

令和元年度第4回
東京都保健医療計画推進協議会
会議録

令和2年1月29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 お待たせしました。定刻となりましたので、ただいまから、令和元年度第4回東京都保健医療計画推進協議会を開会させていただきます。

本日、委員の皆様方におかれましては、大変お忙しい中にもかかわらず、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。

議事に入りますまでの間、私、東京都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。どうぞよろしくお願いいたします。

失礼して座って進めさせていただきます。

まず初めに、委員の出欠状況につきまして、ご報告させていただきます。

資料は、お手元には座席表の下に、次第から始まる資料をお配りさせていただいております。次第を1枚おめくりいただきまして、資料1に名簿を載せさせていただいております。

本日ご欠席は、一番上、学識経験者のところにごございます慈恵医大の田嶋先生がご欠席。それからずっと下に行きまして、関連行政機関のところ、上から2番目、佐野委員、それから4番目の高橋委員、5番目の田原委員につきましては、ご欠席のご連絡をいただいております。

なお、医療関係団体では、東京都医師会佐々木委員、それから保健医療を受ける立場の東京都老人クラブ連合会の吉井委員につきましては、おくれてご出席いただけるというお話を伺っております。

おくれていらっしゃる方を含めまして出席いただける方は、委員の全体の26名中2名ご出席の予定とさせていただきます。

また、名簿の一番下にごございます東京消防庁救急部長、森住委員につきましては、本日代理で江原医務課長にご出席いただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

次に、本日の会議資料の確認でございます。

ちょっと次第に戻っていただきまして、次第の一番下に配付資料の一覧を記載させていただいております。資料が資料1から資料7まで、それとは別に、お手元にピンク色のファイルにつづりました、国からの通知等々の関係書類をつづったファイル、それから東京都保健医療計画の冊子を配付させていただいております。資料の不足等がございましたら、お気づきのたびごとに、お手数ですけれども、事務局までお申し出をお願いいたします。

次に、本日の会議でございますが、東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第9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、委員の発議により出席委員の過半数で議決した際には、会議または会議録等を非公開とすることができるという規定になってございます。本日につきましては、公開とさせていただきたいと考えておりますが、よろしゅうございましょうか。

(異議なし)

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

また本日は、傍聴希望者につきまして既に傍聴許可しておりますので、あわせてご了承をよろしくお願いいたします。

また、本日は速記を入れておりますので、その関係から、ご発言の際には、お手数ではございますが挙手の上、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いたします。

では、議事に入ります前に、東京都福祉保健局医療政策部長の矢沢より、ご挨拶を申し上げます。

○矢沢医療政策部長 皆様こんばんは。医療政策部長の矢沢でございます。

本日は、お忙しい中、この会議にご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

今週、都庁は新型コロナウイルスの始まりということで、ちょっとバタバタしておりますが、このことも感染症医療提供体制の見直しの一環としての取り組みと、前向きに受けとめて進めてまいりたいと考えております。

さて本日は、医師確保計画、それから外来医療計画につきまして、ご議論いただきます。

東京は、医師過剰であるとか、外来医療が十分であるというような数字になってございますが、東京に本当に必要な医療は何かといったところを計画策定の中で議論することを目的として、きょうまで行ってまいりました。

このため、5回のPTでは非常に活発な議論が行われまして、東京ならではの計画にするという思念のもと、進めてきたところでございます。

今後は、地域医療構想アドバイザーとの議論も含めながら、調整会議やさまざまな場所で、真のいい議論ができるような分析を進めて、東京の医療提供体制をさらに移行させてまいりたいと考えております。

皆様、どうぞよろしくお願いいたします。

○千葉計画推進担当課長 では、以降の進行につきましては、座長にお願いしたいと思います。橋本先生、どうぞよろしくお願いいたします。

○橋本座長 こんばんは。よろしくお願いいたします。

お手元の会議次第に基づいて進めていきたいと思っております。

本日の議は一つとして、東京都医師確保計画及び外来医療計画の素案についてです。

先ほど、矢沢部長からお話がありましたけれども、今年度、都で策定を進めてきた医師確保計画と外来医療計画について、先日、書面改正をさせていただいた3回の会議の議題にも入りました。そこであったように、素案が固まり、現在パブリックコメントを実施しているというふうに聞いております。

計画内容の説明に入る前に、まずは、これまでの二つの計画の策定経過について、報

告を事務局よりお願いしたいと思います。お願いします。

○千葉計画推進担当課長 それでは、私のほうから説明させていただきます。

お手元の資料3をごらんください。A4横型の資料でございます。

こちら、医師確保計画及び外来医療計画の策定経過でございます。

医師確保計画、外来医療計画、両計画とも、この資料の下の米印の1にございます地域医療構想調整部会及び地域医療対策協議会医師部会の合同部会、これを開催させていただきまして、それが資料の上段の一番左側、8月29日に第1回目の合同部会を開催させていただきまして、これを皮切りに、具体的な検討を行ってまいりました。

さらに、合同部会からメンバーを抽出いたしましたPT、両部会からメンバーを抽出した方々で構成されたPTで3回ほど、10月2日、10月24日、11月20日と、より詳細なご検討をいただきまして、議論を進めてまいりました。

この間、資料にはちょっと記載がないんですけれども、11月12日には、本協議会、保健医療計画推進協議会も開催させていただきまして、両計画のご説明と、ご意見を頂戴したところでございます。

それらもろもろを受けまして、その後、11月20日、11月28日のPT合同部会を経て、現在、案を取りまとめ、先ほど座長からもご説明ございましたが、パブリックコメントをしている最中でございます。

さらに、これに加えまして区市町村さんですとか、東京都医師会、歯科医師会、薬剤師会等々の関係団体からも意見照会を受けさせていただきまして、その後、最終的な案を取りまとめて、今年度末に開催を予定してございます東京都医療審議会において、諮問させていただき、答申をいただき、その後、行政計画として機関決定をしていきたいと、このように考えてございます。

私からは以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

これまでの流れと、それから、これからの流れですか、予定を少しお話をいただきました。

では、この議題について、二つに分けて議論したいと思います。

事務局より、医師確保計画について、説明をお願いします。

○高橋医療人材課長 では、医師確保計画について、ご説明いたします。

資料4をごらんください。

改めまして、医師確保計画でございますが、外来医療計画と並びまして、医療法の改正により、今年度中に新たに都道府県が策定することとされている計画でございます。

全国ベースで比較評価いたします「医師偏在指標」を用いまして、医師多数・少数区域を設定し、国が全国的な医師の地域偏在を是正することを目的としておりまして、都道府県は、医師少数区域におけます医師確保のために必要な施策を検討することとされてございます。

東京は、医師少数区域が二次医療圏別では3医療圏あるものの、全体といたしましては、「医師偏在指標」が全国トップということで、医師多数区域となっております。

また、医師数につきましては、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、全国に比べても多くなっております。

1枚目に掲げてございます右のほうのグラフですが、従事場所別の医師数でして、病院、医育機関、診療所別の医師数となっております。左が全国、右が東京でして、縦軸が指数、横軸がちょっと見えにくくて恐縮ですけれども、年齢となっております。

真ん中の少し色が濃くなっている部分が、医育機関に勤める医師を示しておりまして、東京は全国に比べ、その割合が多くなっております。東京は、左のほうの尖っている部分、山のピークが比較的若い30代でございまして、その後急激に減っていくという特徴がございます。

一方、左の全国の方でございまして、山のピークは30代から60代にかけて、ずっとなだらかということで、年齢が上がるにつれ、むしろ60代まで若干増えていくという傾向にございます。これは、東京には13の大学医学部があるなど、医師を育成し、その後、全国に散らばっていくということを示しております。また、高齢化の進展などにより、医療需要の変化があるとされているところでございます。

そのため、計画のポイントといたしましては、東京は大学病院と全国で活躍する医師を今後とも育成していくということ。

また、医師少数区域に限らず、都全域を対象に、都独自の確保の方向性を示すこと。

また、PT等でも活発に意見が交わされましたが、総合診療機能ですとか、かかりつけ医機能といったものも重点的に記載していくというところでございます。

続きまして、おめくりいただきまして、概要版②でございます。

医師確保計画は、地域医療構想のグランドデザインの実現を目標としておりまして、地域医療構想の柱立てに基づく計画としてございます。

四つの柱のもとに、今後の医師確保の方向性をぶら下げているところです。

まず、Iですが、専攻医の確保・育成といたしまして、都内だけでなく全国で活躍する医師を育成し、派遣機能を充実していくこと。また、医療人材のキャリアアップ支援では、医師のみならず、医師や看護師等、医療人材全体のニーズに応じた教育体制を整備していくこと。

また、ローマ数字IIの医療連携システムのところです。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を確保・育成していくこととしてございます。

また、ローマ数字IIIですが、治し、支える医療の充実のところでは、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ということで、こちらにも活発な議論があったかと思いますが、学校保健医など、地域で活動する医師の育成が大事ということに加えまして、ここには記載してございませんが、検案医なども東

京の特性として必要だということを記載してございます。

また、ローマ数字Ⅳでは、人材の確保・育成ということで、今後求められていきます医師の働き方改革への対応。また、卒前から地域医療の教育を充実するという一方で、医学生の育成。また、適切な受療行動が取れるようにということで、都民への普及啓発といったことを掲げてございまして、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、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」」の実現を目指しております。

続きまして、概要版③でございまして。

計画の構成を記載しております。目次のようになっておりますが、第一部が5章立て、そして第二部が、グランドデザインに基づくものということで構成してございます。

続きまして、厚いほうの資料、八十数ページありますが、資料5に基づきまして、素案をおめぐりして紹介したいと思っておりますので、よろしくお願いたします。

お聞きいただきますと目次が記載されております。

まず、第1章の医師確保計画とは、から始まりまして、東京の医療の状況、医師確保の方針、産科・小児科における医師確保計画、第5章、計画の効果の測定・評価、また第2部に続いてございます。

お隣の1ページをご覧くださいまして、こちらで、先ほど冒頭にお話しいたしました、この計画を策定するに当たって全般的なストーリーを書かせていただいております。

三つ目の丸になりますが、一方、医師偏在指標では、都は、最も医師多数の都道府県とされ、医師の確保に一定の制約が課せられています。

また、東京の必要に応じた医師の働き方改革を進める必要があると、こうしたことから、1部、2部構成で方向性を示していくことですか、また、本計画策定後も、地域医療構想アドバイザーと協働しながら調査分析を進め、議論を重ねて、対応を検討していくとしてございます。

おめぐりいただきますと、2ページ、3ページには計画の構成ですとか、策定プロセスとなっております。

3ページの、こちらの推進協議会のほうは、本日ですけれども、医師部会の親会の地域医療対策協議会につきましては、来週水曜日、2月5日に予定しております。

おめぐりいただきまして、次の4ページですけれども、計画期間とございまして、令和18年（2036年）までに、医師偏在是正を達成することを長期的な目標としており、都の施策として地域枠ですとか、医師の育成に時間がかかるということがありまして、2036年を長期目標としているところでございます。

5ページから、東京の医療の状況を記載してございます。

おめぐりいただきまして、7ページに、将来の人口の推計を示してございます。

全国の人口ですけれども、ピークを過ぎまして、現在、山を下っている局面でございまして、2045年には1970年の水準まで下がるというふうに言われてございます。

一方、東京の人口については、まだ山を登っている局面でございまして、2030年まで増え、その後、下り坂になりますが、それでも2045年には2015年の水準を上回る見込みでございます。

したがって、東京の医療需要は全国と違って、当面、今後も増加していくと予測され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ページ目になります。

高齢者の人口予測ですが、2045年には30.7%ということで、3人に1人は高齢者となること、また100万人以上、高齢者が増加するというふうに言われてございまして、これに伴い、9ページですが、在宅などの必要な医療需要の伸びが予想されるところでございます。

続きまして、おめくりいただきまして10ページのほうですが、東京の医師数。こちら端と端の1974年と2016年とを比べますと、40年の間に3倍近く、医学部の定員増という状況がございまして。

11ページの上ですが、先ほど、最初にお話ししたところでございますが、東京は圧倒的に病院が少なく、医育機関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ページの診療科別の医師数の状況も出てございます。

14ページ以降に、医師偏在指標の説明を掲載してございます。

掲載の仕方など出ておりまして、17ページに、医師偏在指標の全国一覧を参考までに載せているところでございます。

東京都が一番上に出ております。一番下は新潟となっておりますけれども、これは6月の暫定値に基づく表となっております。

実は本日、医師需給分科会が開催されたのですが、次の医師需給分科会のときに確定値を公表するようなお話もあったのですが、今現在確認しているところでは、まだ公表されていないのではないかということで、もしかしたら本日かもしれないけれども、わからないような状況でございまして。

上向きの矢印が付いているところが医師多数県、下向きの矢印が付いているところが医師少数県となります。

おめくりいただきまして、また19ページに、都内の二次医療圏の状況を書いているところでございます。

13医療圏のうち、8医療圏が多数区域、三つが少数、どちらも記載されていないところが、どちらでもない区域といった状況でございまして。

続きまして、おめくりいただきまして、一つおめくりいただきますと、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すが、こちら目標医師数というのは、記載のとおり、計画終了時に偏在指標、下位33.3%を脱するための必要な医師数ということでござい

すので、例えば東京の医師数、4万1,445人いますが、万6,940人というのは、今の上位ではなくて、下位ギリギリの中位になるという数字が、こちらの数字です。

医師確保の方針のところでございます。

少数区域があるものの、都全体で医師多数区域でございまして、医師確保対策につきましては、医師派遣等の実態を調査するなど、医療連携の推進ですとか、患者搬送体制の確保などと連動しながら、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施策につきましても、見直しに向けた検討をまいります。

今後も、地域の特性に応じた取組が充実するよう検討を進め、地対協などで議論を深めながら、真に必要な医師数の確保を目指していく予定としてございます。

次のページ、22・23ページでは、目標達成に向けた施策を記載しているところがございます。

とりわけ、医師少数区域につきましては地域医療支援ドクター事業ですとか、へき地勤務医師等確保事業、地域枠、また自治医科大学などの取り組みにより、引き続き医師確保を行っていきたいと考えてございます。

また、23・24ページには、昨年実施いたしました医師派遣のアンケートですとか、臨床研修制度とか、次のページ、24ページには専攻医のシーリングの状況について、状況をまとめております。

25ページ目は、また確保方針を再度まとめて記載しているところがございます。

おめぐりいただきまして、27ページから二次医療圏別の状況を見開きで掲載しているところで、34、35ページで、区西部が出てございます。

このページで紹介しますと、見開きの左のページに人口面積、また医療施設の状況ということで、右側のページには医師数や医師偏在指標。こちらですと535ということで、全国2位というような数字を掲げてございます。

また、病院・医育機関・診療所別の医師数。それから性・年齢階級別の医師数を出してございまして、こちらは医育機関に従事する医師が多いということで、若い医師が多いということ。また、女性比率が33.6%と、圏域の中では一番女性比率が多いような状況となっております。

また、右の一番下には患者の流出入状況というところで、状況を記載しております。

そのような形で13圏域ございまして、ずっとおめぐりいただきまして、53ページまであります。

54ページから、産科・小児科における医師確保計画と称しまして、まず周産期医療の現状について掲載してございます。

出生数が減っている状況ですとか、一方、35歳以上の母からの出生数が4割近く、全国を大幅に上回っているような状況を掲載してございます。

また、55ページの中ほどでは、産科、産婦人科、また小児科医師の指数を掲載して

ございまして、ともに両科では女性が4割を超えている状況。例えば産科、産婦人科でしたら46.6%、小児科でしたら44.2%というふうな状況で、大分多いような状況も掲載しているところがございます。

続きまして、56ページには、おめくりいただきまして、都内分娩取扱施設ということで、平成8年から29年の20年の間に、304施設が168と、55%にまで減っているというような状況もございます。

57ページでは、出生体重指数が、近年高いところで安定しているというようところがわかっております。

また、おめくりいただきますと、59、60のページあたりですと、周産期母子医療センターや連携病院の現況などについても、掲載しているところがございます。

62ページまでおめくりいただきまして、62ページに産科における医師偏在指標ということで、分娩1,000件当たりの指数が指標として出ているところがございます。

二次医療圏の状況は、お隣の63ページに掲載されておまして、東京は産科の指標も全国一番高い数字でございますけれども、地域によってはばらつきがあるというような状況が見てとれるというところがございます。また、産科におきましては相対的医師少数区域とは、都においては該当がないという状況でございます。

おめくりいただきまして、66ページに周産期医療を担う医師の取組の方向性というのをまとめてございます。

例えば、基本目標Ⅱの二つ目の丸のところでございますが、医療機関は、合併症を持つ妊産婦が安心安全に医療機関で受診できるよう産婦人科以外の医師との連携を図る取組等を推進しますといった形で、今後の取り組みについて記載しているところがございます。

2の小児医療につきましては、67ページから記載しているところがございます。

こちら67ページは、年少人口が185万人から158万人へと5%も減っているような状況などがございまして、おめくりいただきますと、69ページになりますが、上の表で新生児診療を担う医師というのは、ほぼ横ばいというふうになっているような状況も見とれます。

さらにおめくりいただきますと、71ページから小児科における医師偏在指標というところがございまして、15歳未満の人口を年少人口対ということで、指標が出ているところがございます。

72ページに、都内医療圏別が出ておりますが、こちらも相対的医師少数区域はないような状況となっております。73ページのほうに小児科医師に関する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。

そのような形で、取りまとめさせていただいております。76ページ以降、第2部としての方向性を記載しているような状況でございます。

すみません。長々とお話ししてしまいましたけれども、医師確保計画につきましては、

このような形で取りまとめさせていただいているところでございます。○橋本座長 ありがとうございます。

資料4が概要で、資料5が本体で、かなり詳しくご説明があったところです。たくさんのお言葉、説明されたので、なかなか頭に入りにくいんですが、何かご質問とか、ご意見ございましたら、お聞きしたいと思います。

いかがでしょうか。何でもいいと思います。

どうぞ、西川さん。

○西川委員 一つ質問させていただきたいんですが、医療を受ける立場として、やはりちょっと常日ごろ実感しているのが、診療科の偏在なんです。

前の会議でもちょっと出たかと思うんですけども、資料のほうには、例えば13ページからデータが載っているんですね。15ページのところに、診療科別の医師偏在については、検討のための時間を要するというようなことが書かれているんですが、実際にやはり診療科の偏在というのが、とても増えたなと感じることが多いので、この診療科別の医師偏在の是正についての取組の進展状況というのは、今どうなっているんでしょうか。

○橋本座長 偏在の是正の進展状況、かなり難しい話なんですよ。

どうぞ。

○千葉計画推進担当課長 すみません。私のほうからお答えさせていただきます。

ちょっと外来医療機能とも関わりますので、私、外来医療計画の担当している者なんですけれども、国から今現在来ているデータでは、診療科別の外来医療機能の現状というのは出ていないんですね。全体の数しか出ていない。

なので、それは非常に問題があるとは、委員おっしゃるとおりだと思いますので、大変申し訳ないですが、資料7のほうを少しご覧いただきまして、一番後ろのほう209ページ、ごらんいただけますでしょうか。

後ほど、私のほうからご説明する予定ではあったんですけども、これは外医療計画のほうに、次期計画というか、今後の計画をつくった後も継続して検討をしていただかなくてはいけない事項ということで出させていただきます。

この課題の②のところに、診療科別の外来医療機能の現状把握ということをやらせていただいております。当然、都民の皆様が必要な医療を地域で受けられる体制の検討が必要ですので、この取組の方向性のところに書いてありますが、現状ではデータが正確なものがございませんので、東京都、それから東京都医師会にもご協力いただきまして、地域に不足する外来医療機能を把握するための、診療科別の病院・診療所の診療内容ですとか、規模ですとか、そういった細かいデータをきちんと調査して、把握しているというのを今後の課題とさせていただきます。

○西川委員 地域に根づいた、一番私たちが身近なのは、やはりどうしても診療所になりますので、そのあたりも勘案していただき、どうぞよろしく願いいたします。

○橋本座長 結構課題としては難しいですね。

そういう意味では、昭和60年代に僕らは都民の調査をしたことがあるんですが、そのときの受療行動は、診療科別にかかりつけ医を持っているんです。皆さん。それだけ、逆に言うと資源がたくさんある。それが専門分化ある程度している。すごくしているわけじゃないけどある程度している。という状況がずっと続いているんだと思うんですけど、資源がたくさんあるということが根底にあるから、何か、それを統合していくという力が働きにくいんだらうなと思うんですけどね。これからそれをつくっていかなきゃいけないのかなと思うんですけど。

都民からすると、例えば消化器の先生のところに行って、じゃあ呼吸器のときどうするの。ある程度は見てくれているけれども、違うところへ行かなきゃいけないですものね。そういう状況が結構、あっちこっちに身近でも起こっていることだらうというふうに思います。解決する方法は幾つかあるかと思うんですけど。

ほか、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。

はい、どうぞ。

○猪口委員 東京都医師会の猪口です。

資料3にある合同部会とか、PTとかというところで、ずっと座長みたいなことをさせていただいて関わってきたんですが、見てのとおりですね、1カ月に1回ぐらいやっているようなイメージですけれども、相当ボリュームがあるものをつくっているんで、そこに参加している人間たちも、どの程度きちんと意見が言えているかと。それから、読み込んでどうなのかというところがございますので、ぜひともこの委員の先生方には、皆さんには、ぜひ読んでいただきたいところではあるんですが、医師確保医計画に関して言うと、その国の考え方としてある、その資料4の四角の策定の考え方の真ん中のところに書いてありますけれども、医師少数区域に対して、どうするのかということが主眼になっています。

そうすると、多数区域がたくさんある東京としては、全国的に見ると、全国の他の道府県から見ると、もともと東京は医師がたくさんいるんだから、都内で何とかすればいいじゃないかということで、多数区域から少数区域に移すような話を多分、つくってくれるぐらいの話で思っているんだらうと思うんですが、この中で話をしていると、やっぱり東京はどこにおいても、まだ医師が足りないという、そういう印象が、そういう意見がたくさん出てきました。

それは、その原因として、やっぱり資料4の真ん中にあるグラフの二つの対比ですね。若い先生たちを育てて、そして働き盛りになったところで、全部地元なり、地方に行ってしまうというところでは、大学病院、医育機関も少ないというふうに思っているし、東京の病院も非常に少ないと思っています。

大学の先生からは、大学は重症度を診ているんだから、偏在指数とか、そういうところでは、重症度合とか、そういうのは診られないかとか、いろんな案が出ましたけれど

も、なかなかアドバイザーの先生たちとも相談しても、いい指標をもって東京がこれでは足りないんだというような形には、なかなか数字としてはあわせないというところもございました。

これが本当にやっていて、この討議をしながら、東京というのは多い多いという話ばかりになるところで、非常につらいところなんですけれども、その中で東京としては、国の決めたことに関しては、それに書いてあるというところですよ。

資料4の概要版の2ページ目のところで、これは2部の部分に関して、ここに東京の想いをたくさん書こうということで、事務局の皆さん、一生懸命苦勞して書いていただきました。

私たちも、これを読んで納得いくというか、こういう東京にしたいなと思う、そういう方向性ですから、そういうところは書いてはあるんですけども、こういう医療提供体制を取りたいということはわかるんですけども、これで東京に医者が残ってくれるのかな、地方に戻らないで残ってくれるのかな、それから一方で、地方に行った人がやっぱりUターンして東京に戻ってくるかなとか、そういうようなところまで、ここで書き込んでいるかどうかというのはわからないですが、方向性ですので、是非この方向性に基づいて、いい方策を考えていただけたらと思っています。

この計画で種をまくということに関しては、結構いろんなものがつくり込んで書かれていると思いますので、これも読み込んでいただきたいと思います。

そして今、橋本座長の話であった専門の外来だとか、それから専門医の話なんですけれども、この概要版の2ページ目のところを見ていただくと、専門医の間を埋めていくのが総合診療医だと思うんですが、1のところは総合診療専門医というのを育成というのがあるんですけども、これは後から見ながら、また今日思いついたような話なんですけれども、総合診療専門医だけではなくて、総合診療機能を持った医師。例えば、真ん中の2のところの重点的に取り組む施策に必要な医療人材確保・育成というようにところに、救急医療とかいろいろ書いてあるんですが、総合診療機能を担う医師というのも入ってもいいんじゃないかなというふうに思っています。

そして、下のところに、安心して暮らせる東京を築く人材の確保というところにも、総合診療医機能をもつ医師の育成みたいなものがあると、外来医療計画のほうに入ってもいいんでしょうけれども、何かそういうことを思いました。

つくっている間の経過のことを思いながら、ちょっと発言をさせていただきました。どうもありがとうございました。

○橋本座長 ありがとうございます。

プロジェクトチームを引っ張っていただいた先生のお話でした。なかなか難しいというような、すごくご報告の間に滲み出たような気がします。

でも、こういう形でつくっていくという見せ方も大事かなというふうに思いました。ほか、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。

この問題は多分、次の議題とも関連するので、またそこでも、内容的な議論になるかなというふうに思います。

それでは、次の外来医療計画について、事務局よりお願いします。

○千葉計画推進担当課長　それでは、外来医療計画については、私のほうから説明させていただきます。

資料は、資料6が概要版、資料7が案の本体となっております。

概要版、資料6をご覧ください。

東京都外来医療計画（案）の概要版の3枚ものがございます。

一番上に外来医療計画とは、とございます。こちらも、先ほどの医師確保計画と同様に、平成30年の医療法の改正に基づきまして、各都道府県がつくる計画とされております。

こちらも、国が全国ベースで統一的に比較・評価いたしました「外来医師偏在指標」を用いて、外来医師多数区域を設定し、外来医療に係る医療提供体制確保の方策を定める計画ということで、具体的に申し上げますと、都道府県単位ではなくて、二次医療圏、東京では二次保健医療圏と呼んでおりますが、全国に335ございます。東京は13あるんですけれども、335ある二次医療圏を外来医師偏在指標の多い順に並べていって、1位から335位までを出して、上位3割を外来医師多数区域とすると、そういうふうな形でございます。

次に、計画策定の考え方でございます。

こちらも、まず最初に国の考え方のところをご説明させていただきます。

国は、各地域で中心的に外来医療を担う無床、ベッドのない診療所が都市部に集中するなどの偏在が現在あるので、それを是正することが必要であるという考えのもと、この計画では、外来医師多数区域において診療所を新規に、新たに開設しようとする方々に対し行動変容を求めていくと、そういうふうな計画であるということでございます。

ここにはちょっと書いてございませんが、これまでの医師の、いわゆる自由開業制ですとか、診療科の選択等々については、特に法律改定とかはせずに、現行の制度のままで行くというのが今回の計画の背景というか、現状でございます。

ただ、これだけですと、先ほどの医師確保計画と一緒に、東京の外来医療の現状を全てあらわすことですとか、課題等々を捉えることが難しいと考えております。

その東京の外来医療の特徴は、その下段に幾つか掲げさせていただいております。

まず、状況といたしまして、外来医師多数区域は、どれぐらいあるのかということなんですけれども、こちらでは文章で書かせていただいております。

23区及び北多摩南部、それから島しょの二次保健医療圏が外医師多数区域となっております。東京23区は七つの二次保健医療圏がございまして、それを全て外来医師多数区域で、加えて、多摩地域では北多摩南部といたしまして、武蔵野日赤さんですとか、杏林大学さんがあるような地域でございますが、その地域と、それからちょっと数字の

マジックというか変なんですけれども、人口がどうしても少ない島しょ地域は、外来医師多数区域に計算上なってしまうというところがございます。

それから2点目で、都内の病院数というのは、ほぼ横ばいで推移してございますが、一般の診療者数は年々増加をしております。

また、先ほど来、座長からもお話ございましたが、診療所における診療科の専門分化が、最近さらに進んできているというところがございますし、一方で、大学病院本院や特定機能病院は、高度な外来医療を提供している状況でございます。

また、東京の大きな特徴といたしまして、交通網が非常に発達しておることから、外来の患者さんは、都内の全域、二次保健医療圏にかかわらず移動したり、また、都の外、ほかの県からも多くの患者さんが、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ございます。

また、東京では病院の約7割が200床未満の病院で、この多くは民間の病院でございますが、そういった病院が地域の外来医療の大きな役割を担っていただいております。

さらに、右のほうのグラフにもございますが、今後、高齢化のさらなる進展によりまして、都内全域での訪問診療の必要量というのが、2013年比で2025年には約1.5倍と、需要の変化が予想されております。

こうした背景を踏まえて、東京では国の考え方に加えて、東京の外来医療計画に上乗せして、独自のものをつくっていききたいというふうに考えておりまして、そのポイントをその一番下に書かせていただいております。

東京の外来医療計画では、全ての二次保健医療圏を対象に、新規開設者のみならず全ての診療所の医師に行動変容を求めていききたいというふうに考えております。

国のほうは、外来医師多数区域だけ、診療所を新規開設しようとする方々に対してだけとなっておりますけれども、それを東京では全部の二次保健医療圏。新規開設者だけでなく、全ての診療所の医師に、この辺を求めていききたいと。

次に、外来医療は診療所だけでなく、病院も先ほど申し上げましたように、非常に多くの役割を担っていただいておりますので、病院・診療所の両方の外来医療全般について、ICTを活用した医療連携の取組等、連動した東京独自の外来医療の方向性をこの計画で出していきたいというふうに考えております。

その中身といたしまして、在宅医療に加えて、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記載をしております。

具体的なものでも独自の部分の中身でございますが、資料を1枚おめくりいただきまして、2ページ目をごらんください。

外来医療計画も、地域医療構想のグランドデザインに基づきまして、四つの柱に立てつけをさせていただいております。こちら主な部分でございますが、説明をさせていただ

できます。

一番左側、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。主に、特定機能病院ですとか、各種拠点病院等々のところについて、記載をさせていただいております。

こちらでは、やはり高度な外来医療機能のさらなる充実、それから拠点病院等の機能を生かした医療連携の推進というのをまずに先にかかせていただきまして、加えて新たなところで、適切な需要行動を促す情報提供というのを、ここの部分に入れさせていただいております。

これまで、都民の方々にかかりつけ医の重要性ですとか、適切な受療行動普及啓発というのを我々東京都の医師会さんや大学病院さん等々と協力しながら進めてきておりましたけれども、やはり特定機能病院、拠点病院等々においても、患者さんに適切な受療行動を促すような取組というのも、やはり担っていただきたいということで、こちらにも記載させていただいております。

真ん中のところに行きまして、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、まず最初にICTを活用した連携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を相互参照できる東京都の仕組みでございますけれども、こういったものを活用した連携の推進を図っていきたいというふうに考えております。

それから二つ目には、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。高齢化の進展によりまして、複数の疾患を抱える方、合併症のある患者さん、非常にふえておりますし、今後もますます、その傾向は続くと考えております。そういった方々の診療を行う総合診療機能を病院でも、診療所でも充実させていきたいというふうなことを掲げております。

その下には、重点的に取り組む課題といたしまして、救急医療、災害医療、外国人医療への医療提供体制などを重点的に取り組むべき外来医療の課題についての記載をさせていただいております。

右に行きまして、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実の欄でございますが、こちらでも、まず第一にICTを活用した連携を掲げさせていただいております。こちらでは、地域包括ケアシステムでございますので、医療・介護連携をメインに書いております。

それから二つ目は、先ほども申し上げましたが、都民への普及啓発ということで、かかりつけ医ですとか、適切な受療行動の普及啓発を今後も引き続きやっていきたいと考えております。

一つ飛びまして、最後のところでは、看取りまでの支援ということで、今回、外来医療計画、国は在宅医療も含めたものというふうな位置づけにしております関係から、

看取りというのが欠かせないものとなってございます。患者さんが望む場所での看取りを行うことができるよう、支援をしていきたいというふうなことを記載しております。

最後、下の段にはⅣ、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成ということで、これまでご説明させていただきました高度医療や総合診療機能、在宅療養を担う人材の確保・育成について記載をしてございます。

1枚おめくりいただきまして、最後、3ページ目のところは、計画のつくりとなっております。

左側が第1部、こちらが国のガイドラインに基づいたものを主な内容としたところの部分でございまして、右側の第2部が、東京都独自の「東京の将来の医療～グランドデザイン～」に基づく、四つの柱ごとに立てつけた記載内容を第2部のほうで書いております。

資料7のほうは、先ほどの医師確保計画よりも大分厚いものになっておりますけれども、外来医療計画の案でございまして。

少しかいつまんで、まず16ページをごらんいただけますでしょうか。

こちらには、一番最初に申し上げました「外来医師多数区域」というのが、どういうところなのかというところが、東京だけですけれども記載してございます。

一番左側です。全国における順位ということで、335の医療圏中、当該の医療圏は第何位なのかということで、全国で1位なのが区の中央部となっております。

少し飛びまして、次に22ページをごらんいただけますでしょうか。

ここから、約百五、六十ページにわたりまして、二次保健医療圏ごとの記載ページとなっております。これが一番ページ数が多いところでございますが、二次保健医療圏ごとに圏域ごとの状況をお示しさせていただいております。

22ページは扉でございまして。

23ページからは、区の圏域の状況ということで、人口等々から始まったもの。

24ページからは外来医療の状況ということで、各種データを26ページまで記載させていただきます。

27ページからは、その他の医療機能ですとか、医療機器の状況についても記載させていただきます。28ページには、各二次保健医療圏ごとに、地域医療構想調整会議をやっておりますけれども、その中でもご意見を外来医療計画についていただいております。地域医療構想調整会議でいただきましたご意見について、各圏域ごとに記載をさせていただきます。

29ページからは、二次医療圏ごとの病院・診療所が、どこにあるのかというのをプロットした地図でございまして。ちょっと白黒で見にくいんですけども、29ページは二次医療圏全体のもの区中央部ですので、千代田区、文京区、港区、中央区、台東区がございまして、30ページからは、各区ごとのものが中央区から始まって、最後34ページの台東区まで記載してございます。

このようなつくりで、13の医療圏ごとにつくっております。

大きく飛んでいただきまして、201ページからが東京独自の部分のところの第二部の記載でございます。これは、先ほど概要版の2枚目でご説明した部分のところでございます。

外来医療計画は、医師確保計画にさらに加えて、先ほどのご説明させていただきましたが、209ページのところに、さらに継続して検討する課題ということで、二つ掲げさせていただいております。

209ページ、課題①のところでは、区市町村単位の外来医療機能の現状把握というふうに掲げております。

こちらは、これまで合同部会やPTでご議論いただきました中で、外来というのは、二次保健医療圏単位では、ちょっと状況把握とか、現状把握が大き過ぎると。やはりもっと近くの状況ですとか、そういうふうな外来の行動圏をやっぱり考えると、区市町村単位等々の、もっと狭い範囲での現状把握が必要だというご意見をいただきました。たくさんいただきましたので、やはりそういうことが必要だろうということで、今後、区市町村単位の外来医療機能の現状把握につきまして、調査等々、東京都医師会さんですとか、関係者のご協力をいただきながらやっていきたいという方向を書かせていただいております。

課題の②は、先ほどご説明させていただきましたが、現状ではデータがない診療科別の外来医療機能の現状把握につきまして記載しております。

外来医療計画の説明は以上でございます。

○橋本座長 ありがとうございます。

ご意見とか、ご質問とか、いただけたらと思いますけれども。

どうぞ。

○本田委員 公募委員の本田です。

資料6の計画策定の考え方のところですが、国の考え方として、外来医師多数区域において診療所を新規開設しようとする者に対し行動変容を求める、そしてそれを受けて、都の計画のポイントの中で、新規開設者のみならず全ての診療所の医師に行動変容を求めるということで、これは自然な流れではないかと思えます。

ただ、自分ではない他人、つまりよその方に行動変容を求めるというのは、非常に難しいというふうに理解しています。特に医師の方は、高い職業意識・倫理観に基づいて、自身の専門性をもって治療に当たられるわけですから、そういう方がご自身のキャリアプランに基づいて、診療、いわゆる医療業務に当たられるわけですから、行動変容を人生のキャリアプランの途中ですることは、なかなか難しいのではないかという気がしています。

計画に具体的に落とし込むときに、必ずしもこれは経済的なインセンティブだけではなくていいと思うのですが、何か個人のキャリアを変えるような、行動変容を起こし得

るような計画というのは、どういうものが考えられるのか、既に考えておられるところがあれば、ご説明いただければと思います。

○千葉計画推進担当課長　ご説明させていただきます。

冒頭にもちょっと申し上げさせていただいたんですが、今回の東京都外来医療計画、東京都だけではなくて国が言っている外来医療計画につきましては、各医師の自由開業制ですとか、診療科の選択、それから、そのほかのいろいろな開業に当たってのものの制度というのは、一切変えないというのが国の方針でございます。

その中で、こういうふうな計画をつくって、情報提供をして、まず東京の地域の外来医療の現状を明らかにして、それを皆さんにお示しすることによって、新規開業者の行動変容につなげていくというのが国の考えでございますので、それに対して、制度が国のほうで変えていない中で、東京都のほうで例えば何か診療科を制限するですとか、誘導するというのは実際にはできないです。

ですので、具体的に何か方策をという、現状ではないというのはあれなんです、きちんとやっぱり情報を調べてお示しして、関係者の皆様に伝わるように行政として取り組んでいくというのが、今回の計画の流れかなと思っております。

○猪口委員　本田委員の話の続きなのですが、医師はキャリアプランとか、そういうことももちろんそうですけれども、先ほどの医師確保計画のところ、30歳ぐらいのところ、急に医師が東京の場合は減っていくわけですね。それってライフプランでもあるんですね。

地元に戻ろうとか、それから10年ぐらい経つと、医師というのは自分なりに一丁前になったなと思うようなところがあって、じゃあ診療所をやって、まちの中で頑張ってみようとか、そういうような感じになっていきます。

この外来医療計画は、ポイントは多いところになるべく行かないようにしようというところ、それでこういう国のほうとしては、それぞれの外来にたくさん偏在がいろいろあるところを示して、行動変容を促そうというところで、その部分とキャリアプランとライフプランとが、ここどうまく行かないなというような感じになってくると、多分、彼らは行動変容を起こすんだらうという場合のところ、なかなかこっちの水は苦いよというようなところをたくさん示したほうがいいということになるんだらうと思うんですけれども、なかなか、それはしづらいところです。

行動変容の仕方として、一つは、先ほど西川委員が言ったような、診療科目の偏在がございましたから、今後、先ほどの最後二つといったところの診療科の問題は、やっぱり明らかにしていただいて、そしてこの辺のところはバッティングする先生が多いなということになると、多少それはやっぱり、計画の変更を考えていくようなところも出てくるだらうと思いますが。

もう一つ行動変容として、最初はみんな病院にいて訓練するんですね。日本の仕組みだと、その医育機関にて研修をやって、そして専攻医。病院にいて、病院から診療所

外。東京の特徴は、診療所のほうが多いというのは、先ほど医師の全国的な比較の中において言うと、診療所の医師のほうが多くなっていますので、やっぱり行動変容としては、病院に残っていくんだと、病院の診療やるほうがいいよというような、そういう行動変容もあると思っています。それをうまく計画の方向性の中から、施策としてうまくつukれないかなというのが、一つ考え方だろうと思います。

方向性としては、その二つ。診療科の問題プラス、ライフプランに適合したような計画をうまくつukればいいなと思っているし、もう一つ、医療機関として病院に残っていく。これ、結構病院に残るのは大事なことで、今、医師が足りない、足りないと言っている救急だとかという話というのは病院の話なんですよ。

ですから、そういう病院に残ってもらうというのが、うまく行くようになってくれるような計画になるといいなと思って、今後は、そういうところをお願いしていこうかなと思っています。

計画としては、こういう感じかなとは思いますが、今、事務局の皆さんがつくるとしたら方向性しか出せないんで、こういうイメージかなとは思っています。

○橋本座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○長瀬委員 ただ今のご質問に対して、私の存念を申し上げますと、これは病院と同じように医療計画があつてしかるべきなのです。開業医もまたわかり。これが無いために、東京都も苦境に立たされている。事務局の胸中は分かりました。今の答えも明言を避けている。いずれにせよ抜本的な対策は出しようがありません。国がそういう指針を出してなくて、自由に開業させておいて、後から変えようとしても、なかなかできるものではありません。そのような訳で、僕は東京都の事務局が非常に苦労して、取りまとめてくれていると思います。

以上です。

○橋本座長 僕もその気がするんですが、もう一つあるかなと思うのは、僕、大学病院にいて、若い医師たちがどのように動くかとかというのをずっと見ていて、効果的な教育の方法みたいなものを考えていたところがあるんですが、若い医者、基本的には先輩医師をモデルとするんです。いいモデルの専門家の育成の仕方はそうなんですけど、それは仕方ないですが。自分にとってモデルになる人を探しているんですね。看護もそうなんですけれども。そういう形で育っていくんですよ。そうすると、彼らが見えている先は、病院の専門的な医療にモデルがたくさんいるんですよ。だから、そっちに施行するんですよ。

問題は、もう一つは、だから外来でいい医療をやっている、新しいような医療をやっている医師たちがいるんですよ。たくさんいるんですよ。その人たちをもうちょっと露出させたり、見せたりする。モデルにするようなことがあれば、結構、若い人たち、そちらに流れていく。いい意味で流れていく。そういう流れはつukれるかなと、僕は個人

的には思っているんですけど。たくさんいいことをやっている人たちがいるのが、余り知られていないということです。

さっきのちょっと僕の意見を言わせていただくと、その医師たちは、やっぱり総合診療医です。僕の見える範囲内から言うと。ただ、全部外来をその診療医でやるのは現実的には無理だから、そういう意味で言うと、総合診療の機能をもった医師をたくさん育てていくというやり方が、一番現実的かなと思いますけど、そのために何をするかは、また別の議案です。

東京都は、結構いい経験を持っているなと個人的に思っているのは、小児科の医師が不足していた時代がありますよね。今でもそうかもしれないけれども、そのときに、たしか八王子の医師会だったと思うんですけども、八王子の医師会が内科の先生たちに小児科のかなりトレーニングとか、トレーニングかもしれないけれども、そういうことをかなりやったんですよ。東京都医師会は、そういう力を持っているんで、ぜひそういうことをもっとやっているのかもしれないけれども、在宅医療なんかはすごくよくやっているなと思って見ているんですけど、そういうことを広げていく力があるので、それをやっていくとうまく行く可能性はあるなとは思っています。私の意見です。

ほか、いかがでしょうか。

竹川委員。

○竹川委員 東京都病院協会の竹川です。

疾病予防の中に入る人間ドックとか、あと検診センターとかですけど、マンモグラフィ共同利用というのも項目に入っていますし、あと重点的に取り組む課題の中で、外国人患者の医療的体制にも入っているんですが、人間ドックとか検診センターの立ち位置って、この中ではどうなっているんでしょう。

○高橋医療人材課長 2部のほうの課題にあわさっているような形で、地域で健康づくり、疾病予防を支える医師の育成というところで、82ページになりますが、そちらのほうで広い意味で公衆衛生ないし、地域の住民や、使用者の健康づくりといったところ、また区市町村、東京都はというところで、疾病や予備軍、早期発見を指導・推進するかかりつけを支援という形の中で、検診機能を含めて、広い意味では考えているというところではございます。

○橋本座長 竹川さん、今の答えでいいですか。もうちょっと踏み込んでほしい。

○竹川委員 医師確保計画も含めてなので、同時にやられている医療機関の中でやっているケースもあると思いますし、そのあたりが重複したりとか、そういうところでの確保。数がどういうふうになったのかなというのがちょっと疑問に思いましたので、これからなんですか。

○橋本座長 ほか、いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○遠藤委員 国立社会保障・人口問題研究所の遠藤でございます。

在宅医療について、少しお聞きしたいと思います。

外来医療の中にも在宅ということが入っているということですが、東京都、特に23区にとってみて、在宅医療というのは非常に大きなウェートがあると思います。

理由は幾つかあります。一つは人口ですが、これはご案内のとおり、団塊の世代が大都市周辺に集まっておりますから、この人たちが、そのまま歳をとるということで、後期高齢者が急速に大都市ではふえる。特に東京は、絶対数では後期高齢者が急速にふえてくるわけです。若い人たちが流入してくるので、高齢化率はそれほど上がるわけではないですが、後期高齢者の絶対数は急速にふえてくることになります。

一方で、東京は非常に医療資源に恵まれているわけです。特に高度な医療や、あるいは急性期の病床等では、かなり恵まれているわけですが、地価が高いということが、非常にマイナスに作用している部分があります。地価が高いので介護施設については、人口に見合うだけの十分な対応ができていないと思います。

それから、地価が高いですから、住民の居住面積が非常に狭いということ。恐らく、都道府県別では居住のスペースが一番狭いと思います。そのため子供がいても二世帯では住まないということになって、独居が進みます。ということで、東京、特に23区は現役時代、病院で急性期の治療を受けているうちは、選択肢が豊富で非常にハッピーな環境にあるわけですけれども、これが歳を取ってそろそろ寝たきりになり始めると、どこの施設に行こうかという話になって、独居になってしまう。安い介護施設はほとんど埋まっており、有料老人ホームも高額なものには入れません。現在でも、高齢者が他県に移るとか、多摩のほうに移るといった動きが明らかにあるわけです。

そういう中で、在宅医療というのは、東京23区の高齢者医療にとって一つの重要な柱になるだろうと思います。外来医療に在宅医療を含めるのかどうか分かりませんが、在宅医療についてさらっと書いてある程度なので、どういうお考えなのかということを知りたいと思います。

さらに介護制度についてもお聞きしたいです。国も介護と医療は分かれて議論していますけれども、高齢者医療と介護政策は裏表になるわけです。それとの関係で、特に23区にいる高齢者に対して、どういう介護体制を考えているのかをお聞きしたいと思いました。

26ページの区中央部の在宅医療というところを見てみると、上のほうの表は、75歳以上人口千人当たりの往診と訪問診療の患者数すなわち需要量を見ています。下の表は、在宅医療なり往診を行った施設数を見ています。

大変興味深く拝見したのですが、訪問診療の延べ人数を見ると、一番上に載っているのが全国平均ということで、東京都はそれよりも多いということですから、もう既に全国平均よりも多くの方が在宅医療、訪問診療を受けているということなのです。

ところが下のほうの施設の数で見てみると、東京都は全国と同じぐらいの平均的な訪問診療を供給している施設数だということなのです。恐らく、一つの施設が専門的に訪問診

療をやっているケースが多いのではないかと思います。これが、恐らく他県とかなり違うところかなと思います。訪問診療の場合は、人口密度が高い東京のようなところだと、移動のコストがかからないので、非常にやりやすいというところがあるからだと思います。そういう意味で供給者にとっても、あるいはお年寄りにとっても、住みなれた土地に住み続けようとするためには、非常に有効な手段だと思います。在宅医療は東京都の医療計画の中で、どういうふうになっているのかということが一つです。もう一つは、これの裏表の関係にある介護ですね。居宅介護をしていくためのさまざまな介護人材が必要ですが、都会はほかの仕事がいっぱいありますから、介護人材が不足します。だから、都会ほど介護人材の有効求人倍数高い。東京はそういう意味で、介護人材は非常に不足しています。

このように介護人材が不足している中で、これからふえるであろう東京の、特に23区に住んでいる高齢者に対して、東京都はどのような対応をお考えなのかということについて、直接今回の話とは関係ないのですけれども、せっかくの機会なので、お聞きしたいと思います。すみません、長くなりました。

○久村地域医療担当課長 在宅医療についてのご質問でございます。ありがとうございます。

まず、こちらのほう概要版のほうでも、先ほどからご説明させていただいておりますが、今後というか、2013年に比べて2025年、訪問診療の必要量は1.5倍に増加するというところで、まずそれに対応できる医療資源の確保が必要というふうなところを考えております。

そういった中で、なかなか在宅医療の現場の実態が、まずなかなかわからないんじゃないか。例えば在宅医療をやっている先生も、かかりつけの延長でやっている先生から、あるいは在宅専門でやっている先生、それぞれがございまずので、それぞれ地域でどういうふうな状況にあるかというのを、今年度、地域医療構想調整会議のもとに、圏域ごとに在宅療養ワーキングというものを設置して、その中で圏域の状況、あるいは在宅療養も一義的には区市町村単位でございまずので、区市町村の状況についてご議論いただきました。

それぞれ地域によって、やっぱり状況は違う部分はあるんですが、総体的なご意見としては、現状ではある程度、今のニーズに対して在宅療養資源は充足しているんじゃないかと。ただ、今後やはり高齢化の進展も含めまして、在宅療養ニーズの増大に対応していくためには、やはり今後、在宅医療の確保に向けた取組が必要になってくると。

その中で、まず一つの取組としては、今かかりつけ医の先生にかかっている患者さんが、通院できなかつたときに、じゃあ、そのかかりつけ医の先生が引き続き、訪問診療していただいて、患者さんを支えていく、そういった取組ができないかというご意見を多数いただいたところでございます。

そういった取組をするためには、必要なのは、やはり地区自治会さんだったら区市町

村行政が、かかりつけの先生、在宅医の先生をバックアップできる、例えば24時間の診療体制、各安全の確保、こういった取組をまず仕組みとしてつくっていくことで、そういった環境をつくっていく必要があるのではないかというふうなご意見をいただいたところでございまして、今度、まず今年度、国のほうできめ細かい在宅医療の需要の現状が示されると思います。

それから、ちょうどこれから東京都のほうでは、全医療機関、病院さん、診療所に対しまして、医療機能実態調査ということで、今やっぴらっしゃる訪問診療であったり、往診の量、それから今後、どれぐらい訪問診療をふやすのか、あるいは現状維持なのか、ここの見込みみたいなものも、確認する調査をこれからかけさせていただきます。それを区市町村ごとに提供させていただいて、まず区市町村で改めて現状把握、それから将来どういうふうに取り組んでいくのかというのをご検討いただきたいというふうな取組を進めていくところでございます。

医療介護・地域包括ケアのところは、なかなか介護人材のところ、かなり困難なハードルではございますが、そういったところの中で、まず在宅患者さんを支えていくためには、実は第2部のほうをご覧くださいますと、かなりICTを活用した情報共有というのを強調させていただいておりますが、やはり他職種連携。その多職種連携のポイントとしては、やはり情報共有になろうと思っておりますので、そのあたりの施策を、我々も力を入れることで、地域の他職種連携、患者さんを支える仕組み、環境をつくっていききたいというふうに考えているところでございます。

○橋本座長　なかなか難しい状況がある。

僕も、昨日、実はある区の地域密着サービスの評価の委員会をやってきたんですが、かつて老人保健施設ができるときの理念的な誠意は、医療と生活を両方必要な人に対して、二つのサービスそれぞれなんだけれども、どうもミスマッチじゃないかという議論があって、この医療サービスと生活サービスが。それで、その中間の施設をつくろうということで、老人保健施設をつくって、生活をかなり重視した医療施設をつくったんです。そういう流れなんです。

きのうの地域密着サービスの検討会で、かなり事業者が集まって、現場で働いている人たちがたくさんいるんですが、彼らは結構、異口同音に、今密着サービスの中で、定期巡回が一番大事だと言うんですよ。これが多分、在宅でケアをしていく基盤になると思う。ところが、そこに参入してくる事業者がなかなかいないという見方ですね。人材の問題はすごく、きのうも20回ぐらい人材不足の話があるんですけど、人材不足、昔と変わったというんですね。人材不足は、ある施設をやめて、ほかの施設に行ったんだけど、やめてほかの業態に行ってしまうんですね。そういう状況があって、ちょっとつらいという話は、解決策はないけれども、そういう状況があります。

だから、ちょっと我々医療計画ですけど、高齢者のほうの計画も都レベルでありますので、そういった地域の実態を見ながら、生活を支える基盤サービスとしてやって

いったら、在宅療養は本当に力を発揮できるのかという検討をしなければいけないと思うんです。それは、在宅を今やっている先生たちから、何があったら本当に機能するかを聞いたらいいと思いますけど。そういうやり方で、少しずつ間を埋めていくというやり方も、ぜひやっていただければというふうに思います。

ほか、いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○佐々木委員 すみません。東京医師会の理事をやっております佐々木と申します。

今の在宅医療に関連した話なんですけど、今お話のありました区中央部、私、区中央部の地域医療構想の座長もやらせていただいておりますけれども、今、課長からお話もありましたように、現場の意見としては、現時点では在宅医療がそれほど足りていないとか、困っているという意見というのは、それほど今のところは多くはない。ただ、これから必要量は多くなりますので、地域における在宅医療をふやすとか、それから在宅専門の診療所と、どうやって連携をとっていくかということが、重要な課題になっていると思います。

それから、今回の資料には出ていませんけれども、地域で在宅を見ている診療所と、あと施設を見ている診療所が、これ逆転するんですね。その区の患者さんを診ている在宅の家のほうを見ている方は、大体8割ぐらいが、その地域で見ている。ところが、施設を見ている方、逆転して、その区域から区の方が2割しかいない。外から8割ぐらいの人が入ってくるというのは、どの区域でもありますので、地産地消がいいのかどうかというのは議論でしょうけれども、やはり、その地域の患者さんは施設にしる、在宅の家にしる、その地域の方々が見るべきではないだろうかということを進めていかなきゃいけないと思います。

それからあと、うちの区でもそうなんですけれども、在宅療養の支援病院というのがありますけれども、そこと地元の地域の診療所が、やはり連携をしていかないといけない。

それから、その在宅療養支援診療所じゃない病院とも、病院同士がくっついて連携をして、地域を支えていく、そして地元の開業医と連携をしていくという仕組みづくりが必要だったと思いますので、先ほどの話にもありましたICT点検とか、そういうことも、これからどんどん進めていかなければいけないと思っております。

○橋本座長 ありがとうございます。

いろんなご意見を伺いました。ありがとうございます。

全体を通じて、両方はかなり密接、今の議論もそうだったと思いますけれども、何かほかにご意見があれば、お伺いしておきたいと思いますが。

どうぞ。

○高橋（正）委員 すみません。ちょっと細かいところで。東京都薬剤師会の高橋と申します。

資料の一番厚い7のほうの205ページの地域包括ケアシステムにおける都民への普及啓発の一番最後のところでございまして、こちらで薬剤師会として、かかりつけ薬剤師のことで、健康管理のほうをしていくというふうに書いていただいているんですが、これに関連しまして、最後の210ページのところなんですけれども、これは主体として都民がどういう行動を、自覚と参画をするかというところの最後の文言が、かかりつけ薬局という表現になっているんですね。これは確かにかかりつけ薬剤師、かかりつけ薬局という言い方をするんですけれども、両方の文字が違っているのは、何かお考えがあって、そうされたんでしょうか。

○橋本座長 理解できていない人が多いのかな。文字が違うという。

○高橋（正）委員 薬剤師と薬局という書き置きをされた理由がちょっと。

○橋本座長 かかりつけ薬剤師とかかりつけ薬局でいいんですね。何か意図があるか、単なる。ないですか。どっちに統一したらいいんですか。

○高橋（正）委員 薬剤師に統一して。

○千葉計画推進担当課長 ご指摘ありがとうございます。特に意味とかはあったのではございませんので、統一させていただきます。すみません。

○橋本座長 はい、統一しましょう。

確かに、僕もすごくいい機能を持っているなと思って、見ていたところがあります。よろしいですか。

じゃあ、たくさんのご意見をいただきありがとうございます。

先ほどの今後のスケジュールというところに関連するのですが、本日の議論も踏まえて、私と河原副座長、そして事務局とで、計画の素案を今いろいろご意見いただきましたので、修正して東京都医療審議会の諮問という形で、手続を進めさせていただきたいと思います。よろしゅうございますでしょうか。

（異議なし）

○橋本座長 では、そのようにさせていただければというふうに思います。

委員の皆様には修正した計画素案をお送りすることにします。ご確認いただければというふうに考えております。

本日予定されていた内容は以上です。

では、事務局にお返しします。

○千葉計画推進担当課長 橋本先生ありがとうございます。

本日は皆様、長時間にわたり活発なご意見をいただきまして、また貴重なご意見多数いただきました。ありがとうございます。

最後に、事務局より3点ほど事務連絡を申し上げます。

本日の資料ですけれども、お持ち帰りいただいて結構なんですけれども、非常に量が多いものですから、机上に残しておいていただけましたら、事務局から後ほど郵送させていただきます。

2点目です。その中で、机上に用意させていただいております東京都保健医療計画の冊子につきましては、すみませんが、そのまま残していただければと思います。よろしくお願いたします。

最後3点目です。本日お車でいらっしゃる委員の方がいらっしゃいましたら、都庁舎の駐車場を利用している場合には駐車券をご用意しておりますので、事務局まで後ほどお申し出いただければと思います。

事務局からは以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

では、本日はこれで閉会したいと思います。お疲れさまでした。

(午後 7時21分 閉会)