

令和元年度東京都地域医療構想調整会議
在宅療養ワーキンググループ（北多摩西部）

日 時：令和元年12月19日（木曜日）19時32分～21時08分

場 所：多摩立川保健所

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。ただいま定刻となりましたので、ただいまより北多摩西部圏域の東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループを開催とさせていただきます。

本日は、お忙しい中ご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

私、東京都福祉保健局地域医療担当課長の久村でございます。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしく願いいたします。

では、着座にて説明させていただきます。

まず、本日の配付資料の確認でございますが、お手元、次第下段の配布資料の欄に記載のとおりでございます。資料1から資料7まで、それから参考資料1から3までをご用意しております。

資料につきまして、万が一落丁等ございましたら、恐れ入りますが、議事の都度、事務局までお申し出ください。

また、本日の会議でございますが、会議会議録、資料につきましては、公開となっておりますので、よろしく願いいたします。

また、ご発言の際にはマイクをおとりいただき、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

続きまして、開会に当たりまして、東京都医師会及び東京都よりご挨拶を申し上げます。

まず、東京都医師会理事の西田先生、お願いいたします。

○西田理事 皆さん、こんばんは。雨のしょぼしょぼ降る、寒い夜にお集まりいただきまして、ありがとうございます。

先生方は、もうご存じのように、東京都の地域医療構想ができ上がりまして28年ですか、策定されて、病床機能がある程度明確化されて、病床制限が行われてというところで、さらに、そこに今後、その介護型の療養が再編成されるということで、在宅のニーズがどんどんふえていくであろうと。

一応東京都の試算では、2025年に現在の1.5倍にふえると。プラスアルファの部分、追加的需要もあるということで、これに対して何とかしなくてはいけないというもう喫緊の課題があるわけですね。

それで、在宅療養ワーキング各20医療圏で今行われています。皆さん、おっしゃることに、大体、在宅医療資源、現在は何となく肌感覚としては足りているんじゃないかなと、西多摩とかは別ですけどもね。

ただ、15年先、2025年は大丈夫なのかなということは、皆さん、やはり何となく危機感を持っておられるわけですね。

在宅医療資源って、やはり診療所ですから非常に流動的な資源で、なかなか確保といっても難しいところがございますし、本来、在宅療養支援地域包括ケアシステムというのは、区市町村の話でございますので、年に1回のこの在宅療養ワーキングの場で、二次医療圏ごとに何か回答を出すということは不可能でございます。

それで、東京都から若干の区市ごとの在宅療養に関するデータを提供します。それを

もとに、ぜひそれぞれの圏域で議論を深めていただきたいと。そのための仕掛けとして考えていただければいいのかなという気がします。

それで、今回は、先ほどもちょっと資料のお話がありましたけれども、東京都の外来医療計画というのを策定することになりまして、それに在宅療養ワーキングで出された意見を盛り込むということになっておりますので、きょう、ご検討いただく内容も、地元のその在宅医療資源についてということを中心に話していただくことになるかと思えます。

非常にこの外来医療計画というのが複雑というか、よくわからないところがあって、何を決めるのだからよくわからないのですけども、例えば、新規開業の方々に対して、在宅医療がこの地域は足りないなど、資源が足りないなどという場合に、行政のほうから開業の際に在宅医療をぜひ行ってくださいといったようなアプローチはできるようになりますので、そこはいいのかなというふうに感じておりました。

そんなことで、きょうはぜひ時間を有効に使って、忌憚のないご意見をどんどん出していただければと思います。

では、よろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 西田先生、ありがとうございます。

続きまして、東京都より、医療改革推進担当部長の田中がご挨拶申し上げます。

○田中医療改革推進担当部長 皆様、こんばんは。本当に年末のお忙しいところ、お集まりいただきましてありがとうございます。

この在宅療養ワーキング、ことし3年目になります。昨年までは、割と病院と地域の連携ということで、退院支援ですとか、昨年は、結構ICTのお話ですとか、病院のスタッフと地域側のいろんな職種との連携というところで、お互いのことをよくまだわかっていないので、いろいろ病院で研修をしたらいいんじゃないかとか、そんなお話をグループワークでしていただいたかなと思っております。

今年度は、今、西田先生からもありましたように、もう在宅療養の今後足りるのか、足りないのかというあたりに、特に焦点を当ててグループワークをしていただくということになっております。

それで、データもご提供しておりますが、そういう数字だけでは見えてこないようなそれぞれの皆様の本当に現場での肌感覚といいますか、そういうことも含めて、ぜひ意見交換をしていただければと思っております。

それで、きょう、出たご意見につきましては、先ほどのその外来医療計画のほうにも記載をしますし、また、東京都のこれからの在宅療養の施策に生かしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

外来医療計画という名前なのに何で在宅の話なんだという、ちょっと不思議に思われる方もいらっしゃるかもしれませんが、この外来医療計画の外来には在宅も含んでおりまして、その入院医療以外の部分は全部在宅、外来だということで、それも含んだものになっておりますので、後ほどこの外来医療計画のご説明もさしあげますけれども、地域で、特にその診療所の機能の一つとしての在宅ということでお考えいただければと思っております。

本日は、どうぞよろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 続きまして、本日の座長の先生をご紹介させていただきます。

本ワーキンググループの座長は、昨年度に引き続きまして、おぜきクリニック院長の小関雅義先生にお願いしております。

じゃあ、小関先生、一言お願ひいたします。

○小関座長 皆さん、こんばんは。よろしくお願ひします。おぜきクリニックの小関と申します。

ここで、もう3回やったんですけれども、先ほどおっしゃっていたように、1回目は各所の在宅医療ワーキングとしての問題点を抽出して、昨年は病院との連携ということで、グループワークを少しやっていたいただきました。

ことしはその外来医療計画に反映させるために、在宅医療のあり方をどうやっていくかということ東京都のほうで資料を用意してもらいましたので、その資料について説明していただいて、その後、少しディスカッションをして、各グループで発表していただくという流れになると思います。

昨年同様、ぜひ活発なご議論をしていただいて、この在宅医療ワーキング、ちょっと短い時間ですけれども、反映させていただければと思います。

その後、ちょっと最後に、多職種連携ポータルサイトというのについての説明がございますので、時間を有効に使っていきたいと思いますので、ぜひご協力をよろしくお願ひいたします。ありがとうございました。

○久村地域医療担当課長 小関先生、ありがとうございました。

それでは、以降の進行を小関先生にお願いいたします。

○小関座長 では、これから、座ってちょっとさせていただきます。

早速、先ほど申し上げたように、東京都から資料の説明と議事について、在宅療養に関する地域の状況についてということで、東京都のほうから説明があります。資料を多分指定されると思いますので、それを開きながら説明を聞いてください。

○東京都 それでは、私のほうからこちらの資料をご説明させていただきます。

まず、資料の2をご用意いただけますでしょうか。

今年度の在宅療養ワーキンググループにつきましては、先ほどよりお話をさせていただいておりますように、在宅療養に関する地域の状況をテーマに、そうした現場での充足状況、将来の需要増に向けた取り組みについて、意見交換をいただきたいと考えております。

それで、なお、後ほどご説明をさせていただきますが、先ほどお話をさせていただきましたように、ここで出た意見については、東京都が今年度策定する外来医療計画のほうに記載させていただく形としております。

まずは、今回の議題について、資料2の(1)をごらんいただけますでしょうか。意見交換のポイントを、(ア)、(イ)、(ウ)の3点設定しております。

地域における在宅療養に関する資源の状況について、まずは、訪問診療、在宅医療に関する資源を中心に、意見交換を行っていただきます。

本日は、看護師さんですとか、ケアマネジャーさんなど多職種のメンバーの方もお越しいただいておりますけれども、訪問診療について、日ごろ多職種からの視点で見た在宅療養の充足状況について、お話をさせていただければと思います。

次に、(ア)のほうで話し合っていた内容を踏まえて、(イ)ですけれども、将来増加する訪問診療の需要に対応していくために、地域でどのように取り組んでいくべきか、ご議論をいただきたいと思います。

それから、この(ウ)については、これは、あればなんですけれども、グループの中でその北多摩西武圏域全体で見て、その圏域の特徴であったり、課題などがあるなということがあれば、その場で意見交換をいただければと考えております。

それから、(2)につきましては、こちらは、先ほど小関先生からも話をいただきましたが、情報提供としてグループワーク終了後に、東京都のほうで東京都医師会さんと

現在連携して取り組んでおります多職種連携ポータルサイト、ICTの取り組みについてですけれども、少しお時間をいただいておりますご紹介させていただきたいと思っております。

それでは、資料をおめくりいただけますでしょうか。今回の意見交換につきましては、グループワークで行います。グループの編成につきましては、今回、在宅療養に関する資源の状況というのを意見交換を行っていただきたいということで、市町村ごと、あるいは、近接する市ごとでグループを編成させていただいております。

それで、市ごとにご推薦いただいている方につきましては、事務局にて、その市のグループに入らせていただいております。各団体から1名ご推薦という形でご参加いただいております方につきましては、我々のほうで各グループに割り振らせていただいております。

本日のグループワークの流れにつきましては、4に記載しておりますが、グループワークのお時間は35分となっております。その後、各グループ、本日、6グループありますけれども、4分程度でご発表を1グループお願いいたします。

続いて、資料の3をごらんください。こちらは、先ほど申し上げました意見交換の内容について、詳細を落とし込んだものになります。

まず、グループワークが開始いたしましたら進め方のところにありますように、進行役と書記、それから発表役をお決めいただきまして、進行役の方が中心に意見交換を進めていっていただきます。

それで、書記の方は、出た意見を机の上に置いております白紙のA4の紙に、ペンで記録をしていただければと思います。

それから、訪問診療の将来の需要増に向けて、地域で取り組むべきことという意見交換をいただくときに、参考までに資料3の中段の下のほうに、(1)、②の意見交換の例のところに意見交換の内容の参考の例を記載しておりますので、後ほどご確認をいただければと思います。

続いて、意見交換で参考にしていただきたいデータとして、次の資料4から6をご用意しています。

まず、資料4なんですけれども、こちらが2025年における在宅医療のサービス必要量というものを記載したものでございます。このデータにつきまして、まず、真ん中の2013年の患者住所地ベースの訪問診療の実績が北多摩西部が、下から4番目になりますけれども、合計でごらんいただくと、3,259人です。

それで、その隣の列が、2025年の区市町村ごとの訪問診療の必要量としておりまして、同じように見いただくと北多摩西部は、合計で5,244人となっておりますので、計算しますとおおむね1.6倍ほどの必要量の増加というふうになります。

続いて、資料5をごらんいただけますでしょうか。こちらは訪問診療の受療動向のデータをおつけしております。

それで、数値が平成28年度の在宅患者訪問診療所のレセプト枚数で、国保分と後期高齢の分が入っております。

この資料でそれぞれ患者さんの流出入を示しておるんですけれども、見方を簡単にご説明させていただくと、一番最初の立川市をごらんいただきますと、患者住所地ベースとありますのが、立川市に住んでいる患者さんが、立川市の医療機関から訪問診療を受けたレセプト件数。こちらが6,193件と。

それで、立川市に住んでいらっしゃる患者さんが、昭島市の医療機関から訪問診療を受けたレセプト件数、これは隣に行ってくださいと、790件ということがわかります。

それから、下の医療機関所在地ベースをごらんいただくと、立川市に所在する医療機関が昭島市のところをごらんいただくと、昭島市に住んでいる患者さんに訪問診療を

実施したレセプト件数が、733件といったふうなことがわかる資料となっています。

こちらを見ていただければ、市ごとにどの市から、あるいは、圏域から訪問診療を受けているか。あるいは、どの市の、あるいは、圏域の患者さんを診療所が見ているかといったようなことがわかる形になっています。

それで、1枚、ちょっとお開きいただいて、2枚目の最後のところに北多摩西部への圏域ごとの動向も掲載しておりますのでごらんいただければと思います。

一応、昨年度ご出席いただいた方に、同じようなデータをごらんいただいたことがあるかもしれないんですけども、今年度、国のほうからまだこの新しいデータのほうが、提供がないことから、昨年度、お示ししたデータの数字から、更新ができていない状況でございます。申しわけありませんがご了承いただければと思います。

それから、次の資料の6をごらんください。こちらは、区市町村ごとにおめぐりいただくと、1枚目が在支診と在診療の数ですね。次から訪問診療を実施する診療所数といった形でそれぞれまとめております。

それで、こちらにつきましては、昨年度お渡ししたデータから、時点更新ができていますのでございますのでよろしくお願いたします。

それから、次の参考資料1と参考資料2のほうで、昨年度のワーキンググループの結果をまとめてございます。こちらは、後ほどごらんいただければと思います。

続いて、参考資料3でございますが、こちらは、先ほどお話をさせていただいたように、グループワークの後にご説明をさせていただきたいと思っておりますのでよろしくお願いたします。

それでは、駆け足で恐縮ですが資料7-1をごらんいただけますでしょうか。こちらで、外来医療計画につきまして、概要をご説明したいと思っております。

一番上の外来医療計画とはのところをごらんいただければと思うんですけども、今回、外来医療計画の策定の経緯でございますが、平成30年の医療法の一部改正がございまして、その中で、医療計画に定める事項として、新たに外来医療に係る医療提供体制に関する事項といったものを追加することとなりました。

このため、この外来医療計画の性格としましては、東京都が平成30年3月に改定をした東京都保健医療計画に追補するものという位置づけになっています。

計画期間は、今年度中に策定を予定しておりまして、令和2年度からの4年間を最初の計画期間とすることとされています。

続いて、その次の箱の外来医師偏在指標等の設定についてというところをごらんいただければと思うんですが、この外来医師偏在指標というものなんですが、こちらが、医師の性別、それから、年齢分布、患者さんの流出入などの要素を勘案して、人口10万人当たり診療所の医師数から算定される指標というふうになっておりまして、この指標の中には、病院の医師は含まれないということになっています。

この指標につきましては、国のほうで、全国全ての二次医療圏で医療圏ごとに算出され各自治体に通知されることとされています。

そして、その外来医師偏在指標の値が、全国の335圏域の中で、上位33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域と指定されることとなります。

国としては、この外来医師多数区域であるということ、新規の診療所の開業者の方に情報提供をすることで、開業者自身が既にこの地域には、診療所が過当競争の状態にあるというふうに判断をして、多数区域ではない別のところに場所を変えて開業してみようといった行動変容を促すということで、診療所の遍在率につなげていきたいということが目的となっています。

なので、国としても、開業の自由は保証されているので、開業を制限するものとか、開業規制を行うものではないということを強調しています。

次に、記載事項のところをごらんいただけますでしょうか。記載事項の国が定める記載事項の中でも、外来医療機能の遍在・不足等への対応という項目がございますけれども、この中に、ひし形で三つの項目が示されております。

このうち、真ん中の二次医療圏ごとに不足する外来医療機能の検討ということがありまして、その下に例示されているような①の夜間休日の初期救急、②在宅医療、③学校医・産業医・予防接種等に係る公衆衛生関係と、それで、④その他とありますが、これらのそれぞれの状況について、地域ごとに記載していくということになっています。

そこで、今回の在宅療養ワーキングの議事でございますけれども、在宅療養に関する地域の状況、こちらを今回、グループワークの中でお話をいただきますけれども、この中で出たご意見について、主なものをこの計画の中に盛り込んでいきたいと考えているところです。

実際にきょう、いただいたご意見がどのような形で計画の中に反映されるかというところをちょっとご確認いただければと思うのですが、次の資料7-2をごらんいただけますでしょうか。

こちらが、現在、策定を進めています外来医療計画の素案でございます。この素案の21ページから二次医療圏ごとの状況ということで、圏域ごとの記載をする箇所となっています。

さらにお進みいただきますと、29ページのところに、地域医療構想調整会議で出された意見というページがございます。

それで、現時点では、こちらが丸が並んでいるだけになっているんですけども、この在宅療養ワーキングと地域医療構想調整会議本体でいただいたご意見をまとめて、この圏域ごとに、ここに書き込んでいくというふうに考えています。

東京都からの資料の説明は以上となります。

○小関座長 ありがとうございます。

さっさと足早でちょっとやってしまいましたけれども、今の説明について、その場でまずは、グループワークのところではわからなければ聞いていただくというようなこともできるかとは思いますが、とりあえず今の説明でご質問がある方は、いらっしゃいますか。

資料として示されたのは、訪問診療とか診療所の圏域と仕事の行き来などが一応示されております。

それから、将来の必要量も示されておりますので、それにどうやって対応していくかというのが、グループワークの主題になるかなと、私は思っております。

では、早速、グループワークを始めたいと思いますけれども、グループワークは、最初に、もう皆さん、多分仕事に分かれていますので、自己紹介などは簡単に済ませていただいて、発表、書記、それから、記載を最初に決めていただいて、その後、グループワーク、ディスカッションに入っていただければと思います。

では、皆さん、よろしくお願いいたします。

私も一応、ディスカッションの中に入りますので、席をちょっと移動させていただきます。

では、よろしくお願いいたします。

(グループワーク)

○小関座長 そろそろ時間に近くなっていますので、発表の方、準備をお願いいたします。

と思います。

皆さん、よろしいでしょうか。

では、時間になりましたので、まだ、ディスカッションが続いているかと思えますけど、一旦ちょっと発表に移っていただきたいと思えます。1グループ大体4分程度でディスカッションした内容を簡単にまとめていただいて、発表していただければと思えます。

最初、Aグループの方、武蔵村山市かな、よろしくお願ひします。

- 吉野委員 武蔵村山市でクリニックをやっています、吉野保江と申します。よろしくお願ひいたします。

武蔵村山市は、現状として、まだまだ足りていない、診療所の数も少ないですという現状がありまして。

ただ、在宅支援診療所は、三つしかないんですけども、それを支援診療所ではない診療所の先生も、4軒ほど訪問されているというところで、皆さん、細々とやっていらっしゃるという感じですか。小関先生はすごくやっていらっしゃるんですけども。

それで、今後の方針として、去年新しく開業された先生もいらっしゃるの、一昨年でもですけども、そういった先生にちょっと訪問診療を少しずつやっていただくように、例えば、かかりつけの方が病院に入院して、退院されるときに、病院のほうからちょっとこの新しく開業された先生に声かけをしていただくとか、新しく開業された先生も、引き継ぎという形で開業されていますので、もともとかかっていた方を引き継いでいらっしゃるの、そういうこともできるということで、ちょっと掘り起こしをやっていこうというところですかね。

それと、在宅医療委員会というのを、2カ月に1回やっているんですけども、そういったところに市役所の方も入っていただいて、現状、ちょっと理解をしていただいた上で、ちょっと現在の主治医・副主治医制というのなかなか機能していない状況なので、そういったところに何らかの形でちょっと支援していただけないかということをやってはどうかという意見がありました。

現状としては、夜間のところのサポートもまだ足りていないんですけども、まだ、日中の訪問をやっているドクターの数も足りていないので、そこを今後、ふえていくであろう数に対して、開拓していくためには、やっぱりやっていない先生方に声かけをして、少しずつでもやっていただくということが大事なんじゃないかなというところでした。

以上です。ありがとうございました。

- 小関座長 ありがとうございました。

では、Bグループ、立川ですかね。

- 南雲委員 Bグループを発表させていただきます。Bグループは、私は、介護支援専門員の代表として出ておりますけども、医師会の会長の先生、あと、歯科医師会の会長の先生と病院の先生と行政の方になっております。

立川市の特徴としましては、病院が非常に多いというところがございまして、診療所等も新規の開設も多いと。訪問看護ステーションですとか、当然、歯科医師の診療所のほうの軒数も非常に多いという特徴がありまして、サービスとしては、比較的充実しているのではないかと。というところが、話し合いの中でございました。

また、ケアマネジャーの経験ですと、やはり利用者さん、患者様が多いということで、市外の事業所の訪問診療の先生方、あるいは、そういった法人の方の患者さんを紹介してくださいというようなことも多いものですから、ケアマネジャーとしても、非常にい

ろいろなところをお願いをしやすいというのがありますけども、一方、新規のところが多いというところで、数はいいんですけども、質という部分では、まだ、もう少しといったところも感じております。

特に、在宅のほうでのみとりも含めて、意思決定支援というところでは、やはり導入に当たっての最初の医師から説明と、あとは、ケアチーム全体の意思の統一といったものが大事になると思うんですけども、そういったところが、なかなか十分ではなくて、最終的には、医療機関に入院という形をお願いするということで、ご本人・ご家族の希望とは、ちょっと違うところになることもありますし、逆に、医療機関に入院することが決して悪いところではなくて、そういったところをうまく活用しながら、利用者の望む暮らしができるように、最期を迎えられるようにするのがいいのかなというような話が出てまいりました。

もう一方、在宅のほうの支援をしていく中では、確かに、在宅、みとりも含めたことを中心に行っている機関もあるんですけども、そこと同じことが、全ての在宅診療所でできるかというところ、そうではないので、システムづくりがすごく大事ではないかというところ。

特に、夜間のやはり何かあったときに、すぐに駆けつけられる医師というのが、一般の診療所では、なかなか確保できないというところですので、例えば、医師会、あるいは行政と協力しながら、夜間の当番院な仕組みづくりなんていうのもあるといいなという話が出てまいりました。

もう一方、ひとり暮らしの高齢者も非常にふえているというところがありますので、そういった方々の支援、そういう方々を支援するための、今回、医療介護連携ではないんですけども、介護職のほうで、特に、在宅医師にまだなれていないというのがありますので、その訪問したときに、ご本人が亡くなったときに、じゃあ、どこに最初に連絡すればいいのか。かかりつけ医がいれば、在宅の先生がいればいいんですが、そこじゃない場合には、どこにどうすればいいのかということも、先生方の協力を得ながら、学ばせていただいて、一緒に連携を進めていければなというふうになりました。

以上でよろしいでしょうか。以上です。

○小関座長 ありがとうございます。

では、Cグループ、昭島ですか。

○山上委員 昭島市で開業しております、山上と申します。今、ワーキンググループで話し合った内容としまして、自身もそうなんですけども、一人診療所が多いという現実の中で、24時間365日対応できるかというところ、なかなか現状では難しい状況ではあるんですけども、実質的に、在宅支援診療所に登録しておりますので、みとりもやっておりますので、そういうことを考えると、やっぱり訪問看護師さんとか多職種連携で支えてもらわないとなかなか難しい状況になっております。

ただ、現実的に訪問看護ステーションもやっぱり24時間365日の対応が難しいと言われてしまうところも多々ありまして、届け出では、24時間というふうになっていても現実的にマンパワーの問題とか、そういう人数の問題とかあって厳しいというふうに言われることも多いですので、どの職種もやっぱりその対応に対しては、対策が必要と考えられました。

あとは、開業医のほうも、昭島市は、特に、一般診療所が、訪問診療をやっているところは、非常に少ないような印象がありまして、やっぱりそういう先生方も巻き込んで参入しやすいような状況をつくらないといけないのかなというふうなことで、一つは、夜間とか、先ほどおっしゃいましたが、祝日とかのバックアップ体制ということで、病

院のほうにも協力していただいて、何かあったときのみとりとか、そういうことが医者
のほうも、その学会に行って、都内にいないこともありますので、そういうとき、現実
的には、やっぱり電話対応になってしまったり、あとは、ファクスで病院に紹介状を書
くというようなことを現実的にはやっているんですが、なかなかそういうときのかわり
の先生がいるというのは、医師会が主導してやっていただいたり、あるいは、その在宅
支援診療所以外にも、強化型の診療所があるんですけども、その先生方を実際、巻き
込めていないというのがあります。その先生方独自に、また、訪問診療だけをやっ
ているような状況ですので、そういう先生方にも助けをいただいてやれば、もう少し医療
資源を活用できるんじゃないかというふうに感じました。

あとは、保険診療の面で、介護保険のこととか、医療保険、どちらを使うかと。訪問
看護ステーションもよく聞かれることなんですけども、末期がんであれば医療保険を使
うとか、ふだんは介護保険を使うとか、家族の方も医療保険を使ってほしい、あるいは、
介護保険を使ってほしいというすごく希望がありまして、それは、自己負担の問題とか、
いろいろ金銭的なものが大きいと思うんですけど、そういうところで非常にそのやりと
りがもめることも現実的にはあります。

あとは、ACPの話が出たんですけども、みとりのときにどうしてもやっぱり家族の
介護状態とか、若い世代がサポートがないと、奥さんが、救急車を最期、呼んでしまう
というような事態もままありまして、そういうACPが十分浸透するような形を初めか
ら持っていけるかというやっぱり元気に闘って、がん治療をやっている人にそういう
話をしてくれるなという家族もいっぱいいらっしゃるものですから、そのタイミ
ングをどう納得して受け入れてもらうかというのは、まだ、日本では、そういうみと
りという形の考え方が浸透していないなというのはやっていて感じることでした。

以上です。

○小関座長 ありがとうございます。

続きまして、Dグループ、国分寺ですか。よろしくをお願いします。

○岩川委員 国分寺在宅ケアクリニックの医師の岩川と申します。よろしくお願
いいたします。

国分寺市としましては、まず、資源の状況と取り組むべきことに分けて考えまし
た。資源の状況ですが、医師会主導で在宅療養を支える会で年4回行い、意見を出し合
っております。

あとは、在宅医療推進の会を年1回行っております。今後は、その団地のコミュニ
ティーなどの代表の方にも、例えば、困っている方がいたら、教えてくださいなどの連携
ができれば、きっといいのではないかという意見も出ています。

患者さんの中には、私の事例でもありますが、在宅の依頼方法自体をわかっていない
方もいらっしゃるしまして、どこに相談したらよいかわからない方も中にはいて、もう大
変になってからいらっしゃる方もいるので、ちょっと調子が悪そうな方がいたら、地域
で早目にわかるような形がいいのではないかと考えています。

市内に病院は2カ所ありますが、遠くから立川病院様や、多摩総合医療センターさん
とか、ほかの市からの紹介もいただきます。

人口自体は微増傾向であります。高齢者人口比率としては25%ぐらいですが、人口
はちょっと伸びていますので、今後より困っている方がふえるのではないかというふう
に考えています。

あとは、外来が中心の先生もいらっしゃると思いますが、忙しい外来の合間に、在宅
医療を行うのはかなり難しい場合もあるというふうに思っていますので、そういったの

がうまくできるような方法があるといいなという意見が出ています。

または、先ほどもお話がありましたが、24時間、日中も夜間も頑張れるドクターというのにも限られていますし体力的な問題もあると思いますので、ここに関しては、重度の方に関しましては、訪問看護さんとか、ほかのケアの方との連携が重要で、最初に入ってくるのは、気づいてくれるのは、看護師さんとかほかの方の場合もあるので、そういった方がとても大事だという意見が出ています。

あとは、患者さんがばらけていると、薬局訪問調剤でも、訪問診療でも、また、看護でも、かなり移動に時間がかかってしまいますので、そこに関しては本当のことを言うのとまとまっているときっといいので、何かいい方法があったらなという意見が出ています。

国分寺市では、介護職種との連携に関しては、地域包括が6カ所ありますので、地域ケア会議を実施し、介護ニーズの把握をしています。

あとは、市民の方もこういった在宅でのケアや診療に関してのどういったものか、まだわかっていられない方も多んじゃないかということもありますので、どういった場合に必要になるかとか、利用していいのかということが理解できると、きっとスムーズなんだろうなというふうな話が出ています。現状は、見守りのネットワークなどでもう解決と考えています。あとは、認知症のサポートも大切と考えています。

今は、高齢者メインの在宅医療というものがテーマになっているとは思いますが、もっと若い方での医療的なケア児の方や知的障害などの方とか、精神疾患の若年の方もふえていますので、そういった方がすごく困っているケースもふえてきているので、これも課題と考えています。

取り組むべきことですが、今後は会議での多職種連携を進め、また、外来の先生と在宅医の先生での調整や連携も大切と考えています。

あとはまとめですが、高齢者以外の方のそういった若年の方への対応も大切と考えています。

ちょっとまとまりがありませんが、以上になります。

○小関座長 ありがとうございます。

続きまして、Eグループ、国立ですかね。お願いします。

○野村委員 くにたち富士見台在宅支援クリニックで主に訪問診療をしている野村と申します。うちのグループは、行政の方とそれと、個人病院の看護部長さんとあと、協力していただいたのが、災害の看護部長さんかな。意見をいろいろいただきました。

まず、国立市の医療資源ですけれども、結構訪問診療を昔から頑張っているクリニックがあったりして、ほかの市の資料と比べましても、訪問診療も多いし、訪問患者さんも多いし、それとあと、訪問看護ステーションも七つ立ち上がっていて、基本的に全て24時間対応をとってくれていますので、かなり市としては、充実しているのかなという印象を持っています。

それから、地理的に立川とあと、国分寺さんとすごく人口がいっぱいなところが接しているの、立川さんと国分寺市さんから訪問診療に来ていただいていますけれども、逆に、国立市からも隣の市に、結構行っているというデータもありますので、そこがさらに盛んに交流できればいいなと思います。

あと、災害の看護部長さんからいただいた意見で、例えば、大きな病院に何かで入院をした場合に、じゃあ退院をしましょうというときに、そのかかりつけの先生のところを頼って戻るのは、結構不安ですという患者さんが結構いらっしゃるということを聞きまして、その在宅支援診療所を標榜している訪問診療に来てくれる先生のところに帰り

たいのだという方が結構いらっしゃるようなので、そこを、かかりつけの先生としては、自分のところに帰ってきてほしいわけですから、そこをどうやって安心してもらって、とりあえず、例えば、私が考えたのは、かかりつけの先生は、近隣の在宅支援診療所をやっている先生と懇意にしているから、バックアップしてくれるので、安心して帰りなさいと言ってあげられるその関係づくりをぜひ国立市でつくれたらなと思っています。

そんなところですかね。すみません、以上になります。ありがとうございました。

○小関座長 ありがとうございます。

これで最後になりますけど、Fグループ、東大和、お願いします。

○野地委員 東大和病院の野地でございます。よろしくお願いいたします。

東大和市としては、今のところ、市役所と病院、それからホームケア、クリニックとかというところになって、市として、地域のケアのそういった推進会議というのを定期的にやって、その中で多職種が、皆さんで交流しながら、この在宅医療も含めまして、どうしようかということのを常に考えてやってきたせいもあって、非常に東大和市では、訪問ステーションの数は、多くないんですけど、皆さん、非常によく頑張っていて、うまく機能しているんじゃないかというのが、最初にまず、この資源の状況を見たときに、それを我々は感じております。

それで、あとは、東大和市の場合には、医師会の先生方になるべくこの訪問診療を行ってもらうように働きかけておまして、だんだんとこの数がふえてきているというのも一つ資源、これは、2番にも需要に対応した取り組みにも入るんですけども、非常に、徐々にふえているということが、一つ好ましいかなというふうに思っています。

あと、これは、2番目とちょっと重なりますけど、この訪問診療をされている先生のご意見としては、やはりスピーチのセラピスト、言語療法士が非常に少ないということが一つ。もう少し欲しいというのが、一番の、ちょっと資源の状況からして、それがちょっと不足ぎみなんじゃないかというのがありました。ほかの職種でも不足している部分はあるんですが、特に、STが少ないというのをちょっと感じられているというのが現状です。

それで、2番目のその需要に、これに不随しまして、需要に対応した取り組みということになってきますと、今後、この訪問診療がふえるということは、これは間違いない、疑いない事実でございますので、それにはどうするか。いろんな多職種が絡んでこなさやいけないんです。先ほど言いましたように、我々としても、その病院からこの訪問診療に出ていくということをやっぱり考えなきゃいけないので、病院のそういった職種をふやしていくというのも一つ。これは、無尽蔵にはふやせませんので、やはり効率よく、訪問医療にどう参加できるかということ、今、病院としても考えております。

その中で、一つ、今、我々の考えとしては、病院の看護師になるべく訪問看護を経験していただいて、セカンドキャリアにつなげられれば、非常に有効な人材の資源の活用になるんじゃないかというふうに考えております。

あとは、やはりこの今の状況からして、ちょっと東大和市の中では、なかなか精神の受け入れが非常によくないと。これは、北多摩西部医療圏全体に言えるかもしれないんですが、どうしてもちょっとかなり遠方のほうになってしまうので、そうすると、訪問診療の先生も一緒に同乗しなければいけないということになると、かなり時間的な余裕とか、いろいろな点で、今は、これが、ちょっと改善をしなければいけないかなというふうに思っています。

あとは、やはり訪問診療をお受けになった先生方からすると、突然、やはり夜間で急変とか、そういうのもございますので、当医院としましては、地域包括ケア病棟という

のがありますので、なるべくそこを利用していただくように、病院のほうも受け入れをちょっと考えていると。

以上でございます。

○小関座長 ありがとうございます。

各グループ、活発なディスカッションしていただいて、ありがとうございました。

今までの発表を聞いていますと、充足しているところと思われるところと、充実しているというふうにおっしゃる地域と、まだまだ不足しているという地域とが、どうも分かれているように思います。

そんな中で、今後、訪問診療の需要が増大するということに関して、皆さんが、いろいろ考えていらっしゃることに、大変重要な発表がありまして、これに対して皆さん、考えられていて非常にすばらしいというふうに思いました。

ポイントは、やっぱり多職種に連携して、どうやって一緒にやっていくかということと、それから訪問診療の診療所をどうやってふやしていくか。あるいはその診療所の数をふやす、あるいは、診療所一つでの訪問診療をふやすというために、どういうことをしていくかというところが、ポイントなのではないかなというふうにディスカッションを聞いて思っておりました。本当にどうもありがとうございました。

私からは以上です。

続きまして、東京都から多職種連携ポータルサイトということについて、お話をいただきたいと思います。よろしくをお願いします。

○東京都 それでは、最後に、参考資料3についてでございます。ご用意いただけますでしょうか。

この在宅療養ワーキンググループでの在宅療養患者さんのICTを活用した情報共有については、各地域でおのおの異なるシステムを活用しているということと、それから、業務がそれによって煩雑になるといったような課題、導入したのだけれども、なかなか利用が進まないといったようなことが、課題やご意見としていただいていたところです。

そうした皆様のご意見を踏まえまして、今、東京都医師会様と一緒に取り組ませていただいているのは、こちらの多職種連携ポータルサイトの取り組みでございます。このポータルサイトの具体的な仕組みをスクリーンでご紹介させていただきます。

まず、このポータルサイトですが二つ機能を設けております。

一つ目の機能が、多職種連携タイムラインの機能でございます。現在、地域で使われている多職種連携システム、こちらのほうでA、B、Cというふうにしておりますけれども、例えば、メディカルケアステーションであったりとか、カナミックであったりというような仕組みでございますが、これらを例えば、両方使っていらっしゃる訪問看護師さんがいらっしゃって、それで、自分のMCSやカナミックの中で、患者さんの情報の更新があったときに、このタイムライン上に、その情報が更新されますよという通知が出てまいります。

例えば、次のカナミックの仕組みでも、情報の更新がありましたら、このように、通知が来るといった形です。

そうすると、この通知をクリックをしていただくと、そのシステムのページに飛ぶ形になりまして、そこで患者さんの部屋の内容を確認いただいて、スムーズに患者情報にたどり着けるというような流れになります。

これによりまして、医療介護関係者の方の情報共有だけではなくて、例えば、複数の地域と連携が必要になってくるような病院ですとかでも、そういった仕組みを使って、情報を取得する際の煩雑さが軽減されて、病院でのMCSですとか、ファーミックとい

った仕組みの導入が促進されて、地域の医療介護関係者さんと病院のICTを使った情報共有の充実につながればというふうに考えているところです。

続いて、二つ目の機能でございますが、転院支援に関する機能でございます。これは、転院患者さんのいる病院、この図の中で転院元病院と呼んでいますが、受け入れる側となる病院の双方が、受け入れ患者さんのマッチングを行う機能になります。

それで、まず、スクリーンの中の転院患者さんによる転院元病院が、受け入れの候補となる病院をこの中で検索することができて、また、転院予定の患者さんの情報をシステムの中で、受け入れ候補となる病院で共有することができます。

それで、検索結果の一覧から、転院調整をしたい病院にアプローチするということができます。一つずつではなく複数同時にアプローチという形ができます。

それで、そのアプローチに対して、受け入れ側の病院ですね。こっち側の病院が、個別調整可ですよというような返答をシステムの上から行うことができます。

また、先ほど、共有した患者情報をもとに、受け入れ側の病院から、逆にアプローチをするというようなことも可能な仕組みとしています。

その後、それぞれ転院の詳細な条件などの個別調整を行った後に、マッチングが成立するという仕組みを考えています。

同じポータルサイトの運営に、この二つの転院支援とタイムラインの機能を設けることで、病院の方々にもぜひこのポータルサイトとそれから、そのMCSやカナミックといったような地域の仕組みも活用いただいて、ICTを用いて、地域の方と病院の方が連携の充実を図っていただければなというふうに考えているところでございます。

すみません、駆け足になりましたが、ポータルサイトの完成しました際には、皆様に、ぜひ改めて、ご説明させていただく場を設けたいと思いますのでどうぞよろしくお願ひいたします。

東京都からの説明は以上です。

○小関座長 ありがとうございます。

では、最後になりましたけれども、東京都医師会の西田理事より講評をいただきたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○西田理事 皆さん、お疲れさまでした。大変白熱した議論で、なかなか収拾がつかなかったかもしれませんが、冒頭にも申し上げましたように、ここで何かの結論をとということではございませんので、ぜひ続編を各地区の在宅療養推進会議で継続して審議していただきたいと思ひます。

きょうのお話を伺って、何点か感想を述べさせていただきたいと思ひます。やはりある程度、皆さん、どこの市も在宅医療資源は現時点においては充足している傾向があるということですが、今後に対応して、その一般診療所の在宅医療の裾野を広げていきたいという意見が多かったかなと思ひます。

それで、多くの市で、在宅医療の協議会は、やっておられるとおっしゃっていたかと思ひますが、東京都医師会で把握している限りにおいて、在宅医療の24時間のバックアップ体制を医師会として取り組んでおられるのは、先ほどもご発言がございましたけれども武蔵村山だけですね。

そこも主治医・副主治医制をとっているようなんですが、なかなか進んでいかないというご苦勞の話も先ほど出ていました。

これは、本当、どこの地区も同じことで、ほかの市の方からも、24時間体制のバックアップ、そこをご意見として出しているところが多かったと思ひます。

医師会として、やはりそれが、各地区医師会に求められている。ここは、やはり地区

医師会ごとにいろいろ資源のあれが違いますので、東京都とかということではなくて、各市で医師会が中心になって、ぜひバックアップ体制を構築していただきたいと思っています。

それで、それに対して、私も自分の地域でそういったことに取り組んでいるんですけども、なかなかルールづくりが難しいんですよね。

例えば、その主治医・副主治医制だと副主治医に何のインセンティブがあるのかとか、あとは、そのみとりを代行したときに、それをどう解釈するのかとか、診療報酬をどうするのかとか、そういったことがいろいろ問題になって、なかなかルールづくりができないということがございます。

そういったところにつきましては、東京都医師会としても、何か規範が示されるようなものを今後、模索していきたいと考えております。

それから、あとは、やはりこの話も結構出ておりましたが、在宅医療を専門にやっている診療所との連携体制ですね。ここも深めていかなければいけないと思っています。結構医師会に所属していない医療機関も多いんですけども、やはり彼ら自身、やはり診療所の窓口がございませんので、患者さんが歩いてきませんので、紹介を受けない限りはできないわけですね。

したがって、医師会の先生方との連携も非常に意識していますので、ここをうまく調整して、一般診療所、在宅医療専門診療所、あるいは、最近、中小企業も結構在宅医療に参入していますから、そういったところの総力戦で、これからふえていく在宅医療ニーズに対して対応していかなければいけないのかなということを思います。

それから、先ほどもおっしゃっていましたが、なかなか患者さんの住所地ベースで見ると、地産地消でなかなかうまくいっていない。ほかのところからの流入が非常に多いわけですね。特に、その施設医療については、もうほとんどの地区で外部からの医療機関が担っているわけですね。

そういったことも含めて、市内だけじゃなくて、近隣市を集めた協議会のようなものも、ぜひ年に1回でも、2回でも結構ですから計画していただきたい。アからクの取り組みの中の最後のクのところですね。近隣市区との会議体、そこは非常にまだ達成率が低いので、そういったこともぜひ今後考えていただきたいと思います。

以上、雑駁な感想を述べさせていただきましたけども、繰り返しますがくれぐれもまた、来年、ここでお会いするときまでに、十分な議論を地元で行っていただきたいと思います。

本日はありがとうございました。お疲れさまでした。

○小関座長 ありがとうございます。

それでは、本日予定されていた議事は以上となります。

事務局にお返しいたします。

○久村地域医療担当課長 本日は、グループワークでのご議論、それから、また、さまざまなお意見をいただきまして、まことにありがとうございました。

本日の議論の内容につきましては、冒頭から出てまいっておりますが、今、都が作成を進めております、外来医療計画の在宅医療に関する地域の意見として取りまとめて記載させていただきます。

また、来年度、東京都保健医療計画の在宅療養の部分につきましては見直しを予定しておりますので、そういった議論の中でも参考とさせていただきたいというふうに思っております。

それでは、以上をもちまして、在宅療養ワーキンググループを終了とさせていただきます。

ます。

改めまして、本日はまことにありがとうございました。