

令和元年度第1回
東京都在宅療養推進会議
会議録

令和元年7月4日
東京都福祉保健局

(午後 5時00分 開会)

○久村担当課長 それでは、定刻となりましたので、ただいまより第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。

委員の皆様方、本日はご多忙のところ、ご出席いただきまして誠にありがとうございます。

私、福祉保健局地域医療担当の久村が議事に入るまでの間、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、着座にて説明させていただきます。

まず、本日の会議資料でございますが、お手元の次第の下段のところに記載させていただいております資料1から資料10、それから参考資料1、それから机上配付資料として保健医療計画の冊子を置かせていただいております。

なお、こちらの保健医療計画につきましては、会議終了後、回収させていただきますので、お帰りの際は机の上にそのままをお願いいたします。関係する議事の都度、事務局から資料の確認をさせていただきますが、不足、落丁等ございましたら、恐れ入りますが議事の都度でも結構でございますので、事務局までお申しつけください。

それから、本日の会議については、会議録、それから会議に関する資料につきまして公開となりますので、よろしく願いいたします。

続きまして、今回、委員の交代がございましたので、新しく委員に就任された方のご紹介をさせていただきます。

恐れ入りますが、資料1の委員名簿をごらんください。こちらの委員名簿の記載順にご紹介させていただきます。

まず、東京都歯科医師会理事の高品委員でございます。

○高品委員 よろしく願いいたします。

○久村担当課長 続きまして、練馬区保健所長の高木委員でございます。

○高木委員 高木でございます。よろしく願いいたします。

○久村担当課長 続きまして、昭島市介護福祉課長の小林委員でございます。

○小林委員 昭島市介護福祉課長の小林です。よろしく願いします。

○久村担当課長 よろしく願いいたします。

続きまして、本日の出席でございますが、本日、佐藤委員、渡辺委員、伊藤委員、田原委員より所用のため欠席との連絡をいただいております。それから葛原委員と飯島委員と高松委員と志村委員につきましては遅れてみえるということでございます。

それから本日、傍聴希望者の方がいらっしゃいますので、あわせてご了承願います。

では、以降の進行につきまして、新田会長をお願いいたします。

○新田会長 皆さんこんにちは。

それでは、ただいまから議事に入りたいと思います。まず、お手元の次第に従いまして進めていきたいと思っております。

議事の一つ目、東京都保健医療計画の進捗状況の管理についてでございます。

まず、事務局から説明していただいて、その後に委員の皆様から質問、意見など聞きたいと思います。

それでは、事務局、よろしくお願いいたします。

○中島課長代理 よろしくお願ひいたします。

それでは、まず今回の会議でご意見をいただきます保健医療計画の進捗管理、評価に関しまして、ご説明をさせていただきます。

東京都保健医療計画におきましては、5疾病5事業、そして在宅療養の事業について、保健医療計画に基づいてさまざまな取り組み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ございまして、事業の取り組み状況、あるいは、指標の評価におきましては、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ございます。

これまで、保健医療計画推進協議会で単独で進捗管理、算定状況評価を行ってきたところでございますけれども、今年度より評価方法が見直されまして、5疾病5事業ごとの協議会、在宅療養につきましては、本日の推進会議が該当しますけれども、そ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をしていただいて、その評価結果を推進協議会に報告して協議をするという流れに見直されたところでございます。

そのため、本日は事務局でまとめさせていただきました資料の6及び7にございます指標の達成状況、事業の実績をごらんいただきまして、本日、委員の皆様にご議論をいただいて、ご意見を伺わせていただきたいと思いますと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、まずこの指標の達成状況ですとか、事業実績等についてご説明をさせていただきます前に、参考までに在宅療養に関する東京都の事業につきまして、令和元年度、今年度の取り組みを簡単ではございますが、ご説明させていただきます。

資料3をお開きください。

今年度も、大きく三つの柱で取り組んでおりまして、まず、一つ目の柱として、左上のほうになります。地域における在宅療養体制の確保として、区市町村が行う在宅療養の取り組みに対する財政面からの支援などを実施してございます。

次に、右上に移りまして、二つ目の柱として、在宅療養生活への円滑な移行の促進。病院と地域の医療・介護関係者を対象とした入退院時連携強化研修を実施して、地域と連携した入退院支援に取り組む人材の育成。それから、そうした人材の配置を行う医療機関に対し、配置にかかる人件費について補助してございます。

下に移っていただきまして、三つ目の柱、在宅療養に携わる人材の育成・確保でございますけれども、在宅療養研修事業におきまして、地域で在宅療養の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養成のほか、病院内で行う地域の医療・介護関係者と病院との理解促進研修であったり、病診連携研修、シンポジウムの開催などを行っております。

また、訪問診療を実施していない診療所医師の方を対象とした在宅医療参入促進セミナーを実施して、医療支援の確保を図ってまいりたいと考えています。

また、重点的に取り組んでいく課題としては、これら三本柱のほか、小児在宅医療の推進に向けた診療所医師、また看護師の方々向けの小児在宅医療に関する研修を実施して、人材の育成の確保を図っているほか、暮らしの場における看取り支援事業につきましても、高齢社会対策部とも連携しながら、医師を含めた医療関係者の方を対象とした研修、看取り環境整備のための補助事業等を引き続き行ってまいります。

令和元年度の新規の事業としましては主に三つございまして、こちらの資料の左下の枠にございますが、まず、きめ細かな需給把握及び将来推計〈新規〉とありますけれども、こちらは地域の実情に応じました在宅療養の取り組みを各区市町村で行って、一層充実した取り組みを進めていくためには、よりきめ細かなデータが必要であろうということで、医療や介護のレセプトデータなども活用して、区市町村ごとのきめ細かな需給の把握と将来設計に取り組んでいくというものでございます。

また、都において推計した将来需要と将来供給の推計モデルを活用いたしまして、各区市町村の在宅療養の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います。

そのほか、新規となっておりますICTを活用した情報共有の充実と、それから、新たな検討部会、地域で安心して医療を受けられる環境づくりにつきましては、後ほどの議事、報告事項で改めてご説明をさせていただきたいと思っております。

○下川在宅支援課長 引き続きまして、資料4と資料5につきまして、説明をさせていただきます。高齢社会対策部在宅支援課長をしております下川と申します。よろしくお願いいたします。

まず、資料4のほうですけれども、令和元年度東京都訪問看護推進部会の設置についてという資料でございます。平成25年度からこの在宅療養推進部会の下に訪問看護推進部会を設置いたしまして、訪問看護にかかわるさまざまな事業の推進に関して、事業実施の方法の検討ですとか、評価などを行わせていただいております。

今年度につきましても、第1回目の部会を6月4日に既に開催いたしまして、昨年度の事業の実施状況のご報告や今後の支援策についてご議論いただいたところでして、今年度はあと2回の開催を予定しているところでございます。

続きまして、資料の5でございます。

今の訪問看護推進部会でもご検討いただいて推進をしておりますのが、東京都訪問看護推進総合事業ということで、ここにありますようなさまざまな事業を展開してございます。

まずは、資料の左上から簡単にでございますが、訪問看護の人材確保というところでは、1番になります地域における教育ステーション事業を実施しております。今、都内で13カ所の教育ステーションを設置して、さまざまな事業展開をしていただいております。

おります

また、訪問看護のPR・人材の確保というところで、2番の訪問看護人材確保事業を行っておりまして、訪問看護フェスティバルを実施しているところでございます。

また、管理者・指導者の育成支援というところでは、3番の管理者・指導者の育成事業として、研修ですとか、それから4番ですが、認定訪問看護師資格取得支援事業というものをしております。

そして、5番のところにありますのが、先ほどご説明させていただいた、訪問看護推進部会で行っておりまして、さまざまな課題検討をさせていただいております。

それから、訪問看護の事業開始の運営支援ということで、事業所の運営基盤の強化というようなところでやっているコンサルタントによる個別相談会の事業がございます。

それから、右側移っていただきまして、訪問看護の人材の育成・定着というところでは、研修受講や産休等取得の際の代替職員の確保の事業。

それから、8番では、訪問看護ステーションで事務職員を雇用するための支援の事業ということで、看護職員が看護の専門の業務に注力できるような環境整備ということで進めております。

また、新任の訪問看護師の就労応援事業ということで、9番ですが実施をしております。

そして、今年度の新規事業ですけれども、一番最後、右下10番ですが、訪問看護師オンデマンド研修事業ということで、これは育児・介護中で休職の方、それから、そういった理由で短時間の勤務であったり、非常勤で働いていらっしゃる方などを対象にしまして、eラーニングでスキルアップを図っていただけるような環境をつくろうということで今、その研修の運営検討会を開催して、立ち上げに向けた検討を始めているところでございます。

非常に簡単ですけれども、説明は以上でございます。

○中島課長代理 それでは、資料6、7をお開きください。

保健医療計画の進捗管理についてご説明をさせていただきます。

まず、保健医療計画につきましては、在宅療養推進に向けた課題とその取り組みを記載してございまして、取り組みに対応する形で各指標を定めてございます。こちらの資料6には、その指標の達成状況について記載してございます。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、いいほうに進んでいれば、その指標の達成状況はAに、5%未満を目安にいいほうに進んでいれば、B、策定時と比較して大きな変化がなければC、策定時と比較して後退しているようであればDといったぐあいでございます。

そして、次の資料7のほうでは、平成30年度の事業実績をA3縦でまとめてござい

ます。こちらの事業実績と指標の達成状況合わせまして、総合評価を決めるといったぐあいになってございます。

本日は時間が限られておりますことから、1枚目の評価指標をご説明した後、次の事業実績につきましては、指標に関連するものなど主なものをご紹介させていただきたいと思っております。

それでは、資料6でございますけれども、各指標の達成状況の説明をさせていただきます。

まず、記載しております表のうち、病院数と診療所数が指標になっているものにつきましては、策定時には厚生労働省から提供されたデータにおきまして、診療所と病院をわけた数値というのが提供されなくて、都のほうでも把握ができなかったため、策定時の数値は病院と診療所の合計の数値としておりました。策定時以降は、分けた数値が提供されるようになっておりますので、実績欄の1年目のところにつきましては、診療所と病院分けて数値を記載してございます。

それでは、まず指標の1点目、訪問診療を実施している診療所でございます。

ふやすという目標に対しまして、現時点では診療所が2,163カ所、病院が153カ所で、計2,316カ所ということでございまして、こちらにつきましては、策定時の平成27年度から横ばいといったような状況になってございます。

参考までに指標の5段目にございます、訪問診療を受けた患者数、こちらもごらんいただきますと、平成27年度と比較して、平成29年度は10万人程度増加してございますので、現行の医療支援の中で、在宅療養の患者の増加に対応いただいているといった状況になっております。東京都といたしましても、訪問診療の裾野を一層広げるための取り組みを進めていく必要があると考えているところでございます。

続いて、在宅看取りを実施している医療機関数でございますが、平成29年度では診療所が1,021カ所、病院が50カ所で、計1,071カ所となっております。策定時の平成27年度の数値と比較しまして増加しており、B評価としてございます。

こちらをあわせて6段目にございます、在宅ターミナルケアを受けた患者数をごらんいただきますと、策定時の平成27年度と比較しまして、2,000人程度増加してございます。先ほどの訪問診療と同様、現在の看取りを実施している医療機関において、看取り数の増加に対応いただいているといったような形となっております。

3点目の訪問診療を受けた患者数の次の在宅ターミナルケアを受けた患者数につきましては、先ほど触れましたように策定時と比較しまして、20%以上増加してございますので、A評価としてございます。

それから、続いて訪問看護ステーションの看護職員数についてですが、策定時の平成28年12月が4,476人、平成30年12月が4,856人で8%の増となっておりますので、A評価としてございます。

なお、こちらの平成30年12月の数値については、速報値となっておりますので、

ご了承いただければと思います。

続いて、退院支援を実施している医療機関数について。

こちらは、退院支援加算を算定した医療機関数となっておりましても、策定時の平成27年度の数値243と比較して4.5%の増加となっておりますので、B評価となります。先ほどご説明した入退院時連携強化研修ですとか、人員配置のための支援などを通じて、今後も医療機関における入退院支援の取り組みの充実を図ってまいりたいと考えております。

最後に、入退院支援にかかわる研修受講者数についてなのですが、こちら、目標値を3,177人としてございます。策定時の平成27年度から29年度にかけて実施した研修の受講者累計1,497人、これを策定時の数値としているのですが、平成30年度に新たに研修にご参加いただいた429人を加えて、1,926人となっております。28%の増という形になっておりますので、A評価としております。

以上が、指標に関する達成状況でございます。

続きまして、2枚目をお開きください。

保健医療計画では、在宅療養の五つの課題を挙げて、それぞれに対し行う取り組みを記載してございます。こちらの資料では、それらの取り組みについて、平成30年度の事業実績をまとめてございます。主な取り組みについてご説明いたします。

まず、課題1の区市町村を実施主体とした在宅療養体制の構築につきましては、都の在宅療養の取り組みに関する会議ですとか、個別の事業の詳細等を検討する部会などを設置して随時、実施しているところでございます。

続いて、課題2の地域における在宅療養の推進でございます。

区市町村が行う在宅療養の取り組みに対する財政面の支援として、主に区市町村在宅療養推進事業、それから在宅療養環境整備事業を実施してございます。区市町村在宅療養推進事業につきましては、平成30年度は43の区市町村に、次の在宅療養環境整備事業につきましては、23区市町村にそれぞれご活用いただいております。

この二つの補助事業についてご活用いただいている区市町村は、全部で48区市町村となっております。約8割の区市町村で都の支援をご活用いただいておりますという状況でございます。

続いて、訪問看護につきましては、こちらの推進会議をもとに訪問看護推進部会を立ち上げて、訪問看護に関する課題や都の取り組みなどを検討してございまして、昨年度も年3回実施してございます。

また、人材育成の取り組みとしては、都内13ステーションを教育ステーションと指定し、各地域で同行訪問や勉強会などの実施を行っておりますほか、記載のとおり人材の確保・育成定着に向けたさまざまな取り組みを実施しているところでございます。

また、おめぐりいただきまして、看取り支援の取り組みにつきましても、各種研修等を実施してございまして、ごらんのとおりの実績となっております。

続いて、課題3の在宅療養生活への円滑な移行の促進でございますけれども、具体的な取り組みとしましては、入退院時連携強化研修、こちらにつきまして、平成30年度は23区内と、それから多摩区で開催を分けて、それぞれ1回ずつ計2回実施してございます。病院のほか、地域の医療・介護関係者も合わせて計395人の方にご参加をいただきまして、当初の計画を上回る参加数となりました。

また、補助事業につきましては、65の医療機関にご活用いただいております。

続いて、課題4の在宅療養に関わる人材育成・確保についてでございますが、こちら先ほどご紹介した在宅医療参入促進セミナーを実施いたしまして、平成30年度は21人の医師の方にご参加をいただきました。

また、セミナー後は、希望する参加者の方を対象とした訪問診療同行研修も実施してございます。

また、訪問看護看取りの取り組みにつきましては、先ほどと同様の記載となりますので、再掲してございます。

恐れ入りますが、資料6にお戻りください。それらを踏まえまして総合評価でございます。

総合評価は、資料6の各指標の達成状況に、資料7でご説明した事業実績や進捗の状況、こちらを加味して評価することとなっております。

まず、資料6の指標の達成状況について、目安となっております基準の数値に換算してみますと、おおむね平均3.4点となりまして、B評価となります。

また、事業実績につきましても、もともと計画していた規模を満たせなかったものも一部ございますけれども、現状、おおむね計画に沿ってさまざまな取り組みが進んでいる状況となっております。

また、資料6の評価指標につきましては、一部横ばいとなっている数値もあるという状況ではございますが、ほとんどの指標で増加しているものになっておりまして、AもしくはBとなっております。

こうした結果を総合的に勘案いたしまして、計画1年目といたしましては、おおむね計画どおり事業が進んでいると考え、総合評価としてB評価とさせていただきます。

各委員の皆様には、都のこうした取り組みの状況につきまして、ご意見を賜りたく思います。どうぞよろしく願いいたします。

○新田会長 どうもありがとうございました。

ただいま、資料3、4、5と、そして6、7の進捗状況と話していただきました。

それで、まず6、7の進捗状況、これは、この在宅療養推進会議で管理することになりましたので、後ほど、このことに関して皆さんのご意見を伺いながら評価、一応Bなのですが、Bでいいのかどうかも含めて正確な意見をいただければなと思っております。

その前に、3、4、5の説明がありましたけど、その3、4、5の説明等について、

まず、ご意見、質問があれば考えたいと思いますが、いかがでございましょうか。

訪問看護推進部会には、今のメンバーから秋山委員が出ているのですが、今の説明のプラスアルファで何か追加で発言はありますでしょうか。

- 秋山委員 6月4日に開かれました訪問看護推進部会で、報告等も含め今年度の方向性も示していただきました。

今の指標の中間評価自体に関しては、特に何かということはございません。

- 新田会長 ありがとうございます。

皆さん、ご意見等がありましたらお願いしたいと思いますが。

訪問看護推進総合事業についても、多くのご意見がその中で交わされたことを記憶しております。さまざまな事業が行われて、例えば、認定訪問看護資格というのは何なのか。特定看護師という話もあって、そんなような議論も含めてそこでは話されましたが、東京都としては今、この施策で進めていくということでもございます。

新任訪問看護師の就労応援支援、これは大きなことでございまして、退職した人、あるいは産休に入った人たち、あるいは新しく卒業した人たちを含めてこういった就労支援をしていくということを含めて内容が拡充しているところでございますが、いかがでございましょうか。

- 山口委員 資料5で、地域における教育ステーション事業ということですがけれども、実際に訪問看護の人材を年間どのくらい育成しているのでしょうか。それは直接タッチしていないのでしょうか。

- 新田会長 事務局、よろしくお願いたします。

- 下川在宅支援課長 教育ステーション事業の実績でございますけれども、平成30年度で都内13カ所ございます教育ステーションでの体験研修等の受け入れ人数ですが、13カ所の合計で申し上げますと、訪問看護ステーションに勤務していらっしゃる方は、全体で95人。延べ日数にしますと、251日の受け入れを13カ所の教育ステーションでしていただいている、医療機関等に勤務されている方が281人。述べ日数にして425日受け入れていただいております。

ほかに離職者40名ということで、合わせて416人の方の体験研修生の受け入れをしてくださっています。そのほか、勉強会として、さまざまなテーマで開催をしてくださっていて、合計ですと120回を数えるというようなところも。

それから、医療機関での訪問看護師の研修などもしてくださってございまして、合計で27の医療機関で163名の訪問看護師が研修を受けていると。そのような実績になっております。

- 新田会長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。どうぞ。

ほかにご意見ありますでしょうか。

- 西田委員 資料5のいろいろ事業が展開されておりますが、医師との連携。

訪問看護って、病院と違って、すごくやはり地域に出ると、別事業所だから連携とい

うことを意識しなくちゃいけなくなるわけですけども、在宅医との連携というような切り口の教育内容がどの程度入っているか。

例えば、この6、7、8なんていうのは、ちょっと関係ないのかもしれませんが、2とか、3は私ちょっとかかわらせていただいています、5とか9、10、そういったところに医師が講師として医師と在宅医と訪問看護師の連携についてのよう、何か講義が入っているのか、ちょっと教えていただきたいのですけれども。

○新田会長 では、事務局よろしくお願いたします。

○下川在宅支援課長 先ほど申しあげました、一つは1番の教育ステーションの関係に戻りますけれども、教育ステーションの実施している勉強会という中で、各教育ステーションで工夫をしながら実施していただいているのですけれども、その中で、入退院支援と看護連携みたいなお話でしたり、在宅医との関係です。さまざまなケアのところを専門職の言うとおりに、医療との連携でということ、在宅における多職種連携というようなことでさせていただいたりしております。

また、さっきちょっと申しあげましたけれども、医療機関での訪問看護研修ということで、各病院との連携などもさせていただいております。

あとは、先ほど新規事業ということで訪問看護、これからののですけれども、オンデマンド研修というようなものの運営委員会の中にも、訪問看護部会に参画していただいている医師の先生にご参加いただきまして、内容についてもご助言いただきながら組み立てているというようなところもございます。

○新田会長 恐らく、今の質問は、地域で訪問看護と在宅医療を行う医師が一体化していかないと、これは進まないだろうという中で、一体化した計画があるかどうかという内容だろうなというふうに思うのですが。

○西田委員 そうですね。新田先生の言われたところは究極的なところなのですが、特に初期研修で、そこら辺の意識づけをしていくというのは、とても大事だと思っていて、医者が上から目線で言っているわけじゃなくて、大体が病院とか、経験した看護師さんが在宅に入っていくわけですけども、そこでやっぱり医師との連携ってすごく大きな課題になってくると思うので、今、1についてはお話を伺いましたけど、ほかの、例えば2だとか5だとか9だとか、こういったところ、特に新任の訪問看護師なんていうのはありますよね。こういったところに、もしそういうのがなければ、ぜひ、そういうところも盛り込んでいただいて、地域に出る時点で、やはりそういうことは大事なのだぞという意識のもとに出ていただきたいということ。これは、訪問看護だけじゃなくて、ケアマネジャーもそうですし、介護師さんもそうなのですが、よろしくご検討のほどお願いします。

○新田会長 秋山さん。

○秋山委員 現場の教育ステーションをやっているのと、新任の訪問看護師就労事業も利用させていただきながら事業をしています。東京都がつくっている新任看護師のOJT

マニュアルというのがあって、それにはきちんとある一定の期間ごとに面接をして、その間に到達すべき内容についての項目が挙げられていて、そこには医師とのコミュニケーション、報告連絡というのが必ず入っておりますし、研修の中では、同行訪問含めてカンファレンス、必ずかかりつけ医というか、指示書をもっている医師との連携をどうするかというのが必ず、指導項目には入っています。そこが新任の時も、それから人材確保のときの同行訪問も必ず押さえがされるので、項目として今、ご指摘いただいて改めて挙げてはいないけど、当然ながら入っている中身かなと思いました。

○新田会長 ありがとうございます。山口委員。

○山口委員 資料6は質問してよろしいのでしたっけ。

○新田会長 これから入ろうと思っています。

資料3、4、5についてはよろしいでしょうか。

○清水委員 一つよろしいですか。

○新田会長 はい、どうぞ。

○清水委員 大前提になっちゃうかもしれないのですが、設置目的の中で、24時間365日の支援と在宅看取りということなのですが、確かに養成をしたり、地域掘り起こしをするのはいいのですが、私、産業医の立場からしますと、今、いろいろな働き方改革等がありまして、そういう側面で方向性を見ておく必要があるのかなと思います。

もう一つは、医師の場合は1,860時間という制限が病院を含めて出てきています。その様な制限が訪問看護にも入ると非常に実人数が足りないということもありますし、もう一つは費用の問題ですね。運営の問題もあるのですが、そういう働き方改革と訪問看護、あるいは24時間365日の関連というのは、どこかで議論されているのでしょうか。その辺をお伺いしたいと思います。

○新田会長 ありがとうございます。まず、事務局、よろしいでしょうか。

○下川在宅支援課長 すみません。ちょっと働き方改革にダイレクトにということにお答えができていのかどうかわかりませんが、一つは、例えば、資料5でいいますと8番に訪問看護ステーションの事務職員の雇用支援事業なんていうのがありまして、このあたりは訪問看護ステーション、どうしても小規模なところも多いですので、事務的に結構、煩雑な手続もあるということで、事務職員の確保ということを支援させていただくことで結果として看護職員が専門の業務に注力できたり、そこが少し負担軽減につながったりというようなことがあるといいなというふうなことを思っているということではございます。

あとは、オンデマンド研修という今年立ち上げるものも、これはちょっと働き方改革とは違うかもしれませんが、ご負担にならずにスキルアップを。いろいろな条件があつて働いていらっしゃる方にもスキルアップの機会をつくって、働き続けていただけるような工夫というようなことで、今、立ち上げようとしているところがございます。

○清水委員 ありがとうございます。

社会の変化が激しくて、それで今、診療ではオンライン診療というような話も出てきますし、やはり、患者さんのいろいろな置かれた場によっては、いろいろな対応し方もあるのかなと思います。

ですから、従前の訪問診療、訪問看護、あるいは医療連携も、大枠をチェックするか、新規に取り入れるようなものがあってもいいのかなと思います。

計画は一度決めてしまうと積極的に推進していくわけですけど、その都度微調整や違う見方も必要かなと思いましたので、質問させていただきました。

○新田会長 ありがとうございます。重要な話だと思います。

恐らく、そこは、先ほど話がありましたが、小規模訪問看護ステーションと大規模がどう連携するか、それを24時間態勢の中でやるかとか、そういった体制論も含めてやっていかないとだめな話なので、これは今後、このどこかでやる機会をつくっていただけるようにすればいいなと思うのですが、どうでしょうか。

○下川在宅支援課長 今後、参考にさせ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。

それでは、6、7ですね。進捗状況の話に入りたいと思います。

どうぞ、山口先生。

○山口委員 資料6で、一段目の、訪問診療を実施している診療所プラス病院の数は、平成29年度は合計で見ますと平成28年度に比べて微減しています。

しかし、三段目にある、訪問診療受けた患者さんの数はふえているということですので、これは診療所、あるいは訪問ステーションを置いている病院の規模が大きくなったというように解釈してよろしいのでしょうか。そうすると、一番上のところの数字は、目標値として正しいのかどうか。これがふえることがいいのか。患者数がふえているということであれば上のほうの数は余り問題にならないというふうに考えていいのでしょうか。いたずらに診療所と病院の数をふやすということは、小規模のものをふやしていくということにもなりますので、そこら辺をどういうふうにお考えでしょうか。

○久村担当課長 おっしゃるとおり、今までも保健計画の進捗管理って、在指針の数であったりみたいのところから始まったところですけども、本当にそれぞれの訪問診療やっという実態というのは、大規模で24時間やっというところからかかりつけの延長でやっというところ、さまざまですので、本当はきめ細かく見ていかなければいけないというふうに思っております。

ただ、これから、2013年の比較ですけど、2025年には訪問診療の必要量は1.5倍になるというところがありますので、ある程度やっという裾野を広げる取り組みはやっていかなければいけないとは思っていますけども、最終的には、その患者さんにどう適切に対応できるかというところがあると思いますので、その辺り資料の3のと

ころで、今年度の新たな取り組みというところで、きめ細かな需給把握、将来設計というものを今年度やる予定になっておりまして、その中で、現状の患者さんの状況と、それから医療資源の状況、きめ細かく見ていって、将来的にどうなるかというのを考えていきたいというのが多分、問題意識はそこで同じだと思うのです。

なので、今後、ご期待いただければというところでございます。

○新田会長 ありがとうございます。

はい、どうぞ、飯島先生。

○飯島委員 今のご質問の連動した話と、あと、先ほど訪問看護の方々の取り組みのところで少し重複する話なので、一括でご質問したいと思います。

まず一つ、先ほど、今、訪問診療している診療所数の推移のお話がありました。平成27年度から28年度で、横ばいか20マイナス。次なる1年間、平成29年度で約200減っているのでしょうか。合計は増えている現状でしょうか。

○久村担当課長 この策定時のところは、ちょっと病院・診療所合わせた数になりますので、この二つ足していただくものと比較していただく形です。

○飯島委員 そうすると。

○久村担当課長 2, 316人ですから、平成28年と比較すると50減ということですね。

○飯島委員 ほんのわずか減っているというぐらいですね。

確かに、1.5倍ということ考えると、決してごくわずかな減少というのも困ったという話で、やっぱりちょっとずつ増えて欲しいですね。

その中で、減ったという現象に対してプラスに転じたいのですが、なぜ減っていくのかというところの傾向と対策をしっかりと再考する必要があると思います。

当然、やらなくなった、止めてしまったという医療機関の一件一件を細かく確認するわけにはいきません。しかし、今の時代の流れの中で減少してくるという現象に対して、現状がどのようなことが起きて減ってしまうのかという部分を評価する必要があると思います。先ほどきめ細かく精査していくというお話もありましたので、この件に関しましてもこの会議のチーム全体で総力挙げて結構やらなければならないかなと思ったということが一つです。

あともう一つは、先ほど訪問看護のところで質問すればよかったのかもしれませんが。訪問看護ステーションの看護職員数で、400人ぐらい増えているという数字が出ております。ちょっと初歩的な質問になりますが恐縮です。増えているので一応A評価ということなのですが、全体のシミュレーションをどうしているのか、特にこの訪問看護機能は非常に重要なので、どのぐらいのボリューム感がこれから必要とされているのか等、必要になってきます。在宅医との連携や、訪問看護機能の質の部分も重要ですが、先ほど1.5倍というお話もありましたように、やっぱりボリューム感のイメージは重要だと思います。一応、数字上はプラスに転じているのでとても良かった

のですが、プラス400名という内容がどのぐらいを見据えた上での数値なのか、その肌感覚というものをどう考えればいいのかというのをちょっと教えていただきたいなと思います。

- 下川在宅支援課長 訪問看護師さんの数というところで、実数としてふえているので、Aということで評価はつけさせていただいているというところなのですけれども、実際として、訪問看護ステーションそのものの数もかなりふえています。

これが、平成25年に656カ所だったのが、今年、令和元年の5月で1,194ということで、非常に数としてはふえておりまして、そういう中でのお話なので、訪問看護推進部会の中での認識としても、ステーションの数はすごくふえているのだけれども、それに比べると、訪問看護師の数は、そこまでじゃないよねというような課題認識は部会の中でも話されているというところで、数そのものは着実にふえているのだけれども、さらに人材の確保は必要だというのが今の認識ということで、計画数というのが、訪問看護のきちんと今、立てられていない部分があるので、今後も育成が必要だという認識ではおります。

それから、今の国のほうで看護職員の需給分科会というようなところで、推計が今、作業中ということで聞いておりますので、ちょっとスケジュールが後ろ倒しになってしまっているようなのですけれども、今年の夏から秋にかけて、国から需給推計の値というのが出てくるというふうに聞いておりますので、そのあたりも見ながら今後の検討については進めていくことになるのかなというふうに思っております。

- 新田会長 もう一回。はい、どうぞ。
- 山口委員 病院の看護師さんの離職率は大体、毎年、恐らく東京ですと10%ぐらい、あるいはちょっと高いかもしれません。

訪問看護師さんの場合、先ほど少しずつふえているといたしますが、実はターンオーバーがあるんじゃないかと思うのですが、実際に訪問看護師さんの離職率はどのくらいかというのは押さえているのでしょうか。

- 下川在宅支援課長 すみません、ちょっと詳細、私自身が把握しておりませんで、また細かくわかりましたら別途ご報告させ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。
- 山口委員 もう一つだけ質問していいですか。
- 新田会長 もう一つ。どうぞ。
- 山口委員 ありがとうございます。

これは、秋山委員にお聞きしたいのですけれども、看護師さんを採用するときに、有料の人材派遣の会社を使ったりということはあるのでしょうか。

- 秋山委員 私のところはない。
- それと、できては消え、できては消えというステーションが地域の中ではありまして、私たちもそこは非常に問題視しています。多分、離職率も非常にばらつきがあって、

定着率のいいところもあるのですね。13カ所の教育ステーションというのは、それなりに定着率もきちんとした経験年数を積んだ看護師の率もある、しかも看取りもやるというところが選ばれていて、そこで一応研修を受け入れて、出してはいるのですが、今、本当に阿部委員にも聞いてもらいたいのですが、一方では本当に、立ち上がったと思ったらすぐに消えてしまうというところがあって、そこは私たちもかなり憂いている状況です。

○新田会長 飯島先生あるいは秋山先生の本質をついた議論なのですが、一つは訪問看護数がどれくらい必要なかという話ですよ。

これは、恐らく先ほど久村課長が話されましたきめ細かい分析でやっていかないと、その地域によっては結構充足して、これ以上訪問看護ステーションはいらないよというところもあれば、あるいはというところもあると。

恐らく地域の皆様に、行政の方からちょっとお聞きしたいなと思っているのですが、大体、感覚でいいので、どうだろうなとかということで、実数値は恐らくもっていらっしやらないと思いますが、私たちの地域は大体充足しているよねとか、そんな感覚をまず教えていただければ。

○高木委員 練馬区におきましては、どうしても見つからないというような状況ではないように思っております。

ただ、きょうの議論とは違うかもしれないのですが、特定の疾患であるとか対象によってはなかなか引き受けてくださるところが見つからなくて、ちょっとその調整に内周するとか、そういったことはございますが、総体として全然足りないとか、そういった状況はないように思っております。

○新田会長 江戸川区、どうでしょうか。

○塚田委員 江戸川区も今、40カ所近くの訪問看護ステーションあるかと思うのですが、今おっしゃっていただいたように、例えば、医ケア児に対応するところが少ないですとか、あと精神科の訪問看護がなかなか受けてくれるところがと、そういう分野別の課題はあるかなとは思っております。

○新田会長 数的な問題はどうですか。

○塚田委員 そこは探すのに苦労を現場はしているので、どこまでやれば充足というのは非常に難しいかと思うのですが、やはりそこは、先ほどから出ていましたようにきめ細かくというところがあるかと思うのですが、先ほどの議論に戻るかもしれないのですが、単純に数がふえた、減ったの話ではなくて、どのぐらいやめていって、どのぐらい新規って、その増減のトータルとしての結論としてふえたか減ったかであって、必ずしも純粋に減っているだけではないと思うのですね。新規がどのぐらいふえていって、やめていくところはどのぐらいかというところもきちんと分析していかないと、必要数も見えていくところもあるかと思うのですが、やはり定着するか、長く続けてもらわないと地域や在宅療養は非常に課題を抱えることになりますの

で、そういった持続の支援というところも必要なのではないかなというふうに思っております。

○新田会長 ありがとうございます。

江東区、どうでしょうか。江東区じゃなかったでしたっけ。ごめんなさい。隣、どうぞ。東大和市、どうぞ。

○志村委員 東大和市は、本当にコンパクトな市で8万6,000人ぐらいの人口で、高齢化率が26%ぐらいなのですが、訪問看護ステーションの不足という印象は余りないです。併設している訪問看護ステーションでそれぞれ得意分野があるところで、現状は充足されているけれども、今後は需要がふえてきたらちょっと厳しいのかなという印象はございます。

○新田会長 地域によってももちろん違うわけですからね。あと、調布市。

○西田委員 調布の実感ですね。

今、調布市、たしか15カ所ぐらいあると思うのですが、やはり立ち上がって潰れていくところが結構多くて、だけど、彼女たちって、地域から出ないのですよね。だから、小さいところがなくなると、どこへ行くかというと大手に行くのですね。だから、どんどん大手は膨らんでいって、小規模事業所はなかなか充実してこないというところがあります。

それと、約10年ぐらい前までは、訪問看護ステーションさえ立ち上げれば、何とか必ず黒になったのですが、それが最近そうじゃなくなってきた、調布市の話ですが。医師会立といえども、ちょっと経営が危なくなっているという、そういう状況です。調布市でもかなり生存競争は激しくなっているみたいですね。

あとは、近隣の区の大規模事業所が結構入ってきますので、そういったところもある程度含めて考えていかないと、なかなか調布市だけの、市内の資源だけでは語り尽くせないというところがあります。

○新田会長 ありがとうございます。

昭島、何かありますか。

○小林委員 昭島市は、11万7,000人の人口なのですが、ここで13の今、訪問看護ステーションがあります。昭島市の中の数としてはこのくらいから、いつもお話を聞いているのは、この中での人材の確保にすごく苦勞されているというお話はよく聞きます。あと、あわせて近隣の立川市さんとか、規模がもう少し大きいので、そちらのほうの訪問看護ステーションを使われている方、市が接している部分に関しては、隣の市の訪問看護ステーションを使われているという市民の方も相当数がいるというのは把握しております。

○新田会長 国立市、どうでしょうか。

○葛原委員 国立市ですけれども、国立市も7万5,000人の小さな市でございますけれども、7カ所程度ありまして、不足しているという状況ではございません。

やはり、6カ所程度は、本当に固定してずっと続けてきていただいている、ネットワークもできている。1カ所入ったらやめていかれるというところがやっぱり見え隠れするというところがありますけれども。そんな状況です。

○新田会長 ありがとうございます。

恐らく、東京都として、先ほどの大きなボリュームの話からきめ細かいもの、厚労省の先ほどの数字じゃなくて、東京都で私は決めなきゃいけないなと思っていますが。

○田中担当部長 看護師の需給推計については、今まさに各都道府県で数字を出しているところとして、近々、東京都の分も出すのですが、大まかな数字の出し方というのは国から示されておりまして、ちょっと今、手元にないのですけれども、その中で、やはり訪問看護については、精神の入院患者さんをどんどん地域に戻そうという流れがございますよね。その影響がたしか相当あって、訪問看護師の需要数は、結構ふえていたような印象があります。

東京都としましても、訪問看護だけではなく、看護師全体の人材確保ということで、従来からナースプラザもありますし、さまざまな育成とやめさせないためのことと、それから、復帰してもらおうという三本柱の取り組みをしておりますけれども、今後、各方策についても、さらに進めていかなければいけないということで、今検討しているところでございます。

○新田会長 ありがとうございます。恐らく、全体像も含めて、中身がとわれる事です。もう少し小児ベビーちゃんたちを診る訪問看護とか、さまざまあると思いますが、この質も含めて管理していくということでしょうか。

○山口委員 今の精神疾患の患者さんの地域移行ですけれども、実際に、いわゆる地域包括ケアシステムの中に、精神科の患者さん、認知症は別だと思えますけど、地域移行で入っていくというのは、結構難しい問題があると思えます。

実際に、精神病院を中心にそういう訪問をやって、一つの地域包括ケアのような流れができているという話を精神病院の先生に聞いたことがあります。精神科が主体で実施している精神疾患に対する地域包括ケアシステムのような流れというのは、福祉保健局のほうで押さえているのでしょうか。

○田中担当部長 ちょっと担当部署は違うところになるとは思いますが、当然、地域包括ケアの中で精神も入れていくという流れはありますので、アウトリーチ等については、障害者施策推進部のほうで多分やっていると思えますし、それぞれの地域で、むしろ取り組んでいただいているかなと思えます。

○高木委員 私も今ちょっと何ももってきていないのですが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムについては、国のほうから手引も出されてきまして、各自治体でも取り組むようにというお話がありまして、協議の場を設置して、行政だけでなく地域の関係機関の皆様、病院、包括も含めてその方にとっての社会的資源について検討して対応に取り組むようにということで言われて、徐々に取り組み始めているとこ

らでございます、そういった中では包括さんについても、大切な社会資源といったらなんですけども、支援していただける場の一つというふうには考えてございます。

- 秋山委員 ちょっと別の観点で発言させてもらいます。精神疾患の方々が地域へ戻るときに、病院を中心とした地域包括ケアというのは精神病院が多い地域では行われていて、その典型例が、病院のすぐ近くにアパートをとるか、グループホーム的なをつくるというか借り上げて、そこにみんな退院をし、そこに病院でお勤めになった看護師さんたちが、訪看をつくって、そこへ病院の訪問看護と同じスタイルで訪問をするために、事業収入自体は非常によいのです。自立支援法に基づく障害の中での施策医療保険になるので、介護保険側ではないのです。

それで、そこが非常に大きくなっていくので、そのサテライトが新宿とかにもできてきていて、そうすると、1日3回、普通に朝、昼、晩と訪問する。私たち、先ほど精神看護をしてくれるステーションが少ないので苦労しているとおっしゃったのですが、そうではなくて、精神疾患の方の訪問看護は、通常は研修を受けないと出られないので、うちも順番に研修を受けて、精神疾患の方にも行けるように、そういう体制を組んでいるのですが、なかなか研修にも出せないところもあって、それで受けにくいのです。逆に精神科の病院に勤めた経験があれば、研修を受けなくても在宅で出られる。

でも、その方たちは在宅のことをよく知らないので、病院で行われている看護がそのまま在宅にもいくので、ちょっと違った傾向にあり、それだと夜間の緊急は取りませんし、やっぱり生活のスキルを身につけつつ自立をしていくその服薬管理にしても自立をして行く人をどう支えるか、それぞれこだわりのある精神疾患の方に、どうやって、本当にそれこそよく話を聞きながら生活を一緒に考えながらという金銭管理を含めて、時間をかけながらの訪問が必要となる。そういう方法が普通は精神疾患の方への訪問看護と私は思っていたんですけど、1回20分で済むという話を聞いてちょっと危惧をしているところで、そういう流れも一方ではあるんです。

なので、ちょっとその数がふえたり減ったりというあたりのところをやっぱり本当に細かく見ていただかないと、ちょっと難しいかなという気はしています。

- 新田会長 ありがとうございます。

この中の進捗状況は数の話ですよ。質の話に入っていないので、それはやっぱりそのあたりの問題ということですね。ご意見としてあると思います。ありがとうございます。

まだ、これは議題1をやっておりますので、皆さん、どうぞよろしく。

- 西田委員 先ほど飯島先生が言われたことで、在宅医療の数が減っている理由、私の地域10年間ずっと全診療所の動向を追っているの肌感覚なんですけど、三つありまして、一つは、従来から当たり前にやっていた先生たちが高齢でやめていく、それが一つと、それから、あとは大規模の在宅医療を展開する診療所がふえてきましたので、もうそっちに投げちゃう。それはもうケアマネジャーもそうですね、もう全職種がそっちに

投げちゃうから、一馬力のところに回ってこないということがもう一つと、それから、新たにこれから在宅医療に参入しようとする人たちが、これ24時間というハードルの高さにちゅうちょして参入してこない、この三つが大きな原因だと思います。

○新田会長 はい、どうぞ。

○飯島委員 総括的なお話になってしまいますが、今の医師達の考え方や心境の変化という部分もあり、さらに、実際に医師自身が高齢になってやはり辞めざるを得ない等、様々な理由がありそうです。

あと、先ほどの訪問看護の件で、両方ともきめ細やかな原因解明が必要なんですが、やはり看護の方々という貴重な人材がオープン（開設）しては止めていくという現象があるならば、非常に残念と同時に、貴重な人材だからこそもったいないと思います。

その現象は、恐らく東京だけではなくて、例えば大阪も含めた大都市部で同じような現象が起こっている話なのでしょう。また、地方部においては、また様々なシチュエーションで状況が異なるのでしょう。しかし、ここはここで東京都のシミュレーションの下に、きめ細やかな原因解明、具体的なシミュレーションを立てるのと同時に、国家プロジェクトとして、看護人材の問題を取り組む必要があると思います。例えば先輩たちと組んで開業しては辞めていかざるを得ないというのは、やはりシステムの問題なのでしょう。せつかく開業・開設できたならば、どうにか安定的に経営でき、しかも、今はワークライフバランスが問われる時代なので、疲弊しない形で継続できるというシステムをもう一回どのように微修正していくのか、大きな課題ですね。そうすると、各県の会議レベルよりは国家プロジェクト的な話になりますね。ちょっとそういうお話に聞こえました。

○新田会長 ありがとうございます。恐らく、それも一つ意見だろうなと思っています。

ただ、東京は東京でやらなきゃいけない話なので、東京の中でどこまでできるかという、東京都ってやっぱりこれから大きな問題なので、今の話の西田先生から言われた三つの件、あるいはほかの原因もあるかもわからない、そのことを踏まえながら、さっきの傾向と対策じゃないですけど、そこをやるということなんだろうなというふうに思いますので、また、それは事務局もそこは整理をしながら、きめ細かい把握とその需給体制、その質も含めてという話の中でやっていただければと思いますが。

今はまだ、ごめんなさいね、もう一回戻りますよ。進捗状況の1-1ぐらい、評価の1-1ぐらいをやっているところですが、ほかの評価等々で何かご意見等があれば伺いたいと思いますが。

一つは、確かにこの中の進捗のこの評価表というのは、まずは量の問題でやっておりますよね、これはね。だから、その質は問わない話なので、この進捗状況の評価法そのものも議論しなければいけないこともあるんだろうなというふうに思います。まずは、きょう出された量の問題としてのこのことを含めて、皆様のご意見を踏まえながら、Bでいいのか、あるいはだめなのかということで行きたいというふうに思

います。

はい、どうぞ。

○下川在宅支援課長 離職率のところ日看協のほうではちょっと数字の確認ができておりませんが、また後ほど、改めてわかりましたらご報告させていただきます。

○新田会長 ありがとうございます。

とても難しい話だなと思って聞いておりました。例えば、調布の中で別のところへ行って、それを離職とするのかどうかとか、よくわかりませんよね。ここは、本当にやめるという話ですよね。だから、そのあたりのところ、どうとれるのかなという話なので、またちょっと考えてください。

このどうでしょうか、評価について何かご意見はありますか。

はい、どうぞ。

○志村委員 すみません、計画を策定して1年目の評価ということになると思うんですけども、策定時のところのいろんな数字の基準が、平成27年度につくったときのこれを踏襲していたということで載っていると思うんですけども、参考としてでしょうか、平成28年度のが載っているのもあれば。

あと、平成29年12月末現在のときとかというような、どこまでのものをまず載せるのかということとをちょっと決めたほうがいいかなって。

平成28年度ですとふえているので、平成29年度だと減ってしまっているようなものなんかもあったりとかするので、まず、この辺の策定時のところの数字をどうするかというのを、ちょっとある程度、基準を決めたほうがいいのかなというのを感じました。

○新田会長 事務局、どうでしょうか。

○志村委員 策定時のところの基準を見て、平成27年度で例えば一番上ですと2,388カ所、その次の括弧で平成28年度のもので、多分、参考のデータとして数が載っていると思うんですけども、2,388から2,366で減ってしまっていて、平成29年度も合計2,316で減ってしまっているのもあれば、次の段は1,060が平成27年度で、平成29年度が1,071、平成27年度と比べるとふえてはいるんですけども、策定時のところの平成28年度の1,106と比べると減ってしまっている、平成29年度がというような形で、その策定時というところの基準の年度と箇所を、その1年目の評価として、どれを使うのかということを決めたほうがいいのかなというのが一つありました。

あと、同じように、下から3段目の訪問看護ステーションの看護職員数のところの4,476人というのも、平成28年12月末現在というところで、ほかの平成27年度のときの数字と比べると、その基準とする時期がちょっとずれてしまっているんで、その1年目の評価として、どこからの基準でふえたのかということとを評価するのかという、その大もとになる策定時のところの基準の年度をちょっと決めたほうがいい

のかなというのを感じたということです。

○新田会長 事務局お願いします。

○中島課長代理 すみません。こちらの各指標につきましては、策定時と言いましても、保健医療計画を策定したときに、これは厚生労働省のほうから医療計画策定支援データブックという形で、その時点での最新のレセプトデータという形で出ていますものが、平成27年度の数値でございまして、そちらを保健医療計画策定のときは記載をしておいたというところがございます。

また、訪問看護ステーションの看護職員数につきましては、こちらもお典が異なっておりまして、衛生行政報告例の数値で、そのときの最新の平成28年12月末現在の数値を、こちらの策定時のところで記載していたというところになります。

○新田会長 今の説明でどうでしょうか。

○下川在宅支援課長 すみません。ちょっと補足させていただきますと、その訪問看護ステーションの看護師等の職員数のところは、衛生行政統計が2年に1回というのがございまして、ちょっと毎年の数値としては把握ができないということで、ちょっとほかのものと年次がずれてしまっているということがございますので、すみません、補足でございます。

○新田会長 よろしいですか。

はい、どうぞ。

○志村委員 そうしますと、平成28年度に在宅看取りをしている診療所と病院の数が1,106となっていて、平成29年度を足すと1,071、平成28年のところだと35カ所減っているけれども、評価はBという形になってしまうと、その見せ方の問題だと思うんですけども、その平成28年度の数値があると、そのBの判断って、どうしてBがくるのかということの疑問を持つ方もいるのかなというふうにちょっと感じたものですから、そこでちょっと申し上げました。

○新田会長 ありがとうございます。この数字の出し方の問題ですね。

はい、どうぞ。

○飯島委員 今のコメントもよく分かります。とはいっても、やっぱり出所が違うので、事務局側の東京都の方々には可能な限り、なるべく時期の大きなズレがないようにと工夫してくださっているんだろうなという風に私自身は感じております。

その中で、やっぱり確かに毎年毎年アップ・ダウンしたねということをおそらく一喜一憂してもしょうがないかなと思います。しかし、全体的にはやっぱり1.5倍のイメージで、着々と階段を上っていく。このトレンドの現状把握と対策は必要だと思います。そのなかで、この傾向を時には一歩引いて上から俯瞰した形で、今実施している様々な対策が着実に結果に繋がっているのか、逆に予想よりは足踏み状態なのか等、そのような評価の仕方重要ではないかなと思います。その意味では、出所も違うデータですし、ちょっと足並みそろってないデータ風にも見えますが、可能な限り事務局

側は合わせてくれているんだろうというふうに思っています。

○新田会長 ありがとうございます。

恐らく、このデータのもとに、次の議題になる在宅療養推進に向けた取組というふうになってくるといいますから、そのための何となくデータをそろえるという、今、可能な限りということ。今言われたことに矛盾がありますが、今、飯島先生が言われたようなことで、了解でよろしいでしょうかね。

ありがとうございます。

それで、次の議論に行く前に、これはB評価でよろしいかどうかという話を、一応この会では進捗状況を見るのでやらなければいけないんですが、内容はいろいろ皆さんご意見がある中で、それを踏まえた上で、了解かどうかということ、あるいは、反対だということも含めてですが、これは皆さん、賛成の方という話ですか、これは。一応、そういうわけじゃないですよ。おおむね了解なんですか。

これはだめだという方はいらっしゃいますでしょうか。

皆さん、大体、どうぞ。

○呉屋委員 大変難しい。それぞれの細かい部分で今は議論がたくさん出てまいりましたので、それぞれのロジックもエビデンスも一つ私も理解しました。

それで一番大事なことは、先ほど飯島さんも言われましたけれども、流れを適切に把握するという事なので、この今日、ここで基準を定めたらこれからは変えないと、年度が変わってスタッフが変わっても変えないと、こういう手法で計算して、例えば2019年はこうだった、2021年はこうだったということきちんとしていくのが一番重要だと思うので、一旦決めたら変えない事が重要です。

今回、こういう手法を用いてこの結果が出たとして、これは認定していいのではないかとというふうに私は思います。

○新田会長 ありがとうございます。

では、今のものを代表意見としてということによろしいかと思いますが、よろしく。次の議題に入っていきます。ありがとうございます。

それでは、次の二つ目の議事に移りたいと思います。

今後の在宅療養推進に向けた取組について、事務局から説明、お願いいたします。

○中島課長代理 それでは、ご説明させていただきますが、先ほど在宅療養の今年度の取組につきましてご説明させていただいたところでございますが、資料8では、都がこれまで実施してきた具体的な取組につきまして内容を記載してございます。

本当に簡単にご紹介させていただきますけれども、都のこれまでの取組としましては、先ほど申し上げましたように、地域における在宅療養体制の確保と、それから、在宅療養生活への円滑な移行の促進ということ。それから、人材の育成・確保、普及啓発、それから、看取り支援ということで、これまでの記載のとおりさまざまな取組をさせていただいたところでございます。

右の真ん中のほうに、ICTを活用した情報共有というのを記載してございますけれども、これは今年度新たな取組としてさせていただきたいと考えている、また後ほどご説明をさせていただきますけれども、そういった新たな取組を実施していった、活動の促進を図っていききたいということも考えてございます。

また、地域におけるこれまでの取組ということで、下の段に記載してございますが、(ア)～(ク)の取組につきましても、各市町村において取り組んでいただいているというところでございます。

現状、各地域の取組状況としましては、既にその(ア)～(ク)の取組だけではなく、地域で独自で先駆的な取組を進めていただいている区市町村もある一方で、ちょっと区市町村の中でも取組は進んでいないといったような、取組の状況については、ばらつきがあるといったようなこともございます。

そういった中で、東京都の取組につきましても、先ほどもご説明させていただいた資料の3、4、5、それから、今回の資料8のほうもごらんいただきながら、今後、その在宅療養の取組の充実を図っていく上で、都が実施すべき取組、解決していくべき課題といったものが、本当にどういったものがあるかといったものについて、この場におきまして皆さんにご意見を賜ればというふうに思います。

また、東京都では、各市町村のほうに、財政面の支援であったり、復興事例では先駆的事例の共有をしたりなど、そういったものを設けて支援を進めさせていただいたところでございますけれども、さらに、都はどういった支援を今後は実施していくべきかといったような点ですとか、それから、そうした支援に関する取組自体でも、都の取組において今後こういったところを充実していったほうがいいのか、そういったところからの視点の取組の案だとかといったものも、この場でいただければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

○新田会長 都から取組として説明されましたが、今後ですね、区市町村の取組が考えられる時に、都が実施すべき支援というのは何か、あるいは、都が解決すべき課題ですね、区市町村で解決できないのは、都が解決すべき課題というのは何かというのが視点の一つでございます。

二つ目は、各区市町村が行っている、今、取組のことで課題になっていること、さまざまなことを区市町村は先ほどの説明にありましたが、なっていることがたくさんあります。こうした課題に対して区市町村が具体的な取組につなげられるように、都がどうすべきなのかということです。要求じゃないですけど、東京都はどうするのがいいのかというのが第2点ですね。

もう一つは、ただいま説明がありました都が行っている取組でさらに拡充すべき点、もっとこんなことをやったほうが良いと、新たに実施すべき点、これももう悩ましく、ずっと先ほどからの取組って東京都はたくさんやっているんですが、さらに必要なことは何かということ、皆さんのご意見を聞きたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

いたします。

ここからは本当に先ほどのもう各行政の方たちも含めて、忌憚のない意見を言うだけでいいというふうに思います。あるいは、もちろん、市民の立場からもよろしくお願ひいたします。

はい、どうぞ。

○木野田委員 この都民への啓発、普及啓発と看取り支援というところにかかってくると思うんですが、これから非常に多死社会というふうに言われております。

そこで看取りを住民の方と一緒にするというような課題もあろうかと思ひます。その辺で都民向け講演会だとか、在宅療養に関する啓発という文言がありますが、東京都としてその辺の課題を捉えているかどうかちょっとお聞きしたいんですが。

○新田会長 ただいま看取り支援等も行われていますが、じゃあ、東京都からどうぞ。

○中島課長代理 看取り支援に関する取組につきましては、先ほどお話しいただきました、その都民向けの講演会につきましては、平成28と29年度に既に東京都のほうで実施してございます。

また、都民向けのリーフレットをごめんなさい、きょうは手元に持ってきてないんですけども、最後まで自分らしく暮らすといったことをテーマに、家族やあるいは周囲の人たちと、自分の最後をどういったところで過ごしたいかとか、どういった治療を受けたい受けたくないかというようなことを、しっかり話し合っていくことが大事なんですよというようなリーフレットの作成をして、配布をしたりということもしてございます。

また、現状、その区市町村が、そういった区民や市民向けの講演会等を実施する場合には、財政的な支援のほうも今はしておるところでございます。

○木野田委員 医療と介護の関係者と都民の方が連携をしながら、この看取りを進めていくというようなイメージはあって、そういう講演会とかを開いているということではございませうか。

○新田会長 どうぞ。

○久村担当課長 例えば、以前実施しました講演会は、都民の方と、それから、医療・介護関係者の方、両方を対象に、たしか秋山先生にもお越しいただきましたけれども、結構一緒にやってみせよう。

それで、まさにその看取りを支えた医療・介護のチームの方と一緒にあって、パネルディスカッションをしていただいたりというふうな形で、住民がとか関係者がというわけではなくて、一緒になってやってみせようというふうな形で意識してやったところなんです。

○木野田委員 ありがとうございます。

○新田会長 どうぞ。

○西田委員 今のこの課題が私は最重要課題だと思ひているんです。看取りを要するひと

り暮らしの人がいる、それを支えるのは保健だけじゃなくて、やはり互助であったり、いろんなネットワーク、地域のネットワークですよ。そこがなかなか構築されないから、ひとり暮らしで認知症になったら施設に入らなくちゃいけないとか何とか、そういうことになってしまうので、やっぱりそこを何とかしていかなくちゃいけない。

都でやるべきことというのは、恐らく地区、基礎自治体で進んでいかない、そここの仕掛けづくりをしてやるということが大きな課題なんじゃないかなというふうに考えています。

それで、今回、例えば都民啓発用のDVDもつくられたんですけども、これはとってもいいDVDができて、私は早速、自分のところの圏域で15人ぐらい、地域のお年寄りを集めてやったんですけども、結構評判もよかったです。

これを、ただぱっと自治体に、あるいは医師会にばらまいても、絶対に見てくれないんですよ。

だから、これはこういうふうに使ってくださいというような、やり方ごとをパッケージで各自治体におろしていくということを、今後ぜひ東京都にやっていただきたいなと思います。

それと、あるいは、その地域でそういう地域づくりですとか、ボランティア活動で核になるような方たちを育成するような研修会を東京都でやるとか。そういう東京都で研修を受けていただいた方たちに地域に戻っていただいて、行政や医師会と一緒にあって、そういう地域づくりに参画していただく。

とにかく、ここに地域住民が参画するということが一番大きな課題だと思うので、そこら辺、ぜひ東京都にお願いしたいところだと思います。

○新田会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○宮崎委員 私自身、介護をしていた家族としての経験を振り返ってみて思う所をお話したいと思います。家族というのは『都民』に含まれますね。『都民』というときに、実はいろんな捉え方があるんだと思っているのです。療養を受けている都民もいますし、それを直接的に支えている都民もいるし、間接的に両者を支えている都民という方がいます。その間接的な両者を支えている中には、血縁関係者とそれ以外の地域の方々というような形で、実は細かいセグメントがあるんじゃないかというふうに感じています。

ただ、その実態像が見えるデータというのに触れる機会がないなと思ってしまして、何らかのそういった調査結果、まず、そこからなのかなと感じています。

それが明らかになることによって、じゃあ、その中のどの方たちがこの在宅療養という仕組みを使って、どんなふうに生活と療養を両立できてハッピーになったのかとか、逆につまずくことになったのかというようなことが見えてきて、「在宅療養っていいんだね」とか、「自分だったらこう使おう」というような形で、都民自身が主体的に

向き合っていけるのかなと。

まずは、その基礎資料になるものを、もし東京都から拾い上げていただけるものであれば、ぜひ、それを期待したいなと思っています。

○新田会長 ありがとうございます。

阿部委員、どうぞ。

○阿部委員 すみません。本当に地域ですごくいっぱい課題があり過ぎてしまって、何かから言えばいいのかわからないぐらいなんですけども、まず、先ほど在宅療養診療所の数だとか、ステーションの数とか、やっぱり地域性がすごくあると思うんですね。

また、利用者さんの地域性もたくさんあると思うんですけども、最近すごく思うのは、これはもう前からなんです。最近本当に多いのが、脳血管疾患の患者さんが急性期の病院に搬送された後に、もう3日で転院してしまうというのが非常に多いなど。

やはり、その地域性もあると思うんです。私のほうのステーションは都心部にありまして、やはり都心にある以上、どうしても3日で転院しますと、やはり都心の病院には入院、次の病院に行けないと、そこから離れた病院に行ってしまう。そこでリハビリしましょうという、3カ月とか帰ってこない、だんだん家のほうに帰ってこられなくなってしまって、なおかつ都心部なので、どうしても高齢者世帯であったり、独居だったり、それだけで次の病院ではもうお家へ帰れないでしょうということで、だんだん在宅が遠くなっていくということで、私どものステーションのところでは、やはり利用者さんの展開がすごく早いということと、なかなか地域の先生と同じように、ステーションでも一旦入院したら帰ってこないねということが非常に多くなっています。

やはり、それを私たちのほうは、それってやはり問題かなと思ひまして、基本的に退院支援というのは、退院が決まった後に退院カンファレンスとかが行われるんですが、今、私が思うのは、次の病院に転院する前にそこでも退院看護をしてほしいなと思いますね。病院から病院ではしているんですけども、そこに在宅も含んでいただいて、そこで次の病院へ行ったときの目的、目標は、あなたをここまでできますよねということで、病院側も本人も家族も、そこになったらお家へ帰りましょうというような形で、そうすると在宅のほうでは先生はここで待っていますよとか、訪問看護とか介護はこういう人たちがお家で整えていますよということを、そこにやはりみんなが意識を持っていくことが今は求められているんじゃないかなと思います。

私どもの知っている方、やっぱり地方の方なんですけども、それはもうステーションで実施してしまひて、自分たちのステーションの中で退院支援チームをつくって、そのチームの人たちが病院を回って行って、退院したいけどできないというような人はいませんかという声をかけて行って、在宅のほうでこういうふうにしていきましよう、ステーション側からそういうふうにしていきながら、在宅にも流しているという自治体があります。もう、それは私が思うことを既に自治体が行っているとい

うことはすごいなとすごく思うんですけども、それを東京で都がやっていく必要があるのかなとちょっと思いますので、ぜひ、東京都でやるみたいなことはちょっとしておきたいなと思います。

あと、先ほど、やはり疾患によって、ステーションで受けられる、受けられないとあるんですけども、一時、小児の受け皿がないということで非常に問題になったこともある。今は小児の受け皿も結構あるんですが、反対に受け皿がないということで、そこを小児が受けますよというところにばかり集中してしまって、実際、受けられませよというステーションさんに回ってこないという状況もあります。

やれないわけじゃなくて、そういうやりますよというステーションさんが情報的に流れていないというのが、すごい大きな問題かなということと、精神にしても、今は地域ではもう精神疾患の方は、医療だけでは、やはり障害ということもありますので、基幹型として自立支援協議会などとも、もう常に連携しながら精神も支えているという状況もありますので、それだけで受け皿がないと、ステーションに聞いたときに、自分のところのステーションではそういうケースを受けていないというだけのことで、受けられないステーションがないわけではないということは、ちょっとやっぱり明確にさせていただくということと、きちんとできますよという情報発信ですかね。

この間、PDの患者さんを病院で出したいんだけど、受けてくれるステーションがないというふうに情報がありまして、ぜひ名簿をつくってほしいと。やはり、名簿は出ているはずなんですけど、それが活用されていないという現実もありますし、それであれば、もう地域で病院の近くの地域のステーションさんで、そういうケースは受けられます、受けられませんということを、名簿をつくって発信しようかなというふうには思っています。

地域でできることというのをやっているの、地域でできないことと違っていっぱいありますので、ぜひ東京都でやっていただきたいなと思います。

○新田会長 ちょっとよくわからなかったんですけど、今の具体的な退院等々の事例に対して、地域の窓口になって、コーディネートする人がいなくて、さらに等々の問題なのか、あるいは、さらに違う点なのか。

○阿部委員 すみません。一つの問題、先ほど数だけの問題じゃないということが一つ出てくると思います、さっき言ったように。

なので、あと、数が多くても過渡競争になっているということも事実あります。それは在宅支援所さんとも同じで、あと、入院した後、帰ってこなくて、ステーションのケースがふえずに、小さいステーションがなかなか乗り切れないという、いろんな事情があるということの。

○新田会長 具体的に言いますと、入退院にここに書いていますね、支援の充実って一体何なのという話ですよ。入退院支援に対して機能するようにとの意見でしょうか。

○山口委員 今、阿部委員の言われたところは、要するに地域の医療支援の情報が病院に

伝わっていないために、十分帰せる患者さんが帰せないということではないかと思うんですが、そういうことでよろしいですか。

病院の地域調整会議でも急性期と回復期のミスマッチみたいなものがあったんですけども、それと同じように、病院と地域の情報の行き来が不十分なために、本来は帰せる人が帰せないということが起きていると思います。そういう意味で、その情報の行き来、これは資料9のほうに入るのかもしれませんが、地域にどういう医療資源があるかということをお院にきちんと伝えるシステムあるいはコーディネートする機関や人が必要だということじゃないかなと思います。

○新田会長 ありがとう。

はい、どうぞ。

○阿部委員 今おっしゃったような、在宅療養支援の円滑な移行の促進というふうに書かれているんですけども、実際は現場の中においては、これだけでは不十分、もう少し、現場をもう少し実際どういうことが行われているかを知っていただいて、促進するための方策がこれ以外にもあるんじゃないかということの一つの提案として、ステーションはもう少し在宅、必ず帰ってこられるための次の方策として、退院支援を早めていただきたいというようなことも必要じゃないかということで、すみません、長々と。

○新田会長 わかりました。

はい、どうぞ。

○久村担当課長 今のお話、地域のほうのコーディネーター方の役割としては、各区市町村さんで設置していただいている在宅療養資源窓口がそこに該当すると思うんです。その窓口が地域の医療介護資源の状況を把握して、療養のほうから、特に遠隔の場合ですと、なかなか顔の見える関係になっていないとすれば、その在宅療法支援窓口にご連絡いただければ、その地域の医療資源の状況を踏まえて、そういった紹介をするというふうな立てつけはできておりますので、あとは、そこを例えば充実させるために、昨年度から在宅医療支援窓口の担当者向けの研修をやったということ、底上げもはかっているというところがございます。

○山口委員 形はできているけども、その活性化の問題かということね。

○新田会長 そうですね、活性化と情報の共有ですね。

○山口委員 一応、形はできている。

○新田会長 はい。

○新田会長 追加で今のものを、形はできている。

○久村担当課長 その窓口によって、先ほどおっしゃった、リアルタイムの介護状況まで、そこで集約して確認しているような窓口もあれば、通り一遍のデータだけ持っていていっているところもあるので、まさに、底上げは必要ですし、やっぱりそこで一つキーワードになるのは、情報共有ということになるかと思いますが、そのあたり、地域の医療介護関係者でICTを使った状況なんかもやっていただいていますし、病

院との連携もそこを踏まえてというところがありますので、そこは一つ今後、重点的に検討していかなくちゃいけないかなと思っております。

○新田会長 ありがとうございます。

区市町村の行政から、ぜひ、いろんなことをやられているんですが、充実させるために、これはという話があれば、もうここの機会ではなくてもいいですから、後ほどきちっと意見をいただければというふうに思います。それが今後の重要な政策になってくると思いますので、ここでは思いつかないことがあっても構いません。ぜひよろしく願いいたします。

○葛原委員 地域包括は、例えばICTのところ、地域包括支援センターで国立直営なんですけれども、やはり、支えた中のメンバーにはなるんですけれども、なかなかICTのメンバーに登録というのは、ちょっとハードルが高いというところがあって、ほかのケアマネの事業所さんとかも、大きな事業所だと委員のところみたいなのって、なかなかICTのネットワークといっても、やはりそのぐらいの立場だと入りにくいと。恐らく、東京都だと、東京都の保健所さんだと、支援の一員になっている難病の方とかいらっしゃるときに、東京都も保健所のスタッフがここのICTに入れるかという、同じような視点で一緒に考えていただけると、ちょっとわかりやすいかなと思って、多分、ちょっとそのあたりは苦労しているのかなと、国立もそうなんですけど、ほかの自治体もそうかなと思います。

○西田委員 すみません、そのハードルって何なんですか。

○葛原委員 すみません。個人情報の管制とか、市とか地域包括に入っているシステムが、どういうふうなネットワークが市内できているかとかで、外部とのやりとりに関してすごくセキュリティーの関係で一つずつ確認をしていく作業が、恐らくかなりちょっと1個ずつ詰めていくのが大変というところで、意外ととまってしまっているというのがあるかと思います。

○西田委員 わかりました。

○新田会長 ありがとうございます。

これこそが東京都でやらなくちゃいけないという、一つですねと思いますね。ありがとうございます。

どうぞ。

○秋山委員 東京都教育ステーションの仕組みを使って、新宿区の訪問看護ステーションの空き情報と、それぞれのステーションの特徴をいかして、こういう人は受け入れますよという、簡単にあいている情報はホームページに流しています。ホームページを立ち上げるお金も事業助成してもらっています。

病院側がインターネットをあけて見るというのがほぼなくて、結局は訪問看護を探すよりも、まずは退院調整の日にならざるやってくる、つまり加算が取れる医師のいる大型の在宅支援診療所を指名する。そして、そこが指名した訪問看護が入る。なので、

地域の人が呼ばれない。

これは東京都がどうこうする課題ではないけれども、やっぱりその同じ情報を発信していても、使える仕組みにしていないと、すごく難しいなど、そういうふうに思います。

○新田会長 はい、どうぞ。

○高松委員 実は薬局も同じような状況で、通院のときにはかかりつけ薬剤師でしっかりと関わっていた事例でも、入院されて次に退院するときに、かかりつけ薬局が在宅対応できますよと手挙げしているにもかかわらず、訪問医が決まったら、関連しているこの薬局にしてくださいと言われるようなケースも結構ふえてきています。

そうすると、もう地域包括ケアシステムの仕組み自体がやっぱり崩れてきてしまうというような状況は、まさに同じようなことを感じております。

○新田会長 この課題は本当に大きな問題でありまして、東京都のシステムを本当にどうやってつくっていくのかという話になりますので、これはご意見として伺いながら、どう考えるかという、またきちんとした場で話す場があればというふうに思います。よろしく願いいたします。

はい、どうぞ。

○呉屋委員 それで、最初の前の議論のときというか、計画のところの話をしようと思ったんですけど、関連部署の情報の共有化に参加するかしないかということは、とても難しい課題があると思うんです。病院と他の施設との間でIT上情報の共有化といっても、どの部分の情報を病院は出せるのか。あるいは、その外部の情報を入れるのかとか、そういうことは病院システムのうえでは医療情報個人情報の保護の立場からするととてもデリケートな問題です。システムの違いがあるうえで病院とその診療所、あるいは地域のネットワークとの情報交換のどこに東京都が介入して、情報共有ができるというビジョンをお持ちなんですか。私は現実には難しいんじゃないかと思って伺っていたんですが、これからそのところをどうしようというようなプランがあるんですかね。

○久村担当課長 病院と地域の医療介護関係の情報共有ということでよろしいですかね。

○呉屋委員 もっと広い話で質問したんですけど、それも含めて。

○久村担当課長 まずは、そこで言いますと、今、病診連携は電子会計をベースとした地域医療ネットワークができています。地域のほうはそれぞれの、これもICTを活用して、MCSとかカナミックだとかという例が言われますけれども、医療介護スタッフの連携ネットワーク、ICTの活用等があります。それぞれ医療の診療情報は、電子カルテベースで病院さん、診療所さんというところがあって、地域の生活情報とかを含めてというところになると、その医療介護連携の中で見えてくると、共有されていると思うんですけど、できれば我々はその地域の医療介護のネットワークの中に病院さんにも入っていただきたい。

でも、多分、地域の医療介護のネットワークって、患者の部屋をつかって、そこに
関係多職種を呼んで情報共有するんですけど、そこに例えば病院の先生にも入っても
らう。そういった形の中で、まずツールとして、情報共有の仕組みが組めないかなど
いうのを考えていくんですけど。

○呉屋委員 それはさっきの自治体とか、薬剤師とかあった、その個人としてICT、
そのネットワークに参加するという考え方ですか。

○久村担当課長 在宅の先生が患者の部屋をつかって、それを関係科職種の人を招待す
るという。

○呉屋委員 いやいや、それはわかります。それはもう非常に個人的な参加ということ
がありますよね。

病院の医師、例えば病院の医師だけど、病院のシステムから離れて、その先生が個
人として招待を受けてグループに入ると。

○久村担当課長 そこまで難しいことところは。病院のドクターと病院のシステムと離
れたらどうかというところは、まだ少しあるかと思うんですけど、感想としてはそう
ですね。

○呉屋委員 現実にはどんな情報を出すかということに、患者さんに、これは医師間
ネットワークによって情報を出しますからねという承諾書をとって、オープンにして、
診療所の先生に流しているんですね。ところが、その作業は結構デリケートで膨大な
んですよ。

ただ、病院のシステムから離れて個人で参加される分には、頭で覚えている分のデ
ータだけならそこに記入できるんですけど、病院の電子カルテの中の情報というのは
なかなか移せないんです。そののところにバリアがあるなというふうに思っているん
ですね。何かその辺のところをうまく解決する方法があれば、システムの違いを超え
てというふうに書いてあるので、そこがうまくできると本当に楽なんですけど、情報
をどうセキュリティーを守るかというのは重要ですね。

○新田会長 はい、どうぞ。

○山口委員 今、各病院で入退院支援センターも大分充実してきたと思いますが、患者
さんの情報のやりとりだけになります、地域の情報の整理、行き来の整理をやって
あげる人材がいるといいですね。

情報管理のコーディネーターのような人材を、例えば地域医療支援病院の入退院セン
ターに専属でつけられるといいのですが。これは東京都の費用でできるといいと思
います。

そういう情報の整理のためのコーディネーターを置いて、入退院支援センターを少し
拡充したような形で地域で使えないかというように思います。具体的にできるかどう
かはちょっとわかりませんが。

○久村担当課長 結構、大きな診療所さんとか訪看さんだと、結構、もうその担当の方

を置かれて、その方が情報をまず集約して必要なところに流すみたいなところをやっ
ていらっしゃる例もお聞きしますので、そういったものも。

○山口委員 地域でやってみたらどうかと。

○久村担当課長 ありがとうございます。

○新田会長 恐らく今のは、縦軸の連携の話と横の連携をどう情報をつなげるかと、そ
ういう話になって、またちょっと混乱するかもわかりませんが、きょうはポータルサ
イトの話があります。

だから、今の話を踏まえた上で、ポータルサイトの説明をしていただければという
ふうに思います。手短かにポータルサイトの説明をしてください。

○加藤地域医療対策担当 それでは、多職種連携ポータルサイトについてご説明させて
いただきます。資料9をごらんください。こちらの資料9の1枚目は、皆様のお手元
のもので大丈夫です。

本ポータルサイトは、地域の医療介護関係者や医療機関間の合理的な連携を促進し、
都における在宅療養推進体制の強化を図ることを目的として構築いたします。

ポータルサイトには、こちらもまだ仮称ではございますが、多職種連携タイムライ
ンと転院支援サイトの二つの機能を持たせ、本年度中に設定、開発を行う予定として
おります。

資料の左側をごらんください。

現状・課題を三つ挙げさせていただいております。申しわけありませんが、ちょっ
と時間が限られているので、課題の読み上げは割愛させていただきますが、担当患者
ごとにMCSやカナミックなどの地域での多職種連携システムが異なっている場合で
も、一元的に患者情報の更新状況を確認でき、円滑に各システムの患者情報へアクセ
スできる仕組みを構築いたします。

これにより、活動の場が地域に限定されていない例えば、訪問看護師やケアマネさん
が複数システムを利用する場合の業務の煩雑さが軽減され、システムへの関係者の参
画が図られるとともに、先ほど少しお話にも出ていましたけれども、地域をまたいだ
患者の診療を行っている病院の参画促進も、病院と地域間の情報共有も期待されます。

次に、資料3の右側をごらんください。

同じく現状・課題を挙げさせていただいております。申し上げありませんが、こちら
も課題の読み上げは割愛させていただきますけれども、効率的な転院支援を促進する
ため、転院元病院と受入側病院の双方からのアプローチ機能を備えた、退院予定患者
の受け入れマッチングを行う転院サイトという仕組みの構築を検討しております。

なお、都内の全ての病院が、このシステムを必ず利用して転院調整を行わなければな
らないといったものではなく、必要な場面で活用していただく、現行の病院間の転院
調整を保管するシステムとして位置づけたいと考えております。

具体的なシステムのイメージをスクリーンを用いて説明させていただきます。お手元

の資料9の2枚目と3枚目になりますが、スクリーンをごらんください。

まず、多職種連携タイムラインですが、まず真ん中の大きな四角が都がつくるシステムです。現在、地域で使われている多職種連携システムA、B、C、右側にありますA、B、Cが今いるMCSやカナミックのことです。

自分のアカウント上でこれらのシステム内で情報の更新があったとき、都がつくるタイムライン上にもその更新が反映されるような形になっています。

更新された内容を確認したい場合は、ユーザーがタイムライン上でクリックすると、自動的に各システムの部屋に移行し、患者の部屋に移行し、スムーズに患者情報にたどり着けます。

そのほか、タイムライン②として、在宅療養に係る関係団体からのお知らせが表示されるような仕組みとなっております。

次に、転院支援サイトでございます。転院患者のいる転院元病院は、受け入れの候補となる病院を検索するとともに、転院予定の患者情報をシステム上で共有いたします。

検索結果から、転院調整したい病院に転院元病院からアプローチをいたします。

アプローチに対し受入側病院は個別調整可である旨の返答をします。

なお、先ほど②で共有した患者情報をもとに、受入側病院から転院元病院へのアプローチも可能な仕組みとしています。

その後、それぞれ転院の詳細な条件などの個別調整を行った後、マッチングが成立するといった仕組みとなっております。

駆け足ではございますが、以上が東京都多職種連携ポータルサイトの説明でございます。

○新田会長 このようなポータルサイトを今は考えているところでございますが、まだまだ課題がたくさんあって、また、皆さんにちょっとこれに対してもご意見をいただければなと思います。

イメージができますかどうかですね。

はい、どうぞ。

○高木委員 最初にご説明いただいた多職種連携タイムラインのほうでお伺いしたいんですけども、このテーマには行政機関は全く出てこないわけなんですけども、そのあたりの行政機関の役割というのは、東京都のほうではどのようにお考えでしょうか。

○新田会長 はい、どうぞ。

○中島課長代理 このタイムラインのところよろしいですか。

こちらにつきましては、確かに図のようでは、ヘルパーとか、薬剤師とか、そういった、あとケアマネジャー、在宅医の先生、歯科医師の方といったような形で、多職種の方が入っている状況ではございますけども、そういうことながら行政の職員の例えば窓口の方であったりとか、情報共有のためにこういったシステムを活用して情報共有していただくといったことも可能かと考えてはおります。

○高木委員 行政機関としても、その組織としてそういった関係機関との連絡調整をしているだけではなくて、こういった個別の在宅療養をされている患者さんに対して、保健師、社会福祉士、精神保健福祉士などの職員が支援を行っているところなんですけども、先ほどまさにお話がありましたとおり、今使われている簡易なICTのシステムには、行政職員の立場では参画できないんですね。個人情報の保護の関係がございまして、区のそういった手続に耐えられるほどのセキュリティーが設けられていないということで、ここには入れない状況になっておりまして、それは以前に、私、現場担当者をしていたときに、東京都にも申し上げたことがあるんですけども、そういった中で、今のお話のように個別の支援に入っていただくことはできませんと言われても、その職としての職員の立場で入れないということになりますと、結局、行政機関としては、こういったICTのネットワークからは取り残されてしまうんですね。

そうしますと、やっぱり皆様が情報共有できているのに、役所だけがおくれていくと、そういったことになってしまいますので、そのあたりは東京都さんとしてどのようにお考えなのかというのを以前から思っておりまして、この機会にお話を伺えればと思うんですが。

○新田会長 どうぞ。

○久村担当課長 まず、例えば、地域包括支援センターの職員の方であったり、在宅医療支援窓口の方であったりというところが、個人としても入れないという理解でよろしいんですかね。少なくともネットワークには、行政のネットワークにシステムをつながないとだめだと思うんですね。

○高木委員 申しわけございません。個人として患者さんの支援を行っているわけではありませんので、あくまで、その行政職員として業務としてやっていることですので、入れるか入れないかという、そういうシステムが違えばいいんだろうという話とは全く違うているんですけども、いかがでしょうか。

○久村担当課長 ただの地域包括の職員の方は、当然ながら支援が必要な方に対して支援をされるわけですよね。それは当然、業務としてではありますけれども、その支えるスタッフとしてされると。

ただ、そのときに、例えば、今はMCSだったりカナミックというところに招待されても、その職員は入れないということでございますね。

○新田会長 それは本当なのですか。

○西田委員 さっき同じことを国立も言っておられたんで、地域包括の。

○新田会長 どうぞ。

○葛原委員 例えば、さっき私、保健所と出したんですけども、東京都の職員である保健所職員が、ほかのチームの難病の担当の保健師という立場でこのチームに入ることって多々あると思うんですが、そこはもう入れるということで、もしそういうのって入っているとかがあれば、多分、同じような仕組みを各自治体に紹介していただくと

か、地域包括の支援センターにも、こういうふうには東京都の職員も入っているのではというのがちょっと具体的に教えていただくと、少しこちら側も動けるかなというふうに思うんですが、今現在って何かその辺は把握されているでしょうか。

○久村担当課長　そこまで至ってないです。すみません、現状は。

○新田会長　今のあれはなぜ入れないんですか。

○高木委員　各自治体には個人情報保護審議会がございまして、その中で、そういった外部に職員がアクセスして情報提供をしたりとか、情報を取得できるというような定めですね。こういった場合は可であると、そういった規定があるわけなんですけども、ちょっと古いそういう規定なものですから、こういったネットワークを使った電子的なシステムについては、セキュリティーが非常に求められると。

そういった中では、よく使われているMCSなんかは、割と簡易な共通のクラウドの中で招待してどんどんメンバーをふやせると、そういった仕組み自体がなかなか厳しいものがありまして、必要性については十分理解をしているんですけども、残念ながら入れない状況にはあるということなんです。

○新田会長　これは絶対必要だよ、一つのチームだからね。

○久村担当課長　それで、さっきそのシステムにつながなければという話を申し上げたんですけど、例えば、じゃあ、単独でそれ専用のタブレットを用意して、それで参画するという、都ができていくかどうかというのは別にして、それはどうなんですかね。

○新田会長　どうですか、今のような。これはもう具体的な話ですが。

○塚田委員　多分、使う端末が何かという話ではないかと思えますけれども。

○久村担当課長　ごめんなさい。ちょっと都の取組は置いておいて、例えば、ケア会議だとか、個別症例検討というのは入られるわけですよ。結局、皆さん、情報共有されるわけですよ。

そこと、また電話でのやりとり、もしかしたら、メールは個人情報入れないよという部分があるかもしれないんですけども、それとの関係。

○新田会長　最終的には電話のやりとりも含めてあるんだけど、まず、ポータルサイトにきちっと入れるか、入らなきゃいけないという話だよ。

○久村担当課長　例えば、都もそういうネットワークはありますが、それにつながるとするのは、かなり個人情報のところ、セキュリティーの問題で厳しいと思うんですけども、それが例えばじゃあそれ専用の、業務専用の端末を用意しようという場合だと、ちょっと可能性はないのかなと思ったものです。

○新田会長　ということは、業務専用の端末を東京都が各全区市町村に応援して出すとかという話になるわけです。

○久村担当課長　今、地域の実情に応じた取り組みをやっていただく補助事業がありますから、それを活用いただければ可能かなと。

ちなみに、今、6億2,000万あるんですけど、実行率が5割ぐらいですので、も

う少し活用いただければなというところがあります。

○新田会長 今の話、重要な話なので、具体的にちょっと詰める。これを進める上で、ちょっとそのところをやらないと、行政、特に地域包括のメンバーが入らないと、なかなか地域って動かないことがあるので、進める方向でちょっと検討してください。よろしく願いいたします。

○呉屋委員 それがいいと思います。

○新田会長 ほかにポータルサイト等のご質問はありますか。よろしいでしょうか。時間が。
はい。どうぞ。

○木野田委員 一つ確認なんですけれども、この事業は厚労省が高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施という事業で、健診のデータとかでセレクトのデータを一括的に医療と介護、今後、一括的に使用していきたいみたいなプランを出していると思うんですが、それと関係のある。

○新田会長 ないです。

○木野田委員 ないんですか。

○新田会長 ないです。

○木野田委員 わかりました。

○新田会長 ないということで、よろしく願いします。

これは、今、まだ、きょう説明をして、具体的に部会も後で開いてという話になりますので、きょうは説明ということで、皆さんの意見を聞くということで終了したいと思います。それで、またご意見があればお伺いしたいと思います。

新たな検討部会の設置ということで説明をお願いいたします。

○中島課長代理 資料10をお開きください。東京都在宅療養推進会議、こちらの会議のもとに新たに部会を二つ設置するということでご紹介をさせていただきます。本当に簡単にご説明させていただきます。

先ほど、ご紹介させていただきましたポータルサイトにつきまして、その機能であったりとか、あるいはその活用方法、普及促進の取組などにつきまして、こちらの検討部会を立ち上げまして議論しているところでございます。

また、隣の地域で安心して医療を受けられる環境づくり検討部会ということなんですけど、本年度、新たに東京都のほうで取組を進めていきたいと考えておりますのもありまして、都民が地域で安心して医療を受けられるように、かかりつけ医を持つことであつたり、ACPに関することであつたりといったような理解促進であつたり、あとは、医療・介護関係者、病院における意思決定支援とかについての検討を行うといったような内容にしてございます。

こちらの検討部会につきまして、新たに設置をすることを考えておりまして、この環境づくりの検討部会につきましては、今年度秋ごろに第1回を開催するという形にな

っております、準備中でございます。

以上でございます。

○新田会長 今のものは報告事項でよろしいですね。

○中島課長代理 ええ、そうですね。

○新田会長 はい、ありがとうございます。

きょうの議事はこれで大体終了でございますが、全体を通じて、あと数分で終了したいと思いますが、何かご意見等ありますでしょうか。

はい、どうぞ。

○秋山委員 先ほど木野田委員も、先ほどおっしゃったことなんですが、その看取りに対する都民の理解促進だけではなく、看取りを本当に引き受けていくのに、その在宅という概念を少し広げて、施設における、つまり、暮らしの場における看取り推進もこの計画の中に入れていただいているんですね。

その在宅ではないんだけど、病院に行かずと最後まで暮らしの場で看取るということをやったりしないと、もう東京都の爆発的にふえる高齢者の多死時代対応は難しい。それを先行して今は看取り推進の研修等をやっていて、意識改革も進めている状況ですので、その辺が在宅というその文字に対するイメージからは、ちょっと広げて考えていかないといけないので、その辺を少し盛り込んだこの看取り支援のところの表現を考慮する必要があります。この辺のところ、もうちょっと上手に説明をしないと、誤解が生じてしまう危惧があります。

○新田会長 暮らしの場というのは、今、高齢者の場というのはさまざまあって、もう特養も含めて暮らしの場という話で、そここのところが特養が施設だからという話で、ちょっと誤解があるんだろうという、今はそういう話ですよ。そういう意味で、言葉も含めてですね。

もう一つは、恐らくサ高住の看取りとかですね、もちろん、グループホーム、あるいは、看護小規模多機能、さまざまな場所の看取りがあると思いますので、今は特養だけです。

そういったことも含めて、トータルで在宅、もちろん在宅含めてのトータルの看取りの支援事業という形で広げるということで解釈してよろしいですか。

じゃあ、文章も含めてちょっとまた考えていただくということで。

もちろん、これ東京都でやらないで区市町村でやる話なんで、それを含めて、先ほど、西田先生の話、セットでDVDを含めてぱっとつくるというのはいい物をつくるんだけど、つくりっ放しだと困るので、セットで含めて何か区市町村で広げる工夫とか、その合間の話がどうもきょうは足りなかったような気がしますので、そのあたりはまた皆さんご配慮していただいて、在宅療養推進を進めていただければと思いますが、いかがでしょうか。ご意見ありますでしょうか。

時間が8分過ぎましたが、なければこれで終了したいと思います。事務局にマイクを

回します。よろしくお願いいたします。

○久村担当課長 本当に本日はありがとうございました。

いただいた意見を踏まえて、今後、我々の予算要求等々の作業を行いますので、反映させていきたいと思えますし、また、区市町村の方を含めて後ほど、ご意見ありましたらお声がけいただければご相談にも上がりますので、ぜひ、個別のご意見をいただければと思います。

では、本日の資料は机上に残していただければ、事務局からご郵送いたします。

また、お車でいらっしゃった方は駐車券をご用意しておりますので、また事務局までおっしゃってください。

それでは、以上をもちまして、今回の会議を閉会とさせていただきます。

本日は、改めましてまことにありがとうございました。