

令和元年度 第1回

東京都地域医療対策協議会

会議録

令和元年7月23日

東京都福祉保健局

(午後 5時31分 開会)

○高橋医療人材課長

それでは、遅れている委員もおりますが、定刻となりましたので、ただいまから、令和元年度第1回東京都地域医療対策協議会を開催させていただきます。

本日は、お忙しい中、御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

私は、本協議会の事務局を務めさせていただきます、福祉保健局医療政策部医療人材課長の高橋でございます。よろしくお願いたします。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしくお願いたします。着座にて失礼させていただきます。

まず初めに、資料の確認をさせていただきます。令和元年度第1回東京都地域医療対策協議会次第、座席表、委員名簿のほかに、資料1から5までと、参考資料をご用意しております。資料に不足がある場合は、お申し出ください。

このたび、昨年度末の協議会でお諮りしたとおり、法的な委員構成の追加や、部会の再編などによりまして、委員に変更がございます。新たにメンバーに加わりました委員をご紹介します。

地域医療機能推進機構から、関根委員でございます。

内藤先生は遅れているようです。

では、看護人材部会より、部会長の喜多委員でございます。

また、同じく看護人材部会より、山元委員でございます。

勤務環境改善部会より、部会長の酒井委員でございますが、本日、所用により欠席とのご連絡を頂戴しております。

また、人事異動により、奥多摩町の菊池委員でございます。

そのほか、楠田委員、福島委員、篠宮委員につきまして、所用により御欠席とのご連絡を頂戴しております。

続きまして、議事録等の公開について、ご意見をいただきたいと思います。

設置要綱第9の規定によりまして、原則公開となっておりますが、委員の発議により、出席委員の過半数により議決したときは、公開しないことができると規定されてございます。

本日は原則どおり、公開という形で進めさせていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○高橋医療人材課長

それでは、議事に入りたいと思います。これからの進行につきましては、古賀会長、お願いたします。

○古賀会長

古賀でございます。

皆様、お忙しい中、集まっていただきまして、ありがとうございます。

今、説明がありましたが、医師法等の改正で、この地域医療対策協議会、東京都の中で非常に重要で大切な会議となりまして、皆様の協力をお願いしながら、進行したいと思っております。よろしくお願ひいたします。

それでは、第1回の東京都地域医療対策協議会を開催させていただきます。

報告事項が1件、議事が2件を予定しております。1時間半をめどに進めたいと思いますが、御意見を活発にいただければと思っております。

それでは、最初に報告事項、地域医療対策協議会の再編について、事務局から説明をお願いいたします。

○高橋医療人材課長

それでは、報告いたします。協議会の再編についてでございます。

資料1-1になります。今般、医療法の改正によりまして、都道府県における医師確保対策の実施体制の強化のため、地域医療対策協議会の機能強化が求められているなどございまして、前回、本協議会にてお諮りしたとおり、部会の設置、再編を行ったところでございます。

資料1-1の協議会設置要綱でございますが、第1、目的でございますとおり、医師等医療従事者の確保方を協議することを目的とした会議体でございます。

第2、協議会は、次の事項について協議するとなっております、医師等医療従事者の確保及び育成に関する事項とございます。

ページを1枚おめくりいただきまして、第7になります。協議会に専門的な事項を検討するための部会を設置することができるとしておりまして、こちらに基づきまして、部会設置要領、資料1-2になりますが、こちらを今回新たに策定いたしまして、記載されているように医師部会、看護人材部会、勤務環境改善部会を本協議会のもとに位置づけたところでございます。

こちらの説明は、資料1-3、5ページ目になります。

地域医療対策協議会の再編についてございまして、医師部会の目的でございますが都の特性に合った総合的な医師確保対策を推進するため、効果的な医師確保対策に係る検討を行うということでございます。

看護人材部会につきましては、都における看護人材の需給推計等を踏まえ、計画的・安定的な確保を図るため、看護人材確保対策に係る検討を行うとしてございます。

また、勤務環境改善部会につきましては、都内の医療従事者の長時間労働の是正や、働きやすい職場環境の構築等を図るため、医療従事者の勤務環境改善対策等に係る検討を行うということでございます。

このように、総合的に協議会のもとで再編することで、医師、看護師等の人材確保を総合的に検討し、会議体の機能強化を図っていく予定でございます。

具体的には6ページ、資料1-4になります。

まず、医師部会でございますが、本協議会から部会へ5名の委員に移っていただいたほか、新たに伏見委員と古川委員に新しくメンバーになっていただいております。

また次に看護人材部会でございます。看護人材部会につきましては、新たに西村ユミ先生と、伏見先生にメンバーに加わっていただいたところでございます。

さらにおめくりいただきまして、勤務環境改善部会の委員名簿となっております。新たなメンバーは、部会長の酒井先生、野原先生、平野先生、また、芝先生に新たに加わっていただいたところでございます。

簡単でございますが、報告は以上でございます。

○古賀会長

ありがとうございます。

この地域医療対策協議会の下に医師部会、看護人材部会、勤務環境改善部会、この三つの部会を置いて、全体の検討を進めていく、機能強化のために部会を作るという説明でございます。そして、部会のメンバーが紹介されたところですが、この報告事項について、何か御意見、御質問のある方、いらっしゃいますでしょうか。

よろしいでしょうか。

では、このような形でこの東京都地域医療対策協議会を進めていくということで御理解いただけたと思います。ありがとうございます。

それでは、続きまして、議事に入りたいと思います。1番目の医師部会における検討事項についての（ア）医師確保計画について、事務局から資料の説明をお願いいたします。

○高橋医療人材課長

続きまして、医師確保計画の策定につきまして、御説明いたします。

資料2-1を御覧ください。

医師確保計画とはというところでございます。医療法の改正により、医療計画に定める事項として、新たに追加されるとともに、都道府県が実施に必要な事項につきまして、地域医療対策協議会を行い、その結果を取りまとめて公表することとされたものでございまして、今年度中に策定し、令和2年度からの4年間を最初の計画期間とし、以後3年ごとに見直しを行うというものでございます。

次の区域設定でございますが、国の指示では、医師が少ない地域と多い地域を明確にし、特に医師少数区域について重点的な医師確保対策を行うこととされてございます。具体的には47の都道府県、また、全国335の二次医療圏につきまして、医師偏在指標、こちらは医師や住民の性別・年齢等で補正をかけたものでございますが、その人口10万人単位の医師数に基づきまして、上から下まで一律に並べ、上位3分の1を医師多数区域、下位3分の1を医師少数区域とするものでございます。

計画の記載事項でございますが、国のガイドラインが定める記載事項等というところでございます。三次医療圏や二次医療圏の医療提供体制の整備を目的として策定するも

のでございまして、今説明したとおり、医師の少数区域、多数区域を設定すること、確保の方針、具体的な目標医師数、目標達成のための施策を設定するということ、施策として、医師の派遣調整、キャリア形成プログラム、働き方改革、基金の活用等を提示していくこと、医学部における地域枠や、地元出身者枠の設定の検討、再検討、また、産科・小児科の医師確保計画もあわせて策定することとされております。

国の説明会におきまして、この医師確保計画とともに、地域医療構想、また、働き方改革と三位一体で、整合性を図って作っていくこととされております。

都としての方向性でございますが、平成28年に策定いたしました都の地域医療構想におきまして、「東京の将来（2025年）の医療～グランドデザイン」として、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京、これらとの整合性を図り、この東京の実現のために四つの目標を掲げているところでございまして、こちらにあわせ、医師確保計画も地域医療構想の達成に向けて推進する保健医療計画に位置づけられることから、地域医療構想の目指すべき方向性と整合性を図りまして、これらの目標達成のための取り組みを検討し、実現していく計画としたいと考えてございます。

また、一番下の検討体制でございますが、都道府県がこのたび策定を求められているもう一つの計画に、外来医療計画がございまして、この後、担当課長から説明いたしますが、この外来医療計画につきましても、二次医療圏を設定し、また、外来医師偏在指標を設定するなど、医師の偏在について論じ、対策を講じるものですので、別々に論議するよりも一緒に議論したほうが幅広い議論ができるということで、医師確保計画を担当する本協議会の医師部会と、外来医療計画を所管する地域医療構想の調整部会が合同で、それぞれから選出した委員で計画策定PTを結成いたしまして、本協議会の意見を聞きながら検討を進め、最終的には医療審議会に諮った上で計画を策定していきたいと考えているところでございます。

それでは、所管の千葉課長より、外来医療計画についての説明をよろしく願いいたします。

○千葉計画推進担当課長

それでは、私から、資料2-2、外来医療計画につきまして、御説明をさせていただきます。医療政策部計画推進担当課長、千葉と申します。よろしく願いいたします。

こちらも同様に、「外来医療計画とは」から最後、「検討体制」までペーパーをまとめさせていただきます。

まず、上から順に御説明させていただきます。「外来医療計画とは」というところで、先ほどの医師確保計画と同様、平成30年の医療法の一部改正によりまして、都道府県が定めます医療計画に新たに定める事項として、外来医療に係る医療提供体制に関する事項というのを、都道府県知事が二次保健医療圏ごとに定めることとされました。その性格ですけれども、医療法上の医療計画における記載事項ということでございまして、平成30年3月に改定いたしました現行の東京都保健医療計画に追補するような形の計

画となるものでございます。計画期間につきましては、保健医療計画とあわせまして、令和元年度中に計画を策定いたしまして、令和2年度から4年間を最初の計画期間とするとされており、その後、3年ごとに見直しを行うものとされております。

次に、外来医師偏在指標等の策定についてでございますが、この外来医療計画につきましても、二次保健医療圏ごとのエリアで策定するとされております。外来医師偏在指標というのも定めることとされておりました、医師の性別・年齢分布や、患者さんの流入等などの要素を勘案いたしました、人口10万人当たりの診療所医師数を出すこととされております。また、外来医師偏在指標の値が全国の二次保健医療圏の中で上位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こととされております。

具体的な記載内容でございますが、記載事項のところには二段書きで書いてございます。国が求める記載事項と、それから、都が独自で都としての方向性を示すところ、その部分で二つの構成にしたいと考えてございます。

まず最初に、国が求める記載事項のところでございますが、大きくここも二つに分かれます。左側が外来医療機能の偏在・不足等への対応。右のほうは医療機器の効率的な活用となっております。

まず、外来医療機能の偏在・不足等への対応でございますが、国がデータを示すことになっておりますけれども、外来医師偏在指標及び外来医師多数区域の設定、どういう地域に医師が多いのかというのを可視化いたしまして、新規開業者等へ広く情報提供すると、そのようなものとなっております。そして、不足する外来医療機能の検討を二次保健医療圏ごとにしなさいということが示されております。その後、協議の場の設置、運営について定めなさいとされております。

右側に行きまして、医療機器の効率的な活用でございます。医療機器の配置状況及び保有状況等に関する情報を計画に記載することとされております。二次保健医療圏ごとに医療機器の共同利用の方針を示すこと。最後が、共同利用計画の記載事項とチェックのためのプロセスに関する協議の場を設定し、運営することとされております。

ここまでの国が求める記載事項でございますが、これらに加えまして、東京都といたしましては、これを機に、東京の外来医療の将来の方向性を示すためのものを記載したいと考えております。

その柱といたしましては、先ほどの医師確保計画と同様に、「東京の将来（2025年）の医療～ランドデザイン～」との整合性を図るため、こちらに記載しておりますIからIVの柱立てに沿いまして、東京の外来医療の将来の方向性を指し示したいと考えております。

最後、検討体制でございますが、先ほど医師確保計画の策定についてのところで説明がありましたけれども、医師確保計画との整合性、また、地域医療構想との整合性を図るために、「医師確保計画・外来医療計画策定PT（仮称）」が中心となり、また、各圏域で開催しております「地域医療構想調整会議」の意見等も聴取しながら検討を進め

たいと考えております。最終的には、医療計画の一部であることから、「東京都医療審議会」に諮問した上で、計画を策定したいと、そのように考えてございます。

私からは以上です。

○高橋医療人材課長

引き続きまして、説明いたします。

次に、資料２－３を御覧ください。外来医療計画・医師確保計画策定スケジュール(案)になります。

表の上側が外来医療計画、下側が医師確保計画に係るものとなっております。

本日、７月２３日に地域医療対策協議会。この後、来週７月３０日に医療審議会がございまして。その後、８月から１２月ぐらいにかけて、計画を検討していきたいと思っております。最初、８月に地域医療構想調整部会と、本協議会の医師部会のメンバー合同による合同会議を開催いたしまして、骨子案の検討を開始したいと考えております。その後、９月以降、１１月ごろまで、毎月計画策定PTによる検討を重ねまして、途中、産科・小児科の各協議会の意見聴取なども行いながら、１０月と最後の１２月に本協議会に諮って、計画を確定していくという流れを想定してございます。

外来医療計画のほうも、途中、地域医療構想調整会議等の意見聴取を経てと、先ほど、千葉課長から説明があったとおりでございますが、最終的に、親会である保健医療計画推進協議会で説明・確定していく作業をいたします。その後、年明けにパブリックコメント等を経まして、年度末の医療審議会に諮問・答申していく予定ということで、PTのメンバーに選出されました皆様に大変恐縮なんですけれども、８月から１２月にかけてちょっと忙しいですが、検討会をたびたび設けて、良い計画をつくっていきたいというふうに思っているところでございます。

それでは、続きまして、現時点で医師確保計画が出ているものが、国の医師偏在指標、国から示されたルールに基づきまして、都が医師偏在指標に対する考えを説明させていただきたいと思っております。

資料２－４になります。全国、東京都、都内二次医療圏における人口１０万人当たり医師数や医師偏在指標というところでございます。

東京都の人口１，３６３万人に対しまして、医師数４万１，４４５人。医師数は、平成２８年度三師調査となっておりますが、そうしますと、中ほどにあるように、東京都の人口１０万人当たり、医師数３０３．９人という数字が出ています。ちなみに、全国数値はこれに値するものが２３８．６ということでございます。

このように医師偏在指標というのは、基本、医師数割る１０万人単位人口という、単純な計算式でございまして、これに国のほうでは、これでは余りにも単純というところで、医師数も人口も、ともに補正してございまして、まず、医師数のほうは在籍する医師の年齢や性別に応じて、医師の労働時間を加味して医師数を補正しております。人口のほうも同様に、住民の年齢構成や性別で医療需要が変わりますので、補正してい

ます。さらに最後に、患者の二次医療圏ごとの他圏域との流出入に応じて補正して再計算をしたということで、一番右側の列になりますが、右枠にあるとおり、東京都の医師偏在指標が今、318.4と出て、仮計算しているところでございます。

二次医療圏ごとでは、ざっと見ていただきますと、予想どおりかと思えますけれども、区中央部が多い、また、区西部が500を超えておりまして、大変多いような状況で、ここは全国でもトップになる見込みでございます。また逆に130台ですとか150台の地域については、医師少数地域となる可能性があるところでございます。

なお、詳細は次のページを御覧いただきまして、簡単に御説明しますと、国からはこの点線の部分の数字を入れるように求められておりまして、入れて仮計算したものが一番左の医師偏在指標でございます。

外来医療計画も別にやりますが、こちらの医師確保計画にも無床診療所の患者の動向が入っていますので、入院、無床診療所、それぞれの流出入調整係数などを掛けて医療需要を計算し、その二つの医療需要から、期待受療率、地域の期待受療率などを計算して、それと全国の期待受療率と比べて比率を出したものが地域の標準化受療率と、左から四つ目の枠にございますが、標準化受療率ということで、それと人口を掛け合わせたものが補正された人口ということになってございます。

標準化医師数につきましては、先ほど申し上げましたとおり、既に性・年齢別人口で補正されているものでございまして、先ほど4万1,445人と説明しましたが、補正をかけたところ、計算上335人、0.8%ほど増えているというところで、東京都の医師は比較的働ける方が多いということだと思えますが、そのような形で若干、人口も医師も補正がかかって、このような数字が出たというところでございます。

表の詳しい説明は省略させていただきたいと思えます。続きまして次のページは、参考までに二次保健医療圏の区市町村別が掲載されているものを添付してございます。

さらに、添付資料はあと15ページ、16ページにございますが、都道府県別の医師偏在指標、上から順に並べたものを参考までに記載しているものですが、こちらにつきましては、実はこの6月ごろの途中経過のもので、最終的な数値による結果はまだ国から示されておりませんので、最終版ではないということをご確認の上、見ていただければと思います。

ちなみに、東京都が一番上で、このときの状況では324という医師偏在指標が出てございまして、人口10万対医師数は303.9でございます。ちなみに、一番右の列を見ていただきますと、320という次点の京都のほうが単純な医師数割りでは高いということや、8位の徳島県のほうが単純な人口10万対医師数では多いというようなことが見てとれるかなと思えます。ただ、右から2列目の目標医師数というのは、国が仮計算したもので、2023年時点の医療需要に対しまして、医師少数区域を脱するにはこれだけの医師数が必要というような数字でございまして、現在の状況から見ますと、1万4,000人減っていいものではございませんが、あくまでそういうような数字と

して、国が仮計算したものが出ているというような状況でございます。

したがいまして、この項目、医師数の取り扱いにつきましては、その設定も含め、独自に計算する、しないも含めまして、都としては検討していきたいというようなところでございます。

ざっと駆け足でございますが、資料の別添といたしまして、別冊のほうで、東京都医師会の病院委員会のほうから本協議会委員長宛てに「働き方改革を視野に入れた医師偏在の是正計画について」ということで答申をいただいております。この答申につきましては、中身の議論につきましては、8月以降の部会に譲りたいというふうに考えてございますが、これも踏まえて検討していきたいというところでございます。

説明は以上になります。

○古賀会長

ありがとうございました。

大変なボリュームですが、医師確保計画、外来医療計画を今年度中に策定してスタートしていかなくてはならないという、非常にタイトな会議体の進め方の説明があったと思いますが、皆様には御協力をよろしく申し上げます。医師の偏在指標等、厚労省が定めたところですが、外来医療機能、それから、医師の確保についても、国が定めた記載事項と東京都が既に作った将来の医療のグランドデザインの方向性の整合性を持たなくてはならないというところで、難しい部分もあるとも思いますが、努力を重ねて会議を進めていくしかないと思います。

また、後に説明がありましたが、医師偏在指標という新しい人口と医師の数との比較ですね。こういったものも厚労省から出ているということで、将来医師が何人必要なのか、そういったことも視野に、医師確保計画を立てていかなくてはならないということで、厚労省が係数を掛けたりと調整をしておりますが、これをもとに、都心部では医者がかなり多い、多摩では少ない、というようなことをどう是正していくか、そういったことも含めて、医療計画の中で医師確保計画を立てていかなくてはならないというところでございます。

細かな内容については、ここで議論することはなかなか難しいと思いますが、全体を通して御意見、あるいは御質問がある委員の方はいらっしゃいますでしょうか。大体ご理解いただけたでしょうか。

○角田副会長

副会長の東京都医師会の角田でございます。

資料2-2のところをあげていただきたいと思います。

私どもでも内部でいろいろと議論したときに、これは外来医療計画、そういったものを立てるに当たっては、外来医療医師の偏在指標、こういったことは参考になる、信憑性のあるといいますか、現状をしっかりとあらわすような指数をできればつくっていただきたい。本当に都のご指摘のように、国のざっくりとしたこの指標というのは、実は

余り正確ではないのではないかとということがあります。

例えば、外来医師偏在指標等の策定について、ここで外来医師数偏在指標で診療所の医師数だけを国は示しているわけでごさいます、ご存じのように、東京都は90%は民間病院で、中小の病院が非常に多くて、そういった中小の病院が担っている外来機能とは非常に大きなものがございます。おそらく、診療所と同じレベルの外来をしっかりとやっけていただいているので、その辺の実態もしっかりと反映できるような方法を東京都でやる調査ではお願いしたいと思っている次第でございます。

以上です。

○古賀会長

御意見をありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。

どうぞ。

○伊藤委員

伊藤でございます。

これは医療計画に基づいて、数値を透明化していくということだと思いますが、この目的は何なのかという議論はあるのでしょうか。例えば外来の医師偏在がわかったとして、それを使用して何らかのことを次にやろうという意向があるのでしょうか。ちょっと教えていただきたいのですが。

○千葉計画推進担当課長

外来医療計画についてお答えさせていただきます。

国のほうは、この計画をつくるときのガイドラインを出しているんですけども、そこで将来的なことというのは、特にそこで明確に示しているものはないんですが、説明会等々で言われているところだと、外来医師の多数区域を広くオープンにすることによって、そこで新たに開業する人がそういう多数区域じゃなくて、違う区域に開業しようかなということを誘導するようなことを目指しているというか、そういうふうな考えがあるということを知っています。

○伊藤委員

何かしかりとした目的があるわけではなくて、情報を明らかにすることによって自主的な動きを促すという、そういう意味合いと考えてよろしいですか。

○千葉計画推進担当課長

そのように推察されます。

○伊藤委員

わかりました。

○古賀会長

先日、厚労省医療部会が開催されまして、そのことにも触れておりますが、やはり外来も医師の偏在があるだろうというところで、外来医師の少数区域の医師数を増やして、

多数区域の医師数を減らそうという目的があると思いますが、この区域で開業してはいけないということは、憲法にも反し、できないので、今のように情報提供をして、ここで開業してもなかなか大変だということがわかるようにしていこうということだと思っております。よろしいでしょうか。

ほかにご意見はございますでしょうか。

どうぞ、江川委員。

○江川委員

医師の多数区域、少数区域というのはわかるんですけども、実際にはその数だけではなくて、診療科による偏在というのも多分あるだろうと思います。肌感覚的には、例えば病理の医者はいないとか、放射線の診療する医師も少ないというようなことがあって、そういった医師の確保対策ということについては、ここからはちょっと見えてきません。それはどういう形になるのでしょうか。

○古賀会長

事務局では診療科別に関してどうしていくかという、何か方策は出ていますでしょうか。あるいは今後、部会の中で出していくことになるでしょうか。

○高橋医療人材課長

数値ごとに、例えば診療科ごとに出していくのはかなり厳しいと思っておりますが、先ほど説明したとおり、産科・小児科については特出ししていくということと、都としての方向性で、グランドデザインのⅠからⅣの目標を達成するに当たりまして、診療科が話題になる部分がありましたら、そこはきちんと捉えていきたいと考えております。

○古賀会長

先ほど、三位一体の話もありましたけれども、医師確保に関しては、新専門医制度のシーリングの話、そういったものも全部絡んでくると思いますので、厚労省もこれが最後の数字ではもちろんないわけで、診療科別の医師数等もまた出てくることを期待はしていますが、経過を見るしかないかなと思っております。

それでは、この件につきましては、皆さん御了承いただいたということで、次の議題に進めたいと思います。よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○古賀会長

それでは、議事の(1)の(イ)専門研修プログラムについて、事務局から報告をお願いいたします。

○田口医療調整担当課長

議事の(1)(イ)専門研修プログラムについてですが、医療調整担当課長の田口がご説明させていただきます。着座にて失礼いたします

参考資料集の70ページをお開けいただきたいと思います。

70ページに、専門研修開始予定プログラム関連のスケジュールと書いております。

医師法の改正によって、昨年度から専門研修プログラムを日本専門医機構が認定する際には、地域医療対策協議会による協議を経て、都道府県の意見を聞いて、厚生労働省が日本専門医機構に意見を言うということが法律で義務づけられました。

これを受けまして、都は、今年度から東京都以外の、先ほどお話しさせていただいた医師部会において協議を行う予定としておりました。しかし、70ページのこのスケジュールの中ほどにあります。7月11日までに、専門医機構が厚生労働省宛てにデータ提出、それから、厚生労働省が都道府県担当者宛に情報提供ということが本日時点でまだ行われておりません。昨年度もスケジュールに大幅な遅れが生じましたが、今年度もその前段階の専門医機構による一次審査、二次審査が遅延しているようでございます。

よって、本日、当協議会で来年度の専門研修のプログラムはこうなるというようなことをお示しできるものが今のところはないため、代わりに今年度のスケジュールの遅延の原因ともなっていると思われ、2020年度に研修を開始する専門研修プログラム専攻医の募集定員のシーリングについて、ご説明させていただきたいと思っております。

国民にとってわかりやすい仕組みと専門医の質の一層の向上を目的として、30年度に始まった新専門医制度ですが、医師偏在の視点への配慮が欠かせないということで、都市部への医師偏在に対する是正措置がこの新専門医制度に盛り込まれております。

初年度は、都市部の5都府県へ過去3年間の採用実績を超えてはいけないというシーリング、都市部の県への採用の上限規制が設けられましたが、30年度、初年度の全国の採用者に占める東京都の割合というのが21.6%と。全国の専門医になろうということで応募した人の21.6%が東京都で応募したということになりました。これでは医師偏在対策として足りないということで、31年度は、都市部の5都府県に募集定員を5%減らすということで、今までは過去の実績が上限だったんですけれども、これを5%減らすというように、5%シーリングというものが課されました。都では、昨年度、このことに反対する意見書を厚生労働省と日本専門医機構に対して、この協議会から発出させていただいております。

参考資料の冊子の32ページの右下の番号4の資料を御覧ください。

5%シーリングのもとでも、この真ん中のあたりに東京都とありますが、左のほうを見ていただくと、19.5%とあります。全国の19.5%、その前の年は21.6%だったんですが、5%シーリングというのを実施しても19.5%が東京に集まってしまったと。まだ5分の1が東京に、若い先生がいるということになるという結果になりました。

その右のほうを見ていただくと、17.4%とか、18.8%と並んでおりますが、これが医師・歯科医師・薬剤師調査、いわゆる三師調査の医籍登録3年目、つまり普通は専門医のプログラムに入るであろう学年の人の数のパーセンテージになります。そうすると、24年度、26年度、28年度の調査よりも、30年度の実際に専攻医になった人のほうがパーセンテージが上がっているということで、新専門医制度をやったこと

によって余計医師が東京に集まってしまったというふうに理解をされてしまう資料になっております。

隣の33ページの上の番号5の資料で、先ほど医師確保計画のほうで説明がありました医師偏在指標では、従来、都市部の5都府県としてシーリングの対象であった神奈川県と愛知県、もともと都市部の5都府県というのが東京、神奈川、愛知、大阪、福岡ということだったんですけども、実はこの医師偏在指標で見ると、神奈川県と愛知県は医師多数の県ではなくて、真ん中のほうの分類に入っているということで、今までの都市部として扱って、それでシーリングをかけていたというのが、ちょっとピントが違ったのではないかなというようなデータも出てきたということになりました。

このことから、新たなシーリングのあり方が国の医療審議会、医師需給分科会、医師専門研修部会で検討されまして、2020年度に研修を開始する専攻医の募集定員のまた別なシーリング方法が決定いたしました。

具体的方法ですが、説明すると大変複雑なのですが、参考資料の36ページの上、番号11の資料をごらんください。

将来の医師の需要を明確化するために、医療ニーズ・将来の人口構成の変化・患者の流出入や医師の年齢分布など、さまざまな要素を考慮することとして、その下の番号12の資料にある必要医師数と、それを達成するための年間養成数というのが各診療科ごと、都道府県ごとに示されました。

この12の資料の一番上の内科の欄で見させていただきますと、これは全国の数なんですけれども、全国の必要数ということになりますが、2016年の医師数は、内科の医師数が11万2,978名であったと。これが週60時間という労働時間を達成する、既に20時間オーバーしているわけですけども、週60時間の労働時間というのを達成しようとする、12万2,253人必要であるという数字です。

それが2024年の人口構成の変化、人口自体の変化、そのほか医療ニーズの変化等を考慮しますと、12万7,446人、2024年には必要であるということになるという表です。その欄をずっと右に見ていただいて、右から3列目、2024年の必要医師数を達成するための年間養成数とあります。2024年に、この必要医師数を満たすため、今、11万人いるところが12万7,000人を満たすためには、年間に内科の医師を3,910名養成しないといけないということをあらわしている表になります。こういうものが新しく示されたということになります。

番号13の資料、次のページ、37ページの上になります。番号13の資料を見ていただいて、2016年の60時間という勤務時間調整後の必要医師数と、2024年の必要医師数の両方より、現在の医師数が上回っている。勤務時間調整をしても、2024年の必要医師数を見ても、それよりも今の医師数が上回っている診療科というのを、これは都道府県ごと、診療科ごとに計算をしまして、現在のほうが上回っているというものをシーリング対象とするというふうに今回のシーリングでは決められました。

そのシーリングの数は、その下の番号14にあるとおり、2018年度、2019年度の過去2年間の専攻医数の採用数の平均から、2024年度の必要医師数を達成するための年間養成数との差に掛ける0.2、ここの0.2には国の説明会でも質問もしているんですけど、余り明確な根拠がちょっとないということだそうでございます。0.2を掛けた数を引いたものというのがシーリング数ということとされております。

次、48ページを御覧ください。

それで、具体的に計算した例になります。この方法だと、東京都の内科というのが上から三つ目にありますけれども、東京都の内科では、過去2年間の採用平均が525人、右から3列目に書いてあります525人のところ、このシーリングをかけると、来年度採用できるのが438人ということになってしまって、大幅に減ってしまうということで、これは、1年でこんなに減らされたら大変なことになってしまうということで、余りに影響が大きいため、これは厚生労働省の案だったんですが、そこに日本専門医機構が連携プログラムという考え方で修正を加えて、激変緩和を行う案を提示しました。

その連携プログラムですが、基幹施設がシーリングの対象の県、つまり今のほうが将来求められる医師数よりも多いという県ですね。それを診療科ごとに挙げまして、その県に基幹施設があるプログラムで、ただ、研修期間の50%以上の期間をシーリング対象外の県で研修を行うというプログラムのことを連携プログラムと言います。要は、医師が今多いという県のプログラムでも、50%以上医師が少ないという県で研修しますというプログラムであれば、それを連携プログラムと言うということになります。

診療科によってどのぐらい連携プログラムを入れていいかという割合は変わるんですけども、内科の場合、この連携プログラムだと、東京都は438に対して、77人つけられるということになります。プログラム数と書いてありますが、これは人数です。このままだと525人が来年度438人になってしまうところを、連携プログラムという考え方を入れたところで、77人プラスできるということになります。

ただ、連携プログラムというのは、50%以上別の県に行っているというプログラムですので、実数としてはそこまでは増えないということにはなりません。計算をしますと、実数としてはやっぱり昨年度、今年度研修を始めた人は平均が525人なんですけど、500人を大きく割り込むようなシーリングはどうしてもかかってしまうということになります。

以上が2020年度の専攻医募集定員のシーリングの内容となります。

東京都のシーリング数、各科についてですが、全部を説明はしませんが、次の49ページから61ページまでに各県のシーリングが載っております。

東京都につきましては、このシーリングの方法ですと、整形外科と泌尿器科が対象外ということになりますので、整形外科と泌尿器科にはシーリングはかかっておりません。つまり昨年と同様の数は採用できるということになります。一方で、外科、産婦人科、病理診断科、臨床検査科、救急科、総合診療科、これは19の基本領域のうちの6の領

域なんですけど、これは全県がシーリングの対象外というふうにされていますので、東京もシーリングはかかっておりません。

ということで、19の基本領域のうち、8領域のシーリングは東京都にかからないということになります。それでもシーリングがかかっている数は一番全国では多いということになります。

一方で、シーリングがかかった科なんですけれども、皮膚科、精神科、形成外科、この三つが、昨年から見て、2年間の平均から見て10%以上の削減比率ということになって、非常に削減率が高い。1年間で10%以上減らされてしまったということになります。その次には麻酔科で10%までは行かないんですけど、麻酔科の削減率が高いというような結果になっております。

5月15日に医療審議会の医師専門研修部会において、この機構の修正案が了承されたため、現在、この方針で各プログラムの定員の調整が行われているところで、まだ都道府県には情報提供がされていないという状況だと思われま。

なお、この医療審議会の決定を受けまして、医師部会の先生方に意見照会させていただいて、古賀会長にご了解いただいて、6月5日付で厚生労働省と日本専門医機構に対して、資料の4にあります。この要望書を送らせていただいたことをご報告させていただきます。

専門医制度を医師偏在是正のために過度に利用することなく、制度本来の目的である専門医の質的向上という目的に立ち返って、専攻医が希望する研修を受けられるようにするとともに、シーリングなどによって、地域の医療体制に影響を与えることのないよう、制度変更の際には、都道府県に意見をちゃんと聞くようにということを要望するとともに、医師少数の県に医師を派遣することが難しい公立病院の役割も考慮するようにという要望をしております。

全国的には医師が多いと考えられている東京都ばかりが影響を受けるような制度の変更が今後も打ち出される可能性があります。制度の動向を注視していきたいと考えております。また、本協議会には、東京都の視点のみならず、全国的な影響も考慮したご意見を今後もいただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

説明は以上となります。

○古賀会長

ありがとうございました。

関わりを強く持っている方々でも、なかなかわからない数字がたくさん出てきて、理解に苦しむところもあります。厚労省、そして、日本専門医機構では、医師の偏在対策が第一義にあつて、医師の多いところは医師を減らそう、医師の少ないところに医師を増やしていこう、先ほどの外来もそうですけれども、診療科も同じような形で、そういった方向性で動いているというようなところですが、実際、病院の現場からは、今でも医師が足りないのにさらに医者を減らすのかとか、あるいは大学でも研究、教育も含

めながら医師集めをすることは非常に大変な中、地域から医者への派遣がなかなかされてこないというような心配ごともあるところ、このままでは医療崩壊につながるのではないかと、このようなところまで来ているような意見の先生方もいらっしゃいます。

新専門医制度、そしてシーリングの細かなことは、なかなかここで質問しても解決にすぐ結びつきません。今、最後に説明がありましたように、東京都として意見をまとめて、厚労省、そして厚労省から機構のほうへ意見を挙げてもらって、検討してもらおうということしかできないんですけれども、今のご説明に関して、これだけは押さえておきたい、あるいは聞きたい意見があるということがありましたら、委員の皆様からお聞きしたいのですが、いかがでしょうか。

伊藤委員、どうぞ。

○伊藤委員

伊藤でございます。

ちょっと教えていただきたいのですが、国のほうで医師は足りているかという議論がずっと続いていたと思うんですよね。今回、60時間というようなことを見直して必要数を出しているんですけれども、そこの整合性というのとはできているのでしょうか。要は、今まで総数で幾らとか、いわゆる医師が足りているかどうかという議論が進んできていて、今回、初めて60時間とかそういった規制が入っているんですよね。要は大まかに言うと、医師が国は足りていると判断しているんです。全体として見てですけれどもね。

○田口医療調整担当課長

国の検討会の経過などを見ておきますと、2024年の必要医師数というのが出ていますが、その横に2030、2036年というふうにあります。2036年に、国は、現在の医師の養成数で医師の需要と供給が均衡するというふうにされていて、均衡するということは、イコール今は足りないということではあると思います。ただ、全部の県で足りないわけではもちろんないということで、多いところから少ないところの移転をすることによって、少しでも底上げをしながら、36年に均衡するのを待つということで、これ以上、医師の養成数を増やすということは考えていないということだと思われま。

○古賀会長

ご理解いただけたでしょうか。

先ほども三位一体ということが出ましたが、この専門医機構での専門医の育成、そこには働き方改革が加わってきて、これぐらいの時間外勤務をすれば、医者としてこれぐらいの人数が必要だろうということは加味されてきてはいると思っています。

今ありましたように、2036年までに必要医師数を育成して、それ以上、現状のまま育成していくと、今度は人口も減るし、医者のほうがオーバーしてしまうというところ、先ほどちょっとありましたけれども、この医師の指数を出すに当たって

は、例えば私も医師ですが今、診療を全然していません、そういうような高齢になってきて、診療時間が短くなって何人必要か、あるいは若い先生はいっぱい働くから、これぐらいの係数でいいだろう、そういったようなところは加味されて、計算されて出てきた数字とは理解するんですけども、現場とのディソシエーションが少し多いのかなという気はするような意見がたくさん出ています。

いわば医師偏在対策イコール、医師の適正な配置をしていこうということが目的だと思いますが、本来は専門医機構に関しては、医師の質の確保というのが第一義ですが、その辺がちょっとずれてきているのではないかなというような、色々な意見が出てきております。

なかなか理解は難しいと思いますけれども、医師部会のほうでこの医師確保にあわせて、新専門医制度のシーリング等につきまして、また今後意見を挙げていくための検討を続けていきたいと思っております。

再来年度のシーリングに関しては、この8月から専門医機構のほうで検討部会というのを立ち上げて検討するというようなことが言われておりますので、それにも少し期待したいなど。学会の反発もいろいろありますので、その辺の調整は今後進んでいくものとは思っております。

よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○古賀会長

それでは、続きまして、議事の2番目、看護人材部会における検討事項について、事務局のほうから説明をお願いいたします。

○篠崎看護人材担当課長

よろしくお願ひいたします。看護人材担当課長をしております、篠崎と申します。

資料に沿って説明をさせていただきます。

参考資料の71ページのところに、看護職員の需給推計についてというものがございます。あと、次第の資料5-1、18ページのA3の資料2をあわせて見ていただきまして、2025年東京都看護職員需給推計についてになります。

看護職員の需給推計につきましては、地域医療構想との整合性の観点から、2025年における看護職員の需給推計を行うということで、国のほうから推計ツールが出されまして、それにあわせて東京都で計算をした数字になっております。2025年時点のというところから出されております。

結果から申しますと、2025年の需要の推計は、実人数として17万3,941人となっております。推計ツールのほうは、18ページの表のA3を見ていただきますと、区分が就業場所別になっておりまして、国の指示につきまして、AとBのところですね。一般病床、療養病床、あと、精神病床のところは必要病床数や患者数、国の指示に基づきまして入力値を入れております。そこで推計値が出ているこのシートに入れ込んで、

計算式で出した結果です。需要が17万3,941人でした。

右のほうですけれども、2025年の、こちらが供給の推計の実人数を、これも2016年の実績に基づきまして、推計ツールに入れ込んで計算をしているものです。

東京都は離職率が0.138ということで、これは、日看協で2017年に出した数字を離職率として入れております。その結果、2025年の供給推計としまして、14万708人ということで、単純にこれを引きますと、3万3,233人が必要ということになります。年で割りますと、1年間平均就業者増数として5,539人ということが、今現在計算して出した数字となっております。これは、今月、7月末までに国のほうに報告いたしまして、国のほうでは9月に報告書として提示されるという予定になってございます。

需給推計につきまして、以上です。

○古賀会長

ありがとうございました。

医師が足りないの、いろいろ看護師さんに医療補助をしてもらおうというような話もあるんですけれども、逆に看護師さんのほうも約3万人以上不足しているというような中で、医師が足りないということだけではなくて、看護師さん、そのほかも含めて医療人材はまだまだ不足の状況はあるのかなと思います。今のご報告で何かご質問はございますでしょうか。

どうぞ、お願いします。

○西川委員

今、離職率のほうは0.138という数字を教えてくださいなのですが、離職に関しまして、一番大きな理由というのは何なんでしょうか。

○古賀会長

離職の理由ということですが、おわかりになりますでしょうか。

恐らく各病院では統計をとっているとは思いますが、都としてまとめて、統計的なことは出ていないでしょうかね。

看護協会の方でおわかりになる方いらっしゃいますか。

○山元委員

健康上の理由とか、人間関係のトラブルとか、いろいろ細かいところが出てくるところと、表面的なところで離職の理由は出てくるところと二通りありまして、主には、細かく出てくるところは、健康上の理由というようなことが最近は増えているのかなというふうには思っております。

あとは、今やっぱりどうしても若い人たちの離職がほかの都道府県よりも少し東京都が高いのは、やはり選べるということが。地方に行くと、だんだん選ぶ施設が少なくなってきておりますので、10%以下に切れていますけれども、東京都の場合はたくさん病院があるので、ある程度選べるというところも一つの離職が高くなってきている要因

にはなっているのかなと思っております。年々、少しずつは離職率が低下している部分があります。

あとは、三交代、交代勤務、夜勤勤務があるということがやはり子育て支援とか、そういうところでの離職の要因となっている部分もあります。今、結婚で退職というのはまずないんですけど、やはり子育てで夜勤ができないということで幾つかの選択を、看護師をやめるということではなくて、幾つかの違う選択肢のところ働くということがあるように思っております。

○西川委員

どうもありがとうございました。

看護師さんが足りなくなるというのは大変重大な問題だと思いますので、潜在看護師さんなどもまだまだたくさんいらっしゃると思いますので、そのあたりもぜひ何か対策を立てていただければと思います。よろしく願いいたします。

○古賀会長

ありがとうございます。

喜多委員、何かありますか。

○喜多委員

山元委員がお答えになりましたことの追加になるかと思っておりますけれども、私はもともと医師でございまして、国際協力をやった後、看護師、特に訪問看護ステーションを開業する看護師の養成をやっておりますけれども、その中で感じることは、女性が非常に多い職場であって、やっぱり女性が働く環境整備ができていないということに尽きるのではないかと思います。

これは看護師だけでなく、女性の医師も同じこととございますけれども、社会全体が女性が働く環境整備をしない限り、いつまでたっても、確かに東京は選択肢があるので、ぐるぐる回りはしていますけれども、やっぱりキャリア・ディベロップメントにもつながりませんし、もうちょっと女性が働く環境というのを真剣に取り組まないと、いつまでたっても解決しないのかなというふうに思っております。

ありがとうございました。

○古賀会長

ありがとうございました。非常に大きな課題を提案いただきました。ありがとうございます。

勤務環境改善部会というのも下の部会にありますので、その辺での検討課題の一つかなというようなところもあります。

いずれにしても医師、看護師、その他医療関係者が足りないということは、都民、住民の大変なストレスになると思いますので、その辺は頑張って、医師確保、医療従事者確保をしていければと思っております。

そのほかに何かありますか。

どうぞ、お願いします。

○篠崎担当課長

申しわけありません。東京都で平成26年度に離職の理由等を調べたデータがございまして、全体の中で一番が自分の心身の不調ということが10.8%、あとは、年齢によってはやはり若い年齢だと、結婚、出産、転居等もあります。あとは、年齢が50歳とか60歳になりますと、家族の健康等が出てきます。あと、20歳台では、業務の多忙等、さまざまなライフイベントの理由が多くなってございます。

この調査なんですけれども、東京都で平成26年に調査をいたしました。今年の看護人材部会のテーマにもなっているんですけれども、また今年度、26年のデータを踏まえて、今年、このあたりにつきましても、東京都で調査をしていく予定でございまして、よろしく願いいたします。

○古賀会長

ありがとうございました。

それでは、看護人材部会は、明日開催されるわけでございますけれども、その議論を経て、国への報告を挙げるという手続をよろしく願いしたいと思っております。

本日の議事はこれで一応全部終了ですが、全体にわたって、このことをちょっと聞いておきたい、話したい、意見がございましたらお願いしたいと思っておりますが、

どうぞ。

○内藤委員

すみません、最後の最後におくれて申しわけありません。内藤病院の内藤です。

今の看護師さんの確保といいますか、人材のことにしまして、離職率の原因の一つとして、紹介業者による影響というのは全くないのかどうか。我々、やっぱり現場の病院をやっていると、もちろん皆さんがそれで動いているなんて、そんな看護師さんばかりではないということはよくわかっておりますけれども、先ほどの東京都内にたくさん病院があるという中においては、やはり少しでもアフターケアと称して、紹介業者の方がどうですかと言うと、当然、看護師さんたちは何らかの不満をおっしゃるわけです。別に看護師じゃなくても必ずそうなるんですけれども、そうすると、ほかにこういう病院もありますよとか、ああいう病院もありますよといった、そういった誘い水というのは必ず出てくるわけで、私ども東京都病院協会においても、その辺についてはアンケートをとったところ、やはりかなり人が動くことにしまして、その辺のところのモチベーションといいますか、そういったようなきっかけが一つ出てきているんじゃないかということは随分言われております。

ですから、ちょっと我々の中で襟を正して、例えば先ほどもありました看護職員の職場の環境改善であったりとか、それは我々の自助努力としてやるべきことだとは思いますが、それ以外に、外からの力としてそういう影響というのも今の現状としては全く看過できないものではないかなと思っておりますので、ここで議論することではないかと

は思いますけれども、私としては、一言だけちょっとお話しさせていただきたくてマイクをとらせていただきました。どうもありがとうございました。

○古賀会長

ありがとうございました。

やはり看護人材部会含めて、勤務環境改善の課題の一つにはなるものなのかなと思っております。医者でも一本釣りみたいな形でやめていくドクターもいるというようなことも聞いておりますけれども、その辺の外力に関しても考えておかないといけないということでした。ありがとうございました。

それでは、本日の議事は全て終わります。長時間にわたり、ありがとうございました。事務局、何か連絡事項がありましたらお願いします。

○高橋医療人材課長

3点ございます。

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

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

最後に、地下駐車場をご利用の方につきましては、駐車券をお渡しいたしますので、事務局までお申し出いただければと思います。

以上でございます。

○古賀会長

ありがとうございました。

本日、活発なご議論をいただきまして、本当に感謝申し上げます。

以上をもちまして、令和元年度第1回東京都地域医療対策協議会を終了させていただきます。ありがとうございました。

(午後 6時42分 閉会)