

第 3 回

外国人患者への医療提供体制に関する検討会

会 議 録

平成 3 0 年 2 月 9 日  
東京都福祉保健局

(午後 4時26分 開会)

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります、定刻でございますので、ただいまより、外国人患者への医療提供体制に関する検討会を開催させていただきます。

本日は、委員の皆様方、大変お忙しい中、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。議事に入りますまでの間、福祉保健局地域医療担当課長、久村が進行を務めさせていただきますので、よろしくをお願いいたします。

それでは、着座にて進めさせていただきます。

まず初めに、資料の確認でございます。本日の資料は、お手元の次第に記載しております、資料1から資料8までとなっております。

なお、資料3につきましては、スライドでのご紹介となりますので、ご了承いただければと思います。

落丁等ございましたら、事務局まで、議事の都度で結構でございますので、お申しつけいただければと思います。

また、本検討会、公開という形になりますので、よろしくをお願いいたします。

なお、傍聴の方がいらっしゃいますのでご了承ください。

続きまして、委員の皆様の出欠でございますが、山田委員より、遅れてご参加とのご連絡をいただいております。

また、本日、外国人患者の応召義務についてお話をいただくということで、国立大学法人浜松医科大学より大磯様にご出席をいただいております。

また、オブザーバーとして、NTT東日本関東病院より海老原様にご出席いただいております。

それでは、以降の進行を遠藤先生をお願いいたします。

○遠藤座長 寒い中、お疲れさまです。久しぶりのような感じがしますがけれども、今年度第3回目ということで。今日の議事、ご覧いただいて分かりますように四つ、盛りだくさんであります。1時間半と限られた時間でありまして、今日は大変お忙しい中、大磯先生にもお越しいただいて、大変貴重なご講演をいただけるということですので、早速、議題の(1)に入りまして、外国人患者の応召義務ということで、今、ご紹介がありました浜松医大の医療法学教授の大磯義一郎先生からご講義をいただきたいと思っております。

既に、先生のご講義、何人の方は聞いていらっしゃるようではございますけれども、ぜひよろしく。30分程度ということではよろしいですか。で、その後、質疑応答ということで、よろしくをお願いいたします。

先生、お願いいたします。

○大磯講師 ただいまご紹介いただきました浜松医大の大磯と申します。

すみません、配付資料を手元にお渡しできるようにということで、水曜日までに資料を送ってくれというふうに言われたんですけども、結局、できたのが昨日の夜3時ぐらいという状況で、データ自体はお渡ししますので、後日、皆様に利用いただいて構わ

ないということにさせていただいております。

私がいただいたテーマは、外国人患者に対する応召義務の考え方ということなんですけれども、今、医師の働き方のところでも議論になっている、いわゆる応召義務ですよ、ね、「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」と、この条文について、30分ありますので、じっくりとお話をしていきたいと思っております。

今日お話しするポイントは三つです。応召義務というのは、誰の誰に対する義務なのかというところが、しばしば、応召義務の議論をされるときに抜けているような気がしているので、まず基本のところから。それを踏まえた上で、応召義務の考え方でキーになるのは、やっぱり正当な事由ですよ、ね、そこの考え方についてのお話。そして、最後に、外国人患者と応召義務という段取りでお話をさせていただきたいと思っております。

まず最初に、応召義務というのは、誰の誰に対する義務なのかということを考えるときに、法律は大きく分けて2種類ですね、公法と私法があるんだと。医師法というのは公法に該当しますので、私人間の権利義務関係を定める法律にはなっていないということですね。ここが、医師法に対する考え方の基本になります。要は、その一丁目一番地のところなんですけれども、しばしば、その議論が飛んで議論されているような嫌いがあるのかなと思っております。したがって、医師法19条1項の診療関係、私人間の法律関係に直ちに影響は及ぼさないんだというのが、ここが基本になってきます。

さらに、公法上の義務というものは、かつ罰則規定がついていないものに関しましては、原則的には訓示規定、要は、その法律的な強制力というものはないというのも一般的な考え方であると。何を言っているかということ、公法である医師法に応召義務というのが定められているんですけれども、それはあくまで、この縦の関係の議論でしかなくて、横の患者さん、個別具体的な患者さんと、医療機関または医師との間の権利義務関係を定めているのではないですよというふうに応召義務というのも捉えなければいけないんだということですね。

裁判所も同様の考え方を持っておりまして、古い時代の判決に関しては、そもそも応召義務は、本来、医師の国に対する義務であって、右条項によって直接医師が患者に対して右義務を負担するものと解することはできず云々とあったりとか、同様に、右義務違反が直ちに民法上の法行為を構成するものと談じることには疑問があるというような形で解釈・運用をされてきたんですね。厚生労働省の昭和30年の課長回答に関しましても同じですね。医師が19条の義務違反を行った場合には罰則の適用はないということで、公法上の義務であり、かつ罰則の適用はないですよということを明示した上で、医師法第7条による医師としての品位を損するような行為のあったときに当たるから、義務違反を反復するがごとき場合において、同条の規定により医師免許の取り消しまたは停止を命ずる場合もあり得ると。

何を言っているのかということ、行政処分に関しては、四つの該当事由ですね、4条1

号から4号までの該当事由と、品位を損する行為という一般条項が医師法上の処分事由、行政処分事由になっているんですけども、医師法19条違反、応召義務違反ですね、応召義務違反に関しては、4条の1号から4号の該当事由には該当しないんですよ。一般的な条項としての品位を損する行為に該当し得るということで、医師法19条1項に違反するから直ちに品位を損する行為があるというのではなくて、一般条項としての品位を損する行為なので、義務違反を反復するがごときですね。要は、「今日は気分が悪いからおまえを診たくない」とか、「帰れ」というふうに言ったりするようなことを繰り返すというのは、それは医師法19条1項に違反するというのではなくて、品位を損する行為であるというふうなところに該当するので、行政処分の該当事由として処分されることもあり得るというような読み方ですね、それ以上の読み方は、ちょっと読み込み過ぎな気がしております。

ちなみに、応召義務に関しては、我が国では公法上の義務として罰則規定なしで定められているんですけど、世界ではどうかと言われると、例えばアメリカにおいては、医師は、患者関係に入るか否かを選択する職業上の特権を有するということですね。要は、診療契約を締結するか否か、すなわち目の前の患者さんを診るか、診ないかというのは、これは医師の特権であると。理由なく拒否しても構わないというのが基本的な発想ですね。ただ、あくまで、それでも救急措置が決定的な意味を持つ緊急時には、能力の最善を尽くさなければならないというふうになっているんですが、ここも注釈がついておまして、道端で倒れている人に対して、義務的に診療しなければいけないのかという文脈で書いてあるのではなくて、ERとかテレビドラマでやっているかと思うんですけども、目の前で、患者さんが急変しているんですけども、診療契約を締結した患者さんが急変している状態で、「私、5時だから帰るわ。パーティーがあるの」というのは、これはだめですよということを示しているのであって、ここの救急措置が決定的な意味を持つ緊急時というのも、診療締結の議論ではないんだということも理解していただけたらと思っております。

ここでお示ししたかったのは、そもそも応召義務というものは医師の一般的な倫理ではないですと、要は、国際的な共通の倫理観ではないんですよ。あくまで、いろんな考え方がある中で、我が国においては、古典的には、その赤ひげ先生みたいなのが美德とされておりましたので、困った人がいたら、どんな状態でも、できるだけ診療するのがいいんじゃないのかという倫理観ですよ。ただ、その倫理観は、国際的に普遍なものではないということも留保していただけたらと思っております。ちなみにドイツも同様の制度をとっていますね。

まず、一丁目一番地の応召義務ってどんな法律、条文なんですかというところのお話をさせていただきました。

続きまして、今日を中心テーマとなってくる正当な事由についてのお話になります。医師法19条1項をもう一回お示しするんですけども、「診療に従事する医師は、診

察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」という条文です。すなわち、この条文は、原則としては、診察治療の求めがあった場合には拒んではだめですよということを書いていると同時に、正当な事由があった場合には、診療を拒否しても構わないという条文にもなっているわけですよ。

では、この診療を拒否しても構わないとする正当な事由というのは、どういうふうに解釈すべきなのかという問題になってくるんですけど、ここに医師法制定後からの歴史的な変遷というのがあって、それが混乱の種になっているんだということですね。

まず、医師法制定当時における応召義務、正当な事由の考え方に関しましては、先ほどもお話ししたようにあくまで公法上の義務であり、かつ罰則規定もないので、これは訓示的規定であって、医師である者は、医師たる者は、困っている人がいたら、疲れていようが何しようが、一生懸命診てあげるのが道理なんじゃないのかという倫理観が示されているだけであって、それに違反したからといって刑務所に連れていかれるとか、裁判で何かやられるというようなことではないですよというのが基本的な考え方であったわけですね。で、先ほどお話ししたような判例というものがあつた。そのような医師法制定当時の訓示規定であると、公法上の義務でしかないという応召義務に関しては、そのように捉えると、今度は拒否して構わない正当な事由というのは、これは極めて厳格に捉えても、それは別に実務上何の影響もないわけですね。あくまで医師たる者こうすべきだというスローガン、訓示になりますので、拒否して構わない正当な事由というのは、厳格なものが提示されてきました。

すなわち、昭和24年の厚生省医務局長通知においては、診療報酬の不払いがあつても、直ちにこれを理由として診療拒否はできないであつたりとか、診療時間を制限している場合でも、この理由により急患の診療拒否はできないとか、1番なんかは、もう典型的な民法上の同時履行も無視して構わないというような話になっていて、ある意味、法律を理屈で私人間でやっちゃうと、とんでもない話なんですけれども、とはいえ、あくまで訓示規定としての応召義務として捉えた場合には、雨が降ってもやりが降っても診ましようという、そういった正当事由の解釈になっていると。

特定の人を相手に診療する医師でも、緊急の診療の求めがあつて、近隣に他に診療に従事する医師がいないときは診療拒否はできないであつたりとか、天候の不良なども、事実上往診不可能な場合を除いて診療拒否はできないであつたり、これも鹿児島であつたりとかの島しょ部において、ヘリコプターを飛ばすときに台風で事故があつたりとか、残念な事件が繰り返し起きているんですけども、こういったものも、規範としては、スローガンとしては、まああつてもいいのかなど。医師が、自己の標榜する診療科以外の疾病について診療を求められた場合にも、患者がこれを了承する場合には正当な理由になるが、了承しないで診療を求める場合には、応急措置その他できるだけ範囲のことはしなければならぬであつたりとかですね。

30年の通知が一番端的に示していますよね。正当な事由のある場合とは、医師の不

在または病気等々により事実上診療が不可能な場合に限られるものであると。患者の再三の求めにもかかわらず、単に軽度の疲労の程度をもってこれを拒絶することは19条の義務違反を構成するというような書きぶりになっておりまして、正当な事由というのは、事実上診療が不可能な場合以外は全てだめですよというふうな厳格な解釈というものを示している。

あと、もう一つ残されているのは、昭和49年の、そこは、もうややこしいので読まないでおきますね。

で、そういうふうに、医師法制定後は、あくまでスローガンであると、であるからこそ正当事由というのはかなり厳格に、限定的に、具体的に言うと、事実上診療が不可能なとき以外は正当な事由には当たりませんよというふうに厳格な解釈をしたとしても、実務上の影響というのはなかったんですね。ところが、昭和61年のこの千葉地裁の判決のところから、裁判所の判断が揺らぎ始めます。この事例というのは、1歳の女兒が平日、日中に病院前まで救急搬送されたんですけども、ベッド満床ということで診療は断られて、次の転送先を探して数時間たったんですけども、その後、診察、診療を受けたんですけども、最終的には肺炎で死亡してしまったと、この事例ですね。病院の前に救急車がとまっているのにもかかわらず、適切な診療がされなかったというような事例なんですね。

この事例において、裁判所がこのように述べました。「医師法19条1項は、診療に従事する医師は、診療治療の要求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならないと規定する。この医師の応召義務は、直接には公法上の義務であって、医師が診療を拒否すれば、それが全て民事上医師の過失になるとは考えられないが、医師法19条1項が患者の保護のために定められた規定であることに鑑み、医師が診療拒否によって患者に損害を与えた場合には、医師に過失があるとの一応の推定がなされ、診療拒否に正当事由があるなどの反証がない限り、医師の民事責任が認められると解すべきである」というような形で、この昭和61年の千葉地裁において、今まで、公法上の義務にすぎず、それによって不法行為が構成されることはないですよというふうにしてきたのが、一応の推定がされるというような形で意味合いが変わってきたところのポイントになります。

裁判所は、基本的に、判断をするときに、事案全体としての妥当な結論というものを最初に捉えるんですよ、その後に法律構成を考えると。そういうふうな考えに立ったときに、1歳の女の子が、病院の前でずっと置き去りにされて、最終的に亡くなってしまったという状況で、何か助けてあげなければいけないというところの価値判断が、裁判所は、基本的に非常にナラティブなので、価値判断として、この女の子はかわいそうだというふうになってしまうと、何かとか助けなければいけないという判断から、このような判決が出てきたということなんですね。

さらに、この判決の問題点は、結論として、1歳の女兒がかわいそうだと、損害賠償

は認めようという結論を出して19条1項を用いようというふうにしたんですね。19条1項に、旧来との解釈を超えて私人間における影響というものを、法的効果というものを一定程度示そうというふうにしたと。ところが、そうであるならば、正当事由ですね、訓示規定としての正当事由ではなくて、私人間において過失の推定がかかるのであるならば、一方で、正当事由の判断というのも変えなければいけなかったんですけども、その判断はそのままにしまいました。すなわち、医師法19条1項における診療拒否が認められる正当な事由とは、原則として医師の不在または病気等により事実上診療が不可能である場合を指す。先ほどの昭和30年の通知と同じところを引用して、実際には、診療を求める患者の病状、診療を求められた医師または病院の人的・物的能力、代替医療施設の存否等の具体的事情によっては、ベッド満床も右正当事由にあたりと解せられるというような形で、最終的には総合診療、総合的に考慮するということなんですけれども、総合的に考慮した上で、事実上診療が不可能であると言えるかどうかというところで、昭和30年通知の内容を持ってきて、病院側敗訴という結論を出したと。

ここまでは、まだそこまで大きな問題となっていなかったんですけども、問題となったのは、その次の平成4年の神戸地裁の判決なんですね。これは、事例が20歳男性の交通外傷なんですね。自動車同士の正面衝突の事故で、気管支断裂であったりとか肺挫傷であったりで、最終的に亡くなられた事例なんですけれども、日曜夜間の救急外来に関して、応召義務違反で、千葉地裁と同じ判決の骨子で過失、損害賠償責任を認めたんですね。ここは、やっぱりちょっと大きく違うものなので、線引きをしなければいけないんですけども、時代がちょっと平成4年で、医療バッシングがだんだん出始めていたときであったということもあって、裁判所がエイヤーという判断をしていると。

これがきっかけとなって、その後、救急受け入れができなかったという事例に関して、応召義務違反で損害賠償請求という、この流れというのができてしまって、典型的には、その大淀病院事件であったりとか、墨東病院事件のときに、応召義務違反だと、たらい回しだという形で批判を浴びることになったと。その後、いわゆる救急医療の崩壊、萎縮であったり崩壊といった問題が出てきて、どうしなければいけないことについて大きく変わっていったわけなんですけれども、もう一回、結局、そうやって現実に救急医療がそんなに医師の根性の問題ではないですよということが分かってくると、今度は平成22年になると、大淀病院判決は裁判所が気づくんですよね。

どういうことかという、裁判所というのは、判決文の中には、これはお作法として、個別具体的な事案の判断に必要な内容以上のものを書き込むというのは、これは余り通常はやらないんですね。いわゆる「なお書き」というのはしなくていいんですよ。なんですけれども、裁判所が、そうやって応召義務のところに損害賠償責任を認めたことによって、救急医療が崩壊の危機に瀕しているというところに立ち上がったときに、判決文として「最後に」という形で、当裁判所として、産科を初めとする救急医療について付言しておきたいということで、通常は書かないようなプラスアルファの文章を書いた。

『1分1秒でも早く病院に搬送され、早期に必要な措置を受け得る必要がある重症患者について、現場滞在時間が30分以上というのが1万6,980件もあってよいのであろうか。これでは「救急医療」とは名ばかりである。

もちろん、本件のように、たまたま各病院とも満床等により受け入れることができないというのは珍しいことであろうし、救急医療体制を充実させても、患者が来ないために空きベッドが多く、経済的な観点から相当でないという背景があるのかもしれない。しかし、人の命は最も基本的な根源をなす保護の対象であり、それを守ることは国や地方公共団体に課せられた義務であって、経済的効率への観点から判断してよいものとは思われない。人の命の大切さをもう一度考えることが必要である。』

すなわち、応召義務があるから救急患者を診なさいとって医師個人に過度な負荷をかけるのではなくて、救急医療体制の整備という国や地方公共団体の社会保障、医療福祉体制の整備の問題ではないのかということに、ようやく裁判所は気づいたということなんですね。この段階になって、赤字だけ読みますけれども、『社会の最も基本的なセイフティネットである救急医療の整備・確保は、国や地方自治体の最も基本的な責務であると信じる』というような形で、救急患者さんの受入れの問題というのは、応召義務の問題ではなくて、救急医療の整備、国や地方自治体の義務なんだという形で、また揺らいできていると。こうやって応召義務に関する考え方というものが、医師法制定から、昭和の終わりから平成の頭ですね、救急医療崩壊が起きた後の、またもう一度の揺らぎですね、この中で揺らいでいるというのが現状でございます。

現状、応召義務の法的性質、揺らいでいる状態で、かつ最高裁判決ではないんですよ。したがって、確定的な裁判所の判断というのはありません。したがって、昭和61年よりも前の判決に戻るのか、そうではなくて、61年以降から平成22年前までの判断でいくのか、そこは正直、最終的な救急患者の受入れであったりとか応召義務の法的性質に関しては、まだ確定をしていないというのが現状です。司法が取り得る方向性というのは多分二つあって、一つ目がもとに戻ると、応召義務はあくまで公法上の義務であり、私人間に影響はないですよというふうに戻るのか、それとも、応召義務に過失推定をかけるという昭和61年以降の判断フレームにのったまま、正当事由が余りに厳格だったんですね。そこのねじれが問題だったということで、正当事由を適切な医療実務の実情に合わせた適切なルールに再提示していくというような、多分、二つの方向性があるだろうと。先ほどから繰り返しているように、時代とともに19条1項の法的性質が、意義が変更したのであるならば、同様に正当事由の意義も判断も変更されてもしかるべきだろうと、当たり前の話ですよ。それは、もちろん司直の判断であったとしても、行政の立場ですね、解釈権限がありますので、通知・通達等で対応していくというやり方もあるのではないかと。

司法は立法はできませんので、上二つですけれども、今は、まさに国会等で議論、厚生労働省等で議論いただいているのは、立法上、応召義務をどうするかというところから、



根源に立ち返って解決するという方法もないわけではないだろうということで、ただ、現状は揺らいでいる。すなわち、その正当な事由なく拒否した場合に損害賠償請求を受ける可能性がゼロではないんですね。そのときに、正当事由の解釈がどのラインで落ちつくのか、これもよく分からないというような状況になっていますよと。

最後に、外国人患者と応召義務、本題のところに行きたいと思います。

応召義務は、「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」というふうになっております。そして、読んでいただいたら分かるように、「診察治療の求めがあった場合には」のところに、日本人か外国人かという国籍の条文はどこにも書いてないですよ。もう見ていただいたらわかる、もうここは、ほぼ議論の余地がないですね。裁判所は、基本的に価値判断で判断します。一般論で法律にこう書いてあるというよりは、価値判断が先に走りますので、外国人患者に適用されないという結論は裁判所は出さないと思うんですよ。

これ、実際に札幌のお風呂屋さんですよ、ロシア人の入浴を拒否したという事例に関しては、当たり前ですけども、民間企業である銭湯側を負かせています。これも、結論として、単純に外国人だからという理由で、医師法上、応召義務がかからないから「お前、帰れ」というのは、もう裁判所がしょうがないよねと言うかと言われた場合、価値判断としてあり得ないですよ。

法律構成としては、確かに応召義務を使ってみても構わないと思いますし、そうではなくて、公序則であったり信義則違反といったような民法上の一般規範を用いても構わないとは思いますが、結論として、外国人患者が受診をしたときに「俺は嫌いだから帰れ」というような対応をすれば、それは裁判所がしょうがないよねと言うわけがないですよ。

重要なのは、恐らくなんですけども、そういう、余り露骨な、変な、おかしな事例が出てしまうと、19条1項を厳格に解釈するような、他の救急診療にまで影響を及ぼすような厳しめの判決が出る可能性がありますので、そもそもそういった可能性があることを前提に対応を考えるというのは間違っていると思います。この辺、今日の資料にもありましたけれども、これはあくまで、その保険診療は関係ありませんので、医師法上の問題ですので、そこに関して、リソースがというような話であったりとか、フリーガイドはという話は関係ないですよというふうに捉えると、なおのことないだろうということですね。

問題となってくるのは、要は、19条1項が外国人患者にかからないというなら、これは議論をしても多分しょうがないので、ここでやっぱり議論をしていくべきなのは正当な事由ですよ。この正当な事由というものを、現場で適切・妥当なルールづくりに落とし込んでいって、ガイドラインであったりとか、できれば通知・通達といった形で出されるようになると、東京オリンピックの際にも混乱なく実務が動けるのかなというふうに思います。

また、既存の通知等の整合性で言えば、事実上診療が不可能な場合の解釈の問題というふうには改組しても構わないですし、もう、先ほどから議論しているように、医師法19条1項の社会的な、法的な意義が変わったんだというのであるならば、変わった正当な事由の解釈というものを全体として出すというのも一つあるのかなというふうには思ったりはしているんですが、既存、行政職は私どもの気持ちがよく分かるので、書くとするならば、「事実上診療が不可能な場合」をもう少し緩やかに解釈した通知・通達を出すというのが、落としどころとして妥当なのかなというふうには思ったりはしているところでございます。

最後、まとめになります。今日お話しさせていただいたとおり、応召義務は公法上の義務であり、罰則規定がなく、訓示的な規定にとどまるものだったんですね。しかし、近年、司法判断が揺らぎを見せて、応召義務の主人公が問題となっている。問題は、結論が出てないところなんですよね。次、裁判のときにどういう結論を裁判所がするかというのはよく分からないという状況にある。だから、リスク自体が残ったままになっているんですよ。

改善すべき課題としては、そもそも応召義務の適用は私人間効力はどうなのかという法律家の遊びみたいな話ではなくて、現場の、適切妥当に診療ができるような正当な事由が、どういうふうを考えるべきなのかというところを現状の昭和30年の通知だと厳格に過ぎますので、実情に合わせた内容に変えていくべき、解釈を示していくべきのかなというふうに思っております。

外国人患者に対しても同じですね、応召義務の適用があるか否かというような議論はするだけ意味がありませんので、外国人患者が受診してきたときに、とはいえ、マイナ一言語しかしゃべれない患者さんが、80歳のおじいちゃんのクリニックにやってきて、今すぐ診察しろと言われてたって、それは無理ですよ。一方で、今日いらっしゃっているような大病院、国際とかを冠している病院に関しては、それはやっぱり期待、病院に対する期待として、正当な期待として、診察が受けられるであろうと思って来ているわけですから、それは相当の対応をしなければいけないと、中間はその中間だろうということですよ。そういったルールづくりを定めていくことによって、このルールに基づいて患者さんは、うちでは診られないけれども、ここを紹介しますであったりとか、そういった形でガイドラインづくりをしていくというのが真っ当な方法なのかなというふうに思っております。

といったところで、ちょうど時間となりましたので、ご清聴いただき、ありがとうございました。

○遠藤座長 大磯先生、限られた30分という時間内で、大変歯切れのいい、分かりやすいご講演、ありがとうございました。

さて、ご質問、ご意見、今日は結論を出すわけではないですけども、本当に貴重な機会ですので。

はい、じゃあ山田委員、お願いします。

○山田委員 すみません、遅れて申し訳ございませんでした。

多分これが結論なんだろうなと思って聞いていました。なので、システムが必要であるという形で話を進めていたのを、先生が非常に学問的に裏づけられた示唆と、もう一つの問題なのは、海外の保険会社の国際的な基準が、すごく我々はナーバスになっている。これは国内法で、ある程度診る必要がある。

北海道の倶知安という、ニセコスキー場があるところの病院の先生と講演時に一緒になったときに、外国人の患者さんがやってきて、急変をしたりとかして、本当にひやひやだと。たとえ治療がうまくいっても、SNSとかで、この病院で俺はひどい目に遭った、などいろいろ書いたりしたりすることもある。一番彼らが心配していたのは、地方の公立病院で、患者さんを受け入れてはいるけれども、もし、治療がうまくいってないとか、最悪の事態を迎えたときに、例えば欧米の裁判所から、途方もない金額を請求されて、地域医療が崩壊するんじゃないかということ、僕の目の前で講演をされ、その後、話をされ、実際、心配をしているという点も含めると、国際基準と海外からの訴えに対してですね。

○大磯講師 今、先生がお話しされた危惧というのは、別に対処していかなければいけないテーマであって、応召義務の土俵の中で議論をするものではないんですよ。

例えば、典型的なのが、懲罰的損害賠償を認めるようなアメリカのような国で、これ、日本の病院で診療を受けて、医療過誤があって、アメリカの、要は自分の国に、母国に帰って、自分の州で裁判をするというのは、これ、国際法上認められます。その場合、請求は懲罰的損害賠償を含むことができると思います。それが理由で、じゃあ診療拒否できるかということ、それはちょっと飛躍になってしまうので、そうではなくて、そういう場合に対応できるような保険のかけ方であったりとか、診療費の設定の仕方であったりといったようなところを検討していくというのが正しい対処方法なのかなというふうに思っております。

そうですね、はい。

○山田委員 そのとおりだと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 はい、どうぞ、英委員。

○英委員 すみません、ちょっと一つ伺わせていただきたいんですけども、ちょっと法律の問題になるのかどうなのかわからないんですけど、私、普段往診をしていて、往診で頼まれる事由が、二つほど今月にあったんですね。

まず一つは、普段は我々、高齢者やがんの患者さんの往診なんですけど、銀座のホテルに滞在している40代の女性の方、アメリカ人だったんですけど、高熱で往診してほしいと。最初はちょっと、そういうことだったら病院へ行っていただければという話をしたんですけど、たしか土曜日の夜中だったんですね。結局、往診をして、インフルエンザAだったんですけど、薬出して帰ってきたと。これは、本来のその医師法に規定され

るかどうかわからないんですけど、我々の概念からいうと居宅か、もしくは医療機関の中でしか医療行為をしてはいけない。そういう意味の居宅とはちょっと言えないんじゃないかということがですね、ちょっと、そのあたり、ずっと僕は引っかかっているんですね。これはホテルへの往診というのは、果たして、保険ではもちろんないんですけど、これは。保険ではないんですけど、まず、認められるかというものです。ちょっと自分なりに解釈できなかつたので、先生のご意見を。

○大磯講師 居宅療養費が取れるかというのは、居宅の定義の問題で、私も即答できないので。保険診療をする場合に、居宅に該当するかというのは、ちょっと調べてみないと分からないところであるんですけど、先生のおっしゃるように、保険診療を行わない場合においては自由診療ですので、どこに住んでいようが、それは関係がないのかなというふうには思います。

○英委員 分かりました、ありがとうございます。

あと、もう一つは、中国の方が、たまたまお父さんががんで、お父さんのがんの患者さんに免疫療法を受けさせたいと思って日本に連れてきたんですね。ところが、免疫療法のクリニックへ行ったところ、もうそんな段階ではなかろうと行って、ある大学病院に紹介されて行ったら、そんな段階でもないという話になって、もう余命幾ばくもないという。中国の風土として、最後は家で迎えるという風土があるらしいんですよ。で、その方は、結局、ウイークリーマンションを借りていて、そこに連れて帰って、それで看取ると。でも、国籍の違う人だし、住民票もないし、それをやってくれと言われたんですけど、結局やったんですよ。

やったんですけど、そのときに厚生労働省に聞いて、それから中国大使館に聞いて、中国大使館の返事は、じゃあ普通どおりやってくれという話だったので、その後、ちょっと火葬とか、どういうふうな手続を経たか僕は知らないんですけど、結局それはお看取りしたんですね。1日半ぐらいの往診だったんですけど、こういう場合は、例えば、国民でもない、住民でもない人に対する、やっぱり何となく応召義務というものではないんですけど、果たしていいのかなという感覚がずっと残っちゃうんですけど、法律的には全く問題ないことなんですか。

○大磯講師 いいというのは、どの行為に先生が違法のおそれがあるというふうに考えられているのか。

○英委員 その国民に対してとか、住民に対してというイメージがあったんですけど、そういうことではなくて全人類に対して、やっていいんですかと、ちょっと漠然とした言い方ですみません。全く感覚的な話です。ですから、法律的に何か。

○大磯講師 法律的な議論をすると、医師免許、日本の医師免許を持っていた場合には、日本国内で診療することができるわけですよ。だから、国籍を問わずに国内で、先生が日本のライセンスを持っているので診療することは別に違法でも何でもない。で、特に保険診療ではない自由診療の話ですので、値段をどのように設定しようが、どうい

う診療形式でやろうが、相当な医療水準というもので行われていけば問題がないだろうと。看取られて亡くなられた後には墓埋法が、多分、中国人の方でも、国内で亡くなられた場合には適用されると思うので、日本の墓地埋葬法ですよね、に基づいて死亡診断書を書いて、先生に書いていただいて、死亡届を役場のどこに届け出るのかも、ちょっと、なかなか悩ましい問題ではあるんですけども、処理をしていくという形になるんだらうなというふうに思っております。

翻って、多分、先生が不安に思われているのは、その患者さんに言われたまんま、日本では通常やらないようなみとり方をしたことによって、医療水準に反するような診療をしたというふうに後で言われるんじゃないかと、そうですね、そのまま言いなりに行った場合ですね。逆に、いや、日本ではこういうふうにするものなんだからという形で、その国々のカルチャーを無視した対応をしたときに、また、かえって不満を持たれたご家族から何か訴訟等を提起されるのではないかという危惧がないわけではないだろうと。そこは、疑念としてはとてもよく分かるんですけども、結論を言うと、よく話し合っ、合意のもと進めてくださいしか答えようがないんですね。

○遠藤座長 ありがとうございます。本日のテーマは応召義務のお話で、ただ、現場では、恐らくそういう外国人の患者さん、医療そのものについてのいろんな、恐らく問題が出てくるんだらうと思いますが、ちょっと今日は、その応召義務の話で、先ほど先生がおっしゃった、まさにオリンピックを前にして、外国人の患者さん、希少言語の方が80歳の診療の先生のところへ来たようなとき、ああ、それはどうしようかということなのかなと思っております。

島崎委員。

○島崎委員 今日本当に先生、分かりやすく説明していただいてありがとうございます。医師が、医師の身分に基づき、国家に対して負担する公法上の義務というふうに理解してよろしいわけですね。今日のお話を伺いますと、今までの判例を鑑みて、例えば言葉が分からないとか、宗教上に相違があって理解できないとか、医療制度の根本的な相違があるからインフォームドコンセプトが取れないとか、未払いの可能性があるとかが、これ全て正当な理由にならないということになりますよね。今、東京都では、外国人の患者さんが実際に増えておりまして、応召義務は、特に開業医の先生方が直面している問題です。

実際に私どもは根底に、目の前の患者さんを助けるという医師の、やっぱりこれはグローバルなオートノミーの倫理観があります。どうしてもそういったようなことも踏まえて患者さんを診察して差し上げます。言語の障壁も含めてインフォームドコンセントが充分でないと医事紛争も増えていくと思うんですね。

その際に、私どもが法的にリスクヘッジをするために、紹介義務というのがございますよね。うちの病院ではあなたの治療ができないので、近くで、JMIP含めて、こういったような大きな病院があつて、ここのこの先生だったら、あなたの治療ができる

から紹介しますよということで、それをもってして応召義務を果たしたということに法律的にはなるのでしょうか。

○大磯講師 まず、前提として、外国人の、要はマイナー言語の外国人の方が来たときに、診療を拒否することというのは正当事由に該当するかどうかという行政判断も、司直の判断も、まだないので。

○島崎委員 ないですね。

○大磯講師 はい、まだ白地になっていると。だからこそ、そういった事例に関して、正当事由というのはどういうふうに解釈すべきかというところを、行政判断からでもいいですし、この検討会の場で提言なりガイドラインを作っていくというのは、価値があるんじゃないのかなというふうには思っているというのが1点ですね。

で、もう1点、紹介をしたらいいのかということになってくるんですけども、細かく見ていくと、診察をした上で転院をかけたら、それはもう診療はしているんですよ。なので、応召義務の議論から逃れるという話はあるんですけども、もうちょっと手前で、受付で、うちでは対応できないから、どこどこ病院に行ってくださいと言ったら、じゃあ、まだ診療はしてないんじゃないかとか、そういう細かいところのタイムラグというのはあるんですけども、一般論として、マクロで見たときに、正当な事由に該当するかという判断の枠組みには三つあるんですよ。

一つが、患者自身の病態ですよ。要は、今すぐ止血しなきゃいけないとか、今すぐ何らかの緊急の処置をしない生命身体にかかわるといったときには、これはもう言語云々の関係なく、やはり診なければいけないということで、正当な事由が限定されてしまう事由になりますよね。でも、逆に、例えば、3日前から腰が痛いと言ってきた人に関しては、そんなに無理やり診なくても構わないので、その他の条件というのは多分緩やかになるだろうというのが1点ですね。

で、もう一つが、先ほどお話ししたような、先生がおっしゃったように、適切なところに紹介したら事後の対応がなされていた場合は、うちでは診られないけれども、それは能力的に診られないけれども、それでは患者さんが困るという、要は、その応召義務が保護したい法益は、やっぱり患者さんの生命・身体ですので、その保護に欠けないような対応をしたということに関しては、正当な事由として認められると、事由にはなり得ると思うんです。それこそ、地方で、患者さんがお金払わないから公園に捨てたという事例がありましたけれども、それは、やっぱりだめですよ。それは事後の対応が悪いので、拒否する正当な事由にはなり得ないという話になるんだということです。

あと、病院の機能ですね。当該医療機関に一般人基準で、この病院だったら私は診て、診察してくれるだろうと思っているかどうかというところの病院の性質というのが、正当な事由を判断する場合には考慮するファクターになるだろうというふうに思います。

○島崎委員 今まで判例が、全くなく白紙な状況ということですね。当委員会でも公的な機関として、これから医療機関の先生方に負担がかかる前に、国や自治体が行うべきこと

は見通しがつくと思うんですけれども、それに関しては、先生はどういったようなことを、特に、私ども東京都でしていくべきか、ご提案があればご意見をお聞かせいただければと思います。

- 大磯講師　でも、今日の資料にもありますけれども、マニュアルですよね。これは、ちょっと対応マニュアルで、実際に診療するところを書いてあって、うちで診られないというときのマニュアル、フローにはなっていないので、そこも含めて、それこそ地区ごと、医療圏ごとに、そのマイナー言語の患者さんが来たときには、ここに送ればよいというような、いつものピラミッドを作って、それで連携をとりながら、こういう手順で対応しますというマニュアルを作っていくというのが、多分、実務の先生方からしてみるとありがたいだろうというふうに思いますし、そういったものが、こういうオーソライズされたところで出されるということは、司法、裁判所が判断する場合においても一定の配慮がなされますので、重要であろうと。

ただ、もちろん、そのルールを設定するときには、先ほどからお話ししているような内容に沿ったようなものを作っていたらというふうには思っておりますし、それがうまく運用して、もしくは、できれば、何とか厚生労働省に回答を求めて、回答をもらおうと。その、できれば僕が期待しているのは、ちゃんとルール、東京ルールを作って、それが医療現場の先生方からしてみても無理ではないと、一般国民から見てもおかしいことではないというようなルールを作って、それを運用した上で、こういうような対応をしたことが応召義務違反に該当するか回答されたいということで、都道府県知事宛ての通知をもらって、それでお終いにするときれいですよね。

- 島崎委員　ありがとうございました。

○遠藤座長　あ、はい。じゃあ、もう時間が過ぎているので。いやいや、盛り上がって。

- 海老原オブザーバー　すみません、かなり盛り上がり続けるかもしれないんですけれども、今、やはり海外から来られている方、旅行者で、やはり、ちょっとした風邪で、やはり J M I P 病院が、そういうことや J C I だということで、流れ込んでくるんですよ。それで、一般には保険医療機関として、今まで、日本人の近隣の患者さんの診療時間を圧迫するほどたくさんいらっしやって、それで、やはり紹介状がないと、基本的に予約がとれなかったりとかという、ある程度の機能の病院なので、基本的に、そういった軽症の方は来られないはずの病院なんですけど、軽症の方がたくさん来て、しかも日本人の 5 倍ぐらいの診療時間がかかっている。それで、結局、1 点 2 0 円でこういうのをやっていますけれども、5 倍かかっても倍しかもらえないというような形と。

あと、メディカル・ツーリズムを偽って、やはり来てしまって、旅行者だということで、心筋梗塞等がかかって、要するに心臓治療をして帰るとか、そういった旅行時の急変と偽って、流れ込んできているんですね。実際、中国人のスタッフが当院にも 3 人ほどいるんですけれども、やはり、医療機関が中国は不足している。また、医療機関に信用を置いてない人が多いということで、ちょっとお金があると日本に来たがる。日本に

来ると、応召義務のおかげか何かわかりませんが、診てくれると信じて。そういったことで、一部の病院に本当に流れ込んでいて、日本の医療体制を圧迫している状態なんですけど、それでも、やはり応召義務として、先ほど先生がおっしゃったように3日前から痛かった人が、診療情報を用意して、3日かけて日本に来て、かかろうとしている。で、3日かけて中国に帰っても、中国でかかれるぐらいの時間的ゆとりのある方も、応召義務としてやはり診なければいけないのでしょうか。

○大磯講師 まず、応召義務の理論で言うと、先ほどの三つの事由ですよね、正当事由を考慮する場合に、患者さんの病態と、病院の規模と、その後の対応の三つの話があって、多分、海老原先生のところは、病院の規模としては拒否できない立場にいらっしゃるので、軽症であったとしても受け入れざるを得ないだろうということが、多分、応召義務の話をしてしまうとあるだろうと。

対策としては、この前、国立国際医療研究センターでのディスカッションでも、まさに同じことをしたのですけれども、病院側から帰れと言うのは、それはできない話なので、実際、私は、学生のころに、イギリスに留学していたときに唇を切って、イギリスの救急外来に行ったんですよね。そしたらトリアージされて、待ってると、何時間ぐらいかかるんだというのと、8時間ぐらいかかると言われたのですね。で、待っていて、もうしょうがないから、でも、とりあえずは何とかしなきゃいけないから待っていようと思って、8時間待ったんです。けど、いつまでたっても来ないんですよ。なぜかという、男性で、若い人で、死ぬわけでもない病気なので、軽症の患者さんなので、次から次へと入ってくるお年寄りに順番を取られるんですよね。で、十数時間待ったところで諦めがついて、日本に帰ろうと思って、日本に帰ったんです。

で、これは、このイギリスの病院は、診療を拒否してないんです。僕が諦めて帰ったんです。なので、それこそ価格の問題であったりとか、結局、中国の患者さんは、例えば軽症状況例の場合は、アクセスが悪いから日本に来たほうが早いという解釈です。日本のアクセスが、こうやって軽症患者さんが増えてきて悪くなれば、アクセスが悪くなって、ある一定のところでは診ませんというふうになるのか、もしくは、これをチャンスと捉えて、外国人診療部門のスタッフをたくさん雇って、そこで自由診療なので、20円なんてけちなこと言わないで、もう少し高く取って、経済的に回るようにすればうまくいくのではないかとということで、いずれにしても応召義務の話ではないのではないかとというのが1点ですね。

もう一つがメディカル・ツーリズムです。C型肝炎であったりとか、そこに関しても、保険診療を使うところは、やっぱりちゃんと議論をしないといけないですよ。自由診療でやっているときには、もう価格調整であったりとか順番待ちの問題で、拒否はしないけど、待っててねという話になるので、拒否の議論とは関係がなくなるんですよ。ですけれども、今、特に我が国で最近問題となっているのは、一過性に保険に加入して、皆保険でやろうとしているところが問題になってくるんですけれども、ここは、



じくじたる思いは分かるんですけども、ここで議論するのではなくて、厚生労働省で議論しないと、どうにもならないというマターになっているのかなと思います。

- 遠藤座長 どうもありがとうございました。もう、本当に、大変議論が活発なところ、まだまだ本当は今日、6時まで全部、このお話だと思うんですけども、今日は応召義務についての先生の基本的に考え方を伺うということで、別に結論を出すわけではないのですが、ただ、これをきっかけとして、やはり、英委員もご質問されたように、外国人患者さんをめぐる法的な問題もあると。ただ、これをまた、今度は都でやるのがいいのか、あるいは、もう厚生労働省で国のレベルなのかという問題があったら、いずれにしても、やっぱり行政という意味では、先ほどの応召義務の話の中でも、この裁判所がなお書きで、やっぱり行政も何かすべきだよなという感じなので、多分、東京都も何らかの形で対応せざるを得ないかな、いけないかなと思いますが、そこはちょっと、また事務局に、今後の展開についてはお任せをしたいと思います。

ただ、今度の、後ほどご説明があると思いますが、新規事業で、やっぱりこう紹介という、島崎委員がおっしゃった、それを何かうまく、今すぐマニュアルというわけにいかないんですけど、その事業を通じて、何か成果物をマニュアルに反映できればなと思っております。

ということで、本当に今日は、ありがとうございました。

それでは、次に進みたいと思います。

今度は議題の(2)ですけども、平成30年度予算案についてということでありませう。事務局から、予算案と、その中の、特に新規の取組について説明していただきまして、その後、委員の皆様からご質問やご意見をいただきたいと思っております。

それでは、事務局、よろしく申し上げます。

- 武藤課長代理（医療改革推進担当） 事務局の医療政策課の武藤でございます。

それでは、A4の資料の4をお手元にご用意ください。こちらなんですけれども、平成30年度の外国人患者への医療・医療情報提供関係の予算案の全体像をお示ししたものととなります。第2回の検討会の際に、委員の皆様にも、今後の取組の方向性につきましてご議論いただきまして、ご議論の内容を踏まえまして予算要求を進めてまいりました。来年度は、外国人患者さんが症状に応じて安心して医療機関を受診できる仕組みを目指しまして、外国人患者受入れ医療機関の整備、医療情報の効果的な提供、地域における仕組みづくりの三つに大きく分けた取組を進める予定でございます。

前年度から継続する事業につきましては継続の「継」、で、拡大する事業については拡大の「拡」、新規の事業は「新」と記載しております。このうち、拡大、新規の事業について説明をさせていただきます。

資料の左側の1医療機関の整備の(3)ですね、医療機関向け救急通訳サービスでございます。こちらは、私どものほうからは、24時間365日の対応への拡充という形で要求をしていたんですけども、まだ、実績が少ないとの理由で、残念ながら認めら

れることはできませんでした。充実した面といたしましては、オリ・パラを見据えた形で、オリンピックの組織委員会の公用語であるフランス語の追加のみが、予算案として計上されたというような状況でございます。

資料の右側でございます。こちらの下段の3、地域における仕組みづくり、こちらが新規事業となります。こちらは、別紙で詳細を説明させていただきますので、簡単な紹介のみとさせていただきますが、この(1)の外国人患者への医療等に関する協議会でございますが、医療機関や関係団体、宿泊施設等などからなる会議体のほうを設置いたしまして、外国人への医療提供や医療情報の提供などについて、取組を強化していくというものでございます。で、(2)が、外国人患者が地域で安心して受診できる仕組みづくり支援事業としまして、外国人の方が特に多い地域におきまして、地域の状況に応じた受入れの取組を実施するというものでございます。

それでは、続きまして、資料をおめくりいただきまして、資料5-1をご覧ください。こちらが、外国人患者への医療等に関する協議会の資料でございます。

こちらの協議会なんですけれども、本検討会を、外国人患者にかかるさまざまな面で拡大して実施するイメージでの実施ということを考えております。協議会の目的としましては、外国人患者さんが症状に応じて安心して医療機関を受診できるように、都における外国人患者の医療提供の充実を図ることでございます。

検討事項としましては、具体的には後ほど説明しますが、新規事業であります、外国人患者が地域において安心して受診できる仕組みづくりに向けた議論をいただきたいというふうに考えております。協議会の下には検討部会を設置いたしまして、現在の検討会と同じぐらいの規模で、より詳細かつ具体的な検討を行えばいいなというふうに考えております。

こちら、下段のほうに行きまして、事務局としましては、医療政策の関係部署に加えまして、薬務課、あとは都立病院を管轄する病院経営本部、また、外国人旅行者の受入れの施策の所管であります産業労働局、あとは在留外国人関係の施策を所管しております生活文化局などが考えられるのではないかと考えております。

右側に移りまして、委員の構成案でございます。学識経験者として、医療分野や観光・宿泊等の分野から、また、関係団体といたしまして、東京都医師会、東京都歯科医師会、東京都薬剤師会、東京都看護協会、あとは、観光・宿泊分野の団体などを考えております。医療機関につきましては、外国人患者の受入れ実績のある病院、診療所。また、関係機関といたしましては、例えば、医療通訳の事業者ですとか、保険会社、旅行会社、あとは外国人コミュニティ関係の団体というのが考えられるのではないかと考えております。また、関係行政機関といたしまして、区市町村や東京消防庁を考えております。

検討事項の内容は、このようなものを増やしたほうがいいのかとか、あとは、また委員の構成としては、こういった分野を加えたほうがいいのかとか、そういったご

意見を後ほどいただければ幸いです。

資料５－１までの説明は以上でございます。

○事務局（小泉） 事務局の小泉でございます。

引き続き、平成３０年度の新規事業、外国人患者が地域で安心して受診できる仕組みづくり支援事業についてご説明させていただきます。

資料５－２をご覧ください。

前回までの検討会でご議論いただいておりますが、外国人人口や訪都外国人旅行者の状況は地域によってさまざまであること、また、外国人患者は、軽症であっても大病院を受診する傾向があることから、この事業は、外国人が多い地域において、外国人の症状に応じて安心して地域の医療機関を受診できる仕組みの構築を目的として実施いたします。

現状と課題に記載しております外国人人口や訪都外国人旅行者の訪問先、それから、外国人宿泊者数などを踏まえまして、実施地区としましては、新宿区周辺、渋谷区・港区周辺、台東区周辺の３地域での実施を考えております。こちらの実施地域につきましても、後ほど、ご意見等いただければと考えております。

事業内容でございますが、各地域で事務局病院を選定の上、この事務局病院を中心に、医療機関、関係団体、区市町村、それから宿泊施設等の関係機関からなる会議体を設置し、連携強化を図っていくとともに、地域の課題を抽出の上、地域の実情を踏まえた仕組み・ルールを検討してまいります。具体的には、まず、地域の医療機関の外国人対応状況でありますとか、宿泊施設の取組等につきまして実態把握調査を行いまして、その調査結果を踏まえ、その地域に適した仕組みを検討してまいります。最終的に、実態把握調査の結果と仕組みづくりについて、事業報告書あるいはマニュアルといった形にまとめさせていただくということを考えております。

実施方法ですが、各実施地区において、その地域のネットワークの中核を担い、中心となって外国人患者受入れの仕組みづくりを行う病院を事務局病院として選定しまして、事業を委託いたします。で、事務局病院を中心に、まず、実態把握調査を行って、外国人患者の受入れを行う中核病院を選定の上、地域の連絡会議の中で具体的な取組を検討してまいります。

続きまして、右側のイメージ図をご覧ください。こちらが、本事業で構築していく受入れ体制のイメージ図になっております。

外国人が体調を崩した際の相談先としまして、この図の中の左側、宿泊施設や観光案内所等の関係機関がございます。相談を受けた関係機関の対応方法の選択肢としまして、周辺医療機関や薬局の紹介、あるいは＃７１１９やひまわりの活用が想定されます。周辺医療機関の紹介方法としましては、事前に連携医療機関リストを作成し、受入れ可能な医療機関に連絡して受入れを要請する、あるいは、医療機関の所在地を案内しまして、外国人患者ご自身で受診してもらうよう促すといったようなことが考えられます。

図の右側、医療機関でございますが、ここでは中小病院・診療所、それから中核病院と大きく二つのグループに分類してございます。医療機関ですが、外国人患者が受診した際に、症状や対応言語によっては対応できないといったことも想定されます。そのような場合に、例えば、「このクリニックあるいは病院であれば、中国語で内科の受診ができます」といったような形で、近隣の他の医療機関につなげるといった医療機関同士の連携というものも想定しております。また、中小病院・診療所と中核病院との連携でございますが、例えば、外国人患者が診療所に受診したが、その診療所での対応が困難であったような場合に、中核病院に対して受入れ要請あるいは相談を行い、それに対して、中核病院が受入れまたは助言を行うといったような連携を想定しております。

図の下に、関係機関、医療機関、関係団体をつなぐ円を記載してございます。こちらが、ネットワーク構築の場としての地域の連絡会議を表しております。この連絡会議の中で、地域の実情を踏まえた受入れのルールづくりをしていただくということを想定しております。

続きまして、資料5-3をご覧ください。こちらが、平成30年度新規事業のスケジュール案となっております。

まず、上の枠三つ、外国人患者への医療等に関する協議会、それから検討部会、外国人患者が地域で安心して受診できる仕組みづくり支援事業につきましては、事務局のスケジュール。それから、下から2段目の事務局病院の欄でございますが、こちらは仕組みづくり支援事業を委託する3地域、それぞれの事務局病院のスケジュール。一番下の欄は、仕組みづくり支援事業の進捗目標を記載しております。現時点で想定しているスケジュールでございますが、協議会については年2回、検討部会については年3回程度を予定しております。仕組みづくり支援事業につきましては、年度当初に事務局病院を選定し、6月ごろ仕組みづくり支援事業を開始できるようにというふうに考えております。

事業開始後ですが、まず、それぞれの地域で連絡会議を開催し、現状・課題についてご議論いただいた上で、実態把握調査に向けた検討を行ってまいります。夏頃から秋にかけて、実態把握調査を実施し、調査結果を取りまとめた後に、その地域にふさわしい仕組・受入れ体制についての検討を行っていただき、また、年明けを目途に受入れ体制の仕組の完成というものを目指していきたいと考えています。そして、受入れ体制の地域の運用に向けての取組と、年度末に向けた事業報告書の作成を進めていただきます。

なお、協議会と検討部会では、全体の取組について議論するとともに、この仕組みづくり支援事業の進行管理等も合わせて行う予定でございます。

仕組支援事業につきましては、協議会と検討部会でいただいたご意見等を踏まえまして、各地域で意見交換等を行いながら、進めてまいりたいと考えております。

雑駁ではございますが、以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。

来年度の予算案と新規の取組について、概略をご説明いただきました。この検討会でも、1回目、2回目、いろいろ議論をしていただいて、それに基づいて、事務局が頑張って予算を折衝していただいて、ほぼ取れたというか、こちらで議論をしたとおりでありますけれども、残念ながら、その医療機関の救急通訳サービス、24時間365日というところは、先生がおっしゃるように、実績を作るためにやらなきゃいけないんですけど、まあ、そこはちょっと残念だったんですが、この後に議論いただきます協議会がありますとか、あるいは支援事業ですね、これは本当に、ここで検討したとおりの形で取れて、本当に事務局、お疲れさまでした。

さて、そこで、ご質問やら、先ほどのご説明の中で、皆様方からいろいろと、こういう、事務局としては考えているけれども、ご提案なりご意見をということでございます。まず、全体的に何か、予算のことについてご質問はありますか。

それでは、先ほどちょっと検討、あるいはご意見がいただきたいとおっしゃった、まず、その協議会の設置のお話であります。今の検討会が、この協議会という形で、もっとメンバーを広げてというイメージだと思いますが、検討事項であります。まず、検討事項について何か、この辺も大体、これまで検討してきた内容で、ほぼ網羅しているのかなとは思いますが、そのほかに必要な事項というのがありますので、必要に応じてつけ加えることはできますので、別に、この1から6に限定するわけじゃありませんが、よろしいですか。

もう一つは、委員の構成案ということで、この検討会では、主に医療関係者の方が中心だったんですけれども、今度、協議会になりますと、もっと、その外国人の患者さんに第一線でまず見る、旅館の方とか、ホテルの方とかですね。あるいは旅行会社という方も、幅広く入れたらどうかという、この検討会の意見を踏まえてこうありますけれども、いかがでしょうか。あ、これ、抜けていたよねというのがありましたら。よろしいですか。

ただ、人数的にも、もうちょっとというところがあるのかもしれませんが。例えば観光と宿泊を分けるのかとか、外国人コミュニティでもいろんなコミュニティがあるでしょうから、それをどう、誰が代表できるのかとか、あるとは思いますが、人数的にはこんな感じですよ、ここに書いてあるような。

どうぞ近藤先生。

○近藤委員 ありがとうございます、近藤でございます。

関係団体の中で、先ほどのその仕組みづくり支援事業の図を見ても、中小病院・診療所と中核病院の連携とあるならば、ここが関係団体の中に東京都病院協会をぜひ入れていただいて。

それから、当然、中核病院となると、先ほど島崎委員からも話がありましたが、JMIPに参画している病院のほか、今日もいらしていただいておりますけれども、都立病院が、やっぱり地域の診療所・中小病院からすると、助けていただきたい病院のその代表

格になるのかなというように思うんですけども。それから、関係団体の中には、ぜひ東京都病院協会を、ちょっと、こういうのは初めて今日、この資料を見て、どうしようかなと思いますけれども、ぜひ入れておくべきかと思います。

- 遠藤座長 ありがとうございます。病院協会は関係団体として、それで、今おっしゃったJMIPは、この医療機関の患者さんの受入れ実績のある病院ということを事務局は考えていて、それで、まあJMIPという病院ですか。
- 武藤課長代理（医療改革推進担当） そうですね、具体的な検討を行っているわけではないんですが、先生のおっしゃるようなJMIPを取得されているような医療機関さんのほうにもご参画いただけるんでしたら、考えたいというふうに考えております。
- 遠藤座長 あと、それに加えて、近藤先生のご提案としては、都立。
- 近藤委員 いわゆる中小病院をまとめていただいている東京都病院協会が入っていただく心強いなど。
- 遠藤座長 ああ、はい。
- 成田医療改革推進担当部長 分かりました。
- 島崎委員 東京都病院協会に入れておいていただければと思います。
- 成田医療改革推進担当部長 ありがとうございます。東京都医師会からは、何人か複数名の委員をお出しいただきたいと考えておまして、医師会を通じて、都病協の代表の方にも入っていただくような形にしたいと思っております。
- 遠藤座長 私、このそれぞれのカテゴリ、1人と言っちゃったけど、そうではないわけですね、はい。
- 成田医療改革推進担当部長 複数人入る場合もでございます。
- 山田委員 何名ぐらいの規模ですか。協議会は、もうちょっと大きいのかな、これを見ると21名というふうに考えていたんですけども。例えば50名規模とか。
- 武藤課長代理（医療改革推進担当） ちょっと50名は少し多いかもしれないのですが、ただ、1枠について1人というふうには考えていなくて、例えば、医療分野の学識経験者の方複数ですとか、今お話がありましたとおり、医師会から何名か出ていただいたりですとか、あとは、産業労働局ですとか、生活文化局のほうにも相談しながら、声をかけたく、どうしていくかということを具体的に進めてまいりたいと考えております。
- 遠藤座長 他に、この構成案について、ご意見とか、注文とかはございますでしょうか。先ほどのご説明だと、まあ、この協議会は2回ぐらい、最初と終わりという感じですかね。それ以外は、その下に検討部会というのを作って、そこが実質的に3回ぐらいはできるという感じでしょうかね。だから、また検討部会は検討部会で、これ、構成をどうするかというのは、また考えなきゃいけないんでしょうけれども。だから、協議会のほうは少し、今までご提案があったように幅広でもいいのかもしれないですね。ただ、日程調整が大変だなとは思いますが、でも、団体さんならば、代表ですから、多分、出ていただけるとは思いますけれども。

他にいかがでしょうか。診療所も入るということですね。英委員、よろしいですか。またね、医療の通訳業者とか、なかなか面白いですけど、保険会社とかですね。

何か、ここはサゼスションなりがあれば、またお願いしたいと思います。

では、次の、今度は支援事業ですね、外国人患者さんが地域で安心して受診できる仕組みづくり支援事業についての、いろいろとまたご意見をいただきたいということでありまして、まず、どっちからいってもいいんでしょうけど、実施地区が3地区ぐらいということで、これは予算のこともあるので3地区なんだろうけども、新宿区周辺、渋谷区・港区周辺、そして台東区周辺ということで、一応、事務局のほうはご提案いただいているんですけど、いかがでしょうか。

これ、それぞれにあれですよ、左側にある外国人人口の多いところ、それから訪都外国人旅行者の訪問先が多いところ、そして、外国人宿泊者の多いところというわけでもない。いろいろと、はい。そういう要素を含んだ。

○成田医療改革推進担当部長 「総合的な」ですね。

○遠藤座長 この総合的な、そうでありますよ。いかがでしょうか。何となくあの辺の病院が中核になるのかなというイメージは持たれるかと思いますが、新宿区、渋谷区、港区主体と、うん。台東区という意味は、これは実際に住む、在日の方が多いというイメージでしたっけ。もちろん、全部ミックスだということではあるんですけども。

○武藤課長代理（医療改革推進担当） そうですね、先生のおっしゃったとおりミックスというところで、例えば台東区に外国人人口が多かったり、やはり訪都外国人旅行者の訪問先としてもありますので。

○遠藤座長 ああ、そうか、そうですね。

○武藤課長代理（医療改革推進担当） そういったところを書いております。

○遠藤座長 そうですね、失礼しました、はい。

○成田医療改革推進担当部長 東大も近いですし。

○遠藤座長 要するに、まあ三つくらい、3地区でしょうね、はい。

それでは、はい、事業内容。これは今までも検討してきているので、ただ、これも追加したらどうかという何かがあったら、お願いをしたいんですが、いかがでしょうか。

はい、山田委員。

○山田委員 非常にすばらしくて、感動しているんですが、実現するという事は本当に何というんですか、多分、ファーストコンタクトとして、宿泊施設、観光案内所は日本語で相談案内をするという形で、それで相談を受けて、観光案内所なら観光案内所の人が、その言語で話をしていくというイメージでしょうか、この。

○武藤課長代理（医療改革推進担当） そうですね、外国人患者さんの方が、宿泊者だったりとか、観光客だったりすると思うんですが、その方が、ファーストコンタクトとしてそちらのほうに行って、対応を困ったときにどうするかということで考えております。

○遠藤座長 他にいかがでしょうか。

最後に事業報告書で、地域連携マニュアルの作成となっております、その辺のところ、先ほど来お話の出ている応召義務の関係の話もぜひ盛り込んでいただければと思います。

実施方法なんですけれども、予算が2,100万円、ざっと言うと1地区当たりどれぐらい、数百万という感じですかね。まあ委員会経費とかそんな。

○武藤課長代理（医療改革推進担当） はい、委員会経費とかそういったところを考慮しております。

○遠藤座長 よろしいですか。まあ、こういうところに参加してくださる方は別にお金じゃないんですけど、でも、ちゃんとした議論ができたりとか、しっかりと、せっかくマニュアルも作るならば実のあるものにしていただきたいと思います。

よろしいですか、何か事務局がすばらしく、もう作っているの、山田委員じゃないんですけど、声も出ないという感じではありますが。

今度、最後、スケジュール案はどうでしょうか、もっと開催しようとか。協議会が4月ぐらいにあって、そして、年度の終わりに閉めの会があると。ただ、それだけじゃ、ちょっと少な過ぎるので、もうちょっと少人数で検討部会、小回りのきく部会をつくって、ここは3回ぐらいですかね。実際の一番の主役であるこの3地区におかれては連絡会議というのを作っていただいて、そこが連絡会議を開催しながら実際に事業を進めていくという感じでありますけれども、いかがでしょうか。

もし、今日の委員の皆様方のところが、この地域にも選定されたとしたらという、他人事ではなくて、個人的な、直接何かあったら、いや、今のうちに言っておかないと困るというものがあつたら、よろしいですか。でも1年でどうですかね。

○近藤委員 そうですね。

○遠藤座長 まあ、ある程度どうでしょう、近藤先生は。全くこう原型のないところで始めるというわけにもいかないですかね。それとも、お考えとしては、東京都医師会としては、これやってみようというものは。

はい、どうぞ。

○近藤委員 都で作っていただいたこの資料に、人口、外国人の住んでいる方が多い、それから訪問先である、宿泊が多いというの、やっぱりこれに尽きるかなと思うんですよ。まず、そこで少し動いているところで始めて、先ほど海老原委員のお話があったように通常の診療を圧迫しているところがあるからこそ、軽症の方を地域で受けるにはというのが事始めですから。

○遠藤座長 そうですね。

○近藤委員 そのためには、やはり実際、動いているところで手応えをつかんで、こうやればうまくいくんですよと、それから、あと地区ごとに、どういうふうなオプションでやればいいのかということを示していかなくちゃいけないなと思います。

○遠藤座長 ということで、まさに1回目、2回目検討したとき、この支援事業というの



は、とかく外国人の患者さんの診療というと J M I P 病院とかですけど、そこで全部、まさに海老原さんがおっしゃったように、そこで受けたら大変なことになって、いわゆるプライマリーな話なんですね。だから面を広くして、ほとんどの方は、恐らく訪問客の場合は、オリンピック関係の方は軽症なんだろうと、そこを全部 J M I P 病院といたら大変なことになるよねということで、こういうアイデアが出てきたんだと思いますので。

よろしいですか、じゃあ、スケジュールは案ですから、また、このとおりにはずしなくてもならないとは思いますが、もう 1 回ぐらい回数が必要なら増やしても、いいわけですよ、その場合、分かりました。

ということで、今、この議題でご議論いただきました、来年度も、すぐこの 4 月からですけれども、新規の事業で協議会の発足、そして運営、並びに、この支援事業の 3 地域における実施ということで、ほぼ事務局のお考えのとおりで、幾つか協議会については、メンバー構成についてはいろいろとお話がありましたけれども、支援事業のほうは特に大きなことがなかったので、これを基本として、恐らく、細かいことはまた、事務局とまた選定についても、今日の委員の方々にもまたアプローチがあるかと思うんですが、よろしくお願ひしたいと思います。

そして、まさに今日の 1 回目の、その大磯先生の応召義務の話も、まさにこれ、本当にぴったりの内容ですので、そういう視点からも、ぜひこの事業をやっていただければと思います。

それでは、次の議題であります、議題の（3）外国人患者支援研修についてです。事務局から、第 1 回目の研修結果及びマニュアルの現段階での案について報告をいただき、そして委員の皆様から、またご意見、ご感想をいただきたいと思ひます。

では、よろしくお願ひします。

○事務局（小泉） 29 年度、医療機関における外国人患者対応支援研修の第 1 回の開催結果、それから、第 2 回目の予定について報告させていただきます。

まず、資料の 6 をご覧ください。

第 1 回でございますが、先月、1 月 17 日、水曜日、都庁の 5 階の大会議場で開催いたしました。448 名からお申し込みをいただいておりますが、当日、悪天候といったことがございまして、当日参加者数としましては 377 名でございます。参加者の内訳は記載のとおりでございますが、第 1 回につきましては、病院を中心に周知をいたしましたので、所属別で見ますと、病院が約 85%、診療所が約 11%。職種別で見ますと、約半数が事務職、それから看護師が約 18%、医師、MSW が約 8% ずつという結果でございます。

続いて、第 2 回の予定でございますが、3 月 24 日の土曜日、14 時から 16 時、都民ホールでの開催を予定しております。内容は、外国人患者受入れの留意事項と対応事例。外国人患者対応の実務についての二つの演題を予定しております。

なお、二つ目の外国人患者対応の実務については、現在作成しております、診療所向け外国人患者対応マニュアルを活用して、外国人患者対応の実務を解説する内容を考えております。

なお、第2回につきましては、診療所に重点を置いて周知をする予定でございます。続きまして、資料の7をご覧ください。

こちらが、診療所向けの外国人患者対応マニュアルの内容の案となる項目ⅠからⅧまでのたたき台となっております。

なお、マニュアルの制作に当たりまして、大阪府のりんくう総合医療センター国際診療科にご協力いただきまして、南谷かおり先生に監修をいただくことになっております。本格的な監修や編集作業はこれからでございますが、概ねこのような内容を想定しております。マニュアルにつきましては、4月以降、福祉保健局のホームページで公表する予定でございますが、3月24日の第2回研修の資料としても活用する予定でございます。

内容としましては、受付と会計に焦点を置きまして、各場面の対応方法を解説しておりますが、これから外国人患者の受入れに取り組んでいく診療所にとって使いやすいものであるかどうか、それから、追加したほうがよい場面があるかどうか、ご意見・ご感想等をいただければ幸いです。

簡単でございますが、以上でございます。

○遠藤座長 ありがとうございます。研修会のご報告と予告、そして、第2回目の研修会でも使用予定の対応マニュアルについてのご説明がありました。

まず、研修会について何か、コメントとか、こうしたらよかったとか、あるいは、第2回目があるんですけれども、何かサジェスションとかはございますか。日程とかは、それはもう変えられないんですけれども、よろしいですか。

で、マニュアルのほうなんですけど、今、事務局からもご説明がありましたが、まだまだ本当にたたき台のたたき台ということで、南谷先生のまたコメントが入ると、また随分変わる可能性もありますけれども、ただ、この委員の皆様方に、ある程度基本的なところをアグリーいただかないと、できちゃった後、あれっということになってもいけないものですから。

まあ限られた時間なので、別に、今日だけじゃないんですよ、終わった後、また、これを持って帰っていただいて、もちろん外へ出してはいけないんですけれども、事務局のほうにどんどんコメントをいただければと思います。今の時点で、ざっと見た感じ、いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○山田委員 お疲れさまです、非常に美しくて、これ、ぜひ何か、冊子化はできないんでしょうかね。これを何か、前、近藤先生と同じになるかもしれないけれども、各診療所にこういうのが一つ置いてあるだけで大分違うかなと考えています。ホームページも

いいですけど、やっぱり、手元にあるとないとで大分違いますので、ご検討いただければと思います。

○遠藤座長 何か。

○武藤課長代理（医療改革推進担当） 予算化はしていないんですけれども、今後そういったご意見をいただいたということで、実用化に向けて検討はしたいというふうに思っております。ありがとうございます。

○遠藤座長 印刷物じゃなくて、その予算はないんですね。ホームページで。

○武藤課長代理（医療改革推進担当） すみません、印刷物の予算がないので、次年度、31年度に向けた形の予算要求もございますので、そういったところでも何か検討できることがないかということを確認したいと思います。

○遠藤座長 近藤先生、どうぞ。

○近藤委員 ぜひ、そのときに合わせて、朝から日中、夕方までの電話通訳の予算化を勝ち取りたい。それがあってこそ、みんな診ようぜという話になりますので。実績がないからではなく、実績を作っていこうと、みんなで気持ちを示したいと思うんですけれども。

○遠藤座長 はい、どうぞ。

○島崎委員 東京都医師会の会員の先生方は、まだ、外国人が都内に増えているということをご存じない方もいらっしゃるんですね。ただ、ピンポイントで患者さんが急に、その観光スポットというのは、今、SNSでいろんな場所が人気が出てくるわけです。急に予測しなかったところに外国人が来るという可能性があり、医療機関に資料があるということ、少なくとも医師会の先生方、診療所の先生方にご通知をしておくことが必要です。A4の紙1枚で、ポスター的なものですよ。外国人が今増えているという現実と、それから、東京都ではこういうようなことを対応しているということ、一般の診療所の先生方にご案内するようなポスタータイプのものが、A4、1枚で裏表だと、そんなに費用にはならないと思うので、ご用意いただくと大変啓蒙になると思います。いきなり困った、ホームページを見てみようという、もしかしたら、まだ診療所の先生方は、そういった情報がおありにならないので、まず、A4、1枚のポスターというのは、ご検討いただければ大変ありがたいです。

○遠藤座長 大丈夫そうですか。

○武藤課長代理（医療改革推進担当） 検討して、いろいろと進めたいと思います。ありがとうございます。

○遠藤座長 そうですね、おっしゃるとおりですね。

はい、どうぞ。

○英委員 この外国人患者対応マニュアル、これは普段は、その外国人対応をやっている診療所向けのマニュアルというふうなことで理解すればよろしいですか。

○武藤課長代理（医療改革推進担当） はい。

- 英委員 そうすると、やっぱり、今おっしゃったように、やはりいらっしゃる前の準備が非常に重要で、一定の、いらっしゃったら、これ、申込書記入依頼から始まっているので、その前に、診療所としては、どういう程度の、どの程度事業をしているのかどうか、あとは、その後のフォローとか、そんなものもマニュアルの中に入れていただくと、より具体的かなというふうに思いました。
- 武藤課長代理（医療改革推進担当） どうもありがとうございます。参考に、ぜひ生かしたいと思います。ありがとうございます。
- 遠藤座長 私、これ事務局に、事前にパッと拝見させていただいたときに感じたのは、恐らくJMI P病院の海老原さんのところは、もう当然で、これをちゃんと読みこなしているスタッフがいるんでしょうけど、本当に小さな診療所で、先生と、あと事務の方がお1人と看護師さんが2人ぐらいのところ、このマニュアル一つ一つ読んでいたら大変だなという。だから、ちょっと事前に勉強しておいてよねとかね。もうちょっと簡単に、何かこうステップを省いて、何か流れ図みたいなものがあったらいいのかもしれないね。こういう一つ一つのところは、結構、対応は大変です。しかも、これをまた英語で説明とかはあるかな。”Please show me the insurance.”とかね、何か。
- 近藤委員 英語ならまだいいですよ。
- 遠藤座長 だから、もちろん、こういったマニュアルというのは簡単に使って行って改訂するという話もあります。それから、応召義務の話も入れないといけないので。まずは、いろいろ言い出すと何もできなくなっちゃうので、ね、この辺のところからスタートして、今度の3月の研修会のご意見いただいて、そして、今度は、この事業でもこれを使う、使えるところは使うんでしょう。
- 武藤課長代理（医療改革推進担当） ありがとうございます。
- 遠藤座長 ということで、はい。で、もし印刷物の予算が取れば…。
- 近藤委員 より良くなったところで印刷するということですかね。
- 遠藤座長 はい、という感じではありますが、ほかによろしいでしょうか。  
はい、どうぞ。
- 海老原オブザーバー NTT関東病院の海老原です。  
もし、よろしければ、このマニュアルに、例えば、通訳の電話のアクセス先とか、あとは、最近リバイスされた、厚生労働省から出している翻訳文書などのURLなども載せて、そこを活用してもらおうようにすると、これ、自分で翻訳しなきゃいけないんだろうとか思っているような先生も楽になるんじゃないかと思いますので、いかがでしょうか。
- 武藤課長代理（医療改革推進担当） ありがとうございます。
- 遠藤座長 貴重なご指摘ありがとうございます。よろしいですか。  
それでは、最後、準備した議題ですけれども、（4）の東京都保健医療計画（素案）について、事務局から報告をお願いいたします。

○武藤課長代理（医療改革推進担当） 資料8をご覧ください。

こちら、東京都保健医療計画ということで、第2回の検討会におきまして、骨子案について皆様方からご意見をいただきまして、こちらのご意見を踏まえた形で素案を作成しております。その内容について、簡単ではございますが、ご報告させていただきます。

1 ページ目の二重枠線内がございますのが、こちらが今後の取組の方向性を記載したものでございます。こちら、この後ですが、現状とこれまでの都の取組を記載させていただいた上で、4 ページ目をご覧ください。こちらの4 ページの課題以降から、課題と今後の取組の方向性につきまして記載をしております。

まず、一つ目の課題といたしまして、外国人患者の受入れ体制が整った医療機関の確保といたしまして、J M I P 取得を目指す病院への支援や、院内表示の多言語化などに取り組み診療所を含めた形で医療機関への支援を行うことなどにより、医療機関の整備を促進すること。また、5 ページ目をご覧ください。都立や公社病院におきまして、J M I P の認証取得等により、多言語の診療体制を整備すること、また、医療機関向けの外国人対応支援研修、マニュアルの作成などにより、医療機関の対応力を向上することを取組として考えてございます。

二つ目がこちら、課題2でございますが、外国人向けの医療情報等の充実でございます。こちらの課題に対して取り組んでいくこととしまして、現行の外国人患者向けの電話による医療情報サービスですとか、あと、「ひまわり」や薬局の情報提供システムである「t-薬局いんふお」などを活用しまして、外国人対応を行う医療機関や薬局、日本の医療制度の紹介などの情報提供を行うこと。また、外国人に対して、対応を行う機会の多い機関ですとか、行政、救急相談センターなどと連携しまして、効果的に外国人患者さんに対して医療情報を提供することでございます。

三つ目の課題といたしまして、こちらが、先ほどからの話に上っております、外国人患者さんが症状に応じた形で安心して受診ができる仕組みづくりでございます。こちらですけれども、取組の方向性としていたしましては、こちらの枠内にありますとおり、行政や医療機関、医師会等の関係団体さんですとか、関係機関からなる会議体を設置して、連携を強化して取組を促進すること。また、ページをおめくりください。地域の医療機関が連携いたしまして、症状に応じた外国人患者の受入れの仕組みづくりや、関係機関と連携した情報提供の仕組みづくりを行って、地域の実情に応じた形で取組を促進すること。また、国や関係部署と連携いたしまして、外国人旅行者に対する旅行保険の加入促進ですとか、日本の医療制度などについての情報発信を行うことでございます。

また、一番最後、こちらの枠内にありますが、評価指標でございます。医療計画は、施策に対する評価の指標として何らかの数値目標を示すということとされておきまして、こちらは、その指標といたしまして、J M I P の認証病院数、また、観光庁の訪日外国人旅行者受入れ医療機関数を挙げておきまして、目標としては、まずこちらを増やしていくこととさせていただいております。

簡単ではございますが、報告は以上となります。何かご意見とか感想等がございましたらお願いいたします。

○遠藤座長 ありがとうございます。

この内容も、これまでの検討会で皆様方にご議論いただいたものを事務局がまとめて、この保健医療計画の中に入れ込んでいただいたというものであります。何かございますか。

はい、どうぞ。

○山田委員 非常に詳しい内容をありがとうございます。こういうのが本当にできるというのは、非常に感無量でございます。

ただ1点だけ、課題2の、取組2の医療情報等の効果的な提供という部分で、いろいろ書いてはあるんですが、具体的に何をやっていくんでしょうか。東京都保健医療情報センターとか「ひまわり」とかですね、「t-薬局いんふお」とか、Webサイトとか、いろいろ書いてあります。情報提供を行っていくということですかね。現状のものをそのまま使ってということですね。

○武藤課長代理（医療改革推進担当） そうですね、現状のものを活用するというのと、あと、今度の3月からになるのですけれども、こちら多言語化を実施するというところもございまして、そういったところも含めて、より分かりやすく提供していきたいというふうに考えております。

○遠藤座長 他にはよろしいですか。

○近藤委員 そこまで作り上げていただいて、本当にありがとうございます。日本語が分からない、日本の習慣が分からない外国の方が見てパッとわかる、その地図とか、前にもお話ししたように、今、医療機関にかかったけど、ここから薬局に、どこに処方を取りに行けばいいのかとか、これはやっぱり、全然言葉が通じない人が見て分かるような分かりやすい地図の表示、それから、もしくはタブレットとかスマホでの表示ができないと、やっぱり「t-薬局いんふお」がありますと、「ひまわり」がありますといっても、それ、日本語が分かって、普段かかっている人ですら分かりにくいものであると困ってしまうので、かなりのバージョンアップをぜひしていただきたいと思います。

それから、医療計画に入れていただいたのは、多分、東京都だけなんですよね、全国で。先ほどからも話がありましたが、通常の診療を、これからさらに圧迫しかねないというところで、これを入れることによって、こっちをきちんと見ながら、通常の診療を各医療機関できちんと診ていくんだという意思表示かと思っています。

それから、当然、大もとは日本のガイドブックを、外国人が買うガイドブックを見ると、病気になったら大学病院とか大きな病院に救急車で行きなさいと書いてあるから、それをとにかく書き直させたいというところが、東京都から発信していきたい。それで、ここを書き直してくれと、こういうのを作ったんだからということ、ぜひ発信したい。

それから、当然、ちょこちょこありまして、今日の大磯先生からのお受けいただいた

試算でも、厚生労働省にお願いをしなくちゃいけないこと、場合によっては、外務省とか、それ以外のところをお願いを、国が対応しなくてはいけないところと、都道府県でできるところ、それから、地区ごとに色づけしなくちゃいけない部分というのを、ちゃんとうですよという、分かりやすく、この協議会を通して示していきたいと思っています。

○遠藤座長 ありがとうございます。

もう今までの3回の取りまとめ、最後のまとめの言葉としてすばらしい、はい、私も、先生のおっしゃるとおりでありまして、もう何も座長としての言葉はありません。

では、よろしいですか。それでは、本当に3回、お疲れさまでした。また、今日は大磯先生、ありがとうございます。引き続きご支援というかですね。

では、事務局にお返しします。

○久村地域医療担当課長 遠藤座長、ありがとうございます。

今、お話ございましたが、今年度の検討会、今回をもって終了ということになります。委員の皆様におかれましては、本当に貴重なご意見をいただきまして、誠にありがとうございます。

最後に当たりまして、医療改革推進担当部長の成田より、一言ご挨拶を申し上げます。

○成田医療改革推進担当部長 本日は、貴重なご意見をいただきましてありがとうございます。

また、大磯先生には、分かりやすいご講義をいただき、感謝申し上げます。質疑応答を通して、より深く応召義務について理解することができました。お話の中で、とても印象的だったのは、応召義務には行政の仕組みづくりが大切というお話がございました。今日、私どもが説明いたしました、「安心して受診できる仕組みづくり」というのが、まさにこれに該当するのかなと思っております。最初は3地区から始めますけれども、そのモデル地区の取組を他の地区にも広げられるように、今後とも努力してまいりたいと思っております。どうもありがとうございます。

また、この検討会でございますけれども、本年5月に設置いたしまして、その後、委員の皆様方には集中的にご議論いただきましてありがとうございます。先ほどご説明申し上げました保健医療計画にも、外国人医療の項目を入れることができました。先ほど、近藤先生のほうからもお話がございましたように、これについては国からは保健医療計画の項目に入れる必要はない事項だというようなお話があったわけですが、都としては、ぜひ取り組むべき事業として、この内容を入れました。保健医療計画改定部会等のディスカッションの中では、未収金についての対策であるとか、また、応召義務のこととか、いろいろなご意見がございました。こういった課程を経て、最終的には、症状に応じて外国人の方が受診できる仕組みづくりというコンセプトを中心に記載することができました。これも先生方のご助言のおかげと感謝しております。

また、お褒めのお言葉がありました、「協議会」と「仕組みづくり支援事業」の内容

ですけれども、まさに先生方のご意見を元に作り上げたものです。私のほうから、逆に御礼申し上げたいと思っております。本当にどうもありがとうございました。

課長の久村は、2020のオリンピック・パラリンピックに向けて外国人医療の提供体制をマックスにしていくとこの様に申しております。まさに、それを目指しております、そのためには、先生方、委員の皆様方のご協力が不可欠ですので、ぜひ次年度以降もご協力いただきますことを切にお願い申し上げます、私の御礼の言葉としたいと思いません。

どうもありがとうございました。

○久村地域医療担当課長 では、最後に事務連絡でございます。

先ほどもお話が出ましたが、マニュアル、研修、あるいは新たな仕組みづくりにつきまして、追加のご意見等がございましたら、電話でも結構ですし、メールでも結構です、事務局のほうまでお願いできればと思います。

それから、本日の資料でございますが、机上に残していただければ、事務局より郵送させていただきます。その際に、資料3のほうも関連して追加させていただければと思いますので、よろしく願いいたします。

あと、駐車場をご利用の方は駐車券をお渡ししますので、事務局までお知らせください。

それでは、以上をもちまして検討会を終了とさせていただきます。本日は、誠にありがとうございました。

(午後 6時07分 閉会)