

平成30年度東京都地域医療構想調整会議
在宅療養ワーキング（北多摩西部）

日時：平成30年11月29日（木曜日）19時02分～20時41分

場所：東京都多摩立川保健所

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。定刻となりましたので、ただいまより北多摩西部東京都地域医療構想調整会議の在宅療養ワーキング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、東京都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、よろしくをお願いいたします。では、着座にて進め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、次第下段に配付資料ということで記載しておりますとおりでございます。資料1から4までと、それから参考資料1から3までをご用意しておりますので、落丁等ございましたら、お気づきの都度、事務局までお申し出いただければと思います。

また、本日の会議でございますが、会議録、それから会議にかかる資料につきまして、公開となっておりますので、よろしくをお願いいたします。

また、ご発言の際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。

それでは、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。東京都医師会、西田理事、お願いいたします。

○西田理事 皆さん、こんばんは。東京都医師会の医療介護福祉担当理事、西田と申します。

ご存じのように、平成28年に東京都で地域医療構想が策定されたわけなんですけれども、そこで論じられていることは、病床の機能分類と、それから必要量の算定といったようなことが中心になっているわけですね。では、その大事な在宅での受け皿をどうするのかということについて、まだ十分な議論がなされていないということがございましたので、昨年度から地域医療構想調整会議の下部組織として在宅療養ワーキングが編成されて、年に1回なんですけれども、こういう場をつくって。昨年度は地域の課題と、それから地域と病院の連携ということで、全体会議として、ご議論いただいたんですけども、なかなか全体会議ですと深掘りの議論ができませんので、今回は座長にお任せということですが、ほとんどの地域においてグループ討論とグループディスカッションという形で行われることになっております。

なかなか病院機能と違って、在宅の場合は非常に医療資源も流動的ですし、需給バランスの分析というのは、なかなか難しいところではございますので、十分この場で、今回地域と病院の連携について、少しでも深いご議論をいただいた上で、それを各地区に持ち帰っていただいて、さらに深掘りしていただくということをぜひお願いできればと思っております。

私からは以上でございます。ありがとうございます。よろしくをお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 西田先生、ありがとうございました。

続きまして、東京都より医療改革推進担当部長、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。本日はご多忙のところ、お集まりいただき、ありがとうございます。

皆様ご存じのとおり、在宅療養につきましては、基本的に区市町村の単位で行われるということになっております。区市町村のほうが主体的に取り組んでいただくものでございますが、一方でこのワーキングといいますか、この会議は、二次医療圏ごとに開催をするということで行っております。昨年度から、今、西田先生からもお話がありましたように始めたんですけれども、私どもとしまして、本来、区市町村ごとに進めていただくべきものを二次医療圏単位で、せっかく皆様にお集まりいただくに当たって、どのようなこととお話し合いしていただくのがいいだろうかということで、いろいろと頭を悩ませてきたわけでございますけれども、昨年度のこのワーキングでも課題の大きな一つとなったのが、やはり病院と地域の在宅のさまざまな職種との連携というのがなかなか思うようにいかないというようなことでもございました。やはり病院というのは必ずしも区市町村単位で患者さんが完結するものではありませんので、そういう意味で、やや広域的な単位での話し合いをする意味がそこにあるのではないかなと思っております。

その病院と地域との連携ということにつきましては、東京都のほうでもいろいろと取組をやろうとしているところでして、今年度、新たに始めた事業として、一つ、病院内での理解促進研修というものと、病診の連携の相互研修というのがございます。病院内での理解促進というのは、病院のほうに地域の先生とかが行っていただいて、在宅医療というのはこういうものなんだよというのを、病院の方々に講義などをしていただくもの。また逆に、病院の方々に患者さんの家に一緒に同行訪問をしていただいたりというのが相互研修ということで、今年度、新たに始めたところなんですけど、この北多摩の圏域では、複数の医師会さんのほうで手を挙げていただいているということで、大変ありがたく思っております。

本日のこのグループワークの中でも、そのような取組を既にされているような地域がありましたら、ぜひ情報提供などをしていただけると、より活発なご議論ができるのではないかなと思っております。

どうぞ本日、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、本日の座長をご紹介させていただきます。本ワーキングの座長には、おぜきクリニック理事長、小関雅義先生をお願いしております。

小関先生、一言お願いいたします。

- 小関座長 皆さん、こんばんは。昨年に引き続きまして、私が座長を仰せつかることになりました。まだ拙い座長でございますが、去年のこともちよっと思い出していただいて、議論していただければと思います。

今回は、西田先生からもご紹介がありましたように、全体会議ではなく、グループ討論というふうな形で意見をいただくというような形にさせていただきました。このほうが、意見が活発に出るといふふうに思われたのと、それから今回は課題の抽出とともに、できれば問題解決型の提案をぜひそのグループで、短い時間ではあるんですけれどもやっていたきたいということで、それだったら、やっぱりグループワークで課題一つも見つけていただいて、貴重な提案、提言、あるいはご意見、あるいは感想でもいいかと思うんですけど、賜ればということでさせていただきました。

その後、グループごとの発表もありますので、これを地域のほうに持って帰っていただいて、皆さんの参考にしていただくとともに、東京都の医療構想会議にも上げていただいて、参考にぜひしていただくような会議にさせていただきたいと思っております。皆さん、ご協力をよろしく願いいたします。

どうも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。

そして本日は、東京都在宅療養推進会議の会長の新田國夫先生にオブザーバーとして、ご参加いただいておりますので、ご紹介させていただきます。

○新田オブザーバー 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 新田先生にはグループワークの後、最後にコメントをいただければと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

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、座って、ちょっとやらせていただきます。今回は、地域と病院との連携ということで病院の先生方、もしくは在宅の先生方も参加されていると思います。あと行政の方も各グループに入っていらっしゃると思いますので、この中でグループワークを実施して、皆さんと先ほど申し上げたように、できれば問題を一つ、課題を一つ見つけていただいて、その中で解決策を模索していただくというようなグループワークにしていきたいというふうに思っております。

前回以上に活発なご意見、ご感想をぜひお願いしたいと思っております。

では、議事について、東京都より説明します。

○東京都 東京都福祉保健局の中島と申します。お配りしております資料について、ご説明させていただきます。

まず、資料2をごらんください。昨年度の在宅療養ワーキングの開催結果をまとめたものになっております。

資料の左側、開催日等につきましては記載のとおりでございます。昨年10月から今年の1月にかけて開催をしてございます。

当日の内容につきましては、右側をごらんください。開催初年度ということもございましたので、初めに地域医療構想について、それから本ワーキングについて、ご説明させていただいた後、参加者全員で討議する形式で意見交換を実施しております。意見交換のテーマは大きく二つ、一つ目が在宅療養に関する地域の現状・課題等についてと二つ目が地域と病院の連携ということでやらせていただいております。

テーマごとに出された意見につきましては、次の資料3をお開きください。各圏域での意見をそれぞれまとめさせていただいているのですが、本日の北多摩西部のまとめを少しご紹介させていただきます。

ページで言いますと10番のページをお開きください。右下に番号を振らせていただいております。こちらの北多摩西部、左側に在宅療養に関する地域の現状・課題等についての意見をまとめたものになってございまして、右側が地域と病院の連携についてとなっております。これに沿ってご紹介させていただきます。そのほかの圏域については、申しわけないのですが、時間の都合上、割愛させていただきますので、後ほどごらんいただければと思います。

この資料の中の本日のテーマとなりますが、この右側の地域と病院の連携についてのところで出たご意見や課題としては、病院と地域の連携は進んできているんだけど、在宅復帰後の生活支援という視点まではちょっと難しい状況になっているという課題であったりとか、意見ですね。それから急性期病院では、在宅への視点が足りていないということがあるといった課題や、院内の医師やスタッフの意識を変えていかなければならないというようなご意見。それから、退院支援部門のマンパワーが足りていないので、多忙な状況になっているといったような退院支援の面に関する課題などが挙げられておりました。また老健施設につきましては、レスパイトの機能の役割を十分担えるんだけど、なかなか利用率が上がらないといったような課題も出ております。

なお、本日も行っていただくグループワークについては、後ほど進め方をご説明させて

いただきますけれども、必ずしもこちらに記載の内容からディスカッションする内容を決めなければいけないというわけではありません。こういった意見や課題が出ていたということで、あくまでも参考としてごらんいただければと思います。

それから、きょうのディスカッションの参考といたしましては、もう一つ、参考資料の2をお開きいただけますでしょうか。こちらは本ワーキングの親会議となります地域医療構想調整会議の、ことしの第1回目の結果をまとめたものでございます。次の参考資料の3とあわせて、9月3日に開催されました地域医療構想調整部会でもご紹介した資料となっております。

まず、地域医療構想調整会議の開催状況についてなんですけど、北多摩西部についてはことしの6月26日に開催いたしました。今回の調整会議の議事なんですけど、平成29年の病床機能報告の速報値のご紹介と、それから地域医療構想の達成に向けた公的医療機関等2025プランについて、今回はプラン策定対象の病院から内容について、ご説明をいただきまして、そのプランについての意見交換を行って、地域の医療機関の役割などについて議論したものとなっております。

その会議の中で出てまいりました意見や課題についてまとめたものが、次の参考資料の3でございます。どの圏域でも在宅療養に関する事項、課題が幾つか出ておまして、今回の北多摩西部につきましては、この資料の最後のページになります。参考資料3の最後のページ、北多摩西部が左側に載っております。

在宅療養に関する部分として取り上げさせていただきたいのは、②の人材育成についてのところなんですけれども、地域包括ケア病床をサブアキュートとして運用しているんですけども、医師や看護師が在宅の目線を持っていないというご意見が、先ほどもちょっと、去年のワーキングでも出たということで紹介させていただいたんですが、この意見とかぶるんですけども、同じようにこういった調整会議のほうでも出ていたということで、紹介させていただきます。

そのほかの圏域については、恐縮ですが、時間の都合上、説明を省かせていただきますので、後ほどごらんいただければと思います。

戻りまして、参考資料の2の手前にとじております参考資料の1のデータ集についてなんですけれども、A4、縦のものになります。こちらについては、厚生労働省から各都道府県に対して提供されております医療計画作成新データブック、それから同じく厚生労働省がホームページで公開しております在宅療養にかかる地域別データ集などをもとに在宅療養に関する医療資源や看取りなどの実績、自宅死の割合などをまとめたものとなっております。

昨年度は二次医療圏ごとに集計したものをお渡ししておりましたが、今回は区市町村ごとにまとめたものでお渡しさせていただきます。今回のワーキングにおいて、直接関係のある資料ではないんですけども、地域において今後、施策、検討の参考としていただきますよう、この場をかりて提供させていただくものでございます。後ほどこちらもご確認いただければと思います。

戻ってばかりで恐縮なんですけど、資料4でございます。グループワークの病院と地域の連携についてという資料をお開きください。

グループワークの進め方について、ご説明させていただきます。

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、発表役をまずお決めいただきます。

続いて、進行役の方が中心となりまして、グループ内でディスカッションする課題を決めていただきます。進行役の方は、参加者全員が発言できるように進めていただければ

ばと思います。書記の方は、出た意見を机上に配付しておりますA4の紙にペンで記録してってください。

最後にグループワークで出た取組案を発表していただきます。

続いて、このグループワークの目的、設定する課題のことなどについてなんですが、今回のグループワークは、課題を解決するための対応策として、どのようなものがあるかをメンバーの中で検討、議論していただいて、最終的に具体的な取組案として、まとめていただき、発表していただくということを目的に行っていただきます。

なお、その中でも地域を超えて広域的に取り組む必要があるものなどについては、東京都に期待したい取組などを議論していただくことも可能でございます。そのような形でいただいたご意見については、今後の都の施策にも反映させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

また、病院と地域の連携となりますと、さまざまな範囲での連携があるかと思えます。地域内での連携であったり、区市町村を超えた圏域内での連携、あるいは圏域を超えた都全域での連携などですが、地域によって、病院との連携に関する課題はさまざまかと思えますので、検討する連携の範囲については、特段、圏域内でなければいけないとか、あるいは広域でないといけないといったようなこと、縛りは今回設けておりませんので、圏域内かどうか縛られず、地域と病院の連携についてご議論いただければと思います。

次に、グループワークの具体的な進め方について、ご説明させていただきます。

進行役の方が中心となりまして、グループメンバーの中で病院と地域の医療・介護関係者間の連携において解決したい課題について、まず、ご議論ください。メンバーから出された課題に対して、では、現状はどうなっているのかといったことをメンバー内で話し合ってみていただければと思います。その後、課題と現状を踏まえて、その課題を解決するにはどのような取り組みが考えられるか、取組案についてディスカッションしていただきまして、解決するための取組案として、グループワークの中でまとめてください。グループワークの時間は50分間となっております。

50分間のグループワークが終わりましたら、全グループからの発表となりますので、課題に関する説明とグループでまとめた取組案を発表していただきます。本日は4グループとなっておりますので、1グループ大体4分程度のお時間がございます。

続いて、今回、課題と、それを解決するための取組案をご議論いただくんですが、グループワークで出された主な取組案、今まで区西南部、それから区東部でグループワークをやらせていただいていますので、それを少し簡単に参考として、お話しさせていただきます。

まず一つ、例として挙げられますのが、かかりつけ医から急性期病院へ紹介した患者がもとのかかりつけ医に帰ってこない、かかりつけ医の連絡もないと、こうした課題が出されました。そのグループからの取組案としては、病院側でかかりつけ医やケアマネなどを確認するシステムを構築し、把握する。医師が直接確認するのは難しいので、院内で情報を共有できるシステムをつくるといった取組案を出されておりました。

また、二つ目の例としては、退院支援の面で地域連携室などが整備されている大規模病院とは異なって、中小病院の場合はMSWの力にも限界があると。医師の個人的なネットワークに頼っていることが多いという課題に対して、取組案としては、退院支援について、その場では地域の在宅医療介護の資源などの情報が少ない中小病院さんについては、深く区市町村に設置されている在宅療養支援窓口、こちらと連携をして、地域の情報を得るといったようなことをして、病院だけではなくて、地域の医療介護関係者と連携して、情報を得ていくという取り組みが必要だといった案が出されておりました。

また、ちょっと今回の、ことしの在宅療養ワーキングでの取り組みではないんですけれども、既に圏域の中で課題に対して取り組んでいるという事例を挙げさせていただくと、入退院時に地域の医療介護関係者と病院間での患者情報の共有が課題として出ていたということで、圏域共通の入院時情報連絡シートの作成に取り組みされて、活用されているという圏域もございます。

今回、短時間のグループワークとなりますけれども、課題に対する取組案をご議論いただきまして、その内容について発表させていただく場とさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

説明はこれで以上です。

- 小関座長 ありがとうございます。ちょっと早口で、随分何か、ざっと説明してしまったので、大変わかりにくいところもあったかと思われそうですが、各自、配布された資料が昨年度の課題として挙げられております。昨年度の課題で北多摩西部というところの資料を見ていただくと課題が幾つか出されておりますし、かつグループワークの進め方、この資料4のところディスカッションにする課題の具体例ということで、区を超える連携が困難ということで、多摩地域はやはり都心に行く患者さん、大病院ですね、そちらの都心の大病院に行っている患者さんとの連携というような問題もあります。

それから入院時や転院時の情報共有、例えば、先ほどちょっと例がありましたけど、入院したのはいいんだけど、在宅医のところに戻ってこないとか、あるいは、病院側のほうでは、これは在宅のほうの先生に戻していいのかがよくわからないと、そういうような問題もあると思いますし、病院の医師と、それから訪問看護師というのが割とキーパーソンに僕はなるんじゃないかとは思っているんですけど、訪問看護師の役割がなかなか明確になっていない。あるいは訪問看護師によって、その働き方に結構差があるというような課題もあろうかなというふうに思いますので、この辺の課題を幾つか見つけていただいて、幾つもはちょっと無理だと思いますので一つだけ選んでいただいて、グループワークをしていただければいいかなというふうにちょっと思います。

私もグループワークの中に入りますので、これからディスカッションを始めていきたいと思います。皆さん、ではよろしくお願いいたします。

最初に、進行役と、それから書記、それから発表役を各グループでお決めください。最初、時間が余りもったいないので、もしどうしても希望する方がいない場合は、じゃんけんか何かで早目に決めていただいて、ディスカッションに入っていただければと思います。

すみませんが、よろしくお願いいたします。

(グループ討議)

- 小関座長 では皆さん、申しわけないんですけれども、皆さん、議論がいろいろ進んでいるとは思いますが、時間がありませんので、発表に移りたいと思います。一人、大体4分から5分程度で、簡潔にお願いしたいと思います。

Aグループ、ではよろしくお願いいたします。

- 伊東委員 Aグループでは、まず、ではどんなものが問題かというようなところなんですけれども、看護に関しては、ケアマネさんや訪問看護ステーション、また病院から看護サマリーというものを出すことがあるので、その辺で情報が、いろいろな、さまざまな施設さんやケアマネさん等がいますので、共通した情報提供シートみたいなものがあるって、そこで情報が得られるようになると、もっといいのではないかなというふうなものが話にありました。なので、その辺をこの医療圏で考えるのか、市町村で考えるのか、その辺をもう少し深めていかなければいけないというふうに考えていました。

あとは、ICTの問題で、やはり昭島市ではICTが少し進んでいらっしゃるということで、市町村と、あとは東京都だったり、その辺でもう少しくまそういったものが活用できるような仕組みが、今後、行政で動いていただけるといいのではないかなというような案が出ました。

あと、在宅医や訪問看護、もう少し在宅、訪問に向けて人材が育成されるようなシステムができるというのではないかなというようにことが挙がってまいりました。

あと、在宅医が病院の医師に入院依頼等の情報提供書の中に、その患者さんの医療の情報だけではなくて、生活の情報が少し入って、その患者さんが経済的に難しいのであれば、もう帰れないよとか、そういった、よくなれば在宅で診ますよというように、そういったことが情報提供書の中にかかれると、もっと病院の医師たちも少し楽になるのではないかなという在宅の先生からのご意見が出ました。

以上です。

(拍手)

○小関座長 ありがとうございます。

Aグループは僕もやったんですけど、情報提供シートみたいなものを作成して、共有するという、その情報提供だけではなくて、例えばケアマネジャーさんや訪問看護師さんからの情報も得るためにICTを活用すると。一つは、やっぱりICTの今の問題点は、地区ごとにICTのソフトが少し違っていて、なかなか共有できないと。地区を超えられないという面がちょっとあるのではないかなということがありました。

あともう一つは、在宅医の側から、入院させるときに、この人はもう在宅が無理だから、どこか施設、あるいは療養病床などを探したほうがいいですよとか、あるいは在宅医のほうから、もしこの病気がよくなって、退院できるようになったら、在宅で、また継続できますというような判断を診療情報提供書の中に一言入れておくというのではないかと。これを必ず入れるというような提案がなされたのかなというふうに思います。

どうもありがとうございます。

では、続きまして、Bグループ、お願いします。

○荘司委員 Bグループです。基本的に、まず最初に何か困っていること、問題点を挙げていただいたんですけども、恐らく、この地域は東京都の中でもかなり在宅医や病院・病診連携が進んでいるのではないかなということがまず挙げられました。久村課長もよくわかっていると思うんですけども、はっきり言えますけれども、看取りの数も多いし、在宅死の中の看取りも多いと。

では何が問題かということ、先ほど、向こうでも出たICTで共通言語ではないなどもあったんですけども、ここで出たのは、まず一つは医療介護資源マップなんかを使っている昭島、武蔵村山、立川があるんですけども、その市境、県境のところの部分ですね。そうすると立川を調べていると武蔵村山とか昭島が消えてしまうけれども、それをそうではなくて、もっとほかの地域にも広げて、東京都全域に広げれば、各自分の行きたいところに行けるのではないかと。しかも、その強みということ、それぞれ病院の強み、例えば、先ほど武蔵村山病院の場合は嚙下で、非常に入院の患者さんもよくして在宅に戻してくれることを、例えば、武蔵村山市医師会の先生は知っているけれども、立川市の医師会の先生は、正直言ってその情報は少なかったという事実があります。そういったこと、病院ができること、あるいは、今度は、病院は心不全のすごい状態の人を帰したいんだけど、何でこれを在宅がとってくれないか。それはやはり薬が病院で処方できるのと注射薬はできない、あるいは赤字になってしまうところまで病院が知っているかどうかというところで、同じ共通認識、在宅医療に対してできていないと

ということもわかりましたので、どういうふうに共通していけばいいかと思ったら、例えば、今、医師会でやっているこういう会、自治体でやっている会を病院主導でやって、そこに我々が中に入って、もちろん我々だけではなくて、訪問歯科、看護、介護、ケアマネジャーさんたちが一緒に病院の中で勉強して、病院はこういうことができるんだ、こういうところまでやっている、逆に在宅にこういうところをお願いしたいということをはっきり言っていただければ、それも市だけではなくて、例えば各医師会、歯科医師会、薬剤師会では、5市とか6市、同じ圏域で顔は見合わせていると思うんですけども、それをもっと広い、多職種を多くの市でやっていけば、もっとそういうことが解決できるのではないかという話がありました。

特に多摩地区の場合は、比較的この地域は地域完結が区内に比べてはできているほうだと思います。他府県に逃げている方も少ないというデータもありますので、その辺はもっと進めていくためには必要なんじゃないかなと思いました。

以上です。

(拍手)

○小関座長 ありがとうございます。

Bグループは、医療資源マップを作成して、それを区を超え、市を超えて共通なものにして、できれば東京都全体でそういうものをつくったらどうかという提言と、それから、もう一つは、非常にいい僕は提言かなと思ったんですけども、今、各市で行われている多職種連携を、病院ごとに得意な分野を紹介するという意味で、病院ごとで、ほかの市の部分の人たちも呼んで、病院ごとに多職種連携の研修会をやったらどうかという提言なのかなというふうに思いましたけれども、どうでしょう、それでよろしいですか。

○庄司委員 はい。

○小関座長 ありがとうございます。

では、Cグループ、お願いします。

○野村委員 Cグループです。Cグループは病院医、在宅医、それから薬剤師の代表の方、それから行政の方がいらっしゃいまして、三つほどディスカッションの議題が出まして、第1は病院医師と在宅医との連携、いま一つ突っ込めていけないというか、うまくとれていない現状があるので、何かいい解決策はないかと話し合いました。

2番目、薬剤師の方から薬剤情報が医師と医師との間だけでやりとりをされているので、何とかもっと薬剤師のほうにも情報が欲しいと。解決策としては、病院の薬剤師さんがもっともって間に入っていけばいいんじゃないかという意見が出ました。

それと、行政の方からの議題としましては、後方、レスパイト、後方支援のレスパイト、安全を考えると急性期病院にどうしてもなってしまうと、難病がないとなかなか難しい現状がありますという議題が出ました。

解決策、まとめとしましては、最初の病院と在宅医との連携に関しましては、先ほどBからも出ていましたが、連携シート、圏域を超えた何か連携シートを各医師会で持ち帰って、もっといいのをつくろうじゃないということなんですけれども、私が所属している国立市は病院、在宅療養支援病院がないものですから、なかなか市の中で医師とケアマネ同士で連携シートができあがっているんですけども、それは病院とは、やりとりできないので、何かそこをもう少しいいのができたらなと思いました。

もう一つ、ACP、今、盛んに議論されているACPに関しては解決策として、市民向けに、サポーター向けに、行政ですね、市がもっと啓蒙活動を、音頭を取って、しっかりやらしてもらえないだろうかという意見が出ました。

最後、申しわけありません、私の示唆の個人的な考えなんですけれども、早期緩和ケア外来というのが新聞で最近話題になっていまして、そういう視点を病院医師がもっともっと持っていただくと、在宅医との考え方がすごく近づいてくるような気がしますので、そういう外来を病院でつくってくれとは言いませんけれども、そういう考えを病院側で持っていただくと在宅側は助かるような気がしました。

以上です。

(拍手)

○小関座長 ありがとうございます。

病院の医師と、それから在宅医の連携に関しては、共有シートをやはりつくったほうがいいのではないかとということと、それから病院薬剤師がもうちょっと在宅にかかわってもいいのではないかとのご意見。それからレスパイトも含めて、ACPも、それは行政自体もACPについて、もうちょっと市民への啓蒙が必要なのではないかとということと、あとは個人的に早期緩和ケア外来ではないですけど、緩和ケアの考え方を病院の医師も、もうちょっと持って行ってほしいというような提言だと思います。

ありがとうございました。

では最後、Dグループ、お願いします。

○児玉委員 Dグループですけれども、行政の方針で在宅というところが出ているんですけども、やはり、ここは在宅医の問題というか、悩みというところから話が進みました。今現在、やはり在宅医が少ないということが医師会の課題でもあるということです。在宅医が少ないことで、そのサポートというところを求めたいんですけども、やはり求めるためには、しっかりしたケアマネジャーがキーパーソンになってほしいというところですね。メイン主治医とか副主治医という体制がありますけれども、ケアマネジャーがキーパーソンになって、24時間体制の訪問看護をやっているところが副主治医というような立場で在宅医をサポートしてくれると助かるというようなところも出てきますが、ケアマネジャーさんもいろいろな職種からなられていて、質の差がありますので、その中ではケアマネジャーを育成するような、そういう研修とか、そういうところもつくっていく必要があるのではないかとということなんです。

あと在宅医に関して、いろいろ出ているんですが、あと後継者問題です。これから、やはり在宅医をやっている先生たちは高齢になっていくということで、継いでくださる先生たちがきちんと在宅医の跡を継いでいただくというためには、やはり病院のサポート体制がきちんと欲しいというところと、病院側もそれは自覚しているというところで、病院のサポート体制としては、今現状あるのが、やはり在宅をやっている先生が休みをとれるように、ちょっとお酒でも飲めるようにというようなところで、この期間はその先生が在宅を診ていらっしゃる方をサポートしていくというところを連携してやっていて、何かあれば診にいきますよとか、何かあったら入院というような、サポートをしますよというような、そういう連携も生まれているというところなんです。そういうところがあると、先生たちも続けやすいのではないかなというふうに思っています。

いろいろな中で、今度は病院の体制の中では、やはり病院の中でいろいろなコーディネーターをやっていく看護師というのが在宅に向けての情報提供というのが、なかなか在宅を診ていないというところもありまして、そういう現状がありますので、当院なんですけれども、病院の看護師を3カ月ずつ在宅の研修に出して、在宅を理解させるというような取り組みも行っておりますので、そういうところでは在宅医をサポートできるのではないかな。また訪問看護とかケアマネジャーとの連携を密にとれるのではないかな

というふうに思っております。

病院としては、やはり急性期のほうから患者さんの紹介があるんですけども、施設のほうの看取りが少ないために、病院で地域包括とかをやっている病院なんかは急性期から受け、施設から受けて、経管栄養とか何か医療的処置が行われるような状況になると施設が手を引くというような感じで、まだまだ看取りというものが少ないのではないかとこのところ、そういう患者様たちが行くところがないような状況が今現状としてはあるのではないかなというところがあります。

なので、対策としては、在宅医のサポート体制をやはり病院がきちんと行っていくというのと、あと、やはり、これから看取りというところもありますので、介護職の教育をきちんとやっていくというところを対策に充てさせていただきますが、もう一つ、行政に対してのこれは意見なんです、ICTをせっかくやり始めているんですが、そういうICT自体がちょっと在宅医にとっても診療報酬につながらないというところで、指示出しとか責任の重要性はあるんだけど、何かそういう診療報酬につながらないというところでは広がっていきづらいんじゃないかというところが出ました。

以上です。

(拍手)

○小関座長 ありがとうございます。

多岐にわたって議論していただきましたけれども、ちょっとまとめてみますと、ケアマネジャーさんが、できれば病院と地域のキーパーソンになってほしいということと、それから在宅医の高齢化が進んでいるので、これは僕のことじゃないかと思ったんですけども、在宅医をもうちょっとふやす方向で何とかやってほしいということと、それか、あと病院看護師がやはり在宅の知識をもっと持っていかないといけないということと、最後に、その診療報酬で病院の在宅への普及を後押ししてほしいということで、そんなことでよろしいでしょうか。

ありがとうございます。

非常に活発なご議論をいただいて、座長としては、僕は、課題は結構簡単に見つかって、提言が余り出ないのかなと思ったんですけど、非常に具体的な、より具体的な提言が各グループから出されて、幾つかはすぐ実行できるというようなものも提案がありましたので、すごくよかったのではないかと思いますし、皆さんのこの参加していただいた中でも、あしたからすぐ始められるような提案もありましたので、ぜひ、それを持ち帰って、地域の中で広めていただきたいと思いますし、また行政の方は今の提言を踏まえて、行政としてやっていただける援助をぜひ、今後もやっていただきたいと思いますというふうに思います。

どうも大変、皆さんから貴重なご意見をいただきまして、ありがとうございます。私からは以上です。せっかくですので、こういう在宅療養に造詣の深い新田先生がオブザーバーで来ていらっしゃると思いますので、新田先生にも、ひとつきょうのご感想なり、ご意見なりをちょっといただきたいと思います。よろしいでしょうか。

○新田オブザーバー 新田です。どうもお疲れさまでございました。いろいろな提言の中で分かれるわけですが、一つはICTと共通情報、これは同じですよ。もちろん入退院も含めて、そして地域情報も含めて、同じ共通情報が必要だろうなということで、今、東京都の中で検討会、検討部会を開いております。さらに来年度の中で、先ほど生活情報もという話があって、医療看護関係者のみの情報共有では、これは、地域では成立しないという意味で、幅広く生活層を含めて、もっと幅広い範囲の情報ICTシステムをつくり上げるということだろうなということで、それは、もう一つは病院も

含めてならないと意味がない。

病院との関係では、先ほど看護師さんと医師の話があったんだけど、医療情報だけはあるということであるんだけど、もっと違う話が必要だろうなど。例えば豊島区とか、そういったようなことがやられている地域もありますが、そういったようなことをうまく、今現在、先端で行われているような地域を含めながら、あるいは個人で、例えば個人等でやられているような優秀なシステムもあります。そういったことも参考にして、東京都の大きなものとしてつくり上げるということが求められると。そうしないと、この辺のところはだめだろうなど。

それで、それもそんなに、もう一つは、さっきインセンティブな話があったんだけど、これは情報ツールでございまして、例えば退院支援等々とか、いっぱいインセンティブがついているので、そこにインセンティブがないから広がらないのではなくて、そこに人の関係がないと広がらない。先ほど、彼から立川も進んでいると。それは、人の関係もつくっているから広がる、そこにICTは普通に使われていると。要は、基本的な関係がつけられていないところでICTは幾ら使ったって始まらないと。単に機械しかないので、さらに、そこは地域で進めるという問題があるだろうなどというふうに思いました。

もう一つは、ACPの問題もありました。ACPって市民啓蒙してほしいということですが、今、国立で飛田さんが出ているんですけど、一昨日かな、国立で医療計画、実は今年度つくり上げます。その中で市民向けの意見交換会をやりました。すると、もう市民は、もうみずから死について語るということをグループワークでやっているんですね。どんどんそれを広げるだけの話なので、市民はもっと皆さんより、実は、意識は進化しております。

ACPで我々が何となく上から目線で、おまえらやれよという話ではなくて、市民がみずからそういう考えを持つような時代になったと。むしろ我々の在宅も含めて、病院の医療がおくれているということが市民の発想でございまして。だから、我々はやっぱり市民の発想をもっと取り上げるという中で、国立の医療計画というのは市民にとっての医療計画ですね。今、東京都等がやっているのは、地域医療構想の医療計画というのは、病症計画も含めて大きな目でそういった病院等の話で、ここで在宅調整会議、実はあるんだけど。それではなくて、実は現実に生きている市民たちはもっともっと切実にそうやって思っているようなことがあって、我々のほうが、私は意識がおくれているなと思って、そのずっと、その日一日つき合っておりましたが、勉強した次第でございませぬ。その意味で、我々ももっと進化しなければいけないだろうなど。

もう一つは、在宅の人材の問題ですね。これも日本医師会と、私、ケアアライアンスという団体に所属していますが、含めて、3年間、もう日本医師会でリーダー研修、人材育成をずっとやってきました。ことし4年目です。それを東京都医師会が、さらに東京都医師会レベルで人材研修をやっていると。ずっとやり続けている4年でございませぬ。4年でいて、じゃあ多摩地区、この西部地域医療圏から何人の方が参加したんだろうなど。それは、だから東京都は広いのでこんな意見も出ちゃうんだろうなど。人材育成として、やれることをやっているんだけど、なかなかまだこういう意見が出るのは、ちょっとまだまだ残念で、せつかくですから、きょうは西田先生も土谷先生もいらっしゃる。東京都医師会で、東京都も含めて人材育成を物すごく頑張っているんで、ぜひ参加して、それも市町村ごとにぜひ参加してやっていただければなというものが、逆の希望でございませぬ。もうそこに参加して一緒に人材育成を考えようと、そこは、実は中小病院もそうなんですね。病院という、先ほど頼んでいます、東京都の中小病院という

のは、個人向け病院ですね。例えば、高木病院ですよね。皆さんの何とかクリニックと同じなんですよ。どこも人材不足なんです。在宅医が人材不足だけではなくて、基幹型の病院だけに人材がいっぱい来るんですね。中小病院は人材不足で本当に困っているんですね。意味で、病院と、それは区別することなくて、どうせ人材というなら中小病院も守るべき、みんなで地域の先生も中小病院とオープン病院になって、自分の患者を診るような、中小病院を守るような形にしないと、真の在宅の連携って進まないということで、そこは先ほど地域だけの話でありましたが、こんなような印象で。

もう一つ、さっきの医療介護マップですね。これも重要な話でございますよね。地域医療介護計画の中で区市町村は30年度までにマップづくりをしろということで、区市町村は格好だけかどうかよくわかりませんが、マップづくりはできているんだけど、全く利用されていないんだらうなど。さらに、そこだけでは二次医療圏、広がらないので、もっと広げようと、これは発想だというふうに思っていて、それはもちろん二次医療圏に向けて、それをやらなければいけない。これも重要なことで、それは情報公開ですから、誰が見ても区市町村のホームページであれば、どこにあるかというぐらいは、その基本は区市町村ですよ。例えば、この西部医療圏、市町村が在宅医療体制をきちんとつくると。ということは、市町村の医師会と市町村の行政職員の教育なんです。その教育の中で、それはきちんとやる体制をつくらない限りは、この計画は進まず、そこに二次医療圏の病院が入るということでございます。

だから、ここにいらっしゃる病院の先生を含めて、病院は、地域と離れては病院医療はできないということを私は病院の先生に、さらに認識していただいてやっていくということが一番重要だと思っています。

以上でございます。

- 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、東京都医師会の西田先生もいらっしゃるのです、ちょっと講評をいただきたいと思います。
- 西田理事 土谷先生です。
- 小関座長 土谷先生ですか、すみません。
- 土谷理事 皆さん、夜分遅くまでお疲れさまでした。簡潔にお話ししたいと思うんですけど、皆さんはこの中にいらっしゃるのです、ほかの地区ではどんな話がされるかというお話をちょっとしたいんですね。

ほかの圏域と比べて、私の印象としては、新田先生はまだまだと言いきうなんですけれども、ほかの圏域に比べて、随分、情報共有というか、連携は進んでいるような印象を受けました。というのは、実はこういうグループワークでやると、必ずほかで出てくるのが顔の見える連携というんですね。私は個人的には顔の見える連携という言葉は余り好きではないんですけれども、それは出てこないということは、裏返せば顔の見える連携は、もう既にある程度構築されているんじゃないのかなと思いました。

ですので、この北多摩西部地区は、この今の進んでいるところだと思いますので、これをそのままどんどん進めていただければ、もっとよりよい医療、介護を地域の方々に提供できるんじゃないのかなと思って、皆さんのお話を聞いていました。

そのときに、一つポイントになるのが、Cグループでも出ましたけれども、新田先生も指摘したところですけど、私たちは外からどういうふうに見られているのか、市民たちはどう見ているのかという視点が大事なのかなと思いました。どうしても私たちの、医療側からの視点に寄り過ぎちゃうところはあるので、外から見たときの市民一人一人は医療に対して、介護に対して、どういうふうを考えているのかなということを持ってもらえれば、もっとよくなるのかもしれないなと思って聞いていました。

本日はどうもお疲れさまでした。

(拍手)

○小関座長 ありがとうございます。

短い時間でしたけれども、皆さんにとっても、また東京都医師会、東京都にとりましても、この会は有意義になった会議ではなかったかと自負しております。本当にありがとうございました。

では、事務局のほうにお返しいたします。

○久村地域医療担当課長 長時間にわたり、ご議論いただき、また貴重なご意見を賜りました。ありがとうございました。

これまでの圏域には怒られちゃいそうですけれども、今までで一番具体的で建設的なご提案をいただいたかと思っておりますので、参考にさせていただきます。

今回の議論の内容につきましては、親会議である地域医療構想調整会議にご報告させていただくとともに、東京都の在宅医療推進会議のほうにも内容を伝えさせていただきます。今後の都における在宅医療の取り組み、こちらの具体的な検討の材料、参考とさせていただきます。

また、本日ご参加いただいていない医療機関等に対しましても、本ワーキングの資料、内容等については情報提供をさせていただきます。共有していきたいというふうを考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、以上をもちまして、在宅療養ワーキングを終了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。