

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(区西北部)

日 時：平成30年1月9日(火曜日) 19時01分～20時36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。まだおみ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、ただいまより区西北部「東京都地域医療構想調整会議・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、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。

こちらの調整会議ということで、在宅療養ワーキングでございますが、東京都昨年7月に地域医療構想、こちらを策定しております。

そして、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ということで、それぞれ地域の課題あるいは取組等についてご議論いただいているわけでございますが、調整会議、どこの圏域におきましても在宅療養に関します課題、あるいは退院支援、入退院時支援におきます地域と病院の連携の必要性ですとか、あるいは相互理解の必要性、こういったご意見をいただき、ご議論いただいているところでございます。

ただ、調整会議は、病床の機能分化を始めまして、ご議論いただく内容は余りにもございまして、なかなか在宅療養についてのご議論を深めていただけないという在宅に関する議論の時間が十分取れないというところがございましたので、今回在宅療養に特化してご議論、意見交換をいただく場ということで、こちらの在宅療養ワーキングというもの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、何かを決めるというものではございません。特に今回は第1回目でございますので、本日は忌憚のないご意見をいただければと、積極的にご意見、ご発言をいただければと思っておりますので、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。

まず、本日の配付資料でございますが、会議次第の下段に配布資料ということで記載させていただいております。万が一、落丁等がございましたら、恐れ入りますが、議事の都度、事務局までお申し出ください。

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

それでは、まず東京都医師会より、開会のご挨拶をいただきたいと思います。東京都医師会、平川副会長、お願いいたします。

○平川副会長 皆さん、こんばんは。まだ明けましておめでとうと言っていいでしょうか。そういう時期にわざわざお越しいただいてありがとうございます。

今、東京都の久村課長からお話がありましたように、地域医療構想の中で何となく医療構想のことして、機能分化とかですね、ベッド数というふうに意識がいきがちなんですけども、これはやっぱりそのベッドが生きるようなことが、やっぱり在宅のしっかりとした受け皿が必要ですし、逆に何かあったときの保険としてもこの情報が必要ということを表裏一体であることなんです。そのことを東京都医師会と東京都と話し合って、ぜひこれから先、ニーズの高まる在宅医療について忌憚のない意見交換をする場が必要

だなどという形で、この会議が開かれました。

私も仕事上、この会議に各地区出ているんです。初めは結構、上着を着た感じで冷やかな雰囲気なんですけども、なかなかこれ、やっていくうちに、ポロッと誰かが一人本音を言われると、どんどん意見が盛り上がってですね、空腹を忘れてしまうような議論が出て、いつ終わるかなと心配するときもあるぐらいなんですけども、きょうそういう忌憚のない意見、先ほど久村課長が言ったように、まだまだきょう第1回ですので、お互いの思いを少し話せばいいかなと思っていますので、ぜひ余り緊張せずに、楽しい形でやっていきます。よろしくお願ひしたいと思います。

○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、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、板橋区医師会理事の吉野先生にお引き受けいただいております。吉野先生、一言お願ひいたします。

○吉野座長 皆様、よろしくお願ひいたします。板橋区医師会理事の吉野でございます。

本会なんですけども、全然私もどういふふうな形でやっていいのかわからないんですけども、気楽な形で座長をやってもらえばという形で話を受けました。

在宅をふだんやっているとやっぱりいろんな問題がありますので、皆さんもいろいろなことを語ってご議論いただけるというような場ですので、きょうはぜひ忌憚のないご意見をいただければと思います。よろしくお願ひします。

○久村地域医療担当課長 吉野座長、ありがとうございます。

それでは、以降の進行は吉野座長にお願ひいたします。

○吉野座長 それでは、早速議事に入りたいと思います。

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、在宅療養に関するご意見が多く出されたと聞いております。そうしたことを踏まえて、多くの関係者の皆さんにお集まりいただきまして、地域の在宅療養に関する現状、課題について皆様と共有し、意見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ました。

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ひしたいと思います。

それでは、東京都より議事について説明をお願ひいたします。

○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ひいたします。

早速ですけれども、資料の説明をさせていただきます。

資料の2ページをお開き願ひします。

1ページ目は、設置要綱、2ページ目が東京都地域医療構想、こちらが昨年7月に策定いたしました地域医療構想の概要となっております。

時間の都合上、簡単にご説明をさせていただきます。

地域医療構想は、全部で5章立てになってございまして、2ページ、左側第1章では、東京都の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記載しております。

記載事項として、医療法に定められた記載事項は2点ございまして、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となっております。

なお、こちらの地域医療構想は、医療計画の一部となっておりますので、現在改定作

業を進めております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 ページ目右側で、第 2 章として、東京都全体の将来の病床数等の必要量を記載しております。

おめくりいただいて、3 ページ目ですけれども、3 ページ左側、第 3 章では、こちらを構想区域ごとの状況を記載しております。

本日、開催しておりますこちらのワーキングは、こちらの調整会議の部会といった位置づけで開催をさせていただいております。

3 ページの右側のほうでは、第 4 章として、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まして、その実現に向けた 4 つの基本目標、そして基本目標の達成に向けた課題と取組の方向性を記載しております。

下のほう、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として、行政・医療提供施設・保険者・都民それぞれの役割等について記載をしております。

次の 4 ページのほうに、在宅医療等の推計に当たって国から示された患者数推計に当たっての考え方の資料をおつけしております。

おめくりいただいて 5 ページなんですけれども、先ほどの 2 ページの右側のところに地域医療構想の第 2 章の中で、病床数と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の推計を記載しておりますけれども、そちらを抜粋した形の資料となっております。2025 年の在宅医療等の必要量について、右側のほうの棒グラフになりますけれども、東京都全体では 19 万 7, 277 人、1 日当たりになっております。

先ほどの 4 ページにおつけしておりますけれども、国は地域医療構想におきまして、療養病床の移行分、それから一般病床のうち医療資源投入量が低い患者さんを、こちらが在宅医療を通して推計するとしております。それらを含めた値がこちらの数字となっております。

このうち 2013 年の左側の訪問診療の実績を見直した値が 14 万 3, 429 人となりまして、2013 年の実績が約 9 万 7, 000 人となっておりますので、おおむね 1.5 倍の必要量の増加となっております。

ただし、この必要量はあくまで推計値でありますので、患者さんの受療動向ですとか、あるいは病床稼働率、それから今後の医療技術の進歩等によって影響を受けるものがありますし、また病床整備については、これまでどおり基準病床数制度で引用してきめ細かく実施してまいります。

地域医療構想の概要の説明は以上なんですけれども、ホームページでも全体はごらんいただくことができますので、よろしければ、こちらのほうをごらんいただければと思います。

続きまして、駆け足で恐縮ですけど、6 ページ、資料 3 をお開き願います。

こちら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ですけれども、1 枚目には、こちらの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等を記載しておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

おめくりいただいて、7 ページなんですけれども、こちらの本ワーキングの概要として記載をさせていただいております。目的、構成等については記載のとおりとなっておりますが、今年度の意見交換の主なテーマとしましては、資料中段の 4 番目にございませけれども、在宅療養に関する地域の現状・課題の共有、あるいは地域と病院の連携などについて、後ほど意見交換等をお願いしたいと考えております。

また、本日、ご議論いただいた内容は、後日開催いたします調整会議のほうにもご報

告をさせていただく予定となっております。

本ワーキング、今回の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ページと9ページのほうに、調整会議の開催結果、28年度それから29年度の開催状況について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。

続きまして、資料の10ページ、資料4でございますけれども、こちらの本ワーキングの前に開催をいたしました協議の場について簡単にご説明をさせていただきます。

協議の場にご出席いただいている委員の方には、重複した説明で重なる部分はあるかと思っておりますけれども、ご了承いただければと思います。

ここで言う協議の場とは、医療計画に掲げます在宅医療の必要量とそれから介護保険事業計画に掲げる介護医療の見込みの整合性を図ることを目的に設置するものでございまして、具体的には、療養病床からの移行分、これは追加的需要と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論議する場となっております。

資料4は、協議の場で使用しました資料をおつけしております。

資料の1枚目は、協議の場の概要。

おめくりいただいて、2枚目、11ページをごらんください。

国の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。

中ほどの帯の図の欄をごらんいただきますと、現状のところに②療養病床の入院患者数とございますけれども、そのうち、医療区分1の70%、それから地域差解消分、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ございます。

こちらを追加需要等と呼びまして、下段に数字を示しておりますけれども、一番下の右側から3番目のところに、東京都全体でこちらの数字1万4,336人と推計をしております。

なお、帯の図のところにあります、真ん中辺のところの③で、一般病床で医療資源投入量175点未満、C3未満の患者様につきましては、一般病床の需要ではなく、こちらでは外来で対応することとしております。

今後、追加的需要にどのように対応するかなんですけれども、1枚おめくりいただきまして、12ページ、下段の図の中ほどの四角の枠組みの中に小さい字で療養病床とありまして、そこに医療区分1の70%+地域差解消とありますけれども、こちらを左側の四角で囲まれております④の介護医療院、それから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の介護医療院、⑤の介護施設を計上しまして、医療計画では⑥在宅医療、ここで言う在宅医療とは、資料の右下のところがございますけれども、家庭への退院を指してございまして、具体的には、訪問治療と外来での対応を想定しております。

このための在宅医療のうち、訪問診療分を記載することになるんですけれども、こ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ところが協議の場でございます。

協議の場のほうでは、国が示しました按分方法のもとに、④から⑥を按分しております。本日は、在宅療養ワーキングでございますので、⑥の在宅医療のうち、訪問診療の区分を見てまいりたいと思います。

13ページをごらんください。

資料左側の二つ目の四角のところ、2013年の実績とございますけれども、これの下の方に、訪問診療を受けている患者さん、これが左側中段より少し下のところに、9万6,712人とございますけれども、この値を2025年に引き延ばすことを、右

側にいきまして、14万3,429人と見込んでおります。

同様に、老健施設の入所者数は、2013年が2万600人、こちらが2015年には、3万2,504人、療養病床の入院患者さんのうち、医療区分Ⅰの7割、地域差解消分がその上のほうにいきまして、9,100人から1万4,336人、さらにもう一つ上のC3未満の患者の175点未満の患者さんは、4,400人から7,008人という形で推計をしております。

このうち、一般病床で175点未満の患者さんは、この中では外来で対応というような形になりまして、老健施設、それから訪問診療は、それぞれでも対応となっております。

その中で、療養病床からの移行分、網かけのところに1万4,336人とございますけれども、こちらを介護医療院、それから介護施設、在宅医療に按分するような形になるんですけども、この按分に当たっての基本的な考え方なんですけども、資料下の①左側のところの四角囲みのところなんですけれども、介護医療院につきましては、現在も介護療養病床が全て介護医療院に今後転換することを前提にしております。

その介護医療院の転換によって4,922人、残りの約9,500人になるわけなんですけれども、約9,500人を介護施設と在宅医療で按分することになります。按分方法ですけれども、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、こちら平成28年の病床機能報告の結果を活用して按分をいたします。

具体的な値ですけれども、病床機能報告では都内の療養病床から退棟される患者さんの退棟先について介護施設を利用する患者さんとご家庭へ退院される患者の比率が1対2.5というような形の経過がございますので、この按分比率により積算いたしますと、介護施設のほうが2,416人、ご家庭へ退院される患者さんが、6,043人と推計をしております。

なお、64歳以下の955人の方につきましては、この中では、ご家庭への退院というような形で整理をいたしまして、先ほどの6,043人と955人を足し合わせた6,998人、こちらをご家庭へ退院された数という形となっております。

次に、このご家庭へ退院された約7,000人のうち、訪問診療が必要な患者さんですが、こちらのほうの患者調査の結果を見ますと、ご家庭に退院された患者さんのうち、約7%の方が訪問診療を受けているという結果に基づきまして、家庭へ退院された患者さん約7,000人に7%を乗じた値がこちらの訪問診療必要量として495人、残りの約6,500人については、外来での対応というような推計をしております。

こうしたことから、在宅医療の位置づけ、訪問診療の2025年の必要量は、現行の実績、訪問診療の実績を受けました14万3,429人、資料上では、Aという形で表記をしておりますけれども、それに療養病床からの移行分の495人を足し合わせた14万3,924人と推計しております。

なお、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おりますが、区の方、関係団体の方におかれましては、地域医療における取組の際に参考にしていただければと思います。

それから、その次の15ページのほうでは、介護保険事業計画へ反映いたします介護医療院、それから介護施設等の追加的需要の必要量につきましてこちらの圏域も対応させておりますので、こちらも後ほど参考にござんいただければと思います。

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

○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。私、東京都福祉保健局医療政策部の菱沼と申します。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、資料番号右上、資料5（1／2）、ページ数で言うと16ページをごらんください。

資料5でございますが、地域医療構想調整会議では、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。資料5に関しては、その際の資料でございます。

まず、資料5、16ページでございますが、こちらが27年の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となりますので、ごらんください。

また、1枚おめくりいただきまして、資料5（2／2）の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。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。下のほうの四角囲みをごらんください。

病院側からは、在宅医療の受け皿の把握ができていない。

また、訪問診療や訪問看護ケアの施設の増加が必要。

在宅医に関する情報が不足しており、連携が進まない状況がある。

在宅医療支援病院・診療所等、24時間診療に対応する体制が未完。

在宅への移行は困難なケースがほとんどで、慢性期病床へ送り出している。

病院と在宅での医療提供の違いに対する連携・調整が必要といったさまざまな回答がありました。

また、その下、在宅側からは、急変・病状変化時の受け入れについては、上二つのポツですが、急変時や病状変化時の円滑なスムーズな受け入れ体制の整備。

また、ちょっと下にいきまして、六つ目のポツ、在宅へ退院した患者の後方ベッドを紹介元の病院ができる限り担保してほしい。

その二つ下の八つ目のポツ、夜間の受入先確保が困難といった病床確保に対する整備の必要や対応の向上に対してのご意見の一方で、左側の三つ目のポツですが、医師会病院での病床確保事業があり助かっている。

また、一番下のポツ、以前と比較して、入院医療機関とは連携が取りやすく、受け入れ体制も充実してきたといった地域において進んだ取組がある、または受け入れ体制が進んできているといったご意見もございました。

右の在宅移行・退院支援につきましては、事前調整もなく退院当日に往診依頼を受けることがある。

また、家族の受け入れ体制ができていないまま退院となることがある。

そうした在宅医療を行う開業医と病院との連携。

退院病院側からもう少し早く移行できるよう制度理解を進めてほしい。

その他といたしましては、一般の在宅医療ではできることが限られているということを理解してほしいなどの回答がございました。

また、1枚おめくりいただきまして、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から、地域の課題を整理したのですが、下のほうの調整会議での意見をごらんいただきますと、一番右の欄の三つ目のポツについて、地域の患者について、圏域における急性期から慢性期の連携で、看取りまで含めて考えられるシステムが大事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5、19ページ、こちらについては、

今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。資料を5枚ほどちょっとおめくりいただきまして、最後のページ、24ページをらんください。

これは24ページ、地域の課題一覧というものにつきましては、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ものとなりますので、後ほどご確認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。ダブルクリップで別とじになっているものをごらんください。

地域医療調整会議では、圏域ごと、あるいは区市町村ごとの在宅に関する詳細なデータがほしいとのご要望を多数いただきました。そのため、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、区市町村ごとにまとめた資料をご用意いたしました。

このほか、各区市町村や各関係団体の取組状況、また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結果をおつけしております。

資料については、事前に送付をしておりますので、詳細な説明は省略させていただきますが、参考資料の上につけております参考資料の内容についてというものが、参考資料をそれぞれ簡単にまとめた内容になりますので、ご確認いただきながらごらん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、各市の状況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、意見交換の際に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、資料に関する説明は以上となります。

○吉野座長 ご説明ありがとうございます。

今回初めての会でありますので、本ワーキング、現状、課題の共有認識を図ることが大きな目的の一つでございます。何かを決めたりとか、結論を出さなければいけない場ではございません。さまざまな立場からさまざまなご意見がぜひ出せればと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。

それでは、意見交換テーマの一つ目なんですけども、在宅療養に関する地域の現状・課題等について、そちらで今説明があったいろいろなアンケートの内容とかもあるんですが、それについてのご意見を頂戴いたしたいと思いますが、いかがでしょうか。

先生お願いします。

○増田委員 北区の増田です。誰か話さないと、誰も話しづらいと思うので、口火を切らせていただきます。

やっぱり在宅をこれだけこれからふやすとなると、医師会の中でも在宅をやってくれる先生をふやそうということになってはいるんですけど、実際に普通に外来をやっている先生で、在宅をふやすとなるとキャパシティ的にも時間的にそんなに数がやっぱりふえそうもないんですね。新規開業の先生で在宅だけやられる先生というのが、開業されることがあるんですけど、全然医師会に入られないのですね。

こう、区内の状況を見ると、医師会に入られない在宅専門の先生が、在宅専門ですので、外来はやってませんで、かなり数を見ていただいているのと、あとやっぱり東京都の特徴として近隣の自治体、隣の区と隣の区のちょっとチェーン的が多いかなと、僕らから見ると、大手というような在宅医療を中心にやってるグループから入ってくるとなると、医師会とは全く無関係の組織でやることになるので、医師会としてはもうコントロールできないです。その辺で例えば東京都とか、もうちょっと大きなくくりで、医師

会がやったらいいけど、医師会から何も言えないとなってしまいますので、東京都とか大きなくくりでコントロールしていただく必要が出てくるのかなと思うんですけど、その辺がどうかということが1点と、あとこれだけ数をふやすとなると、どのタイプをふやすということを東京都のほうでは、どのタイプというのは要するに、開業の普通に外来をやっている地域のクリニックの先生に在宅をふやしていただきたいのか、それとも在宅の専門のクリニックをふやしていただきたい。あともうちょっと効率よくチェーン化して、大手の企業なりの参入なり、大手の病院グループの参入なりで、そういう意味では聞きたいのかと。これだけ数をドラスティックにふやすとなると、何かしらちょっとビジョンが必要だと思うんです。その辺、東京都としてはどのようなお考えかをちょっとお聞きしたいんですけどね。

○吉野座長 どうでしょうか。

○久村地域医療担当課長 このことについて、実は先生方はどのように考えていらっしゃるのかというのをいろいろご意見いただきたいというのが、この会の趣旨ではございますが、東京都のということでございますので、まずはこれはやはり東京都、それから具体的に言うと、実施主体、基本的には各区市町村さんというのがございますので、役割分担の中で、また地域の実情に応じて進めていただくというふうな形になろうかと思えます。

なので、例えばどういうふうな構成で供給のほうを整備していくかというのもこれはそれぞれ地域ごとの特性を踏まえてというふうなことになると思いますので、東京都のほうは、ある程度お出しできるようなデータについては、提示させていただきながら、区市町村さんのほうで、東京都はマクロからいく、それぞれの区市町村さんはミクロのほうからつり上げるみたいな形で、役割分担の中でそういった仕組みづくり、絵柄を描いていくのかなというふうには考えているところではございます。

ただ、区市町村さんに頼るとは言うのですが、区市町村さんに押しつけるものでは全然なくて、東京都一つで役割分担という形で進めていきたいというふうには考えております。

○吉野座長 ありがとうございます。今先生おっしゃったことを、板橋区でもとてもいろいろ問題になっているというか、僕ら医師会の立場でどうしても考えちゃうので、医師会に入ってなくて在宅をやっている先生方の考えとか、それをあんまり直接聞く機会がない話題ですよ。そうするといろんな問題が今後も出てくるのは、全然あるかなと思って、この辺が何かちょっと解決が見いだせないかなというふうに私も考えているところなんですけども、ほかにご意見のある方。先生どうぞ。

○山口委員 北区の病院代表として来ました宮崎ですが、東京北医療センターでの宮崎です。

今、増田先生からお話がありましたこととちょっと関連するんですけど、在宅のそれぞれの先生方ですね、医療の資質といいたいでしょうか、どの辺まで担保できるかというのがやっぱりそれぞれ違うように、私病院なので、幾つかの在宅とかの先生方ともお話をさせてもらうんですけど、ある程度の治療はできるというところもありますし、やはり先ほども、ちょっと意見の場でも出ましたように、在宅でできることは限られるというふうにされる先生もいらっしゃいますし、この間も都の研修会などで、もうやはり意外と病院の医師、特に若い医師は、在宅でどれぐらい医療ができるのかということを知らないというふうな在宅側の先生からの話がありまして、ただ逆に言うと、ちょっと難しいという先生方もいらっしゃいますし、やはり一くりに在宅というところでくくっているのかなと、最近私ちょっと思っております。やはり情報を、どれぐらいのところまで

できるのかという、情報をやっぱり共有と集約ということが絶対必要だと思いますが、確かにこれは医師会と離れていらっしゃる先生方が多いとなりますと、病院としても、交互に情報を入れるしかないので、非常に難しいので何かまとめるところがあつたらいいかなというふうに思っておりますのと。

今の話と全然変わるんですけど、地域医療構想の調整会議の区西北部の特徴というのは、やはりいつも出ますように、かなり大きな、人口が190何万という、一番大きい区でございます、その中で、一くりにまとめようというのは、なかなかいつも難しいんじゃないかというふうに思っております、やはり先ほどお話しした在宅の隣の先生の情報なども含めて考えますと、区西北部というくくりで考えるのは、ちょっと難し過ぎじゃないかと思います。やはり顔の見える関係といいたいまいしょうか、やはり少なくとも、まずは北区なら北区、行政、医師会で病院というふうなくくりで、まずは入ってこれるんじゃないかなと私は思っております。

○吉野座長 山口先生、お願いします。

○山口委員 豊島病院の山口です。

今、宮崎先生からお話があつたようにこれやっぱり、ちょっとくくりが大きいので、各区でのディスカッションだけで、こういう大きな会で話すというほうが、必ずしも進めやすいのかなという意見です。これは地域医療構想も調整会議もそうでしたけれども、この六つの具体的に関しても各区の特性が相当ありますので、それを踏まえての意見は各区でも分科会的な話をした上で、こういう行政報告として全体会議というのですほうが、意見がより出やすいのかなという意見です。

あともう一つ、在宅に関しまして、いわゆるがんの患者さんと非がんの患者さん。脳卒中、ほかの在宅に入る方と、これは当然タイムスパンも違うという話を聞いております。そうしますと、実際に在宅患者さんを扱うという中で、がんの患者さんを扱う場合と胃がんの患者さんを扱う場合と少し、恐らく在宅の先生方の対応が変わってくるんじゃないかということです。

その辺で、そういう対象患者さんによる機能分化、在宅のほうの機能分化的なものが必要なのか、あるいはそういう考えは、むしろ地域としてのがんなども病院が扱うというスタンスを取っているのか、むしろ在宅の先生方のスタンスがどうなのかということも重要になってくるんじゃないかと思います。

ですから、その辺は、場合によっては、がん・非がんを分けて考えるということも必要になってくるんじゃないかというふうに思います。

○吉野座長 ありがとうございます。がん、非がんの本当に先生のおっしゃるとおりで、実は僕の話をしちゃってあれなんですけど、開業したときに、がんの方を何でも引き受けていて、在宅でやっていた、がんの患者さんを引き受けると、一人診療所でやっていると、こちら疲弊していくのが目に見えてわかって、やっぱりそういったがんの診療に当たって、それは余り自分としては、もともと神経内科でやっていますので、シカリョウが集まってくると、非がんの方はひとりで減って行って、何かそういうふうな形でくくりができてくるので、やっぱりそういう数学というか、がんの方の話があつたら、やっぱりグループでやっている方のところを紹介したりとか、いろんな施策をやっておりますけども、とてもおっしゃることは自分らの実感としてあります。

ほかにご意見はいかがでしょうか。

○齋藤委員 練馬区病院代表の齋藤と申します。

今山口先生と一緒にですね。がん、非がんのお話ですけど、多分地域でも非常に課題としてあります。練馬区は数を見ても、在宅の患者さんが、病院数が多い割にはちょっと

多分在宅をやっている先生は少ない、医療資源が少ないとなると、患者さんは基本的に地域に帰ってきてますので、そうすると、現実問題、非がんの方、がんの方というふうに分けるのは、これは医師会レベルでは多分難しいと思う。むしろがん専門なんかでやっているところは、非常に区からすると外診という感じで、外から入ってきた方だと、診療所それこそ診療専門、がん専門の診療所とか、確かに広域的にはやっておられるのですが、彼らは地域の実情を余り把握してないと。

そうすると、先ほどの先生が言われたように、医師会としては、やっぱり地域の状況はわかっていて、地域の中でやっぱり最後まで満足してというのを入れているとなると、余り完全に区別するというのは、非常に難しく、現実問題練馬区の在宅の先生方は、がんの患者さんを非がんの先生がケアしています。

ただ、もちろん中身が違うので、がんはやっぱり早い。特に最近はぎりぎりまで抗がん剤治療されたりもしますので、在宅に帰ってから非常に早くて1週間もなくて亡くなってしまうということもあるので、非常に短い時間の間にきちっと診てもらって・・使わなきゃいけない。そうすると、確かに医療資源とか人材はいつも確定しなければいけないんですけども、かといって、完全に区別していると、地域に帰れないというふうになるんですね。

なので、確かに地域によって大分違うと思うんですけども、相当その辺は考えながら物事をやらなきゃいけないというのと、練馬区に関してはそもそも医師が少ない。どうしても外診というか、往診専門のクリニックがいっぱい入ってきて、そこがすごい支援が続くと、・・まず医師会に入らないクリニックが多いので、お互い何を診るかわからないということになるんですね。大きいところは、区外から、例えば墨田区から練馬区の病院にいらっしゃる。ケアマネジャーさんと墨田区が、墨田区で紹介するという過程があるのですが、ケアマネジャーとかなりコミュニケーション取らなければならないのですが、そっちももうちょっと・・いて、地域の医療とか、そういう問題ではなく、ただ往診をするかしないかという、そういうレベルの話になっていて、何かちょっと本体の在宅医療とは本質的に違うところで動くように思います。

地域包括ケアはなかなか学区でやりましょうとなっていて、もう少し地域のスタッフがかかわるような形で、何か仕組みをつくらないと、何となくというようなことになってしまう。

○吉野座長 先生、どうもありがとうございます。

板橋区の山田先生が、がんの患者さんの緩和ケアについて在宅医療の連携をかなり進んでやっておられると聞きますけど、先生のほうからは一言いただけませんか。

○山田委員 私は以前、目黒区でちょっと在宅医をしておりますので、明らかに非がんととがんとでは大きく違うと思うんですね。

先生おっしゃるとおり、がんの患者さんを全員診てたら、とてもやっていられないというか、はっきり言ってクレームも多いでしょうし、24時間オーケーといっても、じゃ病院へ行ってくれというと、それだけで何だってだというがん患者さんもいらっしゃいますし、あと搬入する時期が非常に短い。往診、各ドクターのスキルが、おうちでできれば、いろいろあるとは言え、そのドクターの技量に非常に左右されていますし、要するに、がんと非がん、本来地域で診る人を分けるべきではないと思うんですけども、やっぱりある意味違うものではないかなと、このがんにもそれぞれの違いはあります。外来の先生方でも違いますけど。

そうしたことを踏まえて、板橋区で今、多職種連携の緩和ケアをやっているんですが、がんの患者さんについては、何があっても24時間受けられる体制をつくらうというこ

とでやっていました。

ですので、そうした取組をこの辺の関係団体である程度できているとは思いますが、いかにせん緩和ケア医療の地域の差のばらつきが非常に大きいという。これは一般化できません。これの取組としては、関係病棟でがんの患者さんをなるべく緊急でも受け入れたいと。

ただ、キャパシティーにも限界がありまして、今回何も相談に来てない、全く初めての、ほかの病院でしっかり主治医がいて診ている方が、お家で急にぐあいが悪くなって、いきなり関係病棟に緊急で入院させてくれといっても、それはキャパシティーの問題で難しい。

そう考えますと、やっぱり医者スキルになってしまいうんですけど、基本的な症状カンファレンスは難しいものではありませんので、ちょっと病院の話になっちゃいますけれども、私の持論としては、緊急でも受け入れを、とはいっても、舌がん、乳がんの患者さんの緩和というくりであれば、内科のうちの先生にとりあえず受けてくださって、この辺で何とかできますが、簡単な疼痛コントロールがとりあえず皆さんでできるようになっていただいて、それで、この・・・であればどんな病院でも基本的なことはまずやって、それで専門的なことについては、連携で、電話でも何でも相談できるような形にすれば、かなりそのキャパシティーというものが、全体的に上がるんじゃないかなと思っています。これも関係のレベルだけでお話しするものではありません。

すみません、ちょっと話が飛んでしまいましたが、基本的な症状緩和のスキルについては、科を飛ぶものではないということをお願いいたします。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。ほかにご意見いただけますでしょうか。

○中本委員 今一番問題になっているのは、やはりがん患者への取組だと思わうんですけど、これも、全ての医療・・・皆さん大変高齢になって、今まではがん患者を診ていけば最終的には・・・、そういうところでどこまで患者さんの・・・だとは思わうんですけど、先ほど言った、舌がん患者、がん患者ではない、・・・人ができるだけ最後まで家にいたいといったときに、じゃあどうするのかという、そういう問題だと思わうんです。

だから、そうすると、ある程度のところで垣根は設けられる、全ての患者を含むことはないと思わうんです。例えば在宅にしても、基本は、やはり開業している先生方は、ほかの患者さんとゆっくり・・・。ただ、忙し過ぎて、人気のあるところはもうここだけで到底できない。そういう人が断ると、大体周りから・・・在宅医の専門ということでやっておられる方、いっぱいいらっしゃると思うので、ただ、全てが全てという格好の線引きするのは物すごく難しいと思わうんです。

やはり基本は医師会側による、例えば・・・の中で医療会議というのがあるって、そのうちのまとめるまとめをやってれば一番いいなと思わうんですけど、だから、どうかって、基本的には、だから医療じゃない、もう最終的な終末期の高齢者を診るのは、どうするかということが大事になってくるのかなと思っています。

病気だとか、難しい病気というのは難病のところであられるし、治るがんはこれからどんどん治していくわけです。治らないのを今言っているわけですから。だから、そういうことでやはりある程度の何というか、柔軟性をもって対応していただきたいなと思います。

例えば病院でなくても、私老健のほうでも診てますけれども、じゃあどうということかということ、ご飯食べられるということで、少し元気つけてあげたい。それから個人的にちょっと、少しだけご飯をみんなでとろうよということ、そういうふうにならう方と、

いろいろですね。

だから、周りで面倒を見られなくて、そのレスパイトが生じるわけですね。だから、そういう人をどうするんですかといったときに、じゃ病院じゃなくて、これはもう全ての地域の医療資源をうまく整合性をとっていける、誰か、やはりそれはケアマネかもしれない、介護だったら。医師会の中でそういう調整ができるといいのかなと思います。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。

ケアマネの立場からちょっと。

○今村委員 ありがとうございます。ケアマネジャーを代表いたしまして、職労団体であります東京都介護支援専門員研究協議会の今村と申します。

ふだんは練馬区にあります居宅介護支援事業所で仕事をしておりまして、私もがんりのケースあるいは在宅診療、お世話になっている先生方がたくさんいらっしゃいますし、いつもお世話になっております。

今、在宅のことで、中本先生のほうからいろいろ、相談対応・・・というお話がありまして、私も現場でやっていて、まさにそのように感じております。

私たち、齋藤先生からお話ありましたけれども、ケアマネジャーがどういうふうに通問診療医を探していくのか、幾つかパターンがあるかと思えます。

一つは、入院している病院のソーシャルワーカー、医療職の方と一緒に考えながら、おうちに帰ってくるに当たって、この先生にお願いしたらいいのではないかというようなケースが一つあるかと思えます。また、それ以外でも地域包括支援センターにもそういう相談窓口がありますので、そういうところにこういう患者さんを知っている先生はいらっしゃるかどうか、そういうことを相談することもできます。

あと私たちケアマネジャーのほうも、練馬区内ですけども、今部会清水座長さんでいらっしゃいますけれども、区のほうで顔の見える関係づくりということで、もう3、4年になりますでしょうか。医師会の先生、あるいは介護サービス事業所のケアマネジャー、そういう人を集めて、各圏域ごとにこういう顔の見える交換会、あとは支援検討会、そういうことを行っている中で、少しずつですけども、医療の方とケアマネジャーとが話ができるような感じになっている。そういうところから、またそういう相談先というところができていくのかなということになっております。

ただ、今、日本の文化という中で、ケアマネジャーの地位というのは、私も区のほうの会議などに出させていただいてますけれども、なかなかケアマネジャーの力というところは、もっと頑張るというその期待は大きいんですけども、なかなかそこまでの力が、例えば練馬区600人、ケアマネジャーがいますけれども、その全てがスキルを持ってしっかりと区民の方に対応できるかというところ、やっぱりちょっと心配なところがありますけれども、それでもやっぱり皆様方と一緒に力を合わせながらやっていく、そのために力を出していかなければいけない、そういうふうには感じております。

できるのであれば、そういうコーディネート役というところは、ケアマネジャー、あるいは先生方と相談しながらやっていく、あるいは必要な場合は、もしかしたら公平でやっぱり訪問看護師かもしれないし、そのチームとしてどこが適している、コーディネーターであるか、そういうところを風通しのよい関係で、探り合える、そういうチームをつくりながら患者さんの在宅医療をサポート・支援していく、そんなことを私たちケアマネジャーのほうは考えております。

○吉野座長 ありがとうございます。結局連携という点でのお話とかもなってますし、連携も各地域地域でいろいろな問題というものを含めて議論しないといけないと思うんで

すけども、どうでしょう、この点についてとか、ほかにございますでしょうか。

○高田委員 歯科医師会を代表して、豊島区歯科医師会の高田と申します。

歯科は、先ほどのことにも関係して、訪問専門のようところが他区から入り込んでというのが、当然歯科医師会にも入っていないので、何をしているのかわからないというのが実情なんです。

やはりこのような地域包括ケアシステムということで、先ほどお話がありましたけれども、中学校圏域の中でみんなで支えていこうという中で、何をやっているかわからない人がいるというのは、非常にやはり我々としても不安というか、本当に何をしているんだという話です。結局手に負えなくなって放り出されちゃって、後始末を我々がしなきゃいけないというのが結構多い。

豊島区の場合は、口腔保健センターというのが1カ所ありまして、そこが一応在宅については、ワンストップで対応できるような形をとっていますので、歯科といっても入れ歯が得意な人とシュ・・が得意な人でそれぞれ得意分野がありますので、簡単な情報をセンターで一括できると、うちの会員の情報は大体ここで把握しますので、エリアと主訴に合わせて、この先生はいいんじゃないというところで紹介したり、一緒にやったりはしていますけども、区西北部は北区、台東、練馬、豊島全て口腔保健センターがあるんですね。本当はここがそのようなワンストップで歯科医、口腔に関する部分には、対応できるようになると非常にいいのかなというふうに思っています。

豊島区は結構進んでいるのですが、ちょっとほかのところのセンターが、もともと障害者歯科診療で始めたところが多いので、まだ在宅に対して対応してはいないので、ぜひそのようなところを利用していただけるといいのかなというふうに思っています。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。

豊島の連携は、ICTを使ってたというのが、ちょっと画期的な話なので、これは土屋先生のお話を一つ聞かせていただきたいなと思います。

○土屋委員 ICTについては、振られたら話そうと思ってたんですけど、豊島区ではそういったICTを用いた連携というのは、比較的うまくいっているかなとは思ってはいるんですけども、やっぱり導入しただけでは、うまくいかないということもしばしば聞かれるような話で、やっぱり顔が見える連携がということだと思いますし、先ほど高田先生がおっしゃったように、地域包括ケアシステムということからすると、比較的小さ目なエリアでも顔が見える連携というのは、難しくなってくるのかなという気がします。

そういった中で、もうこれも高田先生の話の中でありましたけど、往診専門で医師会とか歯科医師会に入っていない在宅専門医が行くと、そういう人たちが何をやってるかわからないというような状況が、そのエリアで起きているというのは、非常に問題じゃないかなという気がします。

ちょっと僕の話で申しわけないんですけど、すぐ近くの患者さんが、板橋区との区境の近くにいるんですけど、ケアマネさんから、今度この患者さんが訪問診療をやることになったので紹介状を書いてくださいという、僕も訪問診療をやっているのに、そのことを全く知らない。隣の区はどういう方が来られるのか、そういうことを全く知らないでやられるというようなことがあって、そういった、さっきは地域包括ケアシステムといいましたが、実は区境を越えたところでも、そういった情報共有とか、情報提供といったものがうまくいってないんだなということを感じさせられたわけがあります。

それがよほど情報がうまく伝わってないなという例なんですけど、もう一つほかの話なんですけど、例えば病院から退院してくるときに、例えばリハビリの病院のところへ帰

しちゃうと、もともと急性期の病院だと、かかりつけ医が誰だかわからなくなっちゃって、違う先生の、在宅の専門の先生のところに行っちゃうわけですよというようなことがあるという話を聞いたことがあります。

それというのは、やっぱり情報がきっちり伝わってないことが問題になってくる、縦の情報共有がうまくいってないということは思っているんですけど、そういった問題もあるのかなと思います。

そういったところに、地域の中で何をやっているかわからない人がいるということ、必ず情報の分断が起きるので、そういったところをうまく取り込んでいかなきゃいけないだろうなというふうに、そういうふうを感じているところでもあります。

あとちょっとほかの話になりますが、先ほどがんと非がんの話もありましたが、そういったことで言うと、やっぱりがんだけじゃなくて、専門的なところで言うと、例えば山口先生がいらっしゃる神経内科でもそうでしょうし、心不全もかなり思い切ったことをやっている在宅の先生もいらっしゃいますし、そういった専門的なことになると、かかりつけ医じゃ対応できないということがあります。その専門性の高さを生かしたとこと、かかりつけ地域でやっていく先生と、そういったところの協力体制をつくって一緒に診ていけるような体制というのができると、例えば、非がんとがんを分けなきゃいけないだとか、そういったところも含めてですけど、何か解決策が見れるんじゃないかな。

例えば、さっき言った専門医といわれてる先生たちというのも、何かシステムなり、例えばそれでなかったら夜間とか、どこか診てくれるとかでもいいんですけど、そういった先生たちとかかりつけ医の先生たちが協力し合うというのが何かいい解決策にはならないかなというような気がしました。

そういった情報を伝え合うという意味で、ICTはその一つのツールであればいいのかなというふうに思っているんですけど、そういったツールがうまく使えないと、やっぱり情報提供、情報共有もうまくいきにくいというところもあるので、そこは何か区境を超えられるような形でのICTのうまい利用方法というのをやっぱり考えていくべきなんだろうなという気がしています。

- 吉野座長 ちょっと聞いたんですが、先生のICTを使ったシステムを今、いろんな医療費設定、うらやましいなと思うんですけど、ちょっと横山先生がICTを使ってやっているというのはお聞きしたので、先生はどう考えてますでしょうか。
- 横山委員 北区医師会、在宅療法士をしております横山でございます。

区西北部に区切って始めたんですが、北区は非常に豊島区と構成が似ているほうでして、400床以上も1個あるんですが、そんな大きな病院はないですし、非常に高齢化が進んでいて、絶滅するとまではいきませんが、非常に余り医療環境的にすぐれてないようだといわれている。非常にこちらに來ている介護医療連携担当推進課課長の小宮山さんが一生懸命やってくれて、かなり多職種の連携がうまく取れてきていると思います。

北区のニーズに今後の構成を調べてきたんですけども、恐らく他区と比較すると、多分今の北区人数構成というのは、大体2030年ぐらいの構成なんです。だから、北区としては、2025年問題に対しては、今のシステムにいかにかうまく対応させていくかということがちょうど問題になっていて、次のテーマになってくるんですけど、地域と病院の連携がどうなっているのかということが非常に個人的にも興味があって、次のきょうに限らず、話題になるんですけど、いま一つ一つの病院を私が尋ねて行って、いわゆる退院支援担当の人といろいろお話をするんですけども、恐ろしいぐらい、退院支援

をやっている方というのは、病院間の横のつながりがないんだなということが恐ろしいぐらいわかって、例えば退院の支援シートですとか、ケアカンファレンスのあり方ですとか、そういったものを全く考え方が一つとっても違ってくるので、もちろん我々在宅医療でやっている医師も含めてなんですけども、やっぱりなかなか病院の中では見えないので、なかなか病院の中を積極的に在宅医療を見る必要があるんじゃないかな。

ただ、ただ連携ができてない、どこにいったかわからないというだけではなくて、病院の中のシステムがどうあって、どういうふうに動いているのかということも少し今後は区内の在宅の先生方に情報を提示していければいいかなというふうには今感じています。

- 吉野座長 ありがとうございます。とても今の横山先生の意見、大きなお話、全体にあります。何かご質問というのがありましたら、次の意見交換の時間もございますので、そちらでご発言いただけたらと思います。

一応テーマとしては、次のお話、ちょうど山口先生振られました病院の中のお話が出ましたが、地域と病院の連携についてということで、ちょっとテーマを変えさせていただき、それからまた、在宅のものと話に戻っていただいたりという、一応のテーマとして変わった感じで整理いただきたいなと思うんですけども、入院時の連携とか、急変時・病状変化時の受け入れ（後方支援病床）とかありますけど、先ほどの東京都からの説明の中で、事前の構想地域各位の退院支援における地域と病院の連携の重要性、その地域と病院の相互理解の必要性があるということに関して在宅療養に倣ってという形になるかということで、いろいろなご意見が対応としてあげられているということだと思うんですけども、本圏域における病院と地域についての取組状況、課題だと感じておられているとか、今後の方向性とかいうところからちょっとお話しいただければと思うんですが、いかがでしょうか。

- 山口委員 私自身はかなり今まで在宅のことをよく知らないということで、理論をいろいろ勉強したいということで、在宅の会に出たりしておりましたけれども、基本的に宮崎先生がおっしゃったように、病院のときからは在宅でどこまでできるかということに関して、そういう知識が欠けているというのが現状だと思います。そこをそういう意味では、まず内部、病院内のコンサルに在宅をどこまでできるか、今の在宅をどこまでできるかということをしっかり計画するということが必要になると思っています。

実際に院内でも何回か先生に来ていただく、よく講演会をいたしますけども、関心を持ってくれる先生は実は少なく、こちらがしてほしいと思ってもなかなかドクターのほうはまだ出てこないという現状なんですね。

でももう一つは、逆にそういう現状を最近の先生に知っていただくというのも大事なことです。相互にお互いを知り合うということ、時間がかかるかもしれませんが。これをやらないとうまくいかないだろうというふうに思います。

入退院支援という形でかなりどんどん力を入れていただいて、病院の中でも入院時から退院されるような問題が出てきてますけども、そうは言いながら、ドクターのほうで認識がないんです。在宅でどこまでいくかというような認識がないと、やっぱりこれは療養に行ったほうがいい、結構あっさり決めちゃうんですね。そういうふうにもう決めてしまって家族と話しちゃうと、そこから後で、在宅に戻すのは非常に難しいので、つまり入退院時から、入院時からできれば在宅の先生にかかわる、ご紹介いただいて先生方に頼みならまた在宅に戻すという流れをどうしてもつくといいなと思っています。

- りがとうございます。僕もお話を豊島でさせていただいて、実は病院の先生、先生が多くとっていただいた授業があるんですけども、若い先生結構・・・いいですけどね。ただそ

ういうところに目がいかないんじゃないかと思うので。

- 山口委員　そこまで関心をまだ持てないというのも事実なんですけど。
- 吉野座長　そうです。それを自分がアピールしていなくても、今のことを考えると、在宅、それ何という感じであったのは間違いないので、そこまで在宅、在宅という形になってくると、本当に在宅するときも・・・ことなので、そういう意味では、それがいろいろな範囲がそこが違ってくるのかなというような話なんですけども、ただ我々がどうあるべきかということ、なかなか我々の地域のがんの・・・して仕事をしているとそれは難しい部分があって、板橋区で診たら、病院の相談室というところで、一応病状在宅医の医療を上の方からのご相談があればという形でやってはいるんですけども、なかなかそれもきちんとしていきづらいなのがあるのです。
- 山口委員　院内でチャンスをつくるんです。機会をつくるんですけど、先ほど言ったように申し出がないというのも現実で、何か相互交流、相互理解を深めたいとは思ってます。また院内で募集するんですね。
- 吉野座長　そうですね。何かアイデアのある先生、またはご意見のある先生おられましたらお願いします。
- 齋藤委員　練馬区、齋藤ですけど、二つあって、一つは若い先生が非常に在宅医療に意識がないということがあるんですけど、・・・別に地域医療研修で初期研修をやっていますけど、そうすると必ず在宅が出るんですね。そうすると、主に福祉医療の在宅をやっている先生方って、急性期がどうなるか全くご存じないですよ、どうなるか、それを現実を見せてこうなっていくんだよ、ここまで来て、絶対カルチャーショックを受けて帰られたので、研修というところにやっぱり組織的に取組むと、地域医療を見せる研修、豊島区さんとかは、結構やっていて、そういう初期研修とか、なかなか専門医制度が始まる、じゃあその先生たちがそれを結構・・・初期研修ですが、いろんなバリエーションがあるので、そこをもっと医師会とか、行政もかかわってくると思うんですけども、積極的に見せるということをやらないといけないかなと思っているんですね。意外とそういう機会というのは、余り他区には多くなくて、地域医療研修といってもただか一つとかそんなものなんで、でもその中に医療種別に見せるというのは大事なのかなと。

あともう一つは、地域と病院の連携ということで、今の話、練馬区でも、清水課長もいらっしゃるので、練馬区ではコーディネート事業という形で、行政の方から予算をいただいて、医師会として各急性期病院に在宅の方の救急を受け入れの病床を確保するというをやっている、多職種連携ということで、そういうことによってレスパイトでちょっとした急変の場合だとか、地域の中で、地域で生まれて地域へ帰るというような方についてはかなりいいタイミングで、連携ができるかと。結構そういうことをしないと、例えば練馬区の場合は、練馬に順天堂医学病院さんのような高度急性期の病院へ、行く必要のない人が行ってしまふ。大抵高度急性期の救急と全く医療が違った方なので、練馬区はそういうところによって、比較的まあまあうまくいきはじめているのかなという、事例についてご報告いたしました。

- 吉野座長　ありがとうございます。
- ここもアンケートのところに練馬区は、以前と比較して入院医療機関と連携が取りやすく受け入れ体制も充実してきたという項目があるので、そちらはちょっと行政の方から教えていただけたらと思うんですけども。
- 清水委員　行政で初めて発言しますけれども、皆様の話を伺っていると色々な課題があるなと思って聞いているのですが、ちょっと練馬区の状況からまず申し上げると、人

口が728,500人を越えまして、鳥取県と高知県よりも人口が多いと。そういった中で、日常生活圏域として約20万人の人口の規模を抱える中で、その中でまず医療介護連携を図っていくと、なかなか地域包括ケアシステムというところでいったら中学校区でやったら非常に難しい。34校ありますので。まずは医療地域のところでは我々の取組で、先ほど今村さんからもあったような、さまざまな多種連携検討会だったり訪問看護と病院看護師の意見交換などの場をお互いに行き来する研修は3回目になっております。

病院との連携という観点では、昨年から退院連携支援事業というのを2年間で490になりまして、ようやく今、成果がまとまりつつあるんですが、先ほど申し上げた4圏域の中の、まずは一般急性期病院。病床が多いということは先ほど申し上げたんですけども、この方と地域の医療職・介護職の方々とも、どういったことが課題なのか、入退院連携の課題何かというのもございました。もともとは、練馬区版の退院連携のシステムみたいなものができればいいかなと思ったんですが、やはり検討してまいりますと、さまざまな医療相談室なんかのあり方であるとか、介護側からの書類の提出の行き先だとか、それぞれの病院でやっぱり文化が全然違う。なので、そのまずは四つの病院を医療連携・入退院連携を含めたのはどういったものがありようなのかというのを周知、情報共有していくことが大切だろうということで、今、そのようなまとめをしているところでございます。

あと、先ほど来医師会に入らない先生方もいらっしゃって確かに練馬区でも多ございますけれども、今後地域包括ケアシステムの確立には、在宅をやっていない外来、元気なうちはかかりつけの先生がいらっしゃって、その方が急性期で例えば脳卒中で救急病院に運ばれて輸送されて、それが在宅のほうになりますということから、外来医と病院の先生とあと在宅の先生が相互理解を深めることが大変重要なかなと思います。事例検討会等でやりますと、介護系の方は本当にたくさんの方がいらっしゃるんですが、なかなかお医者様の参加が少ないといった課題があるので、これの相互理解というのを進めるのが重要なかなと思います。

- 吉野座長 それのことで、中小の病院との連携というのは、行政のほうから連携をこういうふうにとろうという方向を取られたという形ですか。
- 清水委員 我々のほうからサジェスションさせていただいて、順天堂大学病院が400床と、練馬光が丘病院で342床と・・・で24床。それと練馬総合病院、224床。四つの病院の中の方々とそれぞれ地域の介護職、これらを含めて現場職を含めた意見交換というのを私どものほうからサジェスションさせていただいて連携としてなっています。
- 吉野座長 練馬区はそんなに、順天堂は別にしても大きな病院がないイメージなので、要は板橋だったら大学病院が二つに都立が二つにという形で大きな病院があって、それらとのツールの連携は、一応医師会としては連携のカードを持ったりとかしているんですけど、どうしても中小の病院さんとの連携というのが、ここの中でも・・・という気がするので、その練馬区の取組、とても何か、ちょっとサジェスションを持っていただくような形に思えてならないので。ただ、行政のほうがというふうになってくると、行政のほう板橋のほうというのはいかがでしょうか。
- 新部委員 板橋は練馬さんがやられているようなことはちょっとやってはおりません。在宅医療推進委員会という形で医師会の先生とか介護の担当する方とか、そういう方が集まって意見交換する会議がございます。ただ、これもやはり年1回ぐらいの回数でございまして、その中で1日2時間の中で何ができるのか、何が話し合えるのかという

と、前年度実績の報告と課題、それぐらいで終わっちゃうような現状でございます。

実際には、板橋の場合はここで言いますと、このことになりますけれども、後方支援は21年から始めております。医師会の病院のほうに1年度・・させていただいています。病院相談室のことは24年、国のほうの補助金を使って医師会さんのほうでやっていただいた。25年からは東京都のほうの補助金。28年からは制度が変わって、ここからは委託をして、そのときにも東京から板橋のほうに十分の十でお金をもらっているんですが、こういう場でなかなか行政のシステムをちょっとというのはなかなかつらいんですけども、財政担当の部局と話す中で、後方支援病床1床なんです。365日ある中で、365日使っていただいています。98%ぐらいの回転率なんです。これってすごいことだと思うんです。医師会さんにご協力いただいているんですが。ここの病床を例えば、二つ目がほしいということでも、やっぱり区の財政部局とそういう話をする中では、東京都さんのほうの補助金もこれがあるんですが頭打ちがあって、2床目はもう完全に区の負担金になるような形でございます。

相談室のほうも十分の十で東京都の補助で始まっているんですけども、3年ぐらいたつと2分の1か何かに落ちるといふふうにも聞いていますので、なかなかその辺行政のほうからでも厳しさはわかります。というのは、これに限らずほかにもまだ新たに始めなくちゃいけないこといっぱいありますので、そっちが先じゃないかという、取捨選択のところでかなり課題があるということでちょっと行政のジレンマでございます。

○吉野座長 ありがとうございます。

板橋区は置いて、医師会病院がありまして、僕もそのとおりでと思います。医師会病院はその病床確保事業が、私自身はとて、病院には出せないようないろんなジレンマを抱えた患者さん、医師会病院は、くれますのでその点はすごく助かっています。ただ、どうしても多少の問題がありますので、委員の先生方で医師会病院の現状をお伝えいただけますか。

○水野委員 板橋区の医師会の会長の水野ですが、医師会病院の現状ということでございます。ざっくり言いますと、大きな病院が板橋区内にはたくさん多ございまして、医師会病院もスタンスとして非常に今、・・だなということだと思うんです。これをどのように医師会病院が地域で補てんしていくかということが、今の一番のテーマではないかと思っています。

我々医師会員の医師にとっては、気軽に患者さんを受けていただく、あるいは昔からやっている患者さん登録制度、在宅もそうなんですけど、外来でも登録することも可能だと思うんですが、そういったことを今ではいろんな病院がやるようになってきている。医師会病院が昔からやっていたことを大きな病院もやるようになっていっているのが現状で、というのは裏を返せば、やっぱり魅力的なシステムはみんなどんどん取り入れていくということになっていくかと思います。その裏にはやはりDPC制度による保険診療のやり方。こういったものがかわってきて、患者さんにとってはより短期で入院も終わり在宅に帰る。これはいいことであるし、どこがいいかってなると、やはり名前であったり設備であったり新しさであったりということでも患者さんのほうから医療機関を選ぶといった中で医師会病院は耐震工事はしましたが、ちょっと建物も古くなって患者さんにとっては、板橋の高島平にある新しい病院と比べますと、やはりあちらに流れてしまうようなことがあったり、あとはやはり医師会病院の特性としては日本大学とのかかわり合いがございまして、それのかかわり合いを保ちつつ今後も運営をしていかなきゃならないというところもあります。いろんな問題がございましてけれども、ただ今まで板橋区医師会という中で、いろんな事業を展開する中で医師会病院は必ず一つのコマ

になっておりまして、役に立ってきているとは思っております。その辺の貢献度についてはやはり称賛してもいいのではないかと思いますし、先ほど板橋区から後方病院の物資を確保だとか、昔は未病ショートステイなども実はやっていたりしていた時期もあります。

いろんな意味で先進的な活躍はしてきたかと思えますけど、今となつては病院に板橋区内の大きな病院にいろんな機能を持ってくることによって、また新たな病院としてのスタンスを持ち続けなきゃいけないというのが医師会病院の形になるのではないかなと思っております。

皆様方のお話を実は来週の15日に調整会議の座長としてまとめなければならない立場にあるものですから、いろんなご意見を拝聴しておりましたが、最初に出てきたご意見で地域で考えていく。これがすごく、在宅の場合は特に重要でありますし、地域包括ケアシステムというシステムを根本の中で考えていく在宅療養ということになりますと、やはり患者さんの主体的なことを考えつつ、よりよい的確なことになりますけれど、医療を提供する形をつくっていかなければならないということはずさないでいくことが大事かと思えます。

ただ、その中には患者さんにも元気度合い、あるいは年齢、そういったことも加味しながらいろんな形で提供していくわけでございますので、簡単に線引きをすることは難しいかなと思っております。

先ほど、中本先生がおっしゃったんだと思うんですけど、そういう患者さんを現場で見ている先生方は、やはりそういうことを逐次考えますし、また外来でかかりつけ医としての役割をしている医師としては、ふだんからあなたはもう91になるけどどうするのか、そういう話をさせていただいたりしながら、患者さんの将来を、将来をというに変ですけど、どういう生き方をされていくかということをかかりつけ医として聞く役目があると思うし、そういうことをしていかなきゃならないかと思えます。

そういった情報をふだんから集めながら、また病気になったときに患者さんというのは気持ちが変わったりします。そういった情報を介護職の方からも得たりとかということも重要になってくるとは思いますし、そのときに痛みがあったときには緩和ケアとか、そういうこと等すぐに提供できるような知識を整える。そういった意味でも板橋区では少なくともいろんなことをやっていますけれども、いろんな病院の先生方の連携をさせていただきながら、うまくできている部分もありますし、また一部の先生方にはよく知っていただいている病院の機能であったり、あるいは逆に全くわからない病院では何をやっているかわからないという先生もおられると思えますし、逆に病院の先生方から見れば在宅の先生、介入している先生方、何しているかわからないという先生もおられるし、よくわかっている先生もおられる。そういった意味で、今の時点ではやっぱりこの、皆さんでどんどん、どんどん意見を出し合って、吸収し合いながらやっていく形が大事だと思いますし、今この時点での討論というのは、ゆくゆくはためになるころだと思っておりますし、10年後には恐らく、あの話が非常によかったということになっていきますので、皆様方にはどんどん忌憚のない話をさせていただいて、あとは各病院でやはりいろいろとお話をさせていただきながら、若い先生方がそういう気持ちをお持ちになられて、若い先生も年をとっていきますので、そういう先生になっていただくということが大事です。

あと、板橋区では地域医療研修を受けておりまして、在宅の患者さんを診てもらうチャンスも結構あるかと思うんですね。やはり先生によってはお年寄りを診るときにはやっぱり、ちょっとテンションが下がってしまう先生もおられるし、やっぱりお年寄りの

方を診ても、こうやろうああやろうって、将来こうしましょうとか、そういうように診る先生もおられるので、いろいろだと思います。これは、多分私が若いころもそうだったと思いますし、批難できることではないと思いますけれども、若い先生方が少なくとも、専門医を取らなきゃならないとか、そういったことにとりあえずは走ってしまうので、2年目の地域医療研修の中では、あそこに主眼が置けないという立場でおられるのかもしれない。いずれにしろ、何とか何度かそういった機会を地域で設けるためには医師会としてはそういった努力は惜しまないというふうに思っていますし、皆様方もそうだと思います。

以上でございます。

- 吉野座長 この年末年始に僕、自分こと勝手にすみません。元旦どうしようかということも思っていたときに、豊島のほうから封書が届きまして、何かあったときに豊島にまづ来ればあげていただいて、僕が5月から在宅で診ているちょっと気になる人だったので、リストをつくって送らせていただいて、休んでいる間、その2名の人に関しては何かあれば、豊島のほうへ行っていただければ大丈夫というふうに伝えさせていただいて、とても気が楽になって、ああいいなと思って、・・・いただければというふうに、少なくともその病院から紹介された方をそういう形でやりとりしていくという、これは多分連携のほうからのお話ですね。
- 柳田委員 先ほどの在宅とのつながりをどうするかという中で、そういう、特に年末年始とかそういうときに、開業の先生方、在宅の先生方がどうしても手薄になるときに、必要な場合にこちらにご紹介いただくというところで、そういうふうに、やはり情報がほしいので、QRを見たら豊島に来なさいっていえば、あらかじめ情報をいただいたことがあれば、非常にこちらとしてもきちんとした対応ができるということで、今年度内から始めて、最初は連休のときだけですけれど、今は一応それでいつでも診ていく形の対応を考えています。
- 吉野座長 あの発想はどちらから。
- 柳田委員 今までレスパイトとかはそういう形で行っていましたが、レスパイトというよりは、実際に困ったときに、困るのは必ずしも連休のときだけではないというのをある先生からお聞きして、それからは通年でやって構わないだろうと。もう一つは、やっぱりそういうときに病院のほうの受け皿は内科の先生になりますので、内科の先生の抵抗感が前に比べて、いろいろ話をしてお願いしていったときもありますけれども、その辺の敷居が大分下がってきたということで、通年で可能ですという。
- 吉野座長 ああいう取組が広がってくると、在宅をやっている何が一番嫌かという、在宅の問題としてやっぱり、休めないという。休みを取りづらいというのがあって、学会に行くのも一苦勞というのがあって、もちろん連休を取っている先生方もいるんですけども、病院さんはそういうバックでそういうふうな形でやっていただけるととても気持ちになる部分があって、そういうことがあると在宅続けれるのかなという、そういうふうになるのかもしれないので、引き続きいい取組としてやっていただけたらなと思います。
- 柳田委員 そのころ少し、豊島の大学の先生方も在宅に対する理解が少し進んだというところもあるかもしれません。
- 吉野座長 先生、宮崎先生。
- 宮崎委員 今の情報共有の件に関しましては、ICTを、横山先生を中心に北区で始めて、実際まだそんなに数は多くないんですけど、非常に情報の共有ができておりまして、これはぜひ推進していくべきなのかなというふうなことだと、本当に実感してい

ます。

○吉野座長 先生、よく言われることです、個人情報の絡みはどうなっていますか。

○横山委員 土屋先生が。

○土屋委員 これ以上パスできないのでちょっとあれですけど、僕の答えでいいのかどうか分からないですけど、基本的に僕の場合ですけど、在宅療養を始めるときには、同意書を持ってやっていく、その中でこの情報共有と情報提供は、例えば今までじゃあ何とか病院に情報提供するのに、個人情報出ちゃうけどいいですかなんてことをわざわざしなかったと思うんですけど、そういうところで情報は公開されるんじゃないかなというふうには思っています。そういった中で在宅療養をしている患者さんに対しては在宅療養を始めますよという同意書の中に、そのICTを使って情報共有をしますよという項目が含まれていて、その中で同意をいただいたところに関しては病院だったり、そういったところには情報提供という形ではやっています。

恐らく、例えばこのICTを使った連携の中で取り込まれる個人情報というのは、かなりクローズなところで行っていますので、例えばそれがメールを使ったりとかだとちょっとまずいんですけど、ファクスでもほかのところに誤送信するリスクもありますけど、大体ICTを使ったときの情報漏えいのリスクって、ファクスよりも若干下がります。というふうに言われているのと、クローズな環境で行われるのであれば、もちろんセキュリティーで閉ざされた環境で行われるのであれば、利用してもいいだろうというふうには言われているので、そこら辺の理解でいいのかなというふうに思います。

ただもう、事業所とか病院によってはかなり厳しいところもありますので。

○吉野座長 そうですね。ただ、思うのは、災害時に電話がつながらない、メールがつながらない、でもSNSだとつながるといって、前の大震災のときの話とかあったりとかしたので、患者さんの情報とか、そういうのって災害時のときに物すごく大きなリスクじゃないかなって最近思うんですけども。

○土屋委員 実は災害では、ICTやSNSとか、ああいうところはかなり強いつて言われている。熊本のときでもSNSで何が足りないとか、取りかかりにしましたし、非常に強いというふうに言われているので、それはあると思いますけれども。例えば東日本の前なんか、データを送るサーバーは院内に置いておけという話すらあったのに、今はもう外に出しておけという話になってきている。これはもう災害対策だと思います。

在宅医療における災害対策にクローズして、ICTを使っていくというような方向性はこれからどんどん出てくるのではないかなというふうに思いますね。その中で個人情報保護をこうしたらいいよ、例えば行政の方いらっしゃればあれですけど、行政の中だと個人情報をやっぱり出しにくいところがあって、行政だけで持っている個人情報というのは出てこない。医療だとか介護側に出てこないというのも、問題になってくるのかなとか、そういった個人情報に関してはここをある時期で、共通理解みたいなものが今後できてくるといいなというふうに思います。

○吉野座長 ありがとうございます。

活発な意見交換をどうもありがとうございました。そろそろお時間ですので、意見交換のほうを終わらせてたいと思いますが、よろしいでしょうか。最後に一言……。じゃあどうぞ。

○小宮川委員 すみません、最後に一言だけ、北区の小宮山でございます。先ほど横山先生からもお話がありました、実は多職種連携研修の中に、地域の開業の先生だけではなくて、病院の医師の先生も加わっていただきまして、そこで、グループ訪問がございませぬので、その中で経験をしていただくということが、一つ北区の中では仕組みとして

持っております。また、顔の見える連携会議という、練馬区さんのような地域の中で地区単位でやるものが、私どもは三つございまして、そこには病院にご協力いただきまして、その会場を貸していただいて、そこを無償で貸していただきまして、その会議室でやるということで、多くの介護・医療の地域の職種が集まってきております。その中で、やはり日ごろなかなか出られない病院の職員の方々もそこに来てくださって顔の見える関係、あるいは何がやっているのかということが、非常に意見交換できる場、この辺をこちらのほうをお願いしながらつくらせていただいております。また、ベッドのことが出ておりましたが、北区はまた特殊なやり方というか、本当に北区医師会の先生方にご協力をいただきまして、病院委員会様と話し合っ、私どものところは空所利用のベッド確保もさせていただいております。20カ所病院がございまして、その中で、13の病院と、それから2カ所の有床診療所にもご協力をいただきまして、そこに必要な時に在宅の先生が必要な時にご連絡をできる仕組みということで、やらせていただいております。それは、やっぱり医師会の先生方との協力、それからその問題点を共有しながら広げていっていることで事業が展開できているということになっております。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。

最後に座長より一言ということではございますけれども、今回初めはどうなるかなと思ったんですけれども、結局、ただ自分の区でよかれと思ってやっていること、常識としてやっているところでも、何だか違うなと思っているところ、ほかの区さんでは上手にやっぱりそこをやられたりとか、板橋が病院がそこを見て病床を持ってというのがあって、ただ、練馬の方、行き先のほう、ポイントなんかを聞いていると、中小病院と上手にやっているわけであって、やっぱりやり方があって、いろいろ工夫すれば、いろいろなことが解決できないのかということなのかと私としてはそのように思っています。ご意見いただきましたありがとうございます。

私からは以上です。

事務局にマイクをお返しします。

○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、ご議論をいただきましてありがとうございます。

今回の議論の内容を簡単ですが、ちょっとまとめさせていただきます。まず、冒頭外来の在宅専門クリニックの方、医師会に入っていない、あるいは誰がいるかわからないということが問題意識でございました。それとともに、がんと非がんがあるということで、ご説明がございましたが、そういうことを、議論の観点の部分も含めてということになるかと思いますが、全体として、在宅医療の提供体制をどのように考えているのかというふうに、東京都は置かないんですかみたいなお話をいただいたところで、その場ではお答えしなかったんですけれども、まさにそのどういうふうな体制を取っていくか、どういうふうに需要を把握して今後進めていって、状況を把握してというのをきめ細かにやっていけるかというのは、本当に大事なところだと思いますし、また在宅専門クリニックとの連携というところで、行政の役割は大きくなるというのはまさにおっしゃるとおりでございまして、実はそのあたりを今、東京都の在宅療養推進会議の下にワーキングをつくりまして、そういった機能分化を含めて、あるいは供給のバランス等も含めて、何かモデル的な取組例がつかれないかという議論を今しているところです。先ほど、区市町村さんのほうから意見をおっしゃりましたが、区市町村さんに全てお任せというわけではなくて、取組というのは東京都のほうで何かモデル的

なものを提示して、その上でそれを参考にさせていただきながら区市町村さん、あるいは地域の関係者の方に取り組んでいただけるような、そういった取組ができないかなというふうに考えておりますので、そういった意味では本日の議論、この在宅療養推進会議のワーキングのほうにも提供させていただいて、参考にさせていただきたいというふうに思っております。

また、ICTの取組、土屋先生のほうからは、区境のという情報共有と病院の連携の話と、それから、急性期からリハビリに転院されたときの情報共有の課題というふうなところも含めた縦の情報共有というようなどころのお話をいただいたところでございますが、その後、また今後も今までに退院支援研修というのが行わせてきたんですけども、今度は入退院連携の強化というようなところで、情報共有、あるいは入退院時の地域との病院との連携というのを重視する取り組んでいきたいと考えておりますので、その中でまさに転院時の状況というお話も含めてちょっと整理をしていきたいなと思っておりますので、ご貴重なご意見ありがとうございました。

それから、病院と地域の話では、病院の先生と同様に在宅の知識を理解していただくとか、あるいは病院の状況を在宅の方々が同様に把握されるかみたいなお話をいただいたかと思えます。

それから、後方支援病床の確保の取組の紹介がありました。今、北区さん、練馬区さん、板橋区さんからやっているよというお話がありましたけれども、豊島区さんのほうも後方支援病床の確保の取組をされておまして、こちらの提携区の自治体さんは全て後方支援病床にきちんと取り組まれているというのを、一つこちらで情報提供をさせていただきます。

という形で、先ほども申し上げましたが、本日の議論の内容はまず調整会議のほうに、水野先生にお持ちよりいただいて、ご報告させていただくというのと、それからきょうご参加いただいている医療機関あるいは団体の方にも情報提供させていただいて、地域として共有をしていきたいなというふうに考えております。

今まで在宅療養推進会議のほうでも議論を参考にさせていただきたいと思っておりますので、本当に本日は貴重なご意見ありがとうございました。

最後に事務連絡でございますが、本ワーキングは公開でございまして、議事録につきまして後日東京都福祉保健局のホームページに掲載させていただきます。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東京都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、以上をもちまして本ワーキングを終了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。