

令和元年度 第3回

東京都地域医療対策協議会

会議録

令和2年2月5日
東京都福祉保健局

(午後 1時15分 開会)

○高橋課長 それではお待たせいたしました。若干おくれてくる委員の方がいらっしゃるということでございますが、定刻となりましたので、ただいまから令和元年度第3回東京都地域医療対策協議会を開会いたします。

本日、お集まりいただきました委員の皆様方におかれましては、ご多忙の中にもかかわらず、ご出席をいただきまして、まことにありがとうございます。私は、東京都福祉保健局医療政策部医療人材課長の高橋と申します。議事に入りますまでの間、しばらくの間、私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。

それでは、まず、配付資料を確認いたします。資料確認ですが、資料1-1、次第をおめくりいただきまして、設置要綱、資料1-2、設置要領、資料1-3、委員名簿、横判となりますが、資料2-1が医師確保計画概要版、資料2-2が、ちょっと分厚く、確保計画(素案)となっております。資料2-3が外来医療計画の概要版、資料2-4が外来医療計画(素案)と、大分分厚いものでございまして、その後資料3、1枚もので、医師法に基づく専門研修に関する協議についてというものでございます。資料4がA3判で、令和3年度医師臨床研修募集定員についてというペーパーとなっております。その他、参考資料がございますが、落丁等ございましたら、その都度で結構でございますので、係員にお申しつけください。

続きまして、本協議会につきましては、お手元の資料1-1、東京都地域医療対策協議会設置要綱の第4にございますとおり、委員の任期が2年となっております。よろしく願いいたします。今期の委員の皆様は、いずれも前期に続いてのご就任となりますので、個別の紹介はお手元の委員名簿でかえさせていただきます。

委員名簿のほう、資料1-3でございますが、本日、大川委員、江川委員、喜多委員、福島委員、渡部委員が欠席となっております。また、伊藤委員と河原委員におかれましては、おくれて到着の予定と賜ってございます。

また、本協議会の部会でございます医師部会、看護人材部会、勤務環境改善部会につきましても、ほとんど変更がございませんが、一部、団体の推薦などにより新たな委員が指名されているところでございます。

それでは、議事に入ります前に、福祉保健局技監の矢内から、ご挨拶申し上げます。

○矢内技監 皆さん、こんにちは。東京都福祉保健局技監の矢内でございます。本日は、年度末に向かう大変お忙しい時期にもかかわらず、ご出席を賜りまして、まことにありがとうございます。

開会に当たりまして、一言ご挨拶を申し上げます。

委員の皆様には、日ごろより東京都の保健医療施策に深いご理解とご協力を賜りますこと、厚く御礼を申し上げます。

また、このたびは、本協議会の今期委員についてご承諾をいただきまして、まことにありがとうございました。

この東京都地域医療対策協議会は、医療従事者の確保策などを協議することを目的といたしまして、平成19年に設置をいたしました。医療機関や関係団体、地域住民の代表の方々などに委員にご就任をいただき、ご意見を頂戴してまいったところでございます。

昨今、医療法及び医師法の改正により、本協議会の機能強化等が図られたことを受け、今年度当初に、地域医療支援センター運営協議会なども含め、本協議会の再編成を実施いたしました。本協議会のもとに、医師、看護師、勤務環境改善の三つの部会を設けたところでございます。今年度は医師確保計画等の策定に加えて、専攻医採用の新たなシーリングが示されたほか、医療従事者の働き方改革に向けた動きが進み、さらに、来年度には医師臨床研修に関する権限が国から移譲されるなど、これまでになく大きな動きが生じる中で、皆様からもさまざまなご意見を頂戴し、議論を重ねてまいったところでございます。ご協力を賜り、まことにありがとうございました。

少子高齢化が進む中、東京都では、誰もが質の高い医療を受けられ、将来にわたり健康に暮らせるよう、ライフステージを通じた健康づくり、高度急性期から在宅医療までの切れ目のない医療連携など、保健医療福祉サービスの充実に今後も取り組んでまいります。

医療人材の確保と育成は、東京都地域医療構想でも基本目標の一つとして掲げておりまして、保健医療政策を進めていく上での重要な課題でございます。委員の皆様には、引き続き、ご指導、ご協力をお願いしたいと考えております。

本日は、医師確保計画及び外来医療計画、専門研修に関する協議、医師臨床研修の募集定員といった事項を議事としております。限られた時間の中で、重要な議事が複数ございますが、それぞれのお立場から忌憚のないご意見を頂戴したいと考えております。

本日は、どうぞよろしくお願ひいたします。

○高橋課長 続きまして、議事録等の公開について、ご意見を賜りたいと思います。

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っておりますが、よろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○高橋課長 それでは、設置要綱第5の2の規定により、会長につきましては委員の互選となっておりますので、お集まりの委員の皆様の中から選任をしていただくこととなります。

適任と思われる方がいらっしゃいましたら、ご発言をお願いいたします。

○内藤委員 よろしいでしょうか。東京医師アカデミーや東京都へき地医療対策協議会などで医師の確保、育成にご尽力されております古賀委員が適任かと私は存じます。

○高橋課長 ただいま内藤委員から古賀委員を推薦するご意見がございましたが、いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

○高橋課長 ありがとうございます。

それでは、古賀会長、会長席へのご移動をお願いいたします。

○高橋課長 よろしく申し上げます。

○古賀会長 ただいま推薦いただき、ご指名いただきました古賀でございます。

前回に引き続き、会長を務めさせていただきたいと思っております。

先ほど、矢内技監の話にもありましたように、多くの権限が都道府県におりてきたというところで、この医療対策協議会、非常に重要な、東京都の医療体制の本幹をつかさどるような重要な会議となって、私の職務も非常に重責だというふうに思っており、私に務まるかどうか心配もございますけれども、ぜひ皆様のお力拝借しながら会を進めていきたいと思っております。役割を果たしていきたいと思っております。

今回の議論の中心、今もお話がありました、その一つに医師確保計画の策定というものがございます。ご存じのように、医師偏在指数、東京都は、全国が新しく出た240という数を大きく上回って、330ぐらいということで医師多数地域ということで、全国からいろいろ指摘がされているところでございますけれども、現場感覚から言いますと、これで本当に医師は足りているのか。あるいは、東京都でも多摩地域中心に、ある地域では非常に医師が足りないと。そして、診療科によっても非常に偏在があって、東京都でも、ある診療科には特に支援をしていると。そんなような状況でございます。今なお、医師の確保が困難だという状況にもございますので、ぜひそういったところにも力を出していきたいと思っております。

また、医師だけではなくて、看護人材、それから医療従事者の確保、働き方改革、そしてキャリアの形成のプログラム、そういったところにもいろいろな決定事項をしないといけないということで、多くの課題がございます。そういった課題に対して効果的な対策を講じながら、皆様のご意見を参考に東京都の医療体制を整えながら、この会を進めていきたいと思っておりますので、ぜひよろしくお願いいたします。

(拍手)

○古賀会長 それでは、まず役割の一番最初になりますが、設置要綱に副会長を指名する必要がございます、会長が指名するというようになっておりますので、指名させていただきたいのですが、副会長には、東京都の医療に非常に詳しく、私に何かあったときに職務を代行するというようにふさわしい、東京都医師会の副会長であられる角田委員にご協力を願って、副会長をお願いしたいと思います、皆様いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

(拍手)

○古賀会長 それでは、賛同いただきましたので、副会長は角田委員をお願いしたいと思います

います。よろしくお願ひいたします。何か一言ございますか。

○角田副会長 東京都医師会の副会長の角田でございます。

古賀委員長をしっかりとお支えして、本協議会が円滑に進むように尽力したいと思ひますので、ぜひよろしくお願ひいたします。

○古賀会長 それでは、一応3時を目途に会を進めていきたいと思ひます。時間もそう長くありませんので、早速、議事に入りたいと思ひます。

まず、一番初めの東京都医師確保計画（素案）及び東京都外来医療計画（素案）につきまして、まず事務局のほうから説明をお願ひしたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○高橋課長 それでは、私のほうから、医師確保計画の概要版につきまして、まずご説明いたします。

資料2-1をごらんいただければと思ひます。

医師確保計画は、医療法の改正によりまして、外来医療計画と並び、今年度中に新たに都道府県が策定することとされております計画でございます。全国ベースで比較・評価いたしました「医師偏在指標」を用いまして、医師多数・少数区域を設定し、医師確保策を定めることとされてございます。

国は、都道府県や二次医療圏間の医師の地域偏在を是正することを目的といたしておりまして、都道府県は医師少数区域における医師確保のために必要な施策を検討するとされてございます。

東京の医師を取り巻く状況でございますが、医師少数区域が、西多摩、南多摩、島しょと3圏域あるものの、都全体といたしましては、医師偏在指標で見ますと、最も医師多数の地域となっております。医師数は、医学部の定員増などによりまして年々増加しており、女性医師の割合は3割と、全国に比べても多い状況となっております。また、若い医師が多く、全国平均よりも平均年齢が低いという傾向にございます。といいますのも、東京は全国に比べまして、病院に勤める医師の割合が低く、医育機関で働く医師の割合が高いという特徴があることによります。

掲げておりますグラフでございますが、その特徴を顕著にあらわしてございまして、病院、医育機関、診療所別の医師数となっております。全国と東京で、若干数字が見にくいのですが、縦軸が医師数、横軸が年齢となっております。全国の医師は、山のピークが30代から60代と、ずっと、むしろ60代まで伸び続ける傾向にございますが、一方、東京は、尖っているピークの部分が比較的若い30代にございまして、その後、急激に減るといような特徴がございます。これは、東京は13もの大学病院がございまして、大学医学部がございまして、医師をたくさん育成し全国に輩出していると、このことが東京の最大の特徴というところでございます。また、高齢化の進展によりまして、医療需要の変化が予想されてございます。

このような東京の特性を踏まえまして、計画のポイントといたしましては、東京は大

学病院等におきまして、全国で活躍する医師を今後とも育成していくことを前提としていくということですか、また、医師少数区域のみならず、都全域を対象に都独自の医師確保の方向性を示すということ、また、PTでも活発に意見が交わされましたが、総合診療機能ですか、かかりつけ医機能といった医師確保策について、重点的に記載していくことというところとしてございます。

おめくりいただきまして、2ページ目になります。

計画におけます東京の医師確保の方向性でございますが、2025年に向けました医療提供体制の方針であります地域医療構想に基づきまして、「東京の将来の医療～ランドデザイン～」の実現を目指しました医師確保の方向性ということで、地域医療構想の四つの柱に沿いました計画としてございます。

まず、1番の高度先進医療提供体制の将来にわたる進展でございますが、専攻医の確保・育成、また、総合診療専門医の育成、また、医療人材のキャリアアップ支援ということを掲げてございます。

また、2番の切れ目のない医療連携システムの構築でございますが、重点的に取り組む政策に必要な医療人材の確保・育成といたしまして、救急、小児、周産期、へき地、災害医療を担う医師等を確保・育成していくこと。

また、3、治し、支える医療の充実では、かかりつけ医の確保・育成、また、地域で健康づくりや疾病予防を支える医師の育成などを出しているところでございますが、特に地域の医師の育成につきましては、学校保健医など、地域活動に従事する医師の育成という論点がPTでもございまして、こちらを記載しているところでございます。

また、4番のところでは、働き方改革への対応、また、卒前からの教育の充実ということで、医学生の育成、また、適切な受療行動がとれるようということで、都民への普及啓発などを掲げてございます。

こうした東京ならではの強みを生かした医療提供体制を構築できるよう、必要な医療人材を確保していくというところでございます。

おめくりいただきまして、概要版の③でございます。

こちら計画の工程を記載してございます。

第1部のほうが5章立てということで、第4章に産科・小児科における医師確保計画を定めてございまして、こちら必須の項目となっております。都は、東京都保健医療計画と整合性を保つため、周産期医療を担う医師、また、小児科医師の確保計画とするということで、産科に限らず、周産期医療というくくりで書いているところがございます。

第2部が、先ほど申し上げました地域医療構想に基づく医師確保の方向性というところでございます。

概要版につきましては以上でございまして、次に、資料2-2のほうを簡単に見ていきたいと思っております。

おめくりいただきますと目次がございまして、お隣に医師確保計画とはということで、「はじめに」というのがございます。

東京は、大学病院等の集積によりまして、全国の医療人材を育成するという大きな役割を担っている一方というところでございますが、今回の協議会のこの後の議事にもなっておりますが、臨床研修医や専門研修医の定員でシーリングがかけられまして、大幅に定員が減っている状況がございまして、医師を育成し全国に輩出するという東京の特性が損なわれ、全国の県にも影響があり得るのではないかとございまして、計画は2部構成とし、第1部に国が計画に求めるもの、第2部といたしまして、都独自の取りまとめとしてございます。また、本計画策定後につきましても、地域医療構想アドバイザーとともに調査分析を進め、対応を検討してまいります。そして、予防から治療、在宅に至ります各段階に必要な医療人材を確保し、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」の実現を目指してまいります。

さらにおめくりいただきますと、計画の構成ですとか、策定プロセスなどを記載しておりまして、5ページ目からは、東京の医療の状況をお示ししてございます。7ページのところには、人口推計から見た東京の特性がございまして、全国的には人口が下り坂というところでございますが、東京は、当面まだ上り坂ということで、2045年に2015年度水準を上回る見込みとなっております。人口推計から見る東京の医療需要は、当面、しばらく増加するという特徴がございまして、

また、おめくりいただきまして、8ページ、9ページでございまして、

高齢者人口の伸び、また、年少人口の停滞、さらには後期高齢者人口の増加の傾向が大きく、これに伴いまして、訪問診療など、必要な医療需要の伸びが予想されているところでございます。

10ページになります。東京の医師の状況でございまして、先ほども申し上げましたが、医学部の定員増などによりまして、1974年から40年の間に3倍近くふえているという状況でございまして、

また、11ページのほうでは、冒頭お話ししましたように、東京は病院で働く医師が少なく、医育機関で働く医師が多い状況が見てとれます。

また、おめくりいただきまして、12、13ページには、診療科別の医師数の状況も掲載してございます。

引き続きまして、14ページ以降に、医師偏在指標の説明が出てございます。計算式などもございまして、ずっとおめくりいただきますと、19ページに、都及び二次医療圏の状況が出てございます。都の偏在指標は332.8ということでございまして、13医療圏のうち、8医療圏が医師多数、3医療圏が医師少数、そして、2医療圏が、そのどちらでもない状況といったところでございます。

おめくりいただきまして、21ページに医師確保の方針を掲載してございます。

まず、目標医師数の設定でございまして、下位33.3%の基準を達するために必要

な医師数として、国の算定数字となっております。下のほうの医師確保の方針でございますが、昨年度、専門研修を行う基幹病院宛に医師派遣のアンケートを行ってございまして、ちょっと、次おめくりいただきました23ページに、囲み記事としてアンケート調査結果を出してございますが、1年間に8,000人規模で医師派遣がされているような状況ですとか、また、そのうち半数は都外に送られているというようなことがございまして、ただ、一定の均衡が把握できたものの、具体的なところはまだわかっていないような状況もございます。今後は、こうした全国への医師派遣等の実態ですとか、また、診療科別の医師数も、地域別の把握なども含めまして、これらを多角的な視点から検討する必要があると考えてございます。また、地域枠や支援ドクター事業などの見直しに向けた検討ですとか、今後も地域の特性に応じた取り組みが進むよう、議論を深めながら真に必要な医師数の確保を目指してまいります。

さらにおめくりいただきまして、22、23ページには、目標達成のための施策といたしまして、従前から力を入れております医師確保策といたしまして、地域支援ドクター事業、へき地勤務医師確保事業、医師奨学金、自治医科大学など、こうした制度を活用し、引き続き医師確保策を行ってまいります。

また、おめくりいただきますと、27ページ以降は、見開きで二次医療圏別の状況が書かれているところでございます。

こちら飛ばしていただきまして、54ページから、産科・小児科の医師確保計画となっております。

54ページには、全国的にも東京といたしましても、出生数が減っている一方、東京は35歳以上の母からの出生数が4割近くと全国を大幅に上回っているような状況がわかります。

また、お隣の55ページでございますが、産科・産婦人科の医師はふえてきておりまして、また、中ほどの表ですが、産科・産婦人科、小児科ともに、女性の割合が46%、44%と、ともに大きく4割を超えているような状況もございます。また、一番下の棒グラフでございますが、30代前半が一番多いんですけれども、25歳から44歳まで、若い層の4層におきまして、全て女性のほうの割合が多いような状況もございます。そのような特徴が、東京にはあるかと思えます。

引き続きまして、産科における偏在指標でございますが、少しおめくりいただきまして、62ページになります。

分娩1,000件当たりの医師数ということが、医師偏在指標となっております。こちらにつきましては、東京は、やはり産科のほうでも都道府県で一番高い数字となっておりますが、地域によっては、63ページのほうでございましてけれども、ばらつきがあるような状況となっております。また、産科における相対的医師少数区域もないような状況となっております。

そちらの取りまとめといたしまして、おめくりいただきますと、66ページのところ

に、周産期医療を担う医師の取り組みの方向性というところでまとめて書かせていただいているところがございます。

67ページから、小児医療について、まず現状がございまして、年少人口は、この30年の間に15%減ってきているような状況がございまして。

また、次のページ、68ページの上のグラフのほうでは、小児科の医師数の表がございまして、だんだんとふえてきているような状況がございまして、診療所、病院ともに勤務医の医師数はふえてきているというところがございます。

下のグラフにつきましては、やはり、若い層が棒グラフ、長いような状況でございまして、多いというところがございます。また、やはり女性がふえているという点におきましては、一番若い25から29の層ですと、女性の割合のほうは男性よりも数が多いというような状況となっております。

おめぐりいただきますと、小児科における医師偏在指標が71ページから記載となつてございまして、こちら小児科の指標、年少人口10万人対の指数ということでございまして、次の72ページのほうに、全国、東京都並びに圏域別の偏在指標が出ている状況となっております。やはり、都内医療圏では相対的医師少数区域はないような状況というところがございます。お隣73ページ目のほうに、取り組みの方向性がまとめられているところがございます。

76ページ以降に第2部、都としての方向性ということで、概要で説明したとおりでございますけれども、全部で18の課題につきまして、課題と取り組みの方向性を書かせていただいているところがございます。

ざっと説明は以上になります。

○古賀会長 ありがとうございます。

東京の医師確保計画、その策定の考え方、計画のポイント、その中に東京、本当に大きな都市で、他の県とは違った面があって、東京にはこういう特性があるのだということ掲げながら、現状と、そして医師確保の計画というところを素案として、2部構成でまとめてあるというところがございます。

何かこの医師確保計画の中で、今説明のあった部分も含めて、ご意見、ご質問等あればお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。楠田委員、どうぞ。

○楠田委員 杏林の楠田ですけれども、私はこの協議会に周産期医療の立場で出席させていただいておりますので、その立場で少しコメントを述べさせていただきます。

今回、この医師確保計画（素案）ということで出していただいたのですけれども、先ほどの資料2-1の3ページ目に、左側の下のほうに、四角で囲った説明がありまして、国のガイドラインでは、産科・小児科の医師確保計画を個別に策定することとなっているが、東京都保健医療計画との整合性を保つために、周産期医療を担う医師、小児科医師の確保計画とするというふうに書いていただいているのですけれども、この背景は、これは我々もよくわからないのですけれども、同じ医政局でありながら、この医師確保

計画をまず出して、その後、周産期の担当のところから、小児科は別途ガイドラインをつかって計画しなさいよというふうに書いてあるので、そういう意味で、何となく全体という流れの中で、突然というか、医政局の違うところから、この産科、小児科は別ということになったので、そういう意味で別にすべきというガイドラインができたんですけれども、我々としては、計画の中に入るのが別でないといけないというんじゃないかと、産科と小児科、周産期に関しては特別な事情があるので、そういう意味で、別途計画してくださいという趣旨だと思いますので、東京都の医師確保計画の中に入って、しかも、こういう第4章という形で書いていただいたということは、そういう趣旨に合っていると思いますので、我々としても歓迎というか、こういう形で納得がいった、ありがたく思います。

それから、すみません、もう一つ。内容に関しましても、今ご説明がありましたけれども、世の中では分娩が減っているというのが、かなり定着しているんですけれども、お話にもあったように、実は今、妊婦さん、いろいろな意味でリスクが上がっているんですけれども、年齢だけ考えても、今30代が普通ですし、40代も珍しくないし、50代も珍しくない時代で、さらに、女性がこの後、職場で活躍されると、恐らく、妊娠される時期はもっとおそくなる可能性があるもので、そういう意味では、出生するだけで周産期医療のニーズをはかれないで、そういうことも、ぜひ我々としては訴えたかったです。そういうことをこの計画の中に明記していただいたので、やはり、周知上、どの診療科も不足しているので、それは当然考慮すべきなんですけれども、そういう意味でも非常に特殊な診療領域であるということをお我々としては強調したかったです。そういうのをわかるようにつくっていただいたことに関しては、我々も非常に思っております。

○古賀会長 ありがとうございます。

周産期からのご意見がございました。非常によく書かれているのではないかとこのご意見でございます。

ほか、いかがでしょうか。

事務局、これはたしか、今パブコメで全体的にご意見をいただいているんですよ。その辺、ちょっと説明できますか。

○高橋課長 はい。1月24日から1カ月の間、パブリックコメントの最中でございます。都民の意見をまとめている最中でございます。その意見を踏まえまして、3月中に医療審議会のほうに諮問・答申して、年度内に確定していきたいというような予定としてございます。

○古賀会長 ありがとうございます。

では、ほかにご意見がないようでしたら、パブコメもございますので、そちらにいただいてもよろしいですし、その最終版への反映を検討いただきながら、東京都の医師確保計画（素案）につきましては、これで一応、皆さんにご理解いただいたということに

したいと思います。

それでは、続いて、外来医療計画の案について、説明をお願いしたいと思います。

○千葉担当課長 それでは、私のほうから外来医療計画（案）についてご説明させていただきます。計画推進担当課長、千葉と申します。どうぞよろしく願いいたします。

資料はお手元の資料2-3、タイトルが東京都外来医療計画（案）概要版①と書いたA4横型の資料をごらんください。

まず、資料の一番上にございます「外来医療計画とは」とございます。医師確保計画と同じように、平成30年の医療法の一部改正に伴いまして、各都道府県がつくる計画とされてございます。こちらは二次医療圏ごと、東京では二次保健医療圏と呼んでいませけれども、診療所の医師数が多いか少ないかというふうなことを決める外来医師偏在指標というのを国のほうが定めまして、それに基づいて行ってくるということで、具体的には、二次医療圏、全国で335ございますが、これを診療所の数が多いほうから、第1位から第335位までをずっと並べまして、上位3割を外来医師多数区域と言うというふうなこととされております。

この計画、その下でございますが、国の考え方でございますが、国はガイドラインを各都道府県に示しまして、全国統一の計画としていこうというふうなことがございます。その考えですが、地域で中心的に外来医療を担っていただいている無床診療所が都市部に集中するなど偏在していると。それを是正していくことが今後必要であるというふうな考えのもと、先ほど申し上げました外来医師多数区域において、診療所を新たに新規開設しようとする方々に対して行動変容を求めていくと、そのような計画にしていきたいということでございます。

ただ、国のほうが法律を改正いたしまして、この計画をつくるということは法律で決めたんですけれども、従来ありますドクターの自由開業制ですとか、診療の選択の自由と申しますか、そういった制度は一切変えないということでございまして、あくまでも自主的な行動の変容を求めていくというところでございます。

また、ここでいう外来の中には、在宅医療ですとか、学校医ですとか予防接種等、社会的医療と申しますか、そういうふうなものも、この外来医療計画に含むというようなことをされてございます。

一方、その下に東京の外来医療の特徴というのを幾つか並べさせていただいております。全国統一の考え方でいきますと、やはり東京は大分特殊な地域でございます。そのところから、おもだった特徴を記載させていただいております。外来医師多数区域なんですけれども、一番上の丸のところでございます。東京23区、それから北多摩南部、こちらは杏林大学さんですとか武蔵野日赤さんとかがある、多摩地域でも医療機関が集中しているところなんですけれども、などの二次医療圏が外来医師多数区域になっているというところでございます。具体的には、東京は13、二次医療圏、二次保健医療圏ございますが、うち9の圏域が多数区域となっているという状況でございます。

2点目は、都内の病院数は、ほぼ横ばいで推移してございますが、一般の診療所数につきましては、年々増加をしております。また、診療所におけます診療科の専門分化が進展しているということがございます。

一方で、東京には多数ございます大学病院の本院ですとか特定機能病院が高度な外来医療を提供していること、発達した交通網によりまして、都内全域の患者さんや東京都以外の方が多く都内の病院や診療所の外来を受診しているという状況があるというところでございます。

一方で、都内の病院につきましては、病院全体の7割が200床未満の、多くが民間病院でございますが、200床未満の病院が地域の外来医療を担っているという状況がでございます。

さらには、右のグラフにもございますが、高齢化の進展によりまして、都内全域で訪問診療の必要量が、2025年には、2023年比で1.5倍となることが推計されているというふうな状況がでございます。

こうした東京の外来医療の特徴を踏まえまして、先ほど申し上げました国の考え方だけでは、東京の外来医療、今後のことを考えていくにはちょっと不足しているというふうに我々は考えましたところから、東京都独自の外来医療の課題抽出や方向性を、これを機に検討し、計画に記載していきたいと考えまして、その下にございます計画のポイントで、東京都独自で加えるところを記載してございます。

大きく2点ございまして、1点目が、これは国の考え方に加えまして、国は外来医師多数区域を対象にいたしておりますが、都の場合は、全ての二次保健医療圏を対象に、新規開設者だけではなく、全ての診療所の医師に行動変容を求めていこうというふうな考えでございます。

2点目は、国のほうは診療所のみだったんですけれども、都では病院も含めまして、病院・診療所の外来医療全般について、ICTを活用した医療連携の取り組みとも連動しました東京都独自の外来医療の方向性をこの計画で示していきたいと考えております。

その中で、3点目でございますが、在宅医療に加えまして、総合診療機能やかかりつけ医機能といった地域包括ケアシステムの実現に向けて必要となる外来医療機能について重点的に計画に記載していきたいというふうに考えてございます。

恐れ入ります、1枚おめくりください。概要版②でございます。

こちらのページは、東京都独自で加えるもののおもだったところをピックアップしたものでございます。こちらのほうは、医師確保計画と同様に、地域医療構想で示しました東京の将来の医療のランドデザインのローマ数字で書いてある四つの柱なんですけれども、それに沿って立てつけたものでございます。

まず、左のほう、ローマ数字Iでございますが、高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展というところで、ここでは高度な外来医療機能の充実ということで、全国から集まる症例をもとに、稀少がんや難病などの高度な外来医療を今後もやってい

こうというところ。

2点目は、拠点病院の機能を生かした連携の推進をしていこうというところ。

3点目に、適切な受療行動を促す情報提供というのをここに書かせていただいております。これまでは、適切な受療行動を都民の方々へどうやって伝えていくか、どうやって浸透させていくかというのがおもだっていたのですけれども、あえて、ここでは、高度医療を行っているような拠点病院さんですとか特定機能病院さんの側からも、患者さんに働きかけといいますか、適切な受療行動を促すような情報提供等々も役割として担っていただきたいということで、ここにもあえて加えさせていただいております。

真ん中にいきまして、ローマ数字の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でございます。

こちらでは、まず第一に、ICTを活用した連携というのを掲げさせていただいております。東京総合医療ネットワーク、こちらは電子カルテシステムの多施設による相互参照のシステムなのですけれども、こういったものを活用した連携の促進を図っていききたいということ。

2点目が、病院と診療所の連携による総合診療機能の充実でございます。高齢化が進んでいると、複数の疾患や合併症を持った患者さん、非常に多くなっておりますし、今後もふえていくところから、そういった方に対応する総合診療機能を病院と診療所両方とも、連携しながら高めていこうというところでございます。

3点目が、重点的に取り組む課題といたしまして、ここでは救急、災害、外国人患者への対応を掲げさせていただいております。

右にいきまして、ローマ数字のⅢ、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実でございます。こちらでも、まず第一に、ICTを活用した連携を記載させていただきました。こちらは地域包括ケアシステムということですので、医療介護連携につきまして書かせていただいております。

2点目は、都民への普及啓発でございます。先ほども申し上げましたが、これまでやってきました都民の方々の適切な受療行動を普及啓発していくというのを、改めまして書かせていただいております。

3点目は、かかりつけ医機能の充実でございます。専門的な診療に加えて、幅広い視野でさまざまな疾患等に対応する機能を充実していこうというところ。

最後4点目は、看取りまでの支援ということで、1ページ目のご説明でも申し上げました、今回の題材につきましては、在宅医療も含めたものと位置づけられておりますので、在宅医療を含めると、どうしても看取りというのも不可欠なものでございますので、こちらで記載をさせていただいております。

最後ローマ数字のⅣは、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成というところで、これまで申し上げました高度医療、総合診療機能、在宅療養を担う人材の確保・育成について記載をする予定でございます。

こうしたものを取り組みながら、将来の医療需要の変化を見据えた外来医療提供体制を構築していきたいと、そのように考えてございます。こちらのほうは計画なんですけれども、今後、東京が担います外来医療につきまして、課題の抽出等、それから、その取り組みの方向性というのを計画のほうにそれぞれ記載させていただいております。

恐れ入ります、資料を1枚おめくりいただきまして、3ページ目をごらんください。概要版③でございます。

実際の外来医療計画の構成につきまして、こちらで書かせていただいております。左側に第1部、こちらが国の考え方、ガイドラインに基づくものがほぼ網羅されている第1部のものがございます。右側の第2部のところが、東京都独自で加えました地域医療構想のグランドデザインにのっとった部分というところで、先ほどご説明いたしましたローマ数字のⅠからⅣについて、主に記載してございます。

恐縮です、次の資料、資料2-4、東京都外来医療計画（素案）をごらんください。分厚くなっております、恐縮でございます。

こちらのほうが素案の全体でございまして、よろしかったら1枚おめくりいただきますと目次がございまして、先ほど申し上げました第1部、第2部、記載してございます。

もう一枚おめくりいただきまして、1ページ目が第1章、外来医療計画とはというところで「はじめに」というところで、先ほどの資料の1ページ目でご説明いたしました計画の位置づけですとか構成、それから東京の考え等々をこちらのほうにまとめて書かせていただいております。

ずっと飛んでいただきまして、恐縮ですが、16ページをごらんください。

繰り返しになりますが、こちらが外来医師偏在指標を用いた外来医師多数区域の東京の一覧でございます。13ある東京の二次保健医療圏の中で、上の九つの圏域が外来医師多数区域になっているというところでございます。一番左側の数字が、全国335圏域中での順位が書かれております。

次に、また飛びまして、22ページをごらんください。

この計画は、東京都の場合、新たにではないのですけれども、全体でなんですけれども、各開業される方々の行動変容を促していくということで、行動変容を促すために、まず外来の状況がそれぞれどうなっているのかというのを、各圏域ごとに、22ページ以降でお示しさせていただいております。

23ページには、各圏域ごとに、人口ですとか、高齢化率ですとか、診療科医師の年齢等々の状況を書かせていただいております。

24ページからは、外来医療の状況というところでございまして、患者数ですとか施設数等々を26ページまで書かせていただいております。

27ページには、その他の医療機能等々を書かせていただいております。28ページには、この計画策定に当たりましては、各二次医療圏ごとに、我々の構想区域とも一緒なんですけれども、地域医療構想調整会議でもご意見をいただきまして、それぞれい

ただいたご意見をこちらのほうにまとめて書かせていただいております。やはりデータですと、完璧にデータだけではあわせないものもございまして、地域の関係者の方々のご意見というのをこちらに記載させていただいております。

1枚お進みいただきまして、29ページからは地図でございます。区中央部でございますので、千代田区、中央区、港区、文京区、台東区の五つの区が、ちょっと白黒で大変見にくいのですが、本番はちゃんとカラーなので見やすくなっているんですけども、すみません。今回は白黒で恐縮ですけども、二次医療圏の地図が29ページでございます。病院と診療所がどこにあるのかというのをプロットしたものでございます。

30ページ以降は、各区ごとのものということで、30ページが千代田区から始まりまして、34ページの台東区まで、それぞれの区ごとに同じようにプロットしたものを記載してございます。

こういったものを、22ページからが区中央部でございます。13圏域ある東京都のものがずっと続いておりまして、193ページ、4ページぐらいまでの13圏域、同じような構成で記載させていただいております。

一番後ろのほうにいきまして、201ページからは第2部の部分でございます。

ランドデザインに基づきました外来医療の方向性ということで、先ほど、この中からポイントを絞ってご説明させていただいたものが、201ページから記載をさせていただいております。

駆け足になりましたが、私のほうからは以上でございます。

○古賀会長 ありがとうございます。

東京都の外来医療計画（案）の中身を説明いただきました。医師確保計画と同様の考え方になっていると思うのですが、やはり東京大都市の外来医療の特徴を挙げて、それに対して東京独自の計画のポイントを出し、方向性を挙げています。

最後に説明がありましたように、各二次医療圏ごとに非常に細かなデータ、これを集積して、提示して、行動変容を促そうというようなことになっている計画案でございます。

説明の内容、あるいは計画案の中身で何かご質問、ご意見はございますでしょうか。内藤委員、お願いします。

○内藤委員 内藤です。今の内容につきまして、一応確認、今の議論の中でもあったと思います。確認ですけども、これ、あくまでもこういったようなデータですとか、それから、地図上のこういうものを提示することによって、行動変容を促すということであって、この中、ちょっとすみません、全部目を通していないんですけども、特に具体的にこのようにしていくという内容というのは、特に記載されていないのでしょうか。つまり、ここの地域はこうだから、もうこれ以上はなかなか難しいんじゃないですかとか、そういったことは全く記載されていない、ただ単に数値としてとか、データとしてお出しして、それを見た医師がどういうふう考えていくかということの素案というこ

とで考えてよろしいでしょうか。

○千葉担当課長 先生のおっしゃるとおりでございまして、国のほうも申してはいるんですけども、開業制限をかけるですとか、こっちに開業しなさいですとか、この辺はもう遠慮くださいとか、そういうことを言わないというふうなことでございまして、東京もそれに準じまして、そこまでは記載してございません。あくまでも現状をお示しして、皆さんに考えていただくという形をとっております。

○古賀会長 ありがとうございます。

ほかにいかがでしょうか。どうぞ、西川委員。

○西川委員 行動変容ということにちょっとかかわるかもしれないのですが、病院から在宅へという話題の中で、今後の在宅医療というのに大変関心がございまして、2025年には在宅のニーズが1.5倍になるだろうという記述もございましたけれども、1.5倍という量に対応するのは非常に大変だと思うのですが、何か、例えば、在宅医療を整備しているような医療機関に対する特別な支援とか、あと、例えば、今出た行動変容というものの中には、今までは在宅をやっていたらなかった地域の先生方なんかにも参加していただくような流れというのを含めてのことなんでしょうか。

○古賀会長 事務局、いかがでしょうか。

○千葉担当課長 ご指摘いただきましたとおり、在宅医療、在宅療養というのは、今後、需要がますます高まるというのは、もちろん、それはわかり切っていることでございますが、ただ、この計画だけで全てがあらわし切れているものではございませんし、東京都が出しております医療計画、東京都の場合ですと保健医療計画と呼んでいますけれども、そちらのほうできちんと在宅療養について項目を設けまして、都の取り組み等々、記載してございます。ちょっとそれとあわせて、今回はこの外来のところに絞ったところを書いておりますけれども、重要な課題として認識して取り扱っております。

○西川委員 ありがとうございます。

○古賀会長 よろしいでしょうか。角田委員。

○角田副会長 東京都医師会の角田です。今の在宅のご指摘、大変重要なことだと思います。この中で、これは計画ですけれども、これの後に具体的ないろいろな政策がいくつくると思うんですけれども、やはり、かかりつけ医としては、機能としては、公衆衛生だったり在宅というのは、当然、私どもはそれが含まれていると思っていますし、もう既に、私ども東京都医師会としては、在宅医が必要ですから、あと、専門でないかかりつけ医の方々に在宅のスキルを覚えてもらうという意味で、在宅医療塾というのも既に始めて、毎回数十人のご出席をいただいておりますので、それらと連動しながら進めていきたいと思っています。

○古賀会長 ありがとうございます。今後の在宅医療に関しましては、本当に多方面からいろいろなことで方向性をどうしようかというのは検討されていると思いますので、ここでは、とにかく医師の行動変容というところで、計画の案として、まず策定すると

というようなことだと思えます。

ほか、いかがでしょうか。もしよろしければ、この外来医療計画の案につきましても、今現在、医師確保計画と同様にパブコメを受けていると思いますので、最終的にそれを反映した形で策定するという方向にしたいと思えます。よろしいでしょうか。

それでは、議事を進めたいと思えます。

続いて、医師法第16条の8の規定に基づく専門研修に関する協議についてということですが、事務局から説明をお願いいたします。

○田口担当課長 医療調整担当課長、田口がご説明させていただきます。

参考資料の1-1をごらんください。

専門医制度につきましては、今まで本協議会においても、19の基本領域についてのご議論を、医師部会を中心にしてご議論いただいていたところがございます。

今般、一般社団法人日本専門医機構から専門医制度整備指針の改訂及びサブスペシャリティ領域専門研修細則（案）が提示されたとして、医師法第16条の8第3項の規定に基づいて、令和2年1月14日付で国から都道府県に対して協議がありました。16条の8第4項には、「都道府県知事が意見を述べる際には地域医療対策協議会の意見を聞く」とされているために、これに基づいて本議事とさせていただきます。

なお、国への意見の提出期限は2月15日とさせていただきます。

参考資料の1-2をごらんください。1枚おめくりいただいて。

医師法、医療法の改正の施行通知になりますけれども、この裏面の第1の2、留意事項というところがございます。ここに、この協議会が協議を行う内容については、専門医となるのに必要な資質に関するものではなくて、医療提供体制の確保に与える影響への配慮とか、研修を受ける機会の確保の観点からの意見に限られるというふうにさせていただきます。

今回お配りさせていただいている参考資料の1-1から1-7まで、これが全て国から都道府県に送られてきたものの一式となります。どこがこの留意事項に該当する該当箇所なのかということは示されておらず、事務局のほうで全て読み解く必要がありました。該当すると思われる箇所をお示しした上で、事務局案の意見書とともに、この協議会の医師部会の先生方に事前にお送りして、ご意見をお聞きしております。委員の先生方には急ぎのお願いとなり、大変失礼いたしました。ご協力ありがとうございました。

協議会で協議を行う内容と思われる記載としましては、参考資料の1-3の専門医制度整備指針のほう、こちらのほうには、サブスペシャリティ研修についてが新しく定まって、それについて総論的なことが加えられたということの記載のみで、特に、この協議会で都道府県が考えなければいけないというような箇所は見当たらないというふうに考えております。

参考資料の1-4のサブスペシャリティ領域専門研修細則（案）、こちらのほうが完全に新しくできたものということになります。例えば3ページのほう、ごらんになって

いただきますと、1-2のvii、専門研修整備基準に、専門研修は、診療実績に鑑み、一定の地域や病院類型に偏らないこととか、女性医師や地域枠に配慮した研修制度が整備されていること。それから、例えば6ページは、3-5の研修医受け入れ方針、上のほうになります。こちらには、専攻医の地域分布に極端な偏りを生じさせないための方策を示さなければならないとか、その下の4-1、専門研修カリキュラムの理念のところ、専門性を強調するがあまり、専門外を排除して国民の健康と福祉に不利益を負わすことのないように努めなければならないなど、そういう記載が幾つか見られております。

また、参考資料の、飛びまして7、参考資料の7なんですけれども、こちらの医師専門研修部会、国の専門研修部会におけるサブスペシャリティ領域に関する主な意見、まとめになりますけれども、例えば、この中には、委員の先生方からの意見として、専門医制度には、国民にわかりやすいということが目的の一つであったので、領域の乱立は避けるべき。サブスペシャリティ領域の乱立は避けるべき。それから、大都市の研修プログラムに専攻医が集中しないよう、サブスペシャリティのシーリングの導入、ここは都にとっては若干問題があるかと思われるんですけれども、あとほかに、患者自身がその診療科目を見て判断できるような領域とすべきと。サブスペシャリティ領域の名前を見てもどういう科目なのかよくわからないというようなことはないようにというご意見などが、都道府県として考えなければならない内容かと思われました。

本文のほうには、この整備指針と細則、本文には、ここを特に直すべきというような箇所は見当たりませんで、医師部会の先生方からも特段のご意見はなかったことから、事務局としましては、専門研修プログラムにかかる昨年9月に意見書を国のほうに出しておりますが、この意見書をもとにして、内容を一部追加して、専門研修全般に対する意見書として提出してはどうかと考えております。

資料の3をごらんください。

これが、この協議を受けまして、意見書の案となります。追加した部分が3の部分で、あと8の部分に、後ろになお書きというのを加えております。あと、記書きの部分全文についても変更はしております。

3の項目についてですけれども、従前は、東京都は専門医の質の向上の観点を第一として、基本領域の専門医の2階建部分に当たるサブスペシャリティ領域の研修こそ、より専門性が求められることから、都市部の資源を評価して、シーリングなど、医師の偏在是正の観点からの取り組みを過度に行わないようにということを求める要望を追加しております。

また、8のなお書きについてですけれども、この資料、参考資料の1から7をただ送付して、短期間で医対協を開催して意見を求めるというようなやり方は、医対協の役割がこのほかにも格段に増加しているという現状からも容認しにくいということで、改善を求めるというのを加えるという内容としております。

このような意見書を出させていただくということで、いかがでしょうかということで、

よろしくご協議をお願いいたします。

○古賀会長 ありがとうございます。

医師確保計画から唐突に、この専門医の話になったので、ちょっと頭の中が混乱されている委員の先生方も多いと思うのですが、要は、臨床研修が2年終わった後の専門研修、専門医の育成について、日本専門医機構が東京都を含めて医師多数地域にシーリングという形で医師の数の制限を、診療科によってかけてきたと。そういったようなところでいろいろ意見が出まして、厚労省が上に立って物申すというようなところで、厚労省も各都道府県の協議会のご意見を参考に、日本専門医機構にいろいろ話をしていくというような形で流れてきておりました。

今問題になっているのは、サブスペシャリティ、要するに、専門研修のさらにより細かな専門性を持った医師を育成するための研修の制度、これに対して、日本専門医機構がある程度計画を立てたところに、厚労省のほうからまたいろいろな議論が、ここに参考の意見も出て、今ちょっと一時ストップしているわけですが、そのサブスペシャリティに関しまして、こういう形でやってはどうかというようなものが、今説明のあった整備指針の中に含まれ、細則として出てきたわけです。これを短期間のうちに各都道府県の協議会で検討して、何か意見があれば物申せというような形で来ましたもので、事務局のほうでも、東京都のほうでも、非常に短期間にどうしようということ、東京都の場合は医師部会のほうで検討することになっておりますので、医師部会の委員の先生方にその内容を、委員会を開く間もなかったもので、メールを中心に検討していただいて、ご意見があれば、ご意見をいただくというような形をとらせていただいて、この資料3の意見書（案）、これを作成したということでございました。

従前から、そのシーリング、医師の助言、決定等につきまして、東京都もいろいろ意見を言ってきております。都道府県の医療体制に深刻な影響を与えるなど、公的病院の役割等を加味すると、そういうような意見を質の確保の上からやってほしいというような意見を出してきておまして、その意見書をベースに、今度はサブスペシャリティの研修に関して、追加事項として、今アンダーラインの引いてある3と8のなお書きを追加して、厚労省から来たものに対しての意見として上げていこうというところでございます。

おわかりいただいたと思うのですが、ざっと見て、きょう、医師部会の先生にも、もしということでオブザーバーで出ていただければと思っていましたが、ほかの先生いらしてありませんが、医師部会では、一応検討した形でここに出てきております。

何かわからない点、ご質問、ご意見はございますでしょうか。どうぞ。

○楠田委員 すみません、確認なんですけれども、これは、宛先は最終的には厚労省に行くことになるんでしょうか。これは専門医機構には、この要望は、同時にこの要望書としてはいくのでしょうか。

○古賀会長 事務局、これは厚労省ですね。厚労省が各都道府県のこういった意見をま

とめて、日本専門医機構に上げるという、そういった形でしたね。

○田口担当課長 ただ、各県ごとに、そのまま厚労省から専門医機構に上がるということはどこにも記載されておられませんし、法律でも定められていないと。都道府県知事の意見を聞くと、厚労大臣は意見を聞いた上で、専門医機構に意見を言うということしか定められていませんので、直接なかなか伝わらないということで、この意見書につきましては、前回も、専門医機構のほうにも直接都のほうから、厚生労働省のほうにこういう意見書を送りましたということで、同時にお送りしております。

○楠田委員 多分、厚労省の意見というか支配が強いので、大体のことは非常に納得できるし、重要なことなので、ぜひこれが、実際に今、専門医をやっているのは機構ですの、専門医機構にこのままいけばいいけれども、実際には、やはり厚労省である程度取捨選択して丸められていってしまうという可能性があるのでは、今言われた、送りましたという、ぜひ意見書を機構のほうに送っていただいて、東京都としてはこういう強い思いがあるというのを強調していただけたらと思います。

○古賀会長 ありがとうございます。事務局よろしく願いいたします。

ほかにご意見はございませんでしょうか。

それでは、今回の専門研修に関する協議の意見書としては、案をとってこの形で提出させていただきたいと思っております。では、事務局、よろしく願いいたします。

それでは、続いて、令和3年度の医師臨床研修の募集定員の配分方針（案）について、事務局から説明をお願いいたします。

○田口担当課長 同じく、医療調整担当課長、田口がご説明させていただきます。

参考資料の2-1をごらんください。

ついこの間、1月31日に開催されました国の医療審議会、医師分科会医師臨床研修部会の配付資料の抜粋になります。

医師臨床研修の必修化を臨床研修医の募集定員の研修希望者に対する倍率が高いことによって、研修医が都市部に集中するという傾向が続いたため、研修医の地域的な適正配置を誘導する観点から、平成22年度には都道府県の募集定員上限の設定、それから、平成27年度には募集定員倍率の縮小が行われてまいりました。

このスライドの2とついている一番上のほうのスライドになります。

倍率は、平成20年の最高の1.35倍離れているというのが、グラフがあります。これから令和2年度の1.1倍まで縮小してきて、さらに令和7年度の1.05倍まで毎年度1%縮小させる予定としています。倍率が下がれば空きが少なくなるので、都市部から地方へ研修医が流れていくのではないかとということでの倍率の縮小ということです。

この下のほうのスライドの、スライドの3番を見ていただきますと、大都市部の内定者、6都府県の内定者とその他の府県の内定者との比になっていますけれども、この比は年々都市部のほうは縮小しているということで、これは令和元年まで書いてあります

が、かなり効果としては出ているのではないかというようなグラフだとは思われます。ただ、国はこれでも不十分ということで、都道府県別の募集定員の上限のさらなる見直しを提案しています。

スライドのNo. 4、次のほうをおめくりください。

上段のほうの2020年度までの方法、この方法ですと、全国の研修医総数を①人口分布、それから②医師養成状況、これはつまり、医学部の定員数になります。そのうち、多いほうの割合で按分していたということで、研修医の総数を振り分けていたと、都道府県別に。それを、下段のほうですけれども、2021年度からは、この二つのどちらが多いほうを採用するのは同じなんですけれども、吹き出しのところに小さく書いてありますが、医師養成状況のほうを採用する場合には、人口分布の1.2倍までとされています。東京都の場合は、人口が大体全国の11%に対して、医学部の入学定員が16%ということで、医学部の入学定員が比較的多かった東京都は、今まで16%のほうを採用されていたということで按分をされていたということなんですけれども、これが人口割合の11%のほうの1.2倍、計算しますと約13%ということになります。13%のほうを採用されるということになります。医学部定員が人口に比して多い県が、これで上限数が減ってくるということになります。

この圧縮によりまして、もともと1.1倍から1.05倍という毎年1%圧縮されていくという以上のさらなる減員となります。

その次のスライドの6と7、見ていただきますと、6、7は文章で書いてありますけれども、ほかにもさらに幾つかの加算の項目などが新設あるいは変更されていまして、これによって新しい都道府県ごとの上限が決められていくということになります。今まで、例えば離島人口という加算の項目があったんですけれども、この離島人口に加えて、医師少数区域の人口による加算などが新設されております。それから、地域枠の定員の加算とか、そういうものが加えられております。

その結果、1月31日付で国から情報提供のあった東京都の配分数ですけれども、参考資料の2-2をごらんください。

裏面の別紙がついております。これが令和3年度の東京都の上限数ということになります。上限数は、Aの1,353に足すBというふうに書いてあります。Bの値は、病院ごとの募集定員の最低数は2名とされていることから、計算上、1名となってしまう場合には、地域医療対策協議会の了承を得れば、Aの値の外枠で1名を2名まで加算できる、プラス1名加算できるという枠になりますので、配分の方法によって多少前後はしますけれども、そんなに大きくふやせる値ではないということで、ほぼ1,353に近い値に、少なくとも今までの算定方法ですと、なるということになります。

Aの内訳ですけれども、③で医師少数区域人口による加算という新しい加算が19入っています。それから、④のほうで、激変緩和の調整というものが入っておりますが、これが162と、かなりのボリュームになっております。この激変緩和の調整ですけれ

ども、前年度の採用実績となりますので、国家試験の、4月1日に実際に医者になっている、臨床研修医になっている人ということになりますので、国家試験の合否を反映した数となります。この国家試験を反映した数の採用実績までは確保するという調整になります。定員上限よりも採用実績は、国家試験をその後に通過するというものですので、定員上限より必ず採用実績は少なくなりますので、よって、実質的には、定員に対する採用実績の割合は、ニアリーイコール医師国家試験の合格率となるかと思われまけれども、定員上限が毎年、逆に言うと、この調整の部分が減っていくということになりますので、毎年、医師国家試験の合格率をかけた値に減っていくというようなことなるかと思われま。毎年の募集定員の倍率を1%圧縮していくというよりも、はるかに大きな削減幅となるというような今回の計算方法の変更になります。

そこで、今回協議していただきたい事項ですけれども、資料の4をごらんください。A3の資料になります。

一番左側の縦の列に、令和2年度までの東京都の配分方法について概説させていただいております。令和2年度、今度の4月の分までは、もう配分が終わっているわけですが、今度の4月には、都の上限としては1,473名という都の上限数が与えられておりました。それに対して、都の調整枠が166人ということで、この166人をどのように配分するかという配分方法をこの協議会で決めていただいて、それに従って配分を行っていたということになります。過去3年間の内定者数の平均値となるように配分する配分Ⅰと、そのほかに、マッチング対象外への、いわゆる義務的な配分について行った、さらに残った分について、定員充足率、マッチ率の高い分に配分するという配分Ⅱというのを行って、最後の一人まで配分するというルールで配分をしまりました。

資料4の中ほどの制度改正の概要というところになりますけれども、来年度からの病院別の定員設定の権限が都道府県に移譲されて、国は都道府県の上限のみ指定するようになります。今までは仮定員というのが示されて、その差である都の調整枠というのが出てきたのですが、上限だけ決められて、今度は1から都道府県で配分を決めなければいけないということになります。

また、医師少数区域への配慮とか、新たな上限の算定式などについては、先ほどご説明させていただいたとおりですけれども、資料の右上のほう、令和3年度研修のところですが、改めて上限数を載せさせていただいております。1,353名ということですが、これが前年度から比べると、何と120人減ということ。左の上のところは、令和2年度、今度の4月については、この制度改正前ですが、前年度から64名減っていたということで、64名減の次の年が120名減ということ。倍の減少率ということになります。

さらに、過去3年間の内定者数の平均値、これはちょっと、データとしては1年ずれになるんですけれども、平均値が1,456名という計算上の値になります。そうする

と、従来の配分Ⅰという方法が、過去3年の内定者数の平均値となるように配分していたということからすると、それに対して103名足りない。つまり、従来の都の配分方法である配分Ⅰが既に行えないというような数になっているということになります。

その上で、新たな配分方法として、基本的な配分方針の案ということで載せさせていただきます。 (1)、従来の配分Ⅰが行えないということから、3年間の内定者数に応じて配分から按分というふうに変えさせていただきます。つまり、各病院とも同じ率でやらせていただいた上で、実績に応じて配分をさせていただくというのが (1) の方法になります。 (2) については、これは従来からのいわゆる義務的な、必ずつけなければいけないマッチング対象外の定数とか、それをさらに配らせていただいて、 (3) が新設になります。医師少数区域についての、先ほどAの内訳というところであった医師少数区域の人口によって加算された配分19というもの、これについては、必ず医師少数区域に配分しなければならないというふうにされております。ですので、これを用いまして、内定者数の平均値まで、少なくとも減らないように、配分を、東京都内の医師少数区域については、研修医の数が減らないようにというような配分をしていきたいというものです。

それでも、実は (1) のほう、按分をやりますと、小数点以下の扱いによりまして、端数が生じます。実質は数名から十数名ぐらいだと思われるのですが、その端数の生じた分については、従来の配分Ⅱの方法に準じて、定員充足率や採用率に応じて配分していくというふうな方向性を今回ご提案させていただきたいと思っております。

国のほうから実質この1, 353と示されたのがおとといになりまして、なかなか具体的な配分の計算式まで定めて各病院に与える影響を細かく精査してということが、ちょっとなかなか難しかったという関係から、今回につきましては、配分方針、この1から4の方針についてご協議いただいて、ご承認いただければ、これにのっとって具体的な配分の計算方法ですとか、そういったものを事務局のほうで案をつくらせていただいて、再び3月のこの協議会においてご提示させていただいて、最終的な配分方法を決めさせていただければと思っております、今回はこの基本的な配分方針の案というものについてご審議いただきたいと思っております。

なお、資料の1、右の下にありますけれども、今後の方針としましては、3月末に配分方法をご了解いただけましたら、4月上旬に、4月末までに最終的な定員数を、来年度から病院に通知しなければいけないということになっておりますので、4月上旬に都のほうから病院のほうに希望定員などをお聞きした上で、国のほうにもこういう方法で配分しますということで通知をさせていただいた上で、4月中に病院のほうに最終的な定員数をお伝えしたいと思っております。

以上になります。よろしくご協議のほど、お願いいたします。

○古賀会長 ありがとうございます。

これも前の議題の専門研修とか、初期研修、卒業してすぐ2年間の義務づけられた研

修を行う、その初期臨床研修医の募集について、数についての話です。地域偏在の是正ということが根底にあって、多く研修医の集まる大都市、そこでの人員を制限しようというような形がはっきり見えてきている状況、これは専門研修のシーリングと同じような状況にはなっていると思うのですが、そういったような形で数が制限された。それと、もう一つは、今まで国が数を指定して、配分方法等示してきたわけですが、権限の委譲ということで、これからは各都道府県の医療対策協議会、これで全部を決めていく。ただ、上限数に関しては、厚労省が決めますよというような、その数の中で、あとは各都道府県にまかせますよというような状況でございます。ですから、県によっては、大きなところには何人、地方の医師少数地域には何人というような分け方ができるようになると思いますが、東京都の場合、非常に規模が大きいもので、今までも配分方法には苦勞して、いろいろな計算式でやってまいりましたが、さらにいろいろな配分方法が難しくなると。ただ、今までの実績もありますので、あまり大きく変わってもまずいですし、今までの配分方法をもとに、いろいろ頭を捻って計算式を立てて、配分していこうというような状況です。いずれにしても、各病院とも若手医師、専門研修医も含め若手医師、研修とはいえ戦力になるわけですが、そこが減らされるということで、非常に重大な問題なので、言葉は悪いですが、ぶんどり合戦になるような部分も出てくる可能性がありますので、数を決めるのは非常に難しいところですが、やはり上限がありますので、決めなくてはならない。その決め方を、きちり公平感を持って、この協議会でいろいろな意見を出し合って決めたよということで、ぴしっと提示する以外方法がございませんので、どこの病院がこうやってきたから、じゃあそこに1プラスしようとか、そういったようなことは絶対できないというような状況になりますので、ちょっとややこしくて難しい状況ですが、ちょっとご議論いただいて、この計算方式でやってみていいかどうか、やっていっていいかどうか、その辺の意見をいただきたいと思います。

現場がなかなかわからない委員の方々もいらっしゃるかもしれませんが、どんなことでも構いません、ご意見をいただければと思います。

お願いいたします。

- 関根委員 基本方針に関する意見ではなくて、ちょっと、まず質問なのですが、これは数的なコントロールですよね。数としてのコントロールですよね。ある程度、定員とか定数は定めなきゃいけないというのはよくわかるのですが、その前に、医療審議会の議論の中で、これは結局、研修医の行動、ある意味、それこそ行動変容にかかわることなので、単なる数ではなくて、地域偏在をある意味生み出している質的なことは何なのかという議論があったのか、つまり研修医の特性、大きく分ければ大学病院で研修する人、診療所で研修する人、それから都市部で研修する人、あるいは、逆にへき地で研修する人、マッチングですから、それぞれの思いで選んでいるのではないかと思うので。選ぶのは、もちろん病院側が選ぶあれですけども、研修医も選ぶ側になるわけです。そう

いった何か研修医の特性に関する議論というのはなされているのでしょうか。これだけ見ますと、単に数合わせをどうしようかという議論だけに聞こえるので、それはもちろん大事なので、それを否定するつもりはないのですが、いかがでしょう。

○古賀会長 事務局、何かわかりますでしょうか。

○田口担当課長 今年度の議論ではなくて、募集定員の圧縮をするというところの中で、もう少し前のほうの議論ではあったかと思うのですけれども。とにかく、地方の医師不足が深刻だということで、ただ、研修医が研修をすると、した場所に一定の割合が残ってくれるということなので、とにかく来てもらわないことには、地方の医師はふえないというところの観点から、とにかく、まずは来てもらうということで、地方の定員をふやしたいというような議論がされていたのは存じ上げております。

○関根委員 ありがとうございます。まず、へき地をあえて選んでいく人間は、やはり、そのへき地で救急医療を一生懸命やりたいとか、数少ない中でもエネルギーにやりたいという特性があるのかもしれませんが。それから、おっしゃったように、そこで経験をすることによって、ある意味目覚めて、そして、それがひいては地域偏在を解消していくことにつながるかもしれない。だから、研修医の行動の根底に何があるのかというのを、ある程度の何年間かの動きの中で知っていくということも大事なんじゃないかなというふうに考えております。

○古賀会長 ありがとうございます。今のご意見に関してでも構いませんし、ほかにご意見ございませんでしょうか。はい、お願いします。

○楠田委員 資料4の右の真ん中の基本的な配分方針、多分、上限が決まっているから、いろいろできることは少なく、これが実際の方法だと思うのですけれども。これ、過去3年分の平均値に今回減った割合をかけるという、0.9というところをかけて定員を出すという、そういう単純な作業をやるという解釈でよろしいでしょうか。

○古賀会長 はい、お願いします。

○田口担当課長 (1)に関しては、そのように考えております。これの上限の内数の中で按分をしていくということになりますので、一律の、ある意味シーリング的な倍率がかかってくるということになります。

○楠田委員 按分というのは、具体的には0.9をかけるということですね。

○田口担当課長 はい。ただ、そこで私は、慌ててこれを受けて、試算をしているのですけれども、小数点以下の取り扱いによって、特に定員の小さい病院と大きい病院と、かなり減らされる数が変わってくると。どこの病院が一番大きく減らされていくかというのが、かなり変わってくるというところで、その辺もいろいろ精査した上でじゃないと、なかなか具体的な方法は決められないというような状況です。

○楠田委員 端数はどうするのかというのは、次に聞いたかったんですけれども、これ、いい方法、だからないですよ。かければ全部、端数が出てきますものね。その端数はかなり、調整するのはどこかに多少恣意的なところが入らないと、やはり、全員平等と

いうのは、確かにかければ平等だけれども、結果は平等にならないから、多少、やはりでこぼこが起るから、ご意見が出るかもしれないという、そういうところですね。ですから、計算方法だけは、かなり練っていただかないと、人間は一人ですからね。ゼロか1ですからね。ちょっとその辺が多少大変かなというところですよ。

○田口担当課長 ありがとうございます。実際、大学病院のような大きなところで、例えば、40名の定員に対して40. 幾つというふうな少数が出たとして、切り上げて一人しか変わらない、41人になるのか、39人になるのか、40人になるのかというようなところなのですけれども、例えば、研修医の定員が3人というような病院にとって、例えば2. 4という数が出たときに、それを切り上げるのか、切り捨てるのかは、かなり大きな影響があるということですので、その辺について、また事務局としても考えた上で、この協議会に諮らせていただきたいと思います。

○古賀会長 あとは、医師少数域の病院、医療機関に関しては、減らすということは、この厚労省のほうからの通達では難しいということで、そこは減らない、都心のほうは減るといふようなところでも、またいろいろ問題が出てくる可能性は出てくるのですが、そういった前提条件をしっかりと提示しながら、こういう計算方法でやりましたということで、あとは協議会のほうで決めましたという形で言うしかないのかなというふうに思っておりますが、ほか、いかがでしょう。もっといい計算方法があるよというのがあればですけれども。この過去3年間の平均ということで、希望数をだんだんふやしてきている病院と、実績を上げている病院と、逆に減らしてきている病院と、あるいは全く横ばいの病院と、それで、また3年間の平均というのがまたちょっと少し違ってきたりというようなことも、ちょっと数字の中では見えたのかなというふうな思いもありますが、過去3年間の平均ということについてはいかがでしょう。5年ぐらい見たほうがいいんじゃないか、あるいは、過去3年の中で一番多い実績にあわせたほうがいいんじゃないか、そういったようなご意見がもしあれば、お聞きしておきたいのですが。でなければ、3年間の平均の平均ということをとって、一応試算してみると。

よろしいでしょうか。なかなか、特に臨床研修病院等のかかわりがない委員の方は難しいかなとは思いますが、大体過去3年の平均、専門医制度等のいろいろな人数の算出でも、過去3年間とか、そういったようなことが出ておりますから、一応3年間のことに関しては問題ございませんでしょうか。あと、計算方法、配分方針についてはよろしいでしょうか。

ご意見がこれ以上ないようでしたら、この形で試算をいただいて、これは事前に医師部会のほうへかけて、最終案を出して、3月のこの協議会のほうで最終決定をするという形になると思いますが、ご理解いただけましたでしょうか。

ありがとうございました。それでは、議事に関しては、本日これで一応終了ということでもよろしいかと思うのですが、全体を通して、前の議事で何か言い忘れたことがあるとか、追加で何かこの件に関してどうだとか、いろいろございましたら、ご意見をお伺

いしたいと思うのですが。委員の先生方、何かございませんでしょうか。あと5分ほど
ございますから、もしあれば。よろしいでしょうか。

それでは、事務局のほうから何かありましたら、連絡をお願いいたします。

○高橋課長 ありがとうございます。

2点ございます。

まず、資料の郵送、本日、少し厚いものもございますので、ご希望される方は、机の
上にそのまま置いてお帰りください。後ほど事務局のほうから送付させていただきます。

次に、都庁の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ください。

以上でございます。

○古賀会長 ありがとうございます。

次回はどのような予定になっておりますでしょうか。

○高橋課長 恐縮ながら、次回開催、また3月下旬を予定してございまして、近日中に、
別途調整の上、ご案内したいと思います。今のところ、まだ調整中ですが、3月25
日（水）の午後6時ぐらいになる可能性もあるというところで、ご承知おきいただけれ
ばと思います。

よろしくをお願いいたします。

○古賀会長 ありがとうございます。

では、一応3月25日の夕刻というところで、これからスケジュールを組もうという
方は、ここをぜひあけておいていただければと思っております。

それでは、以上で本日の会議を終了とさせていただきます。ご多忙の中、ご議論をい
ろいろいただきまして、ありがとうございます。

終わりにいたします。

（午後 2時48分 閉会）