

第 1 回

東京都在宅療養推進会議

会 議 録

平成 2 9 年 7 月 5 日

東京都福祉保健局

(午後 6時00分 開会)

○久村課長 恐れ入ります。それでは、定刻になりましたので、ただいまから平成29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。

委員の皆様には、ご多忙のところ、ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

私は福祉保健局、地域医療担当の久村でございます。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、よろしくお願いいたします。

それでは着座にて説明させていただきます。

初めに、本日の会議資料の確認をさせていただきます。お手元の次第をごらんください。資料は資料1から10、それから、現行保健医療計画の冊子を机上配付資料としてお配りしております。また、そのうち、在宅療養の部分を抜粋したのも配付させていただいております。また、次第にはございませんが、追加の参考資料といたしまして、A4横の資料でございますが、平成29年度在宅療養推進に向けた都の取り組み、それから、在宅医療介護連携推進事業の区市町村の取組状況の資料につきまして、配付させていただいておりますので、必要の都度、ご参照いただければと思います。また、こちらにも次第にはございませんが、訪問看護のイベントが近々行われますので、こちらのほうの資料も配付させていただいておりますので、また後ほどごらんいただければと思います。関係する議事の都度、事務局から資料の確認と概要をご説明させていただきますので、不足、落丁等ございましたら、その都度でも結構でございます、事務局までお申しつけください。

また、本日、ご発言の際は、お手元のマイクの右下のボタンを押していただき、ご発言いただきまして、またご発言が終わりましたら、マイクの右下のボタンを押していただければと思います。

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

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、委員名簿の記載の順にご紹介させていただきますので、よろしくお願いいたします。

東京都介護支援専門員研究協議会、小島委員でございます。

○小島委員 よろしくお願いたします。

○久村課長 東京都医師会、西田委員でございます。

○西田委員 西田です。よろしくお願い致します。

○久村課長 練馬区保健所長の矢野委員でございます。

○矢野委員 矢野でございます。よろしくお願い致します。

○久村課長 昭島市保健福祉部、倉片委員でございますが、少し遅れてみえるとのことご連絡

をいただいております。

また、東村山市健康福祉部の進藤委員につきましても、本日ご欠席とのご連絡をいただいております。

続きまして、東京都福祉保健局保健政策部長、矢内委員でございます。

○矢内委員 矢内でございます。よろしくお願いいたします。

○久村課長 同じく高齢社会対策部長、粉川委員でございます。

○粉川委員 粉川です。よろしくお願いいたします。

○久村課長 また、本日、代理でご出席いただいている委員がいらっしゃいますので、ご紹介させていただきます。

江戸川区、佐久間委員の代理で、江戸川区健康部地域医療担当課長、深井様でございます。

○深井課長 深井です。どうぞよろしくお願いいたします。

○久村課長 なお、山本繁樹委員、飯島委員、佐藤委員、芝委員からは、ご欠席とのご連絡をいただいております。

また、本日は傍聴の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。

それでは、以降の進行につきまして、新田会長にお願いいたします。

○新田会長 皆さん、こんばんは。今年度、第1回の在宅療養推進会議を始めたいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、早速、議事に入っていきます。7時半をめどに終わりたいと思います。皆さんの議論が活発になれば、それはそれで延長でもいいんですが、一応、めどとさせていただきます。

それでは、議事の一つ目でございますが、東京都保健医療計画の改定について、まず、事務局から説明をしていただきまして、その後、委員の皆様から質問、意見などをいただきたいと思っております。事務局よろしくお願いいたします。

○藤田課長代理 医療政策課課長代理を務めます、藤田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、資料3から5について、ご説明をさせていただきます。

資料3、保健医療計画の改定についてをござらんください。

資料左側ですけれども、既にご存じますが、計画の性質でございます。保健医療計画は、東京都の保健医療に関しまして、施策の方向を明らかにする基本的かつ総合的な計画となっております。今回は、第6次の改定となりますが、計画期間は平成30年度からの6年間となっております。

右側に進みまして、改定の要旨でございます。一つ目としまして、保健医療計画と、それから昨年7月に策定をしました地域医療構想を一体化させまして、地域医療構想に掲げましたグランドデザインの達成に向け、それぞれの取り組みを具現化、それから、一つ挟みまして、都及び区市町村の計画等との整合性の確保とございますけれども、こ

ちらはスケジュールの下から二つ目にございますけれども、高齢者保健福祉計画の改定年度でもございまして、それらの計画との整合性を図ることとしております。

資料の中段下からスケジュールでございます。上から四つ目、各疾病・事業の協議会等とございます。こちらは、各事業の所管の協議会等でご意見などを踏まえて、保健医療計画のほうに反映させていきたいと考えております。在宅療養の分野につきましては、本推進会議におきまして、委員の皆様にご議論いただきたく存じます。

それから、本日のご意見等を踏まえまして、上から3段目のところに改定部会とございますけれども、こちらのほうには新田会長にもご出席をいただきまして、具体的には8月29日に予定しておりますけれども、そちらの改定部会のほうでご報告をさせていただき予定となっております。最終的には、スケジュールのところにもございますけれども、医療審議会での諮問・答申を踏まえまして、公表というようなスケジュールとなっております。

恐れ入りますが、おめくりいただきまして、こちらは、東京都保健医療計画と東京都地域医療構想という表題の資料です。こちらは、保健医療計画の全体像を示した資料となっております。改定の要旨でも少し触れさせていただきましたが、左側にありますように、東京都保健医療計画というこの大きな枠組みの中に、今回の改定で昨年7月に策定しました東京都地域医療構想と一体化させまして、2025年の医療の姿としてグランドデザイン、また、その実現に向けて、それぞれの取り組みについて検討を進めることとなっております。

資料4をごらんください。ちょっと小さくて恐縮なんですけれども、資料4、こちらは5月の第1回保健医療計画の推進協議会で示された資料となっております。幾つかポイントを簡単にご説明させていただきます。

まず、左側が現行計画となっております。右側が次期計画の構成案となっております。そのほか、例えば一つ目でいいますと、今、現行の計画ですと、総論、各論となっておりますけれども、次期計画では、このあたりのタイトルをこのような形に、記載のように変更を加えたり、あるいは、また、今回は前回の項目と若干入れかえたところとしましては、例えば予防から医療というような流れになるように項目の順番を入れかえたりですとか、あるいは項目につきましても一部追加ですとか、それから、国の動向に合わせて、疾患名を変更したりしております。なお、5疾病・5事業、それから在宅という大きな部分については、特に変更はございません。

具体的に、在宅療養の部分については資料中段のところになりますけれども、12というようなところで、在宅療養というようなことで、こちらに入ってくる予定となっております。ただ、こちらは、会議の開催時点での構成案となっておりますので、今後、変更となる場合がございます。

計画3、4については、今現在、協議会のほうなり、改定部会のほうで検討されている資料のご報告というような性質で、ご説明させていただきました。

具体的に、資料5のほうをごらんいただければと思います。こちらが、東京都保健医療計画「在宅療養」骨子（案）となっております。第6次改定の骨子案として、事務局でまとめたものとなっております。

現時点では、目標を1から5まで骨子としてまとめてございます。目標1、2につきましては、地域、区市町村での取り組みなどをイメージした形になってございます。目標3のほうについては医療機関での取り組みですとか、目標4では、人材の確保・育成、それから、最後の目標5に都民の理解促進というような形で構成を設けてございます。

まず、資料5の1枚目のところの目標1でございますけれども、地域包括ケアシステムを支える在宅療養の推進としてございます。一つ目は、誰もが住みなれた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域の医療・介護、関係団体が連携しまして、包括的かつ計画的な在宅医療と介護を一体的に提供する必要という、大きな理念的なものも含めまして、大きな目標としております。

そして、二つ目、三つ目のところでは、在宅療養の実施主体となります、区市町村の取り組みを一層推進していくためにも、都として支援していくというような形で、大きな方向性を記載してございます。

目標2でございますけれども、こちらは地域における在宅療養体制の充実としまして、こちらは平成30年4月から区市町村が実施主体として、医療・介護連携推進事業の（ア）から（ク）について、全ての項目を取り組むこととなります。こうした取り組みの全体的な質の担保を図っていくための取り組みですとか、三つ目にありますように、24時間の診療体制の確保、ICTを活用した情報共有、他職種連携の強化、災害時の支援体制の確保など、こういった取り組みを今後も進めていくとともに、下から二つ目のところにもありますけれども、看取りに対する都民への理解促進ですとか、小児等在宅医療患者やそのご家族が安心して暮らしていけるような取り組みの必要性ということで、記載してございます。

おめくりいただきまして、目標3のところです。在宅療養生活への円滑な移行の促進でございます。一つ目にありますように、入院患者を円滑に在宅療養生活に移行させるため、入院早期から病院や地域の関係者と連携しまして、退院支援の取り組みをさらに進めていきたいと考えております。また、区市町村を超えた地域の連携を図るため、関係者間の協議の場を設定したり、さらには、東京都退院支援マニュアルですとか、転院支援情報システムなど、既存のツールの内容、機能の充実に向けて検討を実施していきたいと考えてございます。

目標4、在宅療養にかかわる、こちらは人材育成・確保というようなことで、項目を掲げてございます。今後の在宅医療の需要増加に伴いまして、担い手の確保に向けた取り組みは必要と考えてございます。こうした人材の確保に向けて、医師会と関係団体とも連携をしまして、在宅医療への参入促進を図ることですとか、また、区市町村におきましては、地域の在宅医療の資源の状況を把握するとともに、地域の実情に応じたきめ

細かな取り組みを実施することとしてございます。

最後、目標5、在宅療養に関する都民の理解促進としております。目標1から4まで掲げた取り組み等を、より効果的なものとして進めていくためには、当然、都民の協力も欠かせないものと考えております。今後も、在宅療養に関する都民の理解促進について、都と区市町村、それから関係機関とも連携しながら、効果的な普及啓発に取り組んでまいりたいと考えております。

おめくりいただきまして、こちらは、想定される指標案として列挙してございます。国から示されている指標例などを参考にしながら、こちらのほうの指標につきましては今後まとめていきたいと考えておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

それから、駆け足で恐縮ですが、資料5の別冊として幾つかデータをまとめてございます。簡単にご説明させていただきます。

1枚目は、こちらは昨年7月に策定されました地域医療構想における中で、在宅医療等の医療事業の推計をまとめたものです。あくまで推計値ではございますが、1日当たりの訪問診療の人数は、2025年には、2013年の約1.6倍と見込まれてございます。

おめくりいただきまして、資料の2枚目から4枚目なんですけれども、こちらにつきましては、全国、それから都、二次医療圏ごとの在宅療養支援診療所の数ですとか、訪問診療を実施する診療所の数などを二次医療圏ごとに地図に落とし込んだ資料となっております。当然、在宅療養患者の皆さんが必ずしもお住まいの区、あるいは市町村のほうで訪問診療等を受診してはおりませんので、後ろから2枚目の、5枚目のところにありますような医療資源の流出入など、その区市町村の実情に応じたきめ細かな情報の把握というのが、今後、必要になってくると考えております。

それから、一番最後のほうなんですけれども、こちらは、平成28年度に実施しました都民の意識調査でございます。長期の療養が必要になった場合、自宅で療養を続けたい、そう思う方は32.2%、そのうち、自宅での療養が難しいと考えている方は約5割の54.7%となっております。その難しいと考えている方の理由としまして、一番多いのが、家族に負担をかけるからというようなことで理由を挙げている方が74%、次いで、病状変化時の対応が不安だからという方が44%というような割合となっております。

指標案と、それから別冊資料につきましては、詳細は後ほどごらんいただければと思っております。今後6年間の方向性について、資料5のほうの1枚目、2枚目のほうで、事務局でまとめてはございますけれども、骨子というところで幅広く読み取れるような形でまとめてはございますが、委員の皆様には、さらに盛り込む事項ですとか、今後の方向性などについて、ご議論いただきたく、何とぞよろしく願いいたします。

私からの説明は以上です。

○新田会長 どうもありがとうございました。

それでは、今、事務局から説明を受けましたが、ご意見、ご質問等がありましたら、挙手の上、発言をよろしくお願いたします。

これは骨子（案）になっていますが、ここでよければ（案）が消えるんですか。もうちょっと何かかかるんですか。「在宅療養」骨子（案）は、後の、最後のほうに上げていって、それで（案）がとれるんですか。

○久村課長 資料3-1のほうのスケジュールにございますけれども、基本的には、この後、この骨子（案）をまずご検討いただいて、それを骨子（案）として改定部会に上げてというところの中で、検討が進んでいくというふうな形になります。

○新田会長 ありがとうございます。

○宮崎委員 都民に対する意識啓発といいますか、目標5の在宅療養に関する都民の理解促進というところで、どうしてもこういったところの部分、具体的というよりは、割と、ちょっと漠然とした印象を受けるというのがありまして、私の立場では、やはりそこを、今後、より具体的に目標設計していただけるとありがたいなということを思っています。

その中で、次の資料にもありました都民の意識調査というものとかも含まれてくるようなんですが、ここで長期の療養が必要になった場合というような設問がされていると思うんですが、都民にとって、長期の療養というものの具体的なイメージというのは非常にわかりにくいところかなというふうに思います。アンケート結果にも、約29パーセントの方がわからないというふうにお答えになっていることから、医療職が考える療養の中での長期の療養、短期の療養というものと、一般の都民が考える長期、短期というところのギャップというものも存在しているのではないかなと思っております。そのあたりのことを、より具体的に伝えていただくことが、最終的な暮らしの場における看取りということの普及啓発にもつながっていくのかなというふうに思っております。

そのあたり、もし何か具体的なところがあるようでしたら、教えていただきたいと思っております。

○新田会長 よろしいでしょうか。

○久村課長 ありがとうございます。委員がおっしゃられたとおり、都民の意識調査の自宅での療養が難しいと考えている理由として、家族の負担、病状変化時の対応というふうに挙げましたがけれども、その次の次ぐらいですかね、在宅でどのような医療、どのような介護が受けられるかわからないという、こちらが自宅での療養が難しいと考えられている理由という回答もいただいておりますので、まさに都民目線のほうで、きちんと伝えていかなければいけないのかなというふうに思っております。

保健医療計画のほうにもこういった形で盛り込んでまいりますし、ここでいただいたご議論ですとか、そういったところの中から、今後、具体的な取り組みとしては、東京都の来年度あるいはそれ以降の予算要求の中で、事業化を進めていきたいというふうに考えております。

- 宮崎委員 ありがとうございます。やはり、特に短期の療養と言ってしまうといいのかわからないですが、がんの方の在宅療養のケースなど、都民の方にとっては、急に看取りが重なってくるようなケースとの違いというのが非常に関心事になるかと思えますし、そこを事前にできるだけわかりやすく伝えていただくと非常にいいのかなというふうに思っております。ありがとうございます。
- 新田会長 ありがとうございます。よく医療側の指標はケア・サイクル論とかリソの指標で、病気によって違っていると、よく医療側の指標は使われるんだけど、都民目線から見て、あれがどこまでわかるかって、確かにいいご指摘だなと聞いておりましたけれども。ほかに、ご意見ありますでしょうか。
- 西田委員 目標4の二つ目の丸の、かかりつけ医と在宅医の連携強化という、この言葉がちょっと気になったんですね。かかりつけ医も在宅医療をやりますし、じゃあ、この在宅医って何なのかということがあって、この言葉の使い方をちょっと考え直したほうがいいかなという気がします。
- 久村課長 ありがとうございます。確かに、ちょっとここは骨子ですので、余りにも簡潔に書いてしまったんですけども、例えば、ここの意図としましては、今後、参考資料の中で申し上げましたけど、訪問診療の今後の必要量が1.6倍になるというふうな数字もございますので、今後、在宅のほうに先生方や訪問看護ステーションの方々を含めて、入っていただかねばいけないというところの中で、今、在宅はやっている、訪問診療はやっていらっしゃらないけれども、かかりつけ医の先生に、ご自分の患者さんが在宅に入られたときに訪問診療を引き続いてやってもらえるような取り組みも進めていかなければいけないと思っております。そういったときに、なかなか24時間体制のネックという部分等もございますので、そちらは在宅医といいますか、ある程度在宅を専門的、集中的にやっていらっしゃる方との組み合わせなんかも考えていかなければいけないかなという意味で、こういったかかりつけ医と在宅医の連携強化というふうな表現をさせていただきました。
- 西田委員 いや、そういうことだと多分思っていたんですが、ちょっとこれだと誤解されるかなというきらいがあるので、ちょっと変えていただけると。それこそ在宅医療専門医みたいな形で、在宅医というのを持っていてもいいと思えますし。ちょっと考えてみてください。
- 新田会長 確かに言い方とすると、かかりつけ医がもう在宅医なので、そこは在宅支援診療所とかかりつけ医という言い方ではないですよ、ここではね。意味合いでは。そういう意味で、表現ですよ。表現の仕方をちょっと考えるということにしましょうか。
- 呉屋委員 同じく想定される指標、3ページですが、これは大変興味深い指標、知りたい指標なんですけど、これは一番新しい数字を示していただけるという意味なんですか。どういう意味か、ちょっと解釈しかねたものですから、質問なんですけど。
- 久村課長 こちらの指標ですね、まず、医療計画の中では、現状をまず記載いたしました

て、その後、今度は6年後の目標数値みたいなものを入れ込んでいきたいというのが考え方ではございますが。ただ、こちらのほうの指標ですと、なかなか数字で目標というのは立てづらい部分がございますので、例えば、現行のを参考に見ていただきますと、別途でお配りしております現行保健医療計画の在宅の部分抜き出した、A4縦で左上にホチキスどめをしてある資料の157ページをごらんいただければ、現行のイメージはこういうふうな形で、現在、指標としては、在支診、在支病、それから、包看ステーションと、あと事業的などところで総合支援体制構築事業の実施という、四つを評価指標として選んでおまして、当時の現状を記載させていただいて、ただ、目標は先ほど申し上げましたように、なかなか数値化は難しいので、ふやすというふうな形では書かせていただいているんですけど。こういうイメージで、現状と、それから今後の目標というものを立てていきたいという意味での指標の、今考えられる案を記載させていただいたものです。

○呉屋委員 はい、わかりました。

○新田会長 あれですよ。これは、現状の問題と、あと例えば2025年とか、そういう指標という意識はあるんですけど。例えば、今の現状の、この数字を出すという問題と、さらに東京の何年後かわからないけど、指標と。今、現状をまず分析するということから始めて、将来指標というのは余り考えていないんですけどかね。

○久村課長 目標がその将来指標というところで、基本的には、この保健医療計画の期間のところにはなりますけれども。

○新田会長 ありがとうございます。

なかなかそれも出すのに大変な作業で、難しいというのはわかっています、例えば、今、地域の先生たち、平均年齢も含めて、あと10年後、どこまでやっているかどうかよくわからないところもあるし、そういったことも含めると大変な作業になりますね、これね。ちょっと、その辺も少し練らなきゃいけないなと思いますが、どうでしょうか。

○西田委員 目標1の地域包括ケアシステムのところなんですけど、目標の5とちょっとダブるのかもしれないんですけど、やはり地域包括ケアシステムって何か、何で必要かということ地域住民が全然わかっていない。地区行政もなかなかちょっと危ないところもあるかと思うんです。住民が、まず何も知らないし、その必然性すら感じていないというところがあって、私はそういう地域包括ケアシステムに対する何というんですか、文化の醸成みたいなのがとても大事だと思うので、そういったことも盛り込んでいただけないかなというふうに思いました。

以上です。

○新田会長 なかなか、大変難しい要求でございますが。

○久村課長 ありがとうございます。それで、先ほどから地域医療構想と保健医療計画を一体的にというふうなお話をさせていただいているかと思うんですけども、地域医療

構想の中でも、今後、果たすべき役割というものを第5章に整理しているんですけども、その中では行政、医療機関さんだけではなくて、都民の方も役割を果たしていただくというふうな方向性を打ち出しておりますので、ちょっと先生の今のお話等は、そのあたりと方向性は同じだと思いますので、保健医療計画を書く際には意識をして進めたいと思っています。

○新田会長 私が難しいと思うのは、地域包括ケアシステムとか地域包括というのは、区市町村という問題があるじゃないですか。東京都との関係性で、東京都も、幅広く、どう宣伝するのかという、そこにももちろん在宅のこれが入るわけだけども、そこら辺の組み合わせかなと思って。ひょっとしたら区市町村の責任かもわからないなど、こんなのはね、思ったりもするんですが。区市町村から、きょう誰か来ていますかね。

○大江委員 すみません、江東区の地域ケア推進課でございますけれども、地域包括ケアシステムというものの理解を深める必要性を住民の方に理解してもらうという取り組み自体は、区市町村の特に介護保険、または高齢福祉部門の役割ということで位置づけられていまして、キーワードとしては、規範的統合という言葉は国は使っていますので、当然、住民も理解しなければ、地域包括ケアシステムはなし得ないということで取り組んでいますし、今年度策定をする区市町村の介護保険事業計画の中にも住民の理解促進ということで、その取り組みを記載していくというところになろうかと思えます。

○新田会長 また難しい言葉で、規範的と、我々にとっては常識なんだけど、また難しい言葉で、住民がわかるかという話でございますが。よろしくお願ひします。

○渡辺委員 この二、三週間で、随分、遠隔診療ということが話題になって、キーワードで。看取りのときにも、医者が遠隔診療で看取りを認めて、ナースが代筆をして死亡診断書を書けるというようなことになりつつある、たった今でさえ。これが、これから6年間の保健医療計画をつくるわけですから相当いろんなことが出てくる、問題点も出てくると思うんですね。ですから、この骨子案のところにも、このICTを活用したという、その目標2のところにもありますが、その下が看取りということにもなっているので、このICTを活用した情報共有、そして遠隔診療という言葉も入れておいたほうが、これは相当広がっていくと思うんですね。どうでしょう。

○新田会長 いかがでしょうか。

○久村課長 ありがとうございます。前回の保健医療計画の改定部会するとき、地域の多職種連携のICTを活用した情報共有だけではなくて、病院、病院医科の病病連携、病診連携というところのネットワークも含めて、今後、どのように展開していくのかなみたいなお話をいただいたかと思えますけども、そちらと合わせまして、この遠隔医療というものをどういうふうに位置づけていくのか、そのときも、ここの在宅の部分で書くべきものなのか、あるいは医療情報みたいところで記載するのかなんかも検討させていただきたいというふうなお話をさせていただいたかと思えますけども、そのあたりも含めて整理させていただきたいと思えます。

○新田会長 ありがとうございます。今の話は、とても重要な話で、恐らく去年、日本医師会と日本看護協会が看護師における死亡確認という話ですよ、先生。そこまでを看護師がやって、そしてさらにその後、医師が死亡診断書を書くということにも、ひょっとしたらなってくるかなという話を先生は言われたと思いますが、それを例えば医者が遠くにと考えた話ですよ。

○渡辺委員 我々が代筆をしてもらって、我々の名前で書くので、中には相当危ない事例が来ると思うんですね。ナースが看取りの現場にいるわけで、何か締めたような後があったり、なかったりするとか、それに対して我々が責任を負うというのは、やはりかなりきっちりと決めていかなければいけない。

だから、遠隔診療については、これから我々にとっても非常に大きな課題であると考えていますので、どこかに入れていただければ助かるなと思います。

○新田会長 ここで入れるかどうかという話ですね。

○久村課長 そうですね、どこで書くかというのと、どこまでというのも含めて整理させていただきます。

○新田会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○秋山委員 目標の3なんですけれども、これはまず入院ありきの状態で、入院した人が退院するときの移行支援というか、それを速やかに、円滑にということなんですけれども、もともと在宅にいた方が日常の療養支援の中で、外来診療から訪問診療というのか、在宅を本当に中心とした診療というかチームが変わっていく、そこも円滑にということ、外来の方も在宅なんですよ。

だから、日常の療養支援の中からの移行支援というのが、実はこれからとても大事で、特にがんの方なんかは入退院ではなくて、外来のところからつながってくるケースも結構ありますし、それから高齢者の方で長期療養を家族がずっとやっていたけれども、いよいよこれは専門チームが入って在宅療養に移行するというか、そういうこともあるので、この入院を中心としたのは主流ではあるけれども、日常の療養支援の中での在宅医療の活用とか、そういうような文言というのは入らないのかというのが一つです。

それと、もう一つは、指標のところなんですけど、8番の退院調整部門の設置状況というのは、設置しただけではちょっと、意味がないというのは言い過ぎかもしれませんが、この辺ではレセプトデータがちゃんと活用ができれば、加算をきちんと算定し、そしてその数がどのくらいあって、具体的に調整が行われているかという事実というか、そういうことのデータがちゃんと出てきてもしかるべきだと思うので、本来だったら医療機関側の退院調整加算の申請状況・出来高についての実績、それから介護保険側も調整に出たケアマネジャーの実績等も含めて、設置はしているけど動いていないということではなくて、具体的に動いているという実態がわかるような指標の上げ方というのはあるのではないのかなと思います。

○新田会長 ありがとうございます。二つ質問がありました。二つ目の問題からいうと、清水先生、レセプトデータからという話が出ましたけど、先生、その辺が詳しいようなので。

○清水委員 私、保険担当をずっとやっていますが、その辺のことは、病院や診療所のことはわかるんですが、データを拾ってくる操作は、個人情報ではありませんが、メガデータになりますから問題ないですが、どういうふうにどこから持ってくるかというのは非常に問題があって、簡単に例えば日本医師会や行政と連携して、使用目的が決まっていて、それ以外には使わないというような格好ですればいいんですが、なかなか今のところ使いにくいところがあります。

私、たまたま日本臨床内科医会の役員をやって、1万5,000人会員がいます、そこで、やりましょうということで、内部的にはできるんですが、その情報は、エッセンスだけは外に出せます。そういう意味で、どこへアプローチしてどういうふうにデータをとってくるかって非常に難しいところがあります。

もう一つはデータの解析の段階で、今、かかりつけ医のデータ解析をやっているんですが、やはり熱心な方が回答してきます。回答率が50%以上を超えませんか、内容は非常に恣意的な、偏った内容になってしまうということもあります。

まず、ざっくりと取ってくるというのが必要ですから、そうすると、そのデータを区市町村でいくのか、高齢者でしたら広域連合のようなシステムだと思います。

現状把握のためにデータをとりたいのは非常にわかりますし、それに対してのアプローチは、まずどの段階、どこへ行くか、それは行政が一番よくご存じだと思いますので、その辺のデータの取り扱いはどういうふうに考えていらっしゃるのか。まず、行政の方のご意見聞きたいと思います。

○新田会長 よろしくお願ひします。

○久村課長 やはり、ある程度、在宅の分野においても、きちんとレセプトデータを整理して、きめ細かく見ていかなければいけないのかなというのは考えておられて、ある程度、地域構想の中でもそういったデータというのは提供されている部分もございますので、そういったあたりを整理していきながら、今のお話を考えていきたいというふうに考えております。

我々のほうも、今、指標案としてはそういう出し方をしていますけれども、例えば、まず退院支援を受けた患者さん、あるいは退院時共同指導を受けた患者さんみたいな形のアプローチもあるんじゃないかという議論もしておりますので、どこまでこの計画の指標としてというところもあるかと思いますが、ただ、実際に在宅の取り組みを進めていくにあたっては、そういったきめ細かなデータも踏まえて取り組みを進めていかなければいけないとは考えております。

○新田会長 どうぞ、山口先生。

○山口委員 病院に関しては、DPCで退院支援加算1と2ということで、データとして

はとりやすいと思うんですね。DPCのデータというのは、指標としては非常に使いやすいのではないかなというように思っていますけども。

○新田会長 貴重な意見、ありがとうございます。

そして、もう一つ目の話ですよ。

○久村課長 1番目の話は、一つは、そちらは目標2のほうの地域における在宅療養体制の充実の中に入るといふふうに考えておきまして、今、区市町村さんのほうで医療と介護、在宅と介護の連携の支援を行っていただく在宅療養支援窓口の設置の促進に取り組んでいただいているところもありますので、そういったところが一つ、機になって取り組みが進んでいくのかなというふうには思っております。

ただ、秋山委員がおっしゃったのは、多分、目標3のほうで、円滑な移行というところが出てくると、そちらのカテゴリーというふうな捉え方、整理もあるんじゃないかというふうなことだと思いますので、どこに書くかというのはありますけれども、今後、まさに外来の部分というのも一つクローズアップされてくると思いますので、骨子案あるいは今後の本文の記載の際にあたって、きめ細かく考えていきたいと思っております。

○新田会長 恐らく、ご経験あると思いますが、最近、入院もしないで外来から、確かにそのまま在宅で、そのまま最期までという方も結構ふえていますよね。ということも現実だろうと思いますから、その辺も配慮しながら、よろしく願いいたします。

どうぞ。

○秋山委員 あわせて、介護保険のほうのレセプトデータというのか、それは毎月、介護のサービス料ということで、データが普通にレセプトの集計で上がってきますよね。そうすると、例えばそこまで細かく出るかどうかは伺わないとわからないんですけど、初回の加算をとった人とか、退院時にきちんとケアマネが行ったケースとかで、加算がついているかどうかでコードでみんなわかるわけだから、そういうのというのは、別に個人情報ではなくて、メガデータというか、ビッグデータとしては、拾って、毎月、自動的に上がってきているんじゃないかなと、私はちょっと思うんですけど、それはどうなんでしょうか。医療の面というよりも、介護側から見える医療との連携の中でのデータです。

○新田会長 どうでしょうか。どうぞ。

○山口課長 仕組みとしては、数字は上がっていると思うので、審査支払機関である国保連のほうのデータベースには蓄積されていると思うんですね。それをどういうふうに取り出せるかというのは、今は把握できていないので、ここではお答えは差し控えさせていただきますが、貴重なご意見だと思いますので検討したいと思っております。

○新田会長 市町村の介護保険データはすごいものがありますよね。だから、取り出そうと思えば、市町村がきちっとすれば、できない話ではないだろうなと思っておりますけど、そこはね。

どうぞ。

○山本（秀）委員 東京都歯科医師会の山本でございます。これはほかの会議でも、私、お話をしたんですが、資料の5の別冊で、在宅医療が9万から大体19万7,000になるというふうな話で、ここにつきましても、例えば歯科診療についても、やはり同じようにレセプトデータから、訪問診療がどれくらい行われているかという数字が欲しいというふうにお伺いをしたことがあるかと思うんですが、これも確かに支払基金、それから国保連合会あるいは広域連合、こういったところに数字として、例えば訪問歯科診療の1、2、3というふうな区分がございますので、それだけを取り出していただいて積み上げていただければ、推計数字が出るというふうに思いますので、その辺、よろしく願いできればと思います。

○新田会長 わかりました。

○久村課長 ありがとうございます。その辺の国保になりますと、やっぱり区市町村さんが保険者でございますし、後期高齢のお話もありますので、区市町村さんとも連携しながらというところになります。それと、そういう意味で、先ほどの秋山先生のお話もありましたけど、区市町村さんの中では医療のレセプトと介護のレセプトのひもつきみたいなものやっけていきたいというふうに、今、考えていらっしゃるような区市町村さんもいらっしゃると思いますので、そういった取り組みと、あるいは東京都も、例えば国のほうに、きょうもレセプトデータあるいはいろんなきめ細かなデータを各区市町村別に提供いただけるようにと、たまたま、きょう、国のほうにも話に行ったところでもございますので、やはりきちんと、データというのは今後の展開を考えるには大事でございますので、意識して取り組みます。

○山口委員 私のある病院のところは、板橋区と豊島区ですが、それぞれの区の医師会に在宅療養相談センターのようなどころがありまして、そこに相談して在宅療養の進め方を決めるということをやっているようです。

各区の医師会の活動も、やはり記録として残したほうがいいのではないかなという気がします。

○新田会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○高松委員 東京都薬剤師会の高松です。在宅療養の骨子案の3ページ目の、想定される指標なんですが、やはりこれを見ても、今の時点ではしようがないのかもしれませんが、物の評価になっている部分が多いのかなと思います。

やっぱり、これから進めるにあたっては、人にどういったサービスを提供していたかというほうの指標を今後、考えていただけたらうれしいなと思います。

それから、質問なんですが、1ページ目の目標2の地域における在宅療養体制の充実の一番下のところで、医療的ケアを必要とする小児等の在宅療養患者云々とあるんですが、これが別紙の平成29年度在宅療養推進に向けた都の取組の中の左側の真ん中の、小児等在宅医療推進事業、これにあたるかと考えてよろしいのでしょうか。

○久村課長 はい。この取り組みもきっかけにということで、充実していきたいというところがございますので、そのとおりです。

○高松委員 それから、右側に書いてある小児等在宅医療に対する取組の小児等在宅医療推進部会なのですが、これ前期までは在宅医療の検討部会でしたよね。ここのメンバーは、もう確定になっているんですか。

○新田会長 どうぞ。

○久村課長 まず、検討部会から推進部会というのは、前回の在宅医療会議のほうでご報告させていただいた内容でございます、メンバーはこれから調整してご相談に上がりたいというふうには考えておりますが、ただ、実際、すぐにでも始めて7月あるいは8月には、部会を立ち上げたいというふうに考えております。

○高松委員 お願いなのですが、検討部会の際に、薬剤師はたしか入っていなかったと思うんですね。推進部会になりますときには、やっぱり在宅の小児のところは薬剤師も結構かわることが多いので、それをご検討いただければと思います。

以上です。

○新田会長 ありがとうございます。

どうぞ。

○山口委員 最初の目標1のところ、「誰もが、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを続ける」というところですけども、こういう形で在宅をまちの中でやっていくということは、新しいまちをつくっていくことと同じではないでしょうか。今あるものに在宅を当てはめるんじゃなくて、在宅が入ることによって、新しいまちになるというような考え方も必要になってくるのかなと思います。

実際に病院がかなり積極的にまちづくりに貢献しようというような病院も出てきますので、今あるものに在宅が加わるのではなくて、在宅が入ることによって新しいまちづくりになるんだという考え方もあっていいのではないのでしょうか。

○新田会長 まさに、これからの在宅というのは、まちづくりがこの中に基本となるだろうというふうに思っていますが、そこには、もちろん病院も含めて入ってくるんだろうと思いますので、よろしくお願いします。

どうぞ。

○清水委員 今、ちょうど1のところへ来たんで、目標1、地域包括ケアシステムを支える在宅療養は、おかしくないですか。在宅療養を支える地域包括ケアシステムの推進じゃないですか。

これ、言葉として、地域包括ケアシステムはやっぱり頭に持ってきてきたいですけど、地域包括ケアシステムを支えるはおかしくて、地域包括ケアシステムというのは、それぞれあって、個別にはあるわけですけど、それを、システムを在宅療養が支えるんじゃなくて、在宅医療は在宅の療養者を支えるわけなんで、その辺の論旨というんですか、ロジックを、頭ですから、ぼんと地域包括ケアシステムを持ってきたいのはわかるんです

けれど、やっぱり「在宅療養を支える地域包括ケアシステムの推進」じゃないんでしょうかね。その辺どうです、この意味合いとして。

○新田会長 これ、恐らく厚労省文書はこのままだよね、そんな感じするんだけど、どうぞ。

○久村課長 そうですね、やはり地域包括ケアシステムは五つの要素、住まい、医療、介護、それから生活支援と予防、そのうちの在宅療養一つは、医療・介護の連携の部分に取り組んでいるわけではございますけども、先ほど来の話も含めて、当然、住まいも含めた地域包括ケアシステム全般にかかってくる話でございますので、そういった意味で支えるといえますか、地域包括ケアシステムにおける在宅療養というふうな意味合いで、結構、一般的にも、国のほうもたしか、こういう使い方をしていると思いましたので、使っているところでございます。

○清水委員 もう一つよろしいですか。実は、地域包括ケアシステムをできないところが全国にたくさんありまして、とにかく在宅療養者、あるいはそういった病院からの退院者を支えるためのシステムをつくろうということなんです。

ですから、地域包括ケアシステムの図として、受け皿があって、その上にポットがあって、土があって、花が咲くという形なんですけど、東京都は多分可能です。ただ、数年先まで見たときに、これは確かに行政としてはシステムづくりは良いですが、これが区市町村に実際おけるわけですから、保健医療計画と一緒に場合は、東京都が一生懸命つくっていただいて、地域におろしたとすれば、在宅療養を推進するのは、イメージとして、共有化するのが良いと思います。

地域包括ケアシステムという形を支えるために在宅療養を推進するというのではないと思うんですね、気持ちとしては。

国が提唱していることと、地域におりてきて、それなりに考えてみると、言葉の使い方がちょっと違うと思います。そういう意味で地域包括ケアシステムを支える在宅療養というよりは、在宅療養を支えるための地域包括ケアシステムなんだろうということなんです。その辺のところを逆に言えば、まだまだ理解されていないところが非常に多いので、その辺の理解のないところに、言葉が来てしまうと、一般の方もわかりにくいということがありますので、このシステムというのは、在宅療養者あるいは病院から退院する方、地域の方を支えるためにあるということで、システムを支えるというよりは、システムがあって療養者を支えるというイメージです。

○新田会長 むしろ、だから逆に在宅療養を支え地域包括システムは、またおかしな文章ですね、それは。

はい、どうぞ。

○呉屋委員 いや、おっしゃることもよくわかりました、清水先生。そして、一方、このシステムも重要だという視点もあるとすると、「を」を「が」に変えると、地域包括ケアシステムが支える在宅療養という意味だと、また完全に意味が一致はしませんが、両

方とも大事だし、在宅療養はその中心だという意味では、そのほうが言葉としては成り立つかなというふうに思いました。

○新田会長 ありがとうございます。これも貴重な意見ですね。

はい、どうぞ。

○清水委員 わずか1字ですけど、全く視点が変わりますよね。もし、この「を」を「が」に変えていただければ、地域包括ケアシステムというものがあって、それを支える在宅療養、そうすると、今度、在宅療養の推進が、在宅療養を推進するための地域包括ケアシステムということで、僕はやっぱりもし「が」に変われば、全然違う世界になると思うんですよ。その辺の、皆さんは「を」でいいよと言えばそれでいいんですけど、やっぱり30年開業して地域を見ながら、介護保険の18年、それを見ながら、かつ措置から契約に入って、ずっと流れの中で見て、地域で亡くなる方、さらに行政の方、いろんな方と話をしてみると、どうもやっぱりシステム論がずっと十数年来ていたんです。結局、それは時代の変化に間に合わないんですよ。

そういう意味では、今は地域包括ケアシステム一辺倒にはなってきたんですけど、それを中心に進めていく中に、いろんな要素があるということなんで、目標の1に関しては、今、呉屋先生おっしゃったことが、僕の気持ちとしては落としどころで、結果的にそうなるかならないかは別なんですけど、気持ちとしてはシステムじゃなくて、とにかく要介護の人がいて、それを支えるために何をするか、それがたまたま地域包括ケアシステムなんだよということだと思います。

ですから、意味合いだけわかっていたら、僕としては本当に満足で、余りシステム論でずっと行ってしまうと、形だけつくればいいのかと、そうするとやっぱり仏つくて魂入れずということがよくあるんで、そこを危惧したというところなんです。

以上です、すみません。

○新田会長 ありがとうございます。僕なんかずっと、共生社会を支える在宅療養と聞いていたんですけどね、何かというと地域包括はよくわからないと言うじゃない。どういう社会かということ、共生社会と今、新しく出ているじゃないですか。その中に在宅療養と、言葉を言い始めたら切りがない話でございますので。

どうぞ。

○西田委員 今、ちょうど新田先生が出された話なんですけども、最近、国のほうの話だと、大体、地域包括ケアシステムとなると地域共生社会の話が出てきて、我が事・丸ごとというのは必ずくっついてきますよね。それがいいか悪いかはまた別として、都のほうにはそこら辺のことが入っていないのは、なぜなのかなというのは、私、お聞きしたかったんです、というのは一つと。

ちょっと話が戻りますけども、もし国保データベースを使えるのであれば、例えば想定される指標のところをもうちょっと、さっきどなたか言われたような、数の問題じゃなくて機能の分析というか、その一つとして、よく言うんですけども、やっぱり在宅死

亡率じゃなくて在宅看取り率を、死亡診断書のほうからなかなかとれないので、国保データを使えば絶対それはわかるじゃないですか。そういったことまで何とかやられたら、非常にいいんじゃないかなというふうに思いまして、その2点。ごめんなさい。

○新田会長 ありがとうございます。どうでしょうか。なかなか難しい答えになると思うんだけど。

○久村課長 まず、2番目のほうは、そのあたりを含めて、例えばこれまでの指標も単なる診療所の数ではわからなくてと、例えば訪問診療の実施件数まで見ていかないとわからないというところもございましたので、そういう整理をさせていただいているんですけども、どこまで細かく見ていくかということも含めてですね。

先ほど、お話がありましたけど、最終的には在宅療養の指標は患者さんの満足度というところに、最終的にはなるとお思いますので、そのあたりも、それこそ難しい指標ですけども、意識しながら考えていきたいなというふうなところでございます。

それから、地域包括ケアシステムのところにつきましては、今、いろいろご意見をいただきましたので、会長とご相談させていただいて、ただ、すみません、在宅療養は、例えば二つ目の丸のところをごらんいただきますと、在宅療養の実施主体は区市町村みたいな、ちょっと事業的な使い方をしているところもありますので、例えば地域包括ケアシステムを医療介護が支えるみたいなのも含めて、こういう書きぶりになっていたんですけども、多分、清水先生のお話は在宅療養の患者さんのところの視点というふうな形でいくとおかしいよねというご指摘だと思われましたので、そのあたりも含めて、あるいは共生のお話も含めて、会長とご相談させていただきます。

○新田会長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。20分の予定が1時間かかりました。結構でございますが、何かご意見ありますでしょうか。

もしよければ、本当に貴重なご意見でございますが、後ほど、また遠慮なくご意見をいただくとして、それで、このご意見というのを、私と事務局で確認して、最終的な取りまとめをさせていただきますが、よろしいでしょうか。

(「はい」の声あり)

○新田会長 ありがとうございます。また、後ほど、時間があれば戻った議論もあると思いますので、次へ、まず行きたいと思います。

本日、二つ目の議事に移りたいと思います。

「地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療に関する検討委員会」の検討状況についてということで、事務局、よろしく願いいたします。

○八木課長 救急災害医療課長の八木でございます。私から、資料6-1をごらんいただきまして、地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療について、現在、検討を進めておりますので、その中間の報告をさせていただきます。

こちら、数値はございませんけれども、都内の救急搬送患者、後ほど出てきますけども、今、67万人というような状況となっております。このうち、約半分の33万人が

65歳以上の高齢者で、この数というのは、今後さらに増加していくというようなことが予想されております。そこで、高齢者の救急について検討を進めるという趣旨で、この検討会を設置しております。

検討の対象でございます。こちら、26年度にワンウィークの調査をした際の、高齢者の搬送もとの状況でございます。帯がございますけれども、右側から見ていただきますと、医療施設から病院に運ばれた患者が約9%、高齢者施設から運ばれた患者が約7%、そのほかの患者につきましては、網かけがございますけれども、自宅・外出先からの搬送となっております。この中で、在宅療養患者の方が5%ございました。

この検討会自体は、在宅療養患者に特化したものではございませんで、帯の下にございますとおり、傷病で通院していて、かつ、介護サービスを受けていたり、または通院だけ、または介護サービスだけ受けている患者、また、そういったサービスをともに受けていない高齢者、いわゆる元気高齢者等、さまざまな主体が含まれるところでございますけれども、在宅療養患者につきましては、こちら中段にございますけれども、在宅療養の取組との整合性を図りつつ、また、関係者にご協力をいただきたく考えておりました。在宅療養推進会議との問題意識の共有、現状確認、相互に施策を検討していきたいと、そういった趣旨で検討会を設置して体制をつくっているところでございます。

検討スケジュールにつきましては、冒頭、保健医療計画の流れがございましたけれども、その救急版の部分の検討となっております。救急医療対策協議会のもとに検討委員会を設置してございまして、現在3回、今週の月曜日が7月3日、3回目となっております。この後、救急医療対策協議会のほうに報告をして、その上で、保健医療計画の策定部会につなげていくという、そういったスケジュールとなっております。

1枚おめくりいただきまして、資料6-2、右肩にございます。この検討委員会のメンバーでございます。左側をごらんいただきまして、学識経験者、医療を受ける側、医療機関代表、関係団体、行政機関と構成されております。

救急の会議ではございますけれども、在宅療養患者を含めた対策を検討するというところで、新田先生ですとか阿部先生、小島先生等、また、医師会の在宅の先生にも入っていただいて検討を進めているところでございます。

右側に移っていただいて、表題、今後のスケジュールとなっておりますけれども、3回目まで終わったというところで網かけをしております。1回目につきましては、検討事項にございますとおり、高齢者を取り巻く救急医療の現状等について確認をしております。こちら、抜粋ではございますけれども、後ほど数値をお示ししたいと思います。

3番目、7月3日、網かけのところですが、中間のまとめをしているところでございます。この資料についても、この後、説明をいたします。

1枚おめくりいただきまして、資料6-3になります。こちらが、1回目で示した高

高齢者を取り巻く救急搬送の現状の本当の抜粋になります。左上をごらんいただきまして、救急搬送件数の推移であります。棒グラフが搬送人員になっておりまして、平成18年は62万人でございましたが、平成27年は67万人と約5万人ふえているという状況です。内数で見えますと、高齢者以外は減少しているんですけども、高齢者は増加していると。したがって、高齢者割合、折れ線グラフで記載しておりますけれども、49.9%、28年度には50%を超えているという状況でございます。

その下、こういった高齢者の初診時傷病程度ということで、入院が必要あるのか、ないのか、また、重症、重篤になっているのかどうかという数値を左下に示しております。表頭をごらんいただきますと、高齢者と高齢者以外というふうなことで並べております。比較しながら見ていただきますと、軽症者の数におきましては、高齢者は軽症者割合が、その他の年代と比べて低い状態となっております。逆に裏表でございますけれども、中等症以上の患者は、高齢者は多くなっているというような状況でございます。

ですので、重たい患者が多いので円滑に救急医療につなげる必要がある一方、軽症者につきましては、救急車の適正利用等が求められているという、そういった状況だというふうにご覧しております。

右側をごらんいただきまして、もう少しワンウィークの調査で判明した搬送の状況でございます。高齢者の救急搬送時間でございますけれども、表にございます、全体が合計のところ、幾つか数字が並んでおりますけれども、全体の合計が50.2分、65歳未満の搬送時間を見ますと、49.1分、65歳以上の合計の搬送時間を見ますと51.2分ということで、高齢者のほうが2分ぐらい搬送時間が長くなっているという状況です。

搬送時間の二つ目の丸なんですけれども、特に現場滞在時間、現場滞在時間と申しますと、救急隊が現場に到着して患者に接触してから病院選定をして、搬送の準備をして、出発する、そこまでの時間になります。こちらの時間が長くなっていると。救急隊のほうに聞きますと、やはり傷病者の情報の収集等に時間がかかるというようなことが言われております。

二つ目のブロック、かかりつけ医療機関への連絡状況となります。こちらもワンウィークの調査同様なんですけれども、合計をごらんいただきますと、4,866人が、かかりつけを持っていたと。その際、家族でしたり支援者が、かかりつけ医に連絡したのが1,097件ということで約22%、こちら、かかりつけの医療機関に連絡をしますと、先ほどの平均搬送時間が連絡をしない場合に比べて1.4分短いと、円滑な搬送につながるという、そういった結果も出てございます。

一番下、右下になりますけれども、こちらが各区市町村が高齢者の搬送の情報、かかりつけの状況、服薬の状況、持病、キーパーソン等をまとめて、円滑な情報の伝達のために使っております救急医療情報キットの活用状況でございますけれども、こちらは搬送されたうちの4.2%と、全ての区市町村で、この救急医療情報キットというのは、配

布はされているんですけども、実際に救急の現場で使われているのは4.2%というように、まだ不十分な活用の状況になっているということがわかっております。

この活用がある場合には、病着から医師引継までの時間が、ない場合に比べて短いと、病院で紙を渡せば、そのほうが、メモをとったり、口頭伝達等の時間が短縮できると、そういったことにつながっているのではないかというふうに考えられております。

A3のペーパーをごらんください。右肩資料6-4になっております。取り巻く状況は、先ほどお話ししたとおりでございます。第2の高齢者の救急医療に関する現状・課題をまとめておまして、第3、右側に施策の方向性等をまとめております。

現状・課題につきましては、患者の流れといましようか、状態から見て、具合が悪くなったときと救急医療を受けるときと、救急医療を受けた後と、時系列でまとめております。施策の方向性もそれに対応する形で、今後の検討の方向性として、まとめております。

まず、具合が悪くなったときでございますけども、上二つにつきましては、先ほどご説明した内容となっております。こういった状況の中で、どうしたら高齢者の情報伝達を含めた搬送が円滑にいくかというような話の中で、三つ目の丸でございますけども、具合が悪くなったときに、症状に応じた迅速・適切な医療につなげられるよう、ケアマネジャーや介護福祉士などの支援を受けられる体制の整備が必要であること。

また、そもそも医療を受けていない高齢者であっても、急な搬送につながらないように、疾病の予防に取り組むことが必要であるということ。また、救急情報キットにつきましては、活用されていない原因としまして、ここの区分の一番下でございますけども、患者の情報がなかなか更新されていないと、そういった状況があるので、搬送の現場では活用されていないのではないかと、そういったご意見をいただいております。

二つ目、救急医療を受けるときということで、こちら、救急医療の受け皿の問題となっております。在宅療養患者につきましては、二つ目の丸でありますけども、従来から、日ごろの日常生活の中から、かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー等の支援が受けられている状況にあるというふうに考えられますので、そういった関係者の連携、また入院医療機関の確保等の中で必要なときに、身近な医療機関に搬送されることが必要ではないかということ。また、在宅療養患者以外におきましても、ここも二つに分けているところでありますけれども、必ずしも重装備な入院が必要でない患者につきましては、サブアキュートの患者を円滑に受け入れていく医療機関の確保。また、ふだんは元気だけれども、突発・不測な傷病者につきましては、地域のハブ機能を担う病院で一たん受け入れた後に、ポストアキュートの医療機関につなげていくことで、円滑な受け入れができるのではないかと、そういったご意見をいただいております。

左下でございます。こちらは救急医療を受けた後になります。高齢者の患者につきましては、ケース・バイ・ケースだとは思いますが、認知症や独居の場合には、移行に時間がかかって入院期間が短くなるというようなこと、こういった状況を改善す

るためには、医療機関と地域の医療介護者等で情報を共有する、連携を強化するというようなことが必要であるというようなことを、ご意見としていただいております。

これに対する施策の方向性でございますけれども、具合が悪くなったときにつきましては、保健・医療・介護が連携し、迅速・適切な救急医療の受診を支援するという方向性でまとめております。

こちら、冒頭、説明しましたとおり、それぞれ対象者、医療介護サービスを受けていない、いわゆる元気高齢者の区分、また、通院または介護サービスを受けている高齢者の区分、在宅療養患者の区分ということで、三つに分けて考えております。

一つ目の区分と二つ目の区分は重なる部分が多いんですけども、まず一つの視点としては、具合が悪くなったときに救急対応の相談窓口、救急車を呼ぶべきかどうか迷った際に連絡する＃7119でしたり、また、医療機関案内サービス、ひまわりですね、こちらの使用方法等についての理解を進めるために、医師会や区市町村と連携をして普及啓発に努めることが必要ではないかということ。

また、先ほどお話ししました救急情報キットにつきましては、使用ができれば有効なんだというふうなことを考えているんですけども、現在、なかなか更新ができていないこともありまして、活用が進んでいない状況がございますので、こちらも区市町村と連携しまして、普及率の向上や、使用できるように情報の適時更新を進める区市町村を、都としては支援していきたいというようなことをまとめております。

通院または介護サービスを受けている高齢者、取り組みの内容としては、同じ内容でございますけれども、日ごろの生活の中にかかわっている医療・介護関係者、かかりつけだったり、訪問看護でしたり、ケアマネジャーの方々の支援を受けられる体制をつくっていくというようなことが挙げられております。

最後、在宅療養患者につきましては、従来の日ごろの連携の中で、高齢者の急変・病状変化時における医療・介護関係者の対応力の向上、これまでもさまざま取り組みされているかと思っておりますけれども、そういった取り組みの評価をした上で、さらに強化をしていく必要があるのではないかとのご意見をいただいております。

また、患者を受けるにあたっては、キーパーソンがどういう方なのか、日ごろどういう生活をしているのか、どこまでの治療を望むのか、そういった情報が必要になってきますので、現在、在宅のほうで進めているICTを活用した情報共有・多職種連携、これに病院側も入っていくと、そういった方向で検討を進めるべきではないかと、そういったご意見をいただいております。

受入体制の強化でございますけれども、こちらにつきましては、在宅療養患者につきましては、現在も進めております後方支援病床の確保、また、医療機関が所有する病院救急車を活用した搬送事業、こういったものをさらに進めていく必要があるということ。

また、病院のほうにおきましては、現在も指定二次救急医療機関でかなりの患者を受けているところでございますけれども、そこがさらに積極的な受け入れをできるための支

援。また、指定二次救以外の告示医療機関についても、何らかの役割を担ってもらうことができないか、そういったような方向で検討を進めていきたいと考えております。

最後、右下になりますけども、救急医療を受けた後につきましては、在宅療養生活への円滑な移行促進するための取り組みとしまして、先ほども骨子の中で話が出ておりましたけども、現在、作成、活用しております退院支援マニュアルのさらなる活用、それを活用した研修内容を充実させていくこと。

また、区市町村をまたがる地域を超えた医療機関に入った患者につきましては、広域的な連携を推進していく必要があると、こういったことで現在、方向性をまとめていただいて、この後、年度の後半にかけて、この方向性に沿った形で具体的な案を検討していきたいと。

ここに書いてあることは、すごく幅広くて、全てが来年度できるものではないというふうに認識しておりますので、保健医療計画に記載をして、今後の6年間の取り組みの指針としていきたいというふうに考えております。

説明は以上になります。

○新田会長 ありがとうございます。

今、事務局から説明いただきましたが、何かご質問、ご意見等ありましたら、よろしく。

はい、どうぞ。

○秋山委員 資料の6-3の、下の初診時程度別搬送人員で、平成27年度のデータをおまとめいただいているんですが、死亡の人数が高齢者の場合4,475人で、全体の1.3%なんですけれども、重篤と死亡のこのあたりが、一体どこから運ばれてきている人なのかというあたりまでの解析というのは済んでいるんでしょうか。

○八木課長 それは、データとしてはあるんですけど、今、手元にないもので、申しわけございません。今すぐお答えができません。

○新田会長 どうぞ。

○秋山委員 なぜ伺ったかというところから死亡確認に近い状態で搬送され、救急搬送されている例というのがかなり多いというのは見聞きしておまして、それが高齢者被害ではなくて、高齢者の場合に、それが全部とは言いませんけれど、やはりそういうことも、できたら暮らしの中で看取ることができた人も救急搬送されて死亡確認されているんじゃないのかなと。とても、それは残念なことなので、その辺も出していただき、改善の余地があるのではないのかなというふうに考えます。

○新田会長 ありがとうございます。

○八木課長 貴重なご意見、ありがとうございます。そういう視点でも、分析のほうを進めていきたいと思っております。また、看取り等も推進につきましては、こちらの会議、施策とも連携しながら救急のほうでも意識して進めていきたいと思っております。

ありがとうございます。

○新田会長 救急の中の討議の中で、施設系は別の討議にしていますよね。だから、出てこなかったんだね、数値がね。

○八木課長 そうですね、資料6-1をごらんいただきまして、高齢者施設等からの搬送につきましては、別の委員会で検討のほうをしているところであります。

こちらの視点としましては、高齢者施設から円滑に情報が救急隊、また病院につながるように、こういった取り組み、こういった準備が必要かという、そういった視点で進めるつもりでおります。

看取りにつきましては、高齢者施設で看取りを進められる環境を整備するとか、そういったことにつきましては、我々救急のほうではアンケートの対象外となっておりますので、在宅のほうの仕組みと連携していきたいと考えております。

○新田会長 ありがとうございます。恐らく、今の秋山先生の意見は、在宅における重度死亡者の搬送に対して、きちっと在宅で診られる方法という、そういう意見につながるんだろうと思いますので、その辺の統計的な問題ですよ。分け方をよろしくということでございます。

はい、どうぞ。

○呉屋委員 全く今の話とかぶる質問なんです。私の理解が足りないのかもしれないんですけど、地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療に関する検討ということの本当の目的は、私、今の秋山委員のおっしゃったことに集約されるのかと思っていて、そこがフォーカスポイントだと思ったんですけど、これを見てもみると、ポイントが曖昧に見えるんですが、この検討はどこがターゲットですかねというのが、私の質問です。

○八木課長 こちらの検討の対象につきましては、資料6-1にある、自宅または外出先で救急要請があって、そこから搬送された患者ということになっております。

こちらの救急のほうの視点では、軽症者が搬送されているケースがございますので、そちらについては、より事前の#7119とか、救急車を呼ぶべきかどうか迷った際、そういったサービスを利用させていただくという方法も情報提供しながら、一方で高齢者については中等症以上の患者が多くて、これらの患者については逆に早期に救急要請、また救急要請をし、情報伝達が速やかにいって、短い時間で身近な医療機関のほうに搬送されると、そういったところを目的として考えております。

○新田会長 どうぞ。

○呉屋委員 随分、対応の仕方として幅が広過ぎて絞り切れないのかなと思いました。まだ議論の途中だと思いますが、例えば左側のコラム、中間のまとめですね。左側のコラム、救急医療を受けるときに、救急医療を受けるときの②というもののの中で、「日常的な連携の中で支援され」というような記載があるのですが、救急に際して、この地域の持っている既存のかかりつけ医や訪問看護師、ケアマネ等の情報をどのように確認しながら、どのようにそういう既存の連携チームを利用していくのが重要だと思います。

救急にあたっては、実際にそういう日常をサポートしている、そういった組織から切

り離された形で、救急が動いているのが現状かと思っ懸念しています。情報収集の努力が二重になっていたり、逆に不十分であったりして無駄が対応がされているというふうに感じます。うまく利用して掘り出せば、例えばそれこそ救急で搬送されたけれども、在宅での治療の意図、例えば無駄な蘇生はしませんというような情報が的確に伝われば、救急医療としても、より無駄が省けて患者さんの意思を尊重した介護ができるというふうに思うんですけど、どうやって掘り出そうとしているかということ伺いたい。

- 八木課長 その患者の希望に応じた、積極的な延命治療を望むかどうか、そういったことにつきましては、区市町村等の救急医療のあり方、119番を呼べば救命前提で高度な医療機関に運ばれて、やるべきことはすると、そういった治療を受けたいのか、または在宅で必要な治療を受けながら最期を迎えたいのか、そういったことの普及啓発というのを進めていきたいというふうに考えてございます。

その一つのツールとして、そういったことを話し合う場の機会にしてもらえれば、よろしいのかなと思うんですけども、救急医療情報キット等を普及啓発していくというようなことで、そういったことを意識づけというんでしょうかね、普及啓発の一環になっていかないかというふうなことを考えています。

救急医療を受けるときの二つ目の丸で、かかりつけ医、訪問看護、ケアマネによる日常的な連携の中で支援されという、この意図は、高齢者の方は具合が悪くなったとき、なかなか症状が外にあらわれにくい、痛みがなかなかうまく伝えられなかったり、そういったような状況があって、高齢者特有の状態の変化というのがあるというふうに聞いておりますので、そういった情報を日常的な支援にかかわっていただいている高齢の関係者の方に知っていただく、そういったことで、具合が悪くなったときに速やかに救急搬送または#7119等のサービスにつなげることができるようになるのではないかと、そういったことを意図した記載になっております。わかりづらくて申しわけございません。

- 新田会長 よろしいでしょうか。

○呉屋委員 はい。

- 新田会長 恐らく、この議論の中でも、最初に分けるときに大変いろいろ議論がありましたよね。混在して議論がされちゃうので、在宅の人と一般高齢者と、そして、やや虚弱の人と、何とか通院しているという、そういった中での救急や対応のあり方ということで、これはこれで、また整理ができたんだというふうには思っておりますが、今の話で言うと、さらにここでの議論は、在宅における患者さんの救急というのはどう考えるのだろうかという、そこは先ほど秋山委員の話がありましたけども、できる限り、やっぱりそこで完結すると、あるいはそこでの救急はあるのだろうかかなという、そのためにどうしたらというときには、きちっと地域情報というほうが、恐らくあって、そのまま情報が提供されるんだろうという、その中において初めて、今の呉屋先生の言う、DNARとか、都とが、いわゆる意思表示があったものはやれば、そこはそこで病院と

しても対応の仕方があるだろう。ここの場合は、そのあたりをきちっとするという感じのような気がするんですが、いかがでしょうか。

阿部委員、出席されておりましたけども、その辺の議論のところもご存じだと思いますが。

○阿部委員 先ほど、この救急の医療と、先ほど地域包括の重なるというか、余り変わらないというか、ごめんなさい、変な言い方で。私たちにしてみると、救急にしても地域にしても、やっぱり退院するときどういうふうな、高齢者たちが、どういうふうにこれから生きて生活していきたいかという視点を持っていかななくてはいけないと思うし、入院してきたときは、入院していてどういう生活を送ってきたかということを知らないと、なかなかできないと思うんですね。

やはり今、地域包括ケア等々の中でも、いろんなチームを組んで、退院に向けて地域に子供たちがより自分たちらしく生活できるような形で、地域に向けてという支援していくというふうになっているんですけども、ただ、病院の中の人たち、やっぱりどうしても地域というか、その人が生活がどういうふうにしていたか、なかなか見えてこないと思うんですね。

なので、救急にしても、地域及び包括ケアシステムの中においても、できるだけ今、入院したときに聞いていても、救急じゃなくても入院したときに、ケアマネさんが生活シートでしたか、それを届ける、郵送するという形で在宅での生活が見えるような形をとっているんですが、郵送と、文書ではなくて、できれば入院したときにも病院のほうは、実際、入院しても3日目ぐらいで退院支援調整に入っていると思いますので、その中に在宅でかかわっている人たちが入っていく、入ってこの人はどういうふうな生活を送っていて、今後どういうふうにしたいかということを地域のわかっている人が伝えていく。

退院する前に、早い段階で、またその人たちが、どういうふうに支援していけば、その方がつながっていくかということの書類ではなくて、実際、地域の人たちが入っていくながら、病院のチームと一緒に考えていくということが求められていくんじゃないかなと思うんですね。

やはり、救急に入っていく方というのは、なかなか難しく、全く本当にかかりつけにかかわってなかったとか、なかなか医療につながっていなかったという人が入っていくと、救急で行ったときにいろんな問題が起きてくると思うんですけど。

先ほど、呉屋先生がおっしゃったように、最初の段階というのは、なかなか情報をつりにくいと思うんですけども、そこで最初の段階の人たちが、ケアマネなり、私たちがその一端のところにかかわっていくと、2回目、3回目が少なくなるというか、情報をつりやすくなっていく関係づくりがつかれるんじゃないかなと考えますので、救急であろうと、地域包括をできるだけ早く地域の人たちが病院の中に入っていくと、一緒に退院に向けて、検討できるというふうなことを医療構想という形になっていくといいのか

など考えています。

○新田会長 今の話もね、何か混乱した考えだと僕は思うんですよ、対象者が。混乱してぐちゃぐちゃに話されていた。だから、聞いているとよくわけがわからなくなってきたんだけど、誰を対象にしているのかなんていう、やっぱり整理して話さない、この議論は混乱するというふうに思いますね。というふうに、ちょっとお願いいたします。

○呉屋委員 すみません、話をかきまぜてしまって、この中間のまとめの案で、第3、施策の方向性というところに、一応、三つカテゴライズしてあって、それが施策として分けられているというふうに思われますが、ただ、実際は、この2番目の通院、また介護サービスを受けている患者さん方の持っている情報、地域でもっている既存の情報などをどうやってピックアップし、掘り起こして使うかというところが、すごくキーポイントだと思います。具体的にそここのところにアプローチできないと、計画あるいは施策がルールだけになってしまって、実際、余り役に立ちにくいのではないかなと危惧するものですから、質問しました。

○新田会長 ありがとうございます。恐らく、そこでも議論がありましたけども、言葉で言いますが、今の言うのは、ポルストという議論と同じですよ。そのとき、ポルストというのは、その人はどこまでの医療を受けたいのか。例えば、私は肺炎の点滴治療までいいのか、あるいは一切、いわゆる心肺蘇生も何も要らないのかとか、どのくらいの医療を求めているかということは、在宅患者においては、きちっとやっぱりやっていかなきゃいけない話ですよ、これは基本的には。その意味で、一般の高齢者が急変する場合と大きく違うと思うんですね。

かかりつけ医を持っている、一般高齢者でもかかりつけ医を持っていれば、恐らくこのところを進めることによって、さらにそれが救急の場合に病院としても、ここまではやればいいんだなとかということがわかりやすくなるだろうなど。

その意味で、きちっと議論があったんですが、かかりつけ医を持って、どこまでのものをどのような医療を期待しているかということも含めて、やりましょうかということで、救急につながるという話に恐らくなるだろうというふうに思いますが、これは病院の立場から言うと、逆に、先生。

○山口委員 私から見ると、このまとめは非常にうまくできているんじゃないかと思うんです。ただ、高齢者全般というまとめになっていって、地域包括ケアシステムや在宅とかをそこだけで取り出してはいないということだと思うんですね。

患者さんの搬送の仕方を患者さんの状況によって分けるということになりますと、都民の方にこういうやり方をきちんと理解していただくということが出来るかどうか心配です。

それから、病院の機能分化、先ほどサブアキュートとポストアキュートという話が出てきましたが、医療サイドがわかっていることが十分都民の方、一般の方に理解して頂いていないんじゃないかと思います。

このシステムの啓発がすごく大事なことです。かかりつけ医を持ちましょうというのは非常に正論なんですけど、例えば20歳の方、30歳の方はほとんど聞いても余り実感が無いと思うんですね。65歳以上の方にかかりつけ医を持ってもらうということに関して、もう少し強いキャンペーンを張っていてもいいのかなというふうに思いますけど。

○新田会長 わかりました。貴重な意見だというふうに思います。よろしくお願ひいたします。

○八木課長 この後、具体的な施策、年度の後半で考えていきますので、その中で今いただいたご意見も踏まえて、より実効性の高いものにしていきたいと思います。引き続き、在宅の先生たちにもご意見をいただければと思いますので、お気づきの点がありましたら、事務局のほうまでいただければと思います。よろしくお願ひします。

○新田会長 それでは、よろしいでしょうか。
どうぞ。

○西田委員 すみません。在宅医療を受けている高齢者に関してなんですけども、在宅で看取るつもりだったんですけども、ご自宅で心肺停止を起こして、家族がつい慌てて救急車を呼んじゃったというのは、あるいは警察を呼んじゃったということもあるんですけども。

例えば、それで救急車が行きますよね。それで現場に行くと、救急隊は警察に連絡して、心肺蘇生を始めて病院に運ぶわけですよね。そこで、例えばかかりつけ医に救急隊から連絡をしていただければ、かかりつけ医が行って、特に在宅医療を受けている場合は、在宅医が行って、そこで無事に死亡診断ができるわけですよね。

例えば、そういったことが非常に日常茶飯事にあったりしていて、そういう意味で、在宅医療介護サービスを受けている高齢者のところに、ぜひ消防とのルールづくりというのを何か盛り込めないのかなという気がいたしました。

○八木課長 ありがとうございます。こちら、検討委員会は東京消防庁もメンバーが入っておりますので、そこも連携をとりながら、今後、進めていきたいと思ひます。

ありがとうございます。

○西田委員 よろしくお願ひします。

○新田会長 ありがとうございます。現在、心肺蘇生を例えばやって、それから事前指示書があっても、それを実行するのは全国で15%ですか。ほとんど実行されないというのも現状ですから、今の話、とても貴重だと思ひます。これから、どうするのかという話でございます。

事前指示書も、これからずっと普及するにつれて、いざ救急車を呼んでしまった、消防隊はどうするんだという話。かかりつけ医がそこへ駆けつければ、それで問題はないんだけど、その前に事前指示書を見てどうするかというのものもあるだろうし、一つ一つ丁寧に、やっぱりやっつけていかなきゃいけないという感じはしますね。よろしくお願ひいた

します。

それでは、この議論はよろしいでしょうか。

(「はい」の声あり)

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、報告事項に入りたいと思います。

順番に事務局から説明していただきます。それで、その後、委員の皆様から質問、意見等を受けたいと思います。よろしく願いいたします。

○菱沼担当 私、地域医療対策担当の菱沼と申します。

それでは、報告事項の一つ目の、東京都地域医療構想調整会議・在宅療養ワーキングの設置について説明いたします。資料7をごらんください。

今年度からの新たな広域連携の支援といたしまして、東京都地域医療構想調整会議のもとに、病院と区市町村などと意見交換の場を設定することを、第3回のこちらの会議においてご説明いたしました。こちらの意見交換の場について、より具体的な内容についてご説明いたします。

まず、目的についてですが、こちら調整会議のもとに在宅療養ワーキングを設置いたしまして、在宅療養に関する地域の現状や課題、また今後の取組、主には広域的に取り組むべき事項などについて、意見交換を行うことを目的といたします。

次に、こちらのワーキングの構成メンバーについてですが、区市町村、在宅医、病院、地区医師会やこちらに記載のございます各関係団体などの方々をメンバーといたしまして、実施を予定しております。

また、意見交換の内容につきましては、例えば地域の医療・介護の資源のデータなどをもとにいたしまして、在宅療養や退院支援に関する地域の現状や課題に関する内容について、意見交換を行う。

また、地域と病院とが在宅療養の取組や退院支援に関する取組など、互いに紹介いたしまして、相互理解の促進となるような内容について、意見交換を実施いたします。

開催時期については、現在、調整中ではございますが、9月から11月を予定としております。

最後に、調整会議とこちらの在宅療養ワーキングの関係についてですが、調整会議においては、在宅療養だけではなく、地域（構想区域）ごとに、医療等における現状や課題について、幅広い意見交換が主な内容となっております。

一方で、こちらの在宅療養ワーキングにおいては、調整会議における議論も踏まえまして、地域の在宅療養に関するデータなどをもとにして、現状や課題などを具体的に整理し、また広域的な連携が必要な事項について検討いたします。

また、こちらのワーキングにおける検討状況につきましては、調整会議へフィードバックいたします。

なお、平成27年度から実施しております自治体の在宅療養担当者の職員間による二

次保健医療圏における意見交換会につきましては、こちらのワーキングの開催と合わせて、ワーキングの前に開催するなどして継続して実施を検討しております。

簡単ではございますが、在宅療養のワーキングの設置についてのご説明は以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、後藤さんですか、よろしくお願いたします。

○後藤担当 次に、資料 8、東京都在宅療養推進基盤整備事業（多職種ネットワーク構築事業）及び東京都在宅医等相互支援体制構築事業（24 時間診療体制確保事業）のアンケート調査結果の報告について、説明いたします。

私、地域医療対策担当の後藤と申します。どうぞよろしくお願いたします。

本アンケートの実施経緯についてですが、今年度をもって事業終了となる先ほどの両事業について、事業の効果検証や30 年度以降の取組の参考にすべく東京都医師会のほうから、各地区医師会へ調査を行ったものでございます。

本アンケートの結果は、速報値でありまして、数値は現在整理中でございますので、ご承知おきください。では、事業ごとの調査結果について幾つか説明いたします。

まず、在宅医等相互支援体制構築事業についてでございます。

設問 1 と 2-1 をごらんください。24 時間の診療体制の構築に取り組んでいる地区は全体の約 6 割でありまして、その取組は主治医・副主治医だけでなく複数の主治医からなるチームでの体制や、訪問看護ステーションと連携しているケース、また訪問看護ステーションと連携した複数の主治医からなるチームでの体制などがございました。

続きまして、設問 6 をごらんください。事業実施前後の負担の変化についてですが、負担が減ったとの回答が 2 割ありまして、訪問看護ステーションがトリアージをすることで、主治医の負担が減ったとの声がございました。

また、余り変わらないとの回答も 2 割近くありまして、体制を構築したものの、実際の利用が進まないという声がございました。

次に、東京都在宅療養推進基盤整備事業（多職種ネットワーク構築事業）についての結果でございます。

設問 2 と設問 3-1 をごらんください。ICT ネットワークについて 8 割の地区が導入しておりまして、9 割近くの地区が ID パスワードや VPN 接続を使って、ネットワークアクセスの認証を行ってございました。

次に、設問 4、6 をごらんください。システムの共有、連携状況についてですが、区市町村とは 9 割近くの地区が連携をとっている一方で、近隣地区医師会と情報共有を行っている地区は 2 割にとどまっているようでございました。

続いて、設問 7 をごらんください。実施前後の負担の変化についてですが、負担が減ったとの感想が 2 割近くありまして、関係者との協力体制が深まった、タイムラグなく情報共有が可能となったとの声がございました。

一方で、負担が増えたとの感想もありまして、既存の電子カルテとの二重記載の手間があるなど、事務的な手続が増えたとの声がございました。

冒頭にも申し上げましたが、本アンケート結果を参考に、両事業の効果検証や、30年度以降の取組について検討していこうと考えてございます。

私からの説明は以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、次は、薬局・薬剤師における在宅療養推進に向けた取組、よろしく願いいたします。

○阿部課長代理 健康安全部薬務課の阿部と申します。

それでは、資料9-1をごらんください。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、多職種連携、それから人材確保という二本柱で事業のほうを展開させていただいております。

まず、多職種連携の関係でございますけれども、下の事業概要のほうをごらんください。こちらの事業でございますが、東京都関係者連絡会の設置ということで、医師会様、看護協会様、それから訪問看護ステーション協議会様、介護支援専門員研究協議会の皆様方を委員としてお招きして、それから事業の委託をさせていただいております、薬剤師会様のほうに事務局をさせていただいて、事業の連絡会を設置し、全体の事業を決定し、事業を推進しているというところでございます。

事業の流れについては、下のフローをご確認いただければと思います。

それから、人材確保の関係の事業でございますけれども、事業概要のほうをごらんいただきますと、無菌調整技能習得研修ということで、薬科大学と協力をさせていただきますと、無菌操作に係る基礎研修ということで、在宅の特殊な調剤に対応できる薬剤師さんの育成を行わせていただいているというところでございます。

そのほか、在宅医療の連携研修ですとか、地域施設の実地研修ということで、多様な事業を展開させていただいているところでございます。

次のページをおめくりください。資料9-2ということで、かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき3つの機能というふうに記載をさせていただいております。

こちら、平成27年10月、厚生労働省のほうが出しました、患者のための薬局ビジョン概要というものより引っ張ってきた資料でございますけれども、やはり薬局は、地域包括ケアシステムの一翼を担い、薬に関して、いつでも気軽に相談できる、かかりつけ薬剤師がいることが重要ということでございまして、3つの機能の中に、服薬情報の一元的把握、24時間対応・在宅対応、それから医療機関等との連携というものが入ってきておりますので、今後、既存の、今実施している事業を今年度までの事業ということで仕切りをさせていただいておりますけれども、今後、薬剤師さんが在宅医療を担う役割というものが非常に大きくなっていくと思われまますので、今年度の予算要求の中で、事業の再構築を行いまして、今後も事業のほうを一層強化して、展開していきたいとい

うふうに考えております。

以上でございます。

○新田会長 ありがとうございます。

それでは、暮らしの場における看取り支援事業について、よろしく申し上げます。

○菱沼担当 地域医療対策担当の菱沼でございます。報告事項四つ目、暮らしの場における看取り支援事業について、述べさせていただきます。

こちらの事業につきましては、医療政策部と高齢社会対策部の共管の事業となります。まず、医療政策部より説明させていただきます。クリップでとめております、資料の10-1をごらんください。

暮らしの場における看取り支援事業につきましては、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ことを目的としまして、昨年度より事業を開始いたしました。今年度は、昨年度行ってきた取り組みを踏まえながら、三つの取り組みを実施いたします。

まず、資料の左側をごらんください。まず一つ目といたしまして、昨年度からの引き続きの支援となります、都民向け講演会を開催いたします。こちらは、看取りについて制度や仕組みを紹介するとともに、実際に看取りをされたご家族と支援した多職種のチームによる講演を実施いたします。

規模、及び場所につきましては、昨年度と同様、講演会1回当たり、100名程度を規模とし、場所は都内4カ所で実施予定です。詳細については、現在調整中ですので、また決まり次第、ご連絡させていただきます。

続きまして、二つ目といたしまして、看取り研修の実施です。昨年度においては、まず基礎編といたしまして、高齢部においては多職種向けのカリキュラムの検討及び研修会の実施、こちらについては、次に高齢部よりご説明をいたします。

また、医療政策部においては、昨年度においては、医師向けのカリキュラムの検討を行い、今年度研修を実施いたします。

次の資料10-2をごらんください。こちらは医師向け研修の開催案内となります。委員の皆様方にも先週送付させていただきましたので、後ほど内容につきましてはごらんいただければと思います。

こちらは、先週の半ばに都内の医療機関や施設等にお知らせをいたしまして、100名を定員としておりますが、現在既に70名程度の参加の申し込みをいただいております。また、本研修は今年度2回開催となりまして、第2回につきましては、来年1月以降開催の予定でございます。

一度、事業の概要の説明に戻りまして、資料の10-1を再度ごらんください。資料左側の下部をごらんください。今ご説明いたしました、多職種向け研修、医師向け研修の基礎編につきましては、看取りに関する基礎的な内容となり、対象もこれから看取りを行う多職種や医師向けの研修でございます。今年度においては、既に地域で看取りを

行っている医療や介護関係者に対しまして、在宅編と施設編に分けて、より実践的な内容となる研修を年度内に実施予定でございます。こちらの実践編の研修につきましても、また詳細が決まり次第、ご連絡、ご説明させていただきます。

次に、資料の右側をごらんください。三つ目といたしましては、環境整備に対する支援です。こちらにつきまして、また次に高齢部よりご説明いたします。

医療政策部からは以上となります。

○新田会長 それでは、高齢部よろしくお願いたします。

○山口課長 高齢社会対策部の山口でございます。資料の10-3でございますが、今お話のありました多職種向けの研修の基礎編につきまして、既にことしの3月に実施をいたしましたので、そのご報告をさせていただきます。

資料の下半分でございますとおり、3月23日、1日をおかけしまして、対象者としましては、介護・看護職員、ケアマネジャー、生活相談員など、あるいは区市町村の行政職員といったところがターゲットでございました。

趣旨としましては、一つは暮らしの場での看取りを推進していく、機運を醸成していこうということ、それから看取りに従事する専門職のすそ野を拡大していこうということとございまして、できるだけ多くの方にご参加をいただきたいということで、1,000人規模で実施をさせていただきました。

研修効果等を考えますと少人数が望ましいのですけれども、50人でやれば20回やらないと1,000人集められないということもございまして、あと研修の質ということで、選び抜かれた講師の先生にご講義いただきたいということで、1回で1,000人という形でやらせていただきました。

次の資料10-4のところ、具体的なカリキュラムをご紹介させていただいております。こちらは、秋山正子委員を座長にカリキュラム検討分科会というものを立ち上げまして、ケアマネ代表では小島委員にもご参画いただき、また新田会長には、毎回オプザーバーということでご参加をいただきまして、熱心にご議論いただいて、このようなカリキュラムになりました。また、カリキュラム検討委員会をお務めいただいた先生方に講師も務めていただくということで行いました。

この中で、上から四つ目ぐらいのところ、壇上ロールプレイ、それから午後のところでも壇上ロールプレイというものを入れていますけれども、こちらは講師の先生方、それから一部、私ども都職員がエキストラで入りまして、新田劇団というようなことで、サービス担当者会議をイメージしまして、患者さんのご家族、配偶者と娘さんと、それからドクター、ナース、ケアマネジャー、ヘルパーといったふうに扮しまして、一緒に暮らしている奥さんのほうは、何とか暮らしの場での看取りを実現したい。一方、遠く離れて暮らしている娘さんは、やはり最後まで手厚い医療を提供してほしいというような意識のずれを、いろいろやりとりを重ねながら、最後は暮らしの場で看取っていくことが、ご本人にとっても幸せだと、そういう結論に至るような小芝居をちょっとやって

いただいて、その後、会場からもいろいろと感想を述べていただくというようなことで、1,000人規模ではございましたけども、そういった工夫もしながら、1日飽きさせないような研修ということで実施をしました。

また、テキストブックも250ページにわたるものを作成することができました。

参加者のアンケート、10-5というところでおつけをしております。まず、所属の事業所や職種ですけども、居宅介護支援事業所、それから暮らしの場ということでは、自宅以外にも特養とか有料老人ホームがターゲットになってございますが、そういった施設の職員も多く参加をいたしました。

職種で見ますと、約半数がケアマネでございまして、あと介護職、看護職、その他といった内訳でございました。

暮らしの場での、今までの看取り経験ということで、左側は仕事の上で看取りの経験がある方、全体の4分の3ぐらいございましたが、5名未満という方が大部分でございました。一方、いわゆるプライベートでご家族等の看取りの経験があるかということについては、6割の方が経験なしということでございますので、日常生活の場で必ずしも看取りが身近ではない現状がちょっと浮き彫りにされたかなということでございます。

受講動機は、やはり内容に関心がある、キャリアアップのため、それからその他の中でも、職場内の研修で使いたいとか、看取りのケースがふえているということで、前向きな動機が多く述べられております。

裏面でございますけれども、感想といたしましては、「とてもよかった」、「よかった」が、9割を占めているというところでございまして、ネガティブな感想は、ごくごくわずかでございます。肯定的評価のコメントを見ますと、講義が非常にわかりやすかったとか、基礎的な知識が身についた、あるいはロールプレイがよかったといったご感想をいただきました。それから、否定的な評価のコメントとしては、いわゆる座学中心だったので、グループ討議などもあるとよかったとか、できれば少人数できめ細かくやってほしかったというようなところでございましたが、そのあたりは織り込み済みのところではございました。

また、実践編研修、今年度実施をいたしますが、そこへの参加希望ということでは、6割の方がぜひ出たいというコメントをいただいております。

今年度、この後実践編のほうの研修を予定してございますけれども、こういった感想も踏まえまして、できるだけ少人数でグループワーク等も取り入れるような形で改善ができればというふうに考えております。

多職種向け研修の基礎編のご報告は以上でございます。

○新田会長 はい、ありがとうございました。それでは、最後の報告でございますが、補助事業についてですね。よろしく願いいたします。

○川口課長代理 高齢社会対策部施設支援課施設整備推進担当の川口でございます。

私のほうからは、看取りのための環境整備に対する支援に係る昨年度の実績と今年度

の計画についてご報告させていただきます。

お手元の資料、10-6をごらんください。こちらの事業、大きく2項目ございます。まずは、上段、I 特別養護老人ホーム等看取り対応改修費補助事業についてでございます。こちらの補助事業は、内容につきましては、④の参考例にもございますように、看取り時の個室として静養室を改修、家族宿泊のためのスペースを確保するための改修などを想定したものでございます。

昨年度、28年度は、町田市内の特養で1件の実績がございました。今年度につきましては、予算規模として、10件分を確保しております。

続きまして、下段のIIです。看取り期まで対応する小規模な地域の住まい支援事業についてです。こちらは、既存建築物を活用した整備、職員の研修などを想定した開設準備経費等補助と介護職員などの労働環境向上を支援、入居者等のサービス向上を支援すること等を想定した看取り対応支援費補助、こちらの二つから構成されております。

昨年度28年度の実績は、支援費補助につきましては、足立区内で1件の実績がありました。今年度の予算規模としましては、開設準備経費等補助につきましては、2件分、支援費補助に関しましては、15件分を確保しております。

今後につきましても、誰もが住みなれた地域でその人らしく暮らし、希望に沿った最期を迎えられますよう、引き続き、看取りのための環境整備に努めてまいりたいと思っております。

簡単ではございますが、これで以上です。ありがとうございました。

○新田会長 はい、ありがとうございます。ただいま、事務局から説明がありましたが、ご質問等ご意見ありましたら、よろしく願いいたします。

先ほど、1,000人規模という、驚いたんですけど、何となくできたんですね。1,000人規模って本当にできるかなと思ったんですけど、さすが専門多職種ってすごいもので、ロールプレイをやってくださいといったら、初めての人が、前後1,000人がすぐ話し始めて、誰も落ちこぼれないような感じになるというのが、これは大したものだという感想を持っているのですが、そんなようなことがありました。何かご意見ありますか。

○秋山委員 最初300人と言っていたのを、いやこの際だから1,000人といった山口課長の英断というか、何というか、ちょっと大変でしたけれども、私はこの次のアドバンスというか、実践編にこれだけの希望者があり、私はこの実践編を次にどのように運用していくかがちょっとこれからの課題ではあるかなと。ただ、1,000人に対して、2,000人の応募があったという、この都内の実情という、そのニーズの高さはひしひしと感じさせていただきましたので、やはり、これは取り組んでいかなければいけない課題だと痛感しております。

○新田会長 ありがとうございます。そして、医師向け研修プログラム等に関して、呉屋先生が座長をやっていただいたんですけど、何かコメントをよろしく願いします。

○呉屋委員 これから始まるこの看取りや在宅看取りに参加しようとする先生方をふやすということを目的に、この分科会があって、テキスト作成と研修をやろうというところ
です。今、参加者の人数の話が出ましたけど、医師向けは物すごく参加者数がどれぐら
いになるのか心配で、懸念をしているところです。各医師会の先生方にも広範に呼びか
けていただいて、ぜひぜひこの入り口のところに来ていただくというのが一番重要な
と思っています。ここにご参集の委員の方々にも、ぜひ周りの先生方にお声かけをして
いただいて、参加者が少しでもふえるようにと思っています。先ほど、現時点で70人
と、ちょっと私の想定以上に多いので、おっと思っているんですけども、2回目も同じ
ですのもっと参加者をふやすようによろしくお願ひしたいと思ひます。

○新田会長 ありがとうございます。何かご意見ありますでしょうか。

それでは、本議会全体を通じて、ご意見等、何かありますでしょうか。

○西田委員 すみません。まず、2点ありまして、資料の8の在宅療養推進基盤整備事業
と相互支援体制構築事業についてですけれども、今までの24時間体制の整備支援な
んだけども、ICTの整備のたびに、結構これを使われた傾向があると思うので、30
年から新しい事業として取り組んでいただければ、ぜひぜひ地区医師会がどう
やって地域の在宅医療の24時間を確保するかというところの取り組みに重点を置いた
支援をぜひ事業としてやっていただきたいということを、私は今痛感しております。よ
ろしくお願ひしますということと、それから、資料10-6の特養の看取り対応改修費、
これが何を目的としているのか、よくわからないんですけども、特養の看取り率を上げ
ようということがもし基本にあるのであれば、こんなことをしたって看取り率は上がる
わけではないので、もうちょっと別のアプローチを考えられたほうがいいんじゃないかな
という気がすごくいたします。以上、2点でございます。

○新田会長 じゃあ、2点目に関して山口課長、よろしくお願ひします。

○山口課長 もちろん、ハードの整備で看取りが進むというふうには考えておりませんが、
一方で特養の現状というのはやはり4人部屋が主体でございますして、ソフト面でやはり
取り組もうとしても、なかなかハードの制約ということもございまして、先ほど申し
上げた医師向け、それから多職種向けの研修、特に今年度からは実践編については、在
宅と施設のそれぞれの特性に応じまして、施設の中でのチームケアの流れとしての特養
の中での看取りというようなこともやっていきたいと思ひますので、そういったソフト
とハードを合わせて推進したいという趣旨でございます。

○西田委員 そうですね。特定施設じゃなくて、特養の看取り率を上げるための取り組み
というものを、ぜひぜひ取り組んでいただきたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○新田会長 特養の看取り率ってさっきの救急の話とも関係してきますよね。大きくね。
全体として、少し考えなければいけない話だと思ひますが、よろしくお願ひいたします。
最初の話は、これは予算の話ですが、今答えられますか。

○久村課長 現在、こちらの事業、来年度の再構築に向けて検討を進めているところでご

ざいますので、その中で地域の取り組みがより充実されるように、工夫していきたいというふうに考えています。

○新田会長 ありがとうございます。そのほか。はい、どうぞ。

○秋山委員 地域包括ケアシステムの一つの要素に予防という視点があると思うんですね。それで、先ほどから、救急のところはいろいろと意見が出ているんですけども、私はちょっと蒸し返すようなのですが、資料の6-4の救急医療を受けた後のところに、軽症者がこれだけ多いわけで、高齢者の軽傷の方が救急で受診をして帰るときに、今後例えば、しっかりかかりつけ医を持ちましょうとか、それから、このぐらいのものは自分たちで対応ができるとか、今後のことを考えて、こういうことは話し合っておきましょうとか、簡単なパンフレットとかそういうものを予防の観点でこの時点で捉えて、都民への啓発というものはとても有効だと思うんですね。そういうものの計画とか、文書をつくるとか、それにも予算立てをしていただきたいなど。

つまり、入院になった方への対応もですが、この軽傷で帰る方をそこで捉えていく、私はちょっと新宿区で75歳以上の救急で搬送された方の多くに隠れた脱水があり、低栄養であるというフレイルの状態の方が非常に多いということを聞いています。そこで、そういう方をただ帰すんじゃなくて、何か予防的な視点がここで働けば、もうちょっと違うんじゃないかなというふうに思うんですけど、いかがでしょうか。

○新田会長 どうぞ。

○八木課長 本当に具体的で貴重なご意見ありがとうございます。そういったこと、また具体的な施策については検討させていただきながら、これは医師会さんのほうのご協力もいただきながら、医療機関での周知、予防に対する周知等を進めていければよいなどというふうに、今、本当にご意見をいただいて、わかったと思いました。ありがとうございます。

○新田会長 恐らく軽症者の分析でしょうね。あの問題はね。病院でそこが予防ですぐ取り組んで帰すというように、とても思えないですよ、そこはね。そうすると、その前のもっと段階になるでしょうから、というふうに思っておりますが。どうぞ。

○秋山委員 看護師仲間に、当直の救急の担当の人に何人かに聞くと、もう次から次と来るから、最後のところはわからないと。どういう形で帰っているか。せめて、会計のところ、会計をするときにこのパンフレットでもとにかく持たせるというか、そういうことでもして、この網にかかった人を少しでも情報提供ができれば違うんだなど。本当は、看護師としても声をかけて帰りたいけど、とてもその余裕はないということだそうです。せめて、そういうことに少し何か手だてがないかという、具体的な話です。

○新田会長 とても貴重な意見だと思いますが、何か山口先生、意見ありそうですね。

○山口委員 現場でそういうことをやることによって、患者さんの一部には反感を持つ方もいらっしゃるんじゃないか。今言われたことを曲解して職員の姿勢が入れ拒否になっても困ります。軽症の患者さんに対して職員のほうが何で来たんだというような対応を

するようなことがあってはいけないと思います。最後に言われた会計のところはパンフレットを置いておくということであればいいと思いますが、それをドクターやナースが言うということには疑問を持ちます。これは全ての医師、看護師がそういうコミュニケーションのスキルがいいわけじゃないですから、それを義務化するのは怖いですね。パンフレットはいいと思います。

○新田会長 ありがとうございます。来るなという押しつけではなく、もっときちっと予防という話だと思いますので、よろしくお願いします。

ほかにご意見ありますでしょうか。

○渡辺委員 救急の委員会では、救急車を1回呼んだら1,000円とか、そういう話が出ないのですか。

○八木課長 2、3年前は政府のほうでそういった話題、新聞報道があったときは出たんですけども、最近は出ておりません。

○渡辺委員 1回救急車出動すると、3万円ぐらいかかるわけですから、欧米ではもう無料なんてあり得ない、日本だけですよね、救急車無料って。やっぱりそこら辺が、去年も1年間で頻回コールをした人が330回という人がいましたけど、何かその手前のところで、必要な方に利用していただくという仕組みも必要なのではないかなと思います。

○新田会長 ありがとうございます。もちろん、そういうことで無駄な救急じゃなくて、きちっとですね。

○八木課長 頻回要請者については、医師会や救急委員会のほうでもご検討いただいております。保健師等々つなげたり、また精神科とつなげるということで、なるべくそういった頻回要請の頻度を下げていく、またはなくしていくという、そういったことで取り組みを進めていきたいと考えております。

○新田会長 ありがとうございます。はい、どうぞ。

○木野田委員 すみません。資料10-3に少し戻ってしまうんですが、看取りの研修会のところで、ちょっとリハ専門職として言わせていただくと、参加者が0.5%だったというところで、非常にショックでして、ぜひ看取りのところにも、リハ専門職も一緒に勉強をさせていただきたいという気持ちが多くありまして、周知は一緒にしていただいているんだと思うんですが、私たちの、例えば地域リハビリテーション支援センターとか、あとPT・OT・STの各職能団体などにも一緒にお知らせしていただいて、ぜひ一緒に勉強させていただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

○新田会長 よろしくお願いたします。わかりました。

それでは、8時をもう過ぎまして、大変活発な議論の中で、そろそろ終わりたいと思うんですが、私はこれだけは言っておきたいという人、何かいらっしゃいますでしょうか。大丈夫でしょうか。

それでは、本日の議事を終了いたしたいと思います。事務局にマイクを回します。よろしくお願いいたします。

○久村課長 ありがとうございます。本日は、まさに活発なご議論、及び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。ただ、申しわけございません。時間が限られていた関係で、まだまだ言い足りなかった先生、あるいは追加のご意見をというふうな先生もいらっしゃるかと思いますので、もしそういったことがございましたら、すみません、期限を切らせていただいて恐縮ですが、来週の月曜日、7月10日までにこの会議をメールでご案内させていただいていると思いますので、そちらのメールへの返信というふうな形で、この保健医療計画の骨子案につきましてもご意見を追加いただければと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、事務連絡でございますが、本日机上に配付いたしました保健医療計画の冊子は閲覧用ということでございますので、机にお残しいただければと思います。そのほかの資料につきましては、お持ち帰りいただいてということになりますが、重く、たくさんありますので、机に残していただきましたら、事務局から郵送させていただきます。

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

それでは、以上をもちまして、東京都在宅療養推進会議を閉会と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。

(午後 8時10分 閉会)