

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（西多摩）

日時：平成31年2月6日（水曜日）19時00分～20時38分

場所：公立福生病院 1階多目的ホール

○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、定刻となりましたので、ただいまより西多摩圏域の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、配布資料の欄に記載のとおりでございます。資料1から資料6、それから参考資料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、議事の都度で結構でございますので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、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、まず東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。

では、まず東京都医師会、西田理事、お願いいたします。

○西田理事 皆さん、こんばんは。東京都医師会の医療介護福祉担当理事、西田と申します。きょうは、遅い時間、寒いところ、雨は何とかやみましたけども、お集まりいただきましてありがとうございます。

昨年に引き続いて第2回の在宅療養ワーキングということですが、昨年は全体会議として皆さんで討論するような形で、地域の課題と、それから病院と地域の連携という二つの課題をご議論いただいたわけですが、今回は座長の先生にお任せという形ですが、全体会議かグループワークということで、西多摩はグループワークという形で進めさせていただくことになりました。

テーマは「地域と病院の連携について」というところに絞りまして、できましたら先生方、時間が限られていますのでできるだけ課題を絞っていただいて、まず冒頭に何を話すかについてご議論いただいた上で、その一つの課題についてできるだけ具体的な案を出すところまで持っていただければありがたいと思っております。限られた時間ですし、二次医療圏ということなので、在宅というとやはり市区町村が中心になりますが、そういったところまでなかなか細かい話はできないのかもしれませんが、病院も今度は大病院が入りますとかなり広域になってきますし、なかなかですから、ここでの話というのはどういうレベルでどの程度までということがなかなか難しいところではございますし、この在宅療養につきましては議論のたたき台になるデータが余りないというところがございまして難しいところもあるかと思うんですけども、ぜひぜひ活発なご議論をよろしくお願いしたいと思います。

では、本日はよろしくお願い致します。

○久村地域医療担当課長 西田理事、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。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、お忙しいところをご参加いただきまして、本当にありがとうございます。

今、西田先生のほうからもお話がありましたとおり、医療と介護の連携、在宅療養ということについては、基本的には区市町村単位ということで西多摩圏域のそれぞれの市町村さんが進めていただいていると思いますけれども、今回、今お話があったとおり、地域と病院の連携ということでこの会議のテーマといたしましたのは、やはり病院に入院するとか受診するというについては自分の市町村の中にある病院に限らずその市町村域を越えて入院したり受診をしたりということが多々ありますので、より広域のこの二次医療圏単位でそのテーマでお話し合いをしていただこうということになりました。

この西多摩圏域におかれましては、恐らく東京都のほかの二次医療圏と多少いろんな、医療資源ですとか住民の方々のお住まいの状況ですとか、かなり特徴のある地域ではないかなと思っております。それだけに、既に恐らく皆様方、顔の見える関係といえますか、かなりできていらっしゃるのではないかなと推察をしているところなんですけれども、本日はその連携をさらに進めていただいて、ぜひこの西多摩圏域ならではの医療と介護をさらに進める、また、病院と地域の連携をさらに進めるご提案なりアイデアなりを出していただければと考えております。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させていただきます。本ワーキングの座長には、進藤医院の院長の進藤幸雄先生にお願いしております。進藤先生、一言お願いいたします。

- 進藤座長 本日、座長を務めさせていただきます進藤医院の進藤でございます。西多摩医師会の地域医療を担当しております。

このような大きな会の座長を務めるのは大変大役でありまして、ちょっときょう緊張し過ぎて、ここに来るのに道に迷いまして、そういうことでいきたいと思っております。本日のこの病院と地域の連携ということについて、私は非常に重要なテーマだと思っております。後ほど東京都のほうからいろんなデータの説明とかももしかしたらあるかもしれないんですけども、人口10万人に対して在宅支援診療所が何件とか、そういったデータで見ていくということも大変重要だと思っておりますけれども、例えばそれぞれの地域の事情というのがあると思うんですけど、在宅支援診療所が何件といってもその診療所に何人の医者が勤めているのかとか、あるいは1日の間に何軒回れるのかとか、この地域で言うと一軒一軒の家の移動に30分以上かかったりとかそういった事情もあって、私の感覚としてはこの地域の在宅医療というのはやっぱり足りてないというふうに思っておりますので、この足りてない在宅医療をどうやってこの地域の地域包括をよくしていくのかというと、やはり、病院に限らないんですけども、病院施設、そして在宅医との連携にかかっているというふうに思っております。どういう状況になったらどういう場所に行って、治療を受けたりとかケアを受けたりとか、どこに行くべきなのかとか、そういった連携がしっかりできることによって多少在宅医療が足りなくても充実した地域包括というのができるんじゃないかというふうに思っておりますので、非常にきょうのテーマは私としては最重要テーマだと思っておりますので、ぜひ活発なご討議をよろしくお願いいたします。

では、お願いいたします。

- 久村地域医療担当課長 進藤先生、ありがとうございました。
それでは、以降の進行を進藤先生にお願いいたします。

○進藤座長 それでは、早速議事に入りたいと思います。

今回は「地域と病院の連携について」というテーマでグループワークを実施いたします。関係者の皆さんと課題を共有し合うだけではなくて、解決に向けた具体的な対応策についても検討していただく課題解決型のワーキングでございます。前回以上に活発な意見交換等、よろしく願いいたします。

それでは、東京都より議事についてのご説明をいたします。

○東京都 東京都福祉保健局の中島と申します。説明させていただきます。

まず、資料の2をお開きください。

資料の2のほうに昨年度のこちらの在宅療養ワーキングの開催結果をまとめてございます。おとしの10月から昨年1月にかけて開催いたしました。当日の内容につきましては右側にございまして、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、一つ目が「在宅療養に関する地域の現状・課題等について」、二つ目が「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ました意見につきましては、次の資料3をごらんください。本日の西多摩圏域のまとめを少しご紹介させていただきます。

8ページをお開きください。この資料の中の、本日のテーマにもなっております地域と病院の連携について出てきたご意見をご紹介させていただきますと、丸の二つ目で、在宅医の立場として、在宅療養患者が病状変化時に気軽に入院できるベッドがあると安心であるといったご意見。それから、丸の三つ目では、市町村において、病院の後方支援病床などの取り組みはまだ進んでいないといったご意見。それから、丸の六つ目では、医療側と地域のスタッフとの相互理解が不足しているといった課題や、顔の見える関係だけでは対応し切れない部分についても患者情報を共有する方法の検討が必要であるといったご意見が出ておりました。

また、ディスカッションの参考といたしまして、こちらのほかに次の資料の4をお開きいただけますでしょうか。こちらは、この在宅療養ワーキングの親会儀として開催してお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。開催状況につきましてはですが、西多摩圏域については昨年6月14日に開催してございます。

内容としましては右側にございまして、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、プラン策定対象の病院からプランの記載内容についてプレゼンがございまして、プランの内容やプランを踏まえた地域の課題についての意見交換を行った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。西多摩圏域につきましては、こちらの資料5の3ページ目をお開きください。

中央が西多摩圏域と記載してございますが、ここで出た地域と病院の連携について出たお話を紹介いたしますと、①の役割分担のところ、丸の四つ目でございますが、青梅総合病院から転院した入院患者さんが多いが、廃用症候群などで在宅に戻れない患者さんが多いと。リハビリの患者さんも多いんだけど、状態の悪い方もいてなかなか在宅に返せない。それでも回復期から多くの患者さんを在宅に移行し往診で支えているといったご意見のほか、慢性期や精神病床の入院患者さんがほかの構想区域、二次医療圏から流入されている方が多く、その患者さんの在宅復帰や急変時の対応が必要であるといった課題も上げられておりました。

また、③の地域包括ケア病棟についてのところでは、サブアキュートとして地域包括ケア病棟を運用していたときに、事前に聞いていた患者さんの情報と実際の患者さんの

状態が異なると困ると。安心して患者さんを受け入れるためには、搬送元の施設などとの信頼関係や顔の見える関係が必要であるといったご意見も出てございました。

続いて、資料の6、グループワークについてご説明をさせていただきます。

まず、グループワークを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りましてグループ内でディスカッションをする課題を決めていただきます。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ておりますA4の紙にペンで記録していただきます。机の上には白紙の紙と、それから課題と取り組み例をそのまま記入できるシートを2種類ご用意しております。どちらをご使用いただいても構いません。シートのご提出などは不要です。

次に、このグループワークの具体的な進め方ですが、まずは本日の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して、その課題に対し、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、その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ディスカッションしていただきまして、グループワークの中でまとめていただきます。

本日のグループワークの終了予定時刻は8時5分ごろを予定しております。グループワークが終わりましたら、全グループからの発表となります。課題に関する説明と、グループでまとめた取組案を発表していただきます。本日はAからEの5グループとなっておりますので、1グループ4分程度、お時間を設けさせていただきます。

続いて、資料をおめくりいただきまして、資料6の2枚目をお開きください。これまでこの在宅療養ワーキングで行われましたグループワーキングの発表内容について主なものをまとめてございますので、少しご紹介いたします。

まずAの圏域では、丸の二つ目をごらんください。地域の在宅医療側と病院側とで共通認識ができていない。在宅医療側の事情などを病院側が把握できていないといった課題に対し、右側の取組案としましては、病院主導の研修会などを行って、地域の医療・介護関係者が病院の中に入って行って率直な意見交換をお互いに行う。できるだけ多職種、かつ市を越えた広域で行っていくのが良いといった取組案が出ております。

またBの圏域では、一つ目の丸で、各地域で使用されている情報共有のツールが異なっているために、別の地域から来る患者さんの情報は別のツールを使って共有しなければならないということで、解決策としては、東京都や、あるいは国が統一的な情報共有のためのツールをつくるべきであるといったご意見をいただいております。

またCの圏域では、二つ目の丸のところ、同様にこちら情報共有に関連するところでございますが、退院後、他の病院への転院あるいは在宅療養へ移る際に、双方の医師間での情報共有はできているが、元のかかりつけ医や地域のソーシャルワーカーなどと情報共有ができていないという課題に対しまして、取組案としては、まずは圏域内には共通のシートが既に整理されているということで、それらを引き続き周知して利用を広めていくということと、病院からほかの病院へ転院する際の病院間の情報共有シートもわかりやすいものをつくって統一していくという案が出ております。

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けれども、そちらは先ほど資料を先生からもお話しいただきましたように、こちらお示ししているものなんですけれども、こちらは厚生労働省から各都道府県に対して提供されているデータをもとに各市町村ごとにまとめたものとなっております。例えば1ページ目をお開きいただきますと、在宅療養支援病院・診療所の数を都内65歳以上の人口10万対で数字を

各市町村別に落としたものになっておりますので、そのほか訪問診療をする診療所数であったりとか実施件数なども、これちょっと古いデータになってしまっているものもございますが厚生労働省から提供されているものをもとにまとめさせていただいておりますので、本日のグループワークでもぜひご参考にしていただければと思います。

それでは、ご説明は以上で終わらせていただきます。よろしくお願ひいたします。

○進藤座長 ありがとうございます。

東京都からのただいまのご説明に対して、何かご質問等ございますでしょうか。

特にないようでしたら、早速グループワークを始めたいと思います。

私からの一つお願いなんですけれども、皆さん、グループワークはなれていると思うんですけど、他人のご意見を否定したり批難したりしないでグループでディスカッションしていただきたいと思います。

それから、こんなことを言ったらおかしいかもとか思わないで、思っていること全てを洗いざらい言っていただきたいというふうに思います。本日はそれぞれの所属の長の方ばかりなので、その方の発言がこの地域のもう地域性だと思いますので、ぜひそのような形でよろしくお願ひいたします。

それでは、始めたいと思います。では、よろしくお願ひいたします。

(グループワーク)

○進藤座長 グループワークの終了時間になってまいりましたので、各グループ、4分程度でご発表をお願いいたします。

Aグループから順番にご発表いただきますので、それでは最初、Aグループからお願いいたします。

○安楽委員 座ったままで失礼します。お世話になっております。高木病院の安楽と申します。

Aグループのほうではいろいろな意見が出たんですけども、病院のほうからは在宅に戻る環境の理解ができていないとか、あとは、在宅に移行する取り組みが不十分という意見が出ておりました。あとは、病院からは、在宅でお願いしたいと思っけていてもやっぱり資源がなくて、なかなかちょっと地域の認識とか、あとは住民の意識の差とか、あとケアマネの意識の差をちょっと感じてしまう。あと、在宅でぎりぎりまで見て入院させてお願ひしますというような状況もあったりしているということですね。

あとは、薬局のほうから、なかなか薬局の利用というのですかね、結構残薬が多い方でもやっぱり薬剤師が入ると残薬が少なくなっているという成果もあるので、ケアマネジャーとかに意識を、利用というところを活用していただきたいというふうな意見が出ております。薬局のほうでも結構24時間対応が20カ所あったりとかというところがあるそうなんですけど、やっぱり私たちのところではそういう知識、認識がなかったんですけども、そういうところを活用しながらちょっと在宅のほうで薬局を使っけていただければという意見が出ました。

あとは、解決策としては、在宅の知識が不足とかなんですけど、住民の意識とか周知に関しては勉強会とか講座を開いたりとかして周知していく必要があるのかなというところと、あとは、開始時間とかを少し早めると参加者が結構いっぱいいらっしゃるのかなというふうな意見が出ました。

あとは、往診の病院のほうの先生たちの周知というところでは、今、往診医のほうも同行研修とかをやっているということなので、病院の先生たちもそれを使って在宅医療というところの認識を深めていけたらいいというところでも今取り組んでいるということなんです。病院のほうでも退院後訪問とかいろいろ今取り組みをしているので、在宅とケア

マネジャーと薬局も含めて連携をとっていけたらいいかなというふうな意見が出ました。済みません。以上です。

○進藤座長 Aグループ、安楽さん、どうもありがとうございました。

私もAグループと一緒にグループワークに参加してはいたんですけど、確かに病院にいる方から在宅のことがよくわからない、在宅のほうは病院の院内のことがよくわからないと、お互いにやっぱり疎通がなかなかとれていない、知らないことが多いとか、そういったところですごく課題があるような気がいたしました。本当にびっくりしたのは、24時間、薬が、処方が出せる薬局が西多摩に20カ所あると聞いてもう腰を抜かすほどびっくりしたんですけど、そういう情報も全然我々には回ってこないですし、どこにお願いしたらいいのかというようなこともすごい悩んだりしていますので、情報周知ということもすごく課題かなというふうに思いました。

Aグループ、どうもありがとうございました。

済みません。続きましてBグループ、発表のほう、よろしくお願ひいたします。

○片倉委員 奥多摩双葉会診療所、片倉です。

最初に問題を出しあったときに実はあんまり問題出ないねみたいな話で終わるかなと思ったんですけども、そうでもなかったです。どうも医療機関の中、病院の中で、または病院と地域の医療機関、または病院と公的なところ、どうも役割分担と言いながらその段差がなかなか埋まってないんじゃないかという話が幾つか出ておりました。入院をお願いして帰ってきたとき地域でリハビリができないでいる。急性期病院は急性期にしか対応できない上に、ほかの科のところまでついでに診ていただくとかそういうのがなかなかできない。慢性期の回復期リハビリ病院としては急性期病院から、ちょっと秘密の話で、ちょっと高い薬をが一つと持ってこられると我々の医療機関としては困るんだけど、そこら辺をうまく伝えられない。それから、慢性期の病院に來れば何でもできるかと思われているけど、例えば眼科に外に受診に行くときに、現在の医療報酬、診療報酬ではその入院費がばさっと減らされる。そうすると、医療連携が本当はもっと必要なのに、慢性期でリハビリをやっている人にほかの科との連携がむしろ制度的にしづらくなっているんじゃないかというような医療機関同士の段差の話が出ました。

それから、役場、地域の担当の方からやはり、言っちゃいます、日の出町などではやっぱり予防接種のことに關しても小児科のことに關してもそもそも医療機関が少ないのではないかと、足りないのではないかと、ここの奥多摩町ももちろん同じなんですけど、という話も出ていました。

またACP、いわゆる死に面しての人生会議というやつ。どうも、大々的に言われている割にはむしろふだんの例えば5分、10分の話のほうの方が大事なんじゃないかという、そんな意見も出ておりました。

まだいろいろ出ていましたけど、このくらいでよろしくお願ひします。

○進藤座長 Bグループ、ありがとうございました。

資源的なところはもう本当に資源が足りないからどうしようもないところもありますけれども、何とかその連携を深めてそういったところを埋めていければというふうに思いました。

済みません。続きましてCグループ、よろしくお願ひいたします。

○進藤委員 Cグループです。大久野病院の進藤です。よろしくお願ひします。

在宅で具合が悪くなったらスムーズに入院できるかということで話し合いをさせていただきました。在宅医の先生がいらっしゃいましたので、そこから始めさせていただきました。

どんな状態の人が入院したくなるのかという病態像は、難病で肺炎になってしまったようなときとか、それから単独疾患ではなくて複合疾患、いろいろな病気を持っていて入院させたいと、肺炎等を起こしたり何かしたときに。そういう人となるとどうしても通常の救急病院ではなくて青梅市立総合病院のような三次救急に送りたくなるというようなことで、スムーズに入院ができないかなというような話し合いでした。

青梅、奥多摩、それからあきる野、檜原、日の出になると救急病床がやっぱり足りていないのではないかと。福生、羽村とかになるとやはりちょっと都心部に近寄ってきますので行き場所も少しはあると、なので少し奥側のほうからはやはり急性期病院、特に青梅市立総合病院さんに頼りたくなると。青梅市立総合病院さんは、現在やはり病床の稼働率が非常に高くベッドに余裕がないということで、ベッドに余裕がない中で難病とか単独ではない複合疾患の方とかが入ってこられるとなると、その先、退院がないのではないかと、退院先を非常に心配しなきゃいけないということで、そうすると何となく断りたくなるというようなことも発生してくるというようなことがあって、それに対してどうしたらいいかということで、やはりドレナージ、ちゃんとその行き場所をつくってあげることが重要で、そこは在宅医や慢性期の病院とかがしっかりと、いつでも診ますというような体制づくりをしていくことが必要で、ただ、独居や高齢で帰れないという人たちが非常にふえてきているので非常に難しいんですが、頑張る必要があるのではないかと。

それからもう一つは、青梅市立総合病院さんの利用方法として、とりあえず行くんだけどジャッジだけして、今、急性期の疾患で何らか治療しなきゃいけないということが必要であるかないかを判断した上で、これはうちでもなくてもいいのではないかと、ほかの病院でも診られるのではないかとというジャッジだけをするという使い方もあるのではないかと。ただ、ジャッジだけといって来ても患者さんのほうが動かなくなってしまうので、やはりベッドが必要になってしまうというような現状が発生していると。そこに対して、さらには住民への啓発ということも今後考えていかなきゃいけないんじゃないかと。救急病院に行ったら次に行かなきゃいけないよ、なるべく早く動かなきゃいけないよということとか、それから在宅に帰っても慌てないで済むような在宅医との連携でACPとかをしっかりと教育していく。そこにはかかりつけ医の先生たちも、在宅専門医の先生たちは非常にうまくやったださっているんですけども、在宅を専門にしていなくて、ふだんかかりつけ医になっているような先生たちがもう少し在宅で慌てない体制づくりというために訪問看護を利用したりACPと一緒に考えたり、何かあったら救急車で救急病院ねということではなくて、訪問看護を呼んでねという一言を加えてくれることでベッドに余裕が生まれてくるのではないかとというような話し合いがありました。

いずれにしても、地域で役割分担をしていくことが重要ではないかという話し合いで終わりました。

以上です。

○進藤座長 ありがとうございます。

私も在宅をやっている、地域の基幹病院というか急性期で受け入れてもらえるところが本当に少ないので、できるだけ急変しないように在宅で支えているんですけど、どうしてもお世話になってしまうこともあって、できるだけ急性期に負担をかけないように我々は在宅を支えていくというか、急性期に行ってもまた療養型とか在宅で受け入れていくという、そんなスムーズな流れがもっとできるといいのかなというようなことだったと思います。ありがとうございます。

続きましてDグループですね。済みません、よろしくお願いいたします。

○廣戸委員 羽村市にある羽村在宅クリニックの医長の廣戸と申します。よろしくお願いいたします。

Dグループでは、今回、病院と地域の連携に関して大きく三つの問題があるんじゃないかという提案が出ました。まず一つ目が急性期病院の受け皿がパンクしているということ。それで二つ目が往診医が不足しているというところ。あと三つ目がICTをうまく使えてないんじゃないかというところなんです。

では、1個目の急性期病院の受け皿がパンクしているという現状なんですけども、やっぱり去年も出ていたように、青梅市立総合病院、福生病院、福生病院は医者不足でパンクしているし、青梅市立総合病院はどうも患者さんが多過ぎてパンクしているというイメージがあると。ではこの問題としてどうすればいいかということ。サブアキュートの病院があれば軽症の患者はその病院に送れるんじゃないかということと、あと、包括病棟が実は割と急性期の病棟よりは余裕があって受けていることが多いので、それを有効活用してもどうなのかというところなんです。

包括病棟に関して、ちょっと補足として出たのが、実は入院費がショートステイとして使うときに施設より病院の包括病棟を使うほうが高いというところもあって、なかなか使いにくい部分もショートステイではあるんじゃないかという話も出ました。

あと、その急性期病院は基本的にはやはり医師不足が原因にあって、特に外科医のほうがより内科医のほうが不足していると。外科でも何々病院は例えば脳外科が強いか整形外科が強いかそういう特徴があるはずなので、そういう病院間で各院の特色を出しあって、できることできないこと等を明確化すればもう少し効率よく患者さんの振り分けができるんじゃないかという意見が出ました。

次に、往診医不足に関してなんですけども、問題点としては、例えばA先生が青梅市の何々町を担当しているというわけじゃなくて、ただ、紹介を受けた患者さんを西多摩地域が診ているという現状があるので、ある程度地域を、A往診医はこの辺の地域を主に担当します、B先生はこの辺の地域を担当していると地域をまとめると、割と毎年出ているその動線が長くて、移動時間に先ほど30分かかると進藤先生からも出ていましたが、それがもう少し効率よく回れるんじゃないかということと、あとは、専門分野とか、できる処置とかを明確にして、地域連携室からの相談を受けるときとかケアマネジャーから相談を受けるときにもそういうできることできないことをより明確化させることでそういう無駄が省けるんじゃないかというところなんです。

あとは、その往診医不足を解決する問題としては、特に僕、往診医から思うのは、麻薬を在宅で使いたい、だけれども使うには速度変更をするにもいろいろな交換をするにも基本的には医師だということになっているのが現場での現状なので、それを法整備でもう少し訪問看護師であるとか訪問薬剤師にもできるべき処置としてさせるとか、あと、僕がちょっとほかの訪問看護師から伺った話だと、訪問看護師も看取りが可能になる制度ができるべきかできないとか伺っているので、その訪問看護師でも看取りができる制度をうまく活用して往診の負担を減らしたほうがいいんじゃないかというのが出ました。

3番目の柱としては、ICTによる情報交換がうまくできてないんじゃないかというところなんですけども、実際に僕らも国や都から推進をされて各市でとか西多摩医師会でワーキンググループをつくってやってはいるんですけども、なぜ進まないかという問題は、地域のほうに関しては、情報管理を誰がするのか、情報が漏れたときに誰が補償するのかというところがやっぱり問題になっていて、羽村市では結論的に医師がそういうICTを使う情報の同意書をとって、情報が漏れたときは同意書をとった医師が原則損害賠償

を受けるという結論になっているので、そんなのは医師だけ負担だけかかってメリットはほとんど享受できないんじゃないかというところで羽村市では進んでなくて、紙ベースでやっていこう、もしくは今までどおりファクスとか電話とかメールで個別個別でやっていこうという現状がある。ですから、その辺を国とか都とかでその情報漏えいであるとか情報管理を誰がするのかとかもう少し明確にして、医師という職種に一辺倒になるのはちょっとよくないんじゃないか、改善点なんじゃないかというところですよ。

あと、病院に関してもやっぱりICTをできれば推進はしたいんだけど、今度、導入と維持に多額の費用がかかるので、病院はただ情報を地域に一方的に流すだけで、地域から情報をもらう仕組みにはなっていないそうなので、お金は払ってやっぱり情報だけ出してメリットがないというところがICTによる地域の連携が進まない原因なんじゃないかということです。なので、やっぱりそれも、国、都でサポートがいただければもう少し進むんじゃないかという結論になりました。

以上です。

○進藤座長 Dグループ、ありがとうございます。

サブアキュートなんかの件に関しては、地域包括ケア病棟なんかは本当に医療価値があるんじゃないかなと思って、私も最近高木病院の地域包括ケア病棟とか、何かあったら南先生に直通電話ですぐお願いしてということで物すごくお世話になっております。非常に利用できるかなというふうに思っております。

羽村市でICT連携をなかなか悩まれているということですがけれども、私も今まず自分のところからICT連携を始めていて、だんだん広げていきたいというふうに思っているんですけど、とても大変です。いろいろ反対意見が出て、もう自分の周りは抵抗勢力だらけという状態で四面楚歌みたいな状態になっておりますけど、何とかでもこれを進めていきたいというふうに思っておりますので、ぜひ廣戸先生、一緒に協力してお願いしたいと思います。

済みません、ありがとうございます。

続きましてEグループ、よろしくお願いたします。

○下村委員 草花クリニックの下村と申します。

Eグループとしましては、24時間体制をどうやって支えていくかということが一つのテーマになりました。夜間なるべくいろんな医療的な処置なり何なりをなるべく少なくする方法論はないかということになりまして、ある程度ドクターが前もって入院患者に対するような指示をなるべくいっぱい出しておくと。対応については一対一の対応でないとなかなか難しいでしょうと、幾つか選択肢をば一っと出されると例えば訪問看護師が行った場合にどれをすればいいかわからなくなるということになるんで、なるべく一対一の対応にしましょうということが一つの提案でした。

それをする前提として、在宅なり何なりが始まる時に、病院の先生たちからのACPの話と主事医のほうのACPの話がちゃんとあってないときがたまにあることですね。主導権をどちらの先生がとってやったほうがいいのかちょっと、自分が在宅医として考えた場合には、主治医がいろんな道を決めてやっていくのがいいんじゃないかなろうかというような発想が生まれました。そうすると、例えばですけども、Aという患者さんがBという病院に入院しました、Aというところの先生が在宅をやっていないがためにCという先生のところに退院先の在宅をやってくださいという話になっていきます。そうすると、情報として流れが行くのは、入院時にはAからBの病院には行くんですけども、BからCに退院したときの情報はAには戻ってないということが結構ありまして、ある日、ドクターが何らかの会合なんかで、先生のところの患者さんをうちで診ているんだけどと

というような話が出てくると。そうすると、地域連携ということを行いながら、本当のことはその病院の地域連携室なんかでそういう情報をぼっと流してくれると、一回そのAという主事医の先生のところへ一回返してもらって、たとえ無理かもしれないけど情報だけでも流してもらって、それであの先生と組んでやっていければいいかなというような形の話が出ました。

そのACPのことを次に考えたことは、最近の流れの中にちょっと上流のところのアドバンス・ライフ・プランニングとかいうことが出てくると思うんですけども、普通、生活習慣病なり何なりで外来だけで診ている間の中に、ある程度の方向性みたいなもの、例えば脳梗塞なり何なりになって通院できなくなったらどうしますかというようなことをある程度そういうふうな方向性まで見せていくような体制を恐らく地域のかかりつけ医には必要になってくるんじゃないかなろうかという意見が出ました。そこが一つ出てくると、恐らくどこの病院に行くというところまで指名できるような形になるとかなり流れとしてはスムーズになってくるだろうと。我々在宅医、もしくは地域のかかりつけの先生たちも、あの先生はこのぐらいはできるから、例えばですけども昼休みのこの時間にこれをやってくれないとかいう、例えばいろんな科の先生と診ていくスタイルの在宅を組み立てていくというのが、多分、一人の先生がかかりつけ医として持っているながらやっていく少し楽なスタイルじゃないかなろうかと。よくあるのは、だんだん在宅を診ていく中で高齢者がふえてきますので必ず認知症というのが絡んできます。そうすると、認知症のことにそんなに強くない先生が診ているときに、精神科の先生、ちょっと診てよという形の手助けみたいなことをやってくれるとちょっと助かるかなというような形の連携みたいなものも一つかなというふうに思います。

あとは、高度医療に送る場合のこのハードルの高さというのですかね、高度疾患、難病なんかだともう、例えばですけど、自分と例えば精神医療センターとかそういうところでダブル主治医みたいな形になっていたら、自分で無理だと思ったらもう直接そこに返しちゃうというのも、申しわけないですけど、恐らく青梅総合とかに紹介しても、これだめだよねといわれるパターンが多いだろうと思うので、難病については例えば多摩医療だったり精神神経センターだだりのほうにもう直接返すという形を自分はとっています。そうしないと、地域の先生たち、急性期の病院でもそれをやるというのはなかなか大変だろうなという思いはあるということです。

マンパワーが足りないということなので、どうしても医療、介護の人員だけでは問題は解決しないだろうと、まちづくりみたいなことを考えないとだめじゃないですかという意見が出まして、そのまちづくりをする、医療でまちづくりを支えていくという形の発想なんですけど、その中に誰がどういう形で見えていくか、情報を出すかということ、例えばコンビニだったり郵便局だったりそういうふうな人が集まるような施設のところの人が、あの人が来なくなったねとか何とかで、その情報をどこか行政なり何なりに流して地域包括なり何なりが動くという形でもいいのかなと。そういうシステムづくりをやったりちょっと考えていかないと、恐らく医療、介護の人間だけでそれをやれというのは、だんだん高齢者社会を迎えると難しくなってくるんじゃないかなろうかというようなことが意見で出ました。

あとは、疾患による対応ですけれども、がんと慢性疾患はかなり分けて考えていったほうがいんじゃないかなろうかというふうな意見が出ました。治療している段階のがんの人たちは、やっぱり最後までいろんな高度医療を受けたいというのはよくわかるんです。これは慢性疾患の急性増悪と同じような考え方でいいと思うんですけども、もう治療はあんまりしませんよというようなときのがんについては、本当は退院させる病院の先

生がどういうふうな形で自分の人生を送りたいですかというお話をしていただければ助かるんですけども、そういう急性期の病院から紹介されるときって突然なんですよ。突然にそういうふうな治療の方法がないんで先生診てくださいみたいな形で、末期なんですけどという形で紹介されることが多いんですね。そうすると、そのときにスタートした時点でかかりつけ医というか在宅医がどういうふうな最期をしたいかということをして家族を含めて本人も含めて全部をスタートをやり出さないといけないということになりまして、その合意形成までに行く間の中にうまく患者さんの最期のステージ、エンドステージを迎えられないというときがたまにあります。そこら辺のところというのは、やっぱり急性期の先生のところでもそういうふうなイメージがあればちょっと助かるかなというようなのが意見が出たところです。

あと、そういうふうな仕組みをつくるにはやっぱり行政なり何なりが市民向けの講演会をいっぱい開いてもらって、家で死んでいくというのがそんなに怖いことではないよという、そのハードルを下げるのがやっぱり大きなことかなと。家でなかなか人が亡くなっていくという姿を、自分も含めてですけども、年代的に病院で亡くなっていく人たちの世代が多いと思うんですけども、そうすると死に対する怖さというものをどうやって払拭するかということが在宅をやっていく上で結構大きな問題になってくるかなと。それが恐らく家族を支える上でのかなりのポイントだろうと。そこをやっぱりつくり上げていく時間というものが少なくとも数カ月は欲しいと。一月、二月、もしくは1週間、2週間でそれをつくれというのはまず無理で、その時間をいかに短縮しても数カ月は、できれば半年ぐらいあれば一番楽なんですけれども、二、三カ月は欲しいというのが本音です。

以上です。どうもありがとうございました。

○進藤座長 下村先生、どうもありがとうございました。多数の課題とお話をありがとうございました。

やはり情報共有とか情報伝達とかという面では非常に問題があるのではないかなというふうに思いました。例えば先ほどのA、B、Cの病院の話も出ましたが、A病院に情報が行かないという話がありましたけど、そういったことももしかしてICTの連携とかそういうのを使って何とかうまくいかないのかなとかということをちょっと最近考えたりしております。

それから、主治医、副主治医という話もありましたが、先日、長崎のDr. ネットの先生とちょっとお話をする機会があったんですけど、たしかドクターの登録が九十何人とかあって、その中にいろんな科の先生がいて、例えば皮膚科の診察が必要だということその先生にお願いしたりとかそういったことも可能なんだというようなお話もありましたので、この地域でも主治医、副主治医まではちょっと難しいのかもしれないですけど、大きなそういうグループをつくと非常にその地域医療がうまくいくのではないかなと思いました。ただ、基本的には、最後の看取りというのはやっぱり主事医が基本だというふうには言っておりました。副主治医にお願いすることもありますが、基本はやっぱり主治医というようなことをおっしゃっていました。ただ、どこかに出かける用事を我慢したりはしないというようなことはおっしゃっていたので、とてもいい仕組みじゃないかなというふうに思いました。

済みません、ちょっと感想が長くなってしまって。

それでは、発表は以上になります。大変貴重なご意見を多数いただきまして、ありがとうございました。

それでは、済みません、最後に東京都医師会のほうから全体をまとめてご講評をいた

できればと思います。よろしく申し上げます。

- 土屋理事 東京都医師会、医療・介護福祉担当の土屋です。きょうは、活発なご議論ありがとうございました。

講評というほど偉そうな話をするわけじゃないんですけども、皆さん、自分たちでお話しされて、私もほかの地区の議論も聞いているのでそのあたりと比較をしながらお話しできればなと思うんですけど、時間もないので手短にしようと思うんですけど。

この地域では、まだまだ病院と病院以外、在宅とかかりつけ医との、連携は今後もどんどん進んでいくと思うんですけど、まだまだその間の理解が乏しいのかな、少ないのかなと思って聞いていました。ただ、それは自覚していればどんどん進んでいくことだとは思っています。

この地域でちょっとほかと違うなと思って聞いていたのが、地域住民の方への周知ということが多くのグループで出ていたわけですね。それは確かにすごく大きな課題で、こういうところでお話ししていると自分たちとかあるいは介護の領域との連携ということに話は進んでいくんですけども、意外と地域の人たちにどうやって知ってもらおうと、それは実は遠回りかもしれないけどすごく将来的には大事な話で、それは自然とできるようになるものでは私もないと思っていて、こちらからそれは働きかけていかないと進んでいかないことなんだろうなとは思っているんですね。さっきも言いましたけど、すぐ効果はあらわれないですけど将来的には必ず必要なことだと思いますので、その場で住民の方に教育、私たちができるのはもう目の前の人しかできないんですけども、目の前の人たちに今の現状をよく理解してもらって、今後あるべき姿とかそういうのを目の前の人に話してそれが広がっていく地道な努力をしていかなきゃいけないのかなと思った次第です。

きょうはどうもありがとうございました。

- 進藤座長 ありがとうございました。

本日予定されておりまし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 ありがとうございます。

限られた時間ではございましたが、本当に論点整理をしていただいて、具体的なお意見、ご提案につなげていただきまして、まことにありがとうございます。都としてもいただいたご意見を参考にさせていただきたいと思っております。例えば具体的にはICTを活用した情報共有のお話を幾つかいただきましたけども、今ちょっとワーキンググループを設置してそうした取り組み、充実に向けた検討を進めています。また、来年度の予算案にこうした取り組みを促進、充実させるような取り組みも計上しておりますので、そういった中に今回のご意見等を反映させていただきたいと思っておりますので、ありがとうございました。

また、今回の内容、この親会議でもございます調整会議、あるいは東京都全体を含めます調整部会のほうにご報告をさせていただきます。また、本日、参加いただけていない医療機関、関係団体等に対しましても、今回の内容について情報提供し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。

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した。