

第 1 回

東京都在宅療養推進会議

会 議 録

平成 2 8 年 6 月 2 1 日

東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○久村課長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから平成28年度第1回の東京都在宅療養推進会議を開会させていただきます。

皆様には、ご多忙のところ、また始まる時間が遅い会議ではございますが、ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

私は東京都福祉保健局、医療政策部地域医療担当課長の久村でございます。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、よろしく願いいたします。

それでは着座にて失礼いたします。

初めに、本日の会議資料でございますが、資料はお手元、資料1から11までございます。資料名のほうにつきましては、次第に記載してございますのでご確認いただきまして、不足あるいは落丁等ございましたら、議事の都度でも結構ですので事務局にお知らせください。

それから、本日の会議でございますが、当会議は、会議、会議録、それから会議に関する資料等については公開となっておりますので、よろしく願いいたします。

次に、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。

資料1、「委員名簿」をごらんください。

行政機関の欄になりますけれども、まず北区保健所長、石原委員でございますが、ただいまおくれて見るとご連絡をいただいております。

それから、江戸川区健康部健康推進課長、佐久間委員でございますが、本日欠席とのご連絡をいただいているところでございます。

それから、江東区福祉部地域ケア推進課長、大江委員でございます。

○大江委員 大江でございます。よろしくお願いいたします。

○久村課長 東京都南多摩保健所長、田原委員でございます。

○田原委員 田原でございます。よろしくお願いいたします。

○久村課長 以上でございます。

また、本日は山本委員、呉屋委員、佐久間委員より、所用のため欠席とのご連絡をいただいております。

また、八王子市医療保険部の高橋委員の代理で、八王子市医療保険部地域医療政策課主査の春田様にご出席いただいております。

○春田主査 春田でございます。よろしくお願いいたします。

○久村課長 それから、古川委員におかれましては、ちょっとおくれていらっしゃるとうご連絡をいただいております。

また、阿部委員のほうも少しおくれていらっしゃるようでございます。

また、本日は前年度に引き続きまして、オブザーバーとして東京都地域医療構想策定部会委員で豊島病院院長の山口先生にご出席いただいております。

また、本日は傍聴の方がいらっしゃいますのでお知らせいたします。

それでは、以降の進行につきましては、新田会長にお願いいたします。

○新田会長 新田でございます。早速ですが議事に入りたいと思います。

議事の一つ目は、まず地域医療構想についてです。地域医療構想は、前回の当会においても事務局より報告をしていただいておりますが、現在パブリックコメントがなされているところでございます。この説明について、宮澤課長、よろしくをお願いいたします。

○宮澤課長 それでは、資料に沿ってご説明をさせていただきます。

まず、資料の3をごらんください。東京都地域医療構想（案）の概要版でございます。A3の2枚ものでございます。

まず、資料左上でございます。地域医療構想策定の背景を主題にしてございます。平成37年に向けて少子高齢化がさらに進展いたしまして、医療需要の増加が予測をされていること。これに対応いたしまして、効率的で質の高い医療提供体制を確保し続けるために地域医療構想を策定することとされたものでございます。

続きまして、第1章でございます。まず、構想がどういうものであるかについて記載をしてございます。一つ目の丸のところでございますけれども、構想は、都民、行政、医療機関、保険者など、医療・介護・福祉等にかかわる全ての人々が協力して、将来にわたって医療提供体制を維持・発展させ、東京の将来の医療の姿として掲げます「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京」を実現するための方針となるものであることについて記載をしております。

また、構想に何を記載することとされているのかということでございまして、記載事項といたしまして、医療法で構想に記載をすることとされております2点、記載をしてございます。

その下でございますが、性格でございます。この構想は、医療法に定める医療計画に位置づけるものでございまして、平成30年に改定をいたします次期東京都保健医療計画と一体化するというものでございます。

一番下の策定プロセスでございますが、策定に当たりましては、策定部会に加えまして区市町村や保険者協議会との意見交換、また構想区域ごとに意見聴取の場を開催いたしまして、地域の声を十分反映できるよう進めてきた旨記載をしております。

続いて資料右でございます。第2章東京の現状と平成37年（2025年）の姿でございます。

まず、東京の特性といたしまして、①高度医療提供施設の集積から⑧の高齢者単独世帯が多いと、この八つの特性を上げた上で、これらの地域特性やがん、急性心筋梗塞、脳卒中など疾患の特徴に応じた患者の受療動向が見られることについて記載をしております。

その下、将来推計でございますが、右のグラフが示しますとおり、今後高齢者人口の増加によりまして医療需要の増加が見込まれる中、必要量の推計につきましては、現在

の患者の受療動向、流出入が今後も続くとの予測のもとに推計をいたしました。平成37年の病床数の必要量、また在宅医療等の必要量を記載してございます。

表の下でございます。この必要量の考え方について記載をしてございます。この必要量等でございますが、あくまでも推計値でございます。今後将来人口また現在国において議論されております療養病床のあり方の状況等によりまして、変化をする可能性がございます。このため、構想策定後も病床の整備につきましては、従来どおり基準病床数制度により実施をいたしまして、地域に必要な医療の確保を図る旨記載をしております。

続きまして2枚目でございます。第3章、構想区域でございます。都における構想区域は以下の13区域といたしまして、これを病床整備区域と呼称すること。また、マップの下でございますが、構想区域は必要な病床の整備、さらに地域における病床の機能分化及び連携を推進するための単位でございます。このため、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置いたしまして、協議をする旨記載をしております。

二つ下でございますが、構想区域の状況といたしまして、13の構想区域ごとの状況につきまして、以下の①から⑧まで記載をしております。各種データ、また意見聴取の場等でいただきました意見、出された意見も含めてみまして記載をしております。

その下の事業推進区域でございます。疾病事業ごとに患者の受療動向や医療資源の分布状況に応じて事業推進区域を柔軟に運用するとともに、高度急性期から在宅療養に至るまでの連携を強化するため、医療情報の共有化を図る旨記載をしております。

続きまして右側でございます。第4章、東京の将来の医療～グランドデザイン～でございます。第4章は、将来の医療の姿と四つの基本目標、これを掲げた上で構想に記載をすることとされております2点目でございます。あるべき医療提供体制の実現に向けた取組といたしまして、四つの基本目標の達成に向けた課題と取組の方向性を記載してございます。

最後に、第5章、果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況でございます。

まず、果たすべき役割でございますが、構想の策定によりまして生じた行政から都民までのそれぞれの役割について記載をしております。

また、東京都保健医療計画の取組状況でございますが、現行の保健医療計画策定後に新たに開始をいたしました取組等につきまして、課題と取組について記載をしております。また、課題につきましては、第4章の基本目標に対応する形で記載をしているところでございます。

この概要2枚で全体をまずご説明をしたところでございますが、地域医療構想3点の特徴が上げられます。

まず、1点目でございますが、この構想は全ての人が皆で協力をして進めていくものであるということでございます。

また、2点目でございますが、2025年の医療グランドデザインを掲げたことで

ざいます。

3点目でございますが、そのグランドデザインの実現に向けた基本目標の中に地域包括ケアシステムの構築に向けて医療が下支えをしていくという考え方を医療計画において明確にしたというこの3点でございます。

それでは、資料4の本文のほうでポイントにつきましてご説明をさせていただきます。

資料4の5ページ、ごらんください。こちらは第1章でございます。地域医療構想とはのところの4、地域医療構想の実現に向けてでございます。

まず、地域医療構想を実現するためには、都民、東京都、区市町村など全ての人がみんな協力をしていく必要がある。このため、都は構想策定後に地域医療構想調整会議を設置いたしまして、地域医療構想の実現に向けた取組を推進すること。調整会議の参加者は、構想の趣旨や調整会議の意義を十分理解し、具体的な対応策を話し合っていくこと。また、東京都保健医療計画推進協議会等におきまして、構想の実現に向けた取組や進捗状況の管理や評価を定期的実施していくことを記載してございます。

続いて10ページをお開きください。10ページからは第2章、東京の現状と平成37年（2025年）の姿でございます。

まず、13ページにかけまして東京の八つの地域特性を記載してございます。

続いて13ページでございますが、その地域特性に続きまして（2）患者の受療動向でございますが、東京の地域特性に応じた患者の受療動向が見られることにつきまして、15ページにかけまして機能別に流出入の動向を示す資料を用いまして記載をしているところでございます。

続きまして、16ページをお開きください。③高齢者の受療動向でございます。高齢者は、他の世代と比較をいたしまして身近な地域で入院をしている傾向にある旨記載してございます。その状況を示します4機能別の総人口と75歳以上を比較いたしましたグラフを掲載してございます。

続きまして、18ページをお開きください。2、東京の保健医療の現状といたしまして、23ページにかけまして東京の人口、病床数等、データを用いまして現状を記載してございます。

続きまして、27ページをお開きください。（2）将来の病床数の必要量等でございます。①のまず一つ目の丸でございますが、この必要量の算定に当たりましては、国が示す計算式によりまして推計をしております。その下には必要量の推計の基本的な考え方を記載してございます。在宅医療等につきましては、中段にございます2、慢性期機能と在宅医療等の患者数推計の考え方というところに記載してございます。丸の三つ目でございますが、在宅医療等の推計につきましては、平成25年の訪問診療や介護老人保健施設の入所者数等から推計をしている旨記載をしているところでございます。

35ページをお開きください。35ページ下段でございます。都道府県間の流出入量の調整を反映いたしました都における2025年の病床数の必要量を記載してございま

す。

続きまして、36ページでございますが、今見ていただきました必要量の構想区域別の内訳を記載してございます。

続きまして、37ページでございます。一番上でございますが、必要量にかかる考え方を記載してございます。この必要量はあくまでも推計値でありまして、さまざまな要因によって影響を受けることに留意する必要があるという旨記載をしてございます。

また、網かけの下でございますが、病床整備の考え方を記載してございます。病床整備につきましては、区市町村の意見、また病床機能報告の結果などを参考にしながら、基準病床数制度によりまして地域に必要な医療の確保を図って行っていく旨記載をしてございます。

38ページ、お開きください。こちらは参考といたしまして、療養病床の在り方といたしまして、国におけます新たなサービス提供体制の検討状況につきまして記載してございます。

また、39ページには東京都における療養病床の状況についてということでございまして、国における議論の進捗、また都内の療養病床の状況を踏まえ、今後の慢性期機能のあり方について検討をしていく必要があること。この一番下でございますが、このため療養病床に関する詳細な実態把握を行い、必要な病床等の確保を進めていく旨記載しております。

40ページにお進みください。2025年の在宅医療等の必要量でございます。まず、在宅医療等の必要量でございますが、患者住所地ベースの考え方に基づいて推計をしております。身近な地域において必要な医療体制が確保されている必要があるという考えに基づいてみたというものでございます。その下に都全体の必要量、またその下に構想区域別の内訳を記載してございます。

さらに、その下の丸でございますが、在宅医療等の必要量につきましても、病床数の必要量と同じく推計値である旨記載をしてございます。

続きまして、41ページでございます。こちら参考といたしまして、東京都における在宅療養推進の取組を記載してございます。区市町村の取組に対しまして引き続き支援を行い、在宅療養の推進を図る旨記載をしてございます。

続きまして、45ページをお開きください。44ページから第3章、構想区域でございますが、2の地域医療構想調整会議でございます。東京都は、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を設置いたしまして、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議を前提として地域に不足する医療機能の確保等を行うこと。

また、二つ下でございますが、開催方法につきましては、テーマ別の開催、また複数区域の合同開催もあることを記載しております。

その下でございますが、共通する課題を共有するために、東京都保健医療計画推進協議会のもとに地域医療構想調整部会を設置すること。また協議会等におきまして、取組

の進捗管理や評価を行うことについて記載をしております。

続きまして、46ページをお開きください。3、構想区域の状況でございます。13の構想区域ごとに策定部会、また意見聴取の場で用いましたデータなどを使いまして、構想区域の状況をお示ししております。区中央部で内容を見ていただきたいと思いません。

48ページをお開きください。①といたしまして2025年における4機能ごとの流出入の状況を記載しております。こちらは51ページにかけまして4機能別の流出入の状況を示したデータを記載しております。また、それぞれ一番下の帯グラフでございますが、隣接区域まで含めると完結率が高まる、近くに入院ができているということを示すデータにつきましても記載をしているところでございます。

続きまして、53ページをお開きください。⑤構想区域の特徴でございます。こちらは、それぞれ区域の4機能別の特徴を文言で整理した形で記載をしているところでございます。

続いて、56ページをお開きください。56ページは意見聴取の場等の意見といたしまして、意見聴取の場、さらには区市町村との意見交換等でいただいた主な意見を記載しているところでございます。

少し飛びまして182ページをお開きください。第4章、東京の将来の医療～グランドデザイン～でございます。182ページ下でございます、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」、これをグランドデザインとして掲げまして、その実現に向けました四つの基本目標を掲げてございます。

183ページでございます。あるべき医療提供体制の実現に向けた取組といたしまして、まず構想を推進するためには、都民、東京都、区市町村等、全ての人が協力していく必要があるとした上で、グランドデザインの実現を目指して四つの基本目標の達成に向けた課題と取組の方向性を記載しております。

全体の構成を1、2、3、4と見ていただきまして、188ページにお進みください。特に在宅療養に関連するところにつきましてもご説明をさせていただきます。

188ページの一番下、課題の③でございます。こちらは、基本目標Ⅱ、東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築の課題の③ということでございます。在宅移行支援の充実でございます。入院患者を円滑に在宅療養生活に移行させるため、入院早期からの地域の関係者との連携、患者の状態に応じたリハビリ等について上げてございます。

続いて、190ページにお進みください。190ページからは基本目標Ⅲ、地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実でございます。現状といたしまして、健康づくりと在宅療養についてまず記載をしております。

その上で、191ページ、課題の③でございます。在宅療養生活の支援といたしまして、患者と家族が安心して住みなれた地域で療養生活を継続することができるよう、在

在宅療養生活に移行した後も切れ目なく患者の状態に応じたリハビリテーションの提供をすること。地域包括ケア病床の活用など、地域の診療所や中小病院等の身近な医療機関の幅広いバックアップ体制の確保などを上げてございます。

続いて、192ページにお進みください。引き続き、課題③の関連でございますが、在宅療養生活を支えるための多職種連携の強化が重要でございますので、区市町村が中心となって地域の関係者との現状把握や課題抽出、在宅療養支援窓口の取組など、多職種が連携する体制を充実・強化していくことを上げております。

その下の箱でございますが、高齢者が住みなれた地域で暮らし続けるため、必要なサービスが切れ目なく提供されるよう医療・介護サービス基盤の整備の推進、高齢者が安心して居住できる住まい、療養病床や地域包括ケア病床などの確保、24時間診療体制の構築を上げております。

続きまして、193ページ、課題の④看取りまでの支援でございます。本人や家族等が希望する場所での看取りに対応するため、看取りに関する都民の理解促進、また医療・介護従事者の看取りへの対応力向上を上げております。

続いて、194ページにお進みください。基本目標のⅣ、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成でございます。2025年に向けた取組の方向性でございますが、課題①の高度医療等を担う人材の確保・育成、さらに課題の②で高度医療だけではなく地域医療を担う人材の確保・育成に向けた取組。続きまして、課題③で在宅療養を支える人材の確保・育成を上げてございます。在宅療養患者の安心した療養生活を支えるため、医療・介護人材等を確保・育成することが必要なことから、在宅療養にかかわるさまざまなニーズに対応できる多様な医療・介護人材の確保。チームとなって患者家族をサポートできる人材の育成などを上げております。

続きまして、198ページにお進みください。第5章、果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況でございます。

まず、1の果たすべき役割でございますが、構想策定に伴いまして、関係者が果たすべき役割につきまして、行政から都民までの役割につきまして記載をしているところでございます。

続きまして、200ページをお開きください。2の東京都保健医療計画改定後に開始した取組でございます。前回の保健医療計画改定以降に開始をいたしました主な取組につきまして、構想で掲げます四つの基本目標に関連づけながら記載をしてございます。保健医療計画に記載をしている取組につきましては、記載をしていないという整理としてございますのでご留意いただきたいと思います。

217ページをお開きいただきまして、在宅療養の取組につきまして、218ページにかけまして記載をしてございます。課題の①から③におきましてそれぞれ方向性を記載してございます。課題につきましては、現行計画の該当ページを、また方向性につきましては、グランドデザインの基本目標と関連づけて記載をしているところでござい



す。

雑駁ではございますが、説明につきましては以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。ただいま地域医療構想について、大変長いものがありますが説明をしていただきました。このいわゆる地域医療構想の推計値、在宅療養の推計値というのは厚労省でも決められた推計値でございます、そしてこうした推計値をもってこの在宅療養推進に向けて私たちがどのように体制を行うかという。推計値というのはいろいろあるんですが、あくまでも推計値でございます、最低限度このところは私たちの役割としては整えなければいけないだろうなというふうには思っております。

それでは、ただいまの地域医療構想についてご意見とか質問のある方は、遠慮なく発言していただければというふうに思います。

もし、オブザーバーの山口先生がこの地域医療構想のメンバーでございましたので、山口先生、何か追加発言等、ご意見も含めてあればよろしく願いいたします。

○山口委員 この策定部会で大体1年、13カ月ぐらいまとめたという、非常に事務方が大変な労力を払われたということで、これだけの大きな冊子にまとまったという、非常に大きな意義があるんだと思います。私は参加していて大事だと思ったのは、やっぱりこの2025年のグランドデザインが定まった、その中で東京の特徴として、やはり高度先進医療を引き続き推進していかななくてはいけない、大学病院も13ありますし、これは当然今後国際的な広がりということを考えれば、東京の患者さんだけを対象にするのではなくて、世界の患者さんを相手にしてもらおうということも含めてこの高度先進医療の推進というのも大事だと思います。

あともう一つ、この3番目に入っている地域包括ケアシステムとのつながりですけども、ここは実際の診療において非常に大きな意義があるというのを思っています。ただ、この1年間の議論を通じては、どちらかという急性期の病床の討議のほうが時間を割かれていたと思います。その中で一番大事なものは、高度急性期に関しまして東京都全体で考えるということで、今後、構想区域ごとの協議とか調整会議が始まりますけれども、その構想区域ごとの部分最適にやってしまうと東京都全体が見えなくなってしまうというおそれがありますので、その意味では上部機関である地域医療構想調整部会、これがやはり大きな肩書を有するのではないかというふうに思っております。

在宅医療に関しましては、私自身がちょっと近くの在宅をやっている先生、それからあるいは訪問看護師さんとちょっと話をしたんですけども、少し病院のドクターと在宅をやっている先生のドクターとずれがあると。それは僕たちが十分在宅の先生のやっていることを知らないということ。逆に、在宅の先生も病院でやっている先生のことをやはり、昔は知っていたんでしょけれども、今は少しずれているということもあるんじゃないかと。在宅で受け入れ可能な患者の基準というのが、やっぱり少し病院のドクターと在宅の先生でずれていると。それから、逆に入院を考えた場合に、在宅の先生の考え

る基準と病院のドクターの考える基準がまた少しずれていると。今後そういうことのずれを調整しながらこの地域包括ケアシステムを円滑にやるためにはそのずれをなくしていくという必要があるのかなと思います。

ちょっと今話がずれましたけども、策定部会の大きな機能としては、この構想区域を決めたこと、それから事業推進区域という形で決めて、今後5疾病5事業の推進に当たってはかなり柔軟に考えられる。もともと東京都、かなり柔軟に考えている人はおりますけども、それに基づいた形で今後も柔軟に考えていくということを確認できたというのが大きいかなと思います。

以上です。

- 新田会長 ありがとうございます。今、山口先生が言われたように、確かにずれというのはずっとこの間の課題でございまして、それが狭まるかという狭まらない。平衡状態にあるわけですね。例えば緩和ケア等においては、恐らく狭まってきたんだろうな。ただし、高齢者医療に関してはなかなか狭まることがないという。これは、ある意味で東京の構想を考えると時にはもう絶対に必要なことであって、病床構想と地域包括ケアを結びつけるという話でないとこれはだめだろうなという、貴重なことだと思いますので、貴重なご意見ありがとうございました。どうぞ。
- 山口委員 今、緩和ケアが比較的近いというお話を先生、されましたけども、豊島病院でも緩和ケアが一番在宅との関係がうまくいっているんです。それは、見ていますと必ず在宅の先生が病棟に来て会議に入っている。それから、こちらからも向こうの先生のほうに出かけているというような、やっぱり相互の乗り入れを既にやっているんです。そういう意味で、逆にほかの内科、外科に関しては、そういうような相互の乗り入れがほとんどないというのが、先生が言われた差はなかなか埋められない一つの原因で。逆に言えば緩和ケアが非常にうまくいっていると。そのモデルケースになっているのかなと思います。
- 新田会長 ありがとうございます。他の高齢者医療に関しては、今東京都で退院支援マニュアルというのをつくられたと思います。あれは一般高齢者も含めて確か190幾つの病院も参加されていると。もっとやはりそういったことも含めて、徹底して地域と病院の差をなくすと。今やっているところではありますが、まだまだ見えていないということだというふうに感じておりますので、実はこの先にあるものはそういったような地道な努力かなというふうに思いますが、皆さん、ご意見いかがでしょうか、ご遠慮なく。いきなり大きなこんな説明をして、どこまでご理解いただけるか難しいと思いますが。どうぞ。
- 宮崎委員 私は都民、患者家族の立場というところですので、5ページの地域構想実現に向けての1段目のところに「地域医療構想を実現するためには、都民、東京都、区市町村、医療機関、医療関係団体、保険者等が協力して」という始まりがあります。この都民の立場というのを考えてみますと、この地域医療構想、地域ごとの強みとまた課題

を含んだ上で進んでいくということなのかなというふうに理解をしております。都民の立場、患者家族の立場になりますと、自分の所属する療養環境下でいかにQOLを満足する暮らしを実現できるかということが問われていると思いますし、自分らしい生き方を実現できるかということを都民が、一人一人が模索していくのがこれからの療養なのかなと思います。そのためには、やはり事前の備えが一番重要だと思っております、その要となるのは、やはり正しい知識の普及ではないかと思っております。認知症に関することや、また看取りに関することについてはこの中でも触れられていますが、さまざまな多職種先生方の連携の中で、それを地域でも展開していくという流れはできているのかなと感じておりますし、この中でも具体的に触れられていて大変心強いなと思っております。

また、少し未来形の話としては、223ページに感染症のことが触れられていますが、地域医療という在宅療養の場においては感染症といった問題については、特に家族が積極的にイニシアチブをとるといいますか、家庭内でどんな予防ができるかとか、逆に騒ぎ過ぎなくてよいように知識を正しくしておくといったことが求められる分野かと思っておりますので、少し未来の話になるのかもしれませんが、この点も含めてこの地域医療構想の中で家族の立場がしっかりと役割を果たしていっているようになるといいと思っております。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。最後の感染症というのは、もう少し大きな意味の感染症ということでここには出ておりますが、そのことも含めてということで理解して聞いておりました。よろしいでしょうか。

○宮崎委員 ありがとうございます。

○新田会長 ほかにありますでしょうか。どうぞ。

○古川委員 なかなか上手に話せないかもしれないんですが、一言。自治体の立場の中で介護保険制度が改正されて、地域支援事業の中でいろんな施策ができてきています。そういった中で、特に医療介護連携の推進という部分のところで、今回非常にちょっと感じているのが、調整会議の中で地域医療構想調整会議及びその部会を設置するという中では、今、自治体、市町村レベルでそういう医療介護連携の会議体がある中で、その会議体と、どうもその多分この構想区域ごとの連携という部分がちょっと重要になってくるんじゃないかなというふうに思っているところです。

実は、ぜひ田原先生にまたご助言いただきたいと思いますが、在宅の中で具体的に、例えば脳卒中パスの会議に私も初心者な者ですから参加しまして、自治体レベルでその連携会議、地域の中での医療介護連携、医師会やいろんな多職種連携の会議を回している立場から脳卒中パスの立場に行くと、あれ、何かこう世界が一瞬違うような感じがしたんです。でも、それは決して、どうもその自治体レベルで話し合っている内容が、どうもそこに生かされていないような印象がありまして、先生方がその脳卒中パスの会議

の中で医療と診療所の連携の中で話されている部分が、もう既に自治体レベルではある程度話されているような内容が課題のような話になっていたりとか、どうもその一つ大きな構想区域になったときに、その辺をきちんとつなげていくという部分のところが自治体の立場としては非常に必要かなというふうには思っています。

先ほど緩和ケアの部分の中で在宅の多職種連携が進んでいるというお話をいただきました。多分それは自治体によってかなり差が出ているのかなというふうなイメージがあります。緩和ケアは、どちらかという大きな病院と地域の医師会の先生方、そしてそこに訪問看護だったり、いろんな方たちとネットワークは確かにあるんですが、中核になるのはやはり緩和ケアの周術期の医療、きちんと携わる医療機関がどうしても中心になりますよね。ただ、在宅医療の看取りとなると、またちょっと違ったネットワークがある、もっと身近な地域のネットワークというような印象があります。そういった中で、変なこと言いますが、大きな区域と、その構想区域と地域の自治体レベルの実施している内容をどういうふうに整合性をとるか、つなげていくかというところが重要かなというふうに感じているところです。

○新田会長 貴重な意見ありがとうございます。まさに一部はそのとおりでというふうに思っております。というのは、脳卒中も最終的には、むしろ例えば東京都は地元のところへのくらの在宅復帰率があるかということまでかえると、そこでの地域の地域包括ケアに入るわけですね。そこまで行くかどうかという、恐らくそういったようなかでずれが出てしまうという、そんなことも含めてあると思いますから、ぜひ自治体の皆さんに頑張っていただきたいなという考えがございますが、よろしいでしょうか。ありがとうございます。ほかにありますでしょうか。どうぞ。

○平川委員 195ページでございますけれど、「地域医療を担う人材の確保・育成」ということが書かれておまして、「地域医療ニーズに対応し、さまざまな疾患を総合的に診療できる医師等を確保・育成することが必要」と書いてあります。まさにこのとおりでと思うんですけども、そのためにということで、この二つ目の行ですけども、「さまざまな問題を抱える患者を総合的に診療する総合診療専門医等を育成」と書いてありますが、この総合専門医の研修が終わるのが来年ぐらいですよ、一人前の医者になるのに10年ぐらいですから、10年待っていたら2025で終わってしまうわけですし、現実的には今ある人材をどう使うかということになってくると思います。かかりつけの先生方にこういったさまざまな疾患を総合的に診療できる、そういったものを身につけてもらうということが重要かと思えますし、それが時間的にも無理がないと思っています。そういう点では、今新田先生を中心に日本医師会中心で行っておりますかかりつけ医機能研修制度が活かされれば良いと思います。この報告書の中にかかりつけ医という言葉がほとんど出ていない中で、地域の大病院と総合診療専門医ですべてまかなうというのはちょっと幾ら何でも乱暴かなと思いますので、そのあたりの言葉の使い方についても注意していただきたいと思っています。

以上です。

○新田会長 どうぞ。

○宮澤課長 ありがとうございます。かかりつけ医の記載についてでございますけれども、191ページ、こちらの基本目標の3の地域包括ケアシステムにおける、治し、支える医療の充実というところの一番上、課題②ということございまして、かかりつけ医等を持つことの重要性について都民への普及併発を推進することに加えまして、一番下のところでございますが、患者が身近な地域で継続して受療できるよう、医療人材の資質を向上ということで、この中にも含まれているということで、かかりつけ医が守っていただく、これは非常に重要なことでございますので、一つ課題としてその取り組みの方向性を記載させていただいているというところでございます。

○新田会長 今、平川先生が言われたの、特に重要なことで、それこそずれかなと思っております。今もそちらではかかりつけ医と書いてあったり、一方で総合診療専門医、つくった人がなかなか理解できていないんじゃないでしょうか、基本的には。今、平川先生が言われるとおり、今、総合支援診療専門医というのは3年目を迎えております。3年目を迎えてこれからできてきて、この人たちがきちんと世の中に整理してやっぱり10年かかるわけですね。その意味で日医がかかりつけ医制度、それから研修を始めた、とても重要な話で、そこに入れ込むと。これが総合的に看るという、総合的に看るというのは、俗に言うこの総合診療専門医と、専門医なんですね。わけのわからないものを総合的に診断するというものを意味しているんです。今、平川先生の言われたかかりつけ医というのは、ここで病院等々から在宅に向かって出てきた人たちに対してきちんと看られる医師、これがかかりつけ医でございますので、恐らくそのところを今言われたと思いますから、その辺は了解していただきたいなというふうに、ここにつくられたものですから、今さら変えるわけにはいかないでしょうけど、どうするかでございますね、これ。

すみません、どうぞ。

○宮澤課長 この項目の中に医療人材の資質の向上ということで、いわゆるかかりつけ医の先生が、いわゆるいろんな疾患とかいわゆる在宅医としてのそうした機能を果たしていただけるような、そうした資質を向上していただくための取り組みも必要であろうという趣旨でこちら記載させていただいております。

○新田会長 わかりました。これ以上この議論は進めないことといたします。ありがとうございます。

この議論は大体50分ぐらいで終わらせると思っていたんですが、何かほかにご意見ありますでしょうか。恐らく皆様もさまざまな意見がおりますが、この地域医療構想については、本来そこについてはこの在宅推進会議で議論する話ではありませんので、次に行きたいと思っており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、二つ目の議事に移りたいと思っております。暮らしの場における看取りの支援事

業についてでございます。事務局から一通り説明をしていただきまして、その後委員の皆様から質問、意見等をいただきたいと思います。

それでは、事務局、ご説明よろしくお願いたします。

○土屋課長代理 それでは、私のほうから暮らしの場における看取り支援事業について説明させていただきます。

お手元でございます資料5をごらんいただけますでしょうか。こちら、暮らしの場における看取り支援事業につきましては、前回、平成27年度第3回の在宅療養推進会議でもお示しをいたしましたけれども、今年度の新規事業となっております。おさらいということで事業の内容を見ていただければと思います。内容といたしましては、在宅や施設等の住みなれた暮らしの場における看取りを支援するため、三つの視点からの取組を実施することとしております。資料左側をごらんください。

まず一つ目に、本人や家族を含めた関係者の理解促進といたしまして、都民向けのリーフレットの作成、また地域における講演会や相談会の開催を予定してございます。

二つ目といたしまして、専門知識の提供として、多職種向け、また医師向けの看取り研修のカリキュラム作成、実施を予定してございます。

三つ目、環境整備に対する支援といたしまして、既存施設において看取りを行うために実施する改修や看取り対応ホームの整備・開設に対する支援と看取り対応ホームの運営費の支援を実施する予定となっております。これらの事業につきましては、右下、書いてございますけれども、平成29年度までの2カ年事業として実施を予定しているところでございます。

続きまして、資料6をごらんください。暮らしの場における看取り支援事業の進め方について、事務局からの案でございます。こちらの事業を進めるに当たりましては、関係する職種の方々にご意見を伺いながら進めていく必要があると考えてございます。この事業を実施するに当たりまして、具体的な検討を行う場として在宅療養推進会議のもとに暮らしの場における看取り支援検討部会を設置させていただきたいと考えてございます。

さらに、より具体的、専門的な検討につきましては、部会の下に有識者や実践者などを含めた分科会を設置いたしまして検討を進めたいと考えてございます。なお、部会の設置の位置づけにつきましては、別の資料、資料2にございます東京都在宅療養推進会議の運営に係る細目、第4の1におきまして、専門的な事項を検討するための部会を設置できるとされているところでございます。

資料6真ん中の検討体制でございます。真ん中右側の図にもございますとおり、部会と二つの分科会を設けたいと考えてございます。事業全般につきましては、部会で意見を伺いながら進めてまいります。より詳細な議論が必要な内容につきましては分科会にて検討を行いまして、そこでの検討結果は部会に提示をして承認を得た上で事業を進めてまいります。

分科会につきましては、検討内容に応じて医療の専門的な要素の強い医師向け研修カリキュラム検討部会と介護も含めた多職種向け研修カリキュラム等検討分科会を設置いたします。こちら、後者は多職種向け研修カリキュラム等検討分科会ということで、「等」がございますけれども、検討内容としては多職種向け研修のカリキュラムについてと看取り対応ホームの定義についての二つを検討したいと考えてございます。

これら二つの分科会につきましては、研修内容などについて両方の分科会の検討内容を必要に応じて整合を図って進めていきたいと考えてございます。二つの分科会については平成28年度検討のみの実施といたしまして、その後の事業の進捗管理については、こちら在宅療養推進会議と暮らしの場における看取り支援の検討部会において行ってまいりたいと考えてございます。

下のスケジュールについてごらんください。本日この在宅療養推進会議におきまして部会の設置をご了解いただけましたら、部会を開催いたしまして、各分科会での検討へとつなげていきたいと考えてございます。

医師向け研修カリキュラムの検討分科会につきましては、予定としまして年3回、年度内にカリキュラムを決定いたしまして、平成29年度に研修を開催したいと考えてございます。

多職種向け研修カリキュラム等検討分科会につきましては、多職種向け研修のカリキュラムと看取り対応ホームの定義につきまして、年度の前半に検討をいたしまして、秋以降に補助事業の実施、また年度内に研修を1回開催したいと考えてございます。

なお、二つ研修がございますけれども、この時期がずれているところではございますが、まずは多職種から成る現場におきまして、対応力を高めて医師の判断に応じる素地をつくっていききたいということ、また医師の判断という医療的な部分については慎重に検討を進めていく必要があり、時間を要することなどから多職種向け研修が前倒しのスケジュールとなっております。平成30年度以降につきましては、保健医療計画、また高齢者福祉保健計画の改定がございますので、その内容に合わせた事業展開となっております。事業の進捗状況につきましては、適宜こちらの在宅療養推進会議にも報告をさせていただきたいと考えてございます。

暮らしの場における看取り支援事業の部会の設置の承認をお願いしたいということと、あと事業全般のご意見等を伺えればと思いますので、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。ただいま暮らしの場における看取り支援事業の概要、そして部会等の説明がありました。

それでは、事業全般についても結構でございます。ご質問、ご意見があれば伺いたいと思います。よろしく願い申し上げます。

○清水委員 私、ことしで開業30年になります。それで、父がやってその診療所の総年数でいくと60年になるわけなんです、そうすると最初のころからおかかりの方ももう本当に全員いません。だから、私が開業して60代の方も、そのとき60代の方はい

らっしゃいません。その中で、やはり看取りというのは今まで自然に、ある程度かかりつけ医のところにご通院なさっていた方が話の中で自然に逝くという格好だったんですが、今度の診療報酬改定で在宅専門の先生が今度市民権を得ている形が出てきているんです。日本医師会もそれに対して地区医師会との連携をなささい、かかりつけ医との連携もして、そのカバーできないところを診ていただいたらよかろうと、そういう話にはなっています。

ただ、看取り支援事業というのは、看取りに至る形があって、それを安らかな看取りを地域でするためにお手伝いしましょうというのが基本だと思うんですね。ですから、そこで病院で亡くなるのは普通の形じゃなくて在宅がいいんだよというその荒っぽい議論じゃなくて、在宅で充実した最後の時間を過ごして、かつそれで安らかな看取りに至るという形を何とかどこかの雰囲気に入れていきませんか、とにかくこれから高齢者が来て大量死の時代で、在宅とやってしまうと、やっぱり家族とかなかなか看る方、訪問看護を含めて、やはりインフラがないということもあります。

ですから、在宅看取り支援事業なんですけど、その選択肢の中には最後の逃げ場所として病院もあるというような、ある程度の幅を持っていかないと非常に窮屈なものになります。ですから、その辺も含めてイメージの中に、看取るための事業じゃなくて地域で安らかにその方の持っている生命力を生かしながらお手伝いをしつつ、その地域で皆さんに看取られて生涯を終えていくんだと、こういうイメージが多分あったほうが、やっぱり地域の方に関しても、この事業が始まると、もうどんどん在宅で看取らなきゃいけないとか。先生方もやはりそういうイメージになってしまっていて非常に無理がきます。そうすると、保険診療の問題もいろいろありますので、これを進めるに当たっては、この検討部会の中でやっぱりもう少し細かい神経を働かせて文章をつくるとか、あるいは都民向け、区民向けに含めて少し事例を挙げるとか、そんなことを含めて、多分お隣の宮崎さん、その辺が一番よくおわかりだと思うんですが、今それこそ5年前、10年前に比べれば、訪問看護もあって非常に看取りやすい形にはなっています。ただ、その中で、やはりがんの末期よりどうも高齢者のほうが対象だと思うので、そうすると高齢者の最後はなかなか難しいんですね。がんの方は余命3カ月、あるいは1カ月と大体それで済んでしまいます。高齢者の方はよくなったり悪くなったりしながら、エンドレスになると思ったら次に亡くなっちゃったと。そんなこともあるので、やはり文章も含めて、やはりちょっと神経を配った何かの方向があったほうがいいんじゃないかということです。意見として言わせていただきました。

○新田会長 ありがとうございます。まさにそのとおりでございまして、今細かい配慮を持った文章をつくり上げるということが重要だと思っております。看取りが最終目的ではなくて、そこの今言われたとおりの、その結果だろうなということで、恐らくいいんだろうというふうに思います。そのために先ほど事務局から説明がありましたが、医師向け研修カリキュラム等については非常に細やかに時間をかけて行うというのはそういう



ことでありまして、もう一方のこの多職種向け施設等も含めてというのは、これも重要なことで、看取りが主体ではなくて、もしそういうことの結果として行う場合に支援をしていくというようなことと、今のご意見を含めたら解釈してやることだろうなというふうに思います。ありがとうございます。

- 千葉委員 私も今のご意見に大変賛成でございます。実はご家族は、看取りをした次の日も生きていかななくてはならないので、次の日もご飯を食べなくてはいけないということで、現実には毎日の生活が待っておりますので、その後のことについてのフォローもぜひ、今回はこの医療とか介護とかという視点ではございますけれども、実は実際にはその後のことを知りたい、次どうなっちゃうんだろうか、それは誰が支えてくれるんだろうか、誰が相談に乗ってくれるんだろうかということ、急に手を離されてしまうということでは、やはり看取りとかその間のある意味つらい場面にも耐えられないだろうなと思いますので、その後のフォローは私たちケアマネジャーもいたしますけれども、行政の方にも手伝っていただきながら、あるいは相談窓口がありますというところが求められるのではないかなということを感じます。

あと、私、特養の施設長でもありますので、皆様、ご家族がやはり初めてであるということでの戸惑いが、かなりございます。迷うということもあるんですけども、自分が初めて体験することのような感じ方をしますので、この最初のところに書いてございます、やはり普及とか啓蒙とか、今当たり前になってきているということのメッセージが、都民の方にぜひ伝わるようなことが、私たちの使命ではないかなというふうにも思います。

以上でございます。

- 新田会長 ありがとうございます。もちろん、その後のフォロー、おおむね緩和でいうと6カ月と言いますか、そういったような定義もありますが、そういったことも含めて、きちんとこの検討部会等でやってくださいという話でございますから、ぜひやるということになるというふうに思いますが、よろしくお願いします。ありがとうございます。

そのほかはありますでしょうか。

芝委員、今の話は当たり前のようになくなって、その後をフォローするというのは、今のそういった6カ月等々、それ以上あるいはという、そういったようなことも、恐らく大体プログラムの中に普通は盛り込まれていますよね。ちょっとその辺、追加の説明ですよね。

- 芝委員 まず、プログラムというのは。

- 新田会長 これから考えるのでした。緩和ケアの一般論ですね。

- 芝委員 緩和ケア研修会（標準モジュール）には、地域医療のモジュールがあります。看取りに限定せず、在宅療養導入についてのワークショップです。細かなことで恐縮ですが、具体的議論に入る前に、「緩和」という言葉の使い方について確認させてください。「緩和ケア」「看取り」「ターミナルケア」は同義語ではありません。緩和は「が

ん」「非がん」のどちらにも使用されています。緩和ケア普及推進事業では、緩和ケアに対する市民・専門職の誤解の払拭に努めています。在宅療養に馴染みのない多職種、医師にとって、看取り研修は敷居の高い存在です。

○新田会長 ありがとうございます。今の言葉の定義も含めてきちんと話し、そこで進めると。東京都が進める話ですので、そこを間違えると違った方向に行ってしまいますので、そこはきちんとしなければいけないというふうに思いました。ありがとうございます。

はい、どうぞ。

○秋山委員 在宅の訪問看護の立場からなんですけれども、私は、さまざまなこの表現に関しては、当然ながらもっといろいろ検討して、適切な言葉を使っていくという、それは大事だと思いますが、暮らしの場における看取り支援という、この暮らしの場というものを、東京都が使って出してきたというのは、私は画期的ではないのかなというふうに評価をしています。

その暮らしの場というのは、在宅だけではなくて、施設も含めての暮らしの場であって、そういう意味で、ひょっとしたら病院の中の本当は看取りも含めての言葉で研究ができればいいのではない。この質の問題になってくるので、この辺は、とにかく亡くなる最後のところをどうするかを本人も含めて、どうしていかうかというあたりが、考えられるような社会というか、その中での看取り支援検討というあたりの、少し考え方が変わりつつあるところの、ちょっと画期的な表現をとっておられると、私は評価していますので、もちろん吟味をされていかなければいけないけれども、その辺は、よく提案をされているなとは思っています。

○新田会長 ありがとうございます。先ほどの医療コストの中でもありましたが、これからの東京を考える場合に、この暮らしの場におけるという、そういったことをきちんと入れていくというのが、これがイメージでございます。

先ほど清水委員が言われた病院も含めてというのは、もちろんそういうのは当たり前の常識としてはあったとしても、この暮らしの場ということを入れ込むということが、私はやっぱり東京都が出してくる重要なテーマだというふうに思いますので、その点はご理解をいただければなというふうに思います。

ほかに何かありますでしょうか。もしなければ。

はい、どうぞ。

○古川委員 また、見当外れてしまったコメント、あれなんですけど。

多摩市は、これから単身高齢者の方たちが非常に多くなると。なので、在宅で簡単に言うと死ぬんだよということを、やっぱり知らない人たちがいっぱいいるので、そういう部分の中では、この看取りというところでの、その都民の方への普及啓発というのは非常に大事ななというふうに思うところです。

そのときに、一つだけどうしても行政という立場にいと、きれいごとだけではなく

て、单身の方が亡くなると、まず死亡届を誰が出すんだ。火葬は誰がするんだ。お墓はどうするんだ。お骨はどうするんだ。単身で暮らしていた方のアパートの始末は誰がするんだという後始末の部分の、後始末という言葉は悪いですね。あとのやっぱり生活の終える部分のところまでをやっぱりきちんと考えないといけないんだなというのを、ここで何人かの单身の方が在宅で看取られ、自分が看取ったわけじゃないんですが、地域の中の関係者の中で看取った事例の中で、どうしてもそこが出てくるんですね。

ですので、その看取りの部分のところの都民の方への普及啓発。実は私どもも1月にそういう講演会を開く予定なんですけど、そういうときに、それもちゃんと話そうねと。そういったところを踏まえた上で、やっぱり自分が都民の方一人一人が、うちは市民ですけれども、市民の方一人一人が、死ぬるんだ。在宅で自分の好きなものに囲まれて、自分のいたいところでこうやって死んでもいいんだって。ただ死ぬときには、後で迷惑がかからないように、ちゃんとこういうことをしておいてねというようなところまで、きちんとそれがケアマネさんなのか、包括なのか、法務課のセッションの支援者なのかわかりませんが、誰かキーパーソンと、そういうことまできちんと決められるようなところまで必要かなというふうに認識しています。

すみません、以上です。

- 新田会長 重要な視点、ありがとうございます。そのとおりでございますね。日々感じているところでございます。一人で亡くなるときは、確かに行政に丸投げですよ。お願いしますと。もう一つは、今司法書士とか弁護士さんの役割も大きいものがありますから、そういったことも含めてということだと。はい、ありがとうございます。

ほかにありますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、都として、在宅施設等の住み慣れた暮らしの場における看取りを支援するための事業実施に当たりまして、実施内容について、今ご議論していただきましたが、部会の設置について、ご了承いただくということでよろしいでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

- 新田会長 ありがとうございます。

それでは、検討部会の委員については要綱で決めるかということになりますが、土屋さん、よろしく願いいたします。

- 土屋課長代理 資料2の東京都在宅療養推進会議の運営に係る細目、第4の2におきまして、部会の委員は会長に指名していただくこととなっております。

ただいま、資料をお配りしますので、ごらん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。

今、土屋さんから説明がありましたように、会長が指名するというので、検討部会の委員については、これから配ります名簿を今示させていただきますが、この委員の皆様、検討部会をお願いしたいと思いますが、よろしいでしょうか。ただいま見ていかがでしょうかと答えて、はい、どうぞと答えるのもなかなか大変なのでございますが、

何かご異議がある方、手を挙げていただけますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、甚だ申しわけありませんが、この会で認めていただいたということで、ご承認いただくということでお願いいたします。

それでは、ここのメンバーにもいらっしゃいますが、ご審議いただく皆様には、よろしくをお願いいたします。

また、部会の設置に限らず、暮らしの場における看取り支援について、議論が今ありましたように尽きないところではございますので、この部会に対して、今のような貴重なご意見をどんどん出していただいて、それを中で文章化を含めて反映するような作業もあるかなと思いますが、よろしくご協力のほど、お願いいたします。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、本日三つ目の議事に移らせていただきます。

東京都在宅歯科医療推進支援事業についてです。事務局から説明よろしくをお願いいたします。

○白井課長 それでは、東京都在宅歯科医療推進支援事業について、ご説明申し上げます。資料7をごらんください。

東京都では、以前から歯科医療連携推進事業であったり、摂食嚥下機能支援推進事業、また在宅歯科医療に必要な設備整備事業といったような、在宅療養者の歯科医療を支える事業に取り組んできたところでございます。しかしながら、地域でいろいろ聞いてみますと、なかなか在宅の歯科医療が進んでいないというような声も聞こえております。そういった中で、この事業を本年度また来年度ということで、2年計画で進めていく予定でございます。

現状と課題のところを左側の枠、見ていただければと思いますが、現状と課題ということで、まず、東京都歯科医師会が実施いたしました調査によりますと、在宅で歯科診療をしていただいている歯科医の先生方、多職種と連携をしている割合というのが、結構低いというような状況がわかっております。

また多職種、他の職種との方たちの連携に当たりましては、連携機関間での患者情報が不足している。また、連携機関間での役割が明確でない。さらに、在宅歯科自体の知名度が不足しているのではないかというようなご意見も課題として上がっております。

また、多職種の連携という意味では、訪問看護師の方や介護職の方から伝えていただいた口腔内の状況に関する状況では、実際にご自宅に伺ってみると、歯科医師が必要とする情報が十分に把握できていない場合もあるようでございます。

また、在宅療養患者さんに日常的にかかわっている看護師さんやケアマネさん、また介護職の方々にとっては、口腔内に関する相談をしたいが、すぐに相談できる場所がない。どこに相談していいのかわからないというような課題も上がっております。

こういった中で、上の囲みの歯科医師や歯科衛生士と多職種連携はまだ進んでいない。

在宅歯科医療自体の知名度も不足している。多職種の囲みの中では、口腔ケアを必要とする患者状況の判断が、なかなかできていない。地域で在宅歯科医療を実施している医療機関情報が不足しているというような課題がまとめられました。

そこで、今回、在宅歯科医療推進支援体制の整備という事業に取り組む予定ですが、事業目的としましては、右側の囲みになります。

在宅歯科医療にかかる多職種連携のノウハウや意義を歯科医療従事者や多職種に伝えさせていただいて、理解を深めていただくとともに、患者さん、家族の方々なども、療養生活を支えるの方々に対して、歯科が、かかわらせていただくことによる意義を普及啓発することで、地域における多職種連携の取組を支援し、在宅療養患者の口腔機能の維持・改善・向上を図ってまいりたいというところでございます。

実際の事業内容でございますが、1番目としまして、連携マニュアル・チェックシートの開発。2番目としまして、在宅歯科医療講演会等の実施。3番目としまして、普及啓発事業の実施を掲げてございます。

1番目の連携マニュアル・チェックシートの開発でございますが、こちらのマニュアルについては、今まで在宅の歯科診療、また口腔ケアに関するスキルの部分に関するマニュアルは、たくさん出てきているところでございますけれども、今回は在宅にかかる歯科医師と多職種が連携するに当たって求められている役割や必要な知識、また介護・訪問看護師さんたちとの役割、機能などについて、皆様が理解を深めていただくためのマニュアルの開発を考えております。

また、ヘルパーさんなどの介護に携わる多職種が患者の口腔内の変化に気づき、歯科につなぐことができるようなチェックシート。これも地域によっては、既に開発が進んでいるところもあると聞いておりますけれども、東京都としまして、ひな形となるようなチェックシートを開発してまいりたいと考えてございます。

在宅歯科医療講演会等の実施になりますが、この講演会等につきましては、歯科医師や歯科衛生士等を対象にいたしまして、介護保険制度や地域包括ケアについて、理解を深めていただくこと。また、多職種連携の先駆的な取組などを紹介させていただいて、多職種連携との必要性を考えていただく講演会を実施することを考えております。

また、多職種と歯科医療をつなぐノウハウを身につけ、歯科側から多職種に発信するために必要な知識などを身につけるための研修会を実施ということで、待っているだけではなくて、歯科の専門職である歯科医師の先生や歯科衛生士の皆さんが、医療・介護の関係者の皆様方に、自分たちに何ができるかということをアピールしていくためのノウハウについて、学んでいただくための会を考えてございます。

3番目の普及啓発事業の実施につきましては、都民の方々、また多職種の方々に向けて、口腔ケアや口腔機能維持の大切さについて、普及啓発を実施してまいります。

最後に、このマニュアルやチェックシートを開発するに当たりまして、取組の例として挙げさせていただいておりますが、例えば歯科衛生士等を地域に配置いたしまして、

在宅歯科医療と多職種をつなげるためのプロモーターとして、活動していこうというような地域を探しているところなんですけれども、そういった地域の事例を集めさせていただいたり、また既に、そういった取り組みをしているところもございますので、その事例を集めさせていただこうと思っております。

また、そういった事例やツールなどを利用した取組の報告を受けて、都で作成するマニュアルやチェックシートに反映をして、作成をしていく予定でございます。

本事業につきましては、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、在宅歯科医療推進支援体制の整備について、説明がありましたが、ご質問、意見等がありましたら、宇佐美委員、どうでしょうか。

○宇佐美委員 東京都歯科医師会の宇佐美でございます。

ただいまの白井課長のほうから、東京都歯科医師会のほうに、こういう在宅整備体制の整備についてということで、今後やっていきますということで、お話を伺っています。

この文言には、在宅歯科医療という言葉が出てくるんですが、実際は我々歯科医師は、診療所でやっている医療をそのまま在宅でできるかということ、できないという。これ結論なんです。

歯科医療自体の訪問診療というのは、先ほど清水先生のほうから、訪問の専門の先生方、施設基準で、ことし歯科のほうもそれが行われました。施設基準が改定になりまして、訪問専門と、専用という認可がおりるわけですが、その方々たちも、地域歯科医師会等に連携をもってという条件がついているわけです、同じように。それをもって、ぜひ、現在訪問専門という先生方が、どんなことをやっているのか、実は我々把握しています。

実は、きょう患者さんに聞きました。施設を抜け出して、うちの診療所に、松戸からわざわざ歩けるか歩けないか、ようやくということで、昨年まで通っていた、通院していたんですが、80歳ですね。入れ歯などをつくれと言われたと。10何キロ体重が痩せたので、緩くて合わないんだと。刻み食にしてもらって何とか食べて生き返ったと、歩いていらしたんですが、訪問の先生が来て、上下の入れ歯は30万かかるからつくりなさいと、こう言われたと。

そんなことは、我々歯科医師の感覚からずれた話であって、いつも私、広報担当の宇佐美でございますというような話をさせてもらっているんですが、本当に在宅等で、食事も家族の方も困っていらっしゃるでしょうから、それをちょっとした我々の歯科医師の手を加えることによって、ちょっと噛めるようになってしまうというのも、ぜひお考えいただいて、白井課長のほうの医療のほうも、我々一生懸命やっておりますが、せいぜい義歯の修理と、せいぜい痛いグラグラの歯を抜歯するとか、それぐらいなんです。あとの問題はインプラントの問題がございまして、家族が知らない間に入れていたインプラントが口腔内にあって、感染源になっているという問題もありますから、そ

ういうのも含めて、一生懸命やっていきたいと思っていますので、ぜひご参考にしていただければと。白井課長、よろしく。

○新田会長 ありがとうございます。

ちょっとよくわからなかったんだけど、オーラル・フレイルはとても重要な概念で、私は歯科医療がやらないんじゃないじゃなくて、それこそが医療だろうかと、オーラル・フレイルというのがね。そのあたりを歯科医師会も頑張っていたきたいなどと、私から実はお願いするわけでございます。もちろん、おわかりでございましょうけど。

どうぞ。

○渡辺委員 この事業、とても重要な事業だと思うんですけども、右の一番下の箱の中にありますけれども、「その取り組みとして、歯科衛生士を地域に配置し」というのは、歯科衛生士を雇う。専任して雇う。そしてまた、つなぐためのプロモーターとしてと書いてありますけど、やっぱりコーディネーターという言葉を使うんですが、プロモーターというのは、何かこうイメージが、そういう違うんですか。コーディネーターじゃなくて。

○白井課長 同じようなことを考えております。コーディネートしながら、またプロモーターともなってもらおうということで、要は、なかなかつながっていないところを歯科衛生士さんに、まず歯科医療と歯科と、それから介護とをつないでもらおうというようなイメージでございます。

○渡辺委員 例えば、地域包括支援センターに歯科衛生士さんを置くとか、そういうようなイメージなんでしょうか。

○白井課長 今回のイメージとしては、地域の歯科医師会さんに雇用していただくような形で、今幾つかの地域で、そういったことも進んでいるようですので、いずれ地域包括支援センターに歯科衛生士さんを置いていただければ一番いいかなとは思いますが、なかなかすぐにそういうわけにはいかないとも思いますので、まず地域の中で歯科衛生士を置いていただいて、動いていただくことによって、どんなつながりができるかということを検証していくことも含めて、この事業でやっていこうと思っています。

○渡辺委員 ありがとうございます。

○新田会長 今、渡辺委員からも重要な発言だと思うんですが、恐らく介護予防の中でオーラル・フレイル、ここをきちんとやって健康を保つ。これ重要なことで、これ地域包括そのものの役割だということで、そういったことも将来的に考えるのではないかと、それもいいんじゃないかという、そういうような意味合いだろうと思いますので、未来にちょっと夢を持って頑張っていたいただければなと思いますが、よろしいでしょうか。

○高松委員 こちらの現状・課題、それから事業目的等の中にも、恐らくは読み込めなくはないと思うんですが、摂食嚥下評価をしたりとか、機能改善とかに取り組んでいらっしゃる耳鼻科の先生方と協力して、後はやるチームをつくってやっていらっしゃるようなところはあると思うんですよね。そういうことも一緒にやられると、多職種等の連携

というのは一段とグッと進むところもありますので、そういうところも少しご考慮いただければなど、ちょっと思いました。

○新田会長 非常によくわかられていると思います。

白井課長、どうぞ。

○白井課長 ありがとうございます。

本当に、ちょっと申し上げたところでございますが、摂食嚥下機能支援の推進事業も5年間行ってきたんですけれども、評価を行える先生方がふえてきたものの、地域でなかなか活用していただけていないという現状もありまして、そこにつなげるためにも、この事業がうまく生かされるといいなというふうに思っ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。

ほかにありますでしょうか。

はい、どうぞ。

○千葉委員 私も摂食嚥下機能の評価ができる先生ということを求めております。この事業の中に、一言もそれが入っていないというのは、ちょっと気になるところでございます。

高齢者ですと、やはり先生がおっしゃったように、入れ歯の調整等々では、もう済まされない方が多くいらっしゃいますので、ぜひ、この事業の目的の中にも入れていただけるといいなというのと、歯科医の先生に求めるのが、自分は摂食嚥下機能の評価ができますということをぜひ積極的に表明していただきまして、自分の患者さんにこういうことをしていますということを書いていただきますと、ケアマネジャーとしても相談がしやすいところでございます。ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。

○新田会長 何かコメントありますか。よろしいでしょうか。

○白井課長 ありがとうございます。心して事業を進めてまいりたいと思ひます。

○宇佐美委員 私、東京都歯科医師会のほうで、飯田橋にございます東京都立心身障害者の口腔保健センターの担当理事をやっているんですが、今白井課長のほうから摂食嚥下機能支援推進事業ということで5カ年、実は来年まで、今2年目の方が研修を行って、終了なんです、今まで5カ年計画。その計画の後継というか、教育研修事業で、実地研修はありませんが、一応、その教育研修の事業は、当センターの多職種向けにずっと続けていくということになっておりますので、そういう研修もやっていきます。

今、千葉さんがおっしゃったごっくんの嚥下のほうですが、実は入れ歯の話、ちょっとさせていただくと、入れ歯の上顎を厚くすると、ごっくんと呑み込めるんですね。これ舌接触補助床というんですか、そんなのをちょっと入れると、老人はごっくんとできるという、そんな簡単な処置でございますので。

○新田会長 ありがとうございます。二つそろって同時にという話でございますね。よろしくお願ひいたします。

それでは、本日四つ目の議事に移りたいと思ひます。



地域の薬局・薬剤師における在宅療養推進に向けた取組です。事務局から説明をお願いいたします。

○阿部課長代理 それでは、私のほうから地域の薬局・薬剤師における在宅療養推進に向けた取組ということで、説明をさせていただきたいと思います。

資料の8番目をごらんいただけますでしょうか。

こちらのほう、地域の薬局・薬剤師における在宅療養推進に向けた取組という題で資料になっておりますけれども、こちら、私ども福祉保健局健康安全部薬務課のほうで、薬局・薬剤師の在宅療養推進に向けて取り組みを行っております。

まず、時間もありませんので、簡単にご説明をしますが、取組状況のところをごらんください。こちらの取組、全て平成26年度から実施をさせていただいている事業ということになっております。

まず、一つ目でございますけれども、仕組みづくりの支援ということでございまして、地域包括ケアシステムの中で、薬剤師が参加するための多職種連携を推進していこうというものでございます。こちら訪問看護ステーション・ケアマネジャー、それから医療機関などとの連携による在宅医療服薬支援事業ということで、こちら平成26年度、それから27年度、モデル地区を選定させていただきまして、26年度は中野、品川、八王子の3地区。それから、27年度は大田、練馬、町田の3地区で実施をさせていただいているというところでございます。

こちら、平成28年度、今年度もモデル地区を選定させていただきまして、事業自体は東京都薬剤師会さんの方に委託をさせていただいて、実施をしていこうというふうに考えております。

二つ目の丸をごらんいただきますと、内容です。こちら訪問看護師、ケアマネジャーなどが主治医の同意を得て、患者を薬剤師会さんへ紹介すると、そして薬局薬剤師が患者宅を訪問し、療養支援の実施結果を医師などへ報告をしていくというのが一連の流れになっております。

こちら当然、多職種連携という形になっておりますので、実はこちらのほうには、資料8のほうにはないんですけれども、実は東京都医師会の皆さん、それから東京都看護協会の皆様、それから東京訪問看護ステーション協議会の皆様、それから東京都介護支援専門員研究協議会の皆様、それから東京都薬剤師会の皆様のほうで、関係者連絡会というのを設置させていただきまして、こういった取り組みを去年、一昨年、進めさせていただきまして、今年度も連絡会の設置をお願いして、この事業を進めていきたいというふうに考えております。よろしくお願いたします。

それから2番目ということなんですが、こちらは人材育成の支援。在宅療養に向けて、薬剤師の人材育成の支援ということでございまして、がん末期など在宅療養を支える医療の担い手を育成支援していくということでございまして、メインになるものは無菌調剤。注射薬・点滴薬を調製等に関する実習ということで、写真にもございますが、薬局

での無菌調整の実習とか、あるいは薬科大学のほうで、薬局に勤務している薬剤師の実習をしたりとか、あるいは無菌調剤室という場所、なかなか限られた場所にしかございませんので、薬局間での共同利用、そういった形で人事の育成、それから薬剤師、薬局間同士の連携を推進するというところで、取り組みを行っております。この人材育成の支援という事業も、仕組みづくりの支援同様、平成26年、27年実施をさせていただきまして、平成28年度も実施をしていきたいというふうに考えております。

私のほうから、説明は以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

薬剤師における在宅療養推進。昨年、ことしですか、門前から地域へ、地域から地域かかりつけ薬剤師へと、厚労省で審議会がありまして、そのような方向性もありましたが、その中の一つの一環でもありますか、これは。と考えてよろしいでしょうか。

○阿部課長代理 おっしゃるとおりです。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは何か、ご質問、意見等がありましたら。

どうぞ。

○高松委員 東京都薬剤師会の高松ですが、実際に26年度、27年度は健康情報拠点事業として行いました。その成果が、結構やっぱりあったということで、今年度は全国的にモデル事業をやるところでございます。ことしも東京におきましては、東京都からの委託を受けて、東京都薬剤師会が今進めているところでございますが、西部地区とか北多摩地区を中心に今回はやっていくということでございます。

左下の薬剤師が行う在宅療養支援の内容ということなんですが、基本的にはかかりつけ薬局をやっぱり育成するというのは、今回も診療報酬改訂のところに入っておりますが、かかりつけ薬局であったりとか、かかりつけ薬剤師健康サポート薬局、これは全部、在宅の実績を引き落とされております。

そういうところで、今在宅を取り込む薬剤師は大分ふえてきましたので、現状と課題の左上の欄の在宅業務への参加が進まないというのは、ちょっともう三、四年前に出たような文章なんですけど、進んではいるんですけど、偏った進み方になっちゃってまして、特定のところに、やっぱり集中しているような気配がありますので、それを地域における薬局が、バランスよくできるように今していこうとしているところでございます。かかわれば残薬、要は医療コストの削減だったりとか、行ってみて初めて患者の状況がわかりまして、それに応じた提案ができたりとか、さまざまなメリットがございますので、これは進めていきたいと思っております。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

その次の患者支援の副作用や認知症等の症状の早期発見という、これも実際にやられているんですか。

○高松委員 はい。意外と飲み残しの件という会話をしたときに、やっぱり認知症かなという心配というのはよく感じるようです。

○新田会長 ありがとうございます。

かかりつけ薬局のときの厚労省の審議会でもありましたが、そのときにどのようにかかりつけ医療機関に結びつけるかという、そういったテーマもありましたが、ここでモデル事業も行われているということですのでございますから、それを通じてというふうに考えてよろしいのでしょうか。

○高松委員 ありがとうございます。

やっぱり薬剤師は、常に薬局でさまざま服薬支援指導をやっているんですが、在宅に行ったときに、それを生かすことはできるんですが、今までやっぱり踏み出してなかった。行ってみると、かなりそこら辺のところは、皆さんやってきたというような報告は上がってきています。ですからその辺で、我々はしっかりやっぱり連携というのは、もう薬局もやっておりますので、その形はしっかりつくれると思います。

○新田会長 ありがとうございます。何かご意見等。

はい、どうぞ。

○田中委員 ソーシャルワーカーをしております。

時々ケアマネジャーさんから、今おっしゃったような、事業者さんがあっちこちの病院やクリニックから、それぞれでいろんな薬をもらってきて、それが重複していたりとか飲み残しがあったりということで、どうしたらいいのでしょうかというのが、幾つかの病院の一つの病院だったりすると相談が入るんですが、今後これが進んでいくと、その辺のご相談も薬剤師さんにお問い合わせできるというイメージでよろしいのでしょうか。

○高松委員 まさに、かかりつけ薬局薬剤師というのが、その薬の管理、軽減化というところに目的がありますので、いろんな医療機関にかかっても1カ所に薬の管理を全部していく。そういう方向で今進められておりますので。

○田中委員 わかりました。ありがとうございます。

○新田会長 ありがとうございます。

そうなんですね。まず薬剤師、何をやっているかということからですよ。そういう貴重な話ですよ。ありがとうございます。

よろしいでしょうか、事務局。

誰かご意見ありましたか。大丈夫ですか。

それでは、五つ目の議事に進みたいと思います。

福祉先進都市・東京の実現に向けた地域包括ケアシステムの在り方検討会議の最終報告についてです。事務局から説明よろしく願いいたします。

○山口課長 高齢社会対策部計画課長、山口と申します。

資料の9をお開きいただきたいと思います。

東京都では昨年度、東京の地域特性を踏まえた地域域包括ケアシステムの在り方につ

いて検討するため、資料の左のほうに委員構成がございますけれども、ごらんのように幅広い有識者による検討会議を設置しまして、右側のほうにございます、7月から今年の2月まで8回にわたりまして議論を重ねまして、3月30日に最終報告書の取りまとめを行い、公表したところでございます。この間、昨年11月の本推進会議におきまして、10月に公表しました中間のまとめの概要についてご報告をしまして、皆様方からもご意見を頂戴したところでございますが、本日は3月の最終報告の概要につきまして、この場をかりてご報告をさせていただきます。

では、おめくりいただいて、資料の10をごらんください。

こちらが最終報告書の概要でございます。報告書の本文のほうは、私の手元にあります。120ページほどの冊子になってございまして、本日は時間の都合もありますので、こちらの概要の資料にてご報告をさせていただきます。

本文のほうは、東京都のホームページのほうで全文を掲載させていただきますので、ご興味ございましたらご参照をいただきますよう、お願いいたします。

資料の上のほう、網かけの四角のところがございますが、地域で支え合いながら安心して暮らし続けることができる東京の実現に向けまして、八つの論点について、課題解決の方向性を提示しております。

1点目は、高齢期の住まいでございます。空き家の有効活用を初め、住まいの確保に見守りや生活支援サービスを組み合わせることにより、低所得高齢者の地域での暮らしを支える必要性が提言されております。

2点目は、介護予防と支え合いでございます。住民参加による地域ぐるみの取り組みが進みますよう、行政には住民主体の活動を軌道に乗せるための支援が必要と提言されております。

3点目は、認知症対策でございます。認知症になっても、地域で暮らし続けられるよう、必要な支援の手法についてモデル化して普及することや、若年性認知症の方々への支援の充実などが提言されております。

4点目は、在宅療養でございます。暮らしの場における多様な看取りの支援や、受けたい医療に関する自己決定の重要性などが、QOLの視点も踏まえて、提言されております。

5点目は、介護サービス基盤の整備でございますが、介護施設を日常生活圏域の中できめ細かく配置していくことや、多様な主体により地域に密着したサービス基盤を整備していくことが提言されております。

6点目は、規制緩和の議論でございます。空き家の活用ですとか、柔軟なサービス基盤の整備を進めていくためには、時代おくれの規制が支障となる場合もございますことから、時代の変化を踏まえ、改めて規制の必要性を見直すべきことが提言されております。

7点目は、介護人材対策でございます。介護職員のキャリアアップの仕組みの構築や、

ロボット介護機器、いわゆる介護ロボットの有効な活用のためには、適切な使用方法の検証や、その成果の普及が重要であることが提言されております。

最後8点目は、仕事と介護の両立でございます。企業においては、相談体制や情報提供、働き方改革などが、また行政においては、家族介護支援の充実などが提言されております。

以上、八つの論点を縦軸としまして、これらを地域において実現していくための横軸としての三つの視点も合わせて提起されております。

一つ目は、地域の実情に即した展開でございます。東京は都心部から多摩、島嶼まで、地域特性も、また社会資源の状況もさまざまでございますので、それぞれの地域の実情にあった進め方が重要でございます。

二つ目は、分野横断的な施策と取組ということで、文字どおり、役所の縦割りを排し、分野の垣根を超えた施策の連携と統合が必要でございます。

そして三つ目は、多様な主体の参加と協働ということで、行政や保健医療福祉の専門職のみならず、民間事業者やNPO、ボランティアなど、多様な主体の参画と連携によりまして、地域のニーズに応じていく必要がございます。

以上、報告書の概要をご説明させていただきましたけれども、都といたしましては、ここに示された提言を踏まえまして、既に今年度から、先ほどもご議論いただきました暮らしの場における看取り支援事業を初め、幾つかの事業に既に着手をしております。

また、そのほかの提言につきましても、さらに検討を加えまして、平成30年度からの次期高齢者保健福祉計画、これは保健医療計画とも同時改定になりますけれども、その中で、引き続き具体化を図ってまいりたいと思っております。

説明は以上でございます。

○新田会長 どうもありがとうございました。

当委員会に、お二人のメンバーが出ておりますので、少しご意見をお聞きしましょうか。

秋山委員、どうでしょうか。きょう終わったばかりで、ちょっとしんどいでしょうけれども。

○秋山委員 地域包括ケアシステム中の、よく言われる五つの視点が、きちんと入り込んでいながら、東京都大都市、この福祉先進都市というか、都会型であるということ意識しての内容というか、それが入り込めているのではないのかなと、一応それは評価ができるんですが、具体的にじゃあこれを例えば、この下の三つの視点をじゃあ、本当に横串が刺せるかというようなあたりは、課題を含めてのこれからのあるべき姿を、この最終選考として提示をし、そこへ向けて努力を重ねていかなければみたいな決意表明的なものがあつたのではないのかなと思っております。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、平川委員よろしく申し上げます。

○平川委員 この会も始まったときは、皆さん方覚えていらっしゃるでしょうか、東京は将来厳しいから、地方に移住しろというような報道があったりと、そんなことを背景に前都知事の下に開かれたわけで、結論から言うと、どっこい東京でも充分やるぜという感じの話に最後なったのかなというふうに僕は思っています。

東京は、資源がほかの地域より相当ありますし、また優秀な人材もたくさんいて、この委員会を見てもわかりますように、本当に福祉、医療、経済、まちづくり、さまざまな方々からいろんな意見をいただいて、もちろん高齢者福祉が中心とはなりませんでしたけれども、精神障害も含めた、新たな決意ができたのかなというふうに、僕は理解しています。この報告書の結果をふまえて各地域において同じような形で、この地域でどうやって話しながらやるかということをつくり上げていくことが大事かと思っていますし、その大きな何と申しますか羅針盤というものをつくったのかなというふうに思っています。以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

今、事務局からと二人の委員のご意見で大体中身が、おおよそつかめたと思いますが、ご質問とご意見がありましたら、遠慮なく教えてください。

つかみというところですよ。これからやっぱり市町村に向けて、本当どうつないでいくかというのは大変な作業がありますので、それを東京都がどう支援するかということがとても大きな話でございますので、ただし、この中身の八つの視点というのは、まさに東京問題でございますから、この点を重視しながら、私たちは地域包括を進め、そして、さっきの地域医療構想とともに在宅の推進をするというのが我々の役割だろうなというふうに思っていますので、よろしく願いいたします。

よろしいでしょうか。だんだん皆さん疲れてきましたから、もう進行しましょうか。

それでは、最後の議事に移ります。最後の議事でよろしいでしょうか。その他として、事務局が区市町村の意見交換会の実施について、報告よろしく願いいたします。

○土屋課長代理 お疲れのところ、最後となりますので、いましばらくご辛抱いただければと思います。

私からは、二次保健医療圏ごとの意見交換会の実施について、ご報告という形ですけれども、ご説明させていただきます。

資料の11をごらんいただけますでしょうか。

昨年度も、こちらの会議におきまして、区市町村との意見交換については、実施に当たっての意見をいただいたりとか、あと実施をして、ご報告を差し上げたというところがございます。実施をいたしまして、区市町村から、今後も開催してほしいとの要望を多くいただきまして、また東京都としても広域的な支援として実施していく必要があるだろうということで、今年度も継続して実施をするものでございます。

目的といたしましては、各区市町村における在宅療養の推進に向けた取組について、東京都として都内全体の進捗状況を把握すること。また、区市町村同士の情報共有の場

として活用すること。さらに、都における今後の支援策について、意見交換を行うこととさせていただきます。

時期でございますけれども、7月後半から10月ごろまでを予定しております。

実施の場所については、各区及び都保健所の協力をいただきながら、それぞれの地域で開催をしたいと考えてございます。

参加者については、東京都職員また各区市町村の在宅療養の事業の担当の方を予定してございます。

実施規模でございますが、今年度も引き続き、二次保健医療圏単位とさせていただければと思います。

実施に先駆けまして、各区市町村に対しては、在宅療養の取組状況に関する調査を実施いたしまして、当日は、それに沿って意見交換をしたいと考えてございます。

また、事前調査票につきましては、取組内容の情報共有や進捗状況の把握などにも活用していきたいと考えてございます。

議題につきましては、黒丸の三つ目、各区市町村における取組状況についての情報交換のほか、黒丸一番上でございますけれども、今後の在宅療養推進に向けた取組について、平成30年4月からは、区市町村における在宅の取組が本格実施となることも踏まえまして、東京都と区市町村の役割分担などについての意見交換。

また、下に行きまして、地域医療構想について。先ほどもご説明さしあげましたけれども、時期によっては完成版をお示しすることができるかなというところ。また、それを受けた今後の地域における取組についての意見交換をさせていただきたいと考えてございます。

その他、各圏域において必要な内容についても、盛り込んでいけたらと考えてございます。

説明は以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

区市町村の取り組みと、正式には東京都医師会等も含めて、在宅療養推進を病院で行われていまして、とても重要な話でございますが、最後に区市町村の方、きょう、ご意見ほかにないので、何かどうぞ。

○春田主査 一つ、東京都さんをお願いしたいのですが、意見交換会をやられるということで、在宅事業担当者というふうな雑駁な言い方をされているんですが、医療も介護も保健もみんなで支えていこうという東京都地域医療構想の考え方からであると、そういう所管も含めて、この意見の場に出ていただきたいという形で、アナウンスをしてもらいたいなというところが1点と、あと、多分この調査票の内容で、アからクの話じゃないかなと思うんですけども、できればアからク以外のもので、特段、区市町村でやっているようなものが出てくると、ほかの区市町村にも参考になるのかなと思いますので、そこもアナウンスしていただきたいなという2点をお願いしたいと思います。

以上です。

○新田会長 今の話は、アからクというのは30年度までという話でございますが、今、東京都も少し公表しておりますよね。そういったことも含めて、さらに進めるための用語でございますが、いかがでございましょうか。

○土屋課長代理 ありがとうございます。すみません、私の説明が不足しておりまして、在宅療養事業担当者ということで書いてございますけれども、在宅療養担当の部署というものを各区市町村にお尋ねしておりそちらへお送りしております。各区市町村によって、保健の担当部署であったり、介護の担当部署であったりというところはさまざまございます。今回、意見もいただきましたので、周知の仕方については、こちらで改めて検討させていただきたいと思っております。

二つ目の意見でございます。昨年度実施したのはおっしゃったとおりで、アからクの事業の実施状況について伺ったところです。この会議におきましても、結果についてはご報告差し上げて、ホームページでも公表させていただいているところです。昨年度の調査を踏まえまして、また皆さんの意見も踏まえまして、今現在、事務局で案を考えているところでして、その中には、アからク以外の取り組みについても、皆さんがどのようなことをやっているかというのを伺いまして、ぜひ先進的な取り組みについては、情報共有しながら取り組みの展開をさらに進めていきたいというふうに考えてございます。

○新田会長 ありがとうございます。

ほかに行政の方、何かご意見ありますでしょうか、どうぞ遠慮なく。もう時間、皆無でございますので、どうぞ古川さん、どうですか、よろしいでしょうか。どうですか、大江さん。

○大江委員 おっしゃったように、地域支援事業のアからクまでの八つの事業ということで、我々も27年の4月からということで進めているんですけども、やっぱりクと言われる関係区市町村の連携というところが、我々末端の自治体から取り組みなさいと言われるところで一番つらいところかなと。

それぞれの自治体内での連携というものは、当然、地区医師会、歯科医師会、薬剤師会等を統合しながら進めることはできるんですけども、それも広域的にというふうに言われたときに、実際は広域に、先ほどの訪問歯科であったり、訪問看護であったり、広域に行き来しているということはわかるんですけども、それを広域的に市町村の自治体で連携していくということが難しいというところがあるので、こういう意見交換会を実施していただいて、そうした関係区市町村間で連携を深めていきながら、課題をちょっと明確にするところにつなげていければなというふうに考えております。

○新田会長 課題は、もう恐らく明確になっているんじゃないですか。それで、課題はなぜ明確になっているかというのと、やっている区市町村は、きちんとあるわけでございますが、やっていないことに対して何が課題かという話だろうと思うんですね。そのためにこういったことを行くと、東京都としては行われていて、しっかり一緒にやりましょ



うという話でございますから、さらにそれを広域化という問題に置きかえないで、みずからもやっぱり区市町村問題として、やっぱりきちんとつくり上げるという、そういったようなことをやっぱり私は地域包括の欠点はそれじゃないかなと思いますから、いかがでございましょうかね。と思うんですが。

○大江委員　そうですね。おっしゃるとおりかなという、やっていないからこそ何も見えてこないで、不安ばかりが募っていて、何をやっていけばいいのか、誰と協働していけばいいのかというところが、わからないというところがありますので、おっしゃるとおりかなと思います。

○新田会長　よろしく願いいたします。

どうぞ。

○古川委員　東京都さんの役割は、やっぱり私たち自治体は自治体で取り組みますよね。だけれども、全体的に圏域を見たときに、やっぱり八王子さんのここは進んでいるけど多摩市さんのここは落ちているよねとか、やっぱり圏域の部分のところのものをみて、助言をいただけるほうがいいのかなど。そのための例えば圏域ごとのデータをまとめていらっしゃる部分。例えば、多摩市さんだと在宅の死亡率は、10年前から倍ポイントが上がっているんですね。だから、それは何でなんだろうなという部分、ちょっとまたいろいろ知りたいなと思っているんですが、そういうふうにもいろんなデータの中で、多摩市だと近隣5市なんですけど、そういう5市のデータを比較した中で、在宅療養の部分の中での、どんどんこう自治体に言ってくれていいかなと思うところです。遠慮なくアドバイスというか、「多摩市、ここがおくれているわよ、だからこうやってやって」みたいにおっしゃっていただければ頑張りますので、言っていただければと思います。

いいですかね。

○新田会長　最後、すごい発言が上がってきた。

どうぞ。

○渡辺委員　在宅療養ということで、どうしても高齢者に目が行くと思うんですけども、その意見交換会に、ぜひ在宅小児、あるいは難病、障害者、若者について、どれだけの地域の格差があるかというようなことに、一つ項目立てて聞いていただけませんかでしょうか。

現在、在宅小児の子供たちも、非常に医療・介護が進んでおりまして、死ななくなっているという変な言い方ですけども、非常にお母さま方、保護者の方々が、苦しんでいる方は非常に苦しんでいるというところを何とか地域で支えられないかという、そして東京都、そして二次医療圏内なりで、もっと資源の活用ができるんじゃないかと思うんですね。多職種連携とか。そして40歳になれば、介護保険を使えるわけですけども、そういう子供たちが、どんどん少年期に入ってきているので、もう少し枠を広げて、小さな子供たちからも介護・医療の支援がさらにできないか、コーディネーター役というのが、はっきりした方々がいないんですけども、そこら辺もカバーしていただき

たいということで、地域差をぜひ発掘し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。

恐らく最後の意見のところでは話させていただきます。今、小児在宅も別々じゃなくて、当在宅推進協議会の一つの中に、きちんと定義づけられましたので、その中で今議論が、去年も1年行われて、そしてそのところが区市町村からの会議のときにも、きっと出していただきたいということなので、よろしく願いいたします。

よろしいでしょうか、それで。

ありがとうございます。

どうぞ。

○高松委員 すみません。ちょうど渡辺さんが、今お話ししていただいたので、私も、さっきの資料10のところ、地域包括ケアシステムの在り方検討会議の最終報告の概要というところを見たところに、やっぱり応援者とか難病患者さんというのはなかなか読み取れない部分があって、逆に今回、議論の中で、そういうことも検討されていたかどうかというのがちょっと気になるのと、できたら、これだけ見ちゃうと、どうもやっぱり高齢者に偏ったような内容になってしまうので、その辺のところも読み取れるようにしていただけたらなというのは、ちょっと思いました。

○新田会長 ありがとうございます。

もちろん地域包括というのは、小児から、障害から、高齢者までというのは基本でございますから、そのところも含めて、議題として出してくださいということでございますから、よろしく願いいたします。

それでは、ジャスト9時になりましたので、これで、その他という意見がありますが、その他、何か。ちょっと時間がなくなりましたので、これで終了したいと思います。

それでは、きょうはご苦労さまでございました。事務局にマイクをお返しします。ありがとうございます。

○久村課長 本日は活発なご意見をいただきまして、ありがとうございます。本日いただきましたご意見等を踏まえまして、例えば、看取り部会での丁寧な議論を含めまして、取り組みを進めていきたいというふうに考えております。

先ほどご意見ありました、東京都の役割ということですけど、例えば、先ほどの地域医療構想の中で、在宅の医療需要についての話も出てまいりました。そういったあたり、区市町村さんに我々出せるデータはお示しして、あるいは区市町村さんのほうで取り組みやすいような、何か取り組みはないかということで、ご相談をさせていただきながら、進めていきたいと考えております。

障害者や難病等につきましても、新田会長のお話があったんですが、当協議会の中で部会を立ち上げて検討を進めているところですけども、また多分、今度、第2回の協議会の中では、そこを一つテーマとして、ご質問等させていただいていると思いますが、局内でも医療政策課だけでなく、関係部署を含めて連携をとって取り組みを進めてい

っておりますので、よろしくお願いいたします。

本会議でございますけれども、実は委員の先生方の任期が、この9月30日で終わりということになります。今年度、先ほど先の話をしてしまいましたけど、あと2回の開催を予定しているんですが、多分、第2回目は9月30日以降の新しい任期になってからということになるかと存じます。というわけで、改めましてですけど、委員の皆様方におかれましては、毎回貴重なご意見をいただきましてありがとうございました。

また、引き続きということで、願います場合もあろうかと思っておりますので、その際は、よろしくお願いいたします。

最後になりますが、事務連絡でございますが、本日の資料は、机上に残していただければ、事務局のほうで郵送させていただきます。

また、お車でいらした方につきましては、駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせください。

というわけで、以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。遅い時間まで、本当にありがとうございました。

(午後 9時00分 閉会)