

TMA 近未来医療会議 第3クールの論点と提言 (報告)

2023年1月13日

日本公衆衛生協会理事 和田 耕治
(第3クールWG座長)

主要議題:「東京都の近未来の医療提供体制
～新型コロナウイルスのパンデミック対応から明らかになった課題を考える～」

1. はじめに

- 東京都での医療における需要(入院、外来、在宅)は2040年に向けて増加傾向になることがすでに想定されている^{※1} ^{※2}。全国での外来患者としては、2025年にピークとすることが見込まれている。しかし、東京都では外来患者の需要は増加を続け、2040年以降に最大となる見込みである。
- 全国での入院患者は、2040年にピークを迎えることが見込まれているが、そのうち高齢者が占める割合は2040年で、約8割となる予測である。東京都でも2040年以降に入院患者数が最大になると見込まれている。介護における需要も高齢化とともに、2045年は2020年の1.36倍となることが想定されている^{※2}。
- 2040年に向けて、仮に新たなパンデミックが発生し、平時の医療に加え、有事としての医療の需要が急激に増加する状況があることも想定して、医療提供体制をどのように維持するのかを、新型コロナウイルスの対応で得た教訓を生かして今からでも考えていかなければならない。
- パンデミックによる医療需要の高まりは、ウイルスの特徴によって影響を受ける年代や、市民の感染対策の実施、ワクチンの有無やその効果によって異なる。新型インフルエンザでは、過去に子供たちや若い成人が特に大きな影響を受けたことが報告されている。新型コロナウイルスでは、高齢者施設でのクラスターなどで介護度の高い高齢者の医療需要が高まったことを経験した。このように、幅広く起こりえる事態への想定が求められるだけでなく、すでに多くの市民や医療者は新型コロナウイルスでの対応で経験したように、感染者が感染対策をしながら治療できるアクセスの確保、入院が必要な患者に対する医療機関の連携による受入病床の確保、自宅療養者も含めた患者の診療情報の共有を、今後も継続並びに強化しなければならない。
- 第3クールでは、新型コロナウイルスのパンデミック対応から明らかになった課題をもとに、東京都の近未来の医療提供体制と、さらにパンデミックをどう想定するかについて検討を行った。
- 第3クールでは、新型コロナウイルスの波における実際の医療対応、東京都との連携、在宅患者の支援など地区医師会の良好事例の共有、日医総研での調査などの報告

や資料提供が行われた（追補参照）。本文書では、その中から明らかとなった課題と今後に向けた提言をとりまとめた。主要な論点としては、次の 2 点があげられた。

- ①パンデミックにより需要が急激に増加や変化した際にどう対応するか。ここには感染対策の必要性や、感染拡大による医療従事者不足も含まれる。また、将来においては災害などの非常時にどうするかという点にもつながる。
 - ②平時（新型コロナウイルス発生前）にもあった課題が、新型コロナウイルスによる対応で脆弱性として改めて認識された点。
- である。

2. 課題としてあげられた点

1) 医療における課題

①パンデミックによる需要の急激な増加や変化による課題

○介護度の高い入院患者が増加した際に、病院での介護対応が困難であった。基幹病院と後方支援病院との連携のための仕組みが、医療機関や自治体からの声かけにより作られた。受け入れる医療機関の増加や、連携のためのデータ共有などが自主的に行われた。ただし、それを支える仕組みやシステム、法的な根拠などは欠けていた。

○一般診療を含めた救急医療の受け入れ困難が続いた。必要な検査や手術件数なども減少しており、必要な治療が行えていない可能性がある。

○発熱者の対応で感染対策などを考慮した際に、対策が難しいビル内での診療所が東京都の調査では 6 割程度と推定された（アンケートに答えた診療所の選択バイアスはある）。

○第 5 波で病状の悪化した自宅療養者への臨時対応が求められ、各地区医師会が事業の設計と実施を担った。地区医師会が 24 時間対応をしたところは 2 カ所あった。夜間・休日の一部またはすべてを往診事業者に委託したところが 22 カ所であった。2021 年 8 月においては、医師会による対応が全体の 7 割を占めるなど多くの対応が行われた。課題としては以下があげられる。

- ・往診医や協力医師の不足
- ・往診等随時対応できる一般診療所は少なかった
- ・訪問看護や薬局との連携不足（情報の共有の不備など）
- ・一部の医師の自己犠牲に依存した側面があった
- ・地区ごとの事業を東京都全体で標準化することが難しかった
- ・初診での往診では情報不足から安全性のリスクも考慮する必要があった
- ・一部の民間事業者による往診では、診療の質に課題も認識された。特に、診療の継続において民間の単発の往診医とかかりつけ医の情報連携が不足した

- 感染症に対応する人材育成(量的、質的)が不足していた。一方で、業務や心理的な負担の増加により、職員の離職なども相当数みられた。その背後では、医療の「外注化」として人材派遣業者に頼り過ぎることになった。
- 多くの医師や医療機関での対応が行われたが、一部の医師や医療機関で新型コロナウイルスへの対応が行われなかった。有事における仕組みや法的な根拠が必要か。

②平時にもあったが新型コロナ対応で改めて認識された課題

- オンライン診療が可能になり、さらに活用されるようになった。市民がこれまで以上に簡便に受診して、投薬を受けられる機会が増した一方で、責任を伴う医療側では、オンラインのみでの診療には限界を感じている。状況によっては来院して診察する必要があることなどを市民に啓発し、理解していただく必要がある。しかし、オンライン診療によって対応できる部分が多くあったことも確認された。
- 患者に関する情報共有ができる仕組みが脆弱であった。電子カルテの標準化や個人情報の取り扱いについての整理ができていなかった。
- 市民の医療への期待(特にアクセスについて)が高いが、医療リソースにも有事には限界があることに理解が求められる。
- 誤った情報が流された際に、正しい情報を伝える力が必要であるが、医師会だけでは限界もあり、自治体などにも期待される。

2) 自治体(保健所含む)との連携における課題

- 本来保健所が担うことになっていた健康観察を医師会へ委託すること、都との調整や、管内の市町村の足並みをそろえることなどに時間を要した。保健所にて調整が困難になってからの依頼となったことは、次の教訓として、早めの相談などの対応が求められる。
- 東京都の市部においては、市町村と都の連携において、自宅療養者の情報が都(保健所)から都(本庁)に伝達されるが、そこで情報が止まってしまう、市に情報が伝達されず、療養者への食事などの生活支援が遅れるなどの支障が生じた。
- 東京都の保健所の中で複数の市を管轄する場合には、市やその医師会などとの連携において、差がでることは問題である。また、その上に東京都が複数の保健所を管轄していることから、市が独自に対応というわけにはいかなかった。
- 波によって医療ニーズが大きく変化し、自治体においての機動的な対応が困難であった(患者報告などの国の方針含む)。
- 全数把握におけるデータ登録の負担が大きい。また、結果のフィードバックが不足していた。
- 自治体の司令塔としての機能や調整機能は改善の余地がある。

3. 今後に向けた提言～特に、近未来の医療とさらなるパンデミックを想定して～

1) 医療において

① パンデミックによる需要の急激な増加や変化による課題に対して

- 自宅療養者を支えるために医療・介護・福祉・生活の支援が必要。医療・介護・福祉さらには市民団体などの関係者と行政が連携し、地域全体で支えていくという平時の地域包括ケアの発想が各地域での取り組みの原点になりうる。
- 後方支援病院の感染対策の充実化や地域での支援を行い、パンデミック時に回復した患者の治療後の受け入れが行えるような仕組みを平時から具体化しておく。
- パンデミック時においても、感染症以外の必要な一般診療や重症者への対応を継続するための医療機関ごとの役割の明確化や協力体制を構築する。
- 医療需要の増加や感染の不安が高まる中での医療者のモチベーションやメンタルヘルスに対応できるような支援体制。
- 需要の増加に対応できる体制の確保（検査、人工呼吸器、薬剤、透析装置など）、並びにパンデミックを想定した短時間、簡便で精緻に確定できる検査機器と、24時間稼働できる体制の確保。
- 感染症に対応できる人材（量的、質的）を増やすような教育機会を継続して行う。これは、介護や医療を支える関連サービス（清掃など含む）にも教育や支援などができるよう、地区医師会などの関与も必要となる。

② 平時にもあったが新型コロナ対応で改めて認識された課題に対して

- 地域包括ケアの推進と具体化により、地域の中での医療や介護に関するデータや情報共有の仕組み、医療機関同士の連携、さらには介護、福祉、生活の観点から支える力の向上が求められる。
- 介護度の高い患者の入院が増大した際に、医療機関での介護対応が困難であったが、近未来を見据えると、医療機関での介護対応の向上を具体化していくことが必要。
- オンライン診療をさらに活用できるよう、医療機関並びに市民への啓発と、診療の質を確保並びに高める対応の検討。
- 夜間休日、さらに日中の時間帯に往診できる医師の確保、並びに診療前後の情報共有。
- 地域の医師会による在宅医療の支援などをネットワーク化。
- 地域の基幹病院・医師会との連携の強化におけた人材交流。
- 医療のDX化（サーベイランスや、電子カルテとの連動による簡便な報告、オンライン診療の活用の推進など）に向けた具体的な取組の戦略と実践。また、データの共有による治療効果の確認などの研究への活用もあり得る。
- 訪問看護や薬局との連携、特に患者の情報共有。

2) 自治体(保健所含む)との連携において

- 有事において、施設間で状況や課題を共有できる協議体などを作ってはどうか。自治体からの声かけや調整が重要。
- 保健所が複数の市にまたがっている場合には、対応がばらついた場合に機動力が損なわれることがある。保健所機能を高めるという議論はあるが、それだけでは不十分。一方で数を増やせばよいというわけでもない。消防などにおいては市町村が共同設置で作っており、そうした対応で独自に保健所を持つような動きもあるかもしれない。しかしながら、財源と担い手が必要となるなかで、そうした動きになる自治体がどの程度あるか。

3) 東京都や国において

- 電子カルテの標準化も含めて、カルテ情報ネットワークの整備とそれぞれ関連する個人情報保護のあり方や、システムの有効活用が必要。
- パンデミックの個別の影響を事前に想定することは困難であるが、平時の医療や介護の需要への対応を今後 2040 年に向けて議論する際には、新型コロナウイルスの教訓を常にふまえつつ、有事における対応も含めて考えていく必要性がある。
- 有事を想定した臨時医療施設として、普段からやや余裕をもった医療における人材と、対応できる施設・病床の確保(例えば東京都の規模であれば 1000-2000 床を想定)。災害にも対応できるような施設の用意や教育を行うことが期待される。
- 東京都や国の新型インフルエンザ等対策行動計画などは、新型コロナウイルスへの対応を元にできるだけ早く改訂を行う。
- 有事に対応できる財政的な体力を病院が持てることを目的とした医療制度の改革。
- 高齢化において、さらに生活支援が必要な独居や、すでに生活自体が破綻している高齢者事例の増加が確認されている。今後、在宅ということも高齢者には成り立たない事例が2040年に向けて増加する可能性を想定する必要がある。
- 公的資金援助による救急外来。入院病床の個室化推進。
- 地域包括ケアの主体である区市町村と感染症対応の主体である「都」の連携強化。
- 公的な医療機関への助成により進んだ面があるが、費用対効果の検証を。

4) 市民や患者、社会において

- 医療資源には限りがあること、そして社会的な共通資本であることの理解の促進。

非常事態においての適正使用の理解を得る。

○セルフメディケーションの推進。

○国民のヘルス・リテラシー向上のための取り組みやその支援。

○メディアによる正しい情報の提供やデマなど誤情報への対応。

4. おわりに

第 1 クールでは、超少子高齢社会の到来を見据えた「近未来」の医療とそれを支える財政のあり方に関する提言を行った。第 2 クールでは、2040 年に向けた地域医療提供体制として、地域医療構想・地域包括ケア・かかりつけ医機能のあるべき姿を取り上げた。第 3 クールでは、すべての医療者が実際に経験した新型コロナウイルス対応から浮き彫りとなった課題を取り上げた。

第 3 クールでたびたび声があがったのは、新型コロナウイルスの流行で起きたこと、特に第 6 波と第 7 波は、「2040 年に起こりえることを先んじてこのたび経験した」ということであった。こうした実際の経験をもとに、有事を想定し、かつ平時の仕組みを考えていく必要がある。今回は取り上げられなかったが、東京は地震などの自然災害の可能性も以前から指摘されており、そうしたことも考慮しながらの医療体制が求められる。

実際の事例においては、地域ごとの創意工夫や、一部の医療者の特に献身的な対応やリーダーシップによる課題解決が共有された。しかしながら、法的な仕組みや、平時から対応を強化できる仕組みをつくりあげていかなければならないことは共通した危機感であった。また、教訓をもとに、この約 3 年において追加でできるようになったことも増えてきている。今後、その維持や、不要になっても再始動できるような方策も考えなければならぬ。

上記の課題や提言の一部は、すでに法改正などにも盛り込まれているところがある。また、横展開として広がっている対応もある。ただ、今後継続すべき対策は残していく必要がある。今回の提言については、医療に関わる我々が自主的に具体的に組み立てていく必要がある。東京都や国にも引き続き対策を求めたい。

東京都は 2040 年の近未来に向けて医療や介護の需要がさらに増加する見込みが示されており、中期的な視野をもった議論を継続していく必要がある。医療においても、取り組むべき課題が多数あがっており、積極的かつ具体的なタイムラインを決めながら進めていくことが必須である。また、東京都や国、そして市民にもその現実を見据え、連携や対話を継続することが求められる。

次の第 4 クールでは、国民皆保険制度・医療保険制度の未来像について議論を行う。

【追補】東京都医師会「TMA 近未来医療会議」第3回シンポジウム
第3クール「コロナ対策の評価を踏まえた平時と有事の医療供給体制」
国・東京都への提言

日本医師会総合政策研究機構
王子野麻代・清水麻生

1. 自宅療養体制整備の全国的な傾向

新型コロナウイルス感染症流行下の3年間、医療現場は様々な難局に直面しながらも、感染患者の“コロナ医療”とともに、一般疾病の患者に対する“通常医療”との両立を図ってきた。

“コロナ医療”については、陽性者は全員入院という方針から始まり、その後、病床逼迫等の限界が生じたことを受け、国は、もともと予定されていなかった自宅療養を一定の条件のもと認める考えを示し体制の見直しを図った。もっとも、原則入院、入院が困難なときは宿泊施設療養、それも困難なときには自宅療養という段階的な体制が基本であったことから、入院や宿泊施設で対応できている地域では、自宅療養体制の整備が進まなかったという例は少なくない。全国 47 都道府県すべてにおいて自宅療養体制が整備されたのは、流行から2年後（令和4年1月）のことである。

2. 東京都における自宅療養支援

このような全国的な状況があるなか、東京都においては、第1波の頃から入院のみならず自宅療養も含めた医療提供体制を構築し、行政も含む多職種連携により医療介護生活の包括支援が実施されてきたことは、大きな特徴といえる。流行期によって変異株の特性等は異なるものの、オミクロン株となつてからの第6波以降、感染者数全体の爆発的な増加とともに軽症や無症状療養者数も急増し、地域全体で支える体制がより一層必要とされることになった。将来の感染症パンデミック対策として自宅療養体制の準備は必要不可欠であり、具体的にどのような体制を準備していくかについては今後の議論となる。

今回、自宅療養に焦点をあて、東京都医師会及び3区2市医師会の第1波から第7波までの取組みについてヒアリング調査を実施した結果、地区によって取組みは様々な異なるものであったが、およそ次のような共通項がみられた。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">①自宅療養にはあらゆる年齢層の多様なニーズが存在すること。②そのため、多職種連携による医療・介護・生活の包括的な支援が必要であること。③その体制整備にあたり、平時の在宅医療体制や地域包括ケアシステムを活用したこと。 |
|---|

そして、都医師会が都と連携して各地区の取組みをバックアップしたことは、地域の負担軽減になるとともに、地域の実情に応じた円滑な体制の運用に貢献するものであった。

3. 将来の感染症パンデミック対策に向けて

今回の新型コロナウイルス感染症対応を通じて、自宅療養者には、健康観察と急変時の医療のみならず、多様なニーズに対応する医療介護生活の包括支援体制の構築が重要であるとともに、平時の地域包括ケアの活用の有用性が確認された。将来の感染症パンデミック対策の議論においては、このような教訓を踏まえた体制を整備する必要がある。そこで、今後の議論にあたって特に重要となる視点を示す。

(1) 診断～健康観察～医療の連続性を確保する体制の必要性

感染患者は医療機関で診断を受けた後、療養期間中の健康観察は“保健所”が行い、医療が必要となったときには“医療機関”に依頼があり、往診などの対応が行われる仕組みであった。東京都医師会では、診断後、療養期間中の健康観察と医療は、保健所の介在なく医療機関が連続的に担うほうが、患者のための良質な医療提供に繋がるという考えであったが、保健所の理解が得られるまでに時間を要し連携困難な課題があった。

R4改正感染症法では、健康観察の委託規定が創設され、医師会にその協力が求められることになる。もっとも、委託は、平時ではなく、緊急時に行われるものであることから、将来の次なる感染症パンデミックが起きた際、いつ誰に対して委託するのか具体的な時期や方法等について、事前の協議と取り決めが必要である。

(2) 医療介護生活の包括支援体制の必要性

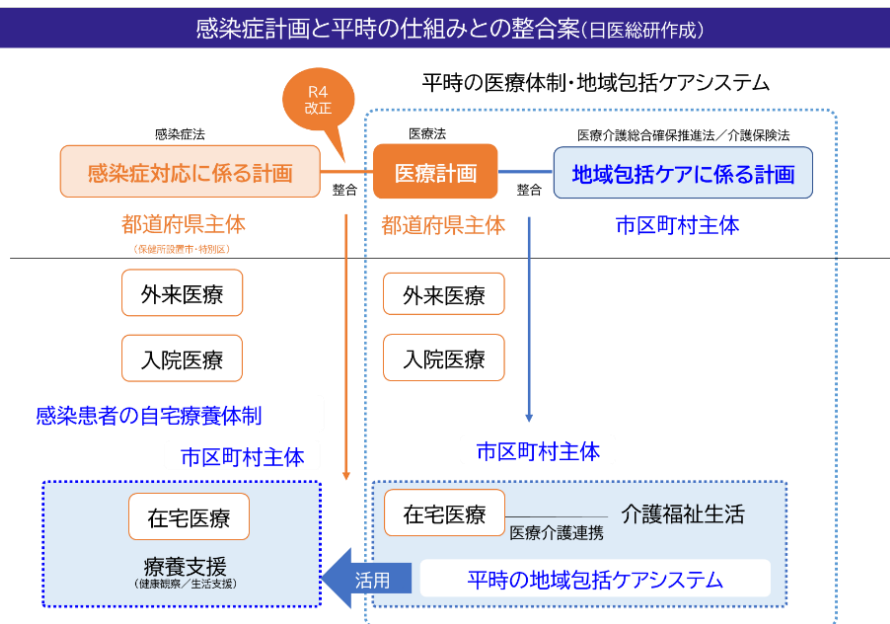
自宅療養支援には、あらゆる年齢層の多様なニーズが存在することから、健康観察と医療の連続性確保に加えて、医療介護生活を支える「地域包括ケア」が重要となる。

平時の「地域包括ケア」と感染患者の「自宅療養」は、根拠となる法制度が異なるものであるが、R4改正感染症法を受け、両制度は「医療計画」を介して整合をとることになる(図1)。どのように整合を図るかについては今後の議論であるが、今回の教訓を踏まえると、両制度それぞれ独立した体制をつくって連携づけるよりも、平時の地域包括ケアを主たる基盤として、それを感染症の特殊性を考慮して変容させる体制づくりのほうが実効的と考える(図2)。

図1 感染症計画～医療計画～地域包括ケアに係る計画の整合関係（出典：日医総研 WP）



図2 感染症計画と平時の仕組みとの整合案（出典：日医総研 WP）



(3) 市区町村を主体とし都道府県や国はそれをバックアップする体制

さらに、都道府県と市区町村の役割分担も重要である。

自宅療養支援は、医療介護行政関係者の多職種連携により実現しうるものであるところ、地域包括ケアの主体は「市区町村」であるのに対し、感染患者の自宅療養は「都道府県」であり、法制度の相違によって主体は異なる。今回の対応を通じて、主体の相違は、連携を難しくする要因となることが様々な場面から窺い知ることができたことから、主体

の異なる状態で連携するよりも、主体の統一化を図ることが円滑な連携に繋がると考える。

東京都においては、市区町村と地区医師会が主体的に体制を構築し、都と都医師会はそのバックアップする運用が行われてきた実績があること、平時の地域包括ケアを主たる基盤とする体制整備が望ましいことも併せ考えると、市区町村の主体、都道府県のバックアップという役割分担が在宅療養体制の整備には適していると考ええる。

これを踏まえると、R4改正感染症法にて、療養支援は、従来とおり都道府県を主体としつつも、市町村の協力を求める積極的な関与規定に改められたことは、地域包括ケアを可能ならしめるものである。しかしながら、感染患者の“医療”は、都道府県が担うこととされている。このことは、都道府県とほぼ同等の権限をもつ特別区や保健所設置市であっても例外ではなく、保健所設置市区が作成する計画の記載事項に“医療”は含まれておらず、医療機関との協定締結主体も都道府県のみになっている。

在宅療養者に対する地域包括ケアの実現のために、市区町村における地域の実情に応じた円滑な体制整備が可能となるよう、感染患者の在宅医療は、療養支援（図3中⑧）の一つに位置付けた検討が望ましいと考える。

図3 感染症法に基づく計画において定める事項（出典：日医総研 WP）

	都道府県の 感染症計画	特別区・保健所設置市の 感染症計画
	国の基本指針に即して作成	国の基本指針および 都道府県の計画に即して作成
①発生予防とまん延防止施策に関する事項	●	●
②病原体等の調査研究等に関する事項	●	—
③病原体等の検査体制等に関する事項	●	●
④感染症の医療提供体制に関する事項	●	—
⑤感染症患者の移送体制に関する事項	●	●
⑥感染症の医療提供体制とその他予防措置 に必要な事項として省令に定める体制確保 に係る目標に関する事項	●	—
⑦宿泊施設の確保に関する事項	●	—
⑧療養生活の環境整備に関する事項	●	●
⑨都道府県の総合調整や指示に関する事項	●	—
⑩人材養成等に関する事項	●	●
⑪保健所体制に関する事項	●	●
⑫緊急時における発生予防とまん延防止、 医療提供のための施策に関する事項	●	●

4. まとめ

(1) 東京都に対して

令和5年4月から、都道府県において各種計画の見直しに向けた議論が始まる。将来の感染症パンデミック対策の議論にあたっては、感染症計画～医療計画～地域包括ケ

アに係る計画について相互に整合を図る体制整備が求められることになるが、上記3で述べたとおり、自宅療養体制については、平時の地域包括ケアを基盤としたうえで、感染症パンデミックの特殊性を考慮した体制整備を行うことを提案する。

(2) 国に対して

地域包括ケアとは、法律上は“高齢者”を対象とするものとして定義されているが、国は、その対象を高齢者のみならず、すべての人が世代や背景を問わず、安心して暮らし続けられるまちづくりのため、そのコンセプトを全世代・全対象に発展・拡大させ、各制度とも連携した「全世代型・全対象型の地域包括ケア」の確立を目指す考えを示している。

そして今回、新型コロナウイルス感染症の自宅療養支援にあたって、本調査対象地域における様々な取組みの特徴(前述2.①②③)をみるに、あらゆる年齢層の多様なニーズにこたえるべく多職種連携による包括支援が行われてきたことは、国が掲げる将来ビジョンである「全世代型・全対象型の地域包括ケア」の実践であるといえる。

都道府県の各種計画は、国の指針に即して定めることが求められることから、その指針においては、従来どおり地域の実情に応じた配慮とともに、平時の地域包括ケアの強化を通じて、感染症パンデミック対策を図っていく持続可能な体制づくりを目指していく方向性を示すことを検討されたい。

1 本追補は、「コロナ自宅療養者に対する健康観察及び医療提供体制に関する調査—R4 改正感染症法を踏まえた法制度的観点からの考察—」日医総研ワーキングペーパー(WP)より抜粋したものである。

2 「新型コロナウイルス感染症対応について(保健・医療の提供体制や新型インフルエンザ等対策特別措置法の運用等を中心とした政府のこれまでの取組～2019年12月末から2022年5月まで～)」,新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議(第5回:令和4年6月15日開催)。

3 東京都医師会は、都と連携して地区の取組をバックアップするため、自宅療養者の医療支援強化や往診強化事業等を実施している。東京都もまた、「自宅療養者フォローアップセンター」や「自宅療養サポートセンター(うちさぼ東京)」を設置し、地域の医療機関(医師会)・保健所と連携して、保健所が担う自宅療養者の健康観察、パルスオキシメータの配送、食事支援などを行っている。(東京都福祉保健局ホームページ「療養者・濃厚接触者の方へ」https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kansen/corona_portal/shien/index.html)

4 地域包括ケアシステムとは、地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態となることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう(医療介護総合確保推進法2条)。

5 厚生労働省「誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現—新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン—」平成27年9月17日。

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf>

参考文献

※1 厚生労働省 第7回第8次医療計画等に関する検討会

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000911302.pdf>

※2 日本医師会 地域医療情報システム 東京都

<https://jmap.jp/cities/detail/pref/13>

付録 第3クール WG 等での議論の経過

【第1回 WG】2022年9月7日(水)19時～ 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

1 「第3クールにて議論すべき内容の明確化に向けて」 和田座長

2 討論・意見交換

【第2回 WG】2022年10月5日(水)19時～ 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

1 講演

「新型コロナ 東京都での対応と今後に向けた課題」 都医 新井理事

「コロナ対策の評価と今後の医療体制：国公立病院・特定機能病院・

特定感染症指定医療機関の立場から」 国土委員

「コロナ禍での診療所対応とICTツールの活用」 野村副座長

「新型コロナウイルス感染症対応を振り返り、そして今後を考える」 海老原副座長

2 討論・意見交換

【第3回 WG】2022年11月9日(水)19時～ 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

1 講演

「新型コロナウイルス感染症自宅療養者への医療支援から考える

2050年に向けた医療提供体制」 都医 西田理事

「コロナ自宅療養者に対する健康観察及び医療提供体制に関する

調査報告-東京都編-」 日医総研 王子野主任研究員

2 討論・意見交換

【第4回 WG】2022年12月7日(水)19時～ 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

討論・意見交換、提言の最終化

東京都の近未来の医療提供体制

～新型コロナウイルスのパンデミック対応から明らかになった課題を考える～

令和5年1月13日
1530-1730

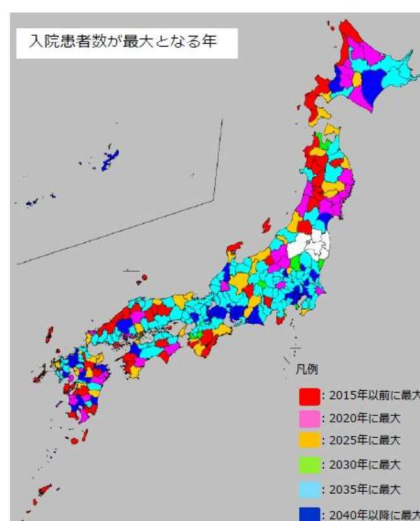
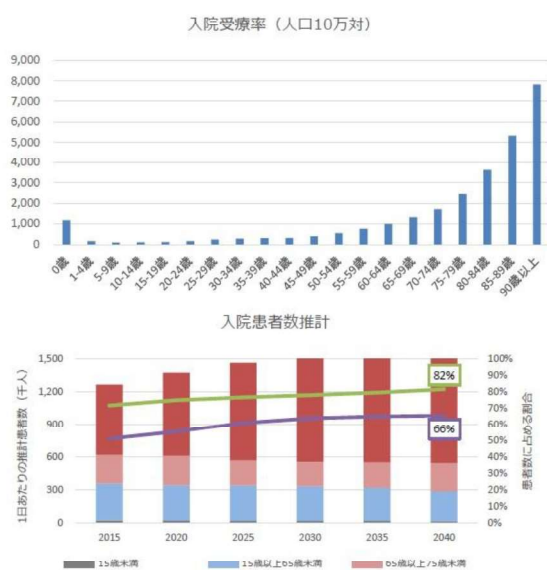
TMA 近未来医療会議 第3クール座長

和田 耕治

入院患者数は、全体としては増加傾向にある

第7回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年3月4日
資料1
一部改

- 全国での入院患者数は2040年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約8割となるが見込まれる。
- 2次医療圏によって入院患者数が最大となる年は様々であるが、既に2020年までに89の医療圏が、また2035年までには260の医療圏がピークを迎えることが見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

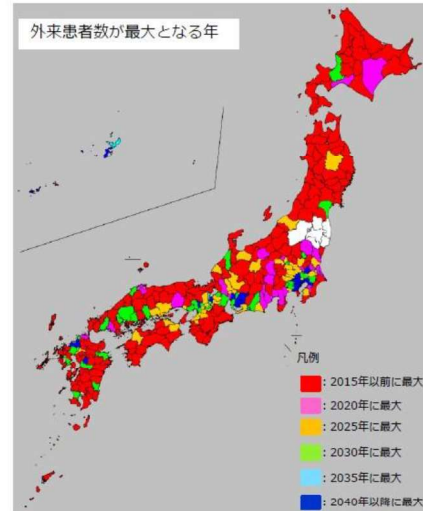
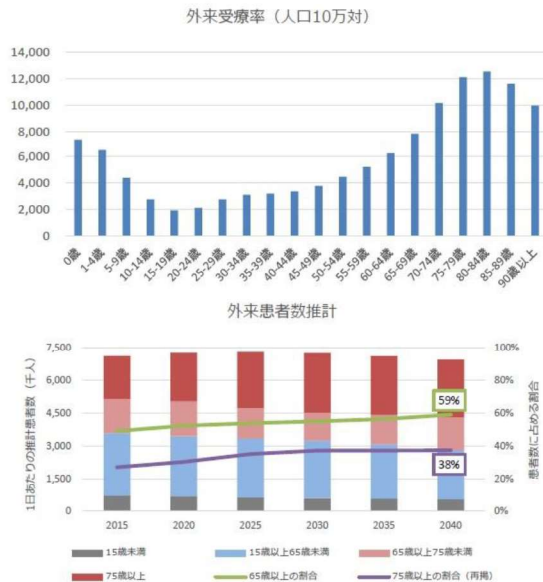
※ 2次医療圏の患者数は、当該2次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の2次医療圏を除く329の2次医療圏について集計。

外来患者数は、既に減少局面にある医療圏が多い

第7回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年3月4日
資料1
一部改

- 全国での外来患者数は2025年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約6割となるが見込まれる。
- 既に2020年までに214の医療圏では外来患者数のピークを迎えていると見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院一外来×性・年齢階級×都道府県別」
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

※二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

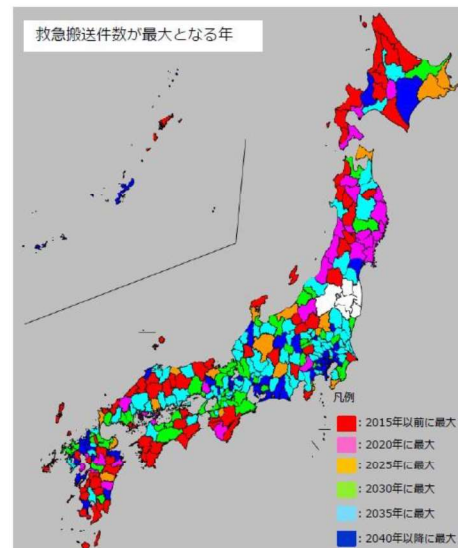
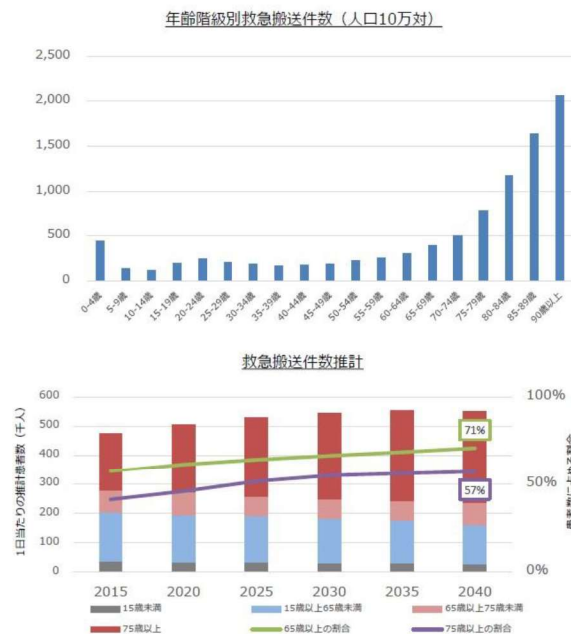
3

10

救急搬送件数は、多くの地域で今後増加する

第7回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年3月4日
資料1
一部改

- 全国での救急搬送件数は2035年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約7割となるが見込まれる。
- 2030年以降に202の二次医療圏において救急搬送件数のピークを迎えることが見込まれる。



資料出所：「消防庁救急搬送人員データ」（2019年）を用いて、救急搬送（2019年分）の件数を集計したものを、
2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、
地域別将来推計人口に適用して作成。

※性別が不詳のレセプトについては集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用。

※福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

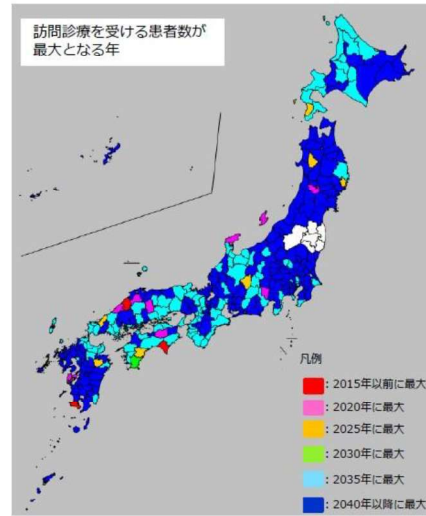
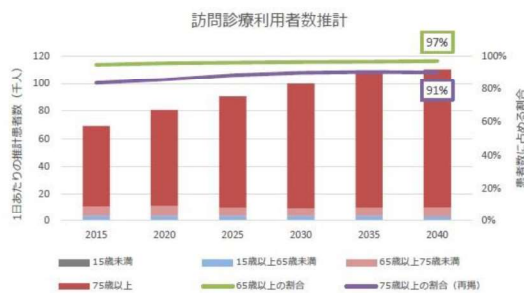
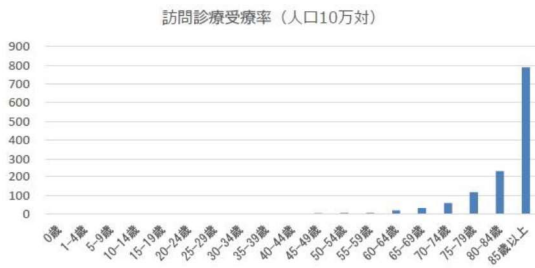
4

12

在宅患者数は、多くの地域で今後増加する

第7回第8次医療計画
等に関する検討会
令和4年3月4日
資料1
一部改

- 全国での在宅患者数は、2040年以降にピークを迎えることが見込まれる。
- 在宅患者数は、多くの地域で今後増加し、2040年以降に203の二次医療圏において在宅患者数のピークを迎えることが見込まれる。



出典：患者調査（平成29年）「推計患者数、性・年齢階級×病種小分類×施設の種別・入院・外来の種別別」
 「推計外来患者数（患者所在地）、施設の種別・外来の種別×性・年齢階級×都道府県別」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※ 病院、一般診療所を対象に集計。

※ 二次医療圏の患者数は、当該二次医療圏が属する都道府県の受療率が各医療圏に当てはまるものとして、将来の人口推計を用いて算出。

※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

5

11

医療介護需要予測指数（2020年実績＝100）



6

○第3クールでは、新型コロナウイルスの波における実際の医療対応、東京都との連携、在宅患者の支援など地区医師会の良好事例の共有、日医総研での調査などの報告や資料提供が行われた。

主要な論点としては、次の2点があげられた。

①パンデミックにより需要が急激に増加や変化した際にどう対応するか。ここには感染対策の必要性や、感染拡大による医療従事者不足も含まれる。また、将来においては災害などの非常時にどうするかという点にもつながる。

②平時（新型コロナウイルス発生前から）にもあった課題であり、新型コロナウイルスによる対応で脆弱性として改めて認識された点。

3. 今後におけた提言～特に、近未来の医療とさらなるパンデミックを想定して～ 1) 医療において

①パンデミックによる需要の急激な増加や変化による課題に対して

○自宅療養者を支えるために医療・介護・福祉・生活の支援が必要。医療・介護・福祉さらには市民団体などの関係者と行政が連携し、地域全体で支えていくという平時の地域包括ケアの発想が各地域での取組の原点になりうる。

○後方支援病院の感染対策の充実化や地域での支援を行い、パンデミック時に回復した患者の治療後の受け入れが行えるような仕組みを平時から具体化しておく。

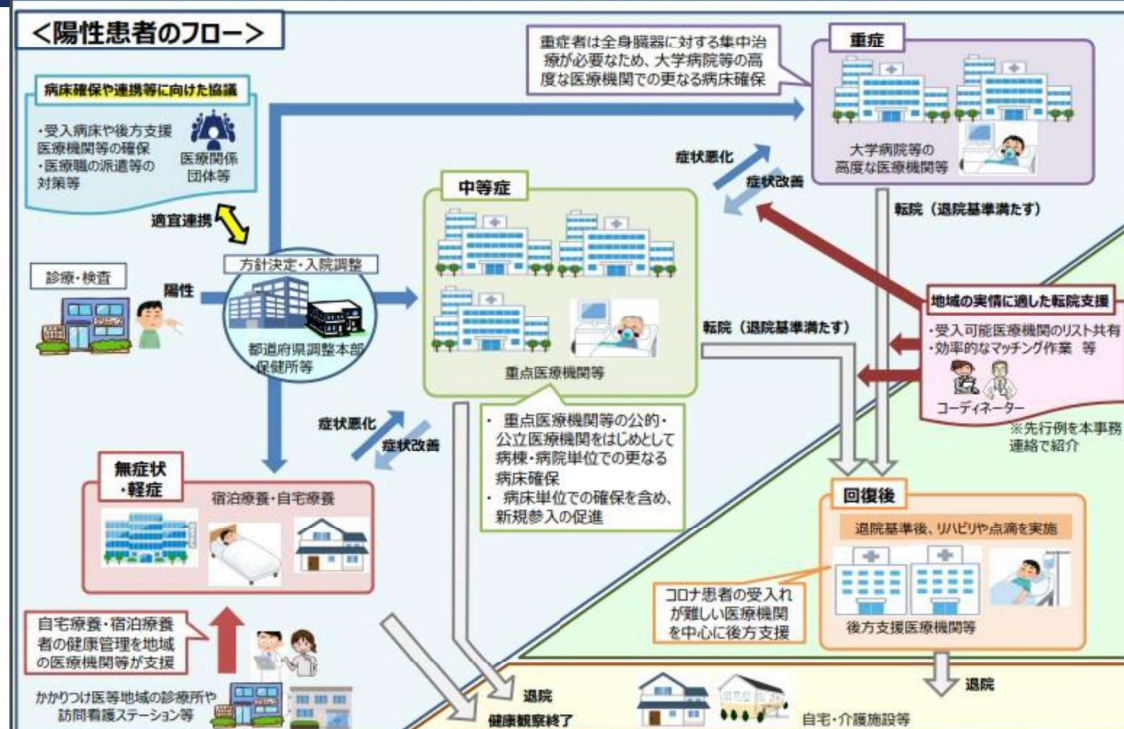
○パンデミック時においても、感染症以外の必要な一般診療や重症者への対応を継続できるための医療機関ごとの役割の明確化や協力体制を構築する。

○医療需要の増加や感染の不安が高まる中での医療者のモチベーションやメンタルヘルスに対応できるような支援体制。

○需要の増加に対応できる体制の確保（検査、人工呼吸器、薬剤、透析装置など）。並びにパンデミックを想定した短時間、簡便で精緻に確定できる検査機器と24時間稼働できる体制の確保。

○感染症に対応できる人材育成（量的、質的）に増やすような教育機会を継続して行う。これは、介護や、医療を支える関連サービス（清掃など含む）にも教育や支援などができるよう地区医師会などの関与もある。

医療ひっ迫時の地域における医療提供体制の役割分担のイメージ



第24回新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード（令和3年2月18日）

②平時にもあったが新型コロナ対応で改めて認識された課題に対して

○地域包括ケアの推進と具体化により、地域の中での医療や介護に関するデータや情報の共有の仕組み、医療機関同士の連携、さらには介護、福祉、生活の観点からの支える力の向上が求められる。

○介護度の高い患者の入院が増大した際に、医療機関での介護対応が困難であったが、近未来を見据えると、医療機関での介護対応の向上を具体化していくことが必要。

○オンライン診療をさらに活用できるよう医療機関ならびに市民への啓発と、診療の質を確保ならびに高める対応の検討。

○往診や夜間休日、さらに日中の時間帯に対応できる医師の確保、ならびに診療前後の情報共有。

○地域の医師会による在宅医療の支援などをネットワーク化。

○地域主要病院・医師会との連携の強化におけた人材交流。

○医療のDX化（サーベイランスや、電子カルテとの連動による簡便な報告、オンライン診療の活用の推進など）に向けた具体的な取組の戦略と実践。また、データの共有による治療効果の確認などの研究への活用もあり得る。

○訪問看護や薬局との連携、特に患者の情報共有。

3. 今後におけた提言～特に、近未来の医療とさらなるパンデミックを想定して～ 2) 自治体(保健所含む)との連携において

○施設間が有事において状況や課題が共有できる協議体などを作ってはどうか。自治体からの声かけや調整が重要。

○保健所が、複数の市をまたがっている場合には、対応がばらついた場合に機動力が損なわれることがある。保健所機能を高めるという議論はあるが、それだけでは不十分。一方で数を増やせばよいというわけでもない。消防などにおいては市町村が共同設置で作っており、そうした対応で独自に保健所を持つような動きもあるかもしれない。しかしながら、財源と担い手が必要となるなかでそうした動きになる自治体がどの程度あるか。

保健所名	所在地電話番号	所管市町村
多摩府中保健所	府中市宮西町一丁目26番地の1 東京都府中合同庁舎内 電話 042-362-2334	武蔵野市 三鷹市 府中市 調布市 小金井市 狛江市
多摩小平保健所	小平市花小金井一丁目31番24号 電話 042-450-3111	小平市 東村山市 清瀬市 東久留米市 西東京市
八王子市保健所	八王子市旭町13番18号 電話 042-645-5114	八王子市
町田市保健所	町田市森野二丁目2番22号 町田市庁舎7階 電話 042-724-4241	町田市

11

3. 今後におけた提言～特に、近未来の医療とさらなるパンデミックを想定して～ 3) 東京都や国において

○電子カルテの標準化も含めてカルテ情報ネットワークの整備とそれぞれ関連する個人情報保護のあり方や、システムの有効活用が必要。

○パンデミックの個別の影響を事前に想定することは困難であるが、平時の医療や介護の需要への対応を今後2040年に向けて議論する際には、新型コロナウイルスの教訓を常にふまえつつ、有事における対応も含めて考えていく必要がある。

○有事を想定してのやや余裕をもった医療における人と対応できる施設の確保（例えば東京都の規模であれば1000-2000床を想定）。災害にも対応できるような施設や教育を行うことが期待される。

○東京都や国の新型インフルエンザ等対策行動計画などは新型コロナウイルスへの対応を元にできるだけ早くの改訂を行う。

○有事に対応できる財政的な体力を病院が持てることを目的とした医療制度の改革。

○高齢化において、さらに生活支援が必要な独居であったり、すでに生活自体が破綻している高齢者事例の増加が確認されている。今後在宅ということも高齢者には成り立たない事例が2040年に向けて増加する可能性を想定する必要がある。

○公的資金援助による救急外来。入院病床の個室化推進。

○地域包括ケアの主体である市町村と感染症対応の主体である「都」の連携強化。

○公的な医療機関への助成により進んだ面があるが、費用対効果の検証を。

12

3. 今後におけた提言～特に、近未来の医療とさらなるパンデミックを想定して～ 4) 市民や患者さん、社会において

○医療資源には限りがあること、そして社会的な共通資本であることの理解の促進。
非常事態における適正使用の理解を得る。

○セルフメディケーションの推進。

○国民のヘルス・リテラシー向上のための取組やその支援。

○メディアによる正しい情報の提供やデマなど誤情報への対応。

