

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（北多摩西部）

日 時：平成29年11月8日（水曜日）19時01分～20時35分

場 所：立川市医師会館 3階会議室

○久村地域医療担当課長 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西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、お忙しい中ご参加いただきまして、まことにありがとうございます。また、今年度初めてのワーキングの開催ということで調整に時間を要しまして、開催日のお知らせ等がおくれましたことを、この場をおかりしておわび申し上げます。

私は、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。議事に入ります間、進行のほう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。

では、着座にて説明をさせていただきます。

改めまして、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た。そして、二次医療圏ごとに地域医療構想調整会議を設置いたしまして、現状や課題を共有しながら地域における取組を推進するために協議を行っていただいているところでございますが、調整会議におきまして、どの圏域におきましても、退院支援における地域と病院の連携の重要性、相互理解の必要性なども含めまして、在宅療養に関する意見というものをいただいているところでございます。ただ、調整会議の中では取り扱うテーマは広うございますので、在宅療養に特化してご議論いただくというふうな時間が十分とれないという状況がございますので、そのために、今回、こうした在宅療養に特化した議論、意見交換の場として、このワーキングを設置させていただいたものでございます。こうした意見交換等を通じまして広域的な療養地域の連携、相互理解というものが図られ、あるいは、行政の取組に反映できればというふうなところを考えておりますので、よろしくお願いいたします。

それで、本日の配付資料でございますが、次第のほうの下段に配付資料を記載させていただいております。万が一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。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、東京都医師会から開会のご挨拶をお願いいたします。

○西田理事 皆さん、こんばんは。東京都医師会の新米理事の西田と申します。

今回、東京都医師会のスタンスは、調整会議も含めてですけれども、ワーキングにつきましても東京都の依頼を受けて調整役を担っているというところなんです。それで、今回、当初皆様にご通知しました7時からのワーキングというところがあったのですが、先ほどありましたように、協議の場において、追加的需要と各区市町村の在宅療養ニーズの実数を国から出してきたものですから、それを受けて、その後のワーキングをやっていたきたいと。今、久村課長のほうからも説明がありましたけれども、そういったことで時間調整等が、先生方のなかなか診療が終わらない時間からの開始ということになって、大変ご迷惑をかけて申しわけありませんでした。

東京都保健医療計画の中で、先ほどから再三お話が出ていますけれども、地域医療構想が今年の8月にまとめられて、じゃあ、さて受け皿をどうするかということで、二次医療圏におりた状態でのワーキング、議論の場というものを調整会議の下部組織としてつ

くったわけです。これからその点について皆様にご議論いただき、ぜひ地域の課題を突っ込んだ形でどんどん出していきたいと思っております。当然短い時間ですので、ここで語り尽くせるものではございませんが、これを一つの取っかかりにするという意味もございまして、活発なご議論をよろしくお願ひしたいと思っております。

では、私の挨拶は以上でございます。

○久村地域医療担当課長 西田先生、ありがとうございます。

続きまして、座長の先生のご紹介をさせていただきます。

本ワーキングの座長には小関先生にお引き受けいただいたところでございます。一言お願ひいたします。

○小関座長 紹介いただきましたおぜきクリニックの小関といいます。武蔵村山市で開業しておりますが、私は、病院の勤務時代から、往診といわれる診療報酬しかなかったころからやっております、開業以来ずっと往診、あるいは、訪問診療をやっております、最近ではその波を受けて、武蔵村山市で在宅療養の推進のために少し尽力をさせていただいているところです。そういうこともあって、今回、座長を引き受けさせていただくことになりました。今回は短い時間ではございますけれども、皆様のご意見をできるだけ聞いて、皆様のご協力を得ながら、スムーズな会議進行と、それから、活発な意見交換にさせていただきたいと思っておりますので、ぜひご協力をよろしくお願ひいたします。ありがとうございます。

○久村地域医療担当課長 小関先生、ありがとうございます。

それでは、以降の進行を小関先生にお願ひいたします。

○小関座長 では、まず、早速議事に入りたいと思っております。

皆様はご存じだと思いますが、地域医療構想調整会議において議論を進めていく中で、在宅療養についての意見が多く出されたというふうに聞いております。そうしたことを踏まえまして、在宅療養ワーキングというものを関係者の皆様に集まっていただき、その課題や現状についてお互いに問題意識を共有して意見を交換して、活発な議論をお願ひしたいということで設定されております。ただ、資料がないと議論のベースとなるものがありませんので、まず、資料の説明を久村課長のほうからお願ひしたいと思います。では、久村課長、よろしくお願ひします。

○事務局 では、私、藤田のほうから説明させていただきます。医療政策部医療政策課の藤田でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

早速ですけれども、資料のほうをおめぐりいただきまして、2ページ、資料2でございます。こちらは、昨年策定いたしました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。

こちらの地域医療構想なんですけれども、こちらは5章立てになっておりまして、第1章では東京都地域医療構想とは何かというような形で記載をしております。こちらは、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体制を維持・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点を記載するような形となっております。資料の中段あたりなんですけれども、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、そして2点目は、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。将来の病床の必要量は、右側のほうの第2章に東京都全体、それから、第3章、次ページ以降にございますが、そちらに構想区域を二次医療圏ごとに記載しております。そして、地域医療構想の達成に向けた事項が第4

章に、東京の将来の医療、グランドデザインとして記載をしております。それから、地域医療構想は、今、改定作業を進めております保健医療計画の一部となっておりますので、次期計画の際には一体化をするものとなっております。

第2章、2ページ目の右側のところでございますけれども、東京の現状と2025年の姿としまして、八つの東京の特性を記載した上で、将来推定として東京都全体の病床数、在宅医療等の必要量を推定し、記載してございます。2025年の病床の必要量は、表の中ほど、計の欄をごらんいただきますと、東京都全体で11万3,764床、現行が約10万5,000床ですので、数字だけで見ますと、約8,000床の不足と推計をしております。ただし、その必要量は推計値でありますので、患者様の受療動向ですとか、あるいは、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。病床の整備につきましては、これまでどおり基準病床数制度によってきめ細かく実施してまいります。

次に、在宅医療等の必要量の推計でございますけれども、表の右の欄の在宅医療等という欄をごらんいただきますと、東京都全体では19万7,277人、1日当たりですけれども、そのうち訪問診療分としましては14万3,429人となっております。こちらをもう少し詳しく見ていきますので、2枚ほどおめくりいただいて、4ページです。慢性期機能と在宅医療等の患者数推計の考え方というところで、国は地域医療構想の策定に当たりまして、慢性期機能と在宅医療等の患者数の推定の考え方を示してございます。

中ほどの帯の図をごらんいただきますと、現状のところに療養病床の入院患者数がございまして、そのうちの医療区分1の70%と地域差解消分、その隣にあります、一般病床で医療資源投入量175点未満の患者につきましては、療養病床、一般病床の需要ではなく、在宅医療等という中で対応するとの考え方となっております。このため、将来の在宅医療等の必要量につきましては、右にございます訪問診療患者数、それから、老健施設の入所者数に、先ほどの療養病床の医療区分1、地域差解消分と一般病床数で医療資源投入量が175点未満の患者を合わせたものになっております。

次に、在宅医療等の内訳を見てまいりたいと思いますので、もう1ページおめくりいただきますと、国はこの推計におきまして、在宅医療等、先ほどからご説明させていただいておりますけれども、病院、それから、診療所での入院医療以外の医療というような形で定義してございます。在宅医療等の2025年の必要量につきましては19万7,277人。そのうち、現行の訪問診療が、2013年の訪問診療実績でいきますと、1日当たり9万6,712人、こちらを引き延ばした訪問診療の必要量が14万3,429人となっております。そして、残りの5万3,844人については、こちらは一般病床で、医療資源投入量の低い患者につきましては、国はこちらを外来で対応するとしておりまして、2025年は約7,000人と推計しております。また、老健施設入所者の2025年度の必要量は約3万3,000人になっております。残りの療養病床の見直し分、医療区分1の70%、それから、地域差解消分、こちらは約1万4,000人ですが、国の考え方では、こちらを介護医療院への転換と介護施設、それから、在宅医療で対応することとしております。なお、ここでいう在宅医療は先ほどの在宅医療等とは異なりまして、訪問診療か外来での対応になってございます。そして、この療養病床から移行分を介護医療院で対応するのか、介護施設なのか、在宅医療なのか、この部分の医療計画と介護兼事業計画とで整合を図りましょうというのが、後ほど資料4でご説明いたします協議の場になっております。

以上が在宅医療等の必要量の説明でございます。

資料2の3ページ目のほうにお戻りいただきまして、地域医療構想の概要の2/2をお開きください。こちらの第3章は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ですとか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、協議を行っております、この在宅療養ワーキングはこちら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、構想区域ごとに囲みにあります①から⑧の地域の状況について記載をしております。

右側に行きまして、第4章なんですけれども、こちらは東京の将来の医療～グランドデザイン～でございますが、こちらは、誰もが質の医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」をグランドデザインとして掲げまして、その実現に向けた四つの基本目標、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、資料中段、右側のほうにございますけれども、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、①予防・健康づくりから④看取りまでの支援、こういったものを課題として挙げまして、この資料では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。後ほどお手元の地域医療構想の冊子でご確認いただければと思います。

そして、最後、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、それから、保険者・都民それぞれの役割等について記載しております。

以上が地域医療構想の概要の説明でございます。

続きまして、資料3、6ページをお開き願います。こちらは、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、本ワーキングのもとになっております地域医療構想調整会議について、設置の考え方等を記載しております。

おめくりいただきまして、本ワーキングの概要となっております。目的は記載のとおりですが、設置の背景としましては、調整会議の中で、退院支援における地域と病院の連携の重要性ですとか、あるいは、相互理解の必要性など、在宅に関するご意見をいづれの圏域でも頂戴しております。調整会議では、どうしてもやはり時間の関係もございまして、今回、新たにこういった本ワーキングを設置しまして、在宅療養に特化した意見交換等を皆様をお願いしたいと考えております。また、意見交換での内容を踏まえまして、今後のさまざまな取組等へつなげていけばとも考えております。

なお、本年度の意見交換の主なテーマとしましては、4にございますけれども、在宅医療資源について、現状・課題の共有、あるいは地域と病院の連携、こういったことについて、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につきましては、後日開催いたします調整会議のほうへ報告する予定となっております。本ワーキングは初めての開催となりますが、次ページ以降、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。

私から、最後に、資料4のほうのご説明をさせていただきます。資料の10ページでございます。こちらは、先ほども少し触れましたけれども、都道府県・区市町村の医療・介護担当者等の関係者による協議の場という形で、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医療の見込みの整合性を図ることを目的に設置するものとなっております。設置区域は二次医療圏ごとに設置することとされております協議の場を先ほど開催したところでございますけれども、こういった協議の場で使用しました資料を今回つけさせていただきます。資料4の1枚目は協議の場の概要、お

めぐりいただきまして2枚目なんですけれども、こちらは追加的需要についてとございますけれども、追加的需要とは、先ほどご説明しました療養病床の見直し分となっております。下段に数字をお示ししておりますが、都全体で、囲みのところにありますが、1万4,336人と推計しております。

この追加的需要についてどう対応するかというのは、1枚おめぐりいただきまして、下段の図の療養病床、医療区分1の70%、それから、地域差解消、こちらを、④の介護医療院、⑤の介護施設、それから、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④の介護医療院、⑤の介護施設を継続し、医療計画のほうでは⑥の在宅医療を記載するわけですけれども、ここで漏れがないように、また、重複しないように整合性を図るとというのが協議の場の目的となっております。

おめぐりいただきまして、追加的需要分も詰めました訪問診療の数字を見てまいります。資料の下のほうにございますけれども、2013年の訪問診療の実績は9万6,712人、これを引き延ばした2025年の推計値は14万3,429人、そして、先ほどからの追加的需要分のうち訪問診療で対応すると試算した数字が495人となりまして、合わせました2025年の訪問診療の必要量の推計は14万3,924人、1日当たりですけれども、そういった形になってございます。ここでご留意いただきたいのは、療養病床に入院されている患者さんを強制的に退院させるというわけではなくて、あくまでも今後の需要推計に当たって、病床で見込むのか、あるいは、在宅や介護施設等で見込むのか、こうした患者さんの受け皿が不足することがないように、体制整備をきちんと進めていきたいと思いますという考えのもとに進めていくものとなっております。

訪問診療の必要量等につきましては、引き続き保健医療計画の改定作業の中で整備してまいりますけれども、各区市町村さんや関係団体さんのほうにおかれましては、地域の受ける取組の際にご参考にしていただければと思っております。

なお、次のページには、介護保険事業計画に反映させます介護医療院、介護施設等の必要量につきまして、この圏域の区市町村ごとに記載をしておりますので、後ほどご参考にご確認いただければと思います。

私からは以上でございます。

○小関座長 どうもありがとうございました。

かなり足早で説明していただいたので、質問もあろうかと思っておりますけれども、次の意見交換の場もありますので、そこでご質問等もまぜていきたいというふうに思います。

では、意見交換に当たりまして、さらに資料がありますので、その資料の説明をお願いいたします。

○事務局 事務局より、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5(1/2)の北多摩西部 データとアンケートから見る構想区域像という15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、27年の病床機能報告のデータや、昨年度末に実施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、15ページですが、こちらは、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になります。北多摩西部では、慢性期の欄の下の方の二つ目のポツにございますが、退院調整部門を持つ病院の割合が高い、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が高いとの特徴がございます。また、回復期機能の一番下をごらんいただきますと、老健、特養への退院割合が高いといった特性が見られます。

また、一枚おめぐりいただきまして、資料5(2/2)の16ページというものを

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の
になります。下の四角の囲みをごらんください。病院側からは、在宅医の数が不足して
いる、地域の開業医との連携がとれていないとの回答がございました。

また、その下、在宅側からは、急変・病状変化時の受け入れについては、要請があれ
ば、まずは受け入れてほしい、高齢者・難病患者の受け入れ先の確保に苦慮といった声
がございました。右に移りまして、在宅移行・退院支援について、地域の在宅チームと
の連携の重要性が理解されておらず、多忙を理由にケース会議が開催されないことがあ
る。また、その下、在宅への理解が乏しい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、17ページ、こちらについては、調整
会議における意見から地域の課題を整理したのですが、調整会議での意見の欄の右の
欄をごらんいただきますと、地域の連携を深める必要がある、看取りまでの対応を踏ま
えると、バックアップの病院があれば在宅医がふえるのではないかと、緊急入院、レスパ
イト病院の受け入れ先がないので、在宅がなかなか進まないとの意見、また、下の欄に
移りまして、入院調整窓口や入院時からの退院支援の必要性についてのご意見をいた
だきました。

これらの意見を踏まえまして、北多摩西部圏域の課題につきましては、地域内での連
携を深め、入院・退院調整を円滑に進めていくための取組が必要、そして、地域の中
で在宅患者を支えるため、病院・診療所間の連携・支援の取組が必要と整理しております。

また、資料を1枚おめくりいただきまして、資料の18ページからですが、こちらに
ついては、今説明させていただきました、各構想区域の調整会議の議論や検討状況をま
とめたものとなります。多圏域の状況もあわせましてご確認いただければと思います。

また、資料をおめくりいただきまして、資料5の最後のページ、23ページでござい
ますが、こちらは、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
となりますので、こちらもあわせてご確認いただきますようよろしくお願いいたします。

続きまして、別とじになっております参考資料をごらんください。参考資料は1から
4まであり、各ホチキスどめとなっております。簡単に資料の概要をご説明させてい
たきます。

参考資料1で、表題は在宅療養に関するデータ一覧になります。簡単に、こちらの参
考資料1についての概要をご説明させていただきます。

まず、こちら、参考資料1につきましては、地域医療調整会議では、圏域ごと、ある
いは、区市町村ごとの在宅に関する詳細なデータが欲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いたしました。まず、厚生労働省が医療施設調査や
人口動態調査等から作成している、在宅医療に係る地域別データ集をもとに、在支診や
訪問診療を実施する診療所の数、また、訪問診療の実績等を圏域ごとに取りまとめまし
たのが、こちらの参考資料1の1ページから10ページまでの資料でございます。こち
らのデータの注意点といたしましては、3ページ目の訪問診療の実施件数や4ページ目
の看取りの実施件数については、その地域に所在する医療機関の実績でございまして、
各区市町村に居住する患者への訪問診療の実績とは異なるため、データをごらんいただ
くときはご注意くださいようお願いいたします。

なお、こちらのデータのもととなりました地域別データ集につきましては、10ペー
ジに都内区市町村のデータを抜粋したものをおつけしております。こちらに関しまして、
10月20日にデータのほうが更新されておまして、資料の一番後ろにつけさせてい
ただいております、表紙がA4で、A3に畳んでいるものです。参考資料1-2と右上

に書いてあるもの、更新されたデータをこちらのほうで提供させていただいておりますので、こちらは厚労省のホームページでも掲載されておりますので、またご確認いただければと思います。

また、参考資料1の在宅療養に関するデータ一覧の説明のほうに戻りまして、11ページ目については、病床機能報告等の集計や、また、14ページ以降については、国から提供された区市町村別の訪問診療の実施件数を患者住所地、医療機関所在地別に整理した資料で、北多摩西部の各市のほうの状況等をつけたデータとなっておりますので、こちらもご確認いただければと思います。

続いて、参考資料の最後、各区市町村の状況についてなんですけれども、こちらは、区市町村ごとのいわゆる流入と流出の状況が見える資料となっておりますが、区市町村単位で100人未満の欄につきましては、個人が特定されるおそれがある理由で空白になっておりますので、そちらのほうもご注意くださいと思います。

参考資料1の説明は終わりにさせていただきます。続きまして、参考資料2で、在宅医療・介護、連携推進事業の取組状況、集計結果（29年度・28年度比較）というものが一番上に来ているものをごらんください。

1ページ目から4ページ目については、平成30年4月までに全区市町村が実施しなければならないとされております（ア）から（ク）の8項目について、今年度7月末時点の実施状況を取りまとめたものとなります。

また、ページをおめくりいただきまして、5ページ目、6ページ目については、地区医師会が取り組まれております24時間の診療体制の確保及びICTを活用した情報共有、多職種連携の実施状況となっております。5ページ目については、複数の在宅医が相互に補完をしまして、または、訪問看護ステーションと連携し、チームとして24時間の診療体制を確保する取組、また、1枚おめくりいただきまして、6ページ目は、地域の医療・介護・関係者がICTを活用して効果的に情報共有を行うことで、多職種が連携して在宅療養患者を支える体制を構築する取組に関するこちらの各地区医師会様等の実施状況となっておりますので、ご確認いただけますようお願いいたします。

また1枚ページをおめくりいただきまして、7ページ目以降については、各区市町村で進めております在宅医療・介護連携に関する相談窓口の各区市町村の現在の一覧をつけさせていただいておりますので、こちらのほうもご確認いただければと思います。

続きまして、参考資料3のほうに移りまして、表題のほうは地域医療に関するアンケート（在宅医療を行っている診療所向け）【北多摩西部】という上ホチキスどめの資料を見ていただければと思います。こちらは、先ほど説明いたしました調整会議の検討状況の説明の中でも出てまいりましたが、地域医療に関するアンケート結果のうち、在宅医療を行っている診療所からの回答をまとめた資料となります。それぞれ問いのほうはQ1からQ3までございますので、ご確認いただければと思います。

そして、参考資料の最後、A4の縦の資料となりますが、こちらは、東京都医療機能実態調査結果報告書、こちらは、保健医療計画の改定に当たって都内の医療機関が有する医療機能等を調査したのですが、こちらの回答結果のうち、在宅医療に係る部分を抜粋した資料となりますので、ページ数等は多いですが、内容等をご確認いただければと思います。

すみません、資料が多く、説明も早く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、また、医療機関の状況等を取りまとめたものとなりますので、意見交換の中で適宜ご参照いただきながら進めていただければと思います。

事務局より意見交換の資料に関する説明は以上となります。

○小関座長 ありがとうございます。

東京都からの説明が、資料も多くてデータも豊富にありますので、大変わかりにくいような感じを受けたかと思えますけども、簡単にまとめますと、資料の4ページにあるように、今後、現状で、回復期リハ、療養病床、それから医療区分1、軽症の人ですね。それがみんな外来を含めた在宅に帰ってくるということなんですね。それを数字で示して、それで、かつ、今回初めて在宅に帰ってくるためには、やっぱり訪問診療、在宅医療というのが欠かせないので、その訪問診療数の現状と必要見込み数を区市町村ごとにデータを出してきたということが、今回の一番新しいものではないかというふうに僕は思います。したがって、東京都の多い市は、2013年の約1.5倍の在宅療養の需要が見込まれるんですね。そのために、我々はこの地域で一体何ができて、何ができないのか。じゃあどうすればいいのかというのを、皆さんの中で、いろいろ詳しいデータがある中で、それを時々見ながら忌憚のないご意見をいただければと思っております。この場では、在宅療養に関する関係者、行政の方も含めていろんな職種の方がいらっしやっていますので、ぜひご自分の立場からいろんなご意見をいただいて、皆さんの参考になればというふうに思いますし、できればそういう問題意識を皆さんで共有していただければ、この場が有意義なものになるのではないかというふうに思っています。

もう一つは、したがって、この場では何か結論を出すとか、あるいは何かを決めるという場ではありませんので、簡単に気楽にご意見を賜って、それをまとめて地域医療構想調整会議にまた上げていただくというようなことで考えていただければというふうに思います。でも、かといって、じゃあ、全般について、それを議題にすると、とてもじゃないけどこの中では僕はできないと思いますので、今は、在宅療養の現状がどうなっているかということの一つ二つ述べていただいて、その中で問題を一つ、もしくは二つぐらい挙げて、皆さんのご意見をいただければというふうに思っていますので、ぜひよろしくお願いいたします。

先ほど言ったように、在宅療養の患者さんがどんどんふえてくる。それに対応するためにはどういうことが考えられるかということで、訪問診療の数が今出ていましたので、そういう観点からちょっと意見を述べていただきたいというふうに思うんですが、その点について、皆さんの中で、うちはこうやっているとか、こういうところが問題だということがちょっとあれば出していただければと思いますが、いかがでしょうか。

○荘司委員 先ほどのとダブってもよろしいですか。

○久村地域医療担当課長 ここからまた真っさらでお願いします。

○荘司委員 立川市医師会理事で立川在宅ケアクリニックで在宅医療をやっている荘司と申します。

まず一つ、東京都に質問なんですけど、先ほどから参考資料1の各区市の状況というものが出てきているのですが、これのデータベースの整合性をちょっと知りたいのです。実は私のほうで、立川市の医療機関所在地ベースという、立川市で訪問診療をやっているところがどこに行っているかという数字というふうに認識しているのですが、それは間違いないですよ。

○久村地域医療担当課長 そうです。

○荘司委員 そうすると、我々のところのクリニックで、国分寺市とか、あるいは、ほかの地域に行っているところがゼロとなっている部分があるのですけれども。

○久村地域医療担当課長 先ほど申し上げましたけども、国のほうからのデータの提供で、100人以下の欄につきましては、個人が特定されるおそれがあるということで、ブラ

ンクで来ているのです。それで多分数字が。

- 荘司委員　うちのベースで百九十幾つあるという、そのベースなので、100人以下ではないと思うんですね。
- 久村地域医療担当課長　これがまた、居宅と同一建物と特定施設で、それぞれで100人以下というのがありますので。
- 荘司委員　うちは基本的には同一建物に行きませんで、居宅だけですので。そうすると、あと武蔵村山もそうなんですけれども、全く載っていないというのはちょっと整合性が欠けるなと思ったのと、もう一つなんですけれども、この資料の中でよく出ている自宅死の割合というのが、東京都のほうも5ページで出してきましたし、去年の10月の新聞で各市町村のパーセンテージが出てきたと思います。東京都でもこれ以外に、ほかの資料にも各市の自宅死の割合が出ているのですけれども、これを細かく、北多摩西部の地域、少なくとも僕は、立川、国立、東大和、武蔵村山、あと、ほかの北多摩北部のほうの清瀬、小平まで調べたところ、この数字の整合性がなかったんですね。
　　どうということかといいますと、自宅死の割合が、いわゆる保健所から出ている全体の死亡の中の死亡診断書（死体検案書）の1に丸がされているものの数であって、決して在宅死ではない。いわゆる在宅看取りでなく、自宅死亡、あるいは、孤独死も含まれた数であるので、これを訪問診療とか今回の会議の構想区域別の資料として出すのはいかなものか、整合性はないのではないかと考えるのですけれども。
- 久村地域医療担当課長　こちらのほうは、国のデータのところから抜粋したところでございまして、そういう意味では、上の段の診療所による看取り実施件数というのが、多分そちらのほうの実際の看取りというふうなところの状況は見えるかなということ、一応両方をおつけした形になっております。
- 荘司委員　ということは、これはやはり整合性がないと。
- 久村地域医療担当課長　整合性ということより、あくまでも本当に自宅死ということ、
- 荘司委員　いわゆる在宅死ではないという。自宅であつたまま、病院で死亡したのではないという。
- 久村地域医療担当課長　そうです。ですから、多分、約2分の1は孤独死があるのではないかみたいなお話もありますけれども、そこも含めての自宅死ということでございます。
- 荘司委員　わかりました。ありがとうございます。

この資料とは別にして、立川では、先ほどもあったのですけれども、少なくとも多摩地域の医療・介護に関して、以前から言われているように、東京都は、全体の医療圏で考えたときに、例えばがんの人の場合は、どうしても高度医療が多い東京都区部に行ってしまう。中央線1本で、例えば立川だと30分で新宿に行きますし、それ以上でも1時間以内に行ける。逆に、慢性期になったり最期のほうの終末期になった場合は、多摩地域に戻ってくるというデータがございます。その中で、立川としては、市のほうでまとめていただいたのが在宅医療・介護マップです。どういったことがこの地域でできるか。病院も含めて、あるいは、訪問診療所、あるいは、訪問診療をやりながら外来ももちろんやっているところが、どういうところ、例えば、IVHであるとか人工肛門であるとか疼痛コントロール、どういうことができるかということマップにして、市のほうでオープンにしてくれました。それを使うことによって、顔の見える関係ができない遠い地域、区部の退院調整の方々がそのマップを見ることによって、立川の住民の方はこういうところをお願いできる、訪問看護師さんで言えば、これぐらいまだ余裕があるということまでやるということ、それを今やっております。それをできれば東京都全体に広げていただく。あるいは、ここにいる少なくとも北多摩の全地域に広げていただけ

れば、例えば立川の場合は、立川病院、立川相互病院、立川共済病院という三つの大きな病院がありますけれども、その3分の1ぐらいの患者さんは立川市以外の方が受診されているというデータがたしかあると思います。それを思ったときに、その周りの地域のどこに返していけばいいかということももう少し可視化できれば、先生が言われているような訪問診療の有効利用ができるのではないかと。

さらに、どうしても多摩地区というのは、今、老老・認認介護が多くなりまして、高齢化が非常に進み、それを支える部分に関してはドックの方も含めて非常に多くなっています。それを支える医療、介護の連携という中をつなぐためにも、そういうソフトがないといけないのではないかなと思うんですけれども、ほかの地域でもぜひ一緒にやっていただければ、それは、行政と医師会が一緒になっていただければ、そんなに難しいことではないと思うんですが。

○小関座長 ありがとうございます。荘司先生のご意見は、入退院の連携についてということが一つと、それから、医療資源マップの活用についてということで意見をいただきました。それでよろしいですかね。

○荘司委員 はい。

○小関座長 入退院については、また後ほど意見交換の場がありますので、そちらのほうに回させていただければというふうに思っていますが、医療資源マップ、恐らくどこの市でも幾つかは取り組んでいらっしゃるかと思うんですけれども、それ以外について、何かほかのところでご意見はおありでしょうか。

草島先生、どうぞ。

○草島委員 立川相互病院の草島です。

先ほどの資料の質問になるのですが、在宅医療の医療需要の推計のグラフがありましたけれども、5ページですかね。それで、2013年は9万6,710というのが実態ということですが、2025年の必要量というのが右のほうに出ていますが、19万ですかね。そのうち訪問診療が14万3,000というふうにこちらの表でなるのかなと思うんですけれども、もう一つの参考資料で配られた1のほうの3ページのところを見ますと、都内の65歳以上人口の訪問診療の実施件数というのがこれに出ていまして、2014年の資料じゃないかと思うんですけれども、訪問診療は、東京都でいうと14万2,000という数字が出ているんですよ。だから、数字が2013年と2014年の時点で既に随分食い違っているのかなということで、2025年の推計というのは実際、どうなのか。

○久村地域医療担当課長 5ページの推計のほうは患者さんが何人いらっしゃるかでございまして、こちらの参考資料のほうは、何回その月で訪問診療が行われたかという件数なんです。

○草島委員 件数だから1人1件、1人というふうに考えるのではないですか。

○久村地域医療担当課長 こちらのほうは、あくまでも何回訪問があったかという件数ベースで国のほうは資料を出しておりますので、1カ月の訪問診療件数。こちらは患者さんの数というふうな形になります。

○荘司委員 患者実数と訪問件数がどうしても違うというのは、どうしてもその差異というのは埋めようがないんですね。一つの診療所であればできるのですが、全体だと、これはちょっと。緊急訪問があったり、あるいは、週1回、月1回しか行っていない人に何かアクシデントがあったりということで、実際の人数と多分かなり差異はあると思います。

○小関座長 せっかく草島先生に質問していただいたので、病院側から見て、退院の患者

さんを在宅に戻すときに、これからだんだんそういう高度医療の人たちを戻さざるを得ない状況になってくるのかなと思うんですが、そういう点で何か問題点、あるいは、何かありましたら、ちょっと教えていただければというふうに思いますけれども。

- 草島委員 やはり、高齢者の入院、在宅療養をやっている方とか施設に入所されている方の入院とかというのは、日常的にはかなり多くなってきていまして、在宅にいかに戻していくのかということでは、今、病院の中では入退院支援看護師という格好で置いてあります。在宅調整部門のスタッフなんかもふやして、地域連携を円滑に進めるようにということで取り組んではいますけども、なかなかやはり、在宅の情報と入院で得ている情報等に違いがあったりして、退院に結びつけたときに、情報の差というか、ギャップみたいなものが生まれたりすることも結構間々あるかなというふうには思っております。

その意味で、入院になったとき、病院のほうに行って情報がきちんと提供されるかということと、それが在宅療養にいかにかに生かせるかということをもう少し詰めないといけないのかなというところで、ICTの活用なんかの問題もありますけれども、そのあたりがいろいろスムーズにできるようになっていくといいかなというところで、病院のスタッフとしては、なかなかやはり生活支援という視点というのはまだまだ弱いので、在宅に戻すときに、あくまでもやっぱり病状での判断、病気としての判断で帰したりもしますけども、生活が成り立つのかどうかというところでの配慮というのはちょっと不足している部分があるかなというところで、そういう意味ではご迷惑をおかけすることも間々あるかなというふうに思っております。

- 小関座長 ありがとうございます。訪問診療がふえざるを得ない状況にどうやって対応するかということも一つ大きな問題だというふうに思います。その際に、医療資源マップを使うということも有効な手段かと思えますし、大きな意味でいくと、いわゆる24時間診療体制の確保をどうやっていくかというテーマに僕は行き着くのではないかなというふうに思っています。

したがって、医療から言うと、24時間の医療体制をいかに構築するか。そこが一番、実はこの在宅療養でかなり険しい道でもあるし、かつ大変なところではないかと思っております。東京都の取組でも、東京都医師会に依頼して、24時間体制確保事業というのがあって、その資料がここにも出されていますけれども、その点について、例えば、ちょっと指名させていただいて申しわけないですけど、立川市医師会はどのような対応をされているのでしょうか。

- オブザーバー（香取） 立川市の香取ですけども、小関先生が言ったことはまさしくそのとおりだと思うんですね。24時間365日というのは、なかなか通常の診療をやりながらやるというのは非常に厳しい。あそこに専門にやっている先生もいらっしゃいますけれども、我々は通常に診療している。1年や2年は別として、10年とか長くやってきた患者さんが、なかなか通院できなくなったと。それで在宅になったと。それをせめて1人、2人診るような体制を構築しよう。じゃあ、具体的にどうするのかというとなかなか難しいですけども、それを模索している最中でございます。
- 荘司委員 実は、香取先生からちらちら聞きました。あくまでもこの地域という話をさせていただきたいのですが、よく長崎モデル、尾道モデルということで、主治医・副主治医制をやっている、佐賀もそうなんですけども。それの中での、西田先生がまた言われるかもしれませんが、お金のやりとり、正直言って、診療報酬のところの部分ではっきりしていないところがグレーゾーンである。この人は僕の後輩だからこれぐらいでやってくれというお金でやるというのと、実際に診療報酬がきちんとされるのは

違うと思うんですね。ということは、どうしても地方の場合は先輩、後輩、隣の先生が俺の後輩とか、近いところですけども、この地域だと、隣のクリニックの先生がどこ大学出身でということもわからないし、高校もわからない。そういう希薄性の中、やはりやっていくためには、香取先生が言ったような、少なくとも自分が診ていた患者さんは、ある程度訪問診療じゃなくて、往診でもいいから、1回自宅に行ってみる。ただ、最期の終末期、看取りの段階になったときに施設に入るのか、病院にお願いするのか、あるいは、最期まで自宅でいたいのかという意思の確認は、やはり、かかりつけ医、あるいは主治医の先生が行うことによって、その次の選択肢を主治医の先生が紹介という形であってもいいと思うんですけども、例えば在宅医療、一部で24時間365日やっていますというところに紹介する訪問診療を選べば。そうでなければ、施設をケアマネジャーと一緒に探す。あるいは、病院のほうに1回お願いして、療養病床も兼ねてお願いする。その病院というのは、例えばこの地域ですと、1回レスパイト入院できるような病床を持っているようなところをお願いするという形をとれば、ある程度目鼻がまだついていく余裕は、この地域にはあると思うんです。特にこの地域は、多種多様の急性期病院を含めて、あるいは、療養病床を含めて、あるいは、武蔵村山病院みたいに、最近、緩和ケア病床なんかで一時的レスパイトをとってくれるような病院、本当に地域の方々が使いやすい病院が幾つもある稀な地域ですので、そういったことを有効利用するというのが、先ほどのマップは決して訪問診療だけではなくて、病院の情報も入って、今、これぐらいこの病床は入れますというところまでいずれいければ、開業医の先生方も安心して在宅医療ができるのではないかと立川市は思っています。

- 小関座長 ありがとうございます。いわゆるかかりつけ医が往診なり訪問診療をできるだけやって、ちょっと無理であればそういうところに頼むというような形はどうかというような荘司先生のご意見かと思えます。

もしほかの地域の取組等がありましたら、ちょっと言っていただければと思いますけれども。

では、また指名させていただいて申しわけないですけど、国立は実は割と進んでいるのではないかと僕は思うので、国立の大川さん、どうですか。

- 大川委員 国立は、新田先生にお願いをして在宅療養の協議体をつくって、そこに市のほうも事務局としてかかわっているということがありまして、そこで、多職種の方々、市民も入れて在宅療養の体制整備の協議を続けているところなんですけど、あわせて、市の医師会の先生方の中でも在宅医療の部門を部会としてつくっていただきましたので、トータルに在宅をどのように支えていくかということ、先生方と介護関係者と看護と行政とで協議する土台ができていますので、そこを具体的に一人一人の患者さんに対してどうするかというのをきちんと検討していくのが大きい課題ですね。

入退院ところを今後議論するとおっしゃっていただきましたけど、特に、退院のときにどこの病院かというようなことも大事なんですけど、入院するときに、どこの病院から来て入院して、その病院を急性期を過ぎて退院されるときに、そもそも元のドクターのほうに話が行くのかどうかとか、それがずれてしまうと、結局、せつかく地域で診てくださっていたドクターのほうに、患者さんが戻らないということにもなりますし、ただ、戻っても、そのドクターのほうで、ある程度高度医療が必要なときに、そこまで診ることがどうしても難しいというご事情がある場合に、じゃあ、どういうふうに地域の中で連携していくのかという話にもなると思いますので、そこはやっぱり、きちんと先生方と行政とも一緒に考えていかないといけない問題なんだなと思います。

あわせて、患者さんがどのようなところで最期を過ごしたいかというのを患者さん自

身が考えるような環境を地域にどういうふうにつくっていきけるかということも求められているというふうに感じています。

- 小関座長 ありがとうございます。国立は在宅療養支援の会議をずっと前からやっ
らっしゃって、実績もおありになるので、その会議を利用して24時間体制確保を目指
していこうというようなお話かと思います。

ほかの市での取組と、あと、課題とかはどうでしょうか。

国分寺市とかは、高木先生か奥山先生か、どちらか。

- 高木委員 医師会のほうですか。

- 小関座長 どちらでも。

- 高木委員 じゃあ、病院のほうで、ちょっとポイントがずれるかもしれないですけども、
退院支援というところで、先ほど、病院の看護師さんは視点がちょっとなかなか在宅に
向かないというところで、今、東京都のほうでいろいろ在宅支援の研修会とかをやっ
ているのですけれども、2クールあって、本当に病院からは2人ぐらいしか行けないんで
すね。

ですけど、例えば、うちの病院だったら80人ぐらい看護師がいますので、そうす
ると、本当に年間で、在宅の視点を持っている看護師さんはなかなか研修ができないとい
う現状があって、しょうがないから、自分のところの訪問看護ステーションでもローテ
ーションで行かせるようにして、研修をさせるように今回からしているのですけども、
なかなか在宅、在宅といっても、そこら辺が人材の確保とか、人材の育成というのは全
然追いついていかないというのが、今、現状であるというところですよ。

それと、あと、医師会のほうでは、一応、在宅療養の推進の会というのをつくって
いて、今、奥山先生のほうに委員長になってもらって、いろいろ話し合いをしていく中
で、医師会に入っていない先生なんかもちよっと取り込んで、どういう形で顔の見える連
携をしようかということをやっているのが、今の現状です。そこら辺のところは奥山先
生から。

- 奥山委員 委員会を定期的を開いて、さっきの荘司先生の、ある意味診診連携という
ところになると思うんですけど、24時間体制はやはりなかなかできない先生方もいら
っしゃるので、主治医・副主治医制みたいなものの模索はしていますけれども、実際
に形になっているかということ、まだまだというのが実際のところですよ。

それで、訪問診療とか往診ができる医療機関のマップをつくったのですけども、一
応それは市内の地域包括のところでもわかるような形にしている、まだそれ以上には
オープンしていません。それを将来的にはもっともっとオープンにして、利用者のと
ころまでオープンにできれば一番いいでしょうけれど、少なくとも多職種、いろ
んな訪問看護、訪問介護、そういうところのところでもマップができて、それが
共有できるようになってきたらいいなと思っている。まだその途上というふうな、
そんなところですよ。

- 小関座長 ありがとうございます。いろいろな市が、あるいは、医師会がそれぞれ
取組をされているということもわかりました。ただ、やはり、もう一つの問題は、
訪問診療がふえる中で在宅をやってくれる先生がなかなかいないという問題も
あるかなというふうに、ちょっと私は感じております。

とりあえず、24時間体制確保というテーマでは、また次のほうに移らせて
いただいて、先ほどちょっと出ましたけど、入退院連携ですね。荘司先生がおっ
しゃっているように、この地域は都心に行っている患者さんが多いと。都心
から帰ってくる場合になかなか問題があるところもあるというふうなこ
とではないかというふうに思うのですけれども、その点について、例えば在宅
で急変した場合です。例えば、簡単に言っちゃうと、

耳鼻科の患者さんが在宅で困っていらっしゃるという場合に、耳鼻科で往診してくれる先生を探すのはちょっと大変というような実態もありますし、在宅で鼻血が出て、普通に在宅医が行って、僕なんかも経験があるのですが、鼻血がとまらないと。さあどうしようかといって、じゃあ救急車だといって救急車を呼んでも、救急車が耳鼻科の先生で、夜間に耳鼻科を受けてくれるところは杏林大学病院ぐらいしかないというような事態があるんですね。そういうのはなかなか実はちょっと困ったなというような事態で、そういうこともあります。

そういうことも含めて、入退院支援と、また、後方支援を含めて、これは先ほどちょっと病院のほうからもお話をいただきましたけど、病院側からご意見もいただければなというふうに思うんですけども、立川病院のほうはどうでしょうか。

○森谷委員 本日、院長の三田村の代理で参りました森谷と申します。

我々立川病院は立川市にあるのですけれども、実際に地域の先生たち、あるいは患者さんを受けるとき、我々の病院は一応急性期の医療をやっているのですが、患者さんが悪くなったとき、急性期の医療が必要なときのいわゆる前方連携といいますか、地域の先生のほうに関しては、それなりにうまくいっているのではないかと思いますけれども、ただ、そういった意味でのいわゆる前方連携で患者さんを受け入れた後、ただ、患者さんがそれであふれてくると、当然のことながら、後方連携というか、今度は退院をどうするか、それがきちんとできていないと、受けるものも受けられないという状況になっていて、今のところは、退院調整部門とかを一応充実させて、地域の先生たちと話し合いながらやっているというのが、現状ではありますけれども、先ほどの立川市の取組でマップとか、そういうのは非常に病院としてもありがたいと思いますし、そういうものもどんどん活用させていただきたいと思います。

ただ、あとは、こういう会議で話されても、一番は都民といいますか、都民がどの程度、例えば在宅であるとか、そういうものに対して意識を持っているかというか、結局のところ、どうしても何かがあったときはやっぱり急性期の病院だし、それで、最期まで診てほしいという患者さんが病院にはたくさんいらっしゃるので、そのあたりの啓蒙活動というか、そういうものを、国にしろ都にしろ、もうちょっとやっていただきたいかなというようなイメージは持っています。

○小関座長 ありがとうございます。要するに、在宅に帰るのには患者さんの教育も必要だというようなご意見かというふうに思います。

この地域で割と療養病床を持っていらっしゃる武蔵村山病院さんのほうはどんなようですか。入退院あるいは急変時の受け入れ等についてご意見があればちょっと教えていただければと思います。

○鹿取委員 武蔵村山病院はケアミックスです。急性期が144床で、地域包括が52床、医療・療養が52床、回復期リハも持っているというケアミックスの病院なんですけども。

在宅支援という視点で考えた場合、幾つか問題があるのですが、一つは、病院というところは、スペシャリストとゼネラリストのドクターの混在した状態で、例えば、先ほど小関先生がおっしゃられた耳鼻科の鼻出血であった場合には、比較的スペシャリストのものですから、日中は受けられますが、逆に、当直の時間帯になるとゼネラリスト中心の当直になるので、なかなかそこは難しかったりするのが実情だったりもします。逆に、内科ではスペシャリストとゼネラリストが混在していますので、当直もゼネラリストとスペシャリストが交代で入っているようなこともありまして、受け入れる患者の感覚も少しずつやっぱり異なってしまうところがあるんですね。スペシャリスト

であればあるほど、在宅とか高齢者医療に関しての興味といいますか、範囲をなかなか持てないお医者さんもいて、そこは病院で全体の問題点ではあるかと思えます。これだけ高齢者がふえてくる中で、スペシャリストであってもゼネラリスト的なマインドでやっていかなければいけないということは、総論ではわかるのですが、なかなか難しいということがあります。これが言いたいことの一つ。

あと、急性期で患者さんをお引き受けして、それから、後方の診療所、在宅にお帰しするに当たって、在宅をやっている先生方の数が少ないということは、病院にとっては患者さんが停滞してしまうという問題点がありまして、特に、この構想であると、2025年までに区分1の患者さんの70%を在宅に放すとかという話になってくると、そんなことはできるのかという。病院としてもなかなかそこは難しい。目標としてはかなり高い目標だなというふう感じざるを得ません。

それから、先ほど草島先生もおっしゃいましたが、病院というところは、とかくやっぱり医療に視点が向きがちで、特に、お帰しをするときに、介護の視点とやっぱりずれが生じることが間々あって、これは、連携だけの問題じゃなくて、視点の問題もあると思うんですけど、その差をどう埋めるかというのは、うちの先生がおっしゃいましたが、病院側としては、いかにその視点を持つかどうかというのを、病院だけの努力でなくて、行政の努力、行政の研修だったり、そういうものも活動の中に参加しながら、そういうものを体得していくということも必要なんじゃないかなというふうに思っています。

以上、3点です。

○小関座長 ありがとうございます。

どうぞ。

○加藤委員 今、行政のという話が出たので、ちょっとお話をさせていただきたいのですが、立川市では月に1回地域ケア会議というものを開いていて、地域包括支援センターというのはご存じだと思いますが、地域包括支援センターは6カ所あるのですが、その職員と、それから介護関係者ということで、それと、例えば、社会福祉協議会の権利擁護の担当だったりとか、いろんな団体に来てもらっているのですが、最近では、市内の6病院の医療連携士の人に必ず一人来ていただいた。そういう意味では、医療と介護の顔が見える関係じゃないですけども、地域包括支援センターの人が医療福祉連携士の方に電話をしたり、あるいは逆の形ということで取組をしているのですが、そういった形で、医療と介護のつなぎの部分というのはなるべくスムーズにいくような努力はしているつもりです。

それと、最近というか、医療・介護の事業をやっている中では、やはり、ケアマネジャーの働きというのが非常に重要なのかなというふうに思っていて、そこは、それぞれ市町村では、多職種研修ですか、そういったものもやることになってはいますが、できれば東京都さんあたりに、ケアマネジャーの医療へのかかわりというところを普及啓発じゃないですけども、研修じゃないですけども、やっていただくと、ケアマネジャーというのはどうしても介護の視点でしか見ていないですし、あるいは、話を聞くと、医療の敷居が高いというような声もよく聞きます。だから、そういう意味では、ケアマネジャーにどうやってうまくその医療と介護のつなぎところで働いてもらうのかということの視点は非常に重要だと思っていますので、立川市ではケアマネジャーの研修みたいなところもこれからやっていこうかなというふうに思っていますが、ケアマネジャーは別に立川市以外でも活動できますし、ほかの市からでも活動できますので、そういう意味では、広域的に、東京都の例えば研修の一環として、ケアマネ研修の中でそう

いう医療の在宅支援へのつなぎのところの役割というところを勉強していただくようなことも、私は必要なのではないかというふうに思っています。

以上です。

- 小関座長 ありがとうございます。ケアマネジャーがキーパーソンとなって入退院の支援を行えるようになってもいいのではないかというふうなご意見かというふうに思います。そのためにはケアマネジャーの教育が必要だということだと思います。
- オブザーバー（新田） 今の話ですけども、既に東京都、あるいは東京都医師会で、ケアマネの医療への気づきの研修を4年やっています。それで、1回ごとに700名ぐらいの参加者があって、それが、今言われたように、実際にアウトカムになるかはまた別ですよ。だけど、実際のところでは行われていて、ワーキングも含めて行っているというのが実情です。
- 大川委員 介護職員さんの資格の背景というのが、やはり介護職が圧倒的に多いという現状がありますので、医療部門の専門のスタッフ、特に、先生方のやりとりで、非常に共通議論がないということがどうしても生じて、それが患者さんの治療に悪影響になってしまうというような事例だって出てくるというのは、実際にもう地域で起こっていることなんです。そこで、じゃあ、ケアマネさんに教育をしたからといって、新田先生がおっしゃったように、それが効果があるかということ、それが目に見えて出てくる場合と、そうじゃない場合と大きく分かれて、結果的にどうなのかがよくわからない状況のまま、ケアマネの研修ばかりが多くなっちゃうということがあるので、実際には、地域でそういう問題をどう解決するかといったときに、訪問看護師さんがケアマネさんとよく知り合いだったり、あるいは、医療機関のスタッフの方、あるいは、ドクターがよく知り合いだったりというようなことがあれば、別に診ている患者さん以外のことについても、個人情報きちんと管理をすることで、相談をして、それで、ネットワークの中でちゃんと医療の面も介護の面もカバーできるような、そういうつながりをケアマネさんが持てるかどうかということがすごく大きいと思うんです。そのつながりを持てるような仕組みをつくっていくということが、今、加藤先生がおっしゃったような地域ケア会議というような手法を使って、そういう仕組みをつくっていくのだということも出てきているので、ぜひそういうところに、医療関係のスタッフの方も介護の方もどんどん意見を出して、どういうものが必要なかということをも共有していくようなことをもっともってやっていかないと、何も変わらないかなというふうに思います。
- 小関座長 ありがとうございます。大川先生のお話は、ケアマネジャーだけではなくて、ほかの訪問医療スタッフである訪問看護師をもうちょっと活用したらいいかというふうなお話かと思います。そのためには、地域ケア会議もあるし、多職種連携ということになるのかなと思います。

荘司先生、どうぞ。

- 荘司委員 今、加藤さんが言わなかったの。立川市では、さらにその次の段階で、ケアマネジャーを多職種実習という形で、研修ではなくて。訪問診療と訪問看護さん、あるいは、退院調整の立川病院と災害医療センターの退院調整のところへ一日実習に行っていて、こういうことにつながりができやすいのだということまで、今、やろうとしているんですね、市のほうとしては。そこまでいけば、今、大川さんが言ったような連携というのは、ある意味頭がしっかりしていれば、そこに周りの人に相談できるタイプ、西東京がやっていますよね。そういうようなことをやっていけば、人を育てるということで全体をふやす。新田先生がおっしゃったように、700人全体をふやすよりは、その人たちが地域のリーダー、相談できるリーダーになれば、下と言ったら悪い

ですけれども、スタッフがもっと育っていくのではないかなと思うんですけれども。

- 小関座長 ありがとうございます。立川市の取組がぜひうまくいって、ケアマネジャーさんに医療的な知識がふえて、急変時の対応についても対応できるようになってくれるといいなとも思います。

この場ではケアマネジャーさんの代表として峰岸さんも来ていらっしゃると思いますので、峰岸さん、ケアマネジャーは今、話題になっていますので、ぜひご意見を賜ればと思います。

- 峰岸委員 何を言ったらいいかわからないですけど、おっしゃるとおりで、いまだに医療に対して敷居が高いとかとおっしゃるケアマネジャーさんも、研修に行くと、えっと思うぐらいに数は確かにいます。いるんですけども、そこを言っても仕方がないので、やはり直接先生のところに出向いたりとか、大川さんが先ほど、おっしゃったとおり、訪問看護のステーションとどれだけつながっているかによってかなり助けられるところがあります。

実際、診療所の先生とも直接話すというのは、やっぱり難しい時間帯とかがありますし、病院の先生は当然だと思うんですけども、訪問看護とつながると、あとは、病院の退院調整のナース、MSWさんともつながることで、ケアマネジャーができる在宅と退院のときの橋渡し。実際に生活状況を伝えることで、先生の処方が変わったりとかということも、実際に私も経験していますし、だから、ケアマネジャーが臆することなく突っ込んでいけるような勇気を持つのがまずかなとは思っています。

- 小関座長 ありがとうございます。

ちょっと話題がケアマネジャーのほうに傾いてしまったので、もう一度、その入退院の支援というところで、先ほど訪問看護師さんという話も出ましたので、もしよろしければ、そういう視点でもちょっと。看護師さんは橋本さんがいらっしゃいますので、橋本さん、ちょっとお話を。

- 橋本委員 すみません、きょうは院長が出られないということで代理で出させていただいて、余り発言はと思っていたのですが、看護師のほうで。地域だとかケアマネさんだとか訪問看護のほうというのは大分連携がとれているなというふうに思っています。地域での会議も結構開催されているようですし、やはりおこなっているのは、急性期病院、病院で働いている医療者が理解がちょっと不十分かなと。

自分も含めてですけど、今、うちの病院でも退院調整看護師という部屋をつくっていますが、やはりそこに人員が配置できない。一般病棟の7対1看護基準で人員を確保するとなると、そちらにちょっと人を補充できないとなると、本当に一人二人で、本当に実際は5時まで患者様との調整がとか連携をして、5時以降に記録に入って、8時、9時まで残業をするという日々が続いています。

そんな中で、急性期で頑張っている先生たちもまだまだちょっと在宅という視点が薄くて、いや、これは家では無理だねと先生が一言患者さんや家族に言っちゃうと、なかなか在宅への連携というのが、強化できない現実があったりするので、やはり私自身は、急性期病院にいながら、その人たちの意識がちょっと変わらないといけなかなとは思っています。すみません。

- 小関座長 ありがとうございます。病院も急性期病院と、それから、いわゆる慢性期、あるいはリハビリ、そういう療養病床とも少しやっぱり違ってきているのかなというふうには、僕も思いますけれども、その東大和病院のある、東大和市の取組としては、その退院支援とか、病診連携というところでは、何か特にこれは問題だとかというふうなところはどうかでしょうか。

○尾又委員 在宅介護連携支援センターというのが今年度から始まったぐらいでして、まだ余り機能的にはなっていないのかなという形ですかね。

○小関座長 ありがとうございます。これから東大和病院さんが、割と急性期病院なので、そこからの退院をどうやってシステムに組み入れていくかというのが課題になるということでしょうか。ありがとうございます。

あと、なかなか総論的になってきて、いろんな意見が出ているのですけれども、もう一つは、やっぱり慢性期、あるいは、患者さんが在宅に戻るときにどういう問題があるのかという視点も必要かなとは、ちょっと思うんですけど、この場では老人保健施設の方も来ていらっしゃると思いますので、今、老健施設は、在宅復帰率は何%かというくくりで言われていて、何%かないとなかなか難しいような状況になっているようなんですが、大富さん、いかがでしょうか。

○大富委員 私、介護の老健を抱えております大富です。

基本的には老健というのは在宅復帰するまで、病院から在宅復帰する場合の中間施設としてもともとできた施設というか、機関であって、それを十分にこなしているかと言われると、最近の特養みたいな形になって、そこについての住みかみたいになっている人はだんだん多くはなっているのですが、本来の姿はやはり、急性期ないしは慢性期病院からお家に帰られる人の生活力というか、そういうものを高めて在宅にお帰しするという、そのプロセスの中の位置づけだというふうに私は思っております。

最近、在宅復帰率は非常に悪くて、多分15%前後で、ほとんど病院に行かれるか、それともほかの特養みたいな、そういった福祉施設に行かれるか、そういったことが多いようで、どうしようかということで、今、東京都の老人協会でもいろんなことを模索しているのですが、一つには、先ほど言われたように、在宅に復帰する前の中間施設もあるのですが、在宅でおられている人たちの中でも、先ほどのレスパイトとかというお話が出ているのですが、ショートステイも含めたことであれば、老健施設で十分それに対して対応できるというふうに思っているのですが、なかなかそれが利用されていないということは、老健の役割というか、老健という施設を皆さんがご存じではないのではないかと今言われていて、もう少し老健というのをアピールしないと、うちの存在意味が薄れてくるというような感じも僕はしているんですね。

確かに、退院時の病院からのお問い合わせですね。最近ほとんどそういう方が多い。直接在宅から入られるというよりも、病院からのお問い合わせで早くから入所される人が多くなってきているのですが、やはり、老健の医療レベルというか、そういうものがありまして、ある程度のレベルのところの先生は受けてくれるのですが、例えば、それが、先ほど言われていたようなゼネラリストではないというような、特に眼科とか耳鼻科とか、そういった先生も、施設長になられているところもあるんですね。ですから、そういうところにはなかなか行き切れていないというところがあって、そういうことをもう少しスタンダード化しないと、これも非常に難しい話で、一概にそういうことが、老健がありますよということを言えるのかという、そんなことまで出てくるわけですね。非常に大きい問題がまた出てきますから。でも、基本的には病院の意向というか、特に、自分たちから病院にお願いした患者さんについてはほとんど受け入れるつもりでおるんですね。そういうことからすれば、うちの相談員も直接先ほどのいろんな話し合いの中に入って、一緒にご相談をさせていただければ幸いかなというような感じで、もっと受けられる、後方の病院にとっては後方の機関が出てくるのではないかとというような感じがしております。

○小関座長 ありがとうございます。老健施設といっても、まだ在宅復帰率は低いという

ことと、それから、老健施設としてもそれぞれのスタンスがあって、なかなか在宅復帰率が上がってこないというようなことかと思えます。

あと、せっかくですので、この場ですので、実は昭島のほうの意見をまだ聞いていないので、昭島のほうの、もう最後のほうになりますので、退院支援だけにかかわらず、在宅療養について、何か今取り組んでいるところと問題点をちょっと。小林さん、あるいは蓮村さん、どちらでもいいですが。じゃあ、蓮村先生のほうから。

○蓮村委員 私は昭島市で愛全診療所というところで医長をやっているのですが、私はちょっと変わった経歴で、今は特養の常勤医をやっています、その中に併設の診療所とあって、これも全国で一つか二つしかないと思うんですが、保健診療所が併設で施設の中にあるんですね。これによって、老健と違ってまるめじゃないので、施設の中でターP AのHPNをやったり、胃瘻交換をやったり、胃瘻を造設したり部位をやったり、いろいろやっています、年間大体50名から60名を私が看取っています、看取り率100%の特養を運営しています。

一応、今、最近、裏技としては、在宅診療はやっぱり昭島は非常におくれています、医師会に入っている先生で在宅診療をやっている先生はほとんどいないので、私がきょうここに来たのですけれども、何とかこれから市と一緒にタッグを組んでICT事業のほうを始めまして、ケアマネさんとかと顔の見える関係を、先ほども出ていましたが、構築するために、バイタルリンクというソフトを使って、二、三十名ほどなんですけど、ICTを使って患者さんの共有を始めたところです。

あと、医師会が主体となってケアマネさんとか多職種で集まって、地域の在宅医療をどうしていこうかという会議を、今度は3回目になると思うんですが、定期的を開催して、これからどうやっていくかということのをちょっと考えています。

私としては、今、自分の患者については在宅診療はやっていないのですけれども、施設を運営している傍ら、外来も私がやっているのですが、外来患者さんをショートステイに入れちゃうんですね、看取りの方。状態が悪い方はショートステイに入れて、ショートステイで看取るといようなことを今やっています、十分それで。ただ、やっぱり、私一人しかいないので、タッグを組む先生を今探してはいるのですけれども、いわゆる施設の垣根をとれば訪問診療ができるというふうに考えているところで、ちょっといろいろなハードルが、やはり、協力医療機関が必要だとか、いろんな在宅支援診療所になるためのハードルなんかもちょうとクリアしなきゃならないと思うんですが、今後は、私の考えでは、何とか施設を主体に、在宅診療のほうにもちょうと手を伸ばしていきたいと思っているのですが、結構24時間365日、常にオンコールでやっておりますけれども、ショートステイで看取るといことが全然可能でできていますし、最近、医師法第20条のことの誤解も大分解けてきて、夜中に亡くなったら朝確認することで全く問題ないですし、いまだに施設によっては、死体を救急車で運んで検視になっちゃうみたいなどころもあるみたいですけど、そういうことはうちにはないので、ぜひ何とかその辺のスキルをもっと広げて、市とか在宅、地域のためになりたいというふうに考えているのですが、なかなかひとりじゃできないので、これからやっとな昭島市も医師会も重い腰を上げてくれたと言っているのですけど、やっとなそういう始まりのところいろいろ始めたところなので、皆様、ほかの地域のところと比べるとかなりおくれちゃっている、何とかこれからのいい方向に持っていききたいというふうに考えております。

以上です。

○小関座長 ありがとうございます。

小林さんのほうは、市としてはどういう取組をされていますか。

○小林委員 先生のおっしゃったとおり、昭島市としては、どうしても在宅療養の関係がかなりおくらしている部分がありまして、ICTの関係も、医師会のほう、特に蓮村先生におんぶにだっこの形でやらせていただいているのですが、先ほど立川市さんのほうでご説明があったように、医療と介護の資源マップですよね。ああいうものに関しては、今年度に取り組まなければいけないことで、ちょうど立川市さんが取り組んだものと同じもので取り組むことによって、とりあえず地図上は立川市と昭島市はくっついていまして、そこをシームレスに資源が見えるような形をとりたいなということで、今、調整を始めて、今年度中にある程度そういうことができればなど。そうすれば、それが広がっていけば、さっき荘司先生もおっしゃったように、地域の中で全てがシームレスに、一つの地図や市という感覚ではなくて、地域として同じように資源が見えたり、昭島市も当然立川市の病院にお世話になっているので、そういう形を広げていきたいなということは、今やっているところです。

あと、2カ月に一遍ですけど、退院・退所委員会という形で、ドクターのほうにはまだあらわれてはいないですけど、病院とか訪看、ケアマネジャー、あと、行政のほうで入って、退院・退所についての問題点、課題点を2カ月に一遍打ち合わせをする中で洗い出しながら、今、解決に向けてどうしていこうとかというところを話し始めているところなので、これからいろいろ取り組んでいかなきゃいけないというところがあります。

○小関座長 ありがとうございます。

最後になりましたけど、僕の市と僕の医師会のことをちょっと、話をしていないので、最後に話をしておきたいと思います。

うちの市は、医師会は、僕が会長をやっていたということもあって、東京都医師会の北多摩医師会を通してですけど、東京都医師会の24時間体制確保事業というのをやらせていただきました。その中で、主治医・副主治医制というのを一応構築しております。ただ、荘司先生が言ったように、診療報酬はどうするか。要するに、お金の問題をどうするかということが非常に問題になりまして、そのときに24時間体制確保事業のお金を使わせていただいたということがあります。つまり、具体的に言っちゃうと、訪問診療医が2人同時に同じ日に行っても一つしか算定できないという、その縛りが一番あって、その縛りの部分を、24時間体制確保事業のお金を使って、副主治医さんにそのペイを出すというような形でやりました。ただ、毎回同時に行くというのは両方とも負担なので、最初だけ行って、副主治医はいざというときにだけ行くと。それで、副主治医がいきなり急変時に行って顔も知らないというのはだめだということになっていまして、3カ月に1回ぐらい、副主治医は主治医の要請に従って時々顔を見に行くというようなシステムになっています。

24時間体制確保事業は終わってしまったので、今、医師会で実は自前を出しているのですが、できれば24時間体制を確保するためにも、武蔵村山市役所でそういうことを継続していただければちょっといいかなというふうに思っていますし、それをやりやすくするために、皆さんはご存じかもしれませんが、メディカルケアステーションというのを利用しまして、うちの医師会でそれを普及しました。おかげさまで、介護施設はほぼ100%、医療機関もほとんどがMCSを採用して、まだ活発にそこで使われているとはちょっと言いがたい状況ではありますが、介護ケアマネジャーはおおむね好評をいただいております。そういうようなこともあって、IT化もぜひ私どものほうは進めていきたいというふうにちょっと思っているところです。

先ほども言いましたが、でも、武蔵村山市も在宅医は不足していて、いかに在宅医の負担を軽減して在宅をふやすかというのは、今後、やっぱり市も、それから、医師会

もの課題かなというふうにちょっと思っております。

ありがとうございました。皆さんの取組や、それから、皆さんの貴重なご意見をいただきまして、この場をかりてぜひお礼を申し上げます。

最後に、東京都医師会の理事であります西田先生にちょっとコメントをいただければというふうに思っております。

- 西田理事 皆さん、熱心なご議論をありがとうございました。どうしても、やはり、予防ですとかプライマリ・ケアということになりますと区市町村の話になりまして、今回、この場というのは二次医療圏なものですから、話がいろいろなところに及びましたけど、なかなか突っ込んだ話になれないというところが正直なところだと思うんですね。ですから、皆さん、ぜひこれを皆様の区市に持ち帰っていただいて、じゃあ、自分のところはどうかということをもうちよっとなんかこれから練っていただきたい。そのきっかけになればというふうに思います。

例えば、24時間体制のこととか、医療・介護連携の話とか、窓口の話であるとか、あるいは、退院調整の話、それから、マップ等を含めた市民あるいは病診連携への利用・活用ということについても、それぞれの自治体、医療資源、介護資源は皆さん違いますので、持ち帰っていただいてご議論いただければなんと切に願う次第でございます。

- 小関座長 これで一応座長は大体終わりましたので、あとは東京都のほうにお願いしたいと思います。ありがとうございました。

- 久村地域医療担当課長 本日は貴重なご意見をご議論いただきまして、本当にありがとうございました。本日の議論の内容につきましては、本ワーキングの親会議に当たりまず地域医療構想調整会議のほうにご報告させていただくとともに、新田先生のほうに会長をお願いしております東京都在宅療養推進会議、こちらのほうにもご報告をさせていただいて、そちらの中で東京都全体の取組として具体的な議論をしていくわけですが、そちらの参考にもさせていただきたいというふうに思っております。また、きょうの資料ですとか、あるいは、議論の内容につきましては、本日ご参加いただいている医療機関さんに対しましても情報提供をさせていただいて、共有をさせていただ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が、本日の議事録につきましては、本ワーキングは公開でございますので、議事録は後日東京都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、公開されました議事録について修正等が必要な場合には、福祉保健局までご連絡いただければと思います。また、閲覧用の地域医療構想の冊子につきましては、そのまま机上に置いてお帰りいただければというふうに思います。

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。