

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（区西南部）

日 時：平成29年11月29日（水曜日）19時00分～20時30分

場 所：東京都医師会2階講堂

○久村地域医療担当課長 それでは、定刻となりましたので、区西南部の「東京都地域医療構想調整会議・在宅療養ワーキング」を開催させていただきます。

本日は、お忙しい中、ご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

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、司会と進行を務めさせていただきますので、よろしく願いいたします。それでは、着座にてご説明させていただきます。

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して記載のとおりでございます。万が一、落丁等ございましたら、恐れ入りますが、議事の都度、事務局までお申し出ください。

また、後ほど質疑や意見交換のお時間がございますが、ご発言の際には、事務局よりマイクを受け取っていただき、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

それでは、まず東京都医師会及び東京都より開催の挨拶を申し上げます。

東京都医師会、西田理事、お願いいたします。

○西田理事 皆様、こんばんは。お忙しいところをお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

今回、時間調整に当たって、当初7時からということで調整していたんですけれども、この前にありました調整会議、協議の場というところで、国から出てきた在宅医療のサービスの推計量と、それからあとは療養病床から移行する追加的需要について発表がございまして、それを踏まえて在宅療養ワーキングをやろうということになって、ちょっと時間を早めて6時からお集まりいただくことになりまして、大変失礼いたしました。

本日、これから1時間半の会議ですので、十分な時間がとれませんが、二次医療圏の中の在宅療養、つまり地域医療構想調整会議で出されたデータをもとに、受け手であるその受け皿をどうするか、受け皿のほうをどうしていくかということにつきまして、ぜひ皆さんでここで議論していただきたいということでございます。

本当に短い時間でございますけれども、忌憚のないご意見をよろしくお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 西田理事、ありがとうございます。

続きまして、東京都より、医療政策担当部長、矢澤がご挨拶させていただきます。

○矢澤医療政策担当部長 皆様こんばんは。東京都福祉保健局の矢澤でございます。きょうは、お忙しい中ありがとうございます。

私どもは、28年7月に地域医療構想を策定させていただきましたので、この二次医療圏の調整会議というものは2年目に入っております。その中で、病院側からの先生方からは、入院後の在宅への連携が課題であるというご意見が非常に多く、また、在宅をご担当の先生方からは、その在宅医療のバックアップ機能を病院で持ってほしいといったようなご意見が非常に多く見られました。

これが各圏域の共通のご意見でございましたので、では、病院の代表の方と、それから在宅の療養に関する担当の方、あるいは区市町村、あるいは医療・介護の関係者の方々に一度お集まりいただいて、まずは意見交換をしていただくことが第一歩だということで、ことしからこの会議を設置させていただいたところです。

最初は、もう本当に意見交換で、取りとめのないところもあるかと思いますが、まずはご発言いただいて、相互に意見を交換することがきょうの目標とっております。どうぞよろしくお願いいたします。

○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には、目黒区医師会理事の榎林先生にお引き受けいただいております。よろしくお願いいたします。

では、榎林座長、一言お願いいたします。

○榎林座長 皆様こんばんは。座長をお仰せつかりました榎林と申します。

このリストを見ますと、私は在宅医代表のところにも入っておりますので、後ほど発言させていただくこともあるかと思っております。

実は、ここに座長のための模範原稿があるんですが、私こういうのは苦手なので、ちょっとかんでしまうかもしれません。よろしくお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 ありがとうございます。

それでは、以後の進行を榎林先生にお願いいたします。

○榎林座長 では、早速議事に入りたいと思っております。

既に皆様ご存じと思いますが、この在宅療養ワーキングにつきましては、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、在宅医療に関する意見を多く出させていただいていたと聞いております。

そのようなことを踏まえ、今回新たに多くの関係者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など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、活発な意見交換を私からもお願いいたします。

それでは、東京都より、議事（１）（２）について説明をお願いいたします。

○事務局 東京都事務局より、議事に関する資料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、名簿がございまして、ダブルクリップどめで右上に資料１ととまっている資料のほうをごらんください。

資料１につきましては、東京都地域医療構想調整会議の設置要綱になります。

続きまして、２ページ目、資料２をごらんください。

こちらが、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、まず左側、第１章では、東京都地域医療構想とは何かを記載しております。

医療・介護・福祉等に関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。

一つは、構想区域ごとに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（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おります次

期保健医療計画と一体化します。

2 ページ目の右上で、第 2 章についてです。

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。

2025 年の病床の必要量は、2 ページ目の右下の表のほうを見ていただきまして、表の中ほどに、計となっている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や病床稼働率、医療技術の進歩等により影響を受けるものです。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、同じ表の右の欄の在宅医療等をごらんください。東京都全体で 19 万 7,277 人になります。国の地域医療構想において療養病床の見直し分、一般病床のうち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、そちらを含めた数字が 19 万 7,277 人となります。このうち、現行の訪問診療の実績を引き延ばした数字が、その右側の再掲の欄の訪問診療のみで 14 万 3,429 人となります。2013 年の訪問診療の実績は 9 万 6,712 人ですので、訪問診療のみでは約 1.5 倍の必要量の増加となります。

続きまして 3 ページ目、東京都地域医療構想 2 / 2 というものの資料をおめくりください。

左上、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」を設置し協議を行っておりまして、この在宅療養ワーキングはこの調整会議の部会といった位置づけになります。

第 3 章では、構想区域の状況としまして、①から⑧まで構想区域ごと、状況について記載しております。

続きまして、3 ページ目の右上、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、その実験に向けた四つの基本目標、そして基本目標の達成に向けた課題と取組の方向性を記載しております。

例えばですが、基本目標の三つ目、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まして、今回の資料では省略をしておりますが、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、下にいきまして、第 5 章、果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組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でございまして。

資料をおめくりいただきまして、4 ページ、5 ページ目に関しては、推計の考え方であったり、在宅医療の医療需要の推計のグラフ等を記載した資料をつけておりますので、後ほどご確認いただければと思います。

資料をおめくりいただきまして 6 ページ目、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 1 / 2 という資料をごらんください。

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、設置の考え方等を記載しております。

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となります。目的、構成については1、2の記載のとおりでございますが、今年度の意見交換の主なテーマとしましては、4でございます。(1)在宅療養に関する地域の現状・課題の共有、(2)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、本日もご議論いただきました内容につきましては、後日開催いたします調整会議へ報告する予定となっております。こちらの在宅療養のワーキングに関しては、今年度今回が初めての開催となりますが、

次ページの8ページ以降については、親もとの調整会議のこれまでの開催状況をまとめておりますので、後ほどご確認ください。

資料をおめくりいただきまして、ページ数で言いますと10ページ、題名は、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、資料4の①というものをごらんください。

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いたします。

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(支援)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、具体的には、療養病床の見直し分、これを追加的需要と呼んでおりますが、この追加的需要をどのように対応するかを協議する場でございます。

資料4につきましては、協議の場で使用した資料をおつけしております。資料4の1枚目は協議の場の概要となります。

続きまして、おめくりいただきまして2枚目、11ページをごらんください。

国は、地域医療構想の作成に当たりまして、慢性期機能と在宅医療等の患者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、②療養病床の入院患者数がございまして、そのうちの医療区分1の70%と地域差解消分、こちらを療養病床の治療ではなく在宅医療等で対応するとの考えであり、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。

なお、その帯のうちに入ります③の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、一般病床の治療ではなく外来で対応するとしております。

この追加的需要にどのように対応するかでございますが、もう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。

下段の下の方の図の療養病床医療区分1の70%+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の介護医療院、⑤の介護施設を計上し、医療計画では⑥の在宅医療、ここで言う在宅医療は、資料右下に記載しておりますが、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でございますが、ここで漏れがないよう、または重複しないよう整合を図るのが、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ページをごらんください。

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

推計値が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いたしました数字です。そして、追加的需要分の療養病床見直し分のうち訪問診療で対応すると試算した数字が495人となりまして、合わせました2025年の訪問診療の必要量の推計は14万3,924人でございます。

次のページ、おめくりいただきまして、こちらは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、各区市町村や関係団体におかれましては、地域における取り組みの際に参考にいただければと思います。

なお、次の15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、この圏域の各区のこの記載をしておりますので、参考にごらんください。

議事の(1)(2)につきましては以上になります。

○榎林座長 ご説明ありがとうございました。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、東京都より資料の説明をお願いいたします。

○事務局 事務局より、意見交換に当たっての資料の説明をさせていただきます。

先ほどの資料に引き続きまして、資料番号右上、資料5、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、平成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、資料5、1枚目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、構成区域の状況を整理した資料になります。

区西南部では、回復期機能の欄の四つ目のポチにございますが、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が1割を超える。また、五つ目のポチ、退院調整部門を有する病院の割合が高いとの特徴がございます。また、右の四角囲み内の慢性期機能では、三つ目のポチ、死亡退院割合が高い。また、五つ目のポチ、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が5.3%と低いといった特徴が見られます。

資料下段の太い矢印のところでございますが、全体といたしましては、急性期機能から慢性期機能における退院調整部門を持つ病院の割合は、都平均より高いといった特徴が見られます。

また、1枚おめくりいただきまして、資料5の17ページ、こちらは地域医療に関するアンケートから地域の現状を整理したものになります。

下の四角囲みをごらんください。

まず、病院側からは、終の棲家となる施設の不足、療養病棟の入院患者の退院先の確保が不十分との回答がございました。

また、在宅側からは、急変・病状変化時の受入については、病状変化時の円滑な受入体制、後方支援病床の確保に関するご意見が多くございました。

右に移りまして、レスパイトについてのご意見、また在宅移行・退院支援については、一番上のポチ、スムーズな移行のための病診間の連携、情報共有の強化や、三つ目のポチ、退院時カンファを病院側の都合で決めないで欲しいなどの回答がございました。

また、1枚おめくりいただきまして、資料5、18ページ、こちらについては、調整

会議における意見から、地域の課題を整理したものでございますが、調整会議で意見の一番左の欄をごらんいただきますと、二つ目のポチ、患者にはそれぞれ特性があり、それを医療機関がお互いに地域の中でしっかり情報共有していくことが重要。また四つのポチ、病院、在宅医など地域の情報把握が不足しているとのご意見がございました。また一番右の欄をごらんくださいますと、二つ目のポチの看取りについてのご意見、また三つ目のポチ、在宅に帰すためには地域の中でそれを支えるシステムが必要であり、慢性期機能の病床を活かすためには、その地域とのネットワークを確立することが必要と言ったご意見をいただいております。

また、資料を1枚おめくりいただきまして、資料の19ページ、こちらについては、今ご説明いたしました各構想区域の調整会議の議論や検討状況をまとめたものでございます。

また、資料5、24ページにつきましては、議論の検討状況を踏まえて、各構想区域の主な課題を整理したもとなりますので、ご確認をお願いいたします。

続きまして、参考資料、別とじになっているものについてでございます。

こちらにつきましては、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いるデータ等を整理して、地域ごとや区市町村ごとにまとめた資料をご用意させていただきました。このほか、各区市町村や関係団体の取り組み状況、先ほどご説明したアンケート調査や医療機能実態調査等の結果をおつけしてございます。

資料につきまし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、こちらのほうで簡単にまとめた内容となりますので、ご確認ください。

資料が多く大変恐縮ではございますが、各資料、病院や地域における意見や課題、区市町村の取り組み状況、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。

○榎林座長 ご説明ありがとうございました。

今回初めての会議になりますが、本ワーキングは現状・課題の共有認識を図ることが大きな目的の一つでもあります。何か決めたり結論を出さないということではございませんので、さまざまなお立場からいろいろなご意見が自由に出せる場と考えておりますので、どんなご意見でもよろしくお願いいたします。

それでは、意見交換テーマの一つ目と、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。

それでは、まず在宅の先生方からのご意見をということで、世田谷区の先生を当ててしまってよろしいですか、小原先生、何かございますでしょうか。

○小原委員 問題になっているというか、気になっているところです。病院から送られてくる患者さんに関しては、後方としては非常に連携がとりやすいんですが、こちらにも書いてあった独居の方ですとかかかりつけ医がいない方の場合に、どのように対応していったいいのとか、完全におひとりの方なんかの場合に、どなたを中心に物事を決めていったらいいのとか、そういったことの策定が難しいかなという気がします。そこで、いろいろと問題になったり、区の人と相談をしながら話を進めていくとか、一時的に医療入院をさせていただいて、そこで状況を立て直すとか、そういう必要性が出てくるとは思うんですが、とにかく、取っかかりが医療からとかという形になると、非常に在宅医としては困ってしまうことが多いですね。

○榎林座長 ありがとうございます。

渋谷区の黄川田先生はいかがでしょう。

○黄川田委員 渋谷区の場合には、在宅支援診療所の数がそれほど多くないということ、機能強化型の診療所もそれほど数が多くないので、少ない在宅の患者さんを診ている方は、急に何か起きたときに、どこの病院に入院させたらいいのかという、困ることも多々あるようです。

あとは、地域の医療情報というか、医療資源とか介護の支援に関する情報が、まだ全ての職種の方に共有できていない部分がありますので、その辺は今後情報を整理して、全ての職種の方に行き渡るようなものをつくっていききたいというふうに考えております。

○榎林座長 ありがとうございます。

じゃあ、私もしゃべってしまってよろしいですかね。在宅のほうで目黒区はということなんですが、今お話をされたように、目黒区でもそれほど在宅の専門のクリニックというのは数が多くございません。ただ、隣接区にたくさん存在しておりまして、区内の患者さんを、区の医師会で診ている患者さんが区外へ、在宅になったときに流れるというとあれなんですけど、区外の先生方ところへ行かれることが結構あって、それについて、医師会の中で今後どうしようかということが、議論になっているところでございます。

あとは、目黒区は自治体のほうが非常にいろんな多職種連携のことについて熱心で、いろんな会がたくさんあって、比較的そちらの連携がうまくいっていきつつあるので、例えば先ほどの患者さんが知らないところに、退院したときに行ってしまうことなんかを、地域のネットワークの中でちゃんと関係ができていれば、減らせるのではないかなというふうに、そういう意見も出てございます。目黒区はそんなところでしょうか。

あとは、論点として、まずかかりつけの先生と、逆に在宅の専門の先生とが連携をとっていくようなやり方がないかどうかとか、あとは24時間診療体制を地域の医師会などでどうやって確保していくかとか、あるいは多職種連携をするための方策でほかになにかとか、あとは在宅の必要量の増加、先ほどの資料にご紹介があったと思うんですが、その増加を見据えた地域の体制をどうやって確保していくかとか、そのあたりのことについて、何かご意見はございますでしょうか。

では、病院さんのほうに、その連携のことなどでちょっとお伺いしようかと思うんですけれども、今度は目黒区から少しご意見いただけますでしょうか。八辻先生、お願いしていいですか。

○八辻委員 病院は、在宅というスタンスから見ると、多分在宅の緊急時の受け入れ先とか入院ということでの期待があると思います。当院の場合は、一応病院ですけど、かかりつけということで、自分たちで訪問もするというスタンスでやっているの、在宅をやっている立場での必要なこととかも、十分理解しているつもりです。

やっぱり、緊急時の受け入れが、やっている中では一番問題かなと思っていて、我々病院なんですけれども、一般床は全部で23しかない状況の中で、自分たちの在宅を診ている、緊急を診るので手いっぱいというところが、正直なところあります。

ですから、地域全体の中で、緊急のバックアップがとれれば、特に夜間とか休日はどうしても手薄になっちゃうので、そこが何とかなれば、平日の日中に何とかやりくりをしてというのは、十分とれるんじゃないかなというところで、病院全体の中でもいろいろ協力がとれればいいかなというふうに思っています。

○榎林座長 ありがとうございます。

世田谷区の大坪先生、いかがでしょう。

○大坪委員 三軒茶屋病院の大坪です。まず、10年ぐらい前からの流れを見ていきますと、やっぱり10年前は本当に病院、病院からの患者さんの流れが多かったんですけども、4年ぐらい前から、在宅からの患者様の緊急入院先がなくて困っているという意見をいただくようになりまして、これは地域の中で何とかしなければいけないというふうに思って、在宅の先生との連携を少しずつ深めていくように、ここ数年間やってまいりました。

今、当院で行っているのは、まず後方支援病院の届け出をしていますので、後方支援で契約をしている方に関しては、24時間必ず受け入れをするという体制をとっていることと、それから在宅の先生とも幾つかの診療所の先生とは深い関係を築いてまいりまして、そちらからの緊急入院は必ずその場で、もう10分以内ぐらいに返事をして、受け入れるというふうにしています。

在宅の先生方もその後カンファレンスを重ねたりしていますので、この患者さんだったら療養病院で大丈夫、この患者さんは急性期に行ったほうがいい、高度なところに行ったほうがいいという振り分けをきちんとしていただいていますので、在宅の先生からいただいた患者様のことでトラブルになることは、今ほとんどありません。

ただ、在宅からいらっしゃる患者様は、認知症があったり、それから不穏状態があったりということで、かなり手がかかることがありますので、今病院で一番問題なのは人手不足です。人手があればもっと、もう少し頑張れるかもしれないというところがあります。そんな感じです。

○檜林座長 ありがとうございます。

酒井先生、いかがでしょうか。

○酒井委員 うちは720床の高度急性期病院なんですけども、渋谷区医師会の井上会長の意向で、医師会との連携がかなり大病院と医師会員との連携を深めていまして、基本的に医師会員からの依頼は断らない。在宅の人からも全例受け入れて、その上で問題は、自宅に戻すときに行き場所がなくなるというのが一番の問題で、うちの場合は、隣に老健があるんですが、老健も自宅に帰れる保証がないと受け取ってくれない。それから、老健では医療費をかけることできないので、やっぱり引き取ってくれない。あとは、身寄りのない方が来た場合に、生活保護の方なんかは、区役所の方に面倒を見ていただいて、結局、最後までズルズルというところも多いです。やはり、認知症高齢者が多いものですから、ちょっとナースのスタッフもやや疲弊ぎみです。

○檜林座長 どうもありがとうございます。

次は、地区医師会の先生方にお話を伺いたいんですが、また名簿で上から、村上先生からお願いしてよろしいでしょうか。

○村上委員 目黒区医師会の村上です。医師会の立場というか私個人的な立場は、在宅非専門医なので、かかりつけの患者さんは在宅で診るんですが、どうも目黒区を見てみますと、在宅専門にやっているところと全くやらない二極化がありまして、その中間でかかりつけ医が一生懸命数人を診ているという状況ですが、そうは言っても、やはり患者さんの医療依存度が高くなると、なかなか診切れない。あるいは24時間体制が厳しくなってきたり診切れないというようなことが出てきます。そうなってくると、ケアマネさんとか訪問看護のほうから、じゃあ24時間体制がしっかりしたところに行ったほうがいいじゃないですかというような、患者さんへの説得といいますか、そういうのが結構ありまして、そういった問題を医師会と介護事業所の方とか、いわゆる医療と介護の相談会というのを開いて、そごのないように意見交換をしようということで、今やっています。

でも、なかなか、そうは言っても、患者さんの立場を考えるとそうならざるを得ない場合もありますし、一生懸命診ていても、いつの間にかそっちのほうに誘導されてしまうという事例も結構ありまして、そこら辺、いわゆる誰でも在宅をしようという非専門在宅医ですか、そういうもののインセンティブといいますか、モチベーションが今非常に揺らいでいるといいますか、というような状況を感じております。

以上です。

○榎林座長 ありがとうございます。

では、世田谷の太田先生、お願いいたします。

○太田委員 世田谷区医師会の太田でございます。私のほうからは、先ほど幾つかの協議ということで、病院とかかりつけ医、この連携についてということですが、この10年ぐらいの様子を見ていくと、大分、病院の先生方の後方支援の体制というのは、非常によくなってきているような気がします。気がするというか、よくなっていると思います。多くの場合、患者さんを救急で送ると受け取っていただける場合も多いので、そういう面では後方支援体制というのは、少しずつ僕は進んでいるのではないかと。

ただ、問題になるのは、やっぱり特殊な状況、疾病をもった方に対して、先ほどの先生方のお話があったように、こういう方々に対してどうするかということになるんですけど、具体例で言うと、先ほど出た認知症患者さん、精神疾患を合併する患者さんの一般病床への入所、これがなかなか難しくなる場合が多いということ。

あとは、世田谷区の特徴として、どうしてもがん拠点病院がなかったりしますので、がんの急性期の治療を圏域外等で行って、ターミルになったときにばっと戻ってくると。戻ってきたときに、そういう患者さんは、今度最後の最後の段階で、また一般病床、急性期病床にお願いする際に、なかなか受け入れていただくということに対して、紹介する側、受け取る側ともに、どうしても気を使わざるを得ない環境があるということが、一つ言えてくるかと思えます。これは小児の在宅に関しても同じようなことが言えるかと思えます。

24時間のサポートに関しては、強化型在宅療養支援診療所の中でも一般で一人でやっているところもあれば、強化型を組んで連携を組むところがあるんですけども、どうしても連携を組む際に、診療所の規模によって連携がなかなか組みづらくて、進んでいないというのが現状であるかと思えます。ですので、多くの先生がまだまだ単独で24時間サポートしている。そうすると、後方支援としての病院に頼らざるを得ないという現状があるかと思えます。この辺の在宅の先生方との横の連携、情報共有のことも含めてだと思えますけれども、この辺が一つ、課題になるのかなと思えます。

在宅の増加に当たって、今後どうかということでは、多職種連携の件も関係してになりますけれども、地域の医者をやっている身とすると、在宅の中の時間外の急変、これにどう対応するか。先ほど言った急変、後方支援病床にお願いする、これは入院はしなきゃいけない絶対的な適用の場合はそうなりますけれども、そうでない軽微なものに対して、24時間対応しなきゃいけない。

例えば、痰の吸引をしなきゃいけない、バルーンが詰まって洗浄する、交換しなきゃいけない、その都度それを対応しなきゃいけないんですけども、そこにどういう形で、今後、介護士さん、あと訪問看護、こういう方々がもうちょっと積極的に協力していただけることによって、在宅医、一人の在宅医のサポート体制というのがもっと構築できるのではないかとということで、多職種に対しての医療的な技術、技能、これを上げていくというのは、非常に重要ではないかという気がします。

あともう1点、在宅が増加する中で、在宅の中で急性転化、または何らかの処置が必

要で病院に搬送する、または施設に搬送しなければいけない場合に、予定の場合は、その移動の手段というのをすぐに、ある程度予測して確保ができるんですけども、救急の場合は、エマージェンシーで発生した場合の移動の手段が、現時点では救急車しかないということです。そうなった場合に、軽度のもので、行ってちょっと診てもらって、また戻るというような場合、これを救急車で搬送、また戻るときに特殊車両を依頼して戻すということに対して、家族側から、かなり移動の手段の問題で病院への受診をためらってしまったり、逆に言うと、行ったはいいんだけど、入院できなくて帰る際に帰る方法を失ってしまうということがございます。

ですので、急性期における移動の救急車以外の手段というところも、現実的には問題になるのかなというふうに、私は考えております。

以上です。

○榎林座長 ありがとうございます。

山口先生、お願いします。

○山口委員 玉川医師会の山口です。世田谷区玉川地域自体は、機能強化型の在宅療養支援診療所も多いですし、急性期の病院もありますので、訪問診療自体が難しいとか、あるいは後方支援体制が不十分であるということはないかと思っております。むしろ、スムーズに連携できていくだろうと。あと三師会の連携もいいですし、割と進んでいる地域ではないかと思うんですが、医師会の立場で言いますと、その逆に、訪問診療をしているクリニックというのが多い分、専門的に行っている診療所が多い分、一般の開業の先生の訪問診療の数というのが減っているという現状が、実際ございます。

そうは言っても、もともとかかりつけでかかっていた先生が往診をされて、急性期の病院に入院させて、退院してくるときに、結局、在宅専門のところに紹介されるというのは、ちょっとおかしいところもあるかと思っておりますので、医師会として、病院の連携室とかあるいはケアマネジャーさんに、もとのかかりつけの先生のところまで戻すようにというような申し合わせというのを、一生懸命やっております。

ただ、私どもは実は機能強化型の在宅療養支援診療所として、私は医師会の在宅医療担当理事もしておりますので非常に悩ましいんですけども、実際、一般の開業医の先生方の後方支援といいますか、24時間体制の支援等を医師会等でやってもいいんじゃないかというふうに考えているわけですけども、一般開業医の先生から、そこをやってほしいというふうなニーズというのは、必ずしも見えてこないという現状がありますので、そこはちょっとどのようにしていったらいいのか。それは東京都なのか医師会なのかというところがありますけれども、考えていかなければいけないだろうと思っております。

あともう1点、訪問診療ができるようになってきますと、次の課題というのは往診なんです。要するに、何か救急の病気が起こったときに、すぐ病院に送ってしまうのではなくて、在宅医のほうで訪問をしまして、そこで診断をつけて、治療を開始するというのができれば一番理想的ではあるわけです。実際、往診医自体の体制は比較的いいわけですが、結構世田谷区なのか、それとも玉川地域なのか、ちょっとそこはよくわからない。私のたまたまそういう感覚なのかわかりませんが、いわゆる訪問看護、先ほど太田先生もおっしゃっていましたが、訪問看護との連携がうまくいっているのかなという感じは実はしています。これは、単純に三師会の仲はいいけど、一つは訪問看護師さんの地区の代表の顔が見えない。

地域包括ケアをやっていく上で、看護師さんは非常に重要な役割だと思うんですが、例えば玉川地域で訪問看護師を誰がまとめているのかというのが全然わからないという

現状がありますし、あと、これは個人的な経験かもしれませんが、看護師さんから、例えば患者さんが看護師さんに電話をして、看護師さんから、私行けないので先生行ってくださいと、結構電話であるんですね。そんな地域って世の中にあるのかなという気もするんですけども、ちょっと世田谷区というのは、例えば数だけ見ますと、非常に訪問看護師数が多いですし、事業所の数も多いんですけども、どうしても、多分世田谷区の事業所に勤めている訪問看護師さんは、意外と遠いところから、それこそ神奈川県あたりから東横線とか田園都市線に乗ってきているという、あるいは八王子のほうから京王線で来ているという可能性がありますので、そこの訪問看護の24時間体制というのを、在宅療養を進めていく中で、本当は考えていかなければいけないのかなというふうに思っております。

以上です。

○榎林座長 ありがとうございます。

○矢澤医療政策担当部長 看護協会の方がいらしているから。

○榎林座長 では、そのお話を先に、よろしいですか。

○佐藤委員 東京都看護協会の南部地区の理事の佐藤と申します。私自身は、大田区ですけど、病院と訪問看護と診療所をもっている法人の看護部長もしております、法人の中でも連携がなかなか難しいなと思うところがよくあるんですけど、でも南部地区支部でも、看護職の連携の交流会とかをやる中では、本当に訪問看護の方たちのパワーに、病院の看護師が圧倒されるような状況がありまして。

やっぱり、訪問の看護師さんたちが、患者さんの状況をよくわかっているけれど、そのことをうまく病院に引き継いでも、病院からその方針が変わってしまったり、先ほどから出ているようにかかりつけ医が変わってしまったりというような状況で、退院のカンファレンスもあるんですけど、なかなかそこに呼ばれなかったりとか、ということも起きていて、なかなかうまく連携がとれていなくてです。

でも、東京都の受託事業で、看護協会も退院支援の研修をここ3年くらいやって、結構な数で退院支援の研修を受けた看護師は病院には多いんですけど、まだまだ在宅との連携がとれていないという現状にあるのかと思います。

ただ、訪問看護師は、各区ごとに必ず区の連絡会みたいなのがあるので、世田谷区と玉川の関係はちょっとよくわからないのですが、世田谷区にも訪問看護ステーションの人たちの連携の会議というのは結構月1とか2カ月に1回くらいで行っているのです、そこにうまく入って、そこと病院との連携があればいいのかと思うのですが、世田谷区は、病院の看護部長と訪問看護ステーションの所長さんたちの連携の会議、年に2回くらいここ数年交流といいますか顔を合わせて、顔の見える連携づくりというところで、大分頑張っているところなので、そこに先生方が入っていけばいいのかと思いますし、例えば連携室の看護師はそういう情報があると思うので、大丈夫なんじゃないかなと思ったりします。

逆に24時間で看護師たちが働いている中で、先生とうまく連携がとれないという意見も、時々聞いたりしますので、もしかしたら先生方と訪問看護師との連携の会議とかがあれば、もうちょっと違ってくるのかなというふうに思います。在宅専門の先生たちとの連携は余りとれないというふうには、訪問看護師からは聞いたことは余りないんですけどね。

○山口委員 連携はとれているんですよ。連携はとれているんですけども、24時間体制をとるというのは、結構大規模な訪問看護ステーションじゃないと難しいと理解しているのですが、世田谷区は、先ほどお話をしたように、訪問看護師数も訪問介護事業所

も非常に多いということで、つまり一事業者当たりの訪問看護師は必ずしも多くないという現状がありまして、そういう中で24時間体制をとっていくというのは実は難しいです。そういうことなんです。だから、例えば在宅医療と在宅医と訪問看護師が連携がとれていないということは、これはあり得ない話で、私ども所長さんを全部存じ上げていますけれども。

ただ、連携に関して一つ言えば、私ども、どうしても世田谷区の場合ですと、世田谷区医師会と玉川医師会と二つ大きく医師会が分かれておりまして、例えば三師会となりますと、世田谷区の医師会、歯科医師会、薬剤師会とか。玉川地区も玉川医師会、歯科医師会、薬剤師会で連携していやっているという現状がありまして、可能でしたら、それを私は誰に申し上げたらいいのかわかりませんが、世田谷区医師会圏域の薬剤師圏域の担当の方と、玉川医師会圏域の担当の方と分かれていると助かるなということぐらいでございます。

○榎林座長 ありがとうございます。

○佐藤委員 それから、その連携のことではなくて、在宅で看取りをするということの結構困難性を感じていまして、医療依存度が高いということだけでなく、本当に最後の最後、看取りというふうに、家族ともずっとやってきても、最後の最後で病院に入院してしまうとか緊急搬送をするということが多かったり、どんなに患者さんが在宅で最期をと思っても、なかなかうまく実現できないことが結構あるんですね。

それは、充実して在宅医がいるところもありますけれども、そうでない地域だったりすると、本当に最期を看取れないことが多くあつたりしますが、この先、例えば医師の体制もそんなに多くなるとは思われないときに、訪問看護がどれくらい力を発揮できるかということにかかっているかと思うんですが、訪問看護の数もふえてはいますけど、廃業というかとじていく訪問看護ステーションも結構散見されてきて、そうすると、訪問看護の体制をどう厚くするかということも結構望まれるかなと思うんです。

24時間は、事業所の看護師で分担してもっていても、月に本当に何日も携帯に拘束されて働いたり、ですが、病院で働くような夜勤手当のような高額ではない事業所が多くて、本当に大変で疲弊している訪問看護師も多かったです。その辺の、そんなに簡単にはうまくいかないと思うんですけれど、訪問看護の体制もどうにか強くできるようなことが必要なのかなというふうに思っております。

○榎林座長 ありがとうございます。

では、介護の連携先といいますか、多職種連携のもう一方のかなめというか、ケアマネジャーさんのほうはいかがでしょう。

○岡島委員 ケアマネジャーの岡島でございます。私は第1期生でして、介護保険のケアマネジャーの。ですからずっと在宅を見てまいりまして、今いろいろお話を伺いまして、私はあともう一つ、目黒区の介護サービス事業者連絡会の副会長もしております。そこに今の話ですけど、訪問看護連絡会も来ていますので、毎月毎月目黒区は、今のお話でいきますと、目黒区は小さいので比較的やりやすいんだと思うんです。先生方の顔もすぐわかるし。それから先ほどお話のあったように、自治体が、保険者さんがすごく頑張ってくださいって、いろんなことをやっていただいて、国から落ちてきている八つの事業も、かなりみんなを、在宅を巻き込んで本当にやっているんですね。ですから、顔の見える関係になってきています。

ただ一つ、先ほどから意見が出ています退院のときに、どうしても病院側の意向もあるし、それから利用者さんの意向もあるし、ケアマネジャーが訪問診療に変えたんじゃないかというのは、もうずっと言われ続けているわけですよ。もちろんそういうことも

あるとは思いますが。ですけど、最近は先生方と顔が見える関係になってきていますので、以前はケアマネジャーも敷居が高い、敷居が高いと、壁が高いと言っておりましたけれども、ここ3～4年は本当に先生方との顔が見え始めて、連携を上手にさせていただいているのかなと、どうでしょうか、私たちも少し思い始めております。そうしますと、ケアマネジャーがまず先生を変えるということは、そんなになくなってきていると思うんですよ。

ただ、もう病院側から、もしかしたらこれも違うかもしれないんですけども、ケアマネジャーにアンケートをとりました。そうしましたら、病院側から決まってきたというということもあるというんです。病院側から、先生も看護師さんも決まって、ケアマネジャーに戻ってきて、うっかりしたらケアマネジャーも変わっていることもあると。そんなことも。でも、それを病院と医師会って、在宅の医療との連携がうまくいったら、そんなことはなくなるわけですよ、今後。ですから、こういう会が意見交換をし始めていくと、いろんなことがなくなっていくのかなと思っております。

あと一つ、どうしてもケアマネジャーとして思っておりますのは、介護と医療というのは言葉が違うんですね。情報のときの、本当に医療は患者さん、介護は利用者さん、そんなのが代表的ですけど。ですから、これから情報を共有するに当たっては、私はみんなで共通言語の学習をやらないといけないかなと思っております。

そして、もう一つ、どうしてもお伝えしたいのは、ケアマネジャーがすごく、お医者さんたちの忙しいのが以前よりもわかるようになったものですから、遠慮するんですよ。遠慮をすごくしてしまうというところがあって、その辺も、ここは専門職だから遠慮ばかりしてはだめだということ、これから言い続けていかないといけないのかなと思っております。

以上です。いろいろありがとうございます。

○榎林座長 ありがとうございます。

きょうは連携室の人はいないんですよ。いたらよかったですね。

○矢澤医療政策担当部長 そうですね。区の人たちもいらっしゃるので。

○榎林座長 時間はまだ大丈夫なんでしょう。

○矢澤医療政策担当部長 時間は気にしないでいいと思います。大丈夫です。

○榎林座長 行政の方はもうちょっと後なのかなと思っていたんですけど、振られたので、行政の方からご意見をいただけますでしょうか。

○橋委員 目黒区地域ケア推進課長の橋と申します。よろしくお願いたします。

今、岡島ケアマネ代表から、目黒区の在宅療養推進事業8項目について、大分進んでいるとはお話をいただきましたが、特に申し上げたいのが、4点ございます。

まず、切れ目のない在宅医療と介護の提供ということで、在宅療養支援病床確保事業を、26年度、年度途中から開始しております。28年度には4病院に拡大いたしまして、10月までに279日利用日数、人数にしますと33人の方がご利用いただいております。これは、かかりつけ医さんが在宅で療養中の方に、入院治療が必要だと判断した場合に、お使いいただけるということになっています。

それからもう一つ、先ほど来、医療と介護の連携ということで、多職種連携研修を実施しております。ことしは「目黒区全体で手をつなぎ、大きな場をつくらう」とテーマで、3回連続して研修を開催しております。こちらについては、職種でいきますと12職種、100人を超える参加者に参加していただいております。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士等です。これは100人以上の方が積極的に意欲的に参加していただいて、皆さんが連携の必要性をひしひしと感じていらっしゃるのではないかなと

思っております。

以上でございます。

○榎林座長 ありがとうございます。

続いて、世田谷の方、お願いいたします。

○岩本委員 世田谷区の地域包括ケアを担当させていただいている岩本と申します。

在宅の医療の充実ということで、この間、病院医師会の先生方等にご協力をいただいて、さまざまな取り組みをさせていただいているところでございますけれども、先ほど先生方からお話がありましたところも含めてさまざま進めさせていただいておりますけれども、直接的な取り組みとしては、研修だとかということもやらせていただいておりますけれども、これから、特に在宅介護支援センター、うちの場合は安心支援センターという呼び方をさせていただいておりますが、世田谷区全体を27の地区に分けて、そのまちづくりセンターの中に、あんしんすこやかセンターとまちづくりセンターと社会福祉協議会というものを一体化しまして、地域包括ケアの地区展開からというものを進めさせていただいているというところで。

その中でも、あんしんすこやかセンターに関しましては、地区連携員という事業を進めさせていただいております、これも医師会の先生方のご協力をいただいて、顔の見える関係などもつくらせていただいているということです。

これからの在宅医療をさらに進めていくということは、区民への普及啓発が必要だというふうに考えておりますので、その辺についても今お話しさせていただいた事業なども含めまして、これからさらに普及啓発に取り組んでいきたいというふうに考えているところです。

○榎林座長 ありがとうございます。渋谷区の方、お願いいたします。

○小野委員 渋谷区の高齢者福祉課長の小野でございます。今、いろいろと意見が出ておりましたが、渋谷区といたしましては、退院支援を主に在宅医療相談窓口というものを設置し、その設置に関しましては医師会のほうに委託をさせていただいております。これによって、病院からの退院支援に非常に充実がされているのかなというふうに思っているところです。

また、一方で先ほどもご意見で出ておりましたが、退院した後に老老世帯ですとか、単身世帯、あるいは認知症の進行により、どうしても在宅でなかなかこう看護ができないという方もふえております。一方で、医療的ケアを要する方の受け入れをするような介護施設ですね、特養ですとかショートステイも含めてなんですが、なかなか受け入れてくれないという状況がございますので、渋谷区といたしましても、極力施設のほうには24時間看護師を配置してくださいですとか、あるいは区みずから財政的援助をしながらショートステイの受け入れ先を確保する等の支援はしているところでございますので、引き続き在宅も含め、医療的ケアを要する方の支援はしていきたいというふうに考えているものでございます。

○榎林座長 どうもありがとうございます。

あとは、これまでのお話で先ほど病院の先生方から後方支援の話とかが出ていたと思うんですが、個々の病院さんの取り組みをお伺いできたらと思うんですが、病院協会さんとしてはどういう方針とか、議論はございますでしょうか。

○内藤委員 東京都病院協会から来ました、内藤病院の内藤です。東京都病院協会としましては、ここ何年間か4、5年くらい前からの病院協会がやっている学会におきましては、テーマとして地域包括ケアを支えるということ、言葉はちょっと違います。地域密着型病院の役割であったりとか、言葉は違いますが、テーマとしましては地域包

括ケアを支えるということで、3回ほど学会をやってきております。

病院協会は主に中小病院が多いものですから、やはり地域包括ケアの中での役割というのは皆さんも、きょうお集まりの先生方、病院の先生方もそうですけれども、地域における役割というのは、すごくやはり重要に考えております。ですから、最近では病院に入院がなかなか受けてもらえないという話も、以前に比べれば大分なくなっているのではないかなと思いますし、それから退院のときにかかりつけじゃない先生に戻るというのも、中小病院に関しては、まずないと言っていいのではないかなというように自負しておりますし、私の知っている先生方かたそういうお話は全く出ておりません。ですから、やはり、例えば大きな大病院の、ある意味では大病院は大病院の役割がありますし、地域の中小病院はそういう役割がそれぞれ違いますので、我々当病院協会として大きな病院と中小病院とのうまい連携の中で、地元の先生や地元の利用者さんというか、住民の方が安心して帰っていただけるような、そういったような連携をしていけるようにつくっていきたくて思っております。

ただ、その中でやはりどうしても、先ほども出ましたように、受け入れるときには敷居を低くしてどんどん受け入れても、なかなか退院していただくときに非常に難しいケースもありまして、例えば特別養護老人ホームさんとか、施設からの受け入れは、もちろん問題はほとんどないと思います。それから、かかりつけもしっかり決まっている先生の場合には、患者さんに関しても余り問題はないんですけれども、初めて飛び込んでくる方とか、地域の先生が呼ばれて行ってみたら、これは大変だという方の受け入れの後の退院調整とは、なかなか難しく、本当に経済問題とか家庭環境問題、それから個人の性格であったりとか、認知であったりとかありまして、そこに非常に手間暇、時間がかかってしまうことが多いです。

ですから、先ほどお話も出ましたけれども、今後ますます在宅で地域の方を診ていくという方向性に広がってはいますけれども、そこに非常に手間暇、時間がかかりますし、経済的にもかかりますので、病院だけではなくて、地域の先生方も含めまして、それから介護事業所さんも含めて、やはりもうちょっと手厚い支援が必要なのかなというふうには、私は強く思っております。以上です。

- 檜林座長 ありがとうございます。個人的な意見として、入院をお願いして退院するときに、元のルートにちゃんと帰ってくるポイントの一つに、その患者さんに関する入院中のカンファレンスに小会議も参加するという事は、とても大事なような気がしているんですけれども、先生方のところで実際の実施状況というか、いかがでしょうか。
- 内藤委員 実際にうちの退院前カンファレンスのところも予定しますけれども、なかなか皆さん集まらなくて、何人か集まって、じゃあ帰りましようみたいなことが、どうしても多いですかね。うちの病院ではそんな様子ですけれども、ほかの先生方のところはいかがでしょう。
- 酒井委員 日赤医療センターで私医療連携室長もやってまして、その立場でお話しさせていただきますと、拡大カンファレンスと称しまして、在宅に帰す場合には、行うように努力していると。ただし、私が患者さんの場合年に2回くらいしかやらないので、ほとんど行われていないと。

それで、先ほど世田谷区の医師会の方から、戻さないで別の在宅医に戻る場合があるというお話があったのですが、私もお叱りの言葉を多々いただくことが正直いってあります。それで、それはなぜかという、ドクターがかかわらないんですね。在宅医に戻す場合。それは、退院調整ナースがかかわってしまっていて、退院の権限を持っているんです。どこに帰すかというのは、我々はほとんど頼まれて、先生、診療情報提供書を書い

て、宛名はここ、どこですよと言われるままにやって、それで医師会長からも叱られたのですが、現実問題として問題なのは、患者さんが選ぶということなんですね。患者さんが戻りたくないという場合も、正直いってあるんです。その場合は、間に立たされちゃいまして。

あと、もう一つ問題は、区ごとの医師会単位で動くんじゃなくて、最近是在宅訪問医が東京都全体の組織として出てきたと。そこが、また問題が起きる点の大きなところになっていまして、皆さんの医師会ではどう対処されているのか、むしろこちらが聞きたいくらいなのですが。要するに、在宅調整ナースはそういうところが便利だから、頼んでしまうんです。サービスがいいから。個人でやっている訪問医よりも、サービスがいいという捉え方をしている場合があるんです。それに対する対応も考えていただきたいかなと思います。

ちょっと、僭越なことを言いましたけど、すみません。

- 岡島委員 今のお話ですけども、目黒区では5つ大病院がありまして、ケアマネジャーの見学ツアーみたいなものもしてくださったりしているんですよ。退院支援ナースの方たちと大分連携ができるようになってきて、そこにドクターが出てきてくださったりして、そうやって顔が見えてくると、意見を聞いていただけるようになってきているんですね。在宅に戻るときのケアマネジャーの意見も聞いてもらえるように、だんだん、大分なってきたと私は思っております。

それからもう一つ、本当に東京中を全部回っている訪問診療ですか、在宅診療がありますよね。それは、本当に先生のおっしゃるとおりかもしれないですね。やっぱり、身近で早くできちゃうというところが、すごく営業がばっちり回っていますのでというところ。今、ここで言っているかわかりませんが、先生のおっしゃることも懸念されると思います。

- 檜林座長 ありがとうございます。あとは、在宅のときのまた連携をしなければいけない、多職種で医療寄りのところで、歯科の先生方、あと薬剤師の先生にお世話になることがとても多いのですが、薬剤師の先生から何かございますでしょうか。
- 篠木委員 玉川砧薬剤師会の篠木と申します。玉川砧薬剤師会は、世田谷区になります。以前は在宅の薬局はかなり少なかったんですけど、もう今はほとんどの薬局がやっている、もしくはやれる状態であると思います。在宅、在宅患者訪問薬剤管理指導というんですけれども、東京都関東信越厚生局に申請を出せば、誰でもどの薬局でも特に拒否されることもなくて申請はおけるので、ほとんどの薬局でできる体制でいます。確かに3、4名くらいの患者さんを受け持っている薬局と、100名くらいを受け持っている薬局等、差はあります。実際は前から言われていますけれども、薬局は24時間の対応とか、今言われていますのは小児在宅をやれる薬局というのは、ほとんどない、数件くらいだと思います、世田谷区でも。それは、薬剤師会としても今後の課題にはなっているんですけれども。ですので、世田谷区はどこの地区に行っても近所に薬局があると思いますので、その薬局が対応できると思います。もし、薬局がどこかわからない場合は、薬剤師会にご連絡いただければ薬局を紹介させていただきます。これは、多分世田谷区だけじゃなくて、目黒区も渋谷区も同じだと思いますので、お教えいただければと思います。

あと、多職種連携なんですけれども、先ほど世田谷区の方からお話がありましたように、世田谷区はあんしんすこやかセンター、私たちあんすこ、あんすこと呼んでいますけれども、特に今玉川地区のあんしんすこやかセンターでは、定期的に研修会をやって、そこでその後グループディスカッションとかをやっています。その内容どうこうよりも、

皆さんの顔を覚えられる、名刺交換できる。それだけでも全然違うということで、すごく活発にやっております。

また、世田谷の医師会のほうと連携をして、ご近所フォーラムというのをやってまして、これもすごく活発に活動していきまして、年に1回世田谷区民会館でいわゆる文化祭というんですか、のような医療に関するものを作って、区民の方に来ていただいて、そこでも皆さんの顔が知れるという、歯科医師会の先生とか医師会の先生、いろんな多職種の方が来ていただいてやっております。ですので、世田谷区に関しては、すごく非常に三師会、いい連携を保っているというふうに思っております。

- 榎林座長 ありがとうございます。ちょっとお聞きしたいのは、実際のところ24時間開局のところは、今のところない。あと、無菌調剤をされているところは。
- 篠木委員 無菌調剤も24時間も私把握はしてないんですけど、数件はあると思います。
- 榎林座長 小枝先生、いかがでしょう。
- 小枝委員 目黒区歯科医師会の小枝でございます。何か代表と言われて急に代表になったのでびっくりしているんですけども。

私たち歯科というのは、やはり急性期ということではなく、生活の医療のいうところの位置づけになるかなというふうに思うんですけども、今、こちらにいらっしゃる先生方、ケア関係の方々は皆さん口腔ケアの重要性ということは、まず第一義に考えていただいていると思うんですが、現実在宅の場合にご家族とか、多くのケア関係の方は、どちらかという食べられないから、痛いから何とかしてくださいというところのスピード感を求めてこられることが多くて、そういう意味では先ほど酒井先生も言われていたような、在宅専門のところのほうがサービスがよくて、すぐ来てくれるからいいわという形になるのかなと思うんですけども、ただ、そういう方々はその一時的な治療はしていただけますけど、長期のケアということは全く考えてはいただけないということで、できれば歯科医師としては、先生方も皆さんご存じだと思いますけれども、口腔ケアをした患者さんの手術前後の経過が全然違うということは、皆さんご存じだと思いますし、エビデンスも出ているところですけども、そういった形で、できるだけ在宅で気持ちよく、感染もせず、誤嚥性肺炎も防ぎながら、楽しく口で食事をしながら楽しんでいただくということを過ごしていくために、長期の口腔ケアというところの実は受け皿が我々はまだないということは、僕もやりながら感じているところでありまして。

それは、なぜかといいますと、特に西南地区、先ほどの会議でもありましたけれども、非常に物価も高く、人材もなかなか不足しているという中で、非常に歯科医院も中小の歯科医が多くて、そこに最小限の人数でやはり診療所を開設しているという方が多くて、そういう方々の中で、じゃあそこで急に定期的な口腔ケアをしましょうかといったときに、自分の衛生士をそこに派遣して行かせるということが、実は、例えば試算したところだと、お一人の在宅患者さんのところへ行くと、診療所で見ている患者さん3人分くらいの時間くらいはかかるのですけれども、明らかに在宅の患者さんは虚弱といいますか、よく病気になられるわけで、病気になられたときには、お医者様の場合には、じゃあ行きましょうになりますけれども、歯医者さんの場合には来ないでくださいになってしまいますので、全く3人分の、変な話ですけど収入がなくなってしまうというような状況になって、じゃあどういうタイミングでいくかということ、休みの日、それから昼休み、歯科医師、衛生士が休みの時間を使っていくような形になるので、どうしても長期の口腔ケアのニーズに応えられないという、ちょっと非常に負のスパイラルみたいなのところに入ってしまったというところがございます。

できれば、これも考えていくのに、できれば長期の口腔ケアをしていくこと、それが

まず、ちょっと長くなって申しわけないですが、口腔内をまず見たときに、これが悪い状況かどうかと判断する人が現実には誰もいないということ、これが一番の問題だと思っているんですけども、これを早目に発見して、どういうふうにケアをしていけばよくなるかということは、早目にわかればいいわけで、そういう意味では月1回、2回の口腔ケアを続けられる環境づくりというのは、非常に必要だなと。

そのために、実は私どもは先ほど薬剤師会さんの言われていた我々医療機関として、みなし事業所として登録しているわけですが、そういう形でいけるといえるのはやっぱり限度があって、そういう事業所の歯科医師の指示のもと衛生士がそこに派遣されて、口腔ケアという形がずっととられて、介護保険にかかわっている限り、ずっとこの問題は解決しないなというところは、一番悩みの種でございまして、できれば、例えば我々歯科医師会とかの障害者の診療室とか、歯科医師会自体がみなし事業所として認めただけのようになれば、そこからやはり衛生士を順次ある程度ストックといたら悪いですけれども、派遣していく。要するに、訪問看護のブロッケン訪問口腔ケアステーションというものが実際に今はありませんので、そういうものがつくれたら、この環境というのは完全に改善されて、いい方向に行くというふうに思っただん仕事をしているところでございます。

すみません、長くなりました。

- 榎林座長 ありがとうございます。今、目黒区医師会のほうで、一つ在宅療養の入り口になるようなものを、医師会として何かつくっていくといいんじゃないかという話があるんですけども、歯科医師会でもまずは相談センター的な意味で歯科医師会館に窓口があるとか、そういう流れというのはございますか。
- 小枝委員 ご連絡いただければ、近隣の3軒の歯科医を紹介するというシステムは一応できているんですけども、それがなかなかおやりいただくというところが難しく、橘さんも聞いているので余り大きい声では言えないところなんですけれども、その3名の先生が手を挙げてという形では、ある程度はいくんですけれども、先ほど言ったような人材も問題というのがあって、長期にできるかどうかというのは、なかなか難しい問題。そうすると、やはり便利でサービスのいい在宅屋さんに頼んじゃおうかなということで、必ずそういう結末になる、てん末になるというところが現実でございます。
- 榎林座長 歯科にも訪問専門のところというのはございますのでしたっけ。
- 小枝委員 はい。最近ふえてまいりまして、特に余り悪口を言ってはいけないし、記録に残されては困るんですけども、我々訪問屋さんとかという言い方をするんですけども、若い先生とか実際に開業されていないような先生を集めて、機材を与えて行ってもらい、行かせるみたいな形になっている。治療自体はそんなに大きな差はないんですが、その後のケアはほとんどされないの、まずそういう診療報酬の体系になっていますから、つくっておしまいみたいな形で終わってしまうということも不満というのは、結構聞くことが多いです。
- 榎林座長 という形で似たような事情がちょっとあるそうです。ありがとうございます。

あとは、施設の方もきょうおいでいただいています、老健の小泉様、何かございませうでしょうか。

- 小泉委員 私は、世田谷区医師会の副会長をやらせていただいて、本業は老健の施設長ですので、医療と介護の両方とも常に見ていて、常に介護保険と医療保険のはざま、これが取れない、これが取れるとかということをやっているんですけども、非常に矛盾も多しかなと思いつつやっています、ただ、やっぱり医師会のほうではやはり医療

連携とか、病診連携、病病連携を一生懸命やっていたり、あとは介護のケアマネジャーさんであるとか、そういう方たちと一生懸命医師会をとって太田理事、大坪理事が中心となってそういうことを一生懸命医師会としては進めています。

あと、老健施設のほうは、私東京都の老健施設協会の役員もしているんですが、そちらのほうでは、老健はイメージ的にはやはり特養の待機場所というようなイメージが非常に強いということなんですが、介護保険で国の方針としては、老健はやっぱり在宅の支援をしていきなさいということになっているので、今、在宅支援の強化型であるとか、支援型といって在宅強化型であると、1カ月に帰す人数の50%を在宅に戻しなさいというような取り組みがされていて、老健も今少しずつ変わってきているところで、在宅の方のレスパイトであるとか、そういうものを受け入れようというふうに今動いているところなんです、なかなか区西南部でいうと大体14施設があるのですが、入所者でいうと1,192人くらい入所しているのですが、そのうちの在宅強化型をとっている施設というのが、大体20%くらいになっているので、まだどちらかというと特養の待機場所からは抜け出てないかなと。ただ、やっているところは、やっぱり在宅強化を一生懸命やって、在宅に帰して、また地域の先生にお願いして、また介護が必要であれば入所施設に入所して訓練をするというのをやっていたりとか、あとは老健協会の事業として、レスパイトのショートというものも積極的に受けていきたいと思いますというのを、今まずテストケースで少しずつ始めようとしているところですので、在宅というものにも老健も目を向けてやっているところです。以上です。

○榎林座長 ありがとうございます。あと、最後はふだんなかなかお話を聞けない保険者の方がきょうお見えになっているということで、近藤さんにお話しいただけますでしょうか。

○近藤委員 協会健保東京支部の近藤でございます。私どもはふだんは加入員の方が現役世代のサラリーマンの方、それからそのご家族の方ということで、年齢でいいますと74歳までの方が加入になります。

私どもが行っておりますふだんの事業というのは、やっぱり健康の維持のほうを中心に動いているものですから、なかなか在宅に関しての加入員の方への広報などは、まだまだできていないのが現状でございます。とはいえ、私どもはやはり会社の方の保険料の負担で成り立っている制度でございますから、この制度を維持するためにかかりつけ医を持ちましょうと、それから今はかかりつけ薬局を持ちましょうと、こういったところの広報などを行っているところでございます。今後は、こういった今議論いただいています医療・介護の仕組みも、平成30年から大きく変わるといっても皆さん本当にご存じないわけなんですね。こういった仕組みのところを含めて、会員の方々に広く理解いただくための広報を行っていくということが我々の役割だというふうに思っております。以上でございます。

○榎林座長 ありがとうございます。

矢澤さんにちょっときょう出たお話をまとめていただいておりますので、ご発表いただければ。お願いします。

○矢澤医療政策担当部長 活発なご議論ありがとうございます。

まず、最初に独居の方とか、かかりつけ医のいない方というところでのキーマンがないところの困難さというお話や、専門のクリニックに流れるというところのお話がありました。そのことについては、例えばがんの急性期で病院に入院されて、ターミナルで戻ってきたんだけどというところで、かかりつけ医と離れてしまうとか、そういったときに訪看のほうからリクエストがあって、24時間のほうに行くようにというふうに誘導されているんじゃないかのご意見があった一方で、今ケアマネさんが行先を変える

ことは余りないんじゃないかというようなご意見もあったところでした。

一方、そういったことが余りないように、カンファレンスをやったらどうかというようなこともございまして、幾つかご意見を頂戴したところ、なかなか集まらないということや、退院調整ナースが患者さんに行先を提案して、患者さんが選ぶということがあるので、なかなかかかりつけ医にというところがうまくいかない、あるいは在宅専門の先生や歯科医師の先生も、医科の先生もなかなかサービスがいいというか、便利だというところがそういった原因の一つにもなっているんじゃないかというお話でございました。

一方、困っていることといえば、病院に行くための移送するときの移送手段がないこととか、それから在宅の看護師さんとの協力体制、あるいは連携というところで、まだまだ課題が残っているということでした。それぞれの区では今後支援病床の話ですとか、多職種連携の研修ですとか、在宅療養支援窓口のことですとか、それぞれの取り組みを十分進めていただいているようございまして、薬局のほうもほとんどの薬局で在宅に対応できるということでした。

歯科医師の先生方のほうからも内科と同じで、専門の先生方がいらっしゃるけれど、実際の口腔管理はやっていただけるけれども、口腔ケア、それも長期のケアというところでは、まだまだ課題があるので、少し仕組みを考えて、例えば歯科医師会に訪問口腔ケアステーションのようなものを置くということも検討課題だろうというようなご提案を頂戴しました。

お聞きしていて、24時間の在宅の専門の先生と、それまでのかかりつけ医の先生の連携ということはどういうふうに考えていったらいいのかなというふうに、私ちょっと考えながら伺っておりました。また、今回はそのあたりの現実的なお話についても提案させていただいて、ご議論いただけたらいいなと思ったところです。きょうは、どうもありがとうございました。

○久村地域医療担当課長 本日は、まことにありがとうございました。

事務連絡でございますが、今回の議論の内容につきましては、本ワーキングの4回目でございます地域医療構想調整会議、あるいは地域医療構想調整ごとにご報告させていただきます。また、東京都で在宅療養の都の全体について議論いたします、在宅療養推進会議にも報告させていただきます、今後都における在宅療養の取り組みの検討の参考にさせていただきたいと思っております。

また、本日ご参加いただけない医療機関等に対しましても後日資料、それから検討内容については情報提供させていただきます、地域で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。

あと、議事録についてであります、本ワーキングは公開でございまして、議事録は後日東京都福祉保健局のホームページに掲載させていただきますので、修正等が必要な場合には福祉保健局までご連絡をいただければと思います。

本当に、本日は活発な意見交換をありがとうございました。以上をもちまして、終了とさせていただきます。