

令和元年度第2回  
東京都保健医療計画推進協議会  
会議録

令和元年11月12日  
東京都福祉保健局

(午後2時00分 開会)

○千葉計画推進担当課長 お待たせいたしました。まだちょっとお見えになってない方がいらっしゃるんですけども、定刻となりましたので、ただいまから令和元年度第2回東京都保健医療計画推進協議会を開催させていただきます。

本日は、委員の皆様方におかれましては大変お忙しい中ご出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

議事に入りますまでの間、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。

座って説明をさせていただきます。

まず初めに、今回から新たに委員にご就任いただきました5名の方々のご紹介をさせていただきます。お手元にお配りさせていただいております次第の一つ下にあります資料1、東京都保健医療計画推進協議会委員名簿の中から新たにご就任いただいた委員のみご紹介をさせていただきます。私のほうからご紹介させていただきますので、恐れ入りますけども、ご起立をお願いできればと思います。じゃあ、名簿の順に沿って紹介させていただきます。

東京都医師会理事、佐々木委員でございます。

○佐々木委員 佐々木でございます。よろしく願いいたします。

○千葉計画推進担当課長 東京都歯科医師会理事、高品委員でございます。

○高品委員 高品でございます。よろしく願いいたします。

○千葉計画推進担当課長 東京都薬剤師会副会長、高橋委員でございます。

○高橋委員 高橋でございます。よろしく願いいたします。

○千葉計画推進担当課長 少し下のほうにいきまして、関係行政機関の代表の方でございます。東京都市福祉保健主管部長会より佐野委員でございます。

○佐野委員 佐野でございます。よろしく願いいたします。

○千葉計画推進担当課長 本日ご欠席ではございますが、島しょ町村民生部会、高橋委員も新たに委員にご就任いただいております。

なお、新たな委員の方々のお手元には福祉保健局長からの発令通知書を置かせていただいております。どうぞご収納ください。

次に、委員の出欠につきましてご報告させていただきます。本日、名簿の学識経験者の欄の田嶋委員、島田委員、医療関係団体の代表の竹川委員、保健医療を受ける立場の方の代表の竹内委員、先ほど申し上げましたが、関係行政団体の代表の島しょの高橋委員、5名の方々の欠席をご連絡いただいております。全委員26名いらっしゃるんですけども、5名欠席で本日21名の出席で、まだちょっといらっしゃってない方いらっしゃるんですけども21名の出席でございます。どうぞよろしく願いいたします。

また、本日は、森住委員の代理としまして東京消防庁救急部の江原医務課長にご出席をいただいております。どうぞよろしく願いいたします。

以上で、委員の方々のご紹介を終わらせていただきます。

なお、東京都は、福祉保健局技監を初め、事務局である医療対策部のほか、福祉保健局の関係部局及び関係各局の職員も出席させていただいております。どうぞよろしくお願いたします。

次に、本日の資料を確認させていただきます。恐れ入ります、次第のほうにお戻りいただきまして、次第の下のほうに四角で囲ったところに配布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6まででございます。また、外来医療計画・医師確保計画の関係書類を資料といたしましてこのピンク色のファイルにつづったものを1冊ずつお手元に配らせていただいております。さらに、東京都保健医療計画の冊子、こちらもお手元に配らせていただいております。

資料の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お願いいたします。

次に、本日の会議でございますが、資料2、東京都保健医療計画推進協議会設置要綱第9の事項に基づきまして、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場合には、会議または会議録等を非公開とすることができます。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、いかがでございましょうか。

(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、本日も原則どおり公開とさせていただきます。

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

また、本日、速記を入れております関係で、ご発言の際には、大変恐れ入りますが、挙手の上、事務局からマイクをお受け取りになり、それからご発言をいただければと思います。どうぞよろしくお願いたします。

では、議事に先立ちまして、福祉保健局技監、矢内よりご挨拶を申し上げます。

○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。

委員の皆様には、日ごろより東京都の保健医療行政に多大なるご理解とご協力を賜り、この場をかりて厚く御礼を申し上げます。また、本日は、ご多忙の中、出席をいただきまして、重ねて御礼を申し上げます。

さて、机の上にも配らせておりますが、東京都の現行の保健医療計画は平成30年3月に改訂を行ったものでございます。今回この計画に関して初めて進捗状況の報告をさせていただきます。計画に基づき、5疾病5事業、在宅療養を初め、さまざまな医療体制の取り組みを進めているところでございます。委員の皆様からは、それぞれのお立場、ご知見、私見、ご経験から、忌憚のないご意見を賜ることができればと存じております。また、その他の議事といたしまして、平成30年の医療法の改正により、新たに策定す

ることとなりました外来医療計画と医師確保計画についてもご説明をさせていただくとともに、現在、検討を進めております新たな病床配分方法（案）についての報告を予定しております。

委員の皆様におかれましては、引き続きお力添えを賜りますようお願いをいたしまして、ご挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願ひいたします。

○千葉計画推進担当課長 それでは、以降の進行を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ひいたします。

○橋本座長 それでは、進行させていただきます。どうぞよろしくお願ひいたします。

本日の議事が二つ、それから報告事項があって、今、技監のほうからお話があったようにその他幾つかお話があるようです。

それでは、まず最初の議事ですが、現行の保健医療計画の進捗状況についてということですね、まずお願ひいたします。形がこれまでとちょっと変わりましたので、様式の説明をまずお願ひします。

○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。

今期の東京都保健医療計画は第7次の計画でございます、計画期間は平成30年度から令和5年度までの6カ年の計画となっております。本協議会では第7次計画に基づく毎年度の各施策の実施状況や進捗状況を確認していただきますが、今お話がございましたとおり、今期の計画からやり方を改めさせていただきます。これまでは事務方が進捗状況を取りまとめ本協議会にお出ししておりましたけれども、今回からは各疾病・事業ごとの協議会等で評価・検討を行い、その結果をお出しするよういたしました。

また、各疾病事業ごとの協議会におきましては統一の様式を用いております。恐れ入りますが資料の3-2の3ページをご覧くださいませでしょうか。

5疾病5事業及び在宅医療につきましては、こちらの様式1-1を用いて、下段にあります各指標ごとにAからDの4段階で評価を行いまして、それらを集計して一番上の左側でございます、大きな字で書いておりますけれども、総合評価を集計して上段の総合評価を出しております。

続きまして、恐れ入りますが5ページにお進みいただけますでしょうか。こちらの様式2-1は、5疾病5事業及び在宅療養以外の事項についての様式でございます。各指標の評価を行いますけれども総合評価は行わないと、そのような形にさせていただきます。

このような統一した様式を用いまして、各疾病事業をそれぞれの協議会で評価・検討いたしました。それらを取りまとめたものが、ちょっと資料が多くて申しわけございません、資料3-1でございます。本日は、この資料3-1を用いまして、一つずつ疾病事業ごとの評価等を述べさせていただきたいと思ひます。

様式等の説明は以上でございます。

○橋本座長 様式の説明がございましたけれども、大丈夫でしょうか。これまでは個別に出てきたんですけれども、その会議体ごとにしっかりとした結果を出してそのことをお伝えいただくという、そういう様式に洗練されてきたという感じですけど、そういう形になります。

それでは、早速、報告をお願いしたいと思います。まずは、5疾病の取り組みについて、がん医療の取り組みから順に説明をお願いします。

○千葉計画推進担当課長 それでは、まずはがん医療の取り組みからご説明させていただきます。

昨年度、平成30年度におきましては、これまでどおりがん検診の推進、がん診療拠点病院を中心とした医療提供体制、相談支援体制の充実ですとか、医師の緩和ケア研修等を実施させていただいております。加えまして、東京都がん対策推進計画で特に重要な事項として掲げました緩和ケア、就労支援、AYA世代などについて、今後の施策に反映させるための実態調査というのを昨年度行わせていただきました。

資料3-1の左側の縦の数字の1、がんの欄をごらんいただければと思います。

がんにつきましては、国立がんセンターの元総長の垣添先生に座長を務めていただいております東京都がん対策推進協議会にて、令和元年7月12日に各事項の評価・検討を行っていただきました。総合評価はAからDの4段階のうち上から2番目のB、おおむね達成しているとの評価をいただいております。

がんの協議会から出された主なご意見といたしましては、受動喫煙につきまして平成27年度より平成28年度は悪化しているの、東京都の受動喫煙防止条例の制定を契機として今後の取組の強化が必要との意見をいただきました。

受動喫煙につきましては、国が実施するアンケート調査の都民分の抽出結果でございまして、実際には年々、皆様ご案内のとおり、喫煙場所の減少など受動喫煙の機会が減ってきていると思いますけれども、この間、報道などのさまざまな場面で受動喫煙が話題となりまして都民の意識が高まってきたことがあると、そのように考えてございます。また、調査数につきましても、平成27年度、平成28年度とも都民の調査数が400人台と、都民の状況をあらわすためのN値としてはいささか少ないのかなとも考えてございます。都といたしましては、来年4月に東京都受動喫煙防止条例の全面施行も控えておりまして、なお一層の受動喫煙防止に向けた取り組みを進めていくということにしております。

次のご意見といたしまして、指標にございます「がんは治る病気である」という表現につきまして、現状では必ずしも治るといえる病気ではないので表現を変えるべきのご意見もございました。こちらにはちょっとスペースの関係で記載できませんでしたが、ほかの意見といたしまして、昔に比べれば5年生存率が劇的に上がっているということもあってもう治る病気といってもいいと考えると、そのような委員のご意見もございましたので、当面表現は変えませんが、がんの協議会では引き続き議論を重ねてい

きたいと、そのように考えております。

がんについては以上です。

- 鈴木医療政策課長 引き続き、脳卒中に移らせていただきます。

脳卒中につきましては、こちらにございますとおり、東京都の脳卒中医療連携協議会を7月29日に開催いたしました。総合評価ではございますが、事業実績も計画に沿って取り組みが進んでおりまして、四つの指標を持ってありますが全て増加傾向ということになりまして、協議会でAという評価、達成したという評価をいただいております。

協議会の中では、脳血管内治療が円滑に行える環境を整備するため、現在進めている転院搬送の充実について今後も積極的に取組を進めて欲しいということでございまして、現在の取組を高く評価していただいたところでございます。

脳卒中につきましては以上でございます。

- 行本救急災害医療課長 続きまして、心血管疾患に対する取り組みでございます。

協議会につきましては、救急医療対策協議会のほうに、書面開催ではございますが今年8月にお諮りしているところでございます。各項目についてはおおむね達成できているのですが、一つ達成できてない部分もございまして、総合評価としてはBという評価になってございます。

この中でご意見をいただきましたのが、AEDマップに関する登録数の指標について、こちら伸びてはきているところですけども、さらに事業を展開するにはAEDの設置場所、これの都民への周知、それから設置数向上も重要であるのではないかというようなご意見がございました。

各指標の中で達成できなかったのが退院患者平均在院日数についてでございますが、こちらにつきましては要因として、急性期だけではなく回復期を含む調査であったことや、診療報酬上の課題というのものではないかというような要因に関するご意見がございました。

それから、心血管疾患リハビリテーション実施可能な医療機関についても伸びてはいるんですけども、施設基準を満たすためには作業療法士等の人員確保が課題であるというようなご意見をいただきました。

以上でございます。

- 三ツ木歯科担当課長 では、引き続きまして、糖尿病につきましてご説明させていただきます。

東京都糖尿病医療連携協議会を、本年9月26日に開催しております。総合評価といたしましてはBをご提案させていただきました。数値といたしましては、前年度に比べ下回っている数値もございまして、疾病の特徴等を考えたときに、長い期間、ある程度のスパンで見るとはいいのではないかというようなご意見もいただいております。

協議会の中で出されましたほかのご意見でございますが、重症化予防対策につきましては平成28年度から本格ケアの取組に入っていると、その中で区市町村の取組という

ものが非常に進んできている、今後に期待できるのではないかと。

また、新規透析患者数、10年間で10%という国が目標を掲げたわけですが、この目標に向かって進めていかなければなりません。また、新規の薬剤等の開発も進んでおりました。中長期的には対策を進めていけば間違いがないのではないかと。ご意見をいただいております。

東京都は全国的に見ましても最も取組がなされておりました。数値に表れてこない部分も勘案いたしまして、総合評価としてはBでよいのではないかと。ご意見をいただいております。従いまして、総合評価はBとさせていただきます。

糖尿病については以上でございます。

- 梶野精神保健医療課長 続きます。精神疾患についてでございます。おめくりいただきまして、2ページ目の上の段になります。

精神疾患につきましては、日常診療体制の強化、また精神科救急医療体制の整備、地域生活支援体制の充実ということをつきの柱に位置づけておりました。今回の評価に当たりましては、東京都地方精神保健福祉審議会の委員の皆様にご意見を伺いいたしました。その結果、今回の総合評価はAとしてございます。

いただきました主なご意見でございますが、まず1点目の「早期発見・早期対応推進のための研修、症例検討会の実施」につきましては、事例集の作成ですとか、一般診療科向けの研修を予定数16地区のところ20地区で実施するなど計画の数を超えて行われているということで、達成状況の評価はAとのご意見をいただきました。

また、精神身体合併症救急医療体制の整備につきましては、こちら策定時点では都内で3ブロックでの展開でございましたが、30年度は5ブロックに拡充いたしまして都内全域での展開となりましたので、こちらについても達成状況はAであるとのご意見をいただいております。

全体として総合評価をAとすることにつきましては各委員から了承とのご意見をいただいておりますが、あわせて個別の事業についてのご意見等もいただいておりますので、そういったものもこなすべく、取り組んでまいりたいと考えております。

以上でございます。

- 大竹認知症対策担当課長 続きます。認知症についてご説明させていただきます。

認知症につきましては、精神疾患と同じく、東京都地方精神保健福祉審議会にて8月14日に書面開催にてご審議をいただいております。ご審議では総合評価Aをいただいております。主な意見といたしましては、認知症については4点指標を掲げているのですが、指標の評価に関してのご意見は特段いただいております。

そのほか、事業内容としまして、区市町村で行っています認知症支援コーディネーターの役割について確認いただくようなご意見や、あるいは、拠点型の認知症疾患医療センターに配置しております認知症アウトリーチチームの役割についてご確認をいただくようなご意見をいただいております。

以上となります。

○橋本座長 ありがとうございます。

では、一旦ここで区切って、説明のありました5疾病の取り組みについて、ご意見とかご質問をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○長瀬委員 長瀬です。総合評価がAなんで、これも地方精神福祉委員会で承認しているし、Aなんでしょけれども、私もこの地域の先生方と、一般科の先生方と精神疾患を普及する東京都の事業に参加していて、非常に一生懸命、皆さんやっているんだなと思って、東京都のほうもしっかりやっているんだなというふうに思います。

これからの話なんですけど、精神疾患は5疾病5事業になる医療計画に入ったときはまだ300万人弱だったんですね。それが瞬く間のうちに、内閣府の最近の統計では419万人になっていまして、ものすごく増えているんですね。その中でも発達障害とか気分障害が増えているんですね。これをやはり東京都も、発達障害も細かいところを見ますと一生懸命やっているんですけど、もう少しというか、もっと力を入れてやっていかないとなかなか対応ができないのかなというふうに思っております。

以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

渡邊委員、どうぞ。

○渡邊委員 8ページなんですけど。

○橋本座長 資料3-2ですかね。

○渡邊委員 はい。

○橋本座長 A3の資料ですね。

○渡邊委員 A3の資料です。たばこのところなんですけど、取組の1-5の受動喫煙の機会というところで達成状況がDになっているんですけど、どのような取組が遅れているのかできないので、このような評価になっているのかをちょっと教えていただきたい。

○千葉計画推進担当課長 最初にご説明申し上げましたとおり、今回のこの出している1年目のほうに書いてある結果のところは、平成28年度の調査結果でございます。まだ条例等々ができる前のものがございます。この結果に対しては受動喫煙防止の具体的な取組というのがまだ始まってない段階での評価ということで、その結果をもってDというふうになっていると理解しておりますので、何か取組をやらなかったとかそういうことではないと。

○橋本座長 よろしいですか。

ほか、いかがでしょうか。

ないようでしたら、ちょっと質問させていただいていいですか。大丈夫ですか。

糖尿病のところですけども、資料でいうと21ページですが、五つの取組があるん

ですかね、四つですかね。一番上の欄というのがある種の介入で、下の四つが結果ですよ、これ。失明したり、あるいは新規透析に入ったりというようなことで、多分この下の四つと上の一つはちょっと性格が違うんだと思いますね、指標として。そうすると、取組2のある種の介入ですかね、指導とか、重症防止のために何をしていくことが大事かというのはこの会議体の中でご意見があったんですか。

○三ツ木歯科担当課長 重症化予防、特に透析の導入に関しましてでございますが、先ほどご説明させていただきましたように、区市町村での実態としての取組状況ということなんですが、こちらのほうは平成28年からの取組がちょっと進んできているというような方向性が出ております。また、新規薬剤等の開発も含めた中で、取組の方向性としてはこれでよろしいのではないかという意見をいただいたところです。

○橋本座長 はい、わかりました。健診をして危ない人に通知をして、なおかつ、その保健組合に属している保健師さんがかなり電話をしてというような、そういう取組が結構されてきていますよね。そういうのは効果が出ると思います。

アメリカはたしかディジーズ・マネジメントという概念の中で重症化防止のために相当、コールセンターみたいなのを使いながらやっているという話を、かなり前ですけど聞いたことがあります。

ほかいかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○猪口委員 資料3-2の23ページの精神疾患と、同じく29ページに認知症がございますが、まず23ページの精神疾患、総合評価Aですが、このAというのは下の表の取組1-1、2-3とか、これAが二つありますが、これの多数決ですか、これの総合評価をして、Aということですか。

○梶野精神保健医療課長 さようでございます。

○猪口委員 例えば取組1-1とかいろいろありますけど、特に取組1-1なんかはプロセス指標で、こうしたから、研修会をやったから精神医療の質が上がったとか、そういうことでちょっと飛躍しているような感じもするんですけど。同じく認知症、29ページもB・A・A・Aとなっていますけど、これはやっぱり研修の受講者数とかカフェを設置した市町村。本当はこれから先にこういうことをやってどうなったかというのを評価しないといけないと思うんですけど、これは最初にやる評価なのかわかりませんが、これ以上申しませんが。

○橋本座長 ありがとうございます。

評価のところでもいつもつきまとう問題ですね。行政評価のところでも最終的な目的はみんなわかっているんだけど、それを測ることがなかなか難しい場合に途中の段階的な評価を置いて、評価をしてよかったか悪かったかって話、進んでいるとか進んでないかって話はよくありますけど。ただ、猪口委員がおっしゃるように、それが本当に結びついているかどうかはわからないよねという話になりますよね。

それから、もう一つはそのプロセス評価で事業を組み立てていてこのぐらいやりますよといったときに、当然予算の問題が出てきて、予算の中でどのぐらいだろうかという話になるので、予算が少ないと少なめに計画値を立てていると意外とできて評価がいいなんていう、その外側にある大きな目的と中の技術的な目的とがちょっと齟齬が起こる。だから、そこはしょうがないんですけども、それを大きく見ていって管理をするというのが大事なのかなというふうに、これ、今の指摘はそういうことを示しているのかなというふうに思います。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、次に参りましょうか。続きですよ。続きまして、5事業及び在宅療養の取組について、ご説明いただきたいと思います。よろしくお願いします。

○行本救急災害医療課長 それでは、7番、救急医療についてでございます。

救急医療につきましては、初期、二次、三次の医療体制、それと東京ルールの運用など、そういった仕組みの中で二次医療機関の応需率などの六つの指標をもとに取り組んでおきまして、それについて救急医療体制協議会のほうに諮ったところでございます。各項目については多少増減等がございますが、トータルとして総合評価としてはBという評価をいただいております。

その中で主な意見でございましたのが、東京ルール事案につきましてはこの救急搬送患者に対する割合の指標についてですけれども、若干、全体的に増えている中で特に独居高齢者の増加が多く、また、社会的背景により受け入れ側の病院が躊躇する場所があるのではないかとのご意見がございました。

また、東京ルール事案に該当する救急患者の圏域内受入率、こちらについては医療圏によって医療資源の差があり、圏域内受入率向上が難しい地域もあるのではないかとのご意見がございました。

また、救急相談センター、#7119については、50%を超えている認知率ということでそれなりの高さはあるんですけども、さらに様々な方法で向上させていくことが望ましいとのご意見がございました。

以上でございます。

○熊井災害医療担当課長 続きまして、8番、災害医療についてでございます。

災害医療につきましては、本年9月2日に東京都の災害医療協議会に書面開催形式で進捗を報告しまして、ご意見をいただいたところでございます。総合評価につきましては、おおむね数値目標が達成されて適切ではないかとのご意見でございまして、Bとさせていただきますところでございます。

また、ご意見といたしまして、毎年のように災害が発生し、新たな課題が明らかになる現状から、研修等の機会を増やせるとよいのではないかとのご意見がございました。ご意見を踏まえまして、今後の研修、あるいは研修内容のほうに反映させていきたいというふうに考えてございます。

また、EMISの訓練実施の割合でございますけれども、達成状況がCというふうになってございます。こちらのほうにつきましては、今回の実災害も踏まえて、あるいは周知期間をより長く、あるいは重ねて周知をすることで訓練実施のほうを広報、あるいは重要性を呼びかけていきたいというふうに考えております。

災害医療につきましては以上です。

○田口医療調整担当課長 次に、9番、へき地医療についてご説明させていただきます。

島しょ部の2町7村に、山間部の1町1村を加えまして、3町8村のへき地の医療に取り組んでおります。協議会としてはへき地医療対策協議会、書面開催させていただきまして、総合評価としてはB評価をいただいております。

医療従事者確保の取り組みとしまして、医師充足率、町村が都に医師の派遣の要請をする医師の充足率というのを目標に掲げておりましたが、目標は100%達成ということでA評価ということでいただいております。

それから、その下にありますへき地勤務医師等確保事業、これは協力病院からへき地のほうへ医師を派遣していただくという事業ですけれども、この両方とも現状では何とか送っていただいているということで医師の確保ができているということでいい評価をいただいているところなんですけれども、今後、医師の確保、派遣は非常に厳しくなることが想定されるので、今後はさらなる方策を考えていかなければいけないのではないのでしょうか、というようなご意見をいただいております。

それから、島しょ医療用画像伝送システムなんですけれども、これの用途の拡充というのを取組としては挙げております。このシステムに付随したWeb会議システムというので、かかりつけ患者さんの情報交換、本土の病院と情報交換に使用するというようなところで、この用途の拡充ということは行ってきているところなんですけれども、遠隔の読影について、医療用画像の読影について、今のところ広尾病院とだけの接続拠点であるので、もう少し広げたほうがいいのではないかとというようなご意見をいただいております。

それから、退院支援の仕組みとしまして「各島の医療介護資源」という冊子を、島しょの医療資源、介護資源はどんなものがあるかというのが本土の医療機関がわからないので、なかなか退院支援がうまく進まないのではないかとという中で、都のほうでこの冊子をつくって、今のところ都立広尾病院のほうで運用を開始しておりますが、非常に好評はいただいているところでございます。ただ、定期的に更新をして、いつも新しい情報を入れないとなかなか使いにくいのではないかとということで、こちらも励ましをいただいております。

へき地医療については以上になります。

○池田事業推進担当課長 続きまして、周産期医療の取り組みについてご説明させていただきます。

周産期医療につきましては、東京都周産期医療協議会のほうで書面開催をさせていた

だいております。39ページの六つの指標のうち五つの指標につきましては目標値を達成していることから、総合評価はAをいただいております。

主な意見といたしましては、都では、出生1万人に対して30床を基本として都全域でNICUの病床の確保を進めておりますが、NICUの病床数は増加していること、また、新生児死亡率や周産期死亡率は既に高レベルにあるにもかかわらずさらに改善されていること、またNICU等に90日以上入院している長期入院児も確実に減少していることなどから、妥当な評価であるというご意見をいただいております。

引き続きまして、小児医療の取組についてご説明させていただきます。

42ページの五つの指標のうち、Aが三つ、Cが二つというところから、総合評価はBをいただいております。C評価の乳児死亡率等につきましても、既に可能な限り「低い水準」に至っているものと想像されるのご意見をいただいているところでございます。

以上です。

○鈴木医療政策課長 続きまして、4ページをおめくりいただきまして、12番、在宅療養についてでございます。

こちらにつきましては、令和元年7月4日に開催いたしました東京都在宅療養推進会議にて事務局内で検討し、総合評価としてB評価をいただいたところでございます。

協議会では、指標の一つであります訪問診療を実施している診療所数・病院数、ここだけがちょっと微減という状況でございました。その理由を把握し、傾向・対策を講じる必要があるのではないかとのご意見や、各指標の毎年の数字に一喜一憂するのではなく、全体を俯瞰した視点が重要であるといったご意見もいただいたところでございます。

今後、今年度実施いたします医療機関に対する実態調査によりまして、在宅医療の実施状況のほか、今後の参入の意向、参入が困難な理由をきめ細かくピックアップいたします。また、必要な支援等を検討してまいりたいというところでございます。また、毎年の指標の達成状況だけではなく、中長期的な視点を持ちながら在宅療養の取組を進めていきたいと考えているところでございます。

以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、ここでちょっと区切らせていただいて、ただいま説明のありました5事業と、それから在宅療養の取り組みまでご報告いただきました。これらについてご意見、ご質問をお願いしたいと思います。

はい、どうぞ。

○外池委員 公募委員の外池と申します。

これは私の願いなんですけれども、このたびの千葉県の台風、豪雨、洪水、がけ崩れ、東京都は大丈夫なんだろうかと重要度が段違いですので、まずそれが頭に浮かんだわけ

でございます。予想を超える甚大な被害、これはもう数十年に一回と、これまでにない被害が予想されるというようなことを言っているわけですね。確かに台風は10月3回もですか、神奈川県から千葉県を通過して、千葉県と神奈川県の被害の違いはどういうところにあるのだろうかとか、いろんなことをやっぱり住民の立場で考えざるを得なかったわけですね。避難所対策、高齢者の薬の確保だとか、病気で病院に入院している入院患者の避難はしたほうがいいのかしないほうがいいのか、いろんな人が今いろんなところで関心を持って、その対策は果たして大丈夫なんだろうかというふうに思われていると思うんですね。ぜひ役所として緊張感をもって迅速に対応するということがとても大事、住民の命を救うというのが、これは最優先にされるべきだと。地域を巻き込んで日ごろ区市町村との連携をどうしていくかとか、そういうその緊迫した状態を頭の中だけではするんじゃなくて実際に行動の中で反映させてほしいというのが一住民の立場からの願いでございます。

以上です。

○橋本座長 東京都のほうから何かこれに関してお話ありますか。後で、少し関係するのかもしれないけれども、病床配分の方法について、そして災害医療について考え始めている、強化をしようというふうなお考えがあると思いますけれども、何かあれば。

○熊井災害医療担当課長 災害医療を担当しております。先ほどの話の中でもあるんですけれども、区市町村等との連携という話の中で図上訓練というのをやっております、先般も行ったんですけれども、医療圏を単位に区市町村の事務担当者、あるいは医師会の方、あるいは災害医療に精通したドクターの方々、こういった方々と図上訓練を定期的実施しております。この中で区市町村との連携ということを深めていってまいりますので、ご意見をいただいたような形で災害時には対応していく体制を整えていきたいというふうに思っています。

以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。多分、保健医療だけではない問題だというふうに思いますけど、全都を挙げてそういう形に進んでいくのかなというふうに思います。

ほかいかがでしょうか。個別の事業でも。

はい、どうぞ。

○遠藤委員 遠藤です。

在宅医療に関連しまして、46ページですが、この主な意見にも書かれておりますように在宅、訪問診療を行うその施設数は微減しているということで、これは取組の一番上のところ、確かに減っているわけではありますが、一方でこの訪問診療を受ける患者数、これはレセプトの数でありますけれどもこれは1割ぐらい増えている、あるいは在宅ターミナルケアの件数も増えているということで、施設数は伸びていないけれども患者数は増えているということですので、ここの主な意見にも書いてありますけれどもどのような傾向があるのかということ調べるべきだということなんですが、これ

について何か都としてはどういう現象が起きているのかという把握はされているのかどうか。それに関連しまして、この策定時の平成27年度の施設数が2,432となっておりますけれども、これが診療所等に分かれてないんですね。多分分けて書いてないということは最初からこのデータは分かれてないのかもしれないんですが、これが分かれてあれば増えていないのがどちらなのかとかそんなことがわかるはずなんですが、何かお考えがあるかどうかを聞きたいです。

- 鈴木医療政策課長 先ほども少しお話をさせていただいたんですが、今年度これから医療機関に対して実態調査を行っていきまして、こういった状況ですとかその取組に関して把握してまいり、その上で今後の施策等を考えていこうかというふうに考えているところでございます。
- 橋本座長 いいですか。
- 遠藤委員 よろしく申し上げます。ただ、調査といたしましてもこの1年目の件数は正しいわけですよ、数字的に。
- 鈴木医療政策課長 そうですね。
- 遠藤委員 したがって、施設数は増えていないけど、件数は増えているということで、ある意味1件当たりのやっている患者さんの数が増えてきたということは間違いのないことなんですね。
- 鈴木医療政策課長 そのとおりです。
- 遠藤委員 さらにその辺をよく調べていただいて、よろしく申し上げます。
- 鈴木医療政策課長 わかりました。
- 橋本座長 今の件ですけど、調査をするというのはどういう調査をするんですか。
- 鈴木医療政策課長 病院ですとか医療機関、全医療機関に対して、今後、在宅医療を含めての現在の状況ですとか、今後の参入の見込みですとか、そうしたものをアンケートのような調査形式でとらせていただくというものです。
- 橋本座長 これから調査をするということですか。新たに調査をする。
- 鈴木医療政策課長 そうですね。
- 橋本座長 レセプトのデータからこういうものって出てくるんじゃないですか。
- 鈴木医療政策課長 今後、医療機関がどう参入されたいかとか、そういうのも含めて。
- 橋本座長 そういう意向があるかだね。
- 鈴木医療政策課長 そういうところもちょっと知りたいということです。それでちょっと調査を。
- 橋本座長 わかりました。客観的なデータがあるんだったら、それはそれで押さえておいてそういう意向調査をやるほうがいろいろ考え方が出てくるとは思いますけど、その辺も検討してください。  
ほかいかがでしょうか。
- 本田委員 公募委員の本田です。

災害医療に関しまして先ほどE M I Sの数値のご説明があったんですけれども、34ページの取組の2-3ということで、E M I S等を活用した訓練を実施している病院の割合が、ほかの数値はみんなふえているにもかかわらずここだけ減っているというような状況があるかと思えます。したがって、達成状況Cということになっているわけですが、訓練をやるかやらないかということだとこれはもう病院側の意向ということになると思うんですね。啓発とかということで、今、非常に医療機関で、我々一般から見ても大変多忙な状況という中で実施できるのかどうかというそういう課題があるんだろうなと思いつつ、もう一つ根本的な部分で、プッシュ型になっていないので医療機関のほうでやらなくちゃいけないであったりとか、それから過去の災害のときの報道内容とかを見ますと、非常にE M I Sの操作性が余りよろしくないということであったりとか、それから入力できる方が非常に限定されていて本当に災害のときに役に立つのかというようなお話も漏れ聞こえてくるような状況かと思えます。そうすると、本当に首都直下を想定したような緊急事態のときに、限られた医療資源を一斉に的確に配分するに当たっては、半分ぐらいの病院しか訓練をしたことがないということであると、いざ本番というときにどうなるんだろうなというちょっと心許ない状況を感じた次第です。これについてはどのようにこれから、なかなか限られた医療資源というところで難しいことかとは思いますが、結構、肝の部分かと思うので、今後の改善の方向性とかがもし既に出ているようでしたらお聞かせいただければと思います。

○熊井災害医療担当課長 ありがとうございます。

この数値が減ったということについては、恐らく私どものほうの周知期間の短さ等もあったのではないのかなというふうに思っております。それで、先ほども申したんですけれども、そういったことでなるべく早く、あるいは重ねて周知することでアップをさせていきたいというのは、まず一つ考えております。

それから、今回の台風災害・豪雨災害等も踏まえまして、このE M I S情報の入力をしていただくことが重要だということをまたさらに広報してお願いをしていただくようなことを考えてございます。あらゆる会議、それから訓練の場を通じてお願いをさせていただくというふうに思っております。

操作性の部分等につきましては、ちょっとこれからの課題なのかなというふうに感じておりますので、またご意見をいただきながら改善できるものは、改善していただくというような形で考えていきたいというふうに思っております。

○橋本座長 よろしゅうございますか。

では、いかがでしょうね。

○井上委員 井上と申します。ありがとうございます。

先ほどの遠藤委員がご指摘いただいた資料3-2の46ページのところの訪問診療を実施している診療所というようなところで、調査を実施してくださるというお話だったと思うんですけれども、そちらでぜひ、訪問診療を実施しなくなった診療所があるとい

うことなのでその理由をきっちり明らかにしてほしいなというふうに思います。特に、報酬上の理由なのか医師の働き方の問題なのかというあたりを明らかにしていただきたいということでもあります。場合によっては、レセプト数がきちんと増えているということは、じゃあ規模が大きくなって事業を展開しているというふうに肯定的に捉える場合もあるので、その場合この診療リストの数を増やすということがそもそも目標値として正しいのかどうかというところも少し議論していただければというふうに思います。よろしくをお願いします。

○橋本座長 今のことについて何か都側から。

○鈴木医療政策課長 実態調査で訪問診療を実施していない理由なども伺おうと考えてございますので、そちらのことも伺いたいと思います。おっしゃられたとおり、減ったからどうなのか、実際の数は増えているんじゃないかというようなところもございまして、そうした実態なんかもつかめるように参考にさせていただければというふうに思いますので、よろしくお願いたします。

○橋本座長 はい、お願いします。

○猪口委員 東京都医師会の猪口です。

32ページ、救急医療をご覧になっていただきたいんですけども、これは指標を見ていきますと軒並みダウンということでBとCしかないんですね。我々その救急医療機関で実際にやっている者として、それから地域救急会議でいろいろ情報交換しているところでは、我々はもう一生懸命やっている、もうこれ以上できないぐらいやっているという状況で、この指標が悪くなっていくのは多分想定している社会構造とかいろいろそういうものが環境が変わってきているんだらうと思うんですが、せっかく1年目でこれだけの指標が出てきていますので、これに対応した施策なりを考えていただかないとこれはもたんぞというのがここにあらわれているんじゃないかなと思うんで、ぜひこの原因は何であるのか、構造が変わるような話は、変わってきているんだというような話はこのサマリーのほうにも出てきているところですけども、ぜひそれに対応していただきたいなと思います。

○行本救急災害医療課長 ありがとうございます。

原因等につきましては、今お話にあったような地域での会議等でいろいろご意見を伺い、原因等を突きとめながら、また今後の施策に反映していきたいと思います。

○橋本座長 ありがとうございます。研究もされているみたいですけどね。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

ちょっと質問させていただいて。日本全体の出生数が100万人を切るまで結構しぶとかったんですが、100万人を切ったら途端にどどどどと減り出して、もしかすると数年のうちに90万人を切るんじゃないかみたいなことは一部では言われています。東京都はどうか、都内出生数。

○池田事業推進担当課長 都内の出生数は大体11万弱ということで、微減ということで、

全国よりかは、減少率は少ないです。

○橋本座長　そうですか。ありがとうございます。

○遠藤委員　関連で。国立社会保障・人口問題研究所の所長の立場から言いますが、そのとおりです。ただ、そのとおり出生率は東京都は非常に低いんですが、子供を産める女性の数が多い、若い女性が東京には入ってきておられますので、ということの掛け算なんですね。それで微減ですので、ほかの地域よりは減少が少ない、そういうことです。

○橋本座長　わかりました。

ほかいかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、最後ですが、5疾病5事業、在宅以外の取組としての説明をお願いします。リハビリテーション医療、外国人患者への医療、それから歯科保健医療について、説明をお願いします。よろしくどうぞ。

○三ツ木歯科担当課長　それでは、リハビリテーション医療の取組につきましてご説明させていただきます。

リハビリテーション医療につきましては、東京都リハビリテーション協議会に書面開催で伺っております。総合評価に関しましては、5疾病5事業、在宅以外ということで総合評価ございませんが、指標として挙げております機関数、二つありますが、こちらのほうは伸びていっているところであります。

お寄せいただきました主な意見でございますが、若手の療法士に対する研修、特に回復期及び生活期のリハビリテーションに力を入れてきた。また、地域で勤務するリハビリテーション職の育成及び確保はもちろんのこと、地域でのリハビリテーション、在宅を支えるチームの活動、通所・訪問リハビリテーションの機能強化、介護予防等への直接的な支援も増えていくとよい、という意見をいただいております。

以上でございます。

○鈴木医療政策課長　続きまして、外国人患者への医療について説明させていただきます。

外国人患者への医療につきましては、外国人患者への医療等に関する協議会の部会でございます外国人患者への医療等に関する検討部会、こちらを本年7月26日に開催してございます。

委員の皆様からは、医療機関において外国人患者の対応をする際の一つの大きな問題として言語の問題がございまして、その問題の解決につながる医療機関向けの救急通訳事業については、いい取組であるので積極的に周知し、促進を図るべきだという意見があったほか、外国人患者の対応に当たりましては、病診連携、病病連携などの医療機関同士の連携が重要であり、取組を進めるべきとの意見がございました。こうした意見を踏まえまして、今後、取組を進めていきたいというふうに考えてございます。

以上でございます。

○三ツ木歯科担当課長　続きまして、歯科保健医療の取組についてご説明させていただきます。

東京都歯科保健対策推進協議会のほうに、本年9月4日、書面開催にて委員各位に資料送付してございます。歯科のほうの指標でございますが、計画策定に当たりまして特に計画して調査したものというものがございまして、経年的な数値がとれるというものではございませんので、事業の実績の報告という形でご意見のほうを頂戴する形になってございます。

その結果いただきましたご意見ですが、ほとんどの取組状況について了承するというような形でご意見をいただいております。

以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまご説明のあった三つの取組について、または、本日説明をしていない項目についてというような資料があるかと思えますけれども、全体でのご意見を伺いたいと思います。ご質問でも結構です。

西川委員、どうぞ。

○西川委員 今ご説明のありました外国人患者への医療ですけれども、資料のほうを見ますとこの受け入れの医療機関を増やすというようなことが書かれているんですけども、言語の問題ももちろんあると思うんですが、それと同時に、例えば支払いの問題とか健康保険証の問題とか、何かそういう問題も多々発生しているというふうに聞きますので、そのあたりの問題の対策、解決、医療機関への対応への取組の援助のような、そういう形での対策を都として何かとっていらっしゃるのでしょうか。

○鈴木医療政策課長 外国人の未収金の問題とか無保険の問題というのをいろいろ伺ってございます。都では、無保険の方の未収金の補填というのをやっているんですけども、旅行者の方ですとかそうした方に対する対策というのはとりたてて行っていないところでございます。今、国のほうでも、これから外国の方が沢山いらっしゃるようなことがあるということで、入国するときに保険に入ってくださいとか、なるべくカードが使えるような、そういう検討をされているように伺っております。今の問題、確かになかなか都だけでは解決するのは難しい問題なのかなというふうに考えており、国のほうに積極的に、一義的にはやっていただけるようお願いはしているところでございます。

また、都でできるようなことといたしますと、やはり受入医療機関さんのほうの対策というようなことを今一番に進めているところなんですけれども、ご意見はご意見としていろいろ伺っておりますので、国に対してどのように言っていくかということの工夫を続けていきたいというふうに思っております。

○橋本座長 なかなか難しい。その制度の問題もあるとは思いますが、圧倒的に数が増えてきている状況なので、こういう問題はもっと大きい問題になっちゃう可能性がありますね。

ほかいかがでしょうか。全体で構いません。よろしいですか。

何か補足的な説明があれば、それはそれで受けたいと思います。よろしいですか。

それでは、議事の2点目に入ります。議事の2点目は、東京都外来医療計画及び東京都医師確保計画の策定についてということで、これ、今年のこの会議の第1回目で実は書面開催をお願いしたわけですが、そこでも議題にありました。医療法の一部改正があって、それに対応するという形で外来医療計画と医師確保計画を今年度中に策定することになったという、そういう流れだったと思います。それにも書かれていたと思いますけれども、現在プロジェクトチームが設置されていて具体的な検討を進めているということですので、事務局から現在の検討状況についてご報告いただければというふうに思います。

○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5-1をご覧ください。

今、橋本座長からもご説明ありましたとおり、外来医療計画及び医師確保計画につきましてはプロジェクトチームを設置いたしまして具体的な検討を進めているところでございます。その検討の経過を資料5-1で書かせていただいております。7月に書面開催で、こちら、本協議会でご承認いただきまして、合同部会でプロジェクトチームを設置いたしまして、8月29日、10月2日、10月24日と3回ほど検討を行い、現在、素案の検討を進めておるところでございます。今後、今月20日、それから今月末に合同部会を開催して、検討をさらに進めていく予定でございます。

外来医療計画について、まずご説明申し上げます。

外来医療計画、簡単に申し上げますと、国のほうからガイドラインが示されておりまして都道府県が外来医療計画を作るんですけれども、各二次保健医療圏ごとに人口10万人当たりの診療所の医師数、これを出しまして、全国に二次保健医療圏、335あるんですけれども、それを人口10万人当たりの診療所医師数を多い順に上から並べまして、その上位3割の部分を外来医師多数区域とするというふうな形で、国側のほうは計算して各都道府県に通知していると。それらの情報をこの計画に記載いたしまして各都道府県で公表することによって、新たに開業する医師、新規開業の医師の行動変容を促すこと、そういうふうな計画でございます。ですので、計画と言っておりますけれども、多数区域で開業制限するですとか、移っていただくですとか、そういうことを強制的にするものではなくて、あくまでも現状をお示しして医師の行動変容を促していくと、そのような計画という位置づけでございます。それが国から示されているガイドラインでございますが、それだけだと東京の外来の必ずしも現状を示すものにはならないんじゃないかと思います。例えば、今申し上げましたように診療所の医師数だけでしかありませんので、東京にはたくさんの病院がございます、病院の外来の機能がその外来医師多数区域等々の計算に入っていないですとか、診療科目によってもやっぱり隔たりがあると思います。小児科が足りないですとか、地域における耳鼻科がない、眼科がないですとか、そういうふうな地域によってもあると思います。そういうことがいろいろありますし、今後の東京の外来医療の方向性を出すにはちょっと国のガイドラインだけでは

不足するというので、都といたしましては、国がガイドラインで示しました都道府県が作る外来医療計画に加えまして、東京都独自の外来医療の方向性を加えて出していきたいということで、国から言われたものを第一部、都の独自のものを第二部といたしまして、二部構成で外来医療計画を作っていきたいと、そのように考えております。

つきましては、今回、本協議会とは別にご意見をいただきたいのは、その都の独自の方向性のところに対しまして、現在、素案の検討で柱立てを今立てました。それが資料5-2でございます。こちらの資料5-2では、地域医療構想で掲げました「東京の将来の医療～ランドデザイン～」に基づく外来医療の方向性ということで、地域医療構想で示しました四つの基本目標、表の上のほうに書いてあるんですけど、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、それから2ページ目のⅣまでございます四つの柱、これに沿って課題と内容を柱立ていたしまして、東京の今後の外来医療の方向性を計画の中で打ち出していきたいと、そのように考えてございます。

それでは、ちょっと具体的に5-2の説明をさせていただきます。

一番上、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が、こちらでは、先ほど申し上げましたとおり、病院の外来機能について記載をしていきたいと考えております。特に東京には高度な医療機関、特定機能病院ですとか高度な医療機関たくさんございますので、そちらにおける外来での・・・に当たります外来医療機能を充実させていくことが必要ではないかですとか、そのほかにも特定機能病院以外にもがんですとか救命救急ですとか小児・周産期等々の拠点病院となるような大きな病院がございまして、そういった病院の役割の機能強化も図っていくことが必要ではないかということ。それから、さらにそれらの病院との連携、地域との連携も今後必要であるということ、それから受療行動を促す情報提供ということで、特にこのような高度医療機関に軽い患者さんが行ってしまっているという現状も一部ではございますので、そういった方々を適切に情報提供して高度医療機関の役割・機能について周知をしていくということも高度医療機関側にも求めていきたいというふうに考えております。

次に、Ⅱの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ということで、連携についてこちらではうたっております。

一番最初に掲げましたのは、ICTを活用した連携ということで大きな柱とさせていただきます。現在、東京総合医療ネットワークによる電子カルテの共有化ですとか、多職種連携ポータルサイトによる医療と介護の連携ですとか、そのようなICTを使ったシステム、東京都で構築しているところでございます。また、こういったものを柱にいたしまして、病院、診療所、双方が患者さんの情報を共有して、初期診療から入院、転退院まで支援する仕組みを全体的に構築していきたいというふうに考えております。

そのほかには、大きな病院から地域に戻るために地域の総合診療機能を高めていくことですとか、3番、4番では病病連携、病診連携について記載してございます。また、5番、6番では救急医療の充実として、一次、二次、三次の役割分担ですとか、災害医

療体制の確保ということで、先ほどもいろいろご意見をいただきましたが、大規模災害時に備えました各病院、診療所が円滑に医療機能を発揮できるようなものを災害拠点病院が中心となって体制を確保していきたいということもうたっております。

次に、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ことで、こちらは在宅を中心といたしました地域医療のことについて記載してございます。

こちらでもICTをまず一つの柱とさせていただきます、病院のかかりつけ医、それから地域の医療・介護関係者が患者情報を効果的に共有して連携して在宅療養を支えると、そのようなシステムを作っていきたいというふうに考えてございます。

次に、かかりつけ医機能ということで2番、4番にも書かせていただいております。地域でいわゆる社会医療的なことを担っていただいております産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生を担う医師の日常的な健康づくりを、そういった方々で支援していくということ。それから、4番のほうでは、夜間、休日のオンコール体制が可能な、何でもかんでも救急病院に行くのではなくて地域で支えるような、かかりつけ医機能の充実が必要なのではないかということを考えております。

ちょっと戻りまして、3番の都民への普及啓発のところでは三つに分けさせていただいております。まず1番では、従来より言われておりますかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持ちましょうということを通普及啓発していきたいということ。それから、適切な診療情報の提供ということで、2番目、「ひまわり」を活用した情報提供ということ、3番目は救急のかかり方の普及啓発ということで、＃7119ですとか＃8000等々をさらに活用していこうということを書かせていただいております。

5番、6番では在宅医療の充実ということで、重症患者への対応、24時間の対応、定期的な訪問ですとか、多職種連携といたしまして訪看さん、介護サービス、地域のリハビリ資源とかかりつけ医の連携ですとか、そういうことも書かせていただいております。最後には看取りまでの支援ということで、人生会議などのケアチーム、医師等チームが支える機能の充実というのにも書かせていただいております。

1枚おめくりいただきまして、Ⅳ、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成というところで、高それから地域の医療、それから在宅医療のそれぞれの医療人材確保・育成していくのをこちらでは書かせていただいております。

四つの柱と申し上げましたけれども、それ以外にちょっと当てはまらない部分も一部ございまして、特出しさせていただいております。

一つ目は今後に向けた課題ということで書かせていただいておりますが、一つ目に区域単位というのがございまして、こちらPTの中からもたくさんご意見をいただいたんですけども、外来を考えると二次保健医療圏単位ではちょっと大き過ぎるんじゃないかと、複数の区市町村で構成されているのが二次保健医療圏でございますので、例えば区市町村単位などのもう少し狭い範囲で、外来というのはかかっているんじゃないかということがございましたので、そういうふうな単位で診療所のほうの状況等を可視化

する必要があるんじゃないかというご意見をいただいておりますので、それも検討の課題の一つかなと思っております。また、冒頭にも申し上げましたとおり、診療科別の情報が不足しておりますので、そちらのほうもきちんと明らかにしていくことが重要であると、そのように考えております。

ちょっとすみません、駆け足でございましたが、外来医療計画についての二部については以上でございます。

○高橋医療人材課長 続きますして、医師確保計画についてご説明いたします。

医師確保のほうにつきましても、外来医療と同様に第一部を国のガイドラインに基づくもの、それで第二部を都の独自のものというふうに位置づけておりまして、こちらの場合は第二部、地域医療構想のグランドデザインに基づく医師確保の方向性について記述をしているところでございます。

まず、東京都の医師確保の策定に当たってのスタンスでございますけれども、東京都の場合、人口10万対医師数や医師偏在指標が全国トップになるなど、全国的な医師の地域偏在というか、国の目安の目的からいいますと都は医師過剰に該当するというところで、医師確保に当たって、国の制限を受ける対象となるというところでございます。しかしながら、東京都では都民に限らず高度集中医療を提供してございますし、都内の13大学のほか、臨床研修病院、専門医の研修病院ですとかそういう研修を受ける研修病院が多く、全国の医師の育成を担っているというところから、決して医師が余っている状況ではないということ、また、むしろ病院を中心に現場では医師の不足感があるという状況の中で、周産期、救急など医療計画を担う医師が不足する分野をはじめ、今後とも必要な医師を確保していく必要があるだろうという形での策定をするというふうにしてございます。

それでは、説明いたします。

まず1番、高度医療・先進的な医療の提供体制についてでございますが、先ほど千葉課長のほうからもございましたが、都には大学や特定機能病院が多く存在すること、それから医療提供に加えて教育の質の向上という視点でも整理をしてございます。課題は研修体制の充実、また専攻医定員数の確保というところでございます。PTでは専攻医のシーリングにつきましても関心のある委員が多く、新たな専門医制度が地域偏在の是正に過度に利用されることなく、整備法令の目的でございます専攻医が質の高い研修が受けられるよう、また、昨年実施したアンケート調査によりますと、都内の医療機関が派遣している医師によって他県の診療科が一定程度支えられているというようなことがわかったということもございまして、専攻医の定員数や採用数の削減が行われないようにすることというのは東京都民のみならず他県のためにも必要というふうな整理をしてございます。

続きますして、2番、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。

今後、都におきまして見込まれる医療需要の増加等を踏まえて、医療政策を担う医師が不足する地域支援法に基づきまして引き続き医師の確保を図ることとしてございます。1番から5番までございまして、救急、小児、周産期、へき地、災害でございます。

まず救急では、救急医療の将来予測が現状の1.7倍になるという予測の数値も出されているところでございます。また、小児医療につきましては、都においても小児科についての専攻医のシーリングがかけられているというところから、小児救急のほか医療的ケア児につきましてもこの10年間に倍増しているというようなこともございまして、シーリングがかけられているけれども小児科医のニーズは依然多くあることがいわれてございます。また、周産期につきましても、出産年齢が35歳以上が3割以上いることですか、それに伴って重篤な合併症が増加していることなど、リスクに応じた妊産婦、新生児への対応を行う医師確保が必要というところでございます。また、へき地や災害についても記載のとおりでございます。

引き続きまして、3番、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。

保健、医療、福祉の具体的、総合的な取組の評価といたしまして、予防健康づくり等が求められているところでございます。1番から5番まで、かかりつけ医、総合診療医、公衆衛生医師の確保、また地域で公衆衛生を担う医師の育成、5番、検案・解剖医の確保というところがキーワードとして掲げられているところでございます。

最後、4番、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成でございます。

医師確保計画の中のまた人材の確保・育成ということで、今後、医師全般に係ります働き方改革ですとか、都民の行動変容を促す都民への普及啓発、また都の直接的な施策としての医師確保策をここに寄せて今、動いているところでございます。

働き方改革につきましては、5年後の2024年に時間ごとの法規制がございまして、それに連れて医療機関の取組を今後どう着実に進めていくのかといったところが大事でございまして、課題でございまして、まずは医療機関が医師の勤務実態をきちんと把握するところから始まりまして、最終的には大学病院、救急病院など、時間外労働が法廷内の時間でおさまらない医師がいる医療機関に働き方改革に向けた取組を支援するところが求められているところでございます。

また最後、今後、都の医師確保策でございます医師奨学金制度、また地域医療支援ドクター制度などにつきましては、今後のあり方を踏まえて効果的に運用できるよう検討することとしているところでございます。

簡単ではございますが、説明は以上です。

○橋本座長 ありがとうございます。資料の5-1、5-2、5-3でご説明をいただきました。

計画の策定プロジェクトの中にこの本協議会の委員でお二人お入りになっているということなので、ちょっと話を伺ってみたいなというふうに。猪口先生、お願いします。

○猪口委員 最初の外来医療計画のほうですけれども、これは外来医療計画、医師が開業をしようとするときにこの計画に表れているものを見て行動の変容を期待するものということで作り始めたものではあるんですが、東京独自にということ、この第二次の構成で医療計画に落とし込みながら、こういう人材が欲しいということ、まとめたのが第二部であります。ただ、これで新しく開業しよう、または診療所でやろうと言っている人間がこれを見てイメージが湧くかというとなかなか難しいところがあるんではあるんですが、これを示すことには意義があると。ただ、本当に行動変容を起こそうと思えば、この2ページ目のところのやっぱり今後に向けた課題といわれるようなきめの細かいところを実際に出さないことには変わっていかないんじゃないかなということ、たくさん意見が出たんですね、ここに。だから、それでどういうふうに出そうかという今後の課題という形で事務局のほうはまとめていらっしゃるんですけれども、ここの部分は相当、最終的な目標としては大事な部分ではないかなと思っております。

○橋本座長 佐々木委員もお願いいたします。

○佐々木委員 東京都医師会の佐々木でございます。

私は、地域医療調整会議の区中央部の座長としてPTに出させていただきます。今、地域においてはどんな医療が必要で、何が足りなくて、それをどうしていけばいいのかということ、これを地区医師会レベルで実際に地域医療を担っている人たちの意見というものをどんどん出してほしいということで地域医療構想調整会議でそういう議論が行われていますけれども、なかなかこの外来医療計画、医師確保計画というのが出てきてまだ十分周知されていないものですので、まだ目立った意見というのは出てきていませんけれども、やはり今、猪口副会長がおっしゃったように、いろんなパラメーターをどんどん出していかなければいけない、データを可視化して何が不足して何が充足して過剰かということ、これをこれから検討していかなきゃいけないということが話し合われていると思っております。

○橋本座長 ありがとうございます。

プロジェクトチームにご参加されている二人の委員から補足的なご意見がございました。資料5-1、5-2、5-3、全般にわたりますご質問とかご意見いただければと思います。

病院の医療と違って、住民の方は外来医療、結構見えているんだろうというふうに思いますね。それなりにご意見があるんだろうと僕は踏んでいるんですが、いかがでしょうか。結構、住民はまちのお医者さんを評価していますよね、普通に。横浜では結構そういう話がありますね。

何かご意見ありますか。かなり難しい問題だというふうに思います。これは多分、医師の養成をどうするかみたいな根本にかかわってくる、例えばアメリカのように専門領域の数をある程度決めて、そこで専門医をつくっていくというようなやり方があって、その中に総合診療みたいなものもあるんですけども、そういったものも含めてどうして

いこうかとある種の何か計画で操作可能な部分が残っているんですが、なかなか難しいですね、日本にはそれがないので。

かつて医師会の中でいろいろ外来で開業するときのある種の検討がなされていて、それに対してある種の圧力があつたというような形でそれはだめよという話が我々の歴史の中にありますので、そこに抵触するようなことはできないだろうし、千葉さんはそうおっしゃっていたわけですがけれども、なかなか難しいところかなというふうに思います。何かご意見ありますか。

これからじゃあ検討していただいて、またそこをご報告いただくということによろしいでしょうか。

(異議なし)

○橋本座長　じゃあ、そのようにしたいと思います。結構難しい問題ですので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、報告事項に移ります。病床配分の方法の案についてということでの報告を受けたいと思います。昨年度末の会議でもご説明がありましたけれども、都のいろいろな実情に応じた病床配分の方法を新たに検討しているということですので、ご報告をお願いします。

○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。

今、座長からもお話がございましたが、平成30年度に現在の第7次の保健医療計画を策定したときに基準病床を計算いたしまして、病床配分をそれに基づいて行いました。その際には、初めて地域医療構想調整会議で病床配分を希望する医療機関と地域のお話し合いというのもやっておりました、昨年度の話ですけれども。その際にさまざまなご意見をいただきました。協議の時間が短いですとか、配分方法も、これまでは二次保健医療圏単位で均等配分をしていたんですけども。違う要素も入れられるんじゃないかとかそういうふうなご意見をいただきましたことから、昨年度のこちらの協議会でもご説明いたしましたとおり、今年度、新たな病床配分方法を検討いたしまして、病床配分に当たっての協議の時間を長くにとって、2年間にわたって時間をとって病床配分を希望する医療機関と地域の調整会議でのご議論をいただいた後に病床配分をすると、そのような予定を昨年度お示しさせていただきました。その中で、新たな病床配分方法（案）ということで、現在、各地域医療構想調整会議で意見をいただいております案について、今回この協議会にもご報告をさせていただきたいと思います。

資料6をごらんください。

新たな病床配分方法（案）ということで、まず原則なんですけれども、原則はこれまでどおり二次保健医療圏単位での均等配分を原則とさせていただきたいと思います。それに特例といたしまして、ここからが案でございますが、特に重要な医療機能を整備するための病床配分といたしまして、災害医療体制の整備に必要な病床を優先的に配分しようと、そういうことを今、案として掲げさせていただいております。

考え方でございますが、災害拠点病院又は災害拠点連携病院の整備に必要な病床を、希望する医療機関に対し、均等配分の前にその地域で配分可能な病床数を超えない範囲で100床まで優先配分すると、残りがあった場合には残りはそのほかの医療機関と均等配分すると、そのような形にしていきたいと思っております。これまでもお話に出ておりますけども、昨今の風水害の対策等々もございます。もちろんこれまでの震災対策も非常に重要なものでございまして、都といたしましては災害医療体制の充実をさらに強化していきたいということで、今回、病床配分の特例といたしまして案を掲げさせていただいております。現在、繰り返しになりますけど、各地域の地域医療構想調整会議で意見をいただいておりますところもございまして、それらのご議論を踏まえまして今年度末までに病床配分方法を決定していきたいと思っております。

以上でございます。

○橋本座長 今、事務局からご説明がありました。何かご意見、ご質問ありますでしょうか。

先ほどのご意見、委員からのご質問等あったものと少しは連動するかなと思っておりますけど、病床を配分すればいいという話でもないという話だと思います。多分、配分された病院はきっとこんな機能を持たなきゃだめよという話があるうち出てくると思いますよね。

ちょっといいですか。多分、配分されて、必要だからいいと思うんですね、優先的という言い方が正しいかどうかわからないけど。ただ、その病院が機能するためにその周辺の病院がちょっとやっぱり協力しなきゃいけないということだろうというふうに思うんですね。ただ配分すればいいという話ではなくて、やっぱりそこをその地域として機能するような体制をそこでつくられることも一緒にやらなきゃいけないだろうというふうに思います。

10年ぐらい前までは大地震を想定した医療供給体制みたいなものを想定していて、その起こった後の生活の復興のために医療がどうかかわるかということがかなり議論されていたんですが、またちょっと前、そういう議論よりもうちょっと手前の議論にまたなってきたなという感じがしています。

確かに水のこととかというのは大変な話だったなと、もう1カ月前に経験しているのが必要なんだろうね。

何かご意見があれば、ご要望があれば。

はい、どうぞ。

○本田委員 今の座長のお話と関連するんですけども、保健医療計画では基本的にその災害医療というのは首都直下を切り口というキーワードでずっと書かれているかと思うんですけども、例えば国が出している首都圏水没のシナリオだったりすると、荒川と隅田川が決壊すると江東5区についてはほぼ水没するというようなシナリオが出てるとすると、その二次医療圏で、例えば東京の区の東部というようなところは最大2週

間以上水没するというところが出てくるということだとすると、その災害拠点が機能するかどうかというような根本的な疑問が我々都民にはやっぱり出てきているのかなと。そうすると、この次の期でどういうところに持っていくのかというのは多分、今お話が進んでいるのかなとは思いますが、そのあたりのところ、ご披露いただけるところがあれば教えていただければと思うんですけど、いかがでしょうか。

○橋本座長 災害医療の担当のところでしょうかね。何かありますか。

○熊井災害医療担当課長 直接のお答えになるかどうかはわからないんですけども、浸水被害に対する医療機関の対策ということで、そういった浸水しないような防水板であるとかそういったものを事前に備えていただくための事業の補助といったことについては取り組んでいるというような状況でございます。その他の水没というようなことも重要なことだとは思いますが、今そのような形で取り組んでいるような状況でございます。

○橋本座長 多分、今の委員の質問はそれを越えた話ですね、きっとね。

○本田委員 そうですね。その首都圏水没のシナリオってもう随分前に出ていますけど、それだともう本当に5メートル、10メートルの浸水のことを言っているのだから、多分その江東の周り5区を含めて今年の夏にハザードマップを改定されたのを我々見るとちょっと本当に広域避難というようなことが語られているので、逆に言うとそのエリアで災害医療を続けるということ自体がどれだけ現実になるのかというようなことはまた改めて考えなくてはいけない時期に来ているのかなという気はしているのだから、もっとこの次の段階だと思うんですけども、また検討していただければというふうに思います。

○橋本座長 多くの病院がBCPを持ち始めていると思いますけどね。ただ、ある種の想定で作っているものだから、想定を超えたものについては機能しない可能性もあるということですね。

それからもう一つ、個人的な意見ですが、各病院が作っているBCPというのは各病院のBCPなんですよね。もうちょっと地域でどうするかというBCPを作らないと、多分どこかが壊れるともうそれで終わりになっちゃう。例えば私、現職が横浜市立大学の附属病院で、そこは横浜の南の外れで埋め立て地に作っているのだから、大きな地震があると多分職員たちがあんまり来れないんですね、液状化してしまって。その時にじゃあそれでお手上げかということ、横浜市内にその病院の優秀な医療者は住んでいるわけですから、その人たちがどこかの可能な病院に行って力を発揮するというような仕組みを、そういう地域で考えるようなことをやったらどうなのかなと思いますけど、そういう動きはまだ横浜の市内もないし、全国的に見ても余りないのかなというふうに思っています。ぜひそういうこともちょっと考えていただければ。ある種の調整が必要だから、なかなか難しいかなと思いますけれども、医療者は結構そういう調整抜きに働きますから、その道筋だけつけてあげればいいのかというふうに思います。

ほかいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、本日予定されていた議論の内容は以上となります。

まず、事務局にお返しします。

○千葉計画推進担当課長 本日は、長時間にわたりまして、また非常に活発なご議論をいただきまして、ありがとうございました。最後に、事務局より3点、事務連絡を申し上げます。

1点目、本日の資料でございますが、全てお持ち帰りいただいても結構なんですが、大変大きくて重いものになってございますので、そのまま机の上に置いておいていただければ後ほど我々のほうから郵送させていただきます。

2点目、この中で、ただ資料を郵送すると申し上げましたけれども、このピンクのファイル、それから東京都保健医療計画の冊子につきましては次回も使いますので、こちらは郵送いたしませんので、ご了承よろしく願いいたします。

3点目、本日お車でいらっしゃる方がいらっしゃいましたら、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しておりますので、事務局まで後ほどお知らせいただければと思います。

事務局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。

それでは、本日はこれもちまして閉会とさせていただきます。ありがとうございました。

(午後 3時28分 閉会)