

第 3 回

東京都在宅療養推進会議

会 議 録

平成 2 8 年 2 月 8 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、定刻となりましたので、ただいまから平成27年度、今年度は第3回でございます。第3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、またこの夜遅い時間の会議で出席いただきまして、まことにありがとうございます。

私、福祉保健局地域医療担当課長、新倉でございます。議事に入るまでの間、私のほうで進行させていただきます。着座にて失礼いたします。

本日の会議の資料についてご確認させていただきたいと思います。本日、会議の資料、大変多くて恐縮でございます。会議次第に配付資料の一覧が記載されております。資料が資料1から資料11まで、参考資料が参考資料1から参考資料4までとなっております。また、机上に訪問看護フェスティバルのチラシのほうを参考に、これはもう開催したものですけれども、置かせていただいております。

次に、会議の公開についてご説明いたします。本会議は、会議、会議録、会議に関する資料等につきまして、原則と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できる規定がございます。本日につきましては、公開とさせていただきたいと思います。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、委員の出欠状況でございます。本日は、田中いづみ委員、依田委員、上田委員が所用によりご欠席と連絡をいただいております。依田委員につきましては、代理として、同じく足立区福祉部の介護保険課長、皆葉様がおくれて後ほど出席いただくということになっております。また、上田委員につきましては、代理で、同じく福祉保健局保健政策専門課長の武仲が出席させていただいております。よろしく願いいたします。

また、本日、第1回の会議、第2回の会議に続きまして、オブザーバーといたしまして、東京都地域医療構想策定部会の委員でございます、豊島病院院長の山口先生にも、今回も出席いただいております。よろしく願いいたします。

また、本日お席のほうにお茶と軽食のほう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、本日の会議でございますが、終了予定を午後8時30分の予定としてございます。どうぞご協力をお願いできればと思います。

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。インフルエンザが先週からはやり始めまして、呉屋先生も今日その対応で欠席でございます。私のところも、今日も午前中だけで十数人インフルエンザで、先週から皆さんマスクしないで来るので困るのですが、幸い、私はインフルエンザになっていないということで、この会に出席できております。皆さんも気をつ

けてください。よろしくお願ひいたします。

早速ですが、会議に入っていきたいと思ひます。

議事の一つ目でございますが、地域医療構想についてでございます。事務局から一通り説明していただきまして、その後、委員の皆様から質問を承りたいと思ひます。それでは、事務局、説明よろしくお願ひいたします。

○新倉課長 それでは、お手元配付の資料3-1をごらんいただければと思ひます。資料3-1、3-2、3-3というのがホチキスでとまっておると思ひます。A3横の資料でございます。資料3-1でございますが、こちらが東京都地域医療構想骨子案について、骨子の構成についての資料でございます。現在、地域医療構想につきましては、地域医療構想策定部会で議論を進めておりますが、骨子案が取りまとまったところがございます。骨子の全文については、本日配付の資料で参考資料2のほうに全文はつけさせていただいております。こちらについては、また後ほどごらんいただければと思ひます。骨子案の構成でございますが、左上でございます、第1章、地域医療構想とはから、第5章までの5章立てで骨子を作成しております。

まず左上第1章のところでは、地域医療構想の持つ性格であるとか、構想に盛り込む記載事項等々、規定について記載をしてございます。

左下の第2章、東京都の現状と平成37年（2025年）の姿におきましては、現状といたしまして、東京の地域特性、そちらにも①から⑧まで、記載がございますが、こうした東京の地域特性、またその下には患者の受療動向ということで、流出入の状況、こうしたことにふれてございます。そして将来の姿といたしましての病床数の必要量、また在宅医療等の必要量、これにつきましては今後、素案の策定の段階で必要量を盛り込む予定としてございます。

右側上でございます。第3章では、構想区域の設定について記載をしてございます。そして右側真ん中、第4章、東京の将来の医療、グランドデザインについてでございます。こちらも前回、第2回の会議のときに報告をさせていただきました。そちらのグランドデザインを骨子のところにも盛り込んでいるところがございます。

第5章では、このグランドデザインに基づいて、あるべき医療提供体制の実現に向けた取組ということで、施策の方向性などについて記載をしているものでございます。

資料を1枚おめくりいただきまして、2枚目でございます。左側が資料3-2でございます。地域医療構想の策定スケジュール（後半）でございます。現在、2月のところをごらんいただきたいのですが、地域医療構想策定部会は先日第9回を行ったところがございます。都道府県間の調整結果などについて報告をさせていただいております。また、右側を見ていただきますと、地域ごとの意見聴取の場ということで、第3回、今回の骨子案に対する意見を今、各圏域ごと、構想区域ごとに意見を伺っているところがございます。

右側の資料3-3というところが意見聴取の場についての資料でございます。真ん中

に表がございます、開催日のところですが、2月1日を皮切りに2月17日まで、およそ2週間かけまして、島しょ地域を除く全12の医療圏ごとに意見聴取の場を開催しているところでございます。本日も区東部並びに、7番目ですが、区西北部、こちらの意見聴取を行ってきたところでございます。

地域医療構想につきましては、左側のスケジュールにございますとおり、5月ごろ構想の素案を取りまとめ、6月以降に医療法に基づく意見照会やパブリックコメントの実施など、策定に向けた手続に入っておりたいと考えております。地域医療構想について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。

地域医療構想が他の部会で議論されているわけですが、この会議で簡単ではありませんが、報告していただきました。何かご意見、質問があればよろしくお願ひしたいと思うのですが、その構想に参加していただいている山口先生に、まず何かつけ加えることがあれば、よろしくお願ひいたします。

○山口先生 オブザーバーの山口ですが、今日私もこの意見聴取の場、区西北部の意見聴取の場に参加させていただいたのですが、やはり地域で患者さんをきちんと診ていくという意見が非常に強かったと思います。そういう意味では、グランドデザインの中の地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実というところを、皆さん結構意識されているなという印象を持ちました。以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

今、山口先生から言われました、治し、支える医療というのが、なぜか当たり前のように出るといふのはすばらしいことだなど、今聞いておりましたけれども、何か皆さんご意見ありますでしょうか。どうぞ遠慮なく。

○山本委員 山口先生にお聞きしたいのですが、構成案の中で、東京都の地域特性で高齢者人口が爆発的な増加という文言がございますけれども、そうすると当然認知症の方もふえていく、爆発的にふえていくわけですが、この機能別では認知症についてふれられてないわけですが、その関連で医療構想とどういう組み合わせになっていくのかを教えてください。

○山口先生 これグランドデザインの中に3番のところですね。地域包括ケアシステムの中にそういうような認知症の方とか、そういうのを地域で支えていくというのが入っているというように考えていただければいいかと思いますが。

○山本委員 医療構想の中の病院の機能別の連携と、あと地域の連携、その中で認知症ケアということも入ってくるという、病院の機能との関連でもし教えていただけたらと思うのですが。

○山口先生 病院の機能としては、やはり療養型、回復期の病院ということが考えられていますけれども、実際にはやはり地域に密着したところということになりますと、もともとそういう病院は地域で中学校の学区域の範囲の患者さんを対象にすると、そういう

ことですから、そういうところでやっていくということになります。

特に、高度急性期とか、その辺に関しては、認知症云々の話には余りふれていなかったと思います。

○新倉課長 少し補足をさせていただきますと、本日配付の参考資料2のほうに、今回の地域医療構想の骨子案の全文が資料として配付させていただいております。こちらの資料の52ページのところに、右側ですけれども、一番上のあたり、認知症を抱えながら入院する患者が適切なケアを受けられる医療提供体制を整備というところであるとか、また、(3)地域包括ケアシステムにおけるというところの取組の方向性の丸の五つ目ぐらいですね、地域で暮らす認知症の人に介護サービスと連携して、状態に応じた医療を提供ということで、今、方向性というようなところで骨子のほうには書かせていただきまして、今後素案の策定に向けて、こちらのほうの議論をさらに煮詰めてまいりたいというふうに考えております。

○新田会長 いかがでしょうか。

恐らく地域医療構想の当初の議論として、地域医療構想というのは地域における病院構想だったわけですが、恐らくその会議を進行する中で、地域包括ケアシステムと一体化するというのも含めて議論になってきたと思います。こういう話になっていると思いますが、いかがでしょうか。

○山口先生 最終的にはやはり地域の、先ほど言った地域で患者さんをどう扱うかということになりますと、やっぱり地域包括ケアシステムの中の病院というのは、やっぱり位置づけをしっかりとさせていただきたいというように思っていますけれども。

○新田会長 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。どうぞ。

○田中敦子委員 ご質問したいのですけれども、先ほどのスケジュールの3-2のスケジュールの中で、地域医療構想策定部会の第9回で、県間調整の結果報告とありますが、県間調整については、この参考資料2では、まだ協議を行うということで、その結果は書かれていないようなのですけれども、この東京都の考え方とおり、協議が整ったと考えてよろしいのでしょうか。

○新倉課長 詳しくは地域医療構想策定部会のほうで、こちらのあたり報告させていただいておりますが、骨子のほうが先に出ているものですから、都道府県間の調整の結果については骨子のほうには書かれておりません。おおむね医療機関所在地ベースの数字ということで、今調整ができております。

○新田会長 よろしいでしょうか。

県間調整だけではなくて、区と区の調整とか、さまざまなものが恐らく中で議論されていると思うのですが、山口先生どうでしょうか。

○山口先生 それは今後の話になるかと思うのですね。

○新田会長 了解しました。

○山口先生 これから調整会議が開かれたときに、そこがだんだん進むのではないかと。

○新田会長 わかりました。事務局、それでよろしいでしょうか。

どうぞ、ご意見、よろしくお願ひいたします。

この話は、この在宅推進協議会と協議を含めて、またその中に巻き込んだ大きな議論になるだろうなというふうに思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

次の議論に移ってよろしいでしょうか。

それでは、二つ目の議事に移りたいと思います。都における平成27年度の取組についてでございます。1から5までの取組内容がありますが、1項目ずつ事務局から説明していただきまして、委員の皆様から質問をいただきたいと思ひます。

まず第1の退院支援に関する研修事業について、事務局から説明よろしくお願ひいたします。

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

それでは、退院支援に関する研修事業についてご説明いたします。資料4をご覧ください。平成27年度に高齢者等が安心して在宅療養を受けることができる環境を整備するため、入院医療機関において在宅移行支援や医療・介護の連携などに取り組む人材を養成し、地域における在宅療養体制の整備を図ることを目的として、二つの研修を実施いたしました。

まず一つ目が、退院支援強化研修です。本研修は院内で退院支援・調整業務に携わっている看護師、社会福祉士等を対象として、東京都看護協会への委託により、全7日間の研修コースを2クール開催いたしました。また、研修初日の午前中には、受講者の病院の管理・監督職の方にも受講いただくことで、病院として一丸となって退院支援の取組を推進していただくことを目指しました。

内容は各研修講師による講義と、グループに分かれてのグループワーク、訪問看護ステーションにおける見学実習等です。合計348名ご参加いただきました。受講生からはアンケートにて意志決定支援について深く学べ、グループワークで自信につながった等のお声をいただきました。

次に二つ目は、退院支援人材育成研修です。本研修は、院内で退院支援・調整業務に携わっている、または携わる予定の者を対象として、全4日間の研修コースを2クール開催いたしました。先ほどの退院支援強化研修と比較して、基礎的な講義内容となっており、これから退院支援専門部署を設置するような病院を主眼としてプログラムを組んでおります。また、本研修においても、研修初日の午前中は管理・監督職の方にもご受講いただくことを必須としております。内容は、各研修講師による講義と、グループに分かれてのグループワークです。合計168名ご参加いただきました。受講生には、アンケートにて、すぐにでも実践してみたいと思える講義内容で勉強になった等のお声をいただきました。

二つの研修には196病院からご参加いただきました。研修生等には引き続き自院に

において在宅療養移行支援に積極的に取り組んでいただきたいと思います。

私からは以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

ただいま、退院支援に関する研修事業について事務局から説明していただきました。何かご質問ありますでしょうか。

先ほどの地域医療構想の中で、山口先生が話されました地域で治し、支えるためには、やはり病院の中から退院支援マニュアルがきちんと作られ、病院の看護師さん等に研修していただくことが重要です。それが目的でございます。こういった研修事業が、今、196病院、全部で六百五十幾つかでしたか。病院の中で196病院がこの研修に参加していただくことができたことは、なかなかの成果だと思っておりますが、いかがでございますでしょうか。

○阿部委員 この研修のほうにはちょっと参加していないのですけれども、今はもう退院調整看護師が退院調整するだけではもう間に合わないという状況もありまして、大きな大学病院等では、病院の中で退院調整病棟の看護師も退院調整をできるようにというふうな動きで、各病院が取り組んでいるところですが、ただやっぱり小規模の病院、ベッド数が少ないところというのは、なかなか退院調整室を持っていないということもありまして、また退院調整に携わっている人もソーシャルワーカーなど、医療を苦手としている方が担当しているということもありますので、ぜひそういう小さい病院から、ぜひそういう方にたくさん受けていただいて、どの病院からでも退院してくるときに、きちんと在宅だとか医療がつながっていくという取組が、やはりこれからも必要かと思えます。

○新田会長 貴重な意見でございますが、今回の参加で、今言われた、俗に中小病院はどのレベルで言うのかちょっと難しい定義でございます。病院の規模として、例えばさまざまあると思いますが、事務局、何かわかりますか。

○新倉課長 手元に資料はございませんが、ただ、もともと都内病院の約7割が200床未満の中小病院でございます。今回、この研修とあわせて、研修の修了者に対する人材配置の補助を行っております。その補助対象が実は200床未満の病院となっており、研修生を出して、そして研修を修了した場合には、その病院に対して退院調整ナースないしMSW等の人材配置の支援を行っておりますので、そうした意味では、特に200床未満の病院中心に受講いただいたと考えております。

○新田会長 ありがとうございます。

ほかに皆さん意見ありますでしょうか。

○渡辺象委員 今、地域包括ケアがどんどん進んで、概念が進んでますが、一番重要なところはやっぱり都民に対する普及啓発というところで、この退院支援強化研修の3日目に、左側ですが、エンドオブライフケアにおける意思決定支援というのがありますけれども、ここら辺が一番大事で、住民の心構え、覚悟というようなところをどうやって将

来考えていっていただくか、もう延命治療はいいよとか、そういうことを決めていっていただくリビングウィルというようなことも含めて、大事なところだと思いますので、一度入院した方はリピーターになる可能性があるから、ここら辺は強化していただきたいし、この右のほうの人材育成の研修でも、このエンドオブライフのことにに関して、少しでも入れていっていただければいいかと思います。

○新田会長 貴重な意見をありがとうございます。

事務局、どうでしょうか。

○新倉課長 こちらの二つの研修でございますが、来年度以降も継続して実施する予定でございます。今、委員からご指摘いただいたような点、研修の内容につきましても、来年度さらにまた充実してまいりたいと思います。

○新田会長 これは宮崎委員がいらしていますが、今、病院の看護師さんで、そこでリピーターになると。やっぱり市民に向けて、今回の東京都と東京都医師会が行ったシンポジウム、看取りがテーマでございましたが、何かご意見ありますか。

○宮崎委員 市民の中でも関心が高くすでに準備をしている層と、全く関心を持っていない層が、今後より鮮明になっていくのかなと思っています。

また、高齢の市民を身近に感じている方はむしろ積極的に意識を持って情報収集してくださると思うのですが、エンドオブライフケアというような概念とか現在の医療の仕組みとかを知らない方が意思決定の輪の中に入ってきたときに、実は意思決定が崩れやすいというような次の段階の課題も既に含まれていると思いますので、そういったことへの学びも現場にとっては重要かと思います。

○新田会長 ありがとうございます。何かほかにありますかでしょうか。

8時半までに終わらせなければいけないし、たくさん先がありますので、進めていきますけれども、よろしいでしょうか。

それでは、退院支援検討部会について、事務局から説明をお願いいたします。

○土屋係長 医療政策部医療政策課地域医療連携担当の土屋でございます。

退院支援検討部会の報告といたしまして、私からは退院支援マニュアルの改訂についてということでご説明をさせていただきます。

お手元の資料5と、あと参考資料3をごらんいただけますでしょうか。こちらの事業は平成25年度から退院支援強化事業として3年間の展開で実施をしてまいりました。まず左側、これまでの経緯といたしまして、初年度25年度につきましては、在宅療養推進会議の下に退院支援検討部会を設けまして、東京都退院支援マニュアルを作成いたしました。このマニュアルにつきましては、平成25年度に作成した際に、本会議において宇都宮宏子部会長から説明をいただいておりますけれども、改めておさらいということで説明させていただきます。

目的といたしまして、患者一人一人がみずからの人生の歩みを選択し、最期まで適切な医療・ケアを受けつつ、住み慣れた地域で生活を送ることができるよう、患者・家族



に医療・ケアを提供する目的で専門職向けに作成をしております。内容といたしましては、入院してから退院後2週間までの病院から在宅への移行期において、病院において退院支援として取り組むべき事項を時系列に沿って段階的に記載をしたものとなっております。

具体的には、退院支援・退院調整の中で取り組む内容が一目でわかるフロー図を始め、各段階で利用できる課題整理、情報共有などのためのシートを盛り込んだつくりとなっております。

平成25年度に作成いたしました、都内の全病院、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、区市町村や関係団体に配付をするとともに、ホームページへの掲載を行いました。

2年目の平成26年度につきましては、モデル事業といたしまして、都内で規模や地域の異なる三つの入院医療機関、渋谷区の内藤病院、三鷹市の野村病院、福生市の公立福生病院において、マニュアルに基づいた入院早期からの退院支援を実践していただきました。なお、実践に当たりましては、部会長の宇都宮先生を始め、部会の委員である有識者の先生方に進捗管理、助言等をいただきながら行いました。

続きまして、資料の右側、今年度でございます。退院支援検討部会を再度設置いたしまして、モデル事業の取組状況等を踏まえたマニュアルの内容の充実を目指し、検討を行いました。メンバーにつきましては、参考資料3の一番最後に記載してございます。平成25年度のメンバーに加えまして、モデル事業を実施していただきました内藤病院からMSWの方、またオブザーバーといたしまして、マニュアルを活用した研修を委託しております東京都看護協会の廣岡理事にも入っていただいております。

改訂につきましては、基本的な中身は変えず、新たに内容を充実させたものとなっております。ポイントとしては五つございます。一つ目が在宅支援チームによる支援を受けていた患者が入院した際に、ケアマネジャーが行う支援内容に焦点を当てたフロー図を追加したこと。12ページにフロー図がございます。こちらは病院ナースが使うフロー図のケアマネ版が欲しいという地域の声を受けて追加をしたものでございます。

ポイント二つ目は、診療所、病院の外来における支援について項目を新設したことでございます。こちらは参考資料3の73ページから掲載してございます。入院してからではなく、外来で適切に支援が行われることが患者のクオリティオブライフの向上につながるという視点から、プラスアルファの取組として追加をしたものでございます。

ポイントの三つ目は、マニュアル全般につきまして病院の連携先として歯科医師や薬剤師の記載を追加したことでございます。

ポイントの四つ目といたしましては、病院からの退院支援に加え、地域全体での退院支援の取組も出てきていることから、既に各区市で使用されているシートなどを掲載し、地域における取組を参考として紹介するページを追加したことでございます。こちらは参考資料3の74ページに記載がございまして、例といたしまして、世田谷区と北多摩西

部保健医療圏、国立市の取組を掲載してございます。

ポイントの五つ目は、障害や難病などで介護保険だけではなく、障害福祉サービスを利用することも多いという意見を受けて、相談支援に関する内容を追加したことでございます。こちらは46ページに追加のページがございます。

改訂版の今後の活用といたしましては、配付先といたしまして、新たに居宅介護支援事業所を加えた都内各施設や、関係機関等へ広く配付するとともに、東京都で実施する研修の教材としての活用、また東京都のホームページへの掲載により、広く広報をしてまいります。そして今後も全ての医療機関において入院時から在宅を見据えた退院支援を進め、円滑な在宅移行を目指したいと考えております。

私からは以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

ただいま事務局から説明がありましたが、質問のある委員の方、お願いいたします。

○古川委員 指していただいてありがとうございます。今の在宅医療介護連携の推進協議会を自治体で実施しているところです。そういった中で、退院支援という部分のところが、例えば市内の医療機関の連携でしたらば、例えばフォーマットなり、連絡方法というところがある一定程度共通認識ができるのですが、やはりその中で話題になるのが、市外の例えば多摩市ですと杏林さんですとか、都心の大きな病院から退院してくるときに、何らかの共通のフォーマットがあるといいよねという話が出ておりました。

そこで本当に私、勉強不足で、東京都さんがこういうマニュアルをつくっていらっしゃるという部分について、その中で話題にならなかったのですね。小さな声で申し上げます、すみません。ただ、こういうようなフォーマットがあれば共通の認識があれば、都内でこういうことを共通フォーマットにした形の中で使用できれば、今申し上げたような都心の病院から退院してくる部分の中でも同じ情報が、同じような形で共有できる場所があったらいいなと思っているところです。

そういった意味では、各自治体の例えば私、高齢支援課ですが、高齢支援課の課長会とか、そういった部分の中でぜひ情報提供をいただきながら、自治体の中でぜひ共有できるような仕組みはつくっていきたいと思います。

ありがとうございます。

○新田会長 ありがとうございます。

ただいまの質問に対して、山本委員がこの会議、出席されておりますが、たしかその意見もあったと思います。よろしくお願いたします。

○山本委員 この部会については、病院側の代表、地域側の代表、あと行政の代表、いろいろな委員が出て、真摯な議論を交わされておりました。様式は既に開発したものを、今回改善したものがございますので、説明資料5にも載っているとおり、これは全て東京都のホームページに掲載されて、加工ができるような形で掲載をしていただきます。既に走り出しているいろいろな様式とかフローを使っている自治体もございますので、それ

はそれとして尊重して、なおかつ東京都ではこういうことのマニュアルをつくりましたという形で載せますので、好きなように加工してくださいと。その地域にあわせてということになりますので、それは非常に応用ができるということになりますし、あと今回、ケアマネジャーの視点からというフロー図、非常にわかりやすくつくってあります。これは医療・介護連携、特にケアマネジャーの入院支援、退院支援、あと病院との連携、非常に重要になってきますので、地域のケアマネジャーの人たちに非常に役に立つかと思えます。ぜひご活用いただきたいというふうに思えます。

○新田会長 ありがとうございます。

事務局、またつけ加えることありますでしょうか。

○新倉課長 今回充実した点、今、山本委員からも十分説明いただきました。改訂後は先ほどお話のあった区市町村に対しても広く周知を図り、医療機関、関係の機関、こちらの資料にも記載がございますが、周知を図ってまいりたいと思えます。それで、なるべく多くの方にこのマニュアルを知っていただく。また、研修などで教材として使うことで実際に退院支援、退院調整に当たる方に、これにふれてもらいながら研修を受けてもらうといったことを通じて、普及を図っていきたいと考えております。

○新田会長 実は脳卒中の審議会のときに、脳卒中のケアパスを統一しようという議論がありまして、東京都医師会で地域は生活期ということで統一しようというのをつくり上げたということを私は記憶をしております。ただ、やはり東京は広くてそれぞれの地域がそれぞれ頑張ってつくられたものを、なかなか統一化することがなくて、個性があるものがいろいろできてきて、その中で今応用を利かせているというのが現状で、この退院支援マニュアルは先ほどの山本委員の話でもありますが、その中で大いに議論して、今のようないけるのではないかとということで、このまま載せられたというふうに思っております。

よろしいでしょうか、そんなことで。

○渡辺象委員 東京都医師会の委員会ではこれ拝見して、71ページに看護サマリーシートという、地域への情報提供シートがあるのですが、これは大変こういう意図でお書きになった、おつくりになったということなのですけれども、やはりちょっと見にくくて、74ページの世田谷区のなんかは非常に見やすい、ぱっと見ているいろいろな情報が入ってくるのですけれども、この改訂版のさらに改訂版が出るときには、恐らく意図的にこういうふうなシートにされたのでしょうか、多くの多職種がぱっとわかるような、そういうことも考えていただいたほうがいいかなとも思っております。

○新田会長 ありがとうございます。

現在、改訂版ができたばかりでございますが、これからの課題でございますね。どうぞ。

○新倉課長 少し見やすさという点では、なるべくご意見いただいた形を反映できるような形で検討したいと思います。

○新田会長　ということでよろしくお願ひいたします。

ご意見ありますでしょうか。新しく薬剤師会と歯科医師会のあれが加わったということが、また違っているというところがございます。当たり前のことでございますが、おくれればながら失礼しました。

議題に入ってよろしいでしょうか。では、後ほどまた質問があれば、後ほどまたしていただくということで、次に入っていきたいと思います。

第3に、地区医師会・区市町村在宅療養担当者連絡会の開催について、事務局から説明をお願いいたします。

○菱沼　私、担当の医療政策部地域医療対策係の菱沼と申します。私のほうで、地区医師会・区市町村在宅療養担当者連絡会の開催について、ご説明させていただきます。

資料6をごらんください。こちらについては、資料の上部に記載させていただいていますが、在宅療養について各区市町村の地域の実情に応じた取組を推進するための支援を行うということ、また、区市町村と地区医師会の在宅療養担当者間において相互理解を深めるとともに、在宅療養の取組に関する情報共有を行うことを目的として実施している連絡会となっております。今年度は2回開催させていただきました。

まず第1回目につきましては、資料の左側をごらんください。27年6月25日に東京都医師会に主導していただき実施をさせていただきました。まず、第1部ということで、私ども東京都から取組についての説明や、薬務課から事業についての報告及び説明をさせていただきました。また、第2部として平川理事のほうから、在宅療養推進基盤整備事業、こちらは医療と介護の関係者がICTを活用しました情報共有を行いながら連携し、在宅療養患者を支える体制整備を目的としている事業でありまして、東京都が東京都医師会を通じ、各地区医師会へ多職種による検討会に要する経費や、ICTシステムの拡充費用などを補助している事業となります。この事業の各地区医師会へのアンケート調査を基に実施状況や課題などをご説明いただきました。その後、東京都医師会を通じた各地区医師会向けの各事業について、北多摩医師会、日野市医師会、荏原医師会の三つの地区医師会の先生方に取組の内容を発表いただきました。参加者については、48区市町村、53地区医師会と大変多くの地域から参加していただき、計199名の方に参加をいただきました。

次に、第2回目につきましては、およそ2週間ほど前の1月21日に実施させていただきました。今回は東京都が主催で実施させていただきました。こちらについては、まず第1部として、第2回のこちらの会議でも報告させていただきましたが、二次保健医療圏における意見交換会について実施した内容を東京都から説明させていただきました。また、取組事例の発表といたしまして、まず江東区様より、今年度から取り組んでいる在宅医療の連携会議であったり、相談窓口、多職種の研修や訪問看護の実習研修などについて、実際の窓口の様子や実施の内容を踏まえ説明をしていただきました。また稲城市より、稲城市が現在取り組んでいる医療計画の策定について、医療需要に関する調査

や推計、分析等について説明していただきました。この2区市の発表について、会場からも質問が多く出ました。

また第2部として、第1回目の連絡会の際に、平川理事に発表いただいた在宅療養推進基盤整備事業について、27年度として各地区医師会の実施状況について説明していただき、また東京都医師会への委託事業部分となる多職種連携連絡会などの説明をしていただきました。そして最後に、東京都より地域医療構想の進捗状況及び28年度の都の取組について説明をさせていただきました。

加えて第2回は、各区市町村で作成している在宅療養に関する冊子やリーフレット、広報紙などについて情報共有のために提供を依頼したところ、多くの区市町村から提供していただきました。一覧を会場に並べておきましたところ、休憩時間や帰りの時間等にご担当者がごらんになったり、「このリーフレットいいね。」と、部数のある資料などを持ち帰る姿が見受けられました。2回目につきましては、45区市町村、そして47地区医師会に参加していただき、合計162名の方にご参加いただきました。

私からは以上となります。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、ご質問あれば、よろしく願いいたします。

二つとも平川理事がかかわってらっしゃいますが、よろしく願いいたします。

○平川委員 東京都医師会、平川でございます。今、ご説明ありましたように、年2回開催するという仕組みを、昨年も行ったのですけれども、一つを東京都医師会を中心として、もう一つは東京都を中心として、いずれにしても各地区の地元自治体と各地区医師会との連携が在宅療養にとっては非常に大きな基盤でございますので、その関係を医師会と東京都のほうで取り持ちながら、いい環境をつくってもらおうということが書いてあります。

前半のほう、6月の分は東京都医師会が主催しましたので、やはり東京都の医師会の方、50地区医師会、84で非常に多いということで、非常にこのことについての興味が深いといえますか、意欲が高いというあらわれかと思えます。

当日は多職種ネットワーク構築に関することとか、一応はICTを使ったものはどうしても派手なものですから、それが中心になった話し合いになったわけではございますけれども、やはり必ずしも便利だというだけでは言い切れないさまざまな問題を抱えている中で、各地区医師会が取り組んでいることがわかったわけです。

同じく1月に開催するときには、このアンケートをさらにもう一回同様な内容を、あるいは一部を改編して出したのですけれども、計画どおり27年度中にやっていきたいんだというところは、そのとおり計画に取り組んでいらっしゃるけれども、中には無理かなとか、これは向かないかもしれないといって、計画について取りやめたいという地区医師会も一つあったということで、なかなか本当に真剣に取り組んでいくと難しいのかなと思いますし、何といたっても大事なことは、例えばICTを組んだらといって、

そのシステムをつくったから終わったといいますか、でき上がったというわけではなくて、実際はどれぐらいの医療機関や介護の機関が参画しているかというのはなかなか見えてこないと言いますか、数カ所で組んでいても、一応その地域にあることはあるということになってしまうので、今度その内容なんかもきちんと検証していかないとならないのかなど。大事なことは、やっぱりうまくいかないところとか、なぜできないんだというところについてもきちんと検証しないと、とにかく一気呵成に勢いだけでやっていくというのは、ちょっとこの事業、お金も大変かかりますし、慎重であるべきかなと思っています。

ただ一つ確かなことは、この事業をやることによって、実際その同じ土俵に多職種の方が上がられて、いろいろな意見交換できたことは大きかったと思っています。これはどの地区においても同じような意見を伺っております。

もう一つのほうですけれども、きょう、お隣に渡辺理事がいらっしゃいますけれども、東京都医師会が27年の事業としていただきました、多職種の連携の連絡会の進捗ぐあいについてもご説明申し上げました。これは後ほど先生からももう少し詳しく言ってもらって、担当は渡辺先生が親分でやっているわけですけれども、なかなか地区において多職種といっても、地区の多職種の代表が誰かというのはわかりませんよね。ちょっと声の大きな訪問看護ステーションの方とか、活発にやっている事業者、介護サービスの事業所とか、そういうぼつぼつ見えますけれども、やはりそういう点で各地区での多職種のリーダー研修をやりますと、リーダーというものをつくり上げるためには、いきなり地域でこう生み出すのは難しいので、やっぱり東京都全体の東京都看護協会とか、東京都介護福祉協会とか、そういったものを活用しながら、その方々の声かけで各市区町村にもそういう担当者というのをつくるべきではないかということも含めて、この会議をやってまいっているわけですけれども、実際、そういう意図で渡辺先生、中心に行っただけですけれども、団体ごとに非常に組織率とか、規模が違い過ぎて、なかなかこれも一気呵成でえいやというわけにはいかないなということを実感しました。

ただ、やっぱり1年間毎月これに行ってまいりましたので、当面はその各職種に対する、こんなことをやっていますよ、地域包括ケアのためにこんなこと私たちやっていますという、団体ごとの地域包括ケアに対する取組のことを大体見開きぐらいのページに載せていただいたのですけれども、これは非常によかったです。お互いを知るという意味でも大事ですし、間もなくでき上がると思うのですけれども、それを各地区で見て、ああ知っているつもりでも、この職種はこんなことをやっていたんだとわかるのも非常に大きいですし、僕自身はもっとほかの考えがあって、そういった冊子を使って、今から少子化でなかなか有力な担い手が僕らの業界に入ってきてくれないので、この冊子を見て保健・医療・福祉に興味を持ってもらって、ぜひこの一緒にとともに仕事ができればいいなということまで考えた冊子です。

渡辺先生、もしよろしかったらその辺、追加を。

○渡辺象委員 多職種協働というのが本当に重要なポイントでして、都民の方々にどうやって支援していったらいいかというようなことを各職種の方々、非常に真面目に考えてらっしゃって、取り組んでらっしゃるわけですが、それを同じ情報基盤を同じプラットフォームに立って同じ方向に向かってそういう支援をしていくということは、またこれは非常に重要なことでして、1年かけて今のところ一つの方向性が見えてきたなどというところで、大事なのはこれからで、ぜひとも各団体の支部の各地域での活躍というところまで行きたいので、次年度、そしてもう1年度、28年、29年度でかなりいければなというふうに考えております。以上です。

○新田会長 ある意味で地域づくりの本質にかかわる話だろうなと思っていて、厚労省の言う医療・介護の連携事業の本体がそこでございますね、地域包括ケアシステムの中の多職種連携が課題となっています。それをどのようにつくり上げるかということが今問われているわけで、東京都においてもやっぱり全区市町村が同レベルにいくわけではないので、こういった事業を含めて、区市町村がそれぞれ横を見ながら、標準化というか、ある一定レベルまでいっていただければなりません。その意味で今年が初年度になるのですが、30年までにやらなければいけないという方針があります。30年というのは平成30年でございますが。各区市町村におかれましては、その意味でどこまで目的が達せるかという甚だ皆さん疑問に持たれているところでございますが、いかがでございましょうか。

どうぞご遠慮なく発言してください。今、ちょうど目が合いましたので。

○古川委員 ICTは非常に難しいですね。例えば、柏市さんのように、ある一定程度の行政がフォーマットを全部入力して、皆さんにご活用いただくというような仕組み、ただ、ランニングコストの問題だったりとか、そういう情報をどこで集約して、そういう対応するかという部分というのは、非常に難しいなというふうに思いました。

多摩市では、医師会が主導でもっと簡単にLINEでいいよねという、実は話がありまして、もっと簡便に取り組めて、ただ、きちんとしたクローズの部分の中で対応できるような仕組みがあるといいねという話で、今そのLINEではないのですが、LINE系のそういったもので取り組んでいこうという形でやっておられます。ただ、そこでいつも課題になるのが、市内ではいいのだけれども、やっぱり広域の部分ではほかの市のドクターのほうに往診いただいたときには、そのドクターとどういう関係をするのだと、あるいはケアマネさん、あるいはヘルパーさんとの連携をどうするんだという部分では、広域の部分ではやっぱりどうしても使っている媒体、ツールが違っていると、そこで難しいねなんていう話が出ていますが、今市内では一つのツールをそういったものでやっぺいこうかという話が、医師会主導で出ていらっしゃいます。

○新田会長 ありがとうございます。ほかに何かご意見ありますでしょうか。

○阿部委員 多職種連携とか、ネットワークというのは、一体本来的に何のためにあるのかということがやっぱり押さえていかなくてはいけないのかなと思うのですけれども、

やはり地域包括ケアシステムにしてもそうなのですけれども、それはやっぱり住民であったり、患者さんとか利用者さんが主体であって、その方たちがよりよく療養していけるとか、暮らし続けていけるためのネットワークづくりだと思うのですね。でもやはり今ここで求めて行われているのはどうしても医師会が主体であって、それはいいのですけれども、どうしても地域の人たちというのは、やはり医者がいれば、ほかはいいんじゃないかみたいなところがまだあるのですね。でも今はそうではなくて、やっぱりそれぞれの専門的な部分を生かしながら連携していくことによって、地域を支えていこうとか、患者さんを支えていこうというふうな流れになっているのですけれども、そこがやはり医師会があって、その他に多職種があるということになってしまうと、どうしても多職種の部分がなかなか薄くなってしまって、何のために住民の人たちも理解しにくいというのがどうしてもあるのかなというのと、先ほどICTの会員なのですけれども、介護事業者さんあたりはドクターと連携が取れなく、看護師さんと連携が取ればいい、やっぱりドクターにはどうしても話しにくかったりとか、伝えにくかったりとかという部分もありますので、それだったら看護師さんに話がおとって、看護師からドクターにというふうな形のほうがいいのだけれどもという声があったりするのです。

なので、やはりもう一度、その多職種連携とかICTとか、そういうものは全て利用者さんとか家族とか地域が主体であって、ではどういうふうにするのかというのを進めることで、どういう効果があるかということ、もう少し広く地域住民の人たちに伝えていけることが求められるのではないかなと思います。

○新田会長 貴重な意見ありがとうございます。

恐らく基本は皆さんそのところはもちろん了解した上で、どこでどう進めるかと、やっぱり先ほどの話もそうですけれども、結果として医療というのは他地域に及ぶ広い範囲、二次医療圏があるじゃないですか。しかしながら最終的につくる場所、生活の場所は地域包括、地域ですから保険者、だから例えばもし医療がほかの医師がかかわったとしても、そこに入るべきであって、当たり前のご話でございますので、その基本を忘れるとそれは何もできないということになりますね。

例えば、圏外をやっても地域に戻ってくれば、圏外の医師はそこの中に、システムの中に理解して書類を書くとか、全てそういう話でありますよね。そこが地域の基本というのを間違えると、これはいわゆる地域包括の基本であるインテグレートはできないわけだという、今の話もそうでございますね、というふうに思って聞いておりました。

○平川委員 おっしゃるところ、よくわかるのですけれども、これはなかなか難しく、医者が居丈高なのか、上から目線かというのは、また別の議論として、では地域でどうやってつくっていくかというときに、やはりなかなか足並みがそろわないのですね。よしあしはともかくとして、やっぱり誰かが笛を吹いていかなければ参集できないと考えると、今地域のケアマネジャーがその市全体とか区全体を仕切れるかというのと、それも厳しくて、では行政がというところはこれは大変なので、そうするとベストではないけれども、



ベターという意味で医者絡めたほうが、医者の立場ですけれども後々楽ではないかなと、後から入れよと言っても、また医者もへそを曲げてしまっても困るので、その点ではうまく働かせればいいのではないかなと僕は思っているのですけれども。

それから、その情報についてまさにおっしゃるとおりで、情報は誰のものだと言って、実は八王子でもICTをやっているのですけれども、八王子はわざとその情報をカードにしたのです。カードはご本人様が持っている。この情報はご本人のものなのだと、このカードの中に今かかっている病気の状況とか、治療薬の内容もわかるし、介護の状況もわかる。さらには最後どうするかという意見も書いてある。これは私の情報なんだと、その私に行く先々でケアサービスに使ったり、ケアマネジャーに使ったり、同意に使うのは、私が出しているんだという感覚にわざとしているのです。カードは面倒くさいですけれども、リーダーもいるので。あくまでも自分のもの、このカードを持って自分が得たと、余計な治療もしてもらわなかったし、余計な薬がふえてもないということを知っているので、最終的にはそういう形といいますか、個人に何と言いますか、利益がなければ意味がないわけで、我々のパーソナルな情報交換に便利だなんて言うのは失礼な話でありますから、まさにこの話を進めていく上では、今のようなご意見を考えながら動いているつもりでございます。

○新田会長 ありがとうございます。ほかにご意見ありますでしょうか。

今、本当に本質にかかわる貴重なご意見でございまして、もう一つは、介護との連携ですね。言語のことも含めて、結局課題はそこになってくるのだろうなど。医師と看護師等々は医療連携というのは同じ言語を用いますからできる話ですが、介護、そしてもっと言うところには二つ目のある行政ですよね。そこがきちんと連携していく必要があります。そこを巻き込んだ多職種という話になってくるというふうに思っておりますが。それでこういった事業が行われると理解しておりますが、それで事務局はよろしいでしょうか。

○新倉課長 はい、そうした形で今、医師会中心に進めていただいております。地区医師会中心にと言ったのは、患者家族がいつも中心にいて、それを支える輪を地区医師会のところでまず声かけをしていただいているという意味ですので、事業としてはあくまでも患者家族中心の支援体制をつくっていくというところでございます。

○新田会長 ありがとうございます。

もう少し言うと、この会議の最初、在宅医療推進会議だったのを在宅療養に変更した理由は、生活の視点に立ち、多職種にて在宅療養を支えるという意味合いで在宅医療から在宅療養推進会議に変更したのでございますので、そのところを理解しながら、この会議が進めていければというふうに思います。よろしく願いいたします。

次にいってよろしいでしょうか。

第4番目でございますが、かかりつけ薬剤師・薬局の推進について、事務局から説明をお願いします。

○野口課長 健康安全部薬務課長、野口と申します。それでは、ご説明いたします。

薬務課では、かかりつけ薬剤師・薬局というのを推進してございまして、今後のかかりつけ薬剤師の役割として重要となっております、在宅療養へ地域の薬局が参加できるようにその仕組みづくりの支援を始めましたので、それのご報告をさせていただきたいと思っております。

これは昨年度から新規で始めましたので、こうした大きな会議でまだまだご報告させていただくようなレベルではないのですけれども、これからまたまた続けていきたいと思っておりますので、多職種の皆様に今後のご協力もお願いしますという意味合いを含めまして報告させていただきたいと思っております。

それでは資料の7-1でございまして。左側に薬剤師の在宅療養をめぐる状況をまとめてございましてけれども、在宅療養で支援できる内容というのが当然服薬指導の中で現在問題となっているような残薬ですとか、それから飲み合わせの問題などというのが、薬剤師が関与することによって解決できるのではないかというふうに考えて進めてございまして。

その中で、今後に向けた課題ですけれども、参加が進んでいないということで、この下に三つまとめてございまして。一つは、薬剤師がまだまだ最新の知識ですとか、それから技能の取得が必要だとなっていること。2点目としては、それを必要とされる例えば無菌調剤の整備ですとか、24時間体制を行うような体制がまだないということ。3点目としては、多職種の中で行うに当たっては、まだまだ薬剤師の役割の浸透が不足しているのではないかとございまして。したがって、この三つの課題を解決するために、事業を昨年度から始めました。右側になってございまして。一つは、これは地域医療介護総合確保基金を利用して実施いたしまして、在宅療養を支える能力を持った薬剤師の確保と、それから地域における薬局等の連携体制の整備を推進ということがございまして。

1点目は、知識・技能の向上ということで、在宅訪問指導に関する基本的な研修を行いました。2点目としましては、薬科大学をお借りしまして、無菌操作を実際に実務をさせていただきまして。大きな二つ目としましては、地域における連携体制の構築ということで、薬局一つ一つに無菌調剤室を設けるのはなかなか難しいので、調剤室がある薬局を中心として、そこの中で体制を組んでいきたいと思いますという事業を進めてございまして。これは1番目も2番目も今年度も進めてございまして、少しずつ地域でこういったものを広げていきたいというふうにございまして。

次にまいります。資料7-2がございまして。次は薬局の薬剤師が多職種が連携した地域包括ケアの一員となれるように、地域の仕組みづくりを支援する事業でございまして。薬局の薬剤師が在宅療養を安定的かつ継続的に行うためには、左側の上に図で示させていただいておりますように、医師の指示を得て、医療や介護の保険適用を受けて行う必要がございまして。パターンとしましては、四つに分かれると思っておりますけれども、アラビ

ア数字の I、実際、医師の指示があった場合につきましては、直接保険要領や介護の対象になります。この右側に書いてあります、それ以外の職種からの提案というのがありますけれども、こちらについては網掛けの部分までは保険の対象外で、そこから具体的に医師の指示があった場合に医療の適用範囲になります。この介護職や介護の方に薬剤師が在宅療養でどのようなことができるのかを知っていただくというのが重要なのではないかと考えていまして、ここの 2 番から 4 番の網掛けの部分の保険の対象外のところまでをモデル事業というふうにさせていただいております。

左側の下にまとめさせてありますように、事業の概要ですけれども、地区ごとに多職種の方々で連絡会を設けていただきまして、例えば患者のアセスメントができるような共通の様式をつくっていただくとか、そういうようなベースをつくっていただいております。具体的には取り組んだ内容としましては、右側にまとめてございますように、新規事業ですのでボリュームとしてはそれほどではないのですけれども、まず顔のつながりがつくれたということが大きいのではないかなと思っております。内容としまして、8 割方の方にご満足いただいているような内容となっております。

今後につきましても、モデル地域、今年度も 3 地区に進めていただいておりますけれども、地域での多職種の連携の中で、薬剤師が一員となって働くような仕組みづくりを支援を引き続き進めていきたいと思っております。

以上でございます。

○新田会長 説明ありがとうございました。

薬局に関しては初めてでございますかね、ここで出たのは。ありがとうございます。何かご質問ありますでしょうか。

○高松委員 すみません、遅参して申しわけございません。東京都薬剤師会の高松です。

実は、このかかりつけ薬局・薬剤師の推進ということなのですが、在宅の現場では、地域において地域包括ケアの中で薬剤師としての責務を担う薬局がどうしても必要ということがあったのですが、現状としましては、実際に薬局のあり方が、薬局店舗ごとのマーケティングによる店舗展開により、病院の前に集中するなどの偏った存在となっていることが問題視されておりました。

昨年、「患者のための薬局ビジョン」が策定され、それに基づいて今私どもが言っているのが「立地から機能へ」、「対物から対人へ」、そして「バラバラから一つへ」ということで、地域住民の方々の医療介護、そして保健の部分でかかりつけ薬剤師・薬局を目指す方向で活動を進めております。

実際に今度の調剤報酬改定でもその辺の方向性が具体的に出てきますが、かかりつけ薬剤師・薬局として選ばれるために必要な、自分たちはこれをできますという主張が弱かったのです。実際にやっちはいるのだけれども、それが皆様方にわかりづらかったということで、自分たちが担う役割をしっかりと国民に伝えていく必要があると考えています。また、こういうモデル事業を使いながら在宅に参画する薬局を増やす目的もありま

す。そして在宅にいくと薬局のカウンターでわからないような薬の飲み残しが確認できます。薬局の窓口で聞くと、薬の飲み残しはありませんとおっしゃるのですが、実際に居宅へ伺ってみると、もう10年前の薬から何からっぱい残っているというようなケースにも多々遭遇します。

そういうところから、さまざまな適正使用に向けて、私たちがやるべきことを平成30年に向けてしっかりやっけていこうという段階です。

○新田会長 ありがとうございます。

これは厚労省の委員会で野口課長と、私も委員でしたが、門前から地域、地域からかかりつけ薬剤師というところへ大転換をするという大きな話でございまして、その中で東京都、これ都道府県で東京都が本当にこれをきちっとできたらすばらしい事だと私は感じたのですが、どう感じますか、野口課長のほうは。

○野口課長 確かに7-2で示させていただいたのが、厚生労働省の委託事業で、県からすると突然降ってわいたような大事業ですので、いろいろメニューがあります。ただ薬務課は東京都薬剤師会さんをご相談させていただきまして、それから地域の、当然東京都医師会さんのご協力をいただいて、きちりと、何となく継続してモデル事業が終わると通常はもうそこで終わりということが多いんですけれども、基盤をつくっていただきましたので、モデルが終わってもそこで関係ができて、薬局がその中で仕事をどんどん進めていますというお話を聞かせていただいて、今後まだモデルをしやすい地域から始めたというのが正直ですので、継続するに当たってはまだまだ薬局の意識も変えていただくとか、そういう環境をつくってないところも進めていくように、ぜひ皆様のご協力をお願いしたいというふうに考えています。

○新田会長 ということで、ご協力よろしくお願ひしたいということでございます。この四つのパターンなど、やり切れるかどうかというのは大変なことでございますね、正直言ひまして。

高松委員、何か、時間もないのでよろしくお願ひします。

○高松委員 実際に、点数がつかないからやらないという判断で動いてしまうと何も進まないのです。実際に、我々自身からも本当に行ってしまうケースもありますし、逆に今回、私、中野でモデル事業をやりましたけれども、これお願ひしたら症例がわっと集まったのですね。それぐらい潜在的な症例がある。行ってみて、やっぱりよかったと。事業の評価も受けています。だからぜひこれをさまざまな地区でやっただけければ、そこでまた他職種連携のきっかけになるということで、よろしくお願ひします。

○新田会長 ありがとうございます。

点数、最初はつかないですけれども、頑張ってください。よろしくお願ひいたします。

次にいってよろしいでしょうか。

訪問看護推進部会推進部会の取組について、事務局から説明をよろしくお願ひいたします。

○榊課長 高齢社会対策部介護保険課長の榊と申します。

私のほうから、資料8-1から8-4、それからお手元にグリーンの訪問看護フェスティバル、このチラシをごらんください。

まず8-2のほうをごらんください。こちら27年の取組ということで、訪問看護の事業ですが、推進総合事業ということで、今、九つの取組をさせていただいております。ざっくりとこれでご説明しながら、事業に応じてその後ろの教育ステーション事業の用紙、それから28年度新規事業の話をしていきたいと思っております。

それでは8-2をごらんください。訪問看護推進総合事業、9本ですが、まず1本目で、地域における教育ステーション事業ということで、比較的小さ目の地域の訪問看護ステーションを、ある程度大きなしっかりと支援できる訪問看護ステーションが教育ステーションとして支援していこうという事業でございます。

後ろをちょっとごらんいただいて、8-3のところ、ちょっと詳細なものをおつけしてございます。現在、27年度、本格実施ということで、九つの訪問看護ステーションを指定させていただいております。その下をごらんいただいて、その事業でございますが、ステーションの体験実地研修を受け入れ、それから勉強会を実施していただくというようなことを地域のステーションの支援をさせていただいております。それから、今年度、モデル事業として右側になりますが、特色のある事業としては、医療機関での訪問看護師の研修ということで、九つのうちの新規の4カ所はこれからなのですが、今までやっていただいている5カ所につきましては、きょう、秋山先生まだなのですが、秋山先生の白十字を始めとしまして、医療機関に訪問看護師が出かけていまして、1日2日の研修なのですが、モデル事業として看護ステーション、どんな病院のほうで、どんなことを実施しているのかというのを学んでいただくという事業をしております。

3番目のあすか山ステーションを見ていただくと、総合交流ということで医療機関のほうからも研修を受け入れておりまして、やはり退院カンファレンスとか、確実に変わってきているということで、さまざまな声が寄せられてございます。こちらをしっかりと実施していきたいと思っております。

8-2にお戻りください。今、簡単に地域における教育ステーション事業をお話しました。次、2番目としまして、訪問看護人材確保事業ということで、先ほどのグリーンのパンフレットの、これ1月16日終わりましたが、実行委員長、委員でおられます阿部実行委員長を下に、こちら3年目ということで開催をさせていただいております。

それから3番目、管理者・指導者育成ということで、訪問看護ステーション、初めてという方も多いのですが、その全管理者・指導者を対象にということで育成支援の研修会を実施してございます。それから一番左側の下でございますが、多角的に、それから今必要なものということで、総合的に検討させていただいております。今年度も3回、新田会長をオブザーバーとしまして、秋山委員にも入っていただいて検討してございます。

それから右にいきまして、6番、7番ということで、研修の代替職員の支援、それから7番、産休・育休、介護休暇取得の代替職員の支援ということでさせていただいております。

それから8番目は、経営コンサルタントで個別相談ということで、訪問看護ステーションの経営にも支援させていただいております。

それから9番目でございますが、事務クラークということで、訪問看護師さんが本来の訪問看護師さんの仕事に従事できるように、新しく事務を雇った方に対する支援ということでさせていただいております。

以上、27年度事業なのですが、この9事業、28年度も全て実施をしております。さらに看護人材確保ということで、おめくりいただきまして8-4、最後のページになりますが、新任の訪問看護師さんの就労を応援していこうという事業を新たにさせていただきます。目的なのですが、訪問看護を未経験、まだやったことがない看護師さんが訪問看護ステーションで雇用するとき、その人件費を支援すること、そして安心して働いていただいて、その教育体制の強化を図るということを支援させていただくという事業でございます。

実施内容ですが、下の実施内容のところの3番の補助金の概要を見ていただきますと、新しく訪問看護をされていると、大体3カ月から6カ月ぐらいは研修期間が必要なのですが、2カ月の部分の人件費の半分を給料と、それから外部研修ということで研修をお受けになるところとを支援していきたいと考えております。こちらの我々の思いは、雇用形態、常勤でも非常勤でも問わないということで、1週間に20時間程度以上働ける方を支援していきたい。多様な働き方を支援して、潜在看護師さんで子育て中の方も、こういった形で訪問看護にふれていただける機会になるのではないかとということで支援をさせていただくつもりでございます。

右側のイメージでございますが、都看協のほうに委託をさせていただきまして、しっかりと計画を見させていただく。そしてナースバンクというところと協力して、今までの経験のない看護師さんをしっかりと支援していきたいという事業を考えてございます。

簡単ですが訪問看護の27年度の事業の説明を終わります。

○新田会長 ありがとうございます。

質問、それではよろしくお願ひします。阿部委員がこのメンバーということで、よろしいでしょうか。

○阿部委員 いろいろな取組、ありがとうございます。本当に東京都のこの取組は全国的にも非常に評価されていまして、特にこの教育ステーションも既に大阪も実施しているということです。あと、先ほど退院支援マニュアルにつきましては、研修等に行きまして、訪問看護ステーションも退院支援をしたいということから、なかなか資料がないのですけれども、私のほうから東京都のホームページから退院支援マニュアルも段取りで

きますよという話をして、結構活用されているところもふえてきています。

あと、人材確保事業の訪問看護フェスティバルです、これも今年はありません、ここにあるのですけれども、今回は公開講座、退院して訪問看護、これは東京都医師会の内藤先生が来ていただきまして、先ほどの医師会の、先ほどちょっと私言葉が足りなかったのですけれども、特に医師が上から目線で言っているというわけではなくて、ドクターでやっぱりどれだけ先生方が同じ目線とか、目より下から話をしているのが十分私たちはわかっているのですけれども、それでもまだ都民とか、療養する人たちはどうしても自分の目より上に置きたがるのかなと思っていますので、そのことを説明できれば、こういう会を通して、先生方が多職種はこういうことで必要なんだよということを先生方から言っていただいたほうが、もう少し効果が出るのではないかなと思って、先ほど言わせていただいた。すみません、言葉が足りなくて誤解させてしまいまして、申しわけありませんでした。

ですので、本当にこれからを、やっている私たちは大変なのですけれども、実は。これを実行していくのは大変なのですけれども、でも本当に全国的に評価の高い支援なので、これからもぜひ応援していただけるとありがたいと思います。ありがとうございます。

○新田会長 ありがとうございます。何かご質問ありますでしょうか。

言うまでもなく、在宅療養の基本、地域の基本は訪問看護師ということは、今は誰でもが理解する時代になった。しかしながら、絶対数はどうかというところやっぱり足りないということで、こうした事業がますます必要になるというふうに思っておりますが、次にいってよろしいでしょうか。

では、次にいきたいと思います。

それでは、本日三つ目の議事に移ります。都における平成28年度取組について、事務局から医療政策部の取組と高齢社会対策の取組を説明してもらいまして、それぞれの委員の皆様からまた質問をいただきたいと思います。

まず、医療政策部の取組について、事務局、説明よろしく願いいたします。

○新倉課長 それでは、お手元配付資料9をごらんいただきたいと思います。

ホチキスどめになっておりまして、数ページ、最後9ページまでございますけれども、1ページ目が総括表でございます。来年度の取組について一覧にまとめたものでございます。基本的には昨年度まで続けている事業を引き続き継続して行う、もしくは規模を拡充して実施するということでございます。

一番右下に看取り支援に関する取組ということで、平成28年度新規事業でございます。前回、第2回のこの会議におきまして、予算要求事項ということで説明をさせていただきましたので、来年度積極的に早期から取り組んでまいりたいと考えております。

また来年度、内容のほうで少し充実したものにつきましては、3ページをごらんいた

だけですでしょうか。区市町村在宅療養推進事業というものでございます。こちらについては今年度からこの事業を実施しているわけですが、真ん中の②退院患者への医療・介護連携支援のところの（取組例）と書いてある四角の中でございます。丸の三つ目ぐらいまで、さまざまデータを活用した現状把握や、今後の需要、供給などの分析、こうしたことについても、この本事業で区市町村の取組を支援してまいりたいと考えております。前回、第2回の会議においても報告させていただいたとおり、在宅医療につきまして、今後の需要推計、各区市町村が主体的に、こうした量的な目標を立てていく、こうした取組が必要だというさまざま区市町村との意見交換の中でも出てきたところでございます。そうしたことを財政面からもこの事業を使いまして、支援をしてまいりたいというところでございます。

先ほどの看取りの新規事業につきましては、この一番最後のページにございますが、前回会議で説明した内容と基本的には同様でございます。予算成立後速やかに取組に着手してまいりたいと考えております。

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。

ただいま医療政策部からの説明でございますが、何か質問のある方、よろしく願いいたします。

今、10分程度おくれておりますが、次進みながら、また質問ということでよろしいでしょうか。

それでは次に、高齢社会対策部の取組を説明していただいて、二つの取組で質問を受けたいと思います。よろしく願いいたします。

○山口課長 高齢社会対策部の山口と申します。

私ども、高齢社会対策部は在宅療養の車の両輪でございます医療と介護のうちの介護のほうを主に担当させていただいております。私のほうからは、東京都の高齢者保健福祉施策におけます来年度の取組のポイントについて、資料10によりご説明を申し上げます。

高齢者分野では介護保険制度が施行されました西暦2000年を初年度として、3年ごとに法定計画でございます高齢者保健福祉計画というものを策定しておりまして、平成28年度は第6期計画の2年目に当たります。第6期の計画では、団塊の世代が後期高齢期を迎えます2025年の介護需要を見据えまして、地域包括ケアシステムの構築に向け、資料に記載の①から⑥までの六つの重点分野を定めて施策を推進することとしております。また、地域包括ケアシステムにつきましては、現在、幅広い分野の有識者によりまして、在り方検討会議において検討が進められておりまして、前回11月の当会議におきまして中間のまとめについてご報告をさせていただいたところでございますが、年度末には最終報告を取りまとめる予定としてございます。

一方、国のほうでは1億総活躍社会の実現ということで、介護離職ゼロという目標が



掲げられておりました、在宅施設サービス基盤の整備ですとか、介護人材確保のための緊急対策が取りまとめられたところでございます。都としましては、こうした国の動向も踏まえまして、来年度予算において第6期高齢者保健福祉計画の着実な推進に向けて、六つの重点分野ごとに必要な施策を実施することとしておりました、本日はその中から主な新規事業、レベルアップ事業を中心にご説明を申し上げます。

まず重点分野の一つ目、介護サービス基盤の整備でございます。特養、老健施設、認知症グループホームなどの施設整備につきましては、表に記載してございますとおり、平成37年、2025年の目標達成に向けまして、整備のおくれている地域に対する補助金の加算内容の充実等を図ります。また、特養の建物はこれまで自己所有が必須でございましたけれども、国は今回の緊急対策で賃貸建物での特養の運営を可能とする規制緩和を図りましたので、これにあわせまして都としても賃貸用の建物に対する整備補助の制度を創設いたします。

二つ目の在宅療養の推進につきましては、訪問看護ステーションの教育体制の強化、それから看取りの環境整備、こちらはただいま各担当課長から説明がございましたので省略をいたします。

三つ目の認知症対策でございますが、2025年には都内の認知症高齢者は現在の1.6倍、60万人増加すると推計をしております。認知症の方が在宅生活を継続していく上では、BPSDと呼ばれる、徘徊ですとか、妄想といった、いわゆる行動心理症状への対応が大きな課題となっておりますことから、必要な支援のあり方、方法論を確立するため、東京都の医学総合研究所と健康長寿医療センターという、二つの研究機関を活用しまして、ケアモデルの確立に向けた調査研究を実施いたします。

また働き盛りの年代で発症します若年性の認知症は、就労の継続や収入の確保といった、高齢者の認知症とは異なる課題がございますし、また症例も少ないことから、専門的な支援のノウハウが蓄積されにくいという課題がございます。そこで地域包括支援センターなどで活用できる支援マニュアルを作成するとともに、現在、区部に1カ所ございます、若年性認知症の方への総合支援センターを新たに多摩地区にも開設をいたします。また認知症予防についても、包括補助事業にメニューを追加いたしまして、区市町村の取組を支援してまいります。

なお、資料にはございませんけれども、会議の冒頭での質疑にもございました、認知症の医療の体制に関しましては、認知症疾患医療センターを区市町村ごとに設置して、地域の専門医、かかりつけ医、あるいは地域包括支援センター、ケアマネさんなどとネットワークを組んでアウトリーチも含め、初期段階から集中的に支援する取組につきましても、引き続き継続して実施してまいります。

四つ目の介護人材対策でございますが、今後の介護需要の増大によりまして、2025年には都内で3万6,000人の介護職員が不足すると見込まれております。介護職員の確保定着は喫緊の課題でございます。このため、家賃が高い東京の特性を考慮しま

して、介護職員の処遇改善に資するよう、職員宿舎を借り上げる事業所への支援を開始いたします。また、いわゆる介護ロボットにつきましては、特養1カ所をモデル職場として指定しまして、試行的に導入し、職員の負担軽減や業務の効率化に資する効果的な導入方法等を検証してまいります。

五つ目の高齢者の住まいでございますが、地域包括ケアにおきましては、介護や医療の問題だけではなく、地域での生活の基盤となる住宅の確保も大変重要でございます。そこで、介護や医療は必要ないけれども、見守りですとか、ちょっとした生活の支援が必要な高齢者の方、かつ低所得で住宅に困窮している方を対象に、NPOなどと連携して、さまざまな生活上の支援を受けられる住まいを確保してまいります。

最後、六つ目は介護予防と支え合いでございます。支援を必要とする高齢者がふえ続ける中、行政の力だけで支えていくことは困難でございます。そのため、介護予防や日常生活の支援に関しましては、NPOやボランティア、地域住民などの、いわゆる互助の力が重要でございます。東京の特性として、企業や人材の集積が挙げられ、とりわけ団塊の世代の方は現在60代後半に差しかかっておりまして、仕事や子育てから解放され、ある意味、元気と暇を持て余しているという状況もございます。そこで、こうした力も地域に貢献していただく方向で活用できるよう、新たに区市町村にアドバイザーを配置する事業を実施してまいります。

以上、新規、レベルアップの事業についてご説明をいたしました。当然ながら既存の施策も継続して実施しまして、総体として高齢者が地域で安心して生活できる社会の実現を図っていくこととしております。

説明は以上でございます。

○新田会長 とても重要な取組、9、10に関して、もっと議論の時間があればというふうに思っていますが、少し時間が延びても構わないわけでございますね。

それで、9、10ですね。二つ説明していただきましたけれども、どうぞご質問のほう、よろしく。

○山本委員 貴重なご報告ありがとうございました。資料10について3点、個人的な希望も含めてお伝えしたいと思います。

まず、介護人材の対策については、前回のこの会議でも申し上げたのですが、特に在宅のホームヘルパーの方の人材確保が非常に難しい状況に今なっております。サービス付き高齢者住宅とか、施設がふえている分、屋根があるほうに人材が流れていって、訪問する人材が非常に確保が難しいということが今起きております。東京都としてもぜひ、総合事業等でいろいろな地域の人材を活用するという事も出てきますけれども、東京都としても訪問介護の人材確保、もしくは事業所に何かしらのインセンティブを与えられるような施策があれば、これは望ましいというふうに考えました。

あと、ロボットの介護については、在宅の、これはいろいろ企業が開発するでしょうけれども、対話型ロボットですとか、あと緊急時の見守りのようなロボットの開発も今

後テーマになるだろうというふうに考えます。

それから、高齢者の住まいの確保、3点目ですけれども、先週行われた認知症対策推進会議の医療部会でも話題が出ていたのですが、今、課題は低所得で身寄りがない方の住宅の確保、これは非常に課題です。今、お金がある方はお金があるサービス付き高齢者住宅なり、有料老人ホームに入るといった状況がありますけれども、お金がなく、また身寄りがなく何らかのケアが必要な方の、低価格で入れる住宅を、今、未届けのケア付き住宅がある程度、それを支えているわけですからけれども、ある程度チェックがきく形で、ケアの質が保てる形で、東京都としてそういった低所得の見守りが必要な方も入居できるケア付き住宅の支援ができれば望ましいのではないかと。この3点をお伝えしたいと思います。

○新田会長 3点とも貴重な話でございますが、事務局、何か追加説明ありますでしょうか。

○山口課長 ありがとうございます。訪問系の人材確保ということ、施設と同様に重要でございますので、ここには記載がございませんけれども、元気高齢者や主婦や、あるいは潜在有資格者の方をまた仕事へ結びつけるといったような事業も新たに開始するところでございます。

それからロボットにつきましては、いろいろなものが開発され、一部市場化されていますけれども、まだまだ開発段階のものもあって、どういうものが使えるかというところ、まさにいろいろな形で検証しながら、効果的な導入を図っていききたいというのが東京都の考えでございます。

最後、住まいにつきましては、もうご指摘のとおりで、まさにそこを低所得で見守り等が必要な方をターゲットに住まい確保策を今回要求しておりますが、これまでも居住支援協議会等を活用した生活支援付きの住まい確保をやっている上に、NPOの固有名詞を挙げるとあれですが、ふるさとの会などが取り組んでいるようなものも支援しているということが、今回の新しい内容になってございます。

以上、補足でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

区市町村におかれましては、恐らく区市町村事業で一番大変なのは、人材と住宅政策、医療もあるんですが、そこがなかなか区市町村はできないという大きな問題があって、恐らく東京都に期待するものが大なるものがあると思いますが、もし何か区市町村の方でご意見があれば、どうでしょうか。

まだご発言のない、高橋委員、隣でございますから、よろしく申し上げます。

○高橋委員 指名されてしまったのであれなのですけれども、住宅に関してなんです。八王子のほう、市営住宅というのは建てかえとかでいろいろやっているところではあるのですけれども、実際、私、住宅の部門にいるわけではないので、どのくらい足りているのか足りないのかというのは、十分把握はしていないのですが、昔と比べていわゆる平

家の住宅を高層にして建てて、より効率のいい住宅には最近なってきたかなという感じはあります。

そういった中で、低所得の方がそういった市営住宅により入って行って、より快適な生活をしていければいいのかなというふうには思います。特に、まだいわゆる建てかえがきいていないような住宅の場合、ある一定の方がそこに残ってしまうことで、全体の建てかえができないというような地区も結構あるようなので、そういった方が1回ほかの市営住宅に移っていただいて、建て直して戻ってこられるというところの説得というのか、理解を得るというところが一番難しいのではないのかなという気がちょっとしていますけれども。

○新田会長 恐らく山本委員の質問は、単に住宅政策ではなくて、認知症で独居の方がふえてきて、その方たちが地域に住めなくなる、住宅問題が解決しないから、そういったようなことで区市町村にも考えていただき、東京都にも考えていただきたい。そんなような質問だというふうに私は受けたのですが、単に住宅政策がどうのこうのという話ではないという。

○高橋委員 すみません、ちょっと視点がずれてしましまして。

あとは、いわゆる地域ぐるみでどうやっていくかというところの中で、割と八王子の場合は、自治体の中でも町会に入っている率が割と高いというのがあります。そういった中で、町会の方々が手を取り合っていていながら、そういった方たちを支援していくという形がすばらしいのかとは思いますが、やっぱり難しいのが、入っていくときにその方のプライベートに当然踏み込んでいくわけで、そこの中身がどこまで入っていけるのか、余り入っていくことで逆に拒絶されてしまうというところのあんばいというのですか、その辺をどう考えていくかということかというふうには思いますけれども。

○新田会長 はい、どうぞ。

○千葉委員 ありがとうございます。資料9の3ページ目、ここでいいのかわからないのですが、②退院患者への医療・介護連携支援の中で、ぜひ生の声を拾える仕組みをつくっていただきたい。患者さん、それからそこにかかわったケアマネジャー、退院をなさるとき、あるいは家に帰ってきたときの苦労、その他、協力連携関係をいただけたことなど、直接的に声を拾い上げていただけると、またそれを還元していただけると実質的だなというふうな感想を持ちました。

もう一つ、資料10の先ほど山本委員からも介護人材の対策というところで、今、私もケアマネジャーということではなくて、ケアプランの中に位置づける介護職員がホームヘルパーもそうですし、施設で働く介護の職員の確保というのが非常に困難になってきております。特に、施設で働くいわゆる交代制勤務に従事される方、人間の生態の本来的なリズムを反して夜勤をしたり早番を出たりということをしています。そこら辺の生態への負担というところを何か加味をしていただけると、人材確保というところが進むのではないかなというふうに考えます。

以上でございます。

○新田会長 資料9に関して、よろしく願いいたします。

○新倉課長 先ほどの事業の中で、こちらは主に区市町村の取組で検討会などをつくって、そうした議論を深めていくというところでございます。区市町村ごとの取組ではございますが、それぞれ例えば患者代表、もしくは実際の住民の方を入れた形で検討会をつくっているところもございます。そうしたことについても区市町村への情報提供など、我々としてもしていきたいというふうに考えます。

○新田会長 資料10に関しては、これはまた工夫でございますので、ご意見として承っておくということによろしいでしょうか。

はい、わかりました。

その他、何かご質問ある方、はい、どうぞ。

○平川委員 時間も押していますので手短かにですけども、やっぱり人材問題は非常に大きな問題で、この④がなければ①なども生きないわけで、箱をつくっても人がいなければ意味がない。現に東京では、特養を建てても働く人がいないためにフルオープンできないというのが幾つも出ておりますので、やはりこの介護人材につきましても、かなり本気でいかなければならない。東京の特徴として、たくさんの仕事があるんですよね。何も介護をやらなくてもほかにももう少し同じ額のもの、同じような程度で稼げるというのがあるので、これから東京オリンピックが始まって非常に景気が上向きとか、ほかに仕事がふえれば、ますますこの業界から引かれてしまうということがあります。それが1点です。

もう一つ、やはり今、現状EPAで来ているインドネシア、ベトナム、フィリピンの方々を始め、来年度ぐらいから始まるでしょうか、いわゆる技能実習制度で来る外国人、これらの方々も恐らく東京が一番集まるのではないかなという、このの方々に対してどううまく東京で生活してもらって、仕事についてもらうかということは検討すべきで、その辺は十分やっていくことだと思います。

また、いつも気になるのですが、介護人材というのを一くくりにしてしまうことはどうか。いわゆる直接介護や間接介護、あるいはお風呂の掃除とか、居室の掃除といったものは全て介護福祉士がやるべきかどうかということを考えて、やはりただでさえ少ない介護職というものは、やはり重点的にきちんと配備して、ここにはプロフェッショナルが必要だと、ここにはセミプロでもいいですし、元気高齢者でも、あるいはリタイアメントした人でもいいということ、もう少しこれは効率よく考えていかないと、幾ら数を供給しても足りないのかなというふうに思っています。つまり、エントリーレベルの敷居は低くして、そしてピラミッド、上の部分はかなり専門性を高めるといったことを仕組みにして、介護の方々もきちんとしたプライドとキャリアシステムというものの、アップも質も持ってやっていくという仕組みをつくらなければ、付焼刃的な形ではまずいでしょうし、例えば静岡県のように、もう介護人材課みたいなものをつくって、徹底

的に小中高から、この介護人材についてきちんとリクルートするという方法もありますので、この辺はちょっとできれば東京都の中にも、かなり専門に特化しているものをつくっていただくと、このあたり、前に進むのかなと思っています。これはかなり喫緊な課題ですし、もっとこのあたりの問題点が浮き彫りになってくるときがくると僕は思っています。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。トータルで考えましょうという貴重な意見だと思うのですが、単にロボットで済む話ではないだろうと、もっともっと全体、構造的も含めてということで、その意味で介護人材推進、ここに二つあるのですが、それでは物足りないという話でございますが、いかがでございましょうか。

○山口課長 人材は都としてかなりいろいろ取り組んだ上での、来年度新しいものとしてはここを示していますので、キャリアアップの支援ですとか、いろいろな元気高齢者、主婦の方の参画とか、いろいろやらせていただいています。

平川先生ご指摘のとおり、他産業と比較して、有効求人倍率のところでも明らかに今介護職がかなり苦戦を強いられている状況がありますが、待遇改善も介護報酬の中ではありますけれども、頑張ってくださいとともに、やはり全体として魅力を高めていくと。やはり最後はやりがい処遇にまさるのかなというところも含めて取り組んでいきたいと思えます。

それから、外国人の活用は、今EPAという形でまだまだモデルケース的にやっていますが、お話ありましたとおり、今、国会のほうで法改正が審議されておまして、それがとおりますともう中国等を含めて全体的に解禁、技能実習生という形で入ってきますので、そこへ向けて今少数でやっているEPAの課題をしっかりと検証して、どういう形がいいのかというところ、議論と検討を深めていきたいと思えます。

それから、介護の有資格者がやるべき仕事をきちんと切り分けて、ボランティアですとか、いろいろな形でプロの仕事をプロに特化していくということも貴重なご提言と思えます。在り方検討会議でも平川先生からも他県の例などもご紹介いただいておりますので、そういったことも含めて検討していきたいと思えます。

○新田会長 ありがとうございます。

最後の事業、結果として総合支援事業を進めるということだと思えるのですね。今、総合支援事業の中で、介護A、Bを区市町村が育成するというのがありますよね。あれがほとんど東京都の中でほとんどできてない、多摩では二つだし、東京都区内で三つですか、区市町村、そんなものでございますね。総合支援事業を進めることによって、人材を適切に地域で配慮していく事が、介護人材不足の解消等にもなります。軽度、要支援1、2、要介護1ぐらいまででよろしいでしょうか。生活支援としてきっちりと地域でつくり上げるということのトータルな考えの中で、介護人材というのをもう少し考えていただければ、恐らく今もっと考えているのは介護人材不足は違うだろうなという意見

も出ております。そこも含めて考えていただければなというふうに、今の意見はそういうふうにとまとめましたけれども、よろしいでしょうか。お願いいたします。

時間が10分過ぎました。あと最後の報告にいきたいと思います。よろしくお願いたします。

○武藤係長 医療政策部医療政策課の武藤と申します。

それでは、お手元の資料11、また配付させていただいておりますA4判の青色の冊子をごらんください。医療政策課におきましては、都民の方々向けに医療に関する全般的な情報をわかりやすく解説し、医療を受ける際のご参考にしていただくことを目的として、こちらの冊子を平成18年度から作成しているところです。

配付するターゲット層にあわせて、本日お配りしております高齢者の骨折編に加えまして、その他4種類を作成しているところでございます。こちらの冊子ですが、主に地区医師会さんですとか、区市町村さんが開催いたします都民向けの公開講座ですとか、あとは事業におきまして、医療の仕組みなどを説明される際にご活用させていただいているほか、医療機関においては患者さんへのご説明をされる際に活用いただいているところです。

このたび、こちらの冊子を医療情報や医療機関案内サービスひまわりを所管しております東京都の医療情報に関する理解促進委員会におきまして、内容を改定することとなりました。こちらの改定に当たりまして、中にお役立ち知識というページを新たに作成しまして、医療や介護に関する用語などについて、わかりやすく解説するということになりました。こちらの用語解説では、例えば医療器具の分担ですとか、地域包括ケアシステムなどについて掲載をする予定でございます。

こちらでリビングウイル、エンディングノートについて紹介したいと考えているんですが、ただこの言葉のわかりやすい解説や説明がないかどうか探してみたところ、こちらの単語について説明されたいわゆる公的なような資料がなかったため、たたき台として、こちらにあります案を作成しております。委員の皆様にご意見をいただきまして、冊子に掲載したいと考えておりますので、アドバイスなどをいただけますと幸いです。字数につきましては、調整可能であるため、今提示させていただいている程度の字数に限るというものではございません。

それでは、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○新田会長 ありがとうございます。

皆様のご意見は、これが終わってからもよろしいのでしょうか。終わってから事務局へということで、ぜひよろしくお願いいたします。

本日、全体を通じまして、10分過ぎておりますが、何かご質問がありましたら、この際、よろしくお願いいたします。

○清水委員 一つよろしいでしょうか。またぞろという感じがするのですけれども、いわゆるICTに関しては今までの経験上、難物だと思っています。それは、今まで地区医

師会、東京都医師会それから日本医師会で種々の委員会に入れさせていただき、モデル事業に参加しました。ところが、一番の問題は、インターネットの業者が地域の情報を拾い上げ実施し、そのモデル事業が終了して参加していた委員や役員が変わってしまうと、機能しなくなる例が多い。あるいは継続しても、メンテナンスに非常にお金がかかるものが残ってしまうことがあるので、私はいつもICTのハード部分はコンベンショナルものを使いましょうと言っています。

その一つは、地域包括ケアで求められるシステムの要点は、地域で生活している一人の方をみんながどうやって見るかということです。ですから、大きなシステムをつくるのは良いのですが、そのインフラをドクターも含めて皆さんが知っていて、この方に何が必要かを考えて、全員参加のメーリングリストを作っています。私は11人訪問診療していますが、全員その方々のメーリングリストがあって、そこで医者が上から目線ではなくて、参加者と対等の意見交換をしています。例として、新任のヘルパーさんの報告に対しては、言葉遣いを直してあげたり、褒めたりしながらメンバーの関係が緊密となった協働体をつくっていくのが地域包括ケアシステムだと思っています。

今回のハードの部分はこの委員会で作られて良いのですが、それを地域で利用するとき難しくなってしまうと困るのです。というのは、私は地域の一般医師の代表で参加している気持ちでありますので、なるべくお金をかけないで、そのシステム続くような方策も開始時から考えることが大事だと思います。

今のところ、情報伝達で上手くいっているのはメーリングリストです。メーリングリストの同送で全員に送る分と、Aさんだけに送る分の様に、情報を切り分けていくと、非常に上手くいきます。地域でのその様な個別の工夫を拾い上げて、上から下のモデルだけではなくて、下から上への部分も拾い上げも工夫して頂きたいと思います。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。そのほか、何かご意見等、ご意見ですね、今度は。質問ではありませんね、等ありましたら、よろしく願いいたします。

よろしいでございましょうか。最後も貴重な発言でございまして、やっぱり各地域に応じた、それぞれのあり方が恐らくあって、それを今度は東京都全域でどうつくってあげるかという、またつくり方もあって、そこが応用されるということだろうと思っております。そこはそれぞれの組織がそこも理解して動いていただければと思っております。

以上で、きょうの会議を終了して、事務局に渡したいと思います。どうもありがとうございます。

○新倉課長 本日は、活発なご議論、ご意見等をいただき、ありがとうございました。

先ほど資料11のリビングウイル、エンディングノートにつきましては、会議の後日、またこうしたほうが良いというようなご意見を事務局宛て、メール等で結構でございます。お寄せいただければと思います。その上でまた最終的には新田会長のほうと最終の案を確認させていただきたいと思います。



今年度は、この在宅療養推進会議、3回開催させていただきました。3回ともそれぞれ地域医療構想の策定の状況もありましたが、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。

次回は、来年度に入ってからということになりますが、会議の途中、新田会長からもお話があったように、在宅医療介護の連携推進事業というのが平成30年4月には全部の区市町村で実施と、アからクというのは前回説明したかと思いますが、この八つの項目全てを実施ということでございます。それに向けては28年度、29年度と、ここはもう正念場の年でございますので、来年度も引き続きさまざまご助言いただければと思います。我々、福祉保健局も、我々事務局を務めます医療政策部、高齢社会対策部、薬務を担当している健康安全部、さらには保健政策部と四輪駆動で進めてまいりたいと、また新たな課題として小児の在宅にも取り組み始めております。

そうした意味では、重症心身障害児を担当する障害者施策推進部や、また母子保健を担当する少子社会対策部、さらに教育行政を担当する教育庁とも連携を取りながら、しっかりと来年度も取組を進めてまいりたいと思います。来年度もどうぞ引き続きよろしくお願いいたします。

以上で、平成27年度第3回東京都在宅療養推進会議を閉会させていただきます。どうもありがとうございました。

(午後 8時48分 閉会)