

令和7年度第2回
東京都在宅療養推進会議
会議録

令和8年3月26日
東京都保健医療局

(午後 7時00分 開会)

○道傳課長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和7年度第2回東京都在宅療養推進会議を開会させていただきます。

皆様には、ご多忙のところ、ご出席いただきまして誠にありがとうございます。

私は、東京都保健医療局医療政策部地域医療担当課長の道傳と申します。議事に入りますまでの間、進行役を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

初めに、本日の会議資料の確認をさせていただきます。

お手元の資料をご確認ください。資料は、資料1から資料8までと、参考資料1から4まででございます。関係する議事の都度、事務局から資料の確認と概要をご説明させていただきます。

続きまして、会議の公開についてご説明いたします。当会議は、会議の会議録、会議に関する資料等について公開となりますので、よろしくお願いいたします。

また、Webでの開催に当たりましてご協力をいただきたいことがございます。大人数でのWeb会議となりますので、お名前をおっしゃってからご発言くださいますようお願いいたします。また、ご発言の際には、画面の左下にありますマイクのボタンにてミュートを解除してください。あと、発言しないときには、ハウリング防止のためマイクをミュートにさせていただければと思います。また、音声聞き取りにくい等の事象がございましたら、チャットでお知らせをいただければと思います。

次に、今回新しく就任された委員のご紹介をさせていただきます。

国分寺市福祉部高齢福祉課長の荒田理沙委員でございます。よろしくお願いいたします。

ほかの委員の皆様につきましては、委員名簿をもってご紹介に代えさせていただくということでご了承いただければと存じます。

次に、本日の推進会議の出席状況についてですけれども、本日は皆様出席で、ご欠席のご連絡をいただいている方はおられませんので、まだ一部参加されていない方もいらっしゃると思いますが、皆様ご参加いただくということとなっております。

また、本日は傍聴の希望者がいらっしゃいますので、併せてご了承のほど、よろしくお願いいたします。

それでは、以降の進行につきましては新田会長にお願いします。

会長、よろしくお願いいたします。

○新田会長 新田でございます。皆様、こんばんは。

それでは、本日の会議、よろしくお願いいたします。

まず、議事に入ります。お手元の次第に従いまして進めてまいります。

一つ目は医療機能実態調査（在宅医療機能に係る実態調査）についてでございます。

まずは、事務局から説明していただき、その後、委員の皆様からの質問、意見などを

いただきたいと思います。

それでは、事務局から説明をお願いします。

○安藤課長代理 東京都保健医療局医療政策部の安藤と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、説明させていただきます。資料3をご覧ください。

こちらは昨年7月の第1回目の会議においてご説明いたしました東京都医療機能実態調査（在宅医療）の結果のご報告となります。

まず、概要といたしまして、前回説明した内容と重複いたしますが、保健医療計画の内容の見直しですとか、あと、都における在宅療養推進の取組の検討に当たっての基礎資料とすることを目的に、都内全ての病院、診療所、それから歯科診療所を対象に実施したものでございます。

回収率ですが、病院は約90%、一般診療所は約40%、歯科診療所は約45%となっておりまして、全体では44%となっております。

調査内容の具体的な検討に当たりましては、本会議の下に「調査検討部会」を設置して議論してまいりました。構成員は本会議の委員の新田会長、葛原委員、飯島委員、西田委員、末田委員に加えまして、本会議の委員ではございませんが、病院の立場から調布東山病院の小川聡子先生にも加わっていただき、計6名で、昨年5月と6月、それから本年1月の3回にわたって、調査の基本的な考え方や設問項目、取りまとめ方向性等をご検討いただきました。

ご多用のところ、貴重なご意見をいただき、ありがとうございました。

調査は昨年の8月から11月にかけて実施いたしまして、主な調査項目は、概要・属性、在宅医療への取組、在宅医療の実施状況、訪問診療未実施の理由等、往診の対応・実施状況となっております。

なお、本調査とは別に、東京の地域特性を踏まえた持続可能な地域医療の確保に向けた調査でございます地域医療に関する調査を病院に対して同時期に実施しておりまして、一部項目につきましては、診療所と歯科診療所を対象にして行う必要性が高いことから、本調査に付随する形で実施しております。

一番下の取りまとめの視点ですが、こちらは「調査検討部会」での議論を踏まえまして設定したものとなっております、数のトレンド、質の状況、課題の抽出、今後強化すべき事項の四つの視点から取りまとめを行っております。

なお、調査結果報告書、調査結果報告書の全文につきましては、現在、調整中でありまして、本日は結果の一部を抜粋して、概要としてご報告させていただきます。

報告書につきましては、後日、完成次第、委員の皆様にも共有するとともに、都のホームページでも公表する予定です。

また、区市町村へも、回答の集計結果を個別に情報提供させていただく予定です。

2ページ目以降になりますが、こちらは各設問の取りまとめ結果をまとめております。

右上をご覧くださいまして、それぞれの結果が取りまとめのどの視点に該当するかを掲載しておりますので、併せてご参照いただければと思います。

まず、2ページ目になります。訪問診療の取組体制ということで、こちらでは、訪問診療の実施件数や医師数など、取りまとめの視点の数のトレンドに該当するものが中心となっております。

そのまま、2ページ目についてご説明させていただきます。

こちらは訪問診療の対応・実施状況でして、訪問診療の実施は2、3割程度となっております。また、二次医療圏で実施割合に一定の幅がありまして、圏域別では、いずれの機関種別でも区中央部の実施割合が低いという結果になっております。

続いて、3ページ目をご覧ください。

こちらは実施状況の前回調査、令和元年度に実施したものとの比較となっております。「訪問診療を実施している」病院は、前回の29%から今回は25.9%と微減となっております。

一方、「訪問診療を実施している」一般診療所のほうは、前回18.7%から、今回20%ということで微増となっております。

4ページ目をご覧ください。

こちらは訪問診療を開始してからの年数ということで、病院は「10年未満」が最大である一方で、一般診療所と歯科診療所では「20年以上」が最大となっております。

なお、「20年以上」の割合が3割を超える圏域も存在しております。

続いて、5ページ目をご覧ください。

こちらは訪問診療の位置づけということで、外来の延長として実施しているのか、外来と並行して実施しているのか、あるいは在宅専門で外来は実施していないのかを把握するための設問となっております。「在宅専門で外来なし」というところは、一般診療所では5.6%、歯科診療所では1.2%と少数となっております。

なお、一般診療所について、前回調査では「外来と並行」「在宅専門で外来なし」の割合が前回と比べて上昇しております。

続いて、6ページ目をご覧ください。

こちらは、同一法人内において自医療機関以外で訪問診療を実施している診療所の有無ということで、こちらは、例えば、ある医療法人がA、B、Cという三つの診療所を運営していて、A、B、C全てが訪問診療を実施している場合は、該当するA診療所は「同じ法人内に、訪問診療を行っている診療所がある」に回答するといったものになっております。

一方、同じ事例において、Aのみが訪問診療を実施していて、B、Cが訪問診療を実施していない場合には、「同じ法人内に、訪問診療を行っている診療所がない」と回答することになります。

こちらですが、「同じ法人内に、訪問診療を行っている診療所がある」と答えたとこ

ろは、診療所、歯科診療所ともに3割程度となっております。

なお、区中央部と多摩地域では、相対的に「同じ法人内に訪問診療を行っている診療所がある」の割合が高くなっております。

続いて、7ページ目をご覧ください。

こちらは前のページの設問で、「同じ法人内に、訪問診療を行っている診療所がある」と回答した場合に、自身の医療機関以外で、都内に幾つ訪問診療を行っている医療機関があるかを把握するものとなっております。一般診療所は「1箇所」あるいは「2～3箇所」と回答したところが全体の6割となっております。

一方、歯科診療所は「1箇所」が半数程度となっております。

グラフで0箇所となっているところがあるかと思うんですが、こちらは「同じ法人内に訪問診療を行っている診療所がある」だが、当該診療所があるのは都外だということになります。

8ページ目をご覧ください。

こちらは在宅療養支援病院等の届出割合になっております。病院と一般診療所では、届けている割合が7～8割となっております。前回調査から届け出ている割合が上昇しているという結果になっております。

一方、歯科診療所では、届けている割合は4割にとどまっております。

続いて、9ページ目をご覧ください。

こちらは訪問診療担当医師・歯科医師の人数（常勤）ということで、病院は「1人」と「2人」が合わせて約6割を占めております。一般診療所は「1人」との回答が最も多くなっております。歯科につきましては「1～2人未満」と、「2～3人未満」が合わせて5割となっております。

一般診療所につきましては、前回調査では「1人」が8割程度となっております。また、「1人」の割合が減少しております。

続けて、10枚目と11枚目の説明をさせていただきます。

こちらは医師と歯科医師の人数に関連したクロス集計でして、まず、10ページ目は、同一法人で複数の訪問診療の実施拠点を有することと、各医療機関の医師・歯科医師数の相関関係を、それから11ページ目を見ていただきまして、こちらは年齢別人数をお示しするものとなっております。

続いて、12ページ目をご覧ください。

こちらは1週間当たりの訪問診療の実施件数ということで、病院は「10～49件」が4割、一般診療所は「1～4件」が3割、歯科診療所は「0件」が4割で、最多となっております。

続いて13ページ目をご覧ください。

こちらは1週間当たりの訪問診療の実施件数の前回調査との比較となっております。病院、一般診療所ともに、前回調査時と比較して10件以上と回答している割合が増

えております。

14ページ目から17ページ目についてご説明させていただきます。

こちらは1週間当たりの訪問診療実施件数とのクロス集計となりますが、時間の都合上、詳細な説明は割愛させていただきます。

資料飛びまして18ページ目をご覧ください。

こちらは1月当たりの訪問診療を行った患者の実人数の経年比較となっております。一般診療所の2024年の実人数は、2019年と比較して約1.5倍、歯科診療所の2024年の実人数は、2019年と比較して約1.3倍増加しております。

続きまして、19ページ目をご覧ください。

こちらは他の医療機関との連携状況ということで、いずれの医療機関種別においても「連携医療機関がある」といった割合が8割程度となっております。

20ページ目をご覧ください。

こちらは他の医療機関との連携に際しての課題ということで、いずれの医療機関種別においても「情報共有の不足」が約5割と最も高くなっております。次いで「連携体制の不明確さ」が約4割となっております。

21ページ目をご覧ください。

こちらは訪問歯科が必要な場合の連携方法ということで、質の状況把握や、今後強化すべき事項に係る設問となっております。

病院・一般診療所ともに「ケアマネジャーに連絡」の割合が最も高くなっております。

なお、病院では、かかりつけ歯科医や連携している歯科医に連絡している割合が合わせて約4割となっております。

22ページ目をご覧ください。

こちらはハラスメント行為への対応策の有無ということで、今後強化すべき事項に係る設問となります。

病院は約半数で対応策が取られている一方、一般診療所は約3割、歯科診療所は約2割となっております。病院と比較して割合が低くなっております。

23ページ目をご覧ください。こちらは今後強化すべき事項に係る設問になります。災害時の対応策の有無についてとなります。

「対応策あり」と答えたところは病院では約9割近くと高いのですが、一般診療所、歯科診療所は6～7割程度となっております。約3割の施設で対応策が取られていない状況になります。

24ページ目をご覧ください。

こちらは、前のページで災害に関する「対応策あり」と回答した医療機関に対して具体的な対応策を確認したのとなっております。

BCPの作成について、病院では7割が対応しておりますが、一般診療所は3割、歯科診療所は1割以下となっております。病院と比較して割合が低くなっております。

25 ページ目をご覧ください。

こちらは在宅医療提供に当たって課題と感じていることということで、多肢選択式で課題を回答していただいております。

在宅医療に当たっての課題につきまして、病院は「医師・看護師不足と負担」、一般診療所は「緊急時体制の難しさ」、歯科診療所は「時間的制約」の割合がそれぞれ最も高くなっております。

26 ページ目をご覧ください。

こちらは、前のページの回答を、訪問診療の実施年数とクロス集計したものになっております。これによると、実施年数が短いほど、多職種間での情報共有・コミュニケーションですとか人材不足が課題と回答する割合が高くなっております。

27 ページ目をご覧ください。

ここからは、在宅医療の実施内容に関する取りまとめ結果となっております。在宅医療の質に関する部分に関する設問が多くなっております。

まず、27 ページ目につきましては、訪問診療を行った患者の居住別人数ということで、いずれの医療機関種別においても3～4割程度が、有料老人ホーム居住者への訪問診療を実施しております。それから、病院と一般診療所の2～3割程度が認知症高齢者グループホーム、サ高住、マンションといった集合住宅の居住者への訪問診療を実施しております。また、歯科診療所につきましては、約3割が特養の居住者への訪問診療を実施している結果となっております。

28 ページ目をご覧ください。

こちらは食支援の実施状況ということで、いずれの医療機関種別でも、2～3割程度の施設において食支援が実施されております。

29 ページ目をご覧ください。

こちらは訪問リハビリテーション等の提供状況ということで、自院または他施設との連携によりリハビリを提供している割合は病院で約8割、一般診療所で約6割、歯科診療所では約1割となっております。

30 ページ目をご覧ください。

こちらはACPの取組状況についてとなります。「ACPに取り組んでいる」割合は、病院で約6割、一般診療所で約5割となっております。「ACPに関与している」割合は、歯科診療所で6.5%となっております。

31 ページ目をご覧ください。

ここからは訪問診療の未実施の医療機関への設問の取りまとめ結果となっております。

31 ページ目は、訪問診療を実施していない理由といたしまして、病院は「自院の機能上あまり関係ない」、「24時間体制がない」が約5割、一般診療所は「24時間体制なし」、「外来多忙」が約5割。歯科診療所は「外来多忙」が約5割、「24時間体制なし」が約4割となっております。24時間対応体制を課題と考えている施

設の割合が高くなっております。

3 2 ページ目をご覧ください。

こちらは今後の訪問診療の実施意向ということで、いずれの医療機関種別においても、「実施意向あり」の割合が1割を下回っている状況となっております。

3 3 ページ目をご覧ください。

こちらは訪問診療を始めるための支援ということで、具体的にどういった支援があれば訪問診療を始められるかという設問に対する回答結果となっております。

全ての医療機関種別で「診療報酬制度の充実」の割合が高くなっております。そのほか、医師会・行政のバックアップ、研修、連携体制などの割合が高くなっております。

3 4 ページ目をご覧ください。

こちらは往診の対応実施状況になります。往診を実施している割合は記載のとおりでして、病院・一般診療所と比較しまして歯科診療所の割合は低くなっております。

3 5 ページ目をご覧ください。

こちらは地域における在宅医療充実のために重要だと思ふものを、訪問診療の実施の有無別でまとめたものとなっております。

訪問診療を実施している医療機関では、「多職種連携」「医療機関間の連携の充実」の割合が高くなっております。訪問診療を実施していない医療機関では、「24時間診療体制」「緊急時受け入れ病床の確保」の割合が高くなっております。

資料の説明は以上となりますが、地域の実情を反映しているかどうかですとか、新たな気づきがあったといった幅広くご意見をいただき、来年度予定されております保健医療計画の中間見直しや都の施策につなげていければと思います。

どうぞよろしくお願ひいたします。

○新田会長 ありがとうございます。先ほど事務局からの説明に対して、ご質問・ご意見等がありましたらよろしくお願ひいたします。今年度の医療実態調査、かなり、なかなか見るものがあるんですが、それぞれ皆さん、思いもあると思います。ご意見があればというふうに思います。

はい。飯島委員。

○飯島委員

ありがとうございます、飯島です。

私もこの分科会に関わってきましたので、このようにまとめていただいて本当に全体像を理解できました。さらに、事務局の方のコメントにありましたように、1ページ目に書いてある取りまとめの四つの視点（①番から④番）に関しても、以前の分科会の会議において、私からこの論点4つをコメントさせて頂きましたので、それを反映して下さり、本当にうれしく思います。

最初の感想は、大体予想されている傾向かなという印象がありましたが、集計結果を色々見て行きますと、全体的には外来と並行して訪問診療も徐々に増えております

し、非常に有難い傾向でした。また、訪問診療を受けている患者様の数ですが、それも2019年から2024年で1.5倍増ということで、本当に嬉しい結果であると思います。それこそ届出をされている割合も、病院であろうが診療所であろうが、50%台から70%台にと、かなり顕著に上がっている数字ではないかなと想い、これもまた決して悪い傾向ではなくて、有難い結果だなと思いますね。

一方で、やっぱり、この4つの視点のうちの②番である「質の状況」と、そこに付随する課題という意味で、④番の「今後の強化」ということも含めてですね。全体的にクオリティーを表して、さらに今後の強化という意味での視点で言えば、まず一つは、28ページにある食支援の実施ですね。それぞれのエリアで平均値を出しているの、相当熱意を持って、多職種連携の中で食支援を入れていらっしゃる場所もあるんでしょうから、一概に、この2~3割というやや低めの数値で言い切ってしまうと良いのか分からないです。しかし、こうやって全体を俯瞰して、ざっと数字を見てみると、どの地域でもやっぱり2~3割ですので、ある意味、在宅ケアの基本中の基本（いわゆる一丁目一番地）である食支援ですので、課題が残るかなと感じます。

それこそ、例えば、ちょっと前に僕も関わりました厚労省の老健事業においては、訪問管理栄養士さん方が主導してやってくださっている今年度の研究で、やっぱり多職種協働での栄養管理分野が大きな課題を残している結果でした。すなわち、相当のレベルに進んでしまった痩せの状態にならないと低栄養管理の多職種連携として腰をあげづらいということのようです。また一方で、各地域でいろんな多職種連携の会議で聞いてみると、「そう言われても、訪問してくださる管理栄養士さんはどこにいらっしゃるのか？」という他の職種からのコメントもまだ出ており、マンパワー的な問題もあるようです。

ですから、この在宅療養の底上げの中で、全体的なこの数のパイは着々といい方向に來ていると同時に、今、地域包括ケアの第2ステージという意味では、クオリティー、質の問題が問われていると感じますし、その最たる一丁目一番地が「食支援」というところではないかと思っています。

あと、もう1点ですが、グラフを見て感じた感想は、最後のほうで訪問診療を実施する意向があるかどうかという質問に対して、全体的にやっぱり1割弱と少なめでした。これは、ある程度予想される結果かなと感じますが、なぜならば、訪問診療をどんどん進めようという動きは、決して、ここ数年前から出てきた話ではなくて、かなり以前の段階から始まり、もうかなりの年数が経っている訳ですので、現時点で考えれば、腰を上げる人はもうすでに腰を上げているのかなとも感じます。

ですから、今この時点で、改めて一念発起してかそくしていく、という流れを作るのはなかなか難しいのではないかなと思います。ですから、今、腰を上げてくる方は、大学病院や大きな病院からそろそろ開業を考えている先生方であったり、若い先生方などに見られる傾向ではないかな、と感じます。

あと付け加えますと、「日本在宅ケアアライアンス」という多職種での団体があり、普段から話し合いアクティブに活動をしております。先ほどの「今後の地域包括ケアシステム、なかでも質が問われる」という部分ですが、大きな課題として「食支援」が挙げられております。QOL（クオリティ・オブ・ライフ）のライフには3つの訳し方があり、1つ目は「生命・いのち」、2つ目は「生活・暮らし」、3つ目が「人生・いきがい」と考えております。この3つのライフ全てに、我々多職種連携をやるメンバーたちが、患者さんやご家族のご意向を十分反映した形のQOLレベルアップを求めたいんだという流れで頑張っております。在宅ケアアライアンスの学術委員会にて私が主導して、その視点に立脚した「QOL簡易指標」のプロトタイプをすでに作成し、これから全国での地域実証していき段階です。都内でも、是非ともこれを活用して、多職種連携のチーム感の醸成と、多職種間の考え方のギャップ（ズレ、齟齬）というものを微修正していただきたいなというふうに感じました。

まずは以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。西田委員お願いします。

○西田委員 私も、これに深く関わっていたんですけど、ちょっと忘れちゃったんですが、これ、一般診療所の中には普通の、いわゆる1馬力の診療所と在宅専門の診療所が混ざっているわけですよね。会長、それでいいんですよね。

○新田会長 はい、おっしゃるとおりです。

○西田委員 ですよ。ですから、そこの2つ、2タイプって、すごく、やはり比較する価値がある要素がたくさんあるので、そこのクロス集計というのを、もう少しやってみると面白いのかなと思って見ていました。

以上です。

○新田会長 はい、ありがとうございます。そのとおりでございます。

道傳課長、どうぞ。

○道傳課長 はい、ありがとうございます。

今、資料の画面上で、位置づけということで、外来の医院と、そして並行して行っていく、あと在宅専門で実施していくということで、ここで、この在宅専門が一般診療所で5.6%となっていますが、こちらも前回と比較して倍ぐらいに、少ない、割合は少ないんですけども増えているところです。

今回は、資料が膨大となるのと、集計中のため、クロス集計はあまりお示ししておりませんが、今いただいた視点も含めて、最終的なまとめに反映させていただきたいと思います。

ありがとうございます。

○新田会長 ありがとうございます。

○西田委員 よろしくをお願いします。

○新田会長 はい、ほかにご意見はありますか。

末田委員、はい、よろしくお願いします。

○末田委員 東京都歯科医師会の末田です。

今回の修正、調査から歯科診療所を入れていただいて、歯科の実態というかそういうものも分かりましたし、また、医科の診療所の状況も分かって、大変参考になりました。なかなか在宅医療の実態調査というと、歯科診療所からどれだけ回答が来るのか、ちょっと心配だったんですけども、意外に来まして、ただ、訪問診療の取組体制というところで、歯科診療所の在宅療養支援歯科診療所の届出が大体40%ぐらいになっているんですけども、全体から見ると、もうちょっと少ないパーセンテージのはずなので、やはりあの在宅のほうをいろいろ考えている歯科診療所からの回答が多かったんじゃないかなと思います。

その中で、やはり、21ページにあります訪問歯科が必要な場合の連携方法というところが、病院も、一般診療所も、ケアマネジャーに連絡ということがとても多いのと、それから、病院においてかかりつけ歯科医や連携している歯科に連絡しているのは約4割ということで、こういったところで、今後、こちらにある、今後強化すべき事項というところが浮き彫りになってきているのかなと思って、大変参考になりました。

それから、次の25ページでございます在宅医療提供に当たって課題と感じていることということで、歯科診療所のところでは、多職種間での情報共有・コミュニケーションの難しさ、それから人材不足などがありますので、これから東京都歯科医師会で行っていく研修会の中で、こういったことを重点的にやっていこうと思いました。大変勉強になる、参考になる調査で、ありがとうございます。

○新田会長 末田委員、貴重なご意見ありがとうございます。

歯科診療所が意外と食支援の取組が低いというのがありましたよね。

○末田委員 はい、申し訳ありません。これからも、昨年、東京都歯科医師会で、食支援のほうをベースに、在宅療養の研修会とかをやっていたんですけども、今後も、医科の先生方と一緒に食支援のほうも頑張って研修会もやって、もっと診療所が増えていくように頑張っていきたいと思います。

それから、24時間体制のことが、訪問歯科診療をしない理由になっているところもあって、これは本当に、まさしく医科との連携でクリアできる問題なんじゃないかなと思っているところで、やっぱり地域での連携体制というのが重要じゃないかなと思いました。

ありがとうございます。

○新田会長 ありがとうございます。

末田委員にちょっと質問ですが、歯科における24時間夜間対応って、例えばどんなことがあるんですか。

○末田委員 歯科での24時間対応というのは多分できないので、そういったところで、医科の24時間体制を地域でやっているところに歯科も入って行っていく、病院とか

と一緒にやっていくとか、そういったところで24時間体制ということになるのではないのかなと思うんですけども、どうでしょうか。

○新田会長 はい、ありがとうございます。

西田委員、どうぞ。

○西田委員 すみません、末田委員、先日、東京都歯科医師会と医師会の合同シンポジウム、ありがとうございました。

○末田委員 ありがとうございます。

○西田委員 食支援のことなんですけども、この質問で、果たして、いわゆる食支援というのは摂食嚥下機能支援をしっかりと示しているのか、あるいは、例えばメタボの食事指導なんかの話になっているのか、ちょっとそこがはっきりしていなくて、私は今、社会全体、東京都内を全体的に見ると、むしろ、その摂食嚥下機能支援をしっかりとやっているのは歯科医院だと思っているんです、歯科診療所だと思っています。だから、ちょっとここは、私、クエスチョンマークだったんですね。

それと、歯科の24時間って、抜歯後の出血で夜間に困ったというやつがあるんですよ。

○末田委員 はい。

○西田委員 あれで病院の口腔外科を受診したりというのがあるので、やっぱり歯科も24時間、少し取り組まれるといいのかもしれない。

○西田委員 以上です。

○新田会長 はい、ありがとうございます。

○末田委員 ありがとうございます。

○新田会長 食支援、確かに食支援という質問に対してどう答えるかって、なかなか難しい話ですね。分かりました。ありがとうございます。

ほかにご質問等は、末田委員、どうぞ、また手が挙がっていますが、大丈夫ですか。

○末田委員 すみません、大丈夫です。

○新田会長 よろしいですか。

ほかにご質問等ありましたら、よろしくお願ひいたします。

よろしいでしょうか、葛原委員、はい、どうぞ。

○葛原委員 はい、ありがとうございます。

この調査、本当に充実していた調査で、なかなかほかの自治体ではできない調査なので、ぜひ、また還元していただくということをおっしゃっていただいたので、よろしくお願ひします。

1点ですけれども、ちょっと感じたことなんですけども、9ページで、やっぱり一般診療所は1人体制、先生、1人ドクターということで、75.6%ということで、最も多くて、やっぱり課題というのが24時間体制ということなので、やっぱり1人の先生が24時間というのは非常に厳しいという状況が明らかであって、これを地域でどう

するかというのが、今度、また8年度の東京都の24時間診療体制のという事業にうまく、それぞれの自治体で結びつけられたらいいかなというふうに、感想ですけど、思いました。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。それはご意見でよろしいですね。

○葛原委員 はい、意見です。

○新田会長 はい、ありがとうございます。

これ、今後、区市町村の皆様に対しても、恐らく個別に対応が必要になると思いますから、先ほど事務局から説明がありましたように、区市町村への資料もということでもよろしいでしょうか。

○道傳課長 そうですね、こちらの区市町村への情報提供という点につきましては、この調査を実施する段階から、皆様からご意見をいただいておりますので、ちょっと今後、整えた形で共有させていただき、また、今後の活用を図っていただければと考えております。

○新田会長 よろしくお願ひします。

区市町村におかれましては第8次の在宅医療計画等々も恐らく個別にやられる話でございますから、こうした資料を含めて、参考にしてやっていただければというふうに思っています。

よろしくお願ひいたします。

では、次の2つ目の話に入ります。また、後ほど質問があればというふうに思います。

2つ目は、令和8年度在宅療養推進に向けた都の取組でございます。

まず事務局から説明していただき、その後、委員の皆様から質問、ご意見などをいただきたいと思ひます。

それでは、事務局から説明をよろしくお願ひします。

○安藤課長代理 事務局でございます。

では、資料4をご覧ください。

こちらは令和8年度の東京都における在宅療養の事業を取りまとめた概要資料でございます。

資料1 ページ目から2ページ目が、令和8年度における都の取組の全体像になります。

このうち、下線を引いている事業が来年度新規、あるいは拡充して実施する事業となりますので、本日は新規、拡充する事業の詳細について順に説明させていただきます。

それでは資料の3ページ目をご覧ください。

既に実施しております区市町村在宅療養推進事業の新規メニューとして、24時間診療体制推進事業と在宅医療DX推進事業を追加することを予定しております。

こちらは、令和5年度から今年度までの3か年事業であります在宅医療推進強化事業により実施してきた取組について、区市町村が主体となる取組と一体として進めるこ

とにより、地域の在宅療養を一層推進することを目的に実施する事業となっております。

現状・課題にありますとおり、在宅医療推進強化事業は、これまでの区市町村を主体とした取組に加えまして、コロナ禍における都医師会及び地区医師会における在宅療養患者等への支援・取組を基盤といたしまして、さらなる在宅医療の推進を図るために実施してきた事業として、地区医師会を実施主体とします地域における24時間診療体制の構築の推進と、病院を実施主体とするオンラインを活用した病診連携の推進の2本立てで実施してまいりました。

このうち、地域における24時間診療体制の構築の推進の事業につきましては、参考資料として、4ページ目から6ページ目までに、各地区医師会の取組内容等のまとめをおつけしております。

具体的な内容の説明は割愛させていただきますが、本年度第1回の本会議におきましてご報告いたしました令和6年度末時点の内容を、令和7年度上半期時点の内容に更新しておりますので、後ほどご覧いただければと思います。

それでは、3ページ目のほうに戻っていただきまして、推進強化事業の取組によって、主治医の不安軽減ですとか在宅医療の裾野の拡大、それから医療DXの活用による安心安全な療養生活の基盤整備の構築など、高齢化の進展による在宅医療の需要増加への対応に大きく寄与したと考えております。

一方で、令和7年度交付決定の状況なんですけれども、地区医師会ベースでは54分の37、区市町村ベースでは62分の40となっております。実施地域は約6から7割にとどまっております。実施地区のさらなる拡大が重要と考えております。

こうした背景を受けまして、24時間診療体制の構築に資する取組について、これまでの区市町村を主体とした取組と一体となって地域の在宅療養を一層推進していくとともに、実施自治体の拡大を図る必要があると考えておりまして、来年度以降は区市町村在宅療養推進事業において実施するものとなっております。

具体的な事業概要ですが、下段にありますとおり、「在宅医療推進強化事業」で実施してきた取組を区市町村が地区医師会と連携して実施できるように支援するものとなっております。従前から実施しております区市町村在宅療養推進事業の新規メニューといたしまして、「24時間診療体制推進事業」、それから「在宅医療DX推進事業」を追加するものとなっております。

基準額は、従前の区市町村在宅療養推進事業と同様、1事業当たり1,000万円、補助率は、開始から3年間は10分の10、4年目以降は2分の1とする予定です。

その際、新規メニューについて、在宅医療推進強化事業の内容をそのまま継続するのではなくて、区市町村として実施内容を振り返り、検証を行っていただきまして、必要な見直しを行った上で、区市町村事業として要綱等を整備して実施するなど、新規性が認められる場合に限り開始から3年間は10分の10補助としたいと考えており

ます。

一番下は区市町村在宅医療推進事業のメニューの一覧となっております。

続きまして、資料の7ページ目をご覧ください。

こちらは在宅療養体制支援医療機関緊急整備事業でして、新規事業となります。

まず、現状・課題ですが、今後の在宅医療の需要が増大する見込みであることを受けまして、在宅医療人材の確保・育成を含め在宅療養体制の充実が急務となっております。

このため、都は、国指針に基づいて、「在宅療養において積極的役割を担う医療機関」を、これまで291か所指定してまいりました。

一覧は参考資料の2としておつけしておりますが、今後の在宅療養ニーズの増大や、対応症例の高度化を踏まえて、さらなる取組を支援していく必要があると考えております。

事業概要ですが、下段をご覧くださいまして、「自ら」以下が記載しております医療機関、こちらがすなわち在宅療養において積極的役割を担う医療機関になるのですが、こちらの医療機関が実施する取組への補助を行うことによって、地域の在宅療養体制の構築を促進するものとなっております。

右上の表が積極的役割を担う医療機関に求められる事項をまとめたものになります。

「積極的役割を担う医療機関」に求められる事項に対応する取組の実施状況について、都のほうでアンケート調査を行ったのですが、おおむね実施できている医療機関が大半を占めていたということ踏まえまして、在宅医療人材の確保・育成や災害対策など、地域の在宅医療を支えるさらなる取組を支援することを目的に実施する事業となっております。

対象経費といたしましては、こちらに記載の3つの事業を全て実施する場合に支援いたします。

具体的には、1つ目といたしまして、相談支援・同行訪問等、地域の実情に応じた在宅医療人材の確保・育成、2つ目といたしまして、勉強会、講演会、事例検討、意見交換会等、平時における多職種・多機関の連携推進、それから、3つ目といたしまして、BCP策定支援、勉強会、意見交換等、災害に備えた多職種・多機関の連携推進の三つの取組をすることとしております。

基準額につきましては、1医療機関当たり200万円、補助率10分の10を予定しております。

8ページ目をご覧ください。

こちらは、今行っております在宅療養推進会議の運営等からなる、在宅療養普及事業の1つとして、来年度新たに実施する在宅療養体制づくり支援事業についてとなります。こちらは在宅療養の実施主体であります区市町村の支援として実施いたします。

これまでの取組というところをご覧くださいまして、全区市町村に在宅医療・介護連

携に関する相談支援を行う窓口を設置するとともに、支援窓口取組推進研修を実施してまいりました。

また、保健医療計画の改定の際、国指針に基づいて、新たに区市町村を「在宅療養において必要な連携を担う拠点」として位置づけ、現在、都のホームページでも公表しております。

一方、区市町村の課題といたしまして、窓口の担当職員について、地域の実態把握や相談対応等の知識、技術に差がある、区市町村間の情報共有や連携が十分でなく、好事例の横展開が進みにくい、在宅療養に関する情報が分散しており、関係者が必要な情報にアクセスしづらい状況があるといった課題がありまして、在宅療養患者の増加が見込まれる中、区市町村の在宅療養推進体制の構築・強化が急務となっております。

こうした現状を受けまして、各市町村における在宅療養推進の取組の底上げを図るために、自治体ごとの在宅療養に関するデータを集約・可視化したダッシュボードを作成するとともに、その活用方法や地域課題の分析、対応方法等に関する研修会を開催するという事業となっております。

事業概要といたしましては2本立てておりまして、まず、一つ目がダッシュボードの作成でございます。こちらは、区市町村の皆様から、都が保有している在宅療養に関するデータを提供してほしいといったご意見があったことを踏まえまして、新たに作成するものとなります。区市町村の担当者の方のデータに基づく政策立案を支援するために、在宅医療関係の情報を集約・可視化して、活用する環境を提供するものとなっております。

具体的には、在宅医療資源に関する状況、住民の受療動向に関する情報、区市町村の好事例などを掲載する予定でございます。イメージといたしましては、右下にありますとおり、厚労省の地域包括ケア「見える化」システムのようなものにできればと考えております。

二つ目は研修会の開催でして、現行の在宅療養支援窓口取組推進研修、こちらをさらに発展させまして、在宅療養推進体制の構築・強化に向けて、ダッシュボードを作成・活用し、職員の課題発見力、政策立案スキルの向上等を図る機会を提供するような研修を実施できればと考えております。

対象は、現行の研修と同じく、区市町村の在宅療養担当職員、在宅療養支援窓口担当者などを予定しております。

最後に、2ページ目のほうに戻っていただければと思います。

令和8年度新規事業ではないのですが、ACPに関する取組、右側の中段の辺りになりますが、3月4日に東京都ACPポータルサイトを開設しておりますので、お知らせいたします。

参考資料3をご覧くださいまして、こちらがプレス発表の資料となります。都が発行しております啓発冊子である「わたしの思い手帳」のWeb版をご覧くださいませるといっ

たほか、Web上で自分自身の思いや考えを入力することができて、入力した内容はPDFのデータとして出力されまして、家族や大切な方と電子データで共有することが可能となっております。委員の皆様におかれましても、ぜひ一度ご覧いただき、ご所属等に周知いただければと思います。

次に右下の退院支援マニュアル改訂部会の開催でございます。

平成27年度に退院支援マニュアルを改訂して以降、近年の在宅療養の体制の状況、あるいは診療報酬をはじめとする制度の変更内容がマニュアルに反映されていないという事情がございますので、部会を開催して改訂を実施したいと考えております。メンバーやスケジュールにつきましては、新田先生とも相談しながら進めていきたいと考えております。

ここまで、来年度の在宅療養の推進に向けた都の取組について説明させていただきましたが、これらの事業の実施に当たりましては、各関係団体の皆様の多くのご協力をいただいております。来年度も引き続きご協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。

私からの説明は以上となります。

○新田会長 ありがとうございます。

ただいまの事務局からの説明に対して、ご質問、ご意見がありましたら、よろしくお願い申し上げます。

足立区の徳井委員、よろしくお願いいたします。

○徳井委員 すみません、ありがとうございます。足立区の徳井でございます。

24時間診療推進体制推進事業のところで、東京都様から補助金を出されたところをお伺いしたいんですけども、例えば、補助をした先で医療事故があったというときの責任の所在と、あと、どこまで報告を求めていたかというところを少しお伺いしたく存じます

○道傳課長 はい、ご質問ありがとうございます。

今いただいたご質問は、この推進強化事業という中で医療事故等が発生した場合に、どこまで対応した、あるいは報告を受けたかというご質問かと思えます。

まず1つは、そういった個別の事故について、東京都のほうにご報告という形は、特に今回は補助事業ということで、地区医師会の取組への支援ということですので、求めてはいないんですけども、特段ご報告はいただいております。

ただ、この事業の実施に当たって、そういった安全面の配慮のための保険の検討などをされている地区医師会さんはあったように記憶しております。そういった形で、何らかのことがあった場合にどう対応するかということについては、ご検討いただいていたと考えております。

○新田会長 徳井委員、よろしいでしょうか。

○徳井委員 大丈夫です。よく分かりました。ありがとうございます。

○新田会長 はい、質問ありがとうございます。

そのほか、委員の皆様、ご質問、ご意見がありましたら。

東京都、西田委員、どうぞ。

○西田委員 度々すみません。

令和5年からの在宅医療推進強化事業についてですけども、主として在宅医療を受けている患者さんたちに対象がなっていたと思うんですね。それで、結果的に多くの地域では、その24時間体制を確保するために、果たしてどのぐらい診診連携が行われたかということ、ここはちょっと検証していかなくちゃいけないんですけども、恐らく、私の知るところでは、そんなに件数がないんですね。

もしかのときのための安全の担保ということでもっとも大事なんですが、これが、この話って、道傳課長には言ったんですけども、区市町村事業になってくると、やはり区市町村も、そんなに財政規模は大きくないですから、何だ、実績がない事業じゃないかみたいなことになってくる可能性が高いと私は危惧していて、もう一つの方法として、多科連携、例えば眼科の往診を依頼する、あるいは歯科の往診を依頼する、そういうことのネットワークとしては非常に使いやすいんですけども、その24時間体制確保…、皆さんね、やっぱり自己完結して頑張っちゃっているんですよ。だから、なかなか実績が上がらない。

私は何が言いたいかというと、今、高齢者の軽症の救急搬送がすごく増えているじゃないですか。それが、ある意味、負担をかけているというところがあって、財政的にも負担をかけている。そこを抑制するための方法として、もうちょっと対象、だから在宅療養を受けている人だけじゃなくて、高齢者全体的に広げていって、#7119があるじゃないかということになります。#7119には、そのドクターのアウトリーチが入っていないんですよ。だから東京都なりに、何かそこに相談窓口をつかって、これはちょっと看護師の判断では難しいなと、ちょっと医者に診てほしいなというときに、その地域の医者が出ていくみたいな、そういうことをして不要な高齢者の軽症の救急搬送を減らすことができれば、これはすごい価値のある大きな事業になると思って、最近そういうふうに夢想しております。

以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

まず、この出された構図をどう解釈するかという、まさに、その、何だろう、32分の16の対応がなかったと、それは、そのそれぞれの自院の人たちが頑張ったという、そういう一方の解釈もあるわけで、一方、言われるように訪問看護ステーションを中心とした取組も恐らくあっただろうなというふうに思っています。今の西田委員の発言の中で、先ほど、東京都からもありましたけども、新しいその24時間体制という意味合いで、その地区それぞれ事情があって、今のような、例えば在宅高齢者という定義を、広げる範囲で対応するという、そういう発言ですよ。

それで、できれば、そこで救急搬送を少しでも減少したいという話でもあるだろうというふうに思うわけですが、この事業を区市町村に任せられるわけですが、その辺りをどこまで区市町村事業として可能かどうかという、そこだと思いますが、道傳課長、よろしく願いいたします。

○道傳課長 西田委員、ご意見ありがとうございます。

先生のおっしゃるとおり、今、画面にも投影しております、実際にその対応した件数とか、往診した件数といったところの中では、当初24時間の夜間対応がほとんどかと思っていたんですけども、そういったところでの機能のほか、いわゆる他科連携という形での眼科であったり、皮膚科だったりとか、精神だったりとか、そういったところでの往診といったところの需要が結構多くて、うまく活用されている自治体さんもあったというふうに、今、中間報告でもいただいているところです。

そういった中で、この夜間体制のところをどういう形で確保するのが、その地域の持続的な体制を確保するに当たって重要なのかということ、まさに、この3年間の取組を一度地域でもお話しいただきながら、次のステップということで検討いただく形がいいのかなと思っております。

その中には、往診といったところの、そういう、今新しい、そういうことも考えられるのではないかということについても、貴重なご意見として検討させていただきたいと思えます。

○西田委員 はい、ありがとうございます。ぜひ期待しております。そこら辺、よく検証していきましょう。よろしく願いします。

○新田会長 ありがとうございます。それぞれの区市町村が大変努力されているというふうに思いますが、例えば、単に高齢者が倒れている、倒れているというだけで救急車を呼ぶという事例だって多いですよ、本当の医療が必要かどうかという前に。そういったようなことに対しても、どう対応していくかというのは、やっぱり各区市町村で考えられるべきだなというふうに私は思っています、誰がそこへ行くのかとかですね、医者が行くわけじゃないだろうし、訪問看護師さんがひよっとしたら行くわけでもない。じゃあ、何が必要かということも含めて、夜間24時間体制が必要だろうなというふうに思っていますので、そこは大変工夫が要る話だなと思えます。

よろしく願いします。

貴重なご意見、ありがとうございます。

特にご意見はないですか、飯島委員、どうぞ。

○飯島委員 先ほどの資料の一番最後、8ページ目の「在宅療養普及事業」という、体制づくりという部分に関して確認です。令和8年度、このぐらいの金額をかけて底上げしますよということなんです、これは、もう例えば数年間にわたり地道にやってきて、手応えがあるからこそ、この流れをさらに拡張していったという感じなのか、この特に、上から2～3行目に書いてある令和6年度、新たに区市町村に、在宅療養に

必要な連携を担う拠点としてということなんですけど、これのいわゆるこの数年間のトレンドですね。

例えば、新規にこれを立ち上げるとなったら、新しい着眼点ということで良いと思います。例えば、もう何年も前からこうやって来ているということならば、これが各市町村、まずは行政の方、特に在宅医療介護連携を推進する部署の方々がこの情報を見るのだろうと思います。

その上で、どういう機能をさらに機能的に追加したいからという部分が、しっかりと読み解けているのかなと少し不安に思いました。また、一般的に住民への普及啓発ということに関しても、先ほどのACPの手帳の問題も含めて、どこまでクリアにこれを担ってくださる拠点を目指すことが出来るのか、そして、着々とこの数年間増えてきているのかという点が少し見えなかったです。

○新田会長 ありがとうございます。

○飯島委員 手応えがあるならば、それをどんどんやっていけばいいという話ですし。

○道傳課長 はい、ありがとうございます。

こちら、説明のところが今回の資料に含まれてはいないんですけども、今回の、これまでの取組の2行目のところがございます「在宅療養に必要な連携を担う拠点」と申しますのは、基本的には、今現在、全区市町村を位置づけるという形になっております。従前からは、その在宅医療・介護連携推進事業という形で既に取り組みが進んでいるのですが、これまで、主に医療・介護の連携というところが中心となっております。こちらについて、その医療向上の、保健医療計画の観点から、医療・介護に限らず、障害分野も含めた連携の拠点として、こういうものを位置づけて取り組んでいくことを国の指針の中で求められておまして、改めて、都としても今回の基本計画の改訂の際に位置づけたというところとなっております。

○飯島委員 これが東京都にある市区町村の、ほぼもう網羅できている感じなんですか。

それとも、拠点の設置としてはまだ道半ばの状態、という認識でしょうか。

○新田会長 分かりますか、どうぞ。

○道傳課長 基本的には、全部位置づけてはいるという意味では、一時期、そのまま全部一律でされているんですけども、どこの部分に取り組んでいるか、幾つか求められる項目という形がございまして、例えば関係者、多職種の定例的な会議を開くであったりとか、関係者調整を行うとか、情報共有を行うとか、研修を行うとかということで、五つ、六つほどの求められている項目はあるんですけども、その取組状況は、実は自治体さんによって少し差があるというところがございます。ちょっと、そういった取組を検討するに当たっての現状の分析とかに、こういったダッシュボードを活用していただければというふうに考えております。

○飯島委員 はい、了解しました。

ちょっと私自身、困惑してしまったのかもしれませんが。2行目には拠点と書いてあっ

て、その1個上の1行目には、そういう窓口の設置と書いてあるのですよね。ですから、それが全市区町村にもうある程度設置されてあって、あとは機能面として、もっとこういう多様な研修会を開催してほしいとか、そういう趣旨の背中押ししたいということならば分かりますし、まだまだ、全市区町村にはそこら辺の窓口及び拠点を担当するようなものが設置されていないという四肢ならば、そこをちゃんと強化してもらいたいという話なのか、ちょっとこの情報を受ける側がずっと分かるかなというのが、ちょっと心配してしまったということです。

○道傳課長 ありがとうございます。おっしゃるとおり、今、拠点の機能の一つとして、結果としては、そういった相談の窓口とか研修開催的な機能があると考えておりますので、この拠点機能、拠点としての取組をさらに後押しするためのものとしていけたらと。

○飯島委員 はい、分かりました。

○新田会長 東京都はもともと在宅療養推進会議の第何回かで、全区市町村で窓口を設置して、そのそれぞれが在宅、区市町村在宅療養推進会議を開くという、そういったような前提で、これ、話が進んでいるというふうに思っています、はい。

秋山委員、手を挙げられていますね。

○秋山委員 はい、秋山です。

いろいろ、新しい事業展開も含めて参考にさせていただきなげらなんですが、実は、病院から、在宅は無理でしょうというふうに言われて、在宅じゃない、在宅とは名ばかりの施設に送られるケースが結構増えております。病院の中の医療者に対して、在宅の医療そのもののイメージとか、そういうものを何か今さらと思うんですけども、実は、あんまりイメージができると無理だというふうなことで、違う展開になっているケースがあるということと、もう一つは、それを、まともに受ける都民というか住民側にレディネスがない、ないというか、在宅という選択肢があるのだという情報がきちんと行っていないので、その辺も含めての研修とか工夫が必要なのではないのかなと強く思います。

今、本当に、いろんなタイプの施設が、在宅に近い形でどんどんできてきていて、そこへ病院の医師から薦められるという実態があるという辺り、とてもこれから独り暮らしの方の救急搬送後の行き先がない人を受け止めている状況なので、ちょっと工夫というか、研修等の工夫が要るんじゃないかなというふうに思っているところです。

以上です。

○新田会長 ご意見と同時に、恐らく実態がそういうこともたくさんあって、一方で、退院支援のマニュアル改訂部会が今度新しく開かれるわけですが、これはたしか看護協会に委託した事業で、病院対象なんですよね。病院対象で、今、秋山委員が話されたようなことでないように、きちっと病院の退院支援マニュアルをつくっていただきたいというようなことも含めてあるんですけども、まだまだ取組が至らないと

いうことだろうなというのが秋山委員の話だろうなと思って聞いておりましたが、平原委員がそこで手を挙げられています、そのことも含めて、少し話していただければと思います。

○平原委員 ありがとうございます、平原です。

本当に、ちょうどそのことを、秋山委員と全く同感で、さらに今、新田会長のお話のとおりのことを言おうと思っていたんですが、私も、2015年からの在宅療養相談窓口支援でずっと関わっていて、もう10年ぐらい地域でやっていたけれど、この支援員も東京都の看護協会が東京都から委託を受けて研修プログラムをつくって研修を開催して、全ての区に支援員が配置できたということで、もう研修が終了したんですけれど、区によっては、地域包括支援センターに窓口を置いている、あるいは医師会とかステーションとかに置いているところ、様々なんですけど、在宅療養相談窓口支援をしていて、本当に在宅に病院から帰る件数、前は、もう家に帰るということどこがいいですかとか、こういう人は家に帰れますかという、マッチングとかそういったところも業務としてしていたのが、今、本当に病院から帰るときに、地域のいろんなサービスが変わったりしているのに、全然問合せが少なくなっております。

病院に入院できない医療的なお子さんとか、障害の方が高齢になって、もう施設もちょっと難しくて家に帰るとか、ちょっと様相が変わってきているなというところと、先ほどお話しした、病院側も、平成27年のこの退院支援マニュアルをつくったときは、取りあえず宇都宮宏子さんと一緒に、その在宅へ戻るんだという、外来のときから、もう在宅で療養するということを見越して、在宅に戻すために病院はどうするかというのを、病院のナースと訪問看護師と一緒に話して研修を開催、ずっとしていたんですが、それもさっきおっしゃったとおりで、病院のほうのソーシャルワーカーとかに、とにかく施設とか、有料老人ホームとか、いろんなところの方のアプローチが強くて、もう安心して、家ではない、違うところというふうなご回答がとても多くなりました。

何が言いたいかというと、在宅療養を、もう選択しないというところが、病院側も家族も、そして、何か地域のほうも、もう看取りも少なくなってしまうと、在宅療養をする人が何かとても少なくなっているような印象です。ですから、退院支援マニュアルも在宅療養の支援員の研修も、もう一度今の現状に合わせてプログラムや見直しをしたほうがいいなというのをとても実感しております。

長くなりました。すみません。

○新田会長 ありがとうございます。

平原委員も秋山委員の話も同感でございますが、先ほどの医療調整部会の話の中で、基本的に、独居家族、高齢者、要介護者は、困難事例という話の中に含まれる話です。在宅療養推進会議でこうした事例は当たり前の人たちで、その人たちをどのようにして地域で在宅で迎えるかという、基本的なところなんです。その様な人が地域で暮らしつ

づけるために、その人のACPがある、意思決定に基づいて在宅で暮らすことを支援するために何が必要かという、ためのこの東京都の会議だろうなというふうに思っていますので、道傳課長、よろしくをお願いします。

○道傳課長 秋山委員、平原委員、また新田会長、ご意見やご助言ありがとうございます。

まず、最初、秋山委員からお話のございました病院において、その在宅の状況を知らないところがあるんじゃないかということについては、今、東京都医師会様に委託をしている在宅療養研修の中で、病院内での理解促進研修というのがあるのと、あと、地域との病診連携研修という中で相互研修のような形で、病院の方にも地域を知ってもらう、地域の方にも病院の取組を知ってもらうというような取組を各地区医師会のほうで進めていただいているところがございます。

これに加えまして、先ほど、今、東京都看護協会様に委託をしている入退院時連携の強化研修のほうでも、まさにそういったソーシャルワーカーであったりとか、あと、地域の支援窓口の方を対象とした研修を進めていて、今回、マニュアルを改訂するというところがございます。

この間の状況の変化として、やはり退院後の選択肢が増えてきている、または考え方も変わってきているといったところは大きなところだと思いますので、この部会での検討の中でも、今いただいた現在の状況などを踏まえた形で、マニュアルの改訂や、あるいは研修、その後、研修のほうにも生かしていきたいと思っておりますので、そういったことにつなげていきたいと思っております。

ご指摘、ご意見いただきましてありがとうございます。

○新田会長 ありがとうございます。

また後ほど、ご意見があれば伺いたいと思っております。時間が、予定の時間がちょっと過ぎておりますので、次の議題にちょっと進めたいと思っております。

まず、次に報告事項でございます。

一つ目の報告事項は、東京都歯科保健医療関係事業実施計画〈在宅歯科医療関係〉です。それでは、所管の幹事から説明をよろしくお願いいたします。

○田村課長 在宅歯科医療関係の事業についてご説明させていただきます。

資料の5をご覧ください。

1つ目ですが、在宅歯科医療研修会になってございます。

こちらは、例年、東京都歯科医師会に委託をして実施している事業でございます、歯科医師や歯科衛生士など歯科医療従事者を対象とした研修となっております。年3回を予定してございまして、基本的にオンラインで開催する予定としてございます。

続いて、2つ目ですが、在宅歯科医療多職種連携研修会でございます。こちらも東京都歯科医師会に委託をして実施してございます。4回実施する予定でして、多職種の方を対象として実施する予定です。本年度につきましては、オンラインではなく、対面での開催等も実施しているところでございます。先ほどの調査のところ、末田委

員からもお話がありましたが、3月22日の日曜日に歯科医師会館で、医科歯科連携シンポジウムを開催させていただきましたが、この事業の中で、そのシンポジウムを開催してございます。西田委員には、医師会の状況としてご講演いただいております。来年度の事業につきましても、末田委員とご相談させていただきながら、この研修会の中で、シンポジウムなども含めてやっていければと考えているところでございます。

3つ目が、在宅歯科医療設備整備補助事業補助金になりますが、こちらにつきましては、在宅の診療に必要なポータブルユニットやポータブルレントゲン、そういった医療機器を買う際の補助でございまして、補助率は3分の2となっております。最近ですと、新規に在宅をやられる方というよりは、既にやっているところで、機材が古くなってきたので、その買替え等にもご活用いただいている事業になってございます。例年、50から60ぐらいの医療機関から申請をいただいております、次年度も引き続きやっていくところになってございます。

歯科に関する事業については以上になります。

○新田会長 はい、ありがとうございます。

ただいまの説明に対して、ご質問、ご意見はありますでしょうか。

もしなければ、末田委員、コメントをよろしく願いいたします。

○末田委員 はい、ありがとうございます。東京都歯科医師会の末田です。

この歯科医師向けと、それから多職種向けで研修会をやらせていただいておりますけれども、先ほど、田村課長からありましたように、22日に東京都医師会と東京都歯科医師会でシンポジウムをさせていただきました。まずはそこからということで、今後はケアマネジャーの方々とか訪問看護師の方々、いろんな多職種の方々と、シンポジウムや研修会を開催できればと思っております。今後ともご協力をいただければと思います。

よろしく願いいたします。

○新田会長 はい、ありがとうございます。

それでは、2つ目の報告事項は、令和8年度地域包括ケアシステムにおける薬局・薬剤師の機能強化事業についてです。

それでは、所管の幹事から説明をお願いします。

○中島課長 はい、よろしく願いいたします。

本事業ですけれども、東京都薬剤師会と連携をして実施をいたしております。

事業の目的ですけれども、連携薬局、これは下に米印で説明がございましてけれども、東京都が認定する地域連携薬局、これは入退院時の医療機関等との情報連携、在宅医療等に一元的・継続的に対応できる薬局、そして、専門医療機関連携薬局、がん等の専門的な薬学管理に対応できる薬局ですけれども、こうした薬局の活用のための基盤を整備するとともに、多職種の連携、そして、病院薬剤師と薬局薬剤師の連携を強化

することで、医療・介護の中で連携薬局の特性と薬剤師の職能・専門性を最大限に発揮して、患者様に安全・有効な薬物療法を切れ目なく提供することを目的とした事業となっております。

令和8年度の事業ですけれども、令和7年度同様に実施する予定でございます。

大きく3点に分かれておりまして、1つ目が連携薬局活用の基盤整備事業となっております。これは、在宅医療に関する研修事業となっております。在宅患者への訪問服薬指導に必要な研修ですとか、また、薬科大学と連携して、無菌調整技能習得するための研修などを行っております。

次に、大きく2点目が、地域連携薬局の活用となっております。多職種連携を推進するための研修等の実施、そして、次に地域の多職種と連携して地域住民の方に周知・啓発を行う事業。そして、II-cとしまして、多職種関係者連絡会を開催しまして、地域連携薬局の活用方法等の検討を行っております。

次に、大きい3番としまして、専門医療機関連携薬局の活用事業となります。

一つ目が連携薬局の推進事業、薬業連携推進事業ですけれども、こちらは病院と薬局の連携を推進するための研修事業となっております。

最後に、III-bの事業ですけれども、こちらが薬業連携推進協議会です。この会議を開催しまして、病院と専門医療機関連携薬局の連携について検討するといった事業となっております。

説明は以上となります。

○新田会長 ご説明ありがとうございました。

今の説明に対して、ご質問、ご意見等ありましたらよろしくお願いたします。

もしなければ、薬剤師会の高松委員からご発言をよろしくお願いたします。

○高松委員 東京都薬剤師会の高松です。

この事業も、過去7～8年ぐらい前から、もう行っておりまして、東京都と共同で多職種の方々、地域包括ケアシステムの構築という意味合いで始めたところが多かったんですが、その中で、今、ある程度体制ができてきてまして、それを東京都の中のそれぞれの地域包括ケアシステムの中で、今、中島課長がおっしゃったような薬剤師としての活動、実践的な活動ができるような形でのような研修というのを継続して行っております。

やっぱり、薬局の数も多いんですが、どこの薬局できちっと在宅をやってくれるのかとか、そういうような体制整備も含めて、取組の中でコントロールしながら、そういう体制ができるような地域を、しっかりと薬剤師会主導で行っていくというのをやっております。東京都の薬務課の方々も共同してやっておりますし、ほかの職種の方々とも、その薬局の役割というのは、今どういうふうになっているのかというふうな情報連携なんかもしております。

以上でございます。

○新田会長 はい、ありがとうございます。

委員の皆様、何かご意見はありますでしょうか。

では、3つ目の報告事項に移ります。令和8年度在宅介護と医療の共同推進に向けた訪問看護推進総合事業についてです。

それでは、所管の幹事からよろしく願いいたします。

○佐々木課長 福祉局高齢部在宅支援課長の佐々木です。よろしく申し上げます。

資料7をご覧ください。

私のほうからは、主に訪問看護ステーションの運営や人材確保・育成などの事業についてご説明いたします。

令和8年度の取組ということで、資料下側のところですが、毎年育成などの研修を行っておりますが、主に変更点のみご説明させていただきたいと思っております。

まず、一つ目としまして、1の(2)地域における教育ステーション事業です。

第9期の高齢計画に基づきまして、毎年4から5程度増やしております、令和6年度18か所だったのが、今年度22か所を指定しまして、来年度も4か所増やし、26か所にしていきたいと思っております。公募を実際に行いまして、優れたところを指定していきたいと思っておりますが、できるだけ地域の偏りのないように指定をしていきたいと思っております。

それから、その下の左側の一番下のところの2番のところ、訪問看護ステーション協働育成支援事業ということで、来年度からは新規で行いたいと思っております。

こちらにつきましては、前回のこの会議の中でも、新田会長のほうからご指摘いただきまして、小さい、小規模なところが訪問看護ステーションは多いので、そういったところが連携などを行って、同行訪問とか人材育成、確保できる事業があったほうがいいのではないかとということで、この会議の部会でもあります在宅介護医療協働推進部会などの意見も踏まえまして、訪問看護人材、幾つかの、2事業以上の訪問看護ステーションが協働して同行訪問などの育成に係る取組を実施するものを支援していくということで、来年度は5か所程度を想定して募集をしていきたいと思っております。

それから、右側のところ、4番、新任訪問看護師育成支援事業ということで、こちらの新任訪問看護師を採用した場合に、その期間の経費を支援するものですが、毎年実際の件数が10件程度にとどまっていた部分がありますので、少し要件を緩和いたしまして、人員要件、いわゆる7人未満のところ、その7人に、新任の方も含めていたんですが、来年度からは新任を外すという形に、新任を加えないで7人という、少し幅を拡大します。

それから、潜在看護師の方で訪問看護ステーションにまた戻っておられる方ということもかなりいらっしゃるということで、そういった場合に、これまでは2か月間だけの対象期間だったんですけども、4か月間に拡充いたしまして、そういった方の

戻りというものを少し期待していきたいと思っております。

それから、6番のところ、いきいき・あんしん在宅サポート訪問看護人材育成支援事業ということで、こちらは都立大学のほうに事業を委託して、シミュレーションを使った訪問看護のプログラムの開発ということで、これは3か年で行っておりまして、今年度をもって終了しまして、その間に得た知見やプログラムについては、これからの訪問看護ステーションや、それから大学の育成機関のほうに配付をして周知を図ってきたいと思っております。この事業につきましては、今年度をもって終了ということで考えております。

説明は以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

ただいまの説明に対して、ご質問、ご意見等がありますでしょうか。

それでは、この説明に対して、まず秋山委員、何かご意見はありますか。

○秋山委員 はい、秋山です。

毎年、この事業を予算づけしていただきまして、訪問看護も元気を得て、取り組んでいるところも増えてきたのかなと思いつつながら、なかなか、そうはいっても、小規模のところと連携してやるというのは実際は難しく、ちょっと手が出ない、手挙げがなかなかしにくいという話も聞いております。でも、そういう小さいところでも、連携することで人材育成が進めばいいかなと思って様子を見ております。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

大規模なステーションというのは、やっぱり教育ステーションとなっているんですが、そこがないところは、やっぱりそこでやらざるを得ないので、その訪問看護ステーションはぜひ連携して、やっぱりつくってほしいというふうに思っています。よろしくお願ひいたします。

平原委員、どうぞ。

○平原委員 ありがとうございます。平原です。

教育ステーションもモデルのときから、秋山委員と同じようにずっと関わらせていただいております。本当にいいのは、地域で研修会とか、本当に立ち寄ってくれる、地域の看護師の課題に沿った研修の支援していただけるということで、本当に他のステーションのナースとの交流も、本当にずっとできるというのは、この支援のおかげだなと思っております。とても細かに配慮していただいているなと思っておりまして、前、この部会の中でもちょっとお話ししたんですが、実は、在宅介護と医療の協働推進という名称にあるとき変えたんですけど、看護と介護の両方ないと、地域の在宅療養を支えられないというところで、この部会名がある年に変わったんですが、その介護への支援がなかなかうまくいかないなというところがとても気になっているところなんです。

看護師不足がこれからどんどん、都会であってもありまして、介護の方と手を携えていけないといけない時代になるので、そこがちょっと気になっておりました。

以上です。

○新田会長 貴重なご意見、ありがとうございます。確かに、この在宅介護と医療の共同推進と名前が変わっていて、その割には介護という話がなかなか出ないという、ですよ、これね。どうでしょうか、何かご意見はありますか。

○佐々木課長 我々高齢部のほうでやっていますので、介護保険課もありまして、介護のほうの事業所を所管しているところありますので、ちょっと、引き続きそういった課題を共有させていただきまして、また、いろいろな部会だとかで、ご議論いただいて、事業化できるものについては検討してまいりたいと考えております。

○新田会長 ありがとうございます。

看護も東京都、本当に不足するという話が出てきている中で、それこそ看護も介護も、本当に人材不足になる中で、どのように共同作業するか、これは大変重要な話でございますので、引き続き問題共有して解決の方向へ持っていければなというふうに思っています。

4つ目の報告事項でございますが、令和8年度、都における医療的ケア児支援の取組についてでございます。

それでは説明、よろしく申し上げます。

○菊地課長代理 障害者施策推進部、障害児療育担当課長の代理でご説明させていただきます。施設サービス支援課の菊地と申します。

医療的ケア児の支援に関する来年度の事業について、ご説明をさせていただきます。

福祉局では、関係機関の協議の場である医療的ケア児支援地域協議会の運営や、相談支援や情報提供の拠点である医療的ケア児支援センターの運営のほか、医療的ケア児者に対応するショートステイを拡充するための事業、関係事業所等に向けた人材育成事業等を実施しております。

こちらのスライドでは、事業名の横に青字で継続と記載をしておりますが、拡充があるものについては、赤字でその旨を記載しております。

本日、赤字で記載している事項を中心にお話をさせていただきます。

まず、障害児の放課後等支援事業についてですが、こちらは医療的ケア児が放課後の時間に安全に、安心して過ごせるようということで、デイサービスにおける看護師の配置や送迎に取り組む区市町村を支援するものです。

来年度からは医療的ケアを必要とする児童にきめ細かく対応するため、医療的ケア児1名に対し看護師1名が配置できるよう、補助内容を拡充いたします。

続いて医療的ケア児ペアレントメンター事業についてですが、こちらは医療的ケア児の育児経験者が、保護者からの就労等の相談に対応するものです。来年度から新たにLINEによる相談対応や、就労に関するオンラインセミナー、ポータルサイトによ

る情報発信を開始いたします。

続いて、来年度限りの事業となりますが、医療的ケア児者実態調査についてです。

次のスライドをお願いいたします。

令和3年に医療的ケア児支援法が施行され、本年で5年目を迎えます。東京都では、これまで実施してきた施策の見直し、また、現在、法改正の検討が進んでいる中、今後の対応についても検討を行うため、医療的ケア児者の方に関する都民調査と事業所調査を実施いたします。

都民調査については、64歳までの医療的ケア児者のご家族を対象としまして、区内の関係事業所、医療機関を通じて、リーフレットの配布により周知を行います。事業所調査につきましても、訪問看護ステーションや障害福祉サービス事業者を対象としまして、東京都から一斉に郵送及びメールにて周知を行います。調査後は、集計分析した結果を基に、関係機関による協議の場での協議を行いまして、今後の施策について検討してまいります。

医療的ケア児支援に関する事業については以上です。

○新田会長 説明ありがとうございました。

これ、最初の資料8の都における医療的ケア児、者は要らないんですか。医療的ケア児支援の取組でよろしいでしょうか。

○菊地課長代理 そうですね、現在も成人の方に対応するものもありますので、正確には者を入れてもよいものと思っております。

ただ、現在も、やはり基本的には児童の方を主に対象にしております。

○新田会長 説明ありがとうございました。

それでは、ただいまの医療的ケア児者支援の取組について、何かご質問、ご意見がありましたら、よろしく願いいたします。

平原委員は、医療的ケア児の人たちも、大変多くの人たちを診ていると思いますが、どうぞ。

○平原委員 ありがとうございます。

私の勤務するあすか山ステーションでは、医療的ケア児コーディネーターが6名おりまして、北区から委託を受けて、この春から、月から金まで週5で、このコーディネーターの相談事業を行うことになりました。ソーシャルワーカーや社会福祉士もいるんですが、3人が、訪問看護師がそのコーディネーターを取りまして、とにかくNICUからとか、あと双子ちゃんとか、とてもどんどん増えていることを実感しています。

でも、毎年その子たちは大きくなるわけですね。大きくなって、学校とか、放課後のところに行かないと、もうお母さんが働けなかつたりするので、どんどん、どんどん、学校や放課後デイとかになじみのあるお子さんたちが広がっていくんですけど、やはり、なかなか追いついていないとか、学校とか保育園とかの、その体制が

まだまだ追いついていなくて、医療的ケア児を中心にした多機関の連携が、学校や保育園という、ちょっとハードルがあったり、随分進んではきたと思うんですが、難しいなということを感じています。

放課後等支援事業で拡充と書いてあるんですが、北区でも放課後のその支援のところに看護師がなかなか難しいので、ステーションの応援を、依頼を受けて、今度やることになったり、地域で医療的ケア児が診られる看護師が圧倒的に少ないなということを実感しています。

以上です。

○新田会長 はい、ありがとうございます。

何かコメントはありますか。菊地さん、どうぞよろしくをお願いします。

○菊地課長代理 ありがとうございます。

おっしゃっていただいたとおり、医療的ケア児等コーディネーターの養成ですとか施策について、こちらでも支援をしております、医療的ケア児の支援に関しては、やはり学校とか保育ですとか、ほかの部門との連携が大変重要になっておりますので、特にコーディネーターの方を中心にして、そこの連携を図っていくことが必要だと思っております。

今後も、コーディネーターの養成数自体は着実に増えているんですけども、なかなか、その活動でしたり定着が難しいというお声もいただいておりますので、このフォローアップに関する取組ですとか、その部門間の連携に資するようなものを今後も進めていきたいと思っております。

以上となります。

○新田会長 ありがとうございます。

それでも、まだ東京都って、医療的ケア児に対して大変支援があるところなんですけども、それでも、やはり地域におりてくると、医療的ケア児コーディネーターはどこにいるんだって分からないような感じですよ。しっかり、この意図した事業をやり切っていただければなというふうに思っていますが、よろしくをお願いします。

皆様、ご意見はありますか。時間が、30分で終わるところが、12分ちょっとオーバーして、大変申し訳なく思っておりますが、よろしいでしょうか。

全体にわたってご意見、もしよければお願いしたいと思います。もしなければ、あ、どうぞ、誰ですが。

○道傳課長 東京都看護協会。

○新田会長 看護協会、はい、どうぞ。

○野月委員 先ほど、在宅療養生活への取組というところで、入退院支援に関する研修のことのお話があったんですけども、東京都の取組をご説明いただいたんですけども、研修修了者は多数出ていますが、参加施設に偏りがあるという状況です。研修修了者へのフォローアップ研修を企画していますが、定員に満たない状況であり、研修

内容の検討を行う予定です。

修了した方々は、退院調整についての課題を抱えていて、それに対して、それぞれの病院でどんな取組をして、どういう課題を持って実践しているのか、実際の取り組み事例を持ち寄って共有してきました。今後は自施設の課題を明確にすること、具体的な事例をもとにアクションプランを立てることを目標に、フォローアップ研修の強化に取り組んでいきたいと考えています。引き続きよろしく願いいたします。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

今日ご発言がない方も含めて、ご意見がありましたら、ぜひ伺いたいと思いますが、よろしいでしょうか。

佐々木委員は発言がなかったんですが、どうですか。

○佐々木委員 すみません、ありがとうございます。

今、ちょっと思っていたのが、出席された委員の構成を見ると、病院団体がいないのがどうしてかなと、これから在宅療養というと、必ずしもクリニックだけではなくて、病院が在宅に関わることも多いのかなと思っていましたので、そういうことを、ちょっと感じたところです。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

前、芝先生ですか、これ都立病院の芝先生も入っていただいていたんですけど、代わりまして、今回、都立病院の廣部先生というふうになっていまして、先生の言われるとおり、これから病院との連携、連携というか、もう当たり前のことですよね。当たり前のように病診でやらないきゃいけない話で、病院と地域ということで、あるいは施設も含めて考えていかなきゃいけない話なので、そのところは、これから課題だというふうに思っています。よろしく願いします。

宮崎委員、発言が今日なかったんですけど、最後、よろしく願いいたします。

○宮崎委員 ありがとうございます。

そうですね、すごく長期にわたる在宅療養の東京都の取組の中で、いろんな事業が進展してきているなということを改めて感じながら伺っておりました。

その中で、同時に思ったことなんですけれども、秋山委員や平原委員がおっしゃっていたところにちょっと関わるのかなと思うんですが、何か、その各論が深まっていくとともに、そもそも、何で在宅療養を推進したいんだっけというところのロマンの部分ですかね、あえてそういう表現で言うなら、それって、ちょっと消えてしまいませんか、それが医療関係者、介護関係者、そして、療養当事者である人々の中で、在宅療養するってこういうすてきなことがあるよね、だから私たちは在宅療養をみたいんだよねというところが、ちょっと抜け落ちてきているのかなというのもちよっと感じました。そういったところこそ東京都が主導して、都民啓発という形でやって

いただくということになるのではないかなというのを、何となくお話を伺いながら感じていたところですよ。

やはり、例えば「住み慣れた環境で」という表現とかが、いろんなところで掲げられていると思うんですけども、私が考えるその言葉の背景というのは、そもそも、その在宅療養というのは、療養当事者が意思決定の主導権を持っているよね、そして、住み慣れた環境だと、自然とその人たちが意思決定をしているよねという、そういう前提がある、だからこそすてきだよ。逆に、既存のこれまでの病院という入院の環境だと、それが自然と意思決定を手放してしまうよね。だから、課題があるよねということだったのかなと自分の中では整理をしています。

これからの時代は、限られたリソースの中で、病院も在宅も含めて、また、市民のほうもリソースを出し合って取り組んでいかなきゃいけない、そういう時代に入ってきていると思いますので、やはり、その今までの言葉の意味としてはこうだったねと。ただ、これからの10年、20年というのを考えたときに、消耗していく取組となったら、本当に在宅医療を支えてくださる医療従事者もいなくなってしまうんじゃないかなと私は思っているんで、そこは大変な部分もあるけれども、こんなロマンがあるからこそ、私たちは在宅療養を推進していきたいんですという、何かそういった核になる部分の発信をもっともっとしていただけると、都民の皆様にも伝わっていくのかなというところをちょっと感じましたので、ぜひその辺り、ご検討いただければうれしいなと思います。

以上です。

○新田会長 貴重なご意見、ありがとうございます。

道傳課長、どうでしょうか。

○道傳課長 宮崎委員、本当に貴重なご意見ありがとうございます。まさにそのとおりだなと思っていて、やはり患者さんご自身が、先ほど自分で意思決定しているというお話がございましたけども、このACPという取組も、やはりいろいろなご本人がご家族であったり、医療関係者と繰り返し話し合いながら、自分の思いを明確にしていて、その中で、どういうふうに過ごしていきたいかを決めていき、関係者とそれを実現につなげていく部分があるのかなとっております。

今、ロマンというご発言がありましたけども、そういった、何でこれをやるのかといったところは改めてしっかり持ちながら、この事業だったり、あるいは、そういうことをその都民にご理解いただきながら自分の選択肢を考えていただく、そういったことが大事なのかなと思いましたので、ちょっと今後の施策の検討等の参考にさせていただきます。

ありがとうございます。

○新田会長 ありがとうございます。

時間になりますけど、あと二人だけ意見を聞いてないんですけど、介護支援専門員協

議会の相田さん、少し短めでも、よろしくお願ひいたします。

○相田委員 ありがとうございます。相田でございます。本日もありがとうございます。

在宅療養推進の施策や、特に訪問看護への事業、また取組、活用から学ばせていただくことが私たちはとても多くありますので、本日もこのご議論の中からも学びがたくさんありました。人材不足や、何というんでしょうか、人材不足、とにかく短時間化等を抱えながら、認知症重度の方を見ていくことで、大変介護の現場としては苦しいところではあるんですけども、医療を中心とした様々な多職種の方々と学びながら、共にさせていただく時間は、確実に増えていることを感じております。

これからも、医療と介護の共同化をどう進めていくのかということも、ケアマネジャーはじめ、介護といたしましてもしっかりと活動を進めてまいりたいと思います。これからもどうぞよろしくお願ひいたします。

ありがとうございました。

○新田会長 ありがとうございます。

あと、お二方ですね、井出委員と、最後、呉屋委員に発言をお願いしたいと思います。

井出委員、よろしくお願ひいたします。

○井出委員 聞こえていますでしょうか。

○新田会長 はい、聞こえます。

○井出委員 井出と申します。

私のほうから、私が理学療法士でございますので、リハビリの現況、全体像というのを少しお話しさせていただきたいと思います。

診療報酬の改定がございまして、今、急性期にお勤めの方々は、365日の介入を国から強く求められていて、また、回復期におきましては、より重度の方にリハビリを提供して、なるべく早くおうちに帰っていただくというふうな状況になっております。

実際、在宅療養につきましては、ここ2～3年、東京都におきましては、在宅分野で、訪問看護ステーションでありますとか、診療所からの訪問リハビリテーションに従事するリハビリテーション専門職も増えてきております。皆様方におかれましては、ぜひ私どもリハ専門職のほうのご活用を少し考えていただければ幸いです。

短いですが、以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

呉屋先生の前に清水委員、まだ発言がなかった、失礼しました。

いらっしゃらない。

じゃあ、それでは、最後になりました、呉屋先生、よろしくお願ひいたします。

○呉屋委員 呉屋です。聞こえますでしょうか。

○新田会長 はい、大丈夫です。

○呉屋委員 どうも、会議に入るのが遅れまして申し訳ございません。

いろんな議論が出たのを、なるほどと思いながら伺っておりました。やはり、特に在

宅医療を推進する中で現場の人材不足、看護師・介護士の人材不足感は、やっぱり否めないなというふうに強く感じました。

また、それは、実は大学病院をはじめとした大手の病院でも、その稼働率がちょっとずつ減ってきていて、その分、より一層、相対的に重症なというか、専門性の高い患者が訪問診療に私は出てきているように思います。そういう感じがします。そういう状況下で、やっぱり人材不足というのは非常に現場に負担になるんじゃないかなと危惧をしています。

もっと長い目で見ると、例えば、看護大学なんかの志願者数も減少ということになると、この傾向は、いよいよこれから先、逼迫してくるんじゃないかと懸念しながら話を聞いておりました。どうやって解決していけばいいのかなと思案しているというのが私のコメントです。

どうもありがとうございました。

○新田会長 はい、ありがとうございました。

多数のご意見、本当にありがとうございました。座長の不手際で時間も大変延長したことをお詫びします。

それでは、こうした皆様のご意見を含めて、東京都に参考にしていただければと思います。

事務局にマイクをお返しします。

○道傳課長 本日は、活発なご議論をいただき、ありがとうございました。

本日いただいたご意見につきましては検討し、今後の事業の参考とさせていただきますと思います。

また、追加でのご意見やご質問がございましたら、後ほどメールにてお送りする意見書用紙を事務局宛にお送りください。

皆様におかれましては、お忙しいところ、ご都合を調整してご出席いただきまして誠にありがとうございました。

次回の開催につきましては、来年度、大体7月から8月頃までに一度開催をしたいと考えております。日程が決まりましたら、事務局よりご連絡させていただきますので、引き続きどうぞよろしく願いいたします。

以上をもちまして、令和7年度第2回東京都在宅療養推進会議を閉会いたします。

本日はありがとうございました。