

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（区東部）

日 時：平成29年10月31日（火曜日）19時00分～20時30分

場 所：東京都医師会2階講堂

○久村課長 恐れ入ります。定刻となりましたので、ただいまより区東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。

また、初めてのワーキングの開催ということで調整の時間を要しまして、開催日のお知らせ、あるいは資料のご送付等が遅くなりましたことを、この場を借りてお詫び申し上げます。

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、よろしく願いいたします。

着座にてご説明させていただきます。

まず、こちらの在宅療養ワーキングでございますが、東京都は、昨年7月に東京都地域医療構想を策定したところでございます。

そして、二次医療圏ごと、構想区域ごとに東京都地域医療構想調整会議を設置いたしまして、地域における現状ですとか、課題を共有しながら、今後の取り組み等を推進するためということで協議を行っていただいております。

調整会議におきましては、どの圏域におきましても、例えば退院支援におけます病院と地域の連携の重要性ということであったり、あるいはそれぞれの相互理解の必要性といった形で、在宅療養に関するご意見をいただいているところでございます。

ただ、調整会議は、病床機能分化でございますとか、テーマが広うございますので、調整会議の中だけでは、在宅療養について中には議論いただく時間が十分とれないというところが状況でございます。

そのため、今回、この在宅療養に特化したご議論、意見交換をいただく場として、こうして新たに在宅療養ワーキングというものを設置したものでございます。まずは第1回目でございますので、意見交換、課題等々の共通認識を持つみたいなところから始まるのかと思っておりますが、そうした意見交換等を通じまして、広域的なところも含めた連携、あるいは病院と地域との相互理解の促進につながればというふうに思っておりますし、東京都といたしましても、こういった場が出された意見等につきましてはしっかり受けとめさせていただきます、今後の取り組みに生かしていただければというふうに考えておりますので、本日はよろしく願いいたします。

続きまして、本日の配付資料でございますが、次第の下段の方に記載させていただきます。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。

また、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。座長からご発言の機会を設けたことがございましたら、挙手の上、ご所属とお名前をお聞かせいただき、ご発言をお願いできればと思います。

それでは、開会に当たりまして、東京都医師会の西田理事よりご挨拶をいただければ

と思います。

- 西田理事 皆さん、こんばんは。東京都医師会の新米理事の西田と申します。

本日は、東京地域医療構想調整会議在宅ワーキング区東部にご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

先ほども説明がありましたように、昨年8月にまとめられました地域医療構想を受けまして、受け皿である在宅療養をこれからどうしようかということこれから我々ももんでいかなくちゃいけないわけです。

本日、このワーキングが始まる前に、先ほども説明がございましたが、医療及び介護の体制整備に係る協議の場ということで、2025年の在宅医療等の推計値等も示されたところでございます。

とりあえず、この会議体は二次医療圏ではございますけれども、将来的にはこれをお持ち帰りいただいて、各市区町村でもんでいただかなくちゃいけない。各市区町村の在宅療養推進会議ですね、そういった会議体を使って継続審議していく必要があるかと思えます。

今回、この区東部は12の二次医療圏の会議体の一番手ということで、いろいろ我々もなれないところがございまして、ご迷惑をかけるところもあるかと思えますけれども、何とぞ忌憚のないご意見をいただければと思います。よろしく願いいたします。

- 久村課長 西田理事、ありがとうございます。

続きまして、東京都より、医療政策担当部長の矢澤から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。遅れまして申しわけございません。

東京都福祉保健局の医療政策担当部長、矢澤でございます。

きょうはお忙しいところ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。

私ども、地域医療構想を昨年度策定いたしまして、その前から地域の先生方、また、看護師の方、それから歯科医師の方、薬剤師の方、さまざまな方から、そして区市町村の方からもご意見を賜っていたところでございます。

その中で、どの区域も、病院と在宅の連携、ここがすごく難しいんだといったような課題が出たことから、私ども、この地域医療構想をさらに推し進める上でも、こうしたワーキングを開くことを検討いたしまして、今年から始めさせていただいております。

まずは、皆様からのお声を伺うところから始めるようになると思えますが、何とぞご遠慮なくご発言いただけ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、江戸川区の在宅医代表としてご参加いただいております安保先生をお願いしているところでございます。

安保先生、一言、お願いいたします。

- 安保座長 皆様、こんばんは。お仕事が終わってお疲れの中、お集まりいただき、ありがとうございます。

私は、江戸川区で在宅療養支援診療所を行っている安保と申しますけれども、とても座長をやるような立場ではないんですけれども、充て職ということでしたので、座長を引き受けることになりました。不慣れですので、行き届かないところがあると思えますけれども、皆様、活発にご発言をお願いします。

では、よろしく願いします。

- 久村課長 安保座長、ありがとうございます。

それでは、以降の進行は安保座長をお願いいたします。

○安保座長　じゃあ、さっそく議事に入りたいと思います。

この在宅療養ワーキングというのは今回初めてでして、まだ皆さん手探りの状態だと思います。資料も送られて余り時間がなく参加ということで、なかなか読み込んではいないと思いますけれども、とりあえずは在宅療養についてということの討議なので、思うところを話させてもらえればいいと思います。

東京都地域医療構想調整会議の方では、こういう在宅療養についてはいろんな意見が出ていると思うんですけども、人が限られていますので、いろんな立場の人からより多くの意見を聞きたいということで、今回、ワーキングが開かれることになっております。ですので、思うところを忌憚なく発言していただければと思います。

では、東京都より、議事（１）、（２）について説明をお願いします。

○事務局　それでは、資料２、こちらの方からご説明させていただきます。東京都福祉保健局の藤田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

資料２、２ページをお開き願います。

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。

策定の背景としましては、こちらの記載でございますように、平成３０年、２０２５年に向けて、今後の医療需要の増加が予測される中、患者の症状や状態に応じて、効率的な質の高い医療提供体制の確保、地域にふさわしい病床機能の分化や連携などにつきまして、どのように取り組んでいくかといったことなどを背景に策定しております。

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章立てになってございまして、２ページ目には第１章と第２章が記載してございますが、第１章では、「地域医療構想とは」としまして、医療・介護・福祉等にかかわる全ての皆様と協力して、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などが書かれてございます。

そして、医療法で定められた中で、こちらの地域医療構想に書かなければならないことが２点示されてございます。

左側の記載事項のところに書いてありますように、一つ目は、構想区域ごとに国が定める計算式によって算定した２０２５年の機能区分ごとの病床数と、それから在宅等の必要量を推計、それから地域医療構想の達成に向けて何をしていくかなどを記載することになっております。

そこで、東京都全体の姿を第２章に、それから二次医療圏、地域医療構想の中で構想区域と呼んでおりますが、構想区域で取り組んでいくことを次のページの第３章に、そして、第４章には、東京の将来の医療をランドデザインとして、おめくりいただいた資料でいいますと３ページになりますが、こちらの方に、第４章が右側の方にありますけれども、基本目標としまして、Ⅰ、高度医療・先進的な医療提供体制の将来にわたる進展、それから、東京の特性を生かした切れ目のない医療連携システムの構築、それから３点目には、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実、四つ目として、安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成、以上の四つを目標に掲げてございます。

それから、下の方に行きまして、第５章では、それぞれの果たすべき役割などを記載してございます。

なお、地域医療構想につきましては、現在、改定を進めております平成３０年からの保健医療計画の一部となっておりますので、そこと一体化することになってございます。

もう少しご説明をさせていただきますと、１枚目の第２章のところですね、資料、中段、右側に平成３７年、２０２５年の病床数の必要量等々ございますけれども、推計で

は、2025年には全体で11万3,764床が必要と推計してございます。

今現在、約10万5,000程度なので、今後、8,000床近く足りないというような推計となっております。

ただし、病床の必要量の推計の中では、患者さんの受療動向ですとか、病院が新しくなったり、廃合でしたり、今後の人口推計や医学の進展による平均在院日数の短縮などは加味されてございませんので、今後、ここに記載のとおり、さまざまな要因によって変化する可能性があるものとなっております。

あくまで推計ではございますけれども、区市町村、あるいは地域の皆様が将来にわたり医療提供体制を維持・発展させていく上でお考えいただく際のツールの一つとしてご活用いただければとも思います。

そうした中で、在宅医療等につきましては、右側の上のところでございますけれども一日当たり19万7,277人として、再掲としてございますけれども、訪問診療だけを見た場合でも14万3,000人と推計しております。

こちらの部分について、2枚ほどおめくりいただきまして、資料の4ページなんですけれども、表頭のところで「慢性期機能と在宅医療等の患者数推計の考え方」とございますが、在宅医療等の推計につきましては、記載のように、医療区分Iの患者数や、現時点で訪問診療を受けている患者数、それから現時点で老健施設に入所されている方からの推計となっております。

もう1枚おめくりいただきまして、東京都における在宅医療等の医療需要の推計として、2013年の医療需要の推計としましては、左側でございますように、患者住所地ベースで、訪問診療分だけで見て約9万6,000人、これが2025年には約14万3,000人と推計してございます。

なお、上段でございます、5万3,800人につきましては、175点未満の患者数、それから療養病床の入院患者数、それから老健施設の入所者数などを含めて、地域医療構想の中では在宅医療等として区分され、約19万7,000人と推計してございます。

続きまして、おめくりいただいて、資料の3でございます。

こちらはワーキングについてということで、1枚目に、資料の方、6ページになりますけれども、本ワーキングのもととなっております地域医療構想調整会議についての設置の考え方を記載してございます。

おめくりいただいて、7ページなんですけれども、本ワーキングの概要となっております。

冒頭、久村の方からご説明させていただいておりますけれども、今年度、意見交換等の内容を踏まえて、これからのさまざまな取り組み等につなげていければとも考えておりますけれども、今年度の主な意見交換のテーマとしましては、4番目にございましてところで、(1)、(2)というところで、一つ目、在宅医療の資源について、地域の皆様の現状・課題の共有、あるいは地域と病院の連携、入院時の調整ですとか、それから急変時の受け入れ、病状変化時の受け入れなどについて、後ほど、こういったテーマで意見交換等をお願いしたいと考えてございます。

また、本日ご議論いただいた内容につきましては、後日、開催いたします調整会議の方でもご報告させていただく予定となっております。

また、今回、本ワーキング初めての開催となりますけれども、次ページ以降、調整会議、これまでの開催状況をまとめております。

8ページが28年度の地域医療構想調整会議の開催状況で、9ページが、今年度、既にもう第1回を5月から8月にかけて実施しておりますので、そちらの開催状況を参考

につけてございます。

おめくりいただいて、10ページ、資料4でございます。

こちらは国からの方針に基づきまして、表題にあります医療計画と介護保険事業計画で対応すべき需要についてということで、医療及び介護の体制整備に係る協議の場とということで資料をつけさせていただいております。

設置区域の方につきましては、記載のように、二次医療圏ごとに設置することとされてございます。

区東部における協議については、先ほどこの場で開催したところでございますけれども、協議の場で使用しました資料をこちらでは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いうことで、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、2枚目なんですけれども、「追加的需要について」とございますが、こちらは、今、簡単にご説明させていただきましたけれども、昨年、策定しました地域医療構想におきまして、国から、今後の慢性期機能及び在宅医療等の医療需要の推計に関して考え方が示されてございます。

資料2でふれさせていただきましたが、資料中段の真ん中の帯のところ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、ちょっと太枠で囲んでありますように、「医療区分Ⅰの70%」、それから「地域差の解消」というようなことで記載してございますけれども、こちらの患者様につきましては、療養病床、一般病床での需要として組むのではなく、在宅医療等で対応するとの考え方が示されております。

ここでいう在宅医療とは、先ほども申しましたけれども、訪問診療だけではなくて、介護施設であったり、外来であったりも含めて、入院医療以外での対応というような形でご理解いただくとわかりやすいのかなと思います。

このうち、一般病床でC3未満の方につきましては、国の方では外来で対応するとの考え方なんですけれども、療養病床の区分Ⅰの70%の患者等につきましては、介護医療院への転換や介護施設や訪問診療等の需要として見込んでいくこととなっております。

ただ、ご留意いただきたいのは、先ほど協議の場の方でもお話しさせていただいているところなんですけれども、療養病床に入院されている患者さんを強制的に退院させるといったものではなくて、あくまで今後の需要推計に当たって、病床で見込むのではなく、在宅なのか、介護施設等で見込むのか、そういった患者さんの受け皿が不足することのないように、体制整備をきちんと進めていきたいと思いますという考えのもとに、進めていくものでございます。

こうして出された需要につきまして、都道府県及び市町村の方では、先ほど開催しました協議の場というものを活用しまして、医療・介護それぞれの主体的な取り組みによって受け皿の整備を明確にした上で、次期保健医療計画及びその介護保険事業（支援）計画の方における整備目標、見込み量を設定するというものとなっております。

時間の都合上、ご紹介だけになってしまいますけれども、おめくりいただいて、13ページなんです、13ページの方が区市町村別の2013年の訪問診療、それから2025年の訪問診療、今ご説明しました追加的需要分、新たなサービス必要量として、今回は、患者調査の結果を活用して機械的に計算した数値をお示ししております。

数値については、引き続き、保健医療計画の改定作業の中で整理していきますけれども、区市町村や、それから関係団体におかれましては、地域における取り組みの際に参考にしていただければと思います。

左側の2013年が先ほどの9万6,712というところで、今回、区市町村別に初めてお示しするものでございます。

それから14万3,429というのが、先ほどの2025年の地域医療構想で推計した数字、それから新たなサービス必要量として495で、一番右側がその合計となっております。

私からの説明は以上です。

○安保座長 説明、ありがとうございます。

かなり資料の量が多くて、なかなか見切るのが大変だと思いますけれども、意見交換の時間が後ほどありますので、ご質問等はそのときにお願ひできればと思います。

では、引き続き、意見交換に当たって、東京都の方から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を説明させていただきます。

先ほどの資料に引き続きまして、右上資料番号資料5、ページ数だと15ページをごらんください。

資料5については、東京都地域医療構想調整会議資料と調整部会資料から在宅医療に関連する部分を中心に抜粋した資料となっております。

まず、資料5、1枚目、15ページですが、こちらについては、27年病床機能報告のデータをもとに、構想区域の特性を整理したものになります。

本資料に基づきますと、区東部においては、例えば急性期機能の一番下の「・」の部分ですが、退院調整部門を持つ医療機関の割合が都平均に比べ低い、また、回復期機能の下から2番目の「・」について、退院後在宅医療を必要とする患者が1割を超えるといった特性が見られます。

また、1枚おめくりいただきまして、資料5の16ページ、こちらについては、28年度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地域の課題を整理したものとなります。

下の四角の囲みの「在宅側」をごらんください。

例えば、急変時・病状変化時の受け入れについては、認知症の身体合併の受け入れの困難性や休日夜間の受け入れ先確保といった点に課題意識があり、右側に行きまして、レスパイトについては小児在宅に対する対応、また、在宅移行・退院支援については退院前カンファレンスの実施内容や時期、また、その他といたしましては入院受け入れ後の経過についての報告の必要性など、在宅医療に関する入院から退院に関する課題が挙げられました。

また、1枚おめくりいただきまして、資料5、17ページ、こちらについては、調整会議における議論から地域の課題を整理したのですが、資料の中央部を見ていただきますと、まず、こちら区東部の地域の特徴といたしましては、退院調整部門を置いている病院の割合の低さや、丁寧な退院調整を求める声、また、かかりつけ医、ケアマネの連携が不足しているといった病院の声があり、在宅に向けた退院調整の取り組みを論点といたしますと、中小病院の多さ、MSWの配置ができないといった意見、また連携をスムーズに行うには顔の見える関係づくりが大切であるといったご意見がございました。

こういった意見により、区東部の議題といたしましては、退院調整を置いていない医療機関も含め、退院調整を充実・強化させるための取り組みなどが在宅における課題として考えられます。

また、資料を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、今ご説明いたしました各圏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。

他圏域もあわせてご確認いただければと思います。

また、おめくりいただきまして、ページ数で言いますと、最後、23ページです。こちらについては、議論、検討状況を踏まえまして、各構想区域の主な課題を整理したものととなりますので、また、後ほどご確認いただければと思います。

続きまして、別とじになっております参考資料をごらんください。

こちら参考資料については、1から4、それぞれホチキスどめとなっております。

簡単に、各参考資料の概要を説明させていただきます。

まず、参考資料1、在宅療養に関するデータ一覧です。

こちら表紙を見ていただきまして、まず、1から10ページについては、厚労省が医療施設調査や人口動態調査などから作成している在宅医療に係る地域別データ集をもとに、都において作成した資料となります。

こちらのデータにつきまして、見方の注意点といたしまして、3ページの訪問診療の実施件数や4ページの看取りの実施件数などについては、医療機関の実績であって、各区市町村に居住する患者への訪問診療実績とは異なるというところで、資料の見方に関してはご注意ください。

なお、この地域別データ集については、10月20日に更新となっております、更新されたデータの方を、A3で、一番後ろに、別途、添付させていただいておりますので、こちらとあわせて、後ほど、厚労省のホームページ等もご確認いただければと思いますので、よろしく願いいたします。

また、参考資料の説明に戻りまして、11ページについては病床機能報告の集計、また、14ページについては国から提供されました区市町村別の区東部の訪問診療の実施件数を患者住所地、医療機関所在地別に整理した資料となっております。また、適宜、ご確認いただければと思います。

続いて、参考資料2をごらんください。

こちらは「在宅医療・介護連携推進事業取組状況の集計結果」という題の資料となります。

こちらは、区市町村の取り組み状況に関するデータとなっております。

参考資料2の1ページ目から4ページ目については、平成30年4月までに全区市町村が実施することを義務とされている（ア）から（ク）の8項目について、今年度の7月末時点の実施状況を取りまとめたものとなります。

また、ページの方をおめくりいただきまして、5ページ、6ページ目については、東京都医師会を通じまして、各地区医師会の補助事業に関する実施状況となっております。

5ページ目については、複数の在宅医が相互に補完いたしまして、または訪問看護ステーションと連携し、チームとして24時間の診療体制を確保する取り組みに対し、補助を実施する事業の内容となっております。

また、おめくりいただきまして、6ページ目については、医療・介護が連携し、ICTなどを活用いたしまして、より効果的に情報共有を行い、多職種が連携して在宅療養患者を支える体制や構築の取り組みに対する補助を実施しております。こちらの実施状況となります。

また、7ページ以降につきましては、各区市町村の在宅医療・介護連携に関する相談窓口、こちら今年度の7月末の時点の状況ではございますが、実施状況の一覧となりますので、ご確認ください。

また、続いて、参考資料3につきましては、地域医療に関するアンケートについて、在宅医療を行っている診療所からの区東部の回答を取りまとめた資料となります。

また、適宜、ご確認ください。

そして、参考資料の最後、参考資料4については、東京都医療機能実態調査結果報告書、こちらは都内の医療機関が有する医療機能等を調査したのですが、こちらの回答結果のうち、在宅医療にかかわる部分を抜粋した資料となります。

内容、字数等が多いのですが、また、ご確認いただければと思います。

資料が多く、大変恐縮ではございますが、各資料、病院や地域の意見や区市町村取り組み状況、病院等の状況等、取りまとめたものとなりますので、適宜、意見交換の中で参照いただきながら、意見交換の方をお進め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となります。

○安保座長 説明、ありがとうございます。

かなり資料が膨大でして、私も説明を聞くのは2回目なんですけれども、なかなか全部を理解するのは難しいかなというような状況ですけれども、意見交換の中で、それぞれ意見を出し合って、その中で討議していければいいなと思っております。

今回初めての会ですし、しかも東京都で区東部が最初の会議になっています。

ですから、いい悪いとか、そういうのはないですけれども、これをやったことを手本にしてどんどんよくなっていけると思いますが、余り気にせずに忌憚ないご意見をいただければと思っております。

まず、意見交換のテーマの一つ目としては、在宅療養に関する地域の現状・課題についてということについて意見を頂戴していきたいと思っております。

在宅医療は、2025年、今の説明によりますと、2013年度よりも1.5倍に需要がふえていくという状況になっておりまして、これから先も、それぞれいろんな課題が出てくると思っていますので、今現在の課題を出し合って、どのように対応していったらいいかというのを話し合ってください。

ただ、答えを出すとかというわけではないので、とりあえずどういう意見があるよということをお話しいただければいいと思っております。

では、区東部、在宅医療を代表されている先生方で、何か、意見がありましたら、ご発言をお願いします。

資料はいろいろあるんですけれども、とりあえず資料の中というよりは、現在、在宅医療で訪問診療をしていて、こういうことが問題があるなということも挙げてもらえればと思うんですけれども、稲見先生、お願いします。

○稲見委員 よろしくをお願いします。

江東区で稲見内科医院をしております稲見と申します。私のところは、外来をやりながら訪問診療をやっているようなクリニックでして、いわゆるメガ在宅といった複数の医師で体制を十分にとって24時間十分に対応できるというような施設ではありません。

ですが、私どもの地域を見渡しましても、いわゆる今までの普通のクリニックで在宅を補っているようなところがよくあります。

今後、在宅の件数が1.5倍になるというような状況下になりますと当然、今も当然、夜間の対応とか、クリニックの電話を携帯に飛ばして、かかってきたら駆けつけるというような対応をとっていますけれども、なかなか件数がふえてきてということで難しくなることも今後考えられると思う。

医師会と、また、江東区ですけれども、チームを組みながら、地域として、そういった部分を個々の医療機関一つ一つでカバーするということではなくて、地域としてカバーできるような体制を整えていくと、もちろん働いている我々もそうですし、患者様にとっての安心・安全につながるのではないかなというようなことを考えていました。

○安保座長 ありがとうございます。

では、井上先生、お願いします。

○井上委員 墨田区で在宅診療をしています祐ホームクリニック吾妻橋の院長、井上と申します。

すみません、私ども、メガじゃないんですけど、外来が些少でほとんど在宅医療をやらせてもらっています。複数の医師でやっておりますので、ほぼ完全に24時間体制で、昼間であれ、夜であれ、急患優先で飛んでいく、それから、あとは予定の訪問診療をしているということを主にしております。

複数の医師でやっていますので、ほぼ、それに関しては、まだまだ未熟なところがありますけれども、365日24時間体制でやれているというところですよ。

私どもが感じております問題点としましては、確かに外来を主にやっておられて、私はまだ墨田区においては新参者なんですけど、代々の関係で、ずっとその地域に溶け込んでやっておられる先生が、通えなくなった患者さんに関して在宅訪問診療しておられるという方がおられますけれども、外来の時間、あるいは夜間に関しては大変かと思えます。

私どもは、自称「まちの遊撃隊」なものですから、夜間ないしはその先生方が駆けつけられない時間にフォローできないかということで、医師会を通して、今、構想を練っているところでもあります。

要するに、往診部隊ですね、まさに、そういうのを担えないかということで、まち全体、地域全体がカバーできないかというふうに、今、構想を練りつつあるところでもあります。診療報酬をどうするかとか、いろんな問題点はありますけれども、それを何とかクリアしてやっていきたいなと思っているところでもあります。

あと1点、まだまだこれからやらねばならないのは、介護保険のかの字と申しますか、その辺がまだ理解の浸透が少ないのではないかと感じておりますので、もう本当に初めの第一歩なんです、介護保険とか、在宅医療のぞの字と申しますか、そこから、まず区民の方々に理解してもらおう。そこから今始めようと、ようやく動き出したところでございます。

○安保座長 ありがとうございます。

今、国の方でもかかりつけ医が在宅を担うようにという形で方向を持っていこうという形になってはいますが、なかなか外来をやりながらというのは、24時間が難しいという点を、皆様、おっしゃいます。

それをどのようにカバーするかというんですけれども、なかなかいい答えが出ないというのが現状ではないかと私も感じております。ありがとうございます。

では、区市町村の方から、在宅医療に関してこういうことを考えているとか、こういうことで困っているとかということがありましたら、ご意見をお願いします。

○梅原委員 墨田区の福祉保健部の梅原です。

私が所属しているところは福祉保健部ですので、医療に関することについては、保健衛生担当部門の保健計画課と連携しながらやっております。

きょうは、医療部門所管の課長が来ていないんですが、副参事として、3課、介護保険課、高齢者福祉課、保健計画課と調整しながら動いておりますので、その立場で少しお話をさせていただきたいと思っております。

私の方で主に在宅医療・介護連携事業ということで、医師会の先生方、三師会の先生方、そして介護事業者の方々と協議体を設けまして、区内でいかに患者さんのために連携できる体制をつくるかといったような課題に取り組んでおります。

今、井上先生の方からもお話がございましたが、在宅で熱心に頑張っている先生方と顔

の見える関係をつくって進めていこうというところで動き始めておりますが、最近いろいろ感じることは、情報共有のルールといいますか、先生方からの問い合わせに対して、医師会の先生方から介護保険側に問い合わせがあったり、あと、ご本人同意がはっきりしない中で、この患者さんの情報はどうなっているんだいということが、包括だったり、ケアマネさんの方に行ったりとか、いろんなことが起こっていて、個人情報の保護、本人同意というところの共通理解というところを、介護保険法の理解等も含めて、そこをちょっと基本に押さえてやらなければいけないのではないかと、最近、特に思うところです。

介護保険事業者等はかなり個人情報の取り扱いについて、厳密にしっかり同意をとって動いているというふうな状況がある中で、その理解、介護・医療側の理解を深めていくことが必要ではないかと思えます。

あとは、きょう墨田からも委員の先生方が見えているので、地域の状況は委員の皆様にも話をさせていただきたいと思えますが、ちょっとまとまりませんが、今の状況をちょっとお伝えしたところです。

- 小松崎委員 江東区でございます。私ども江東区は、健康部が在宅医療と介護の連携ということで連携推進会議を設置していろいろな課題に取り組んでいるところでございますが、退院支援の部分が一番キーになるということで、今年度も多職種研修や、それから病院の職員の訪問看護ステーションの動向実習研修等を、退院支援の部分に特に力を入れていろいろな取り組みをしているところでございます。

それから、圏域の課題として、退院調整部門を持つ医療機関の割合が少ないというようなことですので、今、ちょっと在宅医療相談窓口の整理がきちんできていないような状況で、患者さんやご家族からのご相談や、それから地域包括や医療機関からのご相談も一緒にそこで受けているような状況なんですけど、もう少しきちんと整理をして、このコーディネート在宅医療相談窓口が担えるようになるというのかなというふうには考えております。

以上です。

- 深井委員 江戸川区の深井でございます。

私は健康部なんですけれども、健康部といたしましては、医師会さんの下で始められている在宅療養のサポート搬送システムというものがございまして、在宅療養の方が急変時に区内の二つの病院の救急車を用いて搬送するというようなシステムが始まっているところなんですけど、そちらの支援という形でかかわっております。

在宅療養の直接の相談に関しましては福祉部ということで、そこで情報交換はしているところではあるんですけれども、なかなか現状というものが把握し切れていないのかなというのが課題なのかなというところでございます。

今後も福祉部と健康部という区の中の連携もよくしていかなければいけないのかなというふうに考えてございます。

- 安保座長 ありがとうございます。

地区の救急車を使っての搬送は、多分、11月から始まるんじゃないかなと思うんですけども、ただ、なかなか搬送の方もいろいろ制限があったりして、そんなに出だしは余り使いやすいものではないので、また、今後、課題があるかと思っております。

では、それぞれ医師会の方からはどのようなご意見があるか、伺いたいと思えますので、墨田区医師会の。

- 山室委員 墨田区医師会の山室でございます。

私は、個人的には、普通の診療所をやっている、訪問診療もやっている形なんですけど

れども、普通の診療所が訪問診療をやると24時間体制がどうしてもネックでして、それがネックでかかりつけ医の先生が訪問診療に、在宅に進んでいけないのが一番困ったことなんですけれども、今のところ、墨田区医師会では訪問診療の専門の先生方にご協力いただくようなシステムをつくらうとは考えています。

あと、介護との連携がなかなか完全にはできていないので、特にうちの患者さんのケアマネは誰かというのが一番ネックでして、なかなかそういった介護サービスの変更とか、病状の変化を伝えるときに、ケアマネが誰かということが分からないのがちょっと困ることがありますね。

あとは病院から退院してきたときに、紹介状1本で帰ってくるので、そこから介護のサービスを手配したりとか、そういったことをかかりつけ医がやらなきゃいけない、包括に頼んだりとか、知っているケアマネジャーとか、訪問看護ステーションに依頼するとか、そういったことから始めないといけないというのは、かかりつけ医にはちょっと負担だなと感じております。

以上です。

- 安保座長 では、藤崎先生、お願いします。
- 藤崎委員 江東区医師会の藤崎と申しますけれども、私のところは、急性期病院、藤崎病院といいますけれども、やっておりますが、ここで、地域包括ケアを支える病床を効率的に活用する方策ということで、何か、資料の23ページ、これは何ですかね、資料1で書いてありましたけれども、中小病院が多くて、退院調整機能を置いている病院の割合が低いということなんですけれども、ちょっと具体的にどうなのか、僕も資料を見ていないのでわからないんですけれども、私どものところは、一応、MSW2名の体制で、中心になって、そういった形で退院調整機能を行っているんですが、その辺が、現状ではほかのところ、施設がどうなっているのかちょっと把握していないんですけれども、その辺、クリニックの先生との連携は非常に大事な点なのかなと思いますが、その辺は東京都というか、どのぐらいのデータをお持ちなんでしょうか、ちょっともしわかれば教えていただきたいんですけれども。
- 久村課長 病床機能報告の中で退院調整部門を設置している医療機関というものを調べておまして、参考資料1の在宅医療に関するデータ一覧の11ページ目でございますが、ちょっと細かい資料で恐縮なんですけれども、別とじて「参考資料1」というふうな形で配付させていただいているものなんですけれども、こちらの11ページ目のところの中段下のところに、表側で「急性期後の支援、在宅期の支援の状況」の中で、退院調整部門を持つ病院数というふうな項目がございます。

これをごらんいただきますと、東京都の数字と、それからそれぞれの各圏域ごとの数字というものが出ておまして、上段が病院数で、下段がそれを対象の病院数で割り返したものなんですけれども、これをごらんいただきますと、東京都の平均が0.57に対しまして、例えば区東部さんだと0.49というふうな数字が出てございます。

そういった形で、それぞれ退院調整部門の設置状況というのは違いがあるというところは、こちらの調査からも見えてくるかなというところでございます。
- 藤崎委員 ありがとうございます。
- 安保座長 遠藤先生、いかがですか。
- 遠藤委員 地域医療推進委員という役職を任されているんですけれども、実は自分で在宅をやったことが一度もありませんで、外来診療だけなものですから、場違いなところに出てきたような気がするんですけれども、こういうのが、新しく本会のようなことが始まるということで、いろいろ勉強させていただきまして、それで、江戸川区の医師会

に持ち帰りまして、ちょっとみんなで勉強させていただこうと思っております。どうも申しわけございません。

○安保座長 ありがとうございます。

今、病院の退院から在宅へ戻るというところで、なかなか情報がうまく伝わらないというようなお話があったんですけれども、病院のMSWの方とかいらっしやっていますので、そちらの方からも意見をお願いしたいと思います。

向島病院の。

○柏倉委員 済生会向島病院で医療ソーシャルワーカーとして働いております柏倉と申します。よろしくお願いたします。

特に在宅療養に向けての支援という意味では、医療ソーシャルワーカーも古く昔からその役割を担ってきたというふうに思います。

ただ、当院がある墨田区の北部という場所は非常に古い町並みで、住宅街で、また老々介護、高齢者の単身世帯、高齢者夫婦のみの世帯が多いとか、また、経済的に困窮している地域であるといったようなソーシャルリスクが高い方が非常に多いというような地域です。

ですので、医療ソーシャルワーカーだけで退院支援を丁寧に行っていくというのは、限界と申しますか、なかなかさばけていなかったというような印象はあります。

ただ、最近では、診療報酬や介護報酬で退院前のカンファレンスに点数がついたということもありますが、ケアマネジャーさんたちと顔を合わせて、患者さん、家族が安心して退院ができるような準備をする機関というのは大分できてきたのかなというふうに思います。

というのは、102床の小さな病院ではあるんですけれども、半分の51床が一般病床で、半分の51床が地域包括ケア病棟です。

特に高齢の患者様にとっては、介護サービスの準備をする時間というのが非常に大事だと思っておりますので、そういった意味では、ポストアキュートですね、急性期を終えて包括病棟に転院してきて、そこで在宅を調整していくというような流れがここ一、二年、大分ふえてきたというふうに思います。

自宅に退院をしていくというものを、時々入院をするような医者だったり、医療ソーシャルワーカーに相談するというよりは、これまで在宅で相談をしてきた、頼りにしていたケアマネジャーさんが病院に来て一緒に退院の話をしてくれる、相談に乗ってくれるという取り組みは非常に流れとしてもいいと思いますし、ケアマネジャーさんも大変だとは思いますが、スムーズに退院をしていくというには、入院中にケアマネジャーさんがケアプランを組んで、患者さん家族が納得して安心して帰れるというような環境がつかれるということが非常に大事なのかなという印象があります。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では、引き続き、竹川先生、いかがですか。

○竹川委員 私の方から、まず、東京は交通の便がいいので、急性期の方も有名な病院に行ってしまったとか、特に慢性期の病院で、この資料の中にありますけれども、千葉とか、それから埼玉とか、また区東北部の病院に行ってしまうという現状はあります。

ただ、地域包括ケアを考えたときには、その地域で見えていかなくてはいけないので、ただ、その中の一つ要因は、コストの問題というのもあって、都内の慢性期の病院は広く面積をとらなくてはいけないですから、余り慢性期の病院はないんですよ。

しかも、もう一つ、特養とかが政策によってどんどんつくられていますので、地方の

法人とかがすぐ東京の近くに特養をどんどんつくって、また、そこで医療ケアもしているレベルというのも出てきているので、そういったところに移動してしまうというのが一つあると思います。

あと、それから在宅との連携に関しては、在宅も在宅支援診療所とか、看取り率とかも必要になってくるので、できるだけ病院に入院させないでという、本当にやっているところはそういうふうになってくると思いますので、そのあたりの連携もちょっとよく考えていった方がいいのかなというのは感じています。まずは、それぐらいで。

○安保座長 ありがとうございます。

それでは、江戸川区で、在原先生、お願いします。

○在原委員 東京東病院の事務長の在原と申します。

当病院は一般と療養のケアミックス病院でして、併設で老健施設を持っています。

この資料の中に、医療区分Ⅰの患者数の70%は在宅医療として推計するというところがあるんですけど、ほかの病院さんの状況はちょっとわからないんですけど、当院の療養病棟でいきますと、医療区分Ⅰの方が在宅に帰られる、在宅を希望するという方がほとんどいない状況でして、大体は老健施設とか、あと特養とか、在宅ではなくて、そちらの方に返りたいという人が大半を占めている状況ですので、なかなか我々としても、医療区分Ⅰの方を在宅に返したいというのは、診療報酬で療養病床で在宅復帰加算というものがありますので、それがかなりハードルが高い基準なので、在宅に返したいというのは病院としてもウエルカムなんですけど、当の患者さんとそのご家族が望まないということもありますので、その辺が、在宅に診療報酬でどんどん加算とかをつけていくというところは、入院医療から在宅に振るというのが必要だと思うんですけど、国民性というところですかね、在宅でご家族が患者さんを見るという、一緒に見るというところの情報を提供していかないと、本当の在宅医療というのが浸透していかないのかなというふうにちょっと思っています。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では、引き続き、歯科医師会を代表されまして、ご意見をお願いしたいと思います。

○室伏委員 江東区歯科医師会の室伏と申します。

江東区歯科医師会は、会の事業として在宅訪問診療を実施しております。

全ての会員というわけにはいきませんが、必ず会を通して、もちろん24時間というわけにはまいりませんが、ただし即断即決で実施をしております、そこそこの実績を上げていると、自画自賛じゃありませんけど、考えております。

多職種の方たちの連携ということも非常に重要であるということで、それを会員に理解していただくために、区の方でのそういう場でも参加して勉強しておりますし、会の中でも連携研修ということで、特にケアマネジャーの方、ケアプラン作成の中に、国内の状況というところを一つ見てほしいということで、連携研修会を行っております。

一つ気がかりなのは、歯科医師会の会員として訪問診療を実施する場合と、会に入っていない方が実施するというケースで、多職種の連携に対しての理解ができていのかどうか、重要性をわかってやられているのかどうか、もちろん医療資源を使うのはどこからでも患者さんに提供できればいいんだと考えればそれはそうなんだろうけれども、連携の重要性ということはどうなのかなということが少し気がかりなところがあります。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

歯科医師会に入会していない方がそういうようなのをやっているということなんですけれども、いわゆる医者の方も、医師会に全員入っているわけじゃなくて、そういう訪問診療を中心にやられているところには、医師会にはもう入らないで独自にやりますよというところが結構ありまして、果たして、そこがいわゆる多職種連携にどのようなにかかわっていくかというのは一つの課題かなと私も感じております。

多職種連携では、訪問診療となれば、お薬の方は配達という形のことも多いと思うので、薬剤師会の濱野さん、どのような意見を。

○濱野委員 東京都薬剤師会の濱野です。

私、たまたま墨田区の会員なんですけれども、去年、東京都のモデル事業ということで、薬局薬剤師を活用した多職種連携として、訪問看護ケアマネジャーから紹介を受けて薬剤師が入るというモデル事業をさせていただいたんですね。

そのときに、全くやったことがない薬局さんというのがやれるようになったという事例もあったんですけれども、まだまだその段階というか、きょうのこの議題は退院時のことということでクローズアップされておりますが、まだ本当に、先ほどイロハのイのところからというご意見もありましたが、そういうところで、まだ全ての人たちの足並みがそろっているのではないなということをととても現場では感じます。

逆に、もうやっている、やってくれる、ここまでできるんだというのをわかった多職種の方々からは、物すごく降るように依頼がき始めたというのが薬剤師側の感じですね。

なので、何年か前ぐらいは本当に連携しているところが施設をばっとやっているとか、そういうことでやっているというふうな状況だったんですけれども、今は私も面で受けている薬局なんですけれども、個別のところでも、いろいろ顔の見える関係が築けてくれば、そういうものがよりよく進んでいくのかなという手ごたえは感じています。

そして、退院のことでは、残念ながら、まだ退院時カンファレンスとか、あとケアマネさんが開くサービス担当者会議なども、全てが薬剤師に声がかかるわけではないという状況があります。

でも、それはこちら側からやっていく状況というのもこれから見ていただいて進んでいくものなのかなというふうにも思っていますので、薬剤師会としても、そちらの方に力を入れて研修などをしていく必要があると思いますし、まだ無菌の件では、注射調剤のことでは対応できる薬局が現実的には少ない。やるということを現実考えたときに、まだ受け皿の整備というのはいっとやっていたらいいことかなではないかというふうに思っております。

ただ、皆さんとこのような会を持つことによって、よりよくこの地域包括ケアシステムを進めていくことができるんじゃないかというふうな感じは持っております。

○安保座長 ありがとうございます。

在宅をやっていると、お薬の方を配達でということがよくありますし、また、輸液とか、そういうのも薬局の方をお願いすることも当然出てくるんですけれども、なかなか、無菌調剤室を持ってそれに対応するという薬局は少なく、また、やっても、採算面で割が合わなくなったということで撤退する薬局もあったりして、なかなかそこがうまくつながらないかなというのは感じております。ありがとうございました。

では、訪問看護も在宅をやっていると、必ずじゃないですけども、ほとんどペアみたいな形で入ることがあるので、看護協会を代表されて、藤野さん、ご意見をお願いします。

○藤野委員 東京都看護協会東部地区の藤野と申します。私は病院側の立場なので、こちらから、訪問のほうから聞いているお話を少し述べさせていただきたいと思いますが、

病院側の看護師が介護に関して知識が非常に乏しいというところが一つ問題でもあるかなというところで、そちらは江戸川区になりますけども、情報交換会というのを開催しまして、少しずつ理解が深まってきたかなというところですが、これからも継続してそういう会は必要かなと感じております。

病棟側としては、短い入院期間の中で退院調整をしていかなければいけないというところで、なかなか厳しい部分もありますけども、退院支援ナースの育成というところもはじまっておりますので、少しずつ病棟のほうにもそういうことができる看護師を育てていかなければいけないというところで、取り組みを行っていますが、何分にもなかなか人材は限られておりますので、そういうところの育成が今後大きな課題かなと思っております。

一方で、在宅のほうは、訪問看護ステーションの数もふえてはきていますけれども、なかなか規模の大きさであったりとか、訪問の中でも連携というところでも、まだまだ課題があるというふうに聞いておりますので、訪問と病院側の連携というところが、顔が見える連携になってくると、このぐらいの患者さんを在宅で見れるのかどうかというところで病院側は躊躇してしまうところがありますので、その辺が顔が見えるような連携として、先ほども少しお話がありましたが、多職種連携しながら、いい事例の共有ということができたり、これはどうしてできなかったかなという、上手くいかなかった事例の共有とかができると、もう少し在宅のほうも推進していくのではないのかとも思っております。

もう1点は、患者さんやご家族の理解というところでは、先程来も少しあったと思いますけれども、国民への在宅療養に関する理解の周知というところがもう少し進んでいくと、病院側の看護師も在宅を少し進めやすかったりとか、在宅側の看護師ももう少しやりがい感を持ってやっていけるのかなというところもありますので、その辺が少し課題かなというように思っております。

- 安保座長 ありがとうございます。続きまして、保険者代表として、永濱さんのほうからご意見を伺いたいと思います。
- 永濱委員 このような貴重な場で、医療関係の皆様のご苦勞と悩み事とを聞ける貴重な場に参加させていただいているなど、つくづく感じます。

保険者としては、皆様のお話ぶりとは全く異質な話になるんですけども、安心して高度な医療を受けられるといったようなものが、今後も実現し続けていくために、財政も担保がないと成り立たないと思うんですね。我々としても、さまざまな医療費適正化の取り組みは行っております。以前の社会保険と呼ばれていた時代と比べると、健診の働きかけであるとか、その他、我々でレセプトの話でいいますと、レセプト点検の評価という、皆様のやられている仕事と真逆のことをしておりますけども、あと健康保険でいわゆる債権化してしまう医療費の回収といったものも行っておりますので、微々たるものかもしれませんが、今後も医療費の適正化の運用に努めて、この医療費が皆さん、私もそうですけれども、安心してかけられるような体制というのを引き続き実現していくためにも、この場で皆様のご意見等、お話のこういった大きな流れの中、動向を見ながら、いろいろ初めて聞く話も多いんですけども、今後もこの会の中でついていきたいと思っております。

- 安保座長 ありがとうございます。では、セントケア、ケアマネ代表という形でよろしいですか、お願いします。
- 蛭谷委員 ここには会社名が書かれていますが、私は東京都看護師専門協議会の第三ブロック、医師のブロックの分け方とは違うんですけど、台東区、荒川区、足立区、葛飾

区、墨田区、江東区、江戸川区という7区が私たちケアマネの会の中では、一つのブロックを形成させていただいております。その中で、私はその中の地域連携の部会の長を務めています、蛭谷といいます。よろしくお願いいたします。

我々ケアマネにとっては、先生方の連携をはじめとして、この7区の中でも定期的に話し合いをさせていただいています。私たちケアマネージャーは、患者さん、利用者さん、私たちにとっては利用者という言葉になっていますけど、利用者家族が安心してご自宅で生活するための支援のよりどころにならなければいけないという発想で活動していることは事実なんですけど、先生方からご指摘があるように、毎回アンケートをとると、お医者さんにどういうふうに電話をしていいかわからないであったりとか、どのような形で相談に行っていっていいかわからないという悩み事が若いケアマネを初めとして出てきたり、ベテランのケアマネからは、逆にその辺のところを自分なりにやっちゃっている問題というのも多く指摘されているというのが、前回のこのブロック会の中で話し合われた内容でした。

ただ、私たちにとって、先ほど病院のほうの方からも出たように、退院に対する先生方、病院の加算が付いたということで、以前よりも私たちケアマネージャーを呼んでいただく機会がふえているのは事実だと思います。その中で、我々が呼ばれていって、自分たちが私もケアマネをずっとやらせていただいていますけど、ずっと見ていた利用者さんに対しては、先生方からの説明を聞いても、在宅に戻るイメージがつくんですが、今、退院するのにあたって病院のMSWさんからケアマネージャーを受けてほしいということで初めて会うケースというのが物すごくふえています。病院のMSWさんからのご相談ですので、その方がどのような在宅の生活をしていたかまったく知らない中でカンファレンスに入り、そうすると、病院のワーカーさんのほうで在宅医の選定もされていたりとかして、その中を何とか取り持つと、在宅に戻ってみると、あ、この知ってる先生がかかりつけ医だった、みたいなことが多く発生し、そこを私たちが上手く取り持てないでいる現状、自分たちの力のなさもあると思うんですけど、今回の我々のブロックのワーキングでは、そこがずいぶん出てきてしまいました。

私たちがどのようにMSW、先ほど病院の相談員さんたちともすごく連携がとれるようになってきている事実も、各区のケアマネさんから聞かれています。かかりつけ医の先生ともコンタクトがとれるようになった現実もあります。

ですけど、そこを埋めるべく、がんターミナルを初めとして、急に帰られる方々への私たちの支援のまだ届かない部分、でもその最後をご自宅で過ごそうと決意された方への支援に、私たちは真摯に向かっている中で起きてしまう、先生方の齟齬みたいなところを、最後、上手くつなげられるような努力というのを、これからも多職種連携の中でやっていきたいなという中で、私たちも今後いろいろな研修の場を通じたり、学びの場を通じてやっていきたいと思っております。

あと、何人かからのご意見に出ていた、皆さんでいう患者、私たちでいう利用者、利用者家族の意識の改革というのは、本当にとっても重要な、在宅の療養ということでは、それが一番の課題かなと常に思っています。利用者さんは、病院に入院できた瞬間に、よかった、これで大丈夫だよ、でも私たちケアマネは、たぶん1週間で退院すると思うよということを伝えてはいるんですけど、結局、2日ぐらい前になって、蛭谷さん、明日退院するって言われたけど、どうしよう。言ったよね、みたいな、毎回この繰り返しがあるので、国民というか、都民というか、そういう方々への啓発に対する私たち、ここにいる方々の取り組みというのは、すごく大事なのかなと思っています。

薬剤師さんたちと私たちも一緒に、墨田区なので、やったときに、お薬手帳を5枚持

ってる人がいて、薬局が5つあったときには、もうどうしていいかわからなくて、同じ薬が出ていてという取り組みをやったときに、まだみんな連携する部分はいっぱいあるなど痛感しています。

これからも学びたいので、よろしく願いいたします。

- 安座長 ありがとうございます。訪問診療をやっていると、大体皆さん介護保険を利用しているので、当然ケアマネージャーとのつながりがすごく強くなります。また、担当しているケアマネによって、なかなか患者さんの生活がもうちょっとというところから、すごく上手いってるといのはばらつきが出ているというのを感じます。

ただ、当然、ケアマネージャーからも見てる先生によって、この先生だったらもっとよかったのにみたいなものも当然あると思うんですけども、だから、そういうところなんです。多職種連携というのを進めなきゃいけないんじゃないかなと感じています。

老人保健施設を代表して、小川先生、お願いします。

- 小川委員 老健やすらぎの小川です。私は江戸川区で老健をやっております。個人的には特養と在宅訪問診療をやっております。今回、在宅医療の課題ということでお話なんですけど、老健は在宅復帰、それから今、ことしからは在宅支援機能ということで強化をしないといけないということで、主に在宅で衰えた方、または病院で手術や急性期の管理を終えた方を、いきなり在宅じゃなくて老健を間に挟んで地域、在宅へ帰ると、そういう施設でございます。

我々、老健施設、または在宅医療の観点から考えると、どちらかという箱物なので、病院からの受け入れ等が在宅の立場から見ても、ここ最近ふえてきていると。先ほどのお話にもあったように、早期の退院ということも含めて、そういった流れもあるんじゃないかな。

在宅での立場を考えると、昔と比べて、私も在宅訪問診療を15年前ぐらいからやっておりますけど、緊急体制とか、これは施設に行っても同じなんですけど、随分病院さんのやりとりが非常に上手いってると感じています。昔は本当に病院探しが大変だったという時期も介護施設はございましたので、そういった意味で、ただ、病院からの引き取りの問題としては、かなり重たい方を入れる、在宅でも施設でもですね。そういった流れがふえてきたかなというの個人的に感じています。

今、お話しすると、多職種協働とかそういったお話、医療と介護の連携というお話もありましたけど、在宅に帰って在宅生活を維持するためには、老健も在宅に復帰することを目的としているんですけど、在宅の基盤整備がちゃんとしていない地区は上手いかなと感じています。ご家族の能力や経済的ないろんな要素があるんですけど、介護も医療もサービス基盤はちゃんとしていないと、結局出戻りになって、退院支援が上手いってても、在宅の療養側のサービスが上手いかなと、介護サービスが主なのかもしれないんですけど、結局入院に出戻ってしまうと。昨今、看取りまでやるといのは介護施設も在宅療養も浸透してきていますけど、そういったものも考える上では、非常に在宅医療の課題、これから一つ一つ患者さんによるかもしれないんですけど、進めていく。その基本になるのは、多職種協働なのかなというの、個人的には感じます。

あと、今、重要な話をしてるんですけど、これ、介護の状況というのもこれから、これは医療計画の部分かもしれないんですけど、介護保険計画においても、施設がこれからどれだけ東京都ではふえていくのかなという部分も非常に問題かなというか、医療の部分でお話なのかもしれないんですけど、東京は特殊ですから、地区の担当の課の方も来てますけど、介護基盤の整備をちゃんと上手くしていかないと、医療がちゃんとやっても、その受け皿になる介護はしっかりしていく。ちゃんと整備していかないといけません。

さらに踏み込んで言うなれば、ここでは触れちゃいけないと思うんですけど、人材ですよ。人材がちゃんといっていけないと上手くいかないのかなというのが、在宅医療を抱える広い意味で、お話しした次第でございます。以上です。

- 安保座長 ありがとうございます。看取りとかいうお話も出たんですけども、今、有料のほうでも看取りはうちはやりますよということも出てきてますけども、実際問題としては、施設としてはやるということであっても、それを見るのはスタッフの方になるので、どうしてもスタッフによってはやるところでも見れない状況になったりとかするので、そこはそれぞれ人材教育というんですか、そういうことを教育を進めていって、連携を強めていくというのが必要じゃないかなと感じています。

かなり範囲が広いお話なもので、いろんな意見が出るんですけども、傍聴席の方からは、何かご意見とかありましたらお願いしたいんですけども、いかがでしょうか。

特にないようですので、次に進めたいと思いますけども、かなり時間が進んでしましまして、なかなか一つの話でもこれだけ膨らんでしまうんですけども、次で、先ほどもお話に出たんですけども、地域と病院との連携についてということで、入退院時の連携とか、あとは病状が急変したときの対応の受け入れについてということで、意見交換を行いたいと思いますけども、ここからはフリーでご発言をお願いしたいと思うんですけども、どなたかご意見をお願いします。

まずは、病院側としては、そういう患者さんを退院させるにあたっての対応とか、あとは受け入れのことでいろいろ問題があったりすると思うんですけども、どのようなことが今課題になっているかというのを、ご意見いただければと思いますけども。

竹川先生、どうですか。

- 竹川委員 今、うちは急性期を閉めていて、慢性期でやってるんですけども、ただ、最近、救急をやられている先生は、救急の人が少なくなってきたと言われていて、それは藤崎先生もよくご存じだと思うんですけど、ある程度ご高齢の方の急変とかは、急性期、それから回復期、慢性期でも見ていける、また見ていけなくてはいけない状況になっているので、特に地域包括ケア病床とか利用してやっていけなくてはいけないのではないかなと思います。

- 安保座長 ありがとうございます。

どうでしょう。入院された方が在宅に戻るにあたって、訪問診療という形でご連絡いただくとき、当然病院のほうでMSWの方とか、あとはそういうのを担当されている看護師さんとか、連絡いただくことがあるんですけども、規模がある程度大きいところだと、そういうことがしっかりしていて、退院前のカンファレンスとか、そういうのを調整していただいたりとかできるんですけども、人の配置というのは、当然それに対応させるには費用の問題もあったりして、なかなかしっかり対応できない、そこまでは難しいという病院も多いんじゃないかなと思いますけども。

- 竹川委員 それは、区東部は余りできてないということなんですけど、そんなことないとは思うんですけどもね。さっきも50%、0.49でしたっけ、ほぼ50、真ん中ぐらいなのかなというふうに今理解したんですけども、そんなできてないというイメージは私はないんですが。

- 安保座長 藤崎先生、どうぞ。

- 藤崎委員 私も全体的な実態はよくわからなかったもので、さっき質問させていただいたんですが、我々のところを例えにあげますと、在宅に戻るにあたって、ご家族の希望を聞きながら調整を進めていて、かかりつけ医がいる場合、かかりつけ医から紹介いただいた場合と、救急できちゃった場合とありまして、そういうところもちゃんと確認しろ

と、MSWには常々言ってるんですけども。あと、がんの末期とかは、またそういう専門の先生方もいらっしゃるんで、そういうところを希望されれば、そういうところをお願いする形になるというような、ご家族の希望を第一に優先していく。

あと、急変時は、入院歴がある方は我々のところで基本的には対応するんですが、全く初めての方ってなかなか対応しかねる、どこまでどういう処置まで希望されているかというのを把握できていない場合があるので、その辺に関しては、入院歴の有る方を中心になってしまう場合があるということかなと思います。

- 竹川委員 私、在宅もやっているんで、在宅医の立場から、もう25年ぐらいずっとやっているんですけども、今、江東区では、在宅専門で昔からやってる先生で24の会と、24時間体制でみんなでやろうという会があって、10人ぐらいでやってるんですけど、その先生たちはプロフェッショナルでしっかりとやられてるんですね。そういう先生たちはいいんですけども、そうじゃなくて、私も診療しながら合間にやっているタイプで、そうすると件数も少なくなってきましたし、対応というのも難しくなってくると思うんです。

だから、今、医師会では、在宅をこれから皆さんやりましょうという形で、東京都医師会からも言われていますので、実際に動いてるんですけども、診療で十分、経営の話になってしまいますけど、経営ができてきてしまう。5年もたつと十分経営ができてしまう、何で在宅までそんなやらなくちゃいけないんだという、そういう声を聞くこともあります。

ですので、これから在宅医をふやしていく意味で、在宅専門のところがどんどん地域に出てきてしまうというのがあると思うんです。その辺りを何とかしていかないといけないのかなというふうに考えています。

- 安保座長 井上先生、お願いします。

- 井上委員 課題といいますか、現状をお話ししますと、墨田区に降り立って、先生方と違ってただか3年なんですけど、3年間を振り返ってみましても、退院カンファレンスというのが、飛躍的と申し上げていいぐらいふえてきたと、肌身に感じております。宣伝するわけじゃないですけど、柏倉のところはMSWが充実しておりますし、必ず退院カンファの声もかけてくださる。ケアマネさんの立場から言う、あるいは病院さんのほうから言うと、ドクターは訪問診療に呼んでもこないと、そういう風潮があったものですから、いや絶対行くという姿勢を示しだした反面、病院からも声がかかるようになるしという形が、この3年間でぐいぐいとふえてきたように思います。

一つは、こつこつとその姿勢を示していくことかなと、私自身はそう思っておりますし、MSWさんがいない病院もあります。そういう場合、どうするかというと、乗り込んでいきます。どうなのか、こちら知りたいし、より深く病状を知って、家族の方々も含めて知りたいということで乗り込んでいくと、いつしか病院のほうからも、今度退院なんだけどどうと言って声をかけてくれるようになります。それが少しずつ広がってきたかな、じわじわですけど。

それから、ことしの春、初めて病院の先生方と我々訪問診療、あるいはクリニックの先生とか、患者さんとのやりとりと言ったら何ですけど、それをより深めるための第1回目の部会があったんですよね。やるようになって、そのときに高らかに病院の先生方に言ってもらったのは、絶対に断らないというすばらしいお言葉をいただいて、初診であれかかりつけ患者であれ断らない。墨田区外への、江戸川区、江東区を無視するわけじゃないんですけど、墨田区内で完結するために、墨田区内で何とかしようという病院の先生方の気概を感じまして、非常に頼もしく思って、この3年間の間で着実に、私ど

も急性期であれ何であれ、頼りがいのある病院さん方がふえてきたと実感しているところでございます。

○安保座長 はい、ありがとうございます。

墨田区だと、中村病院、中村先生が断らないっていうので、私も印象的ではあるんですけど、多職種連携ということが言われて、進んできていることは確かだと思うんです。ただ、なかなか今度、いわゆる在宅に戻られる方の生活環境、今まで暮らしてきた状況というのがだんだん効率じゃないですけども、家族がいなくて、親戚もいないとかいう方も多くなってきて、じゃあもう医療とか介護とか以外のことも、いわゆるお金とかそういう管理とかも出てきてるんじゃないかなというのが、最近感じてるんですけども、果たしてそれが誰が担当するのかというのは、ちょっと私はいつも思っていることです。

ケアマネージャーに相談しても、ケアマネージャーもそんなことまで受け持つと大変ですし、かといって、生活保護とかを受けていけば、区とかに対応してもらえますけども、それでもなければ、じゃあどうするんだという話にもなってきているんじゃないかと思うので、多職種連携とかそういうお話の中へ入ってくれば、今度はそういうことも誰か担当してくれるような、社会福祉協議会でもいいですし、誰かそういう方が入ってこれたらいいんじゃないかなというふうに感じております。

今、病院の入退院とかそういうので、大分受け入れがよくなってきたということなんですけども、どうでしょう。稲見先生、在宅で見ている方が、病状が悪くなると頼むというのは、現状としてはどうでしょうか。

○稲見委員 私、2011年から開業させていただいて、徐々に近隣の先生方、特に病院の先生方と顔の見える関係をつくることができています。同じ医局の病院で、派遣病院になったり、側にあたりもするので、そういった意味で受け入れていただくということに、非常に問題はあまり大きくは起きてはいないです。

私ども、ご紹介するときに、例えば3次病院、言葉は悪いですけど2.5次病院、1.5次病院があると思うんですけども、ご病状に即した病院でお願いするという配慮をさせていただいているということで、比較的、受け入れに関しては今のところ大きな問題なくさせていただいているというような状況ではあります。

○安保座長 はい、ありがとうございます。結局は、医者と医者の個人的なつながりが上手くいってれば受け入れがよくなるという感じで、もともと知り合いのところがあれば一番楽かなと。

○稲見委員 先生おっしゃるとおりで、もちろん各課、部長の先生、それぞれお願いしてということもあるんですけど、夜間、特に5時以降になると、バイトの先生が当直されている時間帯になると、昼間はあんなに対応よく、バイトの先生になった瞬間に、あれっということはあると思います。病院の先生方の中でも、常勤の先生方の中では意思統一がされていることが多く、非常に対応よくさせていただいて、感謝しているところではあるんですが、なかなか非常勤の先生までということになると、中にはという先生方もいらっしゃるのです。ただ、すごくレアケースだとは思いますが、本当に藤崎先生はじめ、各病院の先生には本当に感謝しているところです。

○安保座長 はい、ありがとうございました。そうですね、退院前のカンファレンスが行われて、なかなか医者の参加が難しいというのは、私も耳が痛いんですけども、言い訳を言わせていただくと、なかなかカンファレンスの時間が病院の都合で決まってしまうので、こちらの都合をなかなか、その時間だったら行けるんだけどと言うと、その時間だと病院の先生が帰っちゃってますからとかいうお話もあったりして、なかなか上手くい

かないこともあるんですけども、そこはお互い努力し合って、合わせるような形でやっていくしかないかなと感じております。

いかがでしょうか。他に何かご意見。小川先生、どうぞ。

- 小川委員 私、江戸川区で前回まで地域福祉担当理事をしてまして、訪問医と介護の関係って、介護スタッフたちといろいろ連携強化をやってきたんですけど、訪問診療に関して、じゃあ今、江戸川区だけなんですけど、どうなんですかっていう形で聞いたら、さほど訪問診療の先生が少ないとか、退院投げとかいう声はなかったですね。今のお話にもあったように、時間帯や種別、小児とか、ああいうものの割合的なものが不足していて、また在宅訪問診療に関しては、結構いるのではないかという、そういった結論に入ったんですけど、ただ、訪問診療等、何かあった場合に、病院との連携っていうのは今後、今のお話にあったように、病身連携というのは必要なのかなと。ただ、院長先生とは付き合いが、医師会では仲良くて、結局今お話があったように、パートの先生とか非常勤の先生になると、非常に時間帯によっては受けてくれない、また疾患によっては受けてくれないということが多々あるという声は聞きます。

ただ、私、最近ではあまり救急車を呼ばなくなったかなと個人的に思います。というのは、今回の在宅療養の、いわゆる65歳に限って、本当は70、80だと思いますけど、皆さんがやってるのは。その人それぞれの考え方、患者さんの考え方もありますし、入院をしたくない、入院できない、いろんな理由があって在宅にいたいという、そういったことがありますので、そういった先生方も住み分けをしていってるのかなと個人的に感じます。家族も家族で、在宅診療の基盤がちゃんとしていけば安心と、先生にお任せしますというんですね。いわゆる在宅での看取りがふえていくのもそういった部分なのかなというのがありますので。

あるいは、本当に先生方の考え方、エスコート次第で周囲にいるコメディカル、介護スタッフも動いていくのかなというのが、ある意味一つの理想の在宅療養の在り方なんじゃないかなというのは個人的に感じます。以上です。

- 安保座長 ありがとうございます。小川先生と同じように、私も今、国のほうとしてはかかりつけ医が在宅をという方向にという形でもっていってるんですけども、当然ずっと見ていた先生に最後まで見てもらいたいという希望があるということで、その方向にもっていくというのもまた間違いではないかなと思いますけども、いわゆるそういう先生たち、外来をやりながらだと24時間というのが大きなネックになるのかな。また、診療の途中でぐあいが悪くなったときどうしようかなというところがあると思います。

現実問題として、在宅がふえるので、在宅をする先生が少ないからふやしたほうがいいという方向だとは思いますが、今現状で特に在宅を専門にする先生がふえてきているせいだとは思いますが、物すごく不足してるなというふうには余り実感できないかなというのが現実だと思っております。

どうでしょう。かなり時間も過ぎてきたんですけども、特に傍聴席のほうからは何かご意見がありましたら、入院とか退院とか、そういうのにあたってちょっと知りたいとか、聞きたいとかいうことがありましたら、ご意見をお願いしたいんですけども。

竹川先生、どうぞ。

- 竹川委員 江東区も医師が高齢化していて、在宅にもっていくにしても、かかりつけの先生がそのまま在宅にするかという、難しくなってきます。医師の高齢化率、これも視野に入れて医師会は語っていかないといけないので、新しい先生も開業されてるので、

それは嬉しいことなんですけども、そのあたりも見ながら計画を立てていかないといけないと思います。

- 安保座長 ありがとうございます。医者も日本の国民なので、当然同じように患者とともに年をとっていきますので、なかなか体力がついてこないというのが現実かなと思っております。

いろいろご意見出ましたけども、何かここで結論を出すとかいうわけではないので、そろそろ時間も過ぎましたので、この辺で意見交換は終わりたいと思います。どうもありがとうございます。

- 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。きょういただいた意見を整理させていただこうと思います。

まず、最初、在宅療養に関する課題、現状の課題ということでお話をさせていただきました。ほとんど共通していたのは、外来をやりながらの在宅というのが厳しいというようなことや、それから相談窓口の機能のところがちよっとまだなかなかというお話がございました。

また、退院から自宅へというところの情報がつながっていないという課題があるというふうなお話をちょうだいしたかと思います。その原因としては、いろいろ距離の問題とか、背景はあるんだけど、これから少しそこは深掘りしないと解決しないのかなというふうに感じたところです。

また、看取りの数でなかなか入院等の連携がとれない場合もあるし、逆に患者家族が在宅を望まないというケースも非常に多いんだということでございました。

老健の先生から見ると、そういったことがこれから施設がどれだけできてくるのかとか、そういった体制整備がどのぐらい進むのかといったことによっても、この在宅の課題というのはかわってくるというご意見をいただきました。

一方、退院調整については、半分という数が少ないか多いかということで、感覚としては退院カンファレンスはできてるというところが最近ではできはじめてきているというご意見が多かったのは、非常にいい結果だというふうに、すごくありがたく思っています。

ただ一方で、高齢化の問題や、在宅医をどうやってふやすのかといったような課題がある、それから夜間のバイトの先生の問題もあるというのは、それはどこからも聞こえてくるお話でございますので、一体このあたりをどういうふうにしていくのかというの、今後少し深掘りが必要かなと思います。

きょういただいたご意見は、こういう場でこんなことがありましたというのを、今度は調整会議のほうでもあげさせていただきます。まだまだ深掘りができない段階ではありますが、これは何回か重ねていく中で課題が、焦点が当たっていき、一つ一つ見えてくると思いますし、また、ぜひお願いしたいことは、きょうはたくさんの資料をお渡ししたしましたが、これはお時間のあるときにパラパラとめくっていただいて、そこから見える現状というのを、私どもが書いた現状以外にも先生方の目から見て、この数字を踏まえると違う現状が出てくるかと思っておりますので、そういったこともご覧いただきながら、次回に続いていければいいなというふうに思っております。

きょうは長時間ありがとうございます。あとは事務局から事務連絡をさせていただきます。お疲れ様でございました。

- 久村課長 改めまして、貴重なご意見、ご議論をありがとうございます。先ほど申し上げましたが、この議論の内容、地域の調整会議、それから東京都の調整部会のほうにフィードバックするとともに、この場でこういったご意見がありましたよというのを、

それぞれ地域の医療機関の方あるいは関係機関の方々に共有したいと思ひまして、この場の議論、あるいは見えてきた課題等についてまとめたものを、参加していただいている医療機関さんであったり関係機関さんのほうにも送らせていただきたいと思います。そちらのほうでも、この場の議論等を踏まえて、いろいろお考えいただきたいと思いますということで、次の取り組みにつながればなというふうに思っておりますので、本当に本日はありがとうございました。

改めまして、事務連絡ですが、議事録につきましては、本ワーキングは公開でございます、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という場合には、福祉保健局までご連絡いただければと思います。

また、閲覧用の東京都地域医療構想の冊子、こちらにつきましては、そのまま机上に置いてお帰り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。本日はどうもありがとうございました。