

平成30年度  
東京都在宅療養推進会議  
会議録

平成31年3月26日  
東京都福祉保健局

(午後 4時00分 開会)

○久村課長 恐れ入ります。定刻となりました。まだお見えでない先生もいらっしゃるんですが、ただいまから平成30年度の東京都在宅療養推進会議を開催させていただきます。

委員の皆様方にはご多忙のところ、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地域医療担当の久村でございます。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしく願いいたします。では、着座にてご説明させていただきます。

まず初めに、本日の会議資料でございますが、お手元の次第の下段に配布資料ということで記載してございますが、資料は1から9まで、それから参考資料1と2がございます。それから、ピンクの袋の中に訪問看護の関係、訪問看護フェスティバル関係のグッズ等をお入れしておりますので、参考にいただければと思います。資料につきましては、落丁、不足等ございましたら、議事の都度で結構でございますので、事務局までお申しつけいただければと思います。

続きまして、本会議の公開についてでございますが、本会議の会議録、会議に関する資料については公開となりますので、よろしく願いいたします。

本日でございますが、第5期になりまして初めての推進会議でございます。委員の皆様には委員就任をご快諾いただきまして、まことにありがとうございます。お礼を申し上げます。

まず、今回新しくご就任いただきました委員の方をご紹介します。

専門職のところ、地域包括支援センターの立場から、国立市健康福祉部地域包括ケア推進担当課長で国立市の地域包括支援センター長を務めていらっしゃいます葛原委員をお願いしております。

○葛原委員 すみません。国立市の地域包括ケア推進担当課長をしております葛原と申します。国立市は地域包括支援センターが直営1カ所ということで、今回は包括支援センターの立場で出席させていただきますので、どうぞよろしく願いいたします。

○久村課長 ありがとうございます。

それから、第4期から引き続き委員をお願いしておりますが、今回は、この会議に初めてのご出席となる委員の方をご紹介します。

江戸川区健康部健康推進課長の塚田委員でございます。

○塚田委員 江戸川区健康部健康推進課長の塚田と申します。どうぞよろしく願いいたします。

○久村課長 東大和市福祉部健康課長、志村委員でございます。

○志村委員 志村でございます。よろしく願いいたします。

○久村課長 日の出町いきいき健康課長、佐伯委員でございます。

○佐伯委員 日の出町の佐伯でございます。よろしくお願いいたします。

○久村課長 どうもありがとうございます。

ほかの委員の皆様につきましては、時間の関係もございますので、委員名簿をもってご紹介にかえさせていただくということで、ご了承いただければというふうに思います。

続きまして、本日の会議の出席状況でございますが、本日、呉屋委員、渡辺委員、矢野委員、伊藤委員、田原委員からは所用のためご欠席とのご連絡をいただいております。それから秋山委員、芝委員、阿部委員、西田委員については少し到着がおくれていらっしゃるようでございます。

それから、本会議の座長でございますが、第4期から引き続いて新田先生のほうにお願いしております。また、副座長は、本日ご欠席でございますが呉屋先生、呉屋委員のほうにお願いしているところでございますので、ご了解いただければと思います。

それから本日、傍聴希望者の方がいらっしゃいますので、あわせてご了承いただければと思います。

それでは続きまして、本日の進め方について、ご説明させていただきます。次第のほうをごらんいただきながらと思いますが。

まず、議事といたしまして、平成31年度の在宅療養推進に向けました東京都の取り組みについて、ご説明させていただきます。その後、30年度の地域医療構想調整会議在宅療養ワーキングにつきまして、開催結果でございますとかワーキングの内容について、ご説明させていただきます。最後、来年度の取り組みのうち、新規事業でございます多職種連携ポータルサイト、こちらは後ほど詳しく議事の中でご説明させていただきますが、お話しさせていただきます。こちらの3件をまずまとめてご説明させていただいた上で、まず初めに、これから具体的に検討を進めてまいることになります多職種連携ポータルサイトにつきまして、ご意見を集中的にいただければと思っております。その後は、その他、全体につきまして、東京都の在宅療養の今後の推進に向けた取り組みの充実に向けてということで、ご意見等をいただければというふうに思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、以降の進行につきまして、新田会長にお願いいたします。新田会長、よろしくお願いいたします。

○新田会長 新田でございます。4時からの開催にもかかわらず、皆さん、お疲れさまでございます。

それでは早速でございますが、議事に入りたいと思います。お手元の次第に従いまして進めてまいります。一つ目は、平成31年度在宅療養推進に向けた東京都の取り組みについてでございます。

では、事務局から説明をよろしくお願いいたします。

○中島課長代理 東京都福祉保健局医療政策部の中島と申します。それでは私のほうから、

平成31年度在宅療養の推進に向けた東京都の取り組みについて、医療政策部所管の事業について、まず、ご説明させていただきます。よろしくお願いいたします。

まず、お手元の資料3をお開きいただけますでしょうか。

来年度は、今年度から引き続き事業を継続させていただきますものと、それから三つの新規の取り組みがございます。まずは資料に沿って、取り組みの全体のお話からさせていただきますと思います。

皆様ご存じのとおり、在宅療養の推進に関しましては、区市町村さんのほうで実施主体となって取り組みを進めていただいております。具体的には地域支援事業に位置づけられている在宅医療・介護連携推進事業のアからクについて、地域において取り組んでいただいているところでございます。

東京都はこうした区市町村の取り組みを支援していくということとともに、広域的な連携の部分であったり、人材育成など、広域的に取り組んだほうが効果的、効率的に取り組めるものについて、東京都のほうでも取り組みを進めているというところでございます。

具体的に大きく三つの柱で在宅療養推進に向けて取り組んでおります。

まず一つ目の柱といたしましては、左上のところなのですが、地域における在宅療養体制の確保でございます。これは区市町村の先駆的な在宅療養に関する取り組みであったりとか、それから先ほど申し上げたアからクの取り組みの中でも、地域支援事業交付金の対象外となる取り組みなどに関して財政支援を行っているというものでございます。

また、下におりていっていただきまして、東京都医師会と連携いたしまして、医療や介護の関係団体が一堂に会する多職種連携連絡会、こちらを開催いたしまして、多職種相互の理解促進、連携の強化にも取り組んでまいります。

次に、右上のほうに移りまして、二つ目の柱、在宅療養生活への円滑な移行の促進でございます。入退院時連携強化事業としまして、今年度より開始してございますが、入退院時における病院と地域の医療・介護関係者との連携の強化、充実のための研修を実施するとともに、入退院支援に取り組む人材の配置を行うための人件費の補助も行っております。医療機関における入退院支援体制の充実を図りまして、在宅療養生活への円滑な移行を推進してまいりたいと考えております。

それから、下に移っていただきまして、三つ目の柱として取り組んでおりますのが在宅療養にかかわる人材の育成・確保でございます。在宅療養研修事業におきまして、こちらも東京都医師会様にご協力していただいているんですけれども、地域において在宅療養推進の中心的な役割を担っていただく在宅療養地域リーダーの方の養成であったりとか、それから病院内で行う地域の医療・介護関係者の方と、それから病院との理解促進の研修や病診連携研修、シンポジウムの開催などを行ってまいります。

また、今年度から開始いたしました在宅医療参入促進事業、こちらにつきましては来

年度も、訪問診療などを実施していない診療所の医師の方を対象に、在宅医療への参入促進を図る研修を行ってまいりたいと考えています。

また、3本柱のほか、重点的に取り組むべき課題として、小児在宅医療の推進に向けた診療所の医師及び看護師の方々向けの小児在宅医療に関する研修の実施。それから、暮らしの場における看取り支援事業としまして、こちらは高齢社会対策部さんとも連携しながら、医師も含めた、医療・介護関係者の方を対象とした研修、看取りに関する理解促進を深めるための研修、こういったものを実施してまいります。

続きまして、新規の取り組みについて、ご説明させていただきます。資料左下の箱の部分、東京都在宅療養推進会議等の開催というところの箱の中に新規と書かれておりますものが、31年度の新しい取り組みとなっております。また、ちょっとその上にもICTを活用した情報共有の充実ということで、東京都多職種連携ポータルサイトの構築<新規>というふうに書かせていただいておりますけれども、ちょっとこのポータルサイトの構築のほうについては後ほど改めて詳細をご説明させていただきますので、ここでは東京都在宅療養推進会議等の開催の部分の新規のところについて、ちょっとご説明させていただきます。

まず、検討部会。地域で安心して医療を受けられる環境づくりについてでございますけれども、皆様もう既にご存じのとおりかと思うんですが、昨年より国において、上手な医療のかかり方を広めるための懇談会が開催されているところでございますけれども、東京都におきましても都民に対して正しい医療のかかり方についての理解を促進させるとともに、患者家族の不安を解消して、誰もが身近な地域で安心して医療を受けることができる取り組みが必要であるというふうに考えております。

そこで、平成31年度から具体的な取り組みを進めてまいりたいと考えておまして、まず取り組みの対象なんですけれども、在宅療養中の高齢者の方だけではなくて、広く一般都民の方を対象として取り扱うことと考えております。特に、現在、医療・介護ともに受けていない方がいらっしゃいますので、そういった方をターゲットとして取り組みを進めていきたいと考えておまして、まずは来年度そういった方々に対して、実態を把握するための意識調査を実施いたします。この調査の結果を踏まえまして、かかりつけ医を持つことや症状に応じた医療機関の受診について、救急医療の適正利用といったことですか、上手な医療のかかり方についての都民の理解促進を図る取り組みについて検討させていただいて、緊急時や体調不良時など、何かあったときの対応方法、相談体制の構築についても、あわせて検討を進めていきたいというふうに考えております。

特に、緊急時や体調不良時の対応方法や相談体制の検討については、対象となる方の多くが高齢の方と想定されますけれども、これまでも在宅療養推進の取り組みの中で、在宅療養中の患者の方の24時間の安心体制の確保の取り組みですとか相談体制の確保など、各、今お集まりの先生方のほうにおかれましても、日ごろ現場において取り

組んでいらっしゃるかと存じます。そうした在宅療養の取り組みのノウハウをぜひご提供いただきまして、こちらのほうも検討を進めていきたいというふうに考えておりまして、具体的には在宅療養推進会議のもとに、この取り組みについて検討する新たな検討部会を設置させていただいて、取り組みを進めていければというふうに考えているところでございます。

また、検討部会のほうは、都民の医療に関する理解促進、都民・医療従事者間の相互理解の促進を図るためということで設置しております医療情報に関する理解促進委員会、こちらとも連携しながら進めてまいりたいと考えております。

続いて下の、きめ細かな需給把握及び将来推計、こちらについてもご説明させていただきます。

こちらは地域の実情に応じた在宅療養の取り組みを各区市町村さんにおいて、今、既に取り組んでいただいているところではございますけれども、さらに一層充実して取り組みを進めていただくためには、よりきめ細かなデータのほうがやはり必要になってまいります。そこで来年度、医療や介護のレセプトデータなどを活用いたしまして、区市町村ごとのきめ細かな需給の把握と将来推計に取り組んでいくというものでございます。

具体的には、まず需要の推計につきましては、都が区市町村ごとの訪問診療を必要とする患者の数ですとか疾患の状態、要介護度などのきめ細かな現状を把握して、それらをもとに区市町村ごとに在宅療養に関する将来需要の推計を行います。次に、供給の推計につきましては、地域の実情に応じて各区市町村さんのほうで推計していただけるように、地域の医療資源などに関するきめ細かな現状把握と、それをもとに行う在宅療養に関する将来供給推計、そちらを行うための推計のモデルを作成いたしまして、各区市町村さんのほうに提供する予定でございます。都において推計した将来の需要と、それから将来供給の推計モデルを活用していただきまして、区市町村さんの在宅療養推進のさらなる取り組みにつなげていっていただきたいというふうに考えております。

なお、具体的にどのように現状を把握するか、どのような方法で推計するか、またどのデータを活用して推計していくかなどについては、こちらの推進会議のワーキンググループのもとに設置する作業部会において検討を進めてまいりたいと考えております。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

もう一つ、高齢社会対策の介護保険課からの説明の後に、皆様のご質問、ご意見を伺いたいと思いますが、介護保険課から説明を、訪問看護事業のことですよね。

○木村課長 高齢部のほうで訪問看護の推進について担当してございまして、資料4のほうで31年度の取り組みについて、ご説明を差し上げます。資料4をご用意ください。

30年度に実施している事業につきましては、全て31年度は継続して実施するということになってございます。今回の説明においては、31年度に新規拡充の事業を中心に説明させていただきたいと思っております。

まず、9番をごらんください。右側の下から二つ目になります。新任訪問看護師就労応援事業でございます。

これまで、新卒者も含めた訪問看護未経験の看護職を雇用した場合に、給与費2カ月、外部研修受講経費3カ月分、これを補助してきましたが、病院からの転職者と比べ、新卒の場合、育成に時間がかかるということと、事業所の負担も大きいということで、来年度は新卒者の補助対象期間を、給与費は6カ月に、外部研修受講経費については8カ月に拡大して実施する予定でございます。あわせて、補助金額、基準額も外部研修受講経費の上限額を5万円から10万円に拡大して実施する予定でございます。このほか、新卒訪問看護師の育成に係る勉強会も実施したいと考えてございます。

次に、新規の事業として、10番目の訪問看護師オンデマンド研修事業について、ごらんください。

こちらにつきましては、休職中や育児・介護中等の訪問看護師を対象に、育児や家族の介護等をしながらでも研修を受講しやすくして、スキルアップを図り、訪問看護師として働き続けられるよう支援するための事業になりまして、eラーニングや託児サービスつき勉強会等を実施する予定でございます。研修内容等の詳細につきましては、これから検討会を立ち上げまして決めていきたいと考えてございます。

簡単ですが、説明は以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

今、二つの在宅療養推進に向けた都の取り組みと、東京都訪問看護推進総合事業の9と10というところの説明がありました。何かご質問、ご意見等がありましたら、この席でよろしくお願ひしたいんですが、よろしいでしょうか。

山本委員。

○山本委員 東京都歯科医師会、山本でございます。

一つ、お願いでございますけれども、きめ細やかな需要把握と将来推計、新規というようところがございますが、我々の歯科需要についても、特に在宅の歯科需要の数がどれぐらいあるのかということの推計が立っておりません。たしか、地域医療構想では2025年で14万3,000人余りが在宅に移行するという推計値だったと思うんですが、そのうちどれぐらい在宅歯科需要があるのかということ、ぜひレセプトデータ等でその辺の需要把握を我々も知りたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

以上です。

○新田会長 わかりました。ご意見を伺っていききたいと思います。それでよろしいでしょうか。ありがとうございます。

ほかに何かご質問等ありますでしょうか。よろしいでしょうか。もしあれだったら最後にということで、またご質問等を承りますので、次に進めたいと思います。

それでは次に、平成30年度地域医療構想調整会議在宅療養ワーキングについてです。それでは事務局、よろしく、説明をお願いいたします。

○事務局 それでは今年度の在宅療養ワーキングの開催結果について、ご報告させていただきます。

私は地域医療対策担当の村井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、資料5-1をごらんください。

開催日等につきましては、左側に記載のとおりでございます。昨年10月から、ここの2月にかけて開催しております。

実施内容につきましては、右側をごらんください。今年度は「病院と地域の連携」をテーマに実施いたしました。また、課題や意見を共有するだけではなく、グループワーク、または全体討議にて解決に向けた具体的な対応案について検討する課題解決型のワーキングと位置づけ、地域における具体的な取り組みにつながるような提案等を行う場としました。

会の構成につきましては、記載のとおりでございます。今年度は病院と地域の連携がテーマということもあり、病院の地域医療連携部門の担当者にご参加いただいております。

意見交換の方法につきましては、区中央部が全体討議形式、それ以外の圏域はグループワーク形式で実施いたしました。

それでは、ワーキングにおいて出されました課題と、課題に対する取り組み案をご紹介します。

資料5-2をごらんください。

課題と課題に対する取り組み案を幾つかのテーマに分けて記載をしております。主な内容について、順にご紹介させていただきます。

まず、情報共有についてでございます。丸の一つ目と二つ目、入院早期から病院側において、在宅療養中の患者の状況などに関する情報を把握しておく必要がある。入院に際して、医療機関側が患者が元いた地域の情報等が把握できないことがあるという、入院の際の情報共有についての課題が出ておりました。この課題については、ICTを活用して病院の医師、あるいは退院支援看護師やMSW等が地域の情報を把握しておく。地域の医療情報と介護情報のコアの部分抽出した必要最低限の情報を一人一人について整えておく。その情報を患者の所持しているお薬手帳に記載し、常に携帯をしておいてもらうという取り組み案が出ておりました。

さらに、丸の四つ目と五つ目、転院時において、病院内での転科した場合等に、かかりつけ医が誰かという情報がきちんと伝わっていない。転院時に在宅へ戻るときに、もとのかかりつけ医とは別のところに戻ってしまうとの課題が出てございましたが、



こちらについては、電子カルテや紹介状等に、かかりつけ医の氏名も記載し、転院時に情報が病院間で共有されるようにする。地域でのかかりつけ医、ケアマネジャーの情報や生活、福祉面の情報を病院側がみんなでも共有できるようなシステムを構築するという取り組み案が出ておりました。

ページをおめくりいただきまして、円滑な在宅への移行についてですが、丸の一つ目、在宅へ移行できるかどうかの判断が困難であるという課題が出ておりました。この課題は、病院側が地域の状況を把握できないためであるということから、取り組み案としては、病院側のスタッフが自宅へ訪問するなどして、実際の患者の状況を把握することが必要ではないかという案が出ておりました。

さらにその下、地域と病院の相互理解についてでございます。こちらは病院の医師について、在宅の知識が不足している。地域側ができることと病院側ができることについて共通認識ができていないとの課題が出ており、地域の在宅医療への認識を深めるための同行研修等の活用や、病院内で地域の医療・介護関係者も含めた研修会の開催等が取り組み案として挙げられました。

次に、ページをめくっていただきまして、地域への後方支援についてでございます。こちらにつきましては、在宅患者の急変時の受け入れについて、丸の一つ目、サブアキュートの受け入れに関して、地域包括ケア病棟をうまく利用できていない。区内の人口が急激に増加しており、在宅患者の急変時に対応できる病院が少なくなっているとの課題があり、地域包括ケア病床を病院の機能にかかわらず地域に開放していき、サブアキュート、レスパイトを含めて受け入れる体制を構築していく。区内だけで考えないで、区をまたいで連携をし、受け入れ体制を整えていくとの取り組み案が挙げられました。

続いて、患者家族への理解促進につきまして、丸の一つ目、市民向けの公開講座等を実施しても、当事者や意識の高い市民だけが参加している。そのため、行政が当事者ではない市民にも在宅療養に関することに興味を持ってもらえるような工夫をする必要があるのではないかと案が出ました。

最後に、ページをめくっていただきまして、その他、在宅医不足等が課題として挙がっており、病院の在宅医へのサポート体制の構築が取り組みとして挙げられておりました。

以上で説明を終わらせていただきます。

○新田会長 ありがとうございます。

30年度の地域医療構想調整会議に出された課題と取り組み案等ですが、ご出席の委員の皆様方、大体こういったような課題は共通課題ですよね。共通課題として皆さん、ご理解されていると思いますが、問題はどこでどのように取り組んでいくかと、具体的に。取り組み案も右に出されておりましたが、具体的にどうするか、東京都全域で取り組む話、そして地区で取り組む話、市町村で取り組む話と、いろいろな取り組み方

があるというふうに感じておりますが、皆様からご意見等があれば伺いたいと思います。

どうぞ、西田先生。

○西田委員 私もこれほとんど参加させていただいていますが、皆さん、今の資料をごらんになっておわかりのように、ほとんど、やっぱりかという課題と取り組み案というところだと思うんですね。29年、30年をかけて、これだけいろいろ具体的に出てきたわけですが、これからここをどうやって発展させていくかということが問題で、そのためには、やはり基礎となるデータが必要だろうと、本当に痛切に思います。ですから、今回のきめ細かな需要把握及び将来推計といったようなところを、きちっとKDBを用いて詳細に基礎データをつくって、ここから議論を深めていく必要があるのかなと、つくづく思います。

○新田会長 ありがとうございます。

その意味で、新しい新規事業に対して取り組まなきゃいけないなというふうに思っております。ありがとうございます。

そのほか、ご意見はありますか。

秋山委員、よろしいでしょうか。

葛原委員、大丈夫でしょうか、よろしいでしょうか、何かご意見があれば。最初のご出席ですから。よろしいですか。

区から出席の皆様、よろしいでしょうか。いろいろ調整会議等でご苦労なさったと思いますが、よろしいでしょうか。

それでは次の、きょう、一番やらなきゃいけないことですが、平成31年度新規事業の一つである多職種連携ポータルサイト（仮称）についてでございます。

事務局から説明をお願いしたいと思います。

○中島課長代理 ポータルサイトの取り組みにつきまして、10分程度お時間をいただきまして、ご説明させていただきます。

資料6をごらんください。

まず、医療・介護関係者間の情報共有に関しましては、これまで在宅医療・介護連携推進事業のアからクのうちのエの取り組みとして、各区市町村さんにおいて実施されているものでございまして、特にICTを活用した情報共有の取り組みにつきましては、これまで各地域の医師会さんと、それから区市町村とで連携して取り組みを進めてきていただいております、各地域において、地域の実情に応じてさまざまなシステムを活用して取り組んできていただいているところでございます。

一方で、現場の方々からは、特にICTを活用した情報共有に関して、各地域において使われているツールが異なることによって煩雑であるといったことや、利用のしにくさといったことが課題として言われておまして、また先ほど紹介いたしました在宅療養ワーキングの開催結果の課題のところでもご紹介させていただきましたけれど

も、取り組みとして区や都において、しっかり統一的なツールをつくるべきじゃないかといったようなご提案もあったところでございます。

また、これまでもさまざまな場面におきまして、病院間の転院支援に関することであつたりとか、地域と病院との情報共有について、充実が必要であるといった声も多数、伺っていたところでございます。

こうした課題をどう解決していくかということで、東京都医師会様ともご相談を従前からさせていただいております、その中で、既にさまざまな地域においてICTを活用した情報共有の取り組みが進んでいる中で、それぞれのシステムを全て同じシステムに変えてもらおうということは非常に困難なんですけれども、複数のシステムの入り口を統一するような共通のポータルサイトのような仕組みをつくれませんかといったご提案をいただきました。そこで、具体的な仕組みの構築に向けまして、在宅療養推進会議のもとにワーキンググループを設置いたしまして、今年度は計2回、ICTを活用した情報共有に関する検討部会を開催して、ご議論をいただきまして、さまざまなご意見を踏まえまして、システムの違いなどによる課題を解決できる取り組みとして、資料6にあります東京都多職種連携ポータルサイトの構築について、事業化させていただくこととなったものでございます。

具体的な取り組みや内容について、ご説明させていただきます。すみませんが、まず資料6の2枚目をちょっとごらんいただけますでしょうか。

ポータルサイトの取り組みについてご紹介させていただきます前に、東京都のほうで進めておりますICTを活用した情報共有の取り組みの全体について、ちょっとこちらの図を使って、ご説明いたします。

こちらの2枚目の上段のほうは、病院と診療所の情報共有の図になってございます。まず病病連携、病診連携、こちらにおける電子カルテの医療情報共有のための地域医療連携ネットワークがございまして、こちらは各医療機関によって、ID-LINKですとか、それからHuman Bridgeという異なるベンダーが利用されておりました、こうした異なるベンダー間でも電子カルテの情報の共有を進めていくための取り組みということで、こちら東京都医師会さんのほうで取り組んでいただいた、東京総合医療ネットワークの構築に取り組んでいただいているところでございます。なお、こちらについては昨年11月1日から、異なるベンダー間でも電子カルテの情報共有が可能となっているところでございまして、上段の取り組みについては着実に進んでいるところでございます。

続いて、下段のほうは地域の医療・介護関係者間の情報共有でございまして、MCS、それからカナミックなどを共有するためのシステムを活用して行っているものでございまして、例えば訪問診療後に、診察時の患者さんのことすとか薬の処方などの情報の共有、訪問看護中に気づいた患者さんの体の変化などに関することを、主に日常的な地域の医療・介護関係者間の情報共有ネットワークでございまして、

今回、ここでご紹介する取り組みによりまして、まずは下段の情報共有ネットワークが構築されて円滑に行えるようになるということと、さらにネットワークに上段の病院のほうにも参画していただくことによって、病院と地域の情報共有の仕組みができるようになることというのを、全体の目的として取り組んでいきたいと考えているものでございます。

すみません。それでは、資料6の1枚目にお戻りいただきまして、具体的な東京都多職種連携ポータルサイト、仮称なんですけれども、現時点での具体的な内容をご説明させていただきます。

まず、ポータルサイトは今現在のところ、二つの機能を持ったものを考えております。

まず一つ目は、左側の図にあります多職種連携タイムライン、これも、すみません、仮称なんですけれども、異なるシステムを利用している場合でも、ポータルサイトにログインしていれば、タイムラインの中に、異なるシステムそれぞれからの新着情報があった場合、新着情報の通知がタイムラインのところに来るような形になっておりまして、一元的にわかるというものでございます。

わかりづらいので、ちょっと例を挙げてご紹介しますけれども、例えばAの地域ではMCSを使っていて、Bの地域ではカナミックを使っているというような場合に、両方の患者さんにかかわっている訪問看護師さんとかですと、両方のシステムの患者情報について、随時、更新がないかどうか、ログインしてチェックしなければならないということになります。ポータルサイトでは、MCSやカナミックのシステムに患者さんに関する情報が更新されたり、新しい情報が入力されたりということがあったときに、タイムライン上に新着情報が入りましたよという旨の通知が出るようにしたいと考えておりまして、そうしますと、複数のシステムを同時に利用していても、まずはポータルサイトのタイムラインにさえログインしておけば、一元的に新着情報のありなしが一目でわかるというようになります。新着情報があれば、その通知をクリックして、各々のシステムのログイン画面に進む、あるいはシステムの中の患者さんの情報共有の部屋に移動できるといったような形を想定しております。そのため、これまで複数のシステムを同時に開いて、それぞれ随時チェックしなければいけなかったものが、タイムラインだけ見ておけば、まずは済むということで、これまでの煩雑さが少し軽減されるのではないかと考えているものでございます。

それから、二つ目の機能は、退院予定患者さんの転院先、受け入れ先の検索機能でございます。これは右側の図をごらんください。退院予定の患者さんが別の病院に転院するとき、移行先の医療機関の検索というのを効率的に利用者のほうで行っていただける仕組みを考えております。

右側のイメージ図のところをごらんいただきたいんですけれども、図の左側のところの退院候補者リストというところに医療機関がそれぞれの候補者の情報を入力して、反対側では、今現在あいている病床があって、患者を受け入れたい医療機関が受け入

れ可能数を入力していきます。このように医療機関同士が情報を共有し合うことで、医療機関における円滑な転退院業務を支援していきたいというふうに考えているものでございます。また、この機能は転院だけではなく、在宅療養に移行する患者さんへの活用ですとか、在宅療養中の患者さんが後方支援病床を利用する際の検索への活用も視野に入れております。

都としては、ポータルサイトを導入することで、すみません、ちょっと資料、また2枚目を見ていただきたいんですけども、ポータルサイトを導入することで、下段にございます地域の医療・介護関係者の情報共有の充実に取り組んでまいります。

また、都内の患者さんの需要動向は、皆さんご存じのとおり、区市町村ですとか二次医療圏を超えた広い範囲のもの、広範なものとなっている特徴がございます。在宅療養ワーキングで出された課題にもありましたように、地域と病院の情報共有を進めていくため、仮に病院側が地域で利用されているシステムに参画していただく際には、さまざまな地域と連携する必要があるので、複数のシステムに参画することになるというふうなことが考えられます。そうした場合でもポータルサイトのタイムラインによって、複数のシステムを使う煩雑さが軽減されますので、より利用しやすくなって、また転退院業務への支援機能を設けることで、病院側の参画も促進していったら、それによって結果的に地域の医療・介護関係者と病院側のICTを活用した情報共有の仕組みを構築していければというふうに考えております。

なお、このポータルサイトの機能については今後、具体的な検討を在宅療養推進会議のもののワーキンググループの作業部会において進めていきたいと考えております。今回はこういった仕組みを検討しているということ、まず会議の委員の皆様にご紹介させていただきまして、現時点での取り組み内容につきましては後ほどご意見をいただければと思っております。東京都としましては、こうした取り組みを通じまして、地域の医療・介護関係者の方々の情報共有がスムーズに進むようになることで、患者さんの円滑な在宅への移行、在宅療養中の患者さんへの支援をもっと充実できるような効果的な取り組みになるように進めてまいりたいと考えています。

本日は、この取り組みに関しまして、まさに現場で今既にご活躍の皆様、委員の皆様にお集まりいただいておりますので、この取り組みに関しまして率直なご感想ですとかご意見を伺えればと思っております。皆様の声をぜひ参考にさせていただいて、この取り組みを進めていきたいと考えておりますので、実際の現場の視点からのご意見をたくさんいただければというふうに考えています。また、日ごろの情報共有に当たって、こうしたところが課題だなというふうなことをお考えのことがございましたら、この場でいろいろお聞かせいただければというふうに考えております。どうぞよろしく願いいたします。

○新田会長 ありがとうございます。

現在、地域の医療・介護関係者にICTをさらに活用した取り組みの必要があること

は、皆さんも感じていらっしゃると思うところだと思います。その点で、昨年度の在宅医療推進会議ワーキングの作業部会でも検討してきたところです。また、先ほどの調整会議の報告もありましたが、情報共有の課題ということで、ICTを活用して等々という議論もあるところがございますので、今回ポータルサイトということで、仮称でございますが、構築するのは、本当に必然で、ぜひやらなければいけないことだと思っておりますが、皆様、こういったような取り組みをご存じない方もいらっしゃるわけがございますので、その点も含めて、率直なご意見等を伺えればというふうに思います。

また、それぞれが各現場で日ごろ、関係者間での情報共有、例えば豊島区なんか、行っているところもありますが、そういったようなこともありますから、そういったようなお立場からのご提案もあれば、話していただければというふうに思います。

また、病院の話でございますが、医療関係で、病院とICTを活用したということで、山口先生がご出席ですので、山口先生からも発言いただければというふうに思います。

まず、山口先生から発言いただきましょうかね。よろしく願いいたします。

○山口委員 東京総合医療ネットワークに関しましては、昨年11月から参加病院が8病院というところで、ようやくスタートしたというところです。それから、ID-LINK、あるいはHuman Bridgeに各病院が入らなくてはいけない。もちろん、ほかに第三者のものもありますが、病院それぞれの投資が今のところ、少なくともID-LINK、Human bridgeに関しては各病院で2,000万円ぐらいずつかかるということになっておりますので、東京にある651病院が全て参画するというのは、ちょっと少し時間がかかるというふうに考えていただいたほうがいいのではないかとこのように思います。

それから、まだ情報交換できる部分が非常に限られている。文書的な問題と、それから生化学的なデータとか、非常に少し限られておまして、恐らく一番欲しいのは画像だと思いますが、まだ画像が自由に動いているわけではないという状況です。実はID-LINKの中、あるいはHuman bridgeの中では画像も動いているようですが、東京医療総合ネットワークという中ではまだ、画像の交換は今後の課題ということになっています。

私としては、逆に、診療所、介護のほうでのMCSとかカナミックとか、この辺の状況がちょっとわからないので、どうやってつなげるのか、わかりません。

それから、一つ言えるのは、東京総合医療ネットワークに関しては一応事務局があって、管轄を東京都医師会から東京都病院協会のほうに委託されている形になっておりますけれども、今後、多職種連携ポータルサイトをつくった場合にどこが責任を持って運営していくのかというところ、それから最終的に全てを統合して東京総合医療ネットワークの中で動かしていくのか、かなり東京総合医療ネットワークだけでも重くなりそうなところに、1万2,000ぐらいある診療所まで全部くっついた形が一つ

のシステムの中で全部統合できるのか、ちょっと実は想像できません。東京総合医療ネットワークについてはまだスタートしたばかりで、MCSとか介護、在宅のほうとのコネクションまで、ちょっと今のところは考えられない状況だと思っています。

○新田会長 ありがとうございます。

まず、恐らくイメージで、山口委員からご指摘がありました。カナミックとMCS等々の相互的なものにどう取り組むか、イメージできないと。

まず事務局に聞きますが、イメージの説明はできますでしょうか。

○中島課長代理 まず、カナミックとかMCSの使い方なんですけれども、実際には、具体的には例えば在宅を担当されている医師、訪問診療を行っている医師の方が患者さんの情報共有をするための部屋というか、そういったものをカナミックとかMCSの中でつくって、そこに在宅でかかわるヘルパーさんだったりケアマネジャーさんだったり、あるいは在宅の歯科の先生だったり、いろんな職種の方がかかわっていますので、その方々を招待して、その部屋の中で日常的な情報共有を行うというような形になっているものでございます。現在は、そのシステムの中に、やはり地域の関係者の方々が入っているところなんですけれども、それを我々としてはぜひポータルサイトを活用していただいて、病院のほうにも入っていただきたいなというのがありまして、それが今回の取り組みの目的の一つでございます。

病院さんにつきましては、やはり一つの地域とだけ連携していればいいわけではなくて、複数のいろんな区市町村さんと連携する必要がありますので、そうするとMCSとかカナミックとか、地域によって使っているシステムが違ってきていますので、いろんなシステムを入れてというか、招待されて連携しなきゃいけないと思うんですね。そうすると、いろんな複数のシステムを随時チェックしながら、医師の方とか情報共有していかなくちゃいけないってしてしまうので、そういった点でポータルサイトができることで情報を、いろんなシステムを使わなくちゃいけないって、新着情報だとかというのがありますよという通知がポータルサイトの中で一元して一括で見られるようになりますので、ポータルサイトがないときよりかは非常に楽に情報共有が円滑にできるのではないかとこのところがポイントかなと考えているところです。

○新田会長 今の説明だと、まず先ほどの2枚目の東京総合医療ネットワークというのは、今、山口委員からありましたが、大変お金もかかって、まだまだ大変先が高い。その前に、多職種連携タイムライン、仮称でございますが、ここをつくり上げて、そこにまず直接ある病院ですか、地域での、そことつなげるというイメージですか、今の話は。病院をその中で一緒に合体を……、どうぞ。

○西田委員 東総医のほうは、むしろ病病連携の話で、診療所からとりあえずつないで閲覧することはできますが、連携として活用はできませんので、上と下はある程度、切り離して考えないと。下のほうの医療・介護連携のポータルサイト、ここに病院の医師が入っていただきたいんですけれども、それは上とは別です。別個に、ポータルサ

イトとEHRがつながるのは相当、長期的なことになるかと思います。

○新田会長 今、わかりやすい話があったと思いますが、どうですか。

○山口委員 私も、少なくとも将来的な問題はつながったほうがいいでしょうけれども、今の段階では、まず東総医のほうは、それなりの発展を目指して、西田委員が言われたように、まずは病病連携をしっかりとやる。あるいは、ここにくっついている診療所までの情報のアクセスはできますので、それを利用していただくということは十分可能だと思います。MCS、カナミックと直接結びつけてやると、誰が病院で担当するかという問題も出てきます。個別の患者さんに関して、病院の担当医がポータルサイトに入っていくということは構わないと思いますが、病院ということになりますと誰が担当するかとか、そういう問題も出てきますので、むしろ下の組織に必要な患者さんがいれば、そこに病院の担当医が参加するという形であれば、むしろ現実的かなと思います。

例えば豊島病院で緩和ケアの患者さんに関して、実際に在宅をやっておられる先生方と一緒にSNSで情報交換しながら入院のタイミングを決めるとか、そういうことも実際にやっておりますので、十分可能だと思います。病院という組織になりますと、誰が担当するかという問題が出てくるので、とりあえず、下の組織をつくっていただいて、そこに患者さんに関係する担当医が入る、必要に応じて入るというほうが、今の時点では使いやすいかなと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

ということは、今回の最大の目的でもある下のところですね、下のきちんとしたポータルサイトをつくり上げるという、そういう話になるわけですが、この作業部会で話していて、カナミックとMCS、あるいは別のものもあるわけですが、情報を同じにしようとする、それぞれが結構違うんですね。違うということで、その情報統一は難しいだろうということで、今のようなポータルサイトの発想になったというふうに思いますが、事務局、それでよろしいですね。今から情報統一するというのは難しいので、カナミックはカナミックで、MCSはMCSで、それぞれが使うと。

○中島課長代理 そうです。そういうことになります。

○新田会長 どうぞ、飯島先生。

○飯島委員 すみません。飯島です。

もう一回り、2枚目の上と下は切り離すんだということで十分わかりましたし、下は下でポータルサイトでということの、もうちょっとだけイメージ出しをお願いしたいんですけども、訪問されているドクターにしても、訪問看護の方にしても、AさんはMCSだった、Bさんはカナミックだったと。それで新着情報があるから、あったので、ぱっとサインがあって、それで、だけどAさんという患者さんの新着情報なんだということで、結局はMCSのあれに入っていくということですよ。

○中島課長代理 そうなりますね。



○飯島委員 そうすると、先ほど複数のITベンダーのもの、特に東京都というのは幅広くて、いろんな区市町村が入ってくるので、もしかしたら大きく二つのベンダーに集約されるのか、三つ目、四つ目が入ってこられるかもしれませんがけれども、そのときは結局は複数のITベンダーのものを使い分ける。だけど、Aさんという患者さんの新着情報があったから、ささっと円滑に入れる。Bさんは特に新着情報がないので、あえてすぐ見る必要もないという考えでよろしいのでしょうか。

○中島課長代理 はい、そういう形になります。なので、ポータルサイトができたからといって、さっき新田先生がおっしゃったように、これはあくまでも各システムの入り口を一つにまとめたものをつくろうかというところの取り組みでございますので、各システムを同じシステムにするというものにはなりませんので、おっしゃっていただいているように、MCSとかカナミックとか、そういったシステムは引き続き使っていただく形にはなります。

○飯島委員 そうすると、例えば訪問看護の方、ある1人のAさんという訪問看護の方のお仕事をイメージすると、ちょっとしたiPadか何かを持っていて、そのポータルサイトに入ると、ID、パスワードを入れなさいという形になって、自分で入ると、自分の受け持ち患者さん、自分の所属している訪問看護ステーションはこのぐらいの患者さんを持っていて、自分はこのぐらいを担当している、ずらずらと、Aさん、Bさん、Cさんという患者さんの名前があって、そこにカナミックだ、MCSだ、ほかの三つ目だというのが乱立していて、その中で、どの患者さんの新着情報がありましたかということがわかるということですか。

○中島課長代理 そうということです。

○飯島委員 わかりました。

あと、ちなみに、ちょっと僕はワーキングに出ていないので、僕だけ知らないのかもしれませんが、都内の区市町村の数分の幾つが、少なくともMCSとかカナミックとか、まごころネットとか、ITベンダーのシステムを自治体単位で入れていらっしゃるんですかね。イメージでいいんですよ、大体半分ぐらいとか、もう7、8割は来ているとか。

○中島課長代理 MCSが圧倒的というか、ちょっと多い状況でして、すみません、東京都医師会様のほうで各地区医師会に、少し古いデータになって恐縮なんですけど、29年6月現在のもので調査したところだと、MCSを使っている地区医師会が28で、カナミックが14、それ以外は、ばらばらある形になります。

○飯島委員 少なくとも、どのシステムでもいいから入れているというのと、まだ入っていないというのは、どのぐらいのあれなんですか。ほぼ全部。

○中島課長代理 入っていないところが、その時点では……。

○飯島委員 数カ所。

○中島課長代理 そうですね、5ぐらいの地区医師会がちょっとまだ入っていないという

ところですか。

○飯島委員 2年近く前で、5カ所ぐらいが残っているだけということですね。わかりました。

○新田会長 もう一つ質問で、疑問になっていた点を、西田委員はワーキングに入っていたので、ちょっと先ほどのを。それぞれMCSとか、共有化の情報等々をどうするかという話だよ。

○西田委員 最初、ワーキングで共通のシートをつくったほうがいいんじゃないかという話もあったんですけども、やはりいろいろなニーズの中で、シートをつくと、そこに入力する手間というのが必ず出てきて。メーカーさんの批評をしちゃいけないのかもしれないですけども、カナミックがちょっと伸び悩んで落ちてきたのは、そこがあったからなんですね。MCSというのは、もう純粋にLINEみたいな、タイムラインに特化したSNSなので、非常に導入が楽で、使うのも楽なんですね。下手に、そこに何かシートをつけちゃうと、そういうのがいい人はいいいんですけども、そうじゃない人は非常に使いづらくなっちゃうということがあって、あえてそこを分けずに、もともとMCSを導入したところはMCSを使えばいいというような感じで、ポータルというのが出てきたんだと思うんです。

ちょっと質問いいですか、すみません。前もちょっと伺ったんですが、ポータルの②のほうなんですけど、②の右側の下の受け入れ可能リストというやつですね。慢性期病院、回復期病院、これはいいんです。急性期であってもいいんですけども、在宅から急性期病院を探すとき、あるいは急性期から回復期、あるいは慢性期を探すときは非常にこれは便利だと思うんですけども、在宅はどこがあいているのかというのを載せちゃうと、本来のかかりつけ医を飛び越して、どんどん大規模なところに患者さん吸収されていくことを促進することになると思うんです。ここを私は本来的に入れてほしくなくて、せっかく今、在宅医療介護連携拠点というのをつくって、そういう役割を持たせているわけですから、ここは私は外したほうがいいと思います。

○新田会長 まだこれも決まった話じゃないので。

どうぞ、久村課長。

○久村課長 今お話があったとおりでございますので、リストのほうをごらんいただくと、ほかのところは病院名が出ると思うんですけども、地域のほうは、まず在宅療養支援窓口というふうな形で、そちらで一括して情報管理ができればなというふうなところを考えています。現に今、窓口のほうでは地域の診療所の先生方と連携して、それぞれのあき状況なんかを集約されて、病院から相談があったときに、その情報をもとに紹介していただいている。窓口がやりますから、当然かかりつけ医というところは意識してやっていただいておりますので、そこはこれを入れるかどうかもこれからの検討ですけど、入れるにしても、きちんと意識した形でやってまいります。

○新田会長 ありがとうございます。

ほかに何かご意見は。どうぞ。

○佐伯委員 日の出町の佐伯と申します。

非常に多様なベンダーを登録できるようなシステムということで有効なのかなと思っているところですが、現在、西多摩地域はMCSを医師会のほうでは利用しています。ただ、まだ自治体との関わりが進んでいるのは2自治体ぐらいでございまして、いろいろセキュリティーの問題であるとか、イニシャルコストの問題等もあって、なかなかちょっとまだ進んでいないところがございます。

特に今回、ポータルサイトになりまして、多様なベンダーの情報が一つに集まるような形になるかと思うんですけれども、セキュリティーの面で何か留意すべきこととか、何か想定されているようなところがあったら、お教えいただければと思うんですけれども。

○新田会長 では、お願いします。

○中島課長代理 すみません。まずタイムラインですが、あるいは患者転退院支援サイト、両方とも仮称ですが、こちらの機能の中で、どういう患者さんの情報を入れていくかというところは、ちょっとこれから、そういった個人情報の観点も踏まえて検討していきたいと考えているところでございます。

また、東京都として課題だと考えておりますのが、医療・介護関係者の方々が、割と自分の個人の端末を活用されて、こういったMCSやカナミックを利用されている方も多くございます。そうしたBYOD、個人端末を使った情報共有ということでBYODというふうに言われるんですけれども、そうしたものに関しては、まず一つは、やはり我々としてもセキュリティーについては強化するような取り組みが必要だろうというふうに考えているところではございまして、またちょっと31年度、来年度になってしまいますけれども、少し、その取り組み、セキュリティーを強化していく取り組みについても、今ちょっといろんな会社さん、業者さんのほうとも検討しているところなんですけど、ちょっと取り組みのほうを少し進めていきたいなとは考えているところでございます。

○新田会長 どうぞ。

○西田委員 すみません。そこで、今問題になっているのは、BYODはもちろんそうなんですけれども、もう一つ問題なのは、参加する人をきちっとどう管理するかの問題で、結構、ケアマネジャーさんとかヘルパーさんは出入りも激しいと言ってはあれなんですけど、やめていく方も結構多いので、やめていった方をどう削除する、誰が削除するか、そこら辺の参加者の管理をどう、きちっとやっていくかというのはすごく大きくて、そこが逆に参入の足かせになっているところもあるんですけれども、そこら辺のルールをきっちりつくっていかなければいけない。BYODのことについては、国がどう決めるかを待っているしかないと思うんですけれども、そこは現場でやらなくちゃいけない、とても大事なところだと思います。

○新田会長 恐らくこれが始まる、ポータルサイトをやる中で、かなり試行錯誤しなきゃいけないという、その中でルールづくりも必要だろうと、そういう話になると思いますが、それでよろしいですかね。

もう一つは、恐らく医療情報じゃなくて、先ほど個人情報の話でしたけど、社会的情報って結構入り込むので、そのあたりの一定のルールが必要なのかも含めて、これは皆さんで考えていただきたいなというふうに思っています。全てを入れ込んで、何かとんでもない方向へ行くことがよくありますので、そのあたりのことも含めてやっていかないとうまくいかないというふうに思いますので。

そのほかにご意見等ありますでしょうか。

病院から、芝委員、何かありますでしょうか。先ほど山口委員から話は聞きましたが、大丈夫でしょうか。

訪問看護で何かありますでしょうか。阿部委員、どうぞ。

○阿部委員 確かにMCSの招待がないと入れないという部分と、あとお亡くなりになった方がいつまでも削除されずに残っていて、それをどうしたらいいのかなと、ちょっと思っている部分があります。

それと、やっぱり確かに個人のスマホを使わざるを得ない、それは事業所であっても、どんどん次から次へと事業所ができていく中において、経費が非常にかかってくるという部分、補填をどうにかしていかないと、なかなか事業所全体での取り組みにつながっていかないのかなと、ちょっと考えたりもしています。

○新田会長 ありがとうございます。

現在、先ほど事務局から報告がありました23等々のかなりのところがMCS等々を使っていることは、これは事実です。ただし、内容を含めてどこまで使っているかというのはまた別問題でございますから。やっぱり東京都のレベルからすれば、全体をまずつくり上げていかなきゃいけないということで、それで完成じゃないので、最終的には地域連携というものが無いとこれは進まないで、それは条件でございますね。よろしく願いいたします。

どうでしょうか。よろしいでしょうか。では、次の次第に移ってよろしいでしょうか。それでは、報告事項に行きたいと思えます。

事務局から説明をお願いします。

○久村課長 では、30年度の取り組み状況の報告ということで、報告事項に挙げさせていただいておりますが、まだ本日は30年度中でございますので、例えば補助事業、委託事業等はこれから実績報告が上がって確定することになりますので、本日は補助事業であれば、例えば交付申請のベースでの、いわゆる速報値といいますか、そういった形でご報告させていただく形になります。

今後の事業実績等の取り扱いについてでございますが、東京都保健医療計画、都の保健医療施策についての総合的、基本的な計画でございますが、こちらのほうで在宅施

策についても保健医療計画に基づいて取り組みを進めているところがございます。計画の中には、がん、脳卒中なんかの5疾病、それから救急災害なんか5事業、それから在宅につきましては評価指標を設定しておりまして、事業の取り組み状況、あるいは指標の評価につきましては保健医療計画の推進協議会で進捗管理、評価を実施しております。

これまでは、協議会での評価というものに関しましては、この会議とは連動せずに、推進協議会単独で進捗管理、評価を行ってきたところがございますが、このたび評価方法を見直していきまして、来年度からは、まず各疾病事業ごとの協議会、在宅につきましては在宅療養推進会議が該当するわけがございますが、そちらのほうで取り組み内容、実績等について評価していただいて、その評価結果を推進協議会に報告して協議する、こういった流れになっております。そのため来年度、実績がきちんと固まった段階で、改めて事務局のほうで、まず評価検証を行って、それをこの会議のほうでご議論いただいて、会議として評価していただく、検証していただく。これを今度は保健医療計画の推進協議会のほうで、また議論いただくというふうな形で進めてまいることになりますので、またいろいろとご議論いただく形になるかと思いますが、今回は、先ほど申し上げました速報値みたいなところで、簡単にはなりますが、現状をご報告させていただきます。

○事務局 それでは、資料7をごらんください。全部で4ページあるんですけども、3ページ目まで、まず、ご説明をさせていただきます。

1ページ目の区市町村への支援でございますが、区市町村在宅療養推進整備事業等について、それぞれ右側に記載のとおり、交付申請が上がっており、取り組みが進められています。

次の東京都医師会、地区医師会と連携した取り組みとして、多職種連携連絡会の運営についてでございますが、こちらは今年度はACPをテーマに、都民向け冊子の作成や都民向けの講演会を実施いたしました。

続きまして、東京都在宅療養推進会議等の開催についてでございます。在宅療養推進会議ワーキンググループについては、検討部会を開催したほか、区市町村地区医師会担当者連絡会を年2回実施いたしました。

次に、在宅療養に関する普及促進として、都民の方にわかりやすく伝えるための普及啓発DVD「最期まで自分らしく暮らすー在宅療養のすすめー」を作成いたしました。

次に、在宅医療・介護連携推進事業等の取り組み状況に関する調査を実施いたしました。在宅医療・介護連携推進事業については、平成30年度4月から全ての区市町村で実施しているため、今年度は取り組みの有無だけでなく、具体的な取り組み状況に関する調査を行いました。

参考資料2として、取り組み状況調査総括表と、回答結果の一部をグラフ化したものを配布しておりますので、後ほど参考にごらんください。

なお、参考資料のグラフと、各区市町村の詳細な取り組み状況を一覧にした表を、調査結果として区市町村間で共有しております。

一番下の広域連携支援である在宅療養ワーキングにつきましては、先にご説明させていただきましたとおりです。

2 ページ目をお開きください。

続きまして、今年度から始まりました入退院時連携強化事業についてでございます。

入院医療機関及び地域の医療・介護関係者を対象とした入退院時連携強化研修については、1月と2月にそれぞれ3日間コースで実施し、合わせて400名程度の参加がございました。

また、区市町村行政担当者及び在宅療養支援窓口担当者を対象に、在宅療養支援窓口取り組み推進研修を実施いたしました。こちらは74名のご参加いただいております。

さらに、入退院支援に取り組む人材の配置に伴う人件費を補助する入退院時連携支援事業については、69の医療機関に活用していただいております。

続きまして、在宅療養研修事業でございます。この事業では地域における在宅療養推進の中心的な役割を担う人材を育成する在宅療養地域リーダーの養成、病院内での理解促進研修、病院スタッフと診療所等スタッフとの相互研修等を実施する病診連携研修等を実施しております。各研修について、記載のとおり、参加や申請がございました。

次に、3 ページ目をお開きください。

在宅医療、あるいは小児在宅医療に参入促進するための研修ですが、それぞれ右側に記載のとおりの実績となっております。

続きまして、看取り支援に関する取り組みについてでございます。

医療・介護関係者の対応力向上を図る研修については、医師向け研修と実践編研修、在宅編、施設編をそれぞれ2回ずつ実施し、講義や具体的な事例をもとにしたグループワークなどを実施いたしました。看取り環境整備のための施設改修への支援等は、ごらんとおりの実績となっております。

3 ページ目までは以上でございます。

○新田会長 介護保険課ですか、よろしく願いいたします。

○木村課長 4 ページ目、訪問看護関係の事業についての進捗、実績についてご報告させていただきます。

まず、一番上の訪問看護推進部会は今年度3回実施してございまして、資料8に参考に実施状況を載せてございます。後ほどごらんいただければと思います。

次に、地域における教育ステーション事業につきまして、都内13ステーションを教育ステーションとして指定してございまして、各地域で同行訪問や勉強会等を実施してございます。詳細は資料9、地域における教育ステーション事業の実施状況についてをつけてございますので、後ほどごらんください。

次に、訪問看護人材確保事業。我々は訪問看護フェスティバル、都庁の5階でいつも実施しているんですけれども、1月12日、ことしは実施してございまして、289名の参加がございました。参考に、訪問看護フェスティバルで配布したグッズを本日はピンク色の袋の中にお配りしてございますので、ぜひお持ち帰りいただければと思います。

次に、管理者・指導者育成事業につきましては、訪問看護ステーションの管理者、指導者向けの研修に加えまして、今年度は看多機の実務研修も実施してございます。こちらにつきましては、施設見学と講義を合わせて実施してございまして、定員を超える応募があったというようなところと、保険者さんの傍聴もございまして、実際に整備するという、参加者の中から、研修の後のアンケートで回答があったところもございました。

次に、訪問看護師の認定看護師資格取得のための経費を保証する認定看護師資格取得支援事業、こちらにつきましては予算規模18事業所に対しまして14事業所の交付申請となっております。分野につきましては、全て訪問看護分野の申請となっております。

次に、訪問看護等事業開始等運営支援事業。個別相談会を実施してございまして、こちらにつきましてはステーションの開設、運営、相談に加えまして、今年度は看多機の開設相談も受けてございます。参加50事業所のうち16事業所が看多機にかかわる相談でございました。

次に、訪問看護ステーション代替職員確保支援事業につきましては、研修代替は予算規模51日に対しまして5事業所82日、産休代替は予算規模9人に対して12人の交付申請となっております。

次に、訪問看護ステーション事務職員雇用支援事業は、予算規模70事業所に対しまして、交付申請は31事業所となっております。

最後に、31年度の取り組みでもご説明しました新任訪問看護師就労応援事業でございしますが、今年度は予算規模160名に対して97人の申請となっております。

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。

それでは、今の事務局からの説明につきまして、質問、意見等のある委員は、よろしくお願いいたします。

どうぞ。

○佐藤委員 東京都では訪問看護推進事業をいろんなメニューをつくってやってくださいます。とても感謝しております。これをますます進めたいと思います。

資料7の中で、一つは地域における教育ステーション事業ですけれども、また来年も13カ所ということなんですが、このことによって、地域の看護師は病院に行って体験ができますし、また病院の人は地域で体験ができて、病院から在宅への移行支援に

もつながって行って、顔の見える関係ができていくという事例をたくさん見ております。13カ所に限らず、もっとそういう教育ステーションの数を増やしていただければ大変ありがたく思います。それが一つ。

もう一つは、開設運営のコンサルテーション事業などもやっていらっしゃるということで、50カ所の運営・開設、あるいは安定化の相談をされたということなんですが、この中で事業所の開設に至ったもの、あるいは運営が行き詰まってどうしようもない状況から、また存続できたものなど、そういう成果といいますか、評価はどのようにしていらっしゃるか、お聞きしたいと思います。

以上です。

○新田会長 それでは2点について、よろしくお願いたします。

○木村課長 まず、教育ステーションの数につきましては、また来年度、訪問看護推進部の議論の中で皆さんと意見交換しながら、32年度はどうするかというのを考えさせていただきたいというふうに思っております。

それと、コンサルテーションにつきましては、今は大体、相談の多くは人材がなかなか集まらないというようなお話と、あと看多機であれば訪問看護と介護人材も集めなきゃいけない、それが難しいというようなご相談が多いというようなところでございます。人材募集の仕方とか、そういった会社の活用方法、そういったものをこちらのほうで、専門の経営コンサルタントが相談に乗りまして、ご提案していくというようなところで、管理者の方は、それを持ち帰って、自分で取り組んでいるのかなというふうに思っております。

○新田会長 よろしいですか、佐藤委員。

○佐藤委員 できましたら、開設した事業所数とか、そういうことも教えていただけるような状況だとありがたいと思います。

以上です。

○新田会長 いわば、これだけの事業をやっていて、その結果というか、アウトカムというか、それがなくなかなか見えないねと、そういう話だと思いますので、その辺はよろしくお願いたします、数字も含めて。

どうぞ、山口委員。

○山口委員 私も在宅療養ワーキングに出させていただいたことがあるんですが、やはり感じたのは、病院のドクターが在宅を十分理解していないということです。今回これを見ますと、在宅療養研修事業の中に、病院内での理解促進研修というのが入って、11地区医師会でやっていただいているということでございますので、これをぜひとも推進していただきたいと思っております。

もう一つ、病院で現場の医者に教育するのも大事ですが、初めにたたき込むといいですか、初期研修に来ているドクターは必ず地域研修がございませぬ。これは地域に出て、医師会の先生のところで勉強させていただく、1カ月だと思っておりますけれども。そ



ういう時期にしっかり在宅に関して教えていただけるとありがたいと思うのと同時に、大学の教育の中に、今後を考えますと必須のことですので、在宅に関する教育を入れていただくような流れもつくっていただきたい。これは東京都の問題ではないかもしれませんが、ちょっとそこをお願いしたい。

特に、初期研修医に対する教育は本当に各地域をお願いしているところがございますので、そこでの教育をやっていただいて、それを病院の中で逆に少しフィードバックして、指導医クラスにも影響を与えていくという形がいいと思っています。

○新田会長 とても重要な提案だというふうに思って聞いておりました。

まず病院内研修はとても重要ですよね。一時、東京都医師会が主治医の、やりましたね。

○山口委員 実は、私も病院で院長をやっているときに何回か企画して来ていただいて、話をさせていただくと、ドクターがあまり来ないんですね。それが一番の悩みなんです。そこは院長の力のなさというか、そこを責められるのかもしれませんが、そういう意味ではやっぱり初めにたたき込むというのが大事なかなと思います。

○新田会長 私も何回も病院に行って、主治医の意見書を含めてやった記憶がありますが、なかなか医者が来なくて、さみしかったですね。ただ、在宅を理解しない限りは入院から退院へと向かわないので、これは根気よく、東京都医師会も含めてやっていくということで。ありがとうございます。

○山口委員 ぜひとも一緒に、どうやって教育したらいいかというようなことを考えることが大事だと思います。医師会だけで考えるよりは、病院と一緒に考えなきゃいけない。

○新田会長 病院と一緒に考えていくという、それをぜひ研修事業の中の一つとして、ちょっと組み込むという、来年度事業から。つなぐのは来年度できるかどうかはわかりませんが、できるだけ組み込むという発想でいただければと思います。

初期研修医ですが、私も14年かな、15年かな、多摩総合病院からずっと毎月、14年間やっていて、確かにとても有効ですよ。最初に来た、2年目のシニアレジデント、2年目の人たちが在宅に一回やることによって、大分、ほとんど変わりますよ、意識が。病院へ入ってもそのイメージがありますから、在宅で大丈夫だよというのが、中堅になってきましたね。変わっていきますので、これを東京都全域に広げていく。

清水先生、目黒区なんかはどうなんですか、それは。

○清水委員 目黒区の場合は五つ病院がありますが、そのうちの二つが引き受けていて、非常にご熱心なのは国立病院機構東京医療センターです。私は15年間、いわゆる前期研修の最後のカリキュラムの中で、「地域医療とは」ということで講義させていただいています。

それから、その先生方は大体30名程度ですが、それを三つか四つ、あるいは五つぐらいのグループに分けて、地域で1週間診療所の医療を見ていただいて、地域医療は

どういものだろうと体験するために。地域の先生方を選んでいますが、検査装置としてCTを持っていて、それこそ高度医療をやりながら内視鏡をやるという、素晴らしい先生もいらっしゃいますけど、やはりローテクで頑張っているご高齢の方は、心の通う診療をしている方もいらっしゃって、それぞれでまた終わった後、グループワークで、その先生方を集めて、どういう意識になったかということで、非常に役に立っています。

地域医療研修が終了したときに、最後に私が講演して、ディスカッションするんですが、ここ数年は何を話しているかというと、小児科と産婦人科以外は、皆さん、認知症の患者さんを基本的に診ることになります。認知症の患者さんがそれぞれの病気をもちながら、循環器、呼吸器や、いわゆるがん疾患もありますので、まずは認知症を診られなければ高齢者の診療はできないよと言うと、みんな最初は、ああ、というんですが、ところが、周りのチューターの先生たちは、みんな、うんうんと言っていて。そういう意味では、それをここ10年やっていますので、やはり後期研修で専門性のあるところへ行ったとしても、やっぱりそういった地域で認知症のイロハを学んだ方は非常に上手にうまく診療できる先生になっています。

そういう意味で、いわゆるアーリー・エクスポージャーということがありますが、早い時点でカリキュラムの中に入れて、実際に医療センターに入れて15年、私も最初の2年目から14年やっていますが、その先生方が病院の勤務医になって、その先生に私が病診連携で患者さんを紹介したときに、実は10年前、先生のお話を聞きましたよという、非常にうれしいコメントがあって、やっぱりある意味では継続は力かなというふうに思います。

○新田会長 ありがとうございます。

一方、芝委員に、送り出すほう、最初から多摩総合病院で第1期生から初期研修へ送り出して、その先生たちの姿をずっと見ていらっしゃると思いますが、ちょっとご意見等がありましたら。

○芝委員 初期研修から10年以上経過した若手医師たちが、4年前から指導医として戻って来ています。彼らは2年間の初期研修の23ヶ月を病院内で研修します。1ヶ月を診療所で研修（一般外来診療・訪問診療）をします。2年間はどうな患者さんでも診ることが求められます。大学医局に所属し専門医として戻って来た彼らが、当時のように診療ができるか見てみました。診療科の枠組みで患者さんは選別されてしまいます。そのような環境で、粛々と専門診療に専念できる患者さんを選びがちですが、区別なく患者さんを診る彼らの姿を見ることができ安心しました。

医師育成において地域研修は重要ですが、研修の質の管理が課題となっています。2020年のプログラムから初期研修修了基準にアドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）の研修が明示されたことを申し添えます。ACP研修導入の地域研修への好ましい影響を期待したいと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

もう一つ、大学教育の話ですが、飯島委員が来ていらっしゃると思いますので、話をしていただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

○飯島委員 都内の医学部の大学、全部の状況を知らないんですけども、確かに5年スパンで切ってみると、大分変わってきたかなという感じはあります。5年前とか、それこそ7、8年前は地域包括ケアシステムという言葉が出始めのころに、医学部教育といっても、例えば2週間の在宅医療の実習をはじめもうと思っても、よさはわかるんですけども、ほかの、いわゆる糖尿病代謝内科の実習とか、循環器内科の実習とかというので、クリニカル・クラークシップは、ぱんぱんなんです、すき間がないんですという会話が当たり前前に飛び交っていたんですけども、今は比較的、やっぱり避けては通れないという感覚にはなっているんですけども、ただ、例えば1週間、1週間といっても土日はないので5日間の学生実習だったとして、どういう場面を見せるのかというのがあるんですね。

僕自身、もう5、6年前に東大の理三の学生、5年生、6年生に在宅医療実習をやるときには、基本的には訪問看護の日とか、ケアマネジャーさんの日とかという、地域医療というのはどういうスタッフから成り立っているのかというのを見るのにこだわりたいと思って、むしろ1週間、2週間を、各、あるクリニックの先生に、ぼーんと丸投げということでは絶対にやらないということで、やってきたんですね。だから、ある程度、多くを学んでくれているようなんですけど。

とにかく、まず医学部へ入ってから、僕1人で80医学部の流れというものを換えられるかはわかりませんが、例えばこの間、映画ができましたよね、「ピア」。あれを例えば医学部に入った1年生は全員、まず全国の8,000人が見ることとか。あと、5年生、6年生に、それなりのボリューム感でやっぱり地域医療実習を、たった1週間、ぼーんと地域に、ではなくて、それなりのもっとボリューム感をもってやらせること。基本的には厚労省マターというか、文科省マターですけども。そこら辺を仕掛けられないかなと思っています。

あともう一つ、これは東京都の会議ですから、都内の大学病院もそれなりにあって、医学部があって、私立から国立まであって、そこと、いわゆる病院協会のようなところがありますよね。そういうところの結構な幹部の先生方と、あと各医師会の先生方で、やっぱり若手のうちの研修というものを、どれだけボリューム感をもって地域医療実習をやるのか。ほんのわずかだけだったら、もともとその分野を目指しているやつは、その分野に入っていくんですけども、まだ自分探しで揺れ動いているという若手はいっぱいいるんです。その中で、それなりのボリューム感を実習しないと、やっぱり現場がわからないというのはあるので、そこを受ける側の病院ないしは地域の先生方の負担感とのバランスで、でも、やっぱりまあまあたっぷりの研修期間をつくりたいという、この微妙な設定というのをやっていくべきかなとは思っています。

ただ、先ほど、例えば芝先生とか、いろんな方からのコメントがあったように、地域、地域の基幹病院が積極的に研修医に対して地域を見させるというスタイルをやってくださっているので、5年単位で、こうやって見ると着実に進歩しているかなという感じはあるんですけど、もう一回り、ギアを1個上げるにはどうするのか、これは厚労省マターだけではまず無理で、文科省もということになってきて、ちょっと風穴を開けられるかわかりませんが、ちょっとねちねちやっていきます。

○新田会長 ありがとうございます。

文科省も厚労省から課長が行って、在宅医療という項目がおとし入ったんですね。ただ、誰が全国の大学で教えるかというのが課題になりまして、そういったことも議論したことがあるんですが、少しは教育にも入り込んでいる感じがしますが、いろんな課題が残っていると思っています。

何せ都立病院の実習から僕はとっているんで、都立病院で地域研修というのと、保健所研修、保健所が悪いんじゃない、もう地域、入りましたか。そこがきちんとやれば、そこさえできれば、全体に広がるのかなと思っていますが。ありがとうございます。

ほかに何かご意見はありますか。今の話でも、全く別のことで結構でございます。

どうぞ、高松委員。

○高松委員 すみません、東京都薬剤師会の高松です。

意見なのですが、2025年に向けて、今、皆様方もさまざまな事業をやっていると思うんですが、会議を続けていて、時々ロードマップが見えにくくなってしまふようなところも感じます。要所でその辺の進捗状況、マイルストーンのところで確認する資料が出てくるといいのかなという感じはしました。事業の中でも、今見ている市区町村によっても取り組みの深さだとか、幅だとか、結構ばらつきが出てきますので、その辺のところも検出化していく必要があるのかなと思いましたので、そういうのも一覧で見れるといいかなと思いますので、よろしくお願いします。

○新田座長 ありがとうございます。

きょう、参考資料でアからクの東京都全域の、こういったようなものも、前はこういった資料出ていなかったんです。3のところのアからク。じゃあ、実際、市区町村こうやってオープンするといやなので、出ていなかったのも、こういうふうオープンする、そういったようなことも作業も含めて必要だというふうには、十分感じております。これからも考えていければと思いますが、よろしくお願いいたします。

それでは、今の説明で議事全体終わりますが、議事全体についての質問、ご意見等に入っていきますが、何でも結構です。今まで、最初からの説明等も含めて、見えなかったこと、ご意見等がありましたら、よろしくお願いいたします。

どうぞ。

○飯島委員 すみません、前半の議事でコメントしなくちゃいけなかったのかもしれない

んけど、平成31年度のこういう取り組み案がいっぱい出たんですけど。将来推計の話で、ワーキングでいろいろもうちょっと検討していきますってお話だったんですけど、これ、新田先生や西田先生がいる前で僕が言う話でもないかもしれないですが、東京都医師会の我々が入っている地域包括ケア委員会で、ついこの間24時間体制をどういうふうにする、患者様から見ての24時間どうやって守ってもらえるんだろうということよりも、従事者側から見て24時間体制をどういうふうにつくり出すかということ、東京都医師会が中心になって都内全域に力わざの大規模サーベイを展開したという。その初期解析が終わって、今答申といいますか、サマリーが出てくるというところで、そうすると、やっぱり在宅医療全般を見れたわけではないんですけども、でもやっぱり一人一人の生のフリーコメントもあったり、あとは区市町村の何となく、こう、雰囲気、いや、これ以上無理ですよ的なにおいがわかる区もあれば、まだまだちょっと頑張ってもらえそうだねという伸びしろが感じられる市もあったりということで、そこら辺って結構将来推計を既存のデータベースからさっさとやっていくのも当然必要と同時に、やっぱり生の声が反映されているわけですよ。だから、そこら辺も見て、何だろう、ちょっともうこれで限界です的なコメントだったとして、そこに将来推計を見せたときに、どう変容してくれるのかという期待もすると同時に、もしかしたら限界かもしれないよ。だから、そこら辺を微妙なあんばいで、こう、何だろうな、この会議で設定していかないといけないんじゃないかなというふうに思っています。

あと、もう一つ、先ほどICTのところ、ちょっと補足コメントですけど、確かに新田先生おっしゃるように自治体はほとんどシステムを導入したんだと。だけど、あとはその使い方、あとはシステムは導入されているけれども、在宅療養の患者様に携わる多職種みんなが本当にどこまで参画しているのかというところが一つ課題かなと思います。ですから、これはちょっと抽象的な言い方ですけど、地域連携がベースにあった上でシステムが一つ潤滑にどれだけなりますかという構図だと思うので、そこら辺とあとは現状評価の上で、さらにギア1個上げるには、何が足りないのかというところのちょっと戦略的な見定めかなと思っています。

○新田座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○宮崎委員 私のほうから、患者家族の教育というところで、先ほどドクターへの教育にも最初が肝心と言われたのと同じように、家族への教育というのも実は始まる前にどれぐらい、こう、理解を育てられているのかというのは非常に重要なかなというふうに思っています。当事者意識を家族介護者予備軍といいますか、まだ始まっていない世代にPRしていく必要性というのは大事ではないかというふうに考えています。ただ、課題としては、そういった段階の方が、この医療というものと接点を持つ場が非常に少ないので、それがどこの切り口で実現し得るのかなというのをちょっとずつ

と考えていたんですけれども、やはり50代以下の子供から大人まで全部ですけれども、その方たちというのを考えたときに、例えば花粉症であるとか、風邪であるといったときに病院に行くその待合室にいるときに、例えば認知症の何かしらリーフレット、ポスター見ているかもしれないんですが、自分と関係ないなと思ってしまっていると思いますので、例えばそういった世代に向けた何かしらPRのデザインというのがあるといいのかなというふうに、ちょっと思いました。

○新田座長 どうぞ。

○山口委員 今、宮崎委員の言われた、非常に大事だと思います。今、医師会でも非常に予防といいますか、健康維持ということでいろいろ講演会をされたりしています。東京都でもやっていますが、そういうときは非常にたくさん人が集まるというように聞いています。やはり健康に関する関心度、非常に強いわけです。健康に関心がある方というのは、ある意味で患者予備軍でもあるし、そういうところを利用して、付加的で結構ですけども、かかりつけ医、医療のシステムとかいうところもやったらどうかというふうに、僕は提案したことがあるんです。医療のシステムとか、あるいは在宅の流れとかは健康教育に近いと思うんです。在宅医療についてと公開講座やっても、そんなに集まらないと思うんですが、フレイルといえぱたくさん来るわけですね。ですから、フレイルプラス在宅というような形で、少しでも覚えていただく、見ていただくということで、教育が本当に大事だと思います。教育というか、広報ですね。

○新田座長 ありがとうございます。

葛原委員。

○葛原委員 今の流れでいきますと、やはり今健康づくりと介護予防の一体化ということが言われてきているというところでは、今言ったような切り口でもありますし、地域包括支援センターは本当に身近な地域と接する場が多いので、やはり私たちの課題も無関心層というか、関心のない方にどうアプローチするかというところが、やっぱり非常に課題になっていて、できるだけ包括のほうでも待っているだけの相談ではなくて、やっぱり地域に出向いて行って小さなグループとか、そういったところにも声をかけていくという、そういったときに東京都さんがつくっていただいたパンフレットですとか、そういったものを利用しながらやっていきたいなというふうにはちょっと思っております。

○新田座長 ありがとうございます。

今の家族、患者さんへの普及啓発というのは、厚労省も含めて、厚労省もパンフをつくりました。東京都も今度ビデオをつくりました。ぜひ、見ていただきたいなと思いますが、それはやっぱりいいビデオでございますから、ぜひ見て、それで家族と地域でも、皆さん集まる場所で使っていただければ、もっともって皆さん理解していただけるなというふうに思っております。よろしく願いいたします。

もう一つ、先ほど飯島委員が言われた需要と供給のその辺の将来性、これもとても重

要な話で、きめ細かいということで、今、それは今出ている数字というのは地域医療計画における病床計画からの数字なので、まだまだ見えないものがあって、実際は在宅等は区市町村のいわゆる介護保険事業計画とか等々からも含めて、それぞれ違いがあって数字が出てくるなというふうに思っているんです。だから、その辺のところの事業設計をどのように出していくかというのは、市町村の介護保険事業の推計、あるいは国保だけじゃなくて、後期高齢者の推計、先ほど西田委員が言われたKDB等も含めて、その推計値も必要だろうなというふうに思って、そこをさらにきめ細かく。それに応じて、供給体制をどうするのかというのも含めてやらないと、在宅医療をふやせ、ふやせといっても、なかなか見えないものがあって、やっぱりそこと連携していくんだらうと、そうすれば見える化して、やっぱりこの地域にはこれだけの先生たち、あるいは看護師さん必要だろうと、介護士も含めて、というふうになってくると思いますので、ぜひまた作業部会も含めてやっていきたいと思いますので、よろしくお願いたしたいと思います。

ほかにご意見ありますでしょうか。

どうぞ。

○飯島委員 何度もすみません。先ほど山口先生のほうからコメントがあったように、例えばフレイルというと確かに市民公開講座というのは入りがいいんですね。それで、都民に対してイメージアップをさせるに当たって、フレイルの宣伝本部長みたいな立場ですと、シンプルな図で、ここら辺がフレイルで、だから今頑張ればこう戻れるんだみたいな、シンプルかつすとんと入るようなメッセージやっていますけども、このライフステージというんですかね、生まれてから学童期、いわゆる体づくり、あと社会人のど真ん中、中年層、若手から中年層にかけていわゆる典型的なメタボ的なもの、あとは健康診断というものをばかにしちゃいかんよということ、そして徐々にカロリー摂取に対して、何といいますかね、メタボだったらカロリーセーブだけど、フレイルだとむしろ取らないといけないという、そろそろ考え方のギアチェンジで、最終的にはしっかりしたフレイル対策という、それで、最後終末期という、そこに在宅療養というものがしっかり守ってくださるんだよという、この全体のライフステージの国民目線の、何かわかりやすいものというのがあるならば、都内でもう既につくられているならば活用もつとうまく、うまい場で活用した方がいいなと思うし、もしないならば、そういうのって何か1回つくってもいいのかなというのがあるって、ちょっともう取り組みのプランがあるので、何か改めて差し込んでくださいという意味ではないんですけども、そういう、何かそういう国民にずっと入りやすい、そういうのが各クリニックでも大きくポスターで張ってあるとか、何かそういう国民啓発の戦略の一つとしてという、さっきちょっと思い浮かんだのでということでもあります。すみません。

○西田委員 これ、まだ予告編にすぎないんですけども、私もここすごく、宮崎委員がい

われたのも重要で、ここが今まで一番抜けていて、結局、地域包括ケアシステムについても専門職の間で話しているだけで、当の地域住民が全くそこに参画していない、理解が得られていない。東京都医師会で、一応会長の許可はもらったんですけども、都民向けの講座をやろうと思っているんです。それは1回だけどんとやっても全く効果ないので、例えばメタボとフレイルとか、認知症とか、在宅医療とか、あるいは医療のかかり方とか、子育て支援、障害者支援、まちづくりみたいな、そういう切り口で授業の項目を設けて、それを繰り返してやって、やるだけじゃなくて、それを受けた方は地域に帰って、何か医師会とコラボして、地域で同じようなことを広げていってもらおう、活動に加わってもらおうというようなことができればいいなど、ちょっと今、事業計画を立てている最中です。

○新田座長 国民と一緒にいかないと始まらないよね。それは、もうそのとおりなんですけどね。それはもう各、恐らくここに参加の区市町村の方も皆さんだと思いますが、どうでしょうか、何かそちらからご意見ありますか。

どうぞ。目が合いましたので、どうぞ。

○塚田委員 私たちのところでは、この在宅療養の推進する会議体を医師会を中心に多職種連携という会議体をやっています、ことし10回ほど会議をやったんですけども、合わせて5回ほどの研修を組みました。それは、ケアマネとか専門職向けの研修だけではなくて、1回は区民講座ということで江戸川区では実施しまして、区民の方、そのときには200名ほどお集まりだったかと思うんですけども、それも一般の区民だけではなくて、ファミリーヘルス推進員という、地域のそういう健康づくりのリーダー的な方ですとか、町会、自治会のそれなりの立場の方とか、地域の方に発信力のある方を区民としてお招きして研修したということがございます。そういう取り組みを地道に続けていく中で、地域にどう浸透させていくのかというのが一つ課題かなと思っています。

○新田座長 一つは、皆さん、恐らく区市町村でとてもいいことやっているんだけど、もっとオープンにして、東京都あたりも含めて、そういう情報を集めて、こんなことやっているんだよという、そういうようなものも必要ですよ。それは民間で結構やるんですけども、厚労省だって結構やるじゃない、事例集ですか、いいことやっているよと。東京都もそういったようなことも含めて、こういう、江戸川区ではこんなことやっていますという。そうしたら、ああそうか、うちも隣でやりましょうかとか、そんなことも必要ですよというふうに、意見を拝聴していましたけど、よろしくお願ひいたします。

そのほか、ご意見ありますでしょうか。

もしなければ、これで本日の会を終了して、事務局にマイクをお返ししたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○久村課長 ありがとうございます。



後半の議論のほうは聞かせていただきまして、最初の来年度の新規事業名の取り組みでご紹介させていただきました地域で安心して医療を受けられる環境づくり、こちらにつながる議論かなと思っておりますので、きょういただいたご意見も参考にして、こちらの部会のほうで検討を進めてまいりますので、本当に都民の方に安心して医療を受けていただける。今、医療、介護につながっていない方、理解、興味、関心のない方にどうアプローチしていくかというのをこの部会の中で検討していきたいというふうに思っておりますので、よろしく願いいたします。

それから、ちょっと事務局から補足させていただきたいんですけど、先ほどポータルサイトのところで、山口先生から事務局のお話等もいただいたと思うんですけども、今、先ほどの資料6の2枚目のところがございますが、上段の東京総合医療ネットワーク、病病・病診連携、こちらの取り組みは、東京都医師会さんのほうで実施されておりましたして、そちらに対して東京都が補助、支援をしているというような関係になります。一方、下のほうの、こちらの多職種連携のポータルサイトについては、東京都のほうで実施をいたしますので、事務局機能といたしましては、東京都が責任を持って実施していくというふうな形になります。

それから、山口先生、病院の地域医療連携ネットワークなかなか経費がかかるんだ、2,000万というお話いただきましたけども、一応、東京都のほう、その2,000万の2分の1ではございますが、1,000万を上限に地域医療連携ネットワークシステム導入を支援する補助制度も実施しておりますして、去年、ことし当たりは、やっぱり東京総合医療ネットワークというのを念頭に置かれて、個別ネットワークをまずつくりたいというふうなご相談も結構来ておりますので、そういう意味では東京総合医療ネットワークとまた地域の取り組みというのが、相乗効果でこれからも進んでいくんじゃないかなというふうには思っておりますので、また引き続きよろしく願いいたします。

それでは、事務連絡をさせていただきます。

まず今後、来年度のこちらの会議でございますが、先ほどご説明いたしました事業の進捗管理、あるいは評価についてまたご議論いただくと。それから、32年度要求に向けてご議論いただきたいというふうなところを考えておりますので、夏前ぐらいにできればなというふうにご相談も結構来ておりますので、また事務局のほうからご連絡させていただきますので、引き続きよろしく願いしたいと思っております。

また、本日の資料でございますが、机上に残していただければ事務局からご郵送をいたします。

最後に、お車でいらっしゃる方、駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせいただければと思います。

それでは、以上をもちまして、東京都在宅療養推進会議のほうを終了とさせていただきます。本日は活発なご意見、どうもありがとうございました。

(午後 5時49分 閉会)