

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（区南部）

日 時：令和元年10月31日（木曜日）19時00分～20時37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、定刻でございますので、ただいまより区南部医療圏の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、こちらを開催させていただきます。

本日は、お忙しい中ご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

私、東京都福祉保健局地域医療担当課長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、次第の下段の配布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までをご用意しております。

資料につきまして、落丁等万が一ございましたら、恐れ入りますが、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、会議録、それから会議資料につきましては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、まず東京都医師会、それから東京都より開会の挨拶を申し上げます。

まず、東京都医師会理事の西田先生、お願いいたします。

○西田理事 皆さん、こんばんは。医療介護福祉担当理事、西田と申します。きょうは、本当に遅い時間、お集まりをいただきましてありがとうございます。

ことしは、これは3年目に入るわけですが、今まで病診連携ですとか、入退院時支援、そういったところに焦点を当ててきました。ことしは、地域医療構想調整会議のほうから、外来医療計画というのが出されまして、これ、例えば地方の医療過疎、そういったところでは非常に有効なものなのかもしれませんが、東京都の外来医師多数区域というところに分類される地域におきましては、これをどういうふうにかみ砕いてこなしていくのかという、非常に大きな課題があるところですが、まず、これについての情報提供が東京都のほうからございます。

したがって、その後のディスカッションも今年度は在宅医療、在宅療養の地域資源に絞った議論をしていただきたいというふうに考えております。

なかなかこの場だけの議論で、何が出るかということではないんですけども、これを毎年繰り返していくことで、よりよい地域医療を目指したいと思っております。

本日は、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。

続きまして、東京都より医療改革推進担当部長の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、こんばんは。東京都の医療改革推進担当部長をしております田中と申します。本日は、お忙しい中、お集まりいただきまして、本当にありがとうございます。

また、きょう、ハロウィンということで、先生、皆様、渋谷をもしかして通っていら

した方、巻き込まれなかったでしょうかという感じなんですけれども。

今、西田先生のほうからもお話がありましたように、このワーキンググループ、去年は病院と地域の連携ということで、入退院時の連携ですとか、なかなか病院から在宅に患者さんが帰ってくるときに、主治医に帰ってこない問題ですとか、情報の共有をどういうふうに進めていったらいいかというようなことを主にディスカッションをしていたかと思えます。

ことは、今もお話がありましたように、本当に在宅療養にテーマを絞りまして、特に、基本的に在宅は区市町村単位ですので、それぞれの区市町村ごとのデータもお示しをし、ただ、データだけでは見えてこないような部分については、皆様の本当に日ごろ感じていらっしゃるところを、ぜひディスカッションしていただいて、ご意見をいただければと思っております。

外来医療計画の説明も、後ほどさせていただきますけれども、その計画の中に、本日いただいた意見も反映をさせていきたいと思っておりますので、ぜひ活発なご意見をいただければと思っております。

また、外来医療計画に限らず、本日いただいたご意見は、今後、東京都の在宅療養の施策に生かしてい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。

- 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します。本ワーキンググループの座長、ナグモ医院院長の南雲先生にお願いしております。

では、南雲先生、一言お願いいたします。

- 南雲座長 去年に引き続きまして、座長を務めます南雲でございます。どうぞよろしくお願い致します。

- 久村地域医療担当課長 ありがとうございます。

では、以後の進行を南雲先生にお願いいたします。

- 南雲座長 早速議事に入りたいと思いますが、今年度は、今、ご説明がたくさんありましたが、「在宅療養に関する地域の状況」をテーマに、まず地域の現状を共有して、今後増加する訪問診療の需要にどう対応していくかと。ご存じのように、皆さん、病院の病床がこれから減っていく、高齢者は2040年までは減らずに多いまま推移するであろうということで、国は既に2040年以降の高齢者が減少していくのにどうするかという話が出ていますが、我々はまだこれから20年間の高齢者がふえる、そして当然、亡くなる方もふえるのに病床が減って、場合によっては病院の数も減るので、どうするかということを求められているわけですね。

当然、在宅でたくさん診てくださいという、そういう背景の中で、今ある資源を評価し、かつ今後のそういう対策に対して、どのように資源をふやすとか、充実するとか、いや、質を上げるんだとか、そういうようなご意見をいただきたいというふうに考えております。

本日は、A・B・Cエリアごとに分けさせていただきました。エリアで大分事情が違うので、本当はもっと細かいエリアのほうがいいのかもしれませんが、蒲田と大森、調布とそれから品川区医師会と荏原医師会というふうに三つに分けさせていただきました。

それぞれ地域の実情を共有していただいて、ご検討いただければと思えます。

それでは、東京都より議事について、説明をお願いします。

- 東京都（中島） 東京都福祉保健局医療政策部の中島と申します。

それでは、私からは資料2から6、それからお配りしております参考資料につきまして、ご説明をさせていただきます。

それでは、お手数ですが資料の2をお開きください。今年度の在宅療養ワーキンググ

ループの目的についてでございます。

まず、訪問診療につきましては、今後も高齢化の進展に伴いまして、増加する見込みとなっております。都におきましても保健医療計画で2013年の訪問診療の実績と比較して、2025年の必要量というのが、およそ1.5倍となるというふうに見込んでおります。

このような将来の訪問診療の需要増に、地域で対応していくためには、在宅療養に関する、きょうもお配りしますが、地域ごとのデータを地域の中で共有していただきますとともに、実際の現場の中で日々皆様がお感じになっている訪問診療に関する資源の充足状況といったものも踏まえまして、今後どのように取り組んでいくべきか、地域の中で検討していくということが重要と考えております。

そこで、今年度のワーキンググループでは「在宅療養に関する地域の状況」というのをテーマに意見交換を行いまして、訪問診療に関する資源の地域の充足状況について意見交換を行うとともに、将来、増加する訪問診療の需要に、どのように対応していくべきかを皆さんと検討させていただきたいと考えております。

資料2の中の1の今年度の意見交換の内容をごらんください。

改めまして、今回、議題につきましては二つございまして、一つが、先ほど申し上げました、(1)の「在宅療養に関する地域の状況」についての意見交換で、もう一つが、情報提供となりますけれども、(2)の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、こちらにつきましてご紹介させていただくという構成でございます。

まずは、(1)のほうをごらんください。意見交換のポイントを(ア)、(イ)、(ウ)の3点で設定しております。

まず最初に、地域の中の在宅療養に関する資源の状況につきまして、後ほどご紹介させていただきますが、資料5、資料6といったデータをごらんいただきながら、実際の在宅療養の現場で日ごろお感じていらっしゃる充足状況というのを訪問診療、在宅療養に関する資源を中心に意見交換を行っていただきます。

きょう、お越しいただいています看護師の方や、それからケアマネジャーの方など、多職種のメンバーの方からは、そういった多職種の立場からの視点で見た充足状況といったところをお話をいただければというふうに考えております。

次に、話し合った内容を踏まえまして、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をご議論いただきたいと思います。

それから、(ウ)のところですが、最後にこれはあればなんですけれども、例えば区南部圏域全体で見て、圏域の特徴であったりとか、あるいは課題といったものがあるというふうにお感じいただいているということであれば、その場で意見交換、区南部圏域全体の部分に関しまして、意見交換をいただくという形で記載しております。

それから、(2)につきましては、情報提供としてグループワークが終わった後に、都のほうからご紹介させていただきますけれども、都が今、取り組んでいるポータルサイトというICTの活用した情報共有の取り組みにつきまして、ご紹介させていただきたいと考えています。

続いて、意見交換の方法でございます。今回、在宅療養に関する資源の状況について意見交換を行うということで、我々どものほうで、各区市町村ごとにグループを編成させていただきます。

各団体からご参加いただいております方につきましても、できる限りご所属の事業所の所在地の区にお座りいただくというふうな形にさせていただきます。

ただ、その場合、どうしてもグループの人数に偏りが出てきてしまうということもございますので、申しわけないんですが、事業所の所在地じゃないなというところの区にお座りいただいている方もいらっしゃると思うんですけれども、よろしければ、ご自身がお隣の区でお仕事をされている中で日ごろお感じになっている、その区の現状ですとか、充足状況といったところをお話をいただければ幸いです。

続いて、グループワークの流れにつきましては、資料2をおめくりいただきまして、裏面のほうになります。

4に記載しておりますとおりでありますが、グループワークの時間を45分間、その後、各グループより、今回、三つのグループがございまして、3分程度で発表していただくという流れになります。

おめくりいただいて、資料の3についてご説明させていただきます。

こちらは、グループワークの流れをさらに詳細に説明したものになりますけれども、まず、グループワークが開始いたしましたら、進行役と書記、発表役をお決めいただきます。

続いて、進行役の方が中心となっていただいて、参加者の方が全員できる限りご発言いただけるように意見交換を進めていただければと思います。

書記になられた方は、出た意見を机の上に用意しておりますA4の紙にペンで記録していただきたいと思います。

それから、区市町村ごとの意見交換をいただくときの(1)②というのがありますけれども、この意見交換の流れのところの(1)の②をごらんいただければと思うんですが、地域の先ほど申し上げたように、在宅療養に関する資源の状況で話し合いをしていただいた後に、増加する訪問診療の需要に対応していくために、地域で取り組むべきことというのはどういったものがあるかというのの意見交換を行っていただく形ですけれども、そのときの意見交換の内容といたしますか、そういったものを事務局案としまして、この資料の下段のほうに意見交換の例というようなのも載せてございますので、あわせて参考までにごらんいただければと思います。

続いて、本日のグループワークで参考にしていただきたいデータとしまして、次の資料をおめくりいただきまして、資料4から資料5、それから6をご用意しております。

まず、資料4なんですけれども、2025年における在宅医療のサービス必要量というものを記載したものでございます。この資料は、平成29年度の在宅医療ワーキンググループでも一緒に行いました協議の場というところでも提示させていただいたものではございますけれども、このデータにつきまして簡単にご説明させていただくと、まず、2013年の患者さんの住所地ベースの訪問診療の実績が一番左の列にございまして、合計で9万6,712人とございます。

その隣の一番右端の列のものが訪問診療の2025年の必要量というふうになっております。

都全体で訪問診療2025年の必要量は、一番右下の14万3,429人となっております。2013年の訪問診療の実績が先ほど申し上げた9万7,000人ですので、おおむね1.5倍の必要量の増加というふうになっているところです。

今回の将来増加する訪問診療の需要に対応していくために、どのように取り組んでいくべきかというところをご検討いただくに当たりまして、今後、区市町村ごとにどれぐらい訪問診療の需要が伸びるのかというところの参考にしていただければと思います。

続いて、おめくりいただきまして資料の5です。

受療動向のデータでもおつけしております。この数値は、平成28年度の在宅患者訪

問診療量のレセプト枚数で、国保分と後期高齢の分が含まれた全体の数値というふうになっております。

簡単に、この資料の見方をご紹介させていただきますと、例えば上段の品川区につきましては、患者住所地ベースというのがありますが、そこが品川区の患者さんが品川区の医療機関から診療を受けた数が1万4,702件、品川区にお住まいの患者さんが大田区から診療を受けた数が5,131件と、それから、下の医療機関所在地ベースのほうをごらんいただくと、例えば品川区の医療機関が大田区の患者さんを訪問診療した数が2,884件というようなことがわかる資料となっております。

区市町村ごとに、どの区市から、あるいは圏域から訪問診療を受けているのかといったことが、また、どの区市の、あるいは圏域の患者を診ているのかといったことがわかる形となっております。

また、この資料をおめくりいただきまして、下段のところに圏域ごとの動向も記載しておりますので、圏域ごとの特徴などを意見交換するという際に参考にさせていただければと思います。

それから、資料の6です。1枚目の在支診、それから在診療の数、それから次のページが訪問診療、実際に実施していただいている診療所数といった形で、それぞれまとめてございます。

すみません、ちょっと説明が飛んでしまったんですが、訪問診療の先ほどごらんいただいた受療動向のデータにつきましては、昨年度も同じデータをお渡ししております、そこから恐縮ですが、厚労省からのデータがまだ来ていないところもありまして、データの更新ができていないところがございます。申しわけありません。

ただ、資料6につきましては、このデータは昨年お渡ししたデータから時点の更新をさせていただいておりますので、よろしく願いいたします。

また、圏域ごとの集計データも右側に追加で新しく記載しておりますので、またご確認をいただければと思います。

それから、参考資料の1が次になりますけども、昨年度のワーキンググループの開催結果についてまとめてございますのと、それから参考資料の2が次の資料になりますが、圏域ごとの意見交換内容をまとめさせていただいたものになりますので、また後ほどごらんをいただければと思います。

私からの説明は以上になります。

では、この後、保健医療計画のほうからご説明させていただきます。

○東京都（橋本） 続きまして、資料7のご説明をさせていただきます。私、東京都福祉保健局医療政策部の橋本と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

ここにおきましては、少々お時間頂戴いたしまして、今年度、東京都におきまして策定しております、外来医療計画について簡単にご説明させていただければと思います。

まず、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ところで、今回の外来医療計画の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を追加することとされました。

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す、平成30年3月改定の現行の東京都保健医療計画、こちらに追補するものといった位置づけになります。

また、計画期間につきましては、今年度中に計画を策定いたしまして、来年、令和2

年度から4年間を最初の計画期間とすることとされております。

下に移りまして、外来医師偏在指標等の設定についてというところに移らせていただきます。この外来医師偏在指標ですけれども、こちらは外来医師偏在指標というのは、この手法は医師の性別、年齢分布及び患者の流出入等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定される指標でございます。

こちらの指標は、厚労省のほうで指標を全国の全二次医療圏ごとに算出し、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、こちらが全国335の圏域がございますが、その中で上位33.3%に該当する二次医療圏、こちらを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。

国のこの外来医師多数区域と設定する趣旨といたしましては、この外来医師多数区域であるといったことを新規開業者に情報提供を行うことで、既にその地域には診療所が過当競争のような状態にあると判断した上で、新規開業者が別の、まだそういった競争がそこまで激しくないような場所に開業してみようといった行動変容を促して、その結果、診療所の偏在是正につなげていきたいといった目的としております。

ですので、国といたしましても、開業の自由は保障しているのであり、開業を制限するものや、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、下に移りまして、記載事項に移らせていただきます。

記載事項の国が求める記載事項と、中でも外来医療機能の偏在不足等への対応という四角で囲んだところがございます。その下に、さらにひし形で三つの項目をお示ししているところでございます。

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ところが示されておりまして、その下に四つの項目が例示されております。

まず、一つ目が、夜間休日の初期救急、二つ目が、在宅医療、三つ目が、学校医・産業医・予防接種等に係る公衆衛生関係、四つ目が、その他となっております。これらの状況について、地域ごとに記載していくことと国の策定ガイドライン上、なっております。

そこで、今回、こちらの在宅療養ワーキングの理事でございます。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たご意見、こちらを今回の外来医療計画の中でも盛り込ませていただ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、このいただいたご意見、どのような形で計画の中に反映されるのかというところになります。

次に、資料の7-2をごらんいただければと思います。

こちらが現在、私どもで策定を進めております外来医療計画の素案となりまして、まず、こちらの21ページを少しごらんいただけますでしょうか。

この21ページからは、表紙になっておりますが、ここから各二次医療圏ごとに記載していく項目となっております。その中で、次に、29ページのほうをお進みいただけますでしょうか。

こちらは、区中央部の部分にはなるんですけれども、こういった今はこの29ページ、ただの丸が並んでいるだけのページになっておりますが、ここで今回、在宅療養ワーキングと、地域医療構想調整会議におきまして、いただきましたご意見をまとめ圏域ごとにこの外来医療計画の中に書き込ませていただきたいというふうに考えているところでございます。

簡単ではございますが、説明は以上とさせていただきます。

○南雲座長 ありがとうございます。

今の東京都からの説明について、何かご質問のある方いらっしゃいますか、小山先生、どうぞ。

○小山委員 大田区病院代表、蒲田医師会の東京蒲田病院の小山と申します。

最後の外来医療計画の策定についての中の、外来医師偏在指数等の設定についてに関してですけれども、これは確認なんですけども、診療所の医師の数ということによろしいですか、病院は入らない。

○東京都（橋本） はい。

○小山委員 もう一つ質問なんですけど、その診療所の場合の標榜科はどのようなことを想定されていますでしょうか。

○東京都（橋本） 特に全体ですね、特に標榜科に……

○小山委員 例えば内科とか、外科とか。

○東京都（橋本） それは全部含めて。

○小山委員 あるいは皮膚科単科、眼科単科、それも全て含めるという解釈でよろしいでしょうか。

○東京都（橋本） 含めるというところでございます。

○小山委員 ありがとうございます。

○南雲座長 ほかにはご質問、よろしいですか。

高野先生、どうぞ。

○高野委員 東京都病院協会代表の高野と申します。

確認ですけれども、在宅の患者さんの対象は、あくまでも高齢者だけですか。小児、あるいは、精神の在宅など、そここのところを確認、お願いします。

○東京都（中島） 今回は、特段、高齢者の方のとか、あるいは小児の方というふうに限定してはおりませんので、幅広くご意見いただければと思っております。意見交換をしていただければと思います。

○南雲座長 ほかには、よろしいでしょうか。

それでは、早速、グループワークに入りたいと思っておりますので、どうぞ、グループごとにお始めください。よろしくをお願いします。

（グループワーク）

○南雲座長 皆様、お疲れさまでした。

それでは、議論の結果をグループごとにご発表いただきます。各グループ、3分となります。議題は、在宅療養に関する地域の状況ということで、まず、訪問診療について、あるいは在宅療養を実施するに当たって、今の状況がどうで、今後、病院の病床が減る、あるいは亡くなる方がふえるということを前提に、どうしたらその不足を解決できるかというようなお話について、ご発表いただきます。

まず、Aグループからお願いいたします。

○橋爪委員 いつもお世話になっております。Aグループの発表をさせていただきます。病院の地域医療連携部門の担当の大田区の東京蒲田病院の地域医療連携室の主任で、ソーシャルワーカーもしております、橋爪と申します。よろしくをお願いします。

Aグループはすごく活発なグループワークだったかと思うんですけど、私のちょっと至らない発表で、もしかしたら意図が伝わらないときは、南雲先生、補助をお願いします。

大田区のほうで、今、訪問診療のほうデータを見た上でも、訪問診療は充足している

んではないかという、やっぱりお話が出ているんですけれども、今、大田区のほうは専門で訪問診療をやっているクリニックが多いのと、あとはかかりつけ、もともと医師会に所属されている先生方が訪問診療をやられているという、大体二つのパターンがあるという中で、今後、2025年に高齢者の方々がふえていくに当たって、やはりその対策はどうするかということになると、専門の訪問診療は新規で、あと二つから三つぐらいはふえていただかないと困るという数字と。

あとは、医師会の先生方やかかりつけの先生方が、あと5名ぐらい患者様を訪問診療で診ていただければ、大体、あと大田区では1,500人ぐらいの訪問診療難民が出ると考えられている数字に少し追いついていくんじゃないかというふうに話し合いの中では出ていました。

ただ、訪問診療の中でも先生方の質の話が出てまいりまして、現状、大きなトラブルにはなっていないんですけれども、やはりコミュニケーションスキルが先生方には必要じゃないかということで、本人さんや家族さんの満足度が高いというコミュニケーションスキルをお持ちの先生方は、やはりもともと長くかかっておられるかかりつけの先生とかがトラブルが少なく、その先生方に数名だけでも訪問診療を診ていただけたらいいんじゃないかということなんですけども。

やはり、先生方も夜間の対応とか、土日祝とか、学会のときの対応とかの、そういった休みたいときとか、どうしても休まざるを得ないときの、対応するシステムづくりは、つくっていかないと、先生方も手挙げをしていただけないんじゃないかと。

あとは、先生方のサポートをするに当たって、大田区のほうは訪問の任用看護をしていただける訪問看護ステーションがちょっと少ないんじゃないかと意見が出ています。

土日祝とか、夜間帯を対応してくれる訪看さんが少なく感じていらっしゃる先生方も多くて、そうすると訪問の先生方のご負担がふえる。

例えば、点滴が毎日必要な患者さんがいるのに、土日、訪看さんが対応していただけないので、先生方の看護師さんが土日休日を返上して、点滴にわざわざ行っていただくというような状況で、先生方もあんまりスタッフさんにそんなには言えないので、手挙げができない状況を今後どうしていくかというのを考えていかなければいけないんじゃないかという意見は出ています。

訪問看護師さんは、数も足りない、やっていただけるようなスキルも足りない。あと、時間外の対応もできていないというところが問題点としては出てきているので、その体制づくりを区や国や都のほうで、どうやって対応していくかというのは、今後、考えていかなければいけないんじゃないかということの話でのよろしいですか、先生。

以上です。よろしく、ありがとうございました。

○南雲座長 橋爪さん、ありがとうございました。

それでは、続いて、Bグループのご発表をお願いいたします。

○荻野委員 Bグループの薬剤師会代表、荻野です。よろしく申し上げます。Aグループと重なることは割愛させていただきます。

まず、Bグループは、大田区と品川区の地域特性の現状を把握しました。大田区では、在宅クリニックが充実し、品川区では、一般のクリニックが充足しているということが把握することができます。

また、大田区では神奈川県と協会がございまして、川崎、あるいは世田谷、いろんな地域が来るので、情報を集約することが困難であることがわかりました。

そんな中で、対応策としましては……

ごめんなさい、これは関係なくて、続きまして、現状ですけど、訪看さん、先ほども



出ましたけど、看護不足。その対応策としては、処遇問題、給料等、改善すれば、あるいは人材の共有化して補充していくのではないかという話が出ました。

続きまして、私、ちょうど薬局薬剤師なので、薬局の現状、あるいは2025年に向けての対策を話し合いました。現状としましては、薬局、世の中的には1万5,000件と言われてはいますが、1割程度の薬局しか在宅が実施できないということをお話させていただきまして、1薬局でも多くできるように、今、トレーニング、無菌調剤だったりとか、実際にベテランの薬剤師と訪問することによってトレーニングし、実施しておるといった対応策を述べさせていただきました。

また、マンパワーが足りなくなりますので、今後、ICT、そして医療機器、服薬支援機なんかを使って実際に貢献していけるようにという対策もございます。

当グループでは、保険者の方もいらっしゃるというので、フォーミュラリー、非専門の先生たちが標準的な治療をし、安全性、有効性、合理性の治療をし、啓蒙していく重要性を対応策としてお話がございました。

続いて、病院の先生では、現在、病院短期退院というのが、もう三、四日で帰ってきってしまうという現状がありまして、またすぐ同じ誤嚥性で戻ると、そういった中で、すぐ戻すのではなく、退院前のリハビリだったりとか、あるいは栄養指導、しっかりと退院しても在宅が継続できるようなトレーニングをしてから出してほしいという対応策の話が出ました。

B班のまとめとしましては、処方医の先生を中心に、チーム、地域を巻き込んでその患者さんをしっかりオーダーメイド医療で見届けて、患者さんの希望のみとりまでやっていくという話になりました。

以上です。

○南雲座長 ありがとうございます。

続きまして、Cグループのご発表、お願いいたします。

○中川委員 Cグループ、発表のほうですが、私、品川リハビリテーション病院、地域医療の担当の相談員の中川と申します。よろしくお願いいたします。

こちらCグループのほうで、品川区なんですけれども、まずこちらのデータのほうなんですけど、在宅療養支援病院、こちらが品川区がゼロとなっております、ちょっと中間的な機能が不足しているのかなというところが、まず挙げられました。

支援診療所のほうは、平均的でございますというところなんです。こちら数としてはゼロなんですけど、不足感というところでは、特にはないのかなというところがございます。

こちら、資源の充足状況、不足は感じてはおりませんが、ちょっとこちらの内容として、例えば病院から在宅に戻られたときに、やはり医療依存度の高い方ですとか、独居の方、こういった方がそもそもやはり在宅で引き続き医療を継続するというところの難しさを感じているというところがございます。

品川区としては、やはりなかなか独居の方が地域に戻るのが難しい状況であったりとか、訪問診療で長く続けられないという方が家ではなくて、施設に入るところが多いのが現実的ではあるのかなというところがございます。

ただ、増加する、やはり訪問診療への需要というところで、どうしても医療依存度の高い方が在宅に戻らなければいけない状況というのはやはりふえているというところで、その対応策として診療所のほうで、例えば休日、夜間のほうの対応と一緒にような形で、医師会のほうでバックアップできるような体制がとれるといいのかなというところ、お話が出ました。

なかなか、やはり在宅の大変さというか、限界というところがある中で、そういった

バックアップの体制がとれることで、在宅の先生方とチームで対応できていけるといいのかなというところでお話が出ました。

また、大きい救急病院が在宅療養病院として、こちらが連携をとりながら、対応していくことで在宅療養というところで体制がとれていくといいのかなというところがございます。

以上でございます。先生、何か追加あれば、よろしくお願ひいたします。

○南雲座長 ありがとうございます。

本当に、どこも問題だらけというところはあるかもしれませんが、在宅療養とか、医療は病院のような医療はできるはずがないので、そこをまず、ご家族や皆さん、ご本人も含めて、ご理解いただかないと、なかなかそんな大したことができるはずはないというところをご理解いただかないといけないし、誤嚥性肺炎も私もいるんですけど、施設で診ている人が、ほとんど毎月、これは生きていけない体なんですよね。リハビリなんかできないですよ、きっと。

僕の患者さんで神経難病の人で一人食道分離術といって、もうしゃべれなくなるんですけど、気管と食道は全く分離した人がいて、その人は毎月、誤嚥性肺炎を繰り返したんですが、ご家族の強い要望で、そういう手術をしましたら、もう2年、肺炎は1回も起きません。

だから、人間は不完全な生物なんです。のどが分かれば誤嚥性肺炎は起きないというところで、非常に安定していますが、そういったことも含めて、地域ごとの問題が最重要の問題から解決していただくと。

医師会でサポートは、うちの医師会は僕、10年以上在宅の支援を、全く何もできていません。本当にお恥ずかしい、一緒にやろうという人がいないのですよ。力不足で本当に申しわけない。品川なんかはね、会員の先生方が協力し合って、誰もやらないから医師会で受けるというような話もあるし、鈴木先生みたいにがん専門みたいに、がんの患者さんをたくさん診ている先生もいるし。

いろんな地域でいろいろみんな頑張っていると思うんですが、問題を共有して、次の困難に向かって何か解決策をこの会を重ねてやっていきたいと、生み出したいというところが東京都の願いだと思います、すみません。

それでは、続いて東京都から、「多職種連携ポータルサイト（仮称）」というものについて、ご説明がございました。

○東京都（中島） それでは、よろしくお願ひいたします。最後になりますが、参考資料の3、皆さん、お手元にご用意いただけますでしょうか。

東京都多職種連携ポータルサイト（仮称）とありますが、概要という資料になっております。そもそも東京都多職種連携ポータルサイトのこの取り組みにつきましてですけれども、もともと在宅医療ワーキンググループでもそうですけれども、こちらのワーキンググループの親会である地域医療構想調整会議などでも、在宅療養中の患者さんのICTを活用した情報共有に当たりまして、地域ごとで使っているシステムが異なっているというようなことから、業務が両方のシステムを使わなきゃいけないというときに、業務が煩雑になるといったような課題ですとか、それからなかなか導入はしたんですけども、地域でなかなか利用が進まないんだよねというような課題やご意見、さまざまこちらの在宅療養ワーキングでもいただいていたところがございます。

そうした調整会議ですとか、この在宅療養ワーキングでいただいたご意見を踏まえまして、現在、東京都医師会様とも一緒に検討を進めておりますのが、この東京都多職種連携ポータルサイト、こちらの取り組みでございます。

このサイトでは、地域で運用されているシステムの違いにかかわらず、円滑に患者さんの情報にアクセスできるということで、地域や病院さんとの連携、病院間の連携といったものに活用するというところで、そういった目的でシステムを構築しているところがございます。二つの機能を持たせる予定でございます。

早速なんですけど、ちょっとスライドといいますけど、スクリーンのほうをご紹介させていただくんですけども、こちらの真ん中の大きな四角なんですけど、こちらが都がつくるシステムでございます。

現在、地域で使われている多職種連携システムが右側のほうにA・B・Cというのがありますけども、これがいわゆるMCS、メディカルケアステーションです。あるいはカナミックということも指しているんですけども、自分のアカウント上で、これらのシステムの中で情報の更新があったときに、都がつくるタイムライン上にも更新が反映されるという仕組みになっています。

更新された内容を確認したいなというときは、ユーザーの方がタイムライン上でこうやってクリックをしますと、自動的に各システムの患者さんの部屋に移行して、スムーズに患者情報にたどり着けるという形です。

また、その下のところに、その他の機能としてはタイムライン②というのがあるんですけども、こちらのほうでは在宅療養にかかる関係団体の、今、お越しいただいている団体様のほうのお知らせだとかといったものを表示できるような仕組みも考えているところがございます。

また、二つ目の機能でございますけれども、転院支援サイトというものでございます。すみません、まず紙のほうの資料をごらんいただければと思います。

1枚おめくりいただきまして、転院支援サイト（仮称）のところをごらんいただきたいんですが、転院患者さんのいる病院、転院元の病院と呼んでいますが、その病院と受け入れ側となる病院のこの二つの病院双方が転院元に関しては受け入れ可能ですかというアプローチ、それから、受け入れる側となる病院からはその患者さんを受け入れられますよといったような、双方からのアプローチが、このシステム上でできると、そういった機能を持った患者さんのマッチングというものをを行う機能でございます。

すみません、また具体的な仕組みにつきましては、スクリーンをごらんいただきたいんですけども。

まず、転院患者さんのいる転院元の病院のほうから、受入候補になる病院を検索して、転院予定の患者さんの情報をシステムの中で共有をします。検索結果から、転院調整をしたいなと思った病院にアプローチができます。一つだけじゃなくて、複数同時にアプローチ可能となっています、システムの中で。

このアプローチに対して、受入側の病院さんがシステムの中で、この患者さんは個別調整可能ですよという内容の返答をシステムの中から行うことができます。

また、先ほど②の転院予定の患者さんの情報共有した情報をもとに、受入病院からも転院元病院へアプローチも可能といったような仕組みになっています。

その後、それぞれ転院の詳細な条件だとか、そういったものを個別調整を行っていただきまして、マッチング成立といったような流れになります。

同じこのポータルサイトの中で、転院支援サイト、それから各システムのタイムラインで個人情報を確認できる多職種連携タイムライン、この二つの機能を設けることで、双方の機能の利用促進を図ってまいりたいと考えているところがございます。

すみません、駆け足のご説明になりましたけども、ポータルサイトが完成しましたときには、また改めて皆様にご説明させていただく機会を設けたいと考えておりますので、

ぜひよろしくお願いいたします。

○南雲座長 今のご説明について、ご質問のある方いらっしゃいますか。

それでは、最後に、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。

西田先生、よろしくお願いいたします。

○西田理事 よろしく申し上げます。

本日、活発なご議論ありがとうございました。

ちょっと振り返ってみます。3グループから共通して出た内容としては、およそ在宅医療資源は充足しているということですね。

それから、あとは、やはり休日夜間等のバックアップ体制を医師会に望む声がございます。

それと、訪看の質の担保ということ、この3点は、共通していたのかなという気がします。

南雲先生がさっきおっしゃっていたように、医師会で在宅医療の例えば24時間バックアップというのは、非常に壁がございまして、なかなかうまくいかない、南雲先生も相当苦勞されて、私も自分の地域で苦勞しているわけですが、なかなか遅々として進まない現状がございまして。

それ以外に、チームごとの意見として、とりあえず取り上げておきたいのが、薬局の在宅への進出、活躍ですね。かかりつけ薬局薬剤師の話が今、クローズアップされておりますが、なかなかケアマネジャーのほうで重要性を感じていないということもございまして、まず、薬局が意識の高い薬剤師の方と管理者が別のところが圧倒的に多いといったような、そういう仕組みの問題もあるんだと思うんですね。

先ほど、ちょっと無菌室のことをおっしゃっておられたんですけども、実際のところ、在宅医療において、無菌室を必要とすることはそれほどないんですね。抗がん剤とか、別かかもしれませんが、通常のIVですとか、PCAポンプの話なんていうのは、別に無菌室も何も必要ないので、そこは余り利用とせずです、ぜひどしどしと地域のほうに出ただけであればと思います。

それから、あと、在宅医の質ですね。ここも、とても大事なところで、ベテランの先生、若い先生、ごちゃ混ぜですから、それはもう質が下がるのはしょうがないことなんですけども。

やはり、一つの方法として、地区ごとに医師会が主体になって在宅医の先生たちが集まって話をできる、あるいは情報交換できるような場が、板橋は随分前からやっているんですけども、そういった機会を、ぜひぜひ地区医師会で作っていただければなと思います。

在宅の質ということに関しまして、今週の日曜日にこれは宣伝ですけども、鈴木央先生が主催されているような会ですけども、在宅療養推進フォーラムというのがございます。そこでは、在宅ケアの質ということについて今回テーマに取り上げておりますので、皆さん、ぜひご参加いただければと思います。

ということで、鈴木先生、よろしいですか。

じゃあ、医師会からの総評とってはおこがましいですけども、以上で終わりたいと思います。ありがとうございました。

じゃあ、先生、よろしくお願いいたします。

○南雲座長 西田先生、ありがとうございました。

それから、2024年から医師の働き方改革、勤務医によいよ適用されるということで、今、大学の医局の話を見ると、それならやめると、バイトに行くな、外勤はなし

にして、ずっと大学にいろ、そんなんなら生活できません、やめさせてもらいますとか。

じゃあ、どうするの。病院の常勤は週3日で、外勤を1.5日と、それだと当直ができないですね。外の当直の時間ができない。1日当直すると時間外13時間カウント、土日なんか一体どうなっちゃうのか。

そうすると、大学病院以外が当直医がいなくなる、時間外の対応をどうするのと、常勤で賄えというんだったら、常勤医が週に日勤4日とか、3.5日で夜間と土日の当直を賄うということになると、病院医療もどうなっちゃうのかなというようなどころがあります。

そういう中で、開業医だけが24時間働けみたいな、在宅頑張れみたいなのは、それも続かないし、死んじゃうし、どうしようかなと。

だから、そこら辺で若い先生たちがどんどん参入していただかないと、これは続かないんで、そういう中でいろいろ若い先生にも覚えていただきながら、コミュニケーションのスキルとかを磨きながらというのが必要なのかなというので、若い先生にね、鈴木先生のフォーラムに参加してもらおうといいですね。

ご案内を大学にもしてください。たくさん、お願いします。

ということで、きょうの予定の作業は終わりました、事務局にマイクをお返しします。よろしくをお願いします。

○久村地域医療担当課長 長時間にわたりまして、ご議論いただきまして、また、さまざまなお意見いただきまして、ありがとうございました。

本日の議論の内容につきましては、ちょうど来年度、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を予定されておりますので、そういった議論の中でも参考にさせていただきたいと思っておりますし、何度かご説明させていただきましたが、外来医療計画の在宅医療に関する地域の意見の部分に記載、反映させていただきますので、どうもありがとうございました。

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。

本日は改めまして、まことにありがとうございました。