

第 2 回

東京都在宅療養推進会議

会 議 録

平成 2 7 年 1 1 月 9 日

東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○新倉課長 それでは、皆様、定刻となりましたので、ただいまから平成27年度第2回の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、大変お忙しい中ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。また、都庁舎の警備強化に伴いまして、入り口のところで少しお手間を取らせてしまったかと思えます。どうぞお許し願えればと思います。この都庁舎の警備強化、しばらくまだ続くようでございますので、また次回以降の会議でもそうした、まだセキュリティの強化をやっておりますので、ご協力願えればと思います。

私は東京都福祉保健局で地域医療担当課長をしております新倉でございます。議事に入るまでの間、私のほうで進行をさせていただきます。着座にて失礼いたします。

本日、この夜の会議ということで、お席のほうにお茶と軽食を用意させていただいております。どうぞ召し上がっていただきながら、会議のほうを進めてまいりたいと思います。どうぞよろしく願いいたします。

まず最初に、本日の会議資料の確認をさせていただきたいと思えます。お手元資料でございますが、会議次第に配付資料の一覧とございます。資料1から資料16まででございます。また、会議資料とあわせて、東京都在宅療養推進シンポジウム、11月28日に開催するシンポジウムですが、そちらの案内チラシのほうもあわせて配付をさせていただいております。不足、落丁等がございましたら、適宜、事務局職員までお声かけいただければと思います。

続きまして、会議の公開についてご説明いたします。本会議につきましては、会議、会議録、そして会議に関する資料につきまして公開となりますが、委員の発議により出席委員の過半数で議決したときは、非公開とすることが可能となっております。本日につきましては、公開とさせていただきたいと思えますが、よろしいでしょうか。

(「はい」の声あり)

○新倉課長 ありがとうございます。

次に、本日の出欠の状況でございますが、本日は秋山委員、芝委員、田中敦子委員が所用により欠席とのご連絡をいただいております。田中敦子委員につきましては、代理といたしまして、同じく特別区保健所長会から台東区保健所長の清古様にご出席を本日いただいております。どうぞよろしく願いいたします。

また、今回の会議から東京都の委員のほうに交代がございましたので、ご紹介をさせていただきます。

福祉保健局保健政策部長、上田委員でございます。

同じく、高齢社会対策部長、西村委員でございます。

同じく、医療政策部長、西山委員でございます。

また本日、第1回の会議、7月に開催しましたが、そちらに引き続きまして、オブザーバーとして東京都地域医療構想策定部会の委員でいらっしゃいます、豊島病院院長の

山口先生にもご出席いただいております。

次に、本会議の事務局職員に交代がございましたのでご紹介させていただきます。

福祉保健局医療改革推進担当部長、成田でございます。

また、同じく保健福祉局の高齢社会対策部、こちらの本会議の事務局を共同で務めておりますが、計画課長の山口につきましては、後ほどおくれて出席させていただく予定となっております。どうぞよろしく願いいたします。

また、本日の会議終了時間でございますが、午後8時30分を予定をしております。どうかご協力をお願いしたいと思います。

それでは、以後の進行につきまして、新田会長をお願いいたします。

○新田会長 皆さん、こんばんは。

それでは早速ですが、議事に入りたいと思います。お手元の次第に従いまして参ります。議事の一つ目は、地域医療構想についてでございます。今、地域医療構想がかなりのところまできているというふうに聞いております。事務局から一通り説明をしていただきまして、その後、地域医療構想メンバーの山口先生に少しコメントをいただいて、そしてその話に入りたいと思います。よろしく願いいたします。

○新倉課長 それでは私のほうから説明させていただきたいと思います。

地域医療構想の検討状況につきましては、前回7月3日に開催いたしました、第1回のこの在宅の会議でも報告をさせていただきましたが、その後の検討状況につきまして、特に在宅に係る部分について報告をさせていただきたいと思います。

資料3をごらんいただきたいと思います。私のほうから資料3から5まで一括して説明させていただきます。資料3の数字の右側に、ちょっと右上に書いてありますが、平成27年10月1日に開催いたしました第6回東京都地域医療構想策定部会の資料でございます。この第6回の策定部会におきまして、そちらタイトルにあります、東京の「2025年の医療～グランドデザイン～」こちらが取りまとめられました。その下に記載がございますとおり、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」、これを実現するため、四つの基本目標を掲げております。左側Iでございますが、高度・先進医療提供体制の将来にわたる進展といたしまして、その下に副題がついておりますが、大学病院等が集積する東京の強み、これを生かした医療水準のさらなる向上。そして大きな二つ目の目標が真ん中でございます。都の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築として、高度急性期から在宅療養に至るまで、東京の医療資源を最大限活用した医療連携の推進。また右側へ移っていただいて三つ目でございます。地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実といたしまして、誰もが住みなれた地域で生活を継続できるよう、地域全体で治し、支える「地域完結型」医療の確立でございます。

下へいきまして、IV安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成といたしまして、医療水準の高度化に資する人材や高齢社会を支える人材が活躍する社会の実現。こちら

全て四つの基本目標を掲げております。今後、この四つの基本目標に沿って、さらに具体的な議論を部会の中で進めてまいる予定としてございます。

1枚資料をおめくりいただきまして、資料4をごらんいただきたいと思います。こちらにつきましては、本年7月3日に開催した第1回目のこの会議においてもお示しさせていただいた資料でございます。資料4というところの下に囲みで書いておりますが、それとあわせて後ほど説明いたします在宅療養の推進に関する二次保健医療圏における意見交換会、これは各区市町村との意見交換会でございますが、そちらにおいてもこうした資料を活用して意見交換をしているところでございます。この資料につきましては、国から提供を受けた在宅に関する医療需要推計でございます。棒グラフが三つありますが、一番左が2013年の訪問診療の実績、そして真ん中が2025年における医療機関所在地ベースの在宅の医療需要、一番右が同じく2025年患者住所地ベース、これは所在地と書いてありますが、住所地の間違いです。患者住所地ベースの医療需要でございます。それぞれ現状が9万975.9人から2025年には倍増以上の19万を超える医療需要が見込まれるということの推計となっております。

ただ、このグラフの上段に乗っかっている斜線の部分でございますが、こちらについては療養病床から在宅に移行してくる分ということで、現在は療養病床に入院している医療区分1に該当する方の70%、さらには入院受療率の地域差を解消していく分というものがこちらにも入ってございます。あわせて一般病床で医療資源投入量の少ない175点未満の患者数、さらには老人保健施設の入所者数もこちらのほうに計上されております。ですので、19万という数字、全てが在宅というわけではなく、この中に老健の入所者も含まれているという数字となっております。

1枚おめくりいただきまして、資料5でございます。先ほどの東京都全体の在宅の医療需要について、二次保健医療圏ごとの内訳の数字となっております。それぞれ二次保健医療圏ごとに2013年の実績、さらには2025年の医療機関所在地ベース、患者住所地ベースの数字を掲載しているものでございます。

駆け足でございましたが、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。

それでは、事務局の今の説明に対して、ご質問のある方、ご意見ある方はお願いしたいと思いますが。もしあれであれば、山口先生に少しコメントをいただければと思います。さまざまたくさん課題があると思いますが、在宅等のベースという関係でお願いできればよろしいかなと思います。

○山口先生 このグランドデザインが決まったということで、この四つの基本目標でございますけれども、やはり東京は、今、高度先進医療が非常に発達しているということ、それを生かしていくということと、中小病院も含めて東京は医療資源が集積しているわけですから、それを十分生かしていくということが求められていると思います。

その意味で、2番、3番というのは、現在の既存のものをいかに生かしていくかとい

うことと、3番におきましては地域包括ケアシステムということで、一番地域に密着した形の地域包括ケアシステムを充実させていくということが大きな柱になっているということが大事だと思います。

あと、地域医療構想における構想区域に関しましては、病床整備区域と、事業推進区域という形で二つに分けて考えるということになりました。病床整備区域は基本的には今までの二次医療圏を踏襲するというようになっておりますし、事業推進区域に関しましては、これまでも精神科であれば東京都を四つの区域に分けてやるというような形で、それぞれ今後5疾病5事業に関して、それぞれの事業の特性にあわせて生かしていくということになります。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。今、説明をお願いしたわけですが、何かご意見ありますでしょうか。ご質問があれば、この際。

中身において、かなり多方面の議論ができると思いますが、地域医療構想の中でも議論されておりますから、そこは蒸し返さないように、実はこの会ではやっていきたいと思いますが、よろしくお願いたしたいと思います。

どうぞご遠慮なく。清水先生ありませんか。大丈夫でしょうか。

○清水委員 私が、この四つの中で一番大事と考えているのは、この3番目です。特にこの中で、治し、支えるという、この支えるという言葉はすごく大事で、いろいろな支え方がありますが、その例示の中に、この場所でも議論されたことが明らかな項目立てになっておりますので、これからの方向性がはっきりして、それぞれに対して対応ができるのかなと考えております。

もう一つは、やはり地域性がありますので、その辺がこの四角の中の四つ目とか、あるいは五つ目とか、この辺がその地域の特性を生かした形で支えていくという形が良いと思います。もう地域包括ケアシステムは国で言っている大きな形の大きな絵とは違って、それを分解して各地域にあるインフラを生かしながらやっていかれたら良いのかなと思います。既存のものを使うことにしませんと、人、金、物が無いわけですから。知恵を出しながら実践するためには、この3番がこれからやっぱり期待されますし、我々も努力したいというふうに考えております。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

そのとおりでございます。ここにある文書、地域完結型の地域全体で治し、支えるという、そういったすばらしい言葉が盛り込まれて、このようになるように私たちも一員となって努力していかなければいけないなと思っておりますが、いかがでしょうか。

○阿部委員 今の地域を使っていくということは非常にいいことだと思うのですが、最近、私を感じるの、私たちのように専門家とかというよりも、地域の私たちの専門家ではない人たちのほうがすごく元気だなという感じがして、そちらのほうがすごく目

立っているというか、ですから4番の高齢化社会を支える民間の人材の人たちのほうが非常に地域で頑張っていて、その人たちが活躍しているところが光っている。私たちはなぜ反対にできないのかと、時々ちょっと考えることがあって、私たちというのは結構制度とかそういうものに縛られるところがあるのかなという気がします。でも、民間の人たちというのは、やっぱり地域のおばさんたち感覚というか、地域でどこで誰がどういうふうに住んでいるかということをよくわかってらっしゃるので、その人たちのほうが進歩的にいろいろ地域で、例えば私たちが考えた場合、いろいろなことを地域で考えようとする個人情報が云々とかと始まってしまって、そこからなかなか脱却できないところがあるのですけれども、地域の人たちというのは個人情報もなく、昔からのつき合いの中で地域を支えているということを考えて場合、非常に本当に地域が地域で、さっき清水委員がおっしゃったように地域で活躍している人たちのほうが地域らしさ、本当にその方、その地域らしさが出てきているなというように思います。自分たちがその制度の中で、どういうふうに加わって行って地域づくりをしていくかということがやっぱりこれから求められていくのではないかなと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

まさにそのとおりでございます。これは地域医療構想のグランドデザインです。私たちは在宅療養地域型のデザインというのを持っています。もう一つ層が、今言われたようにあるなと思っていて、市民レベル、セミプロレベル、プロレベルという、いわゆるセーフティネットの層があるのだろうなと考えます。その話だろうなと思います。その点をしっかり協議会で議論して、東京都全体にきちっと網の目のように作り上げるのが私たちの役割かなと思います。ありがとうございます。

そのほかありますでしょうか。30分に終わるというふうにしておりますので、およそでございますが。もちろん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が、よろしいでしょうか。

それでは、本日の二つ目の議事に移りたいと思います。在宅療養の推進に関する二次保健医療圏における意見交換会についてでございます。引き続き事務局から一通り説明してもらいまして、そしてその後、委員の皆様から質問、意見などをいただきたいと思っております。それでは、よろしくお願いたします。

○新倉課長 それでは資料6から10までとなりますが、私及び担当のほうから順次、説明をさせていただきたいと思っております。

こちら前回7月3日の第1回目のこの在宅の会議において、その実施方法などについてさまざまご意見をいただいたものでございます。前回の会議からその後、最終的には二次保健医療圏単位に区市町村と我々意見交換会を実施したものでございます。

左側1番として目的とございます。大きく目的が2点ございます。1点目が、地域医療構想の検討に当たり、在宅療養の推進についての意見交換を行うということ。そして2点目が、介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業、これの取り組み状況につ

きまして東京都及び各区市町村間で情報共有等を行うことの2点でございます。

その下においていただいて2番の実施内容でございます。(1)に参加者とありますが、その二次保健医療圏ごとの各区市町村、さらには我々医療政策部、同じく高齢社会対策部、多摩地域におきましては、それぞれの東京都保健所も参加をして意見交換を実施しております。

右側に3番として実施日程とございます。9月4日の区西南部、これを目黒区役所の場所をお借りして実施いたしました。ここを皮切りに、一番最後10月20日、区東部、こちらは墨田区役所の場所を借りて実施いたしました。約1カ月半かけまして島しょ地域を除く12の医療圏全てで実施をしております。島しょ地域につきましては、今月下旬に開催を予定をしております。

こちらの意見交換会でございますが、事務局の本音を言うと、開催する前はかなり意見交換が活発に行われるかどうかというのがいささか不安な部分があったわけですが、いざ開催をして集まってみると、いずれの会におきましても我々東京都と区市町村の間での意見交換、情報交換とあわせて、区市町村同士の情報交換、こうしたものがかなり活発に行われまして、毎回会議の予定時刻を大きく超過をするほど、かなり会としては盛り上がったところでございます。

1枚おめくりいただきたいと思えます。資料7でございますが、意見交換会におきまして、地域医療構想も一つの議題として検討状況についてそれぞれの意見交換会の中で我々のほうから説明をさせていただきました。その説明に対しまして、さまざま主に質問のほうが多かった状況でございますが、その他意見等が出た主なものを抜粋をさせていただきます。左側、地域医療構想全体の話で言えば、特に在宅の関係では7番目ですけれども、中小病院、地域にある中小病院を地域包括ケアシステムの中でどう位置づけていくか、こうしたことが非常に課題であるといったご意見。また右側の上には、在宅医療等の医療需要推計についてでございます。先ほど資料で説明した在宅の需要推計、東京都全体と二次保健医療圏ごとの需要量をお示しいたしましたが、1番目のところにありますとおり、区市町村別のデータが欲しいという意見は、どの会でも意見として出されたところでございます。

その同じ続きですけれども、2番目として、その区市町村ごとの数値がわからないということでは、国からの医療需要推計、在宅の部分についてはなかなか区市町村の取り組みにつなげるには非常に厳しいなというご意見が多数でございました。これは医療需要推計は国から提供されているデータでございますが、在宅の部分についても、実は区市町村ごとのデータというのは我々も提供を受けておりません。国へ確認してもそれはないということでございますので、なかなか二次保健医療圏単位、合計だけの数字だと、やはり在宅の取り組みにこの数値を使って反映をさせていくというのは、なかなか厳しい状況かなというのが区市町村との意見交換の中でも、より明確に区市町村側の意見としても出てきたところでございます。

地域医療構想については以上で、次の資料 8 のほうをごらんください。担当のほうから説明させていただきます。

○菱沼 担当の医療政策部地域医療対策係の菱沼と申します。着座にて失礼いたします。

資料 8 をごらんください。こちらが、在宅医療・介護連携推進事業の各区市町村の取組状況についてまとめたものになります。今回、二次保健医療圏の意見交換会実施に当たり、事前に各区市町村へ在宅医療・介護連携推進事業の（ア）から（ク）の項目の取組状況について調査をさせていただきました。この調査に関しましては、意見交換会後に再度、区市町村へ確認依頼を行い、意見交換会の内容を踏まえまして修正した内容を反映させたものを集計しております。

こちら、意見交換会での意見及び調査の結果といたしましては、まず左側の項目（イ）の在宅医療・介護連携の課題抽出と対応策の検討に該当する会議体をまず立ち上げ、その中で項目（ア）に当てはまる地域の医療・介護サービスの資源把握に該当するような地域の資源の把握を行い始めているというところ、または、現在、医療関係の所管と介護関係の所管で別々に把握している各資源の情報をどのようにまとめていくのかを検討しているというところが多く、その結果が項目の（ア）と（イ）の実施の高さにつながっていると考えられます。

また、より在宅療養の事業に関して具体的な取り組みとなる項目の（ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制、これは厚労省の手引きの中では後方病床確保、いわゆるバックベッドの確保であったり、主治医・副主治医制の導入が例として挙げられております。また、次の項目の（エ）在宅医療・介護関係者の情報共有の支援、これは ICT を使った多職種連携や、医療機関と介護事業者間における共通の連携シートの作成等が挙げられております。こちらの（ウ）と（エ）については協議会で検討を行っている区市町村や、まだ取り組めていない、体制が整備できていないという区市町村など、未実施と回答している区市町村の中でも取組状況の進捗状況に差はありますが、（ア）と（イ）に比較して未実施と回答している区市町村が多いという状況になりました。

また、次の項目の（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援については、設置状態や実施形態はさまざまですが、在宅療養の窓口を開設している区市町村や、地域包括センターで相談対応をしている区市町村があるということで、こちらの集計結果となりました。

また、項目（カ）の医療・介護関係者の研修、また項目（キ）の地域住民への普及啓発においては、各三師会や介護事業者と協力して行っている区市町村が多く、未実施の自治体においては、今後実施予定、検討中、また研修等を行う人材がない等の回答があり、こちらに関しても未実施の中でも進捗状況については差があるという形となっております。

最後に、項目（ク）についてですが、関係区市町村の連絡については、近隣区ごとで

自発的に集まっているところ、また都の保健所で担当者会を開催しているという市がございました。また今回の意見交換会について東京都より国へ（ク）に該当するかどうかというところを確認したところ、区市町村が（ク）と該当すると判断するならば、該当していると考えてもよいという確認を行っているので、都としては（ク）を、都全域で行っていると考えているところではございます。しかし、このことについて意見交換会でアナウンスを行っていたのですが、集計結果が今回のような結果となっており、区市町村によって広域の連携等について判断が異なったという結果と考えております。

また資料を1枚めくって、資料9に関しましては、各項目の各区市町村別の結果を記載したものといたしますので、別途ご確認していただけたらと思います。

私からは以上になります。

○新田会長 ありがとうございます。

もう一つあります。どうぞ。

○土屋係長 続きまして、私のほうからは資料10としまして、在宅医療・介護連携推進事業の取組状況について、意見交換会の中で出た主な意見を取りまとめた資料がございますので、そちらについて説明をさせていただきたいと思っております。

まず、在宅療養全般としては、3点ほど意見等がございました。一つ目が現状把握と目標設定といたしまして、在宅療養にかかる現状把握や将来の需要量、供給量について、幾つかの区市町村では既に独自の方法で分析していることがわかりました。先ほど課長の説明にもございましたけれども、地域医療構想のデータについてはなかなか区市町村ごとのデータがない状況でございます。また資源把握、先ほどの（ア）から（ク）の取り組みについては、資源把握についてはかなりの区市町村が実施しているという状況でございました。区市町村としましては、資源把握にとどまらず、一步進んだ視点で考えているということがわかったというような状況でございます。

続きまして二つ目に、在宅医療・介護連携推進事業の実施に向けた考え方といたしまして、（ア）から（ク）の取り組みについて、とにかく全てを実施することが目的なのではなく、これらを在宅療養の推進のためのきっかけ、手段として活用していくことを認識している区市町村が多くいるということがわかりました。自治体規模が小さい中で、全てを一気にやるというのは難しい状況ではあるけれども、まずは東京都が実施した研修会で医師会などと話をしたことをきっかけに、今後は資源マップをつくり、それを見ながら課題を見つけていきたいというような積極的な意見をいただいたところでございます。

三つ目に関係機関との連携等といたしまして、連携の必要性については認識はあるものの、その連携の状況は区市町村ごとに差があることが判明いたしました。既に医師会と包括協定を結んで連携して取り組んでいる区市町村もある一方で、これから相談していくですとか、ようやく協議会が立ち上がった段階だというような状況も見受けられました。

右側に移りまして、個別の取り組みについては大きく2点ほど意見がございました。一つ目がICTの活用による情報共有についてでございます。こちらは関心が高い反面、関係機関における捉え方、取り組みに対する意識や得手、不得手などに差があることや、各区市町村における個人情報の考え方に違いがあることから、区市町村ごとの取り組みに差があることが伺えました。特に区市町村においては、セキュリティーの問題や個人情報保護の観点から推進が難しいという声、逆に関係職種が多岐にわたるため、多職種連携を取りまとめていくのは行政の役割なので積極的に参加をしているというような声など、さまざまにございました。

個別の取り組みの二つ目としましては、退院支援、自治体をまたぐ入院から地域にスムーズに帰るための取り組みについての意見をいただきました。区市町村によっては地域包括支援センターが退院前カンファレンスに出席するなど、積極的にかかわっていたり、病院から地域に連絡をしてもらう仕組みを既に構築している区市町村がある反面、まだまだ情報共有の仕組みができていないといったところもあり、異なる状況が伺えました。また区ごとのシートでは、病院が複数の区市町村を相手にする中、煩雑になってしまうなど、区市町村をまたぐ対応の必要性を意見としていただいております。

おめくりいただきまして、次に在宅療養に関するその他の取り組みとして、看取りに対する取り組みについて伺ったところ、看取りについては、住民の意識・関心は高まっております、その中で一部の区市町村では取り組みが進んでいる状況であることが把握できました。具体的にはシンポジウムや講演会を実施している、リーフレット、エンディングノートを作成している。また地域資源マップの項目の一つに、その施設の看取りの対応の可否についての情報を掲載しているなどといった具体的な取り組みを伺えました。さらには広報で終末期医療の特集を組み、在宅看取りを選択した方の家族と、それを支えた訪問看護師のインタビューを掲載するといった取り組みも見受けられました。

このように、住民の意識としては受け入れられてきており、行政の取り組みもタブー視していたものが徐々に進んでいる状況でございます。市民の普及啓発は重要なので、東京都としても全都的な取り組みをお願いしたいという意見もいただいております。

最後に東京都への要望として右側にまとめております。区市町村からさまざまな意見をいただきました。内容としましては、診療報酬など実務的な内容について研修を実施してほしい。また現状把握をするためのデータやデータの活用方法についての情報が欲しい。さらには、いつも言われることではございますけれども、長期的スパンの補助をお願いしたいなどといった要望をいただいております。また、今回の意見交換会については、他の区市町村の取り組み状況がわかってよかった、今後も情報提供をしてほしいという意見をいただきました。さらに区市町村同士の意見交換も非常に活発に行われまして、このような他の区市町村と意見交換できる場を今後も設けてほしいという、うれしい意見もいただいたところでございます。

事務局からの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。

大変これは重要な取り組みだったというふうに思っております。今、在宅医療で（ア）から（ク）の課題を30年まで行うという話になっておりますが、やっぱり市町村は混乱したわけでございますよね。市町村において非常に差がありまして、一体どこから手をつけていかどうかもわからないという中で、こういった意見交換会があって、そしてその中で、もう一回それぞれ市町村の方も含めてどこに向かうのかというのがここで提示されているというふうに思っております。

そこで、江戸川区と足立区の前田委員と依田委員がこの会に参加をされているということで、まず意見を伺ってから皆様の意見を伺いたいと思います。

前田委員、よろしくお願ひいたします。

○前田委員 江戸川区の前田でございます。私ども、区東部医療圏につきましては、10月20日に江戸川、それから江東、墨田区さん、3区と東京都さんで、この会議を持ったわけですが、内容につきましては、現在取り組み状況なのですが、資料8にございますが、これが現状区市町村の取り組み、全体どれぐらい取り組んでいるかというところがありますが、おおむねこういうものかなというふうには感じます。ただ、12ある医療圏の中でやはりそれぞれ特性がありますので、やはりそれぞれの中の特性に応じた話し合いがされたのだろうなというふうには思っているところでございます。

全ての話の内容というのは非常に長くなってしまいますので、簡単にどういった状況だったかというのを申し上げますと、既に地域の医療介護サービス資源の把握、それから、八つの項目がございますけれども、在宅医療・介護連携の課題について、これは要するに協議会、検討会議体の開催ですが、おおむねその部分はそれぞれ取り組みが始まっているというふうには感じているところでございます。ただ、幾つか課題があるというところでは、医療資源の把握といっても単に区、あるいは二次医療圏の中では把握し切れない部分、特に最近、訪問診療に特化したような医療機関、これがまたさらに規制緩和で診療所の要件なんかかなり緩和されるというふうには伺っておりますので、やはり二次医療圏、あるいは区の中だけで把握が完全にできるかというところ、非常に難しい部分もあるのではないかなと感じているところであります。

また、やはり一番課題となるところでございますけれども、ここで言いますと、（ア）から（イ）、（ウ）ですが、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進、やはりこれは一番大きな課題になるのかなというふうに思っているところでございます。当然、三師会中心に取り組んで、あるいは訪問看護の事業者さん中心に取り組んでいただくことになると思うのですが、今、医療機関の現状を考えますと、例えて言えば医師会の会員の先生も診療所とお住まいが別、例えば江戸川区内に住んでらっしゃっても、お住まいは都心のマンションに住んでらっしゃるというようなケースはかなりふえておまして、これは在宅医療に限らず災害医療でも課題となっているところなので、そういった課題というところもあろうかと思っております。

やはり、地域の医療資源の把握ということに関して言いますと、やはりまだまだ課題が多いのだろうなというふうに感じているところでございます。

しかしながら、やはりこの会議の中で、我々区東部の医療圏の中でのそれぞれ3区の抱えている課題等は明らか、やはりこういった情報交換することによって明らかになってまいりますので、ぜひ今後とも、特に広域行政を担当している東京都さんと連携を取りながら、お互い情報交換をして、今後もこういった会議体に取り組んでいきたいというふうを考えているところでございます。

以上です。

○新田会長 少し質問したいのですが、ここの中で資料7でも出ているのですが、地域資源の把握の場合、区を越えた医療資源の利用を考えて在宅医療の推計が必要ですが、実際、在宅医療等の医療需要推計等は江戸川区はお持ちですか。

○前田委員 東京都さん、二次医療圏の分については……

○新田会長 いや、二次ではなくて江戸川区としてつくらなければいけないわけですね。だから江戸川区の推計はお持ちですか。

○前田委員 ざっと推計したものは持ってはおります。

○新田会長 その方法を少し、もしよければ簡単ですが教えてほしい。なかなか先ほどの説明がありましたけれども、各区市町村でその推計がなかなか出せないという課題が先ほど言われたと思いますが、もしあれば。

○前田委員 これは二次医療圏、本当に簡単なものです。二次医療圏に出していただいたものを人口割にして、およそどのぐらいかという程度のものでしかまだ把握はできていないところです。

○新田会長 わかりました。

足立区の依田委員、よろしく願いいたします。

○依田委員 足立区の高齢サービス課長をしております依田と申します。よろしく願いいたします。

今回のこの意見交換会ですけれども、非常に私どももありがたいお話だと思っております。資料9の一番右端にありますけれども、近隣の区市町村との連携でやっておりますかというお話の中で、23区の中では目黒、大田、世田谷、渋谷だけが○がついていて、後はノーマークというのが現状でして、特別区の課長会、私は高齢福祉と介護の代表で来てますけれども、特別区の課長会においても、実は23区を5ブロックに分けて話し合いをしていますが、その5ブロックと二次医療圏がマッチしてませんので、足立、葛飾はブロックも一緒なのですが、荒川は実は二次医療圏は一緒ですけれどもブロックだと別になるということで、それが多分ここに如実に出てきているのかなと。

そうした中で、東京都のに新倉課長さん始めスタッフの皆さんにこういう場を設けていただいて、現状の把握の意見交換もそうなのですけれども、東京都の方と直接2時間だったら2時間詰めてお話をさせて意見交換をさせていただく機会がないというところ

もこれまでの経緯でありますので、今回、意見交換会で特別区同士というのもそうなのですが、東京都の方とお話をできるというのも貴重な時間だったと思っております。

いろいろ問題点は当然あると思っております、例えば今、会長のお話の在宅診療の数というところについても、足立区としては足立区としてのアバウトなつかみ方というのを今してはいますが、なかなかそういうのも特別区の課長会の中においても意見が割れているというか、なかなか出てこない部分でもありますので、足立区としては在宅医療が必要な方というのは多分要介護5、4、3のあたりの付き添いが来られない方というのが多分対象になっていくのだらうなというところで、足立区は要介護、要支援の方で3万人今いらっしゃるのです、その中から少し抽出をしていくという考え方が一番妥当なのではないかなということでは検討を深めているところでございます。

私からは以上です。

○新田会長 貴重な話、ありがとうございました。

私からも一つですが、二次医療圏というのはとても大切な話なのは、恐らく足立区だけで対応できない二次医療圏で病院へ行きますよね。そのときに足立区の人がどこまで戻ってどうするかという推計をどうされるのかなという、それが無い限り、区の地域包括の計画ができないと思っているのです。そこがない中でどの様に工夫され、皆さんが出しているのか、雑駁な数字でも宜しいですが。質問ですが、よろしくお願ひします。

○依田委員 今の会長のご質問にお答えになっているかどうかというのはあれですけども、例えば特別養護老人ホームも足立区内に収まり切らずに、近隣市どころかずっと遠くまで行かれています方もたくさんいらっしゃいます。今、足立区にどれぐらい帰ってくるのというところについては、当然やっていかなければいけないのですが、介護保険のサービスの状況で把握をしていくのが一番わかりやすいかなと。サービスの介護保険のデータでいけばサービスをどこで提供しているかというのがわかってきますので、足立区で被保険者になっていて、足立区でサービスを利用している方という抽出が多分一番わかりやすいのかなと思っております。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、皆さん全体の意見、討論に入りたいと思いますが、どうぞご遠慮なく発言していただければと思います。よろしくお願ひいたします。

山本委員、今、私はわざと区の話をしていろいろ聞いたのですが、区とやっぱり多摩の違い、状況がいろいろあって、推計値もやっぱり違うと思うのです。そういう中で区はどうされるのだらうと。例えば人口推計など区も減るところはありますよね。減る中で要介護をそのまま見ているだとか、多摩地区はふえるところもあるし、そういう物すごい東京都は広いので、それを今、先ほどの雑駁な厚労省推計、二次医療圏推計で私たちの在宅医療の構想はできないなと思っているわけです、結論から言うと。そこでもう少し皆様にご意見を伺って、こういった場所で反映していきたいなというふうに思っているわけで、そういうわけでよろしくお願ひいたします。

○山本委員 この推計、本当に難しいと思います。先ほど、医療構想でも10年後2倍必要だという在宅医療資源の、老健も含めてですけれども、その推計が、これは粗い数字ですけれども、それが区市町村ごとにどう把握していくのか。一つ、今依田委員がおっしゃられたように、居宅療養管理指導の推移を見ていくというのが一つの方法だと思いますけれども、それとあと医療制度の流れで退院支援の話が後から出てきますけれども、どれぐらいの方が帰ってきて、居宅療養管理指導がどれだけふえていくのか、そういう推計も含めて区市町村ごとの推計をどう推計していくのかというのは、もう少しこの会議でも詰めていく必要があるというふうには感じました。

それと資料の説明では、資料9については区市町村が自分たちが主催でやっているものと、例えば多摩地域等では大きな総合病院が認証疾患医療センターの働きも含めて、二次医療圏の単位で医療・介護連携の多職種連携の研修をやっていたりとか、いろいろな動きが今ありますので、区市町村主体でやるものと、二次医療圏で大きな病院単位とか、もしくは医師会も含めてですけれども、いろいろな取り組みが行われているので、そういった多様な主体の取り組みをどう区市町村が把握して、地域の人たちに周知していくのか、そういうことも含めて取り組み状況の把握を見ていく必要があるなど、そういうふうな感想を持ちました。多分、区市町村は把握してない動きも二次医療圏の中では病院等で行われていると、そういうことも含めて考えていくべきだというふうに考えました。

資料10で、これは逆に私、東京都の事務局のほうにも確認したいというか、お聞きしたいのですけれども、ICTの活用による情報共有はかなり意見が分かれるところで、個人情報保護の観点も含めて、いろいろな方法も含めてICTの活用というのがどれだけ政策的に推進されていって、どういう予算規模でどういうふうに自治体として捉えていけばいいのかというのは、これは東京都の方針があればお聞かせいただきたいということ。これはかなり自治体の中でも今議論があって、予算も見えないし、どの範囲でやればいいのか、それで介護事業者もどの範囲で取り入れればいいのか、これはいろいろな議論があるところなので、方針があれば教えていただきたいということがございます。

あと最後に1点。退院支援については、これは東京都は退院支援マニュアルをつくられておりますので、そういった退院支援マニュアルの作成も含めて、東京都全体としての動きと、あと区市町村で今動いているところもありますので、それをどう調整をつけていくのか、これはもし方針があれば確認できたらと思います。

○新田会長 まずご質問としては、ICTと退院支援の二つでよろしいでしょうか。ICTに関して、では新倉課長、よろしくお願ひいたします。

○新倉課長 ICTの取り組みに関しましては、今回、昨年の法改正で成立をいたしました、消費税の増税分に伴う増収分、これを財源とした基金、地域医療介護総合確保基金というものがございます。この基金を活用いたしまして、昨年度から東京都では地区医師会に対する支援事業として、一つ新たな取り組みを開始したところでございます。こ

の取り組みの中では、地域で在宅療養患者を支える医療・介護の多職種がICTを活用しながら、リアルタイムの情報共有をしてチームとして対応していくというものを進めていくものがございます。ただ、やはり事業を進めていくに当たって、ICTの導入ありきで進めてしまうと、結果、使われなくなってしまうといったようなことがございます。そのため、事業の取り組みの中の一つに、まずはICTの導入の前に、地域の医療・介護の多職種での顔の見える関係をつくるための検討会、これをまず立ち上げていただいて、その検討会の中でどういう目的で患者のどんな情報を共有をするのか、これをまず先に話し合ってくださいことにしております。その上で、その検討の結果を踏まえたICTの導入を各地域ごとで進めていただいているところでございます。

昨年度、補正予算、12月議会で補正予算を成立させまして、1月末から事業の取り組みを開始したところでございます。このため平成26年度は医師会の数も二十ちょっとの医師会の数でしたが、今年度は40を超える地区医師会のほうから事業の取り組み予定ということで今伺っておりますので、かなり進んでいく、これから進んでいく。東京都と東京都医師会との調整の中では、平成28年度には全ての地区医師会で実施をし、平成29年度には安定的運用を目指すということで、今、ともに働きかけなどを行っているところでございます。

もう1点、退院支援の東京都全体の取り組みとしてでございますけれども、平成25年度に、委員がご発言あったように、委員も作成に携わっていただきましたが、退院支援マニュアルというのを作成をいたしました。その後平成26年度にはつくったマニュアルが本当に機能するのかということで、都内の三つの病院でモデル事業に取り組んでいただきました。今年度、その結果を踏まえて、マニュアルの見直し作業に入っております。大きなもちろん見直しではないのですが、モデル事業を通して得た部分についてマニュアルのさらなる充実を今検討を進めているところでございます。あわせて、マニュアルを活用しました研修というのを都内の全病院を対象に、今年度から退院支援の研修を開始しております。今年度は200病院を対象に実施をいたしまして、都内全ての医療機関が受講できるよう、今年度さらには来年度以降、研修を継続していく予定でございます。

少し長くなりましたが、以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

東京都医師会におかれましては、平川委員が中心となってICTを運用されてございますので、先生、コメントがあればと思いますが。

○平川委員 悩み多い質問ですね。先ほど言った基金を使いながら、各地区医師会のほうにこちらもお願ひして積極的に進めている身ではありますが、なかなかそう簡単ではないというのと、どこまでこれが続けられるのかとか、残念ながら各地区でシステムがばらばらになってしまっていて、横串がさせるような状況ではないものですから、非常に気兼ねしています。

専門家に言わせると、将来それがつながるような仕組みも十分考えられるとは聞いているのですけれども、そういう点でまだ曖昧としています。ただし、先ほど課長からお話が合ったように、この取り組みをすることを契機に、地域の様々な職種を含めて、事業を進めるためテーブルに着くことができ、いわゆるデジタルの仕組みを作るのですが、実はアナログの形での人間関係というのがつくられていくという形では、よかったですと思います。それにしてもはちょっとお金がかかり過ぎかなという気がしますが、ただとりあえず今各地区医師会では全都的に進めることを勧めております。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

8月に、イギリスのリーズに地域医療をなされている澤先生がいます。そこを見に行きました。イギリスでも進められてまして、現在クラウド、その他2つのサーバーが合同しています。全てがクラウドも全部含めて。恐らくでき上がった先があそこかなと見えました。それはプラクティショナーナースという看護師さんが中心としたデータを集積して、そこを医師等で地域の介護士も全部行政も活用しています。そんなようなシステムができ上がっておりまして、東京都は広うございますから、またちょっとそれは一歩一歩進めていただきたいというふうに思っております。ありがとうございます。

退院支援に関しては大丈夫でございますね。

何かご質問等々、ご意見があれば、どうぞ。

○宮崎委員 この資料7の地域構想についてというところで市区町村担当者から集まった質問、意見というところで、5番と7番が象徴的だなと思えました。5番は住民が地域外の病院を利用することが多く、地域包括ケアシステムを進める中でジレンマを感じるというもの。7番は、中小病院を地域包括ケアシステムの中でどう位置づけていくかが課題であるということ。行政側の方たちが感じられている率直なことだと思うのですが、この中で、5番に関しては、住民は地域外を利用することが前提の発想を持っていて、まずはその現状を理解する、その上でどんな役割が行政側にあるのだろうかというところに着地しなければいけないのかなとも思います。7番については、在宅療養体制が進むに従い、例えば難病の患者さんなども在宅でどんどん見る中では、レスパイト先すらないような患者さんが発生します。そのときに中小病院は、なくてはならない存在だと思うのです。そういった確実に必要となる姿というものが、見えた上で進んでいくことが重要だと思うのですが、そのあたりの情報がまだまだ不足しているのかなとも思います。

こういった視点は医療サイドの立場ですと当然のことなのですが、医療にかかわらない立場ですと全く見えていない場合がある。そのギャップを埋めていく必要があるのではないかと感じました。

○新田会長 ありがとうございます。

今、とても鋭い質問でございますが、住民が地域外の病院を利用すること、当然のこととするというご意見でございましたね、今。

○宮崎委員 当然ではないのですが、ここにジレンマを感じると行政担当者が思われているということは、地域包括ケアというものの中に地域住民をどうやっておさめ込んでいったらいいかという発想で見ているのかなと思いました。住民の意識はもっと流動的なものだと思うので、その流動性の部分ですね。つまり、行政担当者から患者さんという存在が抜け落ちてしまうと、それが見えなくなってしまうのかなと感じたということです。

○新田会長 これは呉屋先生にお聞きしたいのですが、もちろん大学病院等の特殊病院と地域病院とさまざまな病院のシステムがあって、そしてその住民というのは特定の病気に対して特定病院に行く。これは当たり前の世界で、もう一つの違った世界を含めて、地域包括システムの中における病院等々の問題、そういったようなさまざまな課題、今言われたと思いますが、先生、ちょっとご意見を伺いたいと思います。

○呉屋委員 呉屋です。大学病院ですと仕事をしてきた立場なのですが、やはり地域で患者を診るという、このグランドデザインの3番ですね、これを考えるときに、もちろんグランドデザインの1、2と3とは全部どれも独立しているわけではないのですが、おのずからやっぱり役割の分担というのはあるだろうなというふうに思っています。1、2は日本の医療、東京都の医療を支えるためにどうしても必要なものですし、これはこれとして機能していただかないといけないのですが、もう一つ地域型の病院の役割をしっかりと補足して助けるという視点も必要だろうと思います。

先ほど私自身もこれは、それぞれの単位で現場から病院の機能を分けていくというのは重要だろうというふうに思っているのです。ちょっと自分のことにつながって申しわけありませんが、武蔵野、三鷹地域で在宅医療・緩和ケアカンファレンスというのをつくっていますが、それはむしろ大病院とのつながりよりも地域病院とのつながりを重視した多職種グループです。ですから、患者さんを直接支えるという意味では、そういった地域のグループが中小病院と連携していく。そういう体制がとても重要だなというふうに思っています。

一方、先ほどお話が出ていました、在宅医療需要の推計ということなのですが、現場感覚で見れば幾つかカウンタブルな範囲の数が動くのでわかりやすいのですが、市町村となると大変だということで、なかなか推計値が出ないという話が出ました。

一方、逆に考えてみると厚生省はどうやってこの推計数値を出したのでしょうか。この出し方は正しかったのでしょうか。何が大きくて何が小さいという意味で見れば、県はこの二次医療圏から見れば都道府県は十分大きい。患者が先ほどご意見がありましたように、十分なそういう医療圏を越えて移動しますので、当然そういうことを前提にこの推計などをしなくてはならないと思うのですが、厚労省はそういったことを踏まえた科学的な分析をしたものと思います。

そうやって見て見ますと、何が大きくて何が小さいの話ですが、市町村もそれは可

能ではないかなと、同じ手法を用いればというふうな気がしてならないのですが、その厚労省の推計手法を科学的根拠があるのならば、その分析手法そのままをもってくればできないのかなというのが議論の中で感じながら聞いていたところです。

当たっているか当たっていないかわかりませんが、患者さんがいろいろな地域を越えて移動するということは当然です。ただ、患者さんも病気の時期によって移動の大きさが違いますから、グランドデザインの1、2も必要だけれども、3ももちろん必要で、3が一番重要なポイントだろうというふうに思います。意見が足りているかどうかわかりませんが、私の意見です。

○新田会長 ありがとうございます。

恐らくこれは区市町村が東京都に期待するものもありますので、ぜひその方法も含めて検討して、ぜひ。

どうぞ。

○山口先生 地域医療構想の策定部会で出ているのは、やはり二次医療圏ごとの患者さんの移動というのはかなり大きいのです。特に例えばがんとか、そういうものでかなり大きく移動しているということが、二次医療圏の患者さんの移動ということでもわかっています。

ただ1都3県、ほかの3県、千葉、埼玉、神奈川から東京のほうに流入しているということもわかっています。ですから、この5番のところに関しては、やっぱり現状を二次医療圏で全部完結させるということは不可能だというのが策定部会での見解です。そのために、先ほどの構想区域に関しては二つに分けようと。事業推進区域というのを設けたのは、そのために余り今までの二次医療圏の中で全て完結させるということを考えないということで事業推進区域というのが考えられるというようにお考えいただきたいと思います。

大事なのは、この7番のやはり中小病院を地域包括ケアシステムの中でどう位置づけるかと。策定部会ではやはり病床をどうするかというのがやはり一番大きな話になりますので、そうすると高度急性期とか急性期という話がどうしても前面に出てしまうのですが、実は大事なのは、地域で受け皿となるこの中小病院、地域包括ケアシステムをきちんとつくることが恐らく東京にとってはすごく大事なことで、逆に今、十分できてないわけですね。ですからここをきちんとつくれば、はっきり言うと大学病院はもう十分機能してますので、そこをどうやって地域に最終的に受け入れてあげるかというところを今後東京都市部からつくっていくべきだと思ってますけれども。

○新田会長 ありがとうございます。

まさにそこが私たちの役割だなというふうに思っております。そのほかご意見は。

どうぞ。

○千葉委員 高齢者の方に近いところにいる者として、ケアマネジャーから見ますと、大病院とかに行くようなご病気はかなり特殊だろうと思います。実は日常的な疾病、これ

をこの地域包括ケアシステムの中で身近な地域で見たい。特に認知症がありながらも一つのご病気がある方、精神疾患を持ちながらやはり内科の疾患がある方、この方たちが地域の中で見ていかれる、そういう構想をぜひ実現していきたい。そして、その地域地域で差があるかもしれませんが、もう退院はしなくてはならないということに直面をするのは、もうきょうであったりあしたであったりしますので、ぜひこのところを急いでいただきたいというふうに感じます。

○新田会長 重要な視点ありがとうございます。

どうぞ工藤委員。

○工藤委員 今のお話と関連があるかどうか。

最初に宮崎委員がお話ししてくださったこと、やはり患者さんであったり家族であったりという立場のことがどれだけ反映されているのかなというので、先ほど東京都への要望という中にグループワークなどで研修を取り入れて、行政と医師会などが一体になってというお話あったのですが、行政と行政のつながりのほかに、やっぱり行政と地域の住民の方とのつながりもあると思うのですけれども、今回、江東区の在宅療養の協議会や研修会にちょっとご縁があってお邪魔する機会があったのですが、研修会の中に地域の住民の方も入っているような会があって、みんな同じテーブルで一緒に話す中で、このような意見を住民の方は思っていたんだなということとは逆に、住民の方も医師会の先生はこんなふうなことを考えながら日々診療されていたんだというようなことがあり、研修会1回終わって次どうしようかと江東区のスタッフの方とお話をしたのですが、要望としてはもっとやってほしいと。講演会とか研修会だけではなくて、もっとみんなと同じテーブルで話したいのだよというような意見が出て、政策を進めていく一方で、地域の皆さんに知ってもらおうというところでは、シンポジウムとかパンフレットを配るというだけではなくて、何かそういうきっかけづくりとか仕組みづくりみたいなものも必要なのかなというふうに、すごく感じているところではあります。

○新田会長 地域住民の意識啓発、実は一番重要な話でございまして、今の医療構想の中に先ほど宮崎委員が言われましたけれども、実際は75歳以上の方が病院へ行く確率というのは本当に少ないのですよね。救急車で行くのは年に1回あるかないかという話でございまして、そうすると、そここのところだけは急性期病院を話題にしてやっていると話が崩れてしまうということもありますので、全体としていかなければというふうに思っています。

また一方で、急性期のそこはそこで先ほど山口先生も言われましたような、地域医療構想の中で進める、これはこれでセーフティネットとして進めると。そういう話だというふうに思っているのでしょうか。ありがとうございます。

○渡辺委員 住民への普及啓発という面では、現在、私、東京都医師会と東京都と多職種連携連絡会というのを持っておりまして、これが医療介護の専門職20団体とお互いに同じプラットフォームというか、情報共有の上でパンフレットを作成しています。そして、

来年3月19日ですけれども、市民公開講座というのも予定しております、まさに今いろいろアイデアを練っているところです。そしてそのパンフレットはまずわかりやすいものをとということで、各団体が2ページぐらいで全部で50ページぐらいになるのですけれども、親しみやすく中学校2年生ぐらいのレベルでも理解していただけるというような内容で、まずは何万部になるかわかりませんが、まず今年度じゅうにつくって、そして来年度以降もブラッシュアップしていきたいと考えております。

それができ上がりますと、でき上がるのは恐らく来年の3月4月になると思いますが、かなり住民の方への働きかけもできてくると思いますし、それをきっかけにして市民公開講座、来年度以降もやっていこうと思っておりますので、皆様方の介護の専門職の方々のご協力を得て現在何とかアプローチしようとしているところです。

それともう一つ私のほうからいいでしょうか。今までの在宅医療介護連携の事業に関して、医師会から声をかけてほしいとか、取り組みを進めてほしいとか、非常にご期待いただきましてありがとうございます。こういう12の地区で非常に詳しいデータを出していただきまして、大変参考になりますので、早速あした理事会がありますので、これも出させてもらいたいと思いますけれども、我々がなかなか困難に思っている一つに、在宅専門医をどういうふうにして同じ情報共有の場にこれからの地域包括ケアを進めていけるかということを考えております。来年4月から外来を持たなくてもいい在宅専門のそういう枠組みができるということに、今予定されておりますので、そうなった場合には本当にどこにその医療機関があって、どのようなドクターがどのようなノウハウを持ちながらやっていくかということが、それぞれの医療機関、個別に進めていかれると非常に標準化されたものでないものが出てきてしまう可能性があるので、そこら辺を東京都医師会という、その枠組みの中で日本医師会とも話し合いながら、何とかよいシステムができればなど考えております。以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

きょうの意見交換会の資料、まさにこれ、地域をつくる基本の基がやっここででき上がって、ここにあるさまざまな意見、そして先ほど土屋さんから最後に報告していただきました。あれをどう具体化するかというのはとても大きな作業ですよね、全てのもので、これが残っております。これを議論すると数時間かかる話でございますから、きょうはこのぐらいにして、次の課題に移っていきたい。これはもう我々に課せられた大きな課題がここに出たというふうに思っていますけれども、事務局これでよろしいでしょうか。

○新倉課長 ありがとうございます。会長がおっしゃったとおり、今回、島しょ地域はこれからですが、12の医療圏を回らせていただいて、全ての区市町村の方々との意見交換をさせていただきました。ある意味、この意見交換を通じて共通理解、共通認識が得られたこと、先ほど資料10のところでございますが、量的な目標設定も必要であるということ、また地域支援事業、この在宅医療介護連携推進事業、(ア)から(ク)、こ

れをただ全部実施すればそれで終わりではないのだよと、さらにその上の上位の目標がまだあると、そこを目指して取り組む上でのプロセスとしての、この（ア）から（ク）なんだよといったようなことが共通認識が持てたというのが非常に大きな成果だったと思っております。

ただ会長がおっしゃったとおり、これはようやく今スタートラインに立てたと、共通の土俵に共通のレベルで立ったというところが正直なところかもしれません。これから来年度、これをきっかけに取り組みはさらに進めてまいりたいと思っております。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは次に移らせていただきますが、よろしいでしょうか。

本日三つ目の議事に移ります。平成27年度第1回小児等在宅医療検討部会についてでございます。事務局よろしくお願いいたします。

○菅原 それでは、小児等在宅医療検討部会につきまして説明させていただきます。

資料11と12をご覧ください。小児等在宅医療検討部会につきましては、今年2月に開催されました平成26年度の在宅療養推進会議におきまして、設置を承認していただきました。その後、委員の選定、依頼をいたしまして、資料11の記載のとおり、委員と幹事を決定させていただきました。

部会長といたしましては、昨年度まで救急災害医療課のNICU等退院支援検討部会の部会長を務めておられました、日本大学医学部准教授の細野先生にお願いをしております。また、こちらの在宅療養推進会議からは、会長の新田先生にオブザーバーとして入っていただいております。また、本日ご欠席でいらっしゃいますが、同じく在宅療養推進会議委員の秋山様にも委員として入っていただいております。

第1回の検討部会につきましては、8月6日に開催をいたしました。第1回の部会では、出席していただいた委員の皆様方一人一人にご発言いただき、ご自身の立場から日ごろ感じられている課題や日ごろ考えられていること、問題になっていること等、貴重なご意見を多数いただきました。

現在は、第2回の部会に向けて、事務局で課題整理等を行っているところでございます。

次のページの資料12につきましては、第1回の検討部会の資料でございますので、こちらは参考までにご覧いただければと思います。

事務局からは以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

小児等在宅医療に関して、今まで小児等、小児科等で行ってききましたが、この在宅療養推進協議会等で中に入って一緒に部会として成立することになりました。

これは重要な課題でございます。厚労省も含めて今、小児等在宅医療をきちんと進めていく体制をどうしていくかというのをつくっているところでございます。東京都は実はさらに進んでいるのですが、なかなか進めることが実現がなかなかできませんでし

た。そういうことで、もう一回ここで検討し直そうということで、このように立ち上がっているというふうに思っただけだと思います。

何かご意見等がありましたら、よろしく願いいたします。

小児等は、特別に例えばどういうふうに想定されるかということで、結構小児等は人工呼吸器等、重度化した人たちはそのまま在宅へ帰られる方が多いのがおわかりだと思います。その方たちを誰が地域で見るのかという中で、今までやっぱり小児科直系という話でなかなか進められてない段階で、大人等を見ている先生にもそこへ入っていただく。それで小児等の先生にはそれをちゃんと指導していただこうと。逆に言うと、そういう中で在宅を広めようと、そんなような形で考えてもいいかなというふうに思っておりますが。

どうぞ、ご意見ありますでしょうか。報告事項だけでよろしいでしょうか。

わかりました。またこれも逐次、会議があつてその後の報告をこの会で皆様に出したいと思っています。よろしく願いいたします。

○阿部委員 今在宅につなげるというところが今、主になっているのですけれども、やはり最近是在宅のホームが随分充実して、まだまだ足りないのですけれども、それでも充実してきてまして、在宅で人工呼吸器をつけながら生活している子供もふえていますのですが、次の課題として、就学時期になったときに、地域で受け入れていく就学支援というのがかなりまだ地域差があつて、行政の違いがかなりあるのです。やはり、行政がやっぱりどうしても主導的になっていただかないと難しい部分というのがありますので、やはりそこら辺は全体でせつかくこの今、地域包括、あつたので、その辺の一緒に含めて行政が考えていけるような形を率先して就学にかかわっていけるような形をつくっていただけるとありがたいと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

恐らく意見交換会ではあつたのではないですか。大人だけではなくて子供も含めて地域包括という話があつたというふうに思っておりますが、よろしく願いいたします。

それでは時間もどんどん進みますので、次に行きたいと思います。

四つ目の議事でございます。福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムのあり方検討会議の中間報告です。よろしく願いいたします。

○山口課長 福祉保健局高齢社会対策部計画課長の山口と申します。よろしく願いいたします。

地域包括ケアシステムにつきましては、本日ご報告のグランドデザインにおいても四つの目標の一つに位置づけられているところでございますが、私のほうからは先月28日に公表いたしました地域包括ケアシステムのあり方検討会議の中間のまとめ、いわゆる中間報告の概要についてご説明を申し上げます。

資料の13をごらんください。今から10年後、いわゆる団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となります2025年を見据えまして、東京都は昨年12月に策定しました

東京都長期ビジョンにおきまして、特養6万床、老健施設3万床、認知症グループホーム2万人分などの介護基盤の整備目標を定めるとともに、高齢者が介護や支援が必要になっても住みなれた地域で暮らし続けるための地域包括ケアシステムの構築を政策目標に掲げたところがございます。さらに本年3月に策定いたしました第6期の東京都高齢者保健福祉計画におきましては、地域包括ケアシステムの構築に向けて医療と介護の一層の連携による在宅療養の推進を始め、総合的な認知症対策、あるいは介護人材の確保対策など、六つの重点分野を定めて、現在これに基づき必要な施策を実施しているところがございます。

その後、本年6月には民間の有識者会議でございます、日本創成会議から東京圏で13万人の介護難民が出るといったような指摘が大きく報道されるなどございましたけれども、東京には多様な企業や人材が集積しているといった強味もございますので、それらを生かした東京にふさわしい地域包括ケアシステムのあり方について、舛添知事の言葉を借りれば、衆知を集めて検討するというところで、本年7月でございますけれども、福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムのあり方検討会議というものを設置したところがございます。

資料の下段にスケジュールがございますとおり、7月から9月まで4回会議を開催しまして、そこまでの議論を中間的に取りまとめまして、また11月以降、さらに4回ほど会議を開催して年度末には最終報告を行う予定としております。

おめくりいただいて資料の14でございますが、左側には検討会議の構成員の名簿を記載してございます。分野がございますとおり、福祉、医療に加えまして、労働・経済、まちづくり、マスコミ等々、非常に幅広い分野の有識者にご参画をいただいております。右側には各回のテーマと議事内容を記載してございますけれども、第1回につきましては、冒頭で舛添知事も出席しまして、総論的な議論を行いました。第2回から第4回までそれぞれ医療と介護、介護予防と生活支援、高齢期の住まい方ということで各論の議論を実施してございます。7月30日の第2回の会議では、秋山正子先生から「暮らしの保健室の取り組み」をご報告いただきました。また、10月の中間のまとめ以降も、既に後半戦の議論に入っております、先週の金曜日でございますけれども、11月6日の第5回の会議では、新田先生、平川先生にもご講演いただいたところがございます。

次に資料の15でございます。こちらが10月にまとめました中間のまとめの概要というところがございますが、中間のまとめをした目的としましては、9月までの議論を踏まえまして見えてきた課題、考えられる対応策、そして今後の議論の方向性ということで取りまとめまして、都としての新たな施策展開や、後半戦の議論につなげるという趣旨でございます。なお、中間のまとめの報告書のほうは、本文で25ページの文章と、それから16ページほどの資料編からなります冊子となっております、きょうは概要版の配付にとどめさせていただいておりますが、本文のほうはホームページ等でごらんいただけるようになってございます。

資料15の中ほどに、第2部としまして検討会議の議論の展開というところ、ここが言ってみれば中間のまとめの肝の部分でございます。医療と介護の分野では、介護職員の腰痛問題等を背景にしまして、ロボット介護機器の効果的な活用に向けたモデル的な検証ですとか、地域での看取りに着目した支援や研修の必要性などが提言されております。中ほどの介護予防と生活支援の分野では、住民参加による地域ぐるみの介護予防、健康づくりの推進や、認知症になっても在宅生活を継続するためのケアモデルの普及などが提言されております。また右側の高齢期の住まい方につきましては、空き家等の既存ストックの活用を含めた低所得高齢者等の住まいの確保ですとか、住民同士が支え合う多世代共生の住まい方などが提言されたところがございます。

今後、後半戦の議論に向けまして、不足が深刻化してます介護人材の確保策や、いわゆる介護離職を防止するための仕事と介護の両立のための対策、あるいは高齢者とは異なる課題がございます若年性の認知症対策など、さらには入居者の高齢化が進みます大規模団地の再生のあり方といったような、いずれも重要な論点につきまして、引き続き検討を行うこととしております。

そして、この中間のまとめを受けての都としての対応でございますけれども、幾つか具体的な提言をいただいている事項につきましては、年度末の最終報告を待つまでもなく、可能な範囲で来年度予算に盛り込むことを現在検討中でございます。具体的には、この後別途ご説明をいたします、暮らしの場における看取りの支援を始めといたしまして、ロボット介護機器の試行的な導入ですとか、認知症の在宅でのケアモデルの調査研究などの事項につきましては、局の予算要求に盛り込むべく、今努力しているところでございます。

今後、財政当局や知事の査定を経て、最終的には都議会での審議、議決というプロセスがございますので、今の時点では確定的なことは申し上げられませんが、ここで提言された内容のできる限りの予算化、事業化に努めてまいりたいと思っております。

地域包括ケアに関します中間のまとめのご報告は以上でございます。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す。

それでは、そのことに関しまして、質問、ご意見のある方、よろしくお願いいたします。

○山本委員 資料13の住まいのところですけども、これはサービス付高齢者住宅とかいろいろ、これは一方では政策が推進されている面もございます。一方で、地域で見ている気になるのは、サービス付高齢者住宅でいろいろなサービスを周りにつけて囲い込んでしまうようなそういった住宅等も一部見られて、非常に質の差が激しくなっているという、そういう状況がございます。賃貸住宅ですので、出ればいいということもあるのですが、そこで正直介護報酬の上限まで使われてしまっていて、そのままずっと看取りまでという、そういう事例もございますので、一方で推進しなければいけない側面もある

と思いますけれども、常に権利擁護の視点を考えなければいけないということがあると思います。できれば、これは可能かどうかわかりませんが、サービス付高齢者住宅や有料老人ホームが地域に開いていくような施策、例えば地域密着サービスと同じように運営協議会を設けるですとか、常に地域に開かれたような、中が見えるような施策が、一方でこういう住宅がふえていく、そこに入る高齢者がふえていくという状況では必要ではないかというふうに思いますので、一つこれは直接ここに関係ないかもしれませんが、今気になる点として提案させていただきます。

○新田会長 重要なお指摘だと思います。

○山口課長 ありがとうございます。

最後はエクスキューズしていただいたとおり、この検討会議の中でどこまで議論できるかというのはございますけれども、いずれにしろサ高住や有料のサービスの質の確保ですとか、おっしゃったような虐待を含めた権利擁護の問題、非常に重要な課題でございますので、それは多面的にそこは対策は必要というふうに認識しておりますので、今のご意見も踏まえて、今後も考えていきたいと思っております。

○新田会長 恐らく、山本委員の言われるのは、区市町村の地域包括ケアシステムの中にきちんと入れ込んでいくシステムがあれば、そういった問題がないのだろうけれども、これはまた別のところから入っていくシステムになっているので、今みたいな問題は恐らく起こっているのだろうなというふうに思います。そのところはずっと議論されている話でございまして、入れ込んだ中で地域に開かれて、その中で地域の区市町村がその中で一緒になって議論していただいて、その住民をどうするかという話になっていくシステムが次のステップでできればなど。住居だけの確保ではなくてという話だというふうに理解しましたが、よろしいでしょうか。

そのほか、ご意見ありますでしょうか。

○木野田委員 リハビリ専門職という立場でちょっと発言させていただきますが、地域包括ケア、これからの状況を見ますと、やはりリハ専門職というのは大きな期待をおかけさまでしていただいております、それに応えていく必要があるかなと思います。我々のできることを考えますと、やっぱり高齢化のことを考えますと支える人を支えていくというシステムづくりというのがまず必要ではないかというふうに思っております。

私の口から言うのも恐縮なのですが、この高齢社会対策部で例えば立ち上げております、広域派遣アドバイザー制度とか、あと今リハビリ専門人材育成研修会というカリキュラムを検討しているところでして、来年の1月と2月には新任者研修会、あるいは現任者研修会というのが行われます。現任者研修会というほうは、それが修了した人を名簿を区市町村の人に公開するというようになっておりますので、ぜひPT・OT・STのほう、そういう人材が出てまいりますので、活用していただければというふうに思っております。

○新田会長 それは報告ということでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

そのほか、ご意見ありますでしょうか。

○山口先生 この地域包括ケアシステムの検討の中では、中小病院に触れられず、ほとんど在宅ということですが、先ほど、地域医療構想の中では中小病院を地域包括ケアシステムのほうで生かすというような話があったのですね。こちらの地域包括ケアシステムの検討の中ではほとんど病院という話は全然出てきてないようですので、そことのつながりはどうなのでしょう。

○新田会長 よろしいでしょうか。この前の私と平川先生の中で、中小病院を地域包括ケアの中に入れるというような意見を二人ともそういうふうに話させてはいただいております。そこが実際どうかという話は、また。

○山口課長 今、新田会長がおっしゃったとおり、その辺も、あるいは医師会の役割といったようなところを先週の金曜日、ご講演もいただいて意見交換もしたところでございますので、それから例えば特養などの施設も地域の中の一つの資源ということで、地域包括ケアの中でどう活用していくか、ご活躍いただくかということも含めて、余り施設、在宅という二元論ではなくて、施設も在宅も含めて地域の中でどう包括的に支えるかという視点で、最終報告に向けてはそっちの方向で議論していきたいと思っています。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、次に移ってよろしいでしょうか。

では、最後の議題でございますが、予算要求発表についてでございます。事務局、お願いいたします。

○新倉課長 それでは、最後の資料、資料16をごらんいただきたいと思います。

先週金曜日でございます、11月6日に都の財務局で平成28年度予算の要求状況を発表しております。我々福祉保健局では一般会計で1兆867億1,400万円、前年比で3.1%増の要求をしているところでございます。その中で、在宅関係の事業につきましては、従来からの取り組みについてしっかりと継続していくほか、新たな取り組みといたしまして、この資料に記載の事業を要求をしているところでございます。最終的に予算措置できるかにつきましては、これからの調整となりますが、何とか実施にこぎつけたいと考えているものでございます。

事業名としては、暮らしの場における看取り支援事業というものでございます。そのすぐ下に記載しておりますが、在宅や施設も含めた住みなれた暮らしの場における看取りを支援するため、以下の事業を実施ということで、大きな項目として3点掲げております。本人・家族を含めた関係者の理解促進、専門知識の提供、そして三つ目が環境整備に対する支援でございます。左側にそれぞれの項目ごとに実施を検討している内容を記載しております。①の本人・家族を含めた関係者の理解促進では、都民への普及啓発、また、地域ごとに講演会や個別相談会、これは都民も含め医療、介護関係者に対するものでございますが、そうしたものを開催すること。さらには②としては、専門知識の提供では研修会の実施、多職種向け、さらには医師向け、こうしたことにも取り組んでま

いりたいと考えております。そして三つ目が環境整備への支援ということで、看取りを行う環境を整備する事業所など、総合支援する区市町村への補助ということも検討してございます。

それぞれについて、右側下にスケジュールがありますが、この事業、平成29年度まで、28年度、29年度の2カ年事業として現在要求をしているものでございます。この2カ年というものにつきましては、平成29年度に我々の計画であります保健医療計画、並びに高齢者保健福祉計画の同時改定を予定しております。平成30年度以降の取り扱いについては、両計画改定の中で議論をして取り扱いについて検討してまいりたいと考えております。

駆け足でしたが以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

新しい暮らしの場における看取り支援事業というのが、ここの場で予算要求ということで出させていただくわけですが、何かご意見ありますでしょうか。どうぞ遠慮なく。

○宮崎委員 とても充実したいい内容だなという印象を受けております。ぜひこれが実際に運用されて、より推進されていけば都民皆さんが安心して療養生活に参画していけるのではないかなというふうに感じておりますので、非常に期待をしております。

○新田会長 これを実は行うためには、地域のかかりつけの先生も含めて大変な参入が必要ですね。もちろん都の医師会、歯科医師会、薬剤師、全ての業種が入らないと大変な問題でございます。区市町村におかれましては、そこを協力体制をとっていただかないととても難しい話でございます。それが恐らく先ほど課長が後のほうに言われました、同時改定という大きな問題がありますから、同時改定でかなりの問題が出てくると思います。そこまで東京都は用意していくということでもあるなと私は解釈しております。よろしくお願ひしたいのですが。

○千葉委員 看取りの際はご家族が大変揺れ動きますので、それを支えるシステムというところにも着目していただきたいと思います。以上でございます。

○新田会長 そのとおりでございます。ことし8月に人生の最終段階における相談員の育成事業というのが、いわば長寿研、国立長寿の中で行われまして、東大でことし第1期生が出ております。そういったことに適切に対応するための相談員を全ての地域につくっていくというのとも同時に始まっているわけございまして、そういうものも含めて一体化してやることになるなと、私は想定してますが。

そのほか、ご意見ありますでしょうか。

○高松委員 今回、厚労省から「患者のための薬局ビジョン」というのが策定されました。その中で、今現在の薬局のあり方を見直すということで、門前に偏っている薬局を、地域にちゃんと根差して、その地域包括ケアの中でしっかりと機能するような薬局に編成していくという話が一つと、あと、その中で健康サポート薬局として、病気だけではな

く健康をサポートする機能を持った薬局を要所要所で作っていくというような方向づけがされましたので、今後またそういうことも見据えて、この地域包括ケアの中での薬局のあり方をご説明したいと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

門前から地域へ、地域からかかりつけ薬剤師へという大きなテーマがあるというふうに思っております。その中の話だと思います。よろしくお願いいたします。

よろしいでしょうか。それでは、5分過ぎて申しわけありません。全てのきょうの会議が終了したということで、事務局へお返ししたいと思います。ありがとうございます。

○新倉課長 本日は活発なご議論をいただきまして、まことにありがとうございます。この在宅の会議でございますが、今年度はあと1回、もう一回開催したいと考えております。開催時期が大体決まりましたら、また日程調整させていただきたいと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

また、本日冒頭にも少しご紹介しましたが、資料と別に在宅療養推進シンポジウムのチラシを置かせていただいております。看取りと多職種連携ということで、人生の最終段階を多職種で考えるということで、11月28日にこの都庁の中の5階大会議場で開催する、これにつきましては、都内の医療、介護関係者、自治体関係者、広く都民まで参加を募って開催をするものでございます。東京都医師会の全面的な協力を得て開催するものでございます。もしお時間がありましたら足を運んでいただければと思います。

本日はこれで以上となります。本日の資料、机上にお残しいただければ、後ほど事務局から後日ご郵送をいたします。また最後にお車でいらっしゃる方につきましては、駐車券をご用意しておりますので、事務局職員までお声かけいただければと思います。

以上をもちまして、平成27年度第2回東京都在宅療養推進会議を閉会いたします。どうもありがとうございました。

(午後 8時40分 閉会)