

平成30年度東京都地域医療構想調整会議
在宅療養ワーキング（区中央部）

日 時：平成30年12月4日（火曜日）19時00分～20時19分

場 所：東京都医師会2階講堂

○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、ただいまより区中央部医療圏の「東京都地域医療構想調整会議・在宅療養ワーキング」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、お手元の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5、それから参考資料1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、事務局までお申し出ください。

なお、本日の会議でございますが、会議、会議録、会議に係る資料につきましては、公開となっておりますので、よろしくお願いいたします。また、ご発言の際は、事務局よりマイクをお受け取りいただき、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に当たりまして、ご挨拶を申し上げます。東京都医師会、平川副会長、お願いいたします。

○平川副会長 改めまして、皆さんこんばんは。よろしくお願いいたします。

この暮れの迫った時期に本当にお忙しい中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。この在宅療養ワーキングというのは、昨年からは始まりましたけれども、実は、東京都以外の他の道府県ではまずございません。あくまでこれまでは地域医療構想の中で地域の病院を主体とするような調整を行ってきたわけですけれども、東京都の場合は、その後の受け皿をきちんとすべきだと。それはあくまでも地域包括ケアにつながるような住みなれた町で最後まで何とか見られる形をつくりたいという思いもあって、その中で在宅療養ワーキングというのを特別に東京都と東京都医師会でお話し合いをしまして立ち上げたものでございます。昨年度も行いまして、特に区中央部は確かに地区の数も多いですけれども、最も多くの方がご参画いただきました。改めてまた御礼申し上げます。

この地域につきましては、この地域独特の問題点や強み、弱みがあるわけですけれども、それは後ほどまた今年の議事録をごらんになっていただければ、おわかりいただけると思うんですけれども、この狭い範囲にたくさんのブロックが分かれています、どうしても領域を超えていかなきゃならないという連携が必要になりますし、また、急性期等々の高度医療の病院は多いんですけれども、慢性期の病院とか療養は少ないという、私は八王子ですので、逆に、そういった点では、慢性期や老健施設や特養は非常にたくさんあるんですけれども、急性期が少ないという、さまざまな地域の特性があると思いますけれども、この地域の中央部の特徴をきょうまた皆さんで忌憚のない意見交換をして、工夫しながら、どうやって――今さら人、物、金が集まるわけじゃございませんから、現員の勢力をどうバージョンアップしていくかということがきょうの議題のテーマと思います。

できる限り効率よく会議を進めたいと思いますので、ご協力のほどよろしくお願ひします。きょうは、どうもありがとうございました。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からご挨拶申し上げます。

○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、お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございました。

皆様ご存じのとおり、この在宅療養ということに関しましては、基本的には各区市町村が主体的に取り組むということになっております。それぞれの地域の課題や実情に応じた取り組みをするということになっております。在宅医療に関しましては、国のほうで四つの視点が示されておりますが、一つは退院支援、一つは日常の療養支援、一つは急変時の対応、最後が看取りということでございます。この二次医療圏という単位で、この在宅療養のワーキングをしていくということに当たりまして、基本的には区市町村ごとに取り組むことになっているこの在宅ということを、二次医療圏という単位でどういふことを話し合っていたらいいのかということをおもも非常に頭を悩ませまして、医師会の皆様とちょっといろいろと検討させていただいたんですが、昨年度のワーキングでも課題として挙げられた病院と地域の連携ということの一つテーマに実施をしようということにしました。この圏域は、今、平川先生のほうからもありましたように、高度急性期、急性期を担う病院が多数あるということ、まさに区市町村を超えた連携というのが、そういうところでは非常に必要になっているところではないかなと思っております。

また、今年度のワーキングはできればこういう課題がありますねというところで終わらずに、その課題をどうしたら解決できるのかということについて、できるだけ提案型のといいますか、課題解決型のご意見を出していただければ非常にありがたいと思っております。東京都といたしましては、きょうのワーキングで出されたご意見をしっかりと受けとめまして、今後の施策に生かしていきたいと考えております。どうぞ本日はよろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 では、続きまして、座長の先生をご紹介させていただきます。

本ワーキングの座長につきましては、加賀医院院長の加賀先生をお願いしております。

では、加賀先生、一言お願ひいたします。

○加賀座長 皆様こんばんは。昨年度より座長をやらせていただきます。私は神田医師会の介護保険の理事を担当しております。きょうは、限られた時間の1時間半という中で、皆様の屈託のないご意見をどんどんいただいて、どうにか皆さんと一緒にまとめていきたいと思ひます。

この区中央部というのは、恐らく日本で一番恵まれている医療圏じゃないかと思ひているんですけど、これから皆様のご意見を頂戴いたして、これからの在宅医療に向けて、また、さらに勉強していきたいと思ひますので、きょうはどうぞよろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 加賀先生、ありがとうございました。

それでは、以降の進行は加賀先生にお願ひいたします。

○加賀座長 じゃあ、着座にて失礼いたします。

じゃあ、早々、議事に入りたいと思ひます。

きょうは、「地域と病院の連携について」をテーマに、参加者の皆様と意見交換を実施することになっております。今回のワーキングというのは、参加者の皆様と課題を共

有し合うだけじゃなくて、解決に向けた具体的な対策案までを検討して、課題解決策の決定的なワーキングとなるようにしたいと思います。前回以上に、皆様の活発なご意見をいただいて、私からもお願いいたしますので、それでは、東京都の議事について、お願いいたします。よろしくどうぞ。

○事務局 東京都福祉保健局の中島と申します。

それでは、配付しております資料について、ご説明させていただきます。

資料2をお開きください。こちらは、昨年度の在宅療養ワーキングの開催結果をまとめたものでございます。資料の左側が開催日について記載しておりますが、記載のとおりでございます。昨年の10月からことしの1月にかけて開催をしております。

前回のワーキングの内容については、開催初年度ということもございましたので、初めに平成28年の7月に策定しました東京都地域医療構想について、ご説明させていただいて、また、このワーキングについて、設置するということについてご説明をさせていただいた後に、参加者全員で討議する形で、意見交換を実施したところです。意見交換のテーマは、大きく二つございまして、一つ目が在宅療養に関する地域の現状・課題についてということと、二つ目が、本日のテーマと一緒にすけれども、地域と病院の連携について、こちらの二つで意見交換を行っていただきました。

今回、本日のディスカッションの参考にしていただければということございまして、テーマごとに出されました意見について、資料3、次の資料にまとめてございます。本日の区中央部のまとめについては、この資料3をめくっていただいて、最初のページでございます。右下に1番となっている資料でございます。左側に在宅療養に関する地域の現状・課題等についてのテーマでまとめておりまして、右側が地域と病院の連携についてということで出た意見をまとめております。本日のテーマになります地域と病院の連携について出てきたご意見や課題としては、ごらんいただいたとおり、病院へ紹介した患者が地域、紹介元に帰ってこないことがあるということや、それから、病院は電子カルテを使って急性期の情報は持っているんですけども、在宅の情報はわからない。また、在宅療養患者さんを担当しているケアマネジャーさんが誰なのか病院はわからないということ、それから、急性期からの転院において、近隣の区では病床が満床のことが多くて、遠くへ転院してもらおうというケースがあるといった意見も出ていますけれども、それに関連しているかと思うんですが、病院から病院に転院などするときの情報共有ができていないといったような、情報共有の面に関する課題などが複数出てございました。また、在宅での受け入れに当たって、さまざまな処置が必要な患者さんも多い中で、受け入れ側の質の担保も重要であるといったようなご意見、それから、現在の取組としては、病院において退院シートの活用であったり、退院前カンファレンスの実施、それからケアマネジャーとの会議を実施して、交流を図っていて、地域と病院の顔が見える関係が構築されつつあるといったご意見もいただいたところです。

これが前回のディスカッションのまとめになりますが、続いて、資料4なんですけど、もう一つ、本日の議論の参考になろうかと思ひまして、ご用意していますが、今回、在宅療養ワーキングの親会議になります地域医療構想調整会議の開催の結果を資料4でまとめております。次の資料5と合わせて、9月3日に開催した地域医療構想調整部会でもご紹介した資料になっております。区中央部については、7月4日に開催しております。今回の調整会議は公的医療機関等2025プランについて、そういったプランの策定対象病院から記載内容について説明、プレゼンがあって、そのプレゼン後にそのプランの内容について意見交換などを行って、地域の医療機関の役割などについて議論したというものになっています。その議論の中で出てまいりました意見や課題について、

次の資料5で各圏域ごとにまとめてございます。区中央部につきましては、資料5の1枚目に一番左側、1番目ですね、区中央部まとめてございますので、また後ほどごらんいただければと思います。

それから、続いて、A4縦のほうになります参考資料1ということで、昨年度も提供させていただきましたが、データ集について、今年度は、昨年度と同様、厚生労働省から各都道府県に対して提供されている医療計画作成支援データブック、それから、同じく厚労省がホームページなどで公表しております在宅療養に係る地域別データ集と、こういった厚労省から提供のあるデータをもとに、医療資源であったり、看取りなどの実績、自宅死の割合とかというものをまとめたものでございます。昨年度は二次医療圏ごとに集計したものをお渡ししていたんですけども、今年度は区市町村ごとにデータをまとめておりますので、今回のワーキングで直接こういったデータを使って、ご議論いただくというような、直接関係のある資料ではないんですけども、今後、地域において、施策などを検討いただくときの参考としていただけるように、この場をかりて提供させていただくものでございますので、後ほどまたごらんいただければと思います。

それから、ちょっと最後になるんですが、本日のワーキングでは、先ほどご説明させていただきましたとおり、病院と地域の連携に関する課題と意見を改めて共有していただいて、解決策までまとめていただくということができればと考えているんですけども、参考までに少し前回のワーキングで出されました課題と、それに対する取組案として、ちょっと紹介をさせていただきたいと思います。

まず、主なものとしては、医療資源マップというものを各区市町村でつくられていると思うんですけども、そういったマップの活用が各区市町村それぞれの活用でとどまってしまうと。また、その病院の強みや、あるいはその病院ができることというようなことをほかの地域の医療・介護関係者が知らないということがあると。そういったことに対して、対応策として出てまいりましたのは、区市町村ごとではなくて、もっと都全域、広域な医療資源マップができれば、医療・介護関係者が自分たちの市町村だけじゃなくて、ほかの自治体の資源も把握することができるし、また、患者側の選択肢も広がっていくんじゃないかと、そういったような取組案が出ていたところでございます。

本日は、全体討議ということで、前回のワーキングと同様の形式とはなりますけれども、今年度については、参加者間で改めて課題や意見を共有していただいて、その幾つかの課題に対して、どのような対応策や取組が考えられるかについて、ディスカッションしていただいて、できれば最後にはその課題に対応する取組案や対応策を幾つかまとめるというところまで行ければ、今回のワーキングの目的が達成できるかなと考えております。

すみません、先ほど説明に誤りがありまして、先ほど申し上げた医療資源マップなどの課題に対する対応策なんですが、これは昨年度のワーキングではなくて、ことしの在宅療養ワーキングを行っていたほかの圏域結果を少し紹介させていただいたものでございます。申しわけありません。

短時間のディスカッションとなりますが、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、説明を終わらせていただきます。

○加賀座長 ありがとうございます。これまでの事務局からの説明について、何かご質問等がありますでしょうか。

じゃあ、特になければ、それでは、きょうの早速、本日のテーマであります地域と病院の連携についての意見交換をさせていただきたいと思います。

区市町村の千代田区、それから中央区、港区、文京区、台東区と、これだけの五つの区がありますので、各区ずつにいろんな意見を皆様と検討していきたいと思えます。

まず最初に千代田区なんですけど、私は神田医師会です。神田医師会というのは、病院が三楽病院、それから杏雲堂病院、それから日本大学病院、それから三井記念病院というところがあります。三井記念病院と日本大学病院というのは高度の急性期病棟で、三楽病院は地域包括病棟が60床、それから、杏雲堂はたしか30床ありまして、我々在宅をしていて、実はきょうも頼んだんですけど、そういう連携が非常にうまくいっている区ではないかと思っています。分母が6万3,000人ということで、少しずつ人口がふえていますけど、そういった連携というのは、本当に顔の見える医療ということで、きのうも三井記念病院の院長先生、三楽病院の院長先生、それから杏雲堂病院の院長先生たちと各先生方と懇親会がありました。千代田区のほうの高野先生もどうでしょうか、何かご意見がありましたら。

- 高野委員 千代田区医師会エリアでは、東京通信病院と九段坂病院と半蔵門病院と、宮内庁病院もありますけど、ちょっとそこはまた別ですので、四つの会員病院がありますけれども、その中でも一番コアな連携をとっているのが東京通信病院です。総合病院であるということもありますし、準夜帯の救急受け入れということもやっていただいていますので、夕方4時から7時までの間の準夜の前の段階の患者さんを快く救急対応で受けていただいています。また、地域包括病棟は九段坂病院のほうにありまして、九段坂病院は区立の病院という色合いも強い病院ですが、地域の千代田区民は優先的に急変の患者さんも救急も受けていただいている状況です。

以上です。

- 加賀座長 小玉さん、千代田区は今、比較的こういった在宅医療に関して困った点というのは何か課題みたいなのはございますでしょうか。
- 小玉委員 現状では、今、加賀先生と高野先生がおっしゃったように、医師会の先生方と病院との連携が比較的うまくいっているような状況にあるかなと思っています。病院がやっていらっしゃる地域包括ケア病棟も充実しておりますし、区のほうでもまた別途ちょっと別の手配をして、区内の病院と協定を結んで、急性期から、それから、急性期を脱して退院支援に向かう方をつなぐ形で、病棟を開いていただいたり、あるいは、介護の方のレスパイトを受け入れていただくような形で、手当てをしているというところだと思います。

今後につきましては、千代田区としては、そんなわけで、今後、高齢者の皆さんがふえていくという段階がありますので、わかりやすく言うと、時々入院、ほぼ在宅というような形を目指してやっていくというようなところで、今後も区内の病院と医師会の皆さんと連携を進めていこうというようなことで考えているところです。

- 加賀座長 ありがとうございます。

三井記念病院の榎本先生は、きのうもいろいろ話し合ったんですけど、特に医師会と三井記念病院のこの連携、千代田区ではどういうふうな感じでしょうか。

- 榎本委員 ありがとうございます。三井記念病院の榎本でございます。

三井記念病院は千代田区の中にあって、神田医師会の管内にあります。人口的に言うと、実は台東区が結構多かったですりして、千代田区、台東区が主なメインの患者さんの層になるかと思いますが。加賀先生がおっしゃっているように、特に神田医師会の先生方とは患者さんの受け入れ、あるいは戻すときも、特に今のところは受け入れ等に関して大きな問題はなく、上手にやれているんじゃないかというふうに考えています。台東区のほうは、私たちは管内ではないんですけども、道を挟んですぐ隣が台東区というこ

ともあって、患者さんの数も多いので、台東区のほうも同じようにうまくやれているのではないかと考えています。

以上です。

○加賀座長 ありがとうございます。

それでは、中央区に移らせていただきます。

中央みなとクリニックの斎藤達也先生、在宅のこと、ワーキングのことで何か。

○斎藤委員 中央区はこの中でも特殊な関係、人口構成になっていまして、15年ぐらい前は人口7万なのに今、17万と急激に人口がふえております。ところが、病院というのは、聖路加病院と、あと国立がんセンターということで、在宅支援ということではなかなかそういうベッドの確保が難しく、区のほうで4床、補助金を出していただいて、木挽町病院とか山楽病院とかやっているんですが、ところが、中央区医師会エリアで1件支援病院だったところが閉院というか、11月30日で閉めるようなことがありまして、在宅の患者さんが急変したときにどうするかということの対応がなかなか難しいというのが今、現状です。

この前も中央ブロックの正副会長会議で、病院担当の、ちょっとお名前を忘れてすみません、副会長の先生とお話ししたんですが、やっぱり中央区というだけで考えないで、中央エリアでいろいろ考えて、ほかのもちろん三井記念とか虎の門病院とか大学病院も含めて、そういう例えば肺炎を起こしたとか、そういう方を引き取っていただけるような状況ができればというふうには思っております。ただ、うちの医師会がやっています訪問看護ステーションが在宅のみとり数は全国のトップクラスと思うんですけど、6割ぐらい在宅で診ておりますので、そういう面では、これから先に在宅でみとるということに対しての対応は大体できているんですが、その病院という面ではなかなかちょっと難しい面があるというふうに考えております。

○加賀座長 ありがとうございます。

聖路加国際病院のきょうは松本先生がいらっしゃっていただいているんですけど、そういう在宅で困ったときに、先生の病院に助けを求めてきたときには、どういった対応とかしていらっしゃるのでしょうか。

○松本委員 私はきょう代理で参加しております、本当に退院調整部門の在宅部門の師長をしております。

石松のほうからは、きょうの会議に向けて何かというところでは、急性期の病院であり、三次救急の病院ですので、とにかく救急で来た患者さんに関しては、必ず診るという方向で動くということで、病院の中でも例えば本当に救急車を受け入れられなかったときに、どうしてそれが受け入れられなかったんだろうという検証を毎日しておりますし、自病院の中のキャパシティーの中で受け取れる患者さんに関しては、積極的に受けるというふうな方向でやっていきたいというふうに聞いております。ただ、おっしゃるように、石川島さんの事情ですとかということがありますので、これからそれに対してどう対応していくかというのは、懸念事項でもあったかと思えます。

○加賀座長 それでは、行政の春貴さん、中央区は今、病院というか地域包括ケア病棟もないようなので、急性期の病院しかない。そうすると、慢性期の患者さんはどのように経過を追っているのか、教えていただければと。

○春貴委員 中央区の現状を今、斎藤先生のほうからもお話がございましたように、非常に病院というところが少ないというのが中央区の特徴だと思っております。人口については、先ほどお話がございましたけれども、16万を超えて17万に届こうとしている、また、高齢化率も23区で実は一番高齢化率が低いというのが中央区の特徴ではありま

す。しかしながら、高齢者人口はこれから着実にふえていくというところで、やはり今後の回復期も含めた病院の確保というのが必要なのかなというふうに考えています。

中央区の病院でございますけれども、聖路加国際病院だとか、国立がんセンター、今までは石川島記念病院などがありました。残念ながら石川島記念病院が11月末で休院をしているというような状況でございます。中央区には中央区医師会の地区と日本橋医師会の地区が二つございますけれども、日本橋医師会の地区については、病院がないというような状況でございます。そんな中で、区でできることにつきましては、在宅の患者さんが実際に病態が急変したときに、対応ができるというところで、今、木挽町医院と江東区の昭和大学病院と豊洲病院と、あと山楽病院というところで、実はもう非常に中央区は医療圏的には端っこにありますので、どちらかというところ、江東区に近い地域もあります。その地理的などころも考えて、豊洲病院のほうに確保しているというような状況でございます。

しかしながら、ことしの春先に回復期の病院として聖カタリナ病院というのが41床で新たに開院したというような状況でございます。この辺と今後も地区医師会の先生方と――非常に地区医師会は、中央区医師会は老健施設もやっておりますし、訪問看護ステーションもやっています。日本橋医師会も訪問看護ステーションなどを運営してございますので、そちらの先生方と在宅の状況をよく話し合いながら、どういうふうに病院を確保していくかというのが区の課題かなというふうに考えています。

○加賀座長 中央区は島嶼部のこともあるでしょうけど、例えば島嶼部に対してはどういうふうな対策でしょうか。

○春貴委員 それは区は。東京都だと思います。

○加賀座長 そうですね。中央区医師会の。

浜町センターのビルクリニックの木村先生、今、日本橋医師会で中央区と病院がないということで、ご苦労なさっていると思うんですけど、何か。

○木村委員 今まであった話とほとんど同じで、病院がもう全く日本橋医師会地区にはありませんので、後方支援病院は外の特に先ほど三楽病院のお話が出ましたけれども、お願いしますし、あとは、後方支援病院は確保いただいたんですけど、これはまた千代田区の杏雲堂病院さんなんかもお願いしているというような状況で、あと、その一方で、聖路加記念病院も中央区なんですけれども、これは在宅というよりは、在宅の患者さんが急変したとき、これを結構受け入れていただいている。そうすると、その後のまた我々、かかりつけ医とその関係をどういうふうにしていくのか。どうしてもご家族はもう救急車を呼んで、結局、救急で受け入れてくれるとなると、あの辺はもう聖路加さんになるので。ですから、そういう意味で、本当は聖路加病院さんはもう急性期の病院なわけなんですけれども、そういう形で在宅にも関係してくるというような状況があります。

○加賀座長 三楽病院、杏雲堂病院もそういった在宅の患者さんの受け入れも比較的うまくいっているというようなことでよろしいでしょうか。

○木村委員 そうですね。レスパイトなんかもやっていただいていますし。

○加賀座長 ありがとうございます。

次に、港区なんですけど、港区のアイランド内科クリニックの安田先生、きょういらっしゃっていますか。

○安田委員 はい。

○加賀座長 港区ではどのような在宅を、教えていただければと。

○安田委員 中央区さんは病院が少ないということで、非常に申しわけないかもしれませんが、港区はかなり急性期病院が潤沢にございまして、慈恵医大の本院と済生会中央病院、

虎の門病院、国際医療福祉大学三田病院、東京高輪病院さん、あと北里研究所病院さんと、ちょっと違うかもしれないんですけど、愛育病院も港区でございます。

それぞれ病院かなり特徴がございますが、医師会では、港区医師会ではアドバイザー一ホスピタル制度というのがありますして、各病院の連携の先生方に毎回毎回、医師会の理事会にご参加いただいて、各病院から来ていただいているので、だから、病院間の連携もかなり比較的、在宅というよりは、防災に関してになりますけれども、災害医療なんかに関して、特に各病院間の連携がかなりとれているので、それをつてに在宅でもいろいろやっているんですが、かなりそれぞれの病院の特徴がありますして、やはり地域包括ケア病棟を持っているのは北里研究所病院さんと東京高輪病院さん、あと古川橋病院さん、個人の病院になります古川橋病院さんなんですけれども、在宅の急性期でない患者さんはそちらで地域包括ケアシステムの情報連携シートなんかを使ってお願いしているんですが、急性期に関しては、やはりそれぞれ住民の方がかかりつけの病院があったりするので、それほど急性期の入院では余り困っていないんですけど、病院さんのお話を聞くと、やはりワンクッション、ちょっと病院、どこかで回復期という病院がほとんどない。そこがやはり問題で、回復期の病院がないので、ちょっと他地区に一度転院されて、それから、今度、戻ってくるとなると、他地区の方は区内の情報が余りないので、今、ちょっと困っているというところですよ。

それを解決するために、地域包括ケアシステムの在宅療養相談窓口というものを区で一応つくりまして、区内の医療資源を把握して、いろいろまだできたばかりでちょっと皆さんに知られていないんですけども、それを利用していただければ、在宅へつなげるとかも医師会もバックアップしてやっていますので、使っていただければと思います。

○加賀座長 ありがとうございます。

東京がんサポーターズのケアクリニックの向山先生は、きょういらっしゃっていただいていますか。港区の連携のことを少し教えてください。在宅のほうをやっている。

○向山委員 私は、3年半前ががん専門病院からがんの在宅訪問診療のほうへ異動しまして、この3年半で港区の患者さん、それから、あと新宿、渋谷、中野等の患者さんを拝見していますが、港区に関して言えば、私もやっていたがんの緩和ケア、病棟が港区にないということがございまして、ただ、幸いなことに、東京高輪病院様、それから中央区の聖路加国際病院様は緩和ケア病棟とがん相談支援センターを通じて、それから、千代田区の東京通信病院様、ここもがん相談支援センターの方を通じて、何か病状の症状の変化したときの病態精査、入院と、あと、ご家族のレスパイト入院ですね、休息入院、これを非常に快く引き受けてくださっているということで。今、一つの課題は、患者さんの病態精査、それから特殊な治療をさらに継続する場合以外に、患者さんをご自宅で支えているご家族のレスパイト入院、これを1週間、2週間できれば、もっとがん在宅療養のクオリティーは上がるし、最期までご自宅へということもできますし、その辺がいろいろ今、模索中でございます。

ですから、港区は東京高輪病院様、それから近隣の隣の聖路加国際病院様、それから、千代田区の東京通信病院様、そういうところはちょっといろいろ足を運んで連携をお願いしたり、また、逆に患者さんを紹介していただいたりということを行っております。

○加賀座長 ありがとうございます。

きょう、JCHOの東京高輪病院の山本先生は、よろしくお願ひします。

○山本委員 東京高輪病院の山本でございます。

在宅療養をされている患者さんの病状の悪化時の対応に関しましては、当医院は24

時間対応で診させてもらって、誤嚥性肺炎から一般の市中肺炎から心不全増悪とか、全てその後、急性期病棟、必要に応じて包括ケア病棟を介してというような対応をさせていただいております。あとは、包括ケア病棟に関しましては、当初は、自院からの本当に退院前のワンステップとして使うケースが多かったんですけど、大分、地域の先生方に利用していただくケースも多くなりまして、最近では、在宅療養のレスパイトの目的で、短期から長期にわたるまで幅広く活用していただきまして、大分、病床も埋まってまいりました。そのような状況です。

以上です。

○加賀座長 ありがとうございます。

まとめます。長嶺先生、みなと保健所の先生、急性期の病院が多くて、この回復期、それから慢性期の病棟に移行しているときには、どんな苦勞がありますでしょうか。

○長嶺委員 私どもみなと保健所では、13の多くの病院の先生方にお世話になっているところで、すみません、もう一度……

○加賀座長 いわゆる急性期の高度急性期から患者さんが移るときには、どういうふうなご苦勞というんでしょうかね、地域包括ケア病棟も余りないようなので。

○長嶺委員 すみません、ちょっとそここのところについては、所管も少し違うところがございまして、保健福祉部の関係のところがございますので。すみません、ちょっと具体的なところは、そこについてはわからない状況でございますけれども。

○加賀座長 港区のその患者さんたちのトラブルというのではないんでしょうけど、今、違う病院にかなり区外の病院にも紹介したりなさっているようなんですけど、やはり港区内で全て解決できるということはなかなか難しいということなんじゃないかな。

○長嶺委員 すみません。ちょっとご質問いただいているご趣旨と違うかなとは思いますが、私どもみなと保健所の私の今おります保健予防課というところは、感染症対策並び地域医療連携、そして災害医療について所管しているところでございまして、すみません、ちょっとその私の視点からになってしまうのですが、在宅の医療の先生方とは今後、本当にしっかりと連携していきたいと思っておりますのでございまして。そこについて、ちょっとご視点が違って恐縮なのですが、せっかくの機会ですので、お話しさせていただければと思っております。

実は、感染症を所管しているところですので、非常に困っているといいますか、先生方のご指導をいただきたいと思っております。結核でございます。在宅医療で胸部エックス線がやはりどうしても省略されていきますので、気がつけば重症の肺結核で死亡されていくというケースも正直ございます。来院もままならない高齢の患者さんが多いという中、そして、また胸部のレントゲンが相当重症な結核になっても、特に大きな症状を呈さないという症例が多く、今後、80歳以上に重点を置いた定期健診をなさいということをして本年の4月27日、厚労省のほうからも通知が出ておりまして、高齢者における結核発病の早期発見の対策についてということが言われております。

国と同じく港区は80歳以上の高齢者に対しての罹患率を見てみますと、対10万当たり60もありまして、非常に罹患率としては高い状況になってございます。こういった方々をどのように早期発見するかということが、今、私どもは非常に課題になっておりまして、早期発見できれば、今、ここに集います我々並び医療従事者がどうしても接触者健診の対象になってくるんですが、そういう方々のリスクも減らすことができますので、港区の在宅にかかわる先生方のいろいろ意見交換させていただきながら、そういった点を誤嚥性肺炎、肺炎の検査をしていただくときには、肺結核の喀たん塗抹、PCRもぜひお願いしたいと思っております。どのように今後、進めて

いっていいか、ぜひ、ご指導いただきたいなと思いながら、今、業務を行っているところでございます。

ちょっと視点が離れたお話をさせていただいて申しわけございません。いつも思っていることで、ついお話しさせていただきました。

○加賀座長 ありがとうございます。

それでは、次に、文京区の駒込のかせだクリニックの加勢田先生、ちょっとお話を伺わせてください。

○加勢田委員 文京区は、文京区医師会と小石川医師会がございまして、私は文京区医師会のほうを担当しております。

文京区は、皆様ご存じのように、大学病院が四つございます。東大病院、医科歯科病院、日本医科大学病院、順天堂病院、それから都立駒込病院という都立病院等がありまして、非常に大病院が多いところで、私たちは非常に恵まれたところにいるんですけども、大学病院であるがゆえに、動きがちょっと緩慢という部分も今まで多々ありました。しかし、各病院の特徴がいろいろございますが、医療連携室が徐々に機能も充実してきておりまして、我々在宅医の要望をよく聞いていただけて、患者さんを受け入れてくださることも近年、大分、多くなってきているような気がします。また、総合診療科というのが各病院にございまして、総合診療科では、必ず困った患者さんを受けてくださるというような対応をしていただけるので、これはまた徐々に連携は進んでいるかと思えます。

ただ、ちょっと困っておりますのが、やはり大学病院と都立病院に入った方は、短期間の入院が多いために、その後、回復期の病院というのが近隣には余りなくて、圏外のところに行かれた後、私たち開業医のところになかなか帰ってくるのがうまく連携できない。ただ、その点に関しましても、最近の私の感覚なんですけれども、ケアマネジャーであるとか入院前のチームワークのもとに情報も入ってくるようになって、徐々に在宅をもと診ていた私たちのところに帰ってくるようになってきたのかなという気はしております。

地域では、ほかに健生病院さん、それから東都文京病院さん、慈愛病院さん等が慢性期の患者さんも受けくださるというようなことをしていただいておりますが、まだまだ十分に活用できているとは言えないんじゃないかと思っております。

以上です。

○加賀座長 ありがとうございます。

きょうは、健生病院の山崎先生はいらっしゃいます。お願いいたします。

○山崎委員 今、お話があったように、やはり文京区は、ご承知のとおり、大病院がたくさんあるところです。中小病院は、さっきもありましたが、三つしかなくて、急性期から慢性期へ移行して、リハビリを受け入れる、あるいは在宅へのワンクッションの機能がかなり不足しているんじゃないかなというふうに思います。

当医院も慢性期を中心に行っているんですけども、在宅のバックアップ機能が十分できていると言われると、自分のところで往診もやっているんですけども、自分のところの患者でさえ、ちょっと急変したときに十分受け入れできないときもありますので、そういうバックアップ機能としては、やはり大きな病院や近接する中小病院にお願いすることが多いのが一応、実情です。

きのうもあったんですけども、在宅みとりに関してなんですけども、在宅でみとりで行こうというふうに決めている方でも、やはり急変したりとか、最期、いよいよのときはご家族がパニックになったりとかして、救急車を呼ぶ例が結構あったりして、そういう

方を結局、中小病院で受け入れられなかったり、バックアップ機能がないと、その方が三次に運ばれて、なかなかそういう受け皿がないという感じも問題になっているのかなというふうに思います。

あとは、家族指導とか、最後のところもやっぱり大事なかなというふうに思ったりとかしています。大きいところに運ばれると、やはりすぐ短期で帰されるんですが、短期で帰すときに肺炎が進んだりとかして、そのまま在宅に移行できない場合とかも多々あって、それで、途中のワンクッションの病院がなかなかないと、区外に行ったりとか遠くに行って、やはり地元に戻れないという方も結構あったりとかするので、そういうところをちょっと調整しなくちゃいけないかなと思っています。

○加賀座長 ありがとうございます。

我々も在宅をやっている、患者さんの家族とはうまくいっているんですけど、ある日、突然、外野の方が来て、これはもうすぐ救急車を呼ばなきゃいけない、大きな病院に入院しろといった問題がいろいろあります。これは各区でも同じじゃないかと思っています。

小石川の八千代診療所の井上先生、何か文京区での在宅のことを教えてください。

○井上委員 文京区医師会の加勢田先生のほうから文京区内の現状についてはご報告がありましたので、文京区外に対して、どういうふうに僕らが考えているかについて、ちょっと述べたいと思います。

文京区は、東西に6キロ、南北に4キロと比較的こぢんまりとした区ですので、ちょっと足を伸ばせば、すぐに区外に出られるわけですね。そうすると、区外の近隣の病院ですと、JCHO東京新宿メディカルセンターや東京通信病院、山楽病院、ほかにも幾つか病院がございまして、そういった区外の近隣の病院との連携も非常に重要だということで、毎年のように連携の会を開いています。在宅の患者さんも24時間、365日いつでも急変があった場合には、豊島区の都立大塚病院やJCHO東京新宿メディカルセンター、三楽病院さんでは3床、文京区のための在宅患者さんのための後方ベッドとして確保していただいていますので、大変貴重にいつもそのベッドも使わせていただいています。

それから、文京区医師会と小石川医師会では、その近隣の病院さんとの連携を大変重要視しておりまして、毎年、連携の会を設けています。前年度は、永寿病院さんと連携の会を持ちました。今年度は、どこでしたっけ。杏雲堂病院さんと年明けに連携の会を持つ予定になっております。そのように連携の会もしっかりするように心がけているところです。

以上です。

○加賀座長 ありがとうございます。

やはり区を越えての連携というのは、私たちもとてもこれから大切なことじゃないかと思っています。

ちょっと文京区の榎戸様、まとめてみて、今まで文京区ではそういう在宅と病院との連携というのは何かご意見がありますでしょうか。

○榎戸委員 文京区のほうの状況につきましては、今、加勢田先生と井上先生がおっしゃったとおりの状況でございますけれども、私どもの行政のほうで1点課題として認識している点につきましては、地域の医師会様や回復期の病院様とはいろいろ情報交換させて、ご意見をこういった場でもお聞かせいただいているんですけども、区内にある急性期の大病院の先生、病院の方となかなか話す機会がないんですね。医師会の区主催の会合は設けても、結構、トップというか、かなりえらい方がいらっしゃるの、在宅に関する課題というところまで踏み込んだ意見のやりとりがなかなかできないのが現状で

ございます。私は事務方の担当としましては、そういった区内の大病院のどちらかといえば、最前線で頑張っているドクターの方や事務方の課題というの吸い上げて、吸収してご意見を伺うのが大事なミッションと考えていますので、今後、ちょっと頑張っていきたいなどは認識しているところでございます。

○加賀座長 ありがとうございます。

じゃあ、次に、台東区なんですけど、善平先生、台東区ではエリアが大分小さいところなんですけど、どのような在宅の連携をなさっているか教えてください。

○善平委員 台東区では、永寿総合病院を初め、浅草寺病院、浅草病院、区立の台東病院が主なる入院先の病院になるんですけども、特に永寿総合病院さんで在宅患者さんの登録制度で、事前に情報を永寿病院のほうに送っておいて、いつでも受け入れてくれるような体制をとっているのが特徴かと思っております。これによって、今のところ、ほとんど入院先で困ることが最近はないような状況でして、その後のことは問題になるんでしょうけど、慢性期に入った後、どのようにして在宅に戻ってくるかということは、まだ課題の一つだと思うんです。つまり、病院と病院の連携とか、そういうことを今後の課題にさせていただけたらと思います。

それから、三井記念病院も本当に台東区の患者さんがお世話になっているところでありまして、こちらとも連携をとるように、いろんな会に榎本先生などをお招きして、台東区と連携をとるように今、努めている状況です。ほかにも、大学病院も近くにありますので、こちらとの連携も今後考えていかなきゃいけない課題かと考えております。

○加賀座長 ありがとうございます。

永寿総合病院の池田先生、一言お願いいたします。

○池田委員 よろしいですか。初めましてというか、永寿総合病院の地域医療連携センター長の池田と申します。よろしく申し上げます。

今、お話しいただいたとおり、台東区は小さな区なんですけれども、高齢化率もかなり高く、在宅の方がたくさんいらっしゃいます。今後、恐らく高齢化はどんどん進んで、人口もキープしたままで高齢化が進んでいくんだと思うんですけども、何というんですかね、結局、私の中では、余り地域と病院と分けて考えているつもりはなくて、もう地域でワンユニットの医療機関、永寿病院、それから、ほかにも病院があるんですけども、それと地域の先生方ともう一体となって地域を支えていこうというふうなつもりでおります。

ですので、永寿、地域医療連携センターというのを立ち上げて、ソーシャルワーカーと事務方と、それから退院支援ナースともう一体となって、今、どんどん逆紹介をひたすらしているところでもあります。それで、また紹介率もどんどん上がってきておりまして、そこはもう境がないようにしたい。もう別のものではないので、本当に一つになって、その受け皿でもって、地域の皆様をお支えするというふうに考えていきたいなと思っています。幸いにして、下谷医師会、浅草医師会の先生方にも本当によくいただいて、台東区では仲よく本当にさせていただいております。

また、台東区に主な病院が四つあるんですけども、病院連絡会というのを年に4回開催しまして、院長、それから地域連携の者、それから事務方、薬剤師と集まって、いかにいわゆる共通化を図るか。いろんなシステムとかお薬のものとか、なるべくそういうのを共通化していこう。それが結局、災害時にもきっと役に立つだろうというふうな発想でおりますので、きずなをより深めていく方向にしていきたい。もう永寿病院の単体で医療をやるような時代ではないと思っておりますので、ほかの病院をどんどん開放して、また、まずは台東区のほうをしっかりと支えさせていただいて、今、お話しに

ありました文京区の医師会さんとか、あとは三井さんのほうも本当にお隣ですので、連携させていただいて、もうきずなをつくっていくということが何よりじゃないかなというふうに思っております。

ただ、うちに来て、それから療養型に行って、それから結局変なところに行っちゃうというか、台東区に戻ってこないという問題がちょっとありまして、そこを何とかしなきゃいけないというところも大きな課題であります。それももういかに連携をよくしていくかというところに尽きるんじゃないかなというふうに思っております。

○加賀座長 ありがとうございます。

かとう医院の加藤先生。

○加藤委員 台東区は下谷医師会と浅草医師会がありまして、台東区については、善平先生がおっしゃったとおり、今、永寿病院が中心になって後方支援してくれているんですけども、台東区が今、大体18万人ぐらいの人口がありまして、高齢化率が24%で、東京都内で第2位なんですね。その中において、永寿病院が今、そうやってやってくれているんですけど、ほかにやっぱり区立台東病院ですとか浅草病院、浅草寺病院といった病院があるんですけども、そこは夜とかだと受けていただけでない。そうすると、在宅をやっている上で、なかなか夜、急変時に対応してくれるところがないというのは、在宅医療をやる上ではネックになるので、その辺をもうちょっと解決すれば、浅草はあるんですけど、下谷医師会ではまだなかなか在宅医療をやってくれる先生がそんな多くないものですから、その辺をもうちょっと改善していけば、在宅に手を挙げてくれる先生がもうちょっとふえるんじゃないかなというふうに思っています。

自分がずっと診てきた患者さんを最期をみとるところまでやってくれれば、一人、二人でも先生が診てくれれば、50人医者がいれば100床分ベッドが急性期に回せるわけです。そういった資源の活用という意味でももうちょっと普及させなきゃいけないのではないかなと思います。

それから、もう一つ、下谷医師会管内では、やっぱりどうしてもそういうのがあって、レスパイトという主張がまだ普及していないので、その辺のことについても、もうちょっと啓蒙して、レスパイト入院というのがあるんですということを言っていないと、患者さん自身もなかなか在宅に踏み切っていただけないという部分もあるんですね。ですから、患者側もやっぱり在宅に対する誤解、我々医師会の中でも在宅医療に対するまだ敷居が高いという部分があるのが下谷医師会の現状だと思います。

以上でございます。

○加賀座長 ありがとうございます。

この中央ブロックというのは、各区が非常に狭いもので、それこそ地域包括ケアじゃないんですけど、他区の医療連携ともかなり協力ができていると思います。

病院協会の永寿病院の崎原先生、何かご意見がございましたら教えてください。

○崎原委員 病院協会の代表で来ておりますけど、河北先生以下、東京都病院協会というのも今、約、そうですね、20年近く前からできまして、そこからではもう一貫として地域で病院と診療所の連携をしようということで、ずっと東京都病院協会が取り組んでおります。先生たちの地域からも病院協会のほうに出てくださいっている方がおられると思いますので、もし病院協会のほうに何かご意見があれば、そちらのほうに積極的に言っただけければ、東京都病院協会としても対応していきたいなというふうに思っておりますので、ひとつまた今後、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

○加賀座長 ありがとうございます。

最近、口腔ケアということで、私たちは千代田区医師会、神田医師会が歯科の先生

方と一緒に協力して、また在宅にもどんどん参加していただくようなことになっているので、船曳先生、何かその辺のところでご意見がありましたら。

○船曳委員 千代田区歯科医師会の会長の船曳でございます。よろしくお願いいたします。

体のフレイルはお口の機能の低下にいち早くあらわれるということで、私どものモットーとしまして、食べることは生きることということで、一般介護予防事業として、シルバートレーニングというのをこの11月に、そうですね、各区の区民会館ですとか町会の集会所などを合わせまして、約13カ所ほどでちょうど11月いっぱい終わったところでございます。

それから、病院さんのほうからのご依頼では、周術期の口腔ケアの取り組みということも重要な課題としてやっております。

それから、先般、加賀先生にもお話ししたんでございますけれども、オーラルフレイルについて、東京都の健康長寿医療センターの口腔外科部長でいらっしゃいます平野先生をお呼びいたしまして、来年の2月20日にオーラルフレイル、口腔機能低下症をどう見るという題目のもと、ちょっとご講演をいただいて、医師会の先生方、それから在宅ケアのスタッフの方々にお声をかけまして、少し啓蒙していこうかなというようなことをしております。

以上のようなことは歯科医師会では取り組んでおります。

以上でございます。

○加賀座長 ありがとうございます。

それでは、看護協会の柳橋先生、どうぞ何かありましたら。

○柳橋委員 中部地区を担当しております柳橋と申します。

中部地区もですし、東京都看護協会全体でも療養支援を担当するナースの育成ですとか、あと、私たちのところの中部地区の中は、割と大きな病院の方たちが研修会に参加されるんですけども、ケアマネジャーさんや地域包括支援センターなどがどういうふうなことを地域でやっているのかというふうなことの情報交換やディスカッションなどに力を今年度は入れております。その中では、訪問看護ステーションもそうなんですけれども、大きな病院のナースは地域のことを知らないというようなことも指摘されますので、いろいろ情報がつながるようというふうなことはしております。

あと、全体としては、東京都看護協会は、東京都の委託事業でいろいろな研修会などを行っているんですけども、もう少し市民の方といいますか、普通に健康に暮らしていて、一定の年齢になると親の介護が発生して、初めて自分が地域のことを知るというふうなナースも多いので、もう少し事前にどういうふうなことが行われるというふうな、市民の方たちも一緒にするようなことが企画できれば、さらによいのかなと最近感じしております。

ここにお集まりの先生方が診ていらっしゃる方たちは、非常にナビゲートされて、よい在宅医療が受けられていると思うんですけども、そういう情報をどのようによく知らない方に伝えるのかというふうなことを最近少し意見が出たりしております。

以上でございます。

○加賀座長 ありがとうございます。

じゃあ、居宅介護の支援のほうから享保先生、よろしくお願いいたします。

○享保委員 ケアマネジャーとして、病院との連携ということでお話しさせていただければ、最近はい退院時に必ず引き継ぎをするようにという方針が決まっておりますので、患者さんのほうが入院しましたら、すぐにMSWさんと顔つなぎをして、退院時のどういう症状で帰ってきたら、おうちで在宅での生活が続けられるかという話し合いが大分

できるようになってきております。

あと、やっぱり患者さんが行方不明になってしまって、先ほど先生たちが何人かおっしゃっていましたが、おくすり手帳とか、あと保険証のケースに私は名刺を入れさせていただいております。ちょっと認知症の進んだ方でも病院のスタッフさんがそれを見てくだされば、私のほうに連絡をいただいで、スムーズに退院までのお話ができるようになっているかと思っております。

私からは以上です。

○加賀座長 ありがとうございます。

すみません、台東区の保健部さんの方、ちょっと忘れちゃいました。ごめんなさい。総合的にちょっと台東区のことを教えてください。

○松原委員 では、台東区健康課長、松原でございます。

私ども台東区では、平成25年に在宅療養連携推進協議会というのを設置いたしまして、医療関係機関の方々、それから介護サービス事業者及び区が連携しまして、医療間の連携及び医療と介護の連携状況の実態把握、それから実情に応じた事業のあり方を検討している状況でございます。私ども区立の台東病院も所管しております。台東病院は120床で、うち40床は慢性期病棟ということでございます。先ほど申し上げました在宅療養連携推進協議会の中でも地域の医師会の先生方からご要望いただいております。在宅で療養されている方が急変時に台東病院等の受け入れということでご要望いただいておりますけれども、特に夜間の受け入れにつきましては、体制等の問題もあわせて、なかなか進んでいないという状況でございますので、その辺のところは、今後、また課題であるかなというふうに考えてございます。

○加賀座長 ありがとうございます。

それでは、石川さん、ちょっと龍岡の石川先生。

○石川委員 老健から参りました。文京区にあります老人保健施設から参りました石川です。

老人保健施設の現状ということでちょっとお話ししますけれども、もともと在宅復帰というイメージが強かったと思うんですが、地域包括全般を担っているという位置づけでよろしいかと思っております。ショートステイもありますし、長期のご利用、それから、もちろん特養待ちという方も実際いらっしゃるんですけども、あとは、通所リハビリテーションですとか、訪問リハビリテーション、かなり手広くやっておりますので、在宅を見据えて、施設の立場でいろいろなサービスを提供できているというのが強みかなと思っております。

ちなみに、私どもの施設では、在宅復帰率50%以上キープしておりますので、その後のショートステイですとか、通所リハビリテーション、全てフォローするという意味で、在宅へ帰っていただいているかなと思っております。

詳しい全般的なお話は平川先生からまたあると思っておりますので、よろしく申し上げます。

○加賀座長 ありがとうございます。

じゃあ、ちょっと平川先生、お願いします。

○平川副会長 お手元資料をお配りしました。せっかくの機会、なかなか老健というのは埋没してしまっていて、医療施設ですので、この在宅ワーキングにも入れてもらっているわけですが、このお手元資料ですが、そういった老健の弱みといたしますか、はっきりしないところが今回、東京都から補助金をいただきまして、少し新しい仕組みをスタートしたので、この機会に5分間ほどで説明します。

まず、1ページの下ですけれども、先ほど石川先生が言ったように、老健は在宅復帰

施設という意味が強かったんですけれども、昨年、介護保険法が変わりまして、在宅復帰施設プラス在宅支援施設と。つまり、先生方が病院で退院された方あるいは在宅で診ている先生方を支援するという機能が加わりました。どっちかという、こちらが今、加わっています。その在宅支援機能というのを、いわゆる右側の棒グラフ、ショートステイ、短期入所療養介護、それから通所リハビリテーション、いわゆるデイケアですね、それから訪問リハビリといったものを3本柱で立てています。

めくっていただきまして、このショートステイでございますけれども、これが先生方もよく誤解されてしまうんですけれども、ショートステイって実は介護保険法で二つあるんですね。一つは、短期入所生活介護というショートステイ。これは特養とか株式会社がやっています。医師がいなくて、とにかくショートステイをするという思想と、もう一つは、この短期入所療養介護。わかりやすく言うと、医療ショートと言ったらいいと思うんですけど、これは病院や老健がやっています。

ところが、残念ながら、このグラフでわかりますように、特養や株式会社がやっているような、いわゆるお預かりショートステイというのはレスパイトに入るわけですが、老健のほうは相変わらずレスパイトが多くなっていて、リハビリテーションとか、これ以外の認知症の評価とか、ポリファーマシーの調整といったような医師、看護師、医療職がそろっているにもかかわらず、その医療のショートステイが使われていないんですね。これは非常に問題で、恐らく先ほど言ったように、ショートステイと一くくりに先生方もケアマネもくくってしまっていて、これは全然違うことを本当はやらなきゃならないわけです。

下のほうのグラフは、これはケアマネを初め、老健に対する風評ってこんなものなんですね。高額な薬が出ない、治療できない、いつも満床、敷居が高いと、極めて面倒くさい施設だったので、結果的に、最近ではサ高住や有料のほうが楽かなとあって、ケアマネさんは簡単にこっちに回しちゃう癖があります。

それに対しては、次の3ページですけれども、実際、先ほど言った通所系のデイサービスもデイケアも、これはごちゃごちゃになっているわけですが、これは国のデータですけれども、例えば、上の通所リハ、いわゆる老健等がしているデイケアと下の通所介護、デイサービスを加えれば、この向上率とかが全然違います。例えば、左側の脳卒中につきましても、ブルーと赤を比べれば、圧倒的にデイケアのほうに効果が出ている。当たり前の話なんですけれども、でも、この辺は全部一緒、デイケアもデイサービスも一緒だということがもうほとんど流れてしまっている。このあたりがどうもはっきりしないと。これを踏まえて、一般の周知じゃなくて、いろいろきちんと見せなきゃいけないんじゃないかということで、今回の事業をやっています。

次のページをめくって、4ページですけれども、今回、東京都から補助金をいただいた事業は3本柱があります。ショートステイの情報基盤、それからパンフレットと研修会、今言ったような、いわゆる都市伝説化している老健施設の妙なうわさ、3カ月で出されてしまう、認知症はだめだとか、薬を使ったらだめだという、それを払拭するために、このショートステイ事業をやっています。

4ページ、下ですけれども、これはこの12月からスタートしておりますけれども、ショートステイの情報がとれます。ただ、次のページのまた1に戻っちゃいますけれども、4ページ目に具体的にになりますけれども、各項目から希望の検索入力、ここに書いてあるように、特に皆さんが迷うのは、インスリンは大丈夫だ、経管どうだということも全部ここで評価ができておりますので、これをチェックすることによって、最後のページになりますけれども、今の空所状況も全部わかる仕組みになっております。今月か

らスタートしたので、今からだということでありましてけれども、最初に、僕がご挨拶申し上げたように、これから先、高齢者がふえていく中で、今さら人、物、金がない中で、新たなサービスをつくれません。現状あるサービスをいかに整理整頓して、本来あるべきものに対してきちんとつなげていくかということが地域連携でも特に重要だと思いますので、今回、このホームページとか、あるいはパンフレットもつくりますし、研修会もやりますけれども、もう一度、自分たちが持っているそれぞれの立場とか機能を強み、弱みも共有していることが、この地域連携あるいは在宅療養を続けていく一つの方法かと思ったものですから、きょう、機会がありましたので、一応、情報提供しました。

ありがとうございました。恐れ入ります。

○加賀座長 新しい情報をありがとうございました。

この在宅の療養は、この中央ブロックは比較的早い時期にやってきたんですけど、何というんですかね、在宅の地域によってかなり差があるというふうなことを感じています。

西田先生、最後に何かちょっとまとめと在宅の……

○土谷理事 東京都医師会の医療介護福祉担当の土谷といいます。きょうは、皆さん、夜遅くまでお疲れさまです。

この地域は、区中央部、ほかの地域から見ると、ベッドがいっぱい、しかも高度急性期の病院が多くて、うらやましいと思われることが多いところなんですけれども。けど、やっぱり細かく見てみると、それぞれの地域で問題があるんだなということがよくわかりました。特に気がついて思ったのは、中央区、病院が多そうで、実はすごく少なくて、ほとんどは千代田区の病院だったんだなというのは思うところです。あるいは、浅草もそうですね、病院が少なくて、在宅から状態が悪くなったときに入院するときのベッドの確保が大変なんだな。けど、そうはいつでも、非常に地域柄、ほかの病院が利用できる。それはそれで連携がとれていて、それもいいなと思ったところです。

一番の問題は、急性期に行って、在宅で療養していた人が急性期の病院に行って、それが地元に戻れないということは、やっぱりそれはほかの地域でもよく挙がる問題なんですけど、それは区中央部でも問題で。特に区中央部ではそれが多いのではないのかなという印象を受けました。それをやっぱり解決していかなきゃいけないところなんですけれども、それを解決するキーになるのは、私たちの中でも、最後のほうに発言いただきましたけど、ケアマネジャーなのかなと思っています。在宅でも見ている、病院に行っても病院まで行って、非常に大変なお仕事をされているなと思っています。病院に行っても、ちょっと待っててくださいとあって、待たされるのがさんざんあるのかなと思っています。医療を提供する側はもっとケアマネさんに温かくしなきゃいけないんじゃないのかなと、私個人的には思っているところです。

あと、最後、平川先生からお話がありましたけど、レスパイト入院ができない、しにくいという話がありましたけれども、そういうのも老健でもう少し活用できるんじゃないかなと思うところです。

以上、雑駁になりましたけれども、私からの印象です。

○加賀座長 ありがとうございました。

私のほうから一つちょっと提案なんですけど、前の会長会議でもありましたけど、最近、東京都医師会に入っていない、在宅専門の医療機関がだんだんふえてきていまして、そういう方たちとどのようかというんですかね、つき合うというんじゃないんですけど、どういう距離を置いてやっていくのかというのが、すごく何か最近疑問に感じております。すごくみんな若い人たちが元気でぼんぼん入ってきて、セットでケアマネジャーさ

んから全部ぼんと持ってきちゃうようなところがあるんですね。それは医師会に入っていないので、検査もできなければ、健診とか予防注射もできないんですけど、東京都医師会としては、そういった医師会に入っていない在宅のそういう先生たちをどういうふうにこれからつき合いというのはおかしいですけど、どういう考えかちょっと教えていただきたいと思います。

- 渡辺理事 東京都医師会では、公益社団なので、会員であろうと非会員であろうと、やはり地域の東京都民の健康、安心・安全を担保していかなきゃいけないということがありますので、2年前から東京在宅医療協議会というのをつくりまして、そこで在宅専門医、そして、会員・非会員の在宅専門医という方々も交えて話し合いを持ちながら、どういうふうに我々の医療体制の展開をしていくか。最近では、医療だけじゃなくて、介護福祉、医者にとってはちょっと不得手なんですけれども、そこら辺も医者のワークの一つになっておりますので、そういう介護・福祉系も交えて、そういう在宅専門の先生方は非常に多くのスキルを持っていらっしゃるの、会員・非会員を問わずに展開して、よいところをお互いに学びつつやっついていこうというつもりでおりますが、なるべく会員になっていただきたいというところはあります。また、進めてまいりますので、ご報告申し上げられたらと思っております。

ありがとうございます。

- 西田理事 今のことに関連してなんですけれども、確かに在宅を専門としているクリニックが最近、結構、東京都はふえてきていて、何をやっているのかよくわからないというところもございまして、やはりこれから東京都総力戦が必要になりますので、かかりつけ医、それから専門クリニック、病院、それぞれの在宅医療における役割をしっかりとつかんでいかなければいけない。そのために、やはり意思疎通が非常に必要になってまいりますので、東京都医師会としましても、今、在宅専門クリニックの先生方とかかりつけ医の意見交換というのを始めております。在宅の先生方はかなり全都的に展開しているような大きな施設の先生方に来ていただいて、どういう考え方をお持ちなのかということで議論しております。やはり彼らは彼らで非常に在宅に対する熱意があって、何かうまく橋渡しをすれば、東京都の在宅医療を支えていく上で、とてもいい仕事ができるんじゃないかと思っております。

あとは、地域地域で在宅療養の24時間体制の構築というのを皆さん頑張ってやっておられるんですが、なかなかうまく波に乗ってこないということがあります。これについても、できれば何か東京都医師会のほうで規範のようなものを示せばいいんじゃないかなと思ひまして、今、いろいろ下調べをしております。特にみとりを代行したときの法的解釈と診療報酬をどうしたらいいのかって、結構、これはどこの地域でもここでもめて、なかなか連携体制が組めないというところもございまして、そういったところも今、十分検証しながら検討しているところでございます。

以上です。

- 加賀座長 西田先生、ありがとうございます。

それでは、活発な意見がたくさん出ましたけど、そろそろ時間になりましたので、きょうは、この辺でお開きとさせていただきます。

東京都のほうから何かありますか。

- 久村地域医療担当課長 本日は、どうもありがとうございます。

実は、この在宅療養ワーキング、こちらの区中央部以外の圏域では全てグループワークというふうな形で、幾つかのグループに分かれてご議論いただいているんですけども、こちらの区中央部は、加賀先生のほうからせつかくこういった圏域内の区市町村の

方々が集まっていたくようないい機会なのでということで、あえて全体討議という形で進めさせていただいたところをごさいますして、そういった中で、それぞれの地域の現状・課題あるいは取り組みの共有というふうな形で、皆さんから貴重なお話をいただいたところをごさいますして、まことにありがとうございます。

最後に、事務連絡でございますけれども、今回の議論の内容につきましては、こちらの親会でございます地域医療構想調整会議のほうに報告させていただきます。また、東京都におけます在宅療養の取り組みの検討の参考にさせていただきたいと思います。

また、本日、ご参加いただいていない医療機関、関係団体の方々に対しましても、本日の内容については情報提供して、共有していきたいと考えておりますので、どうぞ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を終了とさせていただきます。本日は、まことにありがとうございます。