

第 1 回

東京都在宅療養推進会議

会 議 録

平成 2 7 年 2 月 1 8 日

東京都福祉保健局

(午後 6時59分 開会)

○新倉課長 それでは、皆様、定刻、あと1分少々でございますけれども、時間に到着いただきまして、当初から遅れていらっしゃるという方以外はおそろいになりましたので、ただいまから平成26年度第1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、ご多忙のところ、また、この夜遅い時間の会議にもかかわらずご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

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と申します。議事に入るまでの間、私のほうで進行をさせていただきたいと思っております。着座にて失礼いたします。

初めに、皆様には、平成26年10月、昨年10月に委員にご就任いただきました。委員就任につきましては、快くご快諾いただきまして、まことにありがとうございます。委員の任期につきましては、平成28年9月末までの2年間となっております。机の上に委嘱状を置かせていただいております。ご確認いただければと思います。

次に、本日の会議資料の確認をさせていただきます。本日の会議次第でございますとおり、本日、資料は資料1から資料10、そして、参考資料が1から4ということで、参考資料1は在宅療養シンポジウムの資料、参考資料2として訪問看護フェスティバル配布資料の一式、参考資料3が東京都長期ビジョンの、こちらは在宅療養に関する部分が記載された抜粋版でございます。そして、参考資料4が昨年度作成いたしました東京都退院支援マニュアルの冊子でございます。もし資料に落丁、不足等ございましたら、適宜、事務局職員のほうにお声が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。本会議は、会議、会議録、並びに会議に関する資料等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できます。本日ににつきましては公開とさせていただきますと思いますが、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、委員のご紹介をさせていただきます。新たな任期に入りましての第1回目の会議でございます。お手元配付の資料1をごらんいただければと思います。こちらの名簿順に、記載順に紹介させていただきたいと思っております。なお、各委員のご所属につきましては委員名簿をごらんいただきまして、お名前のみのご紹介ということでご了承いただければと思います。

まず、最初に、宮崎委員でございます。

次いで、清水委員でございます。

新田委員でございます。

田中いづみ委員でございます。

秋山委員でございます。

山本委員でございます。

千葉委員でございます。千葉委員につきましては、介護支援専門員の立場からということで、今回の任期から新たに委員に入ってくださいました。

続きまして、木野田委員でございます。木野田委員におかれましても、リハ職の立場ということで、今回の任期から新たに委員に入ってくださいました。よろしく願いいたします。

そして、工藤委員でございます。

呉屋委員につきましては、本日、所用により欠席とご連絡をいただいております。

次いで、平川委員でございます。

渡辺委員でございます。

高野委員でございます。

次いで、高松委員でございます。

阿部委員につきましては、本日、所用により欠席とご連絡をいただいております。

芝委員でございます。

田中敦子委員でございます。

前田委員でございます。

依田委員でございます。

高橋委員でございます。

次いで、渡邊委員でございます。

笹井委員でございます。

栞山委員につきましては、遅れて出席とご連絡をいただいております。

小林委員でございます。

大変失礼しました。関委員でございます。失礼いたしました。

次に、本会議の事務局を紹介させていただきたいと思います。

福祉保健局医療改革推進担当部長、矢内でございます。

高齢社会対策部の計画課長横手についても、遅れて出席させていただきます。

同じく高齢社会対策部介護保険課長、榊でございます。

医療政策部地域医療連携担当係長の海老沼でございます。

私、医療政策部地域医療担当課長、新倉でございます。どうぞよろしく願いいたします。

また、本会議の会長につきましては新田國夫委員、また、会長代理には呉屋委員に引き続きお願いをさせていただいております。ご了承願いたいと思います。

それでは、以降の進行につきまして、新田会長にお願いしたいと思います。

○新田会長 新田でございます。ご協力により、無事、会議を進めたいと思います。

それでは、早速、議事に入ります。お手元の次第に従いまして進めたいと思います。

なお、本日の会議終了でございますが、雪はどうかよくわかりませんが、21時を予定

しております。よろしくお願いいたします。

議事の一つ目は、在宅療養の推進に係る国の動向についてです。事務局から一通り説明をしていただき、その後、委員の皆様から質問、意見などをお聞きしたいと思います。

それでは、事務局、説明をよろしくお願いいたします。

○新倉課長 よろしくお願ひいたします。お手元配付の資料3をごらんください。

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」ということで、大変長い名称でございますが、下の白抜きのところにもございますとおり、略称として、医療介護総合確保推進法でございます。こちらは、ご案内のとおり、全部で19本の法律の改正を一括で行った一括法になってございます。昨年26年6月に成立をしたものでございます。

主な内容といたしまして、その下にぶら下がっておりますが、左のほうから、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、こちらもちよっとややこしいんですが、略称として医療介護総合確保法、または医療介護総合確保促進法というふうに呼んでございます。この法の中で大きな内容といたしまして、その主な内容の一番下の丸でございます。地域医療介護総合確保基金（新たな基金）の設置が盛り込まれた、規定されたことでございます。こちら、ポツの二つ目にもございますとおり、消費税増税に伴う増収分、5%から8%に上がった際の増収分を財源とした基金を、各都道府県に設置をすると規定されたものでございます。

右の箱に移りまして、医療法の改正の関係です。主な内容として、上の丸一つ目、二つ目にもございますとおり、病床機能報告制度並びに地域医療構想の策定が新たに位置づけられたものでございます。次のページでまた説明をさせていただきます。

そして、右へずれまして、介護保険法の改正の関係でございます。在宅療養に関する部分につきましては、主な内容の一番上の丸に地域支援事業の充実とありますが、在宅の事業が地域支援事業に新たに位置づけられたところがございます。後ほど資料4でまたごらんいただきたいと思ひます。

その他16本の法律、記載の法律の改正があわせて行われたところでございます。

資料を1枚おめくりいただきまして、2ページをごらんいただきたいと思ひます。病床機能報告制度と地域医療構想の策定でございます。資料左側、1番として病床機能報告制度、こちらは26年10月に開始をされたものでございます。二重線の四角の囲みの中にもございますとおり、医療機関が、そのそれぞれ有する病床について担っている医療機能を、病棟単位で都道府県に報告する制度でございます。その医療機能はこちらの記載の分類のとおりでございます。高度急性期から急性期機能、回復期機能、慢性期機能と四つの機能が位置づけられてございます。

都道府県への報告する制度でございますが、手続きといたしましては各医療機関から国のほうへ一括して報告を行いまして、国のほうからデータの集計、整理を行った上で都道府県にデータが提供されることとなっております。現在、厚生労働省でこの報告デ

ータを集計中でございます。3月中に都道府県にそれぞれデータが提供される予定となっております。

資料右側、2番といたしまして、地域医療構想でございます。こちらは平成27年度以降、都道府県が策定をするものでございます。地域医療構想に盛り込む内容につきましては、資料の真ん中、右側真ん中でございます。大きく3点、2025年の医療需要、二つ目として2025年に目指すべき医療提供体制、三つ目といたしまして、それらを実現していくための施策となっております。現在、国のほうでガイドラインの作成に向けた検討、もう大詰めを迎えておるところでございます。年度末には国から都道府県向けに地域医療構想策定のガイドラインが示される予定となっております。

その下に、参考として医療計画との関係を記載してございます。丸の一つ目ですが、地域医療構想につきましては、既に25年度から5年間の計画としてスタートしております都道府県の医療計画がございまして、こちらについては、計画期間は25年度から平成29年度までとなっております。今回策定する地域医療構想につきましてはこの医療計画に追記をするという位置づけになってございます。次回の改定の際にはあわせて策定をするということとされております。

また、丸の二つ目では、医療計画自体は平成30年度以降、従来5年に一度の改定でございましたが、今回の改定以降は、介護の計画と合わせまして6年ごとの改定となります。介護の計画については3年ごとの見直しですので、改定のサイクルがちょうど次回以降はぴったり合うということとなります。なお、医療計画の中でも在宅療養に関する部分につきましては、6年の計画期間のうち3年ごとに見直しを図ることとされております。この点では、介護の計画と、医療計画の中でも在宅の部分についてはきっちり3年ごと、整合を図っていくということとなっております。

2ページ目の下、3番につきましては、医療機能の分化・連携に係る取組の流れでございまして、来年度以降、地域医療ビジョンを策定した後、それらを推進していくために、仕組みとして、下の右側ですが、大きく3点の仕組みが用意をされております。一つ目は診療報酬、これはもちろん2年ごとの改定などを経まして、診療報酬での政策評価、政策誘導などを行っていく。また、二つ目といたしましては、今回新たに設定した財政支援制度、地域医療介護総合確保基金でございます。そして、3点目が、都道府県の役割の強化ということが規定をされてございます。

資料を1枚おめくりいただきまして、3ページでございます。先ほどの消費税の増税に関する増収分を活用した基金でございます。タイトルに「平成26年度東京都計画」と書いてございます。消費税の増収分を財源にしている関係で、5%から8%に上がったことによる増収分というのは、これは当然、今年度以降、毎年毎年その影響というのはあるわけですが、そういった関係もありまして、この基金の計画は今後、都道府県は毎年策定することとなります。初回が平成26年度でございました。来年度も来年度の計画を策定することとなっております。この資料につきましては、26年度の

東京都計画の概要でございます。

資料右側の下半分でございますけれども、26年度東京都計画、大きく3本の柱で計画を構成しております。1番として、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業。2番として、居宅等における医療の提供に関する事業、3点目として、医療従事者の確保に関する事業。いずれも国のほうから基金の対象事業として示された事業でございます。

26年度は、この基金の対象事業は医療のみでスタートをいたしまして、27年度からはこの三つの項目に合わせまして、今度は介護の項目も基金の対象事業に入ってくるという予定となっております。

東京都では、特に2番の居宅に関する事業ということで、地域包括ケアシステムを構築するに当たっての基盤づくり、こちらに26年度計画では重点を置いて計画を策定しております。

恐縮です、また1枚おめくりいただきたいと思っております。4ページ目が基金の計画の、その中での主な取組について記載をしたものでございます。今回、26年度の基金の規模につきましては、東京都は全体で、記載がちょっとございませんが、77.3億円の規模で26年度基金を計画したところでございます。そのうち、ローマ数字Ⅰの事業、「地域医療構想の達成に」とある事業、ここにつきましては、そのうち2.4億円。そして、右側のローマ数字のⅡ番「居宅等における」、こちらの事業について、全体の43.9億円。そして、ローマ数字Ⅲ番、医療従事者の確保の関係ですが、総額で31億円となっております。Ⅲ番の医療従事者の確保につきましては、31億円という規模を計上しておりますが、そのうち約24億円は、従来、国庫補助事業として別の事業があったものが基金に振り変わったものでございます。ですので、実質31億円のうち新たなこの基金を使って取組を始める新規の事業もしくは拡充した事業については、約7億円となっております。

そうした意味では、先ほど、2番の部分に重点を置いてというところでご説明しましたが、金額の上でも全体の半分以上をⅡ番の居宅等における医療の提供に関する事業に計上して26年度の基金の計画をつくったところでございます。

この資料のホチキスどめの最後の5ページ目の資料でございます。医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュールということで、厚生労働省の資料でございます。現在、平成26年度のところでございますが、下の段、地方自治体の欄を見ていただきますと、病床機能報告制度が開始されたこと、これに続きまして、27年度は地域医療構想の策定に着手をする。また、その下の段には、今年度、介護保険事業（支援）計画の策定を行っておりまして、この計画が来年度からスタートすると。

この資料の右側に大きく楕円で丸をしているところがございます。それぞれ医療計画の次回改定、そして、介護保険事業（支援）計画の回りの改定、これがそれぞれ29年度にちょうど時期が一緒になるところでございます。ですので、29年度は両計画の改

定、策定、並びに診療報酬、介護報酬などの同時改定も予定をされております。それら全てがさまざまな改定、新たな計画の策定をしまして、平成30年度からは医療介護の計画が改定時期も含めて整合が図られるということとなっております。

資料3は以上でございます、次の資料4をごらんいただきたいと思っております。

資料4が先ほど介護保険法の改正の関係でお話をしました地域支援事業の充実の部分でございます。在宅医療・介護連携推進事業というものが、介護保険における地域支援事業に今回の改正で新たに位置づけをされたところでございます。

この事業、どんなことをやるかというのがこの資料の下半分でございます。事業項目と取組例ということで、(ア)から(ク)までの項目が示されてございます。これらを区市町村が実施をすることとなっております。

上の説明書きの箱の中ですけれども、丸の上から三つ目でございます。実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施とされております。現在、取組をまだ実施をしていないところも含めて、平成30年4月には全ての区市町村でこの事業、全ての項目について実施をすることとされたところでございます。東京都といたしましては、円滑な実施に向けましてあらゆる制度、事業などを活用して、きめ細かく区市町村を支援してまいりたいと考えております。

国の動きの説明については、駆け足になりましたが、以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

ただいま事務局から説明がありましたが、何かご質問、ご意見等がありますでしょうか。遠慮なくおっしゃってください。よろしいでしょうか。各市町村からの皆様もよろしいでしょうか。

実施可能な市町村は平成27年4月から取組を開始し、30年、全ての区市町村で在宅医療・介護連携推進事業を行うという、大変なことですが、よろしいでしょうか。皆さん、よろしいでしょうか。

皆さん、意見がないようでございまして、きょうは議事が多いので先に進めたいと思います。

それでは、二つ目の議事に移ります。都における平成26年度取組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いただきまして、その後に委員の皆様から意見を伺いたいと思います。よろしく願いいたします。

○海老沼係長 それでは、私のほうから議事の①東京都在宅療養研修事業について、そして、②区市町村・地区医師会在宅療養担当者連絡会の開催について、ご説明をさせていただきます。

まず、資料5をごらんください。東京都在宅療養研修事業についてでございます。

こちらの事業につきましては、地域における、病院から在宅療養への円滑な移行機能の強化を図るため、地域の病院スタッフと在宅療養患者を支えるスタッフが、お互いの診療方針や医療提供の実情等について理解し合うとともに、顔の見える連携関係の構築

を行うという、そういう目的のもと、今年度から東京都医師会に委託をして実施している事業でございます。

右上の図を、ちょっと小さいのですが、ちょっと見ていただければと思うんですけども、この研修の仕組みでございますが、まず、各地区医師会に在宅療養の地域リーダーのほうを養成をしていただきます。そのリーダーが今度は自分の地域に戻って、その地域の実情に応じた研修、例えば、多職種の研修であるとか、病診連携の研修であるとか、またはその実情に応じた取組をしていただくというものになっております。

今度、左側をごらんください。まず、ことしの地域リーダーの研修でございます。今年度は26年9月7日に東京都医師会のほうで実施をしていただきました。午前中10時から午後6時までと、丸一日かけて実施をしたところでございます。

こちらの内容でございますが、まずは講義ということで、「地域包括ケアと在宅医療の果たすべきミッション」ということで、東京大学の飯島准教授のほうにお願いして、まず講義をいただき、また、今回、新田会長のほうからも、在宅療養の導入、緩和ケアに必要な知識等をご講義いただきました。また、リハビリテーションにつきましても、東京都リハビリテーション病院の堀田先生のほうからご講義をいただいたところでございます。また、その後、多職種によるグループワークということで、在宅医療に必要な基盤整備、また地域リーダーに望まれるものというものを題にグループワークを実施したところでございます。

その下に、参加者にありますとおり、今回は医師のみだけではなくて、それ以外の多職種の方にも多くお声かけをさせていただきまして、総勢195名参加していただきました。こちらの195名をそれぞれグループに分けて、その場で多職種によるグループワークを実施していただいたところでございます。

アンケートの中でも、医師の方たちについての研修の満足度としましては、やはり「満足」「おおむね満足」を含め、大体70%弱の方に満足をいただいております。また、約60%の方が地域において研修をするに当たり具体的なイメージができたとおっしゃっていただきました。また、「今後、地域でどう活動していきたいと思いませんか」、という問いにつきましては、在宅療養での拠点的な医療機関になっていきたいであるとか、多職種の交流研修を充実させていきたいというようなご意見をいただいているところでございます。

また、多職種の方で参加いただいた方につきましても、全員が、参考になったというご意見をいただき、職業柄、ふだん余り医師と話す機会がないということで、話しづらいという先入観はあったんですけども、今回の研修で話しやすくなったとか、または、在宅を支えるためにも多職種が連携していかなければいけないんだということを再認識したというようなお言葉をいただいているところでございます。

また、このリーダー研修を踏まえまして、今度、地域での研修でございます。その下になりますけれども、こちらの研修につきましては、今現在、実施済み、また予定を含

みまして、13地区医師会がそれぞれ相互研修であるとか多職種連携を実施していただいているところがございます。

続きまして、右側、在宅療養推進シンポジウムでございます。こちらは地域の実情に応じた取組ということで、都全体で実施をしている事業になります。本年は26年11月22日に、こちら、都庁の5階会議場のほうで実施をさせていただきました。テーマにつきましては、「在宅看取りを考える」というテーマで、今回、みんなで在宅看取りについて考えていこうということで実施をさせていただいたところがございます。

内容につきましては、新田会長のほうからまず基調講演、「よりよい終末の場所を求めて」ということで基調講演をいただきまして、その後、「それぞれの立場から考える在宅看取り」ということで、在宅医、また訪問看護、患者・家族、そして、法律家、病院の立場から、それぞれ5名の方に、それぞれの立場から在宅看取りについてのご講演をいただいたところがございます。

その後、平川委員が座長ということでパネルディスカッションを実施していただきました。そこに、また、新田会長にも入っていただき、活発にディスカッションをしたところがございます。こちらにつきましても、下の参加者にありますとおり、多職種の方がたくさん聞きに来てくださいます。合計380名程度の方に参加をいただいたところがございます。

こちらにつきましても、皆様からは、いろいろな立場から考える在宅看取りというのを伺えたのはよかったとか、あとは、在宅看取りをされた当事者の話というのがとても参考になったというようなご意見をいただいているところがございます。

続きまして、資料6のほうになります。こちらで区市町村・地区医師会在宅療養担当者連絡会の開催について、ご説明をさせていただきます。

こちらにつきましては、在宅療養に関して、区市町村の主体的な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において相互理解を一層深めるということを目指して実施をしている連絡会になっております。

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、26年6月24日に東京都医師会のほうに主導していただきまして実施をさせていただきました。まず、第一部ということで、私ども東京都のほうから取組についてご説明や、薬務課のほうから事業についての説明、そして、平川理事のほうから、東京都の在宅療養研修事業であるとか、また、在宅医等相互支援体制構築事業についてご説明をいただいたところがございます。

その第二部といたしまして、新田会長を座長といたしまして、各地区医師会のほうからパネリストとして出ていただきまして、ディスカッションをさせていただいたところがございます。参加者につきましては29区市町村、また36地区医師会と、多くのところから出ていただいて、合計141名の方に参加をさせていただいたところがございます。

また、第2回目につきましては、先日、1月30日に実施をさせていただきました。今回は東京都のほうで実施をさせていただいたところですが、こちらにつきましては、まず、特別講演ということで、私たちも含めて在宅についてまたきちんと考えようということもありまして、元厚生労働省の老健局長であります宮島先生、そして、実際在宅をやられている山崎医師に特別講演ということで講演をいただいたところでございます。

そして、その第二部としまして、都の事業の説明ということで、平成27年度の東京都の取組についてのご説明と、今年度は実は私どものほうで各区市町村に対して在宅療養に関するアンケートの実施をさせていただきましたので、その結果についてご説明をさせていただきました。

また、次、三部としまして、区市町村における在宅療養の取組の事例の発表ということで、今年度はちょうど取組を始めたばかりのところでありまして稲城市さんのほうに取組の話をしていただいたところですが、

今回につきましては、43区市町村、そして、38地区医師会ということで、またこちらでも合計141名の方にご参加をいただいたところでございます。

では、私のほうから説明は以上になります。

○新田会長 ありがとうございます。

引き続き、26年度事業で、榊課長のほうからよろしくお願ひいたします。

○榊課長 それでは、介護保険課長のほうから報告させていただきます。資料でございますが、お手元の資料7-1から7-3まで、ご説明をさせていただきたいと思ひます。あわせて、ピンクのエコバッグに入っています、こちらのほうもご紹介をさせていただきたいと思ひます。

それでは、資料7-1をごらんください。

まず、26年度、東京都の訪問介護推進部会というのを設置してございまして、この全体の検討の状況をお話しさせていただきたいと思ひます。

訪問看護、こちらは設置目的ですが、地域包括ケアシステムを構築するのに何よりもなくてはならない、その中心的な役割を担うということで、その下の丸でございまして、本在宅療養推進会議の下に部会として設置をさせていただきまして、訪問看護推進の総合事業の実施方法の検討や評価を行うとともに、中長期的な対策も含めて、長いスパンでいろいろとご議論をいただいているところでございまして、

下の委員名簿をごらんください。本会長の新田会長にはオブザーバーとして毎回ご出席をいただき、また、秋山委員につきましては委員として毎回ご出席をいただいております。

そうした中で、右をごらんください。それまでの経過なんでございまして、地域包括ケアシステムのかなめということで、平成24年度に高齢社会対策部の介護保険課に訪問看護ステーションの所管をいただきまして、24年度から、どうやって東京都の訪問看護を進めるかということで検討をさせていただいております。その24年度は訪問看

護支援検討委員会を設置させていただいて、そこで報告書、それから、七つの提言、そして、訪問看護OJTマニュアルというものをつくらせていただき、平成25年度から訪問看護推進総合事業ということで開始をさせていただいているところでございます。

それでは、資料7-2と7-3をあわせてごらんください。こちら、資料7-2と7-3は全体の事業が書いてございますけれども、資料7-2を2枚ごらんください。

全部で8番まで事業がございまして、2枚合わせて8番まで振ってございまして、それで、ダイヤモンドの形をしたものが26年度の新規事業ということで、5番目の勤務環境向上及び定着推進、それから、裏面になります、最後の8番目、福祉人材の確保・定着モデル事業ということで、こちら、26年度、二つ新規事業です。

あとの三つにつきましては、先ほど申し上げましたこの本部会で、推進部会で検討していただき、訪問看護総合推進事業ということで、全て新規事業ということで25年度から進めさせていただいているところでございます。そんなわけで、八つの26年度の状況につきまして、ご報告をさせていただきます。

まず、1番目の地域における教育ステーション事業ということでございまして、後でこちらは詳しくご説明申し上げますけれども、地域に訪問看護ステーション、おかげさまで、今、年間100近く新しく建っております。しかしながら、やはり小さい訪問看護ステーションが多いものですから、その地域の訪問看護ステーションを支えるということで、地域の訪問看護人材を育成支援ということで、教育ステーション事業というものを25年度からモデル的に、モデル事業ということで2年間実施しているところでございます。後で実績等を報告させていただきますが、26年度につきましては、体験生も167名、それから、延べ日数で423日間ということで、非常に活用し、実績が上がっていると思っております。

2番目です。訪問看護のPR・人材の確保ということで、こちらは東京都看護協会のほうに委託をさせていただきまして、25年度からシンポジウムを開催させていただいております。お手元のこのピンクの手提げ袋に入っているものが当日の、今年度1月10日に開催されたものなのですが、こちら、こんな形で封筒に入れて、ご参加の方たちにこういった形でPRしてお持ち帰りをいただいております。今回、368名のご参加をいただき、本当に、事務のほうと合わせますと400名を超えた大盛況ということで進めさせていただいております。こういった形で訪問看護のPR、若い方々、それから、都民の方たちにこれからもシンポジウムをさせていただくという形でございまして。

それから、右に移りまして、管理者・指導者の育成支援ということでございまして、先ほど24年度からの検討で、訪問看護OJTマニュアルということで、いかにOJTが大切かということマニュアルとしてまとめさせていただきましたが、この管理者・指導者育成支援につきましては、新しく管理者・指導者になられた方、設置から1年までの方に関しては、必ずこの管理者・指導者育成研修を受けていただくということで、3年間で、東京都の若い訪問看護ステーションについて、全部のステーションにこれを受

けていただくということで、OJTマニュアル等をテキストにさせていただいて、広く深く研修をさせていただいております。26年では、受講、288名に受けていただいているという状況でございます。

それから、下ですが、認定訪問看護師の資格取得支援事業ということで実施をさせていただいております。26年度につきましては、新規5事業、それから、継続5事業ということで、認定看護師さんの資格をとる部分につきまして、全面的に支援をさせていただいているところです。

それから、その下の4番目、中・長期対策を含む多角的・総合的な検討ということで、先ほどお話ししました訪問看護推進部会の事業でございます。

下に移りまして、勤務環境向上及び定着推進の事業でございます。こちらにつきましては、研修、それから、産休・育休、それから介護休暇等を取得する際の代替職員の確保を支援していくということでございます。26年、申請ですけれども、産休等は5事業者、それから、研修は1事業者でお使いいただいているところでございます。

では、2枚目に移らせていただきます。6番目の訪問看護ステーションの設置促進・運営支援でございます。こちらは安定的な事業所運営体制の確認と、それから、法人内の連携体制ですね、それから、常勤換算4.5人以上の看護師を配置するという条件に、ステーションの設置によるサービス提供エリアの拡大を図るための新規設置の初期経費を助成させていただき事業でございます。下に書いてありますとおり、サテライトの設置に対する補助につきましては、国において、それから、訪看の大規模化、サテライト化事業所の設置促進が新規対象となったために、都制度は廃止させていただきことになっております。

それから、その下でございますが、訪問看護ステーションの事業開始等の支援事業についてでございます。ステーションの運営の安定化・効率化ということで、経営コンサルによります個別相談会を実施させていただいております。こちらはご要望に応じて数回公募をさせていただき、今回、26年度は73事業者が受けていただくという状況でございます。

それから、右に移りまして、訪問看護ステーションIT化支援の事業でございます。こちらにつきましても、モバイル化ということで、先ほど申し上げました指導者・管理者育成研修などでもIT化の利点等を説明させていただき、公募も何度かさせていただいて、IT化を進めていただく費用を盛り込んでございまして、26年度は42事業者について使っていただいております。

次は最後になりますけれども、福祉人材の確保・定着モデル事業ということで、訪問看護ステーションを立ち上げるんですが、いろいろと事務的なところに人手がかかり、それが、訪問看護師さんがそちらの事務に手をとられてしまうということで、今回、26年度から、そういった事務の部分をクリックとして派遣しますよということモデル的に実施させていただいております。おかげさまで、26年度、9事業者に応募いただ

き、今、まだ派遣決定は4事業なんですけど、こういった事業も新規事情で開始させていただいております。

次に、恐縮です、資料7-3でございます。先ほど申し上げました教育ステーション事業でございます。

指定教育ステーションですが、今回、25年度、26年度で、5カ所モデル的にさせていただいているところで、白十時訪問看護ステーションということで、秋山委員にもこちらをご指導させていただいております。

実施状況ですが、まず、26年12月なんですけど、ステーションの体験とか実地研修の受け入れの状況ですが、下の欄の網かけのところでございますが、右側の「計」をごらんください。239名、それから、延べ日数では600日ということで、非常に教育ステーションの方々には対応をたくさんさせていただいております。

その他の取組、小さくて恐縮ですが、地域での勉強会なども開催をさせていただいて、39回で1,230人の方に開催にかかわっていただき、地域のステーションからの相談に対する対応をさせていただいております。

下に体験生からの主な意見ということで、大きく三つ。他のステーションの勤務者の方からは、「実務の面での学びが大きかった」、それから、「本人の意識や姿勢の面での気づきがあった」ということ。それから、離職者の方からは「訪問看護に対する印象が大きく変わった」。その中では、「訪問看護にとっても興味が湧いた」、それから、「復職の参考になった」というような貴重なご意見をいただいております。それから、下の欄ですが、医療機関の勤務者の方々からは、「在宅療養のイメージがつかめた」、それから、「退院支援、患者や家族との関わり方への意識が変わった」。特に二つ目をごらんください。「急性期の段階から、退院後の生活を想像し支援することの重要性」ということ等をいただいております。そしてまた、最後ですけど、「訪問看護への興味となった」、それから、「理想像の訪問看護師に出逢えた」というような貴重な声をいただいております。

そういった中で、この教育ステーションですが、27年度事業概要、こういった大きな実績を踏まえまして、本格実施ということで踏み出させていただくことを予定してございます。その事業内容ですが、こういった今までの部分も当然させていただくんですが、(2)で、これをモデル的にさせていただきたいという新しいところなんですけど、先ほどの医療機関さんから等の声を反映させて、地域の医療機関での、訪問看護師に必要な知識・技術の習得のための研修機会の提供ということで、こちらを相互研修ということで新しくトライさせていただき、やはりいろんな方法で各地域の訪問看護ステーションに応じた形でさせていただきたいので、モデル事業という形で立ち上げていきたいと思っております。5カ所でモデルさせていただいたんですが、実施規模も9カ所ということで拡大をさせていただき、27年度に入りましたら早速選考を始めさせていただきたいと考えております。

説明は以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

もう既に27年度の話がされましたが。

○榊課長 すみません、予定でございます。

○新田会長 まず、26年度事業に対して、これは東京都医師会等々に大変お骨折りをいただきましたが、平川委員、何か追加で意見はありますでしょうか。

○平川委員 東京都のほうから委託を受けて、東京都医師会としていろいろな取組を行ったんですが、特に先ほどご紹介がありました多職種による事業につきましては、初めは非常に心配といいますか、これはそもそも多職種による検討会をまずモデル的に東京都並びに東京都医師会が中心となって開いていただいて、それを各地区に持ち帰っていただいて同様な研修を行ってもらうということが目的だったんですから、ここがうまくいかないと先に進まないということで、今回は非常に――今回もですかね、丁寧に準備を進めまして、統一の援助先生やファシリテーターの方とも意見を交換しながら、結構いろんなことを想定して始めたんですけども。

いずれにしても非常に多くの方々が来られまして、190人規模を一気にグループワークするというのは、会場も広がりますし、テーブルを囲む数も多くなるので、それも若干心配だったんですけども、おかげさまで本当にどのテーブルもきちんとした意見交換といいますか、ドクターが一方的に持論を述べるという形ではなくて、多職種の方々がそれぞれの立場から意見を言ってもらったという形で、出席した方々、特にドクターもそうですし、多職種の方からも、先ほど報告がありましたように、敷居を低く感じたとか、こういう先生方とだったら話ができるという、いい経験を、気持ちいい体験をしてもらって、その結果、多分、今、十何カ所ですけども、地区のほうに持ち帰っていただいて同様なものやっていたらという点では、うまくいったんじゃないかと思っています。どうもありがとうございました。

○新田会長 ありがとうございます。

23区と多摩の全市から市町村スタッフと、そして医師会も含めて参加されて、これはリーダー研修でございますから、今、13地区でございます。さらにこれを本当全域でやるようお願いしたいというふうに思っていますが、またそれもよろしく、また後でご意見をいただきたいと思えます。

また、東京都訪問看護推進部会、これは秋山委員、入られていましたが、何かつけ加えて何かありますでしょうか。

○秋山委員 コンパクトに報告をいただいたので、特につけ加えることはございませんが、東京都教育ステーションのこの事業というのは、他県からも着目をされるほど効果的ではなかったかなと思い、ぜひ、これ以降、少し拡大しての計画を進めていただきたいと強く願っています。

○新田会長 ありがとうございます。

26年度、大変、東京都、私は頑張っているという感じはしますが、何かご意見はありますでしょうか。遠慮なく、どうぞ。よろしいでしょうか。

○千葉委員 私も訪問看護推進部会の取組で、私は地域の看護師さんがこれを利用して、ステーションを利用して、同行訪問をさせていただいたという方がもう既に身近に出てきていましたので、動いているんだなということを感じた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。  
どうぞ。

○渡辺委員 この教育ステーション、大変すばらしい事業だと思うんですけど、5カ所のうち1カ所しか多摩地区がなくて、やはり通うとかそういうことがなかなか近くないと難しいということで、今後は9カ所ということですけど、その9カ所の中には多摩地区は何カ所か含まれているのでしょうか。

○榊課長 まだこれから選定をさせていただきますが、できるだけ多摩のほうにもとは思っております。

○渡辺委員 ありがとうございます。

○新田会長 今、とてもすばらしいまたご質問ですが、教育ステーションをやるというのは、常勤体制が大体8名とか9名必要ですかね。

○榊課長 機能強化型をとっているところが該当するということなので、1だと7名以上という形です。2で5名以上ですので、ある程度の大型のところはここはモデルに指定されたというふうに考えています。

○新田会長 となると、多摩地区というのは市を中心としたというのがメインになって、広域で訪問看護ステーションをやるのはなかなか少なく、小規模なところが、例えば、2.5、医師会立だと少し大きいところがあるんですが、なかなか対象に。今、日野で1カ所でございますね。

○榊課長 おっしゃるとおりです。日野で1カ所。

○新田会長 1カ所ですね。もっと私はふやし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。

○渡辺委員 もしこういうステーションで教育となると、3とか4とかというレベルでは、1人抜けたらもう立ち行かなくなるので、そういうときの代替要員を補充するみたいなことも考えていただくと、皆さん、ナースは本当に真面目ですから、参加したいと思っている方がいっぱいいらっしゃるんじゃないかと思うんですね。

○新田会長 ありがとうございます。

そこも議論の対象になったと思いますが、補充をどうするかとか。

○榊課長 今のご質問、教育ステーションから……。

○新田会長 ということではないと思いますが。

○榊課長 ではないですね。

○新田会長 例えば、2.5で派遣してしまうと、そこが少なくなって、せっかくのいい教育ステーションにもう行けないと、そういう話ですね。

○渡辺委員 はい。

○榊課長 ちょっとそちらにつきましては、なかなかまだ。すみません。

○新田会長 人材配置まではなかなか難しいということも含めて、この訪問看護の検討部会で少し話されたということを記憶しているんですが、秋山委員、どうでしたかね。

○秋山委員 資料7-2の5番の勤務環境向上及び定着推進で、研修で手を挙げたところが1事業所なんですね。なかなかこういう事業に手を挙げるということは、計画書を出していくなどの作業が必要ですので、その辺が、小さいところだと日々に追われて、この事業計画を出したりというところができにくいのではないかと、7人未満のステーションというように、逆に規模が小さいところだと手を挙げられるということですから、そういうのも周知しながら進めていくというのはいいことではないのかなというふうには思います。いかがでしょうか。

○榊課長 貴重なご意見として賜ります。

それから、5番のところ、これは本当に産休・育休・研修、そして、介護休暇、ぜひ使っていただきたいのですが、こちらの研修で1事業者とか少ないのは、やはりこの派遣という形をとっておりますので、ちょっとしたところであると、非常勤の方を少し日数を多くして来ていただいたりということで、ちょっとこの事業の使い勝手の少し不便さもありましてちょっと実績がないというのも、ちょっとうちのほうとしては課題と考えてはおります。

○新田会長 よろしいでしょうか。

そのほか、何かご意見はありますでしょうか。

それでは、本日の三つ目の議題に移ります。都における平成27年度の取組についてです。事務局から説明、よろしくお願いいたします。

○新倉課長 それでは、資料8をごらんいただきたいと思います。平成27年度在宅療養推進に向けた都の取組でございます。

こちらの資料8の資料でございますが、1ページ目がいわば総括表みたいな形になってございます。それぞれ1ページ目の事業名の脇に「P幾つ」とページ番号が振ってあるものは、この資料8の中のページのほうで、それぞれ事業の詳細な内容についての資料でございます。本日はこの1ページ目の総括表をもとに説明をさせていただきたいと思っております。

従来、東京都では在宅の推進に向けた取組ということで、主に施策、事業の体系を三つの大きな体系で実施をしてまいりました。これがこの総括表に大きな箱としてある一番左に「地域における在宅療養体制の確保」、そして、右のほうでは「在宅療養生活への円滑な移行の促進」、これは退院支援の取組です。そして、その下に「医療・介護に関わる多職種の人材育成・確保」、この大きな三つの柱の柱立てをして、さまざまな事

業を展開してまいりました。27年度は、右下にもう一つ、一番小さな箱がございますが、「小児等在宅医療に対する取組」ということで、新たな取組もスタートさせる予定となっております。この柱に沿って説明させていただきます。

資料左側半分でございます。地域における在宅療養体制の確保です。こちらの中でも大きく区市町村への支援と医師会への支援ということで、二つに分かれております。区市町村の支援では、一番上の黒い四角に、在宅療養環境整備支援事業ということで、我々、区市町村向けにメニュー化した包括補助制度というのを持っておりまして、その中に在宅の事業、黒いポツで3点、在宅療養支援窓口、在宅療養後方支援病床確保、そして、在宅療養推進協議会と、この三つの取組に関してこれまでも補助を実施しているところでございます。これまで、従来から進めてきた取組の一番基礎となっている、根拠となっている事業でございます。こちらのほうは区市町村のこうした取組の支援ということで、区市町村が事業開始当初から3年間は、東京都からの10分の10の補助率で、1,000万円を上限に全額補助をそれぞれしているものでございます。

その下の二つ目の黒い四角でございます。区市町村在宅療養推進事業ということで、平成27年度の新規事業の予定でございます。その下に括弧書きで書いてございまして、地域医療介護総合確保基金（区市町村計画分）ということで、こちらは、先ほど26年度の基金の説明をさせていただきましたが、27年度の基金を充当を予定している事業でございます。ただ、27年度の基金につきましては、国への申請並びに国からの決定、こうしたものは今後実施をすることとなっておりますので、東京都では、現在、当初予算案に、あらかじめ実施を予定しているということで、事業の事業費を計上しているものでございます。

こちらでも黒いポツで三つ事業が書いてございます。内容といたしましては、今、先にご説明した包括補助事業を使った窓口や協議会、ベッド確保、こうした取組に対して、少し内容を上乘せした取組についても新たな基金を使って支援をしていこうというようなものでございます。

そして、黒い四角の三つ目が、こちらは25年度から27年度の事業で、こちらも実は基金を活用した事業なんですけど、平成25年度に国から交付を受けて基金を積み立てた地域医療再生基金でございます。こちらは緊急経済対策として各都道府県に交付金があって、それを活用した基金でございます。東京都でもこの基金を使って事業を実施しておりますが、平成25年度に開始した事業のみをその後対象としておりますので、新規の事業募集はこちらのほうはしてございません。

その下、左の下に行きますが、医師会への支援の事業でございます。一つ目の黒い四角、在宅医等相互支援体制構築事業でございます。こちらは言ってみれば主治医、副主治医制みたいなものを各地域でとっていただく。そうしたことによって、チームとして24時間の体制をとっていただく。在宅医1人で24時間の体制をとるのではなく、複数の在宅医が連携して、またそこに訪問看護ステーションもチームに加えて、全体とし

て24時間の体制をとっていただく。こうした取組を支援しているものでございます。

そして、その左の一番下が、在宅療養推進基盤整備事業。こちらは先ほど基金の説明をした26年度の、今回の基金を活用して始めた事業でございます。我々、12月の都議会で基金の設置条例と関連する補正予算を成立いたしましたして、現在、取組をスタートさせたところでございます。内容といたしましては、そちら、説明書きでございますとおり、在宅療養に関する都民の理解促進、また医療、介護の連携で、ICTのネットワークの活用などによりまして、地域で在宅療養患者を多職種で支える体制をつくっていくという内容となっております。黒いポツのところが多職種連携連絡会、そして、多職種ネットワーク構築事業と二つ中身が入っております。

そして、資料右側でございます。在宅療養生活への円滑な移行の促進。退院支援の取組でございます。一番上には、ここの退院支援の取組につきましては、我々、平成25年度、昨年度から、ここについては特に力を入れて重点的に取組を進めているところでございます。

一番上の黒い四角、退院支援強化事業でございます。本日、参考資料として冊子をお配りしております、あのブルーの冊子です。「東京都退院支援マニュアル」、こちらを昨年度作成をいたしました。昨年度のこの会議でも退院支援検討部会の部会長を務めていただきました宇都宮さんに参加をいただきまして、報告をいただいたところでございます。こちらのマニュアルを25年度策定しまして、今年度はマニュアルを実際に使ったモデル事業というのを都内の三つの病院で、そちらに記載の三つの病院で実施をしてございます。来年度はモデル事業の取組結果も踏まえまして、マニュアルのさらなる改善、充実に取り組んでいきたいと考えております。

その下の四角、転院支援事業でございます。こちらは在宅ということではないんですが、転院をする際に、その転院先を探す上で効率的に探せるように、東京都が持っている全病院の情報の中から、より患者家族の希望、また患者の病態に合った、適した病院を探していただくための、言ってみれば検索システムでございます。昨年、平成26年7月1日から運用を開始してございます。こちらシステム運用を開始したばかりでございますので、先ほどの退院支援マニュアルと同様、実際に都内の医療機関に使っていただきながら、現在、使ったときの状況を書いたレポートをそれぞれ複数の医療機関から、ここに括弧で76病院、さらには都立病院・公社病院とありますが、協力いただきまして、使用状況の調査をしているところでございます。そうした状況の調査の結果を踏まえまして、来年度はシステムのさらなる改善等に取り組んでいきたいと考えているものでございます。

四角の三つ目でございます。在宅療養移行支援事業ということでございます。こちら今年度当初から実施をしている事業ですが、事業費につきましては26年度の、先ほどの新基金を充当してございます。説明書きに、少しここに書いてございますが、具体的内容といたしましては、都内200床未満の病院、そのうち指定二次救急医療機関に

対しまして、退院調整ナースなりの配置、人件費の補助をして、その配置を促進しているものでございます。

その下のもう一つの四角が在宅療養移行体制強化事業ということで、こちらはその退院支援の取組を、先ほど200床未満の指定二次救急医療機関への補助を実施しておりますが、それ以外の全ての病院に広げていくための取組でございます。この事業、その下にポツとして研修事業ということと人件費補助と二つのメニューがございます。研修事業では来年度全ての病院を対象にした退院支援の強化研修、こちらを実施いたします。また、人件費補助では、先ほど200床未満の指定二次救急医療機関に対しては補助を今年度から実施しておりますが、同じく200床未満の指定二次救急医療機関以外の病院につきまして、そうした退院支援に携わる職員の人件費の補助を実施して、この29年度までの事業でございますが、29年度に向けて退院支援の取組を都内全ての病院に拡大をしていきたいと考えているものでございます。

その下の、また大きな柱の一つとして、人材育成・確保の取組でございます。今年度の取組でも先ほど説明させていただきました、一番最初の四角が在宅療養研修事業でございます。先ほど説明させていただいた内容について、来年度も引き続き取り組んでまいりたいと考えております。

その下の四角が在宅療養支援員養成事業ということで、先ほどこの資料の左の一番上で、区市町村への支援で説明させていただきました支援窓口、こちらで従事する職員を養成するための研修事業でございます。これも従来から実施をしております、引き続き実施をしていくものでございます。

そして、右下、一番小さな四角のところで、小児等在宅医療に対する取組でございます。小児の在宅の取組につきましては、この四角の中の説明書きにございますとおり、国のモデル事業が、これが実は平成25年度、そして、26年度、2カ年国のモデル事業がございました。このモデル事業に東京都も手挙げをいたしまして、今年度は四つの病院、都立の墨東病院、そして、都立の小児総合医療センター、同じく都立の大塚病院、民間病院からは慶應義塾大学病院に協力をいただきまして、四つの病院と連携して小児等在宅医療の事業を実施したところでございます。国のモデル事業が今年度終了いたしますことも踏まえまして、来年度はこれまで2年間の取組状況を踏まえた上で、今後の施策展開について具体的な検討を進めてまいりたいと考えております。後ほど本日の議事の(5)番のところで、改めてその検討体制の件でご審議をいただく予定としてございます。

以降のページにつきましては、先ほどご説明したとおり、各事業のそれぞれの説明資料となっております。後ほどまたごらんいただければと思います。

大変駆け足ですが、以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、質問、ご意見、何かありますでしょうか。平成27年度の在宅療養推進に

向けた都の取組等でございますが。

清水委員、何かありますでしょうか。

○清水委員 非常にモデル事業は円滑に進んでいるようでよかったと思うんですが、ただ、モデル事業は結構力が入ってうまくいって、そこから先におろしたときにうまくいかないことがなかなかあるんですね。その理由は、モデル事業ができる体制にあるからできるので、それは規模の問題とか人員の問題とか、置かれている環境の問題とか、過密と過疎があって、過密の部分ならできるが過疎はできないということもあるのですね。

ですから、そのモデル事業の評価の中で、あまねくできるような形、東京都は村もありますし諸島もあるし、非常に大変なんですけど、大体の共通項でやるんでしょうけど、その辺の基本的な要素があって、最低限ここまでで、後はつけ足すのはいいよというような、何か一つのモデル事業をやって、モデル、終わったわけですけど、あまねく中で、やはり一番問題になるのはどこなんですかね。その辺がもしアンケート等で把握されているのであれば、入れていただきたいんですけど。

ただ、これ自体は、私も全国組織に身を置いていますので、東京都は本当、最先端、一番先を行っていると思います。その理由はやっぱりマンパワーがあるということなんです。ある県だと、全くもう全部が過疎みたいのところやうまくいかないところもありまして、ですから、東京都でも、場合によってはやっぱり三つ以上のモデルがあるんじゃないかと。過密であって訪問看護ステーションがたくさんあるところ、支援事業者もたくさんいるところ、ケアマネのレベルも高いところもありますし、そうでないところもあるというところで、その整合性ですよ。実地に当たってどの辺のところをお考えなのか、都のちょっと意見をお伺いしたいと思うんですけど。

○新倉課長 在宅の取組につきましては、委員ご指摘のとおり、特により狭い地域というか、区市町村、さらには中学校区というようなどころでの取組を進めていくことでございますので、それぞれの地域、東京都全体を見渡しても、例えば、区部、また、多摩地域、ご指摘いただいた奥多摩の地域、また島嶼地域も抱えてございます。こうしたそれぞれの地域において、例えば、高齢化の状況につきましても、もう既に高齢化のある程度ピークを迎えつつ、例えば、2025年とよく言われますが、そのときには既に減少局面に入るところももちろんございます。

我々としてはさまざまな地域の取組を進めていきながら、東京都としてはひとつさまざまな地域の取組を支援していくという立場でございますので、先ほど事業の説明をさせていただいた、例えば、包括補助を使った事業、実はこれ、包括補助のメニューに入れて、我々も使い勝手が一番いいなというところは、要件を、言葉は悪いんですが、がちがちに決めずに、地域のそれぞれの取り組みやすい方法に沿った形で我々も柔軟に支援ができるというような制度でございます。

そうしたまず活用、支援する制度を柔軟になるべくして、それぞれ地域に合ったやり方をそのまま支援できるような形にするということと、あとはもう1点、今年度の取組

の中で、我々、区市町村へのアンケート調査というのをさせていただきました。現在、取りまとめ中ですが、個々の区市町村の取組状況に応じて、きめ細かく支援をしてみたいと考えてございます。委員ご指摘のとおり、モデルというのが本当に全部に共通するモデルはございませんで、自治体の数だけもしかしたらモデルになってしまうのかもしれないというような中で、きめ細かく対応していきたいというふうに考えております。

○清水委員 どうもご意見をありがとうございます。

こういう大きなものを上につくって、下へだんだんおろしながら根づかせるというのが基本だと思うんですけどね。どうもよく地域を見ていますと、地域からの今度ボトムアップをしなきゃいけないということなんですね。いろんな会があって、本当に出ていくのは熱心な先生で、医師会の役員で、ところがそれ以外の方が随分地域を担っているというところもあります。その地域の担い方も行政区を越えて担っているところもあったり、その辺を幅広く網にかけて拾っていく形にしないと、せっかくのインフラが落ちてしまうこともありますので、やっぱり一度そのインフラの見直しの中で、幅広く使っていくという、そういう格好が多分いいんだろうと。

恐らく日本医師会もやっぱりかかりつけ医ということを推進して、その中で要素として在宅療養をやりたいと、できる方は看取りまでしたいということで、今、ボトムアップを図っていますので、その辺のところをまた東京都医師会の今の考え方なんかも一度お願いしたいなと思うんですけど、いかがでしょうか。

○新田会長 東京都医師会に来ましたけど。

○平川委員 ご案内のとおり、東京都はやっぱり全国的に見てもさまざまな事業というのを先に取り組んでいて、いよいよこういう基金が、今、後からついてきたような形になりますけども、従前に二つ、三つとって同様な事業が進んでいる中で、それをさらにバージョンアップしていくという点では、恐らくほかの地域よりちょっとこっちはいいハンデをもらっているのかなと思っています。

言ってみれば今までの準備期間で、地区医師会や各区市町村に、来るべき時代はこういう時代が来るんだということを言い続けてまいりましたし、メッセージも送り続けたので、先ほどの今年度の事業を見てもおわかりのように、参加者もふえてまいりましたし、本当に今、機運的にはいいと思いますので、引き続きこういった協議会でもいろいろ意見をいただきながら、東京都とタッグを組んで進めていきたいと思っています。

○清水委員 どうもありがとうございます。

○新田会長 貴重なご意見、ありがとうございました。

どうぞ。

○渡辺委員 東京都も非常にマンパワーもあるんですが、やっぱり組織率が悪い団体とか、頑張らなければいけない団体とかがあるので、やっぱりモデル事業も含めて、そういうところを東京都医師会として基盤整備していただくということで、今回、多職種連携

絡会なども早速今月から、来週あるんですけれども、医療・介護連携という、なかなか進まないところを一步も二歩も着実に進めていきたいと考えております。

以上です。

○平川委員 追加ですけれども、渡辺先生が言ったように、関係団体とか各種団体といっても、その団体側の組織率というのは余り高くなくて、ちょっと名前は今ここで出しませんけれども、一部の方しか入られていないということもあって、これをいかにその団体というものの自体にも支援をしていって、関連団体の関連団体個々がいい活動をできるような形にしないと、何か上のほうだけ風が吹いていて、地域のそばまで行きそうでないということちょっとゆゆしきことだと思っていますので、その辺も頑張りたいと思っています。

○新田会長 何か、新倉課長、追加はありますか。

○新倉課長 先ほど、今、平川理事、渡辺委員からもお話があった多職種の連携というのが、今回の基金も使って大きくこれから、今、事業を開始したところでございますので、各地域での取組が進むように、来年度、東京都医師会とも連携を密にして、各地域の取組、働きかけも含めてやっていきたいと思っております。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、本日四つ目の議事に移りたいと思いますが、よろしいでしょうか。

第6期東京都高齢者保健福祉計画（平成27年から29年度）について、説明をよろしくお願いいたします。

○横手課長 高齢社会対策部計画課長の横手と申します。よろしくお願いいたします。資料9に沿いまして、ご説明をしたいというふうに思います。

今現在、東京都の高齢者保健福祉計画は第5期でもって進めておりますけれども、第6期、27年から29年度の計画について策定をしておるところでございます。

今回の第6期について、特徴的なところですが、この計画は老人福祉計画と介護保険法に基く介護保険事業支援計画という法定の計画になりますけれども、基本的には3年間の計画なんです、今回は団塊の世代の方が75歳以上となる平成37年（2025年）を見据えた計画ということになっております。また、東京都では、先ほど、先般発表しましたけれども、東京都長期ビジョン、それから、保健医療計画、それから、高齢者の居住安定確保プラン、健康増進プランなどとの整合性を確保していくというものでございます。

計画の考え方の三つのポイントですけれども、一つは2025年を見据えた中長期的な視点で、介護サービス基盤、高齢者向け住まいの充実を図り、必要な介護人材の確保に取り組んでいきます。それから、27年4月、今般の介護保険制度改正によりまして区市町村の役割が大きくなってきたということ踏まえまして、区市町村における地域包括ケアシステムの構築に向けた支援に積極的に取り組んでまいります。それから、この「地域包括ケアシステムの」というのは地域の将来の姿を踏まえたまちづくりというこ

とになりますので、まちづくりの中に位置付けていくという視点を明確にしていくということが今回の計画になります。

真ん中は高齢者の状況と、それから、介護保険制度の改正になりますが、介護保険制度の改正では、地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築と、介護保険制度の持続可能性の確保ということで、大きくは地域支援事業の中身について、先ほども説明がありましたけども、在宅医療・介護の連携の推進ということで、アからクまで示されておりますが、24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築であるとか、さまざまなものを平成30年4月までに全区市町村が取り組みなさいということになっておったりとか、認知症施策の推進につきまして、初期集中支援チームであるとか、認知症地域支援推進員の配置を支援せよというようなことになっております。

それから、予防給付についても大きな見直しが行われておりまして、こちらは29年4月までに全国市町村が移行せよということで、要支援の1、2の予防給付のうち、訪問介護・通所介護については地域支援事業へ移行すると。専門的なサービスのほか、ボランティアなどの多様な担い手による多様なサービスを提供していくということで、それぞれの運営基準・単価等については、区市町村の定める部分が大きくなるということになります。こういった制度改正を踏まえまして、東京都におきましては、2025年を目途に地域包括ケアシステムの構築を目指そうということで、①から⑥の六つの計画の具体的な展開、重点的な具体的な展開を図っていこうというふうに考えております。

1点目は介護サービス基盤整備と円滑・適正な制度運営ということで、こちらに数字がありますけども、特養、老健、グループホーム、サ付き住宅等、10年後にはこういった目標値を定めてきております。それから、現在、区市町村の推計を基に、2025年までの各介護サービスの見込量も立てていきますし、保険料の推計値も入ってまいります。ちょっとこれについては集計中でございます。

それから、新しいところでは、杉並区が計画する南伊豆町での特養整備に関する静岡県とのサービス見込量の調整なども行っております。これは都内で積極的に特養等をきちっとつくっていくんですけども、杉並と南伊豆町の特殊な関係、これまでのコミュニティーの関係の中で特養を整備するというので、新しく国のほうも指針をつくりましたので、それに合わせて整備していくというものでございます。

それから、2点目は在宅療養の推進ということで、第5期にも在宅療養の推進の中身が入っておりますけども、第6期は一層具体的に展開をしていくということで、拡充の内容がいっぱい詰まったものになっております。

それから、3点目は認知症対策の総合的な推進ということで、新オレンジプランも発表がありましたけども、認知症疾患医療センターの整備を初め、さまざまなものを取り組んでまいります。

それから、4点目は地域社会を支える介護人材の確保・育成・定着ということで、こちらは新しいところで、2025年までの介護職員の需要数の推計を今回の計画では定

めてまいります。ただ、今、区市町村の介護サービス見込量を集計中ですので、この人材の需要数についてもまだ現在集計中でございます。それから、推計値を踏まえまして、中長期的な視点で人材確保・育成・定着に向けた総合的な取組を推進していこうということで、今回、都のほうでは、来年度予算で大きくつけているのが、キャリアパスの導入支援ということで、キャリア段位制度を活用したキャリアパスの導入支援の仕組みを、事業を取り組んでいくということを考えております。

それから、5点目は高齢者の住まいの確保ということで、高齢者の居住安定確保プランが27年から32年ということで改定になるのに合わせまして、中身を変更してまいります。

それから、6点目は介護予防の推進と支え合う地域づくりということで、こちらも介護予防・生活支援の充実に向けた、全面的に改定を行っております。内容といたしましては、地域包括ケアシステムの構築に向けて大事な地域包括支援センターの機能の強化を初め、介護予防・日常生活支援の総合事業という新しい事業展開が行われますが、これに向けた介護予防機能強化、それから、区市町村の支援。それから、地域社会を支える担い手としての高齢者の方の、元気な高齢者の方の多様な社会参加の促進。それから、高齢者を支えるためのワークライフバランス、これは産業労働局になりますけども、こういったものもこの中に織り込んでいこうというふうに考えております。

計画の中にはこういったさまざまなものを方向性を示しながら具体的な事業を展開していこうというふうに考えておりまして、2月23日に第6回策定委員会を行いまして、ここで最後の取りまとめを行います。3月下旬に向けて計画策定・公表ということになっております。

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。

ただいま、27年度から29年度までの東京都の高齢者の保健福祉計画の説明でございましたが、何かご意見はありますか。

山本委員、よろしいでしょうか。

○山本委員 網羅的な内容で、これ、全て必要という状況だと思います。本当に80代、90代の方がふえてきて、ひとり暮らしの方がふえてきて、老老世帯がふえてきますので、この退院支援とか在宅療養の推進ということとこれは裏腹なんですけども、ご本人を帰すお宅が世帯構成数も非常に少なくなっています。なおかつ高齢者もしくは認知症のひとり暮らしとか、いろんな状況が出てきますので、在宅医療・介護連携とともに福祉連携も重要です。キーパーソンがいない方がふえてきますので、後見制度ですとか金銭管理ができない人たちに対する支援も含めて、包括的な支援を考えていくということがとても重要になってくるのではないかと。この人口の推移を見ていてまさしくそのとおりというふうに感じます。

それと、介護人材の確保についてなんですけれども、今、地方ではヘルパーステーション

ョンとかがかなり閉めているところが出てきています。つまり人が集まらないということと、施設についてもフロアが開けないという状況が出てきておりますので、これはもう東京都は身近な話になっていきますので、介護人材の確保についてどう考えていくのか。もしかしたら教育の面からも、介護とかそういった学びについて、早いうちから考えていくような機会を設けていくとかそういうことをしていく。労働人口はどんどん細っていきますので、ますます介護人材が必要な状況になってきます。これは多分都内で大きな課題になってくる。特に訪問系の、訪問ヘルパーの方の確保が非常に難しい状況に、非常に確保が難しい状況になってくるのが予測されるという。それをこの地域社会を支える介護人材の確保・育成・定着の面では非常に考えていかなくちゃいけないんじゃないかということがあります。

最後はこの6番の予防なんですけれども、健康寿命を延ばしていくということは非常に大きなテーマ、これはもう全国的なテーマになってきますので、まさしくこの在宅療養で、歯科とかも含めて予防的な医療、予防的な健康寿命を延ばしていく地域づくり、そして、予防は広い概念ですので、見守りとか住民互助の支え合いも含めた予防的な相談対応ができる地域づくりということで、これは本当に推進していかなくちゃいけない状況になっていくのではないかと、そういった感想を持ちました。

○新田会長 ありがとうございます。ご意見ということで、よろしく願いいたします。後ほどまだ少し時間を残しているとき、またそういったご議論もしようと思っておりますので。

では、まず先に進ませていただきましょうか。予定の時間、ちょっとだけ進んでおりますが。

それでは、五つ目の議事に入りたいと思いますが、よろしいでしょうか。

退院支援検討部会及び小児在宅医療検討部会設置についてでございます。事務局、説明をよろしく願いいたします。

○新倉課長 それでは、資料10をごらんいただきたいと思います。

今回、二つの部会の設置を提案させていただきたいと考えているものでございます。一つ目が退院支援検討部会、そして、もう一つが小児等在宅医療検討部会でございます。

まず、資料の左側でございます。退院支援検討部会の設置についてでございます。こちらの目的のところにもございますが、先ほど参考資料でご説明した東京都退院支援マニュアル、こちらを平成25年度にやはり退院支援検討部会を1年間立ち上げてマニュアルをつくったところでございます。そして、今年度、26年度はマニュアルを使ったモデル事業を三つの病院でやっていただいております。来年度はこのモデル事業の結果を踏まえたマニュアルのさらなる充実に向け、その検討部会を立ち上げたいと考えているものでございます。

資料の真ん中あたりに任期とございます。来年度1年間かけて検討を進めてまいりたいと考えております。その下の委員構成でございますが、基本的には前回、25年度に

マニュアルをつくった時点での委員の方々、同じ方々に再任をいただきたいというふうに考えております。そちらを基本に、その後、モデル事業に参加いただいている病院の方ですとかにも加わっていただきながら、検討部会を立ち上げたいと考えております。

そして、もう1点が資料右側でございます。小児等在宅医療検討部会、先ほど27年度の実組のところでも少し説明させていただきましたが、国のモデル事業に手挙げをして取り組んだ2年間の実施状況、こうしたものを踏まえまして、今後、東京都として、またそれぞれ関係団体と連携してどういうふうな取組をどう進めていくのか、どういう体系のもとで事業を展開していくのか、そうしたことについて、具体的な検討を始めたいと考えているものでございます。

その下に任期とございます。27年4月から2年間の任期で考えてございます。委員構成、まだ具体のメンバーというところの選定までは至っておりませんが、さまざまな立場の方に入っていただきまして、いわば膝を突き合わせた議論を進めてまいりたいと考えているところでございます。こちらの検討部会につきましては、来年度は年おおむね4回、そして、28年度にあと2回、合計6回程度検討部会は開催をして、一定の施策展開の方向性を取りまとめたいと考えているところでございます。

なかなか、実はこれ、事務局のほうでも正直に申しますと、最終的なこの小児のこちらの部会につきましては、部会の最後の明確なゴールのイメージというか、取りまとめのイメージまでが、まだ明確なイメージを我々自身も持っていないというのが現在の正直なところでございます。さまざまな関係者の方に集まっていただきまして、皆様の知恵をかりて、施策、どういう展開をしていけばいいのかというのをまとめをつくり上げていきたいと考えているものでございます。

今回、本日のこの在宅療養推進会議のもとに、二つの部会、退院支援検討部会並びに小児等在宅医療検討部会、二つの部会の設置をご了承いただきたいと思っております。

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。

今、ただいま説明がありましたが、皆様の、まずご意見は何かありますでしょうか。どうぞ。

○千葉委員 すみません。高齢部門の者なので、意見というか、質問でございます。小児等の「等」のところ、これはどのくらいの幅ということなのでございましょうか。

それから、もう一つ、私はたまたまNICUにちょっとお見舞いに行く機会がございまして、なかなか帰れない子供たちがNICUにいるということで、ぜひ在宅に戻してあげたいなという、そんな感想を持っております。

以上です。

○新倉課長 こちらの小児等在宅医療ということで、実は国のモデル事業をやるときにもこの小児等ということで、例えば、重症心身障害児の方々、この方のキャリーオーバーも含めて対象事業としては考えていこうという意味での「等」が入っているものでござ

います。そのあたりは、実は我々もこの検討部会、来年もご了承いただければ立ち上げて検討していくときに、どこまでが果たしてできるものなのかというところも含めて議論をしていきたいと考えているところでございます。

○清水委員 まさに私も今、小児等の「等」のところがかかかっていまして、というのは私、内保連というところに今、病院でおりまして、在宅医療検討委員会の委員長をやっております。そうすると、いわゆる在宅関係、病院から在宅に移行する関係の話がたくさん出てまいりまして、高齢者はやはり厚くいろいろな施策があって、特に生活の部分はケアマネを含めて、1人決まればその生活の部分も含めて割合うまくいくんですが、私、この小児等の「等」の読みかえは、40歳未満というふうに私は読み変えました。この「等」に関しては。

というのは、やはり40歳以上だとすれば、介護保険で特定疾病がございますので介護保険が使えます。ですから保険を払いながら給付も受けるということが出来るわけで、生活の部分もサポートできます。ところが小児の場合は、いわゆる生活をサポートする小児の介護保険はありません。特定の疾患でしたらそれぞれサポートはあるんですが、その辺のちょうど制度的な合間で大変なところをどうもこれは補っていくところかなというふうに前向きにはちょっと考えたんですが、その辺のところですね、すっきり40歳未満というところで「等」を評価してよろしいのでしょうか。

○新倉課長 このあたりは委員ご指摘のとおりだと思います。我々も今、この在宅療養推進会議でこれまで在宅の取組を検討してきたところでは、さまざまモデル事業をやりながら、まずは高齢者というところをターゲットに施策展開を考えていこうということで進めたわけでございます。委員ご指摘のとおり、その介護保険の対象になるならないというところ、最も大きな一つのラインがありますので、そうした理解のもとで我々も進めていきたいというふうに考えております。

○清水委員 ありがとうございます。

○山本委員 清水委員のご意見は、まさしくそのとおりということです。

18歳までは特別支援学校に行っているいろいろなケアが受けられますけども、その出た後、18歳以降が通う場所が非常に今、限定的になっていて、障害の施策で生活介護の事業所がありますけども、ここも医療的ケアが薄いということがあって、通う場所が少ない状況です。医療的ケアが必要な方が通所できるデイサービスのようところが少なく、非常に限定されています。市町村単位で今医療的ケアが必要な方が通所できる場所をつくろうということがありますが、これは予算が限定的ということがありますので、通う場所も含めて、場をつくっていかないと非常に難しい状況にあって、ご家族も大変な状況ということなんです。

あと、40歳以上の方でも介護保険の特定疾病に当てはまらないという方という方もいらっしゃると思いますので、やはり障害がある方の在宅療養をどう考えていくか、あと通う先もどう考えるか。これ非常に大きなテーマになってくると思います。

○新田会長 国の施策としては小児「等」入っていましたかね。

○新倉課長 入っています。

○新田会長 じゃあ、よかったです。国からのものがあると、予算の問題もあるので、入っていないと小児だけに限定しちゃうということなので、わかりました。

どうぞ。

○渡邊委員 すみません。正式な名前はちょっと今覚えていないんですけども、周産期の会議のほうでの退院部会がございますよね。それとこの、片方はどうやって退院させるかというところにフォーカスが当たっていて、そちらは退院後というところで、そういう役割分担なのか。あとは、そういう意味ではかなり似たテーマになるので、そちらをどのように整合性をつけていくのかというあたりはいかがなんでしょうか。

○新倉課長 今、委員ご指摘いただいたとおり、特にNICUからの、NICU入院児の退院支援というの我々、医療政策部で取り組んでいるところでございます。従来はやはり周産期センターを中心に、NICUからのというところの観点で取組を進めてまいりました。これについても一定程度、取組が進んでいるところでございますが、今回さらにその先も含めて、小児の在宅医療を支える地域の体制整備、こうしたところにも踏み込んでやっていくということでの、役割分担ではないんですが、そうした形で検討を進めてまいりたいと考えております。

もちろん、今まで周産期センター中心に進めてきた取組がございますので、実はこの国のモデル事業2カ年、この小児等在宅医療連携拠点事業、東京都は手挙げして実施をしましたが、そのときにやはり一緒に協力していただいているのは周産期センターに協力をいただいて、従来から東京都はNICUからの退院支援という取組を、モデル事業を含めて始めておりましたので、まず、その延長線上の中からこの小児の在宅医療連携拠点事業を取り組んだところでございます。来年度以降はさらに周産期センターから、また地域のほうの体制整備の検討も始めていきたいというふうに考えているところでございます。

○渡邊委員 すみません、そうしますと二つのそういう会議体が並行して来年度は動くという、そういうものなんでしょうか。

○新倉課長 NICUの退院支援の部会等については今年度で終了、まとめがなされる予定となっております。

○新田会長 地域でなかなか小児在宅が結構できているんですけど、もう一步広がり、きちっとつくらなければいけないという、もちろん問題があって、私、ここの協議会にこういうのが出てきたというのはとてもすばらしいことだなと思っています。それで、その意味で「等」という話も含めて。もう一回定義してしっかり議論していければというふうに思いますが、いかがでしょうか。

何かご意見はありますでしょうか。どうぞ。

○渡邊委員 私、小児がんの協議会というのを都の委員会に出させてもらっているんです

けれども、そこではいろんなハンドブックとか事例集を今度つくるんですが、小児がんに限っているんですね。ですからこういう小児等の在宅医療、ぜひとも東京都医師会、入れていただいて――関係団体の中にですね、ぜひ委員としていただきたいと思います。

それと、退院支援検討部会もマニュアルづくりのときに東京都医師会が入っていなかったのも、今度は支援に関してはやはり入れていただいて、そういう全体的なところからお互いに意見を通すという、一つの病院とかそこらだけじゃなく、そういう要望をしたいと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

そのほか、ご意見はありますか。

もしよければ、この当協議会で部会の設置等のご承認をお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。なお、また先ほど今ありました部会の委員の氏名等は事務局と会長の一任ということでやらせていただきたいと思いますが、その点についてもご承認を得たいと思うんですが、よろしいでしょうか。

(「はい」の声あり)

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、予定の時間があと25分あります。25分はそれぞれ、きょう、非常にこれ、たくさん資料がありましたので、今までちょっと淡々と過ごしてきましたが、それぞれせつかく出席していただきました各団体、そして、委員の皆さん、ぜひご意見をお願いしたいと思います。

まず、退院支援等々ですね。とてもまず重要だと思いますが、芝委員、病院の立場から、突然の指名でございますが、とうとうこういった事業がこれから大きく変わろうとしているんですが、何かご意見はありますか。

○芝委員 退院支援というふうに我々がすぐに想起するのが急性期医療病院であるということから言うと、もともと在宅をやっていなかった方をお帰しする場合と、それから、在宅療養中の後方病院としての急性期医療病院に入ってこられる方の対応と、二手に分かれます。

それで、今、少しずつ概念として長期急性期病棟というふう話も出始めているんですが、急性期からいきなり、それが仮に在宅ではなくて地域の病院のほうに移行するのにも、移行し切れない。そういう方が結果的に基幹病院にたまってしまった状態で、機能が果たせなくなるような状況や、いざというときには地域の中で後方病院としてどこもだめで、やはりといったときのそこの仕組みづくりのところ、ようやく今、そういう議論が始まったばかりですね。それが今のご質問いただきました退院に係る話題だと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

もちろん、退院の前に、例えば、在宅患者が、本当に3カ月ぐらい寝たきりの患者が突然救命救急へ運ばれる、基幹病院へ運ばれる、そして、その後どこも行き場所がない。

こういうのが頻発しているわけですね。退院という同時にやっぱり急性期の問題も考えなきゃ。急性期って一般高齢者だけじゃない在宅の患者の急性期って何なのという、そんなところも含めて考えないとなかなか難しい話ですね。だからこの退院の云々のときに1対1とした考え方をするようなことだろうなというふうに言われたと思うんですが、どうでしょうか。

○芝委員 そうですね。実際のところは医療者がこういうふうはどうしていききたいという話よりも先に、ご家族の意向とか患者さん自身が意思表示できないこともよくあるので、そういうときに患者自身がどういうACP、アドバンスケアプランニングをされているとか、その辺のところもそろそろ、もうこれから何回もするかもしれないその方の1回目の入院ぐらいからそういうことを話す、あるいは医療従事者や介護の関係者の中でもこれを取り扱っていくということをしていかないと、もう間に合わなくなるんじゃないかなと、こういうふうに思います。

○新田会長 本日は家族の会から宮崎さんに出ていただいているんですが、何かご意見はございますか。

○宮崎委員 やはりこの退院支援ですとか地域包括ケアの流れというのを、このような形でつくっていただけたことは本当にありがたいですし、また大変なご苦労があったとは思いますが、市民にとっては恐らくできていて当たり前なことだと思うんですね。医療・介護以外の社会生活の中では、こういったシームレスなサービスというのを受けて暮らしをしてきていますし、やはりこの在宅でのゴールは看取りなのかなというふうに感じています。なので、今、お話にもありましたように、看取りの部分というところを抜きに療養設計というものを考えていったとしても、どこかしらにエラーが起きてしまうのかな。

とはいえ、家で看取られたい方も、家は嫌だという方も、自宅で亡くなっていく時代が来るというのがこれからの東京なのかなというふうに認識をしております。きょうの話の中でも地域の実情に合わせてというような切り口が言われていたんですが、東京の特性というのは本当に多様性を含んだ都市だと思っておりまして、医療の世界、介護の世界では顔の見える関係ということを言われているんですが、一方で、都民自身のニーズの中には顔の见えない関係のままにいたいというような都民もいる。特にこの団塊の世代の方々が高齢者になっていくと、そういったニーズというのも非常に強くなって、それが象徴的にあらわれるのが看取りの場面ではないかなというふうにも感じております。

それが病院の場に持ち込まれるのか、在宅の場で解決をしていくのかといったときに、やはり必ず解決はしていかないといけないと思うんですが、その際にやはりご家族のグリーフケアという観点と、また同時にケアスタッフのグリーフケアということも一緒にあわせて考えていただきたいなというふうに思っています。一度嫌な思いをしたら二度と介護には触れたくないというふうに恐らく思うので、看取りの場面で幸せな

体験をするかしないかということは、非常に離職率とも絡んで大きなことではないかなと思いますし、逆に幸せな看取り体験をしたご家族であれば、その後、ケアワーカーになるとかという形で、介護人材としての経験者として社会に参画していただくということも見込めるのではないかなというふうに感じています。

ですので、私自身は幸い幸福な看取りを経験させていただいた立場ですので、この問題については非常にこの先全力で向き合っていきたいなというふうに思っていますが、やはりこの多様な価値観が集まる東京であるというところ、それがこの第6期の東京都高齢者福祉保健計画の中に余りその看取りというところ、そこに各個人の価値観をどういうふうに尊重しながら、また共有していくかというところも含めて入ってくるのかなというふうには個人的には感じました。

資料8の5ページ目のところにICTを使った情報共有のネットワークの話題が出ているんですけども、やはりこういったところも、今までの先生方のお話でも東京というのは境界線がここと決まっているわけではないので、自治体の枠を超えて都民は生活をしているということも考えますと、このICTというのは本来、地域性というか、場という概念が全く覆されているものだと思いますので、こういったものが入ってくるのはいいんですけども、何か使い勝手が悪い結果になりはしないかなというようなことを危惧いたしました。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

なお、ICT等の問題については、先ほど1カ所ありましたが、多職種研修も含めてと、顔の見える関係を築いた上でICTという、そんなことが恐らく含まれていたと思いますので、ご了解できればと思います。

先ほど退院問題で、田中委員のところでは、もっとそういった事業をたしかやりましたよね、病院で。

○田中（い）委員 以前にやりました、在宅の……。

○新田会長 現在もちよっと恐らく……。

○田中（い）委員 いえ、もうそれは終了していますね。

○新田会長 もちろん、モデル事業はなくなっていますから、悩みがあると思うんですが、この新しい事業を含めて、何か。

○田中（い）委員 退院支援を第一線のところでしているソーシャルワーカーからちょっと申し上げますと、まだまだ東京都内には私どものような中小の病院がたくさんありまして、退院調整看護師の配置がないところがたくさんあるんですけども、そういう病院でソーシャルワーカーが孤軍奮闘してやっているというところに、医療の必要性がありながらも退院するけれども、ちょっと医療の知識がまだまだない、経験が浅いソーシャルワーカーが一生懸命頑張っているという実情があるので、ぜひ来年からの部会では、その辺を少し拾っていただけたらなという気はしました。

あと、ちょっと退院支援に関係なく、多職種連携についてなんですけども、介護保険が始まってもう15年たちますけれども、割とケアマネさんの声を私は聞く立場にあるんですが、まだまだやはり先生方、お医者さんがケアマネさんと積極的にかかわらないとか、まだ「ケアマネが電話で要件を言うてくる」みたいなことをおっしゃる先生もいるみたいなので、もうちょっと多職種連携も、本当にざっくばらんにやれたらいいのかなというふうに思っています。

以上です。

○新田会長 いまだまだそのような意見がまだ出るという話でございまして、じゃあ、それはこちらよりも秋山委員に振りましょう。そういう感じでしょうか。医師も含め、まあ、それも含めて、またご意見をお願いします。

○秋山委員 余りそこは触れず、別の件でもよろしいですか。

○新田会長 結構です。

○秋山委員 先ほど宮崎委員がおっしゃった看取りの問題も、資料9の第6期の計画の、今後の地域包括ケアシステムの構築を目指す6項目の中に、この看取りの問題は何かしらの形で入れておかないとと考えます。ちょっとどこに入れたらいいのかと思いつつこれを眺めていました。というのが1点です。

それと、訪問看護、かなり力を入れてくださっていて、本当にありがたい話なんですけれども、小規模多機能の看護版の、現在の名称は複合型ですが、その複合型サービスの人たちから聞きますと、退院直後の医療依存の高い方、この移行期に複合型は機能しているという、それをちょっと聞いていまして、つまり介護保険の範疇ではあるんだけど、かなり医療的な側面を持った機能を持つ機関であるというあたりで、東京都内でなかなかまだ数がふえていない状況というのは、やはり土地、建物というのがとても難しく、伸びないと。それを東京都としては医療政策を含めたこの辺の本当に医療と介護の一体的な提供の最たるものだと思いますので、その辺についてはどのように取り組んでいこうとされているのかというあたりもちょっと聞かせていただければなと思いました。

○新田会長 2点でございませうね。昨年東京都の、初めて看取りというシンポジウムをやって、東京都が主催する中で看取りという問題はできるかということでやって、幸いよかったわけですが、その点、横手課長の中に説明がありましたよね。そこにです、という話が、大変な大きな問題でございませうが、いかがでしょうか。ここでなかなか答えづらいと思ひますが。

○横手課長 今回の介護報酬改正の中では、看取り加算の部分がかなり重点的に出てきていて、国のほうは結構、重度の人の報酬は高く引き上げていこうという動きがあります。なので、我々の計画の中にも具体的に反映できればいいなというふうに思ひますが、ただ、ちょっと具体的なメニューが今の時点ではないというところで、もし盛り込むとすると、やっぱり在宅療養の推進の項目でちょっと頑張つていただくということになる

かと思えます。

○新田会長 私もそう思いますね。恐らく在宅療養の中の最終の中に看取りという問題が、恐らくそれは大きな課題でございますので、どうするかでございますね。

○新倉課長 先ほど、今、新田会長からも一回お話があったように、在宅看取り、看取りについてというところでは、実は本当に行政としてこれまでなかなか実は手が出せなかったような部分でございます。もちろん、これ、どこで最後看取るのがいいか、確実なこれがいいというものではないんです。さまざまな考えを持っている方々いらっしゃいますので、その自分が望む最後をきちっとできるような体制をつくっていくというところが多分行政として進めていく方向で。

ただ、今の現状を見ますと、やはり8割近くが病院で亡くなるという状況の中で、我々、今年度、先ほど報告させていただきました在宅療養のシンポジウムで、まず在宅看取りについて考えようということで、そういったテーマで、考えるきっかけということで初めて、こちらは実は都民の方も対象に広く開催させていただいた次第でございます。こうしたシンポジウムをまず初めてやって、そこで出たいろいろな意見、聞いたお話、またアンケートの結果、そうしたことを含めて、まず在宅看取りについて正しく理解をして、その上でどういうふうなそれぞれ個人個人が選択をしていくのかというところをまた考え始めてもらうというようなことを、ちょっとここは実は丁寧にこの看取りの問題については議論をして進めてまいりたいと考えております。

また在宅のこちらの会議の中でも、きょうこの意見交換の中でも意見が出たのは大変私もありがたく思っております。実はそうした看取りについても意見交換というところも、ぜひまた来年度以降、この場で実はいろいろ意見を聞きながら、今後、どういうふうになっていったらいいのかというのを考えていきたいと思っております。ただ、ちょっと今の、今回の今期の高齢者保健福祉計画のところちょっと具体的に書き込むことはちょっと、正直言いまして今の段階では厳しいところではありますが、ただ、課題認識としてはもちろん持っております、その一歩として、今年度初めてこうしたシンポジウムを一般公開のもとやったところでございますので、少しずつ丁寧に進めてまいりたいというふうに考えております。

○新田会長 ありがとうございます。

順番で行くと時間がなくなっちゃうんですが、どうぞ、ご意見がありましたら。どうぞ。

○千葉委員 先ほどのご家族の意向をキャッチするというところでは、私どもケアマネジャーが役割を担うかなというところはございます。今、私どもの教育の中で、あるいは養成研修等の中で、ご本人の意向、ご家族の意向、そして、各専門職から意見を求めるというところをアセスメントの中できちんとやるということを今推進しているところでございます。意外ときちんと向き合っていない、これはご家族ももっと聞いてくださいというのがご要望としてあると思っておりますが、そののところをもう一度、自己点検

をしながらケアマネジャーがケアプランにつなぐ前の段階で意向をお聞きし、そして、揺れ動く気持ちにも寄り添うというところの今養成をしているところでございます。

それから、私は特養の施設長でございますので、看取りという場面は数多く体験させていただいておりますけれども、先ほど宮崎さんがおっしゃったように、いい形でお看取りができると、やはりご家族の方は戻ってきてくださいます。介護人材ということでも期待できるのかなというのは私も実感として持っております。

それから、これから施設で働いていた職員がケアマネジャーになる率が少しずつふえてきておりまして、むしろ在宅のケアマネジャーよりも看取りの経験をしているというところがございます。やはり一回も経験をしていない人が居宅で看取りのプランを立てるといのはなかなか難しいんですが、そういうところでは少しずつ広がっていくのかなというところも感じているところでございます。

今、看取りに特化して申し上げました。

○新田会長 工藤委員、きょう、何も意見がないんですけど。

○工藤委員 先ほどモデル事業がどんなふう広がっていくのかというようなことが議論されたんですけども、もっと言うと家族とか、今、ご本人のこと、話題になりましたけれども、都民がどんなふうにご利用していくのかというのが非常に大事なのかなというふうに感じました。

あと、最後の小児等在宅医療検討部会でちょっと、まず、小児等、最初は私も渡辺委員が指摘されたように、医療ニーズの高い重度の方の退院についてというところをイメージしたんですが、その後の学齢期からその後のことまで考えると非常に幅が広いのと、そもそもこの最初この会議自体も在宅療養支援、「医療」ではなくて「療養」と変えたんですが、小児は医療でいいのかなと、ちょっと小児等の「等」もあるし、「医療」のところもちょっとひっかかり、これは壮大な部会だなと相当思ったので、これからということなので、またちょっと今後ご検討いただければと思います。

○新田会長 もちろん、療養の中にはケアとか、その意味で医療も介護も入っているわけでございますから、総合的な検討という話になります。大変でございますが。

リハビリで予防からいらっしゃっておりますが、どうですか、予防という重要な視点がこの中にも入っておりますけれども、なかなか予防のテーマってなかなか大変だということ、退院後だってリハビリがないと在宅復帰ってなかなか難しい点がありますよね。何かご意見がありましたら。

○木野田委員 リハ職の立場から言わせてもらおうと、予防ということに関してですが、例えば、東京都の理学療法士協会では、介護予防推進リーダー、これはもう全国的に行っている事業ですけども、その制度を人材育成ということとしてしております。

あと、もう一つ、地域包括推進リーダーというような人材育成の制度もしております、このような研修がもう開始されていますので、そういう人材が地域に、これはもう区市町村に派遣するというのを前提に人材育成をしております。また、日本リハビリ

テーション病院・施設協会のほうと理学療法士協会、作業療法士協会、言語聴覚士協会と合同で、そのような、これもまた区市町村に派遣する人材を育成するというような研修会、事業をしております。そのようなリーダーたちが今後ふえてきますので、どうかそのようなリハ職を使っていたきたいなというのが一つございます。

もう一つは、その介護予防の一方で、重度な方の、身障者といえますか、の方をどうするかというのはまた半面で問題でございまして、その一つの制度として、療養通所介護のような、あるいはそれに準ずるような制度を充実していただいて、そこにも必要に応じてリハ職を宛てがっていただくというようなことを少しご検討いただけると、ありがたいなというふうに考えております。

○新田会長 もちろん今回の改正というのは在宅で見る要介護4、5をどうするかという重要なテーマでございますから、ただ、それにリハ職が全部、もちろん入らなきゃいけないわけですけどね。なかなか大変なことですよ。

もう一つは、今の話、市町村のスタッフ、皆さん余り知らなくて、地域介護事業計画第7期、6期でしたっけ、つくっていると思うんですが、どうでしょうか、そのあたりは。一番市町村にとって介護予防って大変ですよ。参加という、今度は総合支援事業では参加の問題なので、専門職云々よりももっと地域のNPOとかそういう話になっているという。何かご意見はありますでしょうか。

○関委員 私は高齢の部分なので、今、まさに言われたのが大きな課題です。資源の開発というのをどういうふうにしていくかというところで、なかなか行政だとその部分が薄い部分がありますので、社会福祉協議会がボランティアとか地域資源の発掘等をしておりますので、そちらのほうに生活支援コーディネーター、新しくできる部分ですが、1人配置をしまして、地域のそういう資源の開発、それから、育成、連携、そういうもので介護予防のほうを支えていこうということで、今、来年度からやっていく。それから、徐々にやっていって移行していくというふうに考えているところです。

○新田会長 ついでに、逆に質問しますけど、市町村にとって、要介護5も含め、看取りまで含めての在宅療養をどう捉えるのかという。

○関委員 その部分も非常に大きいところです。なかなか福祉部間ですと、この医療という部分の敷居が高いというところがあります。顔の見える関係づくりということで、医師会ともお話を徐々に進めているところですが、私は日野市というところにいます。人口が約18万というところなんですけど、医師会にしてもなかなか会員の問題やまた加入者の少なさというか、構成されているメンバーがメンバーなので、なかなか医師会自体のこの運営力というか、そういうところが非常に課題になっているなというふうに思っています。

この中で、平成30年までに行う在宅医療・介護の連携支援センター、それから、24時間365日、ここの部分については、医療の、医師会に担っていただかないと難しいというところです。そのところをどういうふうにも行政と医師会が連携してでき

るかというのが大きな課題で、この30年度というのが非常に大きな壁になっているところでは。

○新田会長 ありがとうございます。

まさにそのとおりだと思います。東京都医師会においても、各区市町村医師会にどう伝えるか、どう実行していただくかというのは大きな課題だと思うんですが、どうぞ、平川委員。

○平川委員 今のところ、地区医師会において若干のばらつきがございますけども、先ほども言いましたけど、意識的には皆さん、特に地区医師会自体は、自分たちがやらなければこの地域包括の特に医療部分については、在宅療養も含めて、成り立たないことはよくわかっていると思いますので、東京都から先ほども何度も出ましたけども、さまざまな事業をやっていただくことによって、それに取り組むことによって、その形に静かに進んでいくといいますか、そういうことになってきますので、今後も東京都医師会としても支援をしていこうと思っております。

○高松委員 薬剤師会なんですけど、実はこの在宅医療・介護連携推進事業に薬剤師会のほうも既に基金事業、拠点事業はありまして、無菌調整の手技の実地研修だとか、在宅服薬支援事業を始めたところなんです。

薬剤師会の薬剤師に対しての職能を在宅の場でちゃんと生かすような指導はしていくんですが、今回、この資料4の在宅の医療・介護連携推進事業に関しましては、地区ごとにやっぱり多職種のチームをつくって行って、そこでリーダーとなる人たちがしっかりと指導していかないと物事は進んでいかないのではないかと、すごく気がしております。そういう意味では、今、多職種の連携がうまくいっているところはこういう事業にも取り組みやすいんだと思うんですが、なかなか私も東京をいろいろ見てみますと、それが薬剤師会でも医師会と共催とか、なかなかうまくいっていないところもあつたりします。だからそういう意味で、ある程度やっぱり顔の見える連携を地区でとってもらおうということ。

それで、先日、行いました東京都医師会のリーダー研修かな、私のほうも参加させていただきましたが、あれだけのさまざまな地区から出ていた多職種がかなり盛り上がりましたよね。ああいう形で、地区からチームみたいな形で来た人に今のリーダー研修をしっかりとやってもらって、チームづくりの基礎をそこでやって、その人たちに中心になってやっぱりやってもらうというのは、一番うまくいくんじゃないかという気がしましたので、ちょっとその感想だけ述べさせていただきます。

○新田会長 ありがとうございます。

あの子の、先ほど十何地区で行われているのは、例えば、都内だと、先々週ですか、渋谷区医師会が主催で行って、まさに多職種がやっている。あるいは大田区、北区、多摩でも北多摩医師会等で9市ですか、9市が全部集まるとか、その同じ研修をやっております。やっぱりやっているととても成功しつつあります。やはり全部広げる

というのを東京都医師会においても、ぜひ次の次年度事業も入っておりますので、これはやっていただけるだろうなというふうに思っておりますが、よろしいでしょうか。

○高松委員 私もそれを思ったのは、区内だけでやるとそこで終わっちゃうんですが、ボードレスで隣の方々の顔まで、顔の見える連携が少しできるんですよね。そうすると、また区の境を越えていろんな相談もできるという、素晴らしい会でした。

○新田会長 ありがとうございます、貴重な意見を。

二次医療圏でどうするかというのは大きな課題なんですよ。例えば、東京都以外のところでは保健所を中心としたこういうシステムづくりをやっているわけですよ。東京は、保健所というのは、多摩地区は二次ですけど、23区は区と一帯ですので、このところは難しい話で、これもやっぱり考える必要があると思う。ありがとうございます。

高野委員、何か追加でありますでしょうか。

○高野委員 前に医師会のほうの在宅療養の地域リーダー研修を受けて、聞くと歯科医師会のほうも、地区の医師会のほうをやっているところにお声がかかったとかがあって、そこでどのようにかかわっていくかということを決めて今後は課題かなと思っていますので、私どものところは、やっぱり在宅にかかわる、歯科医はほとんどがまだ個人的な関係のあるところしか行かないのが多くて、確かに地域で歯科医師会が関与してそうしてやっているとところはあるんですが、それよりやっぱり個人的じゃないところに対する要請に対してどう対応していくかというのが、今後の意識改革も含めてやっていかなきゃいけないかなと思います。

すみません。風邪を引いているもので、聞きづらくてすみません。

○新田会長 ありがとうございます。

ぜひここで言っておきたいことはありますでしょうか。時間が5分過ぎましたが、遠慮なくお願いします。どうぞ。

○渡辺委員 もう時間が過ぎて大変申し訳ないんですけども、先ほど田中委員のほうから「ケアマネが」というようなお話があったということで、これは公開される会議ですから、そんな医者がまだいるのかということになると、大変私としては、もう非常に特殊ケースだと思います。この東京都医師会としては、多職種連携会を医療部会と介護部会等に分けてやるんですね。今月、来月とやるんですが、医療は歯科、薬科、PT、OTとか10団体、介護部会も10団体なんですよ。そこで両方に出ていただくのがケアマネ協議会と東京都医師会だけなんです。ですから、医師会としてはケアマネさんはもうキーパーソンだと考えている、非常に地域包括ケアにおいて、もうかなめだと考えているということで、余り特殊ケースに惑わされないように要望しておきます。

○田中委員 ありがとうございます。

○新田会長 よろしいでしょうか。

何かご意見はありますでしょうか。どうぞ。

○山本委員 芝委員がおっしゃられたことはとても重要で、入院の最初の段階からアドバンスケアプランニングが必要という、だからご本人やご家族の意思決定の支援で、これはもしかしたら入院前の、先ほど会長がおっしゃられた地域の参加のレベルから、どういう医療とか介護を受けていきたいのか、あるいは最後、看取りとか、亡くなり方をしたいのか、どこで亡くなりたいか、何を残していきたいのか、葬儀に誰を呼ぶのかということも含めて、そういうことを学ぶ機会を地域でつくっていく。それは予防のことも含めて。それが実を言うと在宅療養を支えていく基盤になっていくので、それが非常に重要になってくると思います。

○平川委員 そうだと思います。それがなければ次に進まないということで、例えば、今回の介護報酬改定の中でも、入所前後は訪問指導加算というのがありますけども、あれは通常は入所されて、その後どういうことを目標にケアプランをつくってそして退所に持っていくかというのが入所前後の訪問指導料なんですけども、今回、これに看取りとかも入ったんですね。つまり、亡くなって退所するというのも踏まえた上でプランを考えるようにということで、これで一步進んだなと思うんですけども、それをしてでも、今言ったような、山本委員が言ったように、ベースがなければ判断もつかないということであって、これはすごい国全体もそういう方向に動いているのかなと。看取りなくして先に進まないということはわかってきたかなと思っています。

追加で、すみません。

○新田会長 ほかはよろしいでしょうか。

清水委員、よろしいでしょうか。

○清水委員 はい、たくさんお話ししました。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、皆様、本当にありがとうございました。本日の会議は終了しまして、事務局にマイクを渡します。ありがとうございます。

○新倉課長 本日は夜遅い時間の開催にもかかわらず、活発なご意見、ご議論をいただきましてありがとうございます。次回は来年度、27年度でございます。まだちょっと開催時期は決まっておきませんので、改めて事務局から連絡させていただきたいと思えます。どうぞ、引き続きよろしく願いいたします。

なお、本日の資料、結構重たいものもございます。机上にそのまま残しておいていただければ、事務局のほうから後日郵送させていただきます。

最後に、本日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26年度第1回の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 9時10分 閉会)