平均ぐらい医師数がおりまして、その医師数の多さと、この時間外在院時間の長さは余り関連がないということで、これは全国データでもそうなんですけれども、この群で一番、在院時間に影響しているのは母体搬送の受け入れ件数なんです。母体搬送の受け入れ件数が多ければ多いほど在院時間は延びます。それと、もう一点は手術時間です。婦人科手術の件数が多ければ多いほど、やはり在院時間が延びているということで、婦人科手術に関しては各施設で検討していただける課題かと思えますけれども、この母体搬送というのは急にやめるといふわけにはまいりませんので、この辺は地域でそれを補完するような方法を考えていく必要があるかと思えます。

次に、地域周産期を見ていただきますと、地域周産期では、常勤医師数、妊娠・育児中の女性医師、それとそうではない医師合わせた数字は余り大きく変わりません。ここで変化があるのは、この非常勤医師数であります。非常勤医師数がある程度確保されていれば労働時間は（A）水準におさまりますけれども、そうじゃなければ延長しているということで、ただ、これ今、国のほうでもダブルワークに関してはさまざま議論が進んでいるところで、今後どうなるかと、非常勤医師しか確保できないと非常に困る状況なんじゃないかと思えます。

同様のことは、指定のない一般病院でも言えます。これでも少し見づらくなっておりますけれども、非常勤医師数の推移とこの在院時間というのは非常に高い負の相関をいたしまして、医師数が少なければ少ないだけ在院時間は増加するという統計的な有意差が出る状態であります。

最後に、おめくりいただいた最後のページになりますけれども、上段のほう、東京都における取扱分娩数の内訳であります。2018年の、これは19年の調査でありますけれども、1年前の分娩数を各施設に聞いておりますので、この調査内では9万の分娩が計上されておりますから多分、東京都のこの年の出生数が10万弱でしたっけ、10万ぐらいですので、これは双子さんの場合は1分娩と数えていますので、それがカウントされない。それから、帰省分娩などが東京もやはり、以前調査したところだと1万分娩ぐらいは帰省分娩しておりますので、ほぼ100%集まっているデータだと思えますが、ごらんとおり、クリニックが扱う分娩は30%で、一般施設と地域周産期で半数以上の分娩を扱って、総合が2割弱の分娩を扱うということで、これは全国データとはちょっと異なる、参考までに右のほうに全国データを載せましたが、状態であります。

以上、簡単に下にまとめがございます。周産期医療の動向のほうに関しましては、先ほど話したとおりでございますのでお読みいただければと思えます。東京都における産婦人科医師の推移と在院時間に関しては、分娩施設がこの13年間で50施設減少して、164施設になっているということ。2006年以降増加傾向であった分娩施設の医師数は2014年をピークに減少に転じているということ。研さんと宿直を考慮しないと、周産期母子医療センターの平均時間外在院時間というのは（A）水準を上回っております。特に地域周産期母子医療センターで平均を上回り、全国平均を上回るという結果に

なっています。また、地域周産期母子医療センターと一般の病院の在院時間は、この非常勤医師数に依存しているということ。

ですから、現時点で、この常勤の医師が充足しているとは言いがたい状況にあるということをご理解いただければというふうに思います。

私からは以上でございます。

○猪口座長 はい、ありがとうございます。

後ほど、皆さん、委員からの意見を聞くとして、続けて、オブザーバーの楠田先生にお話を伺いたいと思います。よろしく申し上げます。

○楠田会長 東京都の周産期医療協議会の会長をしております、杏林大学の楠田と申します。本日はこの周産期医療に関しまして、こういう発言する貴重な機会をいただきまして、座長の先生を初め、関係者の皆様に感謝させていただきます。

それでは、今から私の担当部分であります小児科医、特に新生児医療を担当する小児科医の確保の重要性について、資料のほうを使いまして説明をさせていただきます。資料は、同じく資料の3になりますけれども、1枚目が文章で、2枚目以降が図になっております資料になります。

まず初めに、周産期医療の内容と、ここにいらっしゃる委員の皆さんで、よくご存じの方もいらっしゃると思うんですけども、少しその辺を最初に説明させていただくと、周産期というのは、今、中井委員のほうの説明しました母親を診る、これは母親と実際には胎児ですけど、母親と胎児を診る部門、これが主に産科の先生方が担当されて、それから、そこから生まれた小児、新生児を担当するのは小児科医で、これは小児科医ですけども、小児科医の中の、実際には1分野である新生児を担当する小児科医になります。

実際に今回の医師確保の計画というのは、国がある程度その医師の人数と、それから、小児でありますと小児人口との比率とを出して指標を出しておりますけれども、やはり小児の中でも周産期医療を担当する小児科医というのは別ですし、それから、単にそういう小児人口という考え方で小児医療の、いわゆる需要を判断すると、必ずしもその数字どおりにはいかないというところを説明させていただきたいと思います。

ということで、今回の医療計画でも小児科医、産科医もそうですけれども、特に別途検討するというので、本日の資料にも用意していただいておりますけれども、ガイドラインが策定されておりますので、その中にも含めて、ぜひ別途に検討をお願いしたいということになります。

まず最初は、小児科医師の偏在指標ですけども、これは国が出したもので、これはいわゆる人口比で医師数がどうかということで、済みません、ちょっとページをめくっていただきますと、図1というのが厚生労働省が出した医師の偏在指標で、上のほうが小児科医が多い都道府県、下のほうが少ない都道府県になりまして、東京都は鳥取県に次いで全国2番目に医師が、小児科医の医師が多いという、そういうデータになってお

ります。ただ、これはもう小児科医数を小児人口で割っていますので、東京都は当然、医療機関、いわゆる教育病院、研修病院等多いですから、当然のことながら多くなりますし、鳥取県は小児人口の割には当然、小児人口が少なくなっておりますので、割には多くなるということで、そういう1位、2位というのが出ておまして、東京都が2位という、そういう指標になっておりますけれども、これを単純に見てしまうと、小児科医が東京都では十分従事しているのではないかという誤解を受けますので、そうではないということをお話したいと思います。下のほうは当然、人口が多くて小児科医が少ないということで、人口、小児人口がかなり影響するということになります。

済みません、戻ったり行ったりということを繰り返すことになってしまいますけれども、戻っていただいて、今の小児科医の医師偏在指標ですけれども、2番目のカラムのところですけれども、これは先ほど言いましたように、小児人口であらわしていると。それから、実は新生児医療を担当する、我々は新生児科医というふうに呼ぶことが多いんですけども、こういう診療科というのは世の中に、いわゆる予防科にもありませんし、それから、専門医制度でも新生児科医というのはございませんで、新生児を担当する小児科医を直接あらわす指標がないんですね。年末に行われる医師の医師数調査でも、新生児科医というところを丸するところはなく、小児科医しかございませんので、そういう意味では、これはもう全ての小児科医を含んでいるのが先ほどのデータということになって、いわゆる周産期医療の中での新生児を担当する小児科医をあらわしていないというのが、まず最初のこの周産期医療をやっている現場からの意見になります。

次は、小児医療の中で新生児医療はどんな特徴があるかということで、二つ目のカラムになりますけれども、繰り返しになりますけど、ともかく小児人口であらわしていると。小児科医師数を小児人口で割るので、ともかく東京は多くいると。でも、実はその小児医療の中で新生児医療というのは少し患者さんの扱う対象が違うというところを次のところでお示したいと思います。

済みません、本当に行ったり戻ったりで申しわけないんですけども、1枚めくっていただいて、図2というのがございまして、これは疾病分類別推計入院患者数で、上が日本医師会の日総研のほうがつくられたデータで、小児の入院患者の年齢別の割合を示したものになります。一番上がゼロ歳、それから1歳から4歳、5歳から9歳、10から14歳、15から19歳という年齢の区分になっておりますけれども、小児の入院患者というのは、圧倒的にゼロ歳が多いんですね。しかも、そのゼロ歳の中身を見ていただくと周産期、要するに周産期に発生した病態、ですから、いろんな呼吸障害だとか、早産、低出生体重児も含めた、いわゆるハイリスクの妊婦さんから生まれる、そういう新生児が圧倒的に小児の入院の対象になっていると。さらに、その横の先天奇形、染色体異常というのは先天性の疾患ですので、これもNICUで治療が必要なので、実は小児の入院患者の大多数といってももういいと思うんですけども、入院患者数では圧倒的に周産期で発生して、なおかつNICUと呼ばれるところに入院する患者さんが多いとい

うのが、これは全国のデータになります。

このデータを同じように東京都のデータで見ますと、その下段のほうになります。ほとんど全国と一緒に、一番多いのは周産期、それから、次に先天奇形、染色体異常ということで、同じように東京都でも圧倒的にゼロ歳の子供の入院が小児では多いということになります。

全国とその下の東京都を見ていただくと、一番下が全体での、これは受診時での人口比で出しておりますけれども、それで見ると、上のゼロ歳のところと全体、あるいはゼロ歳とそれ以外の年齢の小児の割合を見ていただくと、もう圧倒的に東京はこのゼロ歳の入院が多いということで、もちろん紹介等で集中しているというのもありますし、それから、先ほど中井委員からご説明がありましたように、ハイリスクの妊婦さんがふえているというのもまたあると思いますけれども、全国的にも周産期の入院が多い中で、特に東京都はこの周産期の入院が多いという、そういう結果になっております。

済みません、また戻りまして、ということで、この小児の入院という一般的な考えでは、どうも周産期の入院数を正確にあらわしていないということになりますし、実は小児の入院患者のほとんどはNICUに入院しているというのが実態ということで、やはり小児科医の数じゃなくて、新生児医療を担当する小児科医を正確に出さないと、やはり医師確保という意味では小児科医で数値を出すと、必ずしも実態を反映していないということになります。

それから、実はNICUに入院した子供たちは、最近の周産期医療の進歩でそのまま退院される確率が圧倒的に高くなってきたんですね。日本の周産期医療は、水準では世界一ですので、いろんな疾患があったとしても、NICUから退院される方がもう圧倒的にふえてきております。そうすると、そういうNICUから退院した子供たちは、その後も、いわゆる医療的ケアが必要な子供が圧倒的に多いんですね。その場合に、どうしているかということ、いわゆる在宅医療を担当される小児の専門の先生が診られることも多いですけども、実はNICUからのつき合いがありますので、いわゆる新生児医療を担当していた小児科医がそのまま外来もフォローアップすることが多いんですね。そうすると、NICUの業務と、それから外来、特に在宅の外来を担当している、新生児医療を担当する小児科医も非常に多いということで、これもなかなか一般には知られていない事実というか、新生児医療を担当する小児科医の負担になっております。

どのぐらいこの小児在宅医療の患者さんがふえているかということ、済みません、また資料のほうに戻っていただいて、図3、ちょっとページ数がなくて申しわけないんですけども、図3というのがタイトルに入っているグラフになります。もちろんご存じのことだと思いますけれども、右肩上がりですべてふえている、これは医師会のほうで、小児在宅ケアの検討委員会で平成30年に調査されたもので、もう圧倒的に、2005年から調査が始まっておりますけれども、ほぼ2倍にふえているということで、このあたりの患者さんの一部は、小児科医が主ですけども、新生児医療を担当する小児科医がかなりこ

ここにかかわっているということで、これもなかなか小児科医ということでは数値としてあらわせない、いわゆる新生児を担当する小児科医の業務と、負担ということになっております。

済みません、また戻りまして、次、この新生児医療の特性のカラムのほう、終盤のほうになりますけれども、今、お話ししたように、小児の入院医療はほとんどが周産期の医療分野で発生する疾患だというお話をしたんですけれども、では、それがどんなふうに数としてふえているか、減っているかという、そういう資料を最後にお見せしたいと思います。

また戻りまして、最後の図、図4になります。この図は、小児が15歳未満の疾病分類別推計入院患者数（入院）の入院患者の推移ということになります。これは社会保障審議会のほうで出された資料なんですけれども、11年から3年ごとに小児の入院した患者さんの疾患を疾患別にあらわしたものになります。一番上の疾患は小児の呼吸器疾患、ですから肺炎だとか気管支炎だとか、そういうもので、昔であれば小児の代表的な疾患でありました。これは幸い下がってきているんですね。肺炎球菌のワクチン等、いろんな予防策が講じられておりますので下がってきていると。真ん中の赤い線が、これは周産期に発生した病態で、平成11年と23年を比べてもほとんど変わらないか、少しふえているぐらいだということで、小児の入院患者の中では、その数が維持されていると。それから、一番下は神経系の疾患で、いわゆるけいれんとか、昔はこれも髄膜炎がふえましたけれども、これも今、ヒブワクチンでもう劇的に減っておりますので、そういうものも減ってきているということで、小児医療の構造の中の変化をあらわしておりますけれども、小児疾患の多くがある程度予防可能な疾患になりつつある中で、やはりこの周産期に発生する病態というのはほとんど変わらないというのが全国集計になります。

その下が同じ表を東京都の患者調査でつくったもので、東京都は平成26年まで数値をプロットしてありまして、全く上と同じ内容の表になりますけれども、全国と同じように明らかに呼吸器疾患は減っていますし、それから、神経系の疾患は全国よりも減り方はなだらかですけれども、これも減ってきていると。一方、周産期に関しては、実際には東京都では上がってきているということで、全国以上に、やはり先ほども言いましたように、周産期の医療の需要が多いというのがどうも特徴で、これはもう東京都がやはりよりハイリスクの妊婦さんを扱っているからだと思っておりますけれども、同じようなことで、周産期の患者さんだけがふえているというような状況になります。

ということで、また戻っていただいて、これで一応、私のデータの説明は以上なんですけれども、したがって、最初に言いましたように、周産期医療というのは母体・胎児を診るのと、それから、生まれた新生児における部門と分かれていまして、東京都の周産期医療、協議会の立場からすれば、周産期医療が充実するというのは当然、我々の望むところですし、それはやはりそういう子供、妊婦さんという、もともといろんな課

題が発しやすい時期の患者さんが安全に医療が受けられるというのは重要なことですので、そういう意味で、今後も充実等を我々としては願うわけですが、そのときの医師として小児という考え方ではなくて、周産期医療の中の小児医療ということで、小児じゃなくて、新生児医療を担当する小児科医という考え方で、ぜひ評価をしていただきたいのと、それから、もっとこれはひょっとするとふえるかもしれないというのは、先ほどの中井委員のお話のように、東京都の妊婦さんのことを考えると、単に現状維持じゃなくて、もっと手厚く確保が必要ではないかというふうに考えておりますので、一応、東京都の周産期医療協議会の立場で、特に新生児医療を担当する小児医療の重要性についてこちらのほうからお話をさせていただきました。

以上になります。

○猪口座長 どうもありがとうございました。周産期医療協議会の楠田会長、それから中井委員からお話をいただきました。

このオブザーバーからの報告を受けまして事務局としてはどういうふうにお考えか、お話をいただきたいと思います。

○高橋医療人材課長 ありがとうございます。

医師確保計画策定に当たりましては、産科・小児科医の医師確保計画策定が義務づけられているということで、今、お話しいただいたところでございます。都といたしましても、産科・小児科につきましても、全国的な動向と同じく、東京都としても、より医師数確保が厳しい状況にあるというふうに認識しております。今、先生方からお話がありましたのが、対象となる患者さんが、より手がかかる状況になっているというお話があったというふうに認識しております。ハイリスクの妊産婦ということ言えば、中井先生のほうから冒頭、全国では35歳以上の母体による出産が3割近くということでございましたけれども、東京都がここは36.7ということで、より4割に近づいているということで、この後の資料が国の資料ではあったんですけども、そういう意味では、より偶発合併症を起り得る頻度というのは東京都のほうが高いと、よりそういう傾向が色濃く出ているのではないかということが言えるのではないかと考えております。また、小児のほうにおきましても、最近、すごく軽い赤ちゃんが誕生するというようなこともございますし、また、今、ご説明していただいたとおり医療的ケア児の話もございました。

という中で、新生児について、特に特出しして見ていくべきではないかというお話につきましても、まことにそのとおりだなというふうに思っていますので、このあたりを医師確保計画の中にも取り込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。

また、産科・小児科につきましても、先ほどちらっとお話もありましたが、女性医師が多いということもございますので、一時的に戦力外となるような時期があるということも含めまして、そういうことも含めて多くの医師を確保していくということが大事かなというふうに思っておりますので、そういうような認識でございます。

済みません、ちょっとこのようなことで。

○猪口座長 今、お話があったように、東京都のほうも事務局もこのように認識しているということでございます。今のオブザーバーのお話、それから東京都のお話を聞きまして、委員のほうからのご意見をいただきたいと思います。

どうぞ、何でも挙手によりお話してください。

○角田委員 先生、よろしいですか。

○猪口座長 角田委員、どうぞ。

○角田委員 東京都医師会の角田でございます。

お二人の先生の一つずつちょっとご質問といいますか、伺いたいんですが。

まず、中井先生、先ほどからお示したように、東京都では高齢出産が多いと。そうすると、間接的な合併症を持っている妊婦さんが多いので、どうしても出産が病院とか、そういったところに集約化されるというような動きがあるというふうに、このデータから考えていいのかどうかということと、あともう一つ、楠田先生のほうにお伺いしたいのは、図の3の医療的ケア児の数が出て、右肩上がりで上がっていますが、これは多分、医療的ケア児は総数として上がっている図だと思うんですね。ですから、毎年、医療的ケア児が、つまりどのぐらいふえて、その毎年数は変化があるのか、それともふえているのかと、その2点をお伺いしたいと思います。

○猪口座長 じゃあ、中井委員からお願いいたします。

○中井委員 ご質問、ありがとうございます。

今、ご指摘のとおりで、非常にハイリスクがふえているので、よりハイケアのできるセンター、施設を求めるという傾向はあろうかと思います。

ただ、もう一点、あと、やはり少子化の問題でもあるんですけども、お一人しかお子さんをお産みにならない方というのが、やっぱり東京都も大分、合計特殊出生率も非常に低いわけですので、そういった意味でも一人に手をかけているという、ご指摘のとおりだと思います。

○猪口座長 要するに、ある特定の病院、これで言うとセンターに集約していて、患者さんが集中していると。患者さんというか、出産する妊婦さんが集中している傾向があるというお話でよろしいですね。

○中井委員 分娩数の推移から見ると、済みません、きょう、それは表に出さなかったんですけども、最後にある分娩のシェアで診療所が30%というのがございますけれども、これの年次推移を見ると非常におもしろいんですけども、十三、四年前から我々団体はこの調査を開始していますけれども、この診療所の分娩数って変わらないんですね。ずっとある一定数は保たれる。全国データでも東京都のデータでもそんなんです。

一方で、病院分娩、総合と地域と一般というふうに今、分けていますけれども、この一般病院の分娩数が徐々に、徐々に目減りしています。総合周産期であるとか地域周産期で扱う分娩数というのがトレンドとしては増加しているというのが、全国も東京都も

同じ流れになっていますから、そのハイケアをする、そういった総合周産期母子医療センターに集約していくというのはもちろんいいことだと思うんですけども、一方で、その、じゃあ診療所が全く要らないかといいますと、これは日本の恐らく出産の文化なんだと思うんですけども、里帰り分娩であるとか、東京都に里帰り、さっき東京都から1万出ると言いましたけれども、東京都に入ってくる分娩もあろうかと思うんですが、そういった方は、やはり自宅のそばで出産したいなんていうことも大いにありますので、日本産婦人科医会など、それと我々の団体としては、この診療所の分娩というのは、ある程度継続していけるような支援も求めているところであるので、必ずしも一極化ではない、つまり総合周産期、周産期センターとクリニック、この二極化が今進んでいるというふうにご理解ください。

○猪口座長 はい、ありがとうございました。

続いて、楠田会長、お願いします。

○楠田会長 この図3の図というかグラフですけど、ご指摘のとおり、これは縦断調査ですので、実際に動態調査をやらないと、どういうふうにあつていっているかというのは正確ではございませんので、実は数年前になりますけれども、いわゆる我々はNICUの長期入院児というふうに呼んでいたんですけども、医療的ケアが必要なために長くNICUにおられる方の全国的な動態調査を、何年間で何人ぐらいそういう方がいらっしやあって、どのぐらい退院しているかという調査をやったんですけども、こういう医療的ケアの必要な方、非常に申しわけないんですけど、やっぱり亡くられる方もあるんですね。

ですから、その意味で、どんどんどんどん在宅をやっておられるというわけではないので、そういうのもやっぱり加味しないといけないので動態調査をやったんですけど、そのときの一応、指標が大体年間100名から200名ぐらいふえるだろうという、要するにあつていっているという調査でしたので、大体この縦断的調査とほぼ、余り矛盾のない結果ではないかというふうに考えていますので、今のNICUの状態ですと、やはりそういう方が全国的に発生して、なおかついつも、というか毎年、そういう方々にこういう医療的ケアが必要になっているというのが現状だというふうに考えております。

○猪口座長 はい、ありがとうございました。

ほかにどうですか。

はい、じゃあ、上田委員、どうぞ。

○上田委員 墨東病院におりますので、周産期で新生児、それから産婦人科のあたりで非常に問題があるということは私もよく認識しております。その中で、中井先生にお聞きしたいのは、今はだんだん女性医師の数があつていく中で、ざくっとこれから医師数をどれぐらい、総人数としてふやしていかなきゃだめなのかということをお聞きしたいのと、それから、楠田先生のほうには、今、それこそ新生児科から受けた小児がまたいろいろ患者をずっとフォローしていて、特に神経疾患の患者さんとかをフォローしてあって、その後、また

トランジションで大人の医療をやっていく、大人の、内科医が診ていくというようになってきているんですけど、その辺の医師というのは、だんだんはふえていると思うんですけども、その在宅医療とかをやる小児科医とか、あるいは在宅医療を子供たちのトランジションとして診ていく内科医とかをふやすための何か策とかというのはなされているんでしょうか。

○中井委員 私の方から先にご質問にお答えします。

先ほど、医師の内訳のところ、済みません、ページ数が書いてないんですけども、こういう棒グラフで妊娠・育児中の女性医師の人数、それから、常勤医の人数、非常勤の人数というのをお示ししましたけれども、ここに計上されている、そのピンクで示した妊娠・育児中の女性、これについても実は詳細なアンケート調査をやっておりまして、およそ5割ぐらいの方は通常業務に入れていない状態になっています。つまり当直を免除されているか、当直の勤務緩和を受けているか、あと、悪いともう外来だけの勤務になっているということで、本人のモチベーションも下がるような環境にあるというような方もおりますので、この常勤指数、例えば総合周産期が今、(A)水準にあるところは30人います。それから、(B)水準では20人、それから、(B)水準を超えるところでも28名いるというのが今、常勤医の数ですけども、一方で、この同じページの中段にあります医師数を算定した、プレゼンテーションは飛ばしてしまったんですけども、これは現在の働き方改革に合わせてMFICU、つまりICUを運営する場合にどれだけ医師数があるかと、これはもう単純に計算ができるんですけども、MFICUをやったり運営するには、原則19人ぐらい必要で、地域周産期のようなところで、もし宿直勤務でもいいというような緩い判定を受ければ、医師数というのはやっぱり8名、9名は最低でも必要になるということなんですね。しかし、それを女性医師が、妊娠・育児中の医師が全て働ける状態でその人数ということになりますから、実際、MFを本当に運営する施設になると、東京都のように30名近く、24～5名ぐらいは最低ないと正しい運用ができないというのが今の国の示す働き方改革に合わせるということですから、ただ、本当にそんな数、それを全国で推定しますと3,000人ぐらい産婦人科医が足りなくなるんですね。そんなに、例えば経営する側で果たしてそれだけオウンできるのかとかいう問題も、雇用できるのかという問題も生じますし、歯切れよく数字を今お示したいんですけども、なかなか出せずにおるというようなことですが、でも、実際に20名ぐらいいれば総合周産期、何とかみんなやっているというのが全国の状況だと思いますので、その辺は足りています。ただし、地域周産期、一番分娩数をこなしてくれている地域周産期とか一般病院がやっぱり医師不足であるということは明らかで、一般病院のほうでは、これは勤務医で見ていただくと、常勤医で見ると6名とか7名しかいないわけですから、これでは宿直業務も組めないんですね。これで国の示します副業・兼業が仮に厳しい判定をしなさいということになると、現在、いろいろアルバイトといいますが、副業に出ている、副業って言わないのかな、出ている医師たち

が、それ出ることができなくなるとすると、この施設は労働基準法上も運営できなくなるというのが現状ですから、やはり足りないと言わざるを得ないんじゃないかというふうに考えております。

○猪口座長 続いて、どうぞ、楠田先生。

○楠田会長 本当に墨東病院は周産期のメッカですので、非常にいろいろなことをやっていただいておりますけども、ご指摘のように、実は新生児期にNICUに入院した子供が大きくなると、いろんな成人型の病気をそのまま発生というか、合併することが知られておりまして、一つは、肺ですとCOPDが将来的にはふえるだろうし、それから、メタボリック症候群も圧倒的に多いというのもわかっておりますし、それから、腎のネフロンが少なくて、将来はやっぱり透析の患者さんに移行する危険性があるということも言われていますし、それから、脳性麻痺もそのまま大きくなられた方のそういう療育が必要ですし、それから、先天性の心疾患等もそのまま成人になられますので、そういう意味で移行期医療が非常に重要なんですけれども、今のところまだ、いわゆるNICU床に行き、それから成人に移行という意味では、順調に移行できているかということ、ちょっとそこはまだ不十分なところがあるかなというふうには考えています。ということで、いわゆる移行期医療に関する研究班のようなものがつくられておりますので、今後、より内科の先生方にいろんなそういう慢性の疾患を持ったNICUの入院した子供がお世話になるとは思うんですけども、今のところは、唯一、一番その移行がうまくいっているのは日本成人先天性心疾患学会というのがございまして、先天性の心疾患を持った子供が成人になったときにどういうふうに管理するかというのを、その学会で小児科医と、それから内科の先生と、あと循環器の外科の先生方がやっておりますので、そこはもう非常に移行がうまくいっておりますけど、ちょっとほかのところはまだ不十分だとは思いますが、そういうのがもちろん必要になってくる医療分野だというふうには考えております。

○猪口座長 どうもありがとうございました。

お二人の先生方の意見をこの医師確保計画、特に産科医と小児科医のところに関しては、なるべく反映したような形で書いていくということでお願いしたいと思います。

続きまして、これまでのPTの意見を踏まえまして、事務局と地域医療構想アドバイザーで検討・分析を行っております。実際に行った分析内容のご報告と、それを踏まえた政策の検討状況についてご説明をいただきます。

事務局からお願いいたします。

○高橋医療人材課長 済みません、本日、アドバイザーとして東京医科歯科大学の森脇先生と同じく高久先生に同席いただいているところでございます。

今回、計画の策定に当たりまして、先生方に計画策定のアドバイザーとなっていていただいておりますが、今回、せんだってPT等で意見の出ました東京都の特性といたしまして、医育機関が多くて、医療機関に従事する医師の30%程度いるような話ですとか、

大学病院等も多くあるということから、医療ではなくて、医師量ではなくて、教育や研究に携わる部分を医師数として入れるのは若干違うのではないかという意見もありまして、それらをちょっと反映したものの数字としてつくったらどうなるのかなというようなことをアドバイザーの方に頼んでいるというところと、あと専門医に関連しまして、昨年、東京都が大学等から医師を派遣する、実態調査は同じでございまして、それをちょっと分析してもらったらどうなるのかというところをお願いしているところにつきまして、きょう、森脇先生のほうから報告をいただくことになってございます。

○猪口座長 はい。では、森脇先生、ご説明をよろしくお願いします。

○森脇准教授 よろしくお願いいたします。アドバイザーの森脇でございます。

済みません、資料のほうをご説明させていただきます。ちょっと最初は内部資料ということをつくったものを急遽このような場をいただくことができましたので、資料が少し一部見にくいものがございますが、あらかじめご了承をいただきますよう、よろしく申し上げます。

まず、資料、1ページ目なんですけれども、東京都のほうは医師数が多いということが言われていますが。

○猪口座長 この資料でいいですか。

○森脇准教授 はい、その資料、失礼しました。

○猪口座長 番号のついてない資料ですね。

○森脇准教授 はい。特定機能病院の要件と書いてあるものが一番最初に来ている資料でございます。

東京都は医師数が多いと言われておりまして、一方で、特定機能病院も多い現状がございます。それを考慮した医師数の算出ができないかというようなことがありましたので、それをちょっと試みております。

特定機能病院の要件というのを、図を描いておりますが、ここで申し上げたいのは、特定機能病院は400床以上を有して、医師数が通常の2倍程度が最低基準となっております。この基準を用いて、東京都の医師数を換算してみようということでございます。

下に、医育機関と医師数と書いておりますスライドに移りますが、今回、使用したデータソースのほうは医療施設調査になります。そこでデータを使っておりますが、その中には特定機能病院の医師数というデータがございませんので、医療施設調査にございます医育機関の医師数というのをを使って算出しております。どのくらいのそごがあるのかというのが、一番下のほうの丸が重なるような図があると思うんですけど、このぐらい、医育機関163に対して特定機能病院85で、大学病院が77重なっているような形になっていきますので、この163の医師数を使って2倍の重みをつけた分析を行っております。

次のページへ行っていただきまして、2ページ目になります。

医育機関当たりの医師数というのは400床の病院に対して、その医育機関の医師数

ほどのくらいかというので全国値を調べてみますと、大体1.9倍になると。特定医育機関だと400床以上の病院に対して1.9倍の医師数があるというのが今回の集計結果でわかりまして、特定機能病院が全てではございませんけれども、その基準に近い形の医師数が配置されているということがわかりました。この重みを使いまして、東京都の医師数を換算しております。

続きまして、次のページ、3ページ目を見ていただけますでしょうか。

先ほどの1.9倍の重みをつけて、人口当たりの医師数を換算したものがこちらになります。通常の調整なしの医師数10万対は、東京都は上位3位、京都、徳島、東京という順になっておりますけれども、先ほどの特定機能病院の1.9倍という重みをつけますと、隣の行になっていますが、東京都は順位が8位になるというような形でございます。

続いて、右側の表を見ていただきますと、これは医療従事者の医師数だけを見ておりますが、それでも同じような形で集計していきますと、東京都は調整がない場合だと8位になっているんですけど、今回の重みづけをいたしますと21位まで下がると。ここで何を申し上げたいかといいますと、特定機能病院が多い東京都につきましては、こういった重みづけを考慮しますと、必ずしも医師数が多いわけではないということを示したのになっております。

この資料については一応これで説明を終わらせていただきたいと思います。

続いて、4ページ目に行きたいと思います。

大学病院の勤務医医師を除いた医師数の検討についてということで、先ほどの資料とほぼ似たような話になるんですけども、大学病院の医師は研究や教育に一定のエフォートが割かれているので、それを診療100%として換算して集計なり分析なりしていくのはちょっといかがなものかといったご意見がございましたので、大学病院等の医師の診療エフォートを考慮した分析をしております。そもそも目的は、都道府県別に研究・教育のエフォートと考慮した医療機関医師数が、これに考慮しない、済みません、「医療機関医師数」と書いていますが「医師数」ですね、医師数に与える影響を概観しております。

データのほうは28年の3医師調査を使っております。②と書いてございますけれども、平成30年にタイムスタディ調査というのを厚労科研で行われておりまして、これは研究代表者、種田先生が行われたものなんですけど、その中で、医師に対する医師の研究・教育のエフォートはどのくらいかという調査結果が記載されておりまして、その中で大学病院は研究・教育が9.9%、病院が4.1%というふうな結果が出ております。この値を使って分析をしております。

分析のほうは、まず、分析方法③実測値と記載しておりますが、これは、いわゆる3師調査から医療機関に従事する医師だけを抽出した医療機関医師数でございます。

④控除値と書いてございますけれども、この医療機関医師数からエフォート分を取り出し

たものを人数換算したものになっております。

⑤と書いてありますが、それを全医師数で割ったものをプロットしたものが下の図になります。今回の分析で何をしているかということ、教育と研究のエフォートに割かれた人数換算した医師数は全体の医師数のどのくらいを占めているかということを示したものになります。

下の図の説明をさせていただきたいんです。結論なんですけれども、医師数に占めるエフォート分につきましては、全国と比較して、高いけれども東京都は突出して高いわけではないと。ということで、医師数全体の影響は少ないということがわかっております。この図の見方なんですけれども、横軸が控除値です。医療機関で働く医師の研究・教育分を人数換算した値になっています。縦軸が医師数に対する、この④番の控除した値の割合になっております。

なので、東京都は1,816の4.36%と書いてありますけれども、これは研究エフォート分を人数換算すると、東京都の場合は1,816人になって、それは全体の東京都の医師数に対する割合が4.36%という見方をします。全国値が3.7%になっておまして、一番、その研究・教育分のエフォートに対する影響度が高いのが石川県になっております。次が栃木県になっております。東京都は、全国値と比べると高いんですけれども、パイが大きいので突出して高いわけではないということはわかっております。

続いて、5ページ目の資料に移らせていただきます。これは医師派遣の調査法というのが一番最初に出ている資料になりますけれども、これはもともと東京都のほうでとっていた既存データを使いまして、東京都の医師が周辺県の医療をどのくらい支えているか、担っているかというのを分析したものになっております。分析の期間は2018年8月から9月、1カ月実施しておりますけれども、対象期間は2018年4月から2019年3月の派遣とその予定を記載しております。

下のスライドを見ていただきますと、白黒、2018年4月から3月に分析しておりますけれども、この分析対象期間というのは、吹き出しに書いてございますが、この間に4月から派遣した、もしくは3月まで派遣を行う予定といった医師調査になっておりますので、質問の読み手にとっては一部ダブルカウントが入っている可能性があって、推移値と追加が不明というような限界はございますが、一応、分析をしております。

分析の結果になります。資料、6ページの下のスライドをごらんください。まず、派遣先の分布なんですけど、大体半分ぐらいが都内、半分が都外というような結果になりまして、都外の派遣先で多いのは埼玉、神奈川、千葉、静岡という順になっております。

続いて、7ページの上のスライドに行っていただきますと、派遣期間というのがございますが、一番多いのは1年、続いて6カ月以上から1年未満、次に多いのが6カ月未満というような形になっています。

このデータを使って、医師派遣数の割合を示したものが次の8ページ目のスライドに

なります。今回、ここからがメインの結果になってございますが、派遣先の都道府県で東京都から派遣された医師はその県の医師数のどのくらいを占めるのかというのを算出しています。一応、いろいろ試しております、医療施設調査の医師数を使ったり、病院の医師数を使ったりということをやっております。

それから、三つ目の段落なんですけれども、28年の3師調査を使ったりしたものもございます。3師調査の場合は直近のデータが28年になっておりまして、今回の分析が30年となっていますので、タイムラグが発生していますので、その増加率というのを試算しまして、それも加味した形で分析しています。3師調査を使ったバージョンと、あと、厚労省の医師需給推計を使ったバージョンがございますので、一応、それも両方でやっております。大きくは変わっておりませんので、今回説明させていただくのは、まず、病院従事者数についてを説明させていただくということと、あと、3師調査の結果で分析したものを使っていくということでご説明させていただきたいと思います。

その下の資料を見ていただきますと、下ですね、医師・歯科医師・薬剤師調査の増加率を使用と書いてありますけれども、その下の病院従事医師数というところの表を見ていただければと思います。白カラーになっているかと思うんですけど、ピンク色が3段階になっておりまして、10%ごとにピンク色が濃くなっております。これが示す見方なんですけれども、例えば1番濃いところですね、真ん中のあたりにあります耳鼻科の列を見ていただいて、右側に茨城県の耳鼻科の列を見ていただくと、31.51という値になっているかと思えます。これは茨城県の耳鼻科の3割は東京都の医師だということを示したものになっております。そうやって見ていただくと、耳鼻科、それから小児科あたりが他県の医療をかなり支えていて、逆に言うと、東京都の医師が撤収すると、かなりその県の医療は深刻な状況になるということを示しています。救急の場合は主たる診療科を救急と書いているお医者さんが少ない場合がございますので、ちょっと誤差が出てくる、実態の値とは誤差が出てくるというふうに考えております。

続きまして、9ページですね。9ページの上の段は需給推計を使っていて、大体、結果は余り変わりませんので割愛させていただきます。

今回の分析ではさまざまな課題、データのちょっと限界とかもあるんですけども、今回一番申し上げたいのは、診療科によっては東京の医師が3割を超えるようなところがあったということがわかると。このぐらい東京都のお医者さんが地域医療、ほかの県の地域を支えているというようなことがあると、わかったということをお示ししたのになっております。今回の別の目的でとられたデータを流用した形になっておりますので、もう少しきちんと精緻にやるにはデータ収集等の点で課題があることを申し添えたいと思います。

私のほうからは以上です。

○猪口座長 ありがとうございます。

この結果を踏まえて、また、事務局が検討していると思うのですが。

○高橋医療人材課長 ありがとうございます。

今、ご説明いただいたとおりなんですけれども、PTでも、例えば協議会、研究の部分を除いて再計算してということでやってみたらどうかというご意見に基づいてやったわけなんですけれども、結果的に、例えば3ページを見ていただきますと、3位が13位になったからどうなのかとか、そう言っちゃなんですけど、21位になったからどうなのかというのがありますので、素直に今、東京の医師は医育機関にこれだけ勤めているとか、特定機能病院にはこれだけいるとか、大学病院等にはこれだけいるとかという医師の特性を示すということがまずはいいのかなということで、いろいろご尽力いただいたんですけれども、例えば3ページ、4ページのところで、ちょっと4ページ目ですと、割合にしてしまうとなかなか思うような結果が得られない。東京都の場合は絶対的にはいろいろ大きいんですけどもということだと思います。全体で割ってしまうと、受療率が必ずしも高くはないというような状況があって、若い人が多いというようなこともございますので、思ったような結果にはなっていないところがあるかというふうに思っております。ですので、東京の特性としての医師の状況、取り巻く状況については、データをそのままわかりやすく示していくというところがいいのではないかなというような認識でございます。

一方、最後の医師の派遣につきましては、東京都が各県、地方の診療科、病院の診療科に示す役割というのが出ていたということもわかりましたので、余りこういう細かい数字ということではなくて、もうちょっと丸めたような形で何らかお示しできる程度まで上げることができれば、ちょっとお示ししていくような形で東京都の役割というものを示していければいいかなというふうには思っているところでございます。

○猪口座長 はい、ありがとうございます。

ということで、アドバイザーと事務局の話を踏まえまして、委員からご意見をいただきたいと思いますが、まずは大川先生ですかね。

大川委員、お願いします。

○大川委員 医科歯科の大川でございます。

最初の言い出しっぺとしての感覚は、先ほどの最初の一つ目の人口当たりの医師数というのは、やっぱり1区間を除くとかなり順位が下がるという点に関しては、もう感覚的にはこんな感じなのだろうなというふうに思っています。

それから、次の大学病院勤務者を除いたという、あんまり差が出なかったというご指摘があったところですが、これはタイムスタディのやり方がちょっとよくわからないので、種田先生のですね。タイムスタディで大学病院の教育・研究エフォートが10%程度というのが若干、違和感があって、確かに診療に従事しているけど、オンサイトで、OJTで教えているというのがほとんどなので、これは厳密には結構難しい数値なんです。ですから、単純に診療に従事しているけど、横には研修医がいて、学生がいてというのは幾らでもあるシチュエーションなので、本当にこのタイムスタディの数字が、

またどうであるかというのは、ちょっとその中身をもう少し教えていただかないとわからないかなというふうに感じました。

それから、それ以外の地域の派遣の状況については、このとおりだというふうに思いますので、やはり東京都の中での医師派遣を考える場合には、こういったほかの県とは若干違ったような様子を含んでいるということを考えて上で、やはりここの構想を立てていかなきゃいけないというふうに感じた次第です。

以上です。

○猪口座長 はい、ありがとうございました。

ほかにありませんか。

はい、宮崎委員、どうぞ。

○宮崎委員 東京都病院協会の宮崎です。

すごくいろんな分析をしていただいて、なるほどなというのは思ったんですけど、この派遣先に関してのところ非常に興味深く見ていたんですけど、先ほどの耳鼻科など顕著に出ている、この全体で4%ぐらいの医師を東京都は周囲の都道府県に派遣していて、それを支えているというふうな現状があるので、多分、やはりこれは重要かなというふうに思うんですね。だから、やはり東京都内だけの需要だけで考えるのではなくて、やはりこの辺の数字を、多分これ、東京に、じゃあ医者が足りなくなったら、その周囲の県から引き揚げろというような話には多分ならないと思ひまして、こういったことは多分変わらないと思ひますので、そういったことも踏まえた算出が必要なんじゃないかなというふうに非常に参考になりました。ありがとうございます。

○猪口座長 よろしいでしょうか。

これは研究、いいですか、僕のほうから質問で。研究・教育エフォート提示で4ページですよね。研究・教育エフォートを控除すると、東京の場合は1, 816人分減るというふうに考えていい。

○森脇准教授 はい。

○猪口座長 そうですよ。4万人の医師に対して1, 816人って結構大きいような気もするんだけど、ボリュームとしては、パーセントとしてはそういうことになるけれども、例えば3ページのこの数とか、そういうのにどんどん合わせていくと、21というのはそもそも相当、30%、30%、30%、3分の1ずつにやっていく中で、上位のところ21位に落ちたといったら、その真ん中のところに入ってくるし、さらに1, 816人減るとかって、これにまたかぶせると、もっともっと下に下がらないですかね、そうでもないですか。どンドンって。

○森脇准教授 確かに下げようと思えばというか、何か下げそうです。済みません、どうやって答えていいかわからないんですけど。

○猪口座長 東京都としては、そういう厚生労働省の出している単純な数字で見ると上位になるけれども、実質、我々が生活しているのでは、医師はそんなに足りているとは思

っていないというのは大体共通した感覚で、そういう考え方を合わせていくと、こんなに下がるんだよという表現が欲しいところなんではないですか。

○森脇准教授 それはできるかと思えます。

ただ、集計の仕方というか、物によっては何せ、東京都は人口や医師数が多いので、東京都だけやると必ずほかの県もやらなきゃいけないので、そうすると、何か余り顕著に出ない。例えば、先ほどの4ページの資料ですと、石川県は研究エフォートに携わっているお医者さんは153人で、それが医師全体を占める4.6%みたいな形で出てこないものもあるというような形なんですけれども、我々のアドバイザーのほうで考えているのは、まず、今回の議論で言われているのは、全国の中で多い少ないという議論、医師数が多い少ないという議論があって、足りてる足りてないは別なのではないかというふうに考えています。今足りている、多い少ないというのはほかの県と比べて東京が多いという話をしているだけであって、それが足りているということとは違うのではないかというふうに考えています。

○猪口座長 はい、なるほど、わかりました。

ただ、国の出せと言っている数字に対する我々のこの評価、もしくはその対応というものは、こういうふうに換算してみると、その他の県と比べて特別多いわけではないというものを論点にしながらいろいろやっていくという、展開していくのは、我々東京都として、東京都の計画としてはありなような気がするんで、そういう部分をできるだけ多目にするとか、うまく見せるというのは一つの方法なんではないかなとは思いますが。

何かちょっと時間が押していますから、これはこの辺ぐらいにしていましょうか。

それでは、ありがとうございました。

続いて、外来医療計画の第1部についての議論に移りたいと思います。第1部について、事務局よりご説明をお願いいたします。

○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4をごらんください。ちょっと分厚いものでございますが、東京都外来医療計画素案と書いたものでございます。

本日はこちらをご説明させていただきまして、ご意見をいただきたいと思いますが、ちょっと時間の関係もございますので、要点を絞って、ちょっとご説明をさせていただきますと思います。

資料4、1枚めくっていただきますと、2ページ、3ページ、目次が書いてございます。全体の構成は前回のPTでもご説明させていただきましたものと同じつくりでございます。

4ページへ進んでいただきまして、外来医療計画とはということから第1章が始まってございます。特にここでは丸の四つ目のところでございます。東京都といたしましては、地域医療構想で掲げましたグランドデザインの実現に向けた四つの基本目標、こ

ちらについても外来医療の観点から追補する形で計画を策定していきたいというのをここでうたってございます。

具体的にはということで、5ページのところに計画の構成を記載させていただいております。四角がちょっと大きいのと小さいのとあるんですけども、上の四角が国が求める計画の内容ということで記載してございます。1点目が外来診療所に関する事項、2点目が医療機器の共同利用に関する事項ということで、それぞれ実態を明らかにして、新たな概要の先生方の行動変容を促していこうというようなのが国の趣旨でございます。

これに加えまして、下の四角でございます、東京都が各計画というか追加する計画ということで、グランドデザインの四つの基本目標に求めた第2部というところを今回の計画でうたっていくということをここであらわしてございます。

済みません、ページを進んでいただきまして、次、6ページには策定プロセスや計画の期間等々を書いてございます。

7ページに、第2章といたしまして、東京の外来医療の東京の特性というのをまず書かせていただいております。7ページ、①人口密度が高いから、8ページの⑧高齢者単独世帯が多いというところまで東京の特性をうたっております。中でも7ページ、一番下には中小病院や民間病院が東京都では非常に多いというところを強調させていただいております。

9ページからは、人口、高齢者人口、10ページへ進みまして、東京の外来医療の状況、それから、11ページに年別男女別平均年齢や女性比率等々を、医師のですね、書かせていただいております。

また、12ページからは外来診療所の数の推移、それから、診療所の改廃ですね、開設数と廃止数、それから、13ページには受療動向ということで、他県からも患者さんがいらっしゃっているということをあらわしていただいております。

済みません、駆け足で申しわけございません、14ページに進んでいただきまして、国が求める事項にあります、外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定の基本的な考え方を書かせていただいております。特にここでは丸の四つ目のところでございますが、外来診療所に関する情報の可視化、現在の状況をあらわすことによって、開業を希望する医師の経営上の判断に基づく行動変容を促していくと。それによって外来診療所医師の偏在是正につなげていくというのが国の考え方でございます。

15ページにある指標算定上の「五つの要素」ですとか、16ページには指標の計算方法等々を書かせていただいております。

17ページに、済みません、まだ国から暫定値しか来ていないものですから、暫定値を記載させていただいております。都内の二次保健医療圏の外来医師偏在指標の状況ということで表にさせていただいております。繰り返しのご説明になりますけども、国は全国の二次保健医療圏を全部並べまして上位33.3%に該当する二次保健医療圏を外来医師多数区域と設定し、あわせて外来医師多数区域においては診療所の新規開業に付

随した手続が必要というふうなことを求めております。暫定値でございますが、東京では上から区西部、真ん中やや下、北多摩西部、ここまでが上位33.3%に該当というふうなことが現状暫定値で国から示されております。

続いて、18ページにもそれ以降の基本的な考えを記載してございます。

19ページからは、医療機器の共同利用というところで、国が求める外来医療計画の2点目の大きなところでございます。ここで言う医療機器というのは、19ページ、一番下のところにちょっと小さい字で書いてございますけども、大きく五つの機械でございます。CT、MRI、それからPET、放射線治療からマンモグラフィの五つの機械というふうなもので、その台数等々を明らかにしていくということを国が求めております。

ここまで、20ページまでが東京都の計画の前段部分と、それから、東京都全体のところをあらわしたところでございます。21ページからが本日ちょっとメインとさせていただきます。第1部の3章ということで、二次保健医療圏ごとの状況というのを、東京13の二次保健医療圏を一つずつ、形式としては同じ形式でございますが、記載したものを皆様にお示しさせていただきます。

22ページには、各種データの出典について説明をしたところでございます。

23ページからが、こちら、まずは区中央部からでございますが、二次保健医療圏の人口・面積・人口密度、それから高齢化率の推移を、表を使って記載させていただきます。

次に(3)で、下のほうで外来医療の状況というところで、先ほど申し上げました外来医師偏在指標ではどうなっているのかというところで、区中央部の場合ですと、暫定値ではございますが、全国335医療圏中、全国で2位でございます。上位33.3%に該当するため、区中央部は外来医師多数区域に該当というふうな、そういうふうな書き方をさせていただきたいと思っております。

それから、その次にデータといたしまして、人口10万人当たりの外来患者数、次に、24ページに進んでいただきまして、外来の施設数、人口10万人当たりですけども、全国地、東京都の数値、それから二次医療圏の区中央部の数値、それから各区の数値というふうな形で書かせていただいております。

その次が④として、外来医療機能別の状況ということで、一覧表で文章であらわさせていただきます。こちらは今三つで書かせていただいておりますが、国から例示で求められていたものをそのまま書いておりますが、夜間・休日における初期救急医療、それから在宅医療、その他の医療機能というところで、25ページ以降のデータから読み取れると事務局で考えましたものをそれぞれこちらのほうに、24ページの表のほうにまとめさせていただきます。

以降データ、25ページ以降は、それで持ちましたデータを記載させていただきます。最後、28ページには医療機器の状況を圏域のデータとして掲げさせていた

だいております。

これらを本日、PTの先生方からご意見をいただきますとともに、今月末から始まります地域医療構想調整会議におきまして、各圏域の皆様にご説明をさせていただきます。ご意見をいただき、特に24ページの外来医療機能別の状況、また、そのほかについては、29ページに、今ちょっと丸しか並んでないんですけども、ご意見として事務局のほうで整理をさせていただいて、また、地域医療構想調整会議の後に予定されております東京都全体の地域医療構成調整部会のほうでもご議論いただいた後に計画のほうに記載し、計画を練り上げていきたいと、そのように考えてございます。

29ページの次からはちょっとページ数が入ってないんですけども、図ということではちょっと白黒で大変見にくくて申しわけないんですけども、二次保健医療圏の診療所ですとか病院の位置ですね、ここにありますというのを、施設名とかは入れるとちょっとごちゃごちゃしちゃうんで抜いてあるんですけども、こういうところにこういう施設があるというのをあらわしています。これだとちょっと見にくいので、各区ごとのがその次のページから用意させていただいております。千代田区、中央区、港区、それから文京区、台東区というような形で記載させていただいております。こういった形で文章、それからグラフ等のデータ、そして、マップ、マッピングといいますか、こういった形を用いまして各圏域の状況を明らかにしていきたいと、そのように考えております。

以降、30ページ以降は区南部等々、全13圏域、同じつくりで書かせていただいております。

本日、大変分量が多いのを皆さんに初見で見ていただいておりますので、本日、ご意見はもちろんいただきたいと思っておりますけれども、きょうのPTが終わった後もご意見をいただきまして、それを、こういった紙も用意させていただいておりますのでご記入いただき、いただけましたら我々のほう、事務局のほうで整理して検討させていただきたいというふうに思っております。大変、先生方お忙しい中、恐縮でございますが、ご協力いただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

事務局からは以上でございます。

○猪口座長 ありがとうございます。

これから皆さんの意見を聞くところなんですけど、ちょっと私のほうから最初に質問を、17ページ、いいですか。

表の二次医療圏の上位のところが出ていて、丸がありますけれども、その下の丸で、外来医師多数区域においては、診療所の新規開業に付随した手続が必要としていますと書いてあるんですけども、これは具体的に何か考えているようなものなのか、どういうことまでができるのか、そういう案内はあるんでしょうか。

○千葉計画推進担当課長 国のガイドライン上は外来医師多数区域においては、そこで新たに開業しようとする方については、地域で不足する医療を担うように、協議の場において確認すると、そのような形になっております。

ですが、それについての手続というのは当然定めなくてはいけないんですけども、そこについてもご意見をいただきまして、国のガイドラインはそうなっているけども、都はこういうふうにやるべきだとか、そういうようなことについてもご意見をいただきたい、そのように考えてございます。

○猪口座長 もう一つ質問なんですけれども、例えば25ページのところに、外来医療機能別のデータと書いてありまして、そのアのところの下のところは、時間外等外来患者延べ数というものが書いてあります。この時間外等外来患者延べ数、これはほかの区の、ほかの医療圏を見ても非常にばらつきがあって、特徴的な数字が出ている区が幾つかあるようなんですけども、この数はどういうものなんでしょう。だから、時間外の患者が多いという話にぱっと見ると見えるんだけど、何でそこは多くなるんだろうというのがよくわからないんですけども。例えば区中央部は、25ページのところは、区中央部全体として高いし、千代田区、中央区、港区、文京区は物すごく高い。だけど、台東区は低い。それから、区西部に行くと新宿が高い、区西南部に行くと渋谷区が高い。そういうばらつきがすごくあるんですが、これは統計上、全部同じような統計をしているのかとか、その調べ方がどうなのかなって、何でこういう差が出るんだろうというのがちょっとわからなかったもので、調べ方を教えてもらいたいなど。どの数字なんだと。

○千葉計画推進担当課長 もとのデータもNDBからとっておりまして、医療機関所在地ベースで行っておりますので、例えばこの25ページで言いますと、中央区や文京区、特に濃いところが大きくバーになっていると思うんですけども、時間外に患者さんを受け入れた病院が多い。そこの病院に行った患者さんが多いというふうな形でございますので、例えばここから推察されるのは、中央区や文京区は時間外に患者さんをたくさん入れている病院があるというふうなことが言えるんじゃないかと思います。

○猪口座長 じゃあ、例えば39ページも渋谷区が多いんですよ。病院が診ている比率と診療所が診ている比率はそんなにほかの区と比率的なことを言うから変わらないような気がするんだけど、なぜ多くなるんだろう。

これ、要するに時間外で診ているのが、この区は定常的であるというか、そこにいる患者さんたちは時間外、それとも5時以降みんな時間外で、本当は診ているくせに時間外扱いをしているのかとか、ちょっとよくわからないんですけど。

○千葉計画推進担当課長 済みません、ちょっと渋谷区については、一個一個の区を、どうしてそうなるという、まだそこまではたどり着いてはいないので何ともあれなんですけども、例えば渋谷区だと5時以降で、世田谷区だと7時以降とかですね、そういうふうなことはやっておりません。

○猪口座長 不思議ですよ。これ、何でこんなに差が、ばらつきが出るのかなと思ってね。

○千葉計画推進担当課長 済みません、そこはご指摘いただいたことをちょっと確認させていただきたいと思います。

○猪口座長 あと、委員の皆さん方になんですけど、在宅医療は結構ばらつきが区ごとにあります。これは在宅をやっている先生の数とか、そういう問題があるのかなとは思いますが、ぜひごらんになっていただきたいと思います。

じゃあ、委員の先生方で何かご意見、ご質問がございましたらよろしくお願ひします。
はい、どうぞ。田村委員、どうぞ。

○田村委員 先ほどの猪口座長の質問とも関連するんですが、18ページの上から一つ目の丸で、国は多数地域でいろんな手をとると。逆に、都は全ての二次医療圏においてというふうにありますよね。ですから、これは、私は南多摩に属しておりますので、東京都内で非常に数少ない少数地域でありまして、このところを除外しないでいただきたいという思いがあるんですけども。やはりこの計画のとおり、全ての二次医療圏について同じような開業しようとしている医師に対しての案内をしていただきたいというのがあります。

といいますのは、実際に開業の医師のマンパワーが多い少ないということよりも、今実際に東京都の診療所の間で起きているのは、たくさんの医師がいるんだけど、休日診療する医師がほとんどいないとか、たくさんいるんだけど、小児科医だと推進をやらないと、そういう実際に開業医としてどういう仕事をしてほしいのかということについての、まあ何というんですかね、行動変容というんでしょうかね、そういう方向づけをぜひ全ての開業医にやっていただきたいなというふうに思うからであります。

そして、一つ気になるのが、実際にもう開業しようと思意をして場所も決めて、それから保健所とかに手続に行くわけですが、そのときに言われても遅いんですよね。もう全て決まっちゃっていますから。ですから、理想を言えば、これから開業しようかな、どうかなと漠然と考えているときに、ぜひ医療行政が主導的に、東京都で開業をお考えでしたら、今こういう現状で、こういう問題があつて、こういう形でやっていただくことが望まれているんだというようなことをぜひやると。そういう、かなり早い段階での対応をとるということを東京都独自の対応としてやっていただきたいなというふうに希望します。

○猪口座長 ありがとうございます。ご要望ということで。

ほかに何かありますでしょうか。

今、千葉課長のほうからもいろいろありましたように、これに対する意見は、用紙によって提出することも可能となっておりますので、ここで出ない、考えつかないものに関しても、ぜひご提出いただきたいと思います。

じゃあ、次に外来医療計画と医師確保計画の第2部についての議論に移りたいと思います。

事務局から説明をお願いいたします。

○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。第2部を、外来医療計画・医師確保計画、並べてというか、相互にご参照いただきたいと思っております。資

料は、資料5と資料6をごらんいただければと思います。両方ともA3の資料でございます。

こちら資料5が、外来医療計画の第2部の構成案というところでございます。地域医療構想におけます四つの基本目標にそれぞれ基づきまして、ローマ数字でⅠ、Ⅱ、Ⅲ、次のページに行きましてⅣ、プラス、今後に向けた課題というところで記載させていただいております。また、資料6につきましては、医師確保計画におけます第2部の構成案ということで、同じくローマ数字でⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳというふうな柱立てをしております。それぞれⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳともに項目として課題を、合同部会からPT、それから事務局の案を合わせましたものを全部、事務局のほうで全体を検証いたしまして柱立てを立てております。導き出されましたのがこちらに書かせていただいております。

まず、資料5からご説明させていただきます。

ローマ数字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ところで、項目を四つ掲げさせていただいております。高度な外来医療機能の充実。こちらでは特定機能病院等の高度医療機関における外来医療機能を充実していこうという将来の方向性を書くべきではないかと思っております。2点目は拠点病院の機能強化。同じく特定機能病院以外の拠点病院についての機能強化。3点目が医療連携の強化。これは高度な外来医療機能の充実と地域の医療の連携が今後とも必要であるということ。それから、4点目が初期救急の普及啓発ということで、これは患者さんへの普及啓発ではなくて、大学病院、拠点病院側のほうにも患者さんが行った場合にはきちんとかかりつけ医の重要性等々を伝えていただくと、そのようなことも必要だろうというようなことで書かせていただいております。

次に、ローマ数字Ⅱのところでございます。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というところで、7項目、課題として掲げさせていただいております。ICTを活用した連携というところで、東京総合医療ネットワークですとか多職種連携ポータルサイトなどICTを活用いたしまして、患者情報の共有化、初期診療から入院、転退院まで支援する仕組み、全体的な仕組みを構築していくのが外来医療計画の中でも非常に重要ではないかと思っております。

それから、次が総合診療機能の充実というところで、合同部会、PTでもお話がございました総合診療機能の今後の充実強化について記載してございます。3点目、高度医療と地域医療の連携、4点目が病院と診療所の連携、5点目が救急医療の充実というところで、三次救急、二次救急と初期救急医療機能の役割分担の明確化、病院と診療所が協力しながらやってみようというところを書いていきたいというふうに考えております。6点目は災害医療。最近、災害が非常に多くなってきております。特に地震だけではなく災害も多くございますので、災害拠点病院が中心となって、地域ごとに地域の特性に応じた体制を確保していくことが外来医療でも重要であると考えております。7

点目は外国人というところで一つ項目を立てさせていただいております。

ローマ数字のⅢ、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実というところで、課題のところ、重複しているところもございますので、項目数といたしましては9項目、掲げさせていただいております。こちらでもICTを活用した連携を地域包括ケアの中でも非常に重要であろうというようなことで掲げさせていただいております。それから、PTでもいろいろお話の出ました、かかりつけ医による健康づくりというところで、こちらでは健康づくりのことについて、かかりつけ医の重要な役割ということで書かせていただいております。3、4、5が、都民への普及啓発で書かせていただいております。特に受療行動の普及啓発ですとか、かかりつけ医等の重要性を都民に、普及啓発を強力に進めていかななくてはならないというふうに認識してございます。6点目のところには、かかりつけ医機能の充実というところで、夜間、休日、オンコール体制が可能なかかりつけ医機能というのは今後ますます重要になってくるというふうに考えております。7点目が在宅医療の充実。こちらでも24時間可能な在宅専門診療所ですとか、往診を行うかかりつけ医等さまざまな在宅医療の機能の充実が必要であろうと考えております。8点目、こちらでも再び総合診療機能の充実というところで書かせていただいております。9点目、10点目は、多職種が協働した在宅医療というところで書かせていただいております。こちらでは訪問看護ステーションやリハビリ施設、また、医ケア児を含む小児科等々の連携についても重要であると考えております。項目11番目ですが、項目としては9個目でございます。看取りのこと、ACPのことを書かせていただいております。

ページ、進んでいただきまして、ローマ数字Ⅳ、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成のところでは、3点掲げさせていただいております。総合診療医の育成。それから、2点目が医療従事者の育成。ここでは医師だけではなくて、看護師等の医療従事者も含めたものと考えております。3点目が在宅医療を担う人材の育成というところで、ACPも含めて、できる医療介護、それから看取りの対応力の向上という観点から掲げさせていただいております。

この四つの柱に、ちょっとぼつちり入らないところというところで、今後に向けた課題というところで新たに一つ設けさせていただいております。そこでは4点、書かせていただいております。区域単位といたしましては、今回、外来医療計画は、二次保健医療圏ごとに作成させていただきますけれども、ご意見でありました区市町村単位ですとか、もっと狭い単位というご意見もございましたが、そういうふうなところの状況の可視化が必要ではないかというのが今後の課題としてあるというふうに考えております。

それから、多くご意見を寄せられております診療科別の状況をあらわしていかなくてはならない。そうしなければ、行動変容は生まれていかないのではないかというご意見もございましたので、現状ではちょっとちゃんとしたデータはございませんので、今後、こういうふうな診療科別の病院診療所の診療内容や規模等を明らかにしていくことが重

要であるというふうなことを書いていきたいというふうに思っております。

その下は診療科別と書いてございますが、外来には精神、認知症、非常にたくさん、また、併発の方がいらっしゃいますので、そういったところの対応についても書いていきたいというふうに思っております。それから、最後の4点目で調整会議といたしまして、構想区域を越えて意見交換を行うことですか、地域で不足する医療機能の確保について検討していくという、議論を続けていくというふうなことも将来の方向性として書かせていただきたいと、そのように考えていきます。

済みません、大変駆け足で申しわけございません。資料5についての説明は以上でございます。

- 猪口座長 どうもありがとうございます。これまで合同部会、PTで皆さんの意見を踏まえて、外来医療計画・医師確保計画とも改めて方向性を構築していただいたということです。二つの計画は非常に密接に関係しているものですので、それぞれの項目を見て、例えば外来医療計画の記載を受けて、医師確保計画にはこういった内容が必要ではないかといったことや、この内容はこちらの計画に記載すべきではないかといったようなことを、ご意見をお願いします。

資料5のほうは外来医療計画ですね。そして、6は医師確保計画ですので、5は機能的な話でありますので、その機能を満たすために医師はきちんと確保されるのかみたいな視点がわかりやすいかなとは思いますが、いかがでしょうか。何かご意見はございますでしょうか。

進藤委員、どうぞ。

- 進藤委員 回復期ではなくて西多摩の進藤として発言させていただきたいんですが、僻地医療なんですけれども、東京における僻地医療って、多分、島嶼と檜原村だけなんですけど、西多摩には歩いていかないと行けないようなところとか、市町村単位だと確かに檜原だけかもしれませんが、日の出町や奥多摩や青梅には大変遠いところに住んでいらっしゃる方がいるので、そこも僻地としてちょっと考えていただけると。八王子でも大和田というところは、町なかから行くと車で30分以上かかるという地域に住んでいらっしゃる方がいるので、その辺も僻地じゃないかなというふうに思います。

- 猪口座長 僻地医療の書き込みは、その切れ目のない医療連携システムの構築みたいな、こっちの外来医療のほうに入ってくる。ぜひ僻地医療をこっちのほうに入れたいという話ですか。はい。わかりましたか。

ほかにいかがでしょう。

はい、迫村委員、どうぞ。

- 迫村委員 在宅をやっている者なんですけど、このスキームの中でどういうふうに入れていいのかわからないんですが、一応、この、今、治し、支える医療というのは大体キーワードになっていて、治す部分は結構、東京都の急性期病院が多いから、もう治す病院はいっぱいあるという状況であるんですけど、その支える部分なんですけども、支え

る医療はもちろん在宅とかが支えるんですが、一方で、やっぱり施設在宅だったり、医療なんですけれども、実際は介護保険とかで賄われている部分が非常に多くて、東京都の場合、その治す機能は非常に充実しているんだけど、その支える機能がその地域によってすごくアンバランスな、今、進藤先生がいらっしゃいますけども、やっぱり慢性期とか回復期はほとんどが多摩のほうにあって、例えば私のいる新宿区なんかは慢性期病床が非常に足りないという状況になっていて、その偏在、そっちのほうの偏在が結構、実際、区民とか住民にしてみれば特養に入るために何年待つとかというような話になって、そっちのほうの都民の不安の材料になるというような現実もあるので、実際ちょっと、今回は医療での計画なんですけども、実際、介護保険とかで扱われる部分もかなり一緒に管理して考えないと、総合的にうまくバランスがとれないというのが実際、東京の現実なんだというふうに思うので、そういうスキームってどういうふうに書いていいのか私はわかりませんが、実際そういう現実はあるということにはちょっとおいたほうがいいかなと思ひまして、はい。

○猪口座長 ありがとうございます。どうかな、地域格差がないようにという感じですかね。

はい、どうぞ。渡邊委員、どうぞ。

○渡邊委員 お聞きしたいんですけど、柱のⅢの地域包括ケアシステムの中の在宅医療の充実というところで、ここの中にちょっと違和感があるんですけども、24時間出動可能な在宅専門診療所という書き方をしているんですけども、これは、やはり24時間出動可能な在宅診療所という専門が欲しいんでしょうかという。だから、在宅だけをやるような診療所を東京都は求めているのか、それとも在宅を、重症患者が24時間在宅を行う診療所を求めているのかという、そこに関しては、ちょっと介入の形式が違ってきますので、ここについてはちょっとご説明をいただけますか。

○千葉計画推進担当課長 ちょっと説明不足で申しわけございません。先生がご指摘の24時間可能な在宅専門診療所を求めているということではございません。そういうふうな機能を求めているというところがございますので、言葉でこれが不正確ということであれば、ちょっと外させていただきたいと思ひます。

○渡邊委員 ありがとうございます。

○猪口座長 ほかにいかがでしょう。

佐々木委員、どうぞ。

○佐々木委員 自分の地域の今、開業している先生を見ると、総合診療的なことを目指して開業する先生よりも、自分の専門性を生かして開業する先生のほうが多いように見受けられるんですね、循環器専門医とか呼吸器専門医とか。で、そういう先生方、もちろんその地域における総合診療的な役割を果たしてないんですけども、逆に一般の診療所の助けになる、例えば呼吸器をご専門に診ている先生に紹介して、また、一般の開業医に戻っていくとか、そういう役割を果たしているんですね。ですので、資料5の

I 番の先進的な医療提供体制にかかわっている地域の専門性を持った診療所というものもその中にどこかで入れてもらえたらなというふうに考える次第です。

○猪口座長 はい。よろしいでしょうか。

じゃあ、千葉課長が答えてくれる。

○千葉計画推進担当課長 はい、ちょっと検討いたしまして、Iに入るかどうかわかりませんが、例えばIでしたら、例えばですけども、3の医療連携の強化ですとか、そういったところ、もしくはローマ数字のIIのところの3のところですか、そういったところでちょっと検討させていただきたいと思います。

○猪口座長 じゃあ、次、宮崎委員。

○宮崎委員 このIIIの6のかかりつけ医機能の充実のところなんですけど、夜間、休日のオンコール対応が可能なかかりつけ医機能の充実が必要と書いてあるんですけど、現実問題として、診療所の先生が、もう24時間オンコールというのは、ちょっと余り現実的ではないというのと、そういう方向性は働き方改革も含めてあんまり向いてないんじゃないかと思しますので、やはりここは救急医療機関との連携という意味での地域包括ケアが重要というふうな、そっちの連携の推進というふうな方向性のほうが私はいと思います。

○千葉計画推進担当課長 私ども、ここで書かせていただきましたのは、あえてかかりつけ医機能と書かせていただいております。お一人のドクターで全て24時間365日やっていたかということではなくて、かといって全てを病院に行ってくださいというのも、またそれはそれで違うんじゃないかなと思っております。例えばですけども、複数の開業の先生がチームでかかりつけ医機能を持っていただくですとか、そういうふうなことも想定しながらこういうふうな言葉で今書かせていただいております。

○猪口座長 角田さん。

○角田委員 在宅をやっている先生方が何人かでグループを組んで、そして、自分たちの患者さんをそれぞれ誰かオンコールを決めて診るというようなシステムもありますので、そういったことも含めたかかりつけ医機能。

○千葉計画推進担当課長 もちろんその際に、かかりつけ医機能という言葉が誤解を生むとか、そういうふうなご意見があれば、ちょっとまた変えていきたいと思いますが、考えとしては、我々はそういうふうな思いでこう書かせていただいております。

○猪口座長 はい、ほかにいかがでしょうか。

田村委員、どうぞ。

○田村委員 ただいまの宮崎委員のご質問に関連してなんですが、保険診療報酬の中に開業医が休日、夜間もかかりつけの患者さんの電話相談は常に受けるということを評価した加算というのがございます。確かにこれを実践しているところはそれほど多くありませんが、私のところはやっておりますし、その医院はとても大きいんですね。

先日もちょっとお話ししたことがあるかもしれませんが、初めて生まれた赤ち

ちゃんを持つお母さんが、子供さんが7度5分に熱発したと。すぐに救急病院に連れていかなきゃいけないんじゃないかというような相談を受けたことがございます。実際に元気だったらそんな必要はないわけですがけれども、かかりつけ医がそれをちゃんとやってあげないと、本当にそういう方まで小児科の救急外来に押しかけるわけですね。

ですから、そういった意味で、夜間救急は全部病院にお任せというのは、やはり機能的にはちょっとどうかと思います。ちなみに私のところは複数、常勤医がおりますので、交代でオンコールを持っておりますし、在宅もやっておりますので、在宅のオンコール医がその外来のオンコールも兼務するというような形で実現、全ての開業医ができるとは言いませんけれども、可能などころもございますので、そういった手間はぜひ伸ばしていただきたいと思っています。

○猪口座長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうかね。

じゃあ、私も。この資料5のほうの機能を書いてあって、それは、やっぱり機能を成立させるためには医師なり人が欲しいと思いますけれども、例えばⅡのところの7の外国人の受け入れ可能なというのは、こちらがⅡの外国人に対応した医師の書きぶりはないし、災害も災害に遭った医師みたいな書き込みもないので、機能を果たすためには医師も必要なと思うんで、まあ、どうなんですかね。全部書き込めないとは思いますが、こっちを見て、こっちを眺めると、何かボリューム感が違うなという感じはちょっとします。

矢澤部長、どうぞ。

○矢澤医療政策部長 今回、ここまで来るのが実はやっとでした。ので、これからこの外来医療計画のほうで書いているものと、医師確保計画、必要な人材の確保というところ、これからリンクさせます。大変いいご意見、ありがとうございます。それはみんなでも言っていたところなので、済みません、間に合わずに。

○猪口座長 はい。ということで、そろそろ時間になっております。意見は何度も述べておりますけれども、用紙を使いながら事務局のほうに届けることができます。ここで申し足りない部分に関しましては、ぜひ様式を使って事務局までお送りください。

では、最後に事務局から今後のスケジュールについて。6の説明というのはまとめてやってなかったっけ。

○矢澤医療政策部長 もう、別にそれは。

○猪口座長 ごめんなさい、僕が不手際でした。もう一緒に行っているものだと思ってしまいましたけど、済みません。6も読んでいただいて、特に6のほうで言いたいことはありますか。もう時間はずっと押しているんで、ちょっと時間のことは気になっていたんで、どうぞ。

○高橋医療人材課長 大丈夫です。見ていただければ大丈夫です。

○猪口座長 では、いいですかね、本当に済みません。本当に不手際でした。申しわけご

ざいませぬ。この見比べながら、ちょっとぜひ意見を言っていたきたいと思ひます。

では、最後にスケジュールについての説明をよろしくお願ひします。

○千葉計画推進担当課長 それでは、お手元の資料7をごらんください。合同部会及びプロジェクトチームのスケジュールということでお示しさせていただいております。

真ん中に四角で囲っていただきましたところが第2回PT、本日の会議でございます。次回、それから、その次が右のほうに行きまして、第3回の本PTでございますが、11月20日水曜日、18時から20時ということで予定させていただいております。詳しい場所や資料につきましては、後ほどご連絡させていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。

その次が、第2回の合同部会というところで、11月28日木曜日に予定をしております。

それぞれ内容、議事の案は下に丸で書かせていただいております。後ほどご参照いただければと思ひます。よろしくお願ひします。

以上です。

○猪口座長 はい、ありがとうございます。

では、本日予定されていた内容は以上となります。

では、事務局、よろしくお願ひします。

○千葉計画推進担当課長 本日は長時間にわたり、活発なご議論、また多数のご意見をいただきまして、まことにありがとうございます。

最後に、事務局より3点、事務連絡を申し上げさせていただきます。

1点目、本日の資料でございますが、机上に残していただければ、事務局から先生方のお手元に郵送させていただきます。

ただ、参考資料1と、それから、地域医療構想の冊子につきましては、次回以後の会議にまた使用いたしますので、お持ち帰りになる際には、それはちょっと置いておいていただければと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

2点目、本日、お車でいらっしゃった先生方がいらっしゃいましたら後ほど、事務局のほうにお申し出ください。駐車券を出させていただきますと思ひます。よろしくお願ひいたします。

最後、3点目、大変つこくて申しわけございませんが、きょう以降のご意見をいただく用紙を用意させていただいております。また、この用紙によらずともご意見をいただければと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。大変申しわけございませんが、次のPTのほうに反映をさせていただきたいと思っておりますので、来週の11月1日金曜日までをめぐりにご提出をいただければ幸いです。

事務局からは以上です。

○高橋医療人材課長 あと、済みませぬ、追加で。きょう、森脇先生からご説明いただきましたアドバイザーの資料は、済みませぬ、ちょっとまだ途中経過のものということで

卓上に置いておいていただければありがたいと思います。ご協力よろしく願いいたします。

○猪口座長 いろいろ不手際がございましたけれども、申しわけございませんでした。
では、これにて会をお開きにします。どうもありがとうございました。

(午後 5時58分 閉会)