

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（西多摩）

日 時：平成29年11月15日（水曜日）19時00分～20時39分

場 所：公立福生病院 1階多目的ホール

○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、ちょっとまだお見えでない先生もいらっしゃるんですが、ただいまより、西多摩圏域の「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、開催に当たりまして、調整に時間を要しまして開催日のお知らせが遅くなりましたことを、この場をおかりしておわび申し上げます。

私、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、よろしくをお願いいたします。それでは、着座にて進めさせていただきます。

本日の配布資料は、次第の下段、配布資料に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時間がございますが、ご発言の際には、事務局よりマイクを受け取っていただき、ご所属と名前からお願いできればと思います。

なお、本日は傍聴席にも構想区域内の医療介護関係者の皆様にご参加いただいております。座長がご発言の機会を設けた際には、挙手の上、ご所属とお名前をお聞かせいただき、ご発言をお願いいたします。

それでは、まず東京都医師会及び東京都より、開会のご挨拶を申し上げます。東京都医師会、平川副会長、お願いいたします。

○平川副会長 皆様こんばんは。事務局として参加しております、東京都医師会の副会長の平川でございます。

きょうは本当に今、久村課長からお話があったんですけど、この時間帯、お忙しい中、本会議にご出席、まことにありがとうございます。これは極めて大事な会議でございます。ご案内のとおり地域の医療構想がつけられている中で、病院が中心のように考えがちなんですけど、病院は病院で、やはり退院先の問題。あるいは在宅におきましては、在宅医療のバックアップとしての病院機能ということで、両者は本当に密接につながりあったものでございまして、これがうまくいっているかどうかによって在宅療養の仕組み、ましてや地域包括ケアシステムの完成度につながってくるわけですので、極めて、地域ごとの問題としてきちんと取り上げて、本当に忌憚のない意見を交換することによって、市民の方々が健康であっても病気であっても安心して生活できる、そういった生活の場をつくるという非常に重要な目的がございます。なかなかこういう会議というのはないものですから、意見も言いたいと思っておりますけど、そのあたり、ぜひそういう目的のために、どうぞご意見を言っていたきながら、いい会議になることを期待します。

きょうはひとつよろしくをお願いいたします。どうもきょうはご苦労さまでございます。

○久村地域医療担当課長 平川副会長、ありがとうございます。

続きまして、東京都より、矢澤医療政策担当部長がご挨拶を申し上げます。

○矢澤医療政策担当部長 皆様こんばんは。医療政策担当部長の矢澤でございます。日ごろから東京都の医療行政、衛生行政に多数ご支援を賜りまして、まことにありがとうございます。

私ども、28年7月に地域医療構想を策定いたしましたして、こうした二次医療圏での調整会議は2年目に入ったところでございます。その中で、病院代表の方からは、入院した後の在宅への連携が課題であるといったご意見が共通意見でございますことと、在宅医療を担当する先生方からは、病院でもっとバックアップ機能を持ってほしいというご意見があつて、それがどの圏域でも共通でございました。こうしたことから、病院の代表者と、それから在宅療養に関する市町村の方、医療、介護の関係者の方が一堂に会して、まずは意見を出し合ひましょうということで、きょうは、その第一歩でございます。ぜひご遠慮なく、何でも結構ですので、ご発言くださいますようお願いいたします。

きょうはどうぞよろしく願いいたします。

- 久村地域医療担当課長 続きまして、座長のご紹介をさせていただきます。本ワーキングの座長は土田先生をお願いしているところでございます。

土田先生、一言お願いいたします。

- 土田座長 ホームケアクリニック青梅の土田と申します。まさかこんな会の座長を引き受けることになるとは思っていなくて、ちょっと恐縮しているんですけども、地域のそういったことに関して話し合える会になればと思っています。拙い進行になってしまうかと思ひますが、よろしく願いいたします。

- 久村地域医療担当課長 土田座長、ありがとうございます。

それでは、以降の進行は土田座長をお願いいたします。

- 土田座長 早速、議事に入りたいと思ひます。

既に皆様ご存じだと思いますが、在宅療養ワーキングについては、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、在宅療養に関する意見を多く出されたと伺っております。そうしたことを踏まえて、今回新たに多くの関係者の方にお集まりいただき、地域の在宅療養に関する現状や課題等について、皆さんで共有し、意見交換等を実施する場として設定されております。有意義な意見交換ができればと考えておりますので、活発な意見交換等を私からもお願いしたいと思ひます。

それでは、東京都地域医療構想について、説明をお願いいたします。

- 事務局 それでは、東京都事務局より、議事に関する資料のほうの説明をさせていただきます。

まず、会議次第がございまして、続いて参加者名簿がございまして。

そしてクリップどめの資料で、資料1というもので、東京都地域医療構想調整会議設置要綱というもの、1ページ目、一番上についているものをごらんください。こちらの資料1については、ワーキングの親元の会議となります地域医療構想調整会議の設置要綱となります。

続いて、1枚おめくりいただきまして、資料2、こちらは昨年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。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を記載しております。医療、介護、福祉等にかかわる全ての人々が協力し、将来にわたり東京都の医療提供体制を維持、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でございます。

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分化、連携の推進に関する事項でございます。

将来の病床等の必要量は第2章に東京都全体、第3章に構想区域、こちらは二次医療

圏ごとに記載しております。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しております。地域医療構想は医療計画の一部でございまして、現在、改定作業を進めている次期保健医療計画と一体化いたします。

右側に行きまして、第2章では、東京の現状と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、記載しております。

平成37年、2025年の病床の必要量は、右下の表の中の、東京都の計の欄をごらんください。東京都全体で11万3,764床、現行が約10万5,000床ですので、数字で見ると約8,000床の不足となります。ただし、この必要量は推計値でございまして、患者さんの受療動向であったり病床稼働率、医療技術の進歩等により影響を受けるものとなっております。病床の整備はこれまでどおり、基準病床数制度により、きめ細かく実施していきます。

次に、在宅医療等の必要量の推計ですが、2枚ほどおめくりいただきまして、ページ数で言いますと5ページ目の資料、東京都における在宅医療等の医療需要の推計というグラフが記載されているものをごらんください。

こちらは在宅医療等の必要量の推計ですが、東京都全体で19万7,277人、こちらは一日につきになります。国は地域医療構想において、療養病床の見直し分、一般病床の医療資源投入量が低い患者を在宅医療等で対応することとしておりまして、それを含めた数字が、こちらの19万7,277人となります。このうちの、現行の訪問診療の実績を引き延ばした数字が、訪問診療のみの14万3,429人になりまして、2013年の訪問診療実績は9万6,712人になりますので、訪問診療のみでは1.5倍の必要量の増加が必要となります。

2ページ、また地域医療構想の説明に戻らせていただきまして、続きまして、3ページのほうをごらんください。東京地域医療構想2/2という資料をごらんください。

第3章、構想区域でございまして。構想区域は必要な病床の整備を図るとともに、地域における病床の機能分化、連携を推進するための単位でございまして、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いたしまして協議を行っておりまして、在宅ワーキングは調整会議の部会といった位置づけになっております。第3章では、構想区域の状況といたしまして、①から⑧までの構想区域ごと、状況について記載しております。

続きまして、第4章、東京の将来の医療、グランドデザインでございまして。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、その実現に向けた四つの基本目標、そして基本目標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。

例えば、基本目標のⅢ、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実を見ますと、中段の右にございまして、①予防・健康づくりから、④看取りまでの支援を課題として挙げておりまして、ちょっとこの資料では省略しておりますが、それぞれの課題に対して取り組みの方向性を記載しております。

また、第5章につきまして、果たすべき役割と東京都保健医療計画の取り組み状況におきましては、行政、医療提供施設、保険者、都民、それぞれの役割等について記載しております。

以上が、地域医療構想の概要の説明となります。

右下、4ページ目については、慢性期機能と在宅医療等の患者数推計の考え方を示したものとなりますので、ご確認ください。

続きまして、資料3、ページ数でいきますと6ページの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という資料をごらんください。

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となります地域医療構想調整会議について、設置の考え方を記載しております。

また、1枚おめくりいただきまして、7ページ目、本ワーキングの概要です。

目的は、こちらに記載しているとおりでございますが、設置の背景といたしましては、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、あるいは相互理解の必要性など、在宅に関するご意見を、いずれの圏域でも頂戴しております。調整会議では時間の関係もございましたので、今回新たに本ワーキングを設置いたしまして、在宅分野に特化した意見交換等をお願いしたいと考えております。また、意見交換等の内容を踏まえまして、今後のさまざまな取り組み等へ、つなげていければと考えております。

なお、今年度の意見交換の主なテーマといたしましては、こちらの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、また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東京都地域医療構想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、今回が初めての開催となりますが、次ページ以降に調整会議のこれまでの開催状況をまとめておりますので、また後ほどご確認ください。

続きまして、資料4、10ページ目をごらんください。医療計画と介護保険事業支援計画で対応すべき需要、追加的需要についてという、資料4のページをごらんください。

本ワーキングの前に開催いたしました協議の場について、簡単にご説明させていただきます。

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る介護量の見込みの整合性を図ることを目的に設置するものでございまして、設置区域は二次医療圏ごとで、都道府県や区市町村の医療介護担当者や地区医師会等の有識者による構成となっております。

資料4といたしまして、協議の場で使用いたしました資料をおつけしております。

資料4の1枚目、10ページに関しては、協議の場の概要を記載しております。

おめくりいただきまして、2枚目の11ページでは、追加的需要についてとございますが、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。

こちら、11ページの中ほどの帯の図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すが、そのうち医療区分1の70%と、地域差の解消、その隣にあります③一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、療養病床、一般病床の治療ではなく、在宅医療等で対応するとの考え方でございます。このうち、一般病床でC3未満の患者は外来で対応するとしており、枠で囲んでおります、いわゆる療養病床の見直し分が新たに介護施設、在宅で対応する追加的需要となります。

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。この追加的需要に関してどう対応するか。

1枚おめくりいただきまして、12ページをごらんください。

下段の図の療養病床医療区分1の70%プラス地域差の解消、こちらを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④介護医療院、

⑨介護施設を提示して、医療計画では在宅医療、ここで言う在宅医療は資料の右下に記載しておりますが、家庭への退院を指しております、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ですが、ちょっとここで漏れないように、または重複しないように整合性を図るのが協議の場でございます。協議の場では、国が示しまし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。

1枚おめくりいただきまして、13ページ、資料4②というものをごらんください。

一番下のほうに都の合計数を記載しておりますが、2013年の訪問診療の実績が9万6,712人、これを引き延ばした2025年の推計が14万3,429人。これは先ほどご説明いたしました地域医療構想に記載した数字です。そして追加的需要分、療養病床見直し分のうち、訪問診療で対応するとされた数字が495人となり、合わせまして2025年の訪問診療の必要量の推計は14万3,924人でございます。

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理をしていきますが、各区市町村や各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いただければと思います。

なお、次のページにつきましては、介護保険事業計画に反映いたします介護医療院、介護施設等の追加的需要の必要量につきまして、西多摩圏域の市町村ごとに記載しておりますので、参考にござらんください。

また、14ページの2といたしまして、追加的需要に関しまして、こちらのほうでもう一度、説明等をしたものを追加で差し込んだ形で資料のほうをつけさせていただきますので、またご確認いただけますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

事務局から、議事に関する説明は以上となります。

○土田座長 説明ありがとうございます。

ご質問等は、次の意見交換の際にお願いしたいと思います。

意見交換に当たって、東京より資料の説明をお願いします。

○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、右上に資料5、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していただきました。その際の資料でございます。

そ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の1枚目の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。西多摩地域におきましては、急性期機能の欄の三つ目のポツにございますが、退院後に在宅医療を必要とする患者も多く存在する一方、四つ目のポチ、退院調整部門を持つ医療機関の割合は都平均に比べ低いとの特徴がございます。また、回復期機能の一番下のポツをごらんいただきますと、退院先では、ほかの病院、診療所、老健／特養で3割を超える。

慢性期機能の下二つのポチをごらんいただきますと、介護、福祉施設からの入院割合が都内で最も高い、死亡退院が比較的高いといった特徴が見られます。

また資料5を1枚おめくりいただきまして、資料5の16ページ、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でございます。

下の枠からごらんください。病院側からは、病院、施設、在宅がうまく連携して、地

域の医療需要だけでなく流入している患者についても支えられればよいとの回答がございました。

在宅側からは、急変・病状変化時の受け入れについては、夜間の救急に対応してほしい、病床のサブアキュート利用促進が望まれるといった声がございました。

右に移りまして、その他について。病院医師との関係構築は難しく、在宅から受けた患者が慢性期病院へ転院させられてしまう。入院加療が必要なときはスムーズに受け入れてほしいとのコメントがございました。

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から地域の課題を整理したのですが、調整会議の意見の一番右の欄をごらんいただきますと、入院時から退院後を見据えて調整を行っており、在院日数が比較的短期間で推移している。医師や看護師の配置など、病院と施設とでは管理能力が異なるため、施設に復帰しても短期間で急変し、急性期病院に戻ることがある。将来に向けて、在宅医が足りなくなると予想されるが、医師だけでなく、それを支える訪問看護のなり手がいない。開業医が、自分たちの診ている患者が在宅療養になったときに引き続き診てくれるのか、不透明。在宅医療もターミナルまで診るところから、月1回程度の訪問まで、さまざま、できるだけ通常のかかりつけ医にも裾野を広げてほしいといったご意見をいただきました。

また、資料を1枚おめくりいただきまして、資料5の18ページ、こちらにつきましては、今ご説明いたしました各構想区域の調整会議の議論や検討状況をまとめたものになります。

また、資料をおめくりいただきまして、23ページをごらんください。

こちらにつきましては、議論や検討状況を踏まえて各構想圏域の主な課題を整理したのものになりますので、ご確認をお願いいたします。

続きまして、別とじになっております参考資料でございます。

地域医療調整会議では、圏域ごとの、あるいは区市町村ごとの在宅に関する詳細なデータが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いたしまして、地域ごと、市町村ごとにまとめた資料をご用意させていただいております。このほか、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医療機能実態調査等の結果をおつけしてございます。

資料については、事前に送付させていただいておりますので、詳細な説明は省略させていただきたいと思いますが、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、こちらのほうで簡単にまとめてございますので、ご確認いただければと思います。

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

事務局より、意見交換の資料に関する説明は以上でございます。

○土田座長 説明ありがとうございます。

この後、意見交換に入りますけれども、今回が初めての会議でもありますが、本ワーキングは現状と課題の共通認識を図ることが大きな目的の一つでもあります。決して何かを決めたり、結論を出さなければいけないという場ではございません。さまざまなお立場から、いろいろな意見が自由に出される場だとも考えておりますので、どんなご意見でも結構ですので、よろしく願いいたします。

一応今回は二つ、テーマを与えられておりまして、一つ目のテーマとして在宅療養に

関する地域の現状・課題等について、意見を頂戴したく思います。なお、二つ目の入退院時の連携については、次に討論するということとなりますので、今回、まずは入退院時連携を除いた、在宅療養に関する地域の現状・課題等について、ご意見を頂戴したいと思います。

都のほうから、在宅医代表の先生のほうから、まず意見をいただけてくださいというふうになっておりますので、ご参加いただいている在宅医の先生、進藤先生、ご発言をいただきたいと思っております。よろしくお願いします。

- 進藤（幸）委員 すみません。西多摩医師会の進藤と申します。私も在宅訪問診療をやっておりますので、在宅医療の立場から、ちょっとお話ししたいと思っておりますけど。

まず、ちょっとご質問なんですけど、私はこの資料を初めて見たので、ちょっとあれなんですけれども、資料の5ページですかね、医療需要推計のグラフなんですけれども、2013年の訪問診療が9万6,712人で、2025年に14万3,429人、1.5倍に訪問診療がふえるというような推測になっているんですけども、例えば私たちの西多摩の状況を見ていると、こんなに本当に急速にふえているのかなというのが実感としてあるんですけど、今もう2017年なんですけど、今の現状としてグラフどおりというか、こういう増加傾向にあるんでしょうか。

- 久村地域医療担当課長 申しわけございません。今お配りしているのは、こちらの西多摩圏域ではなくて北多摩西部の資料をおつけしているようでございますので、後ほど差しかえをお送りさせていただきますが、今のご質問とは違う形で、流出入がどうなっているかというのをごらんいただくような資料をおつけしているんですけども、すみません、これは2013年の数字になってございますので、ちょっと今の直近の数字というのはお示しできていない状況でございます。お時間がかかりまして申しわけございません。

- 進藤（幸）委員 すみません。何かお手数おかけしまして。

今の現状がわからなくてもいいんですけど、でも14万という数値に向かっているわけですよ。その上の数字というか、介護医療院とか介護施設とかですかね、その増加というのは、例えば施設の入居数の増加とか、そういったことでいいのかと思うんですけど、訪問診療の増加というのは、やっぱり医者がどうしてもふえなければ絶対に対応できないと思うんですけど、どうも医者が余り、今後ふえていくような実感が余りないというか、そういったこともありまして、ここまで増加できない場合はどういうところで吸収できるのかなと、ちょっと思ったものですから。すみません。

- 久村地域医療担当課長 そのあたりも含めまして、ちょっとこちらのほうで地域の現状を、医療資源も含めて、ご意見をいただければなということでございます。

- 土田座長 自分の個人的な意見なんですけれども、やはり1.5倍に患者さんがふえるということに関して、確かにふえているんだろうなということしか、自分も感覚としてはわかっていません。今、進藤先生がおっしゃったみたいに、今後、在宅に携わる医者がふえていくと言えればいいのかもしれないけれども、なかなか今でも24時間、365日の体制を組むということであれば、在宅に興味はあっても、なかなか手を出しにくい分野なのかなというふうに、自分も加入して4年ちょっとになるんですけども、始めてみて、感じている次第でございます。

○平川副会長 最近、東京都のほうで在宅医療塾みたいなものがあるって、その中で地域の開業医の先生とかにも在宅に入ってもらったり、在宅訪問診療に加わっていただいたりとかという取り組みとかも始めてはいるのかなというふうに感じているんですけども、その中で、なかなか24時間365日の対応をしなければいけないというところに

対して、医者が二の足を踏むことに対して、連携をうまく組めるといいのかなというふうに個人的には考えているんですが。なかなか今の現状、それぞれの、西多摩地域の訪問診療を担うということが、やっぱり個人病院、大きな医療機関がなくて、1人の往診の医者で何とかやりくりしているという現状で、それぞれがお願いをしあいながらカバーしている状況だというふうに思います。そこに対して、地域の開業医の先生と連携とかが組めるようになっていけばいいかなというふうに個人的には考えているんですけれども。そういうところで、いい案がないのかなと。

八王子のほうとかだと、50件ぐらいの医療機関が夜間に連携を組んで、市町村なのか、医師会なのか、当直代とかを出していただいて、一日1万円とかの当直代を出して、それぞれ夜の分担を行っているというふうに伺っているんですけれども、何かそういう。今、医者がなかなかふえないという現状で、今後、1.5倍に訪問診療の患者さんがふえるというところに対して、特に自治体とかのほうで何かそういう取り組みとか、医者をふやす方法だとか、何かそういうものを考えているのかということ、もし伺えればと思います。何かそういう取り組みとか、在宅の医者をふやすという取り組みを自治体とかでされているとか、そういうことは。

○進藤（幸）委員 すみません、また、いいでしょうか。

私は、西多摩とか、我々の地域で在宅専門の診療所というのがこれ以上ふえていくかどうか、ちょっと疑問というか。1件1件を回るのにも時間がかかる地域ですから、在宅専門の診療所はそんなにふえるような気はしていないんですけれども、やはりここで在宅医療をもっと強化していくには、在宅専門でない、先生がおっしゃったような、かかりつけ医が在宅医療のほうへどんどん参入していくしかないかなというふうに思っているんですけれど。かかりつけ医が在宅診療をやっていくに当たって、やはり一番問題になるのは夜間休日の対応だと思うんですね。それを我々、数少ない在宅医がバックアップしていくというのはちょっと、多分、現実的に考えて無理だなと思っていますので、病院の協力を得ないと到底できないかなというふうに思っています。

現状、この地域で救急車を呼ぶと、夜間救急を呼ぶと、いわゆる救命救急センターの三次救急に行ってしまうんですね。そうすると三次救急の病院のほうから大分クレームをいただいたりして。そこが非常に問題になっていて、三次に行かなくていい患者さんが大勢いるんですよ。その方たちをどういう病院に搬送するのかとか、救急を受けている病院も、幾つもありますので、どういう患者さんだったら受けられるのか、そういう役割とか。あるいは療養病院であっても、可能な限り、在宅の患者の救急なんかを受けていただきたいなと思っているんですけれど、どういう患者なら受けられるんだとか、どこの病院がどういう時間帯なら受けられるんだとか、役割分担とか、そういったことができると、夜間休日のバックアップ体制ができれば、ふだんは在宅をやっていない、かかりつけの先生がもっと参入できるんじゃないかなというふうに思っています。

○土屋座長 ありがとうございます。

ちょっとこれは後半の部分になってくるかもしれませんが、病院のほうでの、緊急のバックアップ病院の件も、やっぱり在宅の医師に関しては苦慮しているところではあると思うんですけれども。病院代表の先生方もいらっしゃると思うんですけれど、それぞれの病院の対応として、在宅で診ている患者さんの急変、確かに三次ではない方だとかの対応について、受け入れ等に関して。現状、救急車で運び入れる必要、私たちが診ている患者さんで、やっぱり緊急で運ばなければならないことも多々あるので、そういう方の受け入れ等について、病院のほうではどのように考えているか、ご意見を伺えればと思います。

○進藤（晃）委員 在宅患者さんの夜間救急は非常に苦勞されていらっしゃる、大変だろうというふうに思います。療養病床で受け入れるというのはなかなか、夜間休日、病棟の患者さんばかりで手がいっぱいになっていますので、なかなか難しいと思うんですが、まず夜間に救急で搬送しなきゃいけないという状況は、どういう場合が多いのかなということなのですが。肺炎で診れなくなってしまった、もしくは心筋梗塞、脳出血等を起こしたというのであれば、やはりそれは救急病院に運ぶ、三次であるかどうかは別として、二次または三次の救急に運ぶ必要があるだろうと。夜間に、あともう一個運ばなきゃいけないというのは、介護ができなくなってしまったという状況なのかなと。その場合には翌日でもいいのかなと思うんですが。

そうすると、夜間に運ばなきゃいけないというのを考えたときに、あとどういう場合があるのか。どういう場合に困るということで、場合わけを考えていただいて、教えていただければ、もう少し受け入れ体制がつかれるのかなというふうに思います。

三次救急だけではなくて、やはり二次の先生方の病院もありますので、そちらで受け入れられる状態であれば受け入れて、東京ルールもありますので、受け入れることは可能になっているのではないかなというふうに思います。実態とちょっと違うかもしれないけど。

○松山委員 福生病院の院長の松山といいます。私は小児科医なものですから、ここにお集まりの委員の中で一番、私がふさわしくない参加者だと最初から思っているんですけども、そういうことを十分ご承知の上で、私の意見をお聞きくださればなと思いませんけれども。

今のディスカッションであったように、いろいろ現場で問題があるというようなことは想像がついておりなんですけれども、病院側に立った場合は、ではどういう問題があるかという、内科医不足というのが、うちなんかは特に恒常的にずっとあるんですね。私はこの病院へ来て30年ですけど、30年前から今までずっと変わりなくあります。こういう在宅云々ということ考えた場合、やっぱり一番需要があるのは内科医だと思うんですけども、病院の内科医が足りない。一生懸命募集するんですけども、内科医のアプライというのは非常に少ない。こういう在宅云々をうまく回すためには、病院の基礎体力の充実がないと、十分な相互乗り入れはどうしてもできないと思うんですけども、そういう内科医不足というのが大きなネックになっているというようなことをご承知おき願いたいと思います。

それから、最近では医師も労働者だという、そういうコンセンサスが形成されつつあるものですから、労働者だったら月に何時間以上はもうだめだとか、いろんな問題が今は出てきつつありますけれども、そういう問題が西多摩まで及んできた場合に状況がより悪化するのではないかという懸念がございます。

それから、ごめんなさい、僕はまとまっていないので、いろんな問題提起だけになっちゃうかもしれませんけれども。

今までの都側からのご説明で、余り考えられていないのは、患者さん側の意識の啓発というか、誘導というか、そういうものというのを何かお考えになっているのか、そういう視点はいかがなものかなという気がしています。どういう環境で最期を迎えたいのかいうことは前から問題になっておりますけれども、多分、一時よりは、病院で最期を迎えたというご本人の希望は一時より減少しているようなふうに思っております。

それから、西多摩は特にそうかもしれません、東京といっても、はっきり言っちゃえば田舎ですので、今でも決まったドクターに三途の川を渡してもらいたいという方がいっぱいいらっしゃる地域だと思います。そうすると、在宅をやってらっしゃる先生方が

10人で組んでやって、今まで全然、見たことも聞いたこともないような方が、きょうの当番だからと行って、引導を渡すというようなことを是とするような家族の意識形成というのがないと、いつまでたっても、そのようなことが進歩しないんじゃないかなというふうに勝手に思っております。

それから、さっき、ずっと在宅で診ていらっしゃった方が急に云々で救急車を呼んでしまう。家族が救急車を呼んだら、救急隊はどこかへ運ばなきゃしょうがないから、行き先を探さなきゃしょうがないんですけども、本当にその中で今、進藤先生がおっしゃったように、それは救急かというようなことも、はっきり啓発していかないと、看取りは救急ではないという認識がやっぱり必要になってくるのではないかなと思っております。

今申し上げたように、お互いの基礎体力が少ない中で何とか進めなきゃいけないというところで、いろんなところが少しずつすり寄って、言葉がまずいかもしれませんが、妥協し合うというか、そういうようなところで落としどころをつくっていく必要があるのではないかなと思っております。長くなって、すみません。

○平川副会長 実は私は八王子の人間なものですから、今、進藤先生からも八王子の仕組みということをお話しいただいたので、ちょっとだけ時間をいただいて、説明したいと思っておりますけれども。

今出たような意見は、八王子でも全く同じでした。特に八王子は老人ホームとか精神科病院とかが非常に多いものですから、ここでぐあいが悪くなった場合に本当に家族とも連絡がつかないというので、とりあえずもう三次救急だということで、八王子医療センターのほうへどんどん運び込まれてしまって、当然、三次救急ですから、がちがちに治してもらわなければならないんですけど、延命するわけですけども、家族がおっとりがたなでやってきて、こんなことをされたら困るということで、もめちゃったんですね。今、松山先生が言われたように、そんなに苦勞はしていないんだけど、一回ひどい目に遭っちゃうと、とことん、へばってしまって、みんな足がすくんでしまっていたので、大変なのはわかっているけれども、みんな均等に半歩前へ出ようよということで。

最初につくったのは八高連という、八王子の高齢者の救急搬送をどうするかということ、八王子の消防と病院団体が中心となって、八王子市内の介護施設がほとんど入りましましたし、訪問看護も含めて、20団体ぐらいでつくったんです。そこでやったことは、やっぱりまさに、松山さんが言われたように、本人に対してどこまでやったらいいんだということを事前に、ケースレポートを書いておいてもらって、それを必ず冷蔵庫に張るというような形にして、施設においても、そういうものを置いてもらって、どこまでやるんだということをまず明確化したということですね。

その中で、二次救急もそうなんですけれども、やっぱり療養型病床群等々も使って、精神科病院もそうですけれども、日中の救急対応はちゃんとしようよという仕組みにいたしました。そういう中でやっていきますと、さらに八王子はその後に病院救急車を活用するということを始めたものですから、病院の救急車を、できる限り高齢者の搬送に日中は使っていこうという仕組みにして、今は機能しております。

今言った八高連という動きが一つと、もう一つは、病院救急車という形で、高齢者の救急というのはご案内のとおり、先ほど病院のほうの進藤先生が言われたように、精神科の救急にも似ているんですけども、その日に突然起こるというより、あらかじめ少しずつ悪くなっていて、たまたまXデーが来てしまったという、本当の救急かどうかかわからないということとか、いわゆる看取りに向かったの流れの中で、ちょっとご家族が慌ててしまって救急対応というような、いろんなケースがあるものですから、そのあた

りをご家族といろいろ相談していきながら、あるべき看取り方もつくっておきながら、病院救急車に対応しようとしています。病院救急車の場合は、在宅の先生方が行ければ行く場合もありますけど、多くは訪問看護ステーションの方々が先に現地に到着して、そこでどう判断するか。ご家族によっては、朝まで、自然のままでもいいという方もいらっしゃるれば、やっぱり最期は病院でというのがありますけれども、全部が全部を搬送するという仕組みにはしておりません。

そのときに大事なのは、もう一つ、まごころカードというカードを、今は1,000枚ぐらいありますけれども、そこに今言った治療の内容や、日ごろの介護の内容について、情報がカードリーダーで読み取れるようになっていて、医師も看護師も介護職も書いているカードなんですけど、それを読み取ると、救急車の中にもカードリーダーがありますし、主要な病院にもカードリーダーがあるので、突然運び込まれても、ほとんどの方が大体わかるということと、この方は徹底的に延命じゃないんだとわかるので、受け入れる側も結構楽になることがあって。

そういうことも含めて、今は病院救急車を使った救急につきましては、49%ぐらいが療養型ないしは精神病院、51%が二次救急に運ぶという形で、随分変わってきています。そういう点にちょっと特徴がある。

それから、最初の進藤先生の質問なんですけれども、八王子の在宅について、初めは7人の侍という、7人の先生方がチームを組んで、夜間は診るという形に。先生がきょうはちょっと旅行に行っているとか、ゴルフに行っているということで、急変したときに対応できないことをバックアップするという仕組みなんですけれども、これは市長と掛け合って、一晩1万円を今はもらっているわけなんですけれども。それも24時間の訪問看護ステーションが、まず先兵隊として行って、そこで判断して、当番医が行くかどうかということにしています。これは家族にあらかじめ、こういう仕組みでいいですかということをお願いしてやっている上でなので、そこでのトラブルは余りないです。もう一つ言うと、市長に怒られちゃうんですけれども、ほとんど要請はないです。月に数件あるかないかというぐらいに。初めは、八王子の医者も、そんなに先生がバックアップについたら、俺の患者を持っていかれちゃうよとか、そういう便利な先生に持っていかれちゃうよと。いろんな危惧があって、かんかんがくがくの議論があったんですけれども、実際そんなに急変が多いわけでもないし、1万円ただでもらっているというのが今現状のところがあって、やっぱりやってみるとまたいろいろまた見えてくるのが違うのかなという印象を、ちょっと長くなりましたけど、今、八王子での現状をお伝えいたしました。

以上です。すみません。

- 土田座長 ありがとうございます。また個人的なあれになってしまうんですけども、ちなみに私が今診ている患者さんのうちターミナルの患者さんというのが約2割で、8割の患者さんが非常に慢性期の患者さんになっています。私がすごい感じるのは、病院の先生方で救急で送ると、何でターミナル、在宅の患者さんなのに何で病院に送るんだというふうに言われることが多くて、在宅の患者さんというのはほとんどターミナルの患者さんなんじゃないか、もう看取るだけの患者さんなんじゃないかというふうに感じてらっしゃる先生方が多いのかなと。それもさっき言いましたけれども、私の患者さんの今8割の方がやっぱり慢性期の患者さんですので、やっぱり何かあればしっかりとした治療を受けていただく必要があるのかなというところもあるので、まずそういうところの在宅の現状のとかをわかっていただけるような啓発とかも必要になってくるのかなというふうに思っています。

あと廣戸先生はどのように感じていらっしゃいますか。

○廣戸委員 羽村市にある羽村在宅クリニックの廣戸と申します。

僕のクリニックを簡単に紹介すると、老人専門のクリニックで、設立から3年半たちます。やっぱりターミナル患者を診ていて、年間100人ぐらいをほとんどがターミナルです。看取るという診療をしています。僕が経験している中で感じているところは、やっぱりこの地域は在宅医不足で、特に移動距離がやっぱりさっきから出ているように長くて、僕、都内でも往診専門のクリニックの非常勤として働いているときは、もう本当にもう車に乗ったらもう1分もしないうちに次のお宅みたいな感じで、1日20件ぐらい普通に回ってこられるんですね。けども、この地域だと幾ら地域をまとめて、例えば月曜日の午前中はこの地域とやっても、やっぱり1日15件は余り診られないので、ですから、その効率の悪さ、ですからそれに対して往診がやっぱり必要、都内でもさらに必要というのがまず1点。

あと2点目が、僕、ターミナル、緩和療法もやっていますので、ホスピス不足が常々感じています。この地域ですとホスピスとなると、阿伎留医療センターのホスピス病棟と日の出が丘病院のホスピス病棟、その二つしかありません。けども、それに対してホスピスを必要とする患者さんは僕の感覚的には3倍、4倍の患者さんがいるし、特に阿伎留医療センターのホスピス病棟が非常に人気がありまして、在宅で入れられています、在宅医に診てもらって最後は阿伎留医療センターのホスピスに入りたいとなるんですけども、大体その夢はかなわずに、日の出が丘のまず療養とか一般内科病棟に入って日の出が丘のホスピスになるか、あとはほかの慢性期を扱う病棟がホスピス病棟として機能しているというのが現状で、ですから、変な話、慢性期の病院がもう半分、何というのかな、実質はホスピスをやっているというような状態というのが僕の感覚です。ですから、しかるべきホスピスを希望されている方が全く受け入れられてないというのが結構多いというのが僕の感覚です。

あと先ほどからも出ているように、救急体制、特に夜間の場合は、もう青梅市立総合病院にほとんどが高度な救急は集まって、ほかの病院はやはりちょっと人手不足で、かかりつけでも断られることがあるので、その辺の改善が必要なのかなということと、あとこれはちょっと医療で在宅医というよりはちょっと介護、看護の部分になるんですけども、ちょっとやっぱり移動距離とか、患者1件1件の距離があるから、訪問看護も結構淘汰されやすくて、どういう淘汰のされ方かという、往診医とうまく連携がとれている訪問看護師は訪問看護師の職員の数もふえて、割と大規模になりやすいんだけど、3人で始めた訪問看護ステーションというのは、気づけば淘汰されてなくなっているということもあるので、そのなくなった方というのはほかの地域に、その職、もともとの職員だった方が移られたりとかという、そういう有望な訪問看護不足という資源がほかの地域に流出したりとかしているのもまま話は聞くので、そういう特徴があるのかなというところで。けども、どういう仕組みにして改善していくかというのは、それはもう当面僕では答えられないので、一応僕が日々診療して思うところはその四つを挙げさせていただきます。

以上です。

○土田座長 ありがとうございます。奥多摩病院の井上先生も在宅でやっておられることがあるかと思いますが、何かご意見はありますか。

○井上委員 すみません。奥多摩病院の院長の井上と申します。

ちょっと私もここに居並ぶのは恥ずかしいぐらいの、そんなにたいして在宅医療はやってないんですけど、奥多摩病院は比較的田舎の西多摩地区の中でも一番田舎の田舎の

中の5, 200人、高齢化率も49%を超えるような土地柄のところにあります。当院が43床の小さな病院で、総合診療やっているのが今二人と、整形外科医が一人の3人でやっているような状況で、一応病院という名前はついていますが、ちょっと診療所に少し毛が生えたぐらいのところをイメージしていただければいいと思うんですが、外来もやって入院もやって在宅もやって、施設も診てというような、何でもやっている、悪く言うと中途半端な器用貧乏な病院であります。

ただ、奥多摩という地域が、やっぱり奥多摩で生まれ育って奥多摩でやっぱり亡くなりたいという方が多いので、何とか奥多摩の地区の中で患者さんを終結させてあげるのが我々の使命だとは考えていて、その中でも訪問診療というのは重要なツールとしては考えているところです。

ただ、ちょっと医者の数も少ないし、ほかにもいろいろやっているところなんで、年間去年で大体延べで360件ぐらいしか訪問診療していなくて、去年で在宅で看取りも5人ぐらいで、施設で看取りも5人ぐらいで、あわせて10人ぐらいというような小規模なところなんです。

ただ、奥多摩のまち全体の特徴と言えるのは、非常に小さな自治体でして、サービスを提供できるような行政なり病院なり診療所もないので、訪問診療もうちぐらいですし、あと訪問看護も当院からほとんど行っていて、去年で1,800ぐらい病棟の看護師が片手間に訪問看護に行って、年間1,800ぐらいです。あと、地域のケアマネさんもかなり隣の保健福祉課の職員だったり社協の職員だったり、身内の人が多かったりで、逆に言うとすごく連携はとれていて、内線電話一本で患者さんの相談をすぐしたりとか、あと、やっぱり自分たちが病床を持っているんで、入院させるのも非常に心理的に楽で、先日もあったんですけど、たまたま往診に行ったときに、認知症のおばあちゃんが下痢をして、こたつのところで下痢便を垂れ流して倒れていたのをたまたま発見して、それが金曜の5時ぐらいだったんですけど、一番嫌な時間だったんですけど、これは入院させるしかないなと思って、やった行動はたしか電話を二人にかけたただけなんですけど、一本は病院の看護師に電話して、在宅の何々さんがこんな状況だから入院させたいと伝えます。訪問看護がうちから行っているんで、病棟でもその人の状況を把握しているんですぐオーケーが出て、もう一人はケアマネさんが隣の保健福祉課の方なんで、そこに電話して、ちょっと入院させたいから衣類の準備をお願いしますと伝えて、往診に行った車にその人をちょっと便まみれだったんですけど、何とか工夫して乗せて、病院に連れて行って入院させたというような状況です。

ですので、非常にコンパクトで資源も少ないんですけど、そういう連携という意味では何とか質は低いと思うんですけど、できているのかなとは思いますが、例えばそういう患者さんを入院させて、在宅に返すのは無理だなというところになると、奥多摩は特養が非常にたくさんあるんで、特養につなげるとか、その辺もお互い顔が見えた関係なので、非常にフレキシブルにやれるところがすごくいいところだなとは感じているところです。

ですので、今もいろいろお話が出ていますが、そういう施設間の連携、顔の見えるところが、こういう大きな自治体さんでも本当にできるようになったら在宅ってすごく充実してくるし、回ってくるんだろうなというのが思うところなんです。

私、ちょっと3月まで青梅総合で救急もちょっと週1でやっていたというのもあるんですけど、やっぱり救急車の要請があって救急のほうで受ける側からすると、先ほどもお話がありましたけど、基本的に青梅総合に電話をかけてくるということは高度医療を望んでいるというような前提でこちらも話を聞くので、何でそういう高齢者だとか、何

で在宅で診ている人がというようなところは確かに受ける側が身構えてしまうというのはすごくよくわかるなというところがあるんですね。ですので、できればその辺どうい背景なのかとか、高度医療は実は望んでないとか、在宅でもドクターと患者さんの家族がどうい話になっているかとかということがうまく伝われば、それこそ二次救急病院さんも非常に受け入れやすいと思いますし、また在宅からの患者さんを受け入れるベッドを常日ごろから確保していくというような意識とか、そういうのも生まれるのかなと考えているところです。

三次救急をやっている青梅総合でも、夜間は脳外科はいませんし、整形外科もやっと去年ぐらいから週2日だけ整形外科が当直するようになっていています。あと公立福生さんとか、多摩医さんとかもみんなそうだと思うんですけど、内科系で当直医一人で外科系で一人というような体制のところが多いと思うんですけど、そうなってくと、内科もたまたま循環器だったり心臓内科だったり呼吸器内科だったりと違うと思いますし、外科も腹部外科だったり整形だったり脳外科だったりというような、そういう医療資源のどうしてもまばらなところが出てくると思うので、そのあたりそういう高度医療を望みません。ある程度の医療でいいよというような何か感覚がお互いに在宅側と受け入れ病院側でうまくできていると何かすごくスムーズに行くのかなというようなイメージというか、感覚を持っているところです。

その点は、うちはもう奥多摩病院というのは、非常に申しわけないけど、医療レベルが低いというのはもうみんな知っていて、そこにお任せしているというもう前提からそこまで望みませんという人がほとんどなので、受け入れる我々も余りストレスもなく受け入れて、看取って差し上げられることが多いかなというふうに感じているところです。

すみません。長くなって。

- 土田座長 ありがとうございます。井上先生がおっしゃるみたいに、在宅の立場からすると、気軽に入院できる、させることができるベッドがあるというのは非常に心強いなというふうに感じます。逆に進藤先生もおっしゃったみたいに、確かに三次ではない患者さん、もう看取りだけの患者さんかもしれないけども、ただ、やっぱり介護力の問題であったり、そういうところでちょっと家では見るのがちょっと厳しいなという患者さんがいたときに、気軽に入院をお願いできるベッドが地域に確保されていたりすると、こちら在宅の医者としても心強いところがあります。自分のところで本当にベッドを持ちたいなというふうに思うぐらいでもありますけども、西多摩地区ではもう開業医がベッドはつくれないという現状もありますので、どこかの病院にお願いしなければいけないというところがあるので、そういう点も改善できればいいのかなというふうに思っております。

- 田口委員 多摩リハビリテーション病院の院長の田口と申します。

リハビリ病院なんですけれども、もちろんリハビリで受けている患者さんは結構いるんですが、ちょっとリハビリ病院としては、もともといわゆる昔で言う老人病院が母体だったところから来ているというのもあるんですが、一般病床が24床あって、回復期が13床あって、それ以外は療養なんですね。医療療養なんです。それで、病院から特養に管理医として出ている特養が六つほどあって、提携しているホームとか老健が幾つかあるような状況にあります。それと、ことしから一人往診で専門にやる者が入ってくれたので、往診の患者さんがすごくふえているというのが実情です。

それで、そういう特養さんでは最近もう特養で看取するというような話がすごく進んでいるので、例えば10年前、五、六年前ぐらいまでは熱があっても夜電話がかかってきて、入院させてもらえませんかとかというケースが多かったんですけども、最近全然

そういうのがなくなってきて、昔は夜間でも提携している特養さんからは救急車で来るというようなことがよくありました。最近でもぼつりぼつりと救急車でベッドがあいていけば受けるんですけれども、本当にすごく減っています。当然、療養病床が中心で、一般病床があるといっても、一般の救急とか一般の全くかかわりのない方の受け入れはまずないので、情報が入ってきやすいという、そういう状況にある中で受け入れているというところですね。だからそういうところでは夜間の救急も受け入れています。

大体というか、特養とか、実は当院は在宅療養支援病院というのをやっていますけれども、在宅の患者さんが夜に来るということはまずほとんどないんですね。そういう往診医がいる状況でもほとんどなくて、むしろそういうところから来るとすると、在宅ではもう見るのが難しいですという人が普通に日勤帯で入ってきたりします。そういう状況にあって、何を言いたいかという、そういう特養とか老健とか、在宅があるんですけども、全部当院にかかわりがあるところだけというか、何というんですかね、完結している状況の中で患者さんが入ってくるというのがあります。日勤、昼間であれば、例えば包括支援センターから、もう独居で衰弱してきていて受け入れてもらえないかというような人も来ますけれども、そういう方が多いわけではありません。なので、なかなか療養病床、療養病院がどうやって外に間口を広げるかというのはすごく難しいとは思いますが、せめて提携している、だから在宅の医療をやっているところともう提携して行って、そこで情報のやりとりができるような範囲の中で、こういう人だから三次救急じゃなくてもいいし、二次救急でもなくてもいいというようなところでとりあえず受け入れるというような形をつくっていくというようなところが、もっと何というんですかね、いろんところでそれが行えるようになると少し違ってくるかなというふうに思います。今は病院病院みんな完結してそこだけでやっているようなところがあって、そういう救急で受け入れるというのは、全く初めての患者さんを受け入れることということはやってないだろうと思うんですね。そこが一番今後の課題なんじゃないかなというふうに思います。

- 土田座長 ありがとうございます。高木病院さんで今の受け入れの体制とかはどのような感じですか。
- 小野委員 高木病院の小野と申します。

ちょっと医療上というよりは管理上からのお話をさせていただくようになってしまうと思うんですが、松山先生、平川先生がおっしゃっていたように、救急、特に夜間、在宅の患者さんですとか施設の患者さん、まず医師が確認したいのは、どこまでやるんだというのが非常に確認のところで重いような感じに日報とかを見ていると感じます。ですので、患者さんのお考えですとか家族のお考えのところがある程度明確にわかる、青梅総合さんみたいな三次じゃなくていいよという、そこら辺のところははっきりわかると受け入れとしてはしやすいところがあるのかなというのはいろいろな日報とか見ていると思います。

あと看護師の聞き方もあるんでしょうが、どこまでやりますかというところの延命ですとか、何かの表現が、それは病院に行くんだから何かしらの治療をしてほしいからお声をかけていただいているんだと思うんですが、ちょっとそこら辺の現場、医療側のほうの現場と依頼をいただいている現場さんとの認識の違いみたいなものがもしかするとあるのかなというような感じがしました。ですので、土田先生がおっしゃっていたような、在宅の現状ですとか、あと施設さんからの現状のところ、病院のほうの受け入れる側のスタッフのところの理解みたいなものがもう少しあるとスムーズに行くのかなというように思っています。どうしても井上先生がおっしゃっていたように、

内科系、外科系といっても、恥ずかしながら外科系で私のところだと泌尿器科の先生が外科系で対応していたりとか、内科系といっても、本当に消化器外科みたいな形が本当はというような感じでも内科系で受けてというか、内科系で当番していたりというようなちょっと現状もありますので、なかなか幅広く受け入れができないような時間帯があったりとかということが現状ではあります。

以上です。

○土田座長 ありがとうございます。

○松山委員 一ついいですか。先週、三多摩、島嶼、院長、看護部長、事務長会議というのが年に一回あるんですね。三多摩、島嶼の自治体病院って九つあるんですけども、そのメンバーが集まるんですけど、そこで私一番感銘を受けた話は、八丈町立病院の村井院長お話で「救急患者さんを断らなきゃいけないとき誰が断りますか」というテーマの話のときに、うちは断りませんとおっしゃったんで、八丈町立ってドクターが8人とか9人とかしかいらっしゃらなくて、村井先生は産婦人科医です。産婦人科医の、私よりもじいさんなんですけど、やっぱり当直していて、それで救急が来たときも断らない。要するに断ったら行くところないですよ、八丈島ですから。だから来るほうもそういう覚悟で来るし、来られるほうも8人、9人のドクターの中で一生懸命やれることはやるよという、そういうお互いの理解が、何というんですかね、得られているということで、僕、東京の都会よりもずっと何というんですかね、理想的な環境というのが、都会にあるんじゃないかと八丈島にあるんじゃないかというふうに私思っちゃったんですけども、結局、そういうようにこちらもいろんなご要望に応えなきゃいけないのはもっともだけれども、さっきから申し上げているように、患者さん側の意識もやっぱりある程度これからの時代背景を鑑みた状態で変わっていかないとお互いに不幸になるのではないかなというふうに常々思っています。

○土田座長 松山先生がおっしゃったみたいに、確かに患者さんの、私たちが教育するということもあるのかもしれないんですけども、やっぱり患者さんそれぞれの考え方を変えていかないと、今後やっぱり1.5倍に在宅の患者さんがふえているというところで、少ない医者であったり医療資源、訪看さんも少ないというところで今お話があったと思うんですけど、そういうところの地域の方への普及啓発等の必要性も感じて、必要だというふうに私は思っております。

○進藤（幸）委員 すみません。先ほどの例えばどんな患者さんが救急で運ばれてくるんだというようなことなんですけど、まずターミナルかどうかという区別があると思うんですけど、ターミナルでない方の急変というのはできるだけ受け入れていただきたいというふうには思うんですけど、そこも実はターミナルと判断するかどうかということが往診医と病院側のドクターとちょっと違いがあったりして、運ばれたときには当然とってもぐあいが悪い状態なので、もうこの人は高齢だしだめだねと病院側は判断するかもしれないんですけど、在宅医としてはまだまだ別にだめであると思ってないというようなそういうそごがあったりします。ターミナルでない場合にはできるだけ受け取っていただきたいというのがあるんですけど。

あと、ターミナルの患者さんが搬送される場合というのは、がんなのかがんではないのかということに分ける必要があると思うんですけど、がんの末期の方が我々在宅医が診ていて救急で搬送されるということはまずめったにないかなというふうに思っています。絶対ないわけじゃないんですけども、それは例えば本当ががんの末期ということをお子さんやご家族が認識していなかったりとか、それから急変したときにまだ死ぬと思っていなかったりとか、そういうような認識の問題があるのではないかなというふう

に思います。がんではない患者さんというのは、例えば呼吸器とか循環器の方が多いと思うんですけど、呼吸器、循環器の方は亡くなるまでに急変を何回も繰り返しますよね。もう呼吸器のこの方は末期ですと言われて在宅医に送られてくるんですけど、何度も急変してもう死ぬもう死ぬと言われたのにまた復活した。そういった経緯がある方が、もう最後、次急変したら最後ですよと言われても、本当に急変したときに、今が本当に最後なんですかというのがやっぱり我々に問われても、ちょっとそうですと断言できるかという、やっぱりもう一回入院するともう一回元気になって帰ってきたということもあるので、そこが本当に最後かということはやっぱり断言できないので救急になってしまうというようなことがあります。ですから、がんなのかがんではないのかというように分ける必要があるのかなというふうに思います。

- 土田座長 ありがとうございます。そのあたりも救急の性質、自分は何かあると、できるだけ救急車に乗っていくとか、追いかけて救急外来に行くようにはして、救急の先生にそういう必要性とかをお話をするようにしています。また井上先生みたいに救急で働いていただきながらすると、そういう一種の共有もできるのかなというふうに思いますので、そういうところ、また病院の先生ともお話し合い等をしていかなきゃいけないのかなというふうに思っています。

それから、松山先生のほうから、話がまた戻るんですけども、地域の方への普及啓発等もやっぱり必要になってくるというところがありまして、こちらの資料のほうで在宅医療と介護連携推進事業の取組状況というところの資料とかを見させていただきますと、市町村の課題として、地域住民への普及啓発とかに関して言うと、なかなか実施がされていないというようなことが出ていたような気がするんですけども、今回は市区町村の代表の方も来られておりますけれども、そういう地域の住民の方への在宅医療への認識とか普及啓発等、またあと教育とか、そういうところについてどのように、何か取り組み等をされていますでしょうか。

参考資料の2ですか。参考資料の2の4ページ、在宅医療・介護連携推進事業の取組、市町村ごとの取り組みのところ、二重丸とか丸とかというところが出ていますけれども、在宅療養に対しての市区町村の具体的に何か行動とか、何か取り組み等をされているのか。

- 島田委員 すみません。羽村市の高齢福祉介護課の島田と申します。きょう本来でしたら健康課長のほうがよろしかったかとも思いますが、参加させていただきましてありがとうございます。

今、在宅医療・介護連携推進事業お話が出ましたので、介護保険のほうの担当というところでちょっとお話させていただきたいと思います。

こちらの参考資料2にあります在宅医療・介護連携推進事業、国が示しましたこちらに載っております（ア）から（ク）までの八つの事業を平成30年の4月までに実施するか、もしくは実施する体制を整えてくださいという形で事業を進めさせていただいたところがございます。これは現状では各市町村でそれぞれこの八つの事業をやっているというところでも取り組みが進んでいるところがございます。各地域住民等への普及啓発などもそれぞれの市町村で企画し、実施していくところだというふうな状況でございます。その中で西多摩の連携というところで申しますと、西多摩広域行政圏というのがございまして、その中に介護保険部会というところの中で、西多摩の連携事業といたしまして、地域住民への講演会ですとかパンフレットの作成などという、まだこれはこれから予算要求していく段階であくまで検討段階でのお話でございますが、西多摩の中では連携事業という形で、そんな形でも検討を進めている状況でございます。

以上です。

○土田座長 ありがとうございます。また、先ほどから議題に上がっている緊急時の搬送等について、現状だとやはり救急車で運ぶのだと青梅市立総合病院とかに運ぶしかないのかなというところがあるんですけども、その現状、何とかこちらも変えていかなければいけないと思うんですけども、地域として、市区町村として何かそういうことに対して対策というか、そういう取り組みみたいなものをされているかどうかというところがもしありましたら教えていただきたいなと思います。

○矢澤医療政策担当部長 一言ずつ関係ないことでも結構ですから、せっかくいらしているので一言ずつどうぞ、やってないということでも結構ですので、どうぞ。

○丹野委員 青梅市です。

今のお話につきましては、特に健康課の部門といたしまして何かを実施しているというところはございません。

以上です。

○瀬谷委員 福生市の健康課の瀬谷と申します。

福生も健康課の部分におきましては、このようなところは特に実施しておりません。

○坂本委員 あきる野です。

話がちょっと変わってしまうかもしれないんですが、高齢者支援課と健康課、または医師会と、医療と介護の連携ということでディスカッションを行って、今後、在宅医療が可能なのか、在宅療養が可能なのかということでグループ討議等を行っている状況でございます。

以上です。

○福島委員 瑞穂町の福島でございます。お世話になっております。

瑞穂町のほうは、特に町のほうで救急に対してのキャパを広げるとか、そういったような検討は今のところはされておりません。ただ、住民に対しては、やはり救急車の使い方とか、あと東京都さんの啓発のツールを使いながら、どういった場合に救急車を呼ぶのか、呼ばなくてもいい場合のご相談窓口とかは広報等で紹介しているところです。

以上です。

○森田委員 日の出町でございます。

先ほどのお話がございました在宅医療・介護連携の関係でございますけれども、日の出町のほうでは、平成28年の2月に医療・介護の関係者を集めまして検討会を行っております。都合10回ほど行っておりまして、多職種の方ですね、医師の方を初め、看護師の方、ケアマネジャーの方、さまざまな職種の方にお集まりをいただきまして、先ほど島田課長のほうからお話がありましたけれども、国で掲げている八つの項目について、一つずつ今検討なりしているところで、地域としてどういうことができるのかということで今検討しております。10回ほど開催をいたしましたので、相互の顔の見える関係というのがようやく築けてきたのかなということで、毎回会を追うごとに活発なご意見が出るようになってまいりましたので、今後もこの会をますます充実して、地域の介護医療の連携が図れるようにやっていきたいと思っております。

以上でございます。

○清水委員 奥多摩市でございます。

先ほども多摩医も医療の先生が大分町の実情についてご紹介いただきましたので、それと同じなんですけれども、奥多摩病院と私がいる保健福祉センターと一体の建物になっておりまして、それを称してケアセンターというふうな言い方をしているんですけど、そのケアセンターで課長、係長、院長も含めて月に一回いろんなことを情報共有をして

おります。その中で、先ほど井上先生がおっしゃっていただいたように、顔の見える関係は築かれているということで、救急に関しても、一旦例えば奥多摩病院に運んでいただいて、そこで判断をいただいて、青梅総合とか、もっと別の病院に転送するというような体制としてはできているのかなと思っております。

以上です。

○土田座長 ありがとうございます。そろそろお時間になるんですけども、ほかに何かご意見よろしいですか。

○玉木委員 きょうは老健の代表としてまいりました。

西多摩のこの地域特性の中で、やっぱり将来見込まれる医療需要に応じて在宅療養はこれは推進していかなければならないのであって、やれない理由もあると思いますけども、やれる理由をたくさん見つけ出さないといけないというふうに思っています。

先ほど松山先生からいいサジェスションをいただいたので、やはり地域包括ケアもみんなそうですけども、療養者の主体的意思をどうやって引き出すか。これは最も近くにおいて最も命にかかわり生活にかかわっている、医師でなくても多職種でもいいですが、そういう方々が投げかけながら引き出していく、これが一番重要なポイントだと思います。

もう一つは、何とか町でしたっけ、誰が在宅医療をやりかかわるんだという話で、これはもう介護保険の黎明期からずっと今の必要量、将来の必要量を考えながら、一体将来誰がやるのよという話、これは認知症を誰が診るんだという話と同じです。

ちょっとずれますけど、認知症疾患医療センターの診療所型を3年前から始めさせていただいて、最初はもう診療待ちゼロ日とかやっていましたが、今はもう2カ月待ちぐらいになっています。なぜかという、この認知症の方は落ちついています。私のところでは骨粗しょう症の薬と痛みどめ出しているだけです。よろしくお願いしますとか、心房細動の薬を飲んでいるだけで今落ちついていますのでよろしくお願いします。そういう病院からたくさん紹介が来てしまって、本来それはかかりつけ医が多様な能力で診ると。そしてどんな科の先生たちもある程度認知症の人に対するスキルを持っていく。そしてかかわってあげる。でも生活に一番近いかかりつけ医がふだんも診て、困ったときに専門の先生たちとやっていこう。それがさらにいろいろな課題を抱えた方は認知症疾患医療センターというバックアップをつくらうよということでやってきたわけですが、それがまだ十分浸透してないというのがあると思います。これはこれからの課題ですが、在宅医療も全く同じだと思います。

昔、富士山にたとえると、頂上のほうが非常に医療ニーズが高くて人生の最終段階にもう差しかかった方々、特に今はがん医療だとか、そういう緩和ケアなどの非常にある程度スキルが必要な方々、それからいろんな専門的な医療が必要な方、これは土田先生や進藤先生や廣戸先生のようなある程度在宅を主にやってくださっている先生たちがその高いスキルの中で担ってくださることかなと思ってはいますが、そうじゃなくて、その裾野の部分ですね。医療区分1から出てきて、長期療養が必要な方々を誰が診るのかというときには、やはりそれはずっとかかわってきたかかりつけ医であり、できるだけ地域の先生方が分担して数人でもいいから診てくださればそれだけ裾野が広がります。じゃあその裾野を広げるにはどうしたらいいかということで、それにはある程度バックアップが必要だと。当時、昔、慢性期病床で応急できないかということをやったけども、やっぱり慢性期の病床の状態や職種の状態でなかなかそれを24時間受けたりすることは困難だということもあって、それで医療に関しては地域包括ケア病床という考え方ができた。そこでもあくまで救命救急じゃなくて、応急かつサブアキュートですよ。リ

コンディショニングです。一旦肺炎を改善したり困った状況を改善してまた在宅にお返しする。私たち老健も、生活リハビリの中でのリコンディショニングです。ちょっとリハビリが一時的に強化が必要だ。摂食が悪くなってきているから。それから認知症でのこともあるし、ご家族のレスパイトという形で一時的なリコンディショニングをやってお返しする。在宅時々老健あるいは時々看取り。これは地域包括ケア病床でも時々看取りというのはあっていいと思います。ホスピスですら、全国の病床数から言うと、そこは死に場所で、あ、いけない、こんなこと言っただけは。人生の最後の場所ではなくて、どちらかという緩和ケアをリコンディショニングするところという使われ方、そういう定義に私は変わっているというふうに認識していますが、それもそうだと思います。

そういう裾野を広げていく中で、何とかバックアップの裾野を広げる中で何とか富士山の裾野を支えてくれている先生方がやりやすいように、で、時々看取りにもかかわっていただけるようなというのを西多摩の人手不足で動線が長くてというこの地域の中でつくるのかなと思っています。

先ほど多摩リハの田口先生が言ってくださいましたけど、やはりふだんかかわっている、何かのかかわりがあるということが病院でも受け入れやすいし、その辺が決して抱え込むということではなくて、ふだんの療養の中でそうやって時々リコンディショニングしておいてもらえればかかわりが出てきますから、その辺を考えていったらどうかなというふうに皆さんのご議論を伺っていて、ちょっときょうは強く感じたものですから、長くなって申しわけありませんけど、老健は老健でその役割を果たしていきたいというふうに思っています。

以上です。

- 土田座長 ありがとうございます。そろそろお時間になりますので、ここで平川先生も。
- 平川副会長 いや、僕はいいです。
- 矢澤医療政策担当部長 それでは、活発なご議論をありがとうございました。ちょっと言いつ放し感が残ってはいけないので、こんな意見が出ましたというところでまとめさせていただきます。

最初、まず在宅の先生側のほうから、医師の数が足りない。それから、ふえなければ無理だという話や、かかりつけ医の先生が参入するんだけど、24時間365日は難しいというところ。病院の協力ができないといったようなご意見がありました。また、全体的にこの地域は在宅医もホスピスもそれから訪看、そういったものも不足しているという現状がある。それから、今度、在宅の先生と病院の側というふうに考えていくと、例えばどういう患者さんを救急車で運ぶのかというところの判断も違えば、ターミナルかどうかというところの判断も違うので、その意識のずれがどうしても生じていて、救急搬送に関しても時々ぎくしゃくすることがあるというようなお話をいただきました。

一方、病院側の先生方からは、病院側ももう医師が足りないんだ。それから働き方改革のようなことの中で、これからもっと救急医療が受けにくくなるという現状があって、どこへ向かっていくのというようなご発言もございました。そして、いろいろとそういったご発言が続く中で、ちょっとキーワードかなというところでは、やっぱり患者さんの情報の共有化ができればその受け入れはスムーズなんだろうと。井上先生のところは地域で共有できているというお話もありましたし、それから八高連の八王子のお話もございまして、八王子はカードがあったり、それから、看取りの考え方みたいのが冷蔵庫に入っていたりするんで、それを見れば救急隊が伝えられるというようなことをやっています、これ東京都のほうでも八王子のやり方を参考にさせていただいて、今後、

全都でそういうことができないかなという検討に今入っておりますので、そのあたりもまたお伝えしながら進めたいというふうに思いました。

顔の見える関係が多分できていて、情報がもうスムーズに行ったり来たりするのが最もいいのでしょうけれども、数が多くなるとそのあたりには結局無理が来るので、多分患者さんの情報を何らかの形で共通に持てるような、そんな仕組みをつくっていくということがこの地域では必要だというお話かなというふうに最終的に思いました。

一方、行政側の役割といたしまして、患者さんの側の意識、例えばおうちで亡くなるということがどういうことかとか、それから、それが本当に皆さんご家族にとってどんなことかということをしっかり話し合っていて、早目に看取りの時期よりもずっと前にそういったことも検討していくような仕組みが必要だというふうにおっしゃってくださっていたんだと思います。東京都としてもそういったことを少しずつ進めておりますが、まだまだ不十分な点がございますので、こんな話があるといいなというのがもしございましたら、次回この席でも、具体的にこんなことがあるといいですよというのがあれば、教えていただきたいと思えます。

それから、どこまで医療を受けたいかというのは、看取りのちょっと手前ですが、同じこととございますので、そのあたりもしっかりまだ元気なうちから必要なのかもしれない。そういったことをやっていただくには、やはり先生方からのご指導もそうですし、行政側からの普及啓発、いろいろな手を使って都民の方がそういったところでお困りにならないようにしていくということでは、先生方の意識が非常に高い地域だなということだと思います。

これらは多分どこの地域でも先生の数とか、区部のほうに行くと今度病院ばかりあって、在宅の先生は外から車で来る先生で、何だかわからないで在宅やって帰っちゃうとかという意見もあるんですね。なので、やっぱり地域地域で違うんだと思いますが、少なくともきょうのお話の中では、患者情報の共有化を一体どうやっていくのかというところかなというふうにまとめさせていただきます。

どうもありがとうございました。

- 久村地域医療担当課長 では、本当に長時間にわたり貴重なご意見をご議論いただきましてありがとうございます。今回の議論の内容につきましては、先ほどもご説明いたしました。調整会議あるいは東京都の調整部会のほうにご報告させていただきます。また、本日ご参加いただいた以外の医療機関、関係団体の方に対しましても、この本ワーキングの資料、それから本日の検討内容について情報提供させていただいて共有していきたいというふうに考えておりますので、よろしく願いいたします。

最後に事務連絡でございますが、今回の議事録も公開でございますので、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。もし公開された議事録について修正等が必要な場合には、東京都福祉保健局までご連絡をいただければと思います。

それでは、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。本日はありがとうございました。