

令和4年度
東京都在宅療養推進会議
会議録

令和5年3月28日
東京都福祉保健局

(午後 6時00分 開会)

○島倉担当課長 それでは定刻になりましたので、ただいまから、令和4年度東京都在宅療養推進会議を開会させていただきます。皆様には、ご多忙のところ、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

私は、東京都福祉保健局医療政策部地域医療担当課長の島倉と申します。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。

はじめに、本日の会議資料の確認でございますが、資料は1から7-2まで、参考資料は1及び2となっております。関係する議事の都度、事務局から資料の確認と、概要をご説明させていただきます。また、今回はペーパーレスの取組の一環として、資料をデータ形式でのみ送付となっております。ご不便をおかけいたしますが、よろしくお願いいたします。

続きまして、会議の公開についてでございます。

当会議は、会議、会議録、会議に関する資料について、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りまして、ご協力をお願いします。

大人数での会議となりますので、お名前をおっしゃってから、ご発言のほどお願いいたします。また発言の際は、左下のマイクのボタンにて、ミュートを解除していただきますよう、お願いします。また、発言しないときは、ミュートをお願いいたします。

今回は、第6期の委員の任期満了に伴う改選後、第7期となって初めての推進会議となっております。皆様には委員就任をご快諾いただきまして、誠にありがとうございます。御礼申し上げます。

新しく就任された委員のご紹介をさせていただきます。「資料1 東京都在宅医療推進会議 委員名簿」の記載の順にご紹介させていただきます。

日本訪問看護財団常務理事、平原優美委員でございます。

○平原委員 よろしく申し上げます。

○島倉担当課長 続きまして、江戸川区健康部健康推進課長、吉澤太良委員でございます。

○吉澤委員 こんにちは、吉澤です。どうぞよろしくお願いいたします。

○島倉担当課長 続きまして、江東区福祉部地域ケア推進課長、宮澤裕司委員でございます。

○宮澤委員 宮澤です。よろしくお願いいたします。

○島倉担当課長 よろしく申し上げます。

他の委員の皆様につきましては、委員名簿をもってご紹介に代えさせていただくというところでご容赦いただければと思います。

続きまして、本日の推進会議の出席状況のご報告をさせていただきます。本日は、葛原委員より所要のため欠席、秋山委員より所要のため途中退席と連絡をいただいております。

また、本日は傍聴の希望者がいらっしゃいますので、併せてご了承願います。

それでは、以降の進行につきましては、新田会長にお願いしたいと思います。新田会長、どうぞよろしくお願いたします。

○新田会長 皆さん、こんにちは。よろしくお願いたします。これより私が進行を務めてまいります。

それでは議事に入ります。お手元の次第に従いまして、進めてまいります。

一つ目は「第8次医療計画作成に向けた国指針の方向性について」です。

まず、事務局から説明していただき、その後、委員の皆様から質問、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たします。

○井床課長代理 それでは説明をさせていただきます。資料共有をさせていただきます。

資料3に基づきましてご説明をさせていただきます、医療政策課の井床と申します。

今回、第8次医療計画作成に向けた国指針の方向性のうち、在宅医療に係る医療提供体制構築について、説明をさせていただきます。

こちらの資料3を基に説明をいたしますが、参考資料1、第8次医療計画等に関する意見取りまとめと、参考資料2、令和4年度第2回医療政策研修会及び地域医療構想アドバイザー会議資料、在宅医療について、いずれも厚生労働省の資料ですが、こちらについても併せてご覧ください。

現行の保健医療計画はこちらの第7次となりまして、2024年、令和6年度からスタートする第8次保健医療計画、これの策定に向けて、国において令和3年度から検討が重ねられているところでございます。親会である第8次医療計画等に関する検討会のもとに、幾つかのワーキンググループがぶら下がっておりまして、その一つとして、在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループがございまして、ワーキンググループとしての意見の取りまとめが親会に報告されておりまして、これを含んだ内容で、第8次医療計画等に関する意見の取りまとめ、こちら参考資料の1の内容ですが、こちらが昨年末に示されておりまして、

近日中にこれまでの意見の取りまとめを反映した形で、次期医療計画作成指針と疾病事業及び在宅医療に係る医療提供体制構築に係る指針が前回の改定時同様に示されまして、これを基に、令和5年度は各都道府県において実質的な保健医療計画策定の作業に入っていくこととなります。

正式な国の指針は発出される前ではございますが、これまでの国におけるワーキングでの議論が意見の取りまとめとして示されておりまして、指針についてもここから大きくそれるものではないと考えられるため、意見の取りまとめの概要をこちらでお示しをいたします。

在宅医療に係る部分としては、（1）在宅医療の提供体制（2）急変時・看取り、災害時等における在宅医療の体制整備（3）在宅医療における各職種の関わりと、大きく分けて3点ございまして、

まず初め、在宅医療の提供体制の具体的な内容について抜粋しております。

こちら読み上げさせていただきますが、都道府県は、国から提供を受けたデータを踏まえ、在宅介護の提供体制も勘案しながら、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて体制整備を進める。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の目標や求められる事項については、医療機関や当該拠点がそれぞれ担うべき機能や役割を整理する。

圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の配置状況並びに地域包括ケアシステムの状況も踏まえ、市区町村や保健所圏域等の単位毎の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとする。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を圏域内に少なくとも1つは設定することとする。

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の整備状況や「在宅医療・介護連携推進事業」との連携について、実態把握と進捗確認を行うとされております。

このうち、何度も出てきております「積極的役割を担う医療機関」と「必要な連携を担う拠点」については、こちら補足が必要かと思いますので、次ページ以降で説明をいたします。

こちら、参考資料2、国資料からの抜粋となりますが、現行の保健医療計画作成の際の指針においても、これら「積極的役割を担う医療機関」、「連携を担う拠点」については、医療計画に位置づけることが望ましいとされておりますが、現行都の医療計画においては、こちら特段位置づけておりません。

次期保健医療計画においては、これらについてそれぞれ担うべき役割や機能を国のほうで整理して提示するようですので、これに基づいて設定した在宅医療の圏域内に少なくとも一つずつは定めていく必要がございます。

現時点においては、積極的役割を担う医療機関の役割としては、自ら24時間対応体制の在宅医療を提供、他医療機関の支援、医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援ということで、在支診や在支病が担うことが想定されております。

必要な連携を担う拠点の役割としては、地域の関係者による協議の場の開催、包括的かつ継続的な支援に向けた関係機関の調整、関係機関の連携体制の構築などということで区市町村や保健所、医師会等関係団体などが担うことが想定されております。

こちらは、現行の在宅医療の体制構築に係る指針の中で示されております、積極的役割を担う医療機関、次のページで連携の拠点についての記載事項でございますが、赤字の部分はそれぞれで記載が重複する箇所ということで、今後国の指針の改定におい

て、この辺りを中心に整理がなされる予定となっております。

続きまして2点目、(2)急変時・看取り、災害時等における在宅医療の体制整備の具体的な内容についてこちら抜粋しております。

中身としては、在宅医療の関係者間で情報共有や連携のあり方に関するルールを共有するため、在宅医療における急変時対応に関係する機関として消防機関や後方支援を行う医療機関を明確化するとともに、地域の在宅医療の協議の場への参加を促す。

「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」については、引き続き、災害時等にも適切な医療を提供するための計画を策定することとする。

「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等において平時から連携を進めるとともに、国が策定した手引きや事業等も活用しながら、業務継続計画（BCP）の策定を推進するとあります。

続いて3点目として、在宅医療における各職種の間での具体的な内容について、こちらにも抜粋しております。

まず訪問歯科診療として、在宅歯科医療を進めるに当たり、歯科診療所と後方支援機能を有する歯科医療機関との連携や医科歯科連携は重要な課題であり、「在宅医療において必要な連携を担う拠点」も活用し、圏域内の状況を踏まえ、地域の在宅歯科医療の目指す姿について、関係機関等と共有しつつ、連携体制構築を進める。

訪問薬剤管理指導としては、麻薬調剤や無菌調剤等の高度な薬学管理が可能な薬局の整備状況や実績について把握・分析を行い、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制を整備する。地域連携薬局の在宅医療への貢献について、今後調査を進めることとし、その結果も踏まえて、取組を検討するとあります。

また、訪問リハビリテーションについては、在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点からリハビリテーション提供体制の整備は重要であり、その機能・役割について、明確化する。

訪問栄養食事指導については、在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるためには、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や栄養ケア・ステーション等の活用も含めた訪問栄養食事指導の体制整備が重要であり、その機能・役割について、明確化するとあります。

以上、駆け足で説明してまいりましたが、今回皆様方には、保健医療計画の改定に向けた在宅医療の分野における国の動きについて、まずはご理解いただきたくったのと、一つ目として、都の「在宅療養の圏域設定」についてご意見をいただきたいと思っております。

現行の第7次保健医療計画においては、こちらに記載のとおり、他の疾病・事業別と同様に事業推進区域という考え方の下、在宅については、区市町村を事業推進区域と定め、これを都の在宅医療の圏域と定めております。

一方で、先ほど圏域ごとに少なくとも一つずつは在宅医療において積極的役割を担う

医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点を設定する必要があると説明したところでございます。

これに基づき、都においては区市町村単位を圏域と定める方向でよいか、あるいは積極的役割を担う医療機関や連携を担う拠点の設定に苦慮しそうな地域においては、もう少し広い範囲とすべきかなど、ご意見をいただければと思います。

また、在宅医療に必要な連携を担う拠点については、従前からございます在宅医療介護連携に関する相談支援窓口、こちらとの関係性についてもご意見をいただければと思います。

その他（２）としまして、これまでの説明に関わる内容で、疑問点や都としての対応についてのご意見などございましたら伺えますと幸いですでございます。

運用計画の部分についての説明は以上となります。

○新田会長 説明ありがとうございました。

それでは、現在第８次医療計画作成に向けた国指針の方向性の概略が示されて、さらに東京都の今までの圏域も含めて提案が出されたわけでございますが、これからは皆様、自由に発言していただければというふうに思います。よろしく願いいたします。

発言の方は名前を言っていただければと思いますが、こちらから指名するような感じで話したほうがスムーズにいくかも分かりませんので、こちらから指名しますが、まずこの名簿順で、清水先生、いかがでございましょうか。

○清水委員 ありがとうございます。聞こえていますでしょうか。

○新田会長 聞こえています。

○清水委員 分かりました。

只今、プレゼンいただいて、本当に今までのいろいろな議論が全部ここに出ているという感じがします。いよいよもう待ったなしという状況で、現場のニーズや医療統計を機考慮すると、対応すべき状況が来たなという感じがいたします。

それで、幾つか気になる場所があります。まず医療圏に関してです。これはなかなか難しく、医療圏を構成する中核病院と医師会の連携がコロナ禍で変化している点があります。一つ問題は、やっぱり患者さんがフリーアクセスの状況で、医療圏と関係なしに医療機関を受診する傾向があり、私の診療所は目黒・世田谷・大田区の三つの区の境の区境にありますので、誰がその方の情報を管理するかという問題も一つあると思います。もう一つは、患者さんとご家族がいらして、それから病院・診療所があって、それからその方が介護保険を利用しているということで、問題になっているのはかかりつけ医とかかりつけ機能です。そこで、ある程度主治医に責任を持っていただくような形も必要じゃないかと思います。

そのためには、やはりその患者さんの病態を一番よく分かっている先生が、キーパーソンとして一人か数人いらっしゃる方が大事だと思います。

それから、在支診とか在支病とかいろいろ地域包括とか言葉が出てくるんですが、今

回は医師会に旗を取っていただいて、それで、その地域をカバーしながら、先生もサポートしながら行政と連携をするということ、もう一度再考してはいかがかなというように感じを持っています。

非常に大きなテーマなので、地域の患者さんのことだけ考えますと、やっぱりその方に関して適切な療養、いわゆる疾患も含め健康管理、それからリハビリテーションをやっていくわけなんです、それができるためには、やはりきちっと診る方が必要ですし、訪問看護との連携も必要です。今までどおりの多職種連携を進めながら、もう少し上のレベルの、医師会レベルの何か設定があってもいいのかなというふうに思いました。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

では、訪問看護の立場から、秋山さん、途中で退出されるということなので、まず秋山さん、ご意見いただければと思います。

○秋山委員 聞こえますでしょうか。

○新田会長 聞こえます。

○秋山委員 聞こえますでしょうか。大丈夫でしょうか。秋山です。

○新田会長 大丈夫です。

○秋山委員 はい。

今いろいろご説明いただいたんですけれども、かかりつけ医とともに、できれば地域包括支援センターなどと組みながら、かかりつけの訪問看護もあってもいいのではないのかなというぐらいに思うところです。

要介護3以上の方でしたら、できれば看護が入っていることで、様々な医療的ニーズも捉えつつ、生活への暮らしにくさというか、そういうこと、それからもう一つは、家族への支援というのもできるのではないのかなと。その辺、在宅医療もなんですけれども、単に家にいるということだけではなくて、地域と連携がしっかりできる訪問看護師たちを育てないと、ちょっと難しいかなと思いながら聞いておりました。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

平原さん、どうでしょうか。

○平原委員 ありがとうございます。私も秋山委員と同じ意見でございます。

在宅医療の悩ましいところが、先ほどの地区医師会と行政がとてもタイアップして、この数年本当に地域は変わってきたと思うんですが、在宅専門の、訪問診療のクリニックとかは一つの区ではなく、広範囲で動かれていて、結構重度の方の連携は、そういう訪問診療に特化した先生たちと密に連携したりしています。地域の開業医の先生たちとも、もちろん連携はしているんですが、開業で一人か二人でされている先生たちは、やっぱり年に1回か2回、一生懸命看取りを連携しているという。重度者とか、

あるいは診療体制の特徴で、区市町村単位だったり、二次医療圏のようなちょっと範囲の広い活動をされている若手の先生たちといろいろクロスしているので、医師会の先生が旗を振るのももちろん大事ですが、会員でない若手のグループの先生とどういうふうに地域のことを一緒に連携されているかが、他職種から見るととても分かりづらく、在宅医療といったときに、地元の高齢者の方は開業の先生がしっかり診ていただいています、難病とか小児とか、そういった共生社会の中で在宅療養されている、柔軟に動かれている先生たちとも、今後連携をとりながら在宅医療を考えていかないといけないだろうなということを現場で感じています。

そこに訪問看護が、小児から難病からあらゆる方に医療保険、介護保険入っておりますので、先生たちと連携しながら柔軟な動きができることの範囲というんですかね、在宅医療圏といったときには、そういう動きの、活動の現状に合わせた在宅医療圏が望ましいなど、とても抽象的で申し訳ないですが、そういうふう実感しております。

○新田会長 ありがとうございます。

事務局からシェアしていただきましたけど、基本的に東京は市町村を主体とした医療圏、いわゆる医療圏って、在宅医療圏ってもうちょっと広がる話も途中で恐らくあったと思いますが、少し包括ケアの中の在宅という、ケアという問題もあって、市町村単位という、区市町村単位ですね。という話だったわけですが、今の平原さんの話だと、もうちょっと広げるといって話でよろしいでしょうか。

○平原委員 対象によってかなとは感じていますが、その辺の先生たちのネットワークがどんなふうなのがちょっと見えていなくて。

○新田会長 分かりました。ありがとうございます。

国が出している方向性の中に、いわゆる積極的な役割を果たす、あるいは連携拠点という、そういうイメージの中で圏域ということになると思うんですが。そうすると、どのようなことがさらに考えられるかというのは、今の議論の主題で、ありがとうございます。・・・ですかね。関係してくるといってことだろうと思いますので、またよろしくをお願いします。

さらに各職種の役割ということになっておまして、この点はまず、各職種で歯科医師会の末田さん、ご意見いただければと思うんですが。

○末田委員 聞こえますでしょうか。

○新田会長 はい、聞こえます。

もう少し大きな声で言ってください。

○末田委員 はい。

歯科のほうから言いますと、在宅歯科医療を行っている診療所はなかなか今現在は少なく、これについて依頼がないとか介護との連携がなかなかなくて、手が出せないということもありまして、やはり後方支援機能を有するというところで、各地区の摂食・嚥下をやっている、また口腔リハビリテーションなどを行っている病院との連携

がとても重要ではないかと思っております。

また、ほかの職種ですね。例えば管理栄養士の方々とか、リハビリテーションをやっている病院などともいろいろ連携していかなければならないと思っておりますが、そういう関係機関と共有しつつ、さらに連携体制を、構築を進めることが重要だと思っております。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

恐らく、圏域内の状況を踏まえて、地域の在宅歯科医療の目指す姿ということで。

○末田委員 はい。また、区市町村でも地域包括ケアとかの連携とかも必要になってくるとは思うんですけども。

○新田会長 ありがとうございます。

薬剤師会の高松先生、どうでしょうか。

○高松委員 高松です。

今回薬局も、在宅における薬物療法の担い手ということで、しっかり機能として示していただきましてありがとうございます。

薬局の機能の中でも、専門医療機関連携薬局、地域連携薬局がありますが、基本的にベースはかかりつけ薬局ということなので、かかりつけとして在宅においても、責任をもって関わられるような体勢をとりながら、今後デジタル化等々で、情報連携とかもとりやすくなってくると思いますので、薬の効果の部分もそうですけど、副作用の発現の有無、それから服薬管理、医薬品の管理の状況、OTCの利用状況、それらを含めながら、ほかの職種の方々と連携して、適切に在宅医療が進むように関わればと思います。

私たちのところも、やはり領域の線引きというのはなかなか難しい部分もありますので、その辺はやはり、基本はかかりつけというところで進めていくほうがいいかなと思いました。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

もう一つ教えてほしいんですが、地域連携薬局の在宅医療の貢献について、今後調査を進めるというふうにごここに書いてあるんですが、具体的なイメージで地域連携薬局の在宅への貢献って、どういうイメージしたらよろしいですか。

○高松委員 基本的には、在宅を確実にやれる薬局が地域連携薬局の要件なので、それを実際に在宅に関わっているかというところをしっかりと見ていけばいいかと思います。

私たちは、機能としてそれを発揮しないと意味がないので、地域連携薬局という旗だけ挙げておいて、実際やっていないというところがあったら、それはルールに反すると思いますので、どれぐらい在宅に関わっているかというところを見ていくといいかなと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは東京都看護協会の佐川さん、よろしく申し上げます。

○佐川委員 はい。東京都看護協会の佐川です。

在宅療養の支援につきましては、6ページに今回①の目標が幾つか挙げられておりまして、在宅医療に関する人材を育成することということが赤で書かれております。

看護職は、病院、地域包括ケアセンター、行政、訪問看護ステーション等、様々なところで働いています。看護職働く場によって、役割や支援をしている患者さんの状態が違います。患者さんが入院されたときに、退院を見越した支援が入院中からできる仕組みづくりが必要です。そのためには、地域の支援者に対する病院からの発信が必要だと思います。

もう一つは、在宅で在宅療養を支援する場合、患者さんやご家族の状態によって、関わる職種というのがそれぞれ違います。医師、訪問看護ステーション、薬剤師、理学療法士等、いろいろな職種・部署の方が関わる場合があります。患者さんやそのご家族の状態や時期によって、支援のキーになる職種も違ってきます。患者さんの状態によって、誰がキーになるかを、それぞれその支援チームで話し合うことが必要です。また、人材育成の中で、支援チームのキーになることの教育も入れていく必要があると思います。

続きまして、6ページの目標の最後に、「在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと」が書かれています。私は行政におりました。地域の中で支援がある方や、ご家族がいらっしゃる方はいいんですけども、8050の相談、ゴミ屋敷の相談等、ご家族がいなくて、支援者が支援に入りたくても入れないような方が生活していらっしゃいます。そこに行き着くまでにいろいろなプロセスがあって、支援が入ることができた時期もあったと思いますが、支援が入らず高齢の親御さんが施設に入所されて、お家の中に支援の必要な若い方がいらっしゃる状況がございました。

地域住民の普及啓発は、住民が発信するだけではなく、支援の手があることの啓発も含め支援介入、本当に悪い状態になる前の支援も必要だと思います。これは予防ということになるかと思います。最後です。8ページに「急変時・看取り」について書かれています。救急隊員が、状態が悪くなって入られることもあります。意思決定の支援も、今後とても重要になってくると思います。意思決定の支援を行うとともに、意思決定された内容を関係機関で入っていらっしゃる支援者で共有するという仕組みも必要だと思います。

以上、三つでございます。

○新田会長 ありがとうございます。

今入退院の話もありましたけども、荏原病院の院長で芝先生、話も含めながらの入退院、そして圏域について、先生、どう考えられますでしょうか。

まだミュートです。

○芝委員 聞こえますか。

○新田会長 大丈夫です。

○芝委員 芝です。

病院のほうでは、実際に地域から病院受診の要請、あるいは救急隊の方から要請がかかってというふうな意味で言うと、必ずしも圏域の範囲で患者さんの相談が来るわけではないので、そのところはできるだけ地元を意識しながら、しかしながら、要請があった場合には、その時点でお受けできる患者さんについては、可能な限りお受けしていくという考え方でやっております。

ようやくコロナの状況も、現状の第8波の状況を見ている限り、通常の一般診療として、在宅患者さんの様々な要請にはお応えがしやすくなってきて、3年前の状況に戻るのかなというふうに思っております。そして、その中で役割をしっかりと果たしていかなければいけないと思います。

以上です。

○新田会長 圏域がいずれ考えられたとしても、多様な圏域を抱えなければいけないことになりますよね、そこは。そういう考えでよろしいでしょうか。

○芝委員 はい。そういうふうになります。

○新田会長 東京都医師会の側の二人出ていらっしゃいます。これ全員はあれですけど、どちらでよろしいですか。佐々木先生か西田先生か、ご意見いただければと思います。佐々木先生かな。

○佐々木委員 はい。西田先生、今ちょっと別会議にも出ていますので、私がこちらでお話をさせていただきます。音声、大丈夫でしょうか。

○新田会長 大丈夫です。

○佐々木委員 はい。

まず圏域の設定なんですけども、基本的にはやっぱり行政の区市町村単位で、私もよかろうと思います。

ただ、先ほども平原委員から話があったように、病気の種類とかその状況によって必要な圏域って変わってきますので、やはり小児在宅の圏域、難病在宅の圏域、状況に応じた圏域設定、それこそ事業推進区域ですので、そういう考え方が大事だろうかと思います。

例えば二次保健医療圏域とありますけども、あれは病床を決めるものなんですけども、基本的には固定されているわけなんですけども、本来は高度急性期の圏域は広い、慢性期は狭いというふうに、本当は状況に応じた圏域設定ってあるべきだと僕は思っているんですけど、それと同様に、在宅の圏域というのも状況に応じた広さを設定するべきだというふうに思います。

それから、各職種の関わりのところでちょっと言わせていただきたいんですけども、私実は眼科の医者なんですけども、歯科とかはここに言葉が入っているんですけども、

特に感覚器障害ですね、眼科とか耳鼻科とか。そういうものがなかなか在宅医療のこういう検討する場で、話が出てこない。

ただ、目が見えなくなると、ADLも低下しますし認知機能も低下するということなので、眼科の世界では、眼科在宅医療ということに結構熱心に取り組んでいるんですけども、なかなかこういうところで取り上げられてこないなので、ぜひとも、そういうこともこれから入れていっていただきたいかなというふうに思います。

あと、ページ端のところですけども、これはまた別な会議になろうかと思えますけども、急変時・看取り・災害時とありますので、今回のような感染症まん延時に、そういうところの議論というのも、ほかで入ってくると思えますけども、必要であれば文言として入れていただければと思います。

私からは以上です。

○新田会長 貴重なお話、ありがとうございます。

圏域に関してはまさに私も、言われるとおりで、疾病に応じて、例えば医療ケア児はやっぱりその区市町村単位だけではなかなか難しい。やっぱり状態に応じて広げなければいけないとか、そのように本当に思います。

したがって、基本的には区市町村単位としながらも、ここは応用を利かせるということだろうなというふうに思いました。皆様の意見を聞いてそう思いました。

飯島先生、出席だということで、飯島先生、ご意見いただければと思います。

○飯島委員 はい、了解いたしました。飯島です。

基本的にほとんど同じ意見なんですけれども、例えば圏域ということに関しましては自治体単位がベースで、だけれども病態も含めたケースバイケースでということだとは思いますが。

ちょっと違う切り口で、私現場でメインにやっているという立場ではなくて、アカデミアにいる側として、ある地域包括ケアのモデル自治体、一緒にやっぴらっしゃる、これは都内じゃないんですけども、その自治体で、つい最近の動きなんですけども、この10年、ICTをかなり進めてきたので、この多職種で、やっぱりICTでみんなでどんどん入力しようという中で、やっぱり自分たちの自治体の中でのマイルールといいますかね。全国的に使われるというのはちゃんと踏まえた上で、だけど本当にやり取りしているメンバーの一つの自治体の中でのマイルールというものを、やっぱり決めていかなきゃという、ある意味好循環の流れというの、横で一緒に研究しながらということを経験しているというのはあって。

それを見ると、これはベッドタウンのところなんですけども、都内ではないと。一方で、僕外勤として週1回とか2週に1回とか、ちょっと在宅のところをやらせていただいた経験からすると、やっぱりなかなか大都市部ではこの雰囲気、なかなかつくれないというのがあって。実際、千代田区だとか文京区が比較的メインの患者さんではありながらも、ぐっと、少し距離離れたところまで訪問診療を行っているということ

もあって、なかなかこういう、自分たちのマイルールをつくれる雰囲気はなかなか難しいというのがあって。これは以前からみんなで話し合っている、大都市部における地域包括ケアの、これまた特徴であり難しさかななんて思っている次第です。

ちょっと取り留めのない感想でありますけども、以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

恐らくこの話は、圏域だから圏域の先生がやるという話ではないだろうと。それは圏域の中で、拠点と積極的などというそこはあるだろうけども、そこだけの、その先生がやる話じゃないだろうなというふうに思っています。飯島先生、貴重なお話ありがとうございます。

○飯島委員 ありがとうございます。

○新田会長 多摩地区からまた違った話が出ると思います。井手先生、よろしくお願ひします。

おられますか、井出先生。

○・・・ お声が出ていないようですので。

○新田会長 今いらっしゃらないね。

○・・・ いらっしゃるんですけども、多分お話をされているんですが、こちらに音声が届いていない。

○新田会長 井出先生、こちらの音声が届いていないようですから、後ほどご意見いただきます。

よろしいでしょうか。行政機関からもお話を聞かなきゃいけないと思いますので、台東区の高木先生、よろしくお願ひいたします。

○高木委員 台東区、高木でございます。聞こえますでしょうか。

○新田会長 聞こえます。

○高木委員 はい。

先ほどから先生方からもお話が出ておりますように、患者さん、非常に広域で医療を受けられていますので、地域に戻ってこられる際にも、非常に遠方からも戻っていらっしゃるというようなこともありまして、一定程度広域のほうが良いと思うんですが、台東区、区中央部の医療圏にございますけども、医療圏ごとに非常に医療体制の状況違ってまいりますので、なかなかその辺り、地域によって事情は相当違っているのかなというふうに感じております。

また、在宅療養の体制構築につきましては、区としても重要と考えておりまして、多職種のネットワークの構築には努めているところでございますが、例えば先ほどお話ありました小児なんかにつきましては、訪看さんも区外に頼ったりしているような部分もございますし、区内に必要な連携を担う拠点というようなお話でございますと、在宅療養において積極的な役割を担う医療機関と重なるということで、区市町村保健所とも書いてありますが、医療機関を想定したときに、そういった拠点となる機関が、

区市町村の単位で、果たして全部のところできうまく選定していけるのかなと思いますと、その事情が自治体ごとに相当違ってまいりますので、難しい部分もあるのかなんていうふうに伺っておりました。

以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは区市町村からお二人、23区から吉澤さんと、多摩地区から金森さんにお伺いしましょうか。23区の吉澤さん、よろしくお願いします。

○吉澤委員 よろしくお願ひします。

今、先生方のお話様々伺わせていただいて、今台東区の保健所長におっしゃっていたところとかなり感覚としては重なる、意見としては重なるかなと思います。

例えば医療的ケア児も含めて、いわゆる在宅医療を受けられている方って、その区市町村という単位でやっぱり収まっていないというのは現状だと思いますので、そういったところと、あとやはり積極的な役割を担う医療機関が同様に、区市町村ごとに選定していけるのかというのは、どういう形でどんなプロセスでそれを設定していくのかということも含めて、非常に課題にはなってくるかなと思います。

ただ一方で、こうした取組は非常に重要というか必要ですので、やはり一定のルールというか、方向性をちゃんと定めて、そこに向かって進んでいくということに関しては、やはり取り組んでいかなければいけないというふうには思っているところでございます。

以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

区市町村から2名出ていらっしゃるんですが、これ担当が違うので2名それぞれ聞きます。多摩市の健康福祉健康推進課長の金森さん、よろしくお願いします。

○金森委員 多摩市の金森です。聞こえていますでしょうか。大丈夫でしょうか。よろしくお願いします。

多摩市も14万程度の人口の比率が、多職種のネットワーク、このように今いろいろと実施をしているところになります。

在宅療養の圏域設定についてでございますが、ほかの先生方もおっしゃっていたように、基本はこうなるんだろうなと思うんですけども、なかなか一つの市レベルで難しいのが、やはり小児の在宅というところが、市内だけではどうしても訪問診療等は厳しい現状がございますので、病態によるというところがやはり大きいのかなと。

高齢者に関しましては、かなり充実してきているのかなというところはございますが、その辺りは圏域のところを感じているところでございます。

それぞれ多職種のネットワークを組みながらというところでは、やはり必要性があるなというところがあるんですが、先ほどの資料の中に、訪問看護の先生おっしゃっていましたが、やはり訪問看護とか訪問介護というのは、非常に大きな役割を生活の中

では担っているなというふうに思いますので、そういったところの記載があるといいのかなと思っているところと、あとは市民の方が、住み慣れた町で最後在宅でも過ごせるようにというところを考えますと、市民の方ですとかそういった方に、目標のところがありましたけれども、普及啓発、どのようなところがあって、どういうふうにアクセスすれば自分たちが在宅療養をうまくいくのかというような、そういった普及啓発的なところが非常に重要じゃないかなというふうに考えています。どこかではつながるというのはあるんでしょうけれども、やはり市民の皆様にもそういったことを知っていただくというのは、非常に重要なことではないかなと感じております。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

国分寺市の戸部伸広さん、地域包括担当課長でございます。よろしくお願いします。

戸部さん、いるかな。出ていない。

○・・・ いらっしゃいますが。

○新田会長 戸部さん、聞こえますか。大丈夫ですか。

もしなければ、最後、呉屋先生、いかがでしょうか。

○呉屋委員 呉屋でございます。聞こえますでしょうか。

○新田会長 聞こえます。

○呉屋委員 よろしく申し上げます。

皆様がいろいろ考えていらっしゃること、全く同感です。

私自身の意見を申し上げますと、圏域を中心に在宅医療ケアを組み立てるという考え方の中で、区市町村単位の医師会が主となり、地域に根づいた生活圏で、こういう体制を完成していくというのは基本的に賛成でございます。

ただ、この10年という流れを見てみますと、そういうことを支える変化というのがあったなと思います。

二つ要素があるなと思いますが、一つは圧倒的高齢化ということで、75歳以上の高齢者人口が急激に増加したことにより在宅医療ケア療養を受ける人数が圧倒的に増えたこと。

それから、二つには、在宅での医療やケアということに関して、行政や各地区医師会の大変なご努力があって、そういった考え方が非常に深まり、普及したと。そして様々な取組の実績が上がっているということが、こういったものを支えていると思います。

ただ、そういったことの変化に伴って、実態が変わってきたなというふうに思うんですけど、例えば10年前ですと、在宅療養・医療を受けるという考え方が、急性期病院でのいろいろな医療・ケアが終了したあと在宅医療に回るというような方が多かったです。もちろん、さっきの神経疾患や小児医療など事情の異なる分野もございますが、少なくとも急性期医療が終了して、在宅というような考え方だったものが、現在では

実態は異なってきたと思います。急性期医療は終わっていない、けれど在宅化が進んでいると。そして急性期の病態に対する治療は急性期病院でやりながら在宅医療ケアも受けている事例が増加し、このことが高齢化社会の実態だなというふうに感じます。

とすると、地域や生活圏を超えて患者さんが移動するということは、ある程度許容した対応を取らないといけないと考えています。基本的に区市町村単位の圏域設定に賛成だと言いながら、やはりそのところは皆様、各委員がおっしゃいましたように、柔軟に圏域を越えて対応をしていくという体制作りが重要だろうと思います。

都の行政としては、やはりその辺のところでの対応をして頂きたいというのが私の意見です。皆様の意見と特に変わるものではありませんが、そのような視点を持っています。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

井手先生が回復したということなので、先生、大丈夫でしょうか。

○井出委員 井出でございます。先ほどは大変失礼いたしました。

私のほうは、リハビリテーション専門職の立場として、話させていただきます。

先ほどの区市町村という考え方に関しましては、訪問リハビリにつきましては、介護保険で主にやっている事業所が多くございますので、そういったところで考えると、やはり区市町村レベルが妥当かなと考えます。

あと、専門職の配置のリソースを考えてみますと、実は都内、均等に情報指数がいいわけではなくてですね。脆弱な区市町村もあれば、潤沢な区市町村もございまして、その差が、特に西多摩地区では顕著でございますので、そういった両方の偏在状況も勘案していただけますと大変助かります。

以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

そのとおりで、この2番に急変・看取り・災害時における医療体制整備と書いてありますが、リハビリも含めて、栄養ケアステーションも含めて、それぞれあるところないところ、東京様々でございますから、そういったような課題も含めてあるというふうに感じております。ありがとうございます。

それでは、本当に多数のご意見ありがとうございます。皆様の意見を参考にして、またいろいろ考えていただければというふうに思っています。ありがとうございます。

それでは二つ目の、在宅医療推進強化事業についてでございます。まず事務局から説明していただいて、その後、また委員の皆様からご意見、ご質問などをいただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○井床課長代理 それではまた資料の共有をさせていただきます。

資料の4、こちら事業概要（案）、こちらをご覧ください。

こちら、令和5年度からの新規事業として、当課にて実施いたします在宅医療推進強

化事業の事業概要についてお示ししております。

目的といたしましては、これまで地域における在宅療養体制の確保に向けては、区市町村を主体とした取組を進めていただいているところですが、コロナ禍において都医師会や地区医師会における在宅療養患者、いわゆるコロナの在宅療養者に対する支援・取組といたしまして、地区医師会ごとの輪番制ですとか、地域における連絡体制の整備、あるいは具体的な取組としてではなくても、地域の従事者間の関係性が深まるなど発展した部分があったかと思えます。あくまでコロナ禍を乗り越えるために培われた関係性や取組ということもあろうかと思えますが、このままこの発展した部分を絶やしてしまうのではなくて、さらなる高齢化の進展によって今後も増え続ける在宅医療の需要に応えるために生かしていただくことを今回の事業の目的としております。

具体的には下の部分、地域における24時間診療体制の構築の推進ということで、地区医師会を主体として、こちらの取組例にあるような事業を実施する際に、1地区医師会当たり1,000万円、10分の10、3年間を限度とした補助をいたします。

また医療DXを推進する観点から、デジタル技術を活用した取組を実施する場合には、補助上限額に1,000万円を加算して、年間2,000万円を上限として補助をいたします。

デジタル技術については様々なデバイスですとか仕組みがあろうかと思えますが、多職種連携のための情報共有システムなど、既存のシステム等は対象とはしておらず、例えば在宅療養患者に対して、デジタルデバイスを貸与して継続的な保護観察をすることで、病状変化に速やかに対応する仕組みですとか、オンライン診療も組み合わせた訪問診療体制構築など、地域としての取組を進めるものを対象といたします。

都はこれまで、国が進める在宅医療介護連携推進事業の実施主体であります区市町村に対して、区市町村在宅療養推進事業として補助をこれまでも実施してきております。これについては今後も継続しながら、今回は別途、東京都から地区医師会に直接今回の補助をいたします。今回補助をして実施する地区医師会ごとの取組については、3年間の経過後には区市町村の取組として引き継いでいただくというように考えておりました、その際には既存の区市町村在宅療養推進事業を活用していただくことを想定しております。

事業概要としては以上のとおりでございます。

○新田会長 大変大きな予算がついたわけですが、ご意見何かありましたらよろしくお願いたします。

佐々木先生、東京都医師会。佐々木先生、まずよろしいでしょうか。

○佐々木委員 ありがとうございます。

まず一つ、私これ見て疑問に思ったのが、このイメージ図の中で病院が入っていないんですね。やっぱり在宅医療の後方支援としての病院、特に地域密着型の病院というのは非常に重要な役割だと思いますので、ぜひとも入れていただければなと思います。

それから、これ、12地区程度ということなんですけど、もし手挙げが多くなった場合にはどうされるのかなというのもお聞きしたいと思っておりました。

あと、先ほどの話とも重なるんですけども、ぜひともここに、各科医師というのを入れていただきたいなど。在宅医療に関わるのは何も内科だけではありませんので、各科医師というのをぜひとも取り入れていただきたいと思います。

それから医療DXにおいても、例えば眼科において、在宅の現場で使えるようなポータブルデバイス、在宅でできる眼圧測定器だとか眼底カメラだとか、そういうものを使ったオンライン診療とかというのも考えられると思うんですけども、そういったものに対しても、補助がいただけるのかということをお聞かせいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○新田会長 はい。

これ、イメージ図はまさに、確かに病院がないですね。地方医師会からするとこれ、東京ってこういう状況がいっぱいあるんですが、地方自治会の先生から見ると、何だという話に恐らくなるだろうなというイメージ図ではあるなというふうに思います。

各課医師というのは当たり前のことで、かかりつけ医と連携する医師ということで、それもあるだろうなと。これはあくまでも24時間というイメージをしているので、地域かかりつけ医と往診帯を入れるかという、どんとそこに来ちゃっている構図ですよね、これね。佐々木先生の言われるとおりにかなと思って聞いておりましたが、その中で、12地区以上のものが来たらどうするか、どうぞ。

○島倉担当課長 地域医療担当課長の島倉です。

この事業については、今度の地区医師会連絡会のとくにまたちょっとご説明させていただいて、どれぐらい実際手が挙がりそうかということについては、あらかじめ意向調査をさせていただいて、対応については考えていきたいと思っております。

何て言いますか、積算も、どうやってじゃあこの地区決めたんだと言われるとちょっと厳しいところもあってですね。精緻にできていないところがあるので、実際どれぐらい必要かということについては、意向調査させていただきながらお伺いしつつ、ただまた、あと対象の経費とかについても、この資料上かなりふわっと書いてあるだけなので、実際、例えば診療報酬との重なりがちょっと難しいとか、あと、既存の他事業と重なるところと、やっぱり行政でやっている以上、なかなか難しいですとか、細かいところで厳しいところもあったりするので、意向調査とか、あと実際計画見させていただきながら、実際予算がどれぐらい必要になる、ならない含めて、様々対応については考えていきたいと思っておりますので、まずはちょっと意向調査をやらせていただきますので、そこでそれぞれの圏域で考えている内容について、率直に正直なところを意見もらえればと思っておりますのでございます。

○新田会長 ありがとうございます。

佐々木先生、それでよろしいでしょうか。

○佐々木委員 はい、よろしくお願いします。了解です。

○新田会長 ありがとうございます。

あとDX等の質問もありましたけども、それに対して島倉課長。

○島倉担当課長 DXも、1,000万一応上乘せとかということをおきながら、我々もDXが何だろうというのを見直しながらやっているところも実はあるんですが。

これまでの議論の中では、多職種連携システムとかという形でこれまで他事業でやっているものとはやっぱり重複なので、それは違うよねという話があったりですか、一方で新しくオンライン診療に進んでいるところがあって、在宅医療の中でオンライン診療をどう活用するか、例えば1回目の初診をオンラインは難しいけれども、2回目、再診はオンライン使えるですか、そういった中で健康観察の頻度を増やすことができるみたいなお話もあったり、それが24時間診療に資するというようなお話があるのであれば、それは取組としては一つ何か考えられることがあるのかなというところもあって、DXをこうやるというのが我々にもないところがあるので、そこはぜひ様々な各地域での取組を見させていただいて、進めていければいいかなというふうに思っている次第です。

○新田会長 ありがとうございます。DXってそもそもいろいろある、様々な形が出てくるかなというふうに思っていますが、よろしくお願いいたします。

今までのいわゆるメディカルケア等々も含めて、あれをやっていたのはもう外されるわけですね。

○島倉担当課長 そうですね。

これまでと同じ多職種連携システムの中での患者情報の共有的なお話は、既存の事業と同じなので、それはちょっとなしにしてもらって。新しい医療DXというのが、何が新しいのかがちょっと私もなかなか定義しづらくて難しいんですけど、ちょっとお考えいただけるといいかなというふうに。

○新田会長 想像豊かな皆様でございますから。

○・・・ 佐々木先生が手を挙げて。

○佐々木委員 すみません。

これからの時代、外来医療、入院医療、在宅医療、第4の医療と言われるオンライン診療を含めて、一つの医療だけで一つの患者さんを診ていくのではなくて、外来の通院補助をしたりしての外来の通院、ふだんは在宅で診るとかオンラインで診るとか、もう複数の医療を組み合わせたことになっていくかと私は思っていますので、そういった意味でも、この医療DXを活用した取組に補助をしていただいて、そういう新しい医療の形を考えていければなというふうに期待しております。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

それも含めて、できれば、かかりつけ医を中心とした新しい医療を巻き込んだ取組と

いうふうに工夫していただければと思うんですが、佐々木先生どうですか。

○佐々木委員 おっしゃるとおりで、あくまでかかりつけ医がコアにあってキーパーソンであって、そこに多職種が連携するという仕組みが必要だと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

一方、上の構図で、訪問看護等、今まで皆さん議論していただいた、これも重要な連携調整になる窓口制度とか、いろいろ重要なことが書いてありますので、その辺りも一人、平原さん、意見をいただきたいと思うんですが、どうでしょうか。

○平原委員 はい、ありがとうございます。平原です。

特に夜間帯の連携というところが、支援のほうで上がっているかと思いますが、窓口というところを医師会で作って、そこに緊急で訪問看護が取った電話をそこで、窓口で医師と連携するというイメージでしょうか、すみません。この文章だけでちょっとイメージが湧かないんですが。

○新田会長 そのとおりで、これは当課が地区医師会の補助事業になっていますが、恐らく地区によって状況が様々違うので、そこまで医師会に訪問看護との連携を含めて、医師会がやるとも限らないと思うんですね、そこは。

○平原委員 なるほど、はい。

○新田会長 ……としてするんだけど、医師会によって一緒に皆さん、多職種の訪問看護も含めて一緒に地区で考えていただくということだろうなと思っているんですが、どうでしょうか。

○平原委員 なるほど。

高齢者の方、あるいは単身者が多く、認知症の方も今後増えていく中で、なるべく入院は避けたいと希望している患者さんというか、利用者が多いので、夜間の変化とかそういったところは、今後ますますニーズとして上がろうかとは思いますが、実際に夜、緊急の電話を取ってみて、例えば介護面の緊急の内容も多いんですね。高齢者で便秘とか転倒したとか、高齢者夫婦で対応できないとか、本当に医師が診ないと、次の日まで待てないような緊急の変化というのは、案外統計でやってみると少なくなくて、介護職か看護で夜対応できるケースがとても多いわけです。

ですから、訪問看護のほうの緊急対応が充実すれば、夜中にどうしても新しい診断をしないといけないとか、そういったことの先生の依頼する出動は大変少ないのではないかなと感じているところです。

先生たち、かかりつけ医の先生が入っている患者さんは予測されたりとか、そんなに今まで思いもかけないような病状とかってことはほとんどなくて、肺炎にしても、もう日中のうちに、夕方ちゃんと指示をいただいておけば、夜に一晩何かということはないので、できたら訪問看護ステーションが24時間を、地域のいろいろな多職種とできるようなベースを作っていただいて、そこに投入していただいて、本当に一晩必要な医師がちゃんと入らないといけないというところの医療を厳選するような、そう

いう体制のほうが現実的ではないかなと感じているところです。

一番避けたいのは、家族や介護職の方がつい救急車を呼んでしまっ、病院に搬送されて病院の救急が大変な状態になり、認知症が悪化するということを避けたいと思うので、やはり日頃診ている看護と、あとケアマネや介護の方とタッグを組んで守りながら、必要なときに先生に動いていただくというのがいいのではないかなと感じているところです。

○新田会長 ありがとうございます。

そうするとこのイメージ図が、相互連携で地域のかかりつけ医と往診対応医療機関という話だけでも、これはむしろ訪問看護があったっていいよねという話ですよ、これはね。イメージ図でね。

○平原委員 そうですね。そのほうが本当の実態に合った医療というんでしょうか、語弊があったら申し訳ないんですが、病院に救急搬送されて初めて診た先生は、いっぱい病気があるのに放っていたのかとよくおっしゃるんですが、かかりつけ医の先生が日頃診ていて、いろいろな症状あってもどうにか調整していただいているので、知らない先生が全部検査をして、血液検査やいろいろなところやレントゲンを撮ると、何かしら出て長期入院になってしまうのを私は何とか避けて、日頃診ている先生が、長い間診ている先生が本当に必要のところだけを病院の医療として短時間で治療をお願いして、また戻ってくるというのがいいのではないかなと考えると、なるべく救急車搬送を防ぎながら、かかりつけ医の先生に必要なときだけ動いていただいて、在宅で完結できることをまず目標として、体制を整えるのがいいのではないかなと感じています。

○新田会長 ありがとうございます。

恐らくここは、都に様々ちょっと調整をしていただきながら、大変なお金が出ているわけですから。皆様の意見を含めて、やっていただければと思います。

実はこの話題を19時30分までで終了予定なんですが、もう大分過ぎしております。皆さんの意見聞きたいところもあると思います。もし時間があれば、また伺いたい。よろしく願いいたします。

それでは、すみません、議論を途中で打ち切ったような、中途半端になるか分かりませんが、ちょっとお許してください。

○井床課長代理 では、報告事項について説明させていただきます。

また資料を共有させていただきます。資料の5、こちらご覧ください。

切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築に向けてということで、こちら作成しております。こちらのほうを今年度当課にて進めておりました、切れ目のない在宅医療提供体制整備支援事業の成果物として、区市町村職員向けに作成した手引書となっております。今回区市町村職員向けに作成した意図としては、行政と会議が頻繁にある中で、在宅療養を取り巻く状況について、理解の一助となることと、また周り

の区市町村の取組内容を知ってもらいたいというところで作成しております。

内容については、1枚めくった目次をご覧ください。大きく分けて3部構成となっております。2から4については、国が進める医療介護連携推進事業についての解説と、5は在宅療養の取組の具体の紹介で、6としまして、各地域で実施されている先駆的な取組の紹介となっております。

まず、1ページ以降ですが、これまで国の在宅医療介護連携推進事業については、こちらでの手引き、国のほうで手引きが発行されておまして、直近が令和2年9月のバージョン3となっております。これまでの手引き改訂の内容ですとか変遷についてこちら紹介をしております。

加えて9ページ以降で、保健医療計画作成に際して国から示されております在宅医療の体制構築に係る取組についても内容を紹介しております。

次に、11ページ以降としまして、都における在宅療養の取組の紹介として、各事業の目的と事業内容のほか、これまであまり都における在宅療養の取組の紹介として、区市町村の取組をどうつなげて結びつけていくか説明する場面がなかったことから、今回、区市町村における活用方法についても各事業で言及をしております。

また、区市町村向けの補助金のメニューについても改めてこちらで紹介しております。

最後に、こちら20ページ以降としまして、各地域で取り組まれている先駆的な取組の紹介となっております。日野市における往診プラットフォーム提供企業との連携による24時間体制構築のお話ですとか、墨田区における病院救急車を活用した在宅療養患者搬送体制の構築、中野区のACP普及啓発の取組、品川区のコロナ禍におけるオンライン診療の取組について、こちらご紹介をしております。

このたび、このような形で都から区市町村の方に対して事業全体や他区市の取組を紹介する手引書を計画作成いたしましたので、今後も国の新たな動きですとか、こういう展開すべき取組があった際には、こちらの手引きについて適宜更新していきたいと考えております。

報告事項の1点目は、こちら以上となっております。

○新田会長 ありがとうございます。

この報告事項の今の説明に対して、ご意見ご質問ありますでしょうか。

国分寺の戸部さん、今意見言えますか。今日ご意見がなかったと思いますが、なし。

○・・・もしよろしければチャットでご意見をお寄せいただけますと幸いです。

○新田会長 はい、よろしく申し上げます。

江東区の宮澤地域ケア推進課長、いかがでしょうか。

○宮澤委員 江東区の宮澤です。

うちの区の場合、在宅医療と介護については保健所が主にやっているのですが、保健所のほうで恐らくこちらを活用する感じになるのかなと思っているんですけども。この資料を見ていてちょっと思ったのは、国のほうで今、2025年に向けて地域包括ケア

システムの完成をするということでは今やっているんですけども、なかなか何をもって完成とするかということところが難しいところがありまして、その基準とか物差しというところが国から特段示されていないので、こういった在宅医療と介護の連携についてもそうですけども、何を持ってできたというふうに判断するかということところは、なかなか難しいなというのは日頃感じているところです。

私のほうからは以上です。

- 新田会長 新しくあと・・・ですね、やっぱり同じですが、市町村のスタッフが2年ごとにメンバー変わって、なかなかきちっとその事業化システムのところが動いていないという地域もある現状で、やっぱり市町村主体にして動くためにはこういう資料も必要だろうということを出したというふうに思うんですね。今宮澤さん言われたように、確かに23区、保健所が推進するんだ。区じゃないんですね。

そういうことが、今そうかって、そういうもんかなと思ったんですが、やはり多摩市から見ると市町村の職員そのものだと思っていて。やっぱり市町村職員の研修ってとても重要だなと思ったんですが、ごめんなさい、吉澤さんどうでしょうか。

- 吉澤委員 江戸川区の場合は、保健所がやるというふうに限定されているわけではなくて、福祉部の介護部門と、もちろん医療の関係は我々健康部になるんですけども、そういう形で庁内でも連携しながら進めていくということになります。

ただ、地域包括ケアシステムは当然福祉の範疇にはなりますけれども、どうしてもターゲットというか、対象が高齢者の方が基本になるので、どちらかといえば福祉部が、江戸川区の場合では中心には動いているというような現状でございます。

以上でございます。

- 新田会長 ありがとうございます。ほかの委員の皆様、何かご意見ありますでしょうか。よろしいですか。

では、報告事項の次に進みたいと思います。

- 井床課長代理 報告事項の2個目と3個目について、まとめて説明をさせていただきます。また資料を共有させていただきます。

では資料6、令和5年度在宅療養推進に向けた都の取組、こちらをご覧ください。

こちらは例年当課にて実施する予定の在宅療養関連の事業について、一覧にてお示したものでございます。

左側の中ほどに、先ほどご説明いたしました新規事業、在宅医療推進強化事業について記載しております。そのほかは大幅な変更等はなく、来年度も引き続き、それぞれの事業について実施をしていきたいと思っております。

資料6の説明は以上でございます。資料7-1、令和5年度在宅介護医療共同推進に向けた取組についてでございます。

こちら、高齢社会対策部在宅支援課にて来年度実施予定の事業一覧でございます。右下6番として新規事業がございますが、こちらの詳細が資料7-2でございます。いき

いき・あんしん在宅療養サポート訪問看護人材育成事業というものでして、こちらは大学からの提案事業として、都民投票等も経て採択された事業ということで伺っております。

今回の在宅支援課の担当がご不在でして、資料提供のみとなっておりますが、資料に関連して不明な点ですとか、確認事項等がございましたら、会議終了後にご連絡いただければ、担当課よりお答えをさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

報告事項は以上となります。

○新田会長 ありがとうございます。

そうすると先ほどの報告事項で今ありましたけど、やっぱり在宅推進強化事業の予算というの、段違いに高いですよ、すごい話でございます。それはやっぱり、そこに皆さん関心がいかにざるを得ないなというふうに改めて思って、報告事項を聞いておりました。

清水先生、いらっしゃいますか。

○清水委員 はい、大丈夫です。

○新田会長 ありがとうございます。今の報告事項と先ほどの在宅医療推進協会事業も含めて、何かあればと思います。

○清水委員 はい、ありがとうございます。

令和5年度は、やはり2025年、2040年を迎えて、体制を整えなきゃいけないという姿勢が非常に見えているかと思えます。

やっぱり気になるのは、東京都医師会、地区医師会との連携というところなんですけど、これ基本的に今までもされております。私は地区医師会で在宅を自分でもして、かついろいろ連携している立場とすると、この四角の二つ目は、計画医療推進強化事業、新規、これに対してちょっと気になる場所あります。

地区における24時間体制の構築推進、さらにオンラインを活用したという二つございますね。これは、この3年からのコロナ禍で、医療体制がかなり変わってしまったんです。何かといいますと医師会に所属していない医療機関、そういうところが出てまいりまして、それがかなり広域に活動しております。広域であるとともに高機能もありまして、特にオンライン診療は東京都医師会の医療保険委員会、安藤先生が中心になされたスタディーがあるんですが、これに関してはオンライン診療に関して、非常に進んでやっているところは、逆に医師会に入っていないところが、広域に広範囲にやっているということが目に見えてきました。

この点に関して、この地区医師会との連携に都を入れるかどうか分かりませんが、医師会が少し懐深く幅広く、医師会に入会していない、そういう組織、そういう方にも何かアプローチして参加して頂く努力をする必要があるかなと思います。

ということは、彼らは非常にノウハウをたくさん持っておりまして、その辺はもしかすると一般の診療所にも必要かなというところで、協議会にでも作って入っていただ

くのもいいかなというふうに個人的には思いました。

以上です。

○新田会長 はい、貴重な意見ありがとうございます。

確かにそのとおりですね。オンラインでDX等々が、新しいシステムを用いた若手の医師集団を含めてたくさん出ている中で、そこがこの中に入っていて、きちんと地区を作っていくと、そういう形だろうなというふうに思います。ありがとうございます。

ほかに、ご意見ある方よろしくお願ひいたします。

今報告事項も含めて、大体皆さん・・・が終了したわけでございますが、全体として結構でございますので、よろしくお願ひいたします。

先ほど、最後のお話、在宅介護医療共同推進における取組で訪問介護の話がありましたが、東京都看護協会の佐川さん、これに対してご意見あられるというふうに思っていますが、ご意見ありましたらお願ひします。

○佐川委員 すみません、確認です。どのような内容について。

○新田会長 全体に。このように、佐川さんのあれで、これについて答えてくださいという話ではありませんが、ご意見ありましたらよろしくお願ひします。

○佐川委員 ありがとうございます。

今回の東京都様の取組は東京だけではなく、日本の取り組みの中からお提案いただいていると思います。「第8次医療計画作成に向けた指針の方向性について」から、東京都では医療圏についてご提案いただき、意見交換ができたことはよかったなと思います。

医療機関から退院される時、一番困るのが、退院してからの仕組みづくりで、支援体制づくりが入院中から早めに行けるといいと思います。

また今回、在宅医療推進強化事業の概要の案については、イメージ図について委員の皆さまからも意見が出されていますが、私も理解しにくかったです。在宅療養支援では、夜だけではなく、日中の支援状況を踏まえる必要がありますので、そのつなぎをどうするのか。また、その仕組みづくりから医師会が関わられるのかといったこの事業のスタートはどこからなのか。そしてこの事業でキーになる人が誰なのかというところが明確になるとわかりやすくなると思います。地域には多くの資源がありますので、資源が活用できる形の仕組みをつくっていただけるとありがたいと思います。

以上です。

○新田会長 はい、ありがとうございました。

本当にそのとおりでございます。先ほど市町村向けの資料があったと思いますが、あの中で、恐らく21ページで日野市の例があると思いますね。日野市の例で言えば、ここもやっぱりこれの点系列なんです。日野市でこの点系列で、そういったようなコロナ禍における感染症も含めてある中でどう対応するかという、最初メインはそこ

だったというふうに思います、このイメージ図は。

ただ、やっぱりそのイメージ図がこれからちょっと違う世界になるということは、今日皆さんも今の看護協会の佐川さんの話もありまして、あと佐々木先生もそういう話があったので、その辺りも含めて何か考えていただければと思って、これ変えられるという話を聞いたんですね。なかなか今から変えるのは大丈夫だけれども、恐らく皆さんのところにも回られると思いますから、そこでもう一つイメージ図を作られて回っていただければ希望しますので、よろしく願いいたします。

それで、そういったような今入退院の話もありましたが、いわゆる介護専門研究協議会理事長の小島さん、まずは全然意見を伺っていけなかったもので、失礼しました。小島さん、よろしく願いいたします。

○小島委員 はい、ありがとうございます。

いろいろな先生方のお話を聞かせていただきありがとうございました。最初の圏域の話は、私たちが災害時個別支援計画というのを今、各地域で保健所とともに作る状況にあって、そんなのも頭の中に入れると、やっぱり地域単位かなということを強く感じ、また私たちが利用者さんたちも医療圏域ということにあまり意識がなかったなと思ったところです。

あとは、本当に皆さんと一緒にチームを作って尽力してまいりたいと思いましたが、先ほど佐々木先生がおっしゃっていた、眼科とか耳鼻科とか、本当に利用者さんから来てくれる先生いないかなと聞かれるところでもあるので、ぜひそういう先生方にも回っていただきたいと思いました。

今日はいろいろな議論を聞かせていただきありがとうございました。

○新田会長 はい、ありがとうございます。

患者・家族から宮崎詩子さんが参加されています。最後になりますが、宮崎さん、どうぞご意見お願いいたします。

○宮崎委員 はい、ありがとうございます。

本日の先生方の様々な意見を伺っていて、ようやく患者も長期のタイムラインに沿った医療提供体制の構築というのを議論する段階に来たんだなというふうに感じまして、協議会に最初から参加している中で非常に感慨深く伺っておりました。

過去においては、在宅医療を初めて選択するという場面に対する連携というのが議論の主題であったかなと思いますが、今後の未来という点では、キーになる職種が状態の場面ごとに入れ替わっていくというようなご意見に象徴されるように、在宅医療を常に行っている前提で、複数回の入院退院という、周術期と維持期というのを繰り返しながら、看取りに至るという全体に対する質の評価というのが重要になってくるのかなと感じました。

その際に、やはり今後の時代を考えますと、今まで以上に限られた支援リソースを最適化するという発想が軸であってほしいなと思います。これは、あくまでも最小化で

はなく、最適化です。・・・住民に対しても、また医療やケアの支援者に対しても啓発していただければと感じました。そういった軸が定まることで、具体的な方法論として、家族や・・・そのためにはどんな教育啓発が必要なのかとか、DXの活用ができないだろうか、また、誰が啓発主体になるのかといった部分が見えてくる、そんな流れがあると望ましいように感じました。

最後に、教育案という話も出ていましたが、啓発というところにおける最も身近な存在は、日々接する一人一人の医療やケアの提供者の先生方の言動だと思いますので、ぜひ多職種に対する教育においても、そういった視点を盛り込んでいくことが都民教育において効果的かなというふうにも感じました。

以上です。

○新田会長 貴重な話、ありがとうございます。

在宅医療推進会議の最初から宮崎さん、参加していただいて、まさに今正念場という話だと思いますが、国も含めてやっこの四つのモデルを作って、きちっとこれから作り上げるというふうに、やっこの何年間かたって一步そこへ来たという、そういう風を感じております。よろしく願いいたします。

それでは、ちょうどこの会議、19時半までとなっております。皆様、本当に貴重な意見、ありがとうございます。そして、まだまだご意見が言いたい方いっぱいいらっしゃるかと思いますが、それは東京都までご意見いただければと思います。

それでは、マイクを事務局にお返しします。よろしく願いします。

○島倉担当課長 本日は、活発なご議論をいただきましてありがとうございます。いただいたご意見は、検討し、事業に反映していきたいと思っております。

また、追加でのご意見やご質問がございましたら、後ほどメールにて送ります意見書様式を、事務局宛てにお送りいただければと思います。

お忙しいところ、ご都合を調整してご出席いただきまして、誠にありがとうございます。次回の開催は来年度となりますが、時期が決まりましたら、事務局のほうからご連絡させていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

以上をもちまして、令和4年度東京都在宅療養推進会議を閉会いたします。本日はどうもありがとうございました。