

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（区西部）

日 時：令和元年12月3日（火曜日）19時00分～20時39分

場 所：東京都医師会会議室

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。まだ、お見えでない先生もいらっしゃるんですけども、定刻でございますので、ただいまより、区西部圏域の「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、福祉保健局地域医療担当課長、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。それでは、着座にて説明させていただきます。

まず、本日の配付資料でございますが、お手元、次第の下段に記載がございます配付資料、こちらのとおりでございます。資料1から資料7、それから参考資料1から3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、事務局まで申しつけてください。

なお、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、マイクをお取りいただきまして、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。

まず、東京都医師会から、平川副会長、お願いいたします。

○平川副会長 皆様、こんばんは。担当の副会長をしております平川でございます。

きょうは、区西部の在宅医療ワーキングということで、本当にお忙しい中、あと、こんな遅い時間から、ありがとうございます。

また、日ごろから東京都医師会のさまざまな活動や事業に対するご協力、本当に感謝しております。

さて、本事業でございますけれども、地域医療構想の中での在宅療養、在宅外来機能を含めたものでございますけれども、これについて、きょうはグループワーク等々でご意見を賜りたいと思っておりますのでございます。

外来医療の数をどうするかって、結構これは難しい問題で、ただ病院の病床数って、比較的に見やすいと思うんですけども、外来の数って、適正な数ってどんなものかなって、わかりますかね。

実は、手前みそ、個人的な経験なんですけれども、私は精神科のクリニックをやっておりまして、平成になる前、開業して三十数年たつんですけれども、私が八王子の駅前でメンタルクリニックをやったときには、1軒もメンタルクリニックはなかったんですね。八王子は、結構、精神病院が多い地域だったので、精神病院が外来をやっているのかなとも思っていたわけです。1軒しかなくて。

それで今、現状どうかというと、令和の時代になって、八王子の北口駅前だけ、ここだけで、わずか数百メートルの範囲に十数軒、メンタルクリニックがあるんですね。

そうすると、前は1軒で足りていて、15軒になって、じゃあ、どこか潰れていくかということ、そうじゃないんですよね。どこも、それなりに患者さんは見えていますし、得手不得手のある先生もいるから、自分の得意な患者さんを診ているというわけで、適

正とか数でどうかと、なかなかわからないですよ。

じゃあ、その間に精神病院が潰れたかという、多少、元気がない精神病院もありますけれども、それなりにやっているというわけで、なかなか数を決めるとか、難しいのかなと思っています。

もう一つ大事なことは、今回、在宅療養の中でも特に大事な、訪問診療を含めた、そういったものが足りているかどうかということの議論になるかと思うんですけれども、これも数でいいのかどうかということですね。数が足りないのか、その機能が今、作り得ていないのかということを考えていかないと、足りないから、じゃあ、外部から新しい医療機関に来ていただいて、その地域に入ってもらってといっても、もちろん、いい先生もいらっしゃるけれども、中には時流を見て、今これが食べそうぞという、よからぬ企みの先生も来るかもしれない。

だから、数が足りないから、それをどうするかということについても、これも議論を要することで、できれば、やっぱり地域での、地産地消じゃございませんけれども、皆さん方、よく顔を知った先生方で、ちょっと工夫したり、半歩足を変えることによって、その仲間たちでその仕組みができれば、よりいいわけであって、ここでもまた数の議論で決めていくのは、ちょっとまた厄介な部分があるのかなと思っています。

そういうわけで、できれば私は、もう、本当に地産地消で地域連携というのが、東京都においても在宅療養、あるいは地域包括ケアの基本だと思っていますので、その他のことを含めて、ぜひ、議論してほしいと思います。

実は私、国のほうの医療需給委員会といって、医師の数を決める委員会も出ていますけれども、そこでも同じような議論があって、医者の方をどうするかとか、地域の開業医の数をどうするかって、なかなかやっぱり決め切らない。だから、せめて今回の取りまとめなんかを見ますと、とりあえず、この地域にはこれぐらい過不足があって、ここは結構多いから、先生方、ご遠慮したほうがいいんじゃないのぐらいの、そういった縛りで終わったんですね。その形で判断するということになるんですけど、そういうことを含めて、ぜひ、きょうの議論、貴重な時間ですけども、ぜひ、この中で、また顔の見える関係ができればと思っています。ぜひ、よろしくお願いします。

私、実は8時から八王子で、また、もう一つ、八王子医師会がNPOをつくってございまして、多職種連携の理事会がきょうあるもので、途中で中座しますけれども、ぜひ、よろしくお願いします。申しわけございません。

○久村地域医療担当課長 平川先生、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を申し上げます。

○田中医療改革推進担当部長 皆様こんばんは。医療改革推進担当部長の田中でございます。本日は、お忙しい中ご参加いただきまして、ありがとうございます。

この在宅療養ワーキング、3年目になりますけれども、昨年度までは病院と地域の連携ということで、病院から退院してきて、地域でどういうふうに情報を共有するかというようなことを、主に意見交換をしていただいていたかと思います。

今年度は、今、平川先生のほうからもお話がありましたけれども、外来医療計画の中で、外来というと診療所に患者さんが来る外来をイメージされると思うんですが、この計画でいう外来というのは、入院以外全部「外来」ということなので、在宅も入っているんですが、その外来医療計画のことがあるということで、本当に原点に戻って、「在宅療養に関する地域の状況」というのをテーマに、意見交換をしていただくことにしております。

数だけではないというお話がありました。まずは、数を客観的に把握するというこ

とで、いろいろデータもご用意をしておりますので、それをごらんいただいた上で、現在、それぞれの区市町村で在宅療養の資源が足りているのか、足りていないのか、また、将来、在宅の需用が1.5倍になるといわれておりますけれども、そうなったときにはどうなんだというようなことを、ぜひ、ディスカッションをしていただければと思っております。

こちらでいただきましたそういうご意見につきましては、後ほど、ご説明します外来医療計画の中に、地域の意見として記載をさせていただくことになっております。

また、東京都といたしましては、こちらでの意見を、さまざま今後の在宅療養の施策にも生かしていきたいと思っておりますので、本日はどうぞよろしく願いいたします。

○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、大場診療所副院長の渡邊先生をお願いしております。

では、渡邊先生、一言お願いいたします。

○渡邊座長 皆さんこんばんは。本日、座長を務めさせていただきます、中野区医師会の渡邊です。

諸先生方を前に、昨年に引き続き座長をさせていただくのも、持ち回りということなので、大変、役不足ではございますけれども、よろしく願いいたします。

本日は、先生方、大変お忙しい中、また、お仕事後のお疲れのところ、本会議にご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

最後に挨拶する者は、みんなが言ってしまったことを繰り返し言うのはなかなか難しいんですけども、先ほど、田中部長も、平川副会長もおっしゃっていたように、東京都の地域医療構想というと、何となく外来医療計画の話が話題に上がっているようですけれども、本日は、在宅療養ワーキンググループということなので、本来の目的は、地域の在宅療養に関する資源が、どのような状況にあるのか。また、将来、田中部長も言われたように、将来増加する訪問診療の需用に対して、我々はどのように対応していくべきか、それを現場の感覚で十分に討議させていただければというふうに思っておりますので、時間も、ワークショップだと時間が厳守ということで、時間が足りませんので、ぜひ、そういった意味で、現場での感覚でしっかりと論議ができれば、短い時間かとは思いますが、よろしく願いいたします。

本日は、どうぞよろしく願いいたします。

○久村地域医療担当課長 渡邊先生、ありがとうございます。

それでは、以降の進行を、渡邊先生をお願いいたします。

○渡邊座長 それでは、早速議事に入りたいと思います。

今年度は、在宅療養に関する地域の状況をテーマに、まず、地域の現状を共有して、将来増加する訪問診療の需用にどのように対応していくべきなのかを検討するワーキンググループということで、行いたいと思います。

前回以上に活発なご意見交換ができることを、私からもお願いしたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、東京都より、議事についてのご説明のほう、よろしく願いいたします。

○東京都 それでは、資料2から資料6と、それからお配りしております参考資料について、それから、外来医療計画の概要につきまして、ご説明をさせていただきます。

まず、資料2をお開きください。

まずは、今回の議題につきまして、1の今年度の意見交換内容のところをごらんいただければと思います。

(1)のところですが、今回の意見交換のポイントを、ア、イ、ウの3点設定してご

ございます。

(ア) 地域における在宅療養に関する資源の状況につきまして、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。また、本日お越しいただいています看護師様やケアマネジャー様など、多職種のメンバーの方からは、訪問診療について、日ごろ多職種からの視点で見た充足状況についてお話ししていただければと考えています。

また、(イ) のところですが、話し合った内容を踏まえて、将来増加する訪問診療の需用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えます。

それから、最後、こちらはあればですけれども、今回の区西部圏域全体で見て圏域の特徴や課題などがあれば、その場で意見交換をいただきたいということで、(ウ) を記載してございます。

それから、意見交換終了後ですが、(2) ですけれども、これはポータルサイトと書いておりますが、ICTの取り組みにつきまして、都が現在、東京都医師会と連携して取り組んでいるものでございまして、グループワーク終了後にご紹介をさせていただきたいと思えます。

また、今回の意見交換ですけれども、既にグループごとになっていただいておりますが、グループワークで行わせていただきます。今回、在宅療養に関する資源などの状況について意見交換を行うということで、区ごと、あるいは近接する区でグループを編成させていただいております。区ごとに、ご推薦のある方々につきましては、事務局のほうでその区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名ご推薦いただく形で、ご参加いただいております方につきましては、事務局のほうで各グループに割り振りをさせていただいております。

グループワークの流れにつきましては、資料、こちらをおめくりいただいて裏側にございます、4のところですが、グループワークのお時間を40分間設けてございます。その後、1グループずつ5分程度で発表をお願いいたします。

続いて、資料3をご用意いただけますでしょうか。

こちらは、先ほど申しあげました意見交換の内容につきまして、詳細を落とし込んだものになっております。まず、グループワークが開始いたしましたら、進行役と書記、発表役をお決めいただきまして、進行役の方が中心となり意見交換を進めていただきます。書記の方は、出た意見を机上に用意しておりますA4の紙に、ペンで記録をお願いいたします。

それから、訪問診療の将来の需用増に向けて地域で取り組むべきことの、先ほど申しあげた(イ)のところですが、意見交換をいただくときにつきましては、この資料3の下段のところ、(1)②の意見交換の例ということで、こちらのほうで記載をしてございますので、その意見交換の際の参考としていただきたいと思います。

続きまして、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から資料6をご用意してございます。

資料4をご用意いただけますでしょうか。

2025年における在宅医療のサービス必要量を記載したものになります。このデータについて簡単にご説明させていただきますと、まず、2013年の患者住所地ベースになりますが、訪問診療の実績が、区西部、4段目です。区西部ですと、合計で1万919人で、その隣の列が訪問診療の2025年の必要量となっております、そのままスライドしてごらんいただきますと、区西部は1万6,547人ということで、おおむ

ね1. 5倍の必要量の増加という形でなります。

続いて、資料5でございますが、A4横の資料になります。

こちらは、受療動向のデータをおつけしております。数値は、こちらは平成28年度の在宅患者、訪問診療料のレセプト枚数、国保分と後期高齢の分が含まれた数値となっております。この資料で、それぞれ患者さんの流出入を示したものとして、まとめております。

こちらにも簡単にご紹介しますと、上段の新宿区をごらんいただきますと、患者住所地ベースとございますのが、新宿区に住んでいる患者さんが新宿区の医療機関から訪問診療を受けたレセプト件数が1万5,592件。それから、新宿区に住んでいる患者が中野区の医療機関から訪問診療を受けた際のレセプト件数が584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きますと、新宿区に所在する医療機関が中野区に住んでいる患者へ訪問診療を実施したレセプトの件数が2,547件というような形が、そういったことがわかる資料というふうになっております。区ごとに、どの区から、あるいは圏域から訪問診療を受けているのかといったようなことがわかる形となっております。

一番最後のページ、裏面を開いていただいて、最後のところには圏域ごとの動向も記載してございますので、ご参考にいただければと思います。

一応、注意事項なんですけど、この受療動向のデータにつきましては、昨年度も同様の形でお配りしているものなんですけど、今年度、ちょっと国のほうからのデータが、まだ。今年度分のデータが来ていないものですから、昨年度お渡ししたデータの時点から、更新ができていないということは、ちょっとご了承いただければと思います。

それから、続いて資料6をお開きください。

1枚目をおめくりいただきますと、在支診、在支病の数、それから、次のページが訪問診療を実際に実施していただいている診療所数といった形で、それぞれ区市町村ごと、それから、右側のほうには圏域ごとの数字をまとめてございます。

こちらにも、昨年度、おつけしておりましたデータになりますけれども、こちらは、厚労省の国のほうから提供データが、今年度分が来ておりますので、時点のほうは、それぞれ下のほうに出典が記載してございますので、ご確認をいただければと思いますが、時点の更新をしているということで、よろしくお願いたします。

それから、参考資料1と参考資料2で、昨年度のワーキンググループの結果をまとめておりますので、後ほど、ご確認をいただければと思います。

続きまして、参考資料3は、後ほど、グループワーク終了後にご説明させていただきますので、その次の資料7-1をお開きいただけますでしょうか。

先ほど、今回のグループワークの主な意見については、今年度、都が策定いたします外来医療計画の記載をしますというふうに申し上げましたが、その外来医療計画について、簡単にご説明をさせていただきます。

一番上に、外来医療計画とはということで、今回の外来医療計画策定の経緯でございますけれども、平成30年の医療法の一部改正によりまして、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」を追加するということになりました。そのため、この外来医療計画の性格としては、都の平成30年3月に改定しております現行の東京都保健医療計画に追補するものという形に、位置づけになっております。計画期間は、今年度中に計画を策定する予定でございますので、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おります。

外来医師偏在指標とはということなんですけれども、下の次の箱のほうになります。

この外来医師偏在指標というものにつきましては、医師の性別、それから年齢分布、患者の流出入等の要素を勘案した、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形となっております。

この指標につきましては、国のほうで全国の全ての二次医療圏で、医療圏ごとに算出をし、各自治体に通知されることとなっております。そして、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っております。

国としては、この外来医師多数区域であるということ、新規開業者の方に情報提供をするということで、開業者自身が、既にその地域には診療所は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異を促すことで、診療所の偏在是正につなげていきたいということが目的です。ですので、国としても開業の自由は補償されており、開業を制限するもの、開業規制を行うものではないということ強調されております。

次の、下の箱でございます。記載事項のところをごらんください。記載事項の「国が求める記載事項」の中でも、外来医療機能の偏在・不足等への対応という項目の下に、さらにひし形で三つの項目が示されてございます。

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示されておまして、その下に例示されているような、①休日夜間の初期救急、②在宅医療、③学校医や産業医、予防接種などにかかる公衆衛生関係の状況につきまして、地域ごとに、この計画の中に記載していくこととなっております。

そこで、今回、このワーキンググループの議事でございます、在宅療養に関する地域の状況のグループワークの中で出された意見を、この計画の中にも盛り込んでいきたいというふうに考えているというところです。

実際にいただいたご意見は、どのような形で計画の中に反映されるのかというところについては、次の資料7-2をご用意いただけますでしょうか。

こちらが、現在策定を進めております外来医療計画の素案でございます、その素案の21ページからが、各圏域ごとの記載となっております。さらに、この29ページをお開きいただけますでしょうか。現時点では、丸が並んでいるだけですけれども、この在宅療養ワーキングと地域医療構想調整会議本体において、いただきましたご意見をまとめて、この圏域ごとのページに書き込んでいくということを考えております。

資料の説明は以上となります。

○渡邊座長 ありがとうございます。

これまで、東京都からのご説明につきまして、何か、皆様のほうからご質問等、ございますでしょうか。

ないようでしたら、それでは早速、グループワークのほうを始めたいと思います。

今回のグループワークにつきましては、座長である私も参加することになっておりますので、Aグループのほうに参加させていただきますので、どうぞよろしく願いいたします。

じゃあ、それでは、グループワークのほうに早速入りたいと思いますので、どうぞよろしく願いいたします。

資料3だったかしら。内容を見ていただいて、決めていただいて、グループワークのほうを開始いただきたいと思います。

(グループワーク)

○渡邊座長 今、白熱した論議がなされているところかと思えますけれども、ワークショップの大切な時間厳守というところがございますので、早速なんですけれども、時間になりましたので、発表のほうに移らせていただきたいというふうに思っております。

1 グループ約5分間で、15分程度で、このセッションを終わらせていただきたいと思うんですけれども。では早速、Aグループのほうからよろしくお願ひしたいと思うんですけれども、Aグループ、発表者の方、どうぞよろしくお願ひいたします。

○高松委員 東京都薬剤師会の高松です。Aグループの発表をさせていただきます。

まず最初に、在宅の資源の現況、こちらは今、中野区ですので中野区の現状なんです、中野区としては、中野区の在宅は不足しているという状況ではないのではなかろうかということなんです。

在宅医では、逆に、患者さんの取り合いをしているような状況も見受けられると。それを専門にしているような医療機関が、そういう動きをしているということもあるということです。

ただ、グループホーム、それから療養型の病床は不足している。

あと、今、訪問看護さんの状況は、少し過剰ではなかろうかということなんです、今後、恐らく在宅療養の患者さんがふえていくので、逆にちょっと多い部分ぐらいは、これから対応はしやすいのではなかろうかと思われま。

薬局に関しては、在宅にかかわっている薬局数、徐々にふえてはいるんですが、まだまだ積極的にやっているとは言いがたい状況。あとは、がん末期のときの緩和ケアにかかわるような薬剤、麻薬関係ですが、そちらは、やはりまだ扱っていない、できないというようなことを言っている薬局がありますので、これに関しては、ちょっと早急に何か対応を考えて、きちんと対応してもらうような取り組みを進めていかないとイケないかなというふうに考えています。

それから、なぜ在宅かということ、通院困難、それから最後は自宅でみとりというような問題があるようですが、やっぱり通院困難の方が一番多いのではなかろうかということです。

また、在宅で困っていることは、レスパイトをきちんとやってくれる病院、後方支援の病院なんか少し不足している。ここを、しっかりとやってもらえると、もっともって在宅もやりやすくなるのではないかということです。

また、先ほど、ちょっと薬局のお話をしましたが、薬局としては、2025年には全ての薬局はかかりつけになりなさいということになっていきますので、かかりつけ薬局を名乗った場合には、もう、必ず在宅は必須になってまいります。というところで、あと五、六年なんですけど、その間に整備をしていくということを、今、進めておりますので、薬局に関しての、まだ資源としての役割は、これからもうちょっと進んでいくかなというふうには感じています。

また、薬局で扱うような医療材料等、そういうところも、これから在宅に必要なものは充足をしていくということを考えております。

それから、行政側の方からちょっとお話があったんですが、中野区の在宅は今、進んでいるかどうかというのは、ちょっと施設数で見るとわかりにくい部分もあるのだけど、ということですが、それを実績数で、やっぱりきちんと把握をしていけば、少し見えるのかなというふうに感じております。

あとは、在宅の部分でも難病、小児の在宅のところ、それを診られる在宅の医師が、

いるはいるんですが、なかなか専門性があるので、そういうところをきちんと支援してくれるようなところと連携してやっていく必要はあるんだろうなというふうな意見も出ております。

あとは、複数科にかかっている在宅の方で、やっぱり専門ではないところを在宅医が全部診るのも、ちょっと苦しいかなというのがあるって、そういう専門の医師とどうやって連携をとるかということも、ちょっと課題として見えてきています。

Aグループの発表は、雑駁ではございますが以上になります。

○渡邊座長 ありがとうございます。

では、続きましてBグループのほう、発表のほうをよろしく願いいたします。

○溝尾委員 Bグループは新宿区です。私、東京新宿メディカルセンターの溝尾と申します。それでは、発表させていただきます。

新宿区の、まず、充足状況なんですけど、皆さんの意見を集約しますと、まず、大規模在宅専門の診療所、それがしっかり幾つかあるということ。それから、訪問看護ステーションが39もあるんですね、新宿区。実は、この在宅療養に関しては、看護師の役割が非常に重要だという意見が出ました。

それから、実際に病院から在宅へお返しするときに、紹介する在宅療養支援診療所で困ったことは、ほとんど今、ないんですね。以前、私、ここの病院で20年近く働いているんですが、以前は、多少そういうときもあったんですが、今はそういったことで困ることはありません。

そして、行政の相談ですね。在宅療養の相談件数が、以前は結構あったんですが、最近はかなり減ってきたと。以上、四つのことから、恐らく充足はできているんじゃないかなと。2025年には、需用が1.5倍になるということですが、それでも対応できるのではないかと。なので、意見がまとまりました。

一方、施設在宅、ここが、実はブラックボックスになっているんじゃないかと。誰がどうやって支えているのか。経営者が別の区であったり、かなり離れていることもございます。そういったところを、しっかりと対応できているのか。我々の中の意見の中では、看護師がそこもしっかり対応して、病院、入院につなげているのではないかと考えられています。

それから、医科と歯科との連携も、歯科医師会がかなり歯科相談員などを置いていただいて、歯科の在宅もしっかり連携できるようになってきたと。それを、効率的に運営するため、ICT連携「きんと雲」というのが、医師会を中心に、新宿医師会を中心に行われているんですが、これも徐々に、徐々に広がり始めて、かなり連携に、特に多職種の連携に役立ってきております。

そして、課題は、病院はかなり多いんですが、マイナー科の救急、これが実は何とか頑張っていて、それぞれの先生が頑張っていて病院につなげているんですが、これを、今後、医師会を中心にシステム化できたらなというところが、課題として上がりました。

以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。

では、引き続きまして、もう準備はできているCグループ、よろしく願いいたします。

○清水委員 Cグループは杉並区で、病院代表として荻窪病院の清水が発表させていただきます。

準備ができているんじゃないかと、何もまとまっていないので、どうしようかと思ったんですけど、主にAの資源の状況について話していました。

やっぱり、こちらのグループでも、医療に関しては1.5倍になるとはいえ、いけるんじゃないかなという読み。訪看に関しては、各区そうだと思うんですが、やっぱりどんだんふえていっている状況だと思いますので、むしろ取り合いだとか、過剰医療とか、過剰看護にはならないかということに危惧している状況ですが、むしろ介護側、足りない、不足しているものとしては介護側。それは開業医の先生で往診をやられている先生方の後方支援だとか、実際のヘルパーさんの高齢化だとか、先ほどもありましたように重度、神経難病とか小児難病の医療依存度の高い方の介護であるとか、やはりそういったところは、まだまだ足りていないよねというのは、皆さんと同じかなというふうに思います。

その不足している部分を補うためのICT化、各職種が連携できるようなICT化というのも、やっぱり必要だなと。杉並区は、まだ固定のICTというのがあります。そういうふうにICTを使って、医師がさらなるリーダーシップを発揮していればいいのかという意見は出ていました。

以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。

25分から予定していたんだけど、随分早く、皆さん3分ぐらいで終わってしまった。

活発なご意見交換、ありがとうございます。本日の各グループの発表内容、ちょっと伺いまして、私、座長としても一言、お話しさせていただきたいと思います。

やはり区西部に関しては、在宅医療、今の時点では決して足りているというか、医療側が不足しているという感じではないのかなと。むしろ、訪看に関しては3グループともかなり多くて、いささか取り合いなケースがあるのかなという。

そして、新宿区にもあったように、やはり、施設の問題は若干問題が、まだ。やはりグループホームだとか、療養型病床だとか、地域包括型病床というのは、国は示していますけど、そうじゃなくて、それよりももうちょっと下で、在宅で診られないような施設というのが、どうしても家族に全部任せるとするのは難しいような施設というのは、そういうようなものはやはり必要なのかなと。そういった部分は、やっぱり東京は、土地柄、そういったものがつくれないのかな、高くてつくれないのかなという感じがあります。

Aグループの中では、療養型病床群に入ってしまうと、月50万円ぐらい取られてしまうので、下手をすると。そうすると、急性期病院に入院していたほうが七、八万円で、月はずっと安いということになると、そこに誰が行くんでしょうかという、そういう話にもなりかねない。

だから、そういうような、ちょっと実地的な話をすると、ちょっとそういうリアリズムな話も出てきてしまう。

確かに、医療ニーズが非常に高いケースも、在宅というのは足りないかもしれないというんですけれども、実際には、数的に物すごくそれも少ないので、そういったところは、うまく連携が必要なのかなと。連携を取り合う必要が一番難しいかなと。

ICTのほうの話は、Aグループの中では、なかなか出てこなかったんですけど、なかなか介護職が、医療職との敷居が高いというんですけれども、本当にどの部分の敷居が高いんですかと。ただ、電話しにくだけじゃないんですかとか、伝えたいことを伝えられないというふうには、余りなかなか思えないんですけども、そういったところを何とかお互い改善しなきゃいけないねという話をさせていただきました。

私、外来医療計画の会議にも出席させていただいているんですけど、迫村先生もそうなんです。一緒に参加を。区西部は、医療がかなり偏って多いというような、区西部は

日本全国で2位でしたか。こんなことを言っちゃいけないんですけども。ですから、その形から見ると、医療ニーズはそんなに、この地域においては不足しているということもないし、今後も日本全国で2位のところが、偏在2位のところが不足するようになったら、もう日本全国終わりですから。

先ほど平川先生が言ったように、その計算の仕方というのは、非常に疑問は残るところもありますけれども、ある程度の妥協線で、ある程度の目安として、東京都のほうとしても、一生懸命データをそろえて、可能な限り自治体に近いような形で出しているとは思いますが、それでもやっぱり区西部は多い。

だから、そういったところで我々仕事をしているのも大変だなという気もしないでもないんですけども。そういった意味でいろいろな、本当に活発なご意見が伺えたんじゃないかなと思いますし、東京都のほうとしても、満足しているんじゃないかなというふうに思っております。

これを、きょうの皆様の発表の意見を、東京都のほうで、また、まとめていただいて、参考資料のほうに出てきたような冊子にさせていただけるんだらうというふうに思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

ちょっと長くても、あと5分、もう無理なので。早速、東京都のほうにマイクのほうを回していただきたいと思っておりますので。

続きますは、東京都のほうから、多職種連携ポータルサイトについて、情報提供がございましたので、よろしく願いいたします。

○東京都 それでは、最後に参考資料3をご用意いただけますでしょうか。こちらにつきまして、ご紹介をさせていただきます。

画面は、奥の、こちらの大きいスクリーンもごらんいただけますし、もし見えにくいという方がいらっしゃいましたら、天井のほうにも小さい画面になりますがございますので、どちらもあわせてごらんいただければと思います。

このポータルサイトの取組でございますが、この在宅療養ワーキンググループでも、それから、こちらのグループの親会になります地域医療構想調整会議におきましても、このICTを活用した在宅療養患者さんの情報共有に関しまして、例えば、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ようなことから、業務がちょっと煩雑なんだよねというような課題ですとか、導入はしたんだけど、なかなかちょっと利用が進まないんだよねといったような課題やご意見をいただいていたところでございます。

そうした皆様のご意見を踏まえまして、東京都医師会様と、今、検討を一緒に進めておりますのが、この多職種連携ポータルサイトの取組でございます。

具体的な仕組みのほうをスクリーンでご紹介させていただきます。

こちらのポータルサイト、二つの機能をご用意しております。まず、一つ目の機能としては、多職種連携タイムラインというものでございます。この真ん中の四角のところが、都が作成するシステムになりますが、現在、地域で使われている多職種連携システム、こちらの右側のほうにA、B、Cというのがございますけれども、これらは、いわゆるMCSやカナミックのことでございます。

ご自分のアカウント上で、これらのシステムの中で情報の更新がございましたときに、このタイムライン上にも、その更新という通知が来るという形になります。

更新された内容を確認したい場合には、このタイムライン上でクリックをしますと、自動的に各システムの患者さんの部屋に移行する形になりまして、スムーズに患者さんの部屋にたどり着けるという形になります。

これによりまして、例えば複数の地域と連携が必要な病院さんですとかにつきまして

も、情報を取得するときに煩雑さが軽減される。より、病院の中でのMCSですとか、カナミックといったシステムの導入が促進されて、地域の医療、介護関係者さん、それから病院の間のICTを活用した情報共有の充実につなげられればというふうに考えているところでございます。

また、タイムラインの2というのが、この下にあるんですけども、これにつきましては、在宅療養に関する関係団体さんからのお知らせ、研修のお知らせですとかシンポジウム、講演会をやりますよといったお知らせですとか、そういったことが表示されるような仕組みもございます。

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、それから転院元と、受け入れる側となる病院の双方で、受け入れ患者さんのマッチングを行う機能でございます。

こちらの具体的な仕組み、こちらのスクリーンでご紹介をさせていただきますが、まず、転院元病院、転院患者さんのいる転院元の病院が、受け入れ候補となる病院を検索いたします。そこで、転院予定の患者さんの情報を、システム上で受け入れ候補となる病院と共有することができる形となります。

検索結果から転院調整したい病院にアプローチをすると。これは、1個1個ではなくて、例えば複数の病院に同時にアプローチをするという形のことが、システム上でできます。

そのアプローチに対して、受け入れ側の病院が個別調整可ですよという、ある旨の返答もシステム上から行うことができます。

また、先ほど、こちらで登録していただいた患者さんの情報、こちらをもとに受け入れ側となる病院から、こちらの転院元の病院に対してアプローチするという、逆の矢印も可能な仕組みというふうにしております。

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ていただきました後、マッチングが成立というような形の流れになります。

同じポータルサイト上に、この二つの機能を設けることで、地域のシステムですとかポータルサイトを、ぜひ病院の方々にもご活用いただきたいというふうに考えておりました、ICTを使った地域と病院の連携の充実も図ってまいりたい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。ちょっと駆け足の説明になりましたけれども、ポータルサイトが完成しました際には、また、改めて皆様にご説明させていただく場も設けさせていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

資料の説明は以上でございます。

○渡邊座長 ありがとうございます。

多少、ちょっと時間がありますので、もし何か、全体を通じて何かご意見がある方、いらっしゃいますでしょうか。

Aグループさんは、大丈夫ですか。特にご意見は。

Bグループさんの中で、何かご質問、その他等。

Cグループさん、何かありそうな雰囲気。何か、どうぞ、もしありましたら。荻窪病院さん、大丈夫ですか。僕が生まれた病院です。

何か、ICTは、杉並区が一番最初に、一番多く進んでいたんですね、本来は。それで、途中で頓挫しちゃって、なかなかうまくいかなかったという話は伺っていましたけれども。

じゃあ、先生、よろしく願いします。

- 関根委員 最後にご紹介いただいた、このポータルサイトなのですが、今、東京都医師会を中心に、病院の情報を共有するシステムが始まっているかと思うんですが、それとのつながりは、どうなるんでしょうか。
- 渡邊座長 東京都医師会のやつですよ。医療ネットワーク。
- 関根委員 医療ネットワーク。
- 東京都 こちらは、簡単に申し上げますと、こちらの仕組みは、東京総合医療ネットワークですとか、あるいは地域医療ネットワークといわれる、ヒューマンブリッジとかありますね。そういったものとの連携、システム的な連携は、特段ないものになりまして、いわゆる、今、カナミックとか、メディカルケアステーションという形で、各地域の医師会様ですとかで使われているような、いわゆるSNSだとかで、情報のやりとり、チャットみたいな形でやりとりができるような仕組みでメディカルケアステーションとかあってあるんですけれども、そういった、いわゆる地域の医療・介護関係者さんで使われている仕組み、システムにつきまして、ちょっとこのタイムラインをログインしていただければ、それぞれのシステムからの更新の情報が通知として来るといような形のものになります。
- 関根委員 全く独立したものとしてつくるといことですね。
- 東京都 ポータルサイトは、そうなりますね。はい。
- 関根委員 長崎とかだと、それが、もう一緒になって、いろいろな地域でそうなっていますけど、そういうふうにはしないということですね。
- 東京都 そうですね。現状、例えば病院間で、あるいは病診で、そういった地域医療ネットワークだとかを使って情報をやりとりされている場合に、例えば、それらの情報を在宅の先生が、診療所の先生として病院からいただいたようなもの、例えばこの……
- 関根委員 こちらに載せて。
- 東京都 そうですね。MCSであったり、カナミックであったりとかで、多職種でやりとりをしていただくという形になれば、それもあるといった形でのつながりはあるかなとは思いますが。
- 関根委員 そうですね。多分、その二つ、二種類あって、どちらを採用するのかなと。それですね。別々で、八の字型でやるということですね。
- 東京都 はい。
- 関根委員 わかりました。ありがとうございます。
- 渡邊座長 関根先生、ありがとうございます。
そのほか、いかがでしょうか。もう、よろしいでしょうか。
それでは、本当に長い時間、ありがとうございます。
山本先生、どうぞ。
- 山本委員 中野共立病院の山本ですけれども、先ほど、うちのほうからもあったんですけれども、個人宅に伺うのと、施設とかグループホームとか、そういうところに行くと、点数をぐっと下げられるんですよ。それが、結構、施設でちょんちょんと診ているように見えるんですけれども、グループホームなんか、僕、行っているんですけれども、結構時間がかかるんですよ。
ですから、例えば、もう少しだけ、グループホームに行っても減算される割合を、もう少し甘くしてもらえないかなと思っているんですよ。そうすると、ほんとグループホーム自体、9人で入院棟を担当したりするんですけれども、そんなに、いっぱい診られて楽をしようという感じではないんですよ、実際は。結構、時間がかかって診ていますので。

それが、ちょっと改善すればなというふうに思っているんですけど。

- 西田理事 あれ、9人で違うんじゃないかなかったです。
- 渡邊座長 迫村先生が、一番……
- 西田理事 9人までと10人以上で、たしか違うんじゃないかな。
- 迫村委員 多分、何段階かにかわっていると思う。
- 西田理事 ですから、グループホームだったら9人までですから。多分、恐らく、特定施設段階では、少し高目になっていると思います。
- 渡邊座長 でも、全体的に普通の家庭に行くことの半額になっちゃいますから、少し大変な。

それとか、初めてグループホームができたときに、9人、ぼんち行って、最初のときは在宅を取れないので、往診を取らなきゃいけないんですけど、取れるのは1人だけなんですよね。9人のうち、誰にこのお金を全部つけたらいいのかって、分散するわけにはいかないの、誰か1人犠牲に。

そのときに、よく言われるのは、生保の人につけてしまって、それはまずいでしょうというね。そういう、ちょっとタブーになるところも、まだ、保健所のシステムでも、私はちょっと保険をずっとやっていて、支払基金のほうでも審査をやらせていただいて、やはり、まだ、むちゃなところはどうしてもあって、それは、ある程度、目をつぶっていただかないと、何か言われたときに、おまえ、どうするんだと言われても、ただ、はいはいとあやまるだけになっちゃって大変で。

そういったところも、東京都医師会さんから、ぜひぜひ上の、日本のほうに、国のほうに働きかけていただければなって。そうしないと、やっぱり在宅はなかなか厳しいかなというところもあるかとは思っています。

すみません。ありがとうございます。山本先生。

Cグループは、よろしいですか。大丈夫ですか。

では、ありがとうございます。では、最後に、東京都医師会のほうから、本日のご講評をいただきたいと思っておりますので、ぜひ、よろしくお願いたします。

- 土谷理事 東京都医師会の土谷です。活発なご議論、ありがとうございます。

少しお話ししたいと思うんですけど、資料5、いつも、私、これを使って話をしているんですけど、資料5（1/2）というやつですね。訪問診療の受療動向データ。皆さん、これ、議論、ディスカッションするときに、ごらんになったかなと思うんですけど、例えば、新宿区が一番上の……。もう、資料をしまっってしまった人もいられるかもしれませんね。帰ろうとして。

この一番上の数字がずらっと並んでいる一番右側のところに書いてある数字が、1万6,648人、これは新宿区の中で居宅の人ですね。居宅を受けている人の数です。新宿区で1万六千人の人が、居宅で訪問診療を受けている。それで、これをまた、ずっと左のほうにいくと、新宿区という、また上に書いてあるんですけど、これは、新宿区に住んでいる人が新宿区の医療機関から受けている人ですね。一番右側の1万六千人のうちの1万二千人が、新宿区の人、新宿区の医療機関から受けているということなんです。これで、大体74%ぐらいなんです。

同じように中野区で見ると、中野区は1万5,900人のうち1万500人、大体66%ぐらい。新宿区は74%で中野区が66%ですね。杉並区は67%。やはり、これは皆さん、70%とか60%で、これは結構高いほうなんです。住んでいる人が、自分の区の医療機関から受けているということなんです。

ところが、この一段下のところを見ると、同一建物と書いてあるんです。これ、

Bグループの指摘にもありましたけど、これは施設系ですね。山本先生も、ちょっと問題だと言っていましたけど、そのとおりですね。施設系は、同じように考えてみると、居住地特例というのはあるんですけど、それを考えるとわけがわからなくなっちゃうので、大ざっぱに考えてみると、新宿区の場合はおよそ22%です。中野区は、ちょっと数字を見てください、皆さん。一番右側の数字が1万4,802人、中野区に同一建物で訪問診療を受けている人は1万4千人いて、一番左を見てみると1万4千人のうちの1,495人しか受けていないですね。1割ぐらいです。中野区の施設に入っている人は、中野区の医療機関から受けている人は1割だけなんです。

だから、ブラックボックスとおっしゃっていましたが、本当に誰が何を診ているかが全然わからない状況だと思います。もう、本当におっしゃるとおりだと思います。

これは、別に区西部だけの話ではなくて、このワーキンググループをやっていると、どこでもそうなんです。ですから、居宅の人は、割と自分たちで診ていられるなという感じなんですけど、施設は今後、さっきから問題になったように、連携をどうするかといったときに、施設のほうの連携は、まだまだなのかなと思っているんです。

それから、あともう1点だけお話しすると、充足感について、皆さんおっしゃっていましたが、これは、どこも充足しているし、今後も大丈夫だろうという話でした。これ、東京以外でこの話をすると、医療需用、在宅にみんな戻せ、戻せと言っているわけなんですけど、確かに在宅の医療需用はふえている。じゃあ、その在宅の計画を立てますといったときに、今、現状これぐらいで、こうやってふやしていかなきゃいけませんと行政はたてるんですけど、ほかの県では、ふえるどころか、今、減っています。在宅。その支え手がいなくなっているところなんです。

座長の渡邊先生がおっしゃいましたが、区西部は医者がすごい多くて、住んでいる人は幸せだなと思うんですけども、医療機関も医師の数もすごく多いので、その点においては、数においては充足されているんだとは思いますが、今後は、皆さんと協力し合って、質を高めていってもらえたらなと思っているところです。

きょうは、どうもお疲れさまでした。

○渡邊座長 ありがとうございます。

それでは、本日予定されました議事は、以上となりましたので、ここで事務局のほうにお返しさせていただきます。

○久村地域医療担当課長 本日、長時間にわたりご議論いただきまして、また、貴重なご意見等々を賜りまして、ありがとうございます。

本日の議論の内容につきましては、冒頭から説明させていただいております、現在作成を進めている外来医療計画の在宅医療に関する地域の意見という形で、取りまとめて記載させていただきます。

また、来年度は、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、こちらの議論の中でも参考とさせていただければ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。改めまして、本日はまことにありがとうございます。