

第1回

東京都在宅療養推進会議ワーキンググループ

会議録

平成29年11月21日

東京都福祉保健局

(午後 4時00分 開会)

○久村地域医療担当課長 それでは、定刻となりましたので、第1回東京都在宅療養推進会議ワーキンググループを開催させていただきます。

委員の皆様方、本ワーキンググループの委員にご就任いただきまして、まことにありがとうございます。また、本日はお忙しい中ご出席いただきまして、重ねてお礼を申し上げます。

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、よろしくお願いいたします。

着座にてご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、次第の下段に、配付資料ということで記載をさせていただいておりますが、資料1から5、それから参考資料1から3となっております。落丁等がございましたら、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。

続きまして、会議の公開でございますが、本ワーキンググループ、会議、会議録、会議に関する資料等につきましては、公開とさせていただきますので、ご了承願います。

次に、本日第1回目の開催ということでございますので、お手元の資料1、委員名簿に基づきまして、委員の先生方、ご紹介をさせていただきます。

まず、東京都在宅療養推進会議会長の新田委員でございます。

○新田委員 新田です。よろしくお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 慶応義塾大学大学院、堀田委員でございます。

○堀田委員 よろしくお願ひします。

○久村地域医療担当課長 ジャーナリストの迫田委員でございます。

○迫田委員 迫田です。よろしくお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 東京都医師会理事、西田委員でございます。

○西田委員 西田です。よろしくお願ひします。

○久村地域医療担当課長 東京都歯科医師会理事、山本委員でございます。

○山本委員 よろしくお願ひします。

○久村地域医療担当課長 東京都薬剤師会常務理事、高松委員でございます。

○高松委員 高松です。よろしくお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 東京都介護支援専門員研究協議会理事長、小島委員でございます。

○小島委員 小島でございます。よろしくお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 杉並保健所所長、向山委員でございます。

○向山委員 お世話になっております。向山です。

○久村地域医療担当課長 なお、株式会社ケアーズの秋山委員、それから北区の小宮山委員でございますが、所用のため、おぐれていらっしゃるとの連絡をいただいております。

また、埼玉県立大学大学院の川越委員につきましては、本日、所用のためご欠席との連絡をいただいているところでございます。

続きまして、本ワーキンググループの開催に当たりまして、医療改革推進担当部長、成田より一言ご挨拶申し上げます。

○成田医療改革推進担当部長 皆様こんにちは。医療改革推進担当部長の成田でございます。本日は、大変お忙しい中、またお寒い中、東京都在宅療養推進会議ワーキンググループにご出席を賜りまして、まことにありがとうございます。また、日ごろから東京都の保健医療行政に多大なるご理解とご協力を賜りまして、厚く御礼申し上げます。

本ワーキングにおきましては、新田先生に会長をお願いしております、東京都在宅療養推進会議のもとに設置し、都における在宅療養の推進に向けた取り組みを一層充実させていくため、具体的な検討をお願いするものでございます。

このワーキングは、今日を含め4回予定しておりますけれども、救急医療との連携や、ICTを活用した情報共有・多職種連携、また、24時間診療体制の確保など、都における課題、取り組みの方向についてご議論をいただきたいと考えております。

また、東京都地域医療構想の推計では、平成37年の訪問診療の必要量は、平成25年の1.5倍が見込まれているところでございます。今後、区市町村において、きめ細かく需給状況を把握していただき、地域における取り組みにつなげてもらう必要がございます。都といたしましては、区市町村の取り組みを支援するため、需給の把握、将来推計、それらを踏まえた地域における仕組みづくりのモデル例などできないかと考えており、こういった点につきましても、ご議論をお願いしたいと考えております。

限られた時間ではございますが、どうぞご忌憚のないご意見をお聞かせいただければと思います。では、どうぞよろしくお願いたします。

○久村地域医療担当課長 続きまして、本ワーキンググループの座長でございますが、このワーキンググループの親会でございます、東京都在宅療養推進会議の会長を務めていただいております新田先生のほうをお願いしているところでございます。

新田先生、一言お願いいたします。

○新田座長 新田でございます。座長が務まるかどうかわかりませんが、やらせていただきます。ありがとうございます。

ずっと、東京都の在宅療養推進会議で、3年ですか、4年ですか、もう長いですね。長いこと東京都では在宅療養推進のため、さまざまなことを実はやってきました。中には、東京都が直轄してやったり、そして、あるいは、東京都医師会、あるいは歯科医師会、薬剤師会のご協力でもやることもあったし、で、あるいは、もう一つ、本日は、在宅の医療政策推進課でございますが、高齢対策課と一緒にやってる事業もあります。で、本日は、実は救急ですよ、救急の問題も出ておりまして、救急の課長にも、きょうは出席していただいて、また、本日は、救急というテーマでもやるようになっております。

そのように、一言で在宅といっても、こうした小さなところの会議で、きちっと進めていかないと、なかなか東京都全体の方向性が進まないなというふうに思っていて、それで、その中で、東京都が、こうしたワーキングをつくっていただいて、まことに感謝することです。ずっと、実はお願いしていたことですが、やっと、こういったワーキングがつくられまして、これから皆さんのご協力のもとで、何とか、もう本当に忌憚のない意見を言っていただいて、そして、進めて、親会に出して、そして承認等々、というふうにやっていきたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 新田座長、ありがとうございました。

それでは、これ以降の進行を新田先生にお願いいたします。

○新田座長 それでは、まず、先ほど部長からありましたが、議事の一つ目の東京都在宅療養推進会議のワーキンググループの設置ということで、初めての委員の皆様もいらっしゃいますから、何をこの会議でやるんだらうということも含めて、東京都から、事務局から説明をお願いしていただければと思います。よろしくお願ひします。

○藤田課長代理（地域医療連携担当） それでは、東京都在宅療養推進会議のワーキンググループの設置についてご説明をさせていただきます。医療政策部医療政策課の藤田と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

早速ですけれども、資料3のほうをごらんください。こちら、まず目的でございますけれども、本ワーキングは、東京都在宅療養推進会議のもとに設置いたしまして、個別の検討事項について、内容を掘り下げてご議論をお願いしたいと考えております。各回の検討の項目案でございますけれども、本日は、救急医療との連携、それから、ICTを活用した医療介護関係者の情報共有、多職種連携についてご意見を頂戴したいと思っております。後ほど、事務局のほうからご議論をいただく視点等については、ご説明をさせていただきます。

それから、第2回のほうにつきましては、在宅医療を推進する上で、やはり、24時間の診療体制の確保が課題というようなご意見も頂戴しております。そういった点を踏まえまして、今後の取り組みですとか、課題解決への方向性などについてご議論、ご意見を頂戴したいと考えております。

また、ご存じのとおり、在宅療養施策の実施主体は区市町村となっておりますので、都としましては、区市町村の取り組みを推進すべく、いろいろな視点を持って支援をしていく必要があると考えております。

その一つとして、需給の把握、それから将来推計などのモデル例ができれば、それを踏まえた区市町村の取り組みにもつながるものではないかと考えております。このあたりにつきましても、今後のワーキングのほうでご議論をお願いしたいと考えております。現時点では、記載のとおり、今年度は4回程度の開催を予定しております。また、今回、初めてのワーキングということでございますので、全体的な都の取組のほうを、ちょっ

とご紹介させていただきます。恐れ入りますが、参考資料1のほうをごらんいただけますでしょうか。

こちらの資料なんですけれども、平成30年度の在宅療養推進に向けた都の取組ということで、A4の横判の資料になっておりますけれども、こちらの資料、今現在、次年度に向けて我々のほうから財政当局のほうへ予算要求をしている状況をまとめた資料でございます。

時間の都合上、簡単にご説明させていただきますけれども、都のほうでは、在宅療養の推進に向けて大きく三つの柱を中心に、事業に取り組んでおります。一つ目は、左側の上でございます、地域における在宅療養体制の確保、二つ目が、右側の上でございます在宅療養生活への円滑な移行の促進、そして、三つ目が、資料右側、中段でございます、医療・介護に関わる人材の育成・確保、この三つの柱に加えまして、その下にあります小児等在宅医療に対する取組や看取り支援に関する取組、そして、左側でございます、東京都在宅療養推進会議におきまして、都内の在宅療養の推進に向けた協議等を行っているところでございます。

簡単にちょっと、ご説明させていただきますと、資料左側の上なんですけれども、こちらが区市町村への支援としまして、1点目は、黒い四角で書いてございます、在宅療養環境整備支援事業について。こちらは、包括補助というような形を活用した財政的な支援を行っております。

2点目なんですけれども、こちらが、区市町村在宅療養推進事業でございますが、こちらの事業、区市町村の取組に関する補助事業となっているんですけれども、一つ目の丸が、小児等在宅医療推進事業、そして二つ目の丸として、在宅医療と介護の提供体制の充実に向けた先駆的な取組への支援については、ちょっと小さい字で恐縮なんですけれども、例としてありますような、例えば病院救急車を活用した在宅療養患者さんの搬送体制の確保であったり、あるいは、在宅医療を担う人材の確保に関する取組など区市町村の取組についての財政的な支援となっております。

そして、三つ目の丸の別のところで、在宅医療・介護連携推進事業のうち、地域支援事業交付金対象外経費として書いてあるんですけれども、いわゆる、こちら在宅医療・介護連携推進事業の運営に関する取組、24時間診療体制の確保であったり、ICTを活用した情報共有、多職種連携の取組ということで、実は、こちらのウとエの取組に関しては、今年度までは地区医師会さんの取組に対する支援というような形で取り組んでおりましたけれども、30年4月からは、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体、全ての取組を区市町村のほうで中心となって取り組むというところを踏まえまして、事業のスキームを少し変えて、区市町村さんと地区医師会さんとで連携して取り組んでいただく取組に対して、財政的な支援を行っていくというようなことで、事業のスキームを少し変えた形で取り組んでいこうと考えております。

なお、補助対象経費で言いますと、例えば、ウの24時間診療体制の関係で言えば、

医師への手当だったり、謝金であったり、エのほうの情報共有のところであれば、ランニングコストなど区市町村さんの取組を支援していくような形で、このような形で取り組んでいくことと考えてございます。

右側のほうに行きますと、上のほうですけれども、在宅への円滑な移行促進に向けた取組としましては、こちら、入退院時連携強化事業では、人材育成・確保等に向けた研修の実施であったり、医療機関に対する財政的な支援として実施を考えております。

資料、右側中段でございますけれども、こちら、医療・介護に関わる人材の育成・確保としましては、研修等の取組を記載してございます。

資料、左側下段にございます、東京都在宅療養推進会議等の開催の中で、本ワーキングについて記載させていただいておりますので、次年度につきましても、ご協力を賜りたいと考えてございます。

なお、参考資料2枚目、1-2となっておりますけれども、こちらが現在の取組状況をまとめた資料となっておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

簡単ではございますが、私からは以上となります。

○新田座長 ありがとうございます。

恐らくここで少し気づかれた、私も気づいたんですが、在宅療養の推進に向けた都の取組の中で、在宅医療と在宅療養の、これは言葉がこう、分かれて使われていますが、実は、この会議も最初、親会議も在宅医療推進という会議でございました。でも、在宅医療をするために在宅療養、やっぱり介護、ケアも重要だということで療養という全体の大きな名前になっていることをつけさせておいていただきます。その中でさまざま、こういったような取組というふうに理解していただければよろしいと思います。

また、初めて聞かれた人は、これ、すごいことをやっているなど実は思うんだけど、何か、どうだろうということも恐らくあると思いますから、それは、おいおい、ご質問等を自由にしていただければというふうに思っておりますので、質問等をここでまず、今の説明について何かご質問ありますでしょうか。遠慮なく、じゃあ、お願いいたします。

この会では、なお、17時半に終わらせていただきますので、会議って2時間やると疲れちゃいますので、もう、1時間半ということで終わらせていただきますので、よろしくお願いいたします。

今のご説明、よろしいでしょうか。遠慮なく質問してください。

はい。どうぞ。

○向山委員 一番ちょっと気にかかっているところがあって、非常に、小グループで、深くきちんと検討していくというのは私も大賛成で、参加させていただいてありがたいなと思っているんですが。今、地域医療構想のほうでも、各圏域の中で、在宅療養を焦点にした話し合いをするということで、順次、各圏域で立ち上がっておりますので、こちらから出した結果との整合ですとか、また、あちらの会議で各圏域で出てきた結果の反映

という、というふうに整理というか、考えていただいていますのか、もしお考えがあれば。

○新田座長 わかりました。これは久村課長、いいですか。よろしくお願いします。

○久村地域医療担当課長 ありがとうございます。今お話ございましたのが、東京都、昨年、地域医療構想をつくりまして、その下に構想区域、二次医療圏ごとに地域医療構想調整会議ということで、病床の機能分野ですとか、連携についての検討を行っていただいているんですけど、なかなか、在宅、どの圏域でも在宅についてのご議論はあるんですけど、やはりテーマが広いもので、なかなか深掘りできないというところがございますので、今回、在宅に特化したひとつ、ワーキングをその圏域、二次医療圏でやりましょうということで、その調査会議の下に在宅療養、ワーキングということで、今、それぞれの圏域でご議論いただいているところでございます。

まず、今は、実際、第1回目をやっているところなんですけど、まだまだ最初でございますので、現状の確認ですとか、課題の提示みたいなどころではあるんですけども、できれば、在宅の取組、基本、区市町村ごとというところですけど、広域的な連携が必要になってくる場面があるかと思っておりますので、できれば、そういった広域的な連携のところまで踏み込んで、ご議論いただきたいとは思っているところです。

そういったところで、まず、このワーキングの結果というのは、それぞれ、その調整会議のほうにフィードバックするとともに、東京都の在宅療養推進会議のほうにもフィードバックしていただいて、そちらでワーキングで出てきた課題ですとか、あるいは取組の方向性なんかを、今度は全都的に眺めてみて、ご議論いただきたいというふうに思っておりますし、在宅療養、しっかりフィードバックするということは、ある意味、こちらのほうで具体的にご議論をといるところにもつながるかと思っておりますので、そういった関係性でご理解いただければと思います。

○新田座長 ありがとうございます。

では、少し先に進めて、またご意見等があれば、また後ほど伺うということで、二つ目の議題のほうの意見交換の話ですね。一つ、救急医療との連携についてということで、事務局、よろしくお願いいたします。

よろしいでしょうか。一つありますか。済みません、大丈夫ですか。じゃあ、まず、それで行きましょうか。よろしくお願いいたします。

○中新井田課長代理（救急医療担当） 事務局で、医療政策部救急災害医療課の中新井田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

まず、私からは、資料4-1ですね。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、こういったもので検討を行っていますので、ご報告、ご説明をさせていただきます。

まず、こちらの委員会ですけれども、1番で、検討対象というのをまとめております。こちらは、高齢者の搬送元実績から、主に①から④に分けてございますが、①が、自宅

で生活されている高齢者、そこには②のように在宅療養患者さんも入れた形で、高齢者全般で検討をしてございます。

その隣、③高齢者施設とか、④医療機関からの転院搬送については、別の委員会で検討が、③については、これから検討いたしますし、④については、検討が終わっているところでございます。

こういった中で、私どものこの検討委員会ですが、①の下のところでも四つの丸がございます。それぞれ高齢者のグループを分けて、それプラス②の在宅療養患者について、どうするかということで、こちらの表のちょうど中段ですね。救急医療に関する検討委員会としまして、二つ項目がございます。一つ目の丸は、在宅療養患者を含む自宅で生活する高齢者に共通する救急医療に係る施策について検討とあります。

もう一つは、在宅療養患者の急変時対応については、既存の取組との整合性を図りながら検討していきたい。私どもの協議会は、救急医療全般を協議する東京都救急医療対策協議会というのがございますが、その下の部会という位置づけでやらせていただいています。

一方で、在宅療養患者さんについては、東京都在宅療養推進会議のもとに、今回のワーキンググループのようなものもされておりますので、私どもとしましては、ちょうど資料中段右側でございますけれども、検討委員会、私どもの検討委員会と、在宅ワーキンググループが連携し、救急在宅に関する現状確認、共通認識の上、相互に施策を検討していきたいというふうに考えてございました。

こちらの検討委員会、既に設置は済んでおりまして、それが2番目の検討スケジュールになります。実は、第1回は、本年の4月27日に開催しておりまして、以降、これまでに3回、6月7日、第3回は7月3日、こちらで課題整理と施策の方向性について検討してまいりました。この内容は、中間報告として救急の親会であります救急医療対策協議会第1回を7月31日に開催したのですが、そちらで報告をさせていただいています。

これから、来週11月29日に第4回として、また小委員会を復活するんですけれども、こちらでは、具体的な取組として事業のスキームや、それに対する課題整理といったものを進めていきたいと考えております。

資料を1枚おめくりください。資料4-2でございます。左側、2の委員名簿でございますけれども、こちらは、主に救急医療と、あと在宅医療に携わっている方々に、メンバーと委員となつていただいています。

学識経験者の一番上、丸のあるところ、有賀徹委員長ですね、昭和大学病院などでも救急医療に携わられた先生でして、この先生を委員長として委員会を設けております。

学識経験者の2番目に、新田先生と、あと、関係団体のところでは、小島委員にも、私どもの救急の会議に参加いただいています。

あと、ご参考までに、在宅に関する先生と申し上げますと、学識経験者の3番目で太

田祥一先生ですね。もともと救急医療もされていましたが、今は形成クリニックで在宅医療に携わってございます。

そのほか医療機関代表として、新宿ヒロクリニックの英委員、あと関係団体からは、医師会からは平川副会長、あと、訪看の阿部理事、それから、関係行政機関としては、武蔵野市から、勝又副参事にもご出席いただいております。

資料右側、検討経過と今後のスケジュールということで、第1回では、高齢者を取り巻く救急医療の現状について、洗い出した上で第2回、第3回と進めております。以降、合計第6回の小委員会を予定してございます。

もう1枚おめくりください。資料4-3でございしますが、高齢者の救急搬送の現状ということで、簡単に触れさせていただきます。資料、左側、救急搬送人員の推移ということで、特に下線のところですが、高齢者が約9万8,000人増加しております。で、この傾向は今後も続くであろうというふうに見込んでおります。

そういった中、その下、初診時程度別の搬送人員ですが、高齢者は、高齢者以外と比べて中等症以上の割合が高くなっているという現状もございします。

それから、資料右側でございしますが、平均救急搬送時間については、65歳以上が、約2.1分長くなっていたり、あと、かかりつけ医療機関への連絡状況、これ、相談・往診のことで出したんですけれども、かかりつけ医療機関がある場合に、患者さん等が連絡した割合が22.5%であったこと。

あと、最後に、情報共有ツールということでは、救急医療情報キットというものがございしますが、その活用が4.2%であった等々が書かれてございます。こういった現状を受けまして、これまで私どもの小委員会でまとめたのが、次の資料となります。

資料4-4をごらんください。第2の高齢者の救急医療に関する現状・課題とございます。一つ目の丸として、救急搬送時間が長くなる理由としては、情報の把握や意思の疎通に時間を要している。二つ目の丸にありますように、あとは、患者情報の更新がなされていないのでということがございます。

それから、こちらの1、下から二つ目の丸にありますように、具合が悪くなったときには、ケアマネジャー、介護福祉士などの支援を受け、医療に速やかにつながられる体制の整備が必要といった課題が挙げられております。

それから、2番目の救急医療を受けるときでございしますが、通院が困難で自宅等で医療・介護サービスを受けている在宅療養患者等については、医療と介護の日常的な連携の中で支援され、入院が必要などときには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。

次の丸ですけれども、病状が変化して入院を必要とする在宅療養患者等を受け入れる医療機関を確保することが必要ではないかといったことが挙げられます。

それから、3番目の救急医療を受けた後につきましては、一つ目の丸、高齢者は、入院期間が長くなる場合があります。

二つ目では、入院患者の円滑な転退院に向けて、救急医療機関と地域の医療・介護関係者等で情報を共有するなど、連携強化が必要であるといったように整理しております。

これらの現状・課題に対して、施策の方向性をどうするかというのが、資料右側になりますけれども、在宅に関する部分で申し上げますと、まず、1の(3)です。在宅医療を受けている高齢者ということで、医療・介護関係者の対応力の向上を支援していくといったことや、情報共有に関しましては、こちらは、救急医療機関を含んでICTを活用した情報共有、多職種連携の強化の取組の充実といったことが挙げられます。

それから、2番目です。救急患者の受入体制の強化という点で、(1)医療または介護サービスを受けている高齢者。こちらには、在宅療養患者さんも含まれますけれども、かかりつけ医と入院医療機関との連携のもと、後方支援病床の確保、それから地域に密着した医療機関への搬送に取り組む区市町村の支援。こういったご意見、私どもの検討委員会でご意見をいただきながら、施策の方向性としてまとめさせていただきました。

在宅医療にかかわる部分を中心にご報告をさせていただきましたが、私どもの検討委員会での状況は、以上ようになります。よろしく願いいたします。

○新田座長 ありがとうございます。先ほどご説明がありましたように、今の救急医療に関する検討委員会ということで、それで在宅療養患者を含む等という検討がなされたわけでございますが、資料4-1にありますように、この在宅医療推進会議の在宅ワーキンググループについても、こういったような、まず第1回目をやりましょうと。救急のですね、という話にきょうはなっております、それで、本日これから、今までご説明がありましたほうを含めて、ちょっと集約、第1回目でございますから、どこまで集約するかって難しい話でございますが、救急医療に関する等の議論を行いたいと思っておりますが、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、今、当初の全体の説明と、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報告もありましたが、これから委員の皆様、自由に発言で行っていただければというふうに思っております。

最初わからないので、小島委員が、ここに出席していたんですね。私も出席しましたけど。

○小島委員 はい。

○新田座長 感想等も含めて、そこから皆さんの議論を聞きながら、やっぱり、ここは、こういったような、在宅のワーキングとしては、こういった意見をきちっと出しておいただほうが良いというようなことがあれば、ぜひ、お願いしたいと思っております。いきなりでよろしいでしょうか。

○小島委員 私、小島でございますが、私も、ちょっと、かすれかかっている記憶でございます、今もう一度、確認をさせていただいて、そうだったなというふうに思っておりますが、ちょっと、そうそう、新田先生にもう一度ここで言う救急ということ、きちんとっておかないと。

○新田座長 わかりました。了解しました。

先ほど説明で、僕も思い出して話していますが、資料4-1で、一番目の話、救急医療に関する検討委員会の丸の二つがありまして、ここの最初の在宅療養患者を含むという、含むというのは、これ、重要でございまして、これは高齢者医療と、高齢者の救急も含めてという話でございまして、これは、で、それを含む自宅で生活する高齢者に共通する救急医療というのが一つ。

そして、もう一つは、在宅療養患者、これは、もちろん高齢者の中の、通院が不可能な在宅療養患者が、急変時については、どのようなことをしていくのかという。ということでもいいんですかね。思い出しながら、ちょっと思っているんですが。

久村課長、どうぞ。

○久村地域医療担当課長 急変時も含めるんですけれども、病状変化時も含んだ……。

○新田座長 ということは、失礼しました。それって、どこかありましたね。病状変化と。

○久村地域医療担当課長 そうです。

○新田座長 もう一つ説明すると、在宅患者、あるいは高齢者を含めて、特に在宅患者ですが、3年前にシンポジウムを行った、在宅患者の急変とはというシンポジウムを行いました。そのときの話で、80%の方は、病状変化に伴った変化だろうということでした。20%は、まさに急変というのが、今、久村課長の説明ですよね。そこもちょっと、分けながら、在宅療養患者における病状変化に対したときに、どのようなシステムというのは必要なかというのが、またここで皆さん、ご意見を伺うと同時に、それで、その人たちが急変ですね。例えば、要介護3とか4とか、いろんな状況がありますが、そういった方が、突然の意識障害とか等々起こることが、当然ありますね。そういう場合にも、どうするのかとか、そういったようなさまざまな議論が、在宅にはあるだろうなというふうに思っておりますので、そこに伴うもう一つは、例えば、ACPのような話とか、もともとの秋山委員の救急車を呼ばない救急とか、というのものもあるだろうし、そういったようなことを含めて、議論していただければということでもよろしいですか。

はい。どうぞ。

○久村地域医療担当課長 すみません。今、先生がお話ししたような内容を資料5-1に、少し論点整理をしておりますので、少しこちらのご説明をさせていただきます。

○新田座長 じゃあ、お願いします。

○後藤（地域医療対策担当） 資料5-1、今後の都の取り組む方向性についてをごらんください。私、東京都福祉保健局医療政策部の後藤と申します。どうぞよろしく願いいたします。

こちらの資料5-1ですが、ただいま中新井田のほうから説明がありました中間のまとめを受けまして、在宅療養を推進していく中で救急医療の視点も踏まえて、今後、都が取り組むべき方向性につきまして、委員の皆様にご意見を頂戴したい項目をまとめたものになります。

まず、1番の高齢者の適切な救急受診についてでございます。参考資料2のほうを、ちょっと見ていただきたいんですけども、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中間のまとめというものなんですけれども、9ページ目をごらんいただきたいんですね。

大きな題目で、3、高齢者の救急医療に関する施策の方向性の注なしで、1、保健・医療・介護が連携した迅速・適切な救急受診の支援とありますが、そのダイヤのマーク、取組の方向性の一番下のところに、在宅医療・介護サービスを受けている高齢者という記載がありますが、そこに記載のありますとおり、医療・介護関係者の対応力の向上を支援することが、我々として必要だと考えております。で、その際に、まず、医療の側では、後方支援病院の確保の取組を促進する必要があると考えております。

そこで、後方支援病床を活用した取組の現状につきまして、参考資料3のほうをごらんください。意見交換用資料として横とじであるものなんですけれども、この1ページ目をごらんください。

まず、資料上段ですね、後方支援病床についての説明を記載しておりまして、資料下段のほうに、本年7月末に東京都が各区市町村に対して行った調査の結果を記載しております。後方支援病床を活用した取組を行っているのはまだ少なく、21区市町村という状況でして、そこで区市町村に取り組んでもらうためには、どのような方法があるのか。また、取組の際の課題として、どのようなことが挙げられるのかという点を踏まえて、ご意見を頂戴したく思います。

また、1枚おめくりいただきまして、2ページ目、こちらには病院救急車を活用した取組状況をまとめております。後方支援病床の搬送には、病院救急車を活用した搬送体制も考えられますが、現在、葛飾区、町田市、八王子市、そして今年度から江戸川区が取組を行っておるところです。

後方支援病床の確保につきまして、現状を簡単ではありますが、説明させていただきました。この取組によって、不良な救急出動にですとか対応の軽減にも資すると考えております。この取組の課題等につきまして、ご意見を頂戴できればと考えております。

次に、資料5-1のほうにお戻りいただきまして、ぼちの二つ目なんですけれども、今度は介護の側から、介護関係者の対応力の向上、そして、介護関係者と医療関係者との連携について、都としての取組を今、検討しております。

また、すみません、参考資料2の中間のまとめの4ページ目をごらんいただきたいんですけども、そちらの上から三つ目の丸です。高齢者の救急搬送時、患者等がかかりつけ医療機関に連絡した場合のほうが、平均救急搬送時間は1.4分、連絡しなかった場合より短いという結果が出ております。また、表の下の矢印の先にも記載がありますが、独居や老老介護で急な事態に対応し切れないこともあろうかと思っております。そこで、日ごろから在宅療養患者と接しているケアマネジャーさんや介護福祉士さんなどの介護関係者の方が、想定される病状変化なのか、それとも急変なのか、そういうところを見きわ

められるようにして、さらに、かかりつけ医や医療関係者と連携して、救急隊に的確に患者情報を伝えられるように、医療関係者と連携を強化するべきだと考えております。

また、介護関係者の対応力の向上及び医療関係者との連携について、どのような方法があるのか。例えば、研修を実施するとなれば、座学ですとか、実技ですとか、どのようなアプローチがよいのかなど、ご意見をいただければと思います。

次に、資料、また、すみません、5-1のほうにお戻りいただきたいんですけども。大きい2番のほうですね。円滑な情報共有についてというところがございますけれども、また、すみません、参考資料2のほうの中間のまとめのほうの10ページのほうですね。在宅医療・介護サービスを受けている高齢者に記載があるんですけども、ICTを活用した情報共有・多職種連携の強化の取組を充実する必要があると思います。

今度は、その5ページ目を、何度も申しわけないですけども、ご覧下さい。一番上の丸のところがございますが、東京都救急搬送患者調査によりますと、65歳以上の救急搬送時間は、全ての初診時傷病程度別で65歳未満と比べて長くなっております。また、現場滞在時間につきましても、65歳未満より1.4分長い22.0分となっております。また、次、上から二つ目に、救急医療情報キットありの場合は、なしの場合と比べて0.9分短いという結果も出ています。

その下の、また矢印の先の二つ目の丸のところに記載がございますが、高齢者の救急搬送に時間がかかる理由として、救急隊からは、傷病者情報の把握に時間を要することなどが挙げられておりまして、救急医療機関や救急隊と共有する際に貴重となる情報ですとか、また、その連携の方法についてご意見を頂戴できればと思います。こちらにつきまして、次の意見交換のテーマでもありますが、ICTを活用した情報共有・多職種連携についてのほうでも、ご意見を頂戴したいというふうに思います。

また、最後にその他ですね。これ、今、申し上げたもの以外についても、取り組むべき課題があれば、どんなことが考えられるかというところをご意見いただければと思います。

私からは、以上となります。

○新田座長 すみませんね。ご意見をいただきたいというのがいっぱいあって、それをまとめたものがないと、なかなか難しいなという感じもして聞いていたんですけども、今のご説明、一応、ありがとうございます。

まず、どこから――いや、ご意見等々を、ちょっとまとめていけばよかったね、やはり、正直言うと。一つは、今までいろいろ議論されてきました。そして、さらに、例えばここで、最初ありましたが、高齢者の適切な救急受診についてということで、高齢者急変、病状変化時における医療・介護連携対応力向上の支援というのが、一つ大きなテーマで、まず最初に言ったのは後方病床の確保と、そして、さらに言うと、現場介護関係者等の対応力等で、連携をどうするかということの、まず二つですね。まずね。という話にしましょうか。で、その後、さらにご意見等があれば、そこに、今、あと四つぐ

らいありましたよね、ご意見等がですね。で、そこを、ちょっと、進めたいと思います。

二つ、どちらでも結構でございますが、どうですか、まとめますかね。まとめてやると、なかなか最初、委員会の第1回ですから、やりづらいので、この介護関係者等も含めて、そこの辺から始めたほうがわかりやすいですね。いきなり後方病床をどうするかという議論をしても、なかなかやりづらい話ですよ、これね。というふうに思いますが、どうでしょうか。何かありますか。

では、どうぞ。迫田さん、どうぞ。

○迫田委員 すみません。新田先生と目が合ってしまったのがまずかったようで。ちょっとこう、クエスチョンマークが頭の中にいっぱいありまして、ちょっと幾つかしゃべりながら、ちょっと整理しながら、短く話させていただきます。

まず、問題は、高齢者の搬送元実績の在宅療養患者5%の話をするのかどうかということなんですね。例えば、ここでやるべきことが、在宅療養患者、高齢者で全部搬送されたうちの5%の人のことをどうするかという話なのか、あるいは、高齢者施設にいる方も含めての話までしたほうがいいのか、あるいは、自宅や外出、つまり普通に外来受診をしている人たちのことまで考えるのかというのが、まだ、ちょっとよくわからない。この5%だけ考えればいいというふうに理解していいのかということが一つと……

○新田座長 まずね。

○迫田委員 はい。

それから、救急車で運ばれたもちろん、不要な救急が多いことが問題だということもよくわかった上で、ただ、帰結というんですか、運ばれた後、どうだったのか。例えば、すごく軽症だったとしても、熱中症のことで、多分、早目の手当でよかった、最初は軽症だったけど、よかったという場合もあるかもしれないし、ちょっと、その65歳以上、全体の高齢者のというところで、全部くくってしまって考えていいのだろうかというクエスチョンマークが幾つかあるという。だから、いきなり後方支援病床の確保の話をするんだろうかというふうに、ちょっと、思ったりしました。つまり、そういうことですよ、多分。不要な救急というのは、一体何なんだということが、在宅療養の場合、とても考えておかなきゃいけないことで、それは一体何なのかということ、多分、話さなきゃいけないんじゃないかと思って、そういう意味では、後方支援病床というのがある、もちろん大事なんだろうけど、それかなということ。

あと、やはり、患者家族、あるいは、その周りに、もちろんここは、介護関係者と書いてありますけど、一番は家族で、どういうときに呼んで、どういうときに呼ばないかということ、やはり、もっとわかっている必要がある。あるいは、案外わかっている、在宅療養の人が救急車を呼ぶのは、案外少ないのかもしれない。これ、5%というのをどう読むかということだと思んですけどとかですね。あるいは、本当に、重篤な場合でなら呼んでもいいと言うかもしれないけれど、もう死に瀕していると言えば重篤と言うんでしょうけど、そのときは、逆に呼ばないというような考えもあるだろうと思った

りですね。あと、すみません、まとまっていませんが、浮かんだ疑問点を素人感覚で言わせていただきました。

○新田座長 貴重な意見ありがとうございます。ございます。貴重だと思って聞いておりました。

まず一つは、最初は、施設等は別委員会だから、これは外していいという。これはよろしいですね、まず。で、さらに言うと、5%以外の84%の高齢者を含む在宅と。これはどういたしましょうかね。

○久村地域医療担当課長 こちら、基本は在宅のワーキングでございますので、在宅療養患者さんを中心にしていただきたいと思いますけども、ただ、重なる部分ってあると思うんです。

○新田座長 了解です。はい。

○久村地域医療担当課長 ですから、多分、広がりが出てくるんだと思います。

○新田座長 わかりました。じゃあ、5%プラス広がるという話ということで、まず、よろしいでしょうかね。

それと、もう一つは、不要なということで帰結ですよ。そこですぐ、いわゆる、先ほどの後方支援病棟を持ってくるというのは、どうなるんだろうと。これは、まさにその議論はあったっていいと思いますね。ということですよ。

そして、もう一つの話で、これは、今度、逆に救急等に聞きたいんですが、不要な帰結とありますが、運んだ後の状態像の変化等々は、データはありますか。例えば、救急で運ばれますね。いろんな65歳以上、さまざま80歳、90歳いろいろあると思います。その中で、どの人たちがどのような帰結、例えば、そのまま在宅にちゃんと帰ることができるのかどうかという、そういう話だというふうに思うんですが、そのデータは、東京都としては、あるかどうかだけで、また、教えてください。どうでしょうか。

○中新井田課長代理（救急医療担当） その点については、以前お調べしたんですが、ちょっと東京都では持ち合わせていなかったと思います。

○新田座長 わかりました。

昨年から、私、横浜の救急の委員会の委員をやっています、横浜市が今、全調査を今やろうとしています。全部運ばれた症例と、そして、病院でどうなったかどうかという、この横浜のレベルでやろうとしているんですが、これは、ここで、必要があれば、また提案をしていただければという話で結構ですよ。どのような状況になるのかということで、必要であれば調査もお願いすると。どこまでお金がつくかわからないですけど、そこはそこでご意見を伺えればというふうに思っています。

ということで、迫田さん、よろしいですか。あと、家族等の問題とか、そういう話でしたかね。

○迫田委員 はい。介護関係者の対応力、医療関係者との連携はもちろんなんですけど、その一つ前に、家族というか、本人というか、そういうところは、ここで話すことなのかどうか、ちょっと、わかりませんが、最初は、救急なことと言えば、それが結構大き

いのではないかなと思いました。

○新田座長 わかりました。ありがとうございます。

きょう、堀田さんが早く退室しなきゃいけないので、退室する前に意見をもらっておきたいんだけど、いい。

○堀田委員 5時半までならいられそうなのに、どうしよう、私、余り今、どうしようという感じですが。今、資料5-1のこの2プラス1の三つに分けてある、この議論の立て方が、今、迫田委員のお話をお伺いしていても、一つは、QOLの向上に必ずしも貢献しないような搬送をどれだけ減らしていくかというような方向性が、一つ恐らくあるんじゃないかなと。その中に、ACPの話もあるでしょうし、今、迫田委員のご指摘のあったようなご家族も含めた対応がある。それから、そして、介護の対応力とか、そして、そもそもスクリーニングがもうちょっと適切にできるんじゃないかということも含まれるんじゃないかなと思います。

もう一つ、2は両方にかかるのは、今の2は、それにかかるんじゃないかと思いますが、もう、受けることは適切だとして、受けたものをより効果的、効率的にどう対応するかというような。だから、適切な、無駄などとは言いませんが、必ずしもご本人のQOLの向上に資さないような搬送を減らすためにはどうしたらいいだろうかというのが一つと、もう一つは、それ、受けたことは適切として、それを今よりも、より効果的、効率的に対応するにはということで整理されたほうが、もしかすると議論が進みやすいかもしれないなというふうに感じました。

○新田座長 ありがとうございます。だんだん議論がちょっと整理して、できそうな感じがいたします。

まず、救急搬送等、救急搬送がまずありきじゃなくて、やっぱりQOL等の向上も含めてという話でございますよね。そのためには、どのようなという、これはとても重要な話だというふうに思って聞いておりました。まず、そのあたりも含めて、少しご意見があれば伺いたいと思うんですが。

秋山委員、どうでしょうか。

○秋山委員 それで、先ほど在宅のワーキングなので、5%が対象だと断定的にされてしまいましたけれども、すみません、ちょっと。私は、もう在宅に入っている方たちは、それなりに医療者が、かかりつけ医が必ずいるはずだと。そういうときに、もちろん不要な救急搬送は、そこを避けてもらいたいと思うけれども、外来に通院中で、もう、そろそろこの外来も来れなくなりそうであるとか、在宅療養患者に移行するちょい手前ぐらいの人たちには、黄色信号というのか、そういうものが発せられてしかるべきと、外来の患者に対しての指導というのは、多分、非常に大きくあって、その方たちを含めないで在宅だけを対象にするのは、ちょっと、片手落ちではないのかなというふうに思います。それが1点です。

それから、先ほども家族の対応力というか、家族の捉え方、本人の捉え方というのは

とても重要で、今後の医療の受け方、介護の受け方は、本人の意思決定によるところが非常に、そこを大事にしようと言っているわけですから、そこはとても大事なんですけれども、私が仕事をしている新宿区は、非常に単身者が多く、家族、かわる人がいないとか、遠くにいたりとか、そういうことなので、やはり、本人がどう対応できるかという、本人の判断という。できない、意識消失というのか、そういう状態では、とても本人の意思を確認というのは難しい場合もあるけれども、本人が選んで、やっぱり救急車を呼んでいるので、その本人の対応力というのか、対応力というのは変ですけど、本人の、やっぱり意識が、意識としてはどうだったんだろうかなというパターンが非常に多いので、ちょっと、そこをどういうふうにここの中に組み込んでいけばいいのかと思うんです。

それと、全くちょっと、別にこの統計のところ、私は見えて、65から75までの人は、よっぽど、そうですね、心疾患、脳血管疾患で急変というのは、もう、もちろんあって、そこなんですけど、やっぱり、75以上の後期高齢の方々の搬送が、やっぱり多いと思うし、その中の分析というのは、すごい必要ではないかなと、ちょっと思っていて、その辺の区分けをどう解釈するのかというのを、ちょっとデータをそろえてくださった方に伺いたいと思います。

○新田座長 わかりました。

まず、当初の二つの問題点、極めて重要な話で、そして、統計データとして75歳以上の統計、搬送統計データが別にとってあるかという話ですが。たしか僕、あのときに、そんな質問をしたような気がするんだけど、どうですかね。

○中新井田課長代理（救急医療担当） 75歳以上の搬送データというのは、たしか、東京消防庁のほうのデータを、ちょっと当たってみれば出てくるかと記憶していますが、今回の中間のまとめでは、それは、ちょっと……。

○新田座長 わかりました。これは、とても貴重な話だというふうに思っていて、要介護率が進めば、65から70、75からというよりも、75歳からのほうが大変そのような搬送が多くなるということは、これは事実でございますから、やっぱり、そこに対して、もし何かの場合の救急になったらどうするかということは、きちっと統計として必要だろうなというのが、よろしく願いいたします。

もう一つ、在宅への移行の表中の5%の中の在宅だけじゃなくて、その前の段階で危ういか、この辺が危ない段階であるよねという、ここに対して、ちょっと含めようというのは、先ほど、そこも含むということでもいいですか。

○久村地域医療担当課長 そうですね。ですから、必ずしも5%に限定する話じゃなくて、それをデータにする段階で広げていただければというところです。

それから、もう1点、すみません。ちょっと、私も聞いていて、順番が逆だったかなと思ったんですけども、患者さんですとか、ご家族への普及啓発、理解促進の取組というのは、こちらの親会議といいますか、来週行います検討委員会、こちらのほうで議論

をすることにはなっているんです。それもありまして、ちょっと、そこはそれでということで、ここは在宅でみたいな形でお願いしたところなんですけど、本来であれば、ベースになって、その中で在宅はどうかという議論のほうが、わかりやすかったかなとは思いますが。ちょっと、そういう状況でございます。

○新田座長 了解です。そのような、確かにそうだと思いますね。

どうぞ、はい。

○向山委員 ちょうど土曜日に、災害訓練で区内の循環器系の病院へ行っていたんですけども、区民の方の意識の中で、特に、今、高齢化に伴って心不全がふえてきていると思いますが、やっぱりなかなかその病態で、1回入院してということになると、本当は、地域である程度やっていけるんだなという方でも、やっぱり、循環器になると弱ってしまうとか、それから、保健所で、西田先生もいらしていますが、難病で地域主治医の先生としっかり組んでいる患者さんはいいんですけれども、やっぱり、診断が大変だった方ですとか、かかりつけが専門医ということで、大学病院は何かあったら行けばいいという思考、なかなか、お気持ちはわかるんですけどね。だから、やっぱり、その——秋山先生、今おっしゃられたような、ちょっと手前のところで、やっぱり、かかりつけ医と外来の患者さんにやっていくのは大変なことなんですけど、その外来にいらっしゃるときからACPをどうつくっていくのかと、そこはケースワーカーなのかもしれないんですけども、そこは非常に大きな争点かなと。

それから、今、ケアマネさん、私の区内なんかでは世代交代の時期に入ってきていて、もともと福祉系の方がいらっしゃるので、やっぱり、病態の知識って結構大事だと思うんですね。やっぱり、そうじゃないと、オーバートリッジが、当然、かなりふえてしまう。ただやっぱり、その検査機会というのは、結構大変なので、今うちで考えていくのは、相互乗り入れで何かこう、掲示板で、例えば地域医療支援病院でも、こんなものを行っているというようなこと。少し、多い病態を挙げて、本当にいろんなところであり得る、病状悪化があり得るものを、少し取り上げていったほうがいいのかなというように感じています。

ちょっと、たくさん申し上げてあれなんですけど、後方支援病院、実はうちの区ならば、ほとんど実績がない。で、それは、今やっていらっしゃる在宅医の先生が、かなり連携をされていて、その中で事前におさまってしまっている。ただ、調整——在宅のほうの窓口では、やっぱり何かあったときに不安なので、実は、区民やご家族の方が後方支援があるということで、安心して在宅に入れる。それから、今後、在宅医をやっていらっしゃる先生は、もうステーションと、後方支援が必須の、これがあるなら参入してもいいだろうということなので、実績は少ないですが、大事な資源として使っています。

○新田座長 なるほど。そうか。杉並は、後方支援病院はないんだ。

○向山委員 いや、あるんですが……

○新田座長 あるんだけど、使えないと。

- 向山委員 はい。
- 新田座長 あ、そうですか。
- 向山委員 ほとんど使われていないです。
- 新田座長 わかりました。

今の話も含めて、ACPが本人という、かかりつけ医等ですね。そして、本人の意思決定と、これはこれで、ちょっときちんと別に話さなきゃいけない話ですよ。ということが一つあります。重要な話だと。

もう一つは、疾患の問題ですよ。疾患の問題と、これをどうしたら、これ、いつも、こういう考えと、疾患別にいくのか、症状別に行くのか、どうのこうのという話になってきて、とても難しい話になるんですね。そのあたりも、ちょっと整理をする。で、さらに言うと、在宅という先ほど秋山さんの言う、75歳以上、特に高齢者80歳以上の、それも含めて、さっきちょうど堀田先生も言ったんですけども、受けた後の適切な云々というのは、やっぱり、年齢とその病態像で違ってくるじゃないですか。で、その全てが病院で、全てがいいというわけでもないということも、結果としてあるわけでございますので、そのあたりのところも、救急ってとても重要なテーマなんだけれど、やっぱり、その後の受けた後にどのように対応するかというのは、これはやっぱり、何かの調査を含めて必要になってくるかもわかりませんね。ということだろうなというふうに思いますが、まず。まずは、よろしいでしょうか、そのあたりで、そこは。

何か、ほか、ご意見ありますでしょうか。

はい、どうぞ。

- 小島委員 介護関係者の対応力の向上という言葉がありましたので、やはり今、お話にありましたように、在宅に入っている介護職及びケアマネジャーなんか、何を知っていて、どういうときにどうすればいいかというものが、きちんと、ちょっと教えられていないかなということがあるかと思います。そして、そんなに完璧に医療知識を求められても困るところもありますし、つなげるということでもいいのかとか、あるいは、家族に近い存在ですから、ご家族の意識や、それから、本人の意向を決めるお手伝いをするところにいるのかということも、ちょっと確認をしておきたいなと思っています。

だから、医療の人につなげるというところの見きわめとか、それから、介護職のほうも時間的にも回数的にも入っていると思いますので、そこで見つけられる何かということ、やっぱり、研修としては必要かなというふうに思います。ただ、こう、病名がわかるとかではなくて、こういう状態が危ないんだよというような具体的な何かというのが、今まで余り、私たちの研修としてなかったというのかな。

- 新田座長 先ほどの都の取組の中での説明の中に、これは医療政策部の取組だけれど、高齢社会対策部はないんだよね。だから、その今の話がないんですが、実は、高齢社会対策部で、介護者の医療への気づきというのを、もう4年間、事業をやっているんです

ね、あれ。で、あれ毎年700人以上講義を受けて、医療の気づきですよ。ケアマネと介護者向けと別々に、毎回もう満員で、大変なんです。あの教科書をつくったことありますから、で、それは吐血したらどうするのかとか、単純な話から含めて、胸が苦しいときはどうしましょうとか、という教科書もできているんですが、それだけやっているんですが。実はそのアウトカムというか、その結果が見えないんですよ。はっきり言いまして。

その後は、例えば、訪問看護の人たちの気づきと全くそこは違うだろうし、で、ここに介護者の対応力が書いてあるんだけど、あるんだけども、そのことがちょっと、なかなか見えないんだけど、何かご意見ありますか。

いや、やれていないわけじゃないんですよ、実を言うと。

○秋山委員　なので、例えば、1年後にその職場にいるかどうか問題ではあるんだけど、フォローアップのアンケートをとって、その学んだことが、この1年の間に何かしら役に立った事例はあるのかとか、そういうのを具体的に帰ってくる家族が少ないかもしれないけれども、そういうフォローアップが必要なんじゃない。

○新田座長　ですよね。

○秋山委員　ですね。そして、役に立ったときと、全然役に立たずと、結局、何か後追いになってしまって、非常に失敗したと思う例と、で、それぞれに、なぜ、それがそうだったかというのを、そこまで考えていただかないと、次にもう、ただただ知識を何か聞いてよかったと思っただけで、行動が変わっていかない。だから、やっぱりフォローアップというか、アフターケアというかは必要だし、定着するまでにきちんとしないといけないんじゃないかと。ごめんなさい、すみません。

○新田座長　いやいや、わかりました。

これ、とても貴重な話なんです。例えば、ACPがあるにもかかわらず、救急隊を呼んでしまったという、よくありますよね。で、救急隊の対応としては、運ばない、運ぶことが救急隊でございますから、そこで心肺蘇生をしないで運ぶというのは、救急隊、そんなことはできないと。ですよね。そういった場合に運ばれた人の、恐らく誰が運んだかと。例えば、介護者が呼んだ、ケアマネが呼んだ等々を含めて、その結果どうなっているかを含めたものの統計もないわけですよ。正直言うとない、全くないと思うんです。そこも含めて、今の秋山委員の話は、そういう話だと思うんですね。そこも分析しないで、運ぶな、運ぶな、あるいは、運んだらどうするのと考えていても始まらなくて、きちっとそこを、せつかく東京都がお金を使って介護士のこれだけ養成をしているにもかかわらずという、その分析を救急という概念を含めてやったらどうかという、僕はそういう提案だと受け取ったんですが、これも一つ——きょう、東京都の課題ばかりですね。

はい、どうぞ。

○堀田委員　私、医療の気づきの研修がそんなに行われていたとは初耳だったんですけれ

ども、いや、でも、座学だけやっているんだと、ほぼ多分、意味がないだろうなと思うんですね。で、私、その救急の日ごろデータを見ているわけじゃないので、今、最も高齢者の救急で、例えば多い疾患について、先ほどからもお話が出ていましたが、多分、ACP全般も、介護関係者の対応力講座もいろいろとやられているんだと思うんですけど、もうその特定の疾患に絞ってでいいので、どのような症状が出たときに、どういう対応をすべきなのかというようなことを、何かそのガイドラインみたいなものをつくっていくとか、あるいは、介護職にとっても、日ごろの、この堀田というその利用者が、その疾患を持っているときに、こういう気づきの、もう、チェックをつけるとかみたいなものを具体的に、日ごろの記録の中に組み込んでおいていただけないと、講義を受けるだけでは、多分難しく、ヘルパー的に言っても、何かチェックが入っていれば、あ、何か堀田という利用者には、余分にこの5項目ふえたのねとかというふうになっていくと、実動するんじゃないかなという気がします。

○新田座長 ありがとうございます。たしか、間違っていたらごめんなさい、ケアマネにはワーキングは入っているんですけども、介護者研修に、ワーキングは入っていないです。ただ、座学だけですね。たしかそうです。今言われて思い出しました。大変、半日間かけてやるんですが、そうですね。だというふうに、思っているんですが。

今の話、特定の疾患に絞って、そのガイドライン等々。今、もう一つは、看取りの研修事業というのをやっているわけですよ。あれは、とてもよろしいですよ。看取りということで、ワーキングを含めて徹底して研修をやっていると。同じことを疾患としてやるという、そういうような提案で、さらに介護者がレベルアップすると。レベルアップするというか、気づきをすると。どうですか。

○小島委員 いや、私も——私のところではやりたくないですけど、ケアマネジャーに、あなたは救急搬送したことがありますかというアンケートをとってみて、そのときの手順はどうだったのか。本人が呼べと言って呼んだのか、いや、一度かかりつけ医に電話をして、こうだったのかという、その現場のありようを探って、どういう手順で呼んでいるかというのは探してみたいし、もしかして、きのう何々さん、運ばれちゃったんだってというのは、大概是、ひとり暮らしか、高齢者二人というので、もうどうしようもなく行っちゃって、でも、次の日に帰ってきたとか、今、皆様……。そういう搬送の実態というのを、こう、ちょっと介護側から調べてみると、すごくいい事例検討になるかなとか思います。みんな、それなりに、ちょっと苦労しながら呼んでいたり、やむを得なく呼んでいたりというのはあるかと思いますが、私が思うに、ケアマネは勝手に呼ばないと思うんですね。誰かに、いいよねとか——そのいいよねと確認とったのは誰なんだろうなという。まあ、ご家族かな。それとも……。医師かな。医師だと思います。

○新田座長 医師——はい、どうぞ。

○高松委員 すみません。私も、お話を伺っていて、恐らくケアマネさんたちが自分で判

断するとなると、その判断したときの責任とかも、あるじゃないですか。ですのでファーストトリアージレベルのものだったら、まだいいのかもしれないけど、急変時に、これをどう判断するかというのは難しいので、そこをやっぱり、いかに早く判断してくれる人と連絡をとって対応する、もしくは、画像か何かで映しながら判断を仰いだりとか、救急現場ではやられていることはありますよね。日本医大とか。何か、そうでもしないと、いろいろやっぱり、研修を受けても、いざ現場となると、躊躇も多いと思います。

私も、いろんなことをやるのですが、やっぱり、研修を受けているだけだと身につかなくて、実際にそういう体験をしたりとか、定着化をさせるのも、時間はかかると思うので、せめて、ファーストトリアージをどうするか。救急車を呼ぶか呼ばないかという判断が、何かの線引きができて、それをやらなかったからといって責任はないという何かないと難しいかなと思います。

- 西田委員 介護者——ただ、救急車、不要な救急要請を減らすために、やっぱりセルフマネジメントというのはとても大事ですよ。で、それがすごく日本人はできていない。例えば、イギリスは、とてもできているなんという話を聞くんですけど、そこら辺また堀田先生に聞いたほうがいいのかもかもしれないけど。だとしたら、どういうふうにそれをやっているのか、教育をやっているのかということ、私、すごく興味があるんですが。例えば、介護者の教育にしても何にしても、例えば、東京都のどこかで講座をやりますから集まってくださいと言ったって、そういうところに行くのは、割とレベルのもう高い人だけなんですよ。で、そうじゃない方たちのレベルを上げていくためには、何か地区、地区でやっていかないと話にならなくて、で、今、私が、在宅医療に対する取組として調布市を10カ所に分けて、というのは、地域包括が10カ所あるんですね。その圏域を毎月回って、そこにある集会所を使って、その地域の住民を集めて在宅医療の、講義じゃなくて座談会をやっているんです。こっちからの押し売り、知識の押し売りじゃなくて、向こうから、何がわかっていないのかというのを出してもらって、話をしているということをもう、3年ずっと続けているんですけども、それがじゃあ、効果が上がったかどうかと何も見えてこないですけどね。やっぱり、教育というのは、そういう形でやっていかないと難しいのかなという気がすごくしますのと、それから、先ほどから何度も出ていますように、救急搬送云々という話をするのであれば、とにかくデータがないと話にならなくて、ただ、今、救急搬送で得られるデータというのは、重症、軽症、中等症、それと最初見た医者^の診断名だけなので、これを後追いでいって、本当にそれが要か不要かということまで分析しようとしていくと、これはもう消防庁だけじゃどうしようもない話で、そこを横のつながりをきちっとつけて、新たな調査をしていかないと話にならないと思いますね。もちろん、救急要請も、もしかしたら有料化がやっぱりいいのかもしれないですよ。で、どこでしたっけ、フィリピンかどこかみたいに、救急要請が有料化だけでも、重症であれば償還するみたいな、そういうシステムも導入していかなくちゃいけないんだと思うんだけど、その前に、やっぱりベースとなる横断

的な調査というのは、非常に必要なのかなということを思っています。

それと、5%の人にしても、5%の予備軍にしても、一つ、やはり、かかりつけ——じゃなくて、医者がどれだけそこに対応できるかということが、すごく私はあって、例えば、私のおやじのころは、子供が熱が出たからと往診依頼されていたわけですよ。で、じいちゃんが、ちょっと、ぐあい——腹こわしたから往診してくれと。今は、そういった人たちが、全部救急搬送になっているんですね。

だから、今、在宅医療専門クリニックというのがたくさん出ているわけですけども、彼らは、そういう往診は一切できないです。契約した相手に対する訪問診療しかできないんですよ。だから、その部分、昔あったその部分を、どうやって医療科に、地域の医療に戻していくかというのも、大きな課題なんじゃないかなということを思います。

- 新田座長 今、西田先生から重要な指摘が二つありまして、まず、かかりつけ医との関係ですよ、これね。かかりつけ医が、やっぱり、かかりつけ医の機能を発揮しない限りはという話になるわけですね。かかりつけ医というのは、夜間も含めて、相談を含めて乗るぐらいの機能が必要だよ。
- 西田委員 やっていたんですね。それは当たり前ね。皆さん地馬力で。
- 新田座長 これは、きのうも日医のかかりつけ医の第二次のケアのワーキング——教育の中に、それを入れようと。誰でもいつでも相談できる機能というね。それが今の、きょうの救急との話になるだろうかなというふうに思いますね。
- 西田委員 そうですね。
- 新田座長 もう一つ、先ほど高松委員が言われた、ICTとの話は、ちょっときょうは、次にしますが、その、せつかくこの時代になったから、そういったようなこと、かかりつけ医がぱっと見たら、これはこうだよという判断が、やっぱり医者が判断している話だよ、こうではね。
- 西田委員 だから、そこにおいては遠隔診療みたいなシステムも、テレビ電話みたいなですね。
- 新田座長 あったっていいよね。
- 西田委員 あったっていいと思うんです。
- ・・・委員 スマホで動画なんか撮って・・・。
- 西田委員 そうですね。
- 新田座長 恐らく、遠慮しないで、僕は東京都からやらなきゃいけないと思うんですよ。地方——都道府県に遠慮しないで、これ東京都がやらないでどこも進まないの…。
- 新田座長 そうですよ。
- 新田座長 ええ。ぜひ皆さんの意見をもって、これはいいよね、課長。いろんな意見で大変だ。

○久村地域医療担当課長 まさにICTをどういうふうこれから進めていくかというのを、きょうの実は次のテーマと考えているんですけど、ちょっと時間がないところがありますけど、今後、本当に東京都から、そういう一つ仕組み、つくっていかないかなということですね。

○新田座長 わかりました。

それで、先ほど、かかりつけ医の話の、これの重要な点を、やっぱり、この委員会も含めて、ちょっと、やっぱり、きちっと詰めていきたいんですね。今後、やっぱりこれから需要と供給論があったり、体制論をやる中で、かかりつけ医の役割を何するののかということ、やっぱり、やっていかないと、次に進まない。

はい。どうぞ。

○迫田委員 私、今、西田先生のお話で、その地区の人を10に分けて、そこで座談会形式でと、これすごく大事だなと思ったんです。というのは、やはり、家族とか本人にとってみれば、救急車を呼ぶなんて一生に一回とか、二回とかというものなので、ほかの例を知らないわけですよ。で、今はまだ、先ほど、その後どうなったかというデータがない中で、実際に救急車を呼んで遠くの病院に行っちゃって、もう戻ってくるのが大抵ずっとそこにいつ放しで、どんどん状態が悪くなるとか、いろんな例を実は、先生方に、皆は知っているし、取材している、私なんかも知ってはいるので、私は、自分の父のときは、最後まで在宅だったんですけど、でも、ほかは、普通は知らないで、たった一度きりの自分の何かの急変とかいうときには、やっぱり、一番何か、救急車を呼ぶという一番こう、確実な方法を選ぶのは、当然なんですけど、だけれど、いや、ほかの人の話を聞いてみると、実は、救急車を呼んだ後、すごい大変だったということが、結構たくさんあって、それが、こう、やっぱり、お互いそんな話をしないので、多分、もちろんデータを出すということをきちんとするというのは、まず第一だとは思いますが、そういうふうに住民同士が、いろんな経験を話し合ったり、それをかかりつけ医の先生だったり、地域の医療職の人、介護職の人が話をするという場をたくさんふやすというのは、できるやり方としては、とてもいいんじゃないかなと、今、伺っていて思いました。

○新田座長 はい。どうぞ。

○山本委員 今の話につながるかもしれないんですけども、私の父親も、5年前に亡くなったときに、お風呂の中で亡くなっちゃったので、すぐに引き出して救急搬送に運んでもらったわけなんですけども、もともとやっぱり歯医者をやっていたから、非常に医者嫌いでもあったんですね。それでほとんど医者には行かないという状況で、時たま血圧が上がると、ご高齢のかかりつけの先生のところへちょっと行って薬をもらうというふうな程度だったものですから、何の医療情報も何もないわけですよ。そういう状態で運ばれると、やっぱり最後は私もちょっと、大変な思いをしたことがあるんですけども、ここで書いてあります救急医療情報キット、こういうものについて、一般に都民

の人がどれだけ知っているのかなというのが私は非常に疑問に思っているんですね。

この辺のことがわかっていれば、もうちょっと何とかなったのかなというふうに、今はちょっと反省をしているんですけども。救急医療情報キットが普及すれば、さっき、救急の搬送であったといっても、4%という数字から考えると、実はこの辺のことが都民に知られていないんじゃないかと思いますがいかがでしょうか。

○新田座長 はい、どうぞ。

○西田委員 私も、そこをちょっと思っていたんですが、この4%というのは、パーセントとしては低いんですが、この救急キットというのは、独居の人でないと余り使わない。だから、独居の方たちで、キットありだったのが何%だったかということが、すごく問題じゃないかなと思うんです。家族がいれば、余りキットはなくなっていていいわけなんですよね。そこがすごく知りたいですね。

○新田座長 このデータも、余りとれていなかったんですよ、実を言うと。これは、区とか、市町村単位でやっていた話じゃない、どうですか。北区はどうですか、小宮山委員。

○小宮山委員 北区でも、救急医療情報キットを配っております。独居の方もですけども、老老介護の方や障害をお持ちの方、ご希望の方にも、配らせていただいております。ただ、医師会の病院委員会の先生方と、このことを話題にしたときに、救急搬送されたときにほとんどお持ちになっておらず、見たことがないと言われたのが現状でございました。

また、配付してもきちんと活用できていないのも実際でして、中にかかりつけ医や緊急連絡先等記載する用紙があるんですが、ケアマネジャーや地域包括支援センターの職員が手伝わないと、書かないで置かれているということも、ありました。そのところを見直していかないといけないのではないかとということで課題として上がっております。しかしながら、この救急医療情報キットはかなり活用されると、最初に運ばれたところでは、緊急連絡先とか、どこの病院にかかっているかというところが、そこがわかるだけでも随分違うところがありますので、もう少し、普及はさせていけるといいのかなと思います。今後は、ICTを活用したり、いろいろなことができればいいんでしょうけれども、この年代の方、そこに紙を書いたほうがなじみがあって、あの筒はどこという話で、現場では展開しているような状況でございます。

○新田座長 はい、どうぞ。

○向山委員 実際に区民へ啓発するときというのは、やっぱり、地域単位で、本当決め細やかに、やっぱり、区民の方って、いろいろ調べると、どこの地域でもそうなんですけど、防災と救急搬医療には関心をお持ちなんです。ただ、具体的などころとなると、そこが怪しくなる。ただ、やっぱり支援者ですとか、救急対応はGPSで動いてしまいますし、結構異動がありますので、実際の単位はエリアなだけけれども、ある程度、ツールに関しては、やはり共通にしていけないと定着しないのかなというふうに考えてい

ます。

○新田座長 とても重要な発言でございますが、ツールがなかなか一本化しないのは、東京都の特殊な事情でございますが、脳卒中パスをつくる時に、結局、一本化しようとして八つぐらいでき上がっちゃって、結局、今、どこまででき上がっているかよくわからない。どうでしょうね。

○久村地域医療担当課長 12ぐらいです。

○新田座長 12ですね。あれも脳卒中パス委員会までつくって一本化しようとしたんですね。これは、でも逆にチャンスなので、今どこもやっていないので、やり始める前に、全部ツール化しちゃうか。

はい。どうぞ。

○迫田委員 いや、大田区は、私の母は、ひとり暮らしで大田区なんですけど、大田区は見守りキーホルダーなんです。で、見守りキーホルダーを母はいつも持っているバッグや何につけているので、もう、本当にあのキーホルダーさえあれば、その地域包括に24時間連絡が行き、そうしたら、そのところには、全部データがあると。

○新田座長 なるほど。

○迫田委員 だから、それは区によって違うんですね。だから、そこはちょっとわかりませんが、私は、それはとても便利なものだと思っております。

○新田座長 そうか。センター化しているんですね。北区は違うんでしょう。中に入れているんですね。

○小宮山委員 冷蔵庫の中に入れております。……。

○迫田委員 中に入れる。普通はそうです。

○秋山委員 でもあれ、冷蔵庫の中を救急隊が見ないですよ。

○西田委員 家の入り口に救急シールを置いて、それから、あと冷蔵庫にも張るようになっているんです。だけど、周知がうまくいってなくて、財布を入れていたという人がいました。

○小宮山委員 誰かいると、救急隊は冷蔵庫をあけず、その人たちに聞くので、それでもいいのですけれど。

○新田座長 いや、これもですね……。

○小宮山委員 連携がうまく……。 (どうしようか??)

○新田座長 救急隊というのは、統一すればちゃんとやる、仕事なんでやる場所なんですよ。これを見るようにとかね、言えば。だから、ただ周知していないだけの話ですから、だから、こういうところできちっと周知して、そうですよね。ですよ、救急ってそういう仕事ですよ。だというふうに、そこは信頼しておりますので。ただ、それがないと、ただ、ぱっと行ったりするから、よくわからないという話だけですよ。と思っております。

これも大きな話ですから、きちっとまとめていくということで、救急隊の話と一緒に

ので、どちらにまとめるかどうか、またそれはそれで話していただければというふうに思います。必要だということで、よろしいでしょうか。それをセンター化するのか、統一化するのかとか、いろいろな話があると思います。

さらに言うと、もう一つは、ACPの話はどこに入れ込むかです、これね。ACPをいきなりみんなにつくれと言ったって、これは難しいじゃないですか。ですね。今、そこからあたりの皆さんのご意見を、あと5分ございますが、意見を聞きたいと思うんですが。まだ、次回が、やっぱりかかりつけ医と在宅専門医等々、診療体制の話ですから、これ、また議論の継続をやりますけども、きょうは、30分で終わりたいと思いますので。何かご意見、そのあたりも含めて、いかがいたしましょうか。

はい、どうぞ。

○秋山委員 さっき、大田区の「みまーも」というか、見守りキーホルダー。で、その見守りキーホルダー、よくよく、持っている人に聞くと、それを持っていると、かばんを忘れてきたときに、ちゃんと自分のところに戻ってくるから、あのキーホルダーは便利だと、元気なお年寄りが結構ちゃんと地域包括にやってくると。そうすると、1年ごとに、それを更新するそのときに、データが書きかえられるという仕組みなわけですよ。で、そのときに、いざとなったらどうしたいという、ACPという、なかなかぴんと来ないから、いざとなったらどうしたいのかしらというのもあわせて聞いて、その中に入っていれば、例えばいいとか、そういう、こう、非常に身近な感じのコミュニケーションの中で、そういうものの意思確認とか、あ、そういうことをやっぱり聞いておかないと、倒れちゃって、いろんなものがくっついたら困るわという人と、いやいや、とことんやってくれという人と、やっぱりいると思うから、そのあたりのところが、つまり、ちょっと元気だけど、やや、ちょっといろんなものを忘れがちになって、あちこちで物を置いてきて、だけど見守りキーホルダーがあるので戻ってきたような経験のある、その予備軍ですよ。そういう人もキャッチした上で、データが整えられるとか、もしそれが・・・なんていったら、そこで更新がされるとか、確実にそこにかかりつけ医の名前を入れるとか、そういうことが、すごく大事ではないかと、具体的に。

○新田座長 ありがとうございます。

もう一つ、具体的にすると、東京都は、区市町村に命令型でできないんですよ、要は。本当なら、これ区市町村が全部やってくれと。で、やればいいんだけど、区市町村に任せると、やる気のある区市町村だけがやるという話に結果になる。大田区とかですね。北区もですね。ということですよ、要は。無理やりうなずかせちゃったんですけど。このあたりを含めて、包括補助とか、そういうことでうまく全体をつくり上げるとかということも考えていったらどうでしょうか。

○久村地域医療担当課長 そうですね。ですから、在宅、いろんな課題の論点があると思うんですけど、それぞれについてモデル的な考え方ですか、統一的な取組みたいなのを検討して、それを提示する。そして、財政支援のほうは、財政支援のほうでんやって

いくというふうな合わせ技で、むしろ、その他の取組を支援、推進ということになるろうかと思います。

○新田座長 ありがとうございます。先ほど、秋山委員から言いました、もう具体的なイメージで、こういうことでモデル事業をやると、そういうことでよろしいですね。

○向山委員 すみません。ちょっと1点だけ。

○新田座長 はい、どうぞ。

○向山委員 キットの中身の話になってくるんですが、在宅医の先生方って、本当に事前指示と予測をきちんとされているんですが、やっぱりちょっと課題だなんて、いろいろ地域ケア会議とかやってみるんですが、病院の先生方に出てきていただいて、在宅を想像していただいたり、何かあったら救急車を呼んでねと。その何かを知りたいんですけども、そこがあって、こういうところをやっぱり、結構課題なんですね。ケアマネさんも数が多いし、どうしようかということもあるんですが、ちょっと、病院のドクターたちに、どこまで在宅を想像してやっていただくかと。院長先生とか出ていらっしゃって、これはすごくあって。思い出すのが、北多摩で、行政だったと思いますが、キタノ先生が、もう地域ケア会議とか研修を東京病院とかに行って、出前で地域から病院に向いて行ってやるというような方法をとっていらして、やっぱり、その中にこのキットの話とか入ってくると、非常にこう、ドクターが身近に感じて、のっていただけるんじゃないかなと思いますので、ぜひ、病院の医師に関しても視野に入れていければと。

○新田座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○久村地域医療担当課長 先ほど、参考資料1-1で30の予定をお配りしたんですけど、その人材の育成・確保ところで、病院内での在宅への理解促進研修というのを、来年度新たに始めたいなと思っております。

それから、先ほどちょっとお話があった、在宅療養ワーキングにも、病院の先生には出ていただきたいということで、ちょっと我々、病院と地域との連携というのを重点的にやっていきたいなというふうに考えているところです。

○新田座長 はい、どうぞ。

○西田委員 自分のところの取組の話ですけど、いいですか。

○新田座長 はい、どうぞ。

○西田委員 そうなんですよね。例えば、介護保険の主治医意見書の書き方も、毎年研修をやっているわけですけども、全然、病院の先生は出てこないから、認定審査会でやっても、何か記載がむちゃくちゃだったりするわけですよ。なかなか病院の先生に講義を受けてもらえない。だから、やっぱり、行かなくちゃだめと。それと同じように、在宅医療についても、やっぱり、例えば医師会で何か講義をやったり、講演会をやったりしても、来ないんですよ。やっぱり行かなくちゃだめなんで。で、私は、近くの慈恵医大さんと、ちょっとその話をして、じゃあ、大学の中でやろうよということで、1

回目は私が行って、何か地域包括ケアシステムみたいな話を病院の先生たちを集めてやったし、みんな、ぽかんとして何言っているんだろうみたいな感じだったんですけども。で、それをシリーズ化して、今度は、情報提供書をこんな書き方はやめてくださいみたいなことをグループディスカッションで、病院の先生と診療所の先生でやると。で、3回目は介護意見書の書き方を病院でやるというふうなことを、今、始めています。やっぱり、そうやっていかないと、病院の先生、絶対出てこないんで、勤務時間も違うし、そもそも興味が全然ないから聞く気はないし、行かないとだめですね。

○新田座長 貴重な話でございます。これは、厚労省の全国在宅会議があるんですが、そこも、もう水平連携、地域水平連携という言葉を使って、中小病院と地域在宅という、もう同じ発想しないと、どうしようもないだろうということで、病院は何のためにあるかと。ちゃんと在宅に帰すためにあるんだよねと、結論から言うとそういうぐらいの発想ですよ。病院は病院で、病気を治すためじゃなくて、在宅へちゃんと、先ほどQOLという話もありましたが、そのことを保持して治すという、そのぐらいの病院の医師もという話に、結局なるだろうなというふうに思っていて、それを西田先生のような一つ一つの取組ですよ。それをどうやって、これをモデル化していくかということも話ですよ。

○西田委員 だから、地区医師会と基幹病院がどれだけそこをできるかですよ。

○新田座長 そうですね、そこもね。はい。さっきの在宅のワーキングなんか、そういうところへ持っていけばいいですよ。そうだよ。私、聞いていて思いました。単にワーキングやれば、次の発想はそこだなという気がして、先ほどの向山さんの質問ですが、だというふうに感じておりますが。

はい、どうぞ。

○高松委員 地域包括ケアのポンチ絵がありますよね。その中を見たときに、地域のいろんな在宅関係の方々の連携はできつつあるのですが、どうしても、地域の病院というのが、絵面には入っているんだけど、なかなかその接点がないというのが、ようやく最近気づきまして、薬剤師同士でも、薬薬連携を進め始めましたし、逆に先生方が進めていращやるような顔が見える連携をしていかないと、2025年の形づくりができないのかなと思います。

話は、ちょっと変わりますが、あと、かかりつけ医の話が出ましたが、かかりつけ薬剤師のほうが、もう、2016年の調剤報酬改定の際に点数化されましたが、一応、評価は出ているのと、あとは、24時間連絡はとれるように、薬局のほうはなっていますし、おくすり手帳にも、かかりつけ薬剤師の名前が入るようになっていきますので、一応薬局のほうは、形づくりは進んできてはおります。

○新田座長 ありがとうございます。きょう、山本委員が意見ないんですが、病院も口腔ケアと栄養をきちっとやってくれれば、在宅って楽なんだよね。本当はね。

○山本委員 やっぱり、地域に帰るときの退院のところですね。そういったところで、例

えば、我々が、歯科医師が聞かないんですよね、開業医の先生たちが。まず言ってくれない。で、地域でもそういう話をしているんですけども、なかなか、そこまでかかわってくれる先生がいなくて、それともう一つ、ケアマネジャーの方から、この間聞いてはったんですけども、地域で開業している先生たちがやるのは、開業医としての仕事だけで、その先生たちが、在宅に行くということはないんだよねと。在宅をやる先生というのは、在宅の歯科をやっている診療所だけがそういうのをやるんだというふうな認識でいらっしゃるというふうに聞きました。

ということは、そういう感じなので、ケアマネから我々開業医には来ないで、その在宅を専門でやっている先生方のところに行ってしまう。そうすると、かかりつけ医は、やっぱり、患者さん本人もそうですけれども、その周りの方、例えば家族の方であったり、そういったことを皆さん知っていますかと家族関係も知りながら、治療しているわけなので、本来は、在宅に移ったときでも、我々が行けるようなシステムになればいいんですけども、なかなかそこはまだ、うまくいかない。そういったところがあるのと、それから、先ほど先生がおっしゃった、口腔ケアの問題はまだいいんですが、栄養摂取、こういった問題に関しては、かなり歯科医は勉強不足だと私自身も認識していますので、これからになります。

○新田座長 ありがとうございます。正直な話、どうもありがとうございました。

もう我々、一緒にやっていきたいと思っておりますので。

5分過ぎました、失礼いたしました。大変お忙しい中で。きょうは第一回のワーキングで貴重なご意見、本当に貴重な意見だと思います。恐らく、きょうこんな意見になるだろうなんて想定していましたが、それ以上に、皆さんすばらしい、やっぱりこれを含めて基本にして、具体的にイメージ、具体的なものをつくっていくということによろしいでしょうか。

じゃあ、事務局にお任せします。

○久村地域医療担当課長 本当に、貴重な活発なご意見ありがとうございました。ちょっと、先ほど私、これを在宅限定みたいなお話もさせていただきましたけども、きょう、幅広くご意見いただきましたので、こちらをまた、来週の救急の検討委員会のほうに集約してあげて、また、それと連動してというふうな形でやっていければなというふうに思っております。

あと最初、秋山先生から外来の話出ましたけど、どういうふうに位置づけてやっていくのかというのを、ちょっと考えたいなと思っております。今度、この土曜日に在宅のシンポジウムやるんですけど、そのテーマが、入院時、入院前から始まる退院支援というふうな形で、新田先生ともお話しさせて――西田先生ともお話をしたとき、そこはひとつ外来がポイントだよねみたいなお話もいただいておりますので、ちょっとそのあたりも、進めていきたいと思っておりますので、よろしく願います。

ということで、事務連絡でございますが、本日の資料、机上に残していただければ、

ご郵送させていただきます。また、お車でいらっしゃる方、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。

また、すみません、ワーキングの発令通知、ちょっとまだおけているところがございますが、後日、発送させていただきますので、ご了承ください。

では、以上をもちまして、在宅医療推進会議ワーキンググループ、閉会とさせていただきます。本日は、まことにありがとうございました。

(午後 5時37分 閉会)