令和８年度
第１回東京都在宅療養推進会議
会　議　録

令和８年９月１５日

東京都保健医療局

（午後　　７時００分　開会）

○地域医療担当課長　それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和８年度第１回東京都在宅療養推進会議を開会させていただきます。

皆さまには、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高城と申します。道傳の後任として、この４月に着任をいたしました。どうぞよろしくお願いいたします。議事に入るまでの間、進行役を務めさせていただきますので、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。

お手元の資料をご覧ください。

資料は、資料１から資料５までと参考資料の１から６までございます。ウェブの方にはお送りをさせていただいております。関係する議事の都合、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をいたします。

当会議は、会議、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、ウェブでの開催に当たって、ご協力いただきたいことがございます。大人数でのウェブで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申し上げます。また、ご発言の際は画面の左下にあるマイクのボタンにてミュートを解除していただければと思います。また、発言しない時は、ハウリング防止のためマイクをミュートにしてください。また、音声が聞き取りにくいなどの事象がございましたらチャットでお知らせ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。

まずお二人のうち、お一人目が葛飾区福祉部高齢者支援課長の山根順子委員でございます。山根委員、一言お願いいたします。

○山根委員　葛飾区高齢者支援課山根でございます。よろしくお願いいたします。

○地域医療担当課長　どうぞよろしくお願いいたします。

もうひとかた、国立市健康福祉部地域包括ケア推進担当課長の小山茂孝委員でございますが、本日ご欠席のご連絡をいただいております。その他の委員の皆さまと幹事の皆さまにつきましては、委員名簿をもって、ご紹介に代えさせていただければと存じます。

なお、事務局につきましても今年度人事異動がありましたのでご紹介をさせていただきます。

事務局の医療改革推進担当部長の深井でございます。

○医療改革推進担当部長　医療改革推進担当部長の深井です。杉下の後任になります。今までは難病対策等、昨年度までしておりました。今年度からどうぞよろしくお願いいたします。

○地域医療担当課長　次に、本日の推進会議の出欠状況の報告をさせていただきます。

本日は西川委員、あと先ほどの小山委員からご欠席の連絡をいただいております。

あと、秋山委員と呉屋委員が、まだ入られていないというようなところでしょうか。そういう状況でございます。また本日、傍聴の方が入っていらっしゃいますので、併せてご了承いただければと思います。

○地域医療担当課長　呉屋委員も入室されました。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、新田会長にお願いできればと思います。

新田会長よろしくお願いいたします。

○新田会長　皆さま、こんばんは。それでは、ただいまより私が進行を務めさせていただきたいと思います。

それでは、早速ですが議事に入ります。

お手元の次第に従いまして進めてまいります。

まず１つ目は、保健医療計画における在宅療養に関する取組の進捗管理、指標について、対する評価についてです。

まず、事務局から説明していただき、その後委員の皆さまから質問、意見などをいただきたいと思います。

それでは、事務局から説明よろしくお願いいたします。

○事務局　それでは事務局の後藤からご説明させていただきます。私も４月に着任いたしました。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、資料３－１をご覧ください。

東京都保健医療計画では、他の５疾病６事業と同様に在宅療養の推進に向けた課題とその取組を記載し、取組に対する形で各指標を定め、その指標の達成状況について記載しており、策定時と各年度の実績値を比較してどこまで達成されているか、ＡからＤの４段階で評価することとなっております。

本日の会議の中で事業実績や指標の達成状況等について評価いただき、その評価結果を保健医療計画推進協議会に報告して協議するといった流れになります。

各指標の達成状況についてですが、ＡからＤの目安はおおよそ策定時と比較して５％以上を目安に良い方向に進んでいればＡ、５％未満を目安に良い方向に進んでいればＢ、大きな変化がなければＣ、後退していればＤといった形で評価するものとされています。

ほとんどの指標が策定時と比較して数値が伸びておりますので、ＡまたはＢと評価しております。一方で、Ｄ評価としているのが上から４つ目の指標ですけれども、往診を実施している診療所数、病院数になります。こちらは計画策定時の 3,684 から 3,410 に減少しています。

ここで、資料の４－３をご覧ください。

この資料は、２つ目の議事のほうの保健医療計画の中間見直しの関連の資料になりますが、目標に対する進捗が芳しくない指標ＣやＤについてです。分析の上、指標の見直しを検討することとなっておりまして、Ｄ評価のこちらの指標についても事務局で考察し

ておりますので、この資料を基に、ご説明させていただきます。

資料中段になりますが、訪問診療を実施している診療所数は横ばい、訪問診療を担当する医師数や、訪問診療を受けた患者数、レセプト件数になりますけども、は増加していること。また、在宅医療を専門的に行う診療所や、１つの医療機関の中で複数の医師がチームで24時間対応する医療機関が増えていることから、今回の往診を実施している診療所、病院数の指標の減少イコール在宅医療の供給量の減少とは必ずしも言えず、医療機関だけでなく訪問診療を担当する医師や訪問診療を受けてる患者数、または１医療機関当たりの在宅の患者数なども併せて考える必要があると考えております。なので、そのため指標の見直しはせず、引き続き評価を継続し、他の指標と組み合わせながら状況を注視していきたいと考えております。

資料３－１にお戻りください。

Ｃ評価ですとかＤ評価以外でご説明をさせていただきたい指標が２つほどありまして、１つ目が指標の上から９つ目の指標、訪問看護利用者数（ＮＤＢ）（レセプト件数）になります。

こちらはＢ評価となっておりますが、令和５年度から令和６年度にかけては 3,000 件以上減少しております。この減少について調べている中で、こちらは厚労省のＮＤＢに基づくデータになるため、病院、診療所が行う医療保険の訪問看護しか反映できていない、つまり訪問看護ステーションが行う医療保険の訪問看護は含まれていないことが分かりました。

本来であれば訪問看護ステーションが提供する医療保険の訪問看護についても把握して合わせて評価すべきと考えましたが、現状では国からデータが提供されておらず、国においてデータ提供の取扱いを確認中といった状況でございます。そのため、引き続き厚労省とデータ提供について調整の上、指標の変更等について検討する方向としたいと考えております。

続いて２つ目、評価できないバーとしている指標がありますので、そちらについてもご説明をさせていただきます。

指標名は、医療保険を扱っている訪問看護ステーション数、下から５つ目です。こちらは策定時の令和３年度のデータが最新のものとなっており、令和５、６年度のデータが国から示されていないため確認中としております。

そこで参考まで、関東信越厚生局への届け出ベースの件数を記載しておりまして、令和３年度は1,495、令和５年度は1,765、令和６年度は1,857と増加してることが分かります。なお、指標としては医療保険を取り扱っている訪問看護ステーション数なので、バーとして、評価できないとしております。こちらにつきましても厚労省とデータ提供について調整の上、指標の変更等について検討する方向としたいと考えております。

続いて、資料３－２をご覧ください。

こちら、令和７年度における各事業の事業実績をまとめた資料となっております。

事業ごとの詳細の説明は割愛させていただきますが、保健医療計画において挙げております各課題に対応する形で、おおむね予算規模どおりに取り組んでいる状況と認識しております。

資料戻りまして３－１をご覧ください。

資料３－１の左上になりますけれども、在宅療養全体の総合評価でございますが、各指標の達成状況に、先ほど見ていただきました資料３－２の事業実績の進捗状況を加味しまして評価することとなっております。

Ａが４点、Ｂが３点、Ｄが１点の配点で、平均値が 3.5 以上がＡ評価となります。今回は 3.5 を超えるため、左上ですけれども総合評価をＡとしております。

委員の皆さまには総合評価と、Ｄ評価となった往診を実施している診療所、病院数を中心に進捗状況評価について、それぞれのお立場からご意見を伺えればと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田会長　ありがとうございました。ただいま事務局から資料の３－１、３－２について説明をいただきました。

それでは、委員の皆さまにご意見を伺いたいと思います。いきなり評価の話ですから理解するのもなかなか難しいものがあったとは思いますが、まず１つは訪問診療を実施している診療所数、往診を実施してる病院数というところでＤ評価と。このあたりから、もしくは意見があればというふうに思いますが、どうでしょうか。

どうぞ、飯島先生。

○飯島委員　口火切らしていただいて。全体的に「Ａ評価」ということなので、素晴らしいなと思います。その上で、今、新田先生がおっしゃられた往診のところが右肩下がりのように見えて、一応は評価Ｄになっってしまいますね。しかし、先ほど他の項目、例えば訪問診療とかのドクターの数とかそういう訪問診療自体の患者さまのレセプトとかなると右肩上がりということで一概にマイナス評価とは言えない、おっしゃるとおりだと思います。

その中で、この「乖離（かいり）」というのがどういう現象で起こってしまうのかなという疑問が残りますね。この会議で、これが答えを出すところまではなかなかたどり着かないとは思いますが、こういうことが起こり得るのかなと。在宅療養も、ただただ機動力で数いっぱい増やそうという時期もありましたが、徐々にクオリティー（質）が求められてきております。さらに、私は大学に所属しており、医局の後輩たちも在宅で新規で開業している後輩医師たちが結構存在しています。。そういう都内だからこそ在宅で新規に開業されるっていう方々もそれなりにいらっしゃるのだろうなっていうことで、トータルである程度のクオリティーが維持できればいいのではないかな、と感じます。

今回Ｄ評価のところは軽く見るわけにはいかないですけれども、トータルバランスから考えると、もうちょっと動向見ないと分からないのかな、と思っておりました。

以上です。

○新田会長　ありがとうございます。貴重な意見だと思います。ここの現状分析の考察等で、訪問診療を実施している診療所数は、東京では横ばいで、訪問診療を担当する医師数や訪問診療を受けた患者数は増加してる、これが東京の実態かなと。

地方へ行くと人口減少が進んで、もちろん診療所の先生がだんだんしなくなる、あるいは診療所を閉鎖するということがあるんですが、まだまだ東京ではこうしたような状況で、今、飯島委員が言われたような乖離があるんだろうというふうには思っていますが、いかがでしょうか。ご意見があれば遠慮なくおっしゃっていただければと思います。皆さん考えてますね、総合評価……

髙松委員、どうぞ。

○髙松委員　東京都薬剤師会の髙松です。この進捗状況評価の中の目標値、すぐにというわけではないのですが目標値が全て増やすとなっており、今、目指してるところは増やしてもよろしいのですが、今後事業を進める上で適正数を超えて過剰になってしまう状況が、いずれは来ると思います。その時に行き過ぎたものを戻すというのは大変なので、ある程度適正数というのを目標値に今度据えられたほうがいいかなと思います。これ、３年間はこのままいくと思いますが、その後の目標値のところは具体的な数字とかが少し見えてくると、よりいいのかなと思いました。

以上です。

○新田会長　ありがとうございます。適正数をどう評価するか、また難しい話でございますが。昨年３月に皆さんご存じのように診療所、病院の在宅医療の統計を行っています。あの中で数字がかなり出てきて、それぞれ区市町村で医療計画あるいは介護保険計画をする中で、必要とする数とかというのがこれから企画されるだろうというふうには思います。

後で清水先生のほう伺いたいと思いますが、東京都としては、これから増やす増やすという目標じゃなくて適正数という、あるいは質の問題というのを問われるかなと思いますが、どうでしょうか、意見ありますでしょうか。東京都、高城課長でよろしいですか。

○地域医療担当課長　なかなか具体的に、これをっていうのを出すっていうところがちょっと難しいっていうのもあって、これまでこういう形で。ただ、やっぱ増やしていくべき、需要としては高齢者人口の増加もあって必要だろうというところで増やすというふうにはしてきたというところはございます。

○新田会長　ありがとうございます。東京都の今の新しい地域医療計画の中では、全体として 2040 年まで東京都は在宅医療は 1.2 倍とか増えていくという数字があって、やはりここの増加というのをある目標にはおそらくなるだろうなというふうに思っています。そうしないと在宅の患者さんは需要と供給バランスが取れないので。そういう中、適正数っていうのは難しい話かなと。

髙松委員、どうぞ。

○髙松委員　髙松です。いずれどこかでターニングポイントを迎えることを意識しておか

ないと、資源の無駄な投資になってしまうことがあるので、その辺だけは念頭に入れておいていただければと思って発言をいたしました。

○新田会長　ありがとうございます。

じゃあ、清水委員、どうぞ。

○清水委員　地域のかかりつけ医の清水です。

資料の読み方ですが、項目がたくさん挙がってますが実は複数の項目がリンクしてるんです。１番目の訪問診療を実施している診療所数、実はこれと、この下の訪問診療を受けた患者数、レセプト件数ってことは実はリンクしていて、訪問診療を実施している診療でも、それも質があって１件、２件、５～６件のところもあれば 10 件、20 件あるいは 100 件単位でしているとこもありますので、もしかしてぽつぽつやってる御高齢の先生が診療所を閉めちゃうと、それは１つ減っちゃうことになります。

私は、この最初のＢのところは実は訪問診療を受けた患者のレセプト数は順調に増えてますので、それでは地域のニーズに対しての対応はできてるのかなと思うんです。

診療所数ですが、診療所の形態、これが訪問診療専門なのか、お昼休みに１件、２件行ってるところなのか、そういうことがあるんで。診療所数っていうのは、その地域によって、自然淘汰されたり、広域訪問なさるところもあります。そういう意味ではレセプト数が順調に増えているんで地域の方はカバーできていると思います。

ですから、この訪問診療を実施している診療所数は、なるべく増加してもらいところですが、もしかすると複数あるいは大規模でやるとこが増えれば、ますます診療所数は減るかと思います。

それから、これから新規開業をなさる先生方は２種類あって、地域のことを総合診療的にやりたいっていう先生と、地域で専門医として専門をやりたい先生と明確に今分かれてきていて、なかなか大学の中で研修を受けて、すぐ開業は行かないですが病院に出向したり、いろいろと医局から出てみたりしながら、やりながら実践を積みますが、その後に先生方の意向があると思うんです。

ですから、必ずしもＢというのはあまりシビアに考えずに、一番上のＢ、現実の状況で、やはりレセプト数が増えて実数がカバーできておりますので、この辺を少し見ながら。あるいは、やるとすれば新規開業の先生になるべく少なくてもいいですから訪問診療を勧奨するようなことを医師会を通じてお願いするとか、そういうことをやってかないと、やらない先生はもう全然やらない、やる方はどんどん広げていくっていう多分そういう形なのかと思います。

診療所当たりの訪問診療の数とかそういう形のものを、大変ですけれどそれで大中小とか小規模、中規模、大規模とか分けていくと小規模がどんどん逆になくなると思いますんで、何か資料の上でそういうアプローチができないかなと思います。

適正化っていうのは、これはある意味では実情に適した、地域のニーズに合わせていくものなので、医療圏でどうするかとか、各区でどうするかとか何か非常に面倒くさいこと

になるんで。訪問診療っていうのは今、大規模化されてるところは医療圏も構わず幅広く動いてらっしゃるところもあり、そういう医療提供側と受ける側の地域、これをこれからそこも見てってもいいかなと、そんなふうに思ってます。

○新田会長　ありがとうございます。ただいまの清水委員の発言は、先ほどの飯島委員の発言も同じように、ここに書いてあります、まとめの中、資料４－３です。医療機関数だけでなく訪問診療を担当する医師数、訪問診療受けてる患者数、言わばレセプト分析ですよね。１医療機関当たりの在宅療養患者数、併せて見ていくことで。

Ｄというあまりにも表現が悪いのでちょっと気になってしまいますが、変えるわけにいかないよね、絶対数だから、という話ですが。

○地域医療担当課長　そうです。

○新田会長　総合的に見てくということで。

○清水委員　そうですね、今後の課題ということ。

○新田会長　飯島委員、どうぞ。

○飯島委員　すいません、先ほど一言言い忘れてしまいましたが、数字でくっきり出るものでのトレンドを見ているので、なるべく増やしていこうという方向で、たまに乖離が起こるかもしれないですけれども、全体的にＡ評価だからいいと思います。

むしろ数字になかなか表しきれないもの、そこがいわゆる在宅医療の質が問われているのでしょうし、例えば本人が希望した最期を迎えられているのか、等でしょう。また言い換えれば、意図しない搬送がまだまだ多いのかとか、そこはなかなかクリアに数字が出てこない。しかし、ある意味、現場からするとそこら辺を追い求めたいっていうのもありますよね。なかなか数字で物事を見ていく、グラフや数字の動きですから、比較的順調なのかなとは思います。

○新田会長　ありがとうございます。その他に、ご意見ありますでしょうか。訪問看護に関しても同じようなことが言えるなと思って聞いておりました。医療保険を取り扱ってる訪問看護ステーション数と、訪問看護事業所、従事者数、こっちがＡで、どっちも評価ができないとか、そんなようななかなか評価の問題ですからこういったこともあるだろうなと思っていますが。

平原委員、何かご意見ありますでしょうか。

○平原委員　平原です。ありがとうございます。不明なデータは、これからというふうなご説明で理解いたしましたが、ここの注意するところは訪問看護ステーションの利用者数というのは病院と診療所のみなし訪問看護と、医療保険の訪問看護の利用者と、介護保険報酬の利用者を合わせて評価していただくということがいいのかなと思っています。

ですから、病院・診療所のみなし訪問看護と訪問看護ステーションの医療保険の訪問看護で評価ではなく病院・診療所のみなし訪問看護、訪問看護ステーションの医療保険の訪問看護、介護保険の訪問看護の３本の全てを足したもので訪問看護のほうを評価いただくといいのかなと思ったところです。

それと、下から５番目の訪問看護事業者従事者数の数の評価はの評価はＡですが、これは訪問看護、看護師と、リハ職と、事務職を従事者とした数になります。

もう一つが、その下の 24 時間の体制を取っている訪問看護ステーションの従事者数も増えていますが 24 時間訪問体制を取っているステーションのリハ職、事務職、看護職を足した数なんです。

実際は 24 時間の形態当番とかしてるのは看護職であって、リハ職とかは基本的には対応していないので、例えば 24 時間 365 日、みとりもできる体制でステーションの人数が充足しているかという評価は、慎重に検討したほうがよいかと思います。

近年リハ職は看護師よりも増加しているので注意いただけるといいかなと思います。

以上です。

○新田会長　貴重なご意見ありがとうございました。平原委員に伺いますが、今後、増やすという、あくまでもこういった目標でいいんでしょうか、これは。今後、看護師さんも数もまあまあ大変になるというふうに思っていますが、ずっとこのような指標でよろしいかどうかということなんですが。

○平原委員　ありがとうございます。どれだけのニーズがあるかという、今、自宅だけではなく有料老人ホームの住居者のみ訪問するステーションもあり、在宅でのみとりが減っていると実感します。ですから、どのような訪問看護ステーションが増えたらいいのかとか、地域で実際 24 時間対応をきちんと取っていて、みとりまでやっているステーションがどれぐらいあるかって実態がよく分からないので、足りてるかどうかというのは一概には言えないかなとは思っているとこです。

ですから、数もそうですが、ケアの質の評価も推進しなければと考えています。

○新田会長　ありがとうございます。東京は１人診療所の先生、かかりつけ医の先生の在宅医療が、まだまだ地方に比べて健全で頑張ってるという実態もあります。

その中で 24 時間体制っていうのは、かかりつけ医の医師同士の連携だけじゃなくて訪問看護の必ずバックアップ体制が必要なので、今言われた 24 時間体制って、看護師の、どこまできちっとできてるかって、そんなようなことも含めて、これから注視していく必要があるなと、そういうことですね。ありがとうございます。

よろしいでしょうか。今日 21 時までの予定で、まだまだ中身が多いので、また後ほどご意見があればということで、資料３－１と３－２については、まずはこのような方向でいきたいということでお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

最終的には、私と事務局で確認して、最終の取りまとめは一任さしていただきたいと、よろしくお願いいたします。

（異議なし）

それでは、２つ目ですが、保健医療計画の中間見直しの内容、方向性についてでございます。

まず事務局から説明していただき、その後、委員の皆さまから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いたします。

○事務局　それでは、資料４－１をご覧ください。

こちらは本年５月に開催されました第１回保健医療計画推進協議会で示された保健医療計画の中間見直しの資料になります。

保健医療計画は、医療法第 30 条の６の規定により在宅に関する事項は３年ごとに記載の見直しをすることとなっており、中間の見直しの時期は来年３月末を予定しております。

次に、見直しの方向性ですが、１から４の視点で見直すこととされており、１が医療法に基づく見直し、２が現行計画策定後の変化による見直し、３が他計画との整合、４が設定指標の見直しになります。

次に、スケジュールですが、各疾病事業ごとの協議会、在宅はこの会議になりますけれども、において見直しの内容を検討し、その内容について保健医療計画推進協議会の下に設置される中間見直し検討部会に上げていく流れになります。

その後、パブリックコメントを経て、医療審議会に諮問答申し、決定する流れになります。

続いて、資料４－２をご覧ください。

「在宅療養」に関する中間見直しの項目としては、まず策定後の変化として、災害発生に備えた在宅医療提供体制と、かかりつけ薬剤師に関する取組の２点について追加・更新が必要と考えております。また、目標に対する実績が芳しくない評価指標についても見直しの検討が必要になりますが、こちらは先ほど資料４－３でご議論いただきましたので、こちらについての議論は割愛させていただきます。

次に、スケジュールですが、先ほどの説明と重複いたしますが、見直しの内容を保健医療計画推進協議会等に提示し、医療審議会に諮る形となります。また、今年度改定を予定しております高齢者保健福祉計画等とも連携しながら進めてまいります。

ここからは保健医療計画本文の改定案についてご説明しますので、適宜、参考資料の２のほうも、こちら保健医療計画の在宅の抜粋になりますけれども、そちらも併せてご覧いただければと思います。

まず、計画策定後の変化による見直しとしまして、災害の発生に備えた在宅医療提供体制の整備についてですが、現行計画には新興感染症の発生・まん延時においても在宅療養患者に対し継続的に医療を提供する必要性について記載されています。この記載について、この６月に国から示された医療提供体制に関する通知にも、災害時も在宅患者に対する医療やケアの継続と早期復旧が求められていることから、災害発生に備えた在宅医療提供体制の充実・強化を平時から行うことの重要性について記載を追加する必要があると考えております。

具体的には課題の２、地域における在宅療養の推進の記載について、自然災害の発生時や新興感染症の発生・まん延時等においても在宅療養患者に対し継続的に医療を提供で

きる体制の整備を進めることや、継続した医療の提供が困難な場合に必要となる対応をあらかじめ検討しておく必要があります、というように下線の部分を追加したいと思います。

また、取組２、在宅療養患者を支える地域の取組を促進の災害や新興感染症に関する記載についても、災害時や新興感染症の発生・まん延時等にも在宅療養患者への医療提供体制を継続して確保できるよう関係団体等と協力して地域における保健・医療・福祉関係者間の連携体制の強化を図っていきます。また、訪問診療を行う医療機関等の災害対応力強化に向けた取組を推進するとともに、地域全体での在宅療養における災害対応体制の構築に取り組む区市町村への支援を実施していきます、と下線の部分の追加等をしたいと考えております。

なお、参考資料、保健医療計画のですけども 363 ページがこちらの説明の該当箇所になりますので、後ほどご覧いただければと思います。

○新田会長　了解です。皆さん、分かりますでしょうか。

○地域医療担当課長　一番上のとこですね。

○事務局　次に、かかりつけ薬剤師についてですが、資料４－２の２ページ目をご覧ください。

在宅医療等における地域の医薬品提供体制の構築・維持を図る観点から、地域連携薬局の認定基準が本年６月に改正され、来年５月に施行されることから、在宅医療に薬局が積極的に関与していくことを計画に位置付けたく考えております。

具体的には、これまでの取組、３、在宅療養に関わる人材確保・育成の項目に薬剤師による在宅患者への薬学的管理および服薬指導の充実を図るため、在宅訪問に必要な知識・技能の向上を目的とした研修を行っています、という文を新たに追加すること。

次に、取組３、在宅療養生活への円滑な移行の促進の１つ目の項目の文章に、かかりつけ薬剤師を新たに加えること。

最後に、取組４、在宅療養に関わる人材確保・育成に、薬剤師による在宅患者への薬学的管理および服薬指導の充実を図るため在宅訪問に必要な知識・技能の向上を目的とした研修を引き続き行っていきます、という文を新たに追加することを考えております。

なお、参考資料２の保健医療計画の該当ページですが 361、364、365 がこちらの該当箇所になりますので、後ほどご覧いただければと思います。

以上、災害発生に備えた在宅医療提供体制についてと、かかりつけ薬剤師に関する取組等に関する追加・更新についてご意見をいただきたく思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田会長　ありがとうございました。今、皆さま、いろいろ資料がありましたが、お分かりになったでしょうか。

まずは、今の災害発生に備えた在宅医療体制の整備というところで、地域ＢＣＰを進めてくという、そういったようなことでもございますが、その他、かかりつけ薬剤師につい

ても、ここできちっと述べられているということであります。

皆さん、ご意見をいただきながら中身を詰めていきたいと思いますが、まず、ご意見があれば、よろしくお願いいたします。

自然災害における発生、新興感染症において、在宅療養患者に対してという、今、各地で行われてるわけですが、モデル事業も東京都は行っているところでございます。東京都では、２カ所、多摩地区で１カ所、都内で１カ所、こういったようなモデル事業も進められているところでございますし、また先進的に調布のように進んでいるところがあるというところで。東京都の中においても、この取組についてはまださまざまでございます。皆さまのご意見があればというふうに思います。よろしくお願いします。

西田委員、聞こえますか。東京都医師会でも災害に対するこういった取組も行ってきたわけでございますが、東京都の方針も含めて、ご意見があればよろしくお願いいたします。

○西田委員　特にないんですけども、地域ＢＣＰっていうのは非常に大きな話で、地域ＢＣＰを作らなくちゃいけないのは行政の仕事で、それに向けてどれだけ現場の多職種が水平連携、多職種連携だけじゃなくて同職種連携をきちっと組んで政策提言をしていけるかっていう作業を地道にやってかなければいけないんだろうというふうに考えています。そこが、もう基本だと思ってます。

○新田会長　ありがとうございます。個別ＢＣＰから地域ＢＣＰ、そしてそこは行政も地域の行政必ず関与しながらという地道な作業ですね。

○西田委員　それとあと、今、連携強化型の在宅支援に基幹型のＢＣＰが義務付けられたので、やはり東京都医師会としても診療所なりの基幹型のＢＣＰの策定研修みたいなのをやらなくちゃいけないなと、ちょうど私思ってるとこです。

○新田会長　ありがとうございます。

○西田委員　以上です。

○新田会長　厚労省で企画された、そこに参加するっていう基幹型のＢＣＰ等の研修事業ですが、職員と院長も出なきゃいけないことで、もう少し何とかならないのか。

○西田委員　大変です、あれ。

○新田会長　ならないのかなと。

○西田委員　私も出ましたけど。

○新田会長　ですよね。そういうふうに承知しております。

○西田委員　はい。

○新田会長　大変重要な話でございますが、今、貴重なご意見ありがとうございます。ご意見あればというふうに思います。

髙松委員、どうぞ。

○髙松委員　髙松です。災害に対しては薬局もＢＣＰを備えております。体制はできておりますし、薬剤師班も東京都と連携して体制整備しております。新興感染症につきましてはコロナが流行した時には在宅患者のところに薬品を届けたり、物資を届けたり、そういう

活動も行ってますので、薬局も災害時の体制の中にもしっかり入ると思っております。

以上です。

○新田会長　ちょっと質問したいんです。地域連携薬局の認定基準が令和８年６月に改正されって書いてありますが、どんなふうに、簡単に説明していただけると。どうぞ、中島課長。

○薬務課長　薬務課長の中島でございます。地域連携薬局につきましては、もともと地域の医療機関等と連携して、患者さまの入退院や在宅医療に積極的に関与していく薬局として知事が認定を与える制度になっております。令和３年から制度がスタートしたんですけれども、在宅医療により薬局が関与していくことを期待する動きもありまして、認定基準が少し厳しくなる形で、この６月に改正が行われております。

○新田会長　国の基準に従って東京都が認定を与えるということですね。

○薬務課長　そうなんです。

○新田会長　そうすると今後、例えば地域ＢＣＰ等の会議ももちろん認定の、地域連携薬局の皆さまがそこへ参加してくると、そういうスタイルと考えていいんですか。

○薬務課長　地域連携薬局は都内で大体 600 強ありますけれども、会議への参加はまた別となります。

○新田会長　分かりました。了解です。ありがとうございます。

ご意見ありましたら、よろしくお願いいたします。いかがでしょうか。

佐々木委員、どうでしょうか。

○佐々木委員　東京都医師会の理事、佐々木です。ありがとうございます。

医療機関と薬局の情報連携って、まだ十分進んでないなというふうに思ってるんです。例えば外来だと、処方箋のやり取りだけでは処方意図とか十分伝わっていない。これから電子カルテの共有とか電子処方箋とかが進んでいきますけども、現時点では、まだ３文書６情報の共有もされてないので、医療機関側の、例えば病名すら薬局になかなか伝わらないという状況で、なかなか薬局の側も医師の意図をくんで在宅医療に入っていくのが難しいんじゃないかなということは感じてます。

ですので、ぜひとも医療機関と薬局の連携がもっと密になるように進んでいけばなと思いますし、あともう一つ、薬剤師の数というのが非常に日本は潤沢だといわれてます。ＯＥＣＤの中でも一番充足してるのが実は薬剤師の数ですので、これから在宅医療にぜひとも薬局の方々に関わっていただきたいなというふうに思っております。よろしくお願いします。

○新田会長　ありがとうございます。訪問看護、看護の立場で看護協会の野月委員が参加されてますが、いかがでしょうか。

○野月委員　看護協会の野月でございます。ちょっと十分情報がない状況ですが、訪問薬局の方々と訪問看護師さんたちが連携しながら、患者さんのケアをしっかり服薬管理をしていくってことが重要だというように考えておりますので、拡充ということに関しては、

ぜひ進めていくことが重要ではないかなというふうに思っています。

以上です。

○新田会長　ありがとうございます。

平原委員、何か追加発言ありますか。

○平原委員　ありがとうございます。訪問看護は、いつも薬の管理でかなり時間を取られていまして、具体的には、例えば整形外科と歯医者さんと耳鼻科と、そして自分の主治医の内科の先生と、それぞれのを整理することがまず訪問看護の仕事だったりするので、かかりつけの薬剤師さんが自宅に行って、それぞれの機関から出されたものを整理していただいて、お薬の数も減らせるようにそれぞれの医療機関と連携をしていただくと、ほんとにありがたいなと思っております。そういう中で訪問看護とも連携していただけると、うれしく思っています。

以上です。

○新田会長　ありがとうございます。熊本等の能登も含めての地震の中で、ケアマネが情報を、基本的に非常に重要な拠点になることもある。保健師さんとの協働も含めて重要だと思いますが、相田委員、どうでしょうか。

○相田委員　ありがとうございます。生活の中でお薬をかかりつけ医の指示どおりに飲める、また飲み続ける工夫といったところで、非常にかかりつけ薬剤師さんたちの連携はチームの中で重要になってきてると思います。

取組３に関しましては、介護支援専門員の追記をいただきまして、ありがとうございます。在宅療養に関する記述のところで、介護が抜けているところと、医療と介護になっているところが分かれているかなと思いましたので記述に関しましては、ここに続く文章から医療・介護を提供できるのほうがよろしいのかなと思いました。

以上でございます。

○新田会長　ありがとうございます。独立行政法人の東京都立病院機構の廣部誠一委員も参加されてると思いますが、ご発言あればよろしくお願いいたします。

○廣部委員　廣部です。在宅、特に１つ災害でいうと、私は都立小児総合医療センターで勤務してたんですけど、やはり医療的ケア児が災害時に電源不足になるっていう事案が発生して、予備の充電するスペースを作っておくってことは非常に大事だと思ったので、災害対策として、一つとしてはそういう電源を確保する工夫を医療機関としてもやるべきだというふうには思ってます。

以上です。

○新田会長　ありがとうございます。医療ケア児あるいは人工呼吸器等を使用する在宅患者における電源確保って、最大の一番の当初問題だろうなというふうに思いますので、その辺も確認していければなと思います。

呉屋先生、よろしくお願いいたします。

○呉屋委員　呉屋です。恐れ入ります。私は医療の分野を離れて介護関連のところにいるわ

けですけども、在宅との関連性という意味では、医療からの視点だけじゃなくて介護の視点からも介入してるという状況です。

その中で災害というわけではないんですが、先ほど薬の管理という意味では来所した利用者、患者といいませんが利用者といいますが、その方々の薬の管理っていうのはやはり大変な思いをしてまして、例えばいろんな抗うつ薬とか、あるいは認知症薬とかそういったものの服用状況がなかなか完全にうまくいかない。そのためにまた再度症状が悪化して、また病院や施設に戻ってくるということが多々あります。

災害時も同じようなことが起こるんじゃないかと懸念してまして、その辺の服薬指導管理というのをきちんと組み立てていけないかなと思いながら、今日も地域の方々とカンファレンスしたとこでした。

そういった視点での服薬指導、管理は十分強化していただきたい、力入れていただきたいというふうに考えています。よろしくお願いします。

○新田会長　ありがとうございます。災害に関してですが、あるいは今回コロナもそうでございましたが、保健長の役割って大変大きなことだろうなと思います。

千代田保健所長特別区保健所長会から高木委員が出席されてますが、ご意見ありましたら、よろしくお願いいたします。

○高木委員　高木でございます。ご質問ありがとうございます。

災害時にどのように在宅療養者を支援していくかについては、区のほうも非常に大きな課題と考えておりまして、定期的に高齢者の情報を把握したりですとか、保健所においては人工呼吸器の方と個別に把握してこういう支援計画を立てたりということもさしていただいておりまして、そういった意味で引き続き力を入れていこうと思っております。

また、今、出されております薬剤師さんの在宅療養という点でも、災害時ももちろん普段から非常に熱心にお答えいただいていますので大きな力として期待しているところでございまして、先ほどご質問にありました３文書６情報の共有っていうことも普段から必要かと思っておりますので、そういった意味で地域医療機関のＤＸ化に向けた支援も現在区のほうでは検討してるとこでございます。

○新田会長　ありがとうございます。もうひとかた、八王子保健所長で東京都の保健所会でございますが田中敦子委員が出席だと思いますが、よろしくお願いいたします。

○田中委員　田中でございます。今も千代田保健所の高木所長がおっしゃっていただいたように、各保健所では災害時については特に、先ほど新田先生からもお話しありましたけれども人工呼吸器を使ってらっしゃる方が一番最優先ということで、安否確認から始まってケアをするということを考えています。

先ほど電源の確保というのが一番課題になっているところで福祉避難所等、福祉分野との連携というのも八王子でも今課題として認識しているところです。

以上です。

○新田会長　ありがとうございます。１つご質問したいんですが、災害時は保健師さんって

大変な活躍をされるわけですが、これは保健所長が管轄するんですか、あるいはまた別と考えていいんですか。田中敦子委員にお伺いしますが。

○田中委員　それぞれの自治体で違ってくると思います。特別区とか八王子、町田は保健所がございますので保健所長がかなり保健師さんの大部分、それも区によってもいろいろですけれども直接管轄をしているところがありますが、自治体によってはもちろん保健所がない市町村がありますので、そちらは健康課とかそういうところになるかと思います。

○新田会長　そうすると特別区23区は大体保健所長が統括して、多摩と、多摩っていうのは市町村が３つとか４つありますので、そういうのが１つになった保健所が地域によって違ってくるということでよろしいんでしょうか。

○田中委員　特別区も区によってだいぶ違うので、千代田区のほうが特別区なのでお答えしていただいたほうがいいと思いますが。多摩地域も東京都の保健所が管轄している地域は東京都の保健所が幾つかの市町村を所管している形になりますけれども、災害時の安否確認等はまずやはり市町村で行うことになると思うので、保健所が直接というよりは、それぞれの市町村で行うということになるかとは思います。

○新田会長　なるほど。

○田中委員　区については、千代田の高木所長にお願いしたいと思います。

○新田会長　分かりました。組織上の問題で理解できました。ありがとうございます。

それでは他に。末田委員が、まだご発言がないですね、ここでは。

○末田委員　東京都歯科医師会の末田です。

今、お聞きしてまして、かかりつけ薬剤師が在宅患者に訪問するとのことで、歯科では薬剤師の方と連携するっていうことはなかなかないのですが、やはり高齢者や在宅の患者で薬が飲みにくくなったとか、そういったことで薬剤師の方が先に気付いて歯科と連携していただくっていうこともたくさんあると思うので、これから薬剤師の方とも連携してやっていきたいと思いました。

以上です。

○新田会長　ありがとうございます。熊本等においても施設等で食べられなくなった人が多数発生する中で、薬剤師、歯科衛生士の活躍を聞き及んでおりますので、よろしくお願いいたします。

○末田委員　お願いいたします。

○新田会長　区と市町村でひとかたずつお伺いをして、この項を終了したいと思いますが、江戸川区の健康推進課長の岡田久仁子委員、どうぞよろしくお願いいたします。

○岡田委員　江戸川区の健康推進課の岡田と申します。よろしくお願いします。

災害時の対応というところで今話題になってたかと思うんですけれども、やはり平時から、どこの市町村もそうだと思うんですけれども在宅医療、介護のほうの連携推進会議のほうも行ってまして、そこでさまざまな関係職種、医療から介護から全て、こういった

災害のほうもテーマにして取り組んでおるところでございます。平時からこういった連携も大事にしながら発災時には十分対応できるように準備を整えていきたいと思っております。

以上です。

○新田会長　ありがとうございます。岡田久仁子委員、質問したいんですが、江戸川区として、全体として地域ＢＣＰ等の会議はもう既に行われてるといっていいんでしょうか。

○岡田委員　区の中ではＢＣＰというのは策定しておりますけれども、関係団体、病院ですとかそういった診療所あとは関係事業所っていうところは、それぞれのところで行ってはいただいてますけれども、そこを全体として把握できてるような状況ではございませんので、今後そういったところも把握しながら体制整えていきたいと思っております。

○新田会長　ありがとうございます。

それでは葛飾区の福祉部の高齢者支援課長の山根順子委員、よろしくお願いいたします。

○山根委員　葛飾区高齢者支援課山根でございます。

先ほど薬局さんと在宅療養の連携の話がございました。在宅療養では、やはりお話にもありましたとおり服薬管理が非常に重要になってきております。私どもも地域の高齢者を身近で支援する立場ですが、服薬管理をしっかりしていくことが非常に難しい方もいらっしゃいます。特に独り暮らしの高齢者や認知症のある方などは特に難しい状況でございます。

このため、今後、薬剤師の方とケアマネジャー、さらに地域包括支援センターとの情報連携も必要になってくると思いますので、今後とも具体化に向けてよろしくお願いできればと思います。

以上でございます。

○新田会長　ありがとうございます。葛飾区では 85 歳以上の独居高齢者等の把握は、もうできてるというふうに思っていいんでしょうか。

○山根委員　葛飾区高齢者支援課山根でございます。

独居高齢者の個別の把握について調査などを行ってできているという状況ではございません。65 歳以上の独居高齢者は、区内におよそ３万人程度いると推測しております。

ただ、75 歳の方を対象として地域包括支援センターの職員が戸別訪問する事業を行っておりますので、そういった事業を通しまして地域の独居の方について把握を進めているような状況でございます。

○新田会長　ありがとうございます。

そしてあと、患者・家族会で宮﨑詩子委員、よろしくお願いいたします。どうぞ、宮﨑委員。聞こえてますか。ミュートが外れてない。聞こえないので。一回入り直してください。　ただいま皆さまにご意見を伺いました。保健医療計画在宅療養に関する見直しに関して、私と事務局で最終的には確認して意見を取りまとめを一任さしていただいて、よろ

しいでしょうか。

（異議なし）

○新田会長　ありがとうございます。

３つ目の議題に入りたいと思います。

新たな地域医療構想における在宅療養に関する取組の方向性です。

まず事務局から説明していただき、その後、委員の皆さまからまた質問ご意見等をいただきたいと思います。

それでは、事務局よろしくお願いします。

○事務局　資料５－１をご覧ください。

こちらは本年７月に開催されました第１回東京都地域医療構想策定部会の資料になります。こちらで国のガイドライン等で示された新たな構想の考え方をご説明した後、検討体制およびスケジュールについてご説明いたします。

まず１ページですが、新たな地域医療構想の概要になります。

今の構想では 2025 年を見据え、主に入院医療を対象とした病床の機能分化・連携を進めてきましたが 85 歳以上の増加や生産年齢人口の減少が見込まれる中、2040 年とその先を見据えたあるべき医療提供体制の姿やビジョンを示すために新たな構想を策定するものです。

左側、策定理由と方向性ですが１つ目、85 歳以上の増加と救急需要等の変化として医療と介護の複合ニーズの高まり、軽症者を中心とした高齢者救急・在宅医療・介護需要の増加そして今後の需要に応じた役割分担の明確化が必要となります。

また２つ目、生産年齢人口の減少により医療人材の確保がより一層困難になることが見込まれます。

こうした背景を踏まえ、高齢者救急を含む入院医療、外来医療、在宅医療、介護との連携、人材確保等を含めた地域における医療提供体制全体の課題解決を図ることが求められています。

右上の現構想と新構想の違いですが、先ほど申し上げましたとおり、現構想は 2025 年を見据えた入院医療・病床機能を中心とした構想であるのに対し、新構想は 2040 年を見据えた医療提供体制全体の将来のビジョンを示す構想であり、構想の対象範囲が大きく広がっております。右下の新構想で示す主な内容ですが、赤字の地域の医療提供体制全体の将来のビジョン・方向性、将来の医療機関機能の確保のあり方、医療機関の機能分化・連携の推進に関する取組が新構想で新たに加わり、黒字の内容も現構想に引き続き示すこととなります。

続いて、２ページ目をご覧ください。

こちらは先般公表された国のガイドライン等を基に作成した新たな構想の国の考え方となります。左上の目指す姿は前ページでご説明した内容となります。右上の地域類型別の課題は東京の場合は主に大都市型に該当し、医療資源が多い一方、機能の重複・偏在が

生じる点や、患者需要が広域で複雑な点、また構想区域よりも小単位の協議も重要になる点が挙げられております。

中ほどの主な変更点の１ポツ目ですが、地域医療構想が医療計画の一部から上位概念になった点が大きな変更点となります。

２つ目の構想区域ですが、必要に応じて広域化等も検討されることとされ、３ポツ目は、病床機能に加え医療機関機能が新設されます。４ポツ目、地域医療構想調整会議ですが、入院に加え、外来・在宅・介護連携も扱うため、議題に応じた柔軟な運営が可能とされ、５ポツ目、精神医療につきましては、今年度、国のワーキンググループで検討がなされる予定です。

続いて、３ページ目をご覧ください。

３ページ目の上段は国が示すスケジュールとなります。左端から、先ほどから登場しております医療機関機能の報告制度が今年の 10 月より開始されます。こちらは各医療機関が毎年報告する制度となっております。その後 2027 年の上半期までに現状把握、課題設定、区域の点検を行い、2028 年中に構想を策定、その中には医療機関機能の決定や必要病床数も含まれます。そして、１つ飛びますが 2035 年をめどに一定の成果を見込んでおります。

続いて、下段は参考となりますが、地域医療構想が医療計画の上位概念になったことを踏まえ、それぞれの位置付けをまとめた表となります。2040 年構想の下段、策定・次期改定につきましては、米印のとおり必要に応じ新構想の策定後も継続的に見直すこともあり得るとされております。

続いて４ページ目ですが、国が示す都道府県が検討すべき論点となっております。

①の構想区域ですが、２ポツ目、数百万人規模の区域でも必要に応じ地域単位・テーマ別のワーキングで協議することとしております。

②、医療機関機能の詳細につきましては、主な論点としまして（１）の高齢者救急につきましては年齢で一概に定義付けできないものとし、救急隊と医療機関の情報連携等を踏まえて実施基準等の地域ルールに位置付けるとされております。また、（２）の急性期拠点につきましては、人口 20 から 30 万人に１カ所程度を目安としつつも、症例分散を避けつつ、診療実績・政策医療・アクセス等を踏まえ、総合的に協議されることとなります。また、大学病院本院は医育および広域診療機能のみ報告することとされております。

③の外来・在宅、介護との連携ですが、外来はかかりつけ医機能・外来機能報告を活用し休日夜間・専門外来・アクセス・医歯薬連携を確認すること。在宅は、慢性期需要、在宅・療養病床・介護資源を把握し、24 時間対応・後方支援を含めた提供体制を検討すること。介護は、介護施設の受け入れ可能な状態像、協力医療機関、急変時相談・受診・搬送ルールを共有することが挙げられています。

④の人材確保は、医療機関機能を踏まえ、区域ごとに必要な医療分野、医師数、人的協力のあり方を把握・検討すること。また、大学病院本院の人的協力や医師確保計画・地域

医療対策協議会との連動を協議することが挙げられています。

続いて、12 ページをご覧ください。

こちらは、新たな地域医療構想の検討体制についてになります。

図の左側、地域医療構想策定部会では新たな構想の取り組む方向性について議論し、図の右側、疾病・事業ごとの協議会では、策定部会の考え方を踏まえ各テーマにおける取組を検討していきます。また、図の下側になりますが、新たな構想の検討内容については今年度実施する東京都保健医療計画の中間見直しにも反映し、令和 12 年の次期改定までの取組の検討につなげていく予定になります。

続いて、13 ページをご覧ください。

こちらは、新たな地域医療構想の検討スケジュールとなります。スケジュール表の左から２列目、地域医療構想策定部会ですが、第１回は現状把握・2040 年に目指す姿について、第２回から５回にかけて、構想区域、高齢者救急、在宅療養など、テーマごとの検討を進め取組の方向性として整理しています。整理した方向性については矢印で示されております各疾病・事業別協議会と接続し、策定部会の考え方を踏まえテーマ別に検討を行い、その検討状況を踏まえ第６回、７回の策定部会でビジョン・骨子案として整理しまして、第８回、９回で素案として検討していく予定です。

そして令和８年度中に新たな地域医療構想を策定する予定になります。在宅療養分野につきましては、今月４日に開催されました第３回地域医療構想策定部会において議論がなされまして取組の方向性が示されております。そちらが資料の５－２になりますので、資料５－２をご覧ください。

こちらは、第３回地域医療構想策定部会の資料から在宅医療に関する箇所を抜粋したものになります。

１ページ目は国の考え方を記載しておりまして、増加が見込まれる在宅医療需要を全て在宅医療だけで受け止めるのではなく、療養病床や介護施設など地域の資源を組み合わせて支えること、24 時間の急変時対応等に向けて在宅医療等連携機能を担う医療機関との平時からの情報共有やバックベッドの確保、訪問看護ステーション等との連携体制の構築・強化が必要と考えます。併せて、ＩＣＴや遠隔モニタリング等を活用した効率的な医療提供体制の構築や在宅医療の圏域、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関、在宅医療に必要な連携を担う拠点の役割も検討事項とされております。

続いて２ページ目をご覧ください。

在宅医療の需要の全国の推計になります。全国的にも在宅医療需要は増加する見込みとなっており、大都市型の場合 2040 年に 2023 年比で約５割増加する見込みとなっております。

続いて、３ページ目ご覧ください。

医療と介護の複合ニーズに関する国の資料になります。要介護認定率は年齢が上がるにつれ上昇する点や、85 歳以上の人口も増加する点から、医療と介護の双方を必要とす

る方が一層増加することが見込まれております。

続いて、４ページ目をご覧ください。

都内の将来人口推計となります。右下 65 歳以上の人口のグラフでは、2040 年には 2025 年比で約 25.7%増加する一方、左下、生産年齢人口のグラフでは 2.9%減少する見込みとなっております。

続いて、５ページ目をご覧ください。

都内の 65 歳以上の単独世帯割合は 28.5%で全国１位でありまして、こうした社会的背景を踏まえた体制も必要となります。

続いて、６ページご覧ください。

在宅医療患者数の推計となります。都内の在宅医療患者数は大きく増加する見込みとなっており、2040 年では 2023 年の約 1.8 倍に増加する見込みとなっております。

続いて、７ページ目ご覧ください。

供給体制として在宅療養支援病院、支援診療所の施設数の推移となります。左側、在宅療養支援病院は増加傾向にある一方、右側の在宅療養支援診療所はおおむね横ばいの傾向となっております。

続いて、８ページと９ページですが、病院、診療所の在宅医療の課題となります。双方で医療人材の不足、24 時間対応の負担が多く、診療所では多職種間の情報共有も課題となっております。必要な支援として、人材確保や 24 時間診療体制機能のバックアップが挙げられております。

続いて、10 ページをご覧ください。

ＩＣＴの活用についてになります。在宅医療を提供する病院の活用割合は、35.5%にとどまっており、費用負担が主な未活用理由となっております。

続いて、11 ページ、12 ページご覧ください。

こちら医療と介護の複合ニーズを示しております。11 ページですが、都内の認知症高齢者数と割合は年々増加傾向にあり、また認知症の高齢者の出現率は年齢層が上がるにつれ増加傾向にあります。

続いて 12 ページですが、都内の 85 歳以上人口は 2040 年に向けて増加が見込まれるとともに、見守りまたは支援が必要な認知症の高齢者数も同様に 2040 年に 2025 年比で約 1.2 倍となる見込みです。

続いて、13 ページご覧ください。

増加する需要の対応として疾病・介護予防も重要ですが、フレイルの認知度は 36.3%にとどまっております。

続いて、14 ページご覧ください。

ＡＣＰの取組状況・認知度となります。左側、都内の医療機関におけるＡＣＰの取組状況は、病院 63.9%、一般診療所 53.6%と一定程度取り組んでいるものの、右側の都民のＡＣＰの認知度は、知っていると回答した割合は 5.7%にとどまり、知らないと回答した

割合は71.9％と高い状況となっております。

続いて、15ページご覧ください。

高齢者救急の受け入れや、受け入れ困難患者の受け入れ時の課題となります。在宅医療を考える上では高齢者救急や介護・福祉との連携も必要となりますが、左側の高齢者救急の受け入れの課題として、退院までに時間がかかる、退院先の選定が困難である点、右側の受け入れ困難患者の受け入れ困難理由として、精神疾患で意思疎通が困難、家族からの支援、協力が得られない、経済的理由などが多く挙げられています。

続いて、16ページご覧ください。

こちら、地域医療構想調整会議、また調整部会における主な意見となります。

重症者は拠点、軽症者は地域で受け止める体制を在宅医療も含めて整備し、持続可能な医療提供体制の構築が必要であることや、チームで療養生活を継続する体制づくりが重要であること、多職種連携が不可欠であること、在宅医療の受け皿の地域差があり、在宅医療人材の確保や、みとり体制の整備が必要であること、ＡＣＰの取組の重要性等について意見として挙げられています。

続いて、17ページご覧ください。

こちら都の特性を踏まえた取組の方向性（案）になります。

供給体制の整備と需要の最適化の両面から、持続可能な在宅療養体制を構築していきます。１つ目は、供給体制の整備、受け皿の拡充になりますけれども地域における在宅療養体制の整備、在宅療養生活への円滑な移行の促進、人材の確保・育成、ＤＸを活用した在宅医療を進めます。

続いて、大きな方向性の２つ目ですが、需要の最適化に向けた取組として、予防、健康づくりの強化、医療機関と介護施設の連携強化、ＡＣＰのさらなる推進を進め、資料中央にありますとおり受け皿の拡充と需要の最適化の取組により持続可能な在宅医療の提供体制の構築を目指すものとします。

また、上記の取組の方向性を進める上で、他施策・他分野との緊密な連携も重要となりますので、高齢者救急医療体制との接続、福祉介護施設との連携を大きな方向性と位置付け、持続可能な在宅療養体制の構築を目指します。これらの方向性を在宅医療における取組の方向性として、新たな構想に反映したいと考えております。

続いて、18ページですが、そうした方向性を踏まえた2040年の在宅医療の目指す姿になります。これらの方向性を推進し、希望する誰もが生活の場で必要な医療・介護を受けながら最期まで自分らしく安心して暮らせる東京を目指します。

以上が、第３回地域医療構想策定部会で示された在宅医療における取組の方向性になります。

これを受けまして、目指す姿の実現に向けた取組の柱を整理したものが資料５－３になりますので、そちらをご覧ください。

①が、区市町村を実施主体とした、地域における在宅療養体制の確保になります。24時

間診療体制の整備や人材の確保・育成、平時や災害時の多職種連携の推進、さらには介護施設との連携の強化などに取り組んでまいります。

②が、在宅療養生活への円滑な移行の促進です。入退院支援の取組の推進や入院前からの医療機関と地域の多職種との連携の推進などに取り組んでまいります。

③が、在宅療養に関わる人材確保・育成になります。新たな担い手の確保や在宅医療の質の維持・向上に取り組んでまいります。

④が、在宅療養に関する都民への普及啓発になります。ＡＣＰ等について幅広い世代への周知や広報、ＡＣＰの実践力向上や地域での普及啓発のための研修に取り組んでまいります。

⑤、ＤＸを活用した在宅療養提供体制の強化になります。効率化や患者と医療・介護関係者の安心につながる体制の整備に取り組んでまいります。

以上、新たな地域医療構想に関する国の考え方や都の特性を踏まえた在宅医療の目指す姿、そして目指す姿の実現に向けた５つの取組の柱についてご説明をさせていただきました。目指す姿や取組の柱を中心に、ご意見をいただきたく思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田会長　ありがとうございました。ただいまの事務局からの説明に対して多様な視点が、最後のおそらく 17 そして資料の５－３、こうしたところが案として出されて、そして皆さんにご意見等をいただきたいというところでございます。これだけ多様な問題がありますので、どの点でも結構でございます。ご意見をいただければというふうに思います。

地域医療調整会議策定部会、私も参加しておりますが、従来のいわゆる地域医療構想とはほんとに違って、従来の地域医療構想って入院等を中心にやってたわけですが、このような多様な問題に対して入ってきたと。そして、そこが垣根のない議論がされてるというふうに私も感じております。

その中で、例えば 12 のテーマ、この協議会は在宅医療、医療と介護の連携と東京都在宅医療推進会議等でテーマを検討するというふうにもう定義付けられてて、そこの案として今回の資料の 17 と資料の５－３になるだろうなというふうに思っています。

ご自由に発言をいただきたいのというふうに思います。まず近くで、じゃあ、清水委員どうでしょうか。

○清水委員　清水です。2040 年の在宅医療の目指す姿っていうことですが、今、2026 年なんで、そこに目指すのかじゃなくて、もうあしたからということで、あるいは２年ごととか５年ごととか、そういう見直しをやりながらだと思います。

それで今回、前にもあったかどうか分かりませんが地域包括ケアシステムの文言が全くなくなって、ある意味ではそれは当たり前のことということに、もうなったのかなという感じがします。

それで目指す姿ですけど、まさにこのとおりで、今までもそうだったんですが特に大事

なのはＤＸが新しく入ってきて、医療のほうでも保険診療の点数も付いてますし、ＤｔｏＰとかＤｔｏＰＮとかいろんなスタイルが出てきて、そこで医療も補塡（ほてん）できますんで、目指す姿はいいんですが、全部一緒は無理だと思うんですが手前から積極的に推進してできるところからどんどん推進していくのがいいかなって思います。

ですから 2024 年というとベビーブームの方々、皆さんもういらっしゃらないです。それから第二次ベビーブームの方々もかなりご高齢になります。そういう意味では大変な母集団ですから今度は多死時代になるんで、そういう亡くなる人たちをＡＣＰでどういうふうに上手に着地点にしていくかは、地域では大事な問題になるんで、その辺をきちっと推進されるほうがいいかなと、そういう感じを持ちました。

以上です。

○新田会長　ありがとうございました。今、地域包括ケアシステムの言葉がないという話でありましたが、おそらく国の考え方も含めて医政局マター、老健局マターで、地域老健局の資料は地域包括ケアのさらなる進化とか、そういったようなことできちっとなってて、今日の資料は在宅医療ということも含めて医政局マターで、さらにここの医療という、そういうことだろうなというふうに考えてよろしいですかね。

○地域医療担当課長　そうですね。全くなくなった言葉ではないので。

○清水委員　分かりました。車の両輪がスタートしていることですね。医療のほうがより療養のほうに方向示してきたと、そう考えてよろしいですね。

○新田会長　そうですね。

○清水委員　ありがとうございます。

○新田会長　おそらくここの国の中でも、どこでも小地域とかいろいろ出てきます。基本的にはやっぱり市町村の地域包括ケアの進化がない限りは、この在宅医療等の全体のシステムが進まないということは基本にあるだろうなというふうに思っています。ありがとうございます。

呉屋委員、どうぞ。

○呉屋委員　どうもありがとうございます。先ほどちょっと私も言い足りなかったので追加しながら、最後の 2040 年の目指す姿というスライドにかけてコメントを申し上げたいと思います。

先ほどもきちっと話がありまして、これは 2040 年じゃなくてまさに今日の問題だろうと思いますが。私、今現在、老健で入所者をケアし、老健ですから身体能力あるいは認知機能などが低下した患者を療養して在宅へ返す。つまり在宅療養の現場に返すという立場にあります。

その時に、この東京都在宅療養推進会議という名前は 15 年前に私も参加しまして、その名前が在宅医療ではなくて療養推進というふうに名前が、いまさら改めて感心して、この名前を見てるとこです。

普段、私どもが老健から在宅へ患者さん返しますと、先ほど服薬の話がありました。い

ろんなサポートはするわけですが特に服薬管理というのが重要な課題で、それがうまくいかないと結果的にいろんな脳血管障害や転倒骨折あるいは熱中症等の、それなりの次なる疾患を生じて、また再度病院を介して施設に帰ってくると。サイクルみたいな形で患者さんが回ってくることがよくあります。

その中で、やはり服薬指導・管理というのは非常に重要なポイントだなというふうに感じています。先ほど来、平時、災害時等の議論がありましたけれども、むしろ平時において、そこの管理をきちんとして維持していくというのは非常に重要だろうというふうに思っています。

そういう観点から医療側から見た、それから福祉側から見たという意味で、ここに在宅療養に関わる人材確保・育成、私もさまざまなこの分野にフォーカスした施策を立案されてるというのに改めて敬服します。ぜひぜひ実行していただきたいというふうなのが私のコメントです。ありがとうございます。

○新田会長　ありがとうございます。今、呉屋委員が言われてましたように確か15年前ですか、最初東京都の会議は在宅医療推進会議という名前で始まったのを、違うだろうと、在宅療養推進会議という名前に変えた記憶があります。まさに、今、在宅療養という介護を含めて全体の、このように在宅療養というのがふさわしかったなというふうに思っています。

今言われた介護の話、ここの今日は資料はないんですが、例えば②の医療機関における入退院支援の取組の推進という中で、例えば施設から、あるいは在宅からも含めて入院が入ったんだけど退院をする方が退院の場所がなかなかないという中で介護施設との連携というふうに介護施設の連携はさらに必要、重要になるだろうというそういうような資料は国からも出されているところでございます。

東京都の地域医療調整会議の中でも老健の代表が、ぜひ、老健施設も利用していただければという、そういうような意見があったというふうに記憶しております。

呉屋委員、それでよろしいでしょうか。

○呉屋委員　全くそれは同感です。在宅療養、在宅医療ということを考える時に、やはり家族のサポート力といいましょうか、それが十分にある場合と、それがない、あるいは不十分、あるいは独居とか何らかの理由でそれができない。そういう事例は実は結構たくさんある。そうなると、施設の登場ということになります。

ただ、ですから在宅療養ということを考える時に必ずしも家族のサポートが十分に得られない場合が多々あるということを前提に施策を組んで考えていただきたいなというふうに思います。

以上です。

○新田会長　ありがとうございます。①で区市町村を実施主体とした何気なく書いておりますが、在宅の医療圏っていうのは全国ではさまざまであります。二次医療圏等の区域を規制したところもあるんですが、東京都は①の区市町村を実施主体とした地域における

在宅療養体制の確保って大きなテーマで進めるという方向でございます。

宮﨑委員、どうぞ。

○宮﨑委員　宮﨑詩子です。今、ここに示していただいている内容っていうのは供給体制の整備という観点で非常に充実した内容かというふうに思っております。

ただ、これは先ほど先生方からもお話が出てたように、今必要な絵面に私には見えていて、この先15年後、実は私、今日50歳の誕生日なんですけど15年たつと私自身が介護を受ける側のほうに入っていく、それぐらいの時間がたちます。今、20歳の子がもう30代半ばで、介護にしろ医療にしろメインで働く側としても活躍する、そんな時代の話です。

ってなると、そこまで、まずもつのかっていう話、持続可能性っていうところが非常に大事になると思うんですが、そうなった時に生活者側、介護受ける側、広くいえば受ける側なんですけど生活者側の対応能力っていうものも社会インフラの一つとして育てていくっていう観点が重要なんじゃないかなというふうに思っています。

その中のごく一部として最終的にＡＣＰというものが成熟していくのであって、もっともっと、もっとその手前の部分っていうところの育てていくっていう、在宅医療、在宅療養、在宅介護、それらを市民が理解をして適切に判断して、かつ適切に行動できる力をどうやって計画的に形成していくのかっていう、その教育設計っていうところも観点として入れていただかないと、せっかくいい供給側の整備というのがこの15年で進んだわけですが、次の15年でもう一つの市民の対応能力のインフラが進まなければ、ここから先の15年間の現場の先生方の努力っていうのがほんとに疲弊して終わってしまうんじゃないかなっていうのをすごく懸念しているので、ぜひその点を入れていただきたいなというふうに思っています。

具体的に私が懸念しているのは、例えば訪問診療の適切な使い方を理解している利用者さん、患者さんご家族、本人も含めてですけど100％皆さん理解されてるんだろうか、もしくは、そこの中にこの使い方は往診医、ドクターに往診に来てもらう、この使い方はドクターを呼ぶ話じゃないんじゃないのっていうようなケースもあるんじゃないかなと思うんです。

そこも踏まえて、例えば訪問看護との連携ということもうたわれているのかもしれませんが、都民の中には、すごい極端な言い方しますと、悪意を持って意図的に不適切な使い方もする方もいるかもしれませんし、そうではなくて知らなかったがためにドクターを呼んでしまった、そういうようなケースもあるんじゃないかなというふうに考えていますので、そういったＡＣＰのもっともっと手前の部分も含めて考えていただけるとありがたいなというふうに思いました。

以上です。

○新田会長　大変貴重なご意見ありがとうございます。先ほど清水委員の意見もありましたが、2040年という絵柄を、ここ先ほどから出されましたけども、まさに現場にいるわれわれは、今の姿だろうなというふうに確かに思っています。

2040 年を目指すんじゃなくて、今の姿こそが、われわれが今ここに書かれてる姿という意味では、先の話じゃなくてもう少し清水委員が言われましたけど単位で区切る方法もあって、しっかりとそこを乗り越えていくというのが一つと。

もう１つは、確かに私、先週、実はオランダにいましたけども専門職の提供体制の整備ですが一番の基本は市民、インフォーマル体制と本人等の問題なんです。そこでインフォーマルな体制を作り、その一番最後に専門職が関わると。それでそのために、ここで需要の最適化に向けた取組って予防健康づくりとかそういったようなことが書いてありますが、おそらくその中の項目の中に言わば、今、宮﨑委員が言われた自分たちの、まず基本は本人とその周囲等でインフォーマルサービスが、まずきちっとできなければいけないということだろうなというふうに理解しています。

その上で、専門職がどう体制をつくるかと。そうじゃないと、人材が不足する中ではおそらく東京都もなかなか 2040 年に向けて、それまでに疲弊してしまうだろうということなので、基本の発想を今宮﨑委員のような発想が必要かなというふうに聞いていました。ありがとうございます。

○宮﨑委員　ありがとうございます。１点追加でコメントしたいのが、現時点ではインフォーマルな対象として家族というところに主眼が置かれていますが、資料のデータにもありましたとおり家族を持たずに生涯独身で過ごすというようなケースが増えていくはずです。私もその一人だと思っていますので、そうなった時に地域でもない、家族でもない個人、私自身が持っている友人関係含めたネットワークを使ってどうやって自分自身を支えていくのか、友人を支えていくのか、そういった観点が非常に大事になると思います。

そういったところに関しては、今の 20 代、30 代、40 代というのは非常に関心が高い層だと思いますので、ぜひそういった層にアプローチをしていく方法というのをご検討いただけると、いい方向に進んでいくのではないかなというふうに思っています。

以上です。

○新田会長　ありがとうございます。まずは同感でございますが、その方向も含めて検討していければなというふうに思います。ありがとうございます。

他にご意見ありますでしょうか。どこの部分でも、どこでも結構でございます。大変幅広いので。

末田委員が手が挙がってますか、どうぞ。

○末田委員　東京都歯科医師会の末田です。

まず全国の医療を取り巻く状況についてというので、高齢者の急性期における救急車を呼ぶ傷病名のところ、７ページにありましたが、食物および吐物による肺炎や、詳細不明の肺炎、肺炎関係がいくつもありまして、そこに歯科が介入することで、だいぶ肺炎に効果的ではないかというふうに考えます。在宅医療に対しての考え方に、もう少し歯科の口腔管理（こうくうかんり）を入れていただけたらと思います。

都内の医療と介護の複合ニーズのＰ13 のところにありますフレイルの話のところがご

ざいますので、そこの口腔管理のところ、やはりフレイルというのは、なかなか認知度が上がっていないものですけれども、オーラルフレイル予防の口腔管理や栄養など重要なところだと思うので、ここのところにも、どうぞフレイルの認知度が上がるように増加対策をお願いしたいと思います。

以上です。

○新田会長　ありがとうございます。フレイル認知度が意外と低いということにちょっと驚きましたが、飯島委員は、この大家（たいか）でございますので飯島委員に意見を伺いたいと思いますが。

○飯島委員　「フレイル認知度が意外と低い」という結果が示されておりますが、世の中に出した側からすると、申し訳ございませんとしか言えないですね。肌感としては、もうちょっと認知度は高いのではないかな、という印象を受けているのですけども、実際こういう統計を取ると、こうなってしまうということで、ジレンマは感じております。

どちらにしましても、早期の予防の段階、すなわち在宅療養の段階よりももっと２～３歩手前の段階も当然必要ですね。フレイルを含めて。

あと、幅広のコメントをお許しいただくならば、この数年間ぐらいのＡＩ時代の台頭が加速しており、若い世代（20 歳未満の世代）にまで日常生活に当たり前のように入ってきております。先日、地方エリアで看護師様になりたての方、22～23 歳ぐらいの方にお話をお聞きしましたが、毎晩チャットＧＰＴと会話しているとのことです。そして「友達の仲間はみんなそうですよ！」ということで、すごい勢いです。

シニアの方も、だいぶデジタルのリテラシーも上がってきて、スマホを持っている方も急速に増えておりますね。ＤＸ/テクノロジーのスピード感っていうのはとてつもなく速いわけです。

そこにオンライン診療も含めた「ＤtoＰwithＮ」って今言われていますが、テクノロジーの波にうまく便乗して加速するべきかなと感じます。いろいろ規制とかが目の前に立ちはだかっている部分もあると思われますが、推進すべきと思います。私自身、アジア諸外国に招待され行きますと、ある意味、日本から多くを学ぼうとしているのですが、一方で、私がカルチャーショックを受けて帰国する時もあります。なぜならば、諸外国の方テクノロジー分野の開発スピードがかなり速いのです。　だから、そういう意味では日本においても、東京を筆頭に、もうちょっとスピード感上げたいなっていうのがあります。

あとは、先ほど宮﨑さまの意見に全く賛成で、ＡＣＰに関しても、さらに、救急搬送に関して、呼ばなくてもいいようなケースも増えてしまっている現実もあります。これは提供する医療体制側の底上げも当然重要なのですが、一方で、先ほど市民の対応能力のインフラっていうお話しされましたけれども、やはり住民側の意識啓発の重要性も改めて問われていると思います。ここはなかなか数字では出せないところなので、難しいからこそ、一番重要なところなのかなと感じたりいたします。

そこを、どうやって地道にやっていくのか重要な視点だな、と感じました。

以上でございます。

○新田会長　ありがとうございます。同じように 14 ページのその次のＡＣＰの認知度も、この数字ほんとかなと思うぐらい知ってる人が少ないという。東京都でＡＣＰ検討部会で作られた「わたしの思い手帳」30 万部ですか 40 万部でしたっけ。

○新田会長　40 ですね。40 万部発行してるんです。それで、これなのという、ちょっとこの数字はほんとかなと。一方では疑問を思うわけでございますが、そういったような肌感覚も含めて当たり前のこととして進めてくような一つでもあるでしょうというふうには思っています。

どこでもＡＣＰはいい悪いの話じゃなくて、世界どこでもＡＣＰが当然のような話でなっておりますので、まだまだこのくらいの認知度だということをわれわれは認識する必要があるなというふうに思います。

ご意見、他にありますでしょうか。

○新田会長　西田委員、どうぞ。

○西田委員　簡潔にいきます。①から⑤の中の④のところですけども、内容を見てみるとＡＣＰの普及啓発、周知・広報、自分ごとＡＣＰだけのことしか書いてなくて、もう１つ大事なのはさっきの宮﨑委員の言われたことと共通しますけども、市民が社会の構成員としてこれからの社会に向けて何をしてかなくちゃいけないのかっていうことを考えさせるっていう視点がすごく求められると思います。自分の役割です。

それからそれが③にもつながってきますけども、ここにやはり支えられるっていうところだけじゃなくて支え合うっていう、今はやりの言葉ですけども、そういった内容のものも盛り込んでいただきたいなというふうに思いました。

以上です。

○新田会長　これも貴重なご意見ありがとうございました。在宅療養に関する都民啓発、何もＡＣＰだけじゃもちろんありませんので。先ほど皆さんから宮﨑委員、そして飯島委員も全部同じような話でございますので、支えられるだけじゃなくて支え合うという市民、都民ですか、都民も含めてきちっとそこに、そういう時に啓発じゃないんですよね、理解するというか何て言葉使えばいいんですか分かりませんが、そういったようなことも含めてここにきちっと盛り込んでいくという意見だと思います。ありがとうございます。

○新田会長　平原委員、どうぞ。

○平原委員　平原です。私のほうからは全体的なデータから最後の取組の柱に至って、精神疾患に関してのデータがあまりにもない印象を持っています。　実際、精神科の病院からどんどん地域に、移行してると実感しております。訪問看護もそうですが福祉とか介護とかがないと、そういった精神疾患患者の社会復帰は難しくて、医療、介護、福祉、看護は連携を縦割りではなく横串でしないと地域移行できないということを実感してます。

そういった精神科の方たちの地域の在宅療養が、このデータや柱には見えてないなというのがとても気になっております。

そしてもう１つ、東京都のデータではありますが、子どもたちの不登校が多く、小学校だけで１万3,000人以上とか、中高で１万8,000人になっている。つまり45人に１人がもう今不登校で何らかの気持ちの病気を持っていたり、発達障害がどんどん増えています。

そういった若い人たちの精神的な病に対しての在宅療養の支援体制がどうなってるのかということを評価しないとならないのではと考えています。都民にとって自分の子どもがある日学校に行けない。そうすると、親の人たちは仕事ができないわけです。今まで普通だと思っていた生活ががらっと変わって、そういった人たちの支援が届かないために20代、30代となっても社会復帰できない。私は2040年のほんとに若い人たちを支える、そして若い子どもたちを見ている20代、30代の親御さんたちを救わなければと思います。

若い働き手の人たちの暮らしに、影響している精神科疾患のことをもう少しデータで東京都は示していただき、在宅医療、地域医療構想にちゃんと柱として出していただきたいなというのが要望です。

以上です。

○新田会長　大変重要な視点だなと思います。発言お聞きしながら、確かに東京都保健医療計画在宅療養計画って医療にあまりにも行き過ぎてますよね。国も含めて介護のところに認知症患者の状態と、精神の出てるんです、きっかりと。確かに東京都保健医療計画の中では医療が中心とされてる。在宅療養まで医療が中心となってて、じゃあ、この中の認知症患者どうするんだと、地域で大変重要な話です、精神も含めて。もちろん子どもも含めて重要な話ですが、そこが見えてないです、確かに。

○地域医療担当課長　精神に関してはさっきもちょっとお話ししたんですけど、新構想の中には精神も入ってくる形にはなるんですが、ちょっと一歩進捗というかが遅れていて、まだこれから国のほうでいろいろ話し合ってっていう形で、ちょっと遅れて入ってくる形にはなっているのでデータの中にも精神のことはまだ入っていないって形にはなっていますが、新しい構想には精神も含まれますので、ちょっとそこは若干進度はずれますけれども連携をしながらやっていく必要はあるかなと思っております。

認知症も確かに、部署は違いますが計画があったりっていうところはあって、きちんと、もちろん認知症の高齢の方が増えていくっていうところも構想の中にも入っていますので、そういう部分もきちっと意識しながら連携取りながらやっていかなければいけないなというふうには思っているところです。

○新田会長　ぜひ、今の平原委員のご意見も含めて、少しどういう形で入れてくかって、科によって違いがあるんだけど在宅療養という推進、ここは視点で、そこも重要かなと思ってますのでよろしくお願いいたします。

○新田会長　井出委員、どうぞ。

○井出委員　よろしいでしょうか、聞こえますでしょうか。

○新田会長　どうぞ。
○井出委員　南多摩地域リハ支援センターのＰＴの井出と申します。
○新田会長　失礼しました。井出委員。
○井出委員　2040 年の目指す姿というところで、情報提供というところで、取組の柱で区市町村を実施主体とした地域における在宅療養体制の確保というところで、療法士の比較的、実は東京都も均一に療法士が各区市町村にいるわけではなくて、潤沢な区市町村もあれば人数的に非常に少ないところも実際あるというのが現状でございます。

ですので、この辺もやはりそういったリソースの少ないところに配慮は、ぜひいただきたいなというところが一つと。

あと、どうしても療法士の場合は医療機関に就職される方が非常に多ございまして、介護保険事業所等々に勤めてる方の割合というのは、まだまだ少ないのが現状でございます。

ですので、そういったところへのリソースとしてうまく分けられるようなことも、われわれ職能団体とともに、ぜひ協力させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

以上でございます。
○新田会長　貴重な情報ありがとうございます。よろしくお願いいたします。ぜひ、協力のほど。

確かに全域にきちっと配置されてるわけじゃあ、もちろんありませんので、やはりそこはリハの立場も含めて大変重要であると。例えば地域包括ケア病棟って全域にあるわけじゃありませんもんね。あれはもうリハ、口腔ケアとか、栄養が大変一体となった重要な病棟が今度、医療保険制度で整備されつつありますが、そういったようなことも含めて地域との連携とか、ぜひ、井出委員、発言をしていただければというふうに思います。これからもよろしくお願いいたします。
○井出委員　ありがとうございます。
○新田会長　追加発言大丈夫でしょうか。それで、今の私の意見でよろしいでしょうか。
○井出委員　回復期を出た後とか急性期からそのまま地域包括ケア病棟に移られる方も大変多ございますので。ただ、リハビリを提供するに当たっては、やはり制限もありますので、そういった意味ではリソースとしては配置が少ないような現場がございます。

あともう 1 点だけ、私ども通常業務で地域包括支援センターと協業することが大変多ございますが、特にやっぱ在宅の方のもろもろの問題のしわ寄せが、やはり地域包括支援センターに行ってしまいまして、八王子の場合もどちらもかなり疲弊しております。ですので、こういったところも都として地域包括支援センターの拡充というのも視野に、ぜひぜひ入れていただければと、そのように思っております。

以上でございます。
○新田会長　ありがとうございます。確かに、今日、小山委員が参加ができなくなってます

が、地域の地域包括支援センター大変活躍の中で疲労されてるという状況も聞き及んでおります。

そういう中で、地域包括支援センターをどのように地域で生き続けるか、これも大変重要な視点だろうなというふうに思いますので、どこで地域医療構想の在宅医療の目指す方向の中に、そこにどう組み込むかどうか、ちょっとまた検討をしていきたいなというふうに思います。ありがとうございます。

９時にそろそろなりましたので、ぜひこれだけは言っておきたいという委員の方がいらっしゃいましたら、ご発言よろしくお願いいたします。

どうぞ。

○髙松委員　東京都薬剤師会の髙松です。本日の議題の中で保健医療計画の在宅療養のところで、かかりつけ薬剤師の文言等の明記をしていただく予定ということで、取り上げていただきましてありがとうございます。

実際問題、既に在宅療養のところでは薬剤師が日常的に関わっておりますし、今回この東京都保健医療計画に明記していただくことは、おそらく各区市の保健医療計画にも反映されることになり、私たちが明確な形での関わりができると思っております。

また、在宅療養のみならず、通常の医療の現場でも薬剤師が薬物療法をしっかりと担っておりますので、そちらのほうの視点でもお願いしたいと思っております。

今日、薬剤師に対してのご要望とエールをだいぶいただきましたので、私どもとしましてもそれにしっかり応えられるような体制を取っていきたいと思いますのでよろしくお願いします。

○新田会長　ありがとうございます。本日、在宅療養推進会議は地域医療構想策定部会と調整会議で出ない大変貴重なご意見が出たというふうに思っております。その上で、資料５－３の５つの丸印の中にどう組み込んでいくかということも含めて、また検討する必要が出てきたというふうに思ってます。よろしくお願いいたします。

大変ですね、丸印の。これはもう確定した事項なんですよね。多少は意見をどのように反映するか、また考えなきゃいけませんね。よろしくお願いいたします。

○地域医療担当課長　これが素案ではありますが、これを踏まえて、またこれを地域医療構想の策定部会のほうに返しながら、実際の構想の作り上げてくっていうところにつなげていくというような形で、また進めてまいります。その過程の中で、その状況をまたこちらのほうに持ってってっていうことが、文章というか、もうちょっと具体的になってきた段階で、こちらのほうに持ってこさせていただいて、またお話しいただくっていうようなことも想定しておりますので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

○新田会長　よろしくお願いいたします。それでは、今、９時を過ぎましたが、本日の会議はこれで終了したいと思いますが、よろしいでしょうか。まだまだご意見が多数あるとは思いますが、最終的な取りまとめは、私と事務局で確認して一任さしていただければというふうに思います。よろしいでしょうか。

（異議なし）

○新田会長　お願いいたします。

本日の議事は以上となります。

その他、本日の議事全体を通じての意見もおそらく聞くところでございますが、もう９時になりましたので、これで終了して事務局にマイクをお返ししたいと思います。ありがとうございます。

じゃあ、事務局よろしくお願いします。

○地域医療担当課長　ありがとうございました。本日は活発なご議論いただき本当にありがとうございます。

もし、今言い足りなかったというようなことがございましたら、後ほどメールにてお送りする意見書様式を事務局宛てにお送りをいただければと思います。本日いただいたご意見、新田会長と最後お話をさせていただいた上で、いろんな事業に反映したりですとか、今後の構想の策定のほうに反映したりですとかっていうところで進めていきたいと思っておりますので、よろしくお願いをいたします。

最後になりますけれども、今回の委員の任期が９月 30 日までというふうになっておりまして、今般、委員改選があるんですけれども、そこで今月末をもって退任される委員が４名いらっしゃいます。

その４名の方々、発足当時、平成 22 年なんですけれども、先ほどお話しあったとおり今、私の手元にその時の名簿があるんですけども、東京都在宅医療推進会議となっておりまして、そういう経緯があったんだなっていうのを思うところではございますが、もう発足当時から貢献をいただいた皆さまでございます。ほんとに長期間にわたり貢献いただいたことに、ほんとに深く感謝を申し上げます。

最後に、一言ずつ頂ければというふうに思っております。名簿の順にお願いしたく、まず宮﨑委員からお願いいたします。

○宮﨑委員　ありがとうございます。私にとって非常に刺激的な体験をさせていただいた 15 年間だったと思います。療養という言葉に変えますっていうふうにおっしゃっていただいたのが、当時、東京都の職員の方で、わが家に来て私の話を聞く中で、これはもう医療だけでカバーするべきことではないっていうふうに強く思われて最初にそれを提言してくださったというところを、今思い出しておりました。

ですので、やはりその出発点からしても、都民の声を聞く都の職員の方があって、そこからそれをうまく政策という方向性に落とし込んでいただいた、ほんとに都の職員の方の先見性なのかなっていうふうに思っておりますので、ぜひこの先の 15 年、また 30 年に関しても、いい方向に進んでいかれることを願っております。お世話になりました。ありがとうございます。

○地域医療担当課長　ありがとうございました。

続きまして、清水委員、お願いいたします。

○清水委員　私も最初からここまでずっと委員させて頂きましたが、実は２年前から私の息子が私の診療所を継承しまして、私、どちらかというと今までは在宅医療から全部やってたんですが、医師会のほうから「先生、暇になったでしょう」って言われて、保健所のほうのお手伝いと、それから目黒区に５つ特養があるんですが、その特養のほうのお手伝い。それから学校医も若い先生が大変だっていうことで、それを引き続いて。もう一つ最後に厚生局に行って指導医になれとか言われまして、これからどちらかというと臨床よりは社会医療のほうに、主に予防医療と社会医療のほうになりますので、そういうことで若い先生に今度引き続いていただいたらいいかと思います。

ほんとにこの 15 年、大きな流れの中で勉強さしていただいて、それを目黒区に反映して少しずつうまく目黒区の５つの在宅医療支援センター、そこを立ち上げて、それでそれぞれが非常に今うまく機能しています。孤独死ゼロにしましょうとか、転倒予防とかそんなことも動き出して非常に方向が定まってきた感がします。　そんなことで私環境の変化で就活に入りました。シュウカツっていうのは終わる終活もありますし新しく就職する就活もあります。どっちかっていうと私は終わるほうじゃなくて新しい就活、多分野への就職のほうになりますんで、今回で降ろさしていただきます。どうもありがとうございます。

○地域医療担当課長　ありがとうございます。

３人目が秋山委員なんですけれども、本日はご欠席になっております。

最後に、呉屋委員からお願いいたします。

○呉屋委員　どうも。私も 15 年間いろいろお世話になりました。むしろ大変貴重な経験をさせていただいて感謝しているというのが本音です。私も 50 年間医療からいろんな視点で世の中を見ておりましたが、つい昨年から老健に関わりまして、最期のほうから在宅医療を見ている、そういう視点です。それで先ほどのような発言をしていただきました。

また、私はこの後さらに社会福祉の視点からの仕事に関わるようになりますので、その視点からも在宅医療を見ていきたいと思います。

いろいろお世話になりました。ありがとうございました。

○地域医療担当課長　ありがとうございました。４名の委員の皆さま本当にありがとうございました。改めて 22 年度から発足して、今これだけのいろんな体制が出来上がっているっていうことを本当に重く感じますし、われわれも今後またこの先に向けて、これをさらにいい在宅療養の東京都の体制をつくっていけるように頑張っていけることを思っております。

また引き続き、何かご意見等ありましたらお寄せいただけますと幸いでございます。ほんとにありがとうございました。

次回の開催ですけれども、先ほど申しましたとおり、新たな地域医療構想の策定の関係で本年の 12 月から来年１月ごろまでぐらいには開催をする予定としておりますので、また日程が近づいてまいりましたら事務局からご連絡を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。

それでは以上をもちまして、令和８年度第１回東京都在宅療養推進会議を閉会をさせていただきます。本日はありがとうございました。

（午後　９時０７分　閉会）