

令和元年度

第1回東京都地域医療構想調整部会 及び

第2回東京都地域医療対策協議会医師部会 合同部会

会議録

令和元年8月29日

東京都福祉保健局

(午後 5時01分 開会)

○千葉計画推進担当課長 大変お待たせいたしました。定刻をちょっと過ぎたんですけれども、ただいまから令和元年度第1回東京都地域医療構想調整部会及び第2回東京都地域医療対策協議会医師部会の合同部会を開会させていただきます。

委員の皆様方には大変お忙しい中ご出席いただきまして、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。どうぞよろしく願いいたします。失礼して、座って進めさせていただきます。

まず初めに、今回、地域医療構想調整部会におきまして、新たに委員にご就任いただきました方々がいらっしゃいますので、ご紹介させていただきます。

次第を1枚おめくりいただいて、東京都地域医療構想調整部会委員名簿をごらんください。新しく就任された委員のみ、ご紹介させていただきますので、恐れ入りますが、ちょっと席をご起立いただくよう、お願いいたします。

東京都医師会理事、土谷委員でございます。

東京内科医会理事、渡邊委員でございます。

東京都歯科医師会理事、高品委員でございます。

東京都薬剤師会副会長、高橋委員でございます。

本日欠席ではございますが、東京都市福祉保健主管部長会より、武蔵村山市健康福祉部長の佐野委員にご就任いただいております。

次に、信愛病院院長、越永委員でございます。

新たな委員のご紹介については以上でございます。

次に、委員の皆様の出欠状況について、ご報告させていただきます。

本日、東京都地域医療構想調整部会におきましては、石川委員、熊田委員、山口委員、佐野委員より、ご欠席のご連絡をいただいております。

また、瓜田委員の代理といたしまして、東邦大学医療センター大森病院の森田副院長にご出席いただいております。よろしく願いいたします。

東京都地域医療対策協議会医師部会におきましては、すみません、委員名簿は次第の、今度は5ページになりますけれども、ご欠席の委員が伏見委員、宗田委員、塙委員、古賀委員からご欠席のご連絡をいただいております。

続きまして、本日の会議資料をご確認させていただきます。

本日はお手元に既に資料をお配りさせていただいております、上から順に、本日の座席表、それから今ごらんいただいております会議の次第でございます。全部で8ページのものになると思います。

それから、本体の資料といたしまして、ダブルクリップでとめたものが三つ、束として、皆様のところにお配りさせていただいております。

一番上に別紙1、東京都地域医療構想調整部会関連配布資料と書いたものが1部ございます。こちらは(1)から(4)まで、議題に関連するものとして、資料を並べております。調整部会の頭の「調」がつきまして、資料1-1から資料4-5まで。参考資料といたしまして、参考資料1と参考資料2がございます。

また、次の束が、ちょっと分厚くなっているものですから別にしております、調整部会関連の資料4-3が1束、東京都外来医療計画の骨子案というものを置かせていただいております。

次の束が、別紙2、東京都地域医療対策協議会医師部会関連配布資料ということで、こちらは(5)の議題の関連といたしまして、医師部会の「医」という漢字を頭につけました資料1から資料1-8まで。それから、参考資料が参考資料1から参考資料5までございます。

さらに、その下に皆様のお手元にファクス用紙とメールアドレスを書いた、合同部会ご意見と書いた1枚の紙をご用意させていただいております。こちらは、本日は非常に限られた時間でご議論いただく中で、意見が言い足りなかったですとか、後から資料を見返して意見があるといった場合に、後日ご提出していただく用の様式となっております。また後ほどご説明させていただきます。

さらに、お手元の右手のほうに、水色のファイルみたいなものがあるかと思えます。こちらは医師確保計画と外来医療に係る、国が出している策定のガイドラインを冊子にしたものでございます。

また、その下には冊子といたしまして、東京都地域医療構想の冊子を置かせていただいております。

ちょっとたくさん資料がございますので、何か不足等ございましたら、お気づきのたびごとに事務局までお申し出をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

本日は事務局のほかに、地域医療構想アドバイザーをお願いしております医科歯科大と一橋大の方にもご出席いただいております。どうぞよろしくをお願いいたします。

次に、本日の会議でございますが、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。ただ、要綱上、委員の発議により出席委員の過半数で議決した場合には会議または会議録等を非公開とすることができますが、本日につきましては公開といたしたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○千葉計画推進担当課長 それでは、原則どおり公開とさせていただきます。どうぞよろしくをお願いいたします。

また、本日は速記を入れておりますので、ご発言の際には挙手していただきまして、事務局からマイクをお受け取りになってからご発言をお願いいたします。

最後に、本日は限られた時間で多くの議題や資料がございますことから、進行の効率化のために、調整部会の部会長である猪口先生に一括して進行をお願いしたいと思いま

すが、いかがでございましょうか。角田先生、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○千葉計画推進担当課長 どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、以降の進行を猪口先生にお願ひしたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○猪口調整部会長 ということで、調整部会のほうの部会長をやっております猪口でございます。

きょう議事が進行していくと、なぜ合同部会をやっているのかというようなことが見えてきます。医師確保計画とか、それを調整会議でいろいろ話し合うんだというようなスキームになってきておまして、その後、いろいろ計画を進めていくに当たって、プロジェクトチームとか、そういうものが出てきます。進行するに従って、合同部会の意味合いがわかってくると思ひます。

非常に議事が多いものですから、速やかに進めていきたい。その途中でいろいろと、先ほども説明がありましたが、わからないこと、それから言いたいこと、そして言い残したようなことがありましたら、ファクス用紙がありますので、ぜひそれも活用するというを考えながら議事進行にご協力いただけるとありがたいと思ひます。

それでは、次第に従いまして進めてまいります。

最初に、令和元年度第1回地域医療構想調整会議開催結果です。事務局より、ご説明をお願ひいたします。

○事務局 それでは、地域医療構想調整会議の結果につきまして、資料の頭に調整会議の「調」と入っております資料1-1から1-4までを使いまして、ご説明させていただきます。

それでは、まず資料1-1をごらんください。今年度第1回目の地域医療構想調整会議の開催結果についてでございます。

まず、資料の左側の開催日、参加人数でございますが、島しょを除く構想区域につきましては、5月28日の区西南部を皮切りに、7月11日までの1カ月半にわたって会議を開催してまいりました。また、島しょにつきましてはちょうど昨日、8月28日に会議を行いまして、全13区域の会議を終了したところでございます。

資料の右側に移らせていただきます。調整会議における実施内容でございますが、報告事項といたしまして、次の3点につきまして報告を行いました。

まず1点目が、今年度、都で検討を進めてまいります基準病床及び病床配分の見直しについてでございます。

次、二つ目が厚労省からの通知に基づきまして、都のほうで定めました定量的な基準についてでございます。

そして最後、3点目が病床が全て稼働していない病棟等を有する医療機関における病床の稼働について。この3点でございます。

続いて、下に移りまして、議事でございますが、島しょを除く構想区域におきましては、地域における病床機能別の医療資源の状況について、意見交換を行いながら共通認識を深めるということを目的といたしまして、地域で必要な病床機能についてというテーマを設定いたしまして、高度急性期及び急性期班と回復期及び慢性期班に分かれてグループワークを行いまして、その後、全体で意見交換を実施いたしました。

また、島しょにつきましては、島しょにおけるがん医療というところで、今回はがんに焦点を当てて意見交換を行いました。

続きまして、資料1-2をごらんください。

こちらはグループワーク、必要な医療機能に関する議論の状況一覧ということになりまして、今回の調整会議における議論の到達点といたしまして、事務局のほうで意見交換の結果をまとめた上で、今後の議論を進めるに当たってのキーワードを抽出したものでございます。

簡単ではございますが、各圏域ごとの議論の状況をご説明いたしますと、まず区中央部におきましては、他圏域も含めた議論の必要性。回復期は充足しているが、慢性期は不足しているという点で一致。

区南部においては、病院、病床をふやす必要はない。在宅の質の向上が必要という点で意見が一致した。

また、区西南部と西部については、それぞれ急性期班と回復期・慢性期班から異なる意見が出され、圏域として意見の一致はなかったという状況。

また、区西北部では、急性期班と回復期・慢性期班で、回復期の不足に関する意見で相違があった。

また、区東北部におきましては、特定の病床機能に際立った過不足はないものの、小児、周産期、緩和ケア等、局面においては不足を感じるという意見で一致した。

続いて、区東部においては急性期と回復期・慢性期班から同様の意見は出たものの、区ごとの違いを踏まえた意見が出され、圏域としての意見はまとまらなかった。

また、西多摩におきましては、急性期班からは回復期が必要、また一方、回復期班からは急性期が不足という意見に相違があったものの、急性期に患者が滞留していること、また出し先に苦慮している急性期側と、医療的内容的に受けられない慢性期側との間にギャップがあることについて、意見が一致しました。

また、南多摩については市の特性を踏まえた議論と、市を超えた連携の必要性、各市の回復期の過不足の3点について、意見が一致しました。

北多摩西部と北多摩南部におきましては、急性期と回復期から異なる意見が出されまして、意見交換においても、そのギャップに関する意見までは深められなかった状況でございます。加えて、北多摩南部では、より共通認識を深めるために調整会議の回数をふやした継続的なグループワークの必要性に言及がございました。

最後に、北多摩北部でございますが、圏域内のバランスがとれ、連携もうまくいって

いる。医療区分2、3に対応できるような慢性期が必要という2点で意見が一致いたしました。

以上、必要な医療機能に関する議論に関して、各区域における現時点の到達状況としてまとめさせていただきました。

続きまして、資料1-3をごらんください。

こちらはグループワークで出された主な意見を圏域ごとで示した資料でございます、意見のまとめといたしまして、資料の中ほど、ちょうど矢印の下の部分、四角で囲われている部分がございますが、圏域で必要な医療機能とキーワードとして記載されております部分を抽出したのが、今し方ご説明させていただきました資料1-2の内容でございます。

では、この資料におきましては、少し飛びますが、後ろから2枚目の島しょの地域医療構想調整会議の議論のまとめというところをごらんいただければと思います。

島しょにおきましては、島しょにおけるがん治療というところで、島しょの患者が内地でがん治療を行い、円滑に島に戻るまでに必要なこと、また島しょのがん患者が働きながら、または島で元の生活を続けながら治療を行うために必要なことという二つ、2点で意見交換を行いました。

まず、内地で治療を行い、島に戻るまでに必要なことに関しましては、その中で出た意見といたしまして、連携パスを整備した上で、内地で診た患者を島に戻す際の連携ルールづくりに関する提案でございますとか、がん検診後に集中的に広尾病院と議論する場があれば、がんの早期発見、早期治療につながるのではないかといった意見が出されました。

また次に、働きながら、または島で元の生活を続けながら治療を行うことという議題に関しましては、島から内地の病院に通うのは患者にとって交通費が負担となっている。また、島の介護資源が限られているため、内地で入院中に介護保険を事前に申請してもらえるとありがたいといった、島からの意見が出されました。

続きまして、資料1-4に移らせていただきます。こちらは8月7日に各構想区域の座長、副座長が一堂に会しまして意見交換を実施し、そこで出された意見でございます。

主な意見として、まずは一つ目が分科会の開催に関してというところで、現在の調整会議の頻度や議論の時間におきましては、各地域における医療資源の状況や地理的条件に差があることから、議論が煮詰まらない。そのため、調整会議とは別に、二次医療圏もしくは二次医療圏をさらに幾つかに分けた上で、地域ごとの分科会のようなものを開催したいといった意見がございました。

次に、調整会議の座長、副座長についてということですが、地域医療構想調整の話は病院の話が中心であるので、座長は病院管理者のほうがよいのではないかと意見がある一方、現状、診療所の先生が座長をされている圏域におきましても活発な議論がなされているというところですので、その必要性は感じられないといった意見が出されま

した。

すみません。駆け足ではございますが、説明は以上となります。

○猪口調整部会長 どうもありがとうございます。

きょうご出席の委員の中で、佐々木委員と田村委員に調整会議の座長を務めていただいております。佐々木委員、それから田村委員からご感想、ご意見はございますでしょうか。

まず、佐々木委員からお願いしましょうか。

○佐々木委員 区中央部の座長をしております佐々木と申します。

区中央部を含む区部では、先ほど資料1-2、1-3にあったとおり、主に回復期病床についての意見を交換したところが多かったんですが、数としては確かに病床数の偏りの乖離があるんですけれども、機能としては必ずしも不足しているという意見が少なかったように思います。というのは、高度急性期、急性期の病床が回復期機能まで含めて担っているので、数としては違うけれども、機能としては足りているのではないかという意見が多かったのではないかと思います。

それから当日の議論の中では、定量的な基準という話があったんですけれども、その部分で、定量的な基準がこれでいいのかということで、その部分でちょっとひっかかっているようなところがあったように思います。

以上です。

○猪口調整部会長 田村委員、お願いいたします。

○田村委員 南多摩地区の座長をしております田村と申します。

南多摩地区は、先ほどのまとめにもありましたとおり、南多摩5市それぞれが独立した医療圏のような次第がございまして、やっぱり全体で協議しても、なかなかいい結論が出せない。それぞれの市で、やはり議論すべきではないかということが一つと。

病床機能の配分について、なかなか理想的な配分に向けていろんな議論がなされているわけですが、実はどこが足りて、どこが足りないかという議論については、それほど極端な、ここが足りないとか、そういったものはない。つまり、実際は機能的にバランスがとれている。例えば、地域の大学病院も地域支援病院として回復期的な機能も十分果たしているという実態がございます。ただ、なかなか、大学病院も病床の一部を回復期で出すということになかなか抵抗があるのか、逆に、そこのところを無理やり病床の分類をしていくことについての目標感といえましょうか、逆に言うと無力感というんでしょうか、そういったところで、ちょっと議論が少し閉塞状態になっているような感じもございました。

○猪口調整部会長 以上ですか。どうもありがとうございます。

ほかにも調整会議に出られている先生方がいらっしゃると思うんですけど、何かご発言がありましたらどうぞ。

宮崎委員、どうぞ。

○宮崎委員 東京都病院協会の宮崎です。

私は区西北部の副座長をやっておりました。先ほどのまとめにおいて、回復期が足りないとか、そういった印象があるというふうなことは、何をもって、そういう印象を持っているかという、すなわち、急性期の病院から、なかなか転院調整ができないということをもって、足りないというふうな結論というか、そういうふうな話にどうも行っているというふうな事実がはっきりわかったような気がします。

以上です。

○猪口調整部会長 どうもありがとうございました。

調整会議をやっていると、機能は足りているんだけど病床機能報告の数字は合わないという、そういう病床機能報告の限界点みたいなものを非常に感じるわけなんだけれども、このところ、本当に定量的基準を用いながら、それをどの辺まで進めて、それをどうしていくかというのは、これからまだまだ深めていかなくちゃいけないところなんだろうなと思いつつ進めているところですね。今後の課題がたくさん残っているところだろうと思います。

これまでの議題に関しては以上とさせていただきます、二つ目、今年度第2回の地域医療構想調整会議の進め方について、事務局からお願いいたします。

○事務局 それでは、頭に調整の「調」と書かれております、「調」資料2というものをごらんください。こちらは令和元年度第2回調整会議の進め方についてということでございます。

内容といたしましては、資料の一番上の四角の中にございます(1)(2)及び米印でお示ししている内容でございます。

まず、(1)の病床配分方法案に関する意見聴取というところでございまして、現在、都で検討を進めております病床配分方法の見直しについて、配分方法の案をお示しし、各構想区域の皆様からご意見を頂戴したいというふうに考えております。

続きまして、(2)といたしまして、外来医療計画の素案に関する意見聴取というところで、詳しくはこの後の議題で外来医療計画の概要をご説明させていただきますが、外来医療計画は今年度中に策定することとされておまして、また調整会議において本計画の素案をお示しし、こちらにつきましてもご意見を頂戴したいというふうに考えております。

最後、3点目として、米印で示しておりますが、これは公立・公的医療機関等の具体的対応方針に係る協議ということで、昨年度、調整会議において新公立病院改革プラン及び公的医療機関等2025プランについて、ご議論いただいたところですが、これについて、現在、厚労省では公立・公的医療機関の役割が当該医療機関でなければ担えないものに重点化されているかどうかという点について、診療実績データ分析を実施しているというところで、今年度9月ごろを目途に、その結果を公表するとされております。

その結果、該当の医療機関がある場合には調整会議において協議を行うこととされて



おりますので、圏域の中で該当の医療機関がある場合で、かつ、厚労省からの公表のタイミング、これが調整会議に間に合う場合のみ、これを議題として取り上げさせていただきますこととなります。

調整会議の進め方に関する説明は以上となります。

- 猪口調整部会長 これについて、この進め方について、何かご意見がございましたら。用意された議題は、これでやると言われたら、どうぞと。説明を、多分、事前にこういうやり方、例えば配分方法だとか計画を示されて、そうすると議論としてはかなり深まるんだろと思うけど、計画、こういう計画ですよとされているだけですからね、なかなか意見はないかと思えますけれども、どうでしょう。調整会議でこういうことをやるんだなという感じになってきていますけど、できるんでしょうかという意見は多分あってもいいんじゃないかと思うんですが。

(なし)

- 猪口調整部会長 よろしいですか。なければ、また後でご意見を聞くということで、進めたいと思います。

では、続きまして(3)東京都外来医療計画及び東京都医師確保計画の検討体制についてです。

医療法の改正に伴い、今年度策定することになった外来医療計画と医師確保計画の概要と、その検討体制について、まず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。資料は「調」3-1から3-5を一括してご説明させていただきます。よろしくをお願いいたします。

まず、資料3-1でございますが、こちらは外来医療計画について、どういったものかということと、どういった記載事項を都が考えているのかというのをまとめたものでございます。

資料の一番上、外来医療計画とはというところをごらんください。

経緯は書いてございまして、真ん中の四角でございますが、その性格なんですけど、今、猪口先生からもご説明がありましたが、医療法上に位置づけられております医療計画における記載事項ということになっております。平成30年3月に東京都では改定いたしました、現行の東京都保健医療計画が医療法上の都道府県が定める医療計画となっておりまして、こちらの東京都保健医療計画に新たに外来医療計画を追補するもの、そのような性格でございます。

四角の次の3番目のところでございますが、計画期間は令和元年度、今年度中に計画を策定し、令和2年度、来年度からの4年間を最初の計画期間とすることとされております。

次に、1個下の段に行ってくださいまして、外来医師偏在指標等の設定についてでございます。

国のガイドライン、後ほどご説明いたしますが、どういった単位で検討するのかとい

うと、二次保健医療圏ごとにやりなさいということになっております。

次に、外来医師偏在指標とはというところなんですけれども、医師の性別、年齢分布及び患者の流出入等、四つの要素を勘案しまして、人口10万人当たり診療所の医師数をもとに計算いたします。ですので、病院の外来というのは、もとのデータに入っていないというのが、国からのデータでございます。

外来医師偏在指標の値が全国の二次医療圏全体の中で上位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するという相対的なもので指定される、これは国のほうがデータを用いて示してくるということで、現在のところ、各都道府県には暫定値として示されておりますが、確定値はまだ来ておりません。

次に、記載事項でございます。都が考えます外来医療計画は2部構成でつくりたいと考えております。第1部が、上の段にあります、国が求める記載事項、こちらを第1部とさせていただいて、その下の丸で囲ってあるところの都としての方向性というところ、こちらを第2部としたいと思っております。

まず第1部、国が求める記載事項のところなんですけれども、大きく二つございまして、外来医療機能の偏在、不足等への対応と、右の医療機器の効率的な活用、こちらの二つを外来医療計画で書きなさいということがガイドラインで示されております。

外来医療機能の偏在、不足等の対応は、先ほど申し上げました外来医師偏在指標及び外来医師多数区域を設定、これは国のほうからやってくるんですけれども、可視化して、新規加入者等へ情報提供すること。

二次保健医療圏ごとに不足する外来医療機能を検討しなさいということ。こちらは国の例示として、休日・夜間の初期救急ですとか在宅医療等々が例示として示されております。

次に、今後、新たに診療所を開設する際の協議の場の設置や運営などを記載しなさいということになっております。

右のほうに行きまして、医療機器の効率的な活用でございますが、医療機器の配置状況及び保有状況等に関する情報を明らかにしなさいということで、こちらも国のほうから来ているんですが、医療機器のデータ元は病床機能報告から来ておりますので、病院と有床診療所のデータということになっておりまして、無床の診療所に置いてある医療機器については国のデータには反映されていないというのが現在の国のデータでございます。

それから二つ目が区域ごと、こちらは二次保健医療圏ごとの医療機器の共同利用方針を出しなさいということ。

それから、共同利用計画の記載事項とチェックのためのプロセス、協議の場を定めなさいということ。

これが国が求める記載事項ということで、第1部として記載したいと思っております。ただ、これだけだと、東京都の場合ですと総体的なあれですので、単に事実を並べるだ

けになってしまうので、都としての方向性というのをきちんと、この計画で打ち出していきたいと考えております。

その下の丸のところですけれども、地域医療構想で決めました東京の将来の医療、グランドデザインというのがございます。こちらに沿って、東京の外来医療の今後の方向性をこの計画で打ち出していきたいと思っております。

グランドデザインでは四つの基本目標を書いております、下のほうにⅠからⅣまで記載しております。この四つの柱それぞれで現状分析や課題の抽出等を行い、方向性を打ち出していきたい。そのように考えております。

検討体制等々につきましては後ほど、ちょっと医師確保計画のことをご説明した後に、またご説明させていただきたいと思っております。

次に、医師確保計画について、ご説明させていただきます。

- 高橋医療人材課長 医師確保計画のほうになります。ダブっている部分につきましては割愛させていただきますので。

医師確保計画は平成30年の法改正に基づきまして、新たに医師の確保に関する事項を追加することとされたものでございまして、性格や計画期間については外来と同様となっております。

区域設定につきましては、区域単位が二次医療圏と三次医療圏と、それぞれ定めることとなっております。医師偏在指標につきましては、さまざま勘案した人口10万人当たりの指数というふうになってございます。また、少数区域、多数区域を定めることにつきましても同様でございます。

記載事項につきましては後ほど詳しく説明いたしますけれども、国のガイドラインが定める記載事項に加えまして、都としての方向性を定めていくというところにつきましても外来と同様というふうを考えてございます。

- 千葉計画推進担当課長 続きまして、資料3-3、3-4を用いまして、検討体制と、それからスケジュールについて、ご説明を申し上げます。

まず、横型の資料3-3をごらんください。医師確保計画及び外来医療計画の策定スケジュールでございます。

本日、8月の欄のところに記載してございますが、地域医療構想調整部会、地域医療対策協議会医師部会の合同部会ということで、本日開催させていただきました。これを皮切りに具体的な検討に入っていきたいと思っております。

外来医療計画と医師確保計画は一体として検討していくのがよかろうということで、我々は考えておりまして、この合同部会を開催させていただいておりますが、人数が40人と、非常に大きな世帯になりますので、もう少し機動的かつ詳細に検討するために、さらに合同部会から何名かの委員の皆様にご協力いただきましてPTを設置して、機動的、具体的、詳細に検討を進めたいと思っております。

今後、およそ月に1回ほどの会議体を設けまして、綿密に検討を行っていきたくと思

っております。9月の欄以降にPTを3回ほど予定しております。日付も既に予定してございます。

12月の欄に書いてございますが、最後のほうにもう一度、この合同部会を開催させていただきまして、パブリックコメントを経て、最終的には年度末に行います東京都医療審議会にて決定していきたいと思っております。

その間、PTのほかにも、外来医療計画でしたら、上のほうにございますが、保健医療計画推進協議会ですとか地域医療構想調整会議等々からもご意見をいただきながら、また医師確保計画につきましては、地域医療対策協議会ですとか産科、小児科の各協議会等々のご意見も踏まえながら進めていきたい、そのように考えております。

資料3-4は、プロジェクトチーム、PTの委員の名簿でございます。18名の委員構成で進めさせていただきたいと考えてございます。

資料3-5はプロジェクトチームの設置要綱でございますので、後ほどごらんいただければと思います。

説明は以上でございます。

- 猪口調整部会長 今の資料3のシリーズは外来医療計画、それから医師確保計画を決めなくちゃいけないので、プロジェクトをつくってやっていきたいんだというお話なんです。外来医療計画と医師確保計画の詳細については、この後の資料で話をします。この段階ではプロジェクトを進めるということに関してのご意見をまず聞きたいんですが、いかがでしょう。そういうことで進めてよろしいでしょうか。この人数が毎回集まるのは不可能だと思いますので。

(異議なし)

- 猪口調整部会長 ということで、進めさせていただきたいと思えます。よろしく願いいたします。

では続きまして、(4)東京都外来医療計画(骨子)案について、外来医療計画の検討に入りたいと思えます。よろしく願いします。

- 千葉計画推進担当課長 それではご説明いたします。資料4-1から4-5を一括してご説明させていただきます。

まず、資料4-1をごらんください。外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインということで、国から示されましたガイドラインについて、本体はお手元、左手のほうにございますファイルにとじてあるガイドラインのところに書いてありまして、全部で30ページぐらいになる、外来医療計画だけで30ページになるガイドラインですので、そこから要旨をまとめたものが4-1でございます。

まず、位置づけにつきましては先ほど申し上げましたとおりでございます。1枚目が外来医療計画の外来部分のところ、2枚目のところが医療機器の共同利用計画について、まとめさせていただいております。

外来医療計画の概要でございますが、記載項目は大きく分けて三つございます。先ほ

どご説明したとおりでございますが、外来医師偏在指標及び外来医師多数区域の設定から、残りの二つ、この三つが大きな柱で作成いたします。

(2) のところ、下の段に行きまして、外来医師偏在指標及び外来医師多数区域の設定ということで、こちら先ほどご説明したとおりでございますが、繰り返しますが、国のほうはデータを用いて各都道府県に示すんですけれども、診療所医師数をもとに算出することとなっております、①のところを書いてあるんですけれども。ですので、病院の外来部門の医師数が国のデータや国が示す指標には入っていないというものでございます。

右のほうの上に行きまして、(3) 不足する外来医療機能の検討ということで、全二次保健医療圏を対象に、その単位で、現時点で不足する外来診療所の医療機能を検討しなさいということになっておりますので、二次保健医療圏ごとに行っていきたいと思っております。

その際は調整会議等々のご意見も伺いながらやっていくんですけれども、国から示されている地域で不足する外来医療機能の例として四つ、こちらに書いてあるとおりのものが示されております。夜間・休日における初期救急。在宅医療。産業医（予防接種等の公衆衛生に係るもの）。それからその他というふうなものになっておりまして、都としては基本的にはこのラインに沿って考えていきたいというふうに思っております。

その下が、協議の場の運営というところでございますが、こういうことも定めなくてはいけないということを書いております。

1枚おめくりいただきまして、2ページ目をごらんください。医療機器の共同利用計画でございます。

こちら先ほどの説明とかぶるところがございまして、すみません、ちょっと前後しますけど、ここで言う医療機器のことが(1) 概要の中の※1、すみません、字が小さくて大変恐縮なんですけれども、5種類の医療機器が対象となっております。CT、MRI、PET、放射線治療、マンモグラフィー、この五つの機械が共同利用計画を定めなくてはならない機械ということになっております。

国のほうが医療機器の配置状況に関する情報を都道府県に提供し、それを明らかにしていくというのがこの計画なんですけれども、繰り返しになりますが、国がつくるデータのもととなっているのは病床機能報告ですので、医療機器の場合ですと、診療所ではなくて病院と有床診療所に配置している医療機器が国から示されるということになっております。

それが2番目のところの医療機器の配置状況に関する情報なんですけれども、(3) 機器の保有状況に関する情報や区域ごとの共同利用方針を明らかにしなさいというのがガイドラインに示されております。

右側へ行きまして、(4) 協議の場の運営等々がございます。

最後、右下の4の計画の策定手続及び計画期間というのは、計画の策定手続ですとか

計画期間をきちんと計画に書きなさいというのが求められております。

続きまして、資料4-2でございますが、こちらは違う束になります、資料4-3のダブルクリップでとめてある厚いやつなんですけど、東京都外来医療計画（骨子）案というもの、こちらは今、事務局がつくっている骨子の案なんですけれども、その構成ですね、どういうつくりになっているのかというのをまとめたものが資料4-2でございます。

一番最初にも申し上げましたが、都としては外来医療計画を国からのガイドラインに載っている、国から求められている記載事項を第1部として、第2部では東京都独自で、都としての方向性を書いていきたい、そのように考えております。ですので、先ほどガイドラインのことをご説明させていただきましたが、あの内容は第1部のみの内容でございます。

資料4-2のところ、第1部なんですけれども、国が求める記載事項ということで、第1章では外来医療計画とはというところで、計画の全体像を示したいと思っております。その中で、東京都の外来医療計画は2部構成になっているというのも明記していきたいと思っております。

下の段に行きまして、第2章が東京の外来医療の状況ということで、東京全体の現状を、まず明らかにしていきたいというふうに思っております。

第3章では、二次保健医療圏ごとに、13圏域ございますけれども、外来医療の状況を可視化というか、明らかにしていきたいと思っております。丸が三つございまして、区域ごとの外来医療の現状ということで、人口ですとか患者の流出入ですとか、医療機関数や診療所の医師数等、国から示されるデータをもとに、それぞれ圏域ごとに出していきたいと思っております。

また、各圏域で不足する外来診療所の医療機能の検討、先ほど申し上げました休日・夜間の初期救急ですとか在宅医療等々の検討も行っていきたい。

それから、各圏域の医療機器の配置状況や共同利用方針を書いていきたいということで、第3章は今申し上げたことを13圏域分、書いていくというところでございます。

右上に行きまして、第4章は協議の場の設置と運営というところで、現在、事務局では協議の場を調整会議の場とさせていただきたいと考えております。

一つ下の段に行きまして、ここ以降が第2部でございます、東京都独自で書くところでございます。都としての方向性ということで、東京の将来の医療、グランドデザインに基づく外来医療の方向性というのをこちらで打ち出していきたいと思っております。

誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京。これに向かいます四つの基本目標が、その下に書いてございますIからIVでございます。この四つの柱ごとに、外来医療の観点から、いろいろな検討を行っていただきたいと思っております。

次に、資料4-4と4-5なんですけれども、本日は第1部、第2部の中で、第1部は先ほど申し上げました資料4-3のところでした、事務局から骨子案を置かせていた

だいておりますが、こちらは分量が非常に多いものですので、本日、初見でご議論いただくのは大変難しいかと思っております。ですので、何かありましたらご意見をいただきたいと思いますと思っておりますけど、一度お持ち帰りいただきまして、後ほどご意見等々をいただければと思っております。それを事務局のほうできちんとPTのほうに反映させて、議論を深めていきたいというように考えております。本日、皆様にご議論いただきたいのは第2部の部分でございまして、4-4と4-5で、これからご説明する部分につきまして、本日たくさんのご意見をいただければと、そのように考えております。

それでは、4-4と4-5をご説明させていただきます。

東京の将来の医療のグランドデザインに基づく方向性ということで、四つの柱で外来の方向性を打ち出していきたいということは、ご説明しているとおりでございますが、4-5はA4のものとA3のものがあります。A3のほうをごらんいただきますと、紙を4分割しておりまして、左上から、(1)、柱の一つ目ですね。それから右に行きまして、(2)、柱の二つ目。左下、右下と、四つの柱で、一応、現在、事務局が策定いたしました、たたき台を記載してございます。それぞれ現状と課題、課題に対する取り組みの方向性を書いてありますが、ちょっとすみません、一覧性を重視しますと字が大変小さいので、一つ一つ、大きくしたものがA4判の横型のものがございます。4本の柱でございまして4枚、A4のものを用意させていただいております。

さらに、それをごくごく簡単にまとめたものが資料4-4でございまして、それぞれ四つの柱ごとに、基本目標ごとに、基本目標と追補する外来医療に関する内容について、I、Iというふうに対応させて記載してございます。

それでは、ちょっとご説明させていただきます。資料4-5でご説明させていただきます。

まず、柱の一つ目、高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展というところで、大学病院等が集積する東京の強みを生かした医療水準のさらなる向上。これに関して東京の外来の方向性を出していきたいと考えております。現状といたしましては、東京都は特定機能病院等が集積しているということ、大学病院の本院ですとか特定機能病院がたくさんあるというところを現状として捉えております。

課題を四つ、掲げさせていただいております。外来における高度医療の充実。2点目が、外来医療機能に関する情報提供の推進。3点目が、診療所と特定機能病院等の連携の強化。4点目が、外来医療従事者のスキルアップの支援。こういうところに課題があるんじゃないかということで、右のほうにそれぞれ、対応した課題に対する取り組みの方向性の案を書かせていただいております。全体で方向性を打ち出して、一つ目の柱としては、一番下のちょっとグレーになっているところでございますが、大学病院等の高度医療機関を中心とした高度な外来医療機能の提供と、地域の医療従事者のスキルアップ支援。こういうのが東京の方向性としていいんじゃないかというものを示しております。

次の②の紙に進んでいただきまして、（２）東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築の欄でございます。高度急性期から在宅療養に至るまで、東京の医療資源を最大限に活用した医療連携の推進という基本目標になってございます。

現状といたしましては２点、掲げさせていただいております。医療提供体制として、東京には多くの中小病院が所在しているというところ。それから、丸の二つ目、患者の受療動向や医療需要の現状として、高度急性期から回復期では救急搬送が多く、それに関しては圏域内、二次保健医療圏内や近隣の圏域で受療する傾向があるけれども、がんでは交通機関等が発達していることもあって、広範な範囲で受療動向が見られるなどの現状があるというふうに捉えております。

課題も４点、抽出してございまして、初期救急医療の機能の充実。２点目が、病院、診療所の連携強化。３点目が在宅移行支援の充実。４点目が、診療所を含む災害医療体制の強化でございまして、まとめの方向性として、地域住民が適切な医療を受けられるよう、病院、診療所の適切な役割分担と連携の推進がよいのではないかとこのように考えております。

３点目、③でございますが、（３）のところ、次のペーパーに進んでいただきまして、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柱でございまして、誰もが住みなれた地域で生活を継続できるよう、地域全体で治し支える地域完結型医療の確立でございます。

現状は２点、掲げさせていただきました。健康づくりと在宅療養の部分でございます。

課題は、こちらでは６点、掲げております。かかりつけ医等によるプライマリケアによる早期診断、早期治療から、ずっと下まで行きます、６点目、看取りまでの支援ということで掲げさせていただいております。全体の方向性としては認知症医療や在宅医療など、地域包括ケアシステムを支える医療の充実というふうに記載させていただいております。

次のペーパーに進んでいただきまして、（４）安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成という柱でございまして、医療水準の高度化に資する人材や、高齢社会を支える人材が活躍する社会の実現でございます。

現状といたしましては３点、掲げさせていただきました。養成施設等、大学等の医療人材養成施設が多く、東京都にあるというところ。医療需要が今後、高齢者が増大していくというところ。３点目が、働く世代の状況について、掲げております。

課題もこちらでは３点、掲げさせていただきました。地域医療を担う総合診療医の確保・育成から、３点目、地域の健康づくりを支える公衆衛生医の確保まででございます。

全体の方向性として、地域の外来医療を担う医療人材の確保・育成、こちらは医師確保計画と重複する部分がたくさんあると思いますけれども、そのような形で行きたいというふうに思っております。

すみません。大変駆け足でございましたが、事務局の案をご説明させていただきますし



た。これはあくまでも事務局の案でございまして、この文言に、何というんでしょう、余り引きずられるというか、こだわらずに、ここ以外に、委員の皆様から広くご意見をいただきたいと思っております。この枠組み等も、いただきました意見は事務局のほうで責任を持っていろんなところに当てはめたり、まとめていきたいと思っておりますので、これはあくまでもたたき台として、たくさんのご意見をいただければと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

○猪口調整部会長 今、事務局からは外来医療計画の骨子案についての説明をいただきました。非常に早口で、ボリュームがあるので早口で、大変だろうと思いますが、それを十分考慮して、後から質問票が送れるという形になっておりますので、落ちついて、いろいろご議論を、ご意見をいただきたいと思っております。どうでしょうか。

はい、どうぞ。

○大川委員 東京医科歯科大学の大川ですけれども。

2点、質問がございます。

一つは共同利用、医療機器の共同利用という点ですが、ちょっとピンとこないんですね。共同利用というのは、例えばMRIがあって、今現状は大学にももちろんあるわけですが、もう一つは画像診断センターが既にあって、そこに紹介する形をとっているわけですが、そういう形の共同利用なのか、フリーにアクセスして誰でも使っていいというようなことなのか、それをまず教えていただきたいです。

○猪口調整部会長 事務局、よろしいですか。

○千葉計画推進担当課長 国のほうで言っている共同利用というのがちょっと曖昧というか、あれなんですけれども、フリーにアクセスするというのは、ちょっとすみません、私はイメージがわからないんですが、現状の、本当に紹介や逆紹介でやっていただいているようなものも共同利用に含むというふうなことを聞いております。

○大川委員 そうすると、実際に医療機器とニーズのアンマッチが生じているという、そういう認識なんでしょうか、地域によっては。

○千葉計画推進担当課長 国のほうから来ているデータの一つで、各医療機器の一台当たりの検査件数ですとか、そういうのも示されておりますので、そういうところをもとに利用状況ですとか、そういうのを明らかにしていくというふうなことだと思います。

○大川委員 東京、特に区中央部で見ると、全くちょっと理解しがたい状況ではあります。

もう1点なんです、先ほどの外来医療計画の中で、かかりつけ医の問題なんですけれども、計画でかかりつけ医を持つようにというような方向性は打ち出されるんだと思うんですが、グランドデザインですぐにはできないとしても、グランドデザインで必ず持つようにとか、そういうような方向性は打ち出せないかということです。というのは、大学病院にいますと、大学病院がかかりつけであるという患者さんが少なからずいて、逆紹介ができないという状況があるので、それはもう本当に勘弁してほしいので、ぜひ地域のお医者さんを必ずかかりつけ医として持つようにするというような、明確なポリ

シーを出していただけると非常にありがたいと思います。

- 猪口調整部会長 話としてまとまって、骨子の中に書き込めるような形の議論になっていけば、いろいろな要素を考慮しながら。我々医師会としても非常に、そういう話は一緒に進める内容だと思いますけれども。

ほかにご意見はございますか。

国の話とか、いろいろ聞いている中で、私としては、外来医療の偏在と言っている中で、足りないものを書けというふうに言われて、救急医療だとか、それから在宅だとか、それをするんだったら、全ての診療科について、やっぱりきちんと検討しないと、何が足りないのか、わからないんじゃないかなと思うので、そういうものが東京都として出せるのか。国からのデータとしては多分ないのかなと思いますけれども、東京都独自のということであるならば、それを出してもらいたいし。

それから、外来診療というのは非常に二次医療圏、三次医療圏という単位のものでなくて、むしろ生活圏に密着しているものでありますので、区市町村であったり、そういう狭い範囲の偏在というものが見えてこないと、例えば多数区域であって、そのところに新規開業するようなドクターたちに対して、ここはこんなに混んでいるんだよという話は、二次医療圏でも全く説得力のない話でありますから、そのようなことを考えると、東京独自のそういう計画を立てるならば、もうちょっと区市町村レベルぐらまで下がったような、もしくは地図を見て一目瞭然になるような形になるというのが本当はいいんじゃないかなと思いますけれども。

できるか、できないかはさておいて、今のような希望を言っていていい時間なんだろうと思います。皆さん、どうぞ、話を聞いて、こういうところまで欲しいよという話をいただければと思います。

宮崎委員、どうぞ。

- 宮崎委員 宮崎です。

ちょっととんちんかんな質問かもしれませんが、基本的に考え方として、外来患者の流出入とか、地域医療構想でも流出入はあるんですけど、それはなるべくしないほうが良いという発想なんではないでしょうか。それとも、東京都はかなり特殊なので、がんなんかは中央に行っている。それはそれでありなのかなと、私は個人的には思っているんですけど、それをなるべく二次医療圏なり、先ほど猪口先生から話がありました生活圏内なるべく完結しようという考えの方向に持っていかうとしているのかどうか、そこをちょっと教えていただきたいんですけど。

- 猪口調整部会長 どうですか。

- 千葉計画推進担当課長 私どもとしては、流出入の状況を、現在はこうなっているというのは当然お示ししたいなと思っているんですけども、それをもって、いいとか悪いとかは、またいろいろ委員の方々にご議論いただきたいと思いますし、先ほどお話のございました、かかりつけ医の議論の方向とかでも、またそういうのが使われるというか、

参考にさせていただきながら、議論を深めていただければと思っております。

○猪口調整部会長 ちょっと流出入に関して、私のほうから質問していいですか。

外来機能の流出入というと、DPCデータはないですから、NDBデータを使っているという解釈ですかね。医療機関ベースで通勤圏に合わせる、通学圏に合わせると、いわゆる生活圏よりはかなり遠隔な流出入があるんだけれども、それを踏まえて多数区域、少数区域というような判定でデータが来るという解釈でよろしいのでしょうか。

○千葉計画推進担当課長 多数区域、そうじゃない区域というのは、何というんでしょう、患者数ではなくて、診療所医師数と、それから二次保健医療圏ごとの標準的な外来診療所の患者数みたいなものから出すというふうに、国からは来ておりますね。

資料でいいますと、4-1の右下のほうに算出の基本的な考え方というのが書いてあるんですけども、右下じゃない、すみません、左下のほうですね。4-1の1枚目の左下のほうです。

○猪口調整部会長 ちょっとまた皆さん、ご検討いただいて、ご意見をいただければ。

どうぞ、川口委員。

○川口委員 ④のところでもちょっとお尋ねしたいんですけども、地域医療を担う総合診療医の確保と育成というふうに書かれているんですが、これはちょっと無理があるかなと。総合診療医は大体もともと数がなくて、これから育成していく段階で、現実の問題とすれば、先ほどから出てますけれども、日本医師会の先生方のかかりつけ医をきちんと機能する、あるいはかかりつけ医の定義をもっと明確にして、どこまではかかりつけ医が面倒を見るということに踏み込んでいかないと、ちょっと総合診療医の確保と育成、これはちょっとピントがずれていないかなと、現実的じゃないんじゃないかと僕は思います。

病院でやっぱり休日の診療をしていますけど、この辺までどうして診てくれていないんだろうなというので来ちゃう人も結構いるんです。ですから、この辺をもうちょっと厳しくやってもらうのが現実的だし、今の制度を利用するんだったら、そちらのほうに力を入れていったほうが、よりいいものができるんじゃないかなと思うんですけど。

○猪口調整部会長 ご意見としてね。プロジェクトでまたもんで、反映させていくということですね。きょう、いただく意見は、全部、プロジェクトのほうで話し合うということになっていくと思います。

どうぞ、内藤委員。

○内藤委員 地域医療構想において、病院の医療機能についてはかなり病院自体の機能がはっきり見えていたりとか、役割というのはある程度出ているので、そこで、どうやって地域の中で組み合わせていくかという話、それから担っていくかという話で、比較的わかりやすいといたら変ですけども、ただ、やっぱり地域を支える外来医療ということになりますと本当に地域の、先ほど出ていますけれども、まず一つに外来医療ということになれば、当然、先生方、開業されている先生の専門性がそれぞれ違ってきてい

るということと、中には地域でありながら本当に特化した専門の外来をやっている先生もいらっしゃる、それからご高齢の方からお子さんまで診ているというような方もいらっしゃる。それから、今度は生活の地域の中でどういう人口構成になっているのかという問題にもつながってくるようになりますと、逆に東京都の場合は、地域医療構想の場合というか、医療の機能については、どちらかという大きく見たほうがいいと思うんですけども、東京の場合は今度は外来機能になると、かなり細かく見る、小さな目で見えていく、マクロに見ていかないと、生活と医療がどれだけしっかり密着しているかということ、それが非常に、生活を支えるという意味では非常に大切なところで、地域包括ケアシステムを中学校区に一つというような大きさのイメージがあるとするれば、生活もそのところに同じように見ていくということが必要であり、かつ、またそこにどういう外来があるのかということにもなってくると思いますので、かなり細かいデータといったら変かもしれませんが、現場の意見に耳を傾けていただきながら、構築していく必要性というのが非常にあるのではないかなというふうに私は思います。

本当にきょうも開業されている先生、クリニックの先生方も多くいらっしゃいますけれども、それぞれが皆さん少しずつ、同じ役割をやりながら違ったことをやって、それが地域の中で本当にうまく組み合わさって地域が支えられているということになりますので、病院のように大きく分けされた機能で見ていくというのはちょっと難しいです。細かく、かなりきめ細かく意見を聞いていく必要性があるのではないかと私は思います。

○猪口調整部会長 どうもありがとうございます。診療科だけで、その先生のやっていることははかれないということですよ。

ほかにどうでしょう。西川委員、どうぞ。

○西川委員 すみません。先ほどかかりつけ医のお話が出ていたと思うんですが、病院と、それからかかりつけ医の連携の中で、かかりつけ医の先生が、例えばここに書かれているようにプライマリケアからACPまで、ずっといろいろ書かれているんですけども、これを実際に担っていただける地域の先生というのがどれぐらいいらっしゃるんだろうかというのが、ちょっと実感としてありまして。そのあたりのシステムの基本的な構築というんですか、地域包括ケアシステムの中でかかりつけ医の先生がこれだけのことを担っていただけるような何か方策というのが必要なのではないかなと思います。

○猪口調整部会長 どうもありがとうございます。医師会としてもしっかり対応していきたい内容だと思います。ありがとうございます。

新井委員、どうぞ。

○新井委員 東京都医師会の新井です。

国が定める記載事項ということで、ちょっと質問していいでしょうか。外来の医師偏在指標と外来医師多数区域の設定を記載するという事なんですけれども、これから医師確保計画のところで説明があるのかもしれませんが、外来医師偏在というのは、地域的な偏在と、それから診療科の偏在、それから勤務形態の偏在ですね、つまり診療所に

勤務しているのか、それから病院に勤務しているのか、そのようなことがデータとして多分、出てくるのかなと思うんですけども。

医師確保計画の専門医のシーリングのほうでは、診療科ごとに将来必要とされる医師を推計して、それによって各都道府県がどのぐらい医師を登録していくかというデータが出てきていると思うんですけども、こここのところの記載事項というのは、そういう検討をこれからPTでやられるというふうに理解してよろしいんですか。それとも、診療科とか勤務形態は全く考えないでやってしまうのか。というのは、外来の医師の指標というのが診療所のデータで国から出てくるというふうなことになるので、ちょっとその辺の、そごが出ちゃうのかなというふうに危惧したものですから、聞きました。

○千葉計画推進担当課長 国が定める第1部のところなんですけれども、そこはもう、何というんでしょう、国のガイドラインに沿ったものを書きたいと思っております。繰り返しになりますけれども、診療所医師数をもとにデータが来まして、それをもとに医師偏在指標とかが定められますので、さらにガイドラインのほうでは、今回の外来医療計画では診療科別の検討は行わないということも言っておりますので、国から示された部分を書くところにおいては、それ以上、踏み込んで書くつもりはないといったところなんですけれども。

○新井委員 現実的にはやっぱり診療科、救急であるとか、そういうところが問題になってくるので、かなり不十分な検討になってしまうのは、せっかくやるのにもったいないなという気がしますので、東京都としてやれるのであれば、そこまでやれば、かなりいいのかなというふうには思います。

そこまで細かく地域医療構想の病床機能であるとか外来機能をきちんと決めていくのであれば、本来なら覚悟を持って、患者さんに受療行動というのをきちんと、そこも枠をはめないといけないなど、そのぐらいの覚悟が必要なのかなというのは。これはちょっと感想ですけど、思います。

○猪口調整部会長 よろしいですか。ご意見として賜るということで。

私なりの感想ですと、第2部で東京独自の計画を立てるとおっしゃっているから、ここではたくさんいろいろ要求して、技術論はあると思うんですけど、数を出したくても出せないという問題もありますので、要望はたくさん挙げていただいて、やれる、やれない、そして現実的に使えるものにしていくということで、ぜひ皆さん、案を出していただきたいと思います。

もう一つ、僕が気がついたのは、がん診療のようなものを高度急性期病院から、高度な病院からいきなり診療所というのではなくて、連携の中で、やっぱり地域の病院がケモテラをやったり緩和ケアをやったり、やっぱり入院機能があるからこそやれるということもありますので、その連携に関しては、必ずしもダイレクトの連携ばかり考えないで、中小病院なり、地域の病院を活用するような話も入れていただきたいなと思います。

新田委員、どうぞ。

○新田委員 4-1の構図で恐らく国が今まで、いわゆる病床計画の後に、その後、外来計画をするといったことのグランドデザインが描かれていると思うんですが、東京において、外来医師の偏在というのは、算出の基本的な考え方で、これが合うかどうかというのを一つ、検討でお願いしたいなと。

一つは、例えば地域においては、ほかの都道府県地域においては65歳以上の診療所の医師しかほとんどいない地域もあって、こういった数字を恐らく出す、そういう意味では性・年齢階層別で労働力の調整というのは、そういう意味でつくられているものであって、東京はどうなのかというと、どうも違うなというイメージがあります。

もう一つは、今、座長も言われましたが、中小病院の外来をなぜ省いているのかというところがございますね。中小病院というのは重要な要素ですね、外来の。その中で、省いた中で外来計画、医療計画をつくるというのはどういう話なんだということがよくわからない。大規模病院における外来を省くのは、僕はこれはこれでオーケーです、賛成でございますが、中小病院を省くというのに何の意味があるのかというのは全然意味がわからない。

ということで、算定数のあり方そのものがどうも違っているということは、根底的に外来医療計画がどうも間違っているんじゃないかなと、一方で、東京においては思う次第でございます。

そこで各論まで行くと、もう雑ぱくになりますので、あえて言いませんが、全体の計画として、もう少し基本的な、東京独自という話を座長が言われましたが、そういう意味で、ちょっと考え直していただきたいなというのが僕の意見でございます。ありがとうございます。

○猪口調整部会長 どうもありがとうございます。

田村委員、どうぞ。

○田村委員 ただいまの新田委員に全く賛成でございます。もともと、どうも国からおろしてきた計画というのは地方を念頭に置いて、東京には当てはまらないものが非常に多いなという気がいたしております。そして、外来機能についても、医師数は東京はかなりのたくさんいると思いますし、地方を想定した議論をしてもしようがないと思うんですけれども、東京の外来機能が全て充足されているかということ、各論的に考えますと、やっぱり充足されていない部分があると思うんですね。

例えば訪問診療、在宅訪問診療についてでありますけれども、これも実は機能的に、病院を機能別に四つに区分したように、24時間、常に出動できる機動力を持った在宅専門診療所と、それから通常のかかりつけの先生が、お昼休みに往診かばんを持っていく。実際に、こと切れたら、死亡診断書を書く。そういった形での訪問診療を担える在宅支援診療所では全然違うわけでありまして。これは診療報酬の中では在宅診療強化型の支援診療所か、そういうことで区分されているわけですがけれども、その辺はまだ東京で全ての地域がそうしたかかりつけ医による訪問診療と、いささか重症感のあるところを

カバーするだけの訪問診療所があるかどうか、ばらつきがあると思いますので、その辺は議論の余地があると思うんです。

先ほど西川委員でしょうか、かかりつけ医に求められている機能をかかりつけ医が全て対応できるかという、これはかなり空想的な話でありまして、やっぱり外来の診療所もそれぞれ機能分化していて、在宅に特化したところもあるわけですね。

それともう一つ、まだまだ圧倒的に足りないと思える外来診療所の機能は、時間外オンコールですね。かかりつけの患者さんが困ったときに、深夜でも、あるいは早朝でも、かかりつけ医に電話すると、ちゃんと電話で対応する。そういう機能を果たしている診療所は非常に少ないと思います。

これを私は実はやっているんですけれども、例えば深夜の2時に、子供が熱発しましたと。何度ですかと聞くと、7度1分なんですね。すぐに救急外来に連れていかなきゃいけないかどうか。やっぱり初めて子供を持つお母さんは、それでも心配するわけですよ。そのときにかかりつけ医が一言、それは大丈夫です、朝まで待ってから、かかりつけにかかればいいですよということを言ってあげないと、そういう方が小児科の夜間救急に殺到するわけですね。ですから、そういうことをする機能を持っている診療所がまだ足りないと思いますね。

個別に言っていると、きりがありませんけれども、東京の今の診療所の医療の状況を見て、ここのところはちょっと深掘りして議論したほうがいいんじゃないのかなという部分があると思いますので、そういった部分に特化して議論ができればいいんじゃないかと思います。

○猪口調整部会長 どうもありがとうございました。

第2部の東京の独自の部分に書き込みたい内容がたくさん出てきているような印象を持ちますが、ちょっと時間の都合で、それ以外のご意見がございましたら、今のようなご意見をもとにして、ぜひファクスでご意見をいただきたいと思います。時間の都合で、次に進めさせていただきます。

本日の最後の議題といっても、二つの大きな議題のうちの一つですが、(5)東京都医師確保計画(骨子)案についてということで、事務局よりご説明をお願いいたします。

○高橋医療人材課長 医療人材課長の高橋でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

医師確保計画についてでございます。今既に議論にも出たので、ご存じの方も多くいらっしゃると思いますが、医師確保計画につきましては全国的な医師偏在是正を目的とする議論から出てきたものでございまして、国は地方の医師不足地域の解消のため、いわゆる医師多数の県から医師不足の県に医師が動くことを期待して医療報酬を改正し、都道府県を挙げて医師偏在対策に取り組むこととされたものでございます。

東京は全国的に見ましても相対的に医師多数と位置づけられますので、医師を持っていかれる側になってしまうということで、高度先進医療を担う東京におきまして、決し

て医師余りの状況ではないということ、むしろ現場の皆様の医師不足の状況、そういう局面もあると実感させられているところと承知してございまして、今回の計画策定によりまして、積極的な医師確保策を講じられないなど、不自由さが増すのは本意ではないということでございますので、このたび、国の定める計画にプラスして、先ほど来、説明しているところでございますが、都独自に東京の医療の現状を分析して、計画を取りまとめていく予定にしております。その点、外来医療計画と同様ですので、よろしくお願いいたします。

それでは別紙2というところ、別の束になりますので、資料をご準備いただければと思います。資料の説明に入ります。

まず、国の資料に基づきまして説明いたします。

13ページの中ほどになります。医師需給分科会第4次中間取りまとめの概要①というところでございます。

ことし3月に出されました、こちらの取りまとめの概要でございますが、この取りまとめをもとに医師確保計画策定ガイドラインが策定されているところでございます。都道府県における医師偏在対策の実施体制の強化が言われておりまして、外来と同様、医師偏在指標に基づきまして、全国の医療圏の上位33.3%を多数区域、下位33.3%を少数区域とするものでございます。

医師確保計画の策定、右のほうですけれども、簡単には、医師確保の方針、また医師少数区域の水準を脱するために必要な目標医師数、また施策といたしまして、医師の派遣調整ですとかキャリア形成プログラムの策定などについて、施策を定めていくこととなってございます。

また、下のところでございますが、産科、小児科に限定した医師確保計画も策定するというところでございまして、産科においては分娩数、小児科におきましては年少人口に基づいた指標ということになってございます。

また、おめくりいただきまして、取りまとめの概要②のところでございます。

(2) 医師養成課程を通じた地域における医師確保というところでございまして、医学部における地域枠等の設定ということで、2036年時点の医師不足数を上限として、大学に要請できるということになってございます。また、専門研修等でございますが、診療科ごとの将来必要な医師数の見通しを明確化、期待される効果といたしまして、医師が適切に診療科を選択することで、診療科偏在の是正につながるというところでございます。

また、(3)は、先ほどの外来医療の偏在への対応です。

(4)は、医師の少ない地域での勤務を促す環境整備の推進となってございます。

また、地域医療構想と医師の働き方改革との関連につきましては、偏在というのは三位一体で進めることが重要であるとされているところでございます。これが計画の背景となります。



お戻りいただきまして、1 ページ目にちょっとお戻りいただければと思います。こちらに医師確保計画策定ガイドラインの要旨を3 枚ほどにまとめてございます。

1 枚目の左下のところに(3) 医師偏在指標というのがございまして、人口10 万人対医師数をもとに、全国ベースで医師の多寡を比較評価する指標として、5 要素を考慮して算出するというふうになってございます。

若干説明いたしますと、指標には人口と医師数と、二つの数字がございしますが、まず人口につきましては、同じ1 人でも赤ちゃんや高齢者というのはより医者にかかるということで、受療率が異なります。ということで、地域ごとの医療ニーズを地域ごとの人口構成の違いを踏まえまして、住民の性・年齢ごとの受療率、また他県や他圏域からの患者の出入りについて調査しております。次に、医師の数につきましても、同じ1 人でも20 代の男性と70 代の男性というのは仕事量が違うということから、週当たりの平均勤務時間と、男女別・年齢別・勤務時間の比で修正をかけていますということで、より地域の実情に即して、地域間で比較することができるような数字として、国において新たに偏在指標を考案したということで、こちらで、比べる指標ということで設定されたということでございます。

都の指標につきまして、このような形でガイドラインがございしますので、若干説明いたしますと、右側のほうの区域の設定のところでは、上から三つ目の丸ですけれども、医師少数区域に設定された二次医療圏は重点的な医師確保対策の対象となるということと、(5) 医師確保計画の策定の下から三つ目の黒丸ですけれども、医師多数都道府県及び医師多数区域には現時点以上の確保策を行わないというふうになってございますので、東京都にとっては不利なことが書かれているところでございます。

おめくりいただきまして、3 分の2 のところでございしますが、右側の(6) 医学部における地域枠等の設定のところでは、令和4 年度以降の医師養成数につきましては、医師の働き方改革に関する検討会報告の結論や医師偏在対策の状況を踏まえ、再度、医師の需給推計を行った上で検討を行うこととされていることに留意する必要があるというふうになってございます。

また、おめくりいただきまして、右側のところでございしますが、3、医師確保計画の効果の測定・評価でございます。

次期の医師確保計画に定める目標医師数というのは、計画期間終了時における医師偏在指標の値をもとに設定するというところで、医師偏在指標が効果測定のパロメーターにもなっているというところでございます。

また、上から三つ目の丸でございしますが、地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画に反映させていくというところでございます。

また、下に書いております計画期間でございしますが、こちらも外来と同じですけれども、最後のところで違うのが、長期的な目標は2036 年までということで、地域枠等の効果が出るのに15 年ぐらいかかるということで、医師偏在是正を達成する目標は2

036年というところがございます。

早速ですけれども、おめくりいただきまして4ページ目のところ、東京都の医師偏在指標等のまとめでございます。こちらはA3の表の縦で、若干見にくいんですけれども、恐縮です。

表が三つございまして、上から医師全体、真ん中が産科、下が小児科となっております。真ん中のところに医師偏在指標というのが出てございまして、全国が238.6、それに対して東京都が318.4などという数字がございます。こちら、網かけしておりますけれども、西多摩、南多摩、島しょが現時点におきましての暫定数字でございますけれども、3区域が少数区域となる見込みでございます。

また、産科のほうにつきましては全国の偏在指標は12.8、それに対しまして東京都が18.0ということでございます。

一番下の小児科は、全国が106.2に対して、東京都は139.3というところがございます。産科、小児科ともに相対的医師少数区域となる圏域はないというところがございます。

簡単ではございますが、ちょっと次のページに行かせていただきます。

5ページ目に都道府県別に並んだものと、下のほうには都内二次医療圏の表ということで、二つの表がセットで5ページ目に記載してございますが、ちょっと若干、上のところで説明させていただきますと、今、医師偏在指標というのを説明いたしましたが、5ページ目の上に出ております標準化医師数4万1,780人、東京都の数字がございます。これというのが、その隣にございます従事医師数4万1,445、これは算出調査の数字でございますが、それに先ほど申し上げました労働時間調整計数、計算すると1.008になるということで、これを掛け合わせて標準化医師数を出しているというもので、これが、補正された医師数のことを標準化医師数と呼んでいるというところがございます。

また、人口のほうも2018年1月1日時点の人口、これは10万人が単位ですので、136.4、1,364万人でございますけれども、これを、三つ隣の標準化受療率比というのがございまして0.946、これを掛け合わせたものが、ここには答えというか数字は出ていないんですけれども、補正された人口ということで、先ほどの標準化医師数から、その人口を割ったもので、偏在指標を出しているというような状況でございます。

表にあるとおり、東京都は都道府県別では、ちょっとトップのような状況となっております。

また、下のほうに都内二次医療圏について、数字を掲載しております。

また、おめくりいただきまして、ちょっと簡単でございますけど、すごく簡単に説明したいと思います。

次のページ、6ページ目は産科における医師偏在指標ということで、一番左の数字、

東京都のところでご説明いたしますが、産科医師数が1,660人、隣の隣を見ていただきますと、診療所の従事医師数割合が35%、また年間調整分娩件数が9万3,000件、診療所の分娩件数が26%、対する全国は46%というような数字がございます、少し右にずれていただきますと、施設数、病院が91、診療所が73、合わせて164ありますというようなことですか、あと分娩取扱医師数につきましては、最初に数字が出ておりました、病院が1,036、診療所が321、その率が隣に出ておりました、病院が76%、診療所は24%。また、年間分娩件数も数字が出ておりました、その隣に分娩件数の割合、71%、29%、病院と診療所の割合が出ているというような形で、国から提示された数字が出ているところでございます。

ちょっと簡単ではございますが、ちょっとまたおめくりいただきまして、7ページ目は先ほどの数字になっております、下のほう、都内二次医療圏が出ているところでございます。

このように数字が出ておりますので、ちょっと8ページ目まで、次は小児科の数字が出ているようなところでございます。

また、9ページ、10ページのところに、資料1-6でございますけれども、論点整理メモということで、国のガイドラインに基づき、このような項目につきまして、記載のような内容で取りまとめていきたいというところを示しているものでございます。

ここまでが国のガイドラインに基づくものというふうになります。

おめくりいただきまして、11ページになります。ここから都の独自の方向性ということで、四つの基本目標の達成に向けました医師確保計画の方向性というところをご説明させていただきたいと思っております。

国のガイドラインが定める記載事項に加えということで、地域医療構想で定めたグラウンドデザインの実現に向けた目標の達成に向けて、医師確保の観点から方向性をまとめたいというところでございます。

また、地域偏在の解消だけでなく、東京の医療の現状、課題を分析し、両部会の意見を十分に踏まえて策定する。また、医育機関の多い特性を踏まえまして、教育と医療の質の向上、維持向上を図るというようなこと。また、これまで都の偏在対策としては小児、周産期、僻地、救急といった分野の対策を行ってまいりましたが、こちらの分野の検証を行った上で、引き続き医師の確保をはかりたいというところでございます。

また、保健医療・福祉施策を充実していくために公衆衛生医師の確保、また観察医等を確保し、死因究明体制を強化するというところでございます。

さらには医師の働き方改革、これを踏まえまして時間外労働の実態を把握した上で、東京の実情に応じた対応を検討していきたいというところ。

また、最後になりますが、既存事業の見直し、また地域医療対策拠点に付与された権限の活用策を検討するなど、新たな施策を検討していきたいというところでございます。

また、おめくりいただきまして、このような形で、骨子の項目案というところまでで

ございますけれども、左側が国の求めるもので、右側が東京都独自というところで、医師確保の方向性を、このような形で検討していったらどうかというところで記載しているところがございます。

説明は以上になります。

- 猪口調整部会長 これも非常に多くのボリュームのものをご説明いただきました。先ほどの議論もそうなんですけれども、国のほうで書けと言っていることは書かなくちゃいけないということで、東京都独自の部分、資料1-7、11ページの部分を中心に議論いただければと思います。どうぞ、ご意見をいただきたいと思います。

医師部会の部会長の角田委員、どうですか。

- 角田医師部会長 先ほどからご指摘のように、国の示すデータというのは非常に東京に当てはめると不十分というか、実態をあらわしていないということがございます。ですから、さっきいろいろご意見、まさに多分、ここに出ている先生方は皆さん、同じ考えだと思いますが、1部においては、とりあえず国の示したものに対しての意見で、やはり2部が非常に重要だと思います。

特に医師部会のほう、例えば先ほど、一見、標準的なデータと思われる医師の年齢構成を掛けて何とかというのは、東京都には非常に教育機関、13の大学がありますので、若い、つまり、なりたてのお医者さんがたくさんいるんですね。そういった年齢を調整すると、実態がまさにほかのものと合っていないようなことがあるので、ぜひPTでは、なるたけ生のデータというか、東京の現状のデータを集めた上で、2部のほうに力を入れて、しっかりとプランを詰めるということがやっぱり重要だと思います。

以上です。

- 猪口調整部会長 どうでしょう。ご意見ございますでしょうか。

進藤委員、どうぞ。

- 進藤委員 事業区域で分かれているから仕方ないんだと思いますが、資料1-2で多摩で全部くくられているんですが、多摩も人口500万人いますし、非常に大きいので、もう少し資料を細かく、二次医療圏なりにしていただくとありがたいなと思います。

- 猪口調整部会長 小児科の話ですかね。

- 進藤委員 医師偏在指標まとめで。

- 猪口調整部会長 医師全体と産科は。

- 進藤委員 産科、小児科が。

- 猪口調整部会長 産科、小児科が多摩とくくられちゃったんですね。

- 進藤委員 はい。

- 猪口調整部会長 これはどうして。

- 高橋医療人材課長 事業推進区域自体がこのような定義になっておりますので、それに従っております。

- 猪口調整部会長 周産期の医療区域と小児科の医療区域は別なんですよ。そうでした。

了解しました。

ほかにどうでしょう。

新田委員、どうぞ。

- 新田委員 小児に関する問題ですが、小児在宅医療の検討をする中で、小児在宅医療がなかなか広がらない。それはやっぱり小児が小児科医のみでやるという、いわば縦割りの政策の中でなかなか広がらないということも、小児在宅研究の検討で、その小児科の先生たちもよくおわかりになってきて、やはり大人を診る先生たちと一緒に小児を診るという体制をそろそろつくり上げなきゃいけないという話になっております。

今、逆に言うと、いわゆる医療難民というのが出ていまして、小児の在宅をやっている人たちがだんだん大人になってきて、中途、いわゆる20代、30代になってくる中で、誰が診るんだ、大人とか、そういう難民が出ている。特に病院で、ずっとNICUベビーちゃんたちが病院で持った場合、どこにも行き場所がないという話も出ている中で、今、小児科医のみ偏在するということを考えるのも、今現在はそうであるんでしょうけれども、将来、本当に小児科と大人を診る医師たちがどのように提携していくかということも含めて考えないと、偏在議論はうまくいかないのかなというふうに思っています。

- 猪口調整部会長 貴重なご意見どうもありがとうございます。

先ほどの外来診療のところでも出ているんだけど、診療科だけでは、やっている内容はわからないという話で、今のが逆になるかどうか、あれですけれども、小児を診るのは小児科じゃなくても、結果として、在宅で診ていただく、診なくてはいけない小児たちを診る医師が確保できるというところまで到達できれば、それはそれでいいのではないかということになりますね。だから、ゴールは医師の偏在是正だとか、医師を確保するというのではなくて、必要な医療を提供できるかというのが最終的なゴールだというお話をいただいたような気がします。だから、目先の数にとらわれるのではなくて、どういう施策でやっていこうかというところが必要なんだと。非常に貴重なご意見どうもありがとうございます。

ほかにどうでしょう。

新井委員、どうぞ。

- 新井委員 今の話と全く同じことなんですけれども、実は東京都医師会の救急委員会の救急相談センターの運用部会で、小児の救急のアンケートをとりました。小児の場合にはいろいろな、顔面の損傷とか、いろんな症状で救急病院にかかるんですけど、どの診療科が診ていますかというアンケートを見ますと、本当に裾野が広いんですね。小児科だけで診ているというわけではなくて、一般外科の先生が診ていることもありますし、脳外科が診ることもありますし、耳鼻科が診ることもあるということで、小児だから小児科だけということではないので、やはり東京都でそこを、外来機能とか医師偏在、診療科ということを議論していくときには、そういう現場でどういう対応をしているかと

いうことをぜひ議論して、この計画に書き込んでいただけるとありがたいと思います。

- 猪口調整部会長　どんどん難しくなっていくような気がします、どこまでできるかは置いておいて、素晴らしいものをつくっていかうということでご意見をいただきたいと思います。

それぞれの診療機能をわかっているのは医師であり医療機関だとしたときに、このスケジュールの中で、今持っているデータでやっていくのは何とかなるんでしょうが、例えば、先ほどの話ですけど、在宅をなさっていますけど24時間体制でどこまでやれますかとか、そういう機能アンケートみたいなことをやる時間というのは多分、恐らくないのではないかなというぐらいのタイトなスケジュールなんですけれども、実際の、それぞれの現場に聞いて見なくちゃわからないことが山のようにあるような気がするんですけど、それはどうするんでしょうね。

- 千葉計画推進担当課長　ちょっと合わせてお答えさせていただきたいと思いますが、両計画とも、当然、皆様の意見を踏まえてきちんと作り上げていきたいと思っておりますが、ただ、申しわけございませんが、計画策定にはやっぱり時間的なルールもありますので、それはそれで守らなくてはいけないのですが、そこで議論が終わりということではございませんので、計画は作りましたけれども、さらに深掘りしなくてはいけないもの、それから例えば先生がおっしゃったような調査が必要なものですとか、継続して議論していきながら、計画をブラッシュアップしていかなくちゃいけない部分もあるかと思います。我々としては計画をつくって終わりということではなくて、ぜひ、ちょっと先の話になりますけど、委員の皆様には継続してご議論にご協力いただきまして、また計画を実行する上で、さらによくしていくためにも議論は継続させていただきたいというふうに思っております。

- 猪口調整部会長　どうもありがとうございます。かなり前向きな意見をいただきまして、本当にどうもありがとうございます。

ほかにいかがでしょう。

質問状だとか提案というのは、こちらの医師確保に関しても、調整部会の委員も、こちらの委員が書いてもいいんですよ。

- 千葉計画推進担当課長　もちろんです。

- 猪口調整部会長　何を書いてもいいのか。

- 千葉計画推進担当課長　何を書いてもいいというわけでは。

- 猪口調整部会長　それは、きょうに関係する内容なら。常識的に。

- 千葉計画推進担当課長　はい。お願いします。

- 猪口調整部会長　どうでしょうか。

まず土谷委員から、どうぞ。

- 土谷委員　東京都医師会の土谷です。

外来の機能で、診療科の話が今もずっと出ていたんですけど、全てをやろうとすると、

それは無理なので、ここでは小児科と産科と、あるいは医学部の地域枠で出ているような、僻地とか救急、あるいは想像できるのは在宅とか、特に東京は多いと、全国から多いというイメージがあると思うんですけど、特に東京の中でも多いんじゃないかと足りないところはまだまだあると思うので、足りないところに焦点を当てて、特に議論していただければいいんじゃないかなと思いました。

以上です。

○猪口調整部会長 ありがとうございます。

では、佐々木委員。手を挙げていただいたので。

○佐々木委員 区中央部座長の佐々木でございます。

ちょっと確認なんですけれども、第1部、第2部という2段階でやられるということなんですけれども、偏ったというか、偏在指標という特殊な数字をもとにして、いろんなことが進められることがないのかどうか。例えば先ほど、医師多数地域では医師の確保は行わないとか、あと例えば、資料の14ページにあるような、外来医療の機能の不足、偏在等への対応で、多数地域の場合はこうだとか、少数地域の場合はこうだとかというものは出ているんですけども、そういうことを実際には行わないんだということになるのか、それともある程度、偏在指標によって、やはりある程度のことは行っていかざるを得ないのかということと、ちょっと教えてほしいと思います。

○猪口調整部会長 いかがでしょうか。

○千葉計画推進担当課長 外来計画と医師確保計画、それぞれでお答えしたほうがよろしいですかね。

○佐々木委員 できれば。

○千葉計画推進担当課長 外来医療計画のほうは、国のガイドラインにも書いてあるんですけども、この計画をつくって開業の制限をするとか、そういうことはしないというふうに書いてございます。外来医師の多数区域とかを明らかにすることによって、今後、新たに開業しようとする方々の行動の変容を促していこうと、そのようなものというふうに位置づけられております。

○猪口調整部会長 外来はね。

○高橋医療人材課長 医師確保計画のほうにつきましては、区域、区域で区切って、何というんでしょう、目標にするということではなくて、東京都全体として不足しているもの、どういうものということとやっていきたいというふうに考えておりますので、基本は国が言うような形にのっとらないといけないんですけども、ただ一部、例えば地域枠の話ですとか、全国ルールでやるべきところについては当然、国のルールにのっとっていくべきところがあるというふうに考えてございます。

○猪口調整部会長 いいですか。

○佐々木委員 あと、もう一つはリクエストなんです、要望なんですけれども、例えば地域で不足する外来医療を、多数地域の場合には、それを求めるとかというふうに書いて

あるんですけれども、少数地域でも足りない医療機能はありますし、多数地域でも足りない医療機能はありますので、多数だから求めるとか、少数だから求めないとか、そういうことがないように、必要なものは、地域医療に必要なものは数によらずに求めていくべきだというふうに思います。

○猪口調整部会長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

内藤委員、どうぞ。

○内藤委員 内藤です。ちょっと質問なんですけれども、医師数というのは全部の医師、つまり国家資格を持っている人ということなんですよね。

というのは、何を聞きたいかといいますと、つい我々は地域医療を支えるとか、本当に実際の医療にかかわる医師数ということを医師ということで前提に考えてしまっているんですけれども、例えば大都市においては、それこそ美容外科であったりとか美容皮膚科といったような、あと、それから場合によっては、企業が多ければ産業医といったような、産業医も地域医療といえ地域医療だという声も昔に聞いたことがありますけれども、そういった、本当に地域社会で生活を支える医療に携わる、健康に携わる医師数に限った場合、例えば、それほどの人数ではないということで問題にならないのかもしれないかもしれませんけれども、そういったようなものが大都市で含まれているとすると、多少それも入れてしまって検討するというのは、ちょっと難しいというよりも……

何を言いたいかというのと、東京は多い、多いと言われて、実は困っているわけじゃないですか。だから、なるべく、余り地域医療とかにかかわらない部分を除外していくために、そのようなことというのは別枠として検討していくことができないのかなということ、ちょっと私としては考えていただきたいなと思っております。

○猪口調整部会長 いかがでしょう。

○高橋医療人材課長 すみません。ちょうど17ページのところに表が載っているんですけれども、今ご懸念のところは、ご懸念のままではないと申しますか、医療従事者、医療施設の従事者ということで、左から2番目の4万1,445、この数字が国の言う、議論する数字ですので、医療機関に勤めている医療従事者数ということで国は議論している。逆に、委員がおっしゃることと反対になるんですけれども、我々は東京都全体を考えたときには、むしろ、今お話があった、例えば公衆衛生医であるとか、医療機関に従事していない部分についても若干考えていきたいという部分は、むしろあるというところはあるんですけれども、そもそもの、ここの議論の偏在指標については、医療機関従事者に限られておりますので、そのご懸念は当たらないということになります。

○猪口調整部会長 美容整形外科は医療機関従事者だけだね。

いろんな医師が行っている医療機能を全部、なるべくきちんとしっかり見ていこうというお話だったと思います。

ほかにどうでしょうか。



大川委員、どうぞ。

○大川委員 大川です。

今の内藤先生のお話と同じなんですけれども、どうも医師偏在指標というのが、大学があるところは当然高くなるわけですけど、大学にいる医師は1人の医師として数えていいのかという根本的な問題が解決されていないような気がするんですね。ですから、もしかしたら、大学の人数を減らしてやってみたらどうなるんだろう。そういうことは試みられたことがあるんでしょうか。

○猪口調整部会長 お願いします、事務局。

○高橋医療人材課長 まだですけども、ご指摘の点はそのとおりだと思っておりますので、そのような分析というのはしていきたいというふうに思っております。

○猪口調整部会長 医師の年齢によって係数がかかっていると思うんですけども、研修医とか、そういうのはほとんど入っていないですね、係数として。

○大川委員 ちょっと先生いいですか。年齢だけじゃないんですよ。例えば大学にいる教授もそうですし、助教も講師もそうですけれども、結局は実際の医療に従事しているのは、恐らくエフォートとしては半分以下だと思うんですね。その人たちを1として数えるということは、かなりゆがんだ数字が出ている可能性が高いです。区中央部に幾ら厚いといっても、5大学の本院がある以上、そこにいる人数は、果たしてこんなにワークしているかという、そんなことはないだろうと思うんですね。その辺をちょっと、もう一回検証されたらいいんじゃないかと思います。

○猪口調整部会長 いかがでしょうか。

○高橋医療人材課長 検証していきたいと思います。先ほど猪口部会長がおっしゃられた研修医につきましては、残念ながらそのままカウントされておまして、単純に算出調査に基づく性別と年齢だけで分類しておりますということです。

○猪口調整部会長 要するに、大川委員のご懸念しているところはほとんど考慮されていないということでよろしいですよ。ありがとうございます。

田村委員、どうぞ。

○田村委員 医療機関の勤務医師なんですけど、非常勤医師というのは全くカウントされていません。つまり、大学病院に勤めていても、ほとんどの先生が、ほかの医療機関の非常勤でやっちらかっていると思うので、そこが入るとダブルカウントになっちゃうということですか。

○高橋医療人材課長 主たる勤務地でカウントされております。

○田村委員 ダブルカウントは。

○高橋医療人材課長 ないということです。

○田村委員 ありがとうございます。

○猪口調整部会長 よろしいですかね。多分、家に戻って、じっくり考えると、おかしいということがたくさん出てくるだろうと思うし、こうしてほしいということがたくさんあ

るんだらうと思いますが、お時間でもありますので、そろそろこの辺で切り上げさせていただいて、後ほどご意見をいただきたいと思います。

では、これから事務局にお戻ししますので、締めていただきたい。よろしく申し上げます。

- 千葉計画推進担当課長 本日は長時間にわたり、たくさんご意見をいただきましてありがとうございました。本日いただきましたご意見は次回開催予定のP Tのほうで詳細な検討をしっかりと行っていきたいと思っております。

また、先ほども猪口先生からのご質問にお答えする形で申し上げましたけれども、計画づくりには一定の時間的な制約がございますが、継続したご議論が必要な部分、それからさらに深掘りしたご議論が必要な部分等々につきましては、計画策定後も継続して続けていきたいと思っておりますので、ぜひご協力よろしくお願ひしたいと思ひます。

また、何回も何回も繰り返して申しわけございませんが、本会終了後に追加のご意見ですとか、たくさんあるかと思ひます。こちらのほう、お手元にお配りしてありますグレーで網かけした合同部会ご意見というところにご記入いただき、送っていただければと思ひます。1人1枚限りということではございません。たくさんあれば、何枚でも送っていただければと思ひますので、よろしくお願ひいたします。次のP Tのときに、ぜひいただいたご意見を反映させていきたく思ひますので、できましたら、9月6日ぐらいまでにこちらのほうをご提出いただければ、次のP Tのほうには、事務局のほうで責任を持ってかけさせていただきますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは事務局より、最後に事務連絡を2点、申し上げます。

1点目、本日の資料でございますが、たくさんございますので、非常に紙、重くなっております。机の上に置いておいていただければ、後で我々のほうからご郵送させていただきますので、封筒とかに郵便と書いておいていただければと大変ありがたいと思ひます。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る委員の方につきましては、駐車券をご用意しておりますので、終了後、事務局までお申し出をよろしくお願ひいたします。

事務局からは以上でございます。

- 猪口調整部会長 では、長時間どうもありがとうございました。これで終わりにしたいと思ひます。どうもありがとうございました。

(午後 6時50分 閉会)