

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（南多摩圏域）

日 時：令和元年11月5日（火曜日）19時30分～21時14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方がいらっしゃるんですが、定刻となりましたので、ただいまより南多摩医療圏の地域医療構想調整会議在宅療養ワーキンググループを開催させていただきます。

本日は、お忙しい中、また遠いところでございますが、お越しいただき、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、よろしくお願いいたします。

では、着座にてご説明を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、次第の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、それから参考資料1から3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、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いただければと思います。

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

また、ご発言の際には、マイクをお取りいただきまして、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会の挨拶を申し上げます。

では、東京都医師会の平川副会長からご挨拶をいただきます。

○平川副会長 改めまして、皆さん、こんばんは。東京都医師会の担当副会長の平川でございます。本日は、連休明けで多分お仕事は忙しかったと思いますが、わざわざ南多摩医療圏から東京都内まで来てありがとうございます。横の座長の数井先生は、俺は多摩川を渡らない人間なんだといつもごねてこっちまで来てくれないんですけども、きょうは、何とか来てもらい、ありがとうございます、先生。

冗談はともかく、日ごろから東京都医師会のさまざまな事業に対して、甚大なお力添えをありがとうございます。この場をかりて御礼申し上げます。

さて、本会ですけれども、在宅療養ワーキングという形で、本日の資料で言いますと、資料7-1であります外来医療計画の策定について、またいろいろとざっくばらんなご意見をいただきたいと思います。これは、経緯としては、平成30年の医療法の一部改正により、医療計画に定める事項として新たに外来医療にかかわる医療提供体制に関する事項、外来医療計画を追加するとともに、都道府県知事は二次医療圏ごとに外来医療の提供体制に関する事業について協議する場を設け、協議を行い、その結果を取りまとめて公表するとされた。まさにこの、協議する場がこの場でございます。とはいえ、ふだんから顔合わせもしている先生も多いと思いますので、逆に、こういう場を設けたことによって、ざっくばらんに地域の状況とか、あるいは困っていること、あるいはここがうまくいっているようなことを本当に忌憚のない意見を交換し合う場にしたいと思います。

と言いますのは、記載事項に国が求める記載事項、外来医療機能の偏在・不足等への対応と書いてありますけれども、病院医療と違って、外来医療についてはほとんどデータ

ベースがないんですね。参考資料が余りないので、まさにこの場がそれをつくり出す場ということをおもっていますので、ぜひぜひ、そういうことも含めて、本日の会が本当に遅い時間になってしまいましたけども、実りあるものになりたいと思っています。

きょうは、本当にご協力ありがとうございます。

- 久村地域医療担当課長 平川先生、ありがとうございます。続きまして、東京都より、医療改革推進担当部長、田中がご挨拶申し上げます。
- 田中医療改革推進担当部長 改めまして、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。今日は、本当にお忙しい中、また、平川先生からもお話がありましたが、遠いところ、お茶の水まで本当にお足をお運びいただきましてありがとうございます。

この在宅療養ワーキングですが、平成29年度から地域医療構想調整会議のもとに各二次医療圏ごとに開催をしております。昨年度は、病院と地域の連携ということで、退院するときになかなか主治医のところに戻ってこないとか、病院と診療所の情報共有がなかなかうまくいかないけれども、こんな工夫をしているよとか、そんな話題を皆様していただいたかと思いますが、ご記憶の方もいらっしゃると思います。

今年度は、基本に戻りまして、この在宅療養ということを実際のメインテーマにグループワークをしていただきます。後ほど説明がありますが、各種データも一応国から提供されているもの等をお示ししまして、この南多摩医療圏でも5市ございますが、それぞれ本当に市によって、かなり在宅医療の状況が異なっていると思います。

診療所が多いところ、少ないところ、患者さんに外から来ていただいているところ、中だけで賄えているところ、さまざまだと思いますが、データでわかる所と、それから、データではわからないような先生方の肌感覚といいますか、日ごろ感じていらっしゃるようなことを特にぜひ共有をしていただいて、ご議論をいただければと思っています。

それらのご意見を先ほどご説明がありました外来医療計画の中の、ちょっと外来というところと、なかなか皆さん、在宅と結びつかない方もいらっしゃるかもしれませんが、この外来医療計画でいうところの外来というのは、入院以外を全部外来と言っています。特に、診療所の外来を主に扱っているのが、外来医療計画になります。ですので、診療所が行っている訪問診療や往診等の在宅医療もこの外来医療計画の中で非常に重要な部分を占めますので、こちらでいただいたご意見をこの外来医療計画の中に書き込んでいくということになりますので、そのご説明も後ほどさせていただきますが、ぜひ活発なご意見をいただければと思っています。

また、東京都としましては、そのいただいたご意見を今後の施策に生かしていきたいと思っています。

今日は、どうぞよろしくお願いたします。

- 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、昨年度から引き続きまして、数井クリニック院長の数井先生にお願いしております。
- では、数井先生、一言お願いたします。

- 数井座長 皆さん、本当に遠いところ、はるばるお茶の水までご苦労さまです。多摩川を渡らないというのは、どっちかというところ、地域に閉じこもっていますので渡らないんですが、日野・多摩はまだ多摩川よりこちら東ですからね、あれですけど、そういうことで、本当に日中お忙しい中、こちらまでご足労願って、まだこれからおつき合いしていただくわけですけども、どうもお礼を言わせてください。ありがとうございます。

というところでもよろしいですか。

- 久村地域医療担当課長 数井先生、ありがとうございました。

それでは、以降の進行は数井座長をお願いいたします。

- 数井座長 昨年は、パルテノン多摩で皆さんにお集まりいただき、病院と診療所との連携とか、情報共有とかというテーマでいろいろと話を皆さんに意見を聞いた次第ですが、ことしは、今回は、先ほどお話がありました外来医療計画というものに結びつけて、今、皆さん各テーブルが各地域の病院の先生、診療所の先生、行政の方ということでグループをつくりまして、今現状、在宅診療を行っている中で、地域での何か現時点での問題点とか、評価、再評価をしていただいた上で、今後、ひとまず統計上は今後も在宅療養を受ける方たちがふえていくだろうというふうな試算が出ております中で、今後その状況を担っていくのかどうかというご議論と、そのためには、今後どういうことを手がけていかなければいけないかというような、現状と今後について、お話ししていただければありがたいと思います。

ということで、そこでまず、その議論の資料に、参考になることを東京都よりちょっとご説明していただきたいと思います。よろしくをお願いします。

- 東京都 よろしくをお願いいたします。東京都福祉保健局の中島と申します。それでは、資料2から6と、それから、お配りしております参考資料につきまして、まずご説明をさせていただきます。

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きまして、目的に記載しておりますけれども、皆様ご存じのとおり、訪問診療につきましては、高齢化の進展ということもありまして、今後増加するといったような見込みで、東京都におきましても、保健医療計画の中でも、2013年の訪問診療の実績と比較して、2025年の必要量はおよそ1.5倍となるというふうに見込んでおりますところです。

このような訪問診療の需要増に地域で対応してっていくというときに、在宅療養に関するデータを地域の中で共有していただくということと、それから、実際の現場の中で、日々皆様がお感じになられている訪問診療に関する資源の充足状況というものを踏まえまして、今後どのように取り組んでいくべきか、地域の中で検討するということが重要だと考えています。

そこで、今回のワーキンググループでは、この資料の今年度の意見交換内容にございますとおり、在宅療養に関する地域の状況というものをテーマに、そうした現場での充足状況、それから将来の需要増に向けて、どういった取り組みを地域で行っていくかというところを皆さんと意見交換させていただきたいというふうに考えています。

後ほど、先ほどからも皆様からのお話もありますが、ここで出た意見につきましては、東京都が今年度策定します外来医療計画に記載される形となりますので、そちらのご説明につきましても、後ほどさせていただきたいと思います。

今回のワーキンググループの議題についてでございますが、まず、資料のほうをごらんいただきたいんですが、議題の一つ目につきまして、意見交換のポイントをア、イ、ウの3点設定しております。先ほど申し上げましたとおり、地域における在宅療養に関する資源の充足状況というところにつきまして、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。今回、ご参加いただいております看護師、それからケアマネジャーの方といった多職種なメンバーの方からは、訪問診療につきまして、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います。

その後、イのほうになりますが、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というところの

ご議論と、それから、最後のウですけれども、圏域全体での状況というところで、これは、あれば意見交換いただければと思っているところですが、南多摩全域で見て、圏域の特徴であったり、課題などというものがあれば、その場でもまた意見交換いただきたいということで記載しております。

これが意見交換していただきたい内容でございまして、それから、(2)のほうにつきましては、情報提供ということで、このグループワーク終了後に東京都のほうで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、ICTの取り組みでございしますが、これにつきましてご紹介させていただきたいと考えています。

今回の意見交換の方法でございすけれども、グループワークにて実施する予定でございす。グループの編成につきましては、今回、地域の資源の状況について意見交換を行うということで、区市町村ごとにご推薦のある参加者の方々につきましては、事務局にてその区市町村のグループに入ってください形になっております。

各団体のほうから1名ご推薦という形でご参加していただいております方につきましては、事務局にて各グループに割り振らせていただいております。

続いて、グループワークの流れにつきましては、資料をおめくりいただきまして、4に記載しておりますとおりです。グループワークのお時間を45分間、その後、各グループ2分程度で発表をお願いいたします。

次におめくりいただきまして、資料3についてでございますけれども、こちらは先ほど申し上げた意見交換の内容につきましては、詳細を落とし込んだものになります。上段のグループワークの進め方でございますけれども、最初は、まず進行役と書記の方、発表役の方をお決めいただきまして、進行役の方が中心となって意見交換を進めていただき、書記の方は出た意見を机上に配布しておりますA4の紙のほうにペンで記録していただいております。それから、区市町村ごとの意見交換をいただくときに、将来の需要増に向けてどのような取り組みが必要かというところにつきましては、こちらの資料3の下段のほうに、意見交換の例ということで記載してございますので、こちらの内容も少し参考にさせていただきながら、意見交換を行っていただきたく思います。

続いて、意見交換の参考にしていただきたいデータとしましては、次の資料4から6をご用意しております。

まず、資料4でございますが、これは、2025年における在宅医療のサービス必要量ということでして、このデータについて簡単にお話しさせていただくと、まず、真ん中の列に2013訪問診療というのがあります。これが、患者住所地ベースの実績でございまして、一番下の下段の合計で9万6,712人となっております。その隣の列が、2025年の訪問診療の必要量となっております。それぞれ区市町村ごとに算出したものを載せてございまして、一番下の下段の都全体の2025年の必要量につきましては、14万3,942人という形になります。先ほど申し上げた1.5倍の必要量の増加というふうな形になっております。

続いて、資料の5でございますが、A4横のものでございまして、受療動向のデータでございます。数値は、昨年度この資料をお渡ししたものと同じで、平成28年度の在宅患者訪問診療のレセプト枚数、国保分と後期高齢の分が含まれた数値となっております。

簡単にこの見方をご紹介いたしますと、例えば、上段の八王子市につきましては、患者住所地ベースとありますのが、八王子市に住んでいらっしゃる患者さんが八王子市の医療機関から訪問診療を受けた件数が、1万8,443件。八王子市に住んでいらっしゃる患者さんが町田市の医療機関から訪問診療を受けた数が1,194件。これは1年間

の数字になりますが、わかります。それから、下の医療機関所在地ベースですと、八王子市に所在する医療機関が町田市に住んでいる患者への訪問診療を実施した件数が81件といったよ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それぞれわかる形になっていきます。

一番下段のほうに、圏域ごとの動向も掲載しておりますので、ご参考いただければと思います。

それから、平成28年のデータということで、まだ国のほうから最新の今年度のデータ提供がちょっと来ていないものですから、昨年度お渡ししたデータ、平成28年のデータの時点から更新ができていないということは、ちょっとご了承いただければと思います。

それから、次の資料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診療所の数といったような形で、それぞれ区市町村ごとに資料に落としております。こちらは、昨年度おつけしておりましたデータでございますけれども、こちらのほうは、厚労省のほうから提供データがございましたので、時点更新を行っております。参考までに、右側のほうに圏域ごとのデータもまとめてございますので、ご確認いただければと思います。

それから、参考資料1と参考資料2のほうで、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。

じゃあ、続いて外来医療計画のほうです。

○東京都 かわりまして、私、東京都福祉保健局医療政策部の橋本と申します。私のほうからは、現在、都において策定しております外来医療計画について、概要を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。一番上に外来医療計画とはということで、今回の外来医療計画策定の経緯でございますが、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が追加されることとなりました。

この外来医療計画ですが、その性格といたしましては、都の医療計画でございます平成30年3月改定の現行の東京と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。

計画期間につきましては、今年度中に計画のほうを策定いたしまして、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。

次に、その下に移りまして、外来医師偏在指標の設定についてというところで、この外来医師偏在指標とは何かと申しますと、この指標は、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の医師数から算出される指標となります。ですので、この指標の中には、病院の医師数は含まれていないといったこととなります。この指標は、国の厚労省のほうで全国、全二次医療圏に対して算出いたしまして、各自治体に通知されることとなります。

さらに、この外来医師偏在指標の値が、全国335の圏域がございますけれども、その中で上位33.3%に該当する二次医療圏、これは外来医師多数区域というふうに設定されることとなります。

国は、外来医師多数区域であるということ、新規に診療所を開業しようとする方に情報提供を行うことで、開業者自身が既にその地域には診療所が過当競争の状態にある

と判断して、別のまだそこまで競争が激しくないような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、結果的に診療所の偏在是正につなげていこうというのが目的となっております。

ただし、国の留意事項といたしまして、診療科別の偏在に関する議論については、国のほうで調査・研究中ということになっておりますので、診療科別の検討は今回は行わないということとなっております。

また、国といたしましても、開業の自由は保障されており、開業を制限するもの、また、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す。

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といったところがございますが、そのうちの左側の外来医師機能の偏在・不足等への対応という項目のところにひし形で三つの項目が示されております。このうちの真ん中、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おりますが、その下に例示されているような四つの項目、夜間休日の初期救急、在宅医療、学校医・産業医・予防接種等に係る公衆衛生関係、その他という状況について、地域ごとにこの計画の中に記載していくこととなっております。

そこでですけれども、今回この在宅療養ワーキングの場をおかりいたしまして、今回の議事でございます在宅療養に関する地域の状況、このグループワークを行っていただいた中で出されたご意見を今回の外来医療計画の中に盛り込ませていただきたいというふうに考えております。

では、いただいたご意見がどのような形で計画の中に反映されるのかということになりますが、次に、この資料7-2のほうをごらんください。一番分厚い資料になっております。こちらが、現在我々で策定を進めております外来医療計画の素案でございます。まず、こちらの21ページをごらんいただけますでしょうか。21ページですね。第1部、第3章「二次保健医療圏ごとの状況」といった題名が書いてございます。ここから21ページ以降は、各圏域ごとに記載する項目となっております。さらに、29ページに移っていただけますでしょうか。そこには、地域医療構想調整会議で出された意見といたしまして、下に丸が並んでいるだけの現在の状態ですけれども、この在宅療養ワーキングと、現在これと並行して行われております地域医療構想調整会議本体において出されましたご意見をまとめた上で、圏域ごとにここ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。

簡単ですが、外来医療計画に係る資料の説明は以上となります。

- 数井座長 ありがとうございます。なかなか把握しづらくて、いきなりこれだけの資料を出されても読み取れないと思うんですが、何かご質問がある方がいらっしゃいましたら、ご質問をお願いします。

では、ないようですので、早速グループワークに入らせていただきますが、話し合うポイントというのは、昨日西田先生とやっていた在宅医療参入促進セミナーというのに行ってきたんですけれども、要するに、訪問診療をしていただける一般外来の先生、開業医の先生ですね。なかなか訪問診療という業務に進んで入っていけないと。これは、やっぱり24時間、365日というようなことを考えると、行きづらいと。そういうことで、そういう先生方をどうやってふやしたらいいかということでしたわけですが、そういう一般の開業している先生が訪問に足を踏み込みにくいという状況と、片や、訪問診療を専門とするような医療機関も徐々にふえていくと。こういうところの関係がどういふふうに構築されていくのかどうかというような現場での問題もあるかと思っておりますので、そういうことも含めまして、各市の現状をちょっと簡単に話し合った上で、

今後についての意見を、まとめることは非常に難しいので、ただ思いついた内容で結構ですから、いろいろな意見をさせていただくと、東京都のスタッフは喜ぶかと思しますので、よろしくをお願いします。

では、今からおよそ40分ぐらいですか。お話ししていただいて、各市からの最後にどんなことが議論となったかと、話題になったかということのをちょっと報告していただければありがたいです。

では、よろしくをお願いします。

司会と書記と発表者をまず選んでから、自己紹介をした上でお願いします。

(グループワーク)

○数井座長 それでは皆さん、白熱した、白熱しているかどうかはわかりませんが、皆さんいろいろと忌憚のない意見をお話ししていただいたかと思えます。発表される方にはそれほど重荷に感じないで、何か話し合ったことを思いつくままにお話ししていただければ、事務局がいいところだけ抜粋して取ると思えますので、時間内目いっぱいお話して下さって結構です。1グループ2分間ほどでお話ししていただきたいと思えます。この40分間で話した地域のことについて、よろしくお話ししたいと思えます。

では、まず、私も参加させていただいた八王子のグループでAグループから、発表を、何をお話ししたかちょっとお話ししたいと思えます。

○小俣委員 Aグループでご報告させていただきます、病院のソーシャルワーカーをしております、八王子山王病院の小俣と申します。よろしくお話しいたします。

Aグループのほうでは、いろんなお話が出ていまして、なかなかちょっと皆様の前で発表しにくいお話も、忌憚ないご意見として出ていたわけなんですけれども、一つには、これからの訪問診療というところで、訪問診療の先生がなかなか数がふえないというところのことについてのお話がありました。在宅で頑張られている方が何か症状だとか、困ったことがあって救急搬送された場合に、病院に搬送されたからには、命を救わなければいけないとか、救命していくというところで対応しなければいけないというようなことが、病院のほうで起きていて、それがその在宅の患者さんのご意向となかなか合わないのではないかとということが一ついろんな病院で起きているはずだということがありました。

積極的な治療は望まないけれども、少し楽になるように対応を病院でもらって、また在宅に戻っていくというようなことが、もう少し気軽にといいますか、頼みやすい状況であると、なかなか訪問に手を出せない先生方が少し取り組みやすくなるのではないかとというようなお話もありまして、在宅医療を進めるためには、その病院のドクターの理解というのが非常に重要なのではないかとということがございました。

治療のみではない支える医療とは、あとACPを、都度都度何か起きたときにしっかり考えていくということを開業医の先生もしていただく必要がございますし、病院のドクターのほうもそういったことをしていくと。そういう必要があるという話が出てまいりました。開業医の先生もACPに対する理解、認識がばらばらだったりとかということもあったり、訪問までしてでも長く患者様を見ていくということを考えている先生もいれば、そういうふうに考えていない先生もいると。そのあたりのことが、病院と開業医の先生とのおつき合いがもっと深まると、この先生はこういうことをやれる先生だなとか、あるいは、この先生の場合は、また訪問診療専門の先生にお願いさせていただいてもトラブルにならないかなとか、やっぱり病院間の患者様のやりとりに対する暗黙のルールみたいなものもございますので、そういったことがお互い人間関係を深めることによって、理解し合えるのではないかとというようなこともありました。

あとは、私たちソーシャルワーカーへのご意見というか、提言として、病院に勤務しているソーシャルワーカーも病院の外にもっと出て、家屋調査などでご自宅に訪問させていただくこともあるんですけども、ご自宅に帰られた後に、どのように生活が継続しているかということを知ること、また訪問診療、在宅療養されている方のことをもうちょっと深く知ることができるのではないかなというようなご意見もいただきまして、このようなお話が続いていたような状況でございました。よろしいでしょうか。

○数井座長 ありがとうございます。では、引き続きまして、Bグループは町田が主体となっ

てはいるとは思いますが、よろしくお願ひいたします。

○自見委員 Bグループの町田慶泉病院の自見と申します。

なかなかまとまらなかったんですけども、まず、在宅医をもっと動員しまして、訪問診療とかそういうのにふやすことができないかと。町田市のほうでも、余り在宅の訪問診療をやっている先生が少ないということで、これが一つテーマになりまして、ただ、まず第一に診療外来、診療所で1日やって、その後訪問診療を24時間体制、夜中も含めて呼ばれる状況にあるわけですけど、ちょっとそういうのはブラック過ぎてというか、要するに、過労になり過ぎて、なかなかちょっと行うことが現実には難しいんじゃないかというのがまず出ました。

それをもう少し何とか改善できないかということで、在宅医をグループ化するということが一つ現実的には解決法になるんじゃないかということなんですけど、実際問題としては、なかなかグループを組むということは、その仕組み自体、ちょっと私もよくはわからないんですけど、診療報酬の分配とか、そういう制度上のことが非常に煩雑であると。あるいは、連携法人みたいなものもどうかということなんですけども、これも診療所同士が情報を開示し合ったりと。非常にハードルが高くて、やっぱり難しいのではないかと。より簡単な方法、仕組みが必要ではないかという意見が出ていました。

あと、在宅医療支援病院という制度ですね、これもありますので、それを使うことも一つ有効ではないかということですけども、いずれにしても、非常になかなかグループを組むことは難しいので、ぜひ、都ですとか、国のほうで主導していただきたいと、こういうふうな意見でしたね。

それからあとは、解決法としては、やはり連携する医師同士の情報共有がなかなか今難しいと。これは、いろいろとハードの面とソフトの面、そういうもので簡素化した方法が欲しいと。あと、訪問看護も診療と一体となっていますので、ぜひそれをスムーズに活用できる施策が欲しいと。大体以上のようなことが出ました。

○数井座長 どうもありがとうございました。

では、もう引き続き、Cグループは日野市ですね。よろしくお願ひいたします。

○望月委員 済みません。よろしくお願ひいたします。日野市の状況ですけども、まず、アの資源の状況ですね。ここでグループで出たのは、比較的日野市は訪問診療に関しては、今は充足しているんじゃないかと。人数の割にはというところと、地域の特徴としては、訪問診療を中心にやるのは比較的、100人、200人規模のメガ在宅といわれるような医療機関が3カ所あって、そのほかに外来を中心にしながら訪問診療をされる先生方が大体10人ぐらいいらっしゃって、その方々が1診療所当たり大体10名ぐらいを見るような形で、おおむね700枠ぐらいの枠があるというような状況があります。

また、療養型病院から地域包括ケア病棟に転換した医療機関があって、かなり地域の中でニーズが多くて、急性期という部分でニーズが多いんですけども、やはり病院の中を見ると、ニーズがあって、その分出入りが非常に早くなって、中を保っている医師の負担が大きくなったり、医師の確保が困難だというような問題点が挙げられていまし

た。

イのほうは、地域で今後取り組むべきことということで、今後、訪問診療の需要というか、数が相対的にふえてくると考えられるので、訪問医をふやしていくことが必要だろうということなんですが、やはり外来を中心にやっている先生方のところで数をふやすのはなかなか難しい現状があって、ここはメガ在宅の先生のところでは先生をふやしていただくようなところに頼らざるを得ない部分もあるんじゃないかということと、あとは、先生方、外来をやっている先生方も訪問診療に出やすいように地域として、例えば、新規で開業される内科系の先生ですとか、そういった方々には訪問診療をある程度紹介したりして、一定の経営が成り立つような支援を地域ですていくことで、ある程度外来をしながら、訪問診療を維持するような形の体制をとっていったらいいんじゃないかというような話が出ました。

あとは、先ほどの2本制という話があったんですが、通常の外來をやられている先生方とメガ在宅の連携を強化して、外來の先生方が仮に24時間やらなくても、看取りが近くなったときにメガ在宅に移行できるような、地域の中で連携の体制をつくっていったらどうかというような話がありました。

最後に、圏域全体の話ですけれども、比較的がん末期の方々なんかを預かるケースも多いんですけれども、今、がん末期の方々、最後は入院したいよなんていうケースは、先ほどの地域包括ケア病床ですとか、近隣にある緩和ケア病棟に非常に頼っているケースがあって、比較的急性期の病院ががんの末期で治療を終えてしまうと、もううちでは見ないよというケースが日野市外の近隣の病院から多くて、今後これがふえてくると、この医療機関でも賄い切れずに、やはり難民のような形で場所がない方が出てきてしまうところがあるので、できれば紹介してきたところにある程度戻るような形の体制というのは、急性期の医療機関も指揮していただけるとということと、実際、こういう方々って戻っても1、2週間で亡くなってしまうので、決して長く長期間ベッドを圧迫するような状況ではない部分もあるので、ある程度ご理解していただいて、協力していただけるといいんじゃないかというような話がありました。以上です。

○数井座長 さすが望月先生。座長をやってくればよかったのに。

では、次、Dは多摩市ですね。多摩市でお願いします、発表。

○新垣委員 発表させていただきます。データも見ながらですけれども、いろんなことや話になったのは、やっぱり多摩市というのはそんなに大きい市ではなくて、患者さんの流入がすごく多いところなんです。例えば、休日診療でも多摩市のほうにしか公開していないんだけど、八王子の患者さんがいらしたりとか、稲城から患者さんがいらしたりとか、やっぱりアクセスとかそういったことも踏まえて、いろんな患者さんが流入されているのではないかというのをこのデータから読み取りました。

私も在宅訪問診療をやっていて、多摩市も二つ大きいメガクリニックがあります。かなりの先生を網羅してやっていたところ、手がもうちょっと無理だから、数が多過ぎてちょっと賄い切れないということは正直印象としてはないんですけども、ただ、この表を見ると、よそのところから恐らく施設ではないかと思うんですけども、そこから多摩市じゃない先生がかなりいらしているんだろうなという印象を受けました。確かに、検案とかもやっていると、施設でお亡くなりになった方が杉並の先生にふだん見ていただいたりというのをよく見ることがあるので、恐らくそれはもう施設ごとにそうやってお願いされているような状態なんだろうなというのが、ちょっと私のふだんの経験と合致するかなというふうに思っています。

もちろん、これから多摩市も高齢化社会ということは、どちらもそうなんですけど、

多摩市は特に言われていまして、お元気な方が多いんだけど、年齢的にはどんどん上がってくるというふうに使われています。

訪問診療も新たに開業された先生が、積極的に手を挙げていただいて、ちょっとずつ、ちょっとずつ、あと前はやっていなかったんだけど、自分の患者さんを2人ずつ、3人ずつというふうに見てくださる先生が徐々に、徐々にふえてきています。ただ、実際の患者さんがふえるものにどれだけ対応できるかという、先ほどの先生のお話もありましたけれども、やっぱり大きいクリニックに頼るといことはどうしても出てくるのではないかなというふうに思っています。

24時間対応ということも、やっぱり多摩市でも共通の課題でありまして、やっぱりほかの先生方が躊躇される大きな原因となると思いますけども、多摩市では、メディカルケアステーションを使って、月に1回、患者さんの情報共有をしながら、何かあったらお願いできるような体制に、緩い副主治医制をとっております。ただ、結局その看取りになった場合に、また新規の先生が行く、そこでまた新たに初診扱いになるとかということになってしまうと、非常にややこしくなってしまうし、患者さんにとっても、最後の最後に非常に複雑な思いをさせてしまうのではないかなというふうに思います。ですので、ぜひ、先ほどもありましたけど、診療報酬とかをもう少しフレキシブルに対応していただけたら、もっと楽になるのではないかなというふうに考えております。ありがとうございました。

○数井座長 どうも先生、ありがとうございました。

では、最後になります。Eグループですから、稲城市ですね。よろしくお願いします。

○河原崎委員 よろしく申し上げます。

稲城市のほうでは、最初のアのところのデータの解釈でちょっと時間を使ってしまったんですが、アの資料からは、稲城市の方で、稲城市の訪問診療を受けている人が30%と。そこがほかの市に比べてかなり少ないなというお話になりました。

その原因としては、一つは、稲城市の方が、やはり稲城市内に受け皿がないので、神奈川であったり、あとは、北多摩南部のほうに入所される方がふえてしまう。要は流出のほうが多いというような状況があったり、あとは、稲城市内には老健、特養、特養が三つあるとかいうような状況もあって、訪問診療を受けない方がそういった意味では割合がちょっと多くなるというようなことが関係しているのかなと。

あとは、稲城市内で急性期医療を受けた後の、その後の行き先がリハビリできるような場所が稲城市内にちょっとないと、少ないということから、その段階で市外に流出されて、その後結局市外の施設に行っちゃったり、市外の訪問診療を受けるというような形で、要はなかなか戻ってこないという状況があるということで、近いうちに稲城市内に回復期リハの病院が建つということなので、そこら辺はもうちょっと市内で完結できる形ができ上がるんじゃないかという話し合いをしました。

あとは、今、稲城市内の65歳以上の方の10万人単位の訪問診療を受ける人の割合が少な目でありましたが、実際には65歳という、このカットオフがちょっとどうなのかなと。稲城市は、比較的どちらかという若いほうの市なので、実際に訪問診療を受ける方って多分80代、90代とか、そういった方が多いでしょうから、そういった方を母数にしてどのぐらい実際訪問診療を受けているのかという数字を出さないと、ちょっとなかなか解釈が難しいねというような話し合いをしました。

あとは、在宅診療を患者さんに紹介する際に、患者さん側の、もしくは患者さんの家族の反応としては、家で見るのは大変というようなイメージがあると。実際には、365日24時間見てくれる状況があるのに、やはりおうちで見るのは大変というようなイ

メッセージがあるので、そこを払拭するための何らかの市民に対する啓発が必要なんじゃないかということであったり、あと、急性期病院に入院してから在宅を紹介するというよりも、やはり、外来に来ている段階で、何らかの形で、本当にやっとのことで外来に来ている方もいらっしゃるし、そういった方の家での状況を見ると、老老介護だったり、認認介護だったり、そういった方がぎりぎり外来に来ている方もいらっしゃるでしょうから、そういった方を入院する前に何らかの形で地域包括とか、ケアマネさんと何か連携、つなげて、訪問診療においおいつなげるというような仕組みがあったらいいんじゃないかという話し合いをしました。以上です。

○数井座長 どうもありがとうございました。

それぞれ、南多摩圏域の中に所属するこの5市のグループの方たちに発表していただきまして、それぞれの市の状況というのが、それぞれ個性がありまして、それぞれの地域特性の中での状況がよくわかりましたよね。東京都のスタッフの方たち。

やっぱり、皆さんのお話をお聞きしていただきまして、やはり病院と開業医、あるいは診療所同士という連携とかつながりというのは、非常に毎回言われるキーワードですけど、それが非常に重要なんだけど、それをより深めていくには、まだまだ幾つかの障害がある、そういうものを何とか深めるための手段が必要ではないかというようなものがあるようなことを感じました。どうもありがとうございました。

それでは、これでグループワークは終わりました、私からは以上です。

続きまして、東京都から多職種連携のポータルサイトということについての情報提供がありますので、ちょっと東京都からのお話を聞いてください。よろしくお願ひします。

○東京都 よろしくお願ひいたします。少し時間が押しておりますので、申しわけございません。少し簡単でございますが、ご説明させていただきたいと思ひます。

この在宅療養ワーキンググループでも、ICTを活用した情報共有につきましては、課題としても各地域でおのおの異なるシステムを使っているというようなことから、業務が少し煩雑なんだよねと、あるいは、導入はしたんだけど、なかなか利用が進まないなといったご意見、課題等をいただいていたところでございます。そうした皆様のご意見を踏まえまして、今、医師会様と一緒に検討を進めておりますのは、この多職種連携ポータルサイトの取り組みでございます。

ちょっと具体的な仕組みのほうを簡単にスクリーンでご紹介させていただきます。

これは、機能が二つあるんですが、一つ目の機能としては、多職種連携タイムラインというふうになっているものでして、現在、地域で使われている多職種連携システムのこのA、B、Cというのがあるんですけど、これはいわゆるメディカルケアステーションとかカナミックとかというようなシステムだと考えていただければと思いますが、ご自分のアカウント上でこれらのシステム内で情報の更新があったときに、このタイムライン上にも情報が更新されるような形で反映されます。

更新された内容を確認したいというときには、クリックしていただくと自動的に各システムの患者さんのお部屋に移行されて、スムーズにその患者さんの情報にたどり着けるというような仕組みになっています。

こうした形で、例えば複数の地域と連携が必要になってくるような場合、例えば、病院さんですとかですと、後半にいろんな地域と連携していただく必要が出てくるかと思うんですが、ICTを活用して情報を取得するときに、こういったタイムラインの機能があれば、より簡便に情報を共有していただくことができるのではないかなというふうにご覧いただいているところでございます。

それから、二つ目の機能が、転院支援サイトというふうになっているものでございませ

て、こちらは、転院患者さんがいる転院元となる病院と、それから受け入れる側となる病院さん双方が患者さんの受け入れのマッチングを行うという仕組みでございます。

具体的な仕組みは、こちらでもスクリーンでご紹介させていただきますが、まず、この転院元の病院が受け入れの候補となる病院を検索して、そこでまた転院予定の患者情報をその受け入れ候補となる病院とシステムの中で共有をしていただくことができます。

検索結果から出てきたこの受け入れ側病院の中から、転院調整を行いたいなという病院に対してアプローチをするというふうな形です。そのアプローチに対して、受け入れ側の病院は、個別調整可ですよというような返答をこのシステムの中で転院元の病院に対して行うこともできます。また、受け入れ側の病院のほうも、候補として挙がってきた病院からも、直接転院元の病院のほうに調整ができますよというようなアプローチも可能というような仕組みにしております。

そうしたアプローチをし合って、それぞれ転院の詳細な条件などの個別調整を行いました後にマッチングが成立というような形の流れになります。

同じポータルサイトの中で、こうした転院のマッチングのシステムと、それから先ほど申し上げたタイムラインの機能、二つを設けることで、地域のシステム、それからポータルサイトのほうを地域の方々もそうですし、また病院の方々にもご活用いただきまして、ICTを活用した地域と病院の連携の充実というのを図ってまいりたいなというふうに考えているところです。

済みません。本当に簡単に、かけ足なご説明になりましたけれども、このポータルサイトを完成したときには、また改めて皆様にもきちんとご説明させていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○数井座長 どうもありがとうございました。また資料を読んで、ご理解していただければありがたいです。

では、質問はいいよね。どうせ出ないから。

では、最後になりますが、もう一度、東京都医師会より、本日のご講評をいただきたいと思いますが、土谷先生でいいんですか。西田先生、済みません。講評をお願いいたします。

○西田理事 皆さん、お疲れさまでした。本当に活発なご議論をありがとうございます。やはり、課題は共通したところも結構ありましたが、先日の区南部はやはり在宅医療資源はほとんど足りているという意見が非常に多かったですよ。ですけど、やはりきょうは、ある程度充足はしてきているけれども、やはりふやしていかなくはないというご意見が圧倒的に多かったと思います。

それから、私がすごく感じたのが、やはり一般診療所同士の連携システムの必要性を感じておられて、だけどそれが難しいよというところと、それから、入退院時の移行のための病院と診療所のドクター同士の連携と、そういったところを課題にしておられる市が多かった、グループが多かったかなと思います。

その診療所同士の連携、そして、メガクリニックということでよく言われていましたけれども、メガ診療所と一般診療所の連携体制、そこに、多摩市で出ていましたけれども、いろいろと法的なところで連携体制を組みにくいというご意見がございまして、そこはまさしく今、東京都医師会で模索しているところでございます。何か各市区町村の現状に合わせた連携システムをつくるための大枠の何か指針みたいなものをお示しできることができれば、本当に東京都医師会としては非常にいい仕事になるんじゃないかなと思って、腐心しております。

そんな現状でございます。きょうは、本当にいろんなご議論をありがとうございます。

た。また、こういった内容をぜひ続編を各市区町村に戻ってから、十分に詰めていただければよろしいかと思えます。本日はありがとうございます。

○数井座長 西田先生、担当理事として本当にご苦労さまです。よろしくお願ひします。

では、安藤先生もちょっと30秒だけお願ひします。

○安藤委員 好き勝手なお話で。きょうはどうも本当にありがとうございました。私も今、八王子医師会の理事もさせていただいておりますし、東京都医師会の参与もさせていただいております。

やはり、国の大きな政策となると思うんですけど、一つは地域医療構想、一つは地域包括ケアですけれども、それがやっぱり最終的な目標としては、在宅をきちっとやっていくことではないかということで、この会は非常に重要だと思っています。

一方、病院を取り巻く環境というのは、これは本当に日に日に厳しくなっていると思えます。一つは診療報酬の影響で、本当に急性期においては、重症度、医療・看護必要度というハードルがどんどん上がってきていますし、また、多分診療報酬は次回の改定では、回復期、あるいは地域包括ケア病棟においても、なんちゃってパターンに関しては非常に厳しいものが出てくる。地域包括ケア病棟においても、自分の急性期病院のためだけにある地ケア病棟の点数は減ってきて、やっぱり地域からの受け皿というところが評価されてくるのではないかと。

あともう一つ、慢性期においても、これは本当に医療区分というものが厳しくなっていて、本当に昔の老人病院のようなものではいけなくて、やはりきちんとした治療を行うような慢性期病棟というものが評価されていくということをございまして、確実に病院の数、ベッド数が減ってくると思えます。東京においても。やっぱり病院としても、在宅をきちっとやっていくということが大きなキーポイントになるのではないかと思っています。

あと、連携に関しては、八王子なんかでは、数井先生が中心にまごころネットとやっておりますけれども、今後は、中小民間病院なんかで電カルも半分ぐらいしか入っていないので、私が思うには、電子カルテとかITに関しては、もう国が全部無料で配布をしようぐらいの気持ちがないとできないと思うんです。というのは、介護保険が導入されたときには、介護保険のソフトを無料で配ったんですね。そうしたことによって、大分進んできたということがあるので、そこら辺までしないといけないのではないかと思っています。

あとは、打ち込みが大変だとか、そういうことに関しては、音声入力とか、そういうふうなことをきちっとできるようにしていくということが大事なんじゃないかなと思っています。

先ほど、診療報酬の件がありましたけれども、やっぱり連携をしているところに関しては、ちゃんとしたグループ補助金のようなものをきちっと出していくということがやっぱり大事なんじゃないかなと思っています。結構、やはり前の・・・たろ先生なんかもこれからはやっぱり連携をする中で、高齢者の救急、慢性期の救急に関してきちっと評価をしていこうという流れも出てきています。

あと、また介護施設においても、特養なんかにおいては、やっぱり配置の問題というのが非常にクローズアップされていて、やはり、もっともっと訪問診療の先生方が入っていくような流れが今後必要じゃないかということが大きな流れになっています。

あと、東京都さんのほうにお願いなんですけれども、これは東京都病院協会の慢性期医療委員会でも、東京都の場合は、例えば、介護医療院といって住まいの機能と、それから医療が提供できるというのができたんですけど、病棟をつくるときに、根抵当の抵

当を外さなきゃいけないと思いますね。非常に厳しいルールがあると。これは、医療だけではなくて、都全体のさまざまなことをやることにおいても、そういうふうな共通ルールがあるので、これは何か大変だという、財務系のルールがあるので、それが医療なんかにも行っちゃっているんで、それを何とか除外しながら、東京の場合は介護療養型医療施設がいっぱいありますから、早く転換をするということで。国のほうもすごく心配していて、東京のローカルルールのために、介護医療院が遅れるというのはちょっとそれは寂しいねということがあるので、そういうところもぜひとも前向きに検討していただきながら、やっていければなど、そういうふうに思っております。

それにしても、これからは本当に在宅の時代になるのは間違いないので、ぜひ皆さんで力を合わせて、頑張っていきましょう。

そういうことで、何を言っているかわからなくなりましたが、よろしく願います。以上です。

○数井座長 安藤先生、演説ありがとうございました。

では、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返しします。

○久村地域医療担当課長 本日、長時間にわたりまして、ご議論、あるいはさまざまなご意見をいただきまして、ありがとうございました。

冒頭からお話が出ておりますが、今回の議論の内容につきましては、外来医療計画のほうに記載をさせていただくと。それから、来年度、保健医療計画の在宅療養の部分の見直しの時期に当たりますので、こちらの見直しの検討の際にも参考にさせていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

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させていただきます。改めまして、本日はまことにありがとうございました。