

令和2年度第1回  
東京都在宅療養推進会議  
会議録

令和2年7月27日  
東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○千葉担当課長 それでは、お待たせいたしました。定刻となりましたので、ただいまから令和元年度第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。

改めまして、皆様にはご多忙中のところ、ご出席いただきまして誠にありがとうございます。

私は東京都福祉保健局医療政策部地域医療担当課長の千葉と申します。本年度から本会議の担当をさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

初めに、本日の会議資料の確認をさせていただきます。

会議資料は、次第の下に添付資料として四角で囲ったところに一覧を記載してございます。資料が、資料1から資料12まで、参考資料が、参考資料1から参考資料4までございます。何か、不備等がございましたら、お気づきのたびごとにお申し出いただければと思います。よろしく願いいたします。

続きまして、本日の会議でございますけれども、本日、本会議は、会議、それから会議録、会議に関する資料、いずれにつきましても公開となっておりますので、ご了解をよろしく願いいたします。

次に、この間、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。大変申し訳ございませんが、ウェブ上の会議でございますので、ご挨拶はちょっと省略させていただきます。私からご紹介のみとさせていただきます。よろしく願いいたします。

資料1、東京都在宅療養推進会議、委員名簿をご覧ください。この順番に沿って、新しく就任された方をご紹介させていただきます。

資料では、右の区分の専門職の上から4番目でございます。医療法人社団永生会地域リハビリ支援事業推進室室長、井出大委員でございます。井出先生、よろしく願いいたします。

続きまして、資料1、区分では行政機関になります。2番目でございます。江戸川区健康部健康推進課長（特別区保健衛生主管課長会）の代表でいらっしゃいます、石原詠子委員でございます。どうぞよろしく願いいたします。

続きまして、1段下でございます。江東区福祉部地域ケア推進課長、笠間衛委員でございます。笠間委員、どうぞよろしく願いいたします。

新しく就任された委員のご紹介は以上でございます。

続きまして、本日の会議の欠席のご報告をさせていただきます。本日は、芝委員、山川委員より欠席のご連絡を頂いております。

事務局からは、以上でございます。

では、以降の進行につきましては、新田会長にお願いしたいと思います。新田先生、よろしく願いいたします。

○新田会長 新田でございます。皆さん、こんばんは。よろしく願いいたします。

画面に映るのが9名しか映りませんので、誰が手を挙げたか、ちょっと分からないところがありますから、もしご発言の場合は、誰々、自分でお名前を言ってください。そうしたら、画面をちょっと私、移動しますので、よろしく願いいたします。

それでは、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。議事の一つ目は、東京都保健医療計画の進捗管理についてです。

まず、事務局から説明していただきまして、その後、委員の皆様から、質問、意見などを聞きたいと思います。

それでは、事務局から説明をよろしく願いいたします。

○中島課長代理 東京都福祉保健局の中島と申します。

まず、資料のほう、おわびなんですけれども、郵送にて21日に発送させていただきましたが、会議ぎりぎりの送付となりましたこと、大変申し訳ございませんでした。また、ちょっとこちらの手配ミスで、まだ紙の資料がお手元に届いていない方もいらっしゃるというふうにお聞きしております、大変申し訳ございませんでした。

紙の資料がお手元にない方につきましては、大変お手数なんですけれども、東京都のほうから22日にお送りしておりますメールに資料のほうを添付してございますので、そちらのほうをご覧いただきながら、ご参加いただければと思います。よろしく願いいたします。

それでは、まず、今回、この会議でご意見を頂く議題1の保健医療計画の進捗管理、評価に関しまして、資料3から、まず、ご説明をさせていただきます。

昨年度も同じように実施させていただいたものになるんですけれども、初めての委員の方もいらっしゃいますので、改めてご説明をさせていただきます。

資料3をお開きください。

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す、毎年、取組の進捗の管理、指標の達成状況の評価を実施しております。

進捗管理・評価の方法なんですけど、まず、5疾病5事業ごとの協議会、在宅療養に関しましては、本日のこの会議がそれに該当するんですけども、その会議の中で、事業実績だったり、指標の達成状況などについて評価をしていただいて、その評価結果を、保健医療計画推進協議会という会議がございまして、そこに報告をし、また、その先生方からご意見を頂くといったような流れで、進捗管理、評価が行われる形となっております。

本日は、そのため、事務局のほうで資料4と資料5にございます指標の達成状況、事業の実績をまとめておりますので、それをご覧いただきまして、本日、委員の皆様にご意見を伺わせていただきたいというふうに考えております。

それでは、資料4と5を使ってご説明させていただきます。

まずは、資料4をお開きいただけますでしょうか。

まず、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ておりまして、それぞれの取組に対応する形で各評価指標というのを定めております。

こちらの資料4には、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、どこまで達成しているか、AからDの段階で評価を入れるものとなっています。今回は2年目の進捗状況を評価しますので、「実績」の欄の「2年目」というところ、表でいうと、各指標の達成状況の「出典」というのと「達成状況」、「3年目」「2年目」というのが右から見ますと出てくるんですけど、その「2年目」のところをちょっとご覧いただければというふうに思っております。

そして、次のページの資料5で事業の実績をまとめております。今回は、表の右側にご覧いただけます「これまでの取組状況」のうち、令和元年度の部分を主にご覧いただければと思います。こちらの事業実績と先ほどの指標の達成状況を合わせて、総合評価を決めるという流れになってございます。

本日はちょっと時間が限られておりますので、1枚目の評価指標をご説明した後、次の事業実績については、指標に関連するものを主に抜粋してご説明をさせていただきます。

それでは、恐縮でございますが、また資料4にお戻りいただければと思います。

まず、指標の1点目ですね。各指標の達成状況の説明に入りますが、まず、指標の1点目をご覧いただければと思いますが、訪問診療を実施している医療機関数でございます。これに関しては、目標値のところをご覧いただくと、「増やす」という目標にしておりまして、現時点では、診療所数が2, 234か所で、病院が165か所で、2年目の数字ですと2, 399か所ということで、こちらについては1年目のところの平成29年度の数字と比較すると増えてはいますが、策定時の平成27年度からは、引き続き横ばいという状況になっています。

ただ、一方で、指標の5段目をご覧いただければと思うんですが、患者数については、平成27年度と比較して17万人ほど増えていますので、現行の医療資源の中で在宅療養患者さんの増加に対応していただいているといった状況になっておりますけれども、引き続き、ちょっと参入促進であったりとか、裾野を広げるというような取組を実施していくことは必要であるというふうに考えているところでございます。この部分に関しまして、ちょっとまた後ほどもご意見を頂ければと思っています。

続いて、在宅看取りを実施している医療機関数、それから次の6段目にご覧いただけます在宅ターミナルケアを受けた患者数、こちらにつきましても、ご覧のとおり増加しているという状況でございます。

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、こちらは、ご覧のとおり、厚生労働省の衛生行政報告例というのを参照しております。こちらがどうしても隔年のため、数字の更新、今回はちょっとできていないというところをご了承いただ

ければと思います。

それから、退院支援を実施している医療機関数についてですが、こちらは入退院支援加算を算定した医療機関数となっておりますが、策定時の平成27年度の数値243と比較して、267か所増えているという状況です。

それから最後に、入退院支援に関わる研修受講者数についても、ご覧のとおり増加しているという状況です。

最後に、それぞれの指標ごとに、今、ご説明した増加数について、ちょっとパーセンテージを計算しましたところ、5%以上増加があるものをAと、5%未満でいい方向に進んでいるものをBと、横ばいのものをCという形で記載しております。

以上が、指標に対する達成状況でございます。

続いて、資料5をご用意いただけますでしょうか。

保健医療計画では在宅療養については五つ課題を挙げておりまして、それぞれに対してどういう取組を行うかというのを記載してございます。こちらの資料では、それらの取組について、今回、令和元年度の実績を追加して資料に記載してございます。

主な取組についてご説明をさせていただきます。

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いては、都において在宅療養の取組に対する会議であったりとか、個別の事業などの詳細を検討するための部会などを設置して、随時、実施しています。

それから課題2の地域における在宅療養の推進のところでございますけども、こちらについては、区市町村が行う在宅療養の取組に関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ですとか、在宅療養環境整備事業というのを実施してございます。

ごめんなさい、今、ご説明しているのは、すみません、失礼しました、課題1です。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の欄でございます。大変申し訳ないです。課題1のところですね。この区市町村在宅療養推進事業ですとか、在宅療養環境整備事業を実施して、財政支援を区市町村さんのほうに行わせていただいております。

活用いただいている区市町村、それぞれ全部で47区市町村というふうになっておりまして、約8割ぐらいの区市町村の方にご活用いただいているという状況になっております。

続いて、下のほうに行ってください、課題2のところには訪問看護の取組についても記載してございます。

こちらの在宅療養推進会議の下に訪問看護推進部会を立ち上げてございます。昨年度も年3回ほど実施させていただいておりますのと、また、人材育成の取組の一つとして、都内13の教育ステーションを指定して、各地域で同行訪問であったり、勉強会の実施を行っているということのほか、記載のとおり、人材確保であったり、育成、

定着というふうに向けた様々な取組を実施しているというところでございます。

1枚おめぐりいただきまして、今回、訪問看護の関連では、令和元年度に行っております新しい取組として、訪問看護師オンデマンド研修事業というものを実施してございます。休職中ですとか、育児、介護中などの訪問看護師さんも研修が受けられるようにということで開始したものでございます。

また、続いて、看取り支援の取組についても、ご覧のとおりの実績となっております。続いて、課題3、在宅療養生活への円滑な移行の促進をご覧いただければと思いますが、ここにつきましては、具体的な取組としては、入退院時連携強化研修について、令和元年度、23区と多摩部で開催を分けて、それぞれ2回ずつ計4回、病院のほか、地域の医療介護関係者の方も含めて、計588人の方にご参加いただいているという状況でございました。

続いて、もう一枚、おめぐりいただけますでしょうか。

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、在宅に取り組んでいただく先生を増やすということで、平成30年度より、参入促進セミナーを実施してございます。令和元年度は回数を増やして2回実施しております、計67人の医師の方にご参加いただいております。また、その後は同行訪問のほうも幾つか実施をしているという状況でございます。

それでは、いま一度、資料4にお戻りいただけますでしょうか。

これらの取組の状況と、それから指標の達成状況を踏まえた総合評価でございますけれども、事業実績につきましては、先ほどご覧いただきましたように、もともと計画していた規模を、ちょっと、若干満たせなかった補助事業とかもちょっとあるんですけれども、現状、おおむね計画に沿って様々な取組が進んでいる状況かというふうに認識、事務局としてはしております。

資料4のほうの各指標の達成状況につきまして、目安となっている基準の数値、達成状況のところ、C、もしくはBかAという状況でございまして、数値のほうに換算すると、単純に計算だけすると、総合評価Aという形にはなりません。ただ、事務局としましては、その評価指標のうち、訪問診療を行った医療機関数、こちらについては、昨年度から微増してはいるものの、昨年度と比較したとき横ばいというふうになっておりますので、ここは引き続き取組が、充実が必要な部分もあるというふうに考えております。また、現在の取組の成果ですとか、結果を注視していく必要があるというふうにも考えておりまして、したがって、こうした結果を総合的に勘案しますと、計画2年目も、前回同様、引き続き、総合評価としてBという形に評価をつけさせていただきます。

各委員の皆様には、都のこうした取組の状況、総合評価の内容につきまして、本日、ご意見を賜りたく思います。

資料6をご用意いただけますでしょうか。

今日、この進捗管理に関しましてご意見を頂きたいポイントをまとめてございます。

まずは、資料4のそれぞれの評価指標に関するご意見、それから訪問診療を行った医療機関について、新しく訪問診療を始めるに当たって、現場において課題となっていることはどんなことがあるとお考えになっているかというところ、それから、資料5にございます、それぞれの取組に関して何かご意見があれば頂ければというふうに考えております。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、今、資料4、5について説明がありましたけども、皆様の意見を聞きたいポイントも含めて資料6にあります。皆様の意見を伺いたいと思います。よろしいでしょうか。もしご意見のある方は、先ほどお話ししましたが、申し訳ないですけど、名前を言っていただけないとちょっと誰が発言するか分かりませんので、よろしくお願いいたします。

では、どうぞ。

まず、今、ご意見①、②、③とありますが、まとめて①、②、③、どのポイントでも結構ですから、ご発言いただければというふうに思います。

西田先生、どうぞ。

○西田委員 こんばんは。聞こえますか。

○新田会長 聞こえます。

○西田委員 資料4の、この一番上の訪問診療を実施している医療機関のところなんです。かなり、これは大ざっぱに東京都をひっくるめて増やすという目標値になっていますが、ご存じのように、地域によっては、ある意味、過剰なところもあるんですよ。だから、それを単純にただ増やすというふうになっているところに、ちょっとこれでいいのかなということがあって、少なくとも区市ごとの差というのは必要だというふうに思います。

それと、策定時が診療所と病院で分けて書かれていないのですが、これは分からないのでしょうか。中島さん、いかがでしょうか。

○新田会長 じゃあ、事務局、お願いします。

○中島課長代理 中島です。すみません、策定時、平成27年度の数字、厚労省から頂いているんですが、その際、ちょっとご指摘のように、診療所と病院数が分かれた数字をちょっと頂いていなかったため、策定時はどうしてもこの2, 432で合算した数字になってしまいます。申し訳ありません。

○西田委員 私、肌感覚として、すみません、いいですか。

○新田会長 どうぞ。

○西田委員 病院の在宅参入はかなり増えているような気がしています。中小病院はかなり積極的になっているので、診療所よりもそちらのほうの認識度が高いのかなという気がしています。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

今の西田先生の発言は、今日、まだ資料説明がないんですけども、区市町村のワーキング、いろいろとやられている、地域医療計画ですか、あの中での資料を見ても、まさにそのような意見があります。例えば、23区で充足しているとかというようなご意見もありますので、この今のいわゆる取組について、これはさらに2030年を含めて、1.5倍増やさなければいけないだろうという中で、さらにどういう形で、先生が言われるように、単に増やすだけじゃなくて、どういう形でもって増やすのか。例えばかかりつけ医と病院と、あるいは在宅支援診療所と連携するとか、医師会がどう関わるとか、増やし方の方法がいろいろあるなという、そのような感じがいたしておりますが、いかがでしょうか。

ありがとうございます。

○飯島委員 新田先生、飯島ですけれども、よろしいでしょうか。

○新田会長 飯島先生、どうぞ。

○飯島委員 新しい意見というよりは、先ほど西田先生がコメントされて、新田先生が今まとめていただいた話に単にかぶせたコメントになりますけれども、確かに、今、この時期になって改めて必要なのは、やっぱり過不足なくというキーワードが一つ重要になってくるかなと。西田先生も、先ほどちょっと過剰になっているエリアもあれば、まだまだだということもあってと、そこら辺が過不足なくということと、やっぱりそろそろ数だけじゃない、質といいますか、連携のしっかり安定な具合に連携できているかどうかとか、そこら辺になってくるかなと。ですから、このエクセルシートの報告に関しましては、前年度と比べて5%アップしているかどうかということ、A、B、Cというランキングになっちゃうのは仕方ないかなとは思いますが、もう少し幅広い視点でのトレンドというものもやっぱり必要だと思いますし、あとはそこら辺をどう読み解くのかと、これは恐らく前回の会議でも、数字ではなかなか表れない、もうちょっと深掘りした、読み解く、傾向と対策というところが必要かなという議論、前回も出たように記憶しているんですけど、そこら辺が一番問われるかなと思っております。

ですから、この資料4とかの数値に関しましては、もうそれがリアルな数字なんでしょうし、それを単に計算して5%超えている、超えてないということで達成状況というのは決まっちゃうんでしょうけども、実を伴う戦略という意味では、ちょっとそこら辺が必要かなと思えました。

以上です。

○新田会長 貴重な意見、ありがとうございます。

まさに西田先生、飯島先生が言われるとおりで、まとめると、過不足なく質をもってという、質の中には連携も含めていろいろあるんだろうなということですよ。



この資料4というのは数字なので、質を表すのはなかなか難しいですよ、という感じで、どのような方法を取るかという、これはもう一回ちょっと考えなきゃいけないだろうなというふうにも思います。ありがとうございます。

皆さん、ほかにご意見はありますか。

どうぞ、もう一回、西田先生。

○西田委員 すみません、今、飯島先生が言われた過不足なくということの数字的なことに関しては、千葉さんにちょっと聞きたいんですけども、外来医療計画でのコントロールがそれに対する実行力を持てるかどうか、千葉さんに伺いたいたんですが。

○新田会長 千葉さん、どうぞ。

○千葉担当課長 事務局の千葉です。

ちょっと外来医療計画のほうでは、まだどういった取組をするのかというのは私どもも伺っていませんので、何ともここでお約束はできないんですけども、先生がおっしゃるように、在宅のことに关しましては、外来医療計画にもきちんと盛り込んでありますので、そちらともきちんと情報共有しながら、どういった施策を打っていくのか、また、飯島先生、西田先生、それから新田先生もおっしゃいました、区市町村ごとの過不足ですとか、そういうのをどういうふうにして把握しているのか。実は、我々、この区市町村ごとに在宅をやられている診療所、病院を出すのって非常に、出ないことはないんですけど、非常に労力がかかる作業になりますので、毎年、毎年、毎回、毎回、リアルタイムのというのはちょっとなかなか難しいところがあるんですね。それをどういうふうにしてやっていくのが一番都の状況を表して、また、今後のことを見通せるのかというのも考えながら、また先生方からもご意見を頂きながらやっていきたいと思っています。

○新田会長 ありがとうございます。

呉屋先生、発言、手が挙がっています。よろしく願いいたします。呉屋先生、聞こえますか。

○呉屋委員 はい、呉屋です。

○新田会長 大丈夫、聞こえます。どうぞ。

○呉屋委員 聞こえますでしょうか。

○新田会長 はい。

○呉屋委員 じゃあ、よろしいですか。

じゃあ、今、いろいろ議論がなされているのを拝聴いたしました。西田先生のコメントともかぶるんですが、この診療所数の問題ですけれども、そのそれぞれの診療所の中にアクティビティの差があるんじゃないかというふうに思います。地域では非常に充足していると思いますが、アクティブな診療所と、そうでない診療所を区別できますかね。

例えばレセプトの監査とか、そういったものでアクティブな診療所と、比較的そうで

ない診療所ということが区別できるのではないかなという気がします。ですから、単に数だけではなくて、アクティブな診療所は結構、実は増えているんじゃないかという気がいたしますが。

○新田会長 呉屋先生、アクティブという意味をどのように捉えるかということなんですが、先生の発言の趣旨は、アクティブはどのような意味合いを持たれますか。

呉屋先生、聞こえますか。

○呉屋委員 例えば、数の多いとか、あるいは診療内容も、例えばレセプト件数で非常に、レセプト件数の差が施設ごとにあるのではないか。そういう意味でアクティブなところとアクティブでないところという言い方をしています。

○新田会長 なるほど。ありがとうございます。

○呉屋委員 ですから、単に数だけではなくて、アクティブな診療所がどれぐらい増えたかという指標が必要だなというふうに感じます。

○新田会長 ありがとうございます。

これは、千葉さん、事務局としてどうでしょうか。

○千葉担当課長 事務局の千葉です。

各病院さんや各診療所さんが、在宅訪問診療料でしたっけ、のレセプトの枚数というのは我々のほうで分かります、国から情報を頂いていますので。それを、さっきも言いましたように、膨大な数から数えていかなくちゃいけないので、なかなか作業が大変なんですけども、数としては分かります。それを、我々事務局として数は分かるんですけど、じゃあ何枚以上がよくて、何枚以上が悪いというのは、また先生方からご意見を頂きながらやっていかなくちゃいけないことかなと思います。

○山口委員 よろしいでしょうか。

○新田会長 山口先生、どうぞ。

○山口委員 聞こえますか。

○新田会長 聞こえます。

○山口委員 これは、今日は全体の数だけでされておりますけれども、実際に訪問診療において、やはりいわゆる療養型の長期の方を診ていただく場合と、それから、がんの在宅診療ということで、かなり質が結構大事になってくるのではないかという気がします。そういう意味では、どこかで質の評価というのをしていかないと、いたずらに数だけで評価するというのではなくて、これから訪問診療の質が非常に大事になってきて、実際には自分のがんがあまり得意ではないとか、そういう先生もいらっしゃいますでしょうし、また、病院から逆紹介、紹介された患者さんを返したところ、その患者さんを適切に診られる診療所なのかどうかというのはなかなか判断が難しくなると思うんですね。私どもとしては、まずはお返しするというのが原則になっているんですけれども。

○新田会長 山口先生、貴重な意見、ありがとうございます。

確かに、例えばがんだけを、看取りを診る診療所は数が増えますね。一方で、認知症とか、認知症の家族に精神を抱えている、一家族をまとめて診るとなると、これは数にはならないんだけど、それはアクティブといいますよね、逆に言うとな、という意味で。

○山口委員 大事な点ですよ。

○新田会長 ですよ。だから質のアクティブ表現というもっと前に、質をどう評価を捉えて、それを先ほどの呉屋先生の言葉で言うと、それをどうやって評価するか、その辺りを皆さんのご意見を伺う必要がありますよね。まとめていく必要があると思いますが、いかがでしょうか。

重要な意見だというふうに思いますが、時間を、後で、また後ほど、また、まとめた意見もありますから、次に進んでよろしいでしょうか。

今、先ほど、この間のこの件に関しては、資料4に対して評価をこの会議で行うということですが、事務局から説明がありましたとおり、B評価ということでもよろしいでしょうか。

はい。皆さん、オーケーなら、丸とか。大体よろしいでしょうか。ありがとうございます。全員が丸を出していただきましたので、これはB評価ということで、この会議では認めたということにします。

それでは、本日、二つ目の議事に移らせていただきます。保健医療計画の中間見直しの内容、方向性についてでございます。

事務局、よろしく願いいたします。

○中島課長代理 事務局からご説明させていただきます。

資料7をご用意いただけますでしょうか。

まず、本日、議題の二つ目で、医療計画の中間見直しにつきまして、皆様からご意見を頂きたいと考えております。

まず、医療計画の中間見直しとは何かというところで、最初の箱に記載のとおりなんですけど、医療法第30条の6の規定に基づいて実施するものでございます。その中で、在宅医療その他必要な事項については、3年ごとに調査、分析、評価を行い、変更がある場合は変更することというふうになってございます。

そこで福祉保健局では、保健医療計画につきまして、以下、見直しの方向性の箱に記載の四つの視点から中間の見直しを行うというふうなことで考えてございます。見直しの方向性の箱のところをご覧いただければと思います。

まず、全体の方針としては、次期、第8次医療計画へのつなぎとして位置づけ、ポイントを絞った見直しをします。見直しの視点は四つございます。

まず、一つ目が、医療法に基づく見直しと、在宅医療の必要量の見直しと、それから基準病床数の見直し。

それから、視点2、現行計画策定後の状況の変化による見直しとして、記載のとおり、

感染症対策ですとか、風水害などもございました。その辺りの話や、それから新たな取組や課題というところで、ICTに関連する部分の見直しですとかも考えてございます。

それから、次に、視点3です。今年度、改定作業中の「高齢者保健福祉計画」、そのほかにも計画の改定等がございます。それらの計画の内容の整合を図るということ。

それから最後に、視点4。各5疾病5事業、在宅で定めている評価指標、先ほどご説明させていただいた指標ですね、こちらについて、目標に対する進捗が芳しくない指標については、目標達成に向けた取組の方向性、指標の見直しの検討を行うことというふうになってございます。そうした視点に基づきまして、在宅療養に関する内容につきましても中間の見直しを行ってまいりたいというふうに考えています。

資料8をご覧くださいませでしょうか。

在宅療養に関する見直しの方向性につきまして、これから、まず全体像をご説明させていただきます。個別の見直しの内容ごとに、それぞれ資料を使ってご説明させていただきますので、その後、まとめて皆様からご意見を賜りたく考えております。

資料8の、まず、在宅療養の中間見直しの内容について、大きく3点、考えてございます。先ほどお話しした資料7も一緒にご用意いただきながら、ご覧いただければと思います。

この資料8の(2) 中間見直しの内容のほうをご覧ください。

まず、一つ目の見直しが、2025年の訪問診療の必要量の見直し。それから、2点目が現行計画策定後の変化による見直し。3点目が指標の見直しというところでございます。

まず、1点目の必要量の見直しでございますけれども、資料7の視点1に該当する部分になります。こちらの資料8のほうに、現状と将来という図が記載されていると思うんですけども、こちらは現在の保健医療計画に掲載しておりますもので、厚生労働省などの通知に従いまして、平成29年度に計画を策定したときに2025年の訪問診療必要量を試算したものとなっております。

まず、①の点線で囲った部分でございますが、現に訪問診療を受けている患者さんの数を2025年まで引き延ばした数値が下の14万3,429人となっております。その数値に、この図の左側でございます療養病床の医療区分1の7割の方、この方たちを2025年では、介護か、もしくは在宅医療かが受皿になるという厚生労働省の方針にのっとりまして計算をしたところ、訪問診療が受皿となる数は②の点線のところで囲った495人と試算しまして、これを我々は「追加的需要」という言葉を使って呼んでいるんですけども、この追加的需要の②の数字を加えて14万3,924人というのが、これが現在の保健医療計画の中で記載しております2025年の訪問診療の必要量という構成になってございます。これを中間見直しに当たりまして、数値の見直しを行うかどうかということを検討しているところでございます。

ただ、これはちょっと、今回、この必要量の見直しの部分に関しましては、厚生労働省のほうから、現在のところ、まだ見直しが行えるようなデータがちょっと来ていないという状況がございまして、現状、今、事務局、我々のほうで、何とか、現在、国から最低限出ている数値で更新可能なものかどうか検討をちょっとしているところがございます。なので、恐縮なんですけど、本日の会議では、前回の計画策定時の数字の構成の説明にちょっととどめさせていただいて、改めて数値の見直しができるタイミングで委員の皆様にお示しができればというふうに考えてございます。

続いて、2点目の現行計画策定後の変化による見直しでございます。

資料7でいいますと、視点2、それから視点3の高齢者保健福祉計画等の整合に該当するところになります。それから三つ目が、右側、一番下の箱になりますけれども、資料7でいうと、視点の四つ目になります。指標の見直しでございます。

以上、三つが在宅療養の医療計画の部分に関する中間の見直しの全体像というふうに、事務局として考えている部分になります。

続いて、見直しのスケジュールを、ちょっとまず先にご説明させていただきます。1枚おめくりいただけますでしょうか。

中間見直しの内容については、今回の会議で頂いたご意見を踏まえまして、事務局にて素案を作成して、これからいきます。その間に、9月から11月にかけて保健医療計画推進協議会というのが行われますので、本日ご意見いただいたものをベースとした見直しの骨子案、それについて意見交換がなされます。最終的に、12月頃には、見直しの骨子を基に作成した、事務局の作成した素案について、保健医療計画推進協議会で審議していただいて議論がなされるという状況で、それまでの間に、また再び、在宅療養推進会議の委員の皆様が事務局が作成した素案のほうをご覧いただいて、ご意見を頂くタイミングを設けさせていただきたいというふうに考えています。その後、1月末の医療審議会でも中間見直しについてお諮りして、内容を確定するというスケジュールになります。

それでは、早速ですが、それぞれ三つの見直しの検討状況、内容についてご意見を賜りたく、資料の説明をさせていただきます。

資料9を、まず、ご用意いただけますでしょうか。

一つ目の見直しとしてお話しさせていただいた訪問診療の必要量についてでございます。2枚の資料でご説明させていただきます。

まず、必要量に関しましては、先ほどご覧いただいたように、資料9の左の図のと通りの構成となっております。見直しを行うとなりますと、この①の点線で囲った部分について、前回の策定時と同様の計算方法で見直しを行う、比較するという形で行うことを検討しておりますけれども、先ほどちょっとお話ししたように、まず、現状、ちょっと国から提供されているデータだけでは、同じ方法で推計することはちょっとできない状況に、今、なっております。なので、今後、ちょっと事務局のほうで、N

DBデータですとか、ちょっとそういった国から出てきているデータ、最低限のデータがありますので、それを使って何がしか、なるべく近い方法で見直しの数値が出せるかどうか、ちょっとその辺りを、今、検討しているという状況でございます。

2枚目をお開きいただけますでしょうか。

続いては、先ほど申し上げた追加的需要の部分、在宅で診るか、介護で診るかというところの部分の見直しでございます。こちらにつきましては、今後、介護サービスの必要量の整合等を図りながら数値を算出する形となりますので、資料の一番下段に記載しておりますとおり、都庁内の高齢計画の担当部門と調整をしながら、連携しながら見直しを行っていきたいというふうに考えています。

先ほど1枚目でお話した①の点線で囲った数値とともに、この②の点線で囲った数値につきましても、委員の皆様には改めて数値が出た段階でご説明させていただきたいというふうに考えておりますので、すみません、よろしく願いいたします。

続きまして、資料10をお開きいただけますでしょうか。一緒に参考資料4をおつけしております。保健医療計画の抜粋になります。こちらも、よろしければ一緒にご覧いただければと思います。

中間見直しに当たりまして、追加で記載をすべき内容としては、見直しの視点にございました現行計画策定後の変化による見直しとして、事務局のほうではICTとそれからACPの2点に関して追加で記載が必要ではないかと考えています。

まず、資料10の1枚目につきましては、ICTの取組に関するものとなっております。参考資料4でいいますと、272ページのところになります。

課題3と記載しておりますけれども、在宅療養生活への円滑な移行の促進というところの課題のところ、ICTの情報共有における課題について、まず追記が必要ではないかというふうに考えています。

まず、理由としましては、資料10の中ほどに、さらなる取組の充実が必要な点、計画策定後の変化のところに記載しておりますとおりなんですけれども、地域と病院の情報共有に関しては、各種、様々な会議などでさらなる取組の充実が必要であるということもされております。また、新型コロナの影響もございまして、対面によるカンファレンスも、今、現状、できていないとか、相談だとかも、現状、できていないという状況の中で、一層ICTを活用した情報共有の充実が必要な状況というふうに我々としては考えております。

そこで、追加で記載する事項としましては、下段の、下の新たに記載する内容のところでございますけれども、そこにございますように下線の部分を追記したいというふうに考えています。ちょっと読み上げますと、各地域で運用されているシステムの違いに関わらず円滑に患者情報にアクセスできる他職種連携ポータルサイトを活用し、地域の医療介護関係者と病院、病院間の情報共有の促進を図っていきますと、こちらのほうを追記させていただきたいと考えています。

このポータルサイトの内容については、ちょっと時間が限られているので、今日はちょっと説明は割愛させていただくのと、従前から委員の皆様にはご説明させていただいているところではございますけれども、都としては、こうしたサイトの利活用を進めることと、それから従来の入退院の関連の研修だったりとか、そういったところも継続して実施をする予定でございますので、そこを地域と病院側の情報共有をさらに充実させていければというふうに考えております。

続いて、資料10の2枚目をお開きいただければと思います。

続いて、ACPについてでございます。こちらは参考資料4の271ページに該当するところでございます。

こちらの271ページ、課題2の地域における在宅療養の推進の部分、こちらのほうにACPに関する課題ですとか、取り組むべきことについて追記が必要というふうに考えています。ACPに関しましては、まだまだ都民の方もそうですし、医療介護関係者の方も正しい理解が進んでいないという部分もございます。そのため、ACPに特化した都民向けの普及啓発であったり、それから地域の医療介護関係者さんだけではなくて、病院のスタッフさんの対応力の向上ですとかといったようなところに対する支援が必要というふうに考えています。

それから、こちらにもまた新型コロナの影響から、例えば重症化した場合などに備えて、ACPにより、ACPのプロセスを経て話し合っていく重要性というところが、現在、高まっているところかなと考えてございます。

そのため、課題2に対する取組として、資料下段の新たに記載する内容のところ、ACPの取組について記載して、今後、都として、研修ですとか、普及啓発の取組を進めていきたいというふうに考えています。

それから、併せてなんですけど、医療安全ですとか、それから感染症への対応の視点というところも併せて記載のとおり追記して取組を充実していきたいというふうに考えております。

以上が、中間見直しによりまして、二つ目の中間見直しの内容ですね、現行計画の追加で記載すべきと考えている内容は以上になります。

続いて、資料11をご用意いただけますでしょうか。

最後に三つ目の見直しのところで、評価指標に関連する見直しでございます。

在宅療養では、訪問診療を行った医療機関、先ほどご覧いただきましたように、Cの状況でございますけど、策定時より横ばいというような状況になってございます。ですが、先ほどお話しさせていただいたように、ちょっと現状の分析のところにも書かせていただいたんですけれども、訪問診療を受けた患者数ですとか、それから在宅看取りを実施している診療所数ですとか、そういったところにつきましては増加してきているという状況でございますので、現行の医療資源の中で現在の患者増にも対応ができていくというふうに、都全体で見れば認識できるところかなと思います。

ただ、一方で、先ほど新田会長からもお話しいただきましたように、地域医療構想調整会議の下に設置しています、二次医療圏ごとに設置している在宅療養ワーキンググループの中では、昨年度は、現状は資源が足りているんだけど、今後の将来の需要増に対しては、このままの資源では対応が難しく、在宅医療を担う医療機関を増やしていく必要があるといったようなご意見も多く出ていたところでございます。そのため、都としても引き続き、訪問診療の裾野の拡大に取り組んでいく必要があるというふうなことを考えているところです。

以上のことから、下の箱になりますけれども、まず、この指標に関しましては、引き続き、施策の効果なども図る必要があるかと考えており、なので、計画期間の間は当指標について変更せず、継続して進捗を評価していくこととするべきではないかというふうに考えています。

続いて、その指標に関しまして、今後の目標達成に向けた取組の方向性、次のページにまとめております。1枚おめくりいただけますでしょうか。

まず、これまでの都の取組ですけれども、これは東京都で参入促進の取組ですとか、あとは地域の在宅療養推進のリーダーを担う、中心的な役割を担っていただくリーダーの育成ですとかというのは、在宅の人材育成の研修など、医師会様ですとかと一緒に、区市町村さんとも協力して一緒にやってきたところでございます。

また、参入に当たって大きな障壁となりやすい看取りの部分に関しまして、医師向けのものであったり、それから多職種向けの基礎編の研修ですとか、そういったものをこれまで実施してきておると、それから看取りに関連した講演会ですとか、そういった区市町村さんの取組につきましても財政支援等を進めてきたところがございます。

続いて、資料の下段の（２）の今後の都の取組の方向性のところをご覧ください。

引き続き、参入促進の事業については取組を進めてまいりたいと思っています。今後なんですけれども、それから区市町村さんのほうにおいても、在宅の取組がさらに充実して、施策が充実していくようにということで、今後、KDBデータのほうを国のほうから提供を今年度は受けておりますので、よりきめ細かな訪問診療に関するデータを区市町村さんのほうに提供することができる状況と今なっています。今年度についてはそれを提供させていただきますので、区市町村ごと、あるいは二次医療圏ごと、今、集計をさせていただいているところなので、集計が終わり次第、すぐに区市町村のほうに提供させていただきたいと思っております。

それを分析方法だとか、それをどうやって施策の見直しだとかに効果的に反映していただけるようになるかというところを、それにつきましては積極的に東京都のほうから情報提供なり、あるいは例えば、何か事例紹介させていただくとか、そういった形で、区市町村への支援という形で行わせていただくことで、区市町村のほうでもそのデータを活用した形の在宅療養の取組の見直しであったり、充実であったりというも



のを促進させて、取組を進めていただければというふうに考えています。

また、医療機関の間の連携強化といった形で、区市町村さんや地区医師会様とも連携しながら裾野の拡大を図ると同時に、地域の実情に応じた仕組みづくりというのにも取り組んでいく必要があるというふうに考えています。

資料12をご覧くださいませでしょうか。

ここまでご説明しました中間見直しの内容につきまして、ご意見を頂きたいポイントは記載のとおりというふうになってございます。特に、本日ご意見を頂きたいのは、最後の3点目のところでございます。ごめんなさい。①、②、②となっておりますが、ごめんなさい。二つ目の②のところですね。三つ目のポイントのところをご覧くださいればと思います。

今後、さらに訪問診療を行う医療機関を増やすにはどのような取組が有効と考えるかというところで、ただ数字を、数を増やすだけではなくて、医療機関間であったり多職種の間でも連携は充実して24時間安心ですとか、看取りの体制を地域の中で充実させていく必要があるというふうに考えておりますが、東京都であったり区市町村、それから医師会などが具体的にどのようなことに取り組むことが必要だと考えるかというところを、この3点目はちょっと重点的にご意見を頂きたいなというふうに考えております。そのほか①、②に記載しております追加する記載内容につきましても、ご意見を賜ればと思います。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。

それでは、ただいまの保健医療計画の中間見直しの内容、方向性について、今までの都の取組の、これまでの在宅医療に関する取組はいろいろ行ってきたことは皆さんご存じだと思いますが、その中で先ほどのご意見を頂きたいポイントも含めて出されましたけど、どうぞ、ご意見をお願いしたいと思います。

先ほど、ちょっと待ってくださいね。先ほど呉屋先生が、発言を求められていたのに、ちょっと分からなくて、ちょっと戻りますけど、呉屋先生、まずその発言はよろしいでしょうか。呉屋先生、大丈夫でしょうか。呉屋先生、大丈夫でしょうか。ちょっと悪いようですから、では、後ほどまた呉屋先生に発言していただくようにしましょう。

では、今回、これは戻します。今、西田先生から手が挙がりましたかね。西田先生、よろしく願いいたします。大丈夫ですか。はい、分かりました。

それでは、ただいまの、今の事務局からの中身について。

○飯島委員 新田先生、秋山正子先生から手が挙がっているようです。

○新田会長 分かりました。じゃあ、秋山さん、よろしく願いいたします。

○秋山委員 はい。声、聞こえますか。

○新田会長 聞こえます。

○秋山委員 先ほど資料11の2枚目の今後の都の取組の方向性のところで、医療機関間

の連携強化（在宅医、在宅専門医、かかりつけ医間等）と、これは三つを併記していますよね。それと併せて、資料12の③、この訪問診療を行っている医療機関について、さらにと書いてありますけど、一体どういう診療所が増えればいいのか、このどういうイメージなのかというのが、ちょっとよく分からないという。ちょっとその辺、この言葉の使い分けをどうなさっているのか、私としたら、もちろん在宅専門医は大事だけれども、基本はかかりつけ医が総合的に診てほしい。特に高齢者の場合は、ずっと診ていたドクターが全体を診た上で、もし専門医療が必要だったらつなげていただいたり、看取りは看取りで引き受けていただいたりという、そこかなと思っているので、ちょっとそこをお聞かせいただければと思います。

○新田会長 秋山さん、どうもありがとうございました。

ただいまの意見に対して、私たちはこの東京都の在宅療養推進協議会もかかりつけ医を、まず増やすという意味合いでは行ってきたというふうには思っております。ただそこで、この今、文章の中でその辺がちょっと曖昧だということで、じゃあ、そこはちょっと中島さん、もう一度その辺のところを説明、よろしいでしょうか。

○中島課長代理 東京都としましても、秋山先生に先ほどおっしゃっていただいたように、何というんでしょう、専門の先生たちを育てるというか、専門の先生たちを増やしていくという在宅専門の診療所を増やしていくというようなところというよりは、先生がおっしゃったように、どちらかというとかかりつけの先生が通っていらっしゃった高齢の方だとか、例えば家で落ちられたりとかということ、なかなか通いづらくなってきたときとかに訪問診療に参入といいますか、訪問診療を始めるというようなことができるような形の体制づくりができないかなというところで、取組を進めていきたいなというふうに考えているところでございます。

また、その医療機関間の連携の強化というところに記載したその意図は、実は在宅療養のワーキンググループのほうで、地域医療構想調整会議の在宅療養ワーキンググループ、二次医療圏ごとに設置している会議があるんですけれども、その中でかかりつけの先生が訪問診療を始めるに当たっては、例えば看取りであったり、これは秋山先生も先ほどおっしゃっていただきましたが、24時間だったりの体制を整えるときに、ほかの先生との連携であったり、あるいはその在宅の専門の先生、在宅専門の診療所との連携であったり、そういったところが都の連携をして地域の中で24時間だとか看取りの体制を強化していくというところが必要ではないかというご意見も頂いておったところでございます。都としましても、そうした医療機関の間の連携の強化というのも今後、充実していく必要があるのかなというふうに考えておまして、その辺りをちょっと今、ここの（2）の「また」以降のところに記載しているというものでございます。

○新田会長 ありがとうございます。

秋山さん、いかがでしょうか。

○秋山委員 分かりました。できれば、かかりつけ医機能というのが本当にどういうことを目指しているのかという辺りが、やっぱりもっと知られていかないと、実はいろんな相談を受けますと、やっぱりかかりつけ医といっても臓器別だったりするので、なかなか全体を診てもらえてないという、そういう実態があるので、その辺はどうなんでしょうかと思っています。

○新田会長 ありがとうございます。これは、今まで東京都の長年にわたって事業の中で、東京都医師会にも委託しながら行ってきて、かかりつけ医の先生方に在宅医療をチームで行ってほしいということ、何年やっていますかね。ずっとやってきた中で、今やはりもう一度かかりつけ医って一体何なんだろうなということが、やっぱり問われながらも、明確にかかりつけ医というのが見えてこないというのも現状でございます。それは、秋山さんの言うとおりでございまして、やっぱりそのところは、さらに在宅、かかりつけ医というのは当たり前のように在宅医療を行うというぐらいの、というのは、全人的にやっぱり外来で診てきたので、来られない人も全部診なきゃいけないという当たり前の発想が、どうそこでできるのかということも含めながら考えていく必要があると思っていますが、何かご意見はありますでしょうか。

はい、どうぞ、西田先生。

○西田委員 まさしく今おっしゃったとおりで、この評価指標の③のところの、資料12ですか。さらに訪問診療を行う医療機関を増やすには、どのような取組が有効と考えるかというふうに大ざっぱに書いてあるんですが、東京都においては在宅医療を専業としている医療機関は黙っていても増えます。これからも増えていくでしょう。大事なのはそうではなくて、診療所の先生たちがどれだけかかりつけ医、かかりつけ医というのは制度としてないので、総合診療科として訪問もできる診療所の医師ですね。どうやって増やしていくかということ、もうちょっと焦点を絞っていったほうがいいんじゃないかと私は。ただ、大ざっぱに訪問診療ができる医療機関を増やすということだと、在宅専門のクリニックも全部ごっちゃに入っちゃっているの、そこは少し焦点を絞ったほうがいいんじゃないかなというふうに考えます。

○新田会長 はい、ありがとうございます。今の西田先生、貴重な意見だと思います。この在宅療養推進協議会でも、そのような、方向性ではありますが、全体として増やすという、やっぱり数字的な問題も多く我々に課されていた問題で、そこは少し何なんだろう、どちらもという話もあったというふうに感じます。ありがとうございます。

ほかにご意見はありますでしょうか。

はい、どうぞ。山口先生ですか、どうぞ。

○山口委員 よろしいですか。山口です。

今回の新型コロナの感染症で、診療の形が大きく変わってくるんだろうと思います。それで、訪問診療というのは、患者さんのところに訪ねるということではなくて、実際に患者さんの顔を見られるような状態であればいいと定義を変える必要があります。

I C Tを使ってできるだけ患者さんを直接訪ねるだけじゃなくて、実際に情報をきちんと交換できればいいというように考えることもできるんじゃないでしょうか。今回、新型コロナで病棟の比較的軽い患者さんが何か要求があったときに、i P a dを使って看護師さんとやり取りして、それで情報なり希望を伝えるということのある病院で始めました。実際にはそのi P a dを使うことによって、看護師さんは患者さんのところに行かなくてもいいわけですね。その分だけPPEを変えたりする必要もないというふうに軽減できたわけです。訪問診療に関しても、必ずしも今後全部、全て訪問するという必要があるのか、そこら辺は、訪問診療の診療報酬を少し変えていただいて、できるだけI C Tを活用していただくという方向に、診療の中身を変えるというやり方もあるんじゃないかなと思ったんですけども、どうでしょうか。

- 新田会長 ありがとうございます。まさに今、コロナ感染者に関しては、今、山口先生が言われたとおりI C Tを活用しながら、継続的に在宅、いわゆる自宅療養と在宅療養、これはちょっと分けなきゃいけないんですが、診られたと。恐らく、そのかかりつけ、本来はかかりつけ医が例えば、自分の患者さんがコロナ陽性で自宅療養を求められたときに、きちっとやっぱり朝、昼、晩とか夜中も含めて対応できるかかりつけ医であってほしいですね。というふうにかかりつけ医の定義というのは、やっぱりきちっと変わらなきゃいけないし、やらなきゃいけないなと思っていますが、先生の言われるとおりにやらなきゃ、方法で行かなきゃと思っていますが、皆さん、ご意見はありますか。

宮崎さんが手を挙げられていましたが、先ほど。よろしいでしょうか。はい、どうぞ。

- 宮崎委員 私が一番気になるのは、この課題5のところ、取組5ですが、在宅療養に関する都民への普及啓発というところなんですけど、ちょっとそれで、先ほどの資料5の資料でも、まだ具体的な取組というのが空欄のままの状態、1個前の議論のときに使った資料でも課題5の欄というのは、取組の内容がまだ具体的にはなっていないと。一番引っかかるのは、都民啓発といったときに、都民という表現ですと対象があまりにも漠然としてしまって、結果として永遠に空欄のままになっちゃうんじゃないかというような危惧をします。実際には、まず先行して対象とすべき都民がいるんじゃないかなと思うので、そこを決めて具体的な事業の道筋をつけていただきたいなということ全体として思っています。

その中で、参考までになるんですが、例えば認知症グループホームといった、そもそも看取りを想定していない施設で、看取り期を迎える方のご家族がいらっしゃると思うんですが、そういう方というのはご本人が施設で亡くなる方もいる一方で、体調を崩されて入院されるという方も多いと思うんです。そうすると入院中にA C Pの話が少しあったりとか、先生からは退院とその看取りの場所についての話が出てくるところが、グループホームからは退所を促されてしまうという中で、選択肢の具体的なイ

メージが持てずに悩んでいるケースの方々がいるんじゃないかと。その中に、本当はご自宅で看取れる、ご自宅での療養にシフトできる方というのもいるんじゃないかなと思います。例えばそういった方々に在宅医療や、在宅看護という方法があるんだよということが伝わるということは、大きな都民啓発なのかなというふうに思っています。そうしますと、この啓発の方法としてこの資料4、参考資料4の中の273ページに、取組の2段目のところに「在宅療養の推進に向けたパンフレット・DVD等の普及啓発媒体等を作成し」とあるんですが、なんかこの部分がこれからの時代感でいくと、スマホのアプリとかそういったものがあって、それを通して自分の身近で実は在宅医療をやられている先生方がいるんだとか、それこそコロナ対応のときはどうすればいいのかといった基本的な情報が提供されていくというような未来像というのが、時代感覚としては合っているのかなというようなことを感じていますので、何らかこの取組の欄が空欄からちょっと何かが入って、何らかの進展があるような流れをお願いできればと思っております。

以上です。

○新田会長 貴重なご意見、ありがとうございます。この最後のパンフ・DVDも昨年の末には、もう作り上げておりますので、今のご意見を参考にしながらさらにそれを普及、さらにそれをどういうふうに普及するかということ、ちょっと考えていきたいなというふうに思っていますが、事務局から何かありますか、今のご意見に対して、よろしいでしょうか。分かりました。ありがとうございます。

それでは、ほかにご意見はありますか。

佐々木先生、どうぞ。

○佐々木委員 東京都医師会の佐々木です。大丈夫でしょうか。

○新田会長 はい、大丈夫です。

○佐々木委員 資料11の(2)の今後の取組の方向性の中で、医療機関間の連携強化、在宅医、在宅専門医、かかりつけ医、先ほど話のあったところですがけれども、ちょっと的外れな指摘であったら申し訳ないんですけども、ここにやはり在宅療養支援病院とか、病院の役割というのが入らないのでしょうか。というのは、うちの医師会のほうでもいろいろ話はある、かかりつけ医としてやはりバックアップ体制というのが非常に大事なんだと。じゃあ、緊急時とか夜間とか入院をしてくれる、受け入れてくれるような後方支援病院がしっかりしていることがやはり安心なんだということで、話が出ているので、ここはそういうそのバックアップをしてくれる、特に入院できる病院、特に地域においては在宅療養支援病院のような役割のところを医療機関として入るべきなのかなというふうに思いました。

それから、在宅療養支援病院なんですけれども、現状だと10の医療機関としか連携できないという縛りがありますので、在宅療養支援病院の院長先生によると、10ではちょっと、今後足りないのではないかという意見も聞いております。

あと、もう一つは、あとは頼りになる訪問看護ステーションの存在というのは大事だと思うんですね。ですので、医療機関ではないかもしれないですけども、この中に連携をする上では、訪問看護ステーションの役割というのは大事かなというふうに思っ  
て発言をさせていただきました。

○新田会長 ありがとうございます。今、先生の言われた訪問看護ステーションについては、先ほどの最初の議論の中で訪問看護ステーションに対して東京都は、特別に教育ステーションとかと等々と取り組んでいます、まずそのことに対して、じゃあ東京都から、高齢対策から、ちょっと説明をしていただきます。それで、在宅支援病院については、また後ほど議論します。よろしくお願いたします。

○瀬川在宅支援課長 高齢社会対策部在宅支援課長の瀬川でございます。お世話になります。

今の議論の中でも、やはりもともと訪問看護の役割というのは非常に重要ということで、この会議でも大きく取り上げられてきたことかと思えます。今、新田先生からお話もありましたように、私も高齢部のほうでは都内13か所の教育ステーションの中で、非常に新人の訪問看護師への取組でありますとか、具体的な同行訪問等という、なかなかほかでは支援しにくいところを大きく担っていただいております、非常に成果も上げているといったところでございます。この機能についても、高齢部として、今、計画改定の時期ではございますが、今後もこのステーション事業について中心にこれからも発展させていきたいと思っておりますので、都在宅療養の推進に今後も訪問看護ステーションの支援というものも都としてしっかり進めていきたい、そのように考え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。

もう一つの在宅療養支援診療所、病院ですね。よろしいでしょうか。病院に関しては東京都ではポータルサイトが、まず病院間連携と同時に、そのポータルサイトは在宅連携という話で、在宅と病院という連携の中でポータルサイトを活用しながら、委員の先生の言う病院も活用すると。あるいは、もう一つは移行支援という、パスというのが、これは3年前ですかね。宇都宮さんを座長にして、病院からの移行支援という中の事業を行っております。今、病院の看護師さん、婦長クラスも含めて先生の人たちがそこに参加しているというふうに思いますが、何か中島さんから情報があれば。

○中島課長代理 ありがとうございます。先ほど新田先生におっしゃっていただいた宇都宮先生と一緒にやらせていただいているのは、入退院時連携強化研修というものになりまして、その対象としては病院の入退院担当している看護師さん、それから地域の医療介護の関係の方、例えばケアマネさんであったり、地域包括、それから在宅療養支援窓口の方ですとか、それから訪問看護師さんもそうですね、ヘルパーさんですとかそういった方、病院もそうですし、地域の方も対象に入退院の研修を実施しております。そこで、いかにして患者さんの希望に沿って在宅療養に移行していただくかと

いうところの研修であったり、それから、いかに病院が在宅療養の充実に当たって、どんな役割を担っているかということですかとも、研修の中でカリキュラムを折り込んで実施しているという状況でございます。

ありがとうございます。

○新田会長 佐々木先生、現状、どうぞ、よろしいでしょうか。

○佐々木委員 ということは、ここの資料11の(2)には書いてないけれども、病院のことはここの文言には入ってないけれども、オーケーだということですね。

○新田会長 そうです、そうですね、はい。先生の言われたことは重要なことで、やっぱりそのところも在宅の受皿ということも含めて、逆もありますよね。病院から在宅の受皿、両方一緒に考えているということをご理解して、さらに先生が言われているように進めなきゃいけないなというふうに思っています。質も含めてということでしょうか。

ほかにご意見はありますか。

清水先生、どうぞ。ミュートになっていますかね。清水先生、ミュートを外していただけますか。どうぞ、清水先生、大丈夫です。聞こえないな。清水先生、聞こえないですけど。聞こえませんか。

清水先生、もう一度、発言をどうぞ。あ、聞こえていません。

○清水委員 これで聞こえますか。

○新田会長 はい、聞こえます。大丈夫です。

○清水委員 すみません。今まで、なかなか在宅の先生が増えないという話ですが、やはりかかりつけ医が自然に在宅に移行する方が一番いいですが、それでもなかなかうまくいかない場合があります。

もう一つは、在宅専門医が居てもなかなか在宅療養に結びつかないことがあります。これを精査して見てみると、やっぱり在宅を提供する側と、在宅医療を希望する側の人たちが、出会いの場がないんです。ある意味ではミスマッチということですね。

最近、私、面白い現象を見たのは、「婚活」というのがあって、結婚したいけどできなかったという方はいろんな出会いの場面があって、そこで初めて出会った方がそれこそ数回で結婚に至る例もあって、そうすると「在活」をするのも良い方法と思います。「在活」の場合は、どこにどんな医療機関があって連絡はどうしたらよいか？等の情報を一元的に把握して繋いであげたらいいのかなと思います。そうすると、機能的には、その地域の先生方の情報を持っている地域包括支援センターが適切だと思います。最近では、土曜日に開所している地域もありますので、利便性もあります。

目黒区の場合、約29万人の区民が、五つの東西南北、中央区の行政区に分かれて居住しており、私は西部地区というところにおりまして、西部地区の地域包括支援センターの事務局の方と非常に仲よくしています。それから、八つの訪問看護ステーションとも仲よくしています。その仲よくというのは、訪問看護ステーションも機能が違

いまして、ハイテクハイタッチのところとローテクロータッチのステーションがあり、それこそ最後の虚弱老人を上手に看取るところや、あるいは高度医療として人工呼吸器管理、経管栄養、在宅酸素をやるところもあります。従来からの連携で情報を持っていますので、各ステーションを上手く使い分けています。今回の報告書には、ステーションの数を増やせ、増やせですが、幾ら増やしてもお互い同士が知り合って連携を取らないと質の向上に繋がらず有効に機能しないと思われます。私は地域で上手く配置されている地域包括支援センターが、情報を整理されて、地域の患者さん・ご家族から在宅関連の問い合わせがあったら、医療機関情報や訪問看護ステーションの情報からワンストップで対応すれば連携の核となり、地域のニーズに対応できると思います。

以上です。

一応、終わりましたけど、よろしいでしょうか。

○新田会長 ありがとうございます。これは、東京都医師会で恐らく西田先生、後で発言があると思いますが、東京の在宅支援診療所の巨大なところ、3,000人ぐらい抱えているところの先生と、そしてかかりつけ医の先生と話し合いを持ちました。やっぱりこの両者というのは、やっぱり結構ずれがあるんですね、考え方に。恐らく今言われているのは、雑駁に在宅支援、いわゆるその巨大、3,000人ですよね、抱えている。これを全部一括でいい、悪いということを含めないで、やっぱりそれぞれ質評価をしていく必要があるなど。清水先生が言われるように、地域のかかりつけ医ときちっと連携する、あるいはバックアップ体制をすることとか、あるいは全く関係ないところとかというような質の評価も含めてやっていかなきゃいけないというのが、大きな課題だろうなというふうに思います。先生、ありがとうございます。

ということで、今、山口先生、ありました。山口先生、ご意見をよろしく願います。

○山口委員 今、清水先生が言われた、やはり機能の違いというのは非常に大事だと思うんですね。やはり、ただ、そういう情報に関して、病院でいいますと、ケースワーカーが非常によく分かる。

○新田会長 そうですね。

○山口委員 今、都立・公社病院では、患者支援センターの中で、ケースワーカーの人がそういうやり取りをやってきていますけれども、話をしてみると、やはり非常によく情報を押さえている。ですから、各病院のケースワーカー同士のを1回、話し合いをその地域で、これは本当にローカルでいいと思うんですけど、話し合っていて、その情報をコーディネートできるような形にすれば、清水先生が言われたようなことが、かなり実現できるんじゃないかと。思います。

もうちょっとよろしいでしょうか。

○新田会長 どうぞ、どうぞ。



○山口委員 僕自身は、公的な組織である都立、公社なんかは、もう少し人をつけて、地域のコーディネーターをやったらどうかということを行っているんですが、なかなかそこまで人をつけてもらえないのですけれども、少なくとも情報をよく持っているのはケースワーカーの方です。ですから、その方をうまく地域で情報交換できるような形を作れば、清水先生が言われたことをかなり実現できると思います。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。具体的な提案、ありがとうございます。これも事務局が持ち帰って検討していきたいと思います。ありがとうございます。

国立市の葛原さんから手が挙がっています。よろしくお願いします。

○葛原委員 国立市の葛原です。

地域包括支援センターの立場で申しますと、やはり地域の状況というのは、割と包括の職員が医療機関もそうですし、あと市民の声もやっぱり聞いております。市民がやっぱりどうしたいか、例えば病気や介護になっても在宅で過ごしたいんだというときに、訪問診療とか訪問看護という情報、制度があるということの情報提供が、まだまだ行き届いていない部分もありますし、そういったところを聞いたときに、この先生だったらこんなふうにといいところも、包括だとある程度コーディネートできるのかなということと、あとは医療相談窓口が多分、各区市町村にありますので、そこうまく活用していただくと、先ほど病院側とか、地域の医療相談窓口と一緒にやる研修も東京都さんはやってくださっていたりするので、そういったところを活用しながら、やっぱり一つ情報の集約、地域の情報の集約がどこにあるかというのが、この在宅の話ですとか、看取りのこともそうですし、今回のコロナについてもやはりそこがすごく課題ということで、地域包括がどこまで担えるかというところはあるんですが、核になる一つだなというふうに実感しております。

○新田会長 ありがとうございます。具体的な提案でございます。先ほど事務局から提案があった、資料10の新たに記載する内容の案というのがあって、取組2の在宅療養患者を支える地域の取組を推進の中で、丸文字の二つ目ですが、在宅療養における安全管理や感染症等への対応について関係団体、そこに市町村をぜひ入れたらいいんじゃないのという話を提案したところでございますが、今のご意見も含めながらもう一回、事務局、考えていただければというふうに思います。ありがとうございます。

西田先生から手が挙がっているようでございますが。

○西田委員 よろしいですか。

○新田会長 はい、どうぞ。

○西田委員 今の清水先生から始まった議論の話の婚活のような話ですけれども、やはり先ほどの地域包括の方が言われたように今、在宅医療介護連携拠点というのが各地にあります。それをどこが運営するかということにもよるんですけれども、私は個人的な意見としては、やはりその地域の医療資源をふだん理解している医師会がイニシア

チブを取って、その医師会にある連携拠点と各地域包括支援センターがどれだけきちっと連携を取れるかということで、そこの質は決まってくるような気がします。ということがまず1点。

それからその質の評価についてなんですけれども、これは千葉さんにお伺いしたほうがいいのかもかもしれませんが、KDBのデータが国から下りてきて、これを各区市町村で使いなさいよということですが、その膨大なデータを区市町村の高齢者の福祉部門の方たちがうまく処理できるわけがなくて、ここをきちっとどういったものを使って評価していくかということ、それこそこういう会議体で議論できればいいのかなと思います。膨大なデータの中で、在宅医療の質を評価するのに使えるのはどのポイントかということ、やはりこういう専門職の参加する会議体で少し議論をして、それを区市町村に示してやらないといけないと思っています。今、調整会議の下にある在宅療養ワーキング、あれも今年度のまだテーマをあまり伺ってなくて、私はひやひやしているんですけれども、そこら辺の内容をぜひ盛り込んでいただきたい。たしか去年は、そういうふうな予告編をしたと思うんですけれども、ちょっとそこら辺についてもコメントを頂ければありがたいです。

○新田会長 ありがとうございます。

千葉さん、どうぞ。

○千葉担当課長 まず、2点お伺いがあったと思います。1点目のKDBデータのほうは、ただ単にデータを各区市町村さんにお配りして、はい、おしまいというのは我々も考えておりません。もちろんデータを早めにお渡ししたいというのは、もちろんあるんですけれども、それとは別に、例えばですけれども、ある地域ですとかを選んで分析をして、こういったことがこの地域では言えるのではないか、だからこういうことが必要なんじゃないかとか、こういうところが何というんでしょう、ポイントではないかというふうな分析をちょっと試みて、それを例えば講演会みたいな形で皆さんに見ていただいて、ああ、こういうふうな読み方をするのか、こういうふうな使い方をするのかというのをやってみたり、一度それをまた講演会とかでやる前にどういった分析がいいのかとか、どういったものが地域に求められているかということも含めてこういったこの会議ですとか、それから先ほど先生が言われましたワーキンググループとかでご議論いただいた後にやるとか、ちょっとその辺、まだ我々も考え中でございます。できれば、ただ、議論ばかりして、なかなかデータをお渡ししたり、分析をお渡しするのが遅くなるというのもちょっと問題ですので、その辺のバランスを見ながらちょっとやっていきたいというふうに思っております。

2点目のワーキンググループの今後の今後というか、少なくとも今年のテーマなんですけれども、非常に悩んでおまして、先生がおっしゃいました去年の引き続きのさらに進化させたような議論というのは、当然やっていきたいんですが、やっぱり在宅医療におけるコロナですとか、感染症対策というのはこの時期、今まさにやらなくち

やいけないことなのかなと思ってまして、ただ両方やるというのはなかなか難しいかなと思ってまして、まだちょっと悩んでいる最中でございます。また、ご相談させていただきたいと思います。

- 西田委員 その新型コロナの議論はとても重要なところだと思います。今、まさにそこは押さえておかなくちゃいけないところだと思います。資料10の拡充の二つ目に在宅療養患者の感染症等への対応については云々というのがありますが、ここも非常に表現が漠としておりますので、そこら辺ももうちょっと具体性を持たせて表現していただくとありがたいなと思います。

以上です。

- 新田会長 ありがとうございます。最初のKDBデータの話は、国立で市町村、地域医療計画をしましたので、データを使って市町村、どのような、困った数も含めながら、国立の葛原さん、ちょっと何かご意見があれば、よろしく願います。

- 葛原委員 国立市なんですけれども、うちも地域医療計画を出すときに、やはりデータというところで、すごく止まってしまいました。それは、やはり職員にやっぱりデータ活用のノウハウがなかったとかということもありますし、なかなか情報収集ができていなかったということがありますので、今回こういうふうなKDBというところで、市町村支援というのは非常にありがたく思います。ある程度、どんなデータを活用したらいいかというのを、先生方のご意見も頂きながらというのも非常に区市町村にとっては、実際に使えるデータになっていくのではないかとというふうに考えております。

- 新田会長 ありがとうございます。市町村は、僕は使えると思うんですね。ただ、西田先生が言われたようにノウハウ、何をどのように利用するか、恐らく市町村によって違いがあると思いますので、それぞれやっぱり市町村にノウハウ、市町村、行政こそがそれをやっていく必要があると思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、時間もあれなんですけど、ほかにご意見はありますか。多数の意見をありがとうございましたけれども、後ほど。

高松先生、よろしくお願いいたします。

- 高松委員 すみません。高松です。冒頭、すみません。ちょっとパソコンの具合が悪くて出遅れまして、申し訳ございませんでした。

ちょっと情報提供となりますが、薬剤師のあったところの入退院のところの切れ目のない薬物療法の提供ということで、病院と地域の薬局との連携というのをどんどん今進めようとしております。今度、薬機法の改定もありまして、新たに地域連携薬局、専門医療機関連携薬局というカテゴリーが生まれましたので、これが実際に動き始めるまで、まだちょっと数年かかるんですが、今そのような形で地域連携というのはどんどん薬剤師のほうでも進んでいっております。

あと、もう一つは、その連携という仕組みなんですけど、何かやっぱり地域で患者さんをしっかりと守るためには、その連携ツールというのはすごく重要だと私は考えてお

りますので、ICT活用していくのはいいんですが、ICTを活用することが逆にストレスになってしまうようなケースもありますので、ぜひその辺はスムーズな連携が取れるような仕組みを構築していただければと思います。これは意見です。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。高松先生、ICTを活用することで、さらに負担になるというのは、どのようなイメージでしょうか。

○高松委員 これは、仕組みはいろいろあるんですが、やっぱり操作上の慣れであったりだとか、ふだんそれを皆さん使いこなしてないと、逆にそういうことがストレスになって、うまく進まないというケースも見受けられましたので、そういうことです。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、ほかにご意見はありますか。よろしいでしょうか。手挙げしている呉屋先生。通じてないかな。大丈夫ですね。

それでは、ありがとうございます。本日、これから報告事項になります。事前に事務局から届いていると思いますが、報告事項の資料をこれは、いちいちこれをずっと読むと大変になりますので、今、事務局からのことで皆様に読めているかどうか分かりませんが、報告事項について何かご質問のある方はということでございますが、よろしいでしょうか。

重要視点だけはちょっと言っただけですか。重要な報告事項に対して。

○中島課長代理 すみません。報告事項につきましては、今回、この在宅医療推進会議の下に検討部会、三つ作ってございまして、その検討部会につきましてそれぞれこういう状況で今やっていますよというところの報告をさせていただき資料と、それからポータルサイト、先ほども計画の中で追求するというところで、多職種連携ポータルサイトの話をさせていただいたんですけれども、前回、会議の中で先生方にそのポータルサイトの機能ですとか、仕組みにつきましてはご説明させていただいたところなんですけど、改めてちょっと画面イメージのほうが出来上がっておりますので、それを併せてちょっと報告資料の中で見てお分かりいただけるように、ちょっと流れやフローをお分かりいただけるように資料を作っておりますので、またちょっとご覧いただいて、もちろんまだご覧いただいている先生もいらっしゃるかと思います。メールで22日、お休みに入る前に、22日にメールさせていただいているんですけれども、それを見ていただいて、また何かご質問等がありましたら、メールでもお電話でも結構でございますので、事務局宛て、またご連絡いただければ対応させていただきますので、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。何かご意見、ご質問のある方はいらっしゃいますでしょうか。この会、私これはぱっと見て20時10分に終了予定で済みません、延ばしまして。今、20時10分終了予定が20時35分になっております。皆さん、済みませんでございます。よろしいでしょうか。

○秋山委員 新田先生。

○新田会長 秋山さん、どうぞ。

○秋山委員 参考資料3-2の地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループの意見のまとめは、興味深く読ませていただいているんですが、これはヒアリングに行った方が文章をまとめたのか、それとも担当者がこのように書き込んで送ってきたのか、どちらなんですか。

○新田会長 どちらでしょうか。

○中島課長代理 参考資料3-1をご覧くださいませでしょうか。このワーキンググループの意見のまとめにつきましては、それぞれ令和元年の10月31日から開催した二次医療圏ごとのワーキンググループの中で出た意見を事務局のほうで、東京都のほうでまとめさせていただいたものになります。このワーキンググループについては、昨年度は在宅療養に関する資源の状況についてご意見、グループワークするということになっていたもので、区市町村ごとにグループを編成して、グループワークしていただいておりますので、意見のまとめの中は二次医療圏ごと、かつ区市町村ごとに出た意見を、東京都のほうでまとめさせていただいているという形で資料を作っています。

○秋山委員 はい、ありがとうございます。

実は、このコロナが非常に非常事態宣言下で、非常に不安になった人たちが相談の窓口、結構相談を受けました。窓口業務もしているのです。そうすると、入院させたくないのです、今まで考えてなかったけど、急遽、在宅を選んだ人たちもいる。それから、入院をさせたいけれども、入院ができない、じゃあどうしたらいいかということで、在宅のチームを急遽作らないといけない状況だった。そのときに、地域格差が本当にあるというのが、もう手に取るようにというか、あるところではうまくいって、逆に在宅で元気を取り戻した高齢者。あるところでは、もう家族だけに負担を強いて、こんなことはしたくはなかったという感想を述べられた人がいると。この地域の格差というか、同じ区の中でもやっぱり格差が生じてしまっているという現実を各区の方々がどういうふうを受け止めたか、それをやっぱりちゃんと基にしながら、医療計画やらその評価やらをしないと、やっぱり片手落ちになるなというのを、このコロナのこの騒動の中でつくづく感じたんです。逆を言えば、今だからこそ在宅を進められる、質の高い在宅が進めばぐっと普及できる、今の時期だなと逆に思いました。ちょっと余談ですが。

新田先生、終わりです。

○新田会長 貴重なご意見、ありがとうございました。

今日は、区からの意見が一人もなかったんですが、よろしいでしょうか。江東区、江戸川区、石原さん、笠間さんどちらかよろしいでしょうか。手が挙がらないですかね。大丈夫でしょうか。

○石原委員 大丈夫です。

○新田会長 大丈夫ですか、はい。

江東区の笠間さんも大丈夫でしょうか。江東区、電波が悪い、駄目ですね。じゃあ、分かりました、了解しました。

秋山さん、どうも貴重なご意見、ありがとうございます。まさにそのようなふうに皆さん感じていらっしゃると思います。

それでは、本日予定されていた議事は以上で終了となります。

また、本日の議事全体を通じてご質問、意見等、まだたくさんあると思いますが、あればさらに事務局にメール等も含めて、頂ければというふうに思います。

それでは、マイクを事務局にお返しします。

○千葉担当課長 新田先生、ありがとうございます。

また、委員の皆様も本日は活発なご意見、ご議論いただきましてありがとうございます。

頂きましたご意見で資料を修正する点等々につきましては、修正した後に、また新しい資料を送らせていただきますので、よろしくお願いいたします。

また、先ほど新田先生もおっしゃっていましたが、ご意見、言い足りなかったことですか、また後からご意見が浮かぶ方、委員の先生方もいらっしゃると思いますので、またそれにつきましては事務局のほうにお寄せいただきまして、新田先生ともご相談の上、ご回答させていただくとともに、頂きましたご意見は皆様と共有をさせていただきたいと、そのように考えておりますので、よろしくお願いいたします。

今年度は、あともう一回、本会議を開きたいと思っております。まだ、日程は決めておりません。先ほどスケジュールであった大ざっぱなぐらいのところを目安に、今、考えております。また、日程調整につきましては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。

それでは、以上をもちまして、令和2年度第1回東京都在宅療養推進会議を閉会させていただきます。

本日は、どうもありがとうございました。