

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（北多摩北部）

日時：平成29年12月8日（金曜日）19時00分～20時34分

場所：成美教育文化会館 3階大研修室

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります、定刻でございますので、北多摩北部圏域の「東京都地域医療構想調整会議・在宅療養ワーキング」を開催をさせていただきます。

本日は、お忙しい中、ご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

私、東京都福祉保健局、地域医療担当課長、久村でございます。

さて、このワーキングでございますが、もともとは、東京都地域医療構想調整会議、こちらのほうを設置いたしまして、これまで2回、いろいろ地域でご議論をいただいているところでございますが、この調整会議で、どこの圏域でも、例えば退院支援におきます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、在宅療養に関するご意見をいただくところでございます。ただ、調整会議の中では、在宅療養につきまして、ご議論いただく時間が十分にとれないというところがございましたので、一つ、別の協議の場を設けまして、在宅療養に特化したご議論、意見交換をしていただきたいなということで、こちらの在宅療養ワーキングというのを新たに設置させていただいたものでございます。

こちらの会議、何かを決めるというものではございません。第1回目でございますので、今回は、それぞれ現状・課題、あるいは取り組みの方向性等について、ご自由にご議論いただきたい、ご意見をいただければというふうに思っておりますので、よろしく願いいたします。では、座って進行させていただきます。

まず、本日の配布資料でございます。こちらは、会議次第の下段に配布資料ということで、記載のとおりでございます。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。

それから、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まして、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、冒頭、東京都医師会より、開会の挨拶を申し上げます。東京都医師会理事、西田先生、お願いいたします。

○西田理事 皆さん、こんばんは。雨の降る寒い中、お集まりいただきましてありがとうございます。私、東京都医師会の新米理事で、この事業を担当させていただいている西田と申します。きょうは、よろしく願いいたします。

先ほど、久村課長からもありましたように、昨年7月、地域医療構想が策定されてきて、これからどんどん、病院から地域へという流れが加速されてくるわけですが、それに当たって、じゃあ、在宅、受け皿どうするのということを、これは調整会議ごとのワーキングなので、一応、二次医療圏での議論ということになっておりますが、大変短い時間で、限られた内容のお話しかできないかと思うんですけども、皆さん、ぜひぜひ、それを、また、各市区町村にお持ち帰りいただいて、それぞれの在宅療養推進会議で、さらに深めていただければと思います。

きょうは本当に、忌憚のないご意見をたくさんいただければと思いますので、よろしく願いいたします。

○久村地域医療担当課長 西田理事、ありがとうございました。

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には、平野クリニック院長、平野先生をお願いしているところでございます。

平野先生、一言お願いいたします。

○平野座長 皆さんこんばんは。清瀬医師会の会長、平野功と申します。以前から、会長に言われているとおり、二次医療圏の中で、東京都で一番まとまれそうな地区が、北北二次医療圏だという認識を持って、我々5市、いつも話をしながら、今に至っておりますので、どれぐらいの話がどう出ると、ちょっと楽しみにしているんですけども、忌憚のないところ、皆さん議論を交わしていただければと思います。よろしくお願いたします。

○久村地域医療担当課長 平野先生、ありがとうございます。

それでは、以降の進行を平野先生をお願いいたします。

○平野座長 それでは、早速、議事のほうに入りたいと思います。

この会は、東京都の地域医療構想調整会議において議論を進めていく中で、在宅療養に関する意見もたくさん出されたということでございます。これを踏まえて、多職種関係者にお集まりいただいて、今後の現状・課題について意見交換をするということでございます。

それでは、東京都より、議事についての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。

早速ではございますけれども、資料2をお開き願います。

こちら、昨年7月に策定を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は、5章立てになっておりまして、第1章では、地域医療構想とは何かを記載しております。医療・介護・福祉等に関わる全ての人が協力し、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を、第1章のところに掲げてございます。

記載事項。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。そして、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。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章のほうに、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。なお、地域医療構想、医療計画の一部でありまして、現在、改正作業を進めているところでございますけれども、次期保健医療計画と一体化させることとなっております。

右側のほうの第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、将来推計として、東京都全体の病床数、在宅医療等の必要量を推計し、記載をしております。2025年の病床の必要量は、表の中ほどに、平成37年（2025年）の病床数の必要量等とございますけれども、真ん中あたりの計の欄に、東京都全体で11万3,764床、現行が、約10万5,000床となっておりますので、数字だけで見ると、約8,000床の不足となっております。ただし、この必要量は、あくまで推計値でありまして、患者さんの受療動向であったり、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でございます。

なお、病床の整備につきましては、基準病床数制度によって、きめ細かく実施してま

います。

次に、在宅医療等の必要量の推計ですが、表の右の欄のところ、在宅医療等と、ちょっと数字が小さいんですけども、19万7,277人、1日当たりですけども、になっております。国は地域医療構想におきまして、療養病床の見直し分、一般病床の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としておりまして、それらを含めて数字が、こちらの19万7,277人となっております。

なお、このうち、現行の訪問診療の実績を引き伸ばした数字が、その右のほうにあります、再掲のところにあります14万3,429人となりまして、2013年の訪問診療の実績が、9万6,712人となっておりますので、訪問診療のみで見ても、約1.5倍の必要量の増加となっております。

続きまして、おめくりいただいて、3ページをお開き願います。こちら、第3章では、構想区域としまして、構想区域、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として、二次医療圏と一致をしております。この構想区域ごとに調整会議を設置しまして協議を行い、この在宅のこちらのワーキングは、調整会議の部会といった位置づけで開催をさせていただきます。

第3章では、構想区域の状況としまして、下のほうにありますけれども、①から⑧まで、構想区域ごと、状況について記載をしております。

右側の第4章の「東京の将来の医療～グランドデザイン～」でございますが、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まして、その実現に向け、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、第4章では記載をしております。例えば、四つの基本目標の中のローマ数字のⅢのところでは、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実。その中段の右のところに行きますと、①予防・健康づくりから、④の看取りまでの支援を課題として掲げまして、この資料の中では省略しておりますけれども、それぞれの課題に対しまして、取組の方向性を第4章では記載しております。

一番下のところに行きまして、第5章では、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・都民に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。

次に、おめくりいただいて、2枚ほどめくっていただいて資料6ページ、資料3の6ページですけども、こちらが、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、地域医療構想調整会議についての設置の考え方を記載しております。

おめくりいただいて、7ページ、2/2のほうをごらんいただけますでしょうか。こちらのほうに、目的、あるいは構成等を記載させていただいているところでなんですけれども、今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、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につきましては、後日開催いたします調整会議のほうへ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、次の8ページ、9ページに、これまでの地域医療構想の調整会議の開催結果概要を、8ページ、9ページに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。

次に、資料4、10ページをお開き願います。先ほど、協議の場のほうにもご出席い

ただいている方には、資料の説明、ちょっと重複する部分があるんですけども、こちら、資料4としまして、本ワーキングの開催、ワーキングの前に開催いたしました協議の場についてのご説明を簡単にさせていただきます。

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、ここでは追加的需要という形で呼んでおりますけれども、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として、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、こちらは協議の場の概要となっております。

おめぐりいただいて、2枚目の11ページをごらんください。国は、先ほどご説明しました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。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がございまして、そのうち、医療区分I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、あるいは在宅で対応する追加的需要となっております。

下段のほうに、数字をお示ししておりますが、東京都全体では、1万4,336人と推計をしております。なお、帯の図のところに③で、一般病床で医療資源投入量175点未満、C3未満の患者につきましては、一般病床の需要として見込むのではなく、外来で対応することとしております。この追加的需要分につきましては、どのように対応するかというのが、1枚おめぐりいただいた12ページ下段の図のところに、療養病床で白抜きのところで医療区分Iの70%プラス地域差解消、こちらを④の介護医療院、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、④介護医療院、⑤の介護施設を計上しまして、医療計画のほうでは、⑥の在宅医療、ここで言う在宅医療とは、資料の右下のほうにございまして、家庭への退院を指してございまして、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わけなんですけれども、ここで漏れないように、また、重複しないように、整合性を図るのが、協議の場でございます。協議の場のほうでは、国が示しました案分のほう等をもとにしまして、④から⑥を案分しております。本日は、在宅療養のワーキングでございますので、⑥の在宅医療のうち訪問診療の部分を見てまいります。13ページをごらんください。

こちら、2013年の実績とありますけれども、訪問診療を受けている患者が、下のほうにあります9万6,712人。これを2025年に引き延ばすと、右のほうに行きまして、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、上のほうに行きまして、2万600人が、右に行って、2025年には、3万2,504人、療養病床入院患者のうちの医療区分Iの7割、地域差解消分のところをごらんいただくと、9,100人が、2025年には1万4,336人、一般病床で、医療資源投入量が175点未満の患者さんが、4,400人から7,008人というような形で推計をしております。このうち、一般病床で175点未満の患者は、外来での対応となり、その下の老健施設、訪問診療は、それぞれの対応という形になってまいります。

そして、療養病床からの移行分、1万4,336人と網かけのところでございまして、こちらを介護医療院、介護施設、あるいは在宅医療、家庭への退院に案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4,922人を見込んでおります。その結果、残りの9,500人を介護施設と在宅医療で案分することになりますけれども、案分方法につきましては、介護施設との関係ですので、まず65歳以上の患者さん、約8,500人を見ると、ここの28年の病床機能報告の結果を活用して案分します。そうすると、具体的に、都内の療養病床から退院する患者さんの退院先について、介護施設を利用する患者さんと、家庭へ退院する患者さんの比率が、1対2.5というような形になっておりますので、この案分比率によって積算いたしますと、介護施設の割合が2,416人、家庭への退院の割合が、約6,000人となっております。

なお、64歳以下の955人、こちらにつきましては、こちらの家庭への退院として整理していますので、家庭への退院が6,043人と、こちらの955人を足し合わせた約7,000人、6,998人、こちらについては、家庭への退院のうち、訪問診療の必要量の試算ですとか患者調査の結果を見ますと、家庭へ退院された患者さんのうち、約7%の患者さんが、訪問診療を受けているという結果に基づきまして、家庭への退院患者の約7,000人に、7%を乗じた数値、こちらが訪問診療の必要量として495人となり、残りの約6,500人については、外来での対応というような形になっております。

こうしたことから、在宅医療のうち、訪問診療の2025年の必要量につきましては、現行の訪問診療の引き延ばしの、こちらのAのところにあたりますけれども、14万3,429人に療養病床からの移行分の資料上ではBとして記載しておりますけれども、495人を足した数字が、14万3,924人となっております。

次の14ページに、こちら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おりますが、各区市町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っております。

おめくりいただいた次の15ページのほうには、こちらは、介護保険事業計画のほう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の必要量につきまして、こちらの圏域の市別の内容の資料をおつけしております。こちら、参考にごらんいただければと思っております。

- 事務局 引き続きまして、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。1枚、おめくりいただきまして、16ページ、資料5、1/2、北多摩北部データとアンケートから見る構想区域像という資料をおめくりください。

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、16ページでございますが、こちらが27年病床機能報告のデータをもとに、構想区域の状況を整理した資料になります。北多摩北部では、回復期機能の欄の四つ目のぼち、家庭への退院割合が、都平均に比べ低いとの特徴がございます。また、次の右の四角囲みの慢性期機能では、三つ目のぼち、家庭への退院患者割合が高く、死亡退院患者の割合が低い。また、その下、五つ目のぼち、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が6.4%と低いといった特性が見られます。

1枚おめくりいただきまして、17ページをごらんください。こちらが、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となります。資料、下の四角囲みの病院側という欄をごらんください。病院側からは、在宅の医療提供体制が不足。在宅療養

中の看取りの対象の患者については、在宅療養にて対応してほしい。また、在宅療養を早く開始して欲しい、特にターミナルの場合、との回答がございました。

また、その下、在宅側からは、急変・病状変化時の受入については、後方支援病床における急変時の対応や、円滑な受け入れに関するご意見がございました。下のレスパイトは、レスパイト入院を受け入れて欲しいというご意見。また、右側へ行きまして、在宅移行・退院支援については、二つ目のぼち、すぐに在宅に帰すのではなく、急性期から慢性期までの過程を一連の流れで提供してもらいたいというご意見。

その他といたしまして、在宅で限界となったときに、入院を引き受けてくれる病院を探すのが困難などのご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ページをごらんください。こちらについては、調整会議における意見の地域の課題を整理したのですが、調整会議での意見の下のほうの欄をごらんください。こちらの真ん中の欄につきまして、三つ目のぼち、回復期機能と在宅医療、その在宅を支える医療機関のネットワーク構築の必要性であったり、また、その下、四つ目のぼち、地域包括ケア病棟の地域の在宅の医療機関との連携をより密にしていく必要性。また、その下の五つ目のぼち、独居でも在宅に帰せない患者が多い。認知症があっても、帰れるような社会構造が必要。また、その下、六つ目のぼち、各区市が設けている在宅療養相談窓口の活用といったご意見がございました。

また、その右の欄をごらんいただきますと、一つ目のぼち、在宅に対応する診療所の増加により、この地域に関しては、在宅での看取りもある程度対応できている。また、その下につきまして、三つ目のぼち、介護療養病床が今後廃止される中、看取りをどこで行うかというのも今後の課題といった、看取りに関するご意見もいただいております。

また、資料をおめくりいただきまして、19ページ以降。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機能や、検討状況をまとめたものになります。こちら、まとめたものが少し続きまして、2ページほどまたおめくりいただきまして、最後のページ、24ページをごらんください。

こちらについては、議論、検討状況を踏まえまして、各構想区域の主な課題を整理したのになりますので、また、ご確認いただきますよう、お願いいたします。

ダブルクリップどめで、別途つけている資料、参考資料についてご説明をさせていただきます。

地域医療構想調整会議では、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おりますデータなどを整理して、地域ごとに、区市町村ごとにまとめた資料をご用意いたしました。そのほか、各区市町村や関係団体の取組状況、先ほどご説明いたしましたアンケート調査や、医療機能実態調査等の在宅療養の部分であったり、こちらの北多摩北部の圏域であったりの結果等をおつけしております。

資料につきましては、事前に送付を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、参考資料の一番上につけております、参考資料の内容についてが簡単にまとめたものとなりますので、ご確認ください。

資料が大変多く、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となりますので、意見交換の中で、適宜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、議事と意見交換に関する資料に関する説明は、以上となります。

- 平野座長 どうも、説明ありがとうございます。僕は、今回初めての会でございます。現状・課題の共有認識を図ることが大きな目的の一つになっていると思います。

先ほども、何かを決めたり、結論を出さなければいけない場ではないということで、さまざまな意見が自由に出せるというのが特徴だと考えておりますので、いろんなご意見を賜りたいと思っております。

きょうは、一つ目は、在宅療養に関する地域の現状・課題等についてということと、地域と病院の連携についてということで、おのおの30分程度の意見交換、質疑応答を行ってまいりたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

それでは、まず、在宅療養に関する地域の現状・課題等についてということで、2025になりますと、都でも、2013年ベースの1.5倍の訪問診療だけでも需要の増加が見込まれているということで、在宅療養に関する、北北で言えば、各市の現状や課題、今後の方向性について、伺っていきたいと思います。

まず、在宅をやっておられる先生方の、その地域の現状や課題について、感じていただけること等あれば、問題提起、まずしていただきたいと思うんですが、いかがでしょう。

磯部先生あたり、いかがでしょうね。いきなりなんですが。

○磯部委員 そうですね。やはり、在宅に取り組むドクターが、まだ少ないと。かかりつけ医が参加するべきという話がありますけれども、なかなか、かかりつけ医が、外来の、昼休みなんかに出て行ってやられる先生が、まだまだ少ないと。そのプレイヤーというか、それが少ないというのが、まず、第一にあることじゃないかなというふうに思います。

○平野座長 ありがとうございます。

まず、在支診の数自体が、二次医療圏で40ちょっとあるんでしょうか。かかりつけ医の参入というのが、恐らく、各地区、なかなか難しい現状じゃないかと思っております。地域包括ケアの事業をやっておりますけれども、なかなか、うまくこう、参加いただけないというようなジレンマがあるところでございますが、角先生、いかがでしょうか。

○角委員 東久留米市の石橋クリニックの角です。

すみません。全体像として、全然わかっていないので、私がいろいろ言うのもおこがましいんですけども、先生の数についての問題もあるとは思いますが、多職種連携ですね。訪問看護師さんとか、あと、デイサービス、デイケアとか、ケアマネジャーさんとか、そのあたりの連携がうまくとれている患者さんと、なかなか、顔が見えない患者さんというのがあるというのがあります、そこをもう少し垣根を取り払えることができないかなというのは、常日ごろ、考えています。

○平野座長 ありがとうございます。

鈴木先生、いかがでしょうか。

○鈴木委員 小平の鈴木ですけれども、今、磯部先生が言われましたとおり、やっぱり、一番は、在宅医の数が、医者数が少ないというのが一番問題で、確かに、がんの方の看取り等は、小平で、小平市内、それから、あとは、ほかの市からも医療機関に、訪問に来ていただいて、何とかなっているかもしれませんが、やっぱり、普通の疾患で、非がんと言ってもいいかもしれませんが、そういう方で、本当にちょっとやっぱり、団地から、こう、おりられない、動けない。それで、でも、なかなか次も大変という方での、やっぱり在宅診療をやったほうが良いという方、実際にいらっしゃいますので、そういう方への訪問診療というのは、本当にこれから、ますます必要になってくるんだろうなというところが足りないということで、一応、小平市の医師会での考え方ですけど、なかなか、うまくまだできていないんですが、何とか、かかりつけの先生のところに通院していて、通院が困難になってきたら、まず第一には、訪問看護、それから、いろんな在宅系の、介護系のサービスを使っただけ。そういうところから第一段階を始め

ていただいて、いよいよ本当に通院が難しくなってきたら、かかりつけの先生に何とか、ちょっとでもいいから寄っていただくというところ、そこが難しいんですけども。第一段階も何とか、在宅系のサービスをどんどん使っていただくというところを、推し進めようと、広報しようと思っっているんですが、第二段階も、ぜひ行っていただく。

で、第三段階として、本当に看取りを家でとか、それから、重症の方、がんの方、そういうところは、訪問を専門にしているようなところをお願いするしかないんじゃないかという考え方でいます。

あともう一つは、眼科や耳鼻科、皮膚科の先生で、専門的な往診が必要な場合には、そういう先生も何とか、広げていっていただくということを、医師会会長、眼科の奥村先生を初め、頑張っって往診もしていただいていますので、そういうところを広めていくという考えでやっていますが、まあ、まだまだ、なかなかというところはあります。

○平野座長 ありがとうございます。

平塚先生、いかがでしょうか。

○平塚委員 西東京市の平塚と申します。

西東京市では、やはり在宅医が不足してしまっして、在宅専門の先生も何人かいらっしゃるんですけども、そこに集中してしまっ過ぎて、ちょっと疲れていらっしゃるという先生も多くおられて、逆にこう、我々かかりつけ医が、もっと診なきゃいけないなというふうに考えているところなんです。それをしやすくするために、介護と医療の連携をうまくできるように、ICTとかを、これから広めていきたいと思っっております。

○平野座長 例えば、かかりつけ医と在宅専門の診療所と連携みたいなことは、実際今、起こっていますでしょうか。

○平塚委員 うちではまだ、できていないですね。ただ、考えなきゃいけないなというところに来ていると思っます。

○平野座長 非常に、在支診の数で考えられているところも多い気はするんですけども、1.5倍の需要が見込まれた場合に、どうするかということこれから考えなきゃいけないということで、いかがでしょうか、需要増に対する考え方ですね。地区で取り組んでいるとかそういったことはございますでしょうか。

いかがでしょうか。はい、どうぞ。

○石橋委員 東久留米の会長をしております石橋です。

ちょっと1点、お聞きしたいことがありまして、この推計値というのは、全国のやつの推計を東京に当てはめているんですか。

○久村地域医療担当課長 各区市町村ごとに国のほうから、国保と後期高齢のレセプトデータと、社保について、それから区市町村ごとにつくりました数字を提供ありまして、それを2025年に引き延ばしているというふうな、区市町村ごとの数字でございます。

○石橋委員 実際、例えば、こういう患者さんがいるのはわかる、ニーズがある患者さんがいるのはわかるんですが、それをどれだけ受け入れられるかといったときに、一番大きいのが、今現状としては、医療の体制ではなくて、医療とか介護の体制ではなくて、お家でどれぐらい受け入れられるかというのが、非常に大きく左右しているかと思っんです。ここで、北多摩北部地域の問題点の中でも、在宅復帰率、余り高くないとかというのは、あつたときに、もっと23区の場合は高くないような気もしないではないんですけど、いわゆるそういう、お家に帰れないんですかね。家族が見ないというところが、特に、今後、東京でもっとふえてくるので、この推計値で本当にいいんですかという気がして、特に在宅の場合、介護施設に行ってしまう人たちの割合というのは、やっぱり、全国とは全然違ってくると思っるので、推計値どうなんだろうというのが一つ疑問があ

ります。

それはそれに置いておいて、じゃあ、この地域でどうなるかというところでございますけれども、例えば東久留米の場合は、もともと大きな病院が余りないので、周りからのお助けをいただきながら、急性期等なんかの在宅は、連携をしていくという形をとっております。実際に今、これだけの在宅の患者さんがいらっしゃる、診ているということになりますけれども、余力がないかといえ、まだ全然余力がありまして、東久留米だけ考えれば、1.5倍になっても全然大丈夫かなと。なぜかという、一つはまだ、在宅専門のところは全部稼働していないとか、余力があるところがたくさんあるということと、それと、患者さんの要望がないから行かない。要望があれば行くという、かかりつけの先生方も結構いらっしゃる、そういうアンケート調査をすれば、数が上がってくる。そういうのを見ていると、余力的には、1.5倍でも、すみません、東久留米の場合は、行けるだろうというふうに思っております。そういうことを考えたときに、スムーズにそういう資源を生かせるような準備を、今しておかないといけないということで、うちでは、在宅をやるつもりのある方とか、やっている方だけではなくて、つものりのある方も含めて、24時間をどうサポートしていくかという、東京都の事業がございますので、そういうものを伝えながら連携を図っていく。

それから、在宅の場合は、先ほど角先生もお話ししましたように、医療はチームで動くものですので、そのチームがいかにか動けるかというところを、きちっとやっていく必要があるかというふうに思っております。そういうことで、チームが動きやすいような体制、ICTも含めて、顔の見える環境をつくるための方策というのを進めているところでございます。そういう意味で、どのように、どれぐらいふえていくのかというところと、それをきちっと見ていける社会の基盤があるかどうかという部分のところをきちっとしながら、今後進めていく必要があるかなと。せっかく帰りたいと言う人が帰れないというのが、一つです。

あと、東久留米は特殊なのかもしれませんが、久留米のそばの他市のところに、非常に大きな活動をされている在宅専門の先生方もいらっしゃる、結構そういうところで、カバーをさせていただいている。逆に言えば、この5市の各市だけで考えてはいけません。介護施設もそうなんです。介護の施設だとか、それから、介護の業者さんもそうなんですけど、北多摩北部全体で考えないと、うまくいかないのかなというふうに思っております。ICTもそうですが、そういう意味で、他市との情報交換が常にできる。病院も、他の病院と、他市の病院と連携がとれるというような、そういうグローバルな体制づくりをつくる、念頭に置いてやっておかないと、難しいのかなというふうに思っております。そういう意味で、平野先生初め、いろいろ頑張らせていただいておりますので、少しずつ進んでいる地域かなというふうに思っています。

以上です。

- 平野座長 ありがとうございます。確かに、乗り入れという大変ですけども、北西、それから、北南等々、患者の受診コード、それから、診療所ベースのデータを見ると、おのおの、二次医療圏の何かプラスアルファで動いているのは、実際に動いておりますので、まあ、後でまた病院のところもでございますので、病院も、患者の受診行動で埼玉から清瀬まで来たりということは、多数起っているわけでございますので、地域包括ケアで、一つの市で完結するというのは、難しい地域じゃないかなというふうには思っております。

小平はどうですか。流入・流出みたいなところで、在宅の患者が、結構ほかと、うちもそうですが、どこの市も、みんなそれぞれ、病院共有している、共有した患者

さんをやりとりしている、あるいは、我々が小平に行ったりすることもあるし、先生方が清瀬に来ることもあるし、そういうことがたくさん起こっていると思うんですが、在宅の状況ですね。

- 鈴木委員 在宅をご専門にやっているのは、私のところと、あと、二つしかありませんので、例えば、私は、東村山、東久留米、東大和のあたりまでは、ちょっとだけ行っていますから、あとは、逆に、北多摩南部、小金井まで診療圏ですので、そういうところまでは行っているというような状態ですね。

それからあとは、情報としては、もちろん、平野先生のところからも、小平市においていただいていますし、あと、立川からも結構来ていただいていますので、あとは、現在だと、かなり所沢から、埼玉からも来ていただいているので、この2013年のデータだと、埼玉は0になっていますけど、埼玉から、かなり来ていただいているんじゃないかと予想していますので、そういうところで、何回もお話しするとおり、がんの方は、何とかなっているのかなという気はします。ただ、残念なのは、慢性疾患でということになると、やっぱり、いろんな、特にケアマネさんの話を聞いたりして、私もなかなか、対応できていないんですが、難病の方とか、そういう方に関しては、やっぱりちょっと、かなり対応が難しくなっているのは、あるのではないかと思います。なので、かなり、遠いところから来ていただいたりとかしているのは聞いていますので。

- 平野座長 需要増に対しては、対応できそうですか。
- 鈴木委員 なので、どういう方がふえるかにもよるかもしれないです。数だけでものはいえなくて、数だけ今、出ていますけれども、がんの方がふえるとかであればこうとか、ただ、やっぱりさっきもお話ししたとおり、団地等で通院できないとか、寝たきりの方が、恐らく、あと独居の方とか、かなりふえてくると思いますので、この資料の要件って、通院が困難な方というわけで、誰かがいれば何とか通院できるけど、でも、その誰かがいないという、そういう方も、訪問診療の範囲なわけで、そういう方まで本当に、例えば、酸素を吸っている方で、エレベーターがない、階段がおりられないから通院できないとか、酸素を吸って、階段をおりるのがかなり苦しくなる、そういう方、家の中は動けるけど、通院はやっぱり困難という方も、かなり、多分これからふえてくるだろうと。竹山団地や小平団地が改修されない限りは、もう、そういう方、どんどんふえてくるだろうと思いますので、そういう方にどう対応するか、その辺の予測が非常に難しいとは思いますが、がんの方ばかりではないと。それから、もちろん慢性疾患の方ばかりではない、いろんなタイプの方にどう対応するかというのは、数だけじゃ、全体、総数だけではなくて、具体的には考えていけなくちゃいけないので、医師会としては取り組みも、慢性疾患の方だったらこう、がんの方だったらこうという形で、ちょっと考えていく必要があると考えております。

- 平野座長 先ほど、石橋先生のお話でもございましたよね。ここは、私が個人的に感じるのは独居の場合ですね。在宅は最初から無理だと決めている本人がいらっしゃるって、行政の方にも伺いたいのですけれども、独居に一応、都とテーマでございしますが、独居の場合では、本当に行政のほうから独居でも在宅ができるとか、その辺のインフォメーションみたいなものが各種、出ているのかどうなのかというのも非常にポイントだと思うんですが、退院調整に関しては後でまた話は出ますけれども、在宅医療に向けて行政も本当に動いているのかというのが、実際に最初から諦めている方が多いように感じるのも事実でございします。いかがでしょう、行政側でその辺、今後の必要量と、独居の問題も含めたですね。余りございませんでしょうか。いかがでしょう。

花田さん、いかがでしょう。広報的なことを。

○花田委員 私どもの所管がどちらかというと、まだ衛生保健部門が一応、メインなものですから、なかなかそれははっきりわからないんですけど、お答えになっていないかもしれないですが、先ほどの医療と介護の連携以外に、やっぱり福祉的な要素が困難な事例が出てきていますので、当市も今、医療と介護の連携の会議をやっていますが、当然、福祉の視点も含めて、検討していかなきゃいけないというふうに考えております。

その中で、そういった独居の高齢者だけが、もちろん高齢者以外の方も含めてだと思っておりますけど、その辺もまた今後、検討していく必要があるのかなというふうには考えているところでございます。すみません、それ以上はちょっとわからないところがありますので。以上です。

○平野座長 ありがとうございます。

東久留米、いかがでしょうか。

○傳委員 東久留米の場合は、先ほど各先生からお話があったように、多職種連携に力を入れさせていただいているところでございます。そういったいろんな職種の方が顔の見える関係をつくる中で、比較的独居の方、その方によって病態があったりとか、認知症の進みぐあい等によっていろんな条件がかかわってくるとは思うんですけども、かかわっている例えば介護職であるとケアマネが独居できるんじゃないかという判断をするに当たって、石橋先生もおっしゃっていただきましたけど、大丈夫だよと、先生から言われているというのが非常に心強いところがあって、最初から独居だからだめという判断をするというケアマネだったりとかは、比較的少ないのではないかなと思っております。

○平野座長 ケアマネさん、いかがでしょう、ケアマネ側からのその辺の現場として。

○清水委員 小平のケアマネジャーの清水と申しますが、独居の方でも、やっぱりおうちで過ごしたいんだという意思の明確な方もいらっしゃる、逆に非常に将来に不安を感じていらっしゃる方もいらっしゃる、それぞれ個別性があるのかなとは思っております。

逆に、訪問医が入ってくださることで、将来については家で過ごしたいということがかなえられるという、そういう希望を持てる方もいらっしゃいますが、中にはやっぱり不安が強まってしまって、無理とご本人からおっしゃる事例もたくさんあります。以上です。

○平野座長 ありがとうございます。広報的に、清瀬なんかも痴呆を見ていても、在宅医療というのをなかなかうまくいっていないような印象がございまして。ぜひ、独居も含めて、在宅医療の啓蒙活動というのを進めさせていただきたいというふうには思っておりますので、そういったところも地域での今の活動の中で、・・・の中に入っておりますので、ぜひぜひ進めいただければと思います。

ご意見、ございますでしょうか。なかなか難しいところなんです。

数字が先に踊ってございますので、介護医療への移行等々を鑑みまして、どれぐらいの在宅の必要量というのが数字的になかなかつかめないんですけども、何とか今の医療介護資源で、介護資源量はちょっとわからないんですけども、対応できていけるような下地はできつつあるような印象を持つんですが。

ご意見ございますか。

○磯部委員 一つ、在宅医療のボリュームというのがありますけれども、ちょっと私のところはケアマネジャーもおるんですが、通院困難な方がいて、ヘルパーなどが連れ出して、例えば外来に来させると、待合室の待ち時間なんかは時費が発生してしまうんですよ。そういう通院介助、だからケアマネジャーがずっと付き添って何時間も一緒にいるとかいう場合もありまして、何か通院介助の仕方をもう少し、そういったところであ

ると在宅が必要といっても外来に来られたりする人もまだまだいるんじゃないかなというふうに思っております。

それから、あと、他市からの乗り入れで在宅医療をやっているという今の現状もありますけれども、やはり一番効率的なのは近くのところをぐるぐるその先生が回るのがやはり効率的で、地域包括ケアの中では中学校単位というところの話もありますけれども、今現状では、そういうかなり広範囲で動かれているところもあるんですが、なるべく近くで動くのが一番いいんじゃないかと、それをどうやってつくっていくのかということもあるんじゃないかなというふうに思います。

○平野座長 医師会としては、その辺の取り組みはこれからの課題ということでございます。確かに、退院時カンファレンスとかいろんな話を負荷をかけるとかかりつけ医の先生などが引いちゃうので、非常にお願ひするのも難しいんですけれども、その辺の工夫というか、伝え方とか、何かあればなというふうには思うんですけれども、時間がとれない中で、負担をかけるのは非常に医師会としても心苦しくて、悩んでいるところなんですけど、かかりつけ医をふやす工夫というのは何かいい案ございませんでしょうか。こんなことでうまくいったみたいなどころ。

○石橋委員 東久留米の石橋ですけども、退院時カンファレンス、すみません、ほとんど出られないです。実際にやっても出られないんですけど、じゃあ、困るかというのと、そうでもないんですね。何が一番困らない理由かというのと、退院時カンファレンスに訪問看護師さんがいてくださると、非常に補助法がよく伝わってくるので、あんまり困ることがないなという気がします。それは、非常に身近な存在の訪問看護師さんがいるという、そういうこともあるかと思っておりますけども、そこから情報を伝えていただくとありがたい。

それから、訪問に行ったときに、やっぱり24時間、必ず飛んでいかなくちゃいけないとか、そういうのを思うとハードルは高いんですけど、そこでやっぱり訪問看護師が入っていただくと大変ありがたく、今は本当に行く回数も減っていますし、連絡が来る回数も減っていると。訪問看護師さんには、本当に申しわけないですけども、大変ありがたい存在だと思っております。

そういうものをうまく活用していただくと、在宅をやるというハードルがぐっと低くなる、そういうことを東久留米の中では24時間の体制の連携の中で、つくっていかうと今、思っ一昨年度から取り組んでおりますけれども。

ついでに、そのこのところでもう一つ、薬剤師さんに入っていただくということを考えております。考えておりますというか、24時間の今、薬剤対応ができるということになっておりますので、そういうことを取り組んでいらっしゃる薬局の方々との連携をつくりながらやると、病院にはかないませんが、それなりの医療が提供できるという、地域で、また夜間でもできるというふうになっているのかなと思っております。

○平野座長 医師会としても、その辺の取り組み方が何かまた成功事例みたいなのがありましたら情報共有しながら、今後に生かして、できるだけかかりつけ医の先生方のハードルを下げるというところで、大切なポイントだと思いますので、また今後も意見交換できて、やれていければなというふうに思います。

そのほか、ございますでしょうか。よろしいでしょうか。ご意見ございましたら、賜りますが。

それでは、次に移りたいと思います。地域と病院の連携についてということで、入退院時の連携あるいは急変時の病状変化のときの受け入れ、後方支援病床等、いずれにしても非常に病院との連携の重要性というのが相互理解上、必要だということで、今まで

もいろいろお互いに誤解が生じたところもございしますが、きょうは、入退院時の連携についてということで、まず、病院の先生方、入院患者さんを地域に円滑に移行するために、どのようなことに取り組んでいるのか、あるいは、その課題等々ございましたら、ご意見を賜りたいと思ってございます。

いかがでしょう、照屋先生、その辺、入退院時の連携ですね。

○照屋委員 おかげさまで、連携医の先生方の数もふえてきまして、ドクターとの連携ということに関しましては、ある一定の成果を得ているんじゃないかと言えます。

今、うちの病院で最大の課題は、やっぱりケアマネさんとの情報共有ですか、連絡をどうやるかということが一番大きな課題になっています。というのは、うちの場合は在院日数が11日ですので、全患者さんの88%が自宅に退院します。

ですから、65歳以上が今、6割で、予定外入院が55%という背景の中で、介護保険を持っている方が毎月150名ぐらいいらっしゃると。その中で、利用している人の数が把握できていないんですが、保険を持っている方が150人と。その中で予定入院してきて、介護保険を使っている人は4、5人なんです。毎月1,000人入院してくるんですが、予定入院で介護保険を利用している人は4、5人なんです。ということは、150人ぐらいが保険を持っていて、その方々が利用しているとすると、ほとんどは予定外入院の患者さんと。これは考えてみると当たり前の話で、救急病院で高齢者が来れば、ほとんどが予定外の入院の人が介護保険を利用しているというようなごくごく理解しやすいと。

そうすると、夜間、予定外でいらしたときに、ケアマネさんの名前を言える方、ほとんどいないです。女の人とか、男の人とか、何とかさんということは言っても、この方が本当にケアマネさんかどうか分からないと。

そうすると、ケアマネさんの情報をどうやって我々は把握して、それで3日以内にそのケアマネさんに依頼者さんが入院していますから、介護の情報を下さいと、これを今、どうやってシステム化するかということを考えています。

やっぱり、ケアマネさんとのカンファをやると、先ほど石橋先生おっしゃったように、ケアマネさんだけが来るのは半分なんです。大体、訪問看護の看護師さんが一緒に来てくれますから。やっぱり、ドクターはなかなか難しいと。

でも、その中で、やっぱり情報共有すると、在宅の先生と我々がかなり共有できているなという実感はあります。

そういう面で、やっぱりケアマネさんとの連携をどうするかというのが、今、最大の直近の課題と思っています。以上です。

○平野座長 退院調整は、取り組みはどのぐらいやられていますか。

○照屋委員 今ですね、去年の指導書を変えて以降、3日以内に患者さんをリストアップして、7日以内にカンファをやるというのは、カンファまでは大体90%できたんです。それから、カンファというのは退院前カンファまでいくのに、今は大体、分母が150として30件ぐらい、毎月はできている。

これは、30件というのは。

○平野座長 在宅復帰を。

○照屋委員 在宅復帰は、先ほど、88%ですから、その中で保険を持っている人が150人ぐらいで、ケアマネさんとかカンファだとか、あるいは訪問看護さん、在宅の先生、いらしていただいているカンファというのが大体30件ぐらいということで、それを今、ふやしている。

それをふやすためには、ケアマネさんの情報を速やかに収集しなきゃいけないと、そ

こが一番の課題。

だから、我々は小平のケアマネさんたちをお願いしているんですが、介護保険に名刺を入れてほしいと、つけてほしいということをお願いしているんですが、それもなかなかうまくいかない。

もう一つは、多摩北部の保健所さんが主体となって、ケアマネさんが、依頼者さんが入院したという情報を把握したら、自主的に病院のほうに情報提供するというプロジェクトを進めているんですが、これがなかなか実数が上がってこないというのが現実で、今、東京病院さんが非常にアクティブにケアマネさんとの情報を共有するというところにたけているので、今、そこを見習って、うちも何とかしようというふうにしています。以上です。

○平野座長 ありがとうございます。

それでは、高西先生、いかがでしょう、北多摩区は。

○高西委員 経験が外科ばかりだったもので、そっちの話になりますけども、治療した後に、やっぱり家じゃ見られないというふうになる話がときにあって、そこから家に帰れるようにするのに、かなりいろんなところで動いていただかなくちゃいけないのかな。大体、退院調整をかけ始めると20日前後かかるぐらい、いろんなところとの調整をしなくちゃいけないのかなというのが、在院日数10日前後なんですけれども、だから、入院のときにそういうスクリーニングを始めているんですけれども、実際は、そうじゃないんだという方が、やっぱり出てくるのが一つ悩みです。

それから、そうですね、独居の患者さんをこれから手術となると、まず術後、一人で暮らすというのは難しいんだと思うんですね。手術の内容にもよりますけれども、やっぱりそういったところの調整が非常に大変かなと思います。

それから、急変のときの話、今でよろしいですか。三次救急をやっていた経験があるんですけれども、この方、本当に救命対応なのかなと思うことが多々ありました。それで、本当の急病だったらなんですけれども、慢性期の患者さんの急変というか、容体悪化に対して、ふだんから大方針についてはかかりつけの先生なり、ケアマネジャーなり家族とよく話し合いをしておいてほしいなと思うことがよくありました。

先ほど、慢性の患者さんの方針を決めるというのは、なかなか難しいんだというお話がありましたけれども、そういったところはやっていかになくちゃいけないのかなです。

それから、がんのターミナルの方は、いずれお亡くなりになるというゴールは見えているので、これは家でターミナル期を過ごす希望のある患者さんは多いんですけれども、でも、最期の最期、やっぱり家族の不安があって、10%も家で亡くなる方はいないんだというお話ですけども。

であれば、最期のところは病院でお看取りをしようというふうに整理ができると思うんです。ただ、その人の予後を正確に判定して、まだ1カ月とか2カ月あるんだったら、ぜひ頑張ってもう一回、家にとりようなことは考えてやってきていました。

すみません、そんなところしか、お話しできません。

○平野座長 ありがとうございます。

それでは、東京病院の小林先生。積極的に退院調整をやられているという。

○小林委員 退院調整ではなくて、入院に関してでよろしいですか。

やはり、キーはドクターが引き受けるかどうか、引き受けられるかどうかということなんですけど、やはり各先生方、上のほうが幾ら言ってもなかなか、はいと言って、断らないよといってもとんでもないような先生もおられる。

そこを連携ということで、進めて連携医の先生方、在宅の先生方との連携の数はふえ

てはいるんです。連携交流会の各病院との、ほかの病院とも同じだと思っただけなんですけども、交流会も盛んにやるようになって、連携も先生方もふえているんですけども、実際は顔が見える連携といっても、どこまでが顔が見えているという前提でできるのかというのが感じております。

先日、少し前に平野先生の音頭で東京病院で多職種の方が集まって、特に平野先生が言われたんですけども、東京病院の若い先生方ですね、交流会ですとか、なかなか連携といっても開設者が積極的にというのは難しいところがあるんですけども、若い先生方にある程度、強制的に出してもらって、地域のほかの職種の方と意見交換ができる会を平野先生の音頭で開催したんですね。多職種の医療連携の会ですね。

こういう一つの研修会ということなんですけども、こういうことを積み重ねて、やはり先生方のそういった意識を変えていくといいますか、そういうことも、やっぱり必要だなと。ですから、断らない医療といってもなかなか難しいでしょうから、研修をやって研修会という、そのようなものを積み重ねていく必要もあるかなというふうに感じております。

- 平野座長 ありがとうございます。やっぱりケアマネは非常にポイントになるんですけども、今のお話を伺ってケアマネジャーさんのほう、いかがでしょう。
- 清水委員 照屋先生からいつもケアマネと連携がちょっと課題だというふうに言われているんですが、私ども、結構努力をして連携していきたいと思っているんですが、まだ、やはりケアマネジャーのほうで苦手意識があったり、そのようなことがまだあるようです。

やっぱり先ほども小林先生のおっしゃったような、病院に伺って、勉強するということを小平の鈴木先生のほうが音頭を取られて、昭和病院でやられたと。ああいう機会はすごくお互いの何というんでしょう、役割とか機能とか、そういったものが見えて、相互理解にすごく役に立ったなと思いました。

お互いが、やっぱり何を考えているのかということがわかったということは、すごく。また、在宅の先生と病院にいる先生というのが、これだけ考え方も違うんだなということがとても理解できたなと思っています。すみません、まとまりがなく。

- 平野座長 在宅側から何かご意見、ございますでしょうか。今のお話でも……。

鈴木先生、どうですか。

- 鈴木委員 その病院と在宅の連携ということで言えば、今、清水さんのほうに言っていたように、小平で昨年度、公立昭和病院で病院と在宅の多職種研修会、あと、今年度は国立精神神経センター病院で病院との多職種連携研修会を開催予定で、今、やっております。

そういう形で、何とか病院さんとの連携をしていかなくちゃいけないというところがあります。

病院も含めたいろんな交流会、研修会、そういうところは小平研修会、数がふえていろいろ大変なところもあるんですけども、かなり多職種連携研修会、それからいろんな協議会、それからコラボの研修会、いろんな二つとか三つとかの職種が集まったコラボの研修会も、いろんな数えられないぐらい、今やっているんですけども。

そういうことで、本当に顔が見える連携を積み重ねていくしかないんだなというのは、より持っていて、顔が見える連携、顔はある程度、出てくる方、出てこない方、いろいろあってですけども、医師会も人数を固定されてきたようなところもありますので、そこはもっと広げていくとか、課題はあるんですが、そういうやっている方たち、積極的にやっている方たちの顔が見える連携がかなりできてきたと。

あとは、具体的にやっぱり入院時の連携シートとか、本当に具体的に、これから例えば来年の介護報酬の改定で、ターミナルケア加算がケアマネさんにもつくということがほぼ決まりだと思いますんで、そういうところで医療に強いケアマネさんを、どう頑張っていたかというあたりを医療研修を医師会を含めて、在宅の協議会等で協力というか、そういう形でやらなくちゃいけないとか、いろんなことを、これはもちろん病院さんを含めて、ぜひ確保していければなと思っています。よろしいでしょうか。

○平野座長 在宅側のご意見、ほかございますか。

小笠原先生、何か、今のお話を受けて、ございますでしょうか。

○小笠原委員 東久留米の滝山病院の内科の小笠原と申します。私どものところは、病院なんですけど、もともと小さな病院でして、本当の地域の人しか来ない、そういう病院ですね。

重症の方は、きょういらっしゃるような東京病院さんとか、多摩北昭和病院さんにお問い合わせするということになっておりまして、そちらのほうはドクター・トウ・ドクターとか、ケースワーカー職の方、連携職の方が顔を見るということでは、スムーズな交流があります。

院内におきましては、私どものところでクリニックを持っておりまして、そのクリニックが訪問医療をしておりますので、クリニックの先生がいらっしゃる。私たちも、週に半こまぐらいそれをお手伝いするというふうになっていきますと、クリニックの先生も滝山病院という中の構図をよく知っています。外来の様子とか、病棟の様子とか、施設の医療法を知っておりますし、私たちはクリニックの先生方は素手で仕事をやっていることも知っておりますので、そういうところで患者さんがクリニックサイドから来れば、こんなことで困っているんだけどというだけで、それを察してその先生の、または訪問看護師さんからの依頼もあるんでしょうけども、その方がどういう状態であるかということの研究、治療するというふうにして、またお返しするときには、こういうところが問題点があって、またお願いしますねというふうにして、それをお返しするというふうにしていますと、超顔が見えるというか、勝手知ったる我が家みたいなもので、それは利用できるようになっていきますので、その施設内では非常に有効に働いています。

それを知って、近くの先生方も頼むねという一言で、頼まれちゃうわけなんですけども、そういうのもいいと思います。

今後、地域療養病床ですか、そういうのが出てくると、点数の関係もあるのかもしれませんが、訪問医療とか、地域の先生からの患者さんをすぐ取って差し上げるということが、もっと容易にできると思いますので、在宅の先生方は、そういう病床をお持ちの先生方との交流はとても大切になってくるんじゃないかなと思います。

一旦、そこでその患者さんについての資料ができますと、二度目の入院とか、そういうときには本当に時間帯を問わず、お願いできるようになってくるんじゃないかなと思いますので、今後、病院も地域に開放する病床を持たれるということがいいかなと思います。

○平野座長 ありがとうございます。

丸山先生、田無病院、いかがでしょう。

○丸山委員 西東京市にある田無病院の丸山と申します。私どもの病院も、ケアミックスの病院でありまして、療養病床から超急性期の病床まであるわけですけれども、私が来て3年なんですけども、急性期の病院から来てみるとケアミックスの病院は、やはり先ほど先生が言ったように、案外地域との交流が非常に強くて、顔の見える活動が、結構熱心にやっている。

特に、西東京市では、大きな病院は、いわゆる超急性期の病院はございませんので、どの病院も比較的、地域に根差した病院であるので、そういう意味では顔の見える連携もできていますし、入退院などもスムーズですし、我々のところも見てみますと、そういう初めから、先ほど照屋先生お話しされたのと全く違って、ほとんど100%介護保険を持っています。入ってきたときも、救急です。

そういうところでやっております、比較的入退院に関しては地域連携室も頑張っていたりすれば、比較的スムーズだというふうに思います。

特に西東京市は、今、後方支援病床の取り組みをしていて、以前は田無病院と西東京市中央総合病院、2病院で後方支援をやっておりましたが、今度、全病院になったわけなんです。そこではレスパイトに関しては、非常に患者さん登録によって受け入れるということになっておいて、非常にそちらのほうはこれから病床をやって利用をふやしていこうという積極的な対応をしているんですけど、問題点は後方支援病床の患者さんが急変したときに関しては、非常になかなか足並みもそろいませんし、やはり在宅の患者さんと、特に慢性期の患者さんが急変したとき、非常に難しい面が、救急車を呼ぶのか呼ばないのかとか、その辺が案外、在宅の患者さんの急変時というのが本当に在宅でみとるのか、そうじゃないのかということに、非常にかかわってきますので、その辺を一番、地域にやりにくいところ、ですから、在宅の先生方は急変したときに、受け取ってもらいたいということもあると思いますけど、病院側とすると、本当にそれが在宅の患者さんなのと逆に思っちゃうというのが、非常にバランスが難しいし、その辺をもう少し明確にしていければ、今後の病院と在宅の連携がうまくいってくるじゃないかなというふうに考えております。

- 平野座長 ありがとうございます。在宅側から言えば、逆に、それまでは在宅で看取りを希望されていても、家族の意向、そのときの環境によって、病院を希望するということが多々起こります。みとりを前提で我々が介入していても、最終的には自宅では無理という状況がかなり起こってきますので、その辺はご理解いただきたいところもございます。ベッドを持っているわけではないので、希望があればその希望に応じるということも起こりますので、ただ、それはあちこちでいろんな形で先生方の経験なされるので、増強されているかもしれないですけども、基本的に24時間対応してやろうとしている在支診であれば、みとろうとしてやっているとしますので、またその辺、意見交換しながら、やっていければと思います。以前からのテーマではございますけれども。

それから、行政のほうは今の状況で、在宅療養の支援窓口等々は機能はどうでしょう、今、各市、伺いたいんですが。

小平は、窓口は大分、動き始めていますか。

- 星野委員 小平では23年度から窓口があるんですけども、当初、たしか90件とか、80件とか相談件数があったんですが、去年、年間で6件というような少なくなっています。ちょっと去年から今後どうしていこうかというのを医師会のほうと検討中です。以上です。

- 平野座長 東村山。

- 花田委員 東村山では、先月、11月からようやく正式に地域包括支援センターに窓口を置くということで、そこでいろんな困難事例があった場合は、3医師会のご協力を得ながら、今、進めるというところでございます。

ただ、数値的には、まだ上がってきていないというか、把握できていないところがございます。以上です。

- 傳委員 東久留米市では、在宅療養相談窓口は、大変アクティブに動いていただいております。

ります。いわゆる介護職から病院から退院調整も含めて、動く以外に、当市の場合是一般に窓口を開放して、一般の市民の方のご相談を受ける受け付けを始めたところでございまして、件数がふえてきているという状況にはございます。

ただ一方で、ちょっと課題だなと私どもが考えているのは、これは介護保険のカテゴリの中で委託料を出して、在宅療養相談窓口を受けていただいているんですけども、ただ、相談する側とすれば、64歳以上に限らず、若年層の相談ももちろん受けてもらっていることになるので、そういった面でコストがちゃんとペイしているかどうかというのは、今後、課題になってくるんじゃないかなということも考えております。

○平野座長 ありがとうございます。

西東京、いかがでしょう。

○横山委員 西東京市ですけども、28年の10月から在宅療養連携支援センター、にしのわという名前で開設しておりますけれども、もともと福祉職の方を市の高齢者支援課の執務室のところに配置いたしまして、そういう意味では、当然、ケアマネさんだとかは市役所の窓口に来たときに、そこから相談も入ったりだとか、従来、大きな病院から相談があったときに、地域包括支援センターに相談が行っていたところが、今は随分、名前も知れてきたところもありますので、直接、にしのわのほうに相談は来るといような状況もふえてきております。

当然、一人だけでは対応ができないものですから、10月ですか、そこでもう1名、看護職を配置しまして、今、2名体制で行っております。

実際に、相談の内容なんですけれども、全体で52件ということで、かなり数字的にはふえてきております。主に、医療情報についての相談ということが一番多い相談の内容になっておりまして、そのほかにはみとりの対応についてとか、専門職からの相談が一番多いですから、ケアマネが一番多いんですけども、そのほかには訪問看護ステーションの看護師から相談があったりだとか、それから、地域包括支援センターから相談もあり、こちらからアドバイスをしたり、一緒に訪問に行くケースなんかも出ている状況になっております。

○平野座長 ありがとうございます。

清瀬ですが、担当がちょっとおりませんので、29年度中に窓口を設置する予定でございまして。予定なんですけど、清瀬の場合には、病院さんのお力を少しおかりしてということで、アンケートをやりまして、手挙げしていただいたところで、2カ所の予定で窓口をつくっていただいて、立ち上げるというふうになってございます。

それでは、先ほど少しあったんですが、急変時の病状変化の受け入れ等々、なかなか苦慮するところなんですけど、在宅側で、どうでしょう、大体解消できているのか、急変時はできないのか、いろんなことがあるのかというのは、もし情報がございましたら、いかがでしょう。

磯部先生、どうですか、急変時。

○磯部委員 急変時は、もともと大体、紹介を受けて、こちらが訪問診療している場合が多いですので、対応できないときは、今はほとんど大体、急性期の病院にお願いして受け入れしてもらっていると、できているんじゃないかなというふうに思います。

もう一つ、僕、外来をやりながらというところもあって、かかりつけ医側から訪問診療している立場から言うと、訪問看護師さんがやはりキーになってきて、お願いすることが多くて、急変時、まず行ってもらったりとか、あるいは看護師さんが病院との相談室、あるいは実際には救急のドクターとかと交渉して下さって、その場で看護師さんの判断で、こっちにも一応連絡はいただきますけれども、そういうふうに交渉してくだ

さると、非常にこちらが楽ができるというか、そういうシステムがどんどんできてくるといいなというふうに感じています。

○平野座長 平塚先生、いかがでしょう。

○平塚委員 西東京市は、何とか見つかるというのが現状的に、もちろんご紹介いただいた先にまずお願いして、そこで引き受けてくれることがほとんどなんですけど、断った場合でも、ほかが一応、カバーしてくれるというところですよ。

○平野座長 ケアマネジャーさんはどうでしょう。急変時のいろいろ苦慮するようなことは、間に立つことはございますか。

○清水委員 ちょっと論点がずれてしまうかもしれないですけども、やはり独居で無縁の方とか、そういった方ですと、そういう急変時、病院のほうから家族扱いではないですけども、いろんなことを求められてしまうというところが困ることです。要は、私たちは代理権もなければ、後見でもありませんので、そういったことが困ることです。

○平野座長 苦慮しますよね、確かにね。

いろいろご意見を賜りたいんですが、いかがでしょう、傍聴の方でも、何かしゃべっておきたいという方、いらっしゃいましたら、いかがでしょう。

○傍聴人 東久留米白十字訪問看護ステーションで訪問看護しております。きょうは急遽参加させていただきました。先ほどから、訪問看護というキーワードが出ておまして、介護の医療の連携を推進するという立場で、いろいろ役割を担っていかないといけないかなというように思っておりますが、こういう在宅の方の急変時のときは、私どもも結構迷いますけれども、通常というか平常のときから病院さんやかかりつけ医、訪問看護、ケアマネさん、多職種とともに意思の確認をするというアドバンスケアプランニングのところをどんどん推進していかないと、本当に判断に迷う。

それを繰り返しても迷うことがありますけれども、この地域全体でそういうのを急性期から慢性期、在宅といういろんな一つの中でのアドバンスケアプランニングというものを推進していけると、少し解決しやすくなることなのかなと考えたりします。

○平野座長 ありがとうございます。すごいテーマでございまして、本当に地域でどう我々が活動していくかというのも、清瀬の医師会では、プレイヤーがいないものですから、今、研修会を各病院に行って研修会をやるというのを年間3回から4回、定例でやっています。

これは、もちろん基幹病院もそうなんですけれども、中小病院も全部で12件ほどございますので、回って地域の顔の見えるということをやっていくと、少しずつですけど、やっぱり顔が見えてきてということをやっています。

そういういろんな市の特性がございまして、人がいないからできないということではなくて、あるところでやっていくしか方法が多分ないと思いますので、そんな感じで我々の場合は、清瀬の場合は、病院さんのお力をおかりしながら、事業を進めているというふうなことで、やっております。

それでは、時間になりましたので、この辺で終わりたいと思います。

それでは、東京都にマイクをお返ししたいと思います。

○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、ご議論いただきまして、ありがとうございます。

時間ではございますが、今回の議論の内容を簡単ですけどもまとめさせていただきます。

まず、医療資源のところのお話では、在宅をやっていただく先生、少ない、あるいは今後を考えると不安だというふうなご意見、あるいは実は余力があって、1.5倍にな

っても環境をきちんと整えておけば大丈夫じゃないかというふうなご意見もございました。

いずれにしても、かかりつけ医の先生と専門の先生との連携で、あるいは24時間のサポート体制というふうな基盤整備の部分が必要なのかなというところがあったかと思えます。

それから、推計のお話につきまして、石橋先生、疑問という話もございましたけど、まさにそのとおりだと思います。患者さん一人というカウントでも、本当に状況も違いますし、また地域の医療資源もそれぞれ違うと思います。そのあたり、本当はきめ細かく見ていかなければいけないというところは、まさにそのとおりでございますので、今、そういう大まかな全体での数字しかお出しできていませんけれども、できれば今後そういうふうに地域で、それぞれきめ細かくもう少し掘り下げてみていただいて、仕組みづくりをしていただけるような、何かモデル例ができないかなというふうに東京都も考えておきまして、東京都の在宅医療推進会議のワーキングのほうでも、そういった議論をしておりますし、少し来年度、そういった取り組みに関する予算要求なんかもしているところがございますので、引き続きご相談させていただきながらと思っています。

それから、独居の対応の問題も始めまして、そこも含めまして都民への在宅に関する普及啓発、こちらが大事で、行政も頑張るよというふうなお話もいただいたところでございます。

それから、入退院のところにつきましては、ケアマネさんとの連携というのが代表で出てまいりましたけども、やはり病院と、それから地域との相互理解、情報共有というようなお話、そういった中で、病院で研修を行っていますよというふうな好事例のご紹介をいただいたところでございます。

それからまた、急変時対応についてのご議論もいただきました。

東京都のご紹介ばかりさせていただいて申しわけないんですけども、今、予算要求の中で、来年度から入退院時連携強化事業という形で地域の多職種の方と病院との連携を充実させるような研修ですとか、そういったところも考えているところがございますし、本当におっしゃった、今、病院の中で研修していただくようなところに対する支援というか、お願いみたいな事業も予算要求しているところがございますので、そういったところを含めまして、今後、また本当に地域の方々と東京都と連携させていただきながら、在宅等を進めていきたいなというふうに思っておりますので、よろしく願いいたします。

あと1点、事務的なところなんですけど、データの見方で、結構、流入出のデータ、参考資料の14ページ以降におつけしているんですけども、欄外に注釈をつけているんですけど、ブランクのところも全く0というわけではなくて、これ、国からのデータなんですけど、個人情報の保護の観点からということで、100名未満のところはブランクになっている状況なんです。

だから、例えば埼玉県から小平市さんブランクなんですけど、もしかしたら100名以下で90何人いらっしゃるということはあるかもしれないです。それは、ちょっと100人以下であれば個人が特定される可能性があるという理由で、国のほうがブランクで出してくておりますので、データの性質上、そこは使いづらいところかなというふうに思っていますので、ご了解ください。

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、先ほど申し上げましたけども、調整会議のほうにご報告させていただくとともに、東京都在宅療養推進会議に報告させていただきまして、今後の都におけます在宅療養の取り組みの方向性について

の参考とさせていただきたいと思います。

また、本日ご参加いただいていない医療機関さん、関係団体さんに対しましても、こちらの資料あるいは検討内容については、情報提供させていただきまして、地域で情報を共有していきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

それから最後、議事録でございますけど、本ワーキングは公開でございますので、議事録につきましては、後日、東京都のホームページのほうに掲載させていただきます。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、こちらのほう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、本当にありがとうございました。