

平成29年度東京都地域医療構想調整会議  
在宅療養ワーキング（北多摩南部）

日時：平成29年12月12日（火曜日）19時00分～20時39分

場所：調布市医師会館 4階大会議室

○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いますが、定刻でございますので、ただいまより、北多摩南部の「東京都地域医療構想調整会議・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、また遅い時間にかかわらず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。

こちらの在宅療養ワーキングでございますが、東京都は、昨年7月に地域医療構想を策定いたしまして、それぞれ二次医療圏ごとに地域医療構想調整会議というものを進めております。

こちらの調整会議、どこの圏域におきましても、在宅についての課題あるいは退院支援における地域と病院との連携の重要性、相互理解の必要性等々ご意見をいただくところでございますが、調整会議幅広く議論するというところで、在宅療養についてご議論いただく時間が十分にとれないという状況がございまして、今回そのために在宅療養に特化したご議論、意見交換をいただく場としてこちらの在宅療養ワーキングを設置したものでございます。

こちらのワーキング、何かを決めるというものではございません。特に第1回目でございますので、まず本日はご忌憚のない意見交換の場というふうな形でご理解いただきまして、積極的にご発言をお願いできればと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、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、会議次第、下段に配付資料ということで記載をさせていただきます。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、事務局までお申しつけください。

また、後ほど質疑や意見交換のお時間がございますが、ご発言の際には、事務局よりマイクを受け取っていただき、ご所属とお名前からお願いできればというふうに思います。

それでは、まず冒頭、東京都医師会より、開会に当たりましてご挨拶を申し上げます。

本日、座長のほうもお願いしているわけでございますが、東京都医師会理事の西田先生、お願いいたします。

○西田座長 皆様こんばんは。本日は、お忙しいところ、お疲れのところをお集まりいただきまして、ありがとうございます。

先ほど、久村さんのほうから説明がありましたように、昨年8月にまとめられた地域医療構想、ここで各病床の機能分担、それから必要量、ひいては在宅の必要量、そういったものが算出されてきているわけです。二次医療圏ごとですね。

それを受けまして、じゃ在宅はどうするんだ、受け皿はどうするんだということで、地域の調整会議の下部組織としてこの在宅療養ワーキングというのが組織されまして、それで、都内12、二次医療圏ごとに今着々といわれているところです。今6医療圏終わったところですね。

本日は、皆様に二次医療圏レベルで、範囲で集まっていただき、この地域における

北多摩南部における在宅療養における課題をたくさん抽出していただきたいと思います。結論を出すというような議論の場ではございません。何せ時間がございませんので、一つでも多く課題を出していただいて、今後につなげる。

ここで出たお話は調整会議にまた出されるわけですが、その後も引き続き各市にお持ち帰りになって、市で行っている在宅療養推進会議の場でもうちょっと具体的なところまで突っ込んでいていただければなど、そういうふうに思っております。

では早速、議論に入りたいと思います。事務局のほうから、じゃ議事について説明をお願いいたします。

○事務局 東京都福祉保健局の藤田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、資料のほうをごらんいただきまして、1枚目次第、2枚目が名簿になっております。3枚目の資料1、1ページというのが設置要綱となっております、おめくりいただいて2ページ、資料2のほうをごらんいただきたいと思います。

こちら東京都地域医療構想の概要となっております。時間の都合上、簡単にご説明をさせていただきます。

地域医療構想は、5章立てになってございまして、まず2ページの左側のほうですね、第1章では、東京都地域医療構想とは何かを記載しております。

医療・介護・福祉等にかかわる全ての人々が協力し、将来にわたり東京都の医療提供大勢を維持・発展させ、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる『東京』」を実現するための方針となっております。

そして、医療法では、次の2点を記載することとしております。

一つ目は、構想区域ごとの2025年の病床数の必要量と在宅医療等の必要量。二つ目は、地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化、連携の推進に関する事項となっております。

後ほど、全体のほうも触れさせていただきますけれども、将来の病床等の必要量は、第2章に東京都全体、そして第3章のほうで、構想区域、二次医療圏ごとに記載をしております。

地域医療構想の達成に向けた事項は、第4章のほうで記載をしております。

なお、地域医療構想、医療計画の一部でございまして、現在改定作業を進めている次期保健医療計画と一体化いたします。

2ページの右側のほう、第2章では、東京の現状と平成37年（2025年）の姿として、八つの東京の特性を記載した上で、将来設計として東京都全体の病床数、在宅医療等の必要量を推計しまして、記載をしております。

平成37年（2025年）の必要量等の中ほどの計のところをごらんいただきますと、東京都全体では11万3,764床、現行が約10万5,000床ですので、数字で見ますと、約8,000床の不足となります。ただし、ここも必要量は推計値でありまして、患者さんの受療動向や病床稼働率、医療技術の進歩等によって影響を受けるものとなっております。

なお、病床の整備につきましては、これまでどおり、基準病床制度によってきめ細かく実施をしまいたいと考えております。

次に、在宅医療等の必要量の推計ですが、先ほどの11万3,764の右のところ、東京都全体で19万7,277人になっております。国は、地域医療構想において療養病床の見直し分、一般病床のうち、医療資源投入量が低い患者さんを在宅医療等で対応することとしておりまして、それらを含めた数字がこの19万7,277人となっております。

このうち、現行の訪問診療実績を引き伸ばす数字が、その一つ右の欄に再掲載とございます14万3,429人になりまして、2013年の訪問診療の実績が1日、9万6,712人となってございますので、訪問診療のみで見ても、1.5倍の必要量の増加となっております。

1枚おめくりいただいて、3ページ目、東京都地域医療構想2分の2のほうをお開きください。

左側、第3章としまして、構想区域でございます。構想区域は、必要な病床の整備を図るとともに、地域における病床の機能分化、連携を推進するための単位でございます。二次医療圏と一致しております。この構想区域ごとに調整会議を設置しまして協議を行っているところですが、こちらの在宅療養ワーキングは、この調整会議の部会といった位置づけになっております。

第3章では、構想区域の状況としまして、①から⑧まで構想区域ごとの状況について記載をしております。

3ページ、右側のほうでは、第4章、東京の将来の医療～ランドデザイン～でございますけれども、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」をランドデザインとして掲げ、その実現に向けた4つの基本目標、そして基本目標の達成に向けた課題と取組の方向性を記載しております。

例えば、基本目標のⅢのところでございますと、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実を見ますと、中段の右のほうに、同じように地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実のところ、中段の右の①のところ、予防・健康づくりから、四つ目の看取りまでの支援を課題として挙げまして、この資料では、記載を省略しておりますけれども、それぞれの課題に対して取組の方向性を記載しております。

下のほうに行きまして、第5章、果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況におきましては、行政・医療提供施設・保険者・都民それぞれの役割等について記載をしております。

以上が地域医療構想の概要の説明でございます。

おめくりいただいて、資料4と5が患者推計等の考え方であったり、あるいは先ほど訪問診療の数を申し上げましたが、9万6,712がこのような形で推計は見込んでいるという資料を4ページ、5ページにつけております。

続きまして、資料3、6ページをお開き願います。

こちら東京都地域医療構想調整会議・在宅療養ワーキングについてですが、1枚目には、本ワーキングのもととなっております調整会議の設置の考え方等を記載しております。

おめくりいただいて、7ページ、本ワーキングの概要をまとめております。目的、構成等につきましては、記載のとおりでございますが、今年度の主な意見交換のテーマとしましては、4のところでございますけれども、在宅療養に関する地域の現状・課題の共有、地域と病院の連携などについて、後ほど意見交換等をお願いしたいと考えております。

また、本日ご議論いただいた内容は、後日、開催いたします調整会議のほうにも報告する予定となっております。

また、本ワーキング、今回こちらの構想区域では初めての開催となりますが、次ページ以降、8ページそれから9ページに、調整会議のこれまでの開催状況をまとめておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

続いて、資料4、10ページをお開きいただきまして、本ワーキングの前に開催をい

たしました、協議の場について簡単にご説明をさせていただきます。

ここで言う、協議の場とは、医療計画に掲げます在宅医療の必要量と介護保険事業計画に掲げる介護量の見込みの整合性を図ることを目的に設置するものでございまして、具体的には療養病床の見直し分、これを追加的需要と呼んでおりますが、この追加的需要をどのように対応するかを協議する場となっております。

資料4では、協議の場で使用しました資料をおつけしております。資料4の1枚目は、協議の場の概要。おめくりいただいて、2枚目、11ページをごらんください。

こちら国は地域医療構想の策定に当たって、慢性期機能と在宅医療等の患者数の推計の考え方を示しておりますが、中ほどの帯の図をごらんいただきますと、現状のところに、②療養病床の入院患者数とございますが、このうち、医療区分1の70%と地域差解消分、こちらを療養病床の需要ではなく、在宅医療等で対応するとの考え方でありまして、介護施設、在宅で対応する追加的需要というような形になってございます。

下段に数字を示しておりますが、この追加的需要分は、東京都全体で1万4,336人を推計しております。

なお、帯の図の欄の先ほどの②の横に、③一般病床で医療資源投入量175点未満、C3未満の患者さんにつきましては、一般病床の需要として見込むのではなく、外来で対応するとしております。

この追加的需要についてどのように対応していくのかというのが、1枚おめくりいただいて、12ページになりますけれども、中ほどの四角の中にペダル図のところに、療養病床、医療区分1の70%+地域差解消とございますが、こちらを④の介護医療費、⑤の介護施設、⑥の在宅医療のどこで対応するのか。介護保険事業計画では、A、介護医療院と介護施設区分を計上しまして、医療計画ではCの在宅医療、ここで言う在宅医療は資料右下に※を打っておりますけれども、家庭への退院を指してございまして、具体的には訪問診療と外来を想定しております。

このため、在宅医療のうち、訪問診療分を記載することになるんですけれども、こちらで漏れないように、または重複しないように整合性を図るというのを目的に協議の場というものを設けております。

なお、協議の場では、国が示しました区分方法等をもとにしまして、④から⑥を按分しております。

本日は、在宅療養ワーキングでございまして、⑥の在宅医療のうち、訪問診療の部分を少し見てまいりたいと思います。

おめくりいただいて、13ページをごらんください。

2013年の訪問診療を受けている患者が左側、中段より少し下にありますが、9万6,712人、それを右のほうに行きまして、2025年に引き伸ばすと、14万3,429人と見込んでおります。

同様に、老健施設入所者数は、2013年が2万600人、それが2025年には3万2,504人ですね。同様に療養病床入院患者のうち、医療区分Iの7割、地域差解消分が9,100人から、網かけとなっております1万4,336人となっております。

一つ目の一般病床で、医療資源投入量が175点未満の患者が、4,400人から7,008人となっております。このうち、一般病床で175点未満の患者が、先ほど申しましたように、外来で対応することとなりまして、老健施設、訪問診療はそれぞれの対応となります。

そして、療養病床からの移行分、網かけの1万4,336人、こちらを介護医療院、介護施設、在宅医療に按分する基本的な考えでございまして、資料下の①のとこ

ろをごらんいただきますと、介護医療院につきましては、現在の介護療養病床が全て介護医療院に転換することを前提にしております、この介護医療院への転換分で4,922人を見込んでおります。

その結果、残りの9,500人につきましては、介護施設と在宅医療、ここでは家庭への退院で按分することになりますが、按分方法については、介護施設との関係ですので、まず65歳以上の患者約8,500人を、平成28年度病床機能報告の結果を活用しまして按分いたします。

具体的には、病床機能報告では、都内の療養病床から退棟する患者さんの退棟先について介護施設を利用する患者と家庭へ退院する患者さんとの比率が1対2.5となっております。その按分比率を用いまして積算しました結果が、介護施設では2,416人、家庭への退院が6,043となっております。

なお、64歳以下、955人については、家庭への退院として整理しまして、その結果、家庭への退院は6,043と955人を足し合わせた6,998人となっております。

次に、この約7,000人の家庭への退院のうち、訪問診療の必要量の試算でございますけれども、こちらについては、患者調査の結果を用いまして、家庭へ退院された患者さんのうち、約7%の方が訪問診療を受けているという結果に基づいて、家庭へ退院患者約7,000人に7%を乗じた数字、こちらが訪問診療の必要量として495人、残りの約6,500人は外来でというような形の試算となっております。

こうしたことから、在宅医療のうち、訪問診療の2025年の必要量は、現行の訪問診療の引き伸ばしの資料上では(A)として14万3,429人としておりますけれども、そこに療養病床からの移行分と追加的需要分の495人を足した14万3,924人となっております。

次の14ページのほうに、区市町村別の訪問診療の必要量をお示ししております。こちらのほうは、引き続き保健医療計画、今改定作業を進めているところでありますが、その中でも整理をしてまいりたいと考えております。各区市町村さん、それから関係団体様におかれましては、地域における取組の際に参考にしていただければと思います。

なお、もう1ページおめくりいただいた15ページのほうには、介護保険事業計画に反映予定となっております、介護医療院、介護施設等の追加的需要の必要量につきまして、こちらの圏域の区市町村ごとの値を記載しておりますので、後ほどご参考にしていただければと思います。

続きまして、宮澤のほうから、残りの資料についてご説明をさせていただきます。

○事務局 私の方から、意見交換に当たっての資料の説明をさせていただきます。

先ほどの資料に引き続きまして、資料番号右上、資料5、16ページをごらんください。

資料5でございますが、地域医療構想調整会議では、平成27年の病床機能報告のデータや昨年度末に実施いたしました地域医療に関するアンケートをもとに議論をしていただきました。その際の資料でございます。この中から、在宅療養に関連する内容を中心に見ていきたいと思っております。

まず資料5、1枚目、16ページですが、こちらが平成27年病床機能報告のデータをもとに構想区域の状況を整理した資料でございます。

北多摩南部におきましては、回復期機能の欄の四つ目のポツ、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が高い、また五つ目のポツ、退院調整部門を置く病院の割合が低いとの特徴がございます。

また、右の四角囲み内の慢性期機能では、五つ目のポツ、家庭への退院割合は都平均より低い。また六つ目のポツ、退院調整部門を置いている病院の割合が低いといった特性が見られます。

資料下段の太い矢印のところでございますが、全体といたしましては、退院患者のうち約30%が退院後に在宅医療を必要としているといった特徴が見られます。

また、1枚おめくりいただきまして、資料17ページをごらんください。

こちらは、地域医療に関するアンケートから、地域の現状を整理したものでございます。下の四角囲みをごらんください。

病院側からは、訪問診療専門クリニックが増えてきたが、在宅での終末期に対しての在宅医療事業所の力が充実していない。直接的な後方支援施設を担う施設等がなく、在宅医療を推し進める力が弱い。老老介護・独居が多いので、在宅復帰が困難。急性期から在宅へ患者を送る時のリハビリ環境の整備が不十分との回答がございました。

また、在宅側からは、急変・病状変化時の受入につきましては、三つ目のポツ、地域包括ケア病棟はあるものの、空床状況が把握できず病院を探すことに苦慮するとのご意見や、複数疾患や高齢者の入院に関するご意見がございました。

また、右のレスパイトは、介護者のレスパイト環境の充実に関するご意見。

また在宅移行・退院支援につきましては、二つ目のポツ、退院時の情報をスムーズに提供する仕組みづくり。四つ目のポツ、病院側からかかりつけ医と看取りの相談をするよう助言してもらえると助かるとのご意見。

その他といたしまして、在宅からいつでも受け入れられる慢性期機能を充実させるべきなどの回答がございました。

また、1枚おめくりいただきまして、資料5、18ページをごらんください。

こちらにつきましては、調整会議における意見から地域の課題を整理したものでございますが、調整会議での意見をごらんいただきますと、右の欄につきましては、人員が足りず退院調整部門へ回せない。地域包括支援センターに入ってもらったりして調整しているが、個々の病院において今すぐ人員を増やすのは難しいのが実情。

入退院調整をやっていかないと患者は回らない。退院のみでなく、入退院で考えるべき。

退院調整部門として置いていなくても、誰かはその役割を担っているはず。そういった人を中心に横の連携を強化していくことが重要といったご意見をいただいております。

また、1枚資料をおめくりいただきまして、資料5、19ページをごらんください。

こちらについては、今ご説明いたしました各構想区域の調整会議の議論や検討状況をまとめたものになります。

また、資料5、24ページ、ごらんください。

こちらにつきましては、議論、検討状況を踏まえて、各構想区域の主な課題を整理したものとしますので、ご確認をお願いいたします。

続きまして、別添えになった参考資料でございます。

地域医療調整会議では、圏域ごとの、あるいは区市町村ごとの在宅に関する詳細なデータがほしいとのご要望を多数いただきました。

このため、今回厚生労働省が公表しているデータ等を整理して、地域ごと、区市町村ごとにまとめた資料をご用意させていただきました。

このほか、各区市町村や関係団体の取組状況、先ほども説明したアンケート調査、医療機能実態調査等の結果をおつけしてございます。

資料については、事前に送付させていただいておりますので、詳細な説明は省略させ

ていただきますが、参考資料の上につけております参考資料の内容について、こちらのほうが簡単にまとめた内容になりますので、ご確認をお願いいたします。

資料が多くて大変恐縮ではございますが、各資料、病院や地域における意見や課題、区市町村の取組状況、医療機関の状況等を取りまとめたものになりますので、ぜひご参照いただきながら、意見交換を進めていただければと存じます。

事務局より、意見交換の資料に関する説明は以上でございます。

○西田座長 説明をありがとうございます。

もう時間がどんどん迫っておりますので、きょうご参加の方、30名近くおられるので、できましたら皆さんからやはりせっかくご出席いただいているので、ご意見いただきたいんですけども、なかなかうまく運びませんかもしれません。

早速、議題に入りたいと思います。

まずは、地域における在宅療養の課題についてということで、とりあえずこちらから指名させていただきたいと思います。

まず、在宅医の先生方に伺いたいと思うんですが、井上先生ぜひ。

○井上委員 武蔵野市医師会の井上と申します。

在宅の課題としては、今武蔵野市では、松井外科病院というところと、それから水口病院、この二つの病院が閉めまして、合計130のベッドが減っております。ただ北多摩南部としては、ベッドが足りているために、これ以上ふやせない状況ではあるんですね。今後、例えば在宅で急変した患者を受け入れる病院が、これから不足してくるんじゃないかと私が一人で感じているんですが、何か近隣の病院の話を知ると、ベッドがあいて困っているような話も、特に療養型病棟では出ているような感じなんですね。

今後の地域の在宅医療の方式として、今看護小規模多機能をこれからつくっていくかという話も上がっているんですが、医師会の中でそんなもの必要なかという意見もありまして、非常に私、今困っているところなんですが、ちょっとそのところを皆様に教えていただきたいなと思ってきょう来たんですが。とりあえずそんなところで。

○西田座長 ありがとうございます。

看多機はないんですね、まだ。

○井上委員 今、一つ動いています。

○西田座長 動いている。

○井上委員 一つことしの6月から1カ所稼働する予定ではあります。

○西田座長 はい、ありがとうございます。

○井上委員 一応市の構想としては、3カ所をつくる予定で考えてるみたいなんですけども、まだプロジェクトは進んでない状況です。

○西田座長 わかりました。ありがとうございます。

そしたら高橋先生、いいですか。

○高橋委員 三鷹市医師会の高橋です。

今私もいろいろ市内で議論した中で上がってくる課題としては、やっぱり先ほど報告にもありましたけれども、将来のコストをどうしても在宅を受ける患者さんはふえるだろうと想像される現状の中で、それを担ってくださる先生方がそんなに広がらないというのが、やっぱり大きいところで、やはり訪問診療専門の私どもだけじゃ賄い切れないというのを常々感じておりまして、一般の会員の先生方含めて診ていただけるような仕組みをつくりたいということが一番の大きなところかなとは思っています。

その中で、先ほど井上先生のほうの話としては、病院のほうに関しては、私ども三鷹市のほうは、大分恵まれているというふうに思っておりまして、ここ数年は受け入れが

とてもスムーズで助かってはいるんですが、やっぱりまだ細かいものになっちゃいますけれども、この退院調整のことに絡めて言いますと、やっぱり認識のちょっとずれというのが、やっぱり我々在宅側と病院の先生方のところであるので、ここのところを埋めていくような形を整えていきたいなというふうに思っています。

以上です。

○西田座長 ありがとうございます。

ちょっと最初に言われた専門クリニックだけでは支え切れないということをおっしゃったよね。ちょっと意外だったんですけども、どういう患者さんに対してとか、何かそこもちょっと細かくお話しただけです。

○高橋委員 先ほどの資料の中で、多分三鷹市だと2,000名ぐらい、今東京では14万というこの数字で、三鷹市で2,000人。つまり三鷹市は2,000人を賄うような医療機関の数というのは、恐らく多分現状、ちょっとデータを出せてはいないんですが、肌感覚で言いますと、今900人ぐらいのあれでしたか、1,200人でしたか、三鷹市は。そのやつが多分何とかかんとか市外の先生方も含めて賄えてるという感じだと思います。

残り例えば800人、向こう8年間で受け入れ体制をふやすには、1医療機関が一人工、つまり1馬力の一人の先生でやっているとしたら、100人というふうに簡単に捉えていくと、在宅専門のクリニックは8医療機関できなければいけないだろうなとは思っています。

○西田座長 今は。

○高橋委員 今は6個、七つ。六つ、七つぐらいですね。それはここ私が今7年目で、私が立ち上げたときは、私は三つ目で、今残り四つなので、7年間で三つ、四つ目だと考えると、恐らく今のペースの倍ふえるのは、ちょっと考えにくいというのが想像される場所です。

○西田座長 ありがとうございます。

府中市の永田先生、お願いできますでしょうか。

○永田委員 府中市の永田です。私どもは、特に医師会と協力してるわけでもないんですけど、数年と比べますと、入院に関しましては、比較的周辺の個人病院の病院の受け入れはかなりよくなってきております。5年前ぐらいまでは、私が働いてました町の病院のほうまで行って頼んだんですけど、最近はよく近隣の先生方も、院長先生方も受け入れてくれるような、そういったことになりつつあると思います。

あと急性期の患者さんのこれは受け入れが一番難しいようです。何とか他の総合医療センターや、あるいは杏林大学とか、あるいは武蔵野日赤というところに依頼しているんですけども、かなり困難な事例もあって、非常に困惑する場合がございます。

あと今後、府中市というのは、高齢者は比較的周辺の市町村に比べますと少ないということなんですけども、今後かなりやっぱりふえてくると。人口も府中市ふえておりますので、2020年以降の超高齢化社会に向かって介護の先生方、皆さん方が参加していく、訪問診療に参加していくことを積極的にやっていかなければ、府中市もやはりパンクしてしまうんじゃないかというふうに懸念しております。そんなところでございます。

○西田座長 ありがとうございます。

府中市の現在の在宅医療資源というか、いかがですか。在宅医療をやる先生方はどうですか。

○永田委員 どうですか、先生は。

- 西田座長 要するに、簡単に言うと、足りているかどうか、現状です。
- 永田委員 いや、足りてないです。現状で15年前に私始めたんですけども、若い先生たちに少し一緒にやりましょうとあって、参加を募ったんですけども、やっぱりやっていただかなくて、そのままの状態です。今後やはり医師会の理事の先生方に頑張ってもらって、参加をする医者を募っていただきたいと、このように思っております。
- 西田座長 ありがとうございます。
- その件について、井出先生、何か補足ないですか。
- 井出委員 すみません。府中市医師会です。
- 永田先生、おっしゃるとおりで、人口は比較的多くて、これからまだ高齢化がという状態で、在宅をやっている診療所は少ないです。正直地域にもよるんですけど、結構市外から在宅の先生が入ってこられるケースがまだかなり府中市は高い状態なので、一応今、医師会本当にもうことしになってやっと始まった状況なんですけど、ちょっと在宅、まず手持ちの資源をもう少し発展させることと、本当に在宅をやってくれる先生をもう募っていくという、まだまだ始まった段階なので、お恥ずかしい限りということなんです。
- 西田座長 ありがとうございます。
- そうしましたら、小金井の富永先生、いかがでしょう。
- 富永委員 小金井の富永でございます。
- 小金井市も今府中市のお話があったとおり、在宅の資源としては、まだまだ足りない状況だと思います。
- 二つの面で足りてないと思っていて、やはり24時間を診ててくれるドクターの数というものが、やっぱり市のほうに先生がそのまま投げられているために、なかなかやってくれる先生が見つからないということと、夜間とか急変とかがあった場合、受けてくれる病院は、小金井市がやはりなかなか難しく、他市にお願いしているのが現状なんです。小金井市は、バックになってくれる病院も数が少なく、また在宅になられる方というのが、基本的には母集団としてかなり複雑なご家庭だとか、経済状況、そういった方が多い印象があるんです。そういった方を受けて、退院調整をして、またまた在宅に戻してくれるような病院というのが、なかなか今の病院の中では数が少ないのかなと思ってます。医師の数とあと病院と、病院の退院調整という面では、三つの面でまだまだ足りてないという感じなんです。
- 西田座長 在宅の復帰率がよくないんですね。
- 富永委員 そうですね。
- 西田座長 そういう方、多くは転院あるいは入所されているのでしょうか。
- 富永委員 それは転院、ほかの施設や、小金井市では受け切れない、他市の施設に頼ることとかやはり今はしています。
- 西田座長 ありがとうございます。
- 齋藤先生、何か補足ございますか。
- 齋藤委員 そうですね。やっぱり在宅医が不足というのは、強く感じていますので、医師会のほうでも何とか在宅医をふやすように、今富永先生に講師として活躍してもらって、いろいろ在宅をやりにやすくするような環境を今つくっているところですけども、なかなかやっぱり参入してくる先生が少ない。小金井市では在宅を、専門ではないですけど、在宅を中心にやってくれているところが、二つ大きいところがあって、そこで恐らく500人ぐらい診れると思うので、あと開業医のほうで、我々一馬力の診療所のほうでもう300ぐらい今現状診ればいいんですけど、とても足りない。恐らく一人、10人から20人ぐらいの患者さんしか診てないので、恐らく全体で個人の先生が診ている

のは、100ぐらいだろうと思います。ほかの恐らく足りてないところは、在宅の先生とか、三鷹の先生、国分寺の先生にお世話になっているというのが現状だと思います。

それから、サブアキュートの方を、ポストアキュートの方を流していくような病院との病院同士のつながり、それから在宅へのつながりというのは、少しずつできつつあるように思います。

それから、我々のところで診てる患者が急変した場合、サブアキュートの場合は、大体夜だと日赤さんか、多摩総さんに頼むということになっていますが、昼間は桜町病院とあと太陽病院さん、この二つ非常によくこのごろ診ていただけるようになってきているというのが感触です。

以上です。

○西田座長 ありがとうございます。

先生今言われた、新たな在宅医をふやすための幾つかの試みというのは、具体的にはどういうことをやっていますか。

○齋藤委員 一つシステムを教えてもらうために、研修をすることと、それからカルテなどのそれもシステムの一つですけども、そういったものについて整備してもらって、それを利用できるような形にできないかということをお富永先生と考えています。

○西田座長 カルテを何か活用するのでしょうか。

○齋藤委員 在宅の置いておくカルテとか、そういったことも含めて。それからICTを利用する、そんなところでしょうか。

○西田座長 ありがとうございます。

じゃ、吉川先生、狛江の取り組み、課題を。

○吉川委員 狛江市の吉川でございます。

狛江市は、非常に自治体のサイズとか人口についても小さいということ。それから、医師会員のメンバーが少ないという面ではあります。在宅医に関しましては、私どもが始まったのが3年前なんです。この時点での医師会員での在宅医はゼロでした。そこから始まって、現在3件になっているので、担い手は、見た目はふえてはいるんですけども、患者数ベースでいくと、まだ自給自足の割合というのは、半分程度にとどまっているというふうに考えてます。

残念ながら、外来をこれまでメインでやっていらした診療所の先生方が、新たに在宅に参加したいというふうなお話は全くない状況でして、今後、担い手をふやすような在宅医をまた仲間に入れていかざるを得ないなというふうな状況です。

そういった中で、一方で、狛江市には、昨年から市内で三つ目の特養ができました。これまでの特養は、医師会の委託を受けた、いわゆるベテランの外来をメインにやっていらっしゃる先生が配置、担ってくださったんですけども、高齢になられて、その施設から手を引きたいという話が出てきている状況で、そうすると、在宅医の負担がまたふえてくるという状況で、まだまだ厳しいです。

それから、市内の医療機関、病院に関して言いますと、急性期病院が1カ所、それから介護療養の病院が一つということで、急性期に関しては、何とかその1カ所が大分担ってくれていますけども、一方で、レスパイト入院も含めました、ちょっとフットワークのいい病棟については、どうしても近隣の自治体の医療機関に頼らざるを得ないというふうな状況ではあります。

以上です。

○西田座長 先生、さっき特養が3カ所あって、医師会からおっしゃった、医師会が医師を紹介するような形なんですか。

○吉川委員 医師会は仲介という形になりますけど、いわゆる開業の先生が配置されているケースがこの辺で2カ所、3カ所目できたときに、在宅医がそこに配置して入ったんですけども、従来あったところのうち、2カ所ともベテランの先生がもうちょっと手を引きたいと、在宅医頼むという話になるんですが。

○西田座長 特養だとやはり50人とか100人とかでかなり大規模じゃないですか。お一人の先生が皆さんやっておられるんですか。

○吉川委員 1カ所については、そうです。お一人の先生が56床。もう1カ所は100床ぐらいのところは、ちょっと経緯はよくわからないんですが、相乗りで何人かの先生が担当してるみたいです。

○西田座長 ああ、そうですか。この話をきょう突っ込んで話すわけにはいかないんですけども、この特養の医療提供体制は、非常に大きな問題だと思ってますので、医師会はそれに入るというのは、私は非常にいいなという気がしております。ありがとうございます。

いろいろその地域の課題ということを出していただいたんですが、その中で、やはり何ですかね、一馬力の先生方は、なかなか在宅に参入できない理由として、先ほども富永先生のほうからお話が出ましたけど、24時間体制ということが非常にキーになっているような気がするんですけども、その件に関しまして、今度はちょっと各医師会の先生に、医師会の中でこれからやはり一馬力の先生方も24時間を支える支援体制というのを地区医師会は構築していかなくちゃいけないなというところは、皆さん感じているところだと思うんですけども、実際それについて、もし取り組みがあればお話しいただきたいのと、後は、何か構想がありましたらぜひお話しいただければと思います。

井上先生は両方の立場ですよ。

○井上委員 そうです。武蔵野市の医師会では、5年ぐらい前から在宅医療委員会というのを立ち上げて、そこで在宅を手伝ってくれるドクターを開発する仕組みをつくらうとしましたが、見事に失敗しました。というのは、やはり24時間オンコールというのは、ネックになってくるんですけども、開業の1割の先生にお願いしたところ、何といるんですか、まず一つだめだったのは、自分の患者は自分で診るというスタンスでいってるんですね。例えば、僕らが在宅専門のクリニックがオンコール全部やってくれて、そこに丸投げするんだったらいいよという、そういう仕組みだったらつくってもいいんじゃないかという。それは申しわけないけど勘弁してくれということになって、在宅医療委員会の中でいろいろその日のオンコールをあいている日を募って、この日、じゃオンコールをやるかという話を持っていったんですけど、ほとんど使われないんです。結局使われないまま終わっちゃって、そのままになっているという感じなんです。

この仕組みをどうつくるかというのは、非常に難しく、普通の外来専門のクリニックの先生でも、緊急時には往診に出てくれるというドクターは結構いるんですが、自分の患者さんをほかの先生に任せるのは申しわけないという意見が非常に多かったです。

結局、そのまま立ち消えになってまして、在宅専門のクリニックがまだあっぷあっぷしてる状況で、これからどうしようかと思ってるころなんですけども、課題的には全く進展しないまま、そのままになっております。

今、在宅のクリニック、武蔵野には5カ所ぐらいあるんですけども、武蔵野市だけじゃなく、西東京市、三鷹市、小金井、それから杉並、世田谷、いろんなどころから依頼が来るので、結構今うちは手いっぱい状況で、一人の負担が1日20人ぐらいあって、きょうもちょっと診療が、おくれちゃったんですけども、それで緊急が出たりすると、もう非常に8時、9時、10時ぐらいまでにかかっちゃうような状況で訪問診療をやっ

ている状況です。

うちとしても人をふやしたいとは思っているんですが、なかなかこの24時間オンコールをやってくれて、積極的に在宅医療をやってくれるドクターはいないというのが現状です。応募は結構来るんですけども、みんな年収1,800万で、オンコールなしで土日休みという条件を出してくるので、とてもじゃないけど使えないですね。本当にそれで困っているような状況でございます。

○西田座長 すみません。ちょっと聞き漏らしたかもしれないんですが、そのオンコール体制というのは、先生たちの専門クリニックのネットワークですか。

○井上委員 そうじゃなくて、在宅療養委員会の参加してるドクターで。

○西田座長 何人ぐらい。

○井上委員 15人体制ですね。そこで、表を出して、エクセルでこれをつくって、この日はいいよいいよというようなのを出示してもらって、僕も1回か2回使ったことはあるんですけど、そのまま立ち消えて終わってますね。

それから、もう一つ問題としては、在宅医療のスキルがやっぱり全然違ってきちゃうんですね。僕らができるところの医療レベルと、それから新たに参入した先生方ができるレベルというのが、ちょっとこれ違ってきちゃいます。例えば、家でバルーン交換もできないところもあるし、もちろん点滴ができないところもあるし、それからCV入れたりとか、それから、モルヒネの持続静注とか、そういったところなんて全くもうお手上げになっちゃうところがほとんどなんですね。

ですから、そういった患者さんを任せることもできないし、新たに参入してくることがなかなか難しい状況であるというのが、今の武蔵野市の現状だと思います。

○西田座長 そうですね。おっしゃるとおりで、そこは非常に難しいところですよ。スキルの問題もそうだけでも、例えば在宅の患者さんの数にもよるんですよ。だから何百人も診てるところと、俺みたいに3件しか診てないのが組めるわけないだろうという話が必ず出ますでしょう。難しいと思います。

窪川先生、どうですか。三鷹のほう。

○窪川委員 まだ進んでない状況で、先ほど発言された高橋先生が地区・・・的医療システムをつくっているんですけど、三、四年前に1回在宅医に関係するアンケートを医師会にしたときに、やっぱり在宅をやるにはどういうシステムがあったらいいかということで、一番半数ぐらいが、患者さんが急変したときの病院のバックアップ、後は休日などに代行してくれる先生、または何かあったときに助けてもらうオンコール体制というのは、やっぱり4分の1ぐらいずつ。そういうシステムを在宅医療、介護連携推進事業のアからウで各市取り組んでいると思うんですけど、短期間だけ入院できるシステムを何とか少し立ち上げるところですけど、あと高橋先生中心に、これからそのアンケートが本当だとしたら、オンコール体制なんかを主治医、副主治医制なんかをつくってどうかなということは今高橋先生はつくっているところですけど、果たしてそれを本当にそういうのをつくったところで、どのぐらい参入するかということ、また別な話かなと思って、ただそういう状況の一つ一つやっていくのが今の現状かなと思ってます。

○西田座長 ありがとうございます。

その主治医、副主治医性というのは、私東京では非常に難しいと思うんですけど、高橋先生、それはどういうふうに取り組まれると。

○高橋委員 まだ構想段階で全然進んではいないんです。一応候補者病床との話はおよそついたので、次は24時間体制かな、それが多分在宅を広める大きな柱になるのかなと思って進めていく予定なんですけど、現時点では、まだ何も決まってはいません。先日、

1カ月ほど前ですかね、市内のこういうのをちょっとご相談くださいとあって、皆医師会員の先生方の意見を集めたところ、先ほど井上先生がおっしゃったように、一般の開業の先生は、おまえらがバックアップしてくれるんだったら、ちょっとやるよみたいな。いや、それは確かに厳しいものがあると思うので、ただお一人の先生から出た意見として、それは他市のほうでやっている形として出たのは、どこを目標にするかと、結局全会員の先生方が在宅をできるようにするには、かなり何といたらいいんですかね。負担が大きい形になってしまうだろう。そうすると、質の担保もできないだろうということになると、逆にちょっと発想を少し変えて、在宅をやる、やろうかなと思っている先生の参入しやすいような、つまり極端な話、もういろんな意見が出ました。やろうと思わない人を引きずり込む、それは、まずやらないだろう。なので、やろうかなと思った人を少し引き上げるような形にすると。そうすると、在宅をやる先生方がお互い負担のなきよう。

先ほども井上先生おっしゃっていたように、結局多くは他区のほうでも、実際何年か前にやったときもうまくいかなかったそうなんですけど、やっぱり自分の患者さんは自分で診ちゃうと。結局そういうところがあったとしても頼らないみたいなのがやっぱりあって、ただ何かのときにそういう仕組みがあるということが大きいのかなと思ってまして。

確実に、いろいろ考えたんです。例えば市内に一人置いて、オンコールという当直を置いてとかいうことをやろうかなと思ったんですが、今どちらかと言えば、全体的に考えているところとしては、在宅をやる先生がお互いちょっとグループを何人かで組んで、それが少し一人二人とふえて、その先生方が何かのときに助けを求められるとか、何かのときにお願ひできるという形から入って、そこに少しずつ引きずり込むのがいいのかななんて今思ってます。

ありがたいことに三鷹市のほうは、医師会のほうから、今在宅療養委員会は窪川先生と私も入っているんですが、そちらのほうで構わないという人にいただいたので、じゃあやってみようかなと。以上です。

○西田座長　そうですか。ありがとうございます。

そうですね。在宅医がグループを組んでというのは、それぞれが完結型の強化型がまた組んでいこうという、そういう大きな話になるんですか。

○井上委員　はい。

○西田座長　ありがとうございます。

井出先生、府中はどうですか。

○井出委員　府中市ですけど、先ほど言いましたように、全然まだ進んでない状況で、本当にことしから24時間の医療、介護、在宅の医療の何かしらの連絡体制をとれないかというのが始まったばかりでして、正直府中市は多分ほかの市と比べても結構スタイルが古くて、正直外来だけやってれば、受け入れ的には全く問題ないという先生もまだたくさんいらっしゃるんで、あえて在宅まで出ていって、特に24時間何かしら制限がかかるような診療までと考えていらっしゃる先生は、正直少ないとは思いますが。

ことしの後半から24時間やろうかという話で、手伝ってくださりそうな先生を今お声をかけようかと、まだ本当にそんな段階で、実際例えば夜間に在宅の患者さんが何かあったときのコールを受けるという、例えば形態なりというものをつくれるかなというのをまだ検討しているという、本当にお恥ずかしい限りなんですけど、そんな最中で、もう我々医師としては、もう永田先生とか、先行している先生のご意見をちょっと聞きながら、手探りでやっていくということが現状だと思います。

結構、多摩とかで在宅って医療圏やっているとところが多いですから、府中市の多摩市寄りとか、そっちは多摩市あるいは国分寺とかは、もうそっちのほうの先生に頼んじゃえとって、往診の車両が来ているのもよく見てますので、恐らく在宅医療ということに関して、やっていらっしゃる先生が余りいないところは、相当他市から今は入っていらっしゃるのかなというふうに考えているので、その辺が、我々がやはり本来は引き受けなきゃいけないのかな。せめて自分たちが診ている患者さんが、廃業なり高齢化ということで通えなくなったときに、少し支えていける仕組みが構築できないかなという、その程度を今考えているレベルでして、まだまだ始まったばかりかなという状態ですね。

○西田座長 ありがとうございます。頑張ってください、ぜひ。

じゃ、中山先生、調布の現状を。

○中山委員 調布のなかやまクリニックの中山でございます。

僕は、一般診療所で一人で診療して、ちょろっと在宅診療も本当に少しですけど、してます。やっぱり調布、幾つかの強化型の在宅の診療所、それから市周辺の在宅の専門の他市の先生方がかなり現状としては、調布市内の在宅を支えていただいている状況だと思います。

ただ今後、このままでふえる在宅患者をカバーできるかということ、なかなか難しいんじゃないかなと思います。やっぱり一般診療所の先生方にも、少しでも在宅に興味を持っていただいて、やっていただきたいとは思っているんですが、なかなか皆さん、ちょっとこっちをむいてくれないというのが現状だと思います。

その原因の一つは、やっぱりふだんの外来の診療だけでももう十分忙しくて、それ以上手を広げたくないというのもあるでしょうし、もう一つは、やっぱり24時間のそこまでちょっと縛られたくないという思いもあるんだろうと思います。

でも片や、僕とかもそうですけど、やっぱりずっと長く診てる患者さんを最後までできるだけ診ていきたいという思いは多くの開業している外来メインの先生方は思っているんだろうと思います。

現状としては、うちとかだと、自然に外来の延長として、自然に来れなくなって、圧迫骨折をしたとか、入院して廃用が進んで歩けなくなったというような方を自然な形で在宅のほうに切りかえていってるような状況で、確かに先ほどお話もありましたけど、24時間体制ということで、ドライに当番制の夜間当番とかで、ほかの先生の手に乗せてしまうというのは、やっぱりちょっと気が、今までの長いつき合いのある患者さんたちですから、やっぱり最後まで自分がという思いがあるので、そこはちょっとなかなかドライになり切れないところではあると思います。

24時間体制ということで、あともう一つ、調布市でもまだ確立されたシステムとかはないんですが、確かに一般診療所の先生たちと強化型の先生たちが対等に態勢をつくって、順番で当番を回していくというのは、やっぱり持つてるボリュームとかからして、それから持っている患者さんの重症度も違うと思うんですね。なので、そこはちょっとやっぱり無理があるんだろうと思います。

本当は、一般診療所の先生たちもふえれば、一般診療所のグループ、それから強化型の先生たちの24時間のグループというのをつくっていったら、もっと言うならば、ピラミッド状に、一番は在宅専門の先生たちとか、強化型の先生たちのグループがあって、一番下に幅広く一般診療所の先生たちが少数でも、比較的軽症の方でも在宅をしていただいて、その患者さんのやりとりも、例えば一般診療所でカバーできなくなってしまったケースは、強化型の先生たちをお願いしていくとか、そういったやりとりがあって

もいいんじゃないかなというふうに考えています。ちょっとまだ何となく構想してるだけで、全く形に調布でもなってますが、一応そんなふうに考えております。

○西田座長 ありがとうございます。

そこに調布市の場合は、在宅医療・介護連携拠点がどの程度機能できるかということもあるかと思えますけども、狛江市は医師会としていらしてないんですね。

吉川先生、医師会の担当もやっておられるけど、何か24時間体制に向けて何か狛江市で取り組んでいることはありますか。

○吉川委員 現時点で制度化された連携の仕組みというのは、できておりません。先ほどもご報告しましたとおり、狛江市内、医師会員では3カ所の在宅療養支援診療所のみという形ですので、もともと開設当初から関係性をつくりながら、お互いサポートしているということで、スポットでのカバーの依頼というのは、MCSなんかを使って、もう既に3診療所のネットワークができていますので、それも使ってちょっと融通し合っているということです。

○西田座長 なるほど、そうですか。それじゃ、その3カ所の専門クリニックはそれぞれ連携してやっているんですね。

○吉川委員 はい、これも開設時から、いわゆる連携の強化を目指した形で、初めから申し合わせをして、現状そういうようになっていますので、それを含めたネットを組んでます。

○西田座長 ありがとうございます。

いろいろなお話が出たかと思えます。時間の制約がかなりございますので、ちょっと次の議題に移りたいと思えます。

今度は、病診連携といったことも含めて、入退院支援、入退院における病診連携等の問題について、病院の先生方にご意見を、現状をお話しいただきたいと思うんです。まず、武蔵境病院の天野先生、何かコメントいただけますでしょうか。

○天野委員 多摩川病院の院長、天野と申します。

○井上委員 武蔵野病院の天野先生、来ていません、きょう。

○西田座長 見えてない。多摩川病院の天野先生から結構です。お願いします。

○天野委員 私どもは、病院としては、在宅の先生方、非常にたくさんご紹介いただいておりますが、理想としては、うまくいっていると思えます。

要するに、常々思うんですが、在宅の先生は、やはり受け入れがあれば、とってもいいんだろうなと思えます。受け入れは、要するに慢性期病院、回復期、有床診療所、困ったときの、つまり自分たちだけで最後に。だから、困ったときに受け入れるところがあれば、とっても楽なんじゃないかなという印象はありますね。

ですから、・・・に聞きたいんですが、そういうところと連携というか、在宅の先生は、特に特定の慢性期病院、要するに、急性期でなかなか受け入れがよくないと思うんですけどね。慢性期病院は割とよく考えられて、受け入れから在宅、退院してお返しするという点に関しては、もうちょっと介護、訪問から、在宅サービスから、もう全て専門家がおりますので、入院して適用のある患者さんであれば、とってもうまくいくと思うんです。慢性期としてはですね。

ただ、在宅クリニックの先生方、慢性期とよく連絡をとれば、とってもやりいいんじゃないかと、常々思っております。

我々は、病院からも受けますし、在宅からも受けますし、どういう患者さんが慢性期病院としてはですね、どういう患者さんが来るか大体わかっていますので、在宅の先生が慢性期病院とよく連携をとってほしいと。そうすると非常にうまくいくんじゃないか

と。

○西田座長 先生のところは、例えば地域包括ケアベッドは持っておられるんですか。

○天野委員 地域包括も持っております。49床。

○西田座長 そうですか。よろしいでしょうか。

じゃ、野村先生ぜひ。

○野村委員 三鷹の野村病院の野村です。

三鷹の何というんですか、在宅療養の支援ということに関しては、先ほどから窪川先生や高橋先生が中心になって、かなりそれをサポートするというのを私たち病院との間でかなり間に入って市を動かして、そういった後方支援病床支援事業でしたか、正式な名称、がもう11月1日から立ち上げて、2週間を限度に、そして必ず紹介したところが原則として必ず引き受けると。原則として引き受けるという形で無事にスタートを切りましたけれども、こうした事業を立ち上げなくても、ある程度いろんな連携はできていたんじゃないかなと思います。

この在宅療養を病院側がどういうふうにかかわっていくかということに関して、先ほどそれぞれの診療所の先生方のお話を伺ってますと、それぞれの基礎自治体で皆さん方はお考えになっていて、武蔵野市の中でその病院の中で、あるいは小金井市の中でというお話ですけれども、確かに地域包括ケアシステムの実施主体は基礎自治体ですから、ある程度そこを中心に物事を考えていくのは、それはもう当然だと思いますけれども、これが病院との連携ということになってくると、もう少し圏域を広げて、武蔵野市の中だけで完結、三鷹市の中だけで完結ではなくて、もう少しそこが連携していくようにしていく必要があるなど。そのために余りそれぞれの市が独自の仕組みをつくるのではなくて、できるだけお互いの市町村、市同士がお互いにそういう意味で連携しながら、ある程度仕組みを近づけていく、そして、その中で病院と連携していくということが非常に重要だというふうに認識をしています。

○西田座長 もうちょっとお話しただけじゃないですか。

○野村委員 そういう意味で、病院側が診療所の在宅医療を支えていく上においては、市それぞれ独自で完結していくと考えるだけじゃなくて、もう少し圏域を広げて考えていかないと、なかなか連携を進めていくということはできなくて、武蔵野市の中でじゃあ病院をふやそうとかね、そういう議論に発展しかねないので、余り現実的じゃないなとそう思います。

そのときに、この北多摩南部保健医療圏を考えたときに、基本的に生活圏が主に中央線側と京王線側がありますから、例えば、三鷹、武蔵野、小金井ぐらいのところで、ある程度、ふだんから話し合いをしておく、あるいは調布、狛江、府中は大きいから単独でもいいのかもしれませんが、そちらのほうの中でとか、少し圏域を基礎自治体か、二次医療圏かではなくて、もう少しその中間ぐらいのところで、ある程度いろんな連携をしていくということを病院も踏まえてやっていくという必要があるなと思います。

北多摩南部に関しては、昔からやっぱり中央線側の生活圏と京王線側の生活圏は、特に甲州街道のところで上と下というのは、なかなか行き来しないから、二つぐらいに分けるのが現実的かなというふうに感じています。

○西田座長 なるほど、ありがとうございます。

とてもいいご意見ありがとうございます。そうですね。だから、在宅医療、介護、そういうレベルでの地域の話というのは、やはりどうしたって、これは基礎自治体ですけど、やはり病診連携を考えると、そうはいかないというところですね。やっぱり二次医療圏ということで、先生よろしいんでしょうか。

○野村委員 二次医療圏だとね、そもそもの私たちは二次医療圏でも100万人ぐらいですけど、もっといろいろ大きいところもあるのであれですが、北多摩南部に限って言えば、二つぐらいのところで分けてやるのが、先ほども申し上げたように、現実的じゃないかなというふうには思いますけども。

○西田座長 ありがとうございます。

病院で、後は、櫻井病院の宇都宮先生。

○宇都宮委員 すみません。府中市の櫻井病院の私宇都宮といいます。

きょうは、ちょっと院長が欠席なもので、私代理で来たんですけども、そういうのはもう入退院のところですけども、うちの病院、なかなか診療所さんと接点がなかったもので、最近やっと診療所のほうから紹介をいただいたりして、入院の受け入れをしてるんですが、我々の病院、東京都の医療構想で言うと、回復期のところに入るんですけども、どうしても病院自体が二次救じゃないので、昼間は受け入れできても、ちょっと夜間受け入れできない部分で、在宅をやられている先生にちょっとご迷惑をおかけしてる部分もあったりしてですね。というのも、どうしても入院で受け入れする部分に関しては、今在宅よりも、逆に多摩総合さんとか、武蔵野日赤さんとか、急性期を脱した患者さんの受け入れのほう割合的には多い現状となっております。

ほかの病院さんも、うちのような病院がもしあるんだとしたら、やはり常に受け入れられる状態が一番いいのかなと思っているのが、ちょっと問題点として思っている状況です。

○西田座長 はい、ありがとうございます。

今後、その点について在宅との連携ということは、何か構想はございますか。

○宇都宮委員 構想としては、現状どうしても今の今から二次救へいくのは、ちょっと難しい話なので、逆に夜間でも受け入れできるような体制を在宅からでもとれる側がという話をうちはしております。

○西田座長 ありがとうございます。

桜町病院の先生、よろしくお願いします。

○瀬口委員 小金井の桜町病院の瀬口といいます。

私ども病院は、やはり救急病院としておりませんので、基本的にはなかなか夜間受け付けで難しいということもあるんですが、まずきょうの議題の中で、退院のときの連携ということについて、昨年から退院支援ナースをうちは置きまして、退院支援部門を小さい病院でもちょっと小ぢんまりとつくりまして、退院支援ナースとMSWを組ませて、在宅に帰るときに、在宅の先生方にもできるだけ早くいろんな情報を流して、やりとりをしてということを始めまして、かなりやりとりがうまくいくようになってまいりました。ですので、病院からいろいろそういう形で先生方にアプローチをしてやりとりをするというのは、非常に大事な事かなと思っています。

時間外の受け入れについては、残念ながら昼間は頑張っ受けるようにしているんですが、どうしても時間外、いわゆる当直体制が救急隊の対応をとっておりませんので、受けられる場合もあるし、受けられない場合もあるしということで、実際は小金井周辺に、これは公立昭和病院、武蔵野日赤、杏林大学、多摩総合医療センター、この大きな救急病院が控えておりますので、これも数年前から毎年毎年病院のモデルケースの方々、先生方とちょっと相談をしながら、まずはちょっと受けてほしいと、夜は受けてもらって、もし次の朝、必要だったらうちでとりますと。少なくとも数日か1週間以内には、これはもう先生方のその病院の先生方の都合でいいですから、まず診てほしいので、その後は、その都合に合わせてこちらで何とかとりますからということで、お願いをして、

何とかそれが少しくまできていないかと思えます。

そういった形で、先ほどお話があったように、我々も小金井市内に4病院しかなくて、一般病院が3病院、救急を標榜しているのが1病院しかありませんので、それもみんな中小規模の病院ですので、小金井市内だけで全てを完結するという事は非常に難しい状況にあります。

ですので、苦肉の策として、周りの病院の先生方にちょっとお願いをして、そういう形で在宅、それから一般の救急の体制がとれるようにということで、今それでやっているところでございます。

以上です。

○西田座長 ありがとうございます。

新たに退院支援ナースを置いてということですが、何か退院支援において病診連携等で何か課題になっていることはございますか。

○瀬口委員 そうですね。課題になっているというのは、実際は退院支援をやるときに、最終的に退院の前に、できれば退院前カンファレンスを本当は病院の主治医と在宅の先生も踏まえて一緒にできれば本当にいいなと思うんですが、なかなか全員の都合が合わずに、ちょっとばらばらな感じでやりとりをしながらということはあると思います。

それと、もう1点は、一番大事なことは、なかなかこの中小規模の病院で、退院支援ナースをうちは師長経験の方、師長さんがなっているんですが、そういう方を一人置くというのは、非常にコスト的にもなかなか厳しいものがあるということ、知っていただければと思います。

○西田座長 ありがとうございます。

そうしましたら、後は多摩病院の金子先生。病院関係はほかにありますか。・・・ないですね。

何か今病院の先生方に入退院支援のところの問題をご提示いただいたんですけども、受ける在宅側で何かそれに対して、もしご発言があればお一人、お二人、井上先生どうぞ。

○井上委員 先ほど、在宅側としては、急性期のベッドは恐らく困ってないという発言がずっとあったんですが、それはうちとしても一緒なんですね。近隣には二次救の病院が一杯ありますので、急性期の受け入れは、130床減った武蔵野市でも困ってはおりません。

二次救の病院初め、武蔵野にはまだ吉祥寺南病院、それから・・・病院とか、荻窪病院、ちょっと圏域違いますが、そういった、それから西東京に徳洲会病院がありますし、ほとんど困らない状況なんですけども、在宅で療養している患者さんが入院するかどうか微妙なところ、それから家族が急にレスパイトが必要になったとき、こういったときの病床というのは、ほとんどなかなか難しい状況だったんですね。これを何とか是正するために、武蔵野市では、6年前に市内のベッドのあいてる病床を使って、そこに在宅でもし緊急で医療処置が必要な方の入院が必要になった場合の仕組みをつくりました。これ今ちょっと有形無形化しているんですが、ことしから西東京市とそれから三鷹市で同じような事業を始めてくださったので、非常に助かっているんですけども、これ武蔵野市に関しては、武蔵野市の市民オンリーだったんですが、三鷹は何と市外まで拡大してやってくれているので、これは非常に助かっているところなんですね。

そういった仕組みを圏域でつくることがやっぱり必要なんじゃないかと非常に思っております。とにかく医療処置、結構在宅で医療処置が必要な方は、ショートステイとか使えないんですね。その場合、家族が休みたいと思っても、全然休めない、その仕

組みを北多摩南部の圏域の病院で広げてつくっていったら、これは非常にいいんじゃないかと思っていますところす。

圏域が広がれば広がるほど、ベッドの空きというのは、絶対あります。武蔵野市でも、毎日空きベッド状況が必ず医師会に来るんですが、必ずベッドはあいているんですよ。そのベッドを使え、・・・の場合、病院側も絶対いいわけですよ。こちらも非常に助かる、在宅側も。両方にウインウインの関係ができるので、そういった仕組みを北多摩南部圏でできたら、これは非常にいいんじゃないかなと今ちょうど考えているんです。

○西田座長 ありがとうございます。

素晴らしいご意見が出ました。病院の先生方、ぜひご一考を願いたいと思います。

そうしましたら、ちょっと時間も押してきましたんですけども、在宅を支える上で、ケアマネジャーの立場から、池野上さん。

○池野上委員 東京都の介護支援専門員の研究協議会の地域理事してます池野上です。

今までのお話の中で、先ほど井上先生からあった在宅医療レスパイト、これ本当に今問題として、結局医療が必要な方が、どうしても特養とか老健のショートステイを使うことができない。ただ、もう見る限り家族がどんどん介護疲れして衰弱していく。じゃほかにもどこかないだろうかというところでの医療のショートステイ、これ本当に今、数少なくて、実際今私も困っているところとして、各市の私たちのメンバーとも話している中では、医療に対するショートステイだったり、病院との関係というところをすごく今話し合いをしております。

来年度、介護保険の制度改正におきまして、入退院の連携強化というのが強く出されております。できれば病院ともし在宅の先生たちとも話す場というところがあれば、もっともっといい介護ができるんじゃないかなと思っています。

以上です。

○西田座長 ありがとうございます。

今在宅レスパイトという話が出ましたんですけども、老健においてその役割というのが、どの程度これから果たしていけるかというのをちょっと教えてもらえればと思いますが。

○一條委員 老健は、ショートステイとロングステイという入所の二つの形態があるわけですけども、ショートステイはこの家族のレスパイトに非常に使えるんじゃないかとは思っています。ただ、現実にショートステイの場合に、医療行為というのが原則的に認められてないために、非常に制限があるわけですね。これが東京都老健の会長の平川先生なんかは、ショートステイに医療行為はある程度認める方向に、今、国とかけ合っているという話を聞いておりますので、もしこれがある程度のところまで認められる、少なくとも点滴ぐらいできるものであれば、老健というのは医者も常駐しておりますし、それから看護師もおりますし、夜もずっとおりますので、やはりその程度では普通の病院はなかなか受けないんですね。急性期病院はほとんど在宅の方、認知症を持っている方も多いし、いろんな病気を持っている。その中で、落ちついたところで何とか頼むよという家族のレスパイトのためというのは、やはりそれは認知症を診るのになれている老健が非常にいいと思うんです。ただ、ぜひとも老健のショートステイに医療行為がある程度認められるように方向ができれば、我々は十分協力できるんじゃないかと思っています。

現実に高橋先生がごらんになっているような患者さんでも、うちにショートステイに入って、しゅっちゅう月の半分ぐらいはショートステイを使っています。在宅と我々とで家族のレスパイトに十分なっていると思います。

その辺のところは、多分病院は先ほどお聞きしていると、病院としては在宅で診ている人をどんどん積極的にとりますよという言葉はありますけど、私違う医療圏で病院長やっております、その医療圏の中のその市では、公立病院の急性期をやっているのは、うちだけだったんですね。そうすると、今のドクターのいろんな種類がありまして、多摩総とか、日赤のようなどころにいる先生というのは、救急を何ら抵抗なくどんどん診てくれます。だから、救急車が来ると、もう喜んで診てくれる。ただ、そうじゃない病院も一杯あるんですね。そうすると、在宅診療で24時間型とか、強化型をやっているところの先生が、例えば最期の看取りの部分だけ、じゃ救急車を呼んで、急性期の病院へ行くというと、物すごい反発があるんです、ドクターのほうから。「何を言ってるんだ、ふざけんじゃない」と、「おまえら高い金をとって診ておいて、最期だけおまえらこっちへ送ってくるのか」という声をしょっちゅう聞いてたんですね。だから、その辺のところは、多分病院側のドクターと、在宅をやっている先生たちの大きな高い垣根があるんだと思うんですね。それをやっぱり解決していくには、僕人間と人間のつながりしかないと思うんです。やっぱりもっともっと医者同士がいろんなコミュニケーションをとって顔を知っていれば、やはりその辺のところはだんだん低くなっていくと思うんですね。「あっ、あの先生が一生懸命ふだん診ているんだったら、よっしゃ、じゃいいよいいよ」という言葉が出るはずなんですね。そのつながりをぜひやっぱり何かつくっていく仕組みが必要なんじゃないかなと、私常々思ってます。

○西田座長 ありがとうございます。

もう本当におっしゃるとおりだと思います。ちょっと吉川先生、その件について追加発言ありません。慈恵との連携等。

○吉川委員 慈恵との連携。

○西田座長 だから、地域の在宅医と病院のドクターの顔の見える関係を構築していこうという。

○吉川委員 昨今、ちょっと例えばアドバンスケアプランニングとか、そういった意思決定支援というのも非常に話題になっていると思うんですけども、実際、急性期病院から退院してきて、在宅で引き受けるというときに、そうすると、一つの医療行為を今後行っていくかの是非だけではなくて、どういう形を目指して帰ってくるのかという、暮らしをイメージした退院支援がなされていないケースがまだまだ多いというのが実感されていて、このことが再入院率を上げてしまったり、在宅に帰ってからの望まぬ搬送につながってしまったりということにもつながっているんだろうというふうに思います。

当然病院側の医師、特に狛江市内の場合は、急性期が大学病院しかない。半年もたつと医者が何割か入れかわっちゃうようなローテーションの中で、地域の医者として一緒に組んでいくのは現実的に難しいというのは、肌では感じてますが、そうは言っても、連携部門なんかを通じて、お互い学び合う機会というのをつくっていこうという考えには最近なってきたので、そういう中で、意思疎通が図れるようになればというふうには思っています。

○西田座長 ありがとうございます。

本当、老健にはぜひぜひそういう機能をさらに強化していただければと願っています。

看護師の立場から、ちょっと在宅療養の課題というか、何かちょっと。

○長谷部委員 私、多摩南地区の副支部長をしております長谷部と申します。調布病院の看護部長をしておりますけど、そうですね、うちも退院支援看護師を四、五年前から1名配置して、後はMSW2名と一緒に退院支援のほうをやっておりますが、最近退院支援だけではなくて、入院支援のほうで、やっぱり在宅の先生方から入院をさせていただ

いた患者さんの今情報提供を24時間以内に送っていただけるというようなことで、いろいろな先生方にうちがあいているときとかは、お声かけをさせていただいているんですけど、少しずつ資料もふえてきているところを見ると、だんだん連携がちょっとずつでもできているようになってきているのかなということを考えます。

また、看護のほうから、やはり訪問看護のいまだに訪問看護になる看護師の不足であったりというところが、まだまだ訪問看護もふやしていかなければいけないと思うんですけど、やはりそういうところも課題でありますし、また今度の30年の診療報酬改定では、やはり病院の7対1をもっともっと削っていかうというような、そういう動きも見えますので、そののところから少し下がる、10対1とか、やはり地域包括ケア病床を少し持つ病院がもうちょっとふえてくるのではないかなとは思っています。

そうすると、地域包括ケア病床のほうで、先ほどのようなレスパイトの方、特に今、地域包括ケア病床は、ほとんど急性期の病院でありますと、ほとんどが一般病棟からそちらの病棟へ回る人が多いということで、ちょっとそれでは余りにも地域包括ケア病床の意味がないのではないかとということも議論されていて、やはり地域の方を受け入れるという病床にしていかなければいけないということも言われていますので、そこが少し今後変わってくるのかなというような期待は持っています。

あと本当に、北多摩南部でいろいろな管理者会議とかも出ますと、大きな病院は、今救急車をどんどんとって、先ほど先生方もおっしゃっていますように、二次救の中小の病院は、割合患者数が少なくなって、救急車も減ってきているというようなところで、やはりそういうあいた病床を今後本当にそんなところに活用をしていけたらいいのかなというふうに思います。

○西田座長 ありがとうございます。

そうですね。調布病院としては、機能的には地域の中でどういうところを目指しているのか、ちょっとそこが端から見てよくわからないですね。

○長谷部委員 そうですね。調布病院は、もともと急性期の病院ということなんですが、なかなか急性期も救急車を本当にどんどん断りなく受け入れるということもなかなか難しく、応需率で言うと、いいときで70%ぐらいというようなところなので、そういうところでは、一つのところでは、そこはもっと頑張っていかなければいけないと思いますが、やはり地域の方、先ほども言いました、地域包括ケア病床も今ちょっと考えているところですので、そういうところをやっていけたらなというふうには思っています。

あと療養病床が今2のほうをやっていますので、やはり先ほども出ました、医療区分の1の方たちをどうするかというところは今後の課題になると思います。

○西田座長 なるんですね。ありがとうございます。

それから、あと薬剤師会のほうですけども、今かかりつけ薬剤師、薬局が非常にうたわれているところですけども、この地域で何かそういったことに関する課題がございましたら、ちょっとお願いしたいんですけど。

○渡邊委員 狛江市の薬剤師会理事の渡邊と申します。ウェルパーク薬局の薬局長をしております。

今このかかりつけ薬局というお話が出ましたけれども、現状の中でいきますと、なかなかかかりつけ薬局という形、法律の流れというんですか、国の流れで薬局をある程度集約していくような流れで、お薬手帳を使ってというような部分は出てきてはいるんですけども、かかりつけ薬剤師という名目上で点数をとるような部分に関しては、なかなか会計の部分も上がってしまうというのもあるので、とりにくいという部分は出ていますと。

ただ、実際のところ、お店単位でいきますと、個人経営みたいな部分もかなり多々ありますので、変な話、患者様に対しては、かかりつけみたいなイメージといたらおかしいですけども、そういうのは過去からの中でもあるとは思っております。

全体に在宅ということに関して、現状これから患者様の数がふえてきて、先生方も受け入れの部分とか、先生の手が足りないというようなお話が出てますけれども、薬剤師側としても、現状は先生との点でのつながりみたいな部分が多く、ケアマネジャーさんとの点でのつながりという部分が多かったりというので、地域によっての格差もかなりありますし、地域内でも薬剤師のレベル、在宅をやったことのないという薬局も多々ありますので、どちらかというところ、やっているとこに集中しがちな流れは現状あると思っております。

狛江市なんかも全体的にはおこなっている状況でして、一応在宅担当理事みたいなことをやらせてもらっているんで、地域の薬局で全体で支えられるようなシステムといたらおかしいですけども、どこに頼んでも大丈夫、どこに頼んでも同じようなクオリティが保てるような形に持っていけないと、これから数がふえていったときには、多分今大量に受けている薬局だけでは、多分回り切れなくなっちゃうと思いますので、受けてないところも幅広く、どこにでも先生方からも頼んでいただけるような体制というのは、持っていかなければならないなと個人的には考えております。

○西田座長 ありがとうございます。

そうですね。だから、ウェルパークさんみたいにかなり規模の大きなところだとあれだけど、なかなか個人の薬局がというと、難しいところ、全体ですね。

○渡邊委員 全体的な流れでいきますと、これちょっと私の勝手な考えかもしれないんですが、チェーン店のほうがおこなっていると思います。在宅に関しては。

○西田座長 そうですね。

○渡邊委員 はい。どちらかというところ、個人のお店で、昔から在宅をやられているところとかのほうはしっかりやられていて、1店舗で100人規模の患者さんを抱えているところとかのほうが多い気はします。

○西田座長 そうですね。ちょっと意外でした。

○渡邊委員 うちの会社だけの話、お恥ずかしい話ですが、うちの会社だともう件数はかなり少なく、狛江がもともとそういう在宅の動きをしている店ではあるんですけども、私が今、狛江で5年ぐらいやってますけれども、うちの店でも担当させてもらっている患者さんは一桁ぐらいのレベルなんですね。片手、両手で数えられちゃうぐらいしか担当してないので、なかなか個人の在宅に入られているところは、エリアエリアによって違いますけど、昔からやっているところというので、そこらが多いように感じます。

○西田座長 わかりました。ありがとうございます。

この問題は、在宅を支えていく上でとても大事な問題なので、深掘りしていきたいんですが、時間の都合上、ちょっとごめんなさい。

渡邊信先生、歯科の今在宅専門の先生とか、いろいろ出てきておられますけども、何か課題等々お話しいただけますでしょうか。

○渡邊委員 どうですかね。府中の歯科医師会です。

歯科は、正直言いますと、自分らが在宅に出る、直接出る機会というのは、全く少ないと思います。ただ、府中の場合、他地区もそうかもしれませんが、行政にご協力いただいて、府中も平成に入って初めのころ、行政のお手伝いと医師会にもお手伝いいただいて、在宅歯科医療を立ち上げました。

今考えるのもこれで二、三十年たっているわけですけど、今気がつくと、会員130

人ぐらいいるんですが、歯科医師で在宅医療に動いてる人間は数名です。立ち上がった当初は手挙げ方式で何もわからないで手を挙げた人は一杯いたような気がするんですけど、気がついたら数名になりました。ほとんど動いてないです。

機材をまた用意しなきゃ、機材も年々新しく変わって、歯を削る道具が変わるわけですけど、最初のころはむちゃくちゃ大きいもので、男でも一人で持つのはやっとだったものが、今は本当にコンパクトにはなったんですけど、それを1台購入するだけでも相当費用がかかるし、それをペイすることを考えると、参加しない先生も多くなってくる気がします。

○西田座長 そうですね。ありがとうございます。

そういうのを本当は歯科医師会で皆さんが共有できるようなものを準備していただけるといいのかもしれませんが。いろいろご意見ありがとうございます。

本当、皆様にご意見頂戴したかったんですけど、すみません。司会の不手際で、行政の方、どなたかお一人何か提言なりございませんでしょうか。何かありませんか。

じゃ、代表して風間さん、何か発言ないですか。

○風間委員 とんでもない。

○西田座長 そう言わず、一言。

○風間委員 調布市高齢者支援室の風間と申します。

きょうは、皆さんの貴重なご意見、お話を伺えて、本当に私もうれしく思っています。非常にためになるお話がたくさんあって、やっぱり行政の立場でなかなか現場で皆さんが連携してる様子が入ってこないことが多いので、こういうリアルな話を聞くと、大変うれしく思います。

きょう余りお時間がないので、長くはしゃべりませんが、お話を聞いた中で、やっぱり広域での連携が必要だという話が幾つかのところから出てきたと思います。どうしても我々調布市の職員であると、調布市だけのことを考えてしまって、なかなか広域連携というのは図られない場面があるのかなど。医療の場合は、調布市の市民であっても、三鷹さんにお世話になったり、小金井さんにお世話になったりということもきちっときょう皆さんのお話を聞いた中で、やっぱり我々もきちっとそれを受けとめた上で、このきょう来ている部分に限らず、連携を図って、いい在宅医療を進めていければなと思います。

きょうは、本当にありがとうございます。

○西田座長 ありがとうございます。

すみません。時間がちょっと超過してしまいました。

では、行政の久村さんのほうに戻します。よろしく願いいたします。

○久村地域医療担当課長 すみません。本日は貴重なご意見、ご議論ありがとうございます。

本日のご意見を簡単にまとめさせていただきます。

まずは、地域の課題というところで、まず一つは、やっぱり医療資源の問題、現状でも例えば他市から頼ってるというふうな状況もある中で、今後の医療需要の増加に対して提供体制が整っていくかというふうなところに懸念があるというところで、そういった中で、やはり一つネックになると同時に、サポート体制として24時間体制のご議論をいただいたところでございます。

ただ、なかなか取組は始めたけれども、うまくいってないよ、あるいは現在検討だったりであるというふうなお話、取組状況なのかなというところがございます。

それとあわせて、在宅に取り組みやすい環境整備、仕組みづくりというところで、・・・

研修ですとか、ICTを活用したというふうな取組のご紹介もあったかと思えます。

また、それぞれ一般診療所の先生からの参入促進みたいなどころの中、あるいは一般診療所の先生と在宅専門強化型との連携みたいなどころも、なかなかご自分の患者さんは自分で診られるみたいにご意識の中ではどういうふうに進めていったらいいのかなというふうなところがあったかなと思っております。

それから、病院と地域の連携、先ほどお話がありましたけれども、やっぱり区市単位ではなくて、広域的な取組、圏域単位あるいは地域特性に応じた中間的な範囲での連携、仕組みづくりが必要なのかなというふうなご意見がございました。

例えば、北多摩北部医療圏では、圏域で入院時の連携シートというのを共通のシートをつくっているというふうな取組もございますので、今後そういった事例なんかもご紹介させていただきたいというふうに思っております。

また、病院さんのほうから、退院支援部門、退院支援ナースを置いてというふうな取組のご紹介をいただいたりというところがございました。

また、医療の部門でも、ショートステイの必要性、そこにおける老健施設の活用というふうなお話もありつつ、後は、退院支援の部分で暮らしを見据えた退院支援ができてないというところが、また再入院につながるのかなというふうな課題の提示等もいただいたところでございます。

こうした、本日も議論いただいた内容につきましては、今後、親会議に当たります調整会議のほうにご報告させていただき、特に東京都のほうにつきましても、在宅医療推進会議のほうに報告させていただきまして、今後の都における在宅医療への取組の方向性の検討材料とさせていただきます。

また、先ほど市の方からお話がありましたが、各地の担当部署の方にご出席いただいておりますので、それぞれの市の取組を参考にさせていただくということになろうかと思えます。

また、本日も、ご参加いただけていない医療機関の方々、関係団体の方々にも本ワーキングの資料、それから検討内容については、情報提供させていただいて、共有していきたいというふうに考えておりますので、よろしく願いいたします。

最後に、事務連絡でございます。本日の議事録につきましては、本ワーキング公開でございますので、後日、福祉保健局のホームページに掲載させていただきますので、公開された議事録について修正等が必要な場合につきましては、福祉保健局までご連絡をいただければと思います。

それでは、本当に本日は貴重なご意見ありがとうございました。

以上をもちまして、終了とさせていただきます。

ありがとうございました。