

令和5年度第1回東京都在宅療養推進会議議事録

日時 令和5年7月4日（火）午後6時30分から

会場 WEB会議（都庁第二本庁舎10階203会議室）

議事

- （1）保健医療計画における在宅療養に関する取組の進捗管理、指標に対する評価について
- （2）保健医療計画の改定の内容、方向性について

報告事項

- （1）インターネット福祉保健モニター（ACP）のアンケート結果について

資料1 東京都在宅療養推進会議委員名簿

資料2 東京都在宅療養普及事業実施要項及び東京都在宅療養
推進会議の運営に係る細目

資料3 進捗評価について

資料4 保健医療計画進捗管理について「指標への到達状況」

資料5 保健医療計画進捗管理について「令和4年度各事業の取組状況」

資料6 第8次保健医療計画における在宅療養の提供体制についての検討

資料7 東京都保健医療計画「在宅療養」骨子案

資料8 インターネット福祉保健モニターアンケート結果

参考資料1 令和5年度在宅療養に関するとの取組

参考資料2 令和5年度訪問介護・医療共同推進に向けた取組

参考資料3 「東京都保健医療計画（平成30年3月）※「在宅療養」部分の抜粋

参考資料4 「東京都保健医療計画中間見直し（令和3年7月）」

※「在宅療養」部分の抜粋

参考資料5 在宅療養関係データ

開 会

午後6時30分

○道傳地域医療担当課長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和5年度第1回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、東京都保健医療局医療政策部地域医療担当課長をしております道傳と申します。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。

初めに、本日の会議資料の確認をさせていただきます。お手元の資料を確認ください。

資料は、資料1から資料8まで、参考資料1から5まででございます。

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いたしまして、資料をデータ形式のみお送りしております。ご不便をおかけいたしますが、何卒よろしくお願いいたします。なお、今回、会議の直前に資料の差し換えがありまして、大変お手数をおかけし申し訳ございませんでした。

それでは、続きまして会議の公開についてご説明いたします。

当会議は、会議、会議録、会議に関する資料等につきまして公開となりますので、よろしくお願いいたします。

また、WEBでの開催にあたりましてご協力いただきたいことがございます。大人数でのWEB会議となりますので、お名前をおっしゃってからご発言いただけますようお願い申し上げます。

また、ご発言の際には画面左下にありますマイクのボタンにてミュートを解除していただければと思います。また、発言しないときには、ハウリング防止のため、マイクをミュートにさせていただきますようお願い申し上げます。

次に、今年度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2、東京都在宅療養推進会議委員名簿の記載の順に紹介をさせていただきます。

足立区福祉部高齢者施策推進室地域ケア推進課長の瀬崎正人委員でございます。

○瀬崎委員 足立区、瀬崎です。どうぞよろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 お願いいたします。続きまして、清瀬市生涯健康部健康推進課長の西川直宏委員でございます。

○西川委員 西川でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 どうぞよろしくお願いいたします。

ほか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ことで、ご了承いただければと存じます。

次に、本日の推進会議の出席状況の報告をさせていただきます。

本日は小島委員、高木委員より、所用のためご欠席とのご連絡をいただいております。また、吉澤委員につきましては、少々遅れてご参加いただくということでご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、併せてご了承をお願いいたします。

それでは、以降の進行につきましては、新田会長、お願いいたします。

○新田会長 新田でございます。皆様こんばんは。

それでは、これから私が進行役を務めて議事に入っていきたいと思っております。お手元の次第に従いまして進めてまいります。

まず1つ目は、保健医療計画における在宅療養に関する取組の進捗管理、そして指標に対する評価です。

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、事務局から説明をよろしくお願い申し上げます。

○事務局 医療政策部医療政策課の井床と申します。ここからは私から説明をさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、資料の共有をさせていただきます。皆様、資料見えておりますでしょうか。

資料3に基づきまして、進捗評価について、こちらをご覧くださいと思います。

東京都保健医療計画におきましては、5疾病5事業、そして在宅療養について、保健医療計画に基づいて様々な取組を進めているところでございます。

計画の中で、在宅療養につきましては、ほかの5疾病5事業と同様に、評価指標を設定しておりまして、事業の取組状況あるいは指標の評価につきましては、保健医療計画推進協議会で進捗の管理・達成状況の評価を実施しております。

本日の会議の中で事業実績や指標の達成状況等について評価していただきまして、その評価結果を保健医療計画推進協議会に報告をして、協議するといった流れになっております。

続いて資料4について、指標への到達状況をご覧くださいと思います。

保健医療計画では、在宅療養推進に向けた課題とその取組を記載し、取組に対応する形で各指標を定め、その指標の達成状況について記載しておりまして、策定時と実績の数値を比較して、どこまで達成されているか、AからD段階で評価を入れるものとなっております。

AからDの目安は、およそ策定時と比較して5%以上を目安に良いほうに進んでいけば、その指標の達成状況はA、5%未満を目安に良いほうに進んでいけばB、大きな変化がなければC、後退していればDといった具合でございます。

各指標の達成状況についてですが、こちらの下をご覧くださいまして、訪問診療を実施している診療所数、病院数と、退院支援を実施している病院数、診療所数は、それぞれB

ということで、大きな伸びはないというところでございますが、それ以外の指標は数値としては大きく伸びておましてAと評価をしております。

1点、斜線を引いております訪問看護ステーションの看護職員数は、出典となります衛生行政報告例が隔年の公表となるのですが、この7月に示される予定とのことです。この指標については3年目の、こちら6,699人の数字を用いて評価ということで評価をしております。

また、次の資料5ですが、各事業の取組状況でございます。こちらは、令和4年度の事業の実績をまとめてございます。こちらの事業実績と、先ほどの各指標の達成状況を合わせて、総合評価を決めるといった具合になってございます。

事業実績については、予算規模で計上した数値を満たせなかったものもございますが、計画において挙げております各課題に対応する形で、様々な取組を実施できている状況と認識しております。

資料4に戻りまして、以上を総合的に勘案するとともに、各指標の平均を取るような形で、総合評価としてはAとさせていただきます。

委員の皆様には、こちらの評価について率直なご意見を賜りたく思いますので、どうぞ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。

ただいま事務局から説明がありましたが、今の説明に対して、内容に対してご質問、ご意見等がありましたらご意見をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

医師会の佐々木先生、よろしくお願いいたします。

○佐々木委員 お世話になっております。東京都医師会理事の佐々木でございます。

全くこのA評価でいいと思うんですが、Bになったところについて、これは前から言っているんですが、診療所数でカウントすると確かに増えてはいないように見えるんですが、恐らく従事している医師の数で見ると増えていると思われまして。

ですので、前からのデータの連続性ということであれば、この診療所数でいいんですが、できれば参考値として、診療所に従事している医師の数というのも出していただくと、もっとはっきりとした傾向が分かるんじゃないかと思えます。

よろしくお願いいたします。

○新田会長 適切な意見をありがとうございました。

いわゆるソロプラクティスだけではなくて、1つの診療所の何人かの医師も含めて、そうしたところが増えている中で、今、適切な意見だと思います。

なかなかそのところまで事務局、数値を上げるのはなかなか大変な作業になると思いますが、できそうですかね。

○事務局 そうですね。適切な数字が取れるのかどうかというのは、国のほうから提示されているデータも含めて確認をした上で、また多分次の医療計画とかにも関係してくるところかなと思いますので、こちらでも持ち帰って検討させていただきたいと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

例えば、看取り等もちろん増えているわけで、それが、診療所が増えないにもかかわらず、なぜ増えているかとなると、恐らく先生の意見が正しいだろうと考えますが、どうでしょうか。

清水先生、どうぞ。

○清水委員 まさに今おっしゃったとおりで、できれば実数を挙げていただきたいというのが一つ。それから、もう一つ私のほうから発言させていただきます。

取組の3のところです。退院支援の病院数と診療所数ですが、病院数はいくつあるかわかりませんが、恐らくもう上限に達しているんじゃないかと思います。そのために拾い上がってしまえば実数はもう伸びないんで、これはBになる可能性があります。

それから、診療所に関しては、有床診療所の数の問題もありまして、診療所が実際今のくらい有床診療所があって、その有床診療所が退院支援をどのくらいしているかという問題もあるので、そういう点ではこの取組の3というのは、ずっとBになる可能性もあります。

特に実数は達成されていると思うので、その病院のところは一回チェックが要ると思います。

○新田会長 ありがとうございます。

確かにこのままいくと、B、Bという話で、何かやってないような気がしちゃいますよね。これも評価の仕方だろうと思いますので、これはきちんと外に出す場合も、こういった議事録も含めてあったということで、出していけばいいかなと思いますが、どうでしょうか。

清水先生、ありがとうございます。

宮崎委員、どうぞ。

○宮崎委員 取組5についてですが、評価の対象に含まれている前提なのかなと思っていましたが、実際の実働として取組5に関する結果が出ていない、入っていないなと思いました。

そうだとすれば、評価Dであるとかいった何かしらが入って、その平均になるのが妥当なのかなと思ったんですが、このあたりの考え方というのを伺いたいと思いました。

○新田会長 在宅療養に関する都民への普及啓発についてという話ですね。

これは井床さん、今のは答えられますかね。

○道傳地域医療担当課長 すみません。地域医療担当の道傳よりお答えさせていただきます。

今回、保健医療計画の指標といたしましては、今委員おっしゃられるとおり、取組5についての指標が設定されていない状況でございます。

それにつきましては、資料の5として、保健医療計画の事業実績としてお取りまとめした資料がございます。この中でも、課題と取組ごとで、これまで取り組んできた事業の実施状況を取りまとめております。

説明については省略させていただいているところですが、そのうち取組5の普及啓発につきましては、再掲となっているんですが、在宅療養普及事業というものをやっております。この在宅療養普及事業につきましては、課題1の取組1のところに、今回皆様にご出席いただいている在宅療養推進会議であったりとか、あるいは区市町村地区医師会との連絡会議といったことも含めて、取組を行っているということで、最終的には、この指標の実績と、こういった各取組の実績、内容を総合的に勘案しまして、総合評価をつけるという建付けとなっております。

この総合評価の付け方につきましては、冒頭に資料3でご説明をさせていただいたところの中段のところに、各指標の評価と各取組実績を併せた形で、全体の疾病・事業評価を行うという形になっておりまして、そのような形になっております。

○新田会長 宮崎さん、よろしいでしょうか。

○宮崎委員 今のご説明を伺えば、何となく理解は伴うんですが、そうであれば、例えば、その他という形でこの表の中に入れるとかういったことにはならないんでしょうか。

何か単純にぱっと見たときに、取組5が抜けているのに、この総合評価が出ているというのは何でなんだろうという違和感、誤解を与えるのかなと思いました。

○新田会長 ありがとうございます。

道傳さん、どうでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

今回、総合評価のところ、指標のところの頭につけている関係で、指標のみでこの総合評価が導き出されているとみられる可能性があるという点で、委員のご指摘のところはあるかなと思います。

そこは、ご説明の仕方というところに不備があったと思うのですが、実態としては、この指標と後ろの取組とセットで総合評価については出していくという形になっておりますので、そのようにこちらとしても取り扱いしたいと思っております。ありがとうございます。

○新田会長 逆に考えると、十数年経ってまだ普及啓発かという、その指標を評価しなきゃいけないのかというのは、何か不思議な感じがしないでもないですね。

だから、何かの形をまた、都民の普及啓発というのは、宮崎さん、逆に聞きたいんですが。在宅医療について、これは当たり前のように、都民の方たちが今思っている感じするんですが、それはどういうふう感じられていますか、都民の1人として。

○宮崎委員 そうですね、この会発足当初と比較すれば、インフラの一つとして認知されてきているのかなとは感じています。

ただ、今日の後段でも出てくる話題だと思うので、若干被ってしまうかと思うんですが、在宅療養普及のKPIを何に求めるのかというところは、非常に繊細な話かなと思っていて、在宅医療というリソースがあるという認識はされていると思うんですが、在宅療養全体のタイムラインという認識という意味で言うと、都民にどこまでそれが普及しているのかというのは疑問を持っています。

医療関係者であれば、タイムラインを理解した上での選択ということは、十分できる段階かとは思いますが、都民自身はまだそこまで行ってないのではないかなというのを、個人的には感じております。

○新田会長 ありがとうございます。

国立の葛原さん、今のに関連してですが、在宅療養というのは地域包括ケアシステムの中できちんと根付いて、そこで各市町村としても進めていると思うんですが、葛原さん、何か意見がありましたらよろしくお願いします。

○葛原委員 国立市の葛原です。

市のほうで、地域包括ケアということで、やはり市民啓発とかはしているんですが、新田先生がおっしゃった、10年やってもまだそうなのかということ、在宅療養とか一番身近なかかりつけ医というところにつきましては、まだまだ市民もどこにどういう人がいるとか、どうなるというのがまだ分からないということは、現状としては活動の中では思っております。

ですので、これについてはまださらに普及啓発するということで、評価をしていただければなと思います。

○新田会長 了解しました。ありがとうございます。

ほかの皆様の委員の皆様の意見はありますか。

もしなければ、多数の意見をありがとうございました。ただいまの意見では事務局と私で確認して、まとめは一任させていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

それでは、第8次保健医療計画における在宅療養の提供体制についての検討です。

まず事務局から説明していただき、その後、委員の皆様から意見、質問などをいただきたいと思います。それでは、よろしく願いいたします。

○事務局 井床からご説明をさせていただきます。

まず資料を共有させていただきます。資料6をご覧くださいと思います。

保健医療計画の改定の内容、方向性については、今から説明いたします部分と、大きく分けて2つのテーマについて、本日はお話しできればと考えております。

1つ目がこの資料6を用いまして、次期保健医療計画における在宅療養の提供体制についての検討でございます。

この点については、昨年度末3月28日に実施いたしました在宅療養推進会議、本会の会議においても、国における検討過程についてお伝えしたところでございます。

その後、3月31日付けで国の指針が正式に示されまして、国の資料の中では、こちらは「在宅医療の」となっているんですが、我々のこれまでの会議や計画の中ではこれまでも「在宅療養の」ということをご説明しているところです。

ですので、これに合わせる形で、在宅療養の圏域の設定、在宅療養において積極的役割を担う医療機関、また在宅療養に必要な連携を担う拠点について、国の指針の内容をご報告させていただきます。

その上で、都におけるそれぞれの考え方について検討できればと思います。

今ご説明したとおりの順で説明をさせていただきます。

まずは在宅療養の圏域の設定単位の考え方についてでございます。

こちらは、国の指針からの抜粋になります。「圏域を設定するに当たって、従来の二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定」とございます。

また、「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」とございます。

続けて、在宅療養において積極的役割を担う医療機関についてでございます。

こちらも国の指針からの抜粋となっております、まず想定される設定例としては、「在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院等、地域において在宅医療を担っている医療機関」が設定例となっております。

目標としては、「在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと」、「多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと」、「災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと」、「患者の家族等への支援を行うこと」となっております。

③の求められる事項としては、6項目挙げられております。先ほどご説明した目標を達成するために求められる事項ということで、こちらの読上げは省略いたします。

最後に、在宅療養に必要な連携を担う拠点についてでございます。

こちらも国の指針からの抜粋です。まず想定される設定例としては、「病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、保健所、市町村等の主体のいずれか」となっております。

また、※印として、「区市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組との連携を図ることが重要であり、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体と在宅医療に必要な連携を担う拠点とが同一となることも想定される」、また、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関が在宅医療に必要な連携を担う拠点となることも可能」と、国からは示されております。

また、続いて目標としては、「多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること」、「在宅医療に関する人材育成を行うこと」、「在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと」、「災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと」となっております。

③の求められる事項としては、5項目挙げられております。こちら先ほどの目標を達成するために求められる事項ということで、読上げは省略をいたします。

以上を踏まえた検討事項についてでございますが、まず(1)として、圏域設定についてでございます。

次期第8次保健医療計画においては、この事業推進区域というのは、圏域についての都独自の考え方でございまして、在宅以外の疾病事業別にも設定をしているものですが、この事業推進区域について、区市町村を単位としたいと考えてございます。

これについては、3月の会議においても同様にご説明をさせていただきまして、原則は区市町村としつつも、小児とか難病については、もう少し広い広域で考えるのが適切だろうというご意見をいただいたところでございます。

国の指針が出た後ということで、改めての確認の部分になりますが、何か追加でお考えがございましたらいただけますと幸いです。

(2)として、都における在宅療養において積極的な役割を担う医療機関と、在宅療養に必要な連携を担う拠点についてでございます。

こちらは国の指針で示された内容をベースとしつつ、指針の中では「これらを医療計画に位置づけること」とありますので、都として選定なり指定なりを今後行うことを考えており、具体的手順等は都のほうで検討をさせていただきます。

在宅療養に必要な連携を担う拠点については、先ほどの※印のところにもありましたが、これまで国の在宅医療・介護連携推進事業を区市町村単位で行ってきた経緯ですとか、今回示された求められる事項の内容を踏まえますと、区市町村が基本となるのかなというところで、そちらと区市町村を基本として、協働して事業を実施する団体等を併せて、選定するようなことになるのかなと考えてはございます。

その上で、国から示された指針の内容を都で展開するに際して、何か注意すべき事項とかご意見等を、この場では賜りたいと思っております。

以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

ただいま第8次保健医療計画における在宅療養提供体制の検討ということで、昨年度末の3月28日に、最後のような話をここでされたことを、皆さんご記憶だと思っておりますが、さらなるご意見等がありましたらお願いしたいと思っております。

たしか、前回3月28日のときに、佐々木先生から、区市町村という単位で了解して、なお難病あるいは医療ケア等、小児等に対しては、それは圏域には限らないという、そん

なような意見が佐々木先生からあったことを、記憶を思い出しましたが、佐々木先生、改めてどうでしょうか。

○佐々木委員 佐々木でございます。

おっしゃるように、圏域の設定については、まずは区市町村単位ということでよろしいと思いますし、事業推進区域と考えると、いろんな難病にしろ、がん末期とか、それぞれの疾病の特性に応じた区域の設定でよろしいかと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

ほかの委員の皆様、何かご意見はありますでしょうか。

清水先生、いかがでしょうか。

○清水委員 まさに今おっしゃったように、例えば、緩和ケアなんかも、医療圏としてと同じ区市町村、身近な区にはないんですね。ですから、それを含めて少し疾患別に広げた形をするのはいいかと思います。

そうしますと、インフラが充実していない地域ではあっても、連携によって他圏域の資源が有効に役立つこととなりますので、今おっしゃったように、区市町村単位が基本であって、そこに疾患別に拠点みたいなのが別に近くにあって、それを使わせていただくというのが、効率もいいのかと思いますので、今の意見に大賛成です。

○新田会長 ありがとうございます。

高松先生、どうぞ。

○高松委員 東京都薬剤師会の高松です。

今回の第8次の医療計画の中に、ようやく薬局であったりとか薬剤師という文言が入ってきました。

それは、在宅の場面の中で薬剤師や薬物療法への関わり方というのを、積極的に医療計画にも組み込むことが重要だということで入ったと記憶しております。

ですので、今後の在宅療養のところでは、今緩和ケアの話もありましたが、薬物療法に関わる場所に関しては、ぜひ薬剤師、薬局のほうを検討の中に組み入れて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 ありがとうございます。

今、本当に薬剤師の方が地域で活躍するような、目を見張る活躍するようになりましたよね。これは大きな進歩だと思っています。ありがとうございます。

皆様、ほかに意見はありますでしょうか。

この中身を、さらに、先ほど説明がありましたが、中身を検討していくのもなかなか大変なことだと思いますが、これから一步一步この体制をつくり上げていくという必要がありますので、また協力をお願いしたいんですが、どうでしょうか。

佐川委員、どうぞ。

○佐川委員 東京都看護協会の佐川です。

事務局よりご提案いただいたとおり、区市町村単位ということで私も賛成でございます。

また、先ほどの意見で、難病等につきましては、難病の医療については各医療機関あると思うんですが、難病の申請については、各保健所が担っていることもあり、特別区においては23区それぞれの保健所で担当するのですが、市においては5つの保健所がありますので、そういったことも踏まえて、想定される設定例ということで、保健所ということも入っているのでもいいかなと思います。

また、災害時及び災害に備えた体制構築の対応ということも目標として入っておりますので、各区市町村、災害時の計画というのでも立てていることと思いますので、区市町村単位というのは本当に適切なことかと思えます。

○新田会長 ありがとうございます。

保健所機能の問題と、もう一つ災害の問題ですね。

これはとても重要な話で、災害時はMCS等のことを地域でも進めるという話になっていて、もちろん個別の医療機関ではなかなか難しいので、区市町村と一緒に進めるという話も出ていますので、今のご意見を参考にしてまたいければと思います。

佐々木委員、どうぞ。

○佐々木委員 東京都医師会の佐々木でございます。

これは、国の第8次医療計画なので、ここで言うのは適切でないのかもしれないんですが、これは災害となっているんですが、なぜ感染症医療というのが入っていないのかなと思います。

今回、新型コロナで皆さん感じているのは、感染症パンデミックのときの在宅医療の果たした役割、できなかった役割というのは、非常に大事だと思うんですが、今度、5疾病とか6事業ということで、そっちのほうには入っているんですが、この第8次医療計画という言葉の中に「感染症対応」というのが入っていないのはどうしてかなと思うんですが、いかがでしょうか。

○新田会長 また大変なご質問でございますが、答えられるかどうか分かりませんが、道傳さん、これなかなか答え難しいんじゃないですかね、逆に言うと。

というのは、恐らくコロナ対策を含めて、まだまだ、正確に言うと、東京都が本当に総括したのをまだ見てないんですが、それを含めて次なる解決策を見出さないといけないなと思っていますが、いかがでしょうかね。

話がちょっとずれますが、3週間前、日本医師会の調査団で、イギリス、フランス、ドイツに行ってきました。

各国がそれぞれ本当に違った対応を、かかりつけ医、家庭医、病院、それぞれ本当に違った、微妙な違った対応しております。その中でどう総括するか、意見を出していくのがなかなか難しいところがありました。

そうすると、日本のコロナ対策に対してどうしたかということも触れなきゃいけないところですよ。

これがつくられた第8次医療計画の在宅療養のこの会議の詳細の中では、最後のかかりつけ医の中で話されていたんですが、まだまだ余りそこは解決しない中で、この8次医療計画が出されたんじゃないでしょうか。

ということで、これは東京都の問題として、先生が言われるように、これからどう組み入れていくかというのを、また課題としてということでどうでしょうか、道傳さん。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

今回国の示されている指針の中では、おっしゃるとおり、この在宅の分野に感染症という言葉がなかなか見つけにくい状況になっております。災害というのはあり得るところです。

ただ、私どもとしても、コロナの状況を、地域の先生方の様々なご協力いただきながら乗り越えてきたというところを、今後の在宅療養の体制の充実に活かしていく必要があると考えておまして、そのことにつきましては、次の議題の次期計画の骨子のところでも少し触れさせていただいておりますので、そちらも含めてご意見等をいただけますと幸いです。

○佐々木委員 十分了解しておりますので、ありがとうございます。

○新田会長 ありがとうございます、

これは非常に大きな問題で、まだまだ皆様、考えを続行することが多々あると思いますが、もしご意見がありましたら、また事務局までしていただければと思いますが、よろしいでしょうか。

それぞれ皆様を指名すると、それぞれ皆さんがそれぞれ意見を言われて、きりが無いと思うんですが、どうでしょうか。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、第8次医療計画における在宅医療の提供体制の検討で、再度確認で、東京都といたしましては、区市町村単位とすると。ただし、先ほどから話がありました難病、がん等々、様々なものに対しては、医療圏ももちろん超えて再度構築するということになっていきたいと思っております。ありがとうございます。

また、今の皆様のご意見、薬剤師会からのご意見、看護協会からのご意見も参考にしながら進めていきたいと思っております。よろしく願いいたします。

この件に関しても、事務局で確認して、最終的な取りまとめを含めて一任させていただければと思います。

それでは、次に報告事項です。

次に、8次医療計画の骨子案についてです。まず事務局から説明していただき、その後、委員の皆様からまたご意見、ご質問等をいただきたいと思います。

それでは、事務局、よろしくお願いします。

○事務局 事務局の井床から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。資料7をもちましてご説明をさせていただきます。

資料7を中心にいたしますが、参考資料3として、現行の第7次保健医療計画の在宅療養についての記述の抜粋がございます。その他、参考資料4として、現行計画策定3年後の中間見直し時の在宅療養についての記述の抜粋、あと、参考資料5といたしまして、在宅療養関係データとして、現状の社会状況とか社会資源に係るデータについても、併せてご参照いただければと思います。

説明は資料7を使って説明させていただきます。

2ページ目のところですが、以降、5つの取組としてスライドごとに大項目を立てております。

それぞれこれまでの取組と課題と今後の方向性と挙げておりまして、下に目標を示しております。

現行計画における取組や課題の立て方と比べまして、方向性としては大きく変更はしておりませんが、今回付け加えた部分を中心にご説明させていただきます。

取組1については、現行計画と大きな変更はなく、引き続き区市町村を在宅療養の実施主体として、地域の実情に応じた取組を推進することとしております。

また、この中では記述しておりませんが、社会状況として現行の計画策定時6年前と比べて大きく変わった点として、新型コロナウイルスの流行と、それに対応してきた地域の取組がございまして、こうしたこの間の変化も加味した上で、今後、この骨子案を肉付けしていければと考えております。

続きまして、取組2については、真ん中の課題のところ、災害時の支援体制の確保等へ取り組む必要とか、積極的役割を担う医療機関の確保の必要性について追加しております。

また、右側、今後の方向性の3つ目のポツのところですが、先ほどご説明した在宅療養において積極的な役割を担う医療機関の活用ということで、これらの確保により、今後ますます増えていく高齢者に対するの体制整備を、一層推進していくということを追加してございます。

またもう1点、1つ下のポツですが、令和4年に埼玉県ふじみの市で発生した在宅医の銃殺事件を受けて、在宅の現場における暴力やハラスメント対策としての安全管理とか、国のほうで動きが始まってきております在宅版BCPの策定についてです。

こちらは、病院と違って在宅医療機関等は比較的小規模であることとか、患者が在宅で療養しているといった特性から、これまでのBCPの枠組みでは対応しきれないということで、在宅BCPの策定について、いずれも個々の医療機関だけの話ではなく、区市町村行政とか関係団体等との連携によって、取組を推進していく旨、追加しております。

また、もう1つ下のところですが、先ほども佐々木先生からもお話しありました在宅療養における感染症等への対応について、保健医療計画の中間見直しの際にも、この辺記述としては入れているんですが、関係団体等と取り組んでいくとともに、地域における医療関係者間の連携体制を強化ということで記述をしております。

続きまして、取組3の部分ですが、在宅療養生活への円滑な移行の促進については、大きな変更は加えておりません。

引き続き、入退院支援の取組の推進とか、入院医療機関と地域の医療・介護関係者等の多職種との情報共有・連携を強化していくとしてございます。

取組4として、人材育成・確保についてですが、引き続き在宅療養を支える人材の確保・育成が必要としております。

最後、取組5ですが、こちらは都民の理解促進としておりますが、こちらも中間見直しで追加をしましたACPのさらなる普及啓発を含めて、今後の方向性に記載をしております。

その次の想定する指標については、今回の国の指針の中で示されております重点指標をピックアップしております。それぞれの取組と関連する項目に○を入れてございます。

最後に、現行計画や中間見直し時にも提示しております訪問診療必要量についてでございます。

こちらは、右側の①とつけておりますところですが、現行計画策定時の訪問診療を受けている患者数を基本に、地域医療構想の考えに合わせまして、2025年まで性別年齢階級別に数字を引き伸ばしたものとなっております。これは国より提示されているデータを活用した見直しが可能かどうかなど、今後、都のほうで検討してまいります。

また、左側の②については、これも現行計画策定時の療養病床入院患者の一部について、介護医療院や介護施設、訪問診療、外来医療を受け皿として引き受けた場合の訪問診療部分に割り当てられた数字でございます。

これは、この7月に保健医療局と福祉局と分かれてしまったんですが、福祉局の高齢施策推進部で策定をいたします令和6年度からの第9期高齢者保健福祉計画とも整合をとりながら、見直しを検討してまいります。

両者を併せて、今回は保健医療計画の対象年度でございます6年後の令和11年度までを目標として設定予定でございます。

こちらについての説明は以上となります。

皆様におかれましては、都の骨子案としてお示した内容に対して、幅広くご意見を賜りますと幸いです。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。

確かに、取組1から取組5と大変幅広いのですが、1つずつやっていきませんので、どの段階、どのところでも結構ですから、ご意見をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

恐らくこれは、行政に関わる人が多いので、行政の皆様からのご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

江戸川の吉澤さん、どうでしょうか。

○吉澤委員 お世話になっております。江戸川区の吉澤と申します。

昨日初めて見させていただいたので、今日の説明も含めてまた改めてしっかり見させていただきますが、特段、現時点で異論はありません。

先ほどのお話の中で、区市町村単位で今後進めていくというお話でございましたので、今回こういった指標も設定されるというところであれば、区市町村単位で検討する上での数値的なものとかを、どうやって把握していくのかなと思います。

そういうデータブック的なものがあるかどうかですが、そういうものもぜひ区レベルでも共有させていただけると、まさにその区市町村単位で進めていく上でも進めやすくなるかと思います。

我々がうまく調べ切れてないだけなのかもしれませんが、我々が見られないそういったデータがあれば、その辺をいろいろまた情報共有していただければいいかなと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

道傳さんか井床さんですか。井床さん、よろしくお願いいたします。

○事務局 先ほどの資料7の7ページのところで、想定する指標案ということで載せていたものについては、これは国のほうの重点指標ということで示されているものでして、この部分については、少なくとも国から毎年のデータというのが提供されているところですので、我々としても、区市町村さんに今後の評価考えていただくための指標として、情報提供できる部分については随時できればと考えております。

また、その他も、都で独自にというものとなると難しいんですが、また国から何かしら資料がデータとして提供されるたびに、区市町村さんには当然提供させていただいて、それぞれの事業実施に役立てていただければと考えておりますので、どうぞ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。

最初のときにご意見がありましたが、例えば、往診を実施している診療所、病院数という数だけじゃなくて、できればそこに従事している医師の数とかも含めて、あるいは看護師さんがどう入れるかとかということも含めて、東京都独自にできればなおいいかなと思います。よろしくお願いいたします。

足立区の瀬崎さん、どうでしょうか。

○瀬崎委員 足立区の瀬崎です。今回から初めて参加させていただいています。

非常に勉強させていただいて、区としてどんな取組ができるのかなというところを、一緒になって考えていければなと思っていますので、どうぞ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。

では、あと2人いらっしゃるんですが、清瀬の西川さん、どうでしょうか。

○西川委員 清瀬市の西川でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

私も4月から着任したばかりで、勉強中という形ですが、今回、この資料の中で取組4の在宅療養に係る人材育成・確保というのが、肝になってくるかなと、お話を聞いています。

と言いますのも、私は、以前、介護保険のところにおいて、介護人材の育成・確保がなかなか進まないというところの中で苦慮している部分があります。

なので、在宅療養に係る人材を確保していくというのも、今後、在宅療養を積極的に進めていく上で大切な部分になってくると思いますので、東京都でご支援いただけると助かるなと考えております。

○新田会長 ありがとうございます。

東京都で様々な取組で、実は人材育成もしているんですが、なかなかまだ見えるものになってないのは残念ですが、介護・看護、在宅の医師の人材育成も含めて、様々やっているんですね。

なかなか区市町村単位でやるのは大変なので、実績を含めてまた後ほど、東京都からお話を聞いて資料をいただけてください。よろしくお願いいたします。

佐川委員、よろしくお願いいたします。

○佐川委員 東京都看護協会の佐川です。

2点、ご質問があります。まず、取組2の地域における在宅療養の推進というところで、今後の方向性の4番目の災害時のところでございます。

資料5には、現在、人工呼吸器使用者に関する災害時個別支援計画の策定を実施している区市町村が、令和3年から令和4年にかけて9自治体から13自治体に増えています。23区と26市併せると49ですが、13自治体が実施という状況で、これをどういう指標を持っていくのでしょうか。

私は前職のときに、災害時個別支援計画の策定に力を入れてきたところですが、災害時の対応が人工呼吸器だけでいいのかというところでは、北海道地震のときに停電があって、吸引器を使っている方が、痰が詰まって大変な状況があったということです。

この事例から、今後の方向性については、人工呼吸器を使用している方だけではなく、他の医療機器を使って在宅療養されている方への支援も踏まえていただけるとありがたいと思います。

次に、取組4のところでございます。

在宅療養に係る人材育成・確保では、先ほどの委員の方のご意見にもありましたように、看護・介護・在宅療養に係る人材の確保・育成は、大事なところだと思います。

令和3年度の介護労働実態調査では、介護に従事される方の高齢化が進んでいること、事業所が良質な人材の確保が難しいという割合が高いこと、その理由として、人材の確保のための賃金のこと、経営が苦しいことも、意見として出ています。

このことから、経営が成り立つような仕組みも必要なことです。また、働く方のやりがいでは、研修の仕組みができていくということが大事という回答もあります。そういったことも踏まえて、人材確保をお願いできればと思っております。

○新田会長 災害から人材まで含めて貴重なご意見をありがとうございました。

それでは、まだ4名の方が手を挙げていらっしゃいますので、順番に行きたいと思いません。宮崎委員、どうぞ。

○宮崎委員 私は、取組5について伺いたいところがあります。

まず、この5については、在宅療養に関する都民の理解促進という話が、大項目として掲げられておりますが、この目標の内容が他の項目、取組と比べますと、具体的というよりは、理想論に近いのかなというようなところを、まず最初に感じました。

次に、目標の誰が主語なのかなというところで、都民自身の理解を啓発していくという、都民が主語の話なのか、それを担う医療職・介護職人材の話なのか、そこが曖昧だなと感じました。

これまでの取組を見ますと、2軸で推進されてきていると理解できまして、ただ、今後の方向性となったところで、ここは地域の医療・介護関係者、病院スタッフの理解が促進され、その結果、そこで接触する患者さんである都民、患者さんの家族である都民に、在宅療養やACPについて、その医療関係者たちが普及をしていくという流れなのかなと思ったんですが、まずそこがどういう意図なのかというのを確認したいと思いました。

そう思った背景は、取組4のところで、在宅療養に係る人材育成・確保というのが掲げられているので、それを受けて、そこで育った方が普及を担っていくというのは、自然な流れのように感じたんですが、そうであるとすれば、この目標のところの文言はこれでは曖昧なのかなと思いました。

もう1つが、その次の7ページにある想定する指標、KPIのようなものだと思うんですが、こちらが取組5に関しては看取り数となっていて、療養イコール看取り数というとり方になってしまうリスクがあるのかなと思いました。

前段の取組後の内容を中心に考えるなら、例えば、ACPの実施回数であるとか、そのプロセスを重視したKPIの設定であるべきで、ACPの実施回数が増えた影響として、在宅の看取り数が増えたかもしれないというような、そんな話なのかなというのを感じたので、この取組5に関する基本的な方針といいますか、どういう考え方でこうなっているのかというところを、お伺いできればと思いました。

○新田会長 ありがとうございます。

恐らく宮崎議員が言われたとおりで、今改めて文章を見るとそのとおりです。曖昧ですよね。

A C Pの結果は看取りではありませんよね。人生最後までその人らしく生きることですから、看取りは結果じゃありませんので、取組5の指標で看取り数とやってしまうと、確かに矛盾がありますよね。

そのとおりだと思いますので、この辺りは文章も含めてもう一回練らせてください。ありがとうございます。そのとおりだと思います。

○宮崎委員 ありがとうございます。

○新田会長 高松委員、よろしくお願いします。

○高松委員 東京都薬剤師会の高松です。

この計画の中に見えにくいなと思ったのが、今国が進めている医療D Xとの絡みが、在宅の部分でどういうふうになっていくかなというのを想像してみますと、恐らく6年間あれば医療D Xもかなり進んでいくのではないかなと思います。

もう既にオンライン診療であったりとか、電子処方箋のほう動き始めたりとかしているんですが、様々な情報共有であったりとか、密な患者さんとの状況把握だとかいうのが進んでいくのではないかなと予測はするんですが、東京都のほうではその辺はこういうふうにお考えでしょうか。お聞かせいただければと思います。

○新田会長 これは都のどの資料を見てもこれは1行入ってくるんですが、道傳さん、どうでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 現在の資料上では、「医療D X」という形での記載ではないのですが、3ページの取組の、課題のところの2つ目のところで「医療・介護関係者のデジタル技術を活用した情報の共有」というような形で、ここが一つの例になるかもしれませんが、デジタル技術の活用といったところで、医療D Xに関わってくる形になろうかと考えております。

現在、国のほうも様々な医療D Xの方向性を出されているところですので、そういった国の動きも見ながら検討していく形になろうかと考えてございます。

○高松委員 ありがとうございます。

在宅の部分というのは、なかなかいつもそばに医療者・介護者がいるわけではないので、そういう意味ではうまくそれが活用できればよりいいかなと思いますので、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。

かつてこの協議会でポータルサイトをつくった記憶が恐らくあると思いますが、ポータルサイトは病病連携でした。一方、地域連携の中では、豊島区が地域の中でそういったようなポータルサイトを応用するということになりました。

そこにさらに広がりを持とうとしたところ、コロナに入りましたということで、事業が頓挫したという記憶があるんですが、今までかなりいいものをつくっているものを応用しながら、またここで活かしていただければと思います。

それでは、秋山委員、よろしくお願いします。

○秋山委員 白十字訪問看護ステーションの秋山です。

取組3、在宅療養生活への円滑な移行の促進というところでは。

これは、これまで東京都が本当に力を入れて、退院支援に関しては研修をたくさんしてくださったおかげで、移行はうまくいっているんですが、その時点で、この取組3のところ、課題が「入院前から、入院医療機関と地域の医療・介護関係者が連携した入退院支援の取組が必要」とあります。

この入院前からのフェーズが二手あって、今まで既に要介護状態とか要疾病が既にあって、療養している状態から、ちゃんとかかりつけ医がついて入院になって、短期間で帰ってくるというパターンと、比較的元気な状態で急に入院したので、その前が全然ない、下手したらかかりつけ医もない状態で入院した、その人の退院支援というのは、非常に難しい状況が今でも生じています。

「この状態だと在宅は無理ですよ」と言われて、在宅の情報がなかなか入らないというパターンが結構ありまして、その辺、「入院前から」というのを強調して書いてくださっているんですが、もう少しそこを膨らましてというか、考えてもらいたいと思います。

そして、この目標の中に、「できるだけ在宅を続ける」という、「継続する」という言葉を入れていただければ、在宅療養生活への円滑な移行に向けて入退院支援体制が整備されていって、在宅療養生活が円滑に継続できるということで、継続するというのも一つの評価指標だと思うんですが、いかがでしょうか。

○新田会長 ありがとうございます。

またこれも貴重なご意見でございます。

道傳さん、どうぞ。

○道傳地域医療担当課長 ご意見をいただきましてありがとうございます。

今おっしゃられたように、入院前からといったところにつきまして、確かに在宅療養の中で、入退院を繰り返すという流れの中で、入院してまた戻られるケースと、確かにそういった在宅がない、初めてというケースになるのでしょうか、そういう様々なケースがあるということと認識しております。

現在、入退院研修事業という形で、看護協会の皆様にご協力をいただきながら進めているところで、こういった入退院の取組を進めているところですが、そういった入り口のようなどころについても、また課題として受けとめさせていただいて、検討させていただきたいと思います。ありがとうございます。

○新田会長 貴重な意見をありがとうございました。よろしくお願いします。

それでは、西田先生、どうぞ。

○西田委員 西田です。よろしくお願いします。

簡単に行きます。想定する指標のところですが、追加です。ネガティブな評価として、例えば、不要な救急搬送数といったものが、ネガティブ評価の要素としてあっていいのかなということと、やはり一番大事なのは、患者家族の満足度の評価というのは、テクニカルにはいろいろ問題があると思うんですが、何かよい方法があれば、ぜひ取り入れていただければと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

救急搬送はまさにそのとおりですね。望みもしないのに救急搬送されたということも含めて、それは入ってくるかも分かりません。

満足度となると、飯島先生、満足度という、西田先生からそんな指標があればという話です。今、先生の研究の中でやられていると思いますが、何かご意見はありますか。

○飯島委員 後ほど、手が挙がらなくなったところに挙げようかなと思っていたんですが、実は今のお話で、昨日、東京都内じゃないんですが、ある市町村の在宅医療多職種連携会議という、多くの職能団体のリーダー的な方々が集まってという大規模な会議がありました。

そのテーマが、量がどれだけ増えたかということもだいぶ見えてきているんですが、その質について、特にその本人とご家族の満足度とか、あと、方向性、意向がどのぐらい確認されているかされないかということだったんです。

それぞれの職種へのサーベイだと、まあまあしっかり意向確認ができていますね。ただ、患者さん及びご家族からすると、「された記憶がない」とかいうことで、結構なギャップがありまして、なかなかこちら側がよかれと思ってやっではいるけれども、受け手側からすると、なかなかドンピシャにいかないねというのが、結果的に結論でした。

ただ、そういうギャップを実際出したからこそ、一つの座標軸として、もう一回引き締め直していこう、もう一度、意向が一致しているかどうか。特に家族と本人の意向が一致しているかどうか以前に、確認しているという作業をちゃんときめ細やかにやっているかどうかというところで、もう一回みんなで立ち位置に立つというところの、意識合わせができたということでした。

そういうギャップのデータがあったからこそ、それが座標軸となって、もう一回足元を見直そうみたいな、しっかりした会議が昨日あったんですね。

そこら辺で、確かに患者様及びご家族の満足度も含めての意向確認を、普段からの近い間柄でコミュニケーション取れているかというところは、結構、量もそうですが、質としてとても重要なステージに入ってきているかなというのを、昨日感じた次第です。

今日の会議において、そこをどのようにうまく取れるのか。取れたら取れたで、またそれぞれの地域においての道しるべになっていくという感じがするかなというのを、昨日の会議を思い出しながらお聞きしていた次第です。

○新田会長 ありがとうございます。

西田先生の今の貴重な提案と、飯島先生の話をするとなると、アンケートをどう取るかとか、また大変なお金がかかりそうな話ですよ。これはとても重要なことですが、またこれは、事務局も含めて、予算があるか含めて検討させてください。

○西田委員 ありがとうございます。よろしくお願いします。

目標はそこですから、その目標を評価できないことには話にならないなと思ひまして。

○新田会長 そのとおりで、厚労省の目標を東京都がそのままやることではないだろうなと思ひますので、ここの会議できちんと議論して、それでまた事務局で煮詰めていただければと思ひますので、よろしくお願いします。

○西田委員 お願いします。ありがとうございます。

○新田会長 平原委員、どうぞ。

○平原委員 日本訪問看護財団飛鳥山の訪問看護ステーションで管理者をしています平原です。

私は取組1の地域包括ケアシステムにおける在宅療養体制の構築について、先ほどの資料6で第8次医療計画でご説明いただいた内容と、整合性について、あれっと思ったので発言しました。

資料6の第8次のほうでは、福祉サービスとか障害福祉という、いろいろ地域のそういう医療とか介護だけではない、そういうサービスについて情報をよく知って、連携しようということが掲げてありますが、骨子のほうではそういうことが見受けられなかったです。

私のいる北区でも、一人暮らしがもう6割以上になりまして、医療と介護保険ではもう支援ができなくなってきまして、全てそういう保険制度で賄おうと思うと限界があるものですから、日々、社協の介護の1時間が300円とかいろいろな福祉のサービスを駆使しないと、一人暮らしの方に支援ができない状況になっております。

ですので、より在宅医療をする拠点となる医療機関は、そういう福祉サービスもよく知っていただいて、それぞれの介護保険、医療保険はもちろんですが、行政独自のサービスも本当に幅広くサービスを入れていかないと、もう人がいなくて、介護サービスも介護保険も難しいという状況を感じております。

ですから、国もそれを感じて、そういったことを掲げてくださったのかなと思っておりますので、特に東京都はこれから一人暮らしの高齢者が増えてまいりますので、より福祉のそういう力や住民のボランティアの方たちの力を、ぜひこの行政の骨子にも入れていただけるといいなと思ひて発言させていただきました。

○新田会長 ありがとうございます。

これも重要な発言で、医療保険、介護保険だけではなかなか支えられない在宅療養という中で、どうつくり上げていくかというのは、取組1の中の言葉が足りないんでしょうね。

課題の中で、「区市町村において、医療・介護の関係団体が連携した」と書いてありますが、それだけじゃないですよ。

むしろ市民も含めてということで、包括で継続的な在宅、東京の場合、在宅療養と介護を一体的というように読み替えていいと思いますが、事務局でも考えていただきたいと思っています。ありがとうございます。

また、宮崎さんのコメントを読まさせていただきます、ありがとうございます。

では、多数の意見を本当にありがとうございました。

また、今いただいた意見は、大変でございますが、具体的に実施できるもの、できないものいろいろあると思いますが、また事務局で確認して、最終的に取りまとめさせていただきます。

皆様に言われた言葉は、まさに正しいことを言われていて、そのことをどう変えていくというのは、なかなか大変な作業ですが、またそれも検討させてください。よろしくお願いいたします。

それでは、次に行きたいと思います。

まず報告事項です。事務局からの報告事項で、インターネット福祉保健モニターACPのアンケート結果について説明させていただきます。よろしくお願いいたします。

○事務局 では、資料8に基づきまして説明をさせていただきます。資料を共有させていただきます。

資料8、インターネット福祉保健モニターアンケート結果をご覧ください。

こちらは、都で定期的実施をしておりますインターネット福祉保健モニターを活用して、都下において普及啓発を推し進めておりますACP「アドバンス・ケア・プランニング」に関するアンケートを、この2月に行いまして、6月に調査結果を公表いたしましたので、そのご報告となります。

結果については、福祉保健モニターの参加者自身が、福祉保健に関心のある方々であることを差し引いて受けとめる必要がある点をご留意いただければと思います。

1枚目、2枚目にアンケート結果のポイントと概要等をお示ししております、3枚目以降で個別のアンケート結果について触れてございます。

また、ACPの普及啓発の取組として、都では「わたしの思い手帳」という冊子を広くお配りしております。

これまで12万セット以上お配りしているところでございまして、この4月にも広報東京都のほうに「わたしの思い手帳」ACPについて掲載をしたところ、かなり多くの反響をいただいて、都民の方々からも、区市町村や医療・介護関係者の方々からもご反響いただいて、多くお配りしているというような状況でございます。

こちらの「わたしの思い手帳」については、モニターの中でも、この冊子をご覧いただいて、印象に残ったフレーズとか感想も伺っておりまして、都民の方の生の声として受けとめをさせていただきまして、また今後この在宅療養推進会議の下にございますACPの推進事業部会でも、今後の更なる普及啓発の取組等についても検討して、更なる普及啓発につなげてまいりたいと考えております。

報告事項は以上となります。よろしく申し上げます。

○新田会長 今の報告事項に対して何かご質問とご意見等がありますでしょうか。

全体として、ACPを知らないというのが64%というのは、これはなかなかおもしろいデータですね。その上でという話だと思いますが、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、皆さんから貴重なご意見をいただけてきましたが、ほかに全体含めてご意見がありましたら、遠慮なく発言をお願いいたしますと思います。

清水先生、どうぞ。

○清水委員 先ほど、飯島先生からお話ありましたように、在宅療養のアンケートについて、在宅療養を受けていた方と提供している側で、齟齬があるというのは、本当にあるんですね。

どうしてそれが起こっているんだろうと、ここ数年考えていたんですが、医療側としては、医療技術とか看護技術とかでできるだけのことをして、ケアをして看取ったとかいう形で、できるだけのことをしたと思われています。

ところが、ご家族としては、接遇の問題にもなるんですが、「優しい言葉がなかった」とか、「亡くなった後のグリーフケアが足りない」とか、それから終わった後に、最後にもう一度声かけをして、「どうでした」と聞くと、「あの看護師さんはすごく優しくしてくれた」とか。

今まで本当に苦戦をして、医者としても医療を提供して、いろいろな処置もしても、お医者さんがどうこうというよりは、「最後に看護師さんが優しい言葉をかけてくれた」みたいなことで、そこで評価が大幅に変化します。

ですから、確かに最高の看護あるいは医療が大事ですが、在宅によっては人と人なので、その辺のところを最後の一押しすることでも評価が全然違うと思います。

特に、介護者は最後に「これで良かったのかな？」といつも思っているわけで、それをそうでなくて、「出来るところまで出来ました！」ともう一押しすると、アンケートが医療者・看護者の出来たということと、患者さんのされたということが、一致するんじゃないかなと思うんですが、飯島先生、いかがですか。どうお考えですか。

○新田会長 どうぞ。

○飯島委員 ありがとうございます。

まさにそうですし、昨日の会議を思い出してみると、当然、医療職だって複数いて、ケアの関係者もそれなりにいるわけですが、これはアンケート調査ですが、スタッフ側としては、「自分自身が意向を確認する立場にはないから」と答えている方も、1人や2人じゃないんですね。

ただ、今の時代はどんなスタッフも、いやらしい形ではないにしても、ナチュラルな形で意向をさりげなく意識共有し、またチームの中でも常にそれを共有して、ずれがないようにというのが求められている時代なので、こういう意見は、“犯人探し”になってはいけません、

○新田会長 昨年度まで東京都でACPのシンポジウムを3回やって、その中でもずいぶん悩みましたが、今の患者さんの意向を本当にACPがどう反映するのか。

逆に言うと、医療側からの強制なのか、あるいは本当の意見なのか。あるいは結果としてどうしたのか。今の清水先生の見解も含めて、非常に悩む話ですよ。

だから、東京都としても、ACPを推進している立場ではあるんですが、実際にどのように行っていくかも含めて、更なる検討して、そこで満足度も含めていかなきゃいけないなと思いますが、清水先生、いかがでしょうか。

○清水委員 まさに、その辺が違うんですね。それぞれの置かれた条件で違わせて、なるべくしっかりと状況を見ながら、言葉の表現には気を付けなければいけないな、と思います。

○新田会長 ありがとうございます。

呉屋先生。初めてですが、ご意見をよろしくお願いします。

○呉屋委員 今日はむしろ大変貴重なご意見をたくさん聞かせていただきまして、ありがとうございました。

話が違うんですが、資料4の目標とか評価ということで議論がございました。

議論の中にもありましたように、挙げられている目標というのが、推進会議の当初の目標というところが、非常に項目として挙げられていて、AとかBとかいう評価が付けにくいようなことがあるのかなと感じました。

その中で、実数という、医師の数、参加する医師の数、看護師の数ということで見直したらという話がございました。

この表の中にも出ておりましたが、いろいろなレセプト、患者さんの件数、在宅ターミナルケアの件数などで見てみますと、経年的に明らかに増加してきているというのが明らかでございます。

ですので、そういったところを強調する項目と、これが重要な意味を持つ数値だということとを強調されて、評価として記載されると、より実体が見えるのではないかなという気がしました。

それから、取組5ということでたくさん議論がございました。

都民への理解促進というようなことで、今までも多々その方面の努力がなされてきたかと思いますが、既に活動している地域の団体。例えば、老人クラブとかライオンズとか、あるいは法人会、商工会は、非常に熱心に地域活動をしています。

そういった方々へのこういった情報提供というか、理解促進の活動をしていくのは、非常に重要な意味があるかなと感じました。

また、そういった方々は、逆に言えば、身近な問題でもあって、協力していただけるんじゃないか、応援部隊になるんじゃないかなという気がしましたので、コメントだけさせていただきます。

○新田会長 ありがとうございます。

なお、本日はまだ5名の方に意見を伺っていないことが分かりましたので、せっかくですから、ご意見を伺いたいと思います。

まず、東京都西多摩保健所長の渡部さん、よろしく願いいたします。

○渡部委員 西多摩保健所長の渡部でございます。

今日は様々なご意見をいただきまして、非常に勉強になりました。

西多摩の地域ということと言いますと、必ずしも医療資源が潤沢にあるわけではないので、そういった中で地域の実情に応じた取組というのを、独自にも考えていかなければいけないということで、計画は計画ですが、地域の中でもその辺をうまく消化していきたいと思いました。

また、ACPの取組についても、地域の中で非常に熱心に取り組んでいらっしゃる先生方も多く、講演会など市町村の方々にお伝えする機会が多いんですが、先ほど、6割の方が知らないというような結果も出ていたように、浸透していくのがなかなか時間がかかるなという実感を感じています。

○新田会長 ありがとうございます。

前に、看護協会から、保健所も一体となってという話がありましたので、よろしく願いいたします。

国分寺の戸部さん、よろしく願いします。

○戸部委員 国分寺市の戸部です。

ACPのことですが、行政におきましては、市民の方にできるだけ普及啓発を行うということで、市でも苦慮しているところではありますが、住民向けの講演会の開催であったり、それから専門職への研修であったりということで、どういう切り口で普及啓発をしていくかということについては、今検討している状況でございます。

このアンケートによると、例えば、問の6番におきましては、「知識がないため、何を話し合っているかわからない」とかいったご意見が、かなり3割ぐらいあったというのと、問7においては、「いつぐらいから話し合う時期があるといいか」という問いにつきまして

は、「年齢に関係はない」というようないった回答が一番多くなっていることから、今後こういったご意見を参考にして、ACPの啓発に取り組んでいきたいと考えてございます。

○新田会長 ありがとうございます。

リハビリ支援事業推進室長の井出さん、よろしくお願いします。

○井出委員 井出でございます。

先生方のご意見を聞きながら、大変勉強になりました。

リハビリテーション専門職として一言申し上げるとすれば、私ども在宅に関わる理学療法士、作業療法士数は増えてきております。在宅療養を支える立場でもありますので、私ども専門職も参画したいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○新田会長 よろしく申し上げます。

東京都歯科医師会の末田さん、よろしくお願いします。

○末田委員 東京都歯科医師会の末田です。

先生方のお話を聞きまして、歯科から言いますと、在宅歯科療養というのはとても重要だとは思っているんですが、先ほどの意見のように、介護保険、医療保険等を使いながら在宅療養している方にとって、在宅歯科医療というのはどうなんだろうということを考えますと、なかなかそこまで踏み込んでいけないのではないのかとも思います。

これからそういったことも考えながら、在宅歯科医療を推進していくということもありますが、日頃の口腔ケアを介護者の方たちに、もっと頑張ってもらえるような事業もしていかなければいけないかなと思いました。

○新田会長 ありがとうございます。

歯科というのは、最後は食べることでですから、大変重要な役割ですから、よろしくお願いいたします。

○末田委員 はい、頑張ります。

○新田会長 最後になりましたが、荏原病院の芝先生、よろしくお願いします。

○芝委員 芝です。

取組の4の「在宅療養に係る人材育成・確保」について、将来の在宅療養を担う医療専門職・介護専門職の志願者をどのように増やすかは喫緊の課題です。人が集まらない情勢だからこそ戦略が必要になります。

「自分が将来働く姿がイメージできる」職場環境について、いま考える時期に来ています。個人の使命感・責任感と自己犠牲で成り立つ職場には人は集まりません。しかし、業務がどんなにきつくても働き甲斐のある職場には人は集まります。人の集まる職場モデルには、魅力ある職場のキーワードがあります。職員のキャリア形成支援、ライフステージに応じた多様な働き方が可能な職場など、志願する人材の視点で環境整備が必要です。この視点で、将来の在宅療養を担う人材志願者に職場に関する情報発信ができるとよいと考えます。

○新田会長 ありがとうございます。

皆様にご意見を承りました。

以上のご意見をもって、また東京都が一緒になって検討していただければと思います。

それでは、事務局にマイクをお返しします。よろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 本日は皆様、長時間にわたり活発なご議論いただきまして、ありがとうございます。

本日いただいたご意見につきましては、検討し反映してまいりたいと考えてございます。

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

皆様におかれましては、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した。

次回は、本年度中に第2回の開催を検討しております。開催時期が決まりましたら、事務局からご連絡させていただきたいと思いますので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

以上をもちまして令和5年度第1回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。

閉 会

(午後8時6分終了)