

## 第3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11月20日  
東京都福祉保健局

(午後 6時00分 開会)

○千葉計画推進担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまから第3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。

壁の時計が2分ほど進んでいるようなのですけれども。

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、ありがとうございます。またちょっと手狭な会議室で大変恐縮でございますが、よろしく願いいたします。

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。

初めに、委員の皆様の出欠につきましてご報告させていただきます。

本日、ご欠席は、資料1をごらんいただきまして、上から順に医療関係団体の渡邊委員、落合委員、一段飛びまして関係行政機関の佐野委員の、3名の委員の方々がご欠席のご連絡をいただいております。

また、本日は医師確保計画の検討に当たりまして、小児医療での整合を図る目的から、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設置要綱の第6条の2の規定に基づきまして、東京都小児医療協議会から岡明会長にご出席をいただいております。岡先生、どうぞよろしく願いいたします。

続きまして、本日の会議資料の確認をさせていただきます。資料は既に皆様のお手元に配付をさせていただいております。一番上に第3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次第がございます。次第の下側に四角で囲った部分に資料の一覧を記載させていただいております。資料は1から8まで。それから、そのほかの資料といたしまして、横型の形で一番上に取り扱い注意と書きました医師偏在指標に関する資料が1枚、それから冊子で別冊のこちらのファイル、外来医療計画・医師確保計画関係の記事、卓上資料というもの。それから地域医療構想の冊子を皆様のお手元にお配りさせていただいております。

資料に不備等ございましたら、お気づきのたびごとに事務局までお申し出をよろしく願いいたします。

また、本日の会議でございますが、東京都外来医療計画・医師確保計画の設置要綱の第7の規定に基づきまして、会議、会議録及び会議に係る資料につきましては、原則として公開となっております。ただし、委員の発議によりまして出席委員の過半数で議決した場合には、全て非公開とすることができるという規定がございます。本日に関しましては公開とさせていただきたいと思っておりますが、よろしいでしょうか。

(異議なし)

○千葉計画推進担当課長 ありがとうございます。

それでは、本日は原則どおり公開とさせていただきます。

また、本日、速記を入れております関係から、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ってからご発言をお願いできればと思います。よろしく願いいたします。

では、以降の進行を座長にお願いしたいと思います。猪口先生、どうぞよろしく願いいたします。

○猪口座長 では、今晚もよろしく願いいたします。

お手元の会議次第に従いまして、進めてまいりたいと思います。

では、次第に記載されております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。

きょうでプロジェクトチームの議論は最後となります。まだ来週11月28日に合同部会がありますが、集中的な議論の場としては今回は最後となりますので、言い残している方はきちんと話をしてください。今、言われても困るところもあるのかもしれないけれども、まあとにかく最後ですから、きちんと議論したいと思います。

きょうの流れですが、医師確保計画についてオブザーバーからの報告、医師偏在指標の確定値の報告を受けた後、外来医療計画・医師確保計画の第2部に関する議論を一体的に行っていきたいと思います。

では、まず医師確保計画について、小児医療との整合を図るために、東京都小児医療協議会からオブザーバーとしてご出席いただいている岡会長先生から早速報告を受けたいと思います。それでは、岡先生、よろしく願いします。

○岡会長 よろしく願いいたします。東京都小児医療協議会の会長をさせていただいております岡でございます。

きょうは前回、周産期医療についてのご説明があったというふうに伺っておりまして、小児医療についてということでご説明させていただきますけれども、私自身が大学病院の課長という立場で情報を集めてきている中でのお話ということで、もしかしたら今までこのプロジェクトチームの中での情報のほうが正しい、あるいはより包括的な見方ができるのかもしれませんが、私の中で現在、どういうふうに考えているかということをご説明させていただきます。

それで、まず、前回、お手元の資料の3をごらんいただきながら聞いていただければと思います。前回、楠田先生のほうから新生児医療のお話があったと思いますけれども、ご存じのように新生児医療も小児科のスペシャリストの一つでして、結局キャリアデザインとしては小児科を選択した医師が新生児科医として、どっちかという、かなり誘導して今、新生児科医を確保しているというような状況があります。

その新生児科医の先生は、例えば年齢が上がってきますとまた総合小児科医に戻ったりとか、いろいろそういうふうにさせていただいております。それについてはきょうはもう余り触れません。

それで、次の資料をめくっていただいて、あともう一つ、それに似たような領域なんですけど、新しい領域としては小児集中治療というのが現在、一つ新しい分野として出

てきております。それは日本は幼児の死亡率が高いというところから、集約的に幼児を集中治療で治療すべきだという考えで、現在、小児の集中治療施設の充実が図られております。

実際に東京都では、試算するとまだそれが充足していないという状況ですし、今後さらに医療安全の観点、それから外科医の働き方の改革の中で、小児集中治療の術後管理などを担当する分野の医師の必要性というのはかなり大きくなって来るだろうと思います。以前に、先生方もご存じのように、例えばプロポフォルの使用などについても、やはり専門的な医師の術後管理というのが問われているというふうに感じております。私個人の施設でも、P I C Uを整理して、そこでより安全、医療安全の高い医療をやりたいというふうに今、準備をしているところです。ここの人材確保は非常に難しく、人材がそもそもいないので、人材教育から始めているというのが現状になります。

それで、それからはしばらくこの医師の働き方改革、これは全体論については先生方のほうがお詳しいと思うんですけれども、小児医療の観点から見たらどうだということでも少しご説明をさせていただきます。ただ、私、都立病院の先生なんかともお話をしましたけど、今の小児救急体制などの維持ができるのだろうかということでの不安を、非常に現場からは聞いております。

次を見ていただきますと、ご存じのように960時間に1年間での時間外を維持するというんですけれども、恐らく楠田先生がおっしゃったと思いますけれども、周産期医療はそもそもそれで維持できるのかという議論があります。それで、現実的な機能あるいはサービスの低下は、小児救急あるいは周産期といったようなところで本当に維持できるのかということは問われているというふうに思っております。

その下のところで、小児救急に関して言いますと、例えば非常にわかりやすいのが、連続勤務時間制限が出てきた場合に、小児救急の場合には、それがいわゆる宿日直、労働密度がまばらということになりませんので、当然その先生は翌日のお昼には帰さないといけないという恐らく勤務体制になってくると思います。ですので、今までとその人員の配置計画が大幅に変わってくる可能性がございます。

めくっていただいて、そうすると、これからは私ども、今まではそういうふうにかけていなかったんですけれども、時間外の時間数から必要人数を計算していかないといけないというふうに現在は考えております。私自身の施設でもそういうふう考えたときに、どうなるのかということが今、一番の課題で、じゃあもう一つの考え方としては、例えば小児救急などを長時間労働のB基準にするという考え方もあるかもしれませんが、なかなか正直、今の若い先生たちに、例えば小児科とか産婦人科に行ったらB基準ですよと言った場合、もうリクルートが非常に難しくなるだろうというふうに思っています。

ですので、我々としてはやはりA基準でどういうふうに行けるのかということをお小児科の責任者として考えていかないといけないというふうに考えております。

もう一方で、救急以外の領域での業務の影響というものも視点として必要になってきます。つまり、総合医としては小児救急も担当しているわけですがけれども、もう一方がかかりつけの専門分野の患者さんの診療、あるいは母子保健活動、乳幼児健診など小児保健活動もかなりボランティアに近い形でいろいろな先生がされています。そういったところへの影響も無視できないと思っています。

その下にお書きしましたように、そこで小児科と内科というのでちょっと下に絵を描きましたけれども、小児科は内科の全分野と精神科の子供の部分の小児科という少人数で手分けしてやっていて、一つの病院で例えば神経の専門家は一人とか血液の専門家は二人とか、そういったような体制でそもそもやっているわけです。

そういう専門性の医療もそういう小児救急の体制も維持しながらやっていくということになっていくと、非常に難しくなってきます。例えば年齢別で新生児の先生だったら300グラムの赤ちゃんを治療している方が、じゃあ中学生の新規の不登校を診れるかということ、やっぱりそれはなかなか診れないので、私たちの科の中でも分担をしておりますので、それをいかに効率的に配置していくかということが、本当に何かパズルみたいな感じになってくるんじゃないかというふうに考えています。

次のスライドで、次のスライドはもう「私見」と書かせていただきましたけれども、本当にこれは私が今、途方に暮れているというようなものを書かせていただきました。2024年になったらそういうふうにはしないといけないということですので、時間外勤務のトータル、あるいは連続勤務時間の制限の中で、じゃあ小児救急をやるためには小児科を増員したらいいじゃないかという考え方もあるかもしれませんが、そもそも人材が確保できませんし、そうすると今度は採算性で明らかに難しいだろうと思います。そうすると、せっかく縦の地域医療計画で医療機関も配置しているわけですがけれども、この小児救急体制というのは本当に都内で維持できるのかということが問われてくると思います。

それから、下のほうですけれども、じゃあ夜中に泊まった専門分野の先生が翌日、お昼に帰らなきゃいけないということになると、各専門分野の医師の不足ということも出てきます。そうすると、高度医療の例えば小児がんや小児の心臓あるいは神経などのそういったような高度医療への影響もありますし、一番はその下の集中治療を行っているNICU、それから小児のPICU、これは本当に人材をどういうふうに確保していくかということが非常に難しくなります。

これは、先週ちょうど日本の小児総合医療施設協議会という小児分野の集まりの会があったわけですがけれども、そこでももうほとんどの小児病院が今、全くお手上げであると。これが一体厚生労働省はどういう方針を出すんだろうということなので、その病院長が集まっても余りいいアイデアが出なかったというのがもう現状でございます。

それからあと、私個人で一つ、結構深刻な問題だと思うのは、この応召義務についてです。以前、この医師需給検討会のある委員の先生の講演をしたときに、いや、応召義

務はこれは労働関係法令上の問題のほうが優先するんだということをおっしゃっていました。そうなりますと、今度は私のような、例えば大学の教授という立場で、若い先生たちにオンコールでどこまで指示ができるのかと。要するにもう時間外がいっぱいになるんですからそれはできませんと言われたら、多分おしまいという形になると思います。

実際に、厚生労働省のほうも国立病院機構のほうでの説明としては、それで病院の機能が落ちるのであれば、それはしようがないというふうに担当からははっきり言っているというふうなことです。

次は、小児の新専門医制度の小児医療についての情報をちょっと共有させていただきたいと思います。それで、第7回の医療従事者の需給に関する検討会のこの3月の資料の中で、私どもが衝撃を受けたのは、東京都の2024年の小児科医の新しい専攻医の必要数は0という数字が出ました。5年間にかけて20%ずつ減らして、小児科はもう0でいいというふうに出ました。ただ、ご存じのように、厚労省のほうはこれは一応撤回しているということで、この同じ基準でかなりシーリングがかかったのが、地方がかなりかかりましたので、そういうところからの要請が猛烈に反対したというふうに聞いています。

要するに、例えば離島を抱えているようなところがもう来年からの医療を、じゃあできなくなるということをはっきり言って、かなり厚労省には文句が入ったというふうに聞いています。

ですけれども、これはもし、このようになるんだとしたら、東京都で小児医療をどういうふうに続けていくのかということとは基本的に考え直さないといけない。だから、このことについてはやはり行政のレベルでの国への申し立てということをお願いしないといけないと思います。

次のスライドですけれども、そもそもこの数字は実情を反映しているのか非常に疑問な数字で、東京都には特に小児科医として申告している人の中にも、これだけ大学病院とか集まっていますので、ほかのエフォートをかけている先生もいるということは、それはほかの科も同じだと思いますけれども。しかも、実際に都立病院の先生とかのお話を聞いていて、かなり疲弊している、負担がかかっている。それも若い先生たちに無理を言えないので、上の人がかかなりかぶっているという状況が現状でございます。

そこにこの専門医制度の負担が来ているんですけれども、東京都の小児科専門専攻医プログラムは、2020年度から地域に派遣するプログラムを優先という原則が出ました。それ以外はシーリングの対象となるということになっています。

ですので、きょうも私どものところで来年度の専攻医の先生の病院の割り当て等を検討していましたが、地方に送っている人のプログラムの人数に関しては絶対減らすなというふうに言われています。東京の区に関して最終的にその人数で減らす人数を決めるというのが専門医機構の方針で、それに従わざるを得ないということで、非常に厳しい状況です。

ですから、5年後にもしかしたら大学病院に入局する人はいても、全員地方に送って研修するという可能性もあるということです。だから、そういうことについて、では都立病院はどうするんだということになるわけです。都立病院は東京都の中でしか研修できないわけですので、ですからそういったような現実があるということもご理解いただきたいと思います。

ですので、まとめですけれども、ちょっと本当に私の知っている範囲内の情報で拙いプレゼンで申しわけないんですけれども、今回の医師の働き方で小児医療現場が大きな影響を受ける。特に小児救急体制ですね。現在、24時間365日でやっている二次医療機関が特にダメージを受けるというふうに考えています。

高度医療機関、大学病院なんかも心臓とか血液とかそういう専門性を持っている先生が当直しているわけですので、専門医療のほうにも当然影響を受けると考えています。

厚生労働省のほうは、そこでもう医療マネジメントの改革によってということをやっていますけれども、小児医療は子供たちがやっぱり症状を口では訴えられないので、どうしても医師が夜中でも診ないといけないという、そういう特性がございます。ですから、特定医療業務の看護師さんの代行とかそれも非常に進みにくいという分野だというふうに考えています。それでも、もちろんしていかないとはいけません。

そして、最後のページに参りますけれども、NICUやPICUの集中治療を24時間体制でやっていくとすると、この医師の働き方改革だと恐らく二交代制をとっていく施設が多くなると思うんです。というかそうしないと多分、時間外はふえないと思います。そうすると、大規模な総合周産期はまだいいんですけれども、地域周産期の施設が持ちこたえられるかどうかということが非常に懸念されています。

そういう意味で、せっかくなのでいただいた医療計画、走り始めたところですが、今の医療計画は見直しが必要になるという可能性が非常に高いだろうというふうに考えています。

ただ、私もそれに対するプランがあるわけでは全然なくて、とにかく現場の声を聞いているとそうだなというふうに思っています。

この働き改革で遵守しないと病院管理者の罰則があるというふうに言われていて、医道審議会にかけるというふうに厚労省の方は言っているそうです。ですので、そうすると東京都としては都民にサービスがそういうふうに変わっていくんだということを説明していかないとはいけないという可能性もあるということはお理解いただきたいと思いません。

新専門医制度では、東京都の小児科の育成はシーリングがかかっている、そのことでことしも東京都内で小児科を希望した方が、今の予定では4人がシーリングにかかってアウトになるという予定になっています。今後も専門医制度の推移が非常に大きな影響を与えるので、そういう意味では現場から数字を積み上げていく必要があるんじゃないかというふうに考えていて、非常に小児科の中で今、議論がされているところです。

以上です。

○猪口座長 どうもありがとうございました。

わかりやすく説明いただいて。ただいま小児医療の整合性の観点からご報告がありました。これを受けて事務局のほうからどうお考えか。よろしく申し上げます。事務局から。医師確保計画の中における小児科医の話であります。いいですか。先に委員から聞きますか。大丈夫ですか。

○久村地域医療担当課長 後でお願いします。

○猪口座長 はい。じゃあ今話を聞いて、委員から何かご意見、ご感想。どうぞ、宮崎委員、どうぞ。

○宮崎委員 宮崎です。

当院は24時間365日で小児救急をやっておりまして、ただ現実を見ますと、もう救急外来というよりは、やはり24時間外来みたいな現状が、多分どこもそうじゃないかと思うんですが。それがやっぱり小児科医の疲弊を生んでいると、負担を多くしているんじゃないかというふうに常々考えていて、それに対しての対策で、各施設で緊急性のない人に対して特定療養費というか、そのお金を少し取るというようなご努力をされていらっしゃると思うんですけど、当院はまだやっていないんですけど、それについての施策とか、そういったアイデアというのがちょっと加える必要はないのかなってちょっと思ったんですけど、いかがでしょうか。

○猪口座長 岡先生にご意見をということですね。

○岡会長 大事なご指摘ありがとうございます。

小児学会もこの20年ぐらいずっとそれに取り組んできて、やっていて、今のその現状があるということで、それで、もちろん夜間にかかるときにはお金を上げるというのは一つの方法ですけれども、ただそれがここまで長年努力してきて現状がそのぐらいだということはご理解いただければと思います。

私ども、#8000とかいろんな努力をしてはいるんですけども、ですけどやはり夜間の特に小さいお子さんの医療需要、それをほとんど一次救急、要するに決して重くはないというのがやはり小児医療の特徴でもあるので、これ以上どこまで減らせるのかというのはちょっと私どもにも把握できないということでございます。

数は実際には例えば23時から8時というのはそんなに多くないと思います。やっぱりその時間ぐらいから減るんですけども、とはいえやっぱりだらだらと続くというところはどこもそうだと思います。

○猪口座長 いいですか。ほかにどうでしょう。はい、じゃあ上田委員。

○上田委員 墨東病院の上田です。岡先生のところには非常にお世話になっていて、日ごろからいろいろ悩ませているんですけども、うちの病院のようなところは最初から入る段階で、墨東病院で働くからには覚悟を持ってみたいところがあるんですけども、大学病院に入られる医局員の中で、そのあたり、行政医療をやるための人をこれぐらい

確保しようとか、そういうのっていうのはできないのかなと思って。

行政医療的なところ。小児科自体が行政医療なんですけれども、その中で新生児に向けてとか、うちで雇う場合は例えば新生児にこういうのをやってくれるから雇おうとか採用しようとかか今までできたんですけども、シーリングが働いてこれから難しくなってくると、それこそ大学に頼むところが、お願いするところが多くなってくるんですけども、必ずしも大学に入っている人たちというのは、小児科は行政医療と言えば行政医療なんですけども、そのあたり、1, 800時間まで超過勤務をやってまで働こうという人もいらっしゃるかもしれませんが、多くがAで、Aの病院みたいな方もいらっしゃる中で、東京なんだからちょっとBで働こうかって人がたくさんセレクトションできるようになればいいなと思ってお聞きするんですけど、その辺ってセレクトションをかけるのは難しいんでしょうか。

- 岡会長 私個人の気持ちとしては、1, 800時間が何だというのが本音です。つまり私たちはそういうふうに通じてきたので。ただ、今、若い人に言って、それは多分ついてこないと思います。というのは、若い人の中で10人のうち多分8人は、そのぐらいから頑張るってやりたいという人はいると思うんですけども、2人の人が実際に労働基準監督署に行く人がいるわけですので、やはりそこを上の人間のほうに言うてはいけないというふうに我々は考えています。

つまり、働けということじゃなくて、やっぱりもうやっていかないと若い人はついてこないと思っています。だから、気持ち的にはもう本当にそのとおりでないと私は思いますが、それは産婦人科学会の上の人、ちょっと中井先生はどういうふうにおっしゃったかわかりませんが、じゃあ地方の産婦人科に行ったら、1, 860働くんだって言ったなら誰も行かないよってというふうに、産婦人科学会の重鎮の先生もおっしゃっていました。

だから、制度としてその1, 860を前面に出すと、やはり人が逃げていくという現状がやはり小児科とか産婦人科とか、どっちかというところとやっぱりきつと言われる診療科の場合にはあるので、そこをいかに下げていくかということがやっぱりリクルートにはいいんじゃないか。だから、新生児医療なんかの中で成功しているのは、先生のところみたいに非常にいい環境で新生児の働けるところは物すごい人気なんです。とてもいい環境で。申しわけありません。ちょっと話が長くなりました。

- 猪口座長 どうもありがとうございました。ほかにどうでしょうか。

僕のほうからもちょっと言っちゃっていいですか。働き方改革を目前として、この働き方改革に合わせりゃなかなか皆働けないというのはそうなんです、今現状でどうでしょう。このままの制度がずっと続いていきゃあ、その小児科の先生たちは大学病院なり病院に残ってくれるんでしょうか。

今、我々病院のほうとして思うのは、どちらかというとその病院に残らないで、診療所に行くとか自分で開業するという方向に流れているというような印象はあるんですけど

れども、働き方改革が来たらそれはもうそういう脆弱な状態でどんと来たらもうアウトだみたいな感じが想像できるんですが、今現在は均衡状態、うまくいっている。

○岡会長 数字としてはちょっと持っていないし、余り私の立場でそういうことを言うべきではないんだと思いますけれども、恐らく時間外をどういうふうに申告しているかというのが世代によって随分違うというのが現状です。大学病院とか小児病院も、よそもそうみたいですが、労働基準監督署が入って若い人を早く帰そうというふうになっています。その分が管理職にかなり移っているというのは、いろいろわさで聞く限りではそうですし、私どもの施設でもやっぱり上の人間、上の人間に負担がかかるシステムに今なってきてしまっていると思います。ですけど、そういう人たちは苦にせずやっているというのが実情です。

○猪口座長 そうですか。現状の中ではそれほど働いている職場に関してはそれほど長いというような印象でよろしいんですかね。

○岡会長 ただ、それは時間を超えていたら、時間を超えた本当に例えばそれをタイムカードみたいに厳密にとられたら、多分超えているという判断になって、一遍にアウトになる可能性が高いということです。

○猪口座長 ありがとうございます。

○岡会長 ちょっとこのあたりは議事録からちょっと削除してください。

○猪口座長 よろしくお願いします。

事務局のほうからは、今のお話を受けての何かコメントはありますか。特になければ先に進めますけど。よろしいですか。

では、どうもありがとうございました。

続いて、医師偏在指標の二次医療圏ごとの確定値が、厚労省から内示されたもの、公表前であるためにこの資料については机上配付のみで後ほど回収させていただきます。

では、この数字に関して、ご説明をよろしくお願いします。

○高橋医療人材課長 今、ご説明にありました、机上の取り扱い注意というものをごらんください。

医師偏在指標でございますが、今月、厚生労働省から内示がございまして、これが確定値になる予定でございます。現在、国から掲示されている確定値につきましては、都内二次医療圏の医師偏在指標のみで、ほかに産科と小児科の偏在指標もございまして、こちらにつきましてはまだ示されてございません。

ちなみに、こちらの二次医療圏偏在指標というのは、人口10万人に対する医師数で、産科のほうは分娩1,000件当たりの医師数、小児科のほうは年少人口10万人当たりの医師数と、そういう違いがございます。

それで、この東京都としての確定値、332.8というふうになってございますが、暫定値と同様、全国トップの数字というところでございます。また、二次医療圏別につきましては、暫定値のときと変わってございまして、区中央部を初め8圏域が医師多

数、また区東北部と北多摩北部の2圏域が上位でも下位でもない地域、西多摩、南多摩、当初の3地域が下位、33.3%ということで医師少数区域となるという予定になってございます。

全国で二次医療圏が335ございますので、3分の1で区切りますと医師少数区域224番目以降の圏域さんは自動的に割り当てられるというだけのことということでございますので、例えば南多摩におきましては周囲との境目に近く、暫定値で249位だったのが240位ということになっているというような状況でございますので、必ずしもその少数区域かどうかの区別というところがそれほど確たる理由ではないというところはあるかなというふうには思っております。

また、今回、特に区中央部が500だったのが789と数字が大変はね上がってございます。簡単に言いますと、医師偏在指標の流出入調査でございますが、流出入調査で入院と無床診療所と両方の流出入調整をしておりますけれども、正式に計算する前は傾向を見るために、昼夜間人口で、比率で代替しております、最終的にはきちんとした計算をしたんですけれども、その前は人口を昼夜間人口で補正した場合というのは大都市圏ほど流入人口が多いので、割りかえすと分母のほうが大きく出るということで、結果、指標が小さく抑えられていたということだというふうに聞いてございます。

また、医師偏在指標の公表ですけれども、近々11月中にも行われるというところでございます。

簡単ですけれども、説明は以上になります。

○猪口座長 ありがとうございます。

東京はここで第1位だったんですね。都全体としてはね。その第1位の東京の中で二次医療圏ごとに多少濃淡があるということが示されております。何かご意見ございませんでしょうか。

これは今まで見ていた数字とそんなに変わりはないというところで、これに対する意見はよろしいですかね。ありますか。よろしいですか。

これを、この傾向をもともと踏まえた上でずっと議論しているわけで、引き続き、ではこの説明は終わりということで、机上配付資料はここで事務局が回収するそうですので、よろしくをお願いします。

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ます。これまでの合同部会やPTでのご意見を踏まえて、外来医療計画・医師確保計画との内部についての第2部についての素案をまとめているとのこと。順番に説明を受けて、それぞれ個別に意見交換を行いたいと思います。

まず、外来医療計画の第2部について、事務局から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。

資料につきましては、資料6をごらんください。

タイトルが東京の将来の医療、グランドデザインに基づく外来医療の方向性（素案）

と書いたものでございます。この間、先生方には複数回のPT等々で、さまざまご意見をいただきましたものを、前回のPTまでは骨格的なものでお示しをさせていただいておりました。それを事務局のほうで課題とそれに向けて何が必要なのか、そしてそれに対してどういう取り組みが必要なのかという形で全て整理をさせていただきまして、かつこれまでのご説明どおり、地域医療構想に基づく東京の医療の方向性の基本目標の四つの柱ごとに分類して記載したものでございます。

資料6が外来、資料7が医師確保となっております、つくりは同じものでございます。

それでは、ちょっと一つずつ読み上げますと時間がありませんので、ポイントを絞ってご説明させていただきます。

資料6、1ページ目が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ございます。こちらでは、主に病院の外来機能というところに観点を当てまして、必要性ですとか取り組みを記載してございます。

課題1が特定機能病院につきまして書かせていただいております。特定機能病院は、やはり一般の診療所では診断や管理が難しい希少がんや難病などに対する外来医療機能を高めていこうということを記載させていただいております。

課題2のところでは、拠点病院ということで、地域の中核となる病院の機能を生かした医療連携の推進というところで書かせていただいております。特にがん医療、救命救急、小児周産期、災害、その他専門的な外来医療の提供について書かせていただいております。

課題3のところは、これはいろいろなご意見があったところなんですけども、適切な受療行動を促す情報提供というところで、拠点病院や特定機能病院側からも外来のかかり方について普及啓発をしていただくということで、ただここでは取り組みの一番上に東京都の役割として書かせていただいております。東京都はリーフレットやホームページ等を活用して情報提供していくということをまず書かせていただいて、それに基づいて特定機能病院や拠点病院も普及啓発をしていただきたいということを書かせていただいております。

ページをめくっていただきまして、2ページ目がII、東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築のところでございます。こちらでは医療連携をという観点から外来医療の取り組みを書かせていただいております。

まず一番最初にありましたのは、ICTを活用した連携というところでございまして、これまでの東京総合医療ネットワークによる電子カルテの相互参照ですとか、そういうことを活用しながらICTを活用した医療連携を今後も進めていくということをまず第一に書かせていただいております。

課題の2番目には総合診療機能の充実というところで、幅広く複数の疾患を抱えた患者さんを地域で診ていただけるような機能を高めていくべきであるということを書かせ

ていただいています。

課題3が病病連携、1ページ進んでいただきまして、3ページの課題4が病診連携について方向性を書かせていただいております。

課題5は救急医療でございまして、こちらは従前より我々も取り組んでおります三次、二次初期救急医療の役割分担ですとか病院と診療所が協力しながら地域の救急医療体制を構築する取り組みというのをまず第一に書かせていただきながら、お話もありましたが、#7119ですとか#8000番、こちらの周知もさらに進めていきたいというふうに考えておりまして、特に最後に都民の取り組みといたしまして、都民は症状に応じて適切な救急医療の受療行動を理解し、行動するというのもあえて入れさせていただいております。

課題6は災害医療の充実ということでございまして。

1ページ進んでいただきまして、4ページには課題7、外国人患者への医療提供体制というところで、さまざまなご案内ですとか取り組みを書かせていただいております。

1ページ進んでいただきまして、5ページ、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、こちらはより地域に密着した外来医療、また在宅を含む医療につきまして書かせていただいております。

課題の1番目のこちらにも、まず最初にICTを活用した連携というのを第一に書かせていただいております。先ほど来出ておりますが、他職種連携ポータルサイトの活用ですとか、医療機関、介護関係者、東京都医師会、東京都の協働のもとに医療・介護連携を充実していくというふうな方向性も書かせていただいております。

課題2は予防・健康づくりでございまして。かかりつけ医機能を担うドクターにつきましては、各学校医、予防接種や産業医等々の日常的な診療を通じて、地域の住民や就労者の健康づくりや疾病予防等を支援していくことを目指すということ掲げさせていただいております。

課題3が今のところでちょっとちらほら出てきましたけども、ちょっと重複する表現もありますけれども、大事だと思っておりますのであえて重複をさせておりますが、都民への普及啓発というところでございます。一番最初には、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持つことの重要性について、都民への啓発を推進していこうというところ。

また、一番最後のところには、再び#7119や#8000番の普及啓発についても東京都の役割として書かせていただいております。

1ページ進んでいただきまして、次がかかりつけ医機能の充実というところでございます。こちらは休日夜間等においてもオンコール対応などによって救急病院等に患者が集中しないような仕組みというのをつくっていきたいということの方向性を書かせていただいております。

課題5、課題6につきましては在宅の関係でございまして、在宅医療の充実から他職

種連携についても課題6にわたって書かせていただいております。

1ページめくっていただきまして、最後、地域包括ケアシステムの最後のみとりまでの支援というところをごさいますて、人生会議のこと、それをきちんと都民が、まずは知っていただくということをまず第一に書かせていただいております。

8ページに進んでいただきまして、IV、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成のところをごさいますて、こちらの外来医療計画につきましては、人材医療確保と重なる部分がございますので、三つに絞って書かせていただいております。

課題1、課題2、課題3と言いはあれですけど上手から地域までというふうな分類で、高度医療を担う人材から課題3の在宅療養を支える人材の確保・育成までをそれぞれの観点から書かせていただいております。

最後、9ページでございますが、ちょっとこれ、医師確保計画はなくて外来医療計画だけの部分なんですけども、次期計画に向けた課題ということで、あえて特に継続して検討ということで、これだけが継続して検討ではなくて、特にということで出したものでございます。

課題1が区市町村単位の外来医療機能の現状把握ということで、二次保健医療圏単位での検討だとやっぱり外来はちょっと広過ぎるという意見がたくさん、PTでもいただいておりますので、今後やはり区市町村内での現状把握が必要だろうということで、今後の検討課題としてあえて特出しで書かせていただいております。

また、2点目は、診療科別の外来医療機能の現状把握ということで、外来医療計画は今回診療科別のデータ等々、かなり不十分な形でございますので、今後の課題といたしまして、やはり診療科別の病院診療所の診療内容ですとか規模等について、きちっと把握して対策をとっていく必要があるということを書かせていただいております。

大変駆け足ではございましたけども、外来医療については以上でございます。

○猪口座長 外来医療計画の第2部に関して、説明をいただきました。駆け足で非常に大変だったと思いますけれども、何か質問、それからご意見がございましたら、どうぞ。

これ、多分意見聞くと、医師確保計画にまたがるような意見も相当出ますけれども、この段階で、まずこの話を聞くでいいですね。では、どうぞ、外来医療計画第2部について、ご意見ください。上田委員、どうぞ。

○上田委員 とりあえず、確認として、特定機能病院等という中に公的病院も入っているという考えでよろしいんですかね。

○千葉計画推進担当課長 お答えいたします。

特定機能病院、公的病院のイメージは、このIですと課題2の拠点病院というところに含まれるようなイメージを我々は持っております。

○上田委員 そうすると、それはそれで、僕としては拠点病院というのと特定機能病院等というのがどう違うのかというところがよくわからなくて質問したんですけれども、そうすると3番目の適切な受療行動を促す情報提供のところには、特定機能病院等の医療

機能と書いてありますけども、じゃあ災害医療とかそういうことに関して、適切なリーフレットとかを配らなくていいのかなというところ、そこがちょっとよくわからなかったので聞いたんですけども。

○千葉計画推進担当課長 そうですね。確かに先生のおっしゃるとおりだと思います。私どものイメージとしては、特定機能病院等というのはやっぱり大学病院さんですとかナショナルセンターでございまして、拠点病院というのはいわゆる公立病院とか公的病院とか、いわゆる大規模な大学病院さん以外の大規模な病院というイメージを持っていますので、確かに表現としては課題3の特定機能病院等ではなくて、拠点病院等のほうがふさわしいかもしれないですね。

○猪口座長 特定機能病院及び拠点病院等にしておけばどうでしょう。これは1も2もその線をはっきり引けるものでもないんだろーと思いますけれども、まあご意見としてよろしくをお願いします。

次、ほかにございませんか。

はい。どうぞ。アドバイザーの佐藤先生。

○佐藤教授 アドバイザーなんですけども、私は行政事業レビューとか政策評価検証をやっているものですから、いつもこういう言葉を見ると気になるんですが、取り組みとかっていうの、これ取り組みというよりは目標ですよ。連携を強化するとか啓蒙活動を普及するという。むしろ目標ですよ。

だから、具体的にどういう事務事業がこれに対応する形で取り組みになるのかということ。これが明記されないと目的と手段の関係が明らかじゃないということと、それからいつまでやるのかという、まあ別に1年ごとに計画を立てろとは言いませんけど、長期的、すぐできることは何で、中長期的にかかることはどれで、つまりその中長期的な多分連携を進めるに当たっても、どういう条件をクリアして連携を進めるのかとか、そういう何か流れというか工程表は見えないと、ちょっと具体化しにくいかなとは思いますが。

○猪口座長 どうぞ。事務局から。

○矢澤医療政策部長 ご意見ありがとうございます。

取り組みって書いてあるところは、これほとんどは取り組みの方向性というイメージで書いています。先生がおっしゃるとおり目標かもしれません。事業計画の色は余り強く出したくなかったものですから、そのことを踏まえて、保健医療計画の次期改定時期までの間にできることからやっていくということです。

ですので、何年までにどれをどこまでやるというところまでの事業計画ではないかなというふうに考えております。

○猪口座長 医療計画をつくっているところにいろいろ参加してたりなんかする立場からすると、東京都の医療計画ってこういう感じですよ。その後、この方向性、ベクトルに合わせて何か細かい計画が出てくると。事業内容が後で公表されるとか、そういうよ

うなところなので、おっしゃるとおり、佐藤先生のおっしゃるとおりで、その辺の違和感がありつつも進んでいっているのがいつもの東京都の計画かなと思うんですけど。

○佐藤教授 すみません、私、東京都の顧問をやっていたので、あのときもそう思ったんですけど、東京都って政策体系がないんですね、だから。これが施策なんですよ、一個一個。取り組みって書いていますけど、これ施策なので、その施策の下には必ず事務事業というそういう具体的な手段があるはず。ほかの自治体を見てもらうと必ず彼らはそういう三角形のものをつくっているんですよ。政策体系というのを。だからこそ、この取り組みのためには具体的にこの事業にお金を充てて、人を充てて、こう進めていけばいいという関係性が見えるんですけど、どうも何かそのあたりが。これは実は医療に限らないんですが、東京都全般的にですね。何かそういう政策体系が見えないなというのは昔から思っているところです。

○矢澤医療政策部長 おっしゃるとおりなんですけど、そうすると、予算のついている事業しか計画に書けなくなるんですね。私どもはそこを避けています。これから、このことで都として予算をとって事業を膨らませていくというものにしたいので、先生のおっしゃることもわかりますが、私どもの立場もおわかりください。

○猪口座長 委員の先生方、それからアドバイザーの方、どうぞアドバイザーの方たちも発言をよろしくお願ひします。いつも我々のほうだけで発言するより、専門の方たちのご意見を求めておりますので。それで、委員の先生方、よろしいですよ。

じゃあ、田村委員、どうぞ。

○田村委員 今の議論の方向性について、格別、大きな異議はないわけですが、問題は、どういう人を対象にこういう施策をやっていくのかということ。具体的に言えば、これから開業していく人たちに行動変容を促すというものの中で、こういった施策に協力してもらおうということなのか、それとも今、既に開業医として外来機能を果たしている人たちにどういうふうに働きかけていくのかということ、この両面があるんでしょうけれども、これも、やはり、かなり戦略的に具体的に考えていけない部分じゃないかなという気がするんです。

なぜ、そう言いますかといいますと、例えば、私、南多摩二次医療圏の者で、この表でいいますと全国で医師少数地域、300区分になると。だから、非常に足りない、医者が足りない、もっと開業医が来てほしいというふうな外見になっているようですが、実際はそういうわけでもない。むしろ在宅診療をする医者がかなり多くて、ある意味、ちょっと過当競争のような形になっているところもあるんです。つまり、問題は、そこにいる医者マンパワー、頭数というよりも、そういう人たちが本当に期待される行動をとってくれば、この人数で十分、この目標を実現できる、そこのところがとても大事なことなんじゃないかなというふうに思うわけですね。

その話がないわけじゃないと思うんですけど、実際に、どういう形で、どういった部門にマンパワーを集中させていきたいのか、あるいは、どういう部門については、もうそ

れほど必要ではないのか。新しく開業しようとしている先生方にいろいろな情報提供をして行動変容を促すという話なんですけれども、それについても、もうちょっと戦略的に深めて、かつ、何度も私は言っていますけれども、開業準備が万端整って開業申請を保健所に持っていく段階じゃなくて、もっと早いところでいろいろな意味で、既存の開業医を含めて、いろいろな情報提供をしていかななくてはいけないんじゃないかと思えます。

○猪口座長 今のに対して、何か事務局からお話はありますか。

○千葉計画推進担当課長 田村先生のおっしゃるとおりだと思います。我々としても、目的としては国が目指すところの医師の行動変容ですとか、そういうことも、もちろん含めまして、東京都の外来医療というのはこうあるべきだということを打ち出すためのガイドをつくらせていただいております。

ただ、現状では、やはりいろいろな面で、例えばデータですとか、例えば現状把握もまだまだ不十分だと思っておりますので、こういった方向性を出すことによって、今後、例えば何らかの調査をするですとか、さらに、例えば地域のご意見をもっと伺う時間を設けたりですとかして、それから、例えば、何か「戦略」という言葉がふさわしいかどうかかわからないんですけれども、というのを、きちんとそういうのを踏まえた上でやっていくのがいいのかなと思っておりますので、現状では、それに向けた方向性は書かせていただいているというところでございます。ただ、目指すところは先生のおっしゃるとおりだと思います。

○猪口座長 ほかに、どうでしょう。

進藤委員、どうぞ。

○進藤委員 大久野病院の進藤です。

外来医療で、今後は高齢化社会ですので、皆さん、外来に出て来れなくなるということで、在宅医療を支える意味でもICTの活用で、遠隔診療というものの普及促進というのが何か見当たらないように思うんですが、それは入れなくてもいいんでしょうか。

○猪口座長 どうでしょう。

○千葉計画推進担当課長 我々も、内部では話題にはなっております。ただ、すみません、きょうの資料では記載がないので、どの辺がいいですかね。ちょっと、どこかに入れたいと思います。

○猪口座長 ありがとうございます。

ほかに。じゃあ、佐々木委員、どうぞ。

○佐々木委員 地域医療構想調整会議の区部代表で出させていただいております、佐々木と申します。

私、区中央部の座長をしているんですけれども、区中央部、先ほどの資料にあったように、全国で断トツの医師多数地域ということになっています。ただ、区中央部においても、じゃあ、肌感覚というのか、今回、調整会議でよく話しているんですけど、肌感

覚で言って、本当に充足しているのかというと、決してそういう感じは持っていないです。

特に、今回は主に診療所の話をしていきますけれども、区中央部には多くの特定機能病院とか、それから中小病院が多い。病院の先生方は、やはり、かなり足りない、足りないというふうに感じていらっしゃる。じゃあ、地域の医師会やなんかは十分充足していると感じているかということ、決してそうでもないので、肌感覚で言うと、もう病院も足りないし診療所側も足りないと。じゃあ、それをどうしていけばいいのかといたら、やはり先ほどから話があるように、ちゃんと求められる機能を果たしているかどうか。果たすためには、やはり機能的なものとか質的なものとか時間的な偏在の対策を考えていかなければいけないのではないのかなというものが一つです。

それから、第二部の体制の中に、例えば高度な外来医療機能の充実だとか、それから総合診療機能の充実だとか救急医療の充実、充実をすることは確かに大事ですけども、その充実をするために必要なものは何なのか。その人材とか、それに対する資金とか、それをどういうふうにしていくのかということも考えていかなければいけないのかなと思います。

それから、ちょっと取りとめもないことですがすみませんけれども、あと、この中に高度な外来医療機能とか、それから総合診療とかという話があるんですけども、あと、もう一つは、地域医療構想調整会議で出てくるのは、専門医のあり方というものが出てきております。病院から逆紹介をするときに、地域に必要なのは総合診療医なのか、それとも循環器専門医とか呼吸器専門医みたいな特定の疾患に強い先生方が必要なのかということも出ています。それから、特に足りないのが、例えば眼科とか泌尿器科の初期救急とか休日・夜間とかです。そういうところも必要だということもありますので、高度な医療と、それから総合診療という、その間の、また専門的な医療というような観点も、今後、チャンスがあれば入れていただきたいと思います。

以上です。

○猪口座長 コメントはよろしいでしょうか。

多分、委員の中には、次の医師偏在、医師確保計画と絡んだような意見が多いんじゃないかなと思いますので、次の確保計画の二部の説明をここで受けてしまってよろしいでしょうか。お願いいたします。

○高橋医療人材課長 医師確保計画について説明いたします。

まず、構成につきましては、外来医療計画と同様となっておりますので、説明は省略したいと思います。

1番の高度医療・先進的な医療提供体制のところでございますけれども、都といたしましては、高度医療・先進的な医療提供体制を確保するため、また、病院で働く医師の疲弊を防ぐという観点から、結果的に質の高い医療を提供したいというところで、臨床研修医、また専攻医の確保として、おめくりいただきまして、高度な技能を有する医師、

医療人材のキャリアアップ支援と、Ⅰの中ではこの4点について盛り込んでいるところ  
でございます。

まず、臨床研修医のところにおきましては、来年度から都道府県に臨床研修医病院の  
指定ですとか研修医の募集定員設定が権限移譲されるということになってございまして、  
そのための取り組み等。あと、働き方改革に絡めまして、2024年から、先ほど来言  
っております時間外労働規制、法規制がなされるということで、東京都は基準を超えて  
もという医療機関に対しまして認定をしなくてはいけないというところから、医療機関  
としては医師の労働時間の短縮計画を策定しなくてはなりませんし、東京都としては、  
そのように勤務環境改善に取り組む医療機関について支援をしていくということになっ  
てございます。その取り組みについて、一つ一つの項目に必要なところには盛り込ん  
でいるところでございます。

専攻医のほうですけれども、今後見込まれる医療需要の増加への対応ということで、  
今、アドバイザーの先生の方々に東京の医療の現状ですとか医師の状況がわかるデー  
タの作成を依頼しているところでございまして、これを可視化して医療ニーズの増加を示  
していきたいというふうに思っておるところでございます。専攻医の診療に対します  
国・都への要望、また二つ目のポツにつきましては、働き方改革の取り組みと臨床研修  
のほうと重複しますけれども書いているところでございます。

おめくりいただきまして、高度な技能を有する医師の育成。これ、まさしく働き方改  
革の会議で出てきているものでございまして、特例的に時間外労働の条件規制が緩和さ  
れる基準につきましては、地域医療提供体制の確保のためというのもあるんですけれど  
も、高度な技能を有する医師を育成するためというのもございまして、C-2という基  
準があるんですけれども、そちらに向けて認定していくために、医療機関としては育成  
に必要な教育研修環境の整備や機能の充実を図ることが必要となっているという  
ところをきちんと書いていこうということで記載しております。

また、4番目の医療人材のキャリアアップ支援でございますが、質の高い医師・看護  
師等の確保ということで、医師のみならず医療人材全体の底上げが必要という観点から  
書いているところでございます。

おめくりいただきまして、Ⅱでございます。こちら、五つ課題がございまして、救急  
医療、小児医療、おめくりいただいて周産期、僻地、災害医療と、5点、ポイントがご  
ざいます。

まず、救急医療のところにおきましては、いつでも、どこでも、誰でもというところ  
で、取り組みの1番目でございますが、各機関はみずからの役割を明確にし、相互に補  
完・連携しながら、都の特性に応じた救急医療体制を検討というところと、あと、記載  
は勤務環境の改善ですとか地域枠、また初期救急医療体制の整備等を書いているところ  
でございます。

小児医療につきましては、症状に応じた適切な医療を受けられるようというところで、

やはり1番目は役割分担の明確化と都の特性に応じた地域の小児救急医療体制を検討と都の役割を書いてございます。また、以下の項目については、救急と同じようにつくっております。また、最後のところで、医療的ケア児への在宅医療を担う医師を確保・育成ということで書いているところでございます。

おめくりいただきまして、4ページ目でございます。周産期のほうでは、安心して子供を産み育てることができる環境づくりの推進ということで、やはり医療機関の役割分担ですとか、それに基づく相互の連携体制の強化・推進ということを初めとした取り組みについて書いているところでございます。

へき地医療につきましては、へき地に勤務する医師の診療活動の支援等の充実ということで、へき地町村自体が必要な医師確保に努めるということを書いているということと、あと、最後のところで、東京都はICT、5Gなどを活用し、遠隔診療への応用等についても検討していくというところを書き込んでいるところでございます。

次に、ページをおめくりいただきまして、災害医療でございます。多様化する災害への対応というところでは、東京都は適切なトリアージへの研修の実施ですとか災害医療コーディネーター等の確保、また、都市型災害においても医療活動を行うための東京DMAT隊員の継続的な養成・活用などについて書いているところでございます。

おめくりいただきまして、Ⅲのところでは、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実でございますが、こちらも外来医療と同様、まずは、かかりつけ医の確保・育成ということで、このような支援が必要だということを書き込んでございます。

また、総合診療医の確保につきましても、複数の疾患を抱えながら地域で生活する患者のニーズへの対応ということで、記載のような取り組み、特に、地域での診療機関、地域で生活する患者の医療ニーズに合わせた外来医療機能の充実とともに、基幹施設における総合診療専門医の育成と、分けて書いているところでございます。

おめくりいただきまして、7ページ目に行きます。公衆衛生医師（行政医）の確保というところで、健康づくりの推進に加えまして、包括ケアシステムの推進ですとか健康危機管理への取り組みを推進するということでは、まずは行政医としての公衆衛生医師について東京都がPR活動を展開したいと、サポート体制について充実していきたいというところでございます。

一方で、地域での生涯にわたる健康づくりや疾病予防のための地域で健康づくりを支える医師の育成に関しましては、かかりつけ医の見直しにつきまして、学校保健であるとか産業保健等の公衆衛生に係る活動も実施していただきたいということで書いているところでございます。区市町村、東京都は、そのようなかかりつけ医を支援していくということでございます。

5番目、東京都での特別な方向でございますけれども、検案・解剖医の確保・育成というところで、東京都は監察医務院の重要な役割の一つとして検案・解剖医を位置づけてまして、充実を図っていきたいというところを書いているところでございます。

続きまして、最後はIVで医師確保計画の中の人材の確保・育成というところですが、改めて、ここに働き方改革への対応を盛り込んでいるところですが、先ほど来、岡先生の説明の中では960時間超えというのもやむなしというようなご意見があったんですけども、東京都といたしましては、これが法規制であるということと、31年3月の国の働き方改革の検討会では、我が国の医療は医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられていて、危機的な状況にあるという現状認識を共有することが必要と、まずそこから始めるべきだというのがございます。

私は事務職でございますけれども、960時間というのは、80時間を月にやって、それを12時間続ける。80時間というのは過労死ラインと言われておりますけれども、それを続けて、なお、そのぐらいでいいということというのは、なかなか、そういうのではこれから立ち行かなくなるのではないかなという前提です。東京の医療提供体制との兼ね合いを見計らってという話だとは思いますが、そこにつきましては、きちんと東京都としては法規制に基づく医療機関への支援ということで、きちんと取り組んでいきたいというふうに考えているところでございます。

また、都民への普及啓発につきましては、外来と同じような内容ですので割愛させていただきたいと思っております。

最後、おめくりいただきまして、9ページでございますが、東京の特性に応じた医師確保策の検討というところで、医師偏在指標に加えというところで、先ほど来、ご意見が出ているように、トップだからといって決して多いわけじゃないと。不足感がある中で、きちんと東京の医療提供体制を確保していくための医師確保策を多角的な観点から検討していくんだという意気込みのようなものを書いてございまして、取り組みといたしましては、都が地域医療支援センター、これ平成25年度に設置したものでございまして、地域医療支援センターが医療機関における医師確保支援ですとかキャリア技術的支援、また医師確保の実態把握など、都の特徴を踏まえた医師確保策を推進していきたいということと、また、従前よりやっております地域枠、地域支援の付帯事業等につきまして、効果的な事業展開について、今後、地対協のほうで検討していきたいと、引き続き検討していくということについて記載しているところでございます。

簡単ですが、説明は以上です。

○猪口座長 医師確保計画、第二部に関してのご説明がございました。

何かご質問、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○川口委員 公立昭和病院の川口といいます。

僕、随分前から同じようなことを言っているんですけども、総合診療医の確保・育成、これは大事だとは思いますが、現状、まだないのに言っても、まだ先10年ぐらいかかっちゃうと思うんですね。本当の意味で頼りになるのが出てくるのは。それでも、やはり日医が提唱しているかかりつけ医の増強だとか、もう既に開業されている先生方に、こういった総合診療的な部分をもうちょっと今まで以上に担っていただ

けるような形で誘導するとかというの必要なんじゃないかなと思います。総合診療科ができたから、総合診療医が育成できれば、それで問題が解決するということじゃなくて、今、既にある方々にそれを担っていただかないと、もう立ち行かないのではないかなというふうに感じているのですが、いかがでしょうか。

○猪口座長 返答は難しいでしょうが、何か、それについては考慮しているというようなことが、どこかにあらわれていますか。

○高橋医療人材課長 一度、先生方のご意見をお伺いさせていただきたいんですけども、いかがでしょうか。

○猪口座長 では、先生としては、かかりつけ医の表現を、具体例を挙げて、当面ということですかね。

○川口委員 いずれの時代かに総合診療科の先生がそういった形をやられるようになるのかもしれませんが、現状、向こう10年ぐらいのことを考えると、今いるかかりつけ医の先生たちにブラッシュアップしてもらって担っていただくしか手がないんじゃないかなと僕は思うんですけど。せつかく日医がそれだけ一生懸命やってきているので、それを活用しない手はないかと。

○猪口座長 ぜひ、参考に考えていただければと思います。

ほかに、いかがでしょうか。はい、どうぞ。

○角田委員 確かに、それ、先生がご指摘のように、かかりつけ医という、今の9分の6ページなんかでいいますと、かかりつけ医の確保・育成と、その同じような並列で総合診療医の確保・育成。ところが、この二つはダブっているところが相当あって。ご指摘のように、総合診療医はまだいませんが、ほとんど機能がダブっているようなところがあるんですよね、本当に。ですから、これの章立てを分けると確かに別々のものみたいに感じるころがあるから、ちょっと、この辺の言葉の意味も含めて考えたほうがよろしいかもしれませんね。

○猪口座長 宮崎委員、どうぞ。

○宮崎委員 宮崎です。

私、今、当院の総合診療医あるいは専攻医は、来年度に日本で2番目に来ているぐらいに一応、確保できている、目指している人間が確保できているところで、総合診療医は先ほどからちょっと雑な定義だなというふうに。でも、皆さんもなかなか定義づけが難しいのかなということで、ちょっと見ていたんですけど。

一つは、何を言いたいかというのと、かかりつけ医と総合診療医の曖昧さの部分でいうと、実は、病院総合診療医というふうな、その定義づけというか、それが非常に重要な役割を果たしている。特に、認知症在宅とかの救急を受け入れたときに、複数科の診療科にわたるような疾患の方が結構多いのは事実で、実際、専門家しかいないところでは、内科の例えば循環器、呼吸器、消化器。次は呼吸器であるとか、順番で受け持ったりとか、実際にしているところが多いらしいんですけど、当院は総合診療医がおりますの

で、病院総合診療医ということで全てを診て、それで専門診療科がいるというので。

そういう恐らく理想的な形をとっているというふうに自負がございますので、そういった立場で言わせていただくと、病院総合診療医はちょっと別なんじゃないかなというふうに思うので、もし、先ほどのちょっと曖昧な部分ということであれば、何が必要かということがうまくマッチしているかどうかはわからないんですけど、病院総合診療医というのを一言入れていただくと私としてはうれしいなと思います。いかがでしょうか。

○猪口座長 これも、ご検討いただいとということでもよろしいですか。

○矢澤医療政策部長 ここ、すごい何回も何回も職員と議論して。かかりつけ医機能とか総合診療医の機能というものと、それから、それが例えばかかりつけ医が何人か集まって総合診療をしている場合もあるでしょうし、先生のおっしゃるとおり病院でいろいろな診療科の先生が合わさって総合診療をしているというのものもあるだろうし、そもそも書き分けようとしたところに無理があったのかもしれないんですが。何とか、かかりつけ医という言葉とその機能というところを表現したかったので、何かいい方法をご提案いただけるとありがたい。

それから、総合診療医が10年たとうが20年たとうがないというよりは、私どもは1年に1人でも育成していくというほうを優先したいというふうに思っております。

○猪口座長 今の機能の話をして、やはり病院の総合診療機能と外来の総合診療機能はちょっと違う感覚なので、機能の話にしても、その部分の書き込みはあってもいいかもしれませんね。それは、うまく書き込めるんだったら、ほかの書き方で書けるんだたら、どうぞという感じなんですけれども。宮崎委員の言っているのは、ちょっと、ここに書かれているものとは違うという印象を受けます。

ほかにいかがでしょうか。田村委員、どうぞ。

○田村委員 ちょっと2点。総合診療医ということですが、開業医がかかりつけ医として総合診療医的な仕事をするということが現実には起こっているわけですし、かかりつけ医、今の開業のかかりつけ医は、特に総合診療医としての専門的なトレーニングを受けているわけでは全然なくて、やはり何らかの専門医としてやってきて、そして、あとは開業した後に自分の努力でいろいろな。それこそ今は初期研修でいろいろな科を診ていますから、そういったことを思い出しながら、あるいは学校医をやったり、そうしてやっているわけですので、専門家として養成しなければでき上がらないというものではないと思いますし、そういう形で、でき上がった総合診療医が開業したときに理想的なかかりつけ医として機能するかというと、甚だ疑問なところがあります。

その話はちょっとあれですけども、今、話のきょうの前段で、岡先生が小児科の専門医が非常に要請もできなくて危機的な状況になるという現状のお話を聞きました。前回は、周産期を担う産婦人科でもそういう問題が起きて、それぞれの個々の病院でも、消化器の医者がいなくなって消化器科が閉鎖されたとか、基幹病院で、ですよ。そういう話がある中で、開業している私たちとしても、その辺の限られた医者という人材がど

ういう形で適正に配分されていかないと、この地域が回らないのかということについて、やはり一緒に考えなくてはいけないというふうに私は思っております。

ですから、開業する医者が、もうそういうことを全く考えない、自分のエゴだけで開業しているかということ、別にそういうわけでもなくて、やはりきちんと情報があれば、どういうふうに行動しないといけないのかなということを考えるわけですがけれども、開業する場合にしても開業してからにしても、そういった情報がなくて、本当に、この会議の中でだけそういう深刻な話が聞けるという、そういうことに一つ問題があるんじゃないかと思うわけです。

ですから、開業するんだったら、それなりに覚悟が要る。そして、こういう機能を果たさなければいけない。そして、一方で、やはり病院機能が侵されていっては開業医も仕事ができなくなるわけですから、そういったことについて全体的にやらないといけない。これは先ほどのお話と同じですがけれども、そういう観点がやはり必要なんじゃないかなというふうに思います。

○猪口座長 事務局、何かお返事はありますか。ない。

今のお話は、多分、先ほどの外来医療計画のほうの行動変容のところと共通している話題なんだろうとは思いますが。

どうぞ。山内先生、どうぞ。

○山内特任教授 アドバイザーの山内といいます。

今の話、すごく、どこの地域医療調整会議でもなかなか頻繁に出てくる話として、地域医療活動みたいなことをどうするんだというところがよく出てくるんですけど、先生の今のお話からいうと、例えば、外来医療計画、医師確保計画の中で、今後、皆さんで計画をつくって議論をしていく、地域医療について議論していくという中で、さっきおっしゃった地域医療活動を実践していただくために、どのような話をして、例えば、どのようなデータとか、どのような材料があれば説得力を増すのかとか、そういうようなことって、もし何かお考えがあれば教えていただければと。

○猪口座長 田村委員、どうぞ。

○田村委員 具体的に手元にデータがあるわけではありませんが、実は、これ、東京都医師会の地域医療推進会議の中で、そういったものを集めようかという話もあるわけですがけれども。

例えば、夜間、休日の外来の初期対応の体制が非常に弱い。休日当番医もいない。そして、夜間のいろいろな電話対応をする力も弱い。これは、先ほど小児の夜間救急に無用の負担をかけているというのは、そういったことで解決できますし、その地域の中の学校医とか、そういったこともみんなやらなければいけないということ。そして、在宅診療についても、地域によってはかなりマンパワーのあるところと非常に薄いところというのがあって、この地域ではこの在宅診療、これだけニーズがあるので、ぜひ、そういったところに、満たしていただきたいところに情報提供する。

具体的には、これは非常に荒唐無稽と思われるかもしれませんが、開業している医師も、これから集団保健指導ということで一堂に会したような情報提供する場所がありますので、そういったところでそういったことをお話しするとかですね。あるいは、これから開業を考えているドクターに、実際に構想の段階でそういった情報提供をして考えてもらう。そして、そういったものに参加した人は開業するとき調整会議に呼ばれなくて済むとか。ちょっと話が大幅行き過ぎましたが、何らかのそういう誘導をして、ぜひ、そういう情報を持っていただく必要があるんじゃないかなと思います。

○猪口座長 山内先生、いいですか。

どうぞ、佐藤先生。

○佐藤教授 今の話は非常に重要で、先ほど、前のほうの議論で最後の9分の9、一番最後ですかね、診療科別の外来医療機能の現状把握とか、そういった議論がありますので、そういう現状把握をして、それをフィードバックさせていくという、そういうルートをつくっていくことかなというふうに思いました。

それから、先ほど「育成」とか「確保」という言葉が出ていますが、繰り返しますが、これは時間軸が必要で、確保は今いる人を使うわけですから、できるんです。育成には時間がかかるんです。なので、先ほどのかかりつけ医のお話と総合診療医のお話がありましたけど、恐らく、確保できるのがかかりつけ医で育成しなくてはいけないのが総合診療医、これはもう少し時間がかかると考える、そういうふうに時間間隔で少し濃淡を分けてもいいのかなと思いましたというのと。

それから、すみません、もう一つだけ。半分、情報提供になってしまうのかもしれないのですが、人材育成のところの9分の8の中に「タスク・シフト」という言葉が出てきますが、これがこれから重要になってくると思います。なぜかというと、規制改革推進会議のほうでもこれは重要イシューとして挙げています。なので、お医者さんと看護師の間での仕事の振り分け、それから、あと医療とは関係ない、例えば報告書の作成とかカルテの管理とか、こういった業務については、もっとアウトソーシングできるんじゃないかとか、このタスク・シフトのところは、もう少し掘り下げて議論してもいいのではないかと。もし、ボトルネックがあるなら、それを明らかにして、どうやって解決をしていくかというのも考えていくということがあっていいのかなと思いました。最後のところはコメントです。

○猪口座長 ありがとうございます。

ほかに、どうでしょうか。大川先生、どうぞ。

○大川委員 大川ですけれども、先ほどの総合診療医の議論の中で、やはり今の総合診療科としての専門家を育成するには、かなりの時間がかかるのは自明だと思うんですね。むしろ、やはり今、必要なのはかかりつけ医なので、先ほど田村先生がおっしゃったように、今、現状、既に開業されている先生方をどうやって総合診療医化するかということが僕はすごく重要なんだと思います。

そのためには、「確保」という言葉はすごく違和感があって。確保というのは、今、どこかに散らばっている人を持ってくるという話ですけど、そうではない。そもそも、いないわけだから。

そうではなくて、先ほど申し上げたように、今、開業している内科の先生、消化器内科の先生に循環器も診てもらえるようにするとか、あるいは小児の一次救急を診てもらえるようにするとかというような育成のほうの方が大事なんじゃないかと思います。それと、総合診療科で、これから本当の意味での全部診れる人とは別に分けていかないと、ちょっと、この辺が切り分けが曖昧かなというふうに思いました。

○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。

つなぎで私も話をさせていただいて。医師偏在計画、この偏在という話でいくと、国の出しているデータは。話しちゃだめですか。

○矢澤医療政策部長 いいです、いいです。医師偏在計画というのが、ちょっと違っていて。すみません。

○猪口座長 ごめんなさい。医師確保計画か。医師確保計画に関して言うと、偏在のいろいろな形を示しているというのは、ただ地域的な偏在を示しているだけですよね。現実的にあるのは、地域の問題だけでなく診療科の問題もあるし、そして医療機能として、だから、病院機能だとか外来機能としての偏在もあります。この国の出している二次医療圏の偏在を解消しようと思うと、やはり診療科の偏在だとか、それから機能の偏在をともに解消していかないと本当は直らないんじゃないかなと思うのですが、そこに踏み込んだ調査だとか、そんなものはないのか。

それから、そもそも地域の偏在だって、何で起きているのかということ、原因を捉えているのでしょうか。原因を捉えないで対症療法ばかりやっていると、直らないと思うんですよ。内在しているというか、同時に起きている診療科の偏在も、やはり原因をしっかりと調べてやらないと、なぜ、よく、いないと言われているのは、先ほど来の小児科の話もそうですし、救急の話もそうですし、産科の話もそうなんだろうと思うんですけども、何でそこにいないのでしょうか、減ってしまうのでしょうかというようなことだとか。

病院のほうにかねてから言われている、大学病院も今、人が足りないと言われているということと、病院はもう全然いないという話と、診療科によっては、先ほど佐々木先生も外来は足りないとおっしゃっているけれども、足りているというふうに言っている方も結構いる。そのところの原因は、どうしてなのでしょう。そこを捉えないで対症療法だけやっていると、非常に難しいかなと。

その、対症療法だと思わせるのが、先ほどのお話にあった確保計画、確保と育成、育成と確保と時間軸で、確保した後、ずっとそこにとどまらせておくというような発想がないんじゃないかなという気がするんです。そのキーワードとしては、やはり医者

も人間で、人生計画の中に動いているんですよね。何歳代はここにいて、何歳代はこうしたいとか。で、人生の締めくくりとしてはこういうふうにしたいという、医者的人生みたいなものに踏み込んだような入り方になっていないから。

それは、保健医療計画で言うと赤ちゃんからお年寄りまで、みとりまでなんて話で、ずっとフォローしている。保健医療計画だとずっとフォローするんだけど、医師の働き方に関してはフォローしていなくて、その場その場みたいな、時間軸よりも切っちゃったような話ばかりなので、そういうようなところをどう捉えて、どう表現するかというところが僕にはちょっと感じないんだけど。

育成と確保で、ぴしっとここまでいったら、ずっといてくれると思ったら大間違いで、ずっといてくれないんだよね。そこの流動性というものを加味したようにしないと、医師確保計画って、いつまでも確保するために。今、民間医療機関なり、どの病院もそうなんだけど、確保するためにお金ばかり使っちゃって、そして切りがないんですが。僕は、ちょっと、そういう視点を入れていただきたいなと思っているんですが。これも意見として、答えは出ないでしょうから、ぜひお願いしたいところであります。

こういったことに関して、ちょっとアドバイザーの先生方も何か意見があったら、どうぞ言っていただきたいと思います。

ほかに、いかがでしょうか。山内先生、どうぞ。

○山内特任教授 時間軸の話とはちょっと違うんですけど、よろしいでしょうか。

さっき言った原因という意味では、課題に書いてあることに対して、さらっと書いてある中で、例えば、どういうところが本当に課題で、その原因が何なのかというところが、必ずしも文章からは明らかでないというところが読んでいて思ったところがございます。そこは、読んでいてすぐわかる部分もあるとは思いますが、例えば、外来医療計画の中で適切な受療行動を促す情報提供とかあるのですが、適切でない受療行動がどのくらいあるのかというような話であったりとか、そういったところが、まだ。これからという話も課長のほうからありましたので、そういったところを今後、見ていく努力が必要なかもしれないなと思いつつ見ております。

特に、既存の事業があるという話がさっきありましたけど、例えば、連携を推進するような事業であったり情報提供を推進するようなツールであったりとかというのは、恐らく現在でも走っているものがあると思いますので、そういったところからいろいろな課題なり問題点なり、そこからまた解決していくような方策なりも今後、考えていくということが必要なかもしれないなと思いつつ聞いておりました。

以上です。

○猪口座長 ありがとうございます。

川原先生、よろしく申し上げます。

○河原教授 今、山内先生が課題のところの論点を述べましたが、取り組みも一緒と思うんですよね。これ、今回の議論で出てきた取り組みもあると思うんですが、多くは、ど

こかで見たことあるようなことだと思うんですね。要は、取り組みの中、今後やられると思いますが、うまくいっていないところ、何が原因でうまくいかないか。うまくいかなかったら、ずっとうまくいかなかったら、さっき医療情報の提供サービス「ひまわり」というのがありますけど、都民に対する認知度10数パーセントでずっと続いているわけで、幾ら都民に外来のかかり方とか認知するといっても、その媒体自体が機能していないわけです。だから、そういうところ、課題も取り組みも何が原因で推進できないとか課題が出てきているかとか、そういうところまで究明しないといけないと思うんですね。この場では無理と思いますが。

それと、取り組みの中でも、予算が最低のものの中でも、どぶに捨てているような予算がひょっとしたらあるかもわかりません。そうすれば、それは、もう一回見直して新しいものに振り向けるとか、新たなものに構築し直すとかということも必要だと思います。

○猪口座長 ありがとうございます。これも、事務局にお預けするという内容で。

ほかに、いかがでしょうか。大川委員、どうぞ。

○大川委員 大川ですけれども、先ほどちょっと申し上げたことで少し足りなかったなど思うのは、私、実は大学の医師会長として都医の情報何とか協議会に出させていただいていますと、正直言って、大学にずっといるときよりも、はるかに都医の医師会の先生方がいろいろな地域医療に対して取り組んでいらっしゃるというのに非常に感銘を受けている次第なんですね。

一方で、今の若い先生方、開業をこれからされる方は、恐らく、そこまでの知識がなかったり、そういうものとは別に、要するに、医師会自体に入らずに自分の専門を貫こうという人がたくさんいるはずなんです。さっき田村先生がおっしゃったように、その人たちをどうやって総合診療に向かせるかという方策が、さっきちょっと笑われたようなアイデアがあったようですけれども、その具体的な方策をどうやって持っていくかが大変だと思うんです。

医師会のほうで幾らいろいろな施策を打ち出して「一緒にやりましょう」と言っても、それにそっぽを向く連中がたくさんいるわけですよね、若い連中の中には、特に。その人たちが、今、これ非常に緩い外来医療計画といって、何となくここは開業しづらいですよという、すごく緩いと言ったらおかしいですけども施策を打って、うまく分布させようとしているのはわかるのですが、多分、それだけで全然足りないのではないかというのが私の認識です。それでないと、うまく地域医療というのが支え切れない。これから高齢者がふえていくに当たって、もっとうまくみんなが診ていただくような、もう少し具体的な方法論に入っていくとだめなんじゃないかなと思っています。

○猪口座長 ありがとうございます。医師会の価値を高めていただくような、認めていただくようなご発言で、本当にありがたいですけれども。

地域医療の推進役として、だから、地域医療構想調整会議のようなところの会議の話

でなくて、実務的に地域医療を進めていくのには、区市町村ごとの現場現場の医師会があって、そこと行政が何か一緒に仕事をしているというような話になると、開業する先生方も医師会の話は聞かざるを得ないというような感じになってくれればいいのかと思うんですけども。今までの健診とか予防接種の話ではなくて、地域医療を展開していく上で、きちんと相談しながら計画的にやっているんだよみたいな話になっていくといいのかなとは思いますが。

ほかに意見はございませんでしょうか。どうぞ。宮崎委員、どうぞ。

○宮崎委員 宮崎です。

全体的な印象、きょう、聞かせていただいて、非常に今までの意見をよく取り入れていただいたものだと私は思っております。

もう一つ、すみません。総合医に関して、もう一つだけ。先ほど大川先生からも田村先生からも、やはり総合診療医ということを一応キーワードとしてかなり重視されていらっしゃるというふうなことで、総合医に恐らく一番近いというんですかね、私のところがおりますので、そこからの意見というか、言いますと、どうして総合診療科医がそんなにいないのかとか、目指す者が少ないのかというのは、やはり、どうしても専門医がランクが上のような、そういう印象が今までどうしてもありまして。専門医、そもそも専門医じゃない人たちが総合診療医なんですね。それを、今度は専門医というような、総合診療専門医という、これは何なんだという議論から始まったぐらい、総合診療医というのは認められない部分が今まであったので、その辺のところを少し評価していただくような何かあればいいなというのは、すごく。

具体的なものがなくて申し上げにくいんですけど、一応、そういった部分があるというのと、私のところからの印象としては、今の若い先生方は総合医を目指す人間はたくさんいます。たくさんいますので、そういった若い人たちを失望させないような総合診療医の地位の確保みたいなのも、ひとつ評価を。やはり評価していただくことで伸びると思いますし、目指すと思いますので、その辺のところも何かうまいこと。すみません、具体的なことは全然言えなかったんですけども、次にでも入れていただけるといいかなと思います。

以上です。

○猪口座長 今の宮崎委員の件は、いいですか。特に返事は、なしですね。

じゃあ、福島委員、どうぞ。

○福島委員 それこそ、例えば、イギリスであったゼネラルプラクティスじゃないですけど、役割がはっきりしているじゃないですか、イギリスの場合。日本のかかりつけ医というのは、場所場所によって全然役割が違うので非常にバラエティーに富んでいて、そこが難しいんですけど、先ほど宮崎委員のお話の中にプライマリーケア医をどう育てるかといった場合、イギリスの場合だと、医学部の場合、卒業生の半分はG Pに進んでいる、残った半分はコンサルタントだというのが医学部の医師養成の務めであるというこ

とになっているんですね。

ところが、自分も慈恵医大の人間だから言えた義理じゃありませんが、けれど、医学部で、そういう意味では、プライマリーケア医という考え方というのを教育していませんから、それこそ「すごく専門医、格好いいね」という世界の中だけで育てていって、じゃあ、実際に、もっと大多数の医療ニーズというものをしっかりと教育の中に入れていかないで医師養成課程をやってきたという反省を非常に強くしているわけですよ。

そういう意味で、地域医療対策協議会は医学部に対して注文をつけることができるので、そういう意味では、地域の中での医療供給体制というものについて医学部がどう考えるかということは、一度、東京都は東京にある医科大学に文句を言う権限があるので、そういう意味では、そういう意見を言っていただくと同時に医学部も考えていかななくてはならないという、そういう体制をつくっていただかなくてはならないなと思います。

以上です。

○猪口座長 東京都が卒前教育に対する働きかけみたいな話ですかね。

○福島委員 そうです。

○猪口座長 そういうふうにとまとめられる。すごくありがたい話ですよ。

○角田委員 先生、本当にありがとうございます。実は、東京都医師会としても、13大学のうち七つですかね、うちの会長が行って、まさに卒前教育として、医者はどう求められているとか、あなたたちにこれだけ税金がかかっているのだから、私学でも公立でもちゃんと地域のために働きなさいということをやっているんですね。ですから、この二つの中で、ともに、都民への啓発とありますが、やはり、これから医師になる者に対する啓発。都民の中に入るかもしれませんけど。医師は、どういう医者が求められているかということをしつかりと教育の段階で教えるということが極めて重要だというふうに私どもも考えています。

ですから、これは国の役目だと思いますが、ぜひ、東京都としても、そういった13大学に働きかけることは必要ではないかと思っております。

○猪口座長 では、よろしく。

どうぞ。

○矢澤医療政策部長 いやいや、そんなこと、やっていいのかなという。そっちです。

○猪口座長 大川委員、どうぞ。

○大川委員 補足です。ちなみに、医科歯科は昨年から総合診療科というのをつくりました。分野として、今、少しずつ若い先生を育てる方向にかじを切っています。実際、専門医になりたい、要するに、専門医制度で総合診療科にはたくさんの応募者が来ているというのが現状であります。もちろん宮崎先生のところからも人をいただいて、准教授にしている、そうやって少しずつ私たちもやっていますので、ほかの大学も、そういう方向性があれば、もう少し東京全体の診療医はふえるだろうと思います。補足です。

○猪口座長 ありがとうございます。

古賀委員、どうぞ。

○古賀委員 今の話だと、もう高校時代から医者はどうだという話があって、私も某高校へ行って医者とはこういうものだという話をしたことがあります。

それはさておき、今の話とちょっと関連するんですけども、資料7の9の1ですけども、臨床研修医の育成というところが高度・先進医療のところに入ってきちゃっているんですよ。臨床研修医というのは、むしろ総合的な能力を養うために自分の方向性も決めるというのがあるんですけども、ちょっとそこが、皆さんの話を聞いていて、これを見直してみると、ひっかかってしまうかなと。高度・先進的な医療、将来にわたる云々は、専攻医からでいいのかなというような気もするんで。臨床研修医の育成に関して、もう少し総合的な診療ができる人材を育成するような部分を少し入れたほうがいいのかなと。

○猪口座長 そうですね。研修医の育成が高度・先進のところに入っちゃって、全部、それだけをやるように見えちゃいますね。

ほかは、いかがでしょうか。

総合診療医、かかりつけ医が必要だというのは、これから高齢社会で、すき間の部分を専門医だけではなくて、認知症だとか、いろいろな形ですき間の部分があって、高齢者がいろいろな疾病を持つというようなところで必要だということはわかるんですけど、そういう漠然としたものだけでいいのでしょうかね。

例えば、将来の外来医療を担う必要数みたいなものを専門医だけでやっていくと足りなくて、総合診療医がこれだけいて、これだけカバーすると、これだけ足りない。多分、イギリスや何かは、そういうような試算をしながら、半分は総合診療医になれとかファミリードクターになれという話で大体計画されているんだろうとは思うんですけども。多分、東京の医療も、専門医がこういうふうにいるのではなくて、かかりつけ医なり総合診療医、横断的な医者がこれだけいないと成り立たないんだよみたいな試算というのは出ないものなんですかね。そうすると、すごい説得力があるような気がするんですけど。きょうは、何か、総合診療医の話が非常に多いですね。

山内先生、何かご発言をしたそうなので、どうぞ。

○山内特任教授 総合診療医と、いわゆる専門医のミックスみたいな話になるんですかね。要するに、どれぐらい必要かという試算を両方で。

○猪口座長 そうですね。試算ですね。僕なんか、ドイツの例でいくと、専門医はこの地域は何人、総合診療医は何人とかというふうに決められていて、定数制になっていますから。

○山内特任教授 だから、現状では、恐らく、先ほど田村先生がおっしゃったように、いわゆる総合診療医的なのか、何でも診るかかりつけ医の先生がいっぱいいらっしゃる中で、そういう意味で現状把握はなかなか困難なのかなというような感じがいたします。

○猪口座長 現状が、かなりもうミックスされて、まざってやっているからね。

どうぞ、福島委員。

○福島委員 変な話、要するに、イギリスみたいにだだっ広いところで、それで、ずっと山もなく平地だというところで、電車に乗ると、ロンドンから10分たつと、もう人はいないみたいな、そういうところのプライマリーケアという考え方と、それから山があって平地はちょっとしかなくて、ここにたくさんの人とたくさんの医者がいるという状況でのプライマリーケアというのは全く違う概念だと思います。

それと同時に、今、日本の中でプライマリーケアというのは、かかりつけ医は、ほとんどの人は大学で何番内科で、一応、専門を持って、それでまたプライマリーケアに戻っていくという、そういう形の先生方が非常に多くて、それで結局、すき間を埋めていて。今、実際に埋まっていないすき間はどこですかと、それは幾つか出てきますよね。それは出てきますけれど、じゃあ、どこまで埋めていますかということに関しては、地域地域によって全く違うんだと思うんです。

そういう意味では、これからの当分の間の日本のプライマリーケアというのは、地域地域の特性というのを開業される先生方がそれこそ見きわめて、それで求められる医療をするために生涯学習をしていって、それでやっていく。その生涯学習を、それこそ日本医師会がサポートするとか、そういう体制をつくっていくんだらうというふうに思います。

そういう意味では、どこがどう足りないかというのは地域によって全く違ってくるので、なかなか難しいことである。むしろ、逆に、卒前教育として、いろいろなケーパビリティというか、要するに、ニーズに沿って自分自身をつくりかえていくみたいな、そういうコンピテンスを医学教育とか臨床研修。臨床研修というのは、本来は基本的に臨床能力ですから、そういうところで養っていけるような形というのを本来は考えていかななくてはいけないと思うんですね。

もう一つ注意しなきゃいけないのは、プライマリーケア医で、どうしても一番大事なことは、急性期医療を知っているという状況がどうしても必要なもので、そういう概念で実は臨床研修というのは組まれていると私は理解していますので。そういう意味で、臨床研修で急性期病院が中心となって、一部、プライマリーケアのところを見せていくという、あの形は、それなりにでき上がった形だと思います。むしろ、それより、こんなことを言うと怒られてしまいますけど、専門医のところではやはり総合診療医というのをどう定義づけていくかということと、ゼネラルインターナルメディスンとどう区別していくかということは、むしろ、もっと専門のところを考えていただけることではないのかなと思っています。ちょっと言い過ぎました。失礼しました。

○猪口座長 どうもありがとうございました。

どうまとめていいのか。福島先生のおっしゃった地域地域で変わっているという話というのは、多分、数字で出すのは、これは、山内先生、相当難しい話ですよ。だけど、

地域地域に差異があるということは、みんなが認識している。そうすると、地域地域に差があって、こういう方向に持っていかなくてはいけないというのは、どういうふうにしたらいいんでしょうかね。だから、地域の区市町村単位で話をするのか、二次医療圏単位で話をして、目標はこうですよというようなものをつくっておかないと。

だから、この地域は、かかりつけ医も少なくなくて総合診療医も少ない。専門医は、こういう専門医がちょっと多いんだと。いや、全般的に足りないんだとか。何か、そういうようなものがないと、その地域地域が、こういう医者が欲しいんだというような、要するに、外来医療計画にもかかわる話だけれども、それを数字では出せない。何も出せない。そうすると、何をもちょうと外来医療計画で若い者たちに「ここは、こうなんだよ」というふうに言う、それは、どうやってつくればいいのでしょうか。

○山内特任教授 いや、まさに、そこが論点であるかなというふうに考えておまして、それが私がまさに問いかけたかったことでもあるんですけど。数字としては出すことはできると思いますが、それが果たして地域の需要を満たしているのかというところの数字までは、そこまで解釈するのは困難かなというふうに思います。そこは、あるいは数字の動向をにらめっこしつつ、地域の中でどういった機能が足りないのか皆さんで議論をして、その中で、今後、こういうことが必要だねということを埋めていくという、そういうプロセスが今後大事になってくるのかなという、私はそう思っています。

○猪口座長 そうすると、この中に、どこかで外来医療なり、もしくは病院の医師であり、そういったものを地域によって意見をまとめることが必要だみたいなのを、この中に書かれなくてもいいですかね。どうですか。どなたか。僕は、あったほうが計画を進めるのにいいような気がしますけれども、何か、ほかの委員から、いやいやというんだっらしいですけども。それは不可能だという話でもいいですけども。

田村委員、どうぞ。

○田村委員 今の議論の中でちょっと抜けている視点とと思っているのが、患者さんがどういう医者を目指しているのかということを見ると、私たち医療サービス提供側が考えることとちょっと違う部分があるような気がするんです。端的に言いますと、患者さんは、どういう医者を自分の主治医にしたいかということ、必ずしも総合診療医じゃないんですね。例えば、糖尿病の患者さんは、かかりつけ医は糖尿病の専門医であってほしいと思うし、肝臓病の患者さんは、かかりつけ医は肝臓病の専門医であってほしいと思うわけです。

これは、実際に、東京のように人口は多いけれども医者もたくさんいる、専門医もたくさんいる、選び放題、患者さんはフリーアクセスという状況の中では、ある意味、必然なところがあるわけですね。だから、逆に、総合診療医としてのトレーニングを受けていた人が東京の真ん中でぼんと開業したときに、患者さんをどれだけ引きつけられるかというところ非常に疑問がある。ですから、東京の人口密集地帯ではやる開業医というのは、専門を持っていて、専門は専門医を語れるぐらいの専門を持っていて、かつ間口が

広くていろいろなことに相談に乗れる、そういう人だと思うんです。

例えば、私は余り専門医とかをたくさん持っていないけれども、消化器内科をやっておりますけれども、いろいろ診ております。総合診療医かというのと、本当になんちゃって総合診療医なんですけれども、でも、かかりつけ医としては機能を果たしているつもりなんです。ですから、地域によって本当に求められる医師像というのは違っていて、専門的なトレーニングを受けている総合診療医というのは、例えば、本当、離島の一人診療所を任せられて、赤ちゃんから子供まで、妊婦さんから手術までできる、そういうようなたくましい総合診療医、これは専門のトレーニングが必要かもしれませんが、実際に地域の方に必要とされる総合診療医というのは、専門医として養成された人が努力によってある程度カバーできるという部分じゃないかと思うんです。

そして、これもちょっと議論の、またちょっと違う話ですけども、開業医として患者さんたちが求める水準というのは非常に高いです。やっている診療が甘くて、今の専門水準から違ったことをやると、やはりいろいろ紛争になる。ですから、お医者さんも自分の専門以外は手を出したくないんですね。ですから、その一つの方策として、専門医が集まってグループで総合診療医をやってみようみたいなことを私は実践しているわけですけども、なかなか、ある意味、患者さんのニーズに一生懸命、開業医が追いかけることによって、ある程度の形ができるということはあるかと思います。

むしろ、すき間で困ってしまうというのは、医療だけではない。例えば、認知症と統合失調症の親子の暮らしを、じゃあ、誰が主治医として診るのか、みんな、嫌がって診ないわけですよ。結局、そういうのはケアマネジャーとか、そういうところが主治医を探すのに苦労していると。これは、他職種連携の話でありますし、割と地域のニーズに応えていくためには、非常に実際に患者さんの受療動向、どういった医者を求めているのかということで相当変わってくると思います。

○猪口座長 ありがとうございます。

今の話を聞いていると、今まではこうだという現状と、今後、こういう方向に持っていこうというところ、結構、同じようなところにあるような気がします、議論しているところは。ぱっと聞いていると、ちゃぶ台返しみたいな話になっているんだけど、でも、認識としては、今後、どういう方向に持っていこうという、まさに書いてある計画の指し示しているところは、現状はそういうところだが、こうしようという話の土台の部分じゃないかなと思います。

ほか、いかがでしょうか。時間、結構、もう過ぎてきて50分になろうかというところだと思います。かなり話が出たと思いますので、これを事務局で、あと最後の委員会がありますから、それまでにいろいろまとめていただいてということで、きょうはよろしいでしょうか。

ほかの話、したい方がいれば大丈夫ですよ。何しろ、最後のワーキングですから。

○上田委員 総合診療医の話で、かなり最後、盛り上がったところで、私、最初に岡先生

から話が出た、ライフワークバランスの中で小児科医が足りなくなるという話が出てきましたが、それと同じように、これから最後に出てきています救急医療とか小児医療、周産期医療、僻地医療とかも含めて、これからどうやって医師を確保していくのかというのは、東京であってもかなり問題だと思うんですね。その辺、ただ医学生を確保するという、奨学金だけでやっていくのが的確な方法ではないと思うので、その辺、ここには書けないんだと思いますけど、ぜひ考えていただけたらなと。墨東病院で医者を生懸命、どうやって確保しようと考えている人間にとっては、もっと切迫感が出てきてくれれば良いなと僕は思っています。

総合診療医の話が出ました。それは、やはりタスクシフティングとして先生方をお願いするという意味では重要なんですけれども、最後のとりでとしての救急医療を、どうやって医師を確保するのかとかということは、かなり切迫した問題として私は感じているので、その辺、ぜひ、小児科の先生方も含めて考えていただけたらと思います。よろしくをお願いします。

○猪口座長 ありがとうございます。

よろしいでしょうか。東京ならではの政策でいろいろ書いていただいておりますけれども、やはり東京ならではのもともとの問題、たくさん多いですから、ちょっと踏み込んでいろいろ計画、よろしくお願ひしたいと思ひます。

では、今後のスケジュールについての説明が事務局からありますということになっております。よろしくお願ひします。

○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8をごらんください。外来医療計画及び医師確保計画の策定経過についてというペーパーがございます。今回、ごらんの四角にありますとおり、第3回PT、本日開催させていただきました。来週、先ほど来、お話に出ておりますけれども、合同部会を来週11月28日に開催させていただきますして、詳細な議論についてはここまでとさせていただきますたいと思っております。

今後、右下のほうにございますけれども、東京都保健医療計画推進協議会ですとか医療審議会での諮問・答申を経て、今年度内に計画を策定していきたいと思っております。本日も、たくさんご意見をいただきましたので、これから本庁で28日に向けて作業をしたいと思っております。

○猪口座長 どうもありがとうございます。本日、予定されていた内容は以上となります。事務局の方には、じゃあ、よろしくお願ひします。宣言がありましたので、期待しております。

以上で終わりましたね。じゃあ、千葉課長、マイクをお戻しします。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たくさんのご意見をいただき、また、活発なご議論をいただき、ありがとうございます。

最後に事務局より2点、事務連絡を申し上げさせていただきます。本日の資料でございますが、量もありますので、机上に残しておいていただきましたら、事務局から郵送させていただきます。前回も申し上げましたが、ピンクのファイルと地域医療構想の冊子については、今後の会議でも使用いたしますので、お持ち帰りにならないようお願いいたします。また、郵送もいたしませんので、ご了解、よろしく願いたします。

また、2点目でございますが、本日、お車でいらっしゃる方で都庁舎の駐車場を利用されている場合には、駐車券をご用意させていただいておりますので、事務局までお知らせください。

事務局からは以上でございます。

○猪口座長 以上です。どうもありがとうございました。お疲れさまでした。

(午後 7時53分 開会)