

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（区西部）

日 時：平成30年1月12日（金曜日）19時00分～20時45分

場 所：東京都医師会 2階 講堂

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。まだお見えでない先生もいらっしゃるんですが、定刻となりましたので、ただいまより「（区西部）医療構想調整会議・在宅療養ワーキング」、こちら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、よろしく願いいたします。

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た。それぞれ二次医療圏、構想区域ごとに地域医療構想調整会議を開催しているわけですが、どの圏域におきましても、在宅療養、在宅医療についてのご意見を反映し、あるいは在宅支援における地域の病院との連携の必要性と相互理解の必要性というような、さまざまな、在宅に関するご意見をいただいているところです。ただ、調整会議、病床の機能分化、次の連携というところは非常に広いテーマで議論していただきますので、なかなか在宅にフォーカスが、議論が出ていないということがございまして、じゃあ、一度在宅にもって、具体例をいただきたいということで、こちらのほうの在宅療養ワーキングを設置させていただいたところでございます。

こちらのワーキング、何度もするというものではございません。特に今回、第1回目でございますので、もちろん忌憚のないご意見をご発言いただいで、意見交換をしていただければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

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、お手元の会議次第に配付資料という形で整理させていただいたとおりでございます。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、事務局までお申し出いただければと思います。また、後ほど質疑や意見交換の際でございますが、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まして、ご所属とお名前からお願いできればというように思います。

それでは、開会に当たりまして、東京都医師会理事にご挨拶をいただきます。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。お忙しいお仕事の後、参加いただきまして、どうも本当にありがとうございます。

先ほども都のほうから説明がございましたが、先生方ご存じのように、28年の8月ですか、東京都の地域医療構想がまとまって、病床の機能分担、分類ですね。それから、それに基づいて、それぞれの高度急性期・急性期・回復期・慢性期の必要量というのが算出されてきたわけですね。これから、いよいよ病院から地域へという流れが加速する中で、やっぱり在宅の受け皿どうするの、という話になってくるわけです。この調整会議のほうでも、そこが非常にクローズアップされたということで、新たに地域医療構想調整会議の下部組織として、このワーキンググループが編成されて、一応、年1回という形で開催されるということでございます。

それと同時に、今回、国が区市町村ごとの在宅医療の必要量、現在の実績値と、それから2025年の推計値を出してきました。それに加えて、療養病床からの移行が今後

ございますので、それを追加的需要ということを目なして、東京都のほうでも算出して、皆さんの机上に配付して、後で東京都のほうから説明があると思ひます。

そういったことを踏まえまして、二次医療圏ではございますけれども、地域の課題を皆さんにどんどん出していただひて、忌憚のないご意見をいただひて、それを後日、また調整会議のほうで報告させていただくということと同時に、病院ということになりますと、どうしても二次医療圏が中心になりますが、在宅医療ということになると、どうしても各区市ごとの話になりますので、皆さん、ぜひ、その話を、きょうの話を持ち帰っていただひて、各区ごとの在宅療養推進会議、恐らくもう皆さんやっておられると思うんですけども、その場で十分もんでいただひて、また来年、ブラッシュアップして出していただひてというようなやり方で進めていけたらなと考へております。

本日は、よろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 西田理事、ありがとうございます。

続きまして、座長の先生をご紹介させていただきます。

本ワーキングの座長、中野区医師会、副会長の渡辺先生に兼任いただひております。

では、渡辺先生、一言お願ひいたします。

○渡辺座長 皆様、あけましておめでとうございます。

ちょっと、1月も半ばになってしまったんですけども、本日、この東京都の地域医療構想の調整会議の座長ということで、こちらの資料のほうにございますように、この目的、今、西田理事のほうからお話がありましたように、今回、地域医療の状況と地域の機能の確保についてということの地域ごとの話し合いをするということで、その構成メンバーの中で、地区医師会代表と在宅医代表ということで、偶然、私が当たってしまつて座長になってしまったわけなんですけれども、内容的には、ちょっと精通しているわけではないので、なかなかうまい進行ができるかどうかはちょっと不安ではございませうけれども、ぜひ、おつき合ひいただひたいと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 渡辺先生、ありがとうございます。

それでは、以降の進行を渡辺先生にお願ひしたいと思ひます。よろしくお願ひします。

○渡辺座長 それでは、早速議事に入りたいと思ひます。

東京都地域医療構想調整会議において議論を進めていく中で、在宅医療に関する意見を多く出されていると伺っております。そうしたことを踏まえまして、多くの関係者にお集まりいただきました。地域在宅療養に関する現状や課題について、皆様方と共有して、意見の交換等を実施する場として、今回、新たに在宅療養ワーキングが設置されたわけでございます。有意義な意見交換ができればと私のほうも思っておりますので、活発なご意見交換をよろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、東京都より、議事についてのご説明をお願ひしたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○事務局 それでは、まず、私のほうから資料の説明をさせていただきます。

資料の2ページ目、資料をごらんください。こちらが平成28年7月に策定いたしました東京都地域医療構想の概要でございますが、時間の都合上、簡単にご説明させていただきます。

地域医療構想は全部で5章立てになっておりまして、ページ左側、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。その中で、医療・介護・福祉等にかかわる全ての人がかかり、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について

記載してあります。

そして、医療法では次の2点を記載することとしています。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、二つ目が、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化、連携の推進に関する事項でございます。

なお、地域医療構想は、医療計画の一部でありまして、現在、改定作業を進めていき、次期保健医療計画と一体化することとなっております。

2ページ右側、第2章では、東京都全体の将来の病床数と必要量を記載しております。

おめくりいただきまして、3ページ、第3章では、構想区域、二次医療圏ごとの状況を記載しておりまして、こちらの在宅療養ワーキングは、ここでいう調整会議の具体的な位置づけとなっております。

3ページ、右側、第4章では、東京の将来の医療グランドデザインを記載し、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」をグランドデザインとして掲げていまして、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り組み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り組み状況では、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しております。

なお、次の4ページには、今後の在宅医療等の患者数の推計に当たって、国から示された考え方の資料をおつけしてございます。

おめくりいただきまして、5ページをごらんください。先ほど資料の右側、第1章の中で、東京都全体の病床数、在宅医療等の必要量の詳細についてを記載しておりますが、そちらを一部抜粋した資料となっております。2025年の在宅医療等の必要量の推計は、東京都全体で19万7,277人になります。4ページの図におつけしておりますが、国は地域医療構想において、療養病床の見直し分、それから、一般病床のうち医療資源投入量が低い患者等を在宅医療等として推計することとしておりまして、それが大きく出た値となっております。このうち2013年の訪問診療の実績を引き伸ばした値が14万3,429人となっております。左側でございますように、2013年の訪問診療実績が約9万7,000人ですので、おおむね1.5倍の必要量の増加となります。ただし、この必要量はあくまで推計値でして、患者さんの受療動向や病床稼働率、また、医療の技術の進歩等による影響を受けるものでございます。

なお、病床の整備については、これまで通り基準病床数制度によりきめ細かく実施してまいります。

以上が地域医療構想の概要の説明でございますが、全体等、ホームページでも閲覧可能となっておりますので、そちらを参考としていただければと存じます。

続いて、6ページ、資料3をお開き願います。

1枚目に、本ワーキングのもとになります地域医療構想調整会議についての設置の考え方等を記載しております。

恐れ入ります。7ページをお開き願います。本ワーキングの概要につきましては、目的、構成ともに記載のとおりですが、今年度の主な意見交換のテーマといたしましては、4にございます在宅療養に関する地域の現状と課題の共有、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。こちらの構想区域のワーキングは、本日、初めての開催となりますが、ご議論いただいた意見交換等の内容につきましては、後日開催いたします調整会議へ報告する予定となっております。

参考に8ページ、それから9ページに、これまでの調整会議の開催状況をまとめてお

りますので、後ほどご確認いただければと思います。なお、調整会議の資料も、ホームページで閲覧可能となっておりますので、そちらを、もしよろしければ、これらの参考にしていただければと思います。

続いて、資料4、10ページですが、本ワーキングの前に開催いたしました協議の場で使用した資料を提示しておりますが、簡単にご説明させていただきます。ここで言う協議の場とは、医療計画に掲げる在宅医療の必要量と介護保険事業計画に掲げます介護量の見込み、両者の整合性を図ることができるように設置するものでございまして、具体的には、療養病床からの移行分、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のかというものを協議する場としております。

資料4の1枚目は、協議の場の内容。おめくりいただきまして、2枚目をごらんください。先ほど簡単に触れましたが、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推計の考え方を示しております。

中ほどの帯のところをごらんいただきますと、現状のところ、②療養病床の入院患者数がございまして、そのうち医療区分1の70%と地域差解消分、こちらの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、こちらを追加的需要と呼んでおります。下段に数字をお示ししておりますが、都全体で1万4,336人と推計しております。

なお、帯の図にあります③一般病床で医療資源購入量175点未満、C3未満の患者につきましては、一般病床の受療ではなく、外来で対応することとしております。

この追加的需要にどのように対応するのかが、1枚おめくりいただきまして、12ページ、ごらんの図の中ほどの四角の中に、療養病床、医療区分1の70%+地域差解消とあります。こちらの④介護医療院、⑤介護施設、⑥在宅医療のどこで対応するのか、介護保険事業計画では、介護医療院、介護施設で計上し、医療計画では在宅医療、ここで言う在宅医療は、資料に実際に記載してございますが、家庭への退院を指しておりますので、今後の治療等は外来で対応することを想定しております。この在宅医療のうち、医療計画では訪問診療や外来を想定したわけですが、ここで言う介護保険事業計画と医療計画で漏れがないように、また重複しないように、整合性を図るといものが協議の場でございます。協議の場では、国から示された案分方法等をもとに、④から⑥を案分しております。本日は、在宅療養ワーキングでございまして、まず⑥在宅医療のうち、訪問診療というのを中心にみてまいりたいと思います。

13ページをごらんください。資料左側、中段の下のほうに、2013年の訪問診療を受けている患者として9万6,712人がありますが、こちらもまた2025年に引き伸ばした推計値が14万3,429人となっております。同様に、上から一般病床で175点未満の患者、療養病床入院患者、老健施設入所者について、それぞれの推計となっております。このうち、一番上の一般病床で175点未満の患者は外来での対応、老健施設入所者、訪問診療については、それぞれでの対応となっております。そして、療養病床入院患者とありますが、網かけの1万4,336人について、療養病床からの移行分として、こちらを介護医療院、介護施設、在宅医療、家庭への退院の、どこで対応するのかということになりますが、案分に当たっての基本的な考え方を資料下の①で説明させていただきます。

介護医療院については、現在の介護療養病床が今後全て転換することを前提としておりまして、この転換分を4,922人見込んでおります。次に、療養病床入院患者の1万4,336人から4,922人を差し引いた、残りの約9,500人について、介護施設と在宅医療、家庭への退院で案分することになります。案分方法ですが、介護施設

との関係ですので、まず、65歳以上の患者、こちらが約8,500人を平成28年の病床機能報告の結果を活用して算定いたします。病床機能報告によりますと、都内の療養病床からの回復をされる患者さんの暮らしの先として、介護施設を利用する患者さんにご家庭へ退院する患者さんの率が1:2.5となっております。その案分比率を用いて積算いたしますと、介護施設が2,416人、ご家庭への退院をされる場合は5,043人となります。なお、これら64歳以下の955人は、ご家庭への退院として整理いたしまして、二重線で囲んであります6,043人と955人を足し合わせた6,998人、こちらがご家庭への退院された数となります。次に、家庭への退院約7,000人のうち、訪問診療必要量の試算ですが、今度は患者調査の経過を見ますと、ご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ます。この結果に基づきまして、家庭への退院患者約7,000人に7%を乗じた数値、こちらが訪問診療の必要量495人となり、残りの6,500人は外来での対応という推計になります。こうしたことから、在宅医療として訪問診療の2025年の必要量は、現行の訪問診療を引き伸ばした14万3,429人、資料Aの療養病床からの移行分、資料のB495人を足し合わせた14万3,924人となります。

次の14ページに、区市町村別の訪問診療の必要量をお示ししております。こちらは引き続き保健医療計画の改定作業の中で整理をしてまいります。まず、区市町村や関係団体におかれましては、地域における取り組みの際に、参考にしていただければと思います。

その次の15ページには、介護保険事業計画に反映します介護医療院、介護施設等の追加的需要の必要量について、こちらの圏域の値を記載しておりますので、参考にごらんください。

私からの説明は以上になりまして、引き続き、後藤からご説明をさせていただきます。

○事務局 引き続き、意見交換についての資料の説明をさせていただきます。東京都福祉保健局の後藤と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

先ほどの資料に引き続きまして、資料16ページ、資料をごらんください。

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、在宅療養に関係する内容を中心に見ていきたいと思っております。

まず、資料の1枚目、16ページですけれども、こちらが27年病床機能報告のデータをもとに構想区域の状況を提示した資料になります。区西部は、急性期機能について、三つ目のポチところに、退院調整部門を置いている割合が都平均に比べ高い。五つ目のポチには、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合は3.9%と低い。次に、右に移りまして、回復期機能については、四つ目のポチ、家庭への退院割合が高いや、その下の五つ目のポチですが、退院調整部門を置いている割合が都平均に比べ高いといった特徴があります。また、右側に移っていただきまして、慢性期機能について、一番下のポチに、死亡退院の割合が都平均と比べ非常に高いといった特徴が見られます。資料下段の太い矢印のところですが、全体としましては、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が全機能の1割を下回るといった特徴が見られます。

1枚おめくりいただきまして、資料17ページ、こちらが地域医療に関するアンケート、それから地域の現状を整理したものとなります。このうち在宅医療に関する内容を見ていきたいと思っております。下の四角囲みをごらんください。病院側からは、在宅が難しい患者を受けとめる施設がなく、入院が長期化・回復期機能から在宅医療への移行のタ

イミングは患者の状態優先で決めるべきとの回答がありました。その下の在宅側からですけれども、急変・病状変化時の受け入れについては、上から一つ目のポチ、急変時／病状変化時の入院受け入れを円滑にしてほしい、三つ目のポチ、在宅へ送り出した医療機関が責任を持つという風潮があり、高度急性期機能を持つ病院同士の連携・助け合いが少ないように感じるといったご意見がございました。次、右側の在宅移行・退院支援という欄でございますが、二つ目のポチ、入院受け入れが充実している分、より積極的な退院支援が必要ではないか。その下、開業医との連携をより一層進めてほしい。その下、退院調整時は積極的にカンファレンスに呼んでほしい。また、その下になりますけれども、退院カンファには病棟主治医もできるだけ参加してほしい。また、その下ですが、退院調整に当たっては、疾病の完全なコントロールよりも在宅での継続実施可能性について配慮してほしい。またその下、在宅医療が必要な状態の患者にもかかわらず、退院時に病院からの調整がないことがあるといった意見がございました。

また1枚おめくりいただきまして、18ページに移ってください。こちらについては、調整会議におけるご意見から、資源の課題を提示したのですが、調整会議での意見というところをごらんいただきますと、一番左の欄について、一つ目のポチですね、独居老人や家族の介護力が弱い場合の退院調整は困難が多い。退院調整部門が深く関与して行っているが、どこかで行政にも関与してほしい。その下、二つ目のポチですが、患者をもとのかかりつけ医に戻せない場合は、かかりつけ医にひと声かけるなどの対応があれば問題ないのではないかと。在宅を支えるチームというものも考える必要がある。また、その下、三つ目のポチですが、退院調整については、患者家族の希望もあるので難航すること多いと。

次に、真ん中の欄に移りまして、一つ目のポチ、患者情報をきちんとやりとりしないと退院がスムーズにいかなくなるのではないかとという懸念がある。その下のポチですが、キーパーソン不在の患者については、地域のケアマネに入ってもらってもなかなか退院が難しい。

次は、右側の欄ですが、一つ目のポチに、医療療養病床で医療必要度の高い人を受け入れていると、死亡退院数は多くなるといったご意見をいただいております。

また資料を1枚おめくりいただきまして、資料の19ページですが、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、ちょっと飛びますが、資料、24ページ、こちらでは、今の検討状況踏まえて、各構想区域の主な課題を整理したものとしますので、お読みいただければと思います。

続きまして、参考資料でございますけれども、別閉じにしているものなんですけれども、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欲しいとのご意向を多数いただきました。それで、今回、厚生労働省が公表していますデータ等を整理して、地域ごとや区市町村ごとに分けた資料をご用意いたしました。その他、各区市町村や関係団体の取り組み状況、先ほどご説明したアンケート調査やいろいろな実態調査等の結果を抜粋しております。

資料については、事前に送付しておりますので、説明は省略させていただきますけれども、参考資料の上についております、【参考資料の内容について】というA4の資料が、簡単にまとめた内容となりますので、ご確認いただければと思います。

資料が多く大変恐縮ではございますが、各資料ともに皆様で、各区市町村の取り組みの状況を含んだ状況等をまとめたものとなりますのでぜひご参照いただきながら意見をお聞かせいただきたいと思います。

事務局より、今回の資料については以上でございます。

○渡辺座長 ご説明ありがとうございました。

今回、初めての会でもありますけれども、本ワーキングは、現状の課題の共有認識を図ることが大きな目的というふうになっております。何か決めたり、結論を出すというような場ではございませんので、さまざまなお立場からいろいろなご意見が自由に出されるとよろしいかと思っているんですけども、結構膨大な資料で、それで、我々、医師なんかにとっては、数字的なお話は、このいろいろな、何%でどうだこうだと言われても、なかなかぴんとこないということが正直あるところかと思えます。きょうは、各地区の行政の方もいらっしゃいますので、こういう場をもちまして、こういった形でご説明いただいたところについて意見交換を行っていききたいところなんですけれど、まず、今のご説明の中で、一旦、まだちょっとここを考えたいとか、最初に、今のをもう一度確認したいこと、ございますでしょうか。今の説明の中で、確認事項とか。よろしいでしょうか。

特にご質問等なければ、意見交換のほうを行っていききたいと思うんですけど、それでは、まず、意見交換のテーマの一つ目として、在宅療養に関する地域の現状と課題等について、ご意見をいただきたいと思っておりますけれども、どなたか。事前に送られたので見ていただいたと思っておりますけれど、かなり膨大なですね、何か雑誌みたいなのが送られて、マチつきの封筒で送られてきましたけれども、いかがでしょうか。

意見がないというわけにもいきませんので、もしなければ順番に、もう、少しずつ進めさせていただきたいと思うんですけども、在宅療養に関する地域の現状と課題ということなので、医療者側のほうから先にちょっとお話をいただくような形で、もう口火よろしいですか。甲田先生、下を向いていますけど。

○甲田委員 現状で言いますと、多分、これは医療に関しては何でもそうだと思うんですけど、すごい個人差というか、温度差がある。在宅医療に対する考え方というのが温度差があって、自分の専門領域だけでしか診ない、そういうような一般診療所の先生もいるし、その中でもって、在宅を少しずつやっている先生、一生懸命、どんどんやっている先生、いろいろといらっしゃるんですけど、なかなかその辺の足並みがそろわない。少しでも、一人でも診てくれると、大分、数がふえてくるのかなと思うんですけど、全然診ない先生は全く診ないという、そういうやっぱり温度差が一番あるのかなと。これはもう、いろんなことを言っても、結局は診てくれないという、そういう部分があるのかなというふうに思っています。

はい。すみません。

○渡辺座長 ありがとうございます。いきなり口火を切っていただいて、ありがとうございました。

では、続きまして、新宿区医師会のほうから、迫村先生に、ちょっと。

○迫村委員 新宿区医師会の在宅ケア会合の担当をしています、迫村と申します。

新宿区は、結構大きな、大規模な病院が七つあって、結構大きくて、それに中小病院が4病院ですか、あとは開業医というか、そういう構成で、ちょっとほかの区の構成とかなり変わっているような感じもあって、その中で、結構昔から、在宅医療は担っている先生方が、割と取り組んでいる先生も多く、私もこの10年ぐらい在宅医療に入っているという感じなんですけれども、かなり意識的な底上げは結構できているような感じがします。それぞれの先生で。

ただ、やっぱり現状というところでいくと、やはり高度病院は急性期の病院が多いので、そこから、きょうのお話にもかかわると思っておりますけれども、慢性期、ポストアキュー

トで、地域に戻していくときに、どういうふうにスムーズに退院調整とか連携をやっていくかというところは、まだまだこれからしっかり取り組んでいかなきゃいけないし、病院間でも、きょう来てくださっているJCHOの新宿メディカルの関根先生なんかは非常に熱心に取り組んでくださっているんですが、病院間でも結構温度差があるというのが一つあると思います。

それから、あと、今、甲田先生も言われましたけど、開業医もやっぱりそれなりに熱心に取り組もうというお医者さんは必ずしも多くなくて、やっぱりそこには24時間の負担感とか、あと、お医者さんがやっぱり多いので、誰かがやってくれるんじゃないかという、何かそういう他力本願みたいな感じの、実際、医療の高齢化社会が進んできていて、かなり切実な問題になってきているんだけど、やっぱり誰かがやってくれるんじゃないかみたいな感じで思っているしやる開業医の先生は結構多いように思うので、開業医間でも、在宅に取り組む温度差というのは一つあると思いますので。

ただ、これはさっき出たときに、たしか患者さんの希望があって、何か病棟の慢性期とかに移行できないみたいな話があって、東京都というか、新宿区も特に大きな病院がいっぱいあるので、患者様の意識が物すごくぜいたくというか、どの病院でも自分が選び放題みたいな意識があるので、この病院がだめだったら、こっちのほうでまたMRIを撮ってくれみたいな、そういうようなことがあって。そういうのがあると、やっぱりちょっと在宅医療という点ではよろしくない点もあるかなと思って、やっぱり病院かどこかで話して、家へ帰っていくのがいいことなんだというような、そういう意識を持っていただくとか、そういうリソースが結構いっぱいあるので、何か病院に完全に依存しちゃっているようなご家族とか患者さんというのが結構多いように思います。だから、患者さんとかご家族の意識をちょっと変えていくみたいな部分も必要かなというふうに思います。

○渡辺座長 ありがとうございます。

今の問題、在宅患者さんが2025年には1.5倍にふえるということで、今後の在宅のあり方ということで、ちょうど私、座長なので、中野区のほうについては、在宅医代表であります共立病院の山本先生、ちょっとご意見をいただけないでしょうか。

○山本委員 中野共立病院の山本です。

私も訪問診療を今やっていますけれども、感じていることは、一つはやっぱり中野区も大きな病院が周りにもそうなんですけども、訪問診療を任せられてはいるんですけども、だけど、専門の病気について、専門というか、特殊な病気については、訪問診療の医師ではなくて、併設病院の何々先生にかかりたいとか、せっかくまるっとあなたを診てあげますよというスタンスで僕らがアプローチしても、いや、その疾患はどこどこ病院の大学病院の何とか先生に診てもらいたいとかということで、結局、訪問診療になったとしても、無理して大きな病院に通っている方が結構いらっしゃるんですね。そうすると、何かせっかく在宅でというふうに言っているけども、通院頻度はそんなに減らないんじゃないかというふうに考えているところがあるんですね。

それから、中野区という地域は、どこでもそうかもしれないんですけども、高齢の独居の人も結構多くて、最初は家族も本人も在宅で最期まで診てほしいとか、ここで死にたいわ、なんて話をしているんですけども、最後のほうになると、結局、食べられないとかということが続くと、家族が見ていられなくなっちゃうんですね。結局、きょうもそうなんですけども、最後は結局入院してくるみたいな形になっていて、結局、そこで病棟が埋まってしまっているということ、在宅の支援病院ではあるので、悪くはないんですけども、なかなか、最後の最後まで在宅でというふうなのが、まだまだ、中野区

の区民の方々には、まだ浸透していないのかなということも、一つはあるなと思っていますすね。

あとは、もう一つは、当然、在宅の人であっても、最後までうちで診なきゃいけないわけじゃなくて、やっぱり急性期の病気があるんですけども、中野区も応援してくれて、ベッド確保事業というのをやっていますけども、やっぱりひとり暮らしであったりとか、生活保護であったりすると、なかなか急性期の病院が受け入れてくれないという現状もあったりして、本当は最後の最後まで病院に行ったり自宅に行ったりしながら在宅で診てあげたいという思いがあるんですけども、急性期の入院先が決まらないということも時々あってということで、その辺は埋まっていることが時にあります。

○渡辺座長 ありがとうございます。

いろいろなところをちょっと聞いていたんですけども、今、迫村先生については、医師会と在宅医代表ということで、甲田先生は医師会代表ということで、大分お話しいただきました。

在宅医代表として、杉並区の阿部先生からも、その在宅のところについて、ちょっとご意見をいただければと思います。

○阿部委員 先ほど資料とかもご説明いただいて、まず、在宅医が適正な数が適正かどうかということがなかなか把握しづらい。といいますのは、今、現状、うちで訪問診療を中心にやっているクリニックなんですけども、25年に訪問を受けている患者さんが1.5倍になる。在宅も当然ふえるわけなんですけども、どの程度が適正かというのが見えてこない。なぜ見えてこないかというと、在宅の先生は、なかなか医師会に所属されない先生が多いので、医師会でのディスカッションと、あと、そうじゃない在宅団体とか、そういうところのディスカッションは、ちょっと違ってくる場所があるんじゃないかということが一つ。ですから、今後の課題としては、在宅医療のニーズと、それを担う在宅医がどれほど適正にマッチしているかというのをどうやって見ていくかというのが一つ大事かなというのを思いました。

あと、杉並区では、甲田先生とかを中心に、後方支援病床、つまり一般開業医の先生方が在宅医療をするときにやはり困るのが、急性増悪であったりとか、急変時の対応なんですけども、それに対する後方病床の確保というのは、もうこの2年ぐらいをかけていろいろやっているんですけども、幾つか在宅に協力していただける病院にお願いして、ある一定期間、それなりのインセンティブをお支払いしようというような、そういうふうになっているんですけども、これが全く機能していないと。2年間ですすね。例えば、理由はいろいろあるんですけども、そこら辺がもう少し円滑に病診連携ができるようなシステムをつくっていくことが今後の課題かなというのを最近考えております。

○渡辺座長 ありがとうございます。

○阿部委員 あと、もう一点なんですけども、先ほど、杉並区は公的病院が少ない区なんですけれども、要は新宿とか、そういう大きな病院の方々、患者さんが、大きな病院があるから、そこから流れていくわけですね。そういったときに、先ほどもお話が出ましたが、治療は終了したと、あとは地域でお願いしますというふうなケースがあるんですけども、そういったときに、在宅医であったり、介護のネットワークだとか、この構築はなんですけども、大病院から離れた方を地域の病院にどう移していくかということを試行錯誤するうちに急変しちゃったりとか、そういうことがあるもので、そこら辺の地域の中の病診連携、もしくは都心の病院、大病院との療養の連携というのが必要かなというのを感じられるケースが幾つかありました。

以上です。

○渡辺座長 ありがとうございます。

座長もしゃべってよろしいのでしょうか。すみません。

私も内科、在宅をやっている、中野区のほうとしては、今、話題が上がったように、やっぱり在宅をやる以上は、後方病院というか、ぐあいが悪くなったときの病院が、ある程度入院を確保してくれるような形、それは診てから決めるとか、いろいろと言われても、やっぱり不安が残ってしまう。そうすると、ある程度重症とか、すぐに入院を希望されるようなケースと思われるような患者さんを受け取れないというか、患者さんをより好みしてしまう可能性は単純にあるのかなというふうな、そんなところは感じるところで、中野区としても、緊急一時入院病床確保事業という形で展開をしているんですけども、その病院って確実に1床、完全に空床としてあけるのかとか、そういった、ちょっと実態を・・・させることも難しく、なかなか、病院さんに言われたからって、1床あけておけば、必ず1床とっておいてねと言われても、そしたら、1床あけるということは、病院の計算上では物すごい金額になってしまう。その病院間の中で調整していただくような形で、中野区としては、結構うまくはいつているんですけども、対象患者が割合来ると、やっぱり今は1日3床ぐらいの確保でやっているんですけど、年間に、どうしてもやっぱり利用率は200%ぐらいの確率になりますので、実際のニーズはもっと多いのかなと。それを単純に行政にお金を求めるというのも難しいかなという、病診連携の形というのは、やはりいろいろとですね、先ほどの中にありましたように、もうレスパイトも含めて、いろいろとそういったものを含めて行政に確保していただかないと、なかなか、うまくいかないのかなというふうな感じ方も一つ私のほうでも感じておりました。

それで、先ほど最初に言っていた、病院の説明もしていただいたんですけども、新宿区のほうは、やはり大きな病院があって、非常に新宿区は特殊なケースな区ではないかなと思うんですけども、大きな病院が幾つもあるって、中野区と杉並区とかは公的病院は余りない。余りというか、ないんですけども。そういった中で、やはり今回の区西部という言い方としては、区西部全体での病院の働きという形で利用させていただかないと、今でも病院が緊急入院では200%のその病床数よりも、統計ではふえているということになれば、他区にお願いせざるを得ないという形にならざるを得ないかなと思っております。

そういった意味で、今度は、ちょっと病院側のお話を伺いたいと思うんですけども、JCHOの関根先生、いかがでしょうか。

○関根委員 ありがとうございます。

在宅の現状と課題ということですが、先ほど迫村先生からお話があった、新宿区は比較的在宅医療あるいは訪問看護が盛んに行われているところだと思います。一応、私どもは病院ですので、それを支援する立場ということになると思いますが、まず一つは、病院に患者を受け入れたり、それから送ったりするという、そういう意味ではいいと思うんですけど、実際に在宅医療の現場がちゃんと我々にとって見えているかどうかという、非常に心もとないところがあると思うんですね。だから、その理解をもうちょっと深めるようなことをしていかなきゃいけないかなというのが、まず一つ、私も課題として考えています。それがもうちょっと見えてくることによって、どういう情報を提供したらいいのかとか、治療のあり方も、病院の中で、送るときにどういう治療でお帰しするのかとなると、ちょっと違ってくる面があるんじゃないかと思っています。

今、うちは研修病院なんですけども、研修医は、地域医療研修という期間がありまして、うちの研修医の場合は、ほとんど在宅に研修で出ていきます。そうすると、そうい

う世代は、少しでもそういう経験があるので、かなり在宅医療にも興味があったり、理解があったりするんですが、ある世代以上の人たちだと、恐らく在宅をやったことがない人間が大部分だと思いますので、その辺はしっかり、もうちょっと向かって興味を示していくことが課題じゃないかなというのがあります。

実際には、一応クラスはあるんですけど、訪問看護ステーションを割と最近立ち上げてまして、そういう意味では、少し、大病院にとってはちょっと特殊なケースかもしれませんが、病院ならではの訪問看護というのはどうあるべきかというのを今探りながら、これからの事業を展開していこうと。そういう状態ですね。

それから、もう一つは、迫村先生なんかも、よくお話されるんですが、神経内科の疾患の場合は、やはり在宅の先生方は、なかなか、例えばパーキンソンの治療とか、専門医ではないので、なかなか難しいという要請がありまして、うちは神経内科の専門医が実際に自転車で乗ってくるというか、自転車に乗って訪問診療をやるという、そういうこともありますので、実際には、やっぱり本当はそうやって外へ出て行ってやることによって、より理解が深まり、もうちょっと充実した支援ができるのではないかなと思っています。

一応、先ほどお話に出ました緊急一時入院ですね、これは新宿区も本当に非常に一生懸命やっただきまして、矢沢さんいらしていますが、行政と医師会との連携で、今、うちの病院と、それからJCHO、山手、それから大久保病院が、実際に予定されている病床を100%とした場合、恐らく150から200%ぐらいの稼働でやっておりますので、恐らくその点では比較的うまくやっているのではないかなというふうに思っています。

以上です。

○渡辺座長 ありがとうございます。

今、難病の神経内科の話、中野区も、ちょっと、たまに話してしまうんですけども、甲田先生もお詳しいところなんですけど、東京都は、昭和63年から、在宅人工呼吸器使用難病患者訪問看護事業をですね、訪問事業と呼ばれていて、そういった意味で、そういったものを利用すると、普通の開業医であっても、特殊なケースも診ていけるようになってるんだと思います。これ、東京都がずっと、もう30年間続けている事業なので、ぜひ、こういったものも利用できて、また、逆に言うと、今、それが縮小されているんですけども、東京都としてはですね、エントリーが難しくなってきた、条件がついてきて、かえって何か話が逆行していないかな、なんて、ちょこっと嫌みっぽく東京都にちょっと申し上げたいところなんですけど、もう少しエントリーしやすくしていただいて、在宅難病医が訪問して、そういった患者さんをフォローできるような体制をつくらせていただきたいなと思うところです。

杉並区の代表として、荻窪病院の病院長の村井先生がいらっしゃいますので、村井先生、ぜひよろしく願いいたします。

○村井委員 よろしく申し上げます。

当院、荻窪病院も在宅療養支援病院として手を挙げていますけれども、現場の事実問題として、チームの先生方からの紹介が、在宅を中心となさっている先生が、例えば阿部先生からのご紹介で在宅の患者さんとかが入ってきてというのはわかるんですけども、ご紹介、それ以外の地域の医療機関からの紹介のケースとの差を明確にしているかという、識別されて明確になっていないので、地域等の支援のほうからの紹介入院患者さんというのは、明確に診療所の訪問で在宅療養をやっている患者さんの入院なのかどうかというのが、数としては分かれていない。まだ検討できていないというのが現状かな

というところがございます。

また、あとは強い急性心不全、慢性心不全が増悪して急性心不全になって入院されたりとか、慢性呼吸不全の方が増悪して入院される、その後の退院のタイミングというのは、なかなか、在宅の診療所の先生との情報共有がうまくカンファレンス等でされているかというところも不十分で、ほとんどの患者さんが退院するわけですけれども、退院のタイミングが、もしかしたら、完全にご家族の理解と、それから地域の先生方の理解と、それを図るタイミングがうまくとれているのかなというところが問題であって、完全に治してから帰そうと、急性期の病院の医師は、患者さんと家族とがまずは納得するようなどころまで治せたら帰そうと。そういうところがありますので、もしかしたら、もう少し早い時点で、地域の先生方のほうにお帰しできるタイミングがあるのかもしれない。そこら辺のタイミングがうまくできているのかどうか。一応後方支援のカンファレンス等が仕組みとしてはできているんですけども、現実のところは、うまくそれがマッチしているのかどうかというのが課題かなと思います。一つは、今までも出てきて、意見として出てきていますが、家族の意識という問題も、病院に入院しているときには、家族は非常に安心感がありますが、在宅に戻すと言った後、急にケアが必要になりますので、まずは、一つは家族の意識の变革というのも一つ必要だと思いますし、どこまで帰すというところも、病院側の医師の意識の变革も必要、家族の意識も必要、そういったところがあるので。

一方、うちは比較的平均在院日数が短いほうなんですけども、模索としては、急性期の治療を完全に終わるところのエンドポイントが退院なのか、お家に帰ってからなのかというところで模索中で、例えば外科の患者さんで、あと、食事もできて元気で、歩いてトイレにも行ける、ただ、ドレーンが1本だけまだ留置されているので、そのためだけに入院しているのか。だけど毎日通院しなきゃいけないというわけでもないんですけども、それを持って帰るのに、なかなかご家族とかご本人のご理解が得られない患者さんに関して、訪問という形で、短期の訪問という形で、院内の医師が訪問させていただいて、在宅でドレーンを抜くというような試みをしているんですね。こういったものが、今までの退院の期日を在宅で迎えるということも将来的には可能なのかなということを考えております。将来的には、今、外科、消化器だけなんですけど、それを循環器の医師にも、心不全の治療後に、短期での訪問、それ以降、例えば2週間のめどを含めて、それ以後を在宅の先生にバトンタッチするような、そういった連携ができないかなというのを今模索中でございます。

- 渡辺座長 ありがとうございます。非常に貴重なご意見かと思っております。在宅支援病院ということで、ならではという意見だったかなというふうに思います。

きょう、病院協会から、在宅に非常に詳しい一戸先生がいらっしゃっていますので、一戸先生から、一言いただきたいと思っております。

- 一戸委員 杉並区の河北総合病院で、私は在宅部門で、私自身は訪問診療をしております。

河北病院側からの意見として、退院支援チームから少し意見を聞いてまいったんですが、河北病院、病床が満床でない限りは、在宅療養をしている患者さんの主治医が、救急搬送をお願いしますといったとき、できるだけ受けているんですけども、やっぱり困るのは夜間、訪問診療の先生が救急車を呼びなさいと、それで救急車で来たときに、なかなか診療所情報提供書とか申し送りというのを得られないことが多いというのが結構困っていることというふうに聞いております。例えば、もし、ICTみたいな、そういうネットワークでカルテを共有するだとか、そういうことがあると、本当に24時間お互い

のカルテが見れるような、そういうふうなシステムを取り入れている、ほかの県とか地域もあるので、そういうことがどこかで必要なのかなというような意見が出ていて、河北自身も、双方向ではないんですけども、一部の連携していただいている開業医の先生が、河北の病院のカルテは見ることはできるんですが、やっぱりその反対というのは、なかなかちょっと壁が高いなということで、ちょっと取り組みはしているんですが、そういう意見が一つ出ていました。

あと、私は在宅をやっているんで、在宅からの意見ですけども、本当に阿部先生もおっしゃっていたように、確かに杉並区、新宿区にたくさん大学病院とか大病院があって、そこから治療が終わった人が在宅で帰ってくるんですけども、できるだけ退院カンファには出ているんですが、やっぱり病院の急性期治療をしている専門医の先生方が、どこまで在宅でできるかというのを、やっぱりなかなかご理解のレベルがやっぱりまだまだ低いんだなということで、それを解消するためにカンファレンスがあるんだとは思いますが、病院で説明されたことを患者さんとか家族が期待していたりとかして、そこでせっかく導入してもうまくいかなくなるケースも幾つかあって、そこはやっぱり病診連携というか、やっぱり勉強を、もう少しお互いを知るということをもっと意識的にする機会、カンファレンス以外にもして、教育というか、勉強会という仕組みをつくっていくのが必要なのかなというふうに思っています。

○渡辺座長 ありがとうございます。

病診連携というような言葉で、地区の中ではいつも毎回お話しされていて、難しいところ、今のお話を聞いていると、在宅医が本当に十分にあるのか、在宅医の中にも温度差が多少あるというような話と、病院から在宅に戻すにもいろいろな事情があってスムーズにいかない、その患者さんの意識もいろいろとあるんじゃないかというようなお話がまた出たわけですけども、きょうお集まりいただいている中にも歯科医師会、薬剤師会を代表して、いろいろと来ていただいています。

医療だけではなくて、多職種連携ということで、看護師の代表と薬剤師の代表と歯科医師の代表として、在宅における医療連携についてご意見がありましたら、ここでちょっといただきたいと思っているんですけども、まず、歯科医師会代表の小見先生、ちょっと一言、何かご意見をいただきたいと思うんですけども。

○小見委員 まず、今、医療連携というお話でしたけど、その話もあるんですけども、今まで在宅の医科の先生方のお話をお伺いしていて、やっぱり完全にちょっと歯科って特殊性というのがかなり我々は足かせになっているかなと思うのは、新宿区は、新宿区歯科医師には新宿区歯科医師会と四谷牛込歯科医師会というのがあるんですが、非常に全く新宿行政の、こちらにきょう矢澤先生がいらっしゃいますが、この五、六年、矢澤先生のご指導もありまして、非常に、以前は新宿区の訪問歯科とか在宅の診療は少し他地区におくれをとってたところもあるんですが、急激に進歩しまして、他地区に引けをとらないぐらいの十分なレベルにはなってきました。

しかしながら、やはり在宅診療をやる先生というのがどうも固定してきたような気がします。きょう、この資料の153ページを見ますと、図表85ですね、実はこれを見て私も驚いたんですけども、区西部、うちが一番低いですね。中央部よりも低いですね。ということは、これは新宿区の商業圏の影響があるのかもしれませんが、これはこの後持ち帰って検討してみた上で原因を考えてみますが、とにかくこのところはかなり充実して、いいシステムを構築されています。しかしながら、やはりその医科の先生方が在宅訪問診療をなさった場合は、これは私の思い込みかもしれませんが、診察して、注射を打つなり、処方箋を出す。それから、そうでない、もっと重篤な場合は病院に行く

ような指示を出す。

そこで、前に言ったと思うんですが、歯科の場合というのは診察したらそこで作業があります。抜くだとか、入れ歯をつくるだとかあるし、ましてや、かぶせものをするなんていったら、とんでもない労力が発生するし、歯医者というのはどっちかというところ内科よりは外科に近いかと思うんです。ですから、その作業をやるということになると、やはりそういうものに特化した、熟練した先生が在宅でとなると、やっぱり数のふえが少なくなってしまう。どうしても少なく、その在宅の歯科医師がずっとふえるかなという、今後、2025年になったときに、増大にどう対応できるかなというのがまず一つ疑問があるんですね。ただし、この業界には訪問歯科専門の業者的な歯科がいまして、そういう方々も歯科医師会に入っていない人が結構多いんですね。そうすると、そこは車なんか全部設備をそろって行くところもあるし、そうではなくても、かなりの人数で、パワーでやっているところもありますが、結構、逆に大き過ぎて患者さんとのトラブルも多いよううわさも聞いている。それが現状なんです。

今度、医療連携という話になりますと、ここにきまして、やはり周術期の口腔のケアということで、今、急に、例えば手術でもうけない病院、例えば東京医科大学なんかは、非常に周術期、術前・術後の口の管理を非常に努めていらっしゃるんですが、そこに女子医大とか慶應もだんだん追従していらっしゃる。やはりマンパワーがそこは足りません。手術する方全員に、気管内挿管やる患者さん全員にブラッシング指導とか口腔指導とかをやるということになると、非常にマンパワーが足りないということを皆さんおっしゃっています。新宿区と四谷牛込歯科医師会は、非常に各病院の先生方とは年に何回か、それから、介護職の方々を見ると本当に勉強でミーティング等を開く機会を一生懸命やっています。しかしながら、今後、歯科ということに関して言うと、やはりマンパワーが非常に足りなくなってくるんじゃないかなということが新宿区の歯科医療と医療連携ということに関しては言われるんじゃないかなと心配しております。

- 渡辺座長 ありがとうございます。先ほど、迫村先生もおっしゃったように、在宅専門だけでという歯科医が今、歯科医師会の先生と多少トラブル、医師会でも在宅を専門にしているというのは結構、医師会に加入しないで、そういったちょっと組織的なトラブルも実際には見受けられるのは正直なところかなと、我々の世界でも同じかなというふうに感じております。

東京都薬剤師会の理事である高松先生、非常に在宅の薬剤師ということで、今、積極的に取り組んでいただいているところなんですけど、高松先生、ご意見いただけますでしょうか。

- 高松委員 東京都薬剤師会の高松です。

薬局の薬剤師という在宅のところでお話をしますが、今、平成28年の調剤報酬改定のとにかかりつけ薬剤師という点数がつきまして、結局これでかかりつけ薬剤師になったからには、基本的には在宅をやる。そのかかりつけの患者さんをやっぱり、みとるまでしっかりともう在宅治療のほうになっていくという、そういう位置づけでかかりつけをとっている薬局さんは、やっぱりもう5割くらいにはなっているわけでありまして。ただ、その機能が実際にちゃんと機能しているかどうかというのはまた別問題で、実際に在宅のところでもう依頼されても、できませんというような答えをするところもあるのは現実なので、実際に今、薬局はちょっとその辺の形を変えてきているので、それを25年までに「リセソ」の薬局がなれるようにしていくという目標があります。

あと、もう一つは、今、このかいわいのところの大きな病院の前に薬局がたくさんありますが、薬局の機能、地域包括ケアの中で薬局が発揮する機能を補うためには、やっ

ぱり地域包括の中で地域住民のためにしっかりとやる薬局、これをやっぱりふやしていこうということで、国のほうもちょっと本腰を入れてかかっているということがありますので、地域の薬局が担う役割というのは、かなりやっぱり重要になってくるのかなというのと、あとは、薬局の場合、守備範囲が結構広いです。実はいろんな・・・の提供もできますので、そこら辺のニーズに合わせて薬局がちゃんと自分たちの役割を担う、地域包括ケアの中では健康の推進、そういうところもありますので、そういうふうに恐らく形は変わってくると思います。

今現在、在宅をやっている薬局なんですが、やっぱり地域によって偏りはあります。無菌調剤までちゃんとできる施設を持っているところもあれば、全然、在宅にならなきゃいけない。それから、あと退院カンファレンス、これもお声がかかっても、なかなか薬剤師がいなければ薬局を閉めなくてはならないという規則になっておりますので、要は薬剤師の数が少ない薬局はその辺がちょっと苦しくなってくる。ですので、連携をとって、そのかかりつけの機能を発揮させるような薬局に形をかえていってくださいねというのは私たちが今までもやってきているところです。

在宅に関しては、先ほど言いましたように、全ての薬局が在宅をやってくれればいいんですが、今はそういう現状にはありませんので、できないならできない、逆に在宅に行ってくださいよと言われてもできないと言われてしまうと、できる薬局に偏ってしまう。そういうものの業務がかなり膨らんできていまして、もうパンクしそうな状況もありますし、逆にその医療、在宅に行ってる先生方とそれぞれのところの薬局がもう行ったり来たりが続いちゃっているような状況もあります。それも余り好ましいことではございません。そういうところで今ちょっと私たちも地域包括ケアなどでちゃんと機能できるような形になるようにいろいろ画策というか、やっておりますので、しばらくマイルストーンというような形で目標を立てながらちょっと動いていかなきゃいけないかなというふうに考えています。

以上です。

- 渡辺座長 本当にありがとうございます。薬剤師の役割は非常に重要かと思えます。診察しても、我々はお薬を出して、その服薬管理、また、我々が行っても、薬取りに行くといって取り行ってたってしまうのがないので届けていただかないといけないと。いろいろと言ったら切りがないものなんですけども、いろいろとまだ諸問題が多いということを伺いました。

やはり在宅の中では、訪問看護を中心に行われているケースがもう間違いないわけなんですけども、この訪問看護を中心とした在宅の利用について、看護師である大沼先生よりちょっとご意見をいただきたいと思えますけれど。

- 大沼委員 東京都看護協会の西部地区から参りました大沼と申します。通常は、東京警察病院で勤務しております。

東京都看護協会は、この地域医療構想、地域包括ケアのほうをどのように推進していくかということ、やはり真剣に取り組まないといけないということで、今年度から看護協会のほうでは看・看連携を推進して、そして先生方、そして家族、患者さんをいかにスムーズに在宅に持つていくかということで、各地域ごとでネットワークミーティングというのを開いております。ちなみに、西部地区のほうは2回行ったんですけども、在宅医療・介護連携推進事業のアからクに関して、各中野、新宿、杉並でどのように実際行っているかということで、今、情報収集をしているところなんですけども、ちょっとお恥ずかしながら、中野、新宿、杉並、お互いに顔を合わせているんですけども、何をどうやってるかというのがわかっていない状況もありましたので、その辺を中心に、次年度はそ

こから課題を見つけていこうというふうには考えております。

先ほどの先生のほうから、病院の医師や在宅の先生がどこまでできるか、実は余りわかってないんじゃないかというご意見もあったんですが、実は看護師のほうもそうで、病院の看護師は在宅看護がどこまでできるかというのがなかなかわかっていないので、こんな患者さんを帰したら無理なんじゃないかというような、実は誤解をしていたところもございしますが、そのネットワークミーティングでは訪問看護の方も参加しておりますし、それから現在、病院から訪問看護ステーションへの出向研修ということもやっておりますので、その中で看・看連携を推進して、少しでも在宅で患者さんがその地域で生き生きと生活できるようにということで今進んでいるところです。まだまだ実現ができてはいないんですが、次年度、新年度ということやっていきたいなと思います。

その一つの中にサマリーですよ。病院のナースが渡したい情報と、訪問看護ステーションが知りたい情報には、やはり差が出ているというところもありますので、その辺が共通なものに、年齢がいいんじゃないかなというふうな案も出ております。すみません、まだ途中経過で報告ができませんが、また随時報告をさせていただきたいと思っております。

以上です。

○渡辺座長 ありがとうございます。

一応、今、医療従事者側ですね、今回の参加者のお話を聞いたんですけども、今回は、やはりこういった意味で行政のほうから皆さん来ていただいていますので、行政側の今の医療の現状というか支援、資源、そして対策とか、そのあたりをちょっとご意見いただきたいと思うので、まず、新宿区の矢澤先生、よろしく願いいたします。

○矢澤委員 新宿区の矢澤と申します。今、さまざまな委員の方々から課題あるいは現状の話聞いて大変参考になりました。

新宿区では、高齢者保健福祉計画という計画で、在宅療養体制の充実ということをご何年も続けてきております。そういう中で、さっき話題になっていた多職種連携についてはかなりいろいろな取り組みをしてまいりまして、単純に言うと、医療と介護の連携はかなり進んできたのではないかなというふうに自負しております。それは、新宿区民の調査を昨年いたしましたけれども、その中でも主治医とケアマネ、医師とケアマネの関係がとてよくなったというケアマネの方からのご回答もたくさんいただいております。そういう意味で、医療と介護の連携は進んできたし、ある意味、さまざまな多職種連携は、例えば摂食嚥下機能支援の取り組みですとか、あるいはムラシマケイさんをお願いしている多職種連携の研修会ですとか、医師会あるいは歯科医師会等をお願いしている、それぞれの多職種連携のさまざまなテーマを取り上げた会議等で医療と介護の連携が深まってきているのではないかなというふうに思っております。そういう意味では、計画に盛り込んだ内容を、関係団体、関係機関の皆様が実際に行っていただけて、少しずつ多職種連携が進んできているかなというふうに思っております。

ただ一方で、先ほど、最初にご指摘のあった在宅医の数が適当かどうか、人がふえているかどうかということについても、私どもでも昨年度、新宿区在宅医療・介護支援情報という医療機関、介護施設、介護事業所等の在宅医療に携わる支援の調査をいたしまして、区民の方々、あるいは関係機関の方々にお示しをしたんですが、1,000を超える施設あるいは医療機関等の中で600ぐらいが掲載をされているんですが、在宅をする医療機関、今、医科の診療所等でも、今年度、2回目の調査をしましたら、かなり手を挙げる方が、施設がふえておまして、そういう意味では見える化していく中で、そういうことが実際ふえてきている感じが少しあります。ただし、反面、在宅をしよう

と思っているかかりつけ医の先生方、外来を中心としている先生方をバックアップする体制が十分かという、これはそうでもないかなど。先ほど、JCHO新宿の関根院長からもお話があったように、緊急一時入院病床確保事業はかなり稼働率が高くていいのですが、ただ、一般のかかりつけ医の先生が在宅診療をしようと思っても、24時間体制がとれないという中から、それを何か担保するような仕組みをつくっているかという、まだつくっておりません。来年度からは、一応、計画上は東京都の補助金を使わせていただいて、ICTを活用した情報共有をしたいなど。その補助を区としてもしたいなというふうに思っております。それは、やはりうまくかかりつけ医の先生あるいは在宅の先生と一緒に会って話すのが一番いいのですけども、それはICT等で情報共有ができればいいなというふうに、課題としては在宅医にさらにこのニーズに応えるような数的なというか、ふえていただきたいという意味であります。

もう一つは、うちとして課題だと思っているのは、先ほど、迫村委員からもご指摘があった区民の方の意識という問題です。区民の方々の調査では、療養生活になって、最期はどこで終わりたいかというのは、当然、自宅が4割ぐらいはあるんですけども、その方々に在宅医療で自宅での生活は可能かと聞くと、かなり、半数近くですかね、困難だと思おうという回答があるんですね。つまり在宅を希望していながら、今の区の中ではそれができるとは思えないというのが区民の方の正直な意識でして、そういう意味では、もうちょっと区民の方々に、在宅でできますよということをもっと我々は情報発信をさせていただいて、もっともっと在宅医療に対するイメージを持っていただく、あるいはその可能性を、希望を持っていただきたいなというふうに思っております。

さっき、お話の中でも、病院の先生方がなかなか在宅のイメージをというお話がございましたので、今年度から、今までは病院の看護師の方に訪問看護ステーションの実習をしていただきましたが、今年度から病院の医師の先生にも訪問看護ステーション同行の実習をしていただいたところ、きょうお見えの関根院長がご自分で在宅に行っていて実際に体験をしていただくなど、病院のそういうキーパーソンの方々がそういうイメージをすごく大事にさせていただいて、病院のドクターを初め、スタッフの方々にお伝えいただいているという、こういったことも、今後その方がまた区民の方々にお伝えいただきたいということで、区民の方々の在宅療養へのイメージや夢がさらに進むといいなというふうに期待しておりますし、課題でもありますが、今後そういうところに力を入れていきたいというふうに思っております。

○渡辺座長 ありがとうございます。関根先生みずからやっていただいたということで、とてもいいお話で。

中野区の代表として、酒井様がいらしているので、よろしく願いいたします。

○酒井委員 中野区の地域包括ケア担当の酒井と申します。

今、新宿の矢澤さんもおっしゃっていましたが、やはり行政として気になっているのは、特に意識調査で在宅診療、在宅療養を希望する動きがどれぐらいいるかと。まず、やはり在宅で療養したいという方、半数近くいるんですけども、じゃあ、実際にするのかという、そこでやっぱり数字が落ちてしまう。そのやっぱり理由というのは、家族に迷惑をかけたくないという方たちが大きいんですね。そういう意識がやっぱりここ数年ってそんなに変わってきえてないのかなというところは数値では見られます。ただ、最近では中野区在宅医療介護連携をずっと取り組んできているわけで、研修というか講演会みたいなものを、ちょっと企画しているんですけども、最近この一、二年、みとりに関するイベントとか、みとりに関する講演会とかシンポジウムとかをやると、お客さんがかなりふえてきている。直近ですと、11月にやったものなんですけども、医師会館

をお借りして130人ぐらいいたんですかね、ふだんは80人しか来ないんですけど、130人ぐらい集まって、しかも来ているお客さんが、大体、ふだんは医療関係者とか介護関係者とか知っている人が多いんですけど、ほとんど知っている人がいなかったという変化がありましたので、これは少しずつ効果が出てるんじゃないのかなと、ちょっとそこは楽観しているところもありますけれども、そういう状況があります。

それから、もう一点、資源の話、やはり先ほど在宅医療のお医者さんの訪問が足りるのか足りないかという話もありましたけども、まさにそこ全体的なもので、区としても今後、在宅療養とかが倍になるとかという、2025年に倍になるという推計が出てますけども、じゃあ、そのときに中野区の医療資源、介護資源が足りるのかどうかというところが今は全くわからないというのが現状です。ですから、そこをどういう数字を使うか。例えば稲城みたいにレセプトを使いながら計算するだとか、そういういろいろな法則があると思いますけれども、そこを地方行政としてもやはり責任持ってやっていかないと、2025年での必要量がわからないという課題を抱えております。そこは取り組んでいきたいと思っています。

それから、最後に、中野区の大きい病院から中野区に退院するときに、どこに相談するかわからないという苦情めいたものが結構ありまして、というのも、今、中野区の医師会さんでもかかりつけ医の紹介をしているんですけども、あと、地域包括支援センター8カ所でそれぞれ受けますというふうにアナウンスしています。じゃあ、この包括はどの包括なのかというのがわからないということで苦情があったんです。それで、杉並区さんの連携、窓口のほうを参考にさせていただきながら、窓口を来年からは一応設けるということになりましたということですね。そこで、例えばかかりつけ医から、入院したんですけども、その退院したときにかかりつけ医には全く知らされていないとかというような課題もありましたので、そういうのも含めて窓口で一本化して、要はそこを調整していけたらいいかなということでして、その窓口と連動するというか、同時にやっていきたいと考えているのがICTの導入でして、要は医療・介護連携の今後の必要量を効率的にこなしていくためには、このICTを将来的には使わなきゃいけないということで、来年度、中野区が、区がみずからICTのシステムを入れるということで、今、オーケーのほうをいただいております。

ここで東京都の皆さんにもちょっとご意見というか、要はICTって、各自治体がいちいち動いているというところもあって、実際に茨城県とか愛知県とか、実際に市区町村が大分入れている状況なんですけど、東京都ではそういった動きが余りないという中で、仮にこれを自治体とか大きい病院がそれぞれICTシステムを独自にどんどん入れていくと、結局それを使う対応事業者の皆様はそれぞれの病院のシステムを全部入れなきゃいけないという、当然のことながら、そういう結果がわかっているわけですね。ですから、どこかの時点でICTを活用するということになった時点で、どこかでそこをどうハンドリングしていくかというところをもうやっていかなきゃいけないかなと思っています。中野区としては、まずは区が入れてもらって使っていただくところに使っていただいて徐々に入れていくという考えで進めておりますけれども、いつかそういう課題がぶつかるかなということは感じております。

以上です。

○渡辺座長 ありがとうございます。ICTの問題、もともと東京都医師会に投げられて、それぞれ、今度は、次は行政で投げられて、なかなかうまくいかないところかなと思っております。

あと、杉並区のほうの椎名様のほうもよろしくお願いいたします。

○椎名委員 杉並保健所の地域保健・医療連携担当課長、椎名でございます。

きょうは大変貴重な生のお声をたくさんいただきまして、本当にありがとうございます。幾つか今まで、新宿区さん、中野区さんもおっしゃっていましたが、やはり患者さん、また家族の方の意識を変えていく必要があるというご指摘がございました。私どもでも、在宅医療に関する区民の意向調査をしている中で、やはり例えば高齢者実態調査などでは、要支援1の方が介護が必要な場合に、どういった生活をしていきたいかという、現在の住まいで生活していきたいという回答が7割近くなんですけれども、一般区民に対して、これは区民意向調査という形で、長期療養が必要となった場合、自宅での療養が実現可能かという、半分以上の方がそう思わないという非常に大きな意識のギャップががございます。特に思わないという内訳を見ますと、60代の女性の回答が高いという。現に介護に携わりそうな世代の方たちの危機感が非常に強い、難しいと感じていらっしゃるということがわかりました。これは、一つは在宅療養の現場ということをよく理解していただけていないからということももちろんございますし、また、みとるといったような覚悟もまだまだ私どもないですから、そういった中で、こういったことに対する不安は強いというのは当然のことかと思えます。

私どもといたしましては、そういった、いわば心のバリアをとっていただくために在宅医療推進フォーラムというような形で医師会にご協力いただきながら、みとりに関する啓発などもしているところです。例えば、ことし1月28日には、40代からの終活といったようなテーマで一定のフォーラムを開催する予定です。その一方で、例えば患者さんだけでなく、医師側の温度差があるとか、また、在宅医が適正な数かどうか把握が難しいという話がございます。実際、杉並区の場合、在宅医の医療サービスの必要量について東京都に出していただきましたけれども、大体、2013年から2024年で1.67倍と比較的多くふえてございます。世田谷、練馬に次いで数が多いところなんですけれども、こういった拡大していく必要量に対して十分かどうかというのは、やはり私どももわからないところです。このため、今年度、医療と介護のレセプトデータとを突合、ひもづけいたしまして分析をするという分析に着手しました。これは東京都のご助言を頂戴いたしまして、慶應大学にご教授、ご指導いただきながら進めるところです。これによりまして、自治体として在宅医療は一体誰が担っていくのか。例えば、それはエリア的に見て、どういうところから診療所が訪問をシカしていくのかといったこと、また、薬局の利用状況等も把握したいと思っております。最近、問題視されておりますポリパーマシー、それから、先ほどの歯科の診療のことを先ほどお話しいただきましたけれども、一体その歯科診療の訪問診療を誰が担っているのか、また、要介護度が上がると、もしかすると医療はとどきにくいのではないかと、こういったことがもう少し明らかになるかと思っております。こういったものを結果として今後も把握しながら、今後の取り組みにぜひ生かしたいと考えております。

これは私ども在宅医療を進めるための在宅療養推進連絡協議会という会議体を持っておりますけれども、今年度、専門部会を再構成いたしまして、その中の事業推進企画部会で歯科医師会の先生方、訪問看護ステーションの方々、介護に携わる多職種の方々にいろいろご意見をいただきながら進めているところです。まだまだ着手という段階ですけれども、非常に期待を多くいただいております。ぜひとも皆様の期待に沿うよう、また、結果も区民の方々に返せるようにということで取り組みを進めているところでございます。

以上でございます。

○渡辺座長 ありがとうございます。貴重なご意見、本当にありがとうございます。

本日は、地域医療構想ということで医療構想なんですけども、在宅の問題ということで、地域包括ケアという形で考えますと、やはり今回は介護に係る方々にもご出席いただいております。介護側の専門として、ケアマネジャー介護支援専門員の研究協議会の代表として来られています塩川先生からご意見いただきたいと思っております。

○塩川委員 新宿区でケアマネジャーをしております塩川と申します。

医療・介護連携なんですけど、介護保険が始まった当初からケアマネジャーをしているんですけど、非常に変わってきて、ここ数年、特にそれが、連携が進んだなという印象で、やはり新宿区で例えるならば、行政の皆さん、病院、在宅医の先生方、あと多職種の皆さん、きょう来ている歯科の先生方を初め、非常に熱心に医療・介護連携も必要性を感じて連携をしていこうということで、一番、新宿区でケアマネジャーとしてありがたかったのは、多職種を集めた学習会というか、行政主体でももちろん最初は多職種で事例を検討したりとか、学習会をしていたんですけど、もう最近では、大病院のほうからお声がかかって、ケアマネジャーの方も来てほしいということで入退院連携についての事例と一緒に学習したりとか、そういうところで今までは顔の見える関係だけだったんですけど、そこからさらに質の高い連携も見据えることができるようになってきて、より、そういったところが進むといいのかなというところで。

課題というところ上げるなら、やっぱりなかなか、先ほど温度差というところもあったんですけど、非常に熱心な先生方、非常に積極的にアプローチしてくださるんですけど、やはり利用者にとってはかかりつけの先生というのはたくさん、もともと長年かかりつけで携わった先生方もいらっしゃるの、そういったところのアプローチが難しいかなというのが一つあります。ただ、そういった先生方も近年は勉強会に来て、意見交換したりとかできる機会も出てきたので、そういったところも連携が進んでいくといいのかなというところが印象です。

あと、退院時カンファレンスと在宅に戻ったときに関係者が集まる担当者会議があるんですけど、そのときに病院でのカンファレンスの意見と、また在宅に戻ったときのチームでの意見というのが、またちょっと差異が出てきてしまうところがあるので、そこが何か、どういった形でもいいんですけど、連携できるシステムがあると非常に介護側としては共通認識ができるのでありがたいと思っております。

以上です。

○渡辺座長 ありがとうございます。

もうお一方、介護を代表して、老健の施設の代表の大沢さんがいらっしゃっていますので、在宅への導入、その他等について何かご意見がございましたら、よろしく願いいたします。

○大沢委員 介護老人保健施設のマイウェイ四谷の大沢でございます。

私どものほうでは、平成17年、実際の運営母体は八王子にございまして、医療法人社団永生会が平成17年に四谷第二中学校の跡地へ公募において設立したというところで、そのころ私もかかわってきました。それで、どこの何者かということでわからないかもしれませんが、今、前段お話しさせていただいたわけなんですけど、今現状、私どもの施設では100ベッド、オール個室というふうなスタイルで、ユニット型と、それから従来型で運営しているわけですが、今現状、おおよその利用率としましては、月平均96%弱というときに、多いときには本当に100人、実際にいくんですね、100ベッドで。それで、少なくなると96と半分割ってしまいます。

これはなぜかといいますと、やっぱりショートステイを利用する方、レスパイトを含めて非常に多い。それから、新宿区民の方々が80%弱利用されているというところか

ら、ショートステイが非常に有効に活用されているのかなと思うところと、緊急受診、最近では医療依存度が非常に高くなり始めまして、緊急受診が多くなってきています。特にJCHOさんのほうでは快く受けていただいている、本当にありがたいと。緊急受診のときに、やはり一番困るのは、施設長の医師が救急車を呼んでくれと、これは救急搬送してくれと、SATが90を切ってしまった、これはとにかく一般受診では間に合わんということで、そういった場合にどこの病院に行こうかというのが一番困るんですね。まずはもうJCHOさんが必ずとっていただけるという、我々の強い味方です。慶應さんがいらっしゃらないのであえて申し上げてしまうんですが、なかなか厳しいものがありまして、実際、慶應さんのほうに行きたいというふうにご利用者さん、家族はおっしゃっているんですけど、それでも受けていただけないというふうな実態がありまして、しかしながら、さほど救急車を呼んだ場合のケースにおいても、行き先に、路頭に迷うことはほとんどなく済んでいることは非常にありがたいなど。私ども、場所としても丸ノ内線の四谷三丁目の駅から徒歩二、三分のところに位置していますので、その位置関係をご理解いただければ、およそ今のお話は理解いただけるのかなと思います。

それからあと、みとりに関してなんですが、これからますます、恐らく老健でのみとりもやらなくてはならない、それから、希望者がやはり大分ふえてきました。病院へ行って延命措置をされてまで父をこのまま病院にまた連れていきたくありません、ぜひともみとりをお願いしたいというのが非常に、私ども町田にも150の施設があるんですが、こちらのほうも含めて非常にみとりを要求されるご家族さんがふえてきたなというのが実感でございます。

それから、患者さん、入所利用者の方の動きが最近顕著に感じるのはもう一点、急性期の病院からダイレクトで特養に入るといふようなものを感じてならないんですね。以前、昔々は老健といいますと中間施設と言われて、一度ワンクッション置いて、その上で、例えば在宅にまた復帰できるのか、それからもしくは、いよいよですとか、次の筋道を決定していくというふうなことであったわけですけど、最近ではダイレクトに特養さんに入るケースが非常に多いということを病院さん側からも伺っている次第でございます。

私どもで、実はもう100ベッドしかなくて、デイケアも行っているんですが、リハスタッフが100に対して12名いるんですね。それから、STも常勤を置いております。その中では、100の老健としては非常にリハスタッフを手厚く置いているので、利用者さんの入所される家族からは比較的このあたりの評価は高く評価していただけることは非常にありがたいなというふうな思いですが、これからは老健のあり方として考えていくと、在宅復帰率、今現状30%超で算定させていただいてるんですが、やはり50%以上を目指していくためにも、入所してくる患者さんの一部を、一部というか、一つの疾病を治療していただいて、それでまた入所というときに、血液データの内容を見てみると、これは何が何でも無理だろうというふうな思いで、実際は受けてしまうんですが、また二、三日のうちに病院のほうに送らざるを得なくなってしまうというケースも大分ふえてきているというふうな実感も感じております。ですから、一疾病だけを極力直していただいて、一、二週間で帰していただくことはありがたいんですが、それに対して、また二、三日後にはまたもとの病院に帰らなくてはいけないということで、家族が非常にそのところは困っているところも現状でございます。

ちょっと余談で申しわけありません。

- 渡辺座長 ありがとうございます。今の老健、私の観点ともちょっと少し、老健でみとりというのも中間施設的な感覚ではなくなってきたのかなというふう感じて、今で

はグループホームでのみとりとか、やはり共同生活と老人ホームのあり方とか、介護のあり方が変わりつつあって、ニーズもかなり近いのかなというふうに感じました。

もうお一方、本日は保険者のほうからも代表でご参加していただいている長澤さんがいらっしゃるんですけども、保険者側のほうから医療体制とか、いろいろ何かご意見ございましたらよろしく願いいたします。

○長澤委員 電子回路健康保険組合の長澤と申します。

杉並区にありまして、なかなかこういう場で健保組合のお話しをして、余り健保組合のご意見を聞く時間がないと思うので簡単に健保組合の今の現状についてちょっとお話しさせていただきますけれども、医療費を医療機関に支払っているのがメインなんですけども、ことしは、例年、医療費は高騰しているんですけども、29年度は前年度と比べて高額な薬剤がちょっと減ったので、去年と同じぐらいの数値で推移しているということなんですけども、一喜一憂しているわけでございます。一番の拠出で一番苦しんでいるのは、ご存じのとおり65歳から74歳までの、それから、75歳以上の支援金、納付金の支払いでございまして、健保組合の保険で徴収した半分をそういう納付金、支援金で上納しているという健保も相当数あります。それで、本当に苦勞しているんですけども、そのほかにマイナンバーの登録も、これ被保険者、被扶養者全員を登録して管理するというのもやらされてございまして、それからデータヘルス計画、それから毎回やっているメタボ健診、保健指導でありますけれども、これも率が低いと、余りにも低いと支援金にプラスアルファの割り増しを徴収されるということで、本当に厳しい状況になっておりますのが最近の健保組合の情勢であります。新宿、中野、杉並で健保組合は大体70健保ぐらいですかね、あります。渋谷、目黒を含めると100ぐらいあるんですけども、それを除くと大体70ぐらい、我々の二次医療保険ではあるかと思っております。

ということで、大変厳しい健保組合の現状でございまして、よろしく願いいたします。

○渡辺座長 ありがとうございます。今回、健保の報告をありがとうございます。

ちょっと予定時間を少し超えているんですけども、また、在宅にかかわるキーワードみたいな形で、かかりつけ医と専門医とか、医療連携とか、病室連携とか、あと退院の導入など、在宅療養窓口だとか、いろいろとそういったことについて少しずつ系統的にお話しできればよかったですけど、なかなかそうもいけなくて、約20人の参加者の中からそれぞれご意見をいただくということはできて、いろいろと課題が若干出たと思います。

きょうは、傍聴の方がいらっしゃっています。もしちょっと時間オーバーはしているんですけども、傍聴の方の中に、この傍聴された中でご意見、その他等ありましたら、また課題等もございましたら、ぜひご意見いただきたいなと思うんですけど、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

また、東京都医師会から渡辺象先生にきょうご参加いただいているんですけど、象先生のほうから何かご意見ございますでしょうか。

○渡辺象氏 私もいろいろな地域の2次医療圏の地域の会合を聞きましたけれども、大体似たようなところが多いんですが、中にはかかりつけ医が、また病院から出た患者が別の患者になってきたというような非常に大きな課題というところもあったところが、新宿、杉並、中野は非常に仲よくやってらっしゃって、しかも前を向いて医療・介護連携されるということで、ほっとしたところです。ぜひとも医療・介護と連携したサービスが開けると思います。ありがとうございます。

○渡辺座長 ありがとうございます。先ほどから少し、すき間なく言っていただいたん

ですけど、どこでも同じような問題があると承知しております。ICTが阿部先生が言っていたように、やはりぜひ医師会に帰っていただくと、そういった問題ってすごく少なくなるんじゃないかなと思いますけれども、なかなかそういうケースも、医療機関とかが参加していただかないと、なかなか見えないというようなケースというかですね、そうでないと、なかなか交流の場所は持てないということで、いろいろな意見を歯科医師会はできますし、行政の窓口からも相手方によってそれぞれアタリに問題は大きいんじゃないかなというふうには、正直、医師会代表として私も出てますけれども、医師会の中では課題になっております。仲よくやっていくというように、やはり情報をお互いに持ち合ってちゃんとやっていくという。けんかするということではなくて、ちゃんとやっていくということに関して、ある程度こういった状況になれば、組織立てて物事を進めていかないと、なかなかうまくいかないんじゃないかなというのを我々も感じているところです。

私も総括というような話というのは私の最後のご意見という形になってしまったんですけども、ちょっと不手際で時間をオーバーしまして申しわけありませんでした。活発な意見交換がそれでもできたのではないかなと思います。時間が過ぎておりますので、この辺で本日は終わらせていただきたいと思います。皆さん、どうもありがとうございました。

私のほうからはこれで以上になりますけれども、東京都のほうにこれでマイクをお返しさせていただきますと思います。

- 久村地域医療担当課長 長時間にわたりまして、貴重なご意見、ありがとうございました。本来であれば今回議論の課題の内容等をまとめたんですけれども、お時間も過ぎておりますので、後ほどこのあたりもごらんいただきますが、東京都が30年度に向けて在宅療養に関する事業の再構築を行いまして、ある程度、きょう出ているようなお話、課題なんかにも応えられるような新規施策ですとか、あるいは諸事情の振り返りを行っております。このあたりは来週の地区医師会・区市町村連絡会でもご説明させていただきますし、あと、いろいろな場面でご説明させていただきたいと思っております。

また、あと、特に今回、受給を踏まえて適正規模というお話がありましたが、どういふふう在宅医療の体制整備していこうかというお話と、それから、あと、ICTの活用についてもお話があったかと思っておりますけれども、そのあたり、東京都には在宅医療推進会議という都の課題ですとか取り組みの方向性を議論する会合なんですけど、その下にワーキンググループを設置してございまして、その中でどういふふうきめ細かく受給を把握して、推計して、それを踏まえた仕組みづくりができるかというモデル例をつくりたいなと思っております。

もう一つ、ICTにつきましては、今、複数のシステムのデータがあるというところをどういふふう東京都において整理するかというの、そちらのワーキングのほうで議論して行って、そちらを皆さんにご提示させていただきながら、また引き続き推進していきたいなと思っておりますので、引き続きご協力のほうをよろしくお願いいたします。

それでは、事務連絡でございますが、今回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す地域医療構想調整会議に報告させていただきます。また、先ほど出ました在宅医療推進会議のほうにもフィードバックさせていただいて、検討の参考に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、関係団体の方にも、今回の検討内容ですとか資料について情報提供して、ちょっと地域で共有していきたいなというふう考

えておりますので、よろしく願いいたします。

最後に、議事録につきましてですが、本ワーキング、公開でございまして、議事録も後日、福祉保健局のホームページに掲載させていただきます。公開され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。

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。