

令和元年度東京都地域医療構想調整会議
在宅療養ワーキンググループ（北多摩南部）

日 時：令和元年11月19日（火曜日）19時31分～21時05分

場 所：東京都医師会館 5階会議室

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。まだお見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、ただいまより北多摩南部圏域の東京都地域医療構想調整会議の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。

では、着座にて説明を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、お手元、次第下段の配付資料に記載のとおりでございます。資料1から資料7まで、それから参考資料1から3までをご用意しております。資料につきまして、万が一、落丁等ございましたら、申しわけございません、議事の都度で結構でございますので、事務局までお申し出ください。

また、本日の会議でございますが、会議、会議録、資料につきまして、公開となっておりますので、よろしく願いいたします。

また、ご発言の際にはマイクをおとりいただき、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、まず東京都より開会の挨拶を申し上げます。

○田中医療改革推進担当部長 皆様、こんばんは。東京都福祉保健局医療改革推進担当部長の田中でございます。本日はお忙しい中、またお疲れのところ、この会議にご参加いただきましてありがとうございます。

このワーキングは平成29年度から、地域医療構想調整会議のもとに開催をしておりますけれども、3年目になります。昨年度は病院と地域の連携ということで、きょうと同じようにグループワークをしていただきました。そのときには、病院と地域でそれぞれの役割の違いですとか、専門性の違いをなかなかお互いに理解できていないところがあるので、その相互理解を深めていく必要があると。そのためには地域の人が病院に向いているような研修なんかをやったらいいのではないかと。あるいは、ケアマネジャーの役割が非常に病院と地域の連携においては重要になるので、質を上げる研修が必要なのではないかなどなど、いろいろなご意見をいただきました。

本日は、後ほどご説明をさせていただきますが、この在宅療養ワーキングの原点に戻ってといいますか、在宅に焦点を絞りまして、在宅療養に関する地域の状況をテーマにグループワークをさせていただきたいと思っております。各種データもご提示させていただいておりますので、それぞれの市ごとにより在宅の状況がいろいろ異なっておりますので、その辺も参考にさせていただき、またデータでは見えないような、皆様方の肌感覚といいますか、地域で実際にご経験の中から感じていらっしゃるなどを、お聞かせいただければと思っております。

皆様方から発表していただきました意見につきましては、こちらでも後ほどご説明させていただきますが、今年度東京都が策定を進めております、外来医療計画の中にも地域の意見として記載させていただく予定でございます。

また、ご意見につきましては、今後の在宅療養に関する東京都の施策に生かしていき

たいと思っておりますので、忌憚のないご意見を活発にいただければと思っております。本日はどうぞよろしく願いいたします。

- 久村地域医療担当課長 続きまして、本日の座長の先生をご紹介させていただきます。本ワーキンググループの座長には、東京医師会理事で西田委員長の西田先生にお願いいたしております。西田先生、東京都医師会からのご挨拶もかねて一言お願いいたします。

- 西田座長 本日は、東京都医師会館におきまして、都病協の理事会と地域医療構想調整会議の区南部と、それから地域医療構想調整会議在宅ワーキングの北多摩南部、同時に進行しているものですから、ここに東京都医師会の理事が私しかおりません。そういったことで、座長と開会の挨拶を兼ねて、ちょっと一言ご挨拶させていただきます。

この在宅療養ワーキング、今田中さんのほうからお話がありましたように3年目ですね。今までどちらかというと、病診連携とか、入退院時支援、そういったところに焦点を当ててまいりましたが、このたび外来医療計画、それを策定するというバックボーンもございまして、地域の在宅医療資源についてより深く今回議論していただいて、そのご意見を東京都の外来医療計画に盛り込むというような作業を行うことになるかと思えます。

北多摩南部、いろいろ課題もあるかと思えます。各地域ごとに本当に忌憚のない議論をしていただいて、またそれをどんどん、どんどんこれから深めていただきたい。とにかくこれは年に1回しか行われぬ会議ですので、ここで結論というのは当然出ません。その後をどうするかというのが非常に重要なところでございます。きょうは活発なご議論をよろしく願いいたします。

- 久村地域医療担当課長 西田先生、ありがとうございます。
- それでは、以降の進行、西田先生にお願いいたします。

- 西田座長 では、早速議事に入りたいと思います。

今年度は、そういうことで在宅療養に関する地域の状況をテーマに、まず地域の状況を共有していただいて、将来増加してくるであろう訪問診療需要にどのように対応していくかというようなことについて、グループワークを行います。私も中に入らせていただきます。

それでは、東京都から議事について説明よろしく願いいたします。

- 東京都 それでは、私からは資料2から6と、お配りしております参考資料について、ご説明させていただきます。まず、資料2をお開きください。

今年度の在宅療養ワーキンググループについては、先ほどよりお話しさせていただいておりますように、在宅療養に関する地域の状況をテーマに、そうした現場での充足状況、将来の需要増に向けた取り組みについて、意見交換をいただきたいと考えております。なお、後ほど説明させていただきますが、ここで出た意見については都が今年度策定する外来医療計画に記載される形となります。

まずは、今回の議題について、(1)をごらんください。意見交換のポイントを、ア、イ、ウの3点設定しております。地域における在宅療養に関する資源の状況について、訪問診療、在宅医療に関する資源を中心に、意見交換を行っていただきます。看護師、ケアマネジャー等、多職種メンバーの方からは、訪問診療について、日ごろ多職種からの視点で見た充足状況について、お話しいただければと考えております。

次に、話し合った内容を踏まえて、将来増加する訪問診療の需要に対応していくために、地域でどのように取り組んでいくべきか、ご議論いただきたいと思えます。

それから、最後に、あればですが、北多摩南部圏域全体で見て、圏域の特徴や課題な

どがあれば、その場で意見交換をいただきたいということで記載しております。それから、(2)については、情報提供としてグループワーク終了後に都が現在取り組んでおります、「東京都多職種連携ポータルサイト」に関してご紹介をさせていただきます。

今回の意見交換は、グループワークにて行います。グループの編成については、今回在宅療養に関する資源等の状況について意見交換を行うことから、市町村ごと、あるいは近接する市町村でグループを編成させていただきました。市町村ごとにご推薦のある方々については、事務局にてその市町村のグループに入らせていただいております、各団体から1名ご推薦によりご参加いただいております方については、事務局にて各グループに割り振りさせていただきます。

続いて、グループワークの流れについては、資料をおめくりいただきまして、4に記載しております。グループワークの時間、35分間。その後各グループにより、4分程度で発表をお願いいたします。

おめくりいただきまして、資料3についてですが、こちらは先ほど申し上げた意見交換について、詳細を落とし込んだものになります。

まず、グループワークが開始しましたら、進行役と書記、発表役を決めていただき、進行役の方が中心となり、意見交換を進めていってください。書記の方は出た意見を机上に用意したA4の紙にペンで記録してください。それから、訪問診療の将来の需要増に向けて、地域で取り組むべきことの意見交換をいただくときの、意見交換の例を資料下段のほうに記載しておりますので、参考としていただきたいと思います。

続いて、意見交換で参考にしていただきたいデータとして、資料4から6をご用意しております。まず、資料4は2025年における、在宅医療のサービス必要量を記載したものです。このデータについて、簡潔にご説明いたしますと、まず2013年の患者所在地ベースの訪問診療の実績が、北多摩南部ですと合計で7,007人。その隣の列が、訪問診療の2025年の区市町村ごとの必要量となっており、北多摩南部では合計で1万732人ですので、おおむね1.5倍の必要量の増加となります。

続いて資料5です。受療動向データをおつけしております。数値は平成28年度の在宅患者訪問診療料のレセプト件数、国保分と後期高齢の分が含まれた全体の数値となっております。この資料でそれぞれ患者さんの流出入を示したものとして、まとめてございます。

簡潔にご紹介いたしますと、例えば上段の武蔵野市をごらんください。患者住所地ベースとありますが、武蔵野市に住んでいる患者が、武蔵野市の医療機関から訪問診療を受けた件数が5,035件。武蔵野市に住んでいる患者が、三鷹市の医療機関から訪問診療を受けたレセプト件数2,465件であることがわかります。それから、下の医療機関所在地ベースですと、武蔵野市に所在する医療機関が、三鷹市に住んでいる患者へ訪問診療を実施した件数1,133件といったふうなことがわかる資料となっております。市ごとにどの市から、あるいはどの圏域から訪問診療を受けているのか。また、どの市の、あるいは圏域の患者さんを見ているのかといったことがわかります。一番最後のページのところに、圏域ごとの動向も記載しております。

なお、この受療動向に関するデータは、国のほうからまだ今年度のデータ提供がないことから、昨年度お示ししたデータの時点から更新ができておりませんので、ご了承ください。

それから、資料の6です。1枚目の在支診、在支病の数、それから次のページが訪問診療を実際に実施していただいている訪問所数といった形で、それぞれまとめてございます。こちら昨年度おつけしておりましたデータでございますが、厚労省からの提供

データに次点更新をしております。

それから、参考資料1と参考資料2で、昨年度のワーキンググループの結果をまとめておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

- 東京都 では、続きまして私のほうからは、先ほどから何度かお話に上がっております、今年度都で策定をしております、外来医療計画の概要につきまして、簡単にご説明させていただきます。

では、資料7-1をごらんください。

まず、一番上に外来医療計画とはということでございまして、今回の外来医療計画の策定の経緯でございまして、こちらは平成30年の医療法の一部改正によりまして、医療計画に定める事項といたしまして、新たに外来医療に係る医療提供体制に関する事項というものが追加されることになりました。そのため、この外来医療計画の性格といたしましては、都の医療計画でございまして平成30年3月に改訂の、現行の東京都保健医療計画に追補するものという位置づけとなります。この計画は今年度中に策定いたしまして、来年度、令和2年度からの4年間を最初の計画期間とすることとされております。

続きまして、下に移っていただきまして、外来医師偏在指標の設定についてというところでございまして、こちらの外来医師偏在指標とはということで、ここで言う外来と申しますのは、入院医療を除きます全ての外来医療というのを指してございまして、この外来医師偏在指標は、医師の性別・年齢分布及び患者の流出入等の要素を勘案いたしました、人口10万人当たりの診療所医師数から算定される指標となっております。この指標の中には病院の医師数は含まれないということになっております。

この指標につきましては、国のほうで全国全ての二次保健医療圏ごとに算出されまして、各自治体に通知されることとなっております。その上で、この外来医師偏在指標の値が全国335の圏域ございまして、その中で上位33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域と指定されることとなります。国といたしましては、この外来医師多数区域であるということを開業しようとする方に情報提供することで、開業者自信が既にその地域には診療所が過当競争の状態にあるといった判断をして、その上で多数区域ではない別のところに場所を変えて開業してみようといった行動変容を促すことで、その結果として診療所の偏在是正につなげていきたいといったことが目的となっております。

ですので、国としても開業の自由は保障しているのでありまして、開業を制限するもの、開業規制を行うものではないといったことを強調しているところでございまして。

次に、記載事項という項目をごらんください。記載事項の国が求める記載事項の中でも、外来医療機能の偏在・不足等への対応といった項目がございまして、その下に、ひし形が三つ並んでございまして、このうちの真ん中ですね。二次医療圏ごとに不足する外来医療機能の検討ということが示されてございまして、その中に例示されておりますような休日夜間の初期救急、在宅医療、学校医・産業医・予防接種等に係る公衆衛生関係などの状況について、地域ごとに記載していくこととなっております。

そこで、今回の在宅療養ワーキングの議事でございます、在宅療養に関する地域の状況のグループワークの中で出されましたご意見をこの外来医療計画の中に盛り込んでいきたいというふうに考えておるところでございます。

では、今回いただいたご意見、どのようにこの計画の中に反映されるのかということになりますが、ここで資料7-2をごらんいただけますでしょうか。分厚い、表に東京都外来医療計画素案と書かれた資料になります。こちらの21ページをごらんください。21ページからが、各圏域ごとの状況を示すページとなっております、例えばこの先

の29ページにお進みいただければと思います。現時点ではただ丸が並んでいるページになっておりますけれども、このページにおきまして、在宅療養ワーキング並びに地域医療構想調整会議においていただきましたご意見をまとめて圏域ごとに計画の中に書き込んでいきたいというふうに考えておるところでございます。

簡単ではございますが、資料の説明は以上となります。

○西田座長 ありがとうございます。

これまでの説明について、何かご質問ございましたら、お願いいたします。
どうぞ。

○吉野委員 Cチームの三鷹市の病院代表の吉野といいます。野村病院ですが。

ちょっと、外来医療計画の策定、資料7-1のところ、ちょっとご説明があったところが、ちょっとわからなかったのは、人口10万人当たりの診療所医師数というのを調べたと。そのときに病院の医師を含まないという理由はどういうところでしょう。といいますのは、先ほどのひし形の幾つかの項目を、それを解決するためには、どうしても病院の医師数というのが関係してきますし、それから都内の特定機能病院という大きな病院では、かなりの外来患者を抱えていますので、それを抜きにして当たるのは何か特別な理由がございますでしょうか。

○西田座長 おっしゃるご質問、必ず出てくるんです。病院が入っておりませんし、診療科別にもなっておりませんので、ちょっとこの件に関しては東京都のほうからご説明お願いいたします。

○東京都 そうですね。この外来医師偏在指標といいますのが、国のほうで全国一律に出しているところがございます。今座長のほうからもご説明ありましたように、診療科別のデータがないでありますとか、病院に関することが考慮されていないといった指標でございます。ただ、都内におきましては、中小病院の外来医療機能が重要な役目を果たしているといったことは、こちらでも重々承知しておるところですので、です。こちらの記載事項というところで、都としてはこの二部構成で記載するというのを考えておまして、この国が求める記載事項につきましては、国が求めている策定ガイドラインの中で記載しなさいといった事項ですね、計画の中に盛り込んでいかなければならない事項として書き込んでいくつもりですけれども、ただ第二部といたしまして、都としての方向性といった中で、都の特性といいますか、病院が担う外来医療機能についても都の方向性を示していきたいというふうに考えておるところでございます。

○吉野委員 そうすると、きょうお話し、ディスカッションする内容は、病院の外来機能は考慮に入れないでやるということですか。

○東京都 データ等にとらわれず、皆様の肌感覚の中でご議論いただければというふうに考えておりますので、病院の外来医療機能も含めてご議論いただければというふうに考えております。

○西田座長 よろしいでしょうか。

齋藤先生、どうぞ。

○齋藤（寛）委員 小金井の齋藤ですけど。

資料6の4ページに、看取り実施件数というデータが出ていますけど、この看取りという定義はどういう定義になっておるのでしょうか。小金井に関して言うと、看取りを実施する診療所数が2となっていますけど、もっとたくさんあると思いますし、看取った数といっても10万人当たり8しかないということは、うちで言えば4くらいしかないということになっちゃうので、私自身が4人看取っていますので、この年度に。ほかのところでは何もやっていないということになっちゃうんですけど、これはどうい

うことなんでしょうか。

○久村地域医療担当課長 まずこちらの件数のほうは、9月のひと月分の実績になりますので、29年の9月に行われました看取りの実施件数でございます。

○齋藤（寛）委員 どこかに書いてある。

○久村地域医療担当課長 すみません。多分わかりづらいんですけど、表頭のところに平成29年9月分と。すみません。わかりづらくて申しわけございません。診療所さんも9月に看取りがあった診療所数というふうな形でご理解いただければと思います。

○齋藤（寛）委員 わかりました。見落としてしまいました。見落とすように書いてあるような気がします。

○西田座長 ありがとうございます。

ほかにございませんでしょうか。よろしいですか。大丈夫でしょうか。

では、早速グループワークを始めたいと思います。今回のグループワークについては、座長である私も参加することになっておりますので、よろしくお願いいたします。

グループワークは35分間ということになります。よろしいですね。じゃあ、よろしくをお願いいたします。

（グループワーク）

○西田座長 お話が尽きないところで、かなり白熱している模様ですけども、そろそろ時間となりましたので、発表に移りたいと思います。

発表は各グループ4分程度にまとめていただければと思います。

まずAチーム、調布市。よろしくお願い致します。

○中山委員 Aチーム、調布市です。まず、アの地域における在宅医療に関する資源の状況ですが、現在調布市は、大体市内の医療機関で賄っている訪問診療の患者さんが大体3割で、隣の世田谷区の専門クリニックからの訪問診療で3割ということで、かなり外からの医療機関によって賄われている状況で、肌感覚としては現状としては、訪問医はおおむね足りているというような感じです。

ただ、2025年に向けては、大体訪問患者数が、大体现在の1.5倍くらいに増加する見込みですので、このままでは賄い切れないんじゃないかというところで、やはりかかりつけ医による訪問診療もそれに加えて進めていかないといけないというふうに考えております。

それでどのようにふやしていくかということで、現状としてやはり24時間のバックアップとかが一人、一馬力診療所の先生にはかなり負担になるんじゃないかということで、24時間のバックアップ体制は、調布市は今既に稼働を始めているところです。これは市内の強化型の先生ですとか近隣、世田谷区とかの専門クリニックの先生たちにもご協力いただいてやっているところですが、これで解決して本当にかかりつけ医の訪問診療数がふえるのかというと、ちょっとそこはそれだけでは難しいんじゃないかというところで、現状としてはそこがクリアしても、そもそも開業している先生方の多くは余り訪問診療をやりたくないんじゃないかというのが肌感覚といいますか。何でかということ、外来診療だけで困っていないから。生計が十分立てていけて、面倒くさいことまでやりたくないと思っている先生がやっぱり多いんじゃないかなというところはあります。

ただ、今後10年、20年後にかけて外来患者数は恐らく減ってくると思います。医療機関も調布市内、新しい開業、現在でも診療所がどんどんできていますので、恐らく10年、20年後は外来診療だけではなかなか経営していくのが難しい時代が来るんじゃないかというふうに考えていまして、やっぱりそこに向けてかかりつけ医の訪問診療というのは進めていきたいなというふうに考えております。

さらにやりやすくするためには、市内の地域で診療所ごとに近隣の医療機関と診療所でグループをつくってバックアップし合ったり、あとは市内の病院と長期不在時のかかりつけ医が長期不在時に訪問患者さんを何かあったときに見てもらえるような体制なども整えていきたいというふうな意見が出ておりました。

というところで、以上です。調布市は。ありがとうございます。

○西田座長 ありがとうございます。

では、次にBグループお願いいたします。武蔵野市ですね。

○田原委員 武蔵野市ですけれども。

武蔵野市は基本的なところからいって、全く今在宅専門医というのが、いわゆる在宅支援診療所とかそういう強化型とかをとれる専門医というのが圧倒的に少ないです。具体的に言うと1件とか2件とかそういうレベルです。在宅医療委員会とかつくってやっておりますけれども、ほとんどが私と同じような、なんちゃって在宅医ですね。要するに外来診療をやりながら、辛うじて自分の患者さんが在宅診療を求めたときに、しかもかなりコンサバティブな治療だけで済むような、そういった患者さんを訪問しているという状態です。ですから、この在宅専門医をどうしてふやすかといってもなかなか。

実は武蔵野市というのは、医療資源的に人口14万5,000の中に180の医療機関があって、圧倒的に10万人当たりの数は多摩地区の中でも多いわけです。ところがその訪問診療を専門にしている医療機関の数は非常に少ないというところがありますので、今後特に問題となる在宅看取りを推進していくためには、この在宅専門医だけに任せるだけではなくて、もちろんそのかかりつけ医が少なくとも自分の患者さんを終末期看取る、あるいは看取りに近いところまでやっていく必要があるだろうという点が一つあります。

それから、在宅医療で少し資源的に困るのは在宅医療をやっている医師の中でもやはりマイナー科ですね。皮膚科だとか精神科の在宅をやっている医療機関が本当に必要だと感じています。数少ないんですけど、武蔵野市にもいるにはいるんですが、そういうマイナー科だとか、あと歯科の訪問診療ですね。そういったものを今後積極的に進めてやっていただける医療機関をふやしたいというふうに思っています。その解決策があるのかというと、やはりこれはもう連携しかないので、繰り返しそういう委員会なり連携の会をやりながら、やっていくという点。

それから、できれば病院にやっぱり訪問診療をやってもらいたいんですね。病院がご自身のところだけではなくて、かかりつけ医というか、一般開業医と連携できるような在宅診療をやってくれば、非常にありがたいなと思っています。特に在宅の終末期看取りに関しては病院のバックアップが必要になりますし、病院が在宅診療を積極的にやってくれる病院がふえればなといったところ。

それから施設での看取りもやっぱり大切で、特養が余りやっぱり看取りをやらないですし、新しく武蔵野市内には看多機もできたんですけど、そういったところがやるということ。それから地域包括ケア病床も三つの病院が手を挙げて、30床、30床、30床くらいでできたんですけど、そういったところが在宅を支えてくれるように願っているという、そういうことで積極的に進めていきたいというふうに思っています。

そんなところです。以上です。

○西田座長 ありがとうございます。

では、次にCグループお願いいたします。

○高橋委員 三鷹市です。

途中参加なのでちょっと十分皆さんにお伝えできるかわかりませんが、今A班

とB班から出た内容も一部出ましたので私のところで出たところ、別の観点の話で出たことをご紹介しますと、まず今医療資源として訪問診療が不足しているのかというところがまず第一の議論になりました。本当に足りないのかというところから始まりまして、最終的には足りないだろうという結論には達したんですが、まずその中でできたのが、今2週間にいっぺん行っている、月2回行っているというのは果たしてそれは本当に必要なのかというようなどころからまず問題提起が始まりました。

実際やっている私のほうからは、関係づくりだったりとか信頼を受けるとか患者さんの管理という点で最初のうちは月2回でもいいかもしれないんですけど、離れていって月1回、月2回だったりとか、その一方で、多分それで同じ例えば診療報酬だとそれで何でしょうね、ある意味甘えてしまう医者もいるかもしれないので、そこら辺の制度政策的なちょっと難しいところもあるかもしれません。

ただ、いずれにしろ、もし資源が足りないのあれば、月2回ではなくて月1回だったり2カ月にいっぺんという訪問診療のスタイルがあってもいいのではないかと。そのためにはやっぱり関係、訪問看護ステーションだったり場合によってはケアマネジャーさんとか介護の方向からきちんと必要な情報がきちんと上がって、それをきちんとフィードバックして判断できるという体制をつくらなければ、やはり十分マネジメントはできなくなるのではないかなという話もありました。

最終的にはこれから、先ほどもお話ありましたけれども、やっぱり1.5倍くらいになるでしょうし、この数年間の経過を見ていると、患者さんのふえるのに応じて医者の数というかマンパワーは足りていないので、やはり田原先生の話にも出ましたけど一般開業の先生も一部担っていただくような流れとかもつくる必要があるのかなというふうには思っています。

やはりあとは、病院さんとの関係づくりだということも必要だという話も出ました。以上です。

○西田座長 ありがとうございます。

次はDですね。府中市ですね。よろしくお願ひします。

○日高委員 府中市です。よろしくお願ひします。

このグループでは、最初かかりつけの先生がいる患者さんが入院して退院されたときにもそのもとのかかりつけ医のところとの関係が、ぶつとりと切れていくような調整が病院とケアマネジャーさんとかというところでやっているところの課題というところから始まりました。このところではやっぱりケアマネジャーさんと地域の医療機関との連携というところは、簡単になかなかいろいろあるのかもしれませんが、病院も退院後のかかりつけ医に訪問診療専門なのかどうかわかりませんが、そことのつながりというところもやはり病院と意見交換は必要かなというふうに。もっとかかりつけ医の先生がいらして、長年そこを患者さんご家族を支援していたところが、ぶつとりとなくなるというところの考え方が、やっぱり医療機関と考え方のところはちょっと再考してもらえる機会があったらいいなと、個人的にもちょっと考えたところです。

それで、府中市では在宅を実施していない地域の先生方をバックアップしてもらって、しながら在宅診療に加わっていただくというようなサポートを今13人の先生方でやっていらっしゃるというお話を聞きました。看取りの部分をやっている、中心にということなんですけど。多職種研修をやっても、なかなか同じメンバー、固定化されたメンバーしか参加しないというところと、新規メンバーを参加するためにどういうふうにアプローチしていけばいいかという課題もその流れとして出てきました。それでケアマネジャーさんの役目というところでは、やはり地域の先生と病院というところの調

整の中で動いていただかなきゃいけないところはやはり前回もありましたけど、人材育成というところがやっぱりかなり重要なんですけど、ここで改めてまた出ましたのが、ケアマネジャーに患者さんの細かい情報を提供、報告するヘルパーさんのところがやっぱり非常に重要なところの機能のはずだなどというところでやっぱりそこの教育が必要だという意見も出ましたけども、このヘルパーさんたちに研修をするといったところで私自身も経験がありますけど、日当が減るというところもやっぱり何度かここを改善しないと研修をやっても集まらないとかということにつながっていくので、ここは本当にどういうふうにすればいいかということの一つ大きな課題かなということ意見が出ました。

あと、地域包括ケアセンターと地域医療機関との関係というのもすごく大事なところなので、これが今現在はちょっと地域によって違いが出てきているところもあるということも考えられるので、このところもやっぱり府中市の医師会のほうでは関係づくりの研修とかするところにも出ていかれてということで、努力をしていच्छる話とか聞きました。

あと、それと大事なそこの医科と歯科の連携というところが非常に重要なところというのが出ていまして、ここでは訪問歯科の訪問診療をしてくださる先生方がまだ圧倒的に少ないということとか、若手の歯科医師の先生はなかなかちょっと自信のない部分もあったりということで、現状のところを把握してそこのところで参入していただける仕組みといいますか、働きかけということが課題として、課題がいろいろ出てそこをどうするかということまでちょっと出ませんでしたけれども、そういうところをちょっと確認をし合ったという状況です。

以上です。

○西田座長 ありがとうございます。

では、Fグループですね。Fグループは混成チームですか。ごめんなさい。Eチームでした。失礼しました。

○齋藤（寛）委員 抜かされちゃったからしゃべらなくていいのかなと思っていて喜んでいたんですけども。最初は発表、行政の方に押しつけたらドクターが発表するのが多いのでドクターがやれということで急に私になったので、ちょっとうまくやれるかどうかわからないんですけど。

小金井市の現状を見ても、受療動向のデータから見ると最初は絶望的な状況かなと思ったんですけども、結構居宅の患者さんについては、6割は小金井市の診療所が見ているということがわかりまして、一方、施設のほうについては小金井市内の診療所が見ているのは2割くらいしかないということで、この際施設はみんな区の西部の方とか三鷹の先生方をお願いすることにして、居宅を頑張ろうということにちょっと今方向性が決まりました。

居宅を頑張るにしても5割くらいの患者さんが在宅診療でふえるということで、医療資源をもうちょっとふやさなくちゃいけないんですけども、外来医療計画で見ると、診療所数はどうもこれ以上ふやさないというのが国の方針であろうと思いますので、今いる先生方にやっぱりかかりつけ医としての在宅診療というのをお願いしなくちゃいけない。それについてはドクターの教育が必要じゃないかということで、私も会長をやった時期から言うと6年くらい医師会の先生方に在宅診療やろうよということで、いろいろな勉強会を企画したりしているんですが、結局在宅療養支援診療所の数という点では、ほとんど変わっていないんですね。ですからもう少し力を入れてやっていく、若い先生たちをどんどんリクルートしてやってもらう。代がわり的时候に働きかけるとかそうい

ったことが必要ではないかと思ひますし、それから入ってきやすくするにはやっぱり24時間体制をうまくつくるということで、やっと市内に3軒の在支診が連携して強化型というふうに、やっとこの10月からなれたので、そこを核として24時間体制をつくっていただけるといいなと思ひております。

それから、あと訪問看護ステーションのほうでちょっと気がついたことがありまして、小金井市は数はそこそこあるんですが、訪看さん、ナースの数が非常に少ないということがわかりました。このデータで。ということは一つ一つの訪問看護ステーションが非常に小さいということで、そういうところは24時間体制とはいってもなかなか一人の看護師さんがカバーしているような状況。一馬力の診療所と同じような状況であるということが予想されますので、訪看の規模を少し大きくしないといけな。それについては医師会立の訪問看護ステーションも考えなくちゃいけないんじゃないかという意見も出ました。

あと、病院との訪問診療の連携ということで、今病院で訪問診療をやってくださるところが1軒あって、そこにはホスピスもあって、ホスピスの先生が在宅看取りについて我々に教えてくれながらやるというシステムも今できてきまして、非常に私自身もその先生に指導してもらいながら3年くらい看取ることができまして、非常に患者さんも、患者さんは喜んでいのかどうかかわからないですけど、患者さんの家族は非常に喜んでくれているという感触を得ています。そういったことも今後どんどん進めていきたい。

それから圏域についてということもあったと思うんですが、圏域について例えば三鷹の先生たち、武蔵野の先生たちが小金井の患者さんを診るということも非常に多いんですけど、我々から見るとアキュートの場合、急変した場合なんかは受け入れてくれる病院が市内にはないので市外でお願いするしかない。今のところ小金井では日赤さんとか多摩総さんと、うまく連携がいていて、そういった病院に行った後のポストアキュートを受け入れる病院というのも市内に随分できてきて、そういったシステムは今充実してきているので、そういったことで圏域の在宅医療体制を整えていければいいかなと思ひました。

以上です。

○西田座長 ありがとうございます。

では、Fグループよろしくお願ひいたします。

○須永委員 Fグループです。

まず、現状に関しては、実際に訪問診療が必要になった患者さんが出た場合に、見てくれる先生がいなくて困るという事態に今のところには現実にはなっていないので、現状ではそんなに不足をしているということではないんだろうと。

ただ、将来訪問診療が必要な患者さん、在宅療養が必要な患者さんがふえたときに、今のままで対応できるかどうかと言われるとそこはよくわからないという状況です。

ただ、在宅診療の内容を見ると、看取りに対応できるような訪問診療医が不足しているんじゃないかと。現実には行きたくても行けない先生もいますし、あと実際に例えばクリニックを開業された当初は訪問診療なんかをしても、やっぱり負担が大きくて、あと先ほどもちょっと話が出ていますけど、現実にはもう外来だけやっていけばそれで何とかなってしまうので、あえて訪問診療まで手を出さずにやめてしまうという先生方もいらっしゃるんじゃないかという話も出ていました。そうすると、じゃあその負担感をとるため、これは具体的に言うと365日24時間対応しないといけな。看取りの問題だったり往診の問題だったりするわけですけど、どうするかということなんですけど、例えば訪問員同士で、一人でやっている先生方のことですね。訪問員同士で連携

をするというようなスタイルもあり得ると思うんですけど、実際にはやっぱりこれはカルテの共有の問題であったり、あとはそれぞれのクリニックはもちろん経営母体が別々なわけですし、一人一人のクリニックが抱えている訪問の患者さんの数も違うので、そこを連携して当番じゃないときお願いみたいにすると不公平感も出てしまうので、現実的にはなかなか難しいんだという話が出ていました。

じゃあそれに対してどうできるかという、一つのアイデアとしては、例えば医師会などで夜間休日の救急当番みたいなのを輪番制でやっていますが、あれと同じような形で往診、看取りの当番を輪番で決めてしまうという対応も考えられるだろうと。

ただその場合にもやはり問題になるのが、じゃあカルテの情報をどうやって共有するんだという問題と、あとは一人一人の訪問診療の先生方は、訪問でどこまで頑張っているのか、もう徹底的に何としても入院させずに在宅でやっているという先生方もいらっしゃいますし、そこまでは粘らずに悪くなったら病院へという対応でやっている先生方もいるので、往診なりで呼ばれたときに、どこまでやればいいのか、その感覚がわからないので、現実には結構対応が難しいんだということと、あとは本当にやっぱり一見さんで最初に訪問診療に行くというのは、そこはかなりハードルが高いということがあるので、システムだけをつくっても本当にうまくいくかどうかはちょっとよくわからないという話が出ていました。

以上です。

○西田座長 ありがとうございます。

ほかに何か言い残したことはございませんでしょうか。何かありましたら。ほかのチームのご意見を聞いてでもいいんですけども。よろしいでしょうか。

では、以上をもちましてグループワークを終わりたいと思います。

続きまして、東京都のほうから東京都多職種連携ポータルサイトについての情報提供がございます。

○東京都 それでは、参考資料3をごらんください。

この在宅療養ワーキンググループや、親会であります地域医療構想調整会議において、在宅療養患者のICTを活用した情報共有に当たって、各地域で異なるシステムを活用していることから業務が煩雑になるといったような課題や、あと導入はしたものの、なかなか利用が進まないといった課題やご意見をいただいていたところがございます。そうした皆様のご意見を踏まえまして、東京都医師会様と一緒に検討を進めておりますのが、こちらの東京都多職種連携ポータルサイトの取り組みでございます。

具体的な仕組みにつきまして、スクリーンでご紹介させていただきます。

まず一つ目の機能が、多職種連携タイムラインについてです。この中の真ん中の大きな四角が、東京都がつくるシステムです。右側の現在地域で使われている多職種連携システムA、B、C、いわゆるMCSやカナミックのシステムのことですけれども、これらのシステムの自分のアカウント上で情報の更新があったとき、このタイムライン上にもその更新が反映されるような形になっております。

更新された内容を確認したい場合は、タイムライン上でクリックすると、自動的に各システムの患者の部屋に移行し、スムーズに患者情報にたどり着けるような形になっております。これにより、例えば複数の地域と連携が必要な病院にとっても、情報を取得する際の煩雑さが軽減され、より病院でのMCSやカナミックといったシステムの導入が促進されて、地域と病院のICTを使った情報共有の充実につながればというふうに考えております。

その他、タイムライン②といたしまして、在宅療養に係る関係団体からのお知らせが

表示されるような仕組みを検討しております。

続いて二つ目が転院支援サイトでございます。これは転院患者さんのいる病院、つまり転院元病院と受け入れる側となる病院の双方が、受け入れ患者のマッチングを行う機能でございます。具体的な仕組みについては、またスクリーンをごらんください。転院患者のいる転院元病院は、受け入れの候補となる病院を検索するとともに、転院予定の患者情報をシステム上で受け入れ候補となる病院と共有することができます。検索結果から転院調整したい病院に転院元病院はアプローチします。そのアプローチに対し、受け入れ側病院は、個別調整可である旨の返答をシステム上から行うことが可能になります。

なお、先ほど共有した患者情報をもとに受け入れ病院側から転院元病院へのアプローチも可能な仕組みとなっております。その後、それぞれの転院の詳細な条件などの個別調整の後、マッチングが成立といった形となっております。

同じポータルサイト上にこの二つの機能を設けることで、地域のシステムやポータルサイトを病院の方々にもご活用いただいて、ICTを用いた地域と病院との連携の充実を図ってまいりたいというふうに考えております。

駆け足のご説明となりましたが、ポータルサイトが完成しました際には、また改めて皆様にご説明をさせていただく機会を設けさせていただきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

資料の説明は、以上になります。

○西田座長 ありがとうございます。今のポータルサイトについて何かご質問ございますでしょうか。

どうぞ、田原先生。

○田原委員 ポータルサイトをつくる理由というのは異なったベンダーがあるからという、そこが主なんですか。そうじゃない。

○西田座長 もちろん最初のスタートはそこだったんですけども、むしろニーズが高いのは、病院との調整機能ですね。さっき……。

○田原委員 2番目のやつ。

○西田座長 2番目のやつ。あっちのほうがむしろユーザーのニーズとしては高いんじゃないかなというふうに思っています。結局異なるベンダー間が完全に中であつながらのわけじゃなくて、それぞれにポータルサイトの画面の中に出てくるだけなので、複数のベンダーと契約していない医療機関については、余りそこはメリットがないんですよ。多分そこ、感じられたと思うんですけども。

○田原委員 通常のやりとりは、自分が使っているベンダーで十分果たせるかなと思ったんですけど。入退院のそちらのほうのシステムについてが主だという理解でいいのでしょうか。

○西田座長 多分数としてはそっちだと思います。ただ、病院ですとか専門クリニックなんか、中には複数のベンダーを使っているところもあるので、そういったところには何とかアプローチができると思いますけど。ちょっとそこ、東京都、何か私十分に言えてなかったかもしれない。

○久村地域医療担当課長 一つ、先ほどの説明でも強調したんですけど、やはり病院と地域の連携をこのポータルサイトを活用していただくことで図れないかなというのも一つありますので、西田先生がおっしゃった病院さんだとまさに広域的にいろんな地域との情報共有が必要になってきますので、多分いろんなシステムを活用する場面が出てくる。そのときに、基本的には一つ共通の入り口をつくりましょうということなんですけども、

それができると少しは円滑に、それぞれの地域の情報にアクセスできるんじゃないかというふうなところで今組み立てるところです。

○田原委員 ありがとうございます。

○西田座長 よろしいでしょうか。

では、私、講評ですね。講評を一言ちょっと述べさせていただきます。

北多摩南部6市については、在宅医療資源はおよそ充足しているという肌感覚を持っておられるところが多かったというイメージがありますが、ただ皆さんやはり将来的にこの1.5倍にふえてさらにそこに追加的需要がふえてくると、今の体制でいいのか、今のドクターたちも高齢化してきますので、やはり若いドクターを育てていかなければいけないというところは多く聞かれたような気がします。

その中でやはり専門クリニックもどんどんふえておりますけども、かかりつけ医の看取り等、在宅医療への参入促進を図っていきたいというところも皆さんほぼ共通していたかなと思います。

かかりつけ医の一馬力の先生方の24時間体制バックアップについては、この6市の中では調布市と府中市が現在開始しているという認識ですが、そうですね。ほかの市でやっておられるところ、ないですね。ということになります。

あとはやはり病院との連携、入退院支援のところですね。その連携の話、それから病院にもっともっと在宅医療をやっていただきたいといったようなことや、それほど一馬力の先生でそれほど在宅看取りにこだわっていないというようなレベルの方たちが、病院に患者さんを登録して何かあったときに病院対応をお願いするというところでの24時間確保も必要だろうというような意見が出されたと思います。

先ほども調布で出たんですけども、大体アンケート調査をやって在宅医療をやらない理由は何ですかというと、24時間体制が困難だって出るんですけど、じゃあ24時間体制を構築したら本当にみんなやるのかということですね。なかなかそこが難しいところだと思います。そうしたら、どうしてもかかりつけ医による継続した医療として、老衰から死に至るところまで継続して見ていくという、そういう良心的な医療ですね。ここは絶対外せないところだと思いますので、各地区、市区町村でやはり資源も事情も違いますので、それぞれで何かしらのルールをつくっていただかなければいけないと思いますし、それにはいろいろ法的な問題があったりしてもうちょっと上のレベルとあるいは国レベルで解決しなくちゃいけないこともたくさんこれから出てくると思うんですね。そういったことも少しずつ払拭しながら日本の在宅医療を少しでも、これから在宅医療のニーズがふえていく中で、満足のいくものにしていかなければいけないと、つくづく思うところでございます。

きょう、本当に先生方、熱心に議論をしていただいたわけですけども、あくまでも年に1回、冒頭申し上げたように年に1回ですから、ここでとまっちゃうと意味がございませんので、ぜひ各市の在宅療養推進会議があると思いますから、そこで議論をさらに深めていって、いいシステムをつくっていただいて、来年も多分これをしていただけたらと思うので、そのときに自慢話として持ってきていただけるように期待しております。

本日はどうもありがとうございました。遅くまでお疲れさまでした。

では、マイクを返します。

○久村地域医療担当課長 本日、長時間にわたりご議論いただきまして、また貴重なご意見をいただきまして、ありがとうございます。

本日の議論の内容につきましては、冒頭から出ておりますが外来医療計画の在宅医療に関する部分に記載をさせていただきます。また、来年度、東京都保健医療計画の在宅

療養の部分につきまして、見直しが予定されておりますので、そういった議論の中でも参考とさせていただきます。

最後にご案内をさせていただきたいんですが、この11月30日に東京都医師会さんをお願いして、東京都在宅療養推進シンポジウムを開催させていただきます。今回、テーマがACPでございます、都民にとっての人生会議をどう考えるのかというお題でシンポジウムを開催いたします。出口のところでご案内のほうを配らせていただきますので、興味関心のある方、ぜひご参加いただければ、あるいは周りの方にご案内していただければと思いますので、よろしく願いいたします。

それでは、以上をもちまして、在宅療養ワーキンググループを終了とさせていただきます。

改めまして、本日はありがとうございました。