

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（北多摩南部）

日 時：平成31年1月23日（水曜日）19時00分～20時33分

場 所：多摩府中保健所 5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いますが、定刻でございますので、ただいまより、北多摩南部医療圏の「東京都地域医療構想調整会議・在宅療養ワーキング」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、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。

それでは、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、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6までと、参考資料1を用意しております。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ください。

また、本日の会議でございますが、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、本日、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。

東京都医師会理事の土谷理事、お願いいたします。

○土谷理事 皆様こんばんは。寒い中、ご苦労さまです。今、地域医療構想調整会議も、これは日本全国で行われているところなんですけれども、在宅療養ワーキングなんですけれども、これは東京だけなんです。東京だけしかやっていません。その意義を考えたもらいたいと思うところが一つなんですけれども、今回、これまで在宅療養ワーキング、何回か皆さん参加されたことだと思うんですけど、その中で話し合っていたのは、それぞれの地域で、課題、こういった問題がある、ああいうのもある、経営がどうだとか、そういった話が多かったと思うんです。

きょうは、その課題をもちろんみんなで共有してもらうことは一つなんですけれども、それをどういうふうに解決するかということを中心に話していただきたいと思っております。

これまで私もずっとほかの圏域の在宅療養ワーキング、西田先生とずっと参加していたんですけども、ある地域では、やっぱり問題を上げるだけでなかなか解決策までたどり着かない地域もありました。昨日もあったんですけど、昨日のところは、なるほどなと思える解決策を上げているグループもありました。そこのグループは、特にこういう話をするとあれこれ話が、いろいろな問題が出てくるんですけど、特に問題を絞ってやりましたというので、皆さんもしよかったら、問題はいろいろ上がるとは思うんですけども、テーマを絞って話してもらうと、解決に結びつきやすいんじゃないかなと思います。

ということで、きょうは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 土谷理事、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。医療改革推進担当部長の田中でございます。本日は本当にお忙しい中、また寒い中、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

この在宅療養ワーキングですけれども、医療と介護の連携とか対策療養というものについては、基本的には区市町村単位で進めていくべきものとされておりまして、それぞれの、きょうは区と町村はいらっしやらないので、それぞれの市で進めておられることと思います。後ほど資料の説明の中でも触れると思いますが、最後に参考資料として、さまざまなデータ集をきょうはお配りしております。

そちらは、きょうの議題の中で説明したりとか、触れるということではないのですが、それを後ほどゆっくりお時間のあるときに見ていただくと、それぞれの市ごとに、特に最後のところでは、訪問診療を、どこの医療機関が自分の市に訪問しているかとか、ある市の医療機関がどの範囲まで出張っていつているかというようなこともわかるようなデータも出ております。それを自分の市と隣の市とというふうに比べていただくと、それぞれの特徴も少し見えてくるかなというようなことで、おつけしております。

本日の議題のテーマとしては、「病院と地域の連携」ということを考えておりますので、そのデータ事態を余りとやかく言うつもりは、本日はないんですが、病院については区市町村を超えて受診したり入院したりということが多いので、この二次医療圏単位でのワーキングのテーマとして、本日「病院と地域の連携」ということで、お話し合いをしていただくことにしております。

ぜひ、今、土谷先生からもお話のありましたとおり、課題解決型のグループワークをしていただければと思っておりますし、そこで出てきたご提案については、東京都としましても、真摯に受け止めていきたいと思っておりますので、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 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。本ワーキングの座長は、東京都医師会理事で西田医院院長の西田伸一先生にお願いしております。

西田先生、一言お願ひいたします。

○西田座長 皆さん、こんばんは。昨年からは始まったわけですね。先ほど土谷理事も言ったように、地域医療構想調整会議の下部組織として、地域医療構想調整会議はどちらかというところと病床の機能調査とか必要量とかを算出するやつなんですから、じゃあ受け皿として在宅をどうするかというところで、このワーキングができあがったわけですね。

昨年は、全体会議として出席された方は覚えておられると思うんですけども、意見を出し合ったということで、なかなか課題も、地域の課題と、病院と地域の連携について、二つの課題でやったものですから、なかなか深掘りができなかったんですね。そこら辺を考えまして、ことしは座長にどういう形でやるかお任せいただくという形で、全体会議かあるいはグループ討論にするかということで、この圏域もグループ討論ということでやらせていただきます。

先ほど土谷理事も言われたように、大体課題はどこも出てくるんですよ。連携ツールをどうするかとか、共通のシートをつくるかとか、ICTをどうするかとか、それからあと一旦病院に入院した患者さんが在宅医に、元の主治医に戻ってこない。だから病院のMSWと地域のケアマネ、あるいは病院主治医と地域の医師の連携をもっと深めなくちゃいけないんじゃないかとか、そういった問題が課題としていつも大体どこでも抽出されてくるんですね。そこから、じゃあどうしようかということなんですね。

私も思っていますが、ぜひ的を絞っていただいて、じゃあどうしたらいいのかという

ところまで、時間が短いので恐縮なんですけれども、議論をしていただければ、ありがたいと思います。

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した。

それでは、以降の進行は西田先生をお願いいたします。

○西田座長 では、早速議事に入りたいと思います。

今回は、先ほど申し上げたように、「地域と病院の連携について」をテーマにグループワークを行います。できれば、具体的な対応策、対応案までたどり着ければいいのかなと思っております。

それでは、東京都から、議事について説明をお願いいたします。

○東京都 それでは資料についてご説明させていただきます。私、東京都福祉保健局の村井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

まず資料2をごらんください。

昨年度の在宅療養ワーキングの開催結果でございます。

資料の左側、開催日等につきましては、記載のとおりでございます。

内容につきましては、昨年度も意見交換をメインに実施しておりまして、テーマは大きく二つで、一つ目のテーマが「在宅療養に関する地域の現状・課題等について」、二つ目のテーマが「地域と病院の連携について」でございました。

テーマごとに出されたご意見につきましては、次の資料3をごらんください。

各圏域での意見をそれぞれまとめてございます。

本日の北多摩南部のまとめをご紹介します。

北多摩南部は11ページ目、資料の右下に11番と振ってあるページをお開きください。

この資料の中の本日のテーマである「地域と病院の連携について」で出てきたご意見や課題を紹介いたしますと、○の三つ目で、「病院側から在宅側へアプローチしていくことも必要。」とありますが、これは病院側から在宅の先生方にできるだけいろいろな情報を流してやりとりを始めたことで、連携が上手くいくようになったということで、病院から地域の先生方に、できるだけ早い段階からアプローチをしていくことが、連携において重要であるというご意見でございました。

それから、○の四つ目、「急性期病院等から退院してきて在宅で引き受けるというときに、在宅での暮らしを見据えた退院支援がなされていないケースがまだ多く、このことができておらず、このことが再入院率を上げたり、在宅に帰ってからの望まぬハズにつながるケースがある。」といった課題。

○の最後から二つ目では、病院と診療所の連携の課題として、「できれば退院前のカンファレンスを病院の主治医と在宅の先生と交えて行いたいですが、なかなか都合が合わないため、ばらばらにやりとりをしている。」といった課題を上げていただいております。

また、ディスカッションの参考といたしましては、もう一つ、資料4をお開きください。

こちらはワーキングの親会議となります地域医療構想調整会議の今年度の第1回目の結果をまとめたものでございます。

開催状況ですが、北多摩南部については、昨年6月28日に開催してございます。内容としましては、平成29年の病床機能報告の速報値のご紹介と、地域医療構想の達成に向けた公的医療機関等2025プランについて、プラン策定対象病院からプランの記載内容についてプレゼンがあり、そのプランの内容やプランを踏まえた地域の課題に

ついで意見交換等を行ったというものになっております。

その会議の中で出てまいりました意見や課題についてまとめたものが、次の資料5になります。

北多摩南部については、資料5の4ページ目をお開きください。2枚目の裏、右上に4/4と書いてございます。真ん中の北多摩南部ですが、ここで「地域と病院の連携について」出たご意見を紹介しますと、「①プラン病院について」のところですが、三つ目の府中恵仁会病院さんからのお話の中で、「地域包括ケア病棟について、地域の在宅の先生から正確に得られれば、在宅患者さんの受け入れ、サブアキュートでの運用も可能」といったご意見。それから、神経病院さんのところでは、退院カンファについて、「地域の医師の参加が難しいこともあるので、病院の看護師の出張カンファ等、病院自ら地域に出ていきたい。」といったご意見もございましたので、ご紹介させていただきます。

続いて、資料6、グループワークについて、ご説明いたします。

まず、グループワークが開始しましたら、進行役と書記、発表役をお決めいただきます。

続いて、進行役の方が中心となり、グループ内でディスカッションする課題を決めてください。進行役の方は、参加者全員が発言できるように進めてください。書記の方は、出た意見を机の上に用意したA4の紙にペンで記録して行ってください。本日は白紙のものと、課題と取り組み案をそのまま記入できるシートの2種類をご用意しておりますので、どちらかを自由に使っていただければと思います。

最後に、グループワークで出た取り組み案を発表していただきます。

次に、このグループワークの具体的な進め方についてですが、まずはテーマである病院と地域の連携から、グループメンバーの中で解決したい課題について、まずご議論いただきます。メンバーから出された課題に対し、では現状はどのようになっているか、メンバー内で話し合ってみてください。その後、課題と現状を踏まえて、課題を解決するにはどのような取り組みが考えられるか、その内容についてディスカッションしていただき、取り組み案としてグループワークの中でまとめていただきます。

グループワークの時間は50分となっております。グループワークが終わりましたら、課題に関するご説明と、グループでまとめた取り組み案を発表してください。本日は1グループ4分程度のお時間がございます。

資料をおめぐりいただきまして、資料6の2枚目に、先日行いました北多摩西部圏域でのグループワークの発表内容についてまとめてございます。

こちらの圏域で出てまいりましたのは、例えばBグループでは病院と地域とでお互いに共通認識ができていない、在宅医療側の事情を病院側がきちんと把握できていないといった課題があるということで、取り組み案としては、まずは病院側が主体的に研修会等をしっかり主導でやって、在宅医や訪問歯科、看護、介護、ケアマネジャーと一緒に病院の中で勉強して、病院ではこういうことができる、逆に地域側にはこういうところをお願いしたいといったような、お互いの要望は現状を共有して、それも一つの福祉だけではなく、福祉を超えた広域でも一緒にやっていくとよいのではないかとという取り組み案が出ております。

Cグループでは、病院医師と在宅医との連携にいま一つ踏み込んで行けていないので、在宅医とケアマネとの連携シートはあるが、病院と地域との連携シートはないので、そうしたシートをつくって活用していくのがよいのではないかとといった案が出ておりました。

このようなくあいで、短時間のグループワークとなりますが、課題に対する取り組み案をご議論いただき、その内容について発表していただく場とさせていただいております。

最後になりますが、参考資料1のデータ集についてでございます。

こちらは厚生労働省から各都道府県に対し提供される医療計画作成支援データブックや、同じく厚生労働省が公表している在宅療養に係る地域別データ集等をもとに、在宅療養に関する医療資源や看取り等の実績、自宅死の割合等をまとめたものでございます。また今後、地域において、施策検討のご参考としていただきますよう提供させていただくものでございますので、後ほどご確認いただければと思います。

それでは、以上で説明を終わります。

- 西田座長 ありがとうございます。今の東京都からの説明について、何かご質問がございましたら、挙手をお願いします。いかがでしょうか。大体おわかりいただけましたでしょうか。

それでは、時間も少ないようですので、早速グループワークに入りたいと思います。座長の私も中に入らせていただきますので、よろしく願いいたします。

では、どうぞ始めてください。まず、役割を決めるところからお願いします。

(グループ討議)

- 西田座長 なかなかまとめるのが難しいかと思いますが、発表に移りたいと思います。では、まず、Aグループから発表をお願いしますでしょうか。4分ぐらいでまとめていただければと思います。

- 池上委員 皆さんこんにちは。私、Aグループの発表をさせていただきます、三鷹市の健康福祉部高齢者支援課高齢者支援係長の池上と申します。

Aグループのほうでは、まず解決したい課題として、前提として地域課題の把握をするときなんかには、データを使ってやったほうがいいねという話が出ました。そこでは、取り組みとしてはレセプトデータを活用したり、少しデータを活用して、地域課題を把握していったほうがいいんじゃないかというような意見が出ました。

その中で、病院と地域の連携についてなんですけれども、課題として上げたのが、在宅から入院するとき、入院から在宅に戻るとき、入退院の中で、余り病院の先生と在宅の先生、MSWとケアマネとの連携が現状としてはとれていないというのが、課題として上がりました。

もう一つ、その中で、なかなか情報共有が上手くいっていないのではないかという課題が上がりました。

次に、課題を解決するための取り組み案としまして、一つが、病院側、医師、看護師さんも含めてなんですけれども、病院側のほうで、在宅診療について余り把握していない部分があるのではないかと。これは、在宅のほうに任せても大丈夫なものではないかというところも、まだ入院が必要だよというようなところで、在宅に戻さなかったり、在宅診療でどこまでできるかというのを把握していない部分が多いのではないかと。ところがありました。そこは、例えば医師の同行研修とか、病院側のほうがもう少し在宅のほうに目を向けてやっていく必要があるのではないかという意見が出ました。

あと、病院側、あとは介護側も含めてなんですけれども、それぞれの役割分担というか、役割の違い、専門性の違い、そこら辺を相互理解をしていくことが必要なのではないかという意見が出ました。

あと、情報共有についてですね。情報共有については、共通シートの作成とか、例えば武蔵野市でやっているような入退院時の情報連携シートとか、一つの共通のシートを

つくったりとか、今はICTであったりとか、テレビ会議を使った情報共有とか、情報共有を促していくことが必要という意見が出ました。

あと、もう一つとして、今後ますますケアマネさんの役割が重要になってくるだろうと。そのために、ケアマネさんがつなぐ役割というのを、もうちょっと必要になってくために、教育とか研修なんかをして、ケアマネの質を上げると同時に、病院側もケアマネさんの重要性というのを理解していくことが必要なのかなという意見が出ました。

以上で、Aグループの発表を終わります。

○西田座長 ありがとうございます。

では、Bグループ、お願いできますでしょうか。

○山田委員 Bグループです。Bグループでは、まず解決したい課題について、幾つかさまざまな方向性から意見が出ました。その中で、大きく三つに分かれるかなというふうに考えております。まずは、病院と地域医療ということですので、入院をしているときの連携をどうしたらいいのか。また、退院をするとき、在宅につながるときの連携をどうしたらいいのか。また、退院したあとの連携をどうしたらいいのかというような、大きな三つについて、様々な意見を出させていただきました。

その中で、まず一つ、課題を絞っていこうということになり、まずは退院時や退院後については、例えばAさんという入院患者さんについての支援というものは、ケアマネジャーさん、薬剤師さん、地域の医療のかかりつけ医の先生方など、もともとつながっている部分もあるということなので、そこをつなぐためには、退院時というところでの連携が必要にはなりますけども、そもそも入院をしているときの、病院の院内の連携をどのように図っていくか、在宅に対する理解をどこまで深めてもらうことができるかということが課題なのではないかということ、まず一つ絞らせていただきました。

その中で、じゃあどういようなことが解決策として考えられるかということについては、地域から病院に出向いて、なかなか病院側がお忙しいということもありまして、地域に出るといことが難しいというような現状もあるということでしたので、まず例えば地域包括支援センターや訪看さん、またケアマネジャーさんなど、地域のほうから病院へ出向くというようなシステムがくれたらいいんじゃないかというようなことを、解決策の一つとして考えました。

それについては、勉強会や講演会、研修会などの開催も必要なのではないかという意見もあり、また、それも一つ一つが個別にかかわっていくのではなく、多職種が連携をして集まる研修会などを通して、一つの可能ならばグループ的な部分でかかわっていけるようにしていくというようなこともいいのではないかということも、意見として解決策として上がっております。

また、個別のカンファレンスも必要だということもありますが、できれば入院中にそういうことができると、退院、在宅につなげるということが、より円滑にスムーズにできるのではないかというような案も出されました。

どちらにしても、なかなか院内で解決するといっても、院内の連携といっても、院内だけで解決できないこともたくさんあるという状況もありますので、この病院だけで悩まないで、どのように地域と一緒に考えていくことができるのかということが、今後、解決のキーワードになるのではないかというような意見でまとまりました。

以上です。

○西田座長 ありがとうございます。

では、引き続きまして、Cグループ、よろしくお願いたします。

○吉川委員 Cグループを担当します、私、狛江市で在宅医療をやっております、医師の

吉川と申します。Cグループで最初に話題になりましたのは、退院前カンファレンス、これをより充実させるべきではないかという課題がありました。

特に退院前カンファレンスの場で話がまとまっていくのではなくて、そうなる前に、いかに在宅の情報が病院側に伝わって、入院から退院につながっていくときに、それにスムーズにつながるような体制ですとか、医療の内容が組まれる必要があるだろう。したがって、入院中にも、退院前カンファレンスの前にも、入院早期から、いかに情報をやりとりしていくのか、そういうところが大事ではないかという意見が出ています。

そのほかの課題としては、例えば、認知症があったり、病状によって意思表示ができないような人が入院されたときに、地域でのケアの担当者がわからないという場合があります。それをどのように仕組みとして改善していこうかという課題が示されています。

そのほか、緊急入院が必要なとき、近隣の地域で入院歴がないような人、その方を、じゃあどこでどういうふうに見てもらおうようにしようかとか、あるいは、都心部で専門的な医療を受けていた方が、地域に帰ってくるというときに、地域でバックアップしてくれる病院、これはどのように探していったらいいのか、というような課題が出てきました。

それぞれについての解決策といいますか、取り組みの案としては、最初に上げた退院前カンファレンスをいかに充実させていくのかについては、例えば入院早期からケアの担当者、ケアマネジャーであったり、在宅での各事業所がわかるように、情報をケアマネ側からプッシュしたり、あるいは病院側からも早めにそれを確認して、これは先ほど、2点目の課題として出ていたような、意思表示ができないような人の場合のことも含めて、例えば保険証が入れば、在宅でのケア関係者のリストや連絡先などがカードの中に入っていたら、連絡がとりやすいじゃないかという意見もありました。

それから、入院したときに、在宅でどういうやりとりがあったり、どういう病状変化、あるいはどういった価値観に根ざしたやりとりがあったのかを知る助けとして、ICT、これは徐々に広がりつつある土壌ではありますが、ICTで在宅で流れていた情報に、病院の医師が難しければ、退院支援の看護婦さんであったり、ソーシャルワーカーさんといった入退院の調整部門の方がその情報に触れたり、あるいは入院中の課題について、ICTをドロップしてもらおう形で、在宅側からの懸念をフィードバックできたりということを事前にやっておけば、退院前カンファレンスの軸ができあがっていくのではないかという話です。

それから、近隣で入院歴がない場合、あるいは都市部、離れた地域から来るとき、地域で在宅医が決まっても、バックアップしてくれる見通しが決まっていない場合はどうしたらいいのかという点については、一つは、退院前に遠方の病院から、在宅主治医の予定のものに相談がきて、その主治医が連携しやすい病院を提案するというケース、これが現実にはよくあるだろうと言いつつ、実際はそういったのがなかなかないわけで、病気の特殊性なんかも考えると、地域包括、最近では機能が強化されつつあるので、そういうところによりつながれるような情報提供のあり方も大事ではないかという話が出ておりました。

以上です。

○西田座長 ありがとうございます。

では、続きまして、Dグループですか。お願いします。

○後藤委員 調布市で病院をやっています、多摩川病院の内科の後藤でございます。今回、こちら、在宅医の先生が欠席だということで、ケアマネジャーさんのほうから提案がありまして、患者さんが病院から在宅へ戻ったときに、在宅の先生にかかる間にベッパツし

たときに、具体的にどういうふうに対応したらいいかということがわからないんですね。情報のバトンタッチの問題を取り上げておりました。

そのときには、病院と在宅医と、ケアマネジャーという三つの間の連携についてですけど、病院と在宅医に関しては、診療情報提供書ということで、患者さんに持っていてももらうものがありますけれども、それを事前に在宅医になれる先生のほうに送っておくとか、あと、入院中に必要だった、療養に関する看護サーマリーもつけようじゃないかということです。

それから、在宅の先生とケアマネジャーさんのほうでは、来院簿みたいな詳細はわからないですけども、MCSとかそういうものがあるみたいなんですけど、残念ながら、病院の医師とケアマネジャーさんをつなぐものは、事実上は訪問看護指示書しかないの、そこら辺のツールを開拓していただいたらいいんじゃないかなということです。

あと、背景的に、今後、高齢独居がどんどんふえてきますので、アドバンス・ケア・プランニングというか、そういうものを確立しておいていただけると、病院側も積極的に患者さんを受け入れられるんじゃないか。それには、行政の方を中心に、見守り、民生委員の方も含めて、そういうような環境整備もしていただければいいんじゃないかなということです。

いずれにしても、個人情報の問題があって、どこら辺まで内容を書いていいか、まだ法的なところがわからないので、そういうところもしっかり見据えていただければ、より情報のバトンタッチが上手くいくのではないかとというふうに結論しました。

○西田座長 ありがとうございます。

では、最後のチーム、Eチーム、よろしくお願いたします。

○富永委員 Eチームです。小金井市で在宅医療をしている富永といいます。

うちの班では、入院したあとの出口に焦点を絞って話をしました。まず課題として上がってきたのが、入院したとき、今の制度だと、急性期はすぐ退院させなければいけないということで、せっかく病院にソーシャルワーカーさんがいても、すぐに退院させることに力を注いでいて、結局退院したあとの生活を何か手配をするところまで、人員的にも時間的にも、回っていないというのが現状であるというご意見がありました。

実際、退院先を探すことについても、市のほうで利用資源情報をまとめてくださってはいるんですけども、そこで実際、じゃあ訪問診療をしてくださる先生方は、この市ではどこどこがあるとか、病院はどこどこがあるとか、書いてあると思うんですね。現実には、いてくださる先生は、自分の患者さんを一人見ている。そういう状況で、実際の現実とかけ離れたものになっていて、実際に使える情報ではないというのが、現実としてあるということです。

そうしたら、ソーシャルワーカーさんはどうしているのかというと、その地域で知り合いの方とか、知り合いの医療機関の方とかに、実際はどうですかというのを聞いて、それでやっと紹介先を見つけていくということで、実際は人と人でしかつながっていないということになっているので、そこは変えるのは難しいと思うので、解決策として、やっぱり医療資源情報の統一を、人と人のつながりを定期的に会うとか、話し合う、そういうチャンスをつくっていくべきんじゃないかなと。どうしても、せっかくまとめてくださった市の情報が活用できていないところが、もったいないと思います。

ソーシャルワーカーさんは退院に必死になっているところで、今度は受け皿のほうですけども、受け皿のほうで、一番医師としては、医師のほうで在宅のほうに目を向けなければいけないのかもしれないかもしれませんが、現実として、病院にいる医師が、在宅の目線でものを見るのは、不可能とは言っちゃいけないんですけど、そんな余裕はないですし、

それを持ってくださいという人もいないですし、それを持つようになっていくためには、従来の医学教育のところから介入しないと難しいと思うんです。

そうすると、そこで医師に介入するというのは現実的ではないと思うので、その在宅、介護の一番矢面に立っているケアマネジャーさんをどうしていくのかというのが重要になると思っています。

現状では、ケアマネジャーさんって、資格を取っているけれども、実際にやっていない方も多く、資格を取った後、じゃあ統一されたトレーニングをされているのかとなると、本当に質が様々で、本当に在宅を安心して任せられるケアマネジャーさんが地域にどのぐらいいるのかと言ったら、限りなく少ないんじゃないかと思っております。実際、僕も医師会のほうで勉強会とかを開催するんですけど、意識が高いケアマネジャー、毎回来るケアマネジャーさんは同じです。来ないケアマネジャーさんは来ないということなので、一生懸命来ないケアマネジャーさんの質、地域のケアマネジャーさん全体の質を上げようと思うんですけど、それは現実的ではないと思っております。ここで出た意見は、ケアマネジャーさんは、おうちの患者さんの悩みとか、医療と介護を結び結び役をやっているけれども、全ての問題をケアするのは難しいと。現実的に考えて、仕事量が半端ないので、意見を聞いたり、制度をどう使っていくかを考えたりとか。そうしたら、ケアマネジャーさんを専門家して、これが得意なケアマネジャーさん、これが得意なケアマネジャーと、もうちょっと意識の高い人たちを、そこを重点的に活用する方法をつくったほうが現実的なんじゃないか。今、ケアマネジャーさんの報酬と労働量を考えると、ごめんなさい、これは個人的な意見ですが、大変見合っていないんじゃないかと思っております。そこら辺はもうちょっと、ケアマネジャーさんの地位をもうちょっと確立するというところに、制度を厚くしていただいたほうがいいんじゃないかという意見が出ました。

さらに、そういう受け皿をつくったとしても、在宅に帰ってきたときに、家族とか、一般の方って、自分が当事者にならないと、勉強しようとか、何か情報を仕入れようとかしないんです。なので、さっきも言った、来る人はいつも一緒。市のほうで住民教育をするというのは、在宅療養に取り組む上でとても重要なことだとは思いますが、住民教育で公開講座をやっても、来る人はいつも同じなんです。その人は、もともと意識が高いので、その人たちは必要なかったりするんです。そうじゃなくて、当事者以外の人が集まれるような楽しいイベントだとか、有名人を呼んでくるとか、そういったことで引きつけて、来ない人にも情報が伝わるようなことを行政で考えていただくと、もうちょっと住民教育ができて、住民教育ができることによって、自宅で過ごすこととか、死を迎えることというのがどういうことなのかというのが、当事者じゃない人にも興味を持っていただくと、地域全体の質が上がるんじゃないかなという意見が出ていました。

以上です。

○西田座長 ありがとうございます。活発なご議論をありがとうございます。

座長のほうから簡単に感想を述べさせていただきたいと思います。今回はどのグループも入退院時連携のところに焦点を当てていたと思います。その中でも、特にケアマネの役割の重要性というのはかなり強調されていて、非常に多忙なわけですがけれども、なかなか質の担保というのがまだまだ課題は大きいかなというところですが、やはり入退院支援におけるパイプ役としてのケアマネジャーさんの役割というのはかなり大きいものかなというところは出てきました。

それと、病院の先生方の在宅への理解であるとか、そういったこと、これもほとんど

どの地区でも出てくる話であります、

あと、ICTですね。ICTも、医療介護連携用に使っているものを、病院の先生方にも活用していただく。仲間に入っていただくというところから、一つかかわりができればいいかなんていうこともあったと思います。

それから、最後に出ました、医療を受ける側の覚悟というか、そこら辺も非常に重要なところだと思います。これから、東京都もどんどん高齢者人口がまだまだふえてきますので、そこをしっかりと考えていかなくちやいけないのかなと、私も非常に思った次第でございます。

それで、地域と病院の連携ということになると、なかなかどういう単位が最小単位なのかというのもすごく難しく、在宅のことだけ考えている分には、市区町村が中心でしょうし、ある程度病診連携を考えると二次医療圏ということになりますが、専門的な病院になりますと、もっともっとそれを超えて、全都的な話になってきますので、例えば連携シートをつくるにしても、そこは全都的な視野で考えいかなくちやいけないんじゃないかなんていうことは、思っております。

何かまとまりのない話ですが、皆様のご意見、非常に興味深く聞かせていただきました。本日はまことに活発な議論、ありがとうございました。

それでは、土谷理事に総括をお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

- 土谷理事 皆さん、活発なご議論ありがとうございました。幾つかの圏域のワーキングに出てきたわけですけど、こちらの北多摩南部のきょうのグループの発表は、ずいぶん具体的な取り組みが多かったなと思って、感心して聞いていました。特にきょうは西田先生も言っていましたけれども、ケアマネジャーの話が出ていましたけれども、その中で、Eグループのケアマネジャーの専門分化、これはなかなか面白い話だなと思って聞いていました。確かに、ケアマネさんが何十人、三十人ぐらい担当していて、病院からすると患者情報を教えてと言って、呼びつけるような形になっていて、それはどうなのかなと、ケアマネさんだつて忙しいのになど。相手のことにどこまで思いを馳せることができるかというのは、医療の基本なのかもしれませんが、ケアマネジャーさんの、きょう、ケアマネジャーさんはお一人ですかね。一人いらっしゃっていますけど、これからますますケアマネジャーの重要性が高まっていくんだなと思って聞いていました。

それから、入退院連携についても、今までは目の前の患者さんを早く出さなきゃということでしたけど、だんだん意識が前に前に行つて、入院中に連携をとらなきゃいけないとか、あるいは入院する前から地域のことを知っていてほしいということで、けど、それはこちらの在宅の側から見ると、やってくださいということですけど、その中で、Bグループは、地域から積極的に働きかけていきたいということでしたので、そういうことが少しずつ積み上がってくると、病院の理解も進むのかなと思いました。

一方で、医者はなかなか難しいのかなと思いますので、コメディカルの人ですよ。病院においては連携室の係の人が、在宅についてもっと情報がふえていけば、より流れよく在宅と病院と連携できていくのかなと思いました。

きょうは、活発なご議論、それからいい発表をどうもありがとうございました。

- 西田座長 ありがとうございました。

きょうご議論いただいた内容は、ぜひ皆さん、各市町村にお持ち帰りになって、それぞれ在宅療養推進会議というのをやっていると思います。そこでまた継続して議論していただいて、より具体的なものにつなげていただければと思います。

では、マイクを事務局に返したいと思います。よろしくお願ひいたします。

- 久村地域医療担当課長 本日は、限られた時間でございましたが、課題整理、論点整理

をしていただきまして、具体的な提案をいただきました。こちらのほうでは、他の圏域では出ていないような意見もいただきましたので、まことにありがとうございます。今後の取り組みの参考にさせていただきたいと思います。

本日御参加ご参加いただいていない医療機関あるいは関係機関の方々に対しても、今回の検討内容、資料等については情報提供させていただいて、共有していきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

最後に事務連絡二つでございますが、参考資料1のほうで不備がありましたので、差し替えのほうを配付させていただきました。なので、古い資料のほうは机上にお残しただけだと存じます。

それから、本日、受付のほうで参加の方、交通費をお渡しさせていただいておりますが、まだ受け取りをされていない方がいらっしゃいましたら、終了後、受付のほうにお話し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、本日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した。