

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（区西北部）

日 時：令和元年12月17日（火曜日）19時00分～20時35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のですが、定刻となりましたので、ただいまより区北西部圏域の「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」を開催と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、よろしく願いいたします。それでは、着座にて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、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、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、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、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取りいただき、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、まず東京都医師会及び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、平川副会長、お願いいたします。

○平川副会長 皆さんこんばんは。東京都医師会の平川でございます。

クリスマスイブまであと1週間というこの時期に、暮れも押し迫る中で毎年恒例の時期だと思うんですけども、本当にお忙しい中、ご参集ありがとうございます。

東京都の地域医療構想調整会議の在宅療養のワーキングということで、きょうは区西北部のですね、私、この仕事をしていて、さまざまな地区の先生方とお会いするのですが、正直申し上げて、区西北部が一番うるさい先生方が多いといえますか、本当に皆さん、いい意見といえますか、いかにふだんから臨床、あるいは、在宅療養、あるいは、介護関係をやられているのがつくづく感じるぐらい論客が多い。多分、きょうは何も私どもが進めることなく、各グループで闊達な意見交換があるというふうに信じております。

本日、特にテーマとしては、在宅療養のことなのでございますけども、資料にありますように、外来医療計画といえますか、そのあたりも突っ込んだ話になると思います。

ただ、外来医療計画といっても、外来は本当にさまざまな流動的な要因がありますので、絞りにくいということも正直あると思います。なければならないで何とかなっちゃう部分もあったりとかですね。ただ、東京都の場合は今後もさまざまな患者がふえていく、患者の数もそうですし、そういうときには、ほかの他府県といえますか、地方と比べては随分様相は違うと思いますけども、ぜひ地域特性を鑑みた闊達な議論を行うことをよろしく願います。

きょうは東京都から田中部長様を初め、久村課長が来ていただきまして、非常にそういう点では、東京都医師会と東京都の関係はよくて、この辺の議論についても十分に調整してから、皆さん方に資料を提供しますので、せいぜいそのあたりもぜひご議論いた

だいて、いい議論になることを祈っています。最後までよろしくお願いします。恐れ入ります。

- 久村地域医療担当課長 平川副会長、ありがとうございました。

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。本当に年末のお忙しい中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

このワーキンググループですけれども、今年度で3年目となります。去年、おとしは病院と地域の関係ということで、退院促進ですとか、そういうことをかなりテーマに議論をいただいたと思うんですけれども、今年度は本当に原点に戻ってということで、在宅療養にもうスポットを当てて、この後、意見交換をしていただくことにしております。

データについても、今までもご提供していたのですが、本日もいろいろと後でご説明申しますけれども、各種データをお配りしております。そのような数字も参考にさせていただきながら、ただ数字だけでははかり切れないような、それぞれの地域で肌感覚で日ごろ感じていらっしゃることも、意見をいただければと思っております。

在宅につきましては、平川先生からもお話あったとおり、東京都ではまだこれからふえていく、需要がふえていくということで、今後1.5倍になるということで地域医療構想でも書いておりますけれども、今現在は多分この圏域、割と充足しているところが多いのではないかと思います。今後、さらに在宅の需要がふえていったときにも、患者さんの需要を賄い切れるのかというようなあたりを、ぜひご議論いただければありがたいと思っております。

先ほど出ました外来医療計画のほうにも、こちらで出たご意見を記載をさせていただくとともに、東京都の今後のその在宅療養に関する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、吉野内科クリニック院長の吉野先生にお願いしております。吉野先生、一言お願いいたします。

- 吉野座長 皆さんこんばんは。板橋区の吉野内科クリニック、吉野でございます。

去年の同じようなこの時期に在宅療養のワーキングを開いたときに、私座長を任された記憶があります。何で私なのかと思いつつやっ、何とか終わらせて、肩の荷がおりてやれやれと思ったら、またことしということで、すみません、お手やわらかにお願いいたします。

ただ、私のほうは、板橋のほうで今は在宅医療をやっておりますし、板橋の先輩方が、いろいろ医師会の流れを通じて、在宅療養についていろいろな取り組みをやってこられていまして、その恩恵を受けたり、その仕事を受け継いだりという形で、今は私も板橋区の医師会の理事をやらせていただいています。

本当にここにおられます先生方、皆さん地域のトップランナーの方々ですので、私がああだこうだと言うまでもなく、どんどんいろんな意見が出てくると思います。

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 吉野先生、ありがとうございました。

それでは、以降の進行を吉野先生にお願いいたします。

- 吉野座長 それでは、早速議事に入りたいと思います。

今年度は、在宅療養に関する地域の状況ということテーマに、まず、地域の現状を共有して、将来増加するだろう訪問診療の需要に、どのように対応していくべきかを検

討するグループワークを行いたいと思います。前回以上に活発な意見交換を、ぜひ私からもよろしくお願ひしたいと思います。

それでは、東京都より議事についての説明をお願いいたします。

○東京都 それでは、東京都から、お配りしております資料についてご説明をさせていただきます。

まず、資料2をご用意いただけますでしょうか。

今年度の在宅療養ワーキンググループですけれども、先ほどよりお話を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、そうした現場での在宅医療の資源ですとか、そういったものの充足状況、それから、将来1.5倍というふうに言われております患者さんの増加に向けて、どういった取り組みができるか、必要かといったところを、意見交換をいただきたいというふうに考えております。

それから、後ほどご説明させていただきますけれども、ここで出た主な意見につきましては、都が今年度策定する外来医療計画のほうにも記載させていただきたいというふうに考えております。

今回のワーキンググループの議題についてですけれども、資料2の中ほどをごらんいただければと思うのですが、意見交換のポイントとして（ア）、（イ）、（ウ）の3点設定しております。

まず、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、在宅療養に関する資源を中心に意見交換を行わせていただきます。

本日、看護師様、それから、ケアマネジャーさんですとか、多職種のメンバーの方もお越しいただいておりますけれども、訪問診療について、日ごろ多職種の視点から見た充足状況についてお話をいただければというふうに考えています。

次に、そこで話し合っていた内容を踏まえて、将来増加する訪問診療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、最後にあればですけれども、（ウ）のところですが、区西北部圏域全体を見て、圏域の特徴ですとか課題などがあれば、その場で意見交換していただければというふうに考えております。

それから、（2）の多職種連携ポータルサイトについてですけれども、これは本日情報提供として、このグループワーク終了後に東京都のほうから、東京都が現在、東京都医師会さんとも連携して取り組まさせていただいております、このICTの取り組みについてご紹介をさせていただきたいと思っております。

資料をおめくりいただけますでしょうか。

本日の意見交換につきましては、グループワークで行います。グループの編成については、今回、在宅療養に関する資源の状況について意見交換を行うということで、本日は区ごと、あるいは、近接する区でグループを編成させていただいております。

区ごとにご推薦のある方々については、事務局でその区のグループに入っております。各団体から1名ご推薦という形でご参加いただいております方については、事務局で各グループに割り振りをさせていただいております。

続いて、グループワークの流れですけれども、グループワークのお時間、本日は40分間設けさせていただきました。その後、各グループから順番に4分程度で発表をお願いしたいと思います。

続いて、資料の3をご用意いただけますでしょうか。

こちら先ほど申し上げた意見交換の内容について、少し詳細を落とし込んだものにな

っております。

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、それから、発表役の方をお決めいただきます。進行役の方が中心となっていただいて、意見交換を進めていただきます。書記の方は机の上にA4の紙をご用意しておりますので、グループワークの中で出た意見を、こちらのほうにペンで記録していただければと思います。

それから、訪問診療の将来の需要増加に向けて地域で取り組むべきことの意見交換をする際に、参考までに、意見交換の例をこの資料3のちょっと下段のほうに、(1)②の意見交換の例というところをごらんいただければと思いますが、そちらのほうに参考までに意見交換の内容の例を記載させていただいておりますので、ご確認いただければと思います。

続いて、意見交換で参考にさせていただきたいデータを本日はお持ちしております、資料をおめくりいただいて、資料4から6をご用意しております。

まず資料4でございますけれども、2025年における在宅療法サービス必要量を記載したものとなっております、このデータについて簡単にご説明させていただきますと、まず2013年の列ですが、これは患者住所地ベースの訪問診療の実績です。

区西北部のところをごらんいただければと思います。上から5番目ですね。合計で1万3,497人となっております。その隣の列が訪問診療の2025年の必要量となっております。区西北部は、合計で2万1,028人でございますので、おおむね1.5倍の必要量の増加というふうになっております。

続いて、資料5をごらんいただけますでしょうか。

こちら、A4横を見ていただきますと、受療動向の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所のレセプト枚数、国保分と後期高齢分が含まれた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まとめております。

簡単にご紹介させていただきますと、例えば、上段の豊島区をごらんいただければと思うんですが、患者住所地ベースとありますのが、豊島区に住んでいる患者さんが豊島区の医療機関から訪問診療を受けたレセプト件数、こちらが1万297件と。豊島区に住んでいる患者さんが、その隣ですけれども、北区の医療機関から訪問診療を受けたレセプト件数、それが474件であるということがわかります。

それから、下の段の医療機関所在地ベースのところをごらんいただくと、豊島区に所在する医療機関が、隣の北区に住んでいる患者さんに訪問診療を実施したレセプト件数が2,488件、こういったことがわかる資料となっております。区ごとにどの区から、あるいは、圏域から訪問診療を受けているのかと、また、どの区、あるいは、圏域の患者さんを診療所は診ているのかといったことがわかります。

おめくりいただいて、裏面の最後のところの圏域全体の動向も掲載しております。

また、この受療動向のデータについてなのですが、留意事項なんですけれども、国のほうからまだ今年度分のデータ提供がないため、昨年度も同じような資料をちょっと提供させていただいていると思うのですが、昨年度お示ししたデータの時点から時点更新ができていないので、その点はご了承いただければと思います。

それから、次の資料6をごらんいただけますでしょうか。

こちらはそれぞれ区市町村ごとに在支診、在支病の数、それから、次のページの訪問診療を実際に実施していただく診療所数、そういった形でそれぞれまとめてございます。

こちらの資料も昨年度おつけしておりましたデータでございますが、こちらについてはデータについて、厚労省のほうから直近のものということでデータの提供はいただい

ておりますので、提供のデータのほうは時点更新をしておりますので、よろしくお願いいたします。

それから、次の参考資料1でございますけれども、参考資料1と、それから、次の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、こちらは後ほどごらんいただければと思います。

それから、次の参考資料の3でございますが、こちらは先ほどお話をさせていただきましたポータルサイトの概要でございます、グループワークの後でご説明させていただく資料になりますので、今はちょっとこの説明は控えさせていただきます。

続いて、外来医療計画の策定について、資料7-1のほうでご説明をさせていただきます。

今年度、都において策定する外来医療計画のほうに、今回のワーキンググループで出た主な意見について記載をさせていただきますというふうに申し上げましたけれども、その外来医療計画について概要を今からご説明させていただきます。

この資料の一番上の外来医療計画とはのところをごらんいただければと思いますが、今回の外来医療計画の策定の経緯についてですが、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して、新たに「外来医療に係る医療提供体制に関する事項」、こちらを追加するということとされました。

そのため、この外来医療計画の性格としては、東京都の平成30年3月改定の現行の「東京都保健医療計画」に追補するものという位置づけになります。

ですので、計画期間については、今年度中に計画を策定して、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しております。

外来医師偏在指標とはということですが、ここで言う外来とは、入院医療を除く全ての外来医療を指すということになっています。

この外来医師偏在指標については、医師の性別、それから、年齢分布、それから、患者の流出入などの要素を勘案して、人口10万人当たり診療所の医師数から算定される指標というふうになっておりまして、また、この指標の中には病院の医師の数は含まれないということになっています。

この指標につきましては、国のほうで全国の全ての二次医療圏で医療圏ごとに算出され、各自治体に通知されることになっています。

そして、外来医師偏在指標の値が全国の330圏域ありますけれども、その中で上位33.3%に該当する二次医療圏について、外来医師多数区域というふうに指定されることとなります。

国としては、この外来医師多数区域であるということと新規開業者に情報提供することと、開業者自身が既にその地域では診療所が過当競争の状態にあるというふうに判断をして、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うような行動変容を促すことで、診療所の偏在是正につなげていきたいということが目的です。ですので、国としても開業の自由は保障されていて、開業を制限するもの、開業規制を行うものではないということと強調しているという状況でございます。

次に、記載事項の枠をごらんいただければと思いますが、記載事項の国が定める記載事項の中の外来医療機能偏在・不足等への対応というところの項目の下に、さらにひし形で三つの項目を示しております。

このうち、真ん中の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して、その下に例示されているような夜間休日の初期救急、在宅医療、それから、学校医・産業医・予防接種等に係る公衆衛生関係、その他となっております。そ

これらの状況について、地域ごとの計画の中に記載することとなっています。

そこで、今回のこの在宅医療ワーキングの議事である、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を、この計画の中に盛り込んでいきたいというふうに考えています。

実際に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ところをご紹介させていただきたいのですが、次の資料7-2をごらんいただけますでしょうか。

こちらが現在策定を進めております計画の素案になりまして、この素案の21ページから各圏域ごとの記載となっています。二次医療圏ごとの状況、第1部第3章となっております。そこからさらに29ページにお進みいただけますでしょうか。

ここは二次医療圏ごとの状況の中のこの地域医療構想調整会議に出された意見と、このページのところに、現時点では丸が並んでいるだけなんですけども、ここに在宅療養ワーキングと、それから、親会である地域医療構想調整会議のほうで出てきた意見をまとめて、圏域ごとに書き込んでいくというふうに考えているところでございます。

東京都からの説明は以上になります。

○吉野座長 ありがとうございます。

これまでの東京都からの説明についてですけれども、何かご質問等はございますでしょうか。

この、すみません、外来医師偏在指標というのは、今のところは東京都、今後、国のほうに広がっていくということ、全国に広がっていくという流れができそうなんですか。国がやってきたことですか。

○田中医療改革推進担当部長 国が全ての決めるという。

○吉野座長 地方でこういうお話というのはまだこれから。

○田中医療改革推進担当部長 全国で今は同じことをやっています。

○吉野座長 同じことをやっているんですか。ああ、そうですか、すみません。ちょっと聞き漏らしちゃってすみません。

結構、この間の座長会、前回の座長会的时候も、このお話で結構混乱されている先生方がおられて、かなり強制されるのかとか、あっち行けこっち行けと言われるのかとかというふうにおっしゃっていた方もおられたかと思いますが、そういう強制力があるわけではないんですかね。

ということなんですけど、何かほかにございますでしょうか。よろしいでしょうか。よろしいでしょうかね。

それでは、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。よろしく願いいたします。

(グループワーク)

○吉野座長 それでは、8時5分になりましたので、どのグループでもいまだ白熱した議論がされているところかとは思いますが、この時間、発表に移らせていただきたいと思います。

それでは、1グループ4分程度でお願いいたします。

では、Aグループ、よろしいでしょうか。

○齋藤（英）委員 板橋区医師会の齋藤でございます。

板橋区の在宅医療のサービス必要量というのを見ますと、2025年は13年に比べますと2,000人ぐらいふえるという状況で、その2,000人というのを、じゃあ、

どのぐらいで今の医療機関の状況で在宅で診られるかどうか、これはなかなか想像するのが難しいところで、その医療必要度がどのぐらいかということによっても随分違うかと思えますし、実際、その重症な方ばかりが2,000人となれば当然難しいという部分もあるだろうしということで、これはもう想像の域を脱するしかないんですけども、ただ、対応することとしては、やはり、例えば高齢者がふえれば、当然、通院することができなくなる方が当然ふえてくるだろうし、そういう方については、かかりつけの延長で、やはりかかりつけ医が在宅医療を行っていくという対応をしていかないと、恐らくは人数としての対応は難しくなってくるだろうということは考えられると思います。

ただ、医療必要度が高い方に関しては、やはり、その在宅でも機能分化みたいな形で、そういう人たちが診られるというような診診連携というのを進めていく必要があるのではないかというふうには考えております。

実際に在宅専門でやっているところというところの問題点がないかとかということで、いろいろ今はお話を聞いていたんですけども、やはり、薬剤師会の先生からのお話としては、直接ドクターとのやりとりができないときに結構多くて、事務の方なり、その方がドクターと連絡をとってやっていただくということで、非常に時間がたったり、あるいは、本当にドクターと連絡をとっているのかどうかわからないというようなところも、もしかするとあるかもしれないということで、やはりそのあたりの対応の仕方というのは、在宅の専門でやっているところについては、考えていただかなきゃいけないだろうと。

ただ、回復期の病院として退院をさせる場合に、そういうところとの連絡をとる意味では、MSW同士での話し合いで結構在宅を受け入れていただいているということで、そういう意味での連携というのとはとれているところもあるんだけど、やはり、もともとかかりつけ医がいるところについては、その先生にまずはお聞きをして、対応ができるかどうかを聞いてからやっているということでした。

そんなことで、結局は顔の見える連携というのは非常に大事だろうというところで、医師会としてその辺をコントロールできるかどうかというお話もあったのですが、板橋区の医師会としては、在宅の対応がどのぐらいできるかという、ドクターの対応表みたいなのは一応出していますし、主治医、副主治医なんかもやって、なるべく在宅で対応ができるような取り組みはしていますけれども、なかなか、それが浸透していないというのが現状なのかもしれません。

あとは、そういう相談に対しては療養相談室というところでやっていくということろです。

あと、医療資源はほかに、例えば、訪問看護ステーションなり、リハビリについてはどうかというご意見をお聞きしましたが、どちらも一応、板橋区内としては結構充足しているのではないかというご意見でした。

圏域全体として見ると、じゃあ、そのあたりはどうなのかというのは、なかなか難しいんですけども、結構、板橋区内の在宅の医療機関なんかは、ほかの区に出でいたりとかということもありますし、ほかの区の医療機関が板橋区内の患者さんを診てということもあって、そのあたりはお互いに別に区で区切る必要はないので、圏域全体で対応していくということなんだろうと思いますので、そのあたりは病院、診療所ということで、あと在宅に対応するというところで、やはり連携ということを進めていくというのが、こういう在宅への対応にもつながるのだろうというところかと思えます。

このいろいろ資料をいただいたのですが、なかなか、この資料の数字をどう読み取ればいいのかというのは難しいところなので、余りここについての議論はできなかったんで

すけども、実際、これから対応できるかどうかというところについては、やっていくしかないかなという感じはいたしました。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。

それでは、Bグループの発表をお願いできますでしょうか。

○古賀委員 豊島区医師会の古賀と申します。よろしくお願いします。

豊島区で話になったのは、話の大半がこの受療動向データというところで見ると、豊島区はほかの区と比べると、住所地ベースで44%、医療機関ベースで38%と、かなり低い値で、要するにほかの区の医療機関さんから助けをかりている。また、豊島区からもほかの区にかなり出ていっているという状況が特徴的だなということで、話の中心はそこに終始しました。

その原因に関していろいろ意見が出たのですけれども、一つは、小さな診療所が多いということで、訪問診療をすごく大きく専門で、いろんな売りを文句にして患者さんがいっぱい集まってきているようなところも豊島区には少ないということも、一つの理由にあるんじゃないかと。

あとは、いろんな区とすごくまたがっているので、区境が多分多いことで、その区境というのは多分道路一つ隔ててということであれば、多分、そちらのほうの方が便利ということで、そちらの医療機関さんが入るケースも多いんじゃないかということで、ただ、一概にこの数字が低いからといって、この一つの区で完結をするということは必ずしもいいとは限らないので、やっぱり患者さんのことを考えると、ほかの区の隣接する区境の方々に関しては、やっぱり連携をどんどんとっていくように進めていくことが大事ではないかという話に進みました。

区の西北部で、それぞれの区で得た職種連携のネットワーク構築事業というのを多分やっていらっしゃる。豊島区でもやってきたのですけれども、今後はその区をまたいだ顔の見える連携を進めることで、ICTの有用性というのも多分どんどんまた広がってくると思うので、システムだったり、そういうものをどうやって共有していくか、また、圏域を広げて顔の見える連携をつくっていくとなると、物すごい数になってくるので、どういう形でやっていくかという課題はあるとは思いますが、顔の見える連携、多職種連携、病診連携を進めていく必要があるんじゃないかと。

医療機関の数、訪問看護ステーションの数などからいくと、数としては豊島区は比較的充足しているのではないかとということで、それを有効に活用していく必要があるんじゃないかという話になりました。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。

それでは、Cグループの方、発表をよろしいでしょうか。

○横山委員 北区医師会の横山でございます。

Cグループでは、皆さんは今、一とおりに発表したようなことを話し合ったんですけれども、まず、この資料でいただいた訪問診療の受療動向データで、北区もその患者住所地ベースを見ると大体50%近くあって、私なんかは、その豊島区さん、あるいは、板橋区さんとはICTを使った連携も視野に入れながら在宅を進めているものですから、割合多いんだろうなと思ったら、埼玉県が13%もあって、一体その川を越えてどこから来ているんだろうかというのが話題になりまして、一時期は北区内でも結構他区から往診者が来て、結構見かけていたんですが、最近はある見かけなくなって、でも大宮ナンバーの車は見ないなとは思っているんですが、結構、埼玉県から多いのは一体こ

れはなぜなんだということになったんですが、結局わからないままです。

区境の問題は、そのICTを使えばある程度解決し得るものだろうと思うんですけども、この川を越えてくる問題はどうしようもないので、この辺、もうちょっと分析してみたいものだなというふうに思いました。

あと、去年話し合ったことと、ことしは一体何が変わっているんだということになって、やはり、患者さんがいなくなっちゃう問題ですね。リハビリ病院に行ったり、特老や介護老人保健施設に行ったりすると、患者さんはいなくなってしまう。その辺は一体、何か解決の糸口が見えたのかというと、やはり見えていなくて、相変わらずその問題は存在しているわけで、この辺はやっぱり入院したときのそのケアマネの意識ですね、意識改革ですね、どうしても、その在宅とセットになっている、その医療機関をパッケージで選ぶことがやはり多いので、その辺を変える方法もちょっと必要なのかなというふうに思っています。

あとは、北区では、やはり割合、先ほどこの話に出ましたけども、他区からの在宅の診療所、クリニックですね、それが往診に来るようになってしまうと、患者さんがどこから来て、どこに行っちゃうのか全くわからなくなってしまうので、むしろ、在宅専門のクリニックとの連携をうまくとっていこうというふうに考えております。

実際、ここ一、二年で在宅専門のクリニック、北区は3件、4件ふえてきていまして、その方たちときちんと顔の見える連携をとって、これからはやっていくべきなのではないかと。

もちろん、そのかかりつけ医はかかりつけ医としての役目を果たして、もちろん、患者さんが大体エンドステージになってくると、本当にもうこのかかりつけ医が本当の自分の主治医なんだということではなく、むしろ、家族の意見が優先されるようになるので、むしろ、やはりその在宅専門クリニックと、いかにうまく有機的な顔の見える連携を構築して患者さんを診ていく、そういったことを考えるほうが、これからふえてくる在宅患者に対しての対応としては望ましい解決方法ではないかという意見が出ました。

もちろん、その患者情報の共有については、なかなかいろんな個人情報の問題があるので難しいところではあるんですが、もう区内の病院でも地域連携カードをつくって、何とか、かかりつけ医との連携をうまくとるようにしていても、なかなか浸透しないので、そのあたりのシステムも今後は考えていくべきなのではないかという意見が出ました。

以上でございます。

○吉野座長 ありがとうございます。

続きまして、Dグループの発表をお願いできますでしょうか。

○齋藤（文）委員 練馬区の医師会の副会長をやっています齋藤と申します。よろしくお願ひします。

練馬区では、まず最初に区の状況はどうなのかということで、一番最初に出たのが、介護支援専門員の小島さんから、病院からDPCのような急性期のところが入ってきたときに主治医が変わることが多い。継続性がない。患者さんも主治医を変えなきゃいけないのかなと悩んでいる方が多いという意見が出ました。それはもっともだと。

実際、我々医療者側もそういう実感を持って、今、北区の先生からも、患者さんがどこかへ行っちゃう問題ということで意見がありました。

それなぜ起こるのかということを考えていかなければいけないんですけども、資料の6で見る限りは、練馬区の在宅医の数というのは、それほど少ないわけではないと。10万当たりの数にしてもまあ平均的な数だと。にもかかわらず、練馬区の先生ところ

については余り戻ってきてないのかもしれない。あと、やっぱり練馬区でも在宅医療専門診療所、あるいは、区内にある、もしくは、区外にある在宅医療専門所なんていうのがふえてきまして、そういうところがかかり診ている。

DPCの病院から戻ってくるときに、実はその退院の段階で訪問診療の主治医が決められていることがしばしばある。その結果として、地域医療の継続性が中断されて、何かこれ違う、もともとのかかりつけではない先生に行くことがどうも多いよだという気がしました。

あともう一つは、資料の5ですね、5のところで見てもらうと、練馬区の特徴がかなりありまして、資料2-2のところになりますけど、一番右の総計を見ていただくと、訪問診療のうち同一建物への訪問診療が他区と逆転しているんですね。非常に多い。トータルとしても練馬区はやっぱり人口が多いということが非常に多いんですけれども、その中をさらに見ると、例えば、練馬区の患者住所地ベースなんかで見ますと、練馬区内で診ているのが1万3,000に対して、板橋区からの先生が診ているのは2,500とか、区西部に比べても4,000ということで、その特に同一建物となってくると、実は区外からの診療が非常に多くなっているというのも特徴かなと。

例えば、さっき言ったように、在宅医の数自体はそれほど他区と比べて見劣りするほど少なく、病院はご存じのとおり、めちゃくちゃ少ないんですけれども、それは大丈夫だと。それにもかかわらず、そういう状況になっているよという現状が出されました。

地域の在宅医療の資源については、そこそこあるのにもかかわらずそういう状況になっているのを、今後、一体どうしていったらいいのかということになると思うんですけれども、今、練馬区のほうでは、医師会と協働して連携センター、サポートセンターを考えようとしています。

やっぱり在宅診療をやるときに、ほとんどの場合には在支診とか、強化型在支診だと思うので、24時間。それが前提になっていると、やっぱり継続診療が難しくなることもあるので、いわゆる、訪問診療ではなくて、ただ普通の往診というような形ででも、今までのかかりつけの先生が、ちゃんとかかりつけの機能が果たせるような方法はないものだろうかということで、サポートセンターなんか協力することで、患者さんが帰ってきたときに、やはりもとの同じかかりつけ医の先生が診る。夜間とか日曜とか土曜日、そういう難しいところは、そういうサポートセンターを利用した形で、みんなで区全体で医師会も含めてサポートする、そういうような体制が必要ではないかというお話をしました。

あと、圏域全体については、圏域全体で考えられることはあるのという意見がありまして、そもそも地域包括ケアというのは中学校単位で行うということになっているので、そうすると、特に練馬区は面積も広くて、圏域全体だといっても、やっぱり北区、豊島区、板橋区と練馬区のずっと保谷寄りというか、西東京寄りのほうは、同じ土俵で物を考えるのはちょっと難しいんじゃないのかなと。

全圏域でもし何かあるとすれば、急性期のことが起きて、どうしても例えば高度な医療が必要だろうと、そういうときはあると思うんですけれども、日常的なものについては、余り圏域全体のというのは難しいのかなという気がします。

以上でございます。

○吉野座長 各グループ、活発なご意見の交換をありがとうございました。

私のほうからのちょっと感想なんですけど、やはり、城北の区西北部4区ということで、それぞれの区が抱える、いろんなその病院を持っている、持っていないの状況とか、その他区からの訪問が多い少ないという状況とか、そういうのはやっぱりかなり状況が違

うんじゃないかなと思うんですけども、やっぱり、かかりつけ医として地域の医師会のほうでできることと、やっぱり今はいろいろ区をまたいで、横山先生が言われたことがすごく僕は印象に残ったんですけど、区をまたいで来る、大がかりで訪問診療をやる勢力というのは無視できない形になっているので、やっぱり何らかの形で両立というか、連携というか、そういうところとも連携をとって進めていくということが、すごく大事ななというのは、私、印象に残った言葉でございます。

また、引き続き、城北4区でまた意見交換をさせていただきながら、問題に取り組んでいただきたいと思います。と思っています。

私からは以上でございます。

続きまして、東京都から、東京都多職種連携ポータルサイトについての情報提供でございます。よろしくお願いします。

○東京都 それでは、最後になりますが、参考資料の3、先ほど後ほどご説明させていただきますと申し上げた、参考資料の3をちょっとご用意いただけますでしょうか。

多職種連携ポータルサイトでございますが、この在宅療養ワーキンググループですとか、それから、こ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で、ICTを活用した患者さんの情報共有について、例えば、地域でおのおの異なるシステムを活用しているので、業務が煩雑になっちゃうというような課題ですとか、導入したはしたんだけれども、なかなか地域の中で活用が進まないんだよなというような課題やご意見、さまざまいただきました。

そうした皆様のご意見を踏まえさせていただいて、現在の東京都医師会様のほうと一緒に検討させていただいておりますのが、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。

少し具体的な仕組みをスクリーンでご紹介をさせていただきます。

こちらの機能を二つ設ける予定でございますが、一つ目の機能ですが、多職種連携タイムラインについてでございます。この中の大きな四角のところは、東京都がつくるシステムというふうに考えていただければと思いますけれども、現在、地域で使われている多職種連携システム、A、B、Cというのがありますけれども、これいわゆるメディカルケアステーションとか、カナミックというものを想像していただければと思います。

例えば、カナミックと、それから、MCS両方使っているという訪問看護師さんもしゃるんですけども、そういった場合に、例えば自分のMCS、あるいは、カナミックの中で、患者さんの情報が更新されたという場合に、このタイムライン上にその更新された旨が通知として出てまいります。これは、このB、例えば、カナックとかでも情報更新があれば通知が出てくるという感じです。

この訪問看護師さん、例えば、三つアカウントを各システムで、各システムのアカウントをそれぞれ持っていたとしたら、こういう感じで通知が来るという形ですね。

その通知をクリックしていただくと、更新された内容を確認したいという、こうやって通知をクリックしていただくと、各システムのページに移りますので、ここからスムーズに患者情報の各システムの患者情報にたどり着けるという流れになります。

このような仕組みによりまして、医療介護関係者さんの情報共有もそうなんですけれども、例えば、複数の地域と連携が必要な病院さんにとっても、その情報をどんどんシステムから取得するときの煩雑さが軽減されるのではないかなと考えておりまして、そうすると病院でのNCSですとか、カナミックといったシステムの導入も促進されて、地域の医療・介護関係者さんと病院とのICTを活用した情報共有の充実につなげていければなというふうに考えているところでございます。

それから、二つ目の機能でございますが、こちらの転院支援の機能でございます。これはざっくり申し上げますと、転院患者さんのいる病院と、その患者さんを受け入れる側となる病院の双方において、患者さんのマッチングを行う機能でございます。

具体的には、この転院元病院と呼びますけど、患者さんがいる病院が、受け入れの候補となる病院を検索することができまして、また、その転院予定の患者さんの情報を、システム上で受け入れ候補となる病院と共有するということができます。

先ほどのその検索結果で出てきたこの病院たちと、病院たちの中から転院調整したい病院にアプローチという形で、それができるということです。

ちなみに、このアプローチなんですけど、1カ所ずつだけじゃなくて、システム上でやるので複数同時にアプローチするということもできます。

そのアプローチに対して、受入側の病院は個別調整、その患者さんはできますよという返答をシステム上から行うこともできます。

それで、また、先ほど共有した患者さんの情報をもとに、受入側となる病院から逆にアプローチをするというようなことも可能な仕組みとさせていただきたいと考えているところです。

その後、それぞれ転院の詳細な条件などを個別調整を病院同士でしていただいて、マッチングが成立というような流れになります。

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のほうを病院の方々にもご活用いただいて、ICTを活用した地域と病院の連携の充実といったものを図ってまいりたいというふうに考えているところでございます。

すみません、非常に駆け足のご説明になってしまったんですけども、このポータルサイトが完成しました際には、改めて皆様にご説明させていただく場を設けさせていただきたいと思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

東京都からの説明は以上でございます。

○吉野座長 ありがとうございます。

最後に東京都の医師会の先生より、本日のご講評をいただきたいと思ひます。よろしくお願ひいたします。

○西田理事 医療介護福祉担当理事の西田と申します。よろしくお願ひいたします。

非常に活発な議論を聞かせていただきました。

この親会議である地域医療構想調整会議のほうで、病院機能というのはどんどん凝縮されていくわけですね。東京都は全国と違って、まだ今後30年間は高齢者人口が伸び続けます。年間の死亡者数も160を超すと、そういうふうに見積もられているわけですね。そういう時代に入って行く中で、その年間160万人の方の80%近くを、今までのように病院で看取るというのは、もう無理なわけですね。じゃあ、誰がやるのかと、これはもう地域で受けていくしかない。

地域で施設、あるいは、自宅で最後まで誰が診ていくのか。今は病院でも在宅医療に参入するところは多いですが、一般診療所、それから、在宅医療の専門診療所といったところで診ていかなくはないというふうなことになるかと思うのですが、今回、区西南部は、さすがに住所地ベースで見ますと、地元の先生方たちが診ておられる率が物すごく高いんです、ほかの圏域に比べると。

一方で、施設、同一建物、ほぼ施設ですね、について見ると、やはりほかの地域と同じように、非常に自己完結できていないという傾向がありますね。そういったこともございます。各グループからもそういったお話が出ておりました。

そして、区境を越えた広域連携の話ですね。確かに区外からたくさん入ってきている

わけですけども、ここはうちで全部賄われなければいけないということではありませんので、これから広域連携を図っていかなくちやいけないということが、何人かの先生が言われていたようなことだと思います。

実際、アからウの取り組みのその広域での在宅療養に関する会議の達成率って割と悪いんですね、東京都も。ここはこれから、どんどん、どんどん活性化させていって、自分の圏域の在宅療養推進会議だけでなく、近隣の区をまぜた、そういう意見交換の場をどんどん持って、そして、在宅医療を専門にやっているクリニックの方たちとも十分顔の見える関係をつくって、うまく役割分担をしていく必要が、やっぱりこれはどこの圏域でもあるんだろうと思います。

患者さんがどこかへ行ってしまう問題についても、まあ、これ毎回出てくる話ではありますが、そういったことで、在宅医療にかかわる医療資源の関係を構築していくということが大事だと思います。

それから、あと、圏域ごとのもう少し小さい地域レベルで見た、一般診療所も専門クリニックも含めたグループ化というのが、これから必要になってくるんじゃないかなと思います。そのグループ化をするには、非常にそのルールづくり等々でハードルが高くて、なかなか頑張っているところも多いんですけども、なかなかうまくいかないところもあって、ここら辺につきましては、やはり東京都医師会としましても、ぜひ、これはもう地域事情で詳細は変わってきますけども、何かいい規範を提言できたらなというふうに考えて頑張っておりますので、今後ともよろしくお願いします。

本当にこの圏域は、もう皆さん、私たち東京都医師会も先生方のいろいろ先駆的な活動を参考にさせていただいて、いろいろ議論をしているところでございます。今後ともいろいろ情報提供をいただければと思います。

本日は活発なご議論をありがとうございました。

○吉野座長 ありがとうございました。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局のほうにお返しいたします。

○久村地域医療担当課長 では、本日は長時間にわたりご議論いただきまして、また、さまざまな貴重なご意見をいただきまして、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、冒頭から出ておりますが、東京都で、今、作成を進めております外来医療計画の在宅医療に関する地域の意見ということで記載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を予定しておりますので、そうした議論の中でも参考とさせていただきたいというふうに思っております。

それでは、以上をもちまして、本日の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、本日はまことにありがとうございました。