

平成29年度東京都地域医療構想調整会議
在宅療養ワーキング（南多摩）

日 時：平成29年11月27日（月曜日）18時58分～20時29分
場 所：パルテノン多摩 4階第1会議室

○久村地域医療担当課長 定刻となりましたので、南多摩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、司会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。

着座にてご説明させていただきます。

本日の配付資料でございますが、次第の下段の配付資料に記載のとおりでございます。落丁等がございましたら、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。

後ほど質疑や意見交換のお時間がございますが、ご発言の際には、事務局よりマイクを受け取り、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

なお、本日、傍聴席にも構想地域内の医療介護関係者の皆様にご参加をいただいております。座長がご発言の機会を設ける場合がありますら、その場合は、挙手の上、ご所属とお名前をお聞かせいただき、ご発言をお願いいたします。

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。

まず、東京都医師会より森久保理事、お願いいたします。

○森久保理事 東京都医師会の森久保でございます。

きょうは、本当に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。

在宅医療ワーキンググループというのは、地域医療構想調整会議の中で、主に慢性期の病床、それから、在宅にかかわる先生方、あるいは、資源をどういうふうに考えるかという会議でございます。きょう出ている資料の中に、市町村の中での今後の見通しというデータも出ておりますので、ぜひそれを参考にして、また考えていただきたいと思います。すぐに結論が出ることではございませんので、まずは問題点の洗い出しからというふうに考えています。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 森久保理事、ありがとうございます。

続きまして、東京都より矢澤医療政策担当部長がご挨拶を申し上げます。

○矢澤医療政策担当部長 皆様、こんばんは。東京都福祉保健局の矢澤でございます。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。

私どもは昨年7月に地域医療構想を策定いたしまして、二次医療圏ごとの調整会議はこれで2年目になります。その中で必ずどこの圏域でもお話しになるのが、病院の先生方からは、病院から在宅への連携が非常に課題だというようなことをおっしゃいますし、一方、在宅の先生方からは、在宅療養中のバックアップ機能を病院に求めたいというような、そういったご意見もございました。それで、そうしたことを取りまとめるに当たりまして、病院の代表と在宅療養に関する市町村の方々、先生方、それから、医療介護関係者の方々にお集まりいただいて、まずは現状のところのご意見をいただいて、お互いのことをそれぞれ知り合うということが第一歩かなということで、この会議を設置したところでございます。きょうは、ちょっと違うかなというようなことがあっても余り臆することなく、ぜひ活発にご発言いただきますように、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、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数井先生をお願いしているところでございます。
数井先生、一言お願い申し上げます。
- 数井座長 八王子市医師会の数井です。座長の力量はないですけれども、きょうご列席の先生方のご負担をかけてはよろしくないということで、事前の根回しのもとに私が仰せつかりました。よろしく申し上げます。きょうはよろしく申し上げます。
- 久村地域医療担当課長 数井先生、ありがとうございます。
それでは、以降の進行を数井先生にお願いしたいと思っております。よろしくお願ひいたします。
- 数井座長 では、早速議事に入りたいと思っております。
既に皆様はご存じと思いますが、この在宅療養ワーキングについては、東京都地域医療構想調整会議において議論を進めていく中で、在宅療養に関する意見が多く出ましたので、そこを踏まえて、今回、大勢の方にいらっしやっただきましたけれども、地域の在宅療養に関する現状や課題について、皆さんで意見を交換したいということなんですけれども、まずは、東京都より議事の位置についての説明をお願いしたいと思います。
- 事務局 それでは、私のほうから資料のご説明をさせていただきます。東京都福祉保健局医療政策部の藤田と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。
早速ですけれども、資料2をごらんいただけますでしょうか。A4横の資料になっておりますけれども、こちらは、昨年7月に策定いたしました東京都地域医療構想の概要となっております。時間の都合上、簡単にご説明をさせていただきます。
地域医療構想は全部で5章立てになっておりまして、第1章では、地域医療構想とは何かを記載しております。医療、介護、福祉等にかかわる全ての人々が協力し、将来にわたり東京都の医療提供体制を維持・発展させ、「誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」」を実現するための方針でございます。
そして、医療法では次の2点を記載することとしています。一つ目は、構想区域ごとの2025年の病床数の必要量と、それから、在宅医療等の必要量、そして二つ目は、地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化、連携の推進に関する事項でございます。
将来の病床等の必要量は、第2章のほうで東京都全体、それから、第3章に構想区域、二次医療圏ごとに記載してございます。地域医療構想の達成に向けた事項は、第4章に東京の将来の医療～グランドデザイン～として記載をしております。
地域医療構想は医療計画の一部でございまして、現在改定作業を進めている地域保健医療計画と一体化させることとなっております。
右側の第2章では、東京の現状と平成37年（2025年）の姿として、八つの東京の特性を記載した上で、将来推計として、東京都全体の病床数、あるいは、在宅医療等の必要量を推計し、記載をしております。
2025年の病床の必要量としましては、表の中ほどのところですが、東京都全体では、ちょっと小さくて恐縮なんですけど、11万3,764床、現行では約10万5,000床ですので、数字だけで見ると、約8,000床の不足となります。ただし、この必要量は推計値でありますので、患者さんの受療動向ですとか、あるいは、病床稼働率、医療技術の進歩等により、影響を受けるものとなっております。なお、病床の整備は、これまでどおり、基準病床数制度によってきめ細かく実施してまいります。
次に、在宅医療等の必要量の推計ですが、表の右の欄の在宅医療等というところをごらんいただきますと、東京都全体で19万7,277人になっております。

国は、地域医療構想において、療養病床の見直し分、一般病床のうち医療資源投入量が少ない低い患者を在宅医療等で対応するとしておりまして、それらを含めた数字がこちらの19万7,277人となっております。このうち、現行の訪問診療実績を引き延ばした数字が、その右側にあります再掲の欄の訪問診療のみの14万3,429人となりまして、2013年の訪問診療実績が9万6,712人ですので、訪問診療のみで見た場合でも1.5倍の必要量の増加となっております。

続きまして、3ページ目、東京都地域医療構想、2分の2ページ目をお開き願います。左は第3章、構想区域でございますけれども、構想区域は、必要な病床の整備を図るとともに、地域における病床の機能分化、連携を推進するための単位でございます、二次医療圏と一致しております。この構想区域ごとに調整会議を設置しまして協議を行っております。この在宅療養ワーキングは調整会議の部会といった位置づけになっております。

第3章では、構想区域の状況としまして、下のほうですけれども、①から⑧まで構想区域ごとの状況について記載をしております。

右側に行きまして、第4章、東京の将来の医療～グランドデザイン～でございますけれども、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる「東京」をグランドデザインとして囲みまして、その実験に向けた四つの基本目標、そして、基本目標の達成に向けた課題と取組の方向性を記載しております。

例えば、基本目標のⅢのところでございますが、地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実を見ますと、中段の右側のほうにございますけれども、①で予防・健康づくりから、④の看取りまでの支援を課題として挙げ、この資料では省略しておりますけれども、それぞれの課題に対して取組の方向性を記載しております。

最後、第5章、果たすべき役割と東京都の保健医療計画の取組状況におきましては、行政、医療提供施設、保険者、都民それぞれの役割等について記載をしております。

以上が地域医療構想の概要の説明でございます。

おめくりいただきまして、次に、資料3をごらんください。東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキングについてですが、おめくりいただきまして、本ワーキングの概要を資料3の2枚目のところにおつけしております。目的は記載のとおりでございますけれども、設置の背景としましては、冒頭、挨拶の中でもお話がありましたように、調整会議の中で、退院支援における地域と病院の連携の重要性であったり、あるいは、相互理解の必要性など、在宅に関するご意見をいずれの圏域でも頂戴しております。調整会議では時間の関係もございますので、今回、新たに本ワーキングを設置しまして、在宅分野に特化した意見交換等をお願いしたいと考えております。また、意見交換等の内容を踏まえまして、今後のさまざまな取組等へつなげていければとも考えております。

なお、今年度の意見交換の主なテーマとしましては、4にございます在宅医療の資源についての現状・課題の共有、地域と病院の連携などについて、後ほど意見交換等をお願いしたいと考えております。また、本日ご議論いただいた内容につきましては、後日開催いたします調整会議のほうへも報告する予定となっております。

本ワーキングは今回初めての開催となりますけれども、次ページ以降、調整会議のこれまでの開催状況をまとめておりますので、後ほどごらんください。

恐れ入ります。資料4、10ページをお開きください。こちらの資料は、本ワーキングの前に開催いたしました協議の場について、簡単にご説明をいたします。

協議の場とは、医療計画に掲げます在宅医療の必要量と介護保険事業計画に掲げる介護量の見込みの整合性を図ることを目的に設置するものでございまして、設置区域は二

次医療圏ごとで、道府県や区市町村の医療・介護担当者や地域医師会等の有識者による構成となっております。

資料4として、協議の場で使用しました資料をおつけしております。資料4の1枚目は協議の場の概要、おめくりいただきまして、2枚目、11ページでございますけれども、こちらは追加的需要についてでございますけれども、国は、地域医療構想の策定に当たって、慢性期機能と在宅医療等の患者数推計の考え方を示しております。

中ほどの帯の図をごらんいただきますと、現状のところ②療養病床の入院患者数とございますが、そのうち、医療区分1の70%と地域差解消分、その隣にあります③一般病床で医療資源投入量175点未満（C3未満）の患者につきましては、こちらは、療養病床、一般病床の需要ではなく、在宅医療等で対応する等の考え方でございます。このうち、一般病床でC3未満の患者は外来で対応するとしており、枠で囲んであります、いわゆる療養病床の見直し分が新たに介護施設、在宅で対応する追加的需要となっております。下段に数字をお示ししておりますが、東京都全体では1万4,336人と推計をしております。

この追加的需要にどのように対応するかというのが、1枚おめくりいただきまして、12ページ下段の図のほうになるのですが、下段の図のところ、医療区分1の70%+地域差解消というところがありますが、こちらについて、④介護医療院、⑤介護施設、⑥在宅医療のどこで対応するのか、介護保険事業計画では④介護医療院、⑤介護施設を計上し、医療計画では在宅医療、ここで言う在宅医療は、資料右下に記載しておりますけれども、家庭への退院を指しており、訪問診療と外来を想定しております。

このため、在宅医療のうち訪問診療分を記載するわけなんですけれども、ここで漏れないように、または、重複しないように整合性を図るのが協議の場でございます。協議の場では、国から示された按分方法等をもとに、④から⑥を按分しております。本日は在宅療養ワーキングでございますので、⑥の在宅医療のうち、訪問診療の部分を見てまいります。

13ページをごらんください。こちらは、2013年の訪問診療の実績が9万6,712人、これを引き延ばして、2025年の推計値が14万3,429人、これは、先ほどご説明した地域医療構想に記載した数字でございます。そして、追加的需要分、療養病床の見直し分のうち、訪問診療で対応するとした数字が495人というところになりまして、資料右の中段ぐらいですか。（A）+（B）というところがあるのですが、これを合わせました2025年の訪問診療の必要量の推計は14万3,924人、1日当たりの人数となっております。

訪問診療の必要量等につきましては、引き続き保健医療計画の改定作業の中で整理をしておりますが、各区市町村や関係団体におかれましては、地域における取組の際に参考にしていただければと思います。

なお、次のページ以降には、資料で言いますと15ページになりますけれども、介護保険事業計画に反映します介護医療院であったり介護施設等の追加的需要の必要量につきまして、この圏域の区市町村ごとに記載しておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

私からの説明は以上となります。

○数井座長 ご説明ありがとうございます。

今のご説明で、資料が豊富でしたので、見づらいということはないと思いますが、大体了解していただけたでしょうか。今の説明をもとに意見交換を行いたいと思いますが、引き続きまして、東京都より次の資料の報告ですか、お願いします。

○事務局 事務局より、意見交換に当たっての資料の説明をさせていただきます。同じく医療政策部の後藤と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

先ほどの資料に引き続きまして、資料5、16ページをごらんください。資料5でございますが、地域医療構想調整会議では、27年の病床機能報告のデータや、昨年度末に実施いたしました地域医療に関するアンケートをもとに議論をしていただきました。これはその際の資料でございます。この中から在宅療養に関連する内容を中心に見ていきたいと思っております。

まず、資料5、今お開きいただいている16ページですが、こちらが、27年、病床機能報告のデータをもとに構想区域の状況を整理した資料になります。南多摩では、急性期機能の欄の三つ目のポツにございますが、家庭への退院割合は都平均並みである。四つ目のポツでございますが、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が低いとの特徴がございます。また、今度は慢性期機能の右のほうに移っていただいて、慢性期機能の一番下のポツでございますが、死亡退院の割合が都平均に比べ高いといった特性が見られます。

また、1枚おめくりいただきまして、資料5、17ページでございます。こちらは、地域医療に関するアンケートから地域の現状を整理したものとなります。

下の四角囲みをごらんください。病院側からは、在宅患者のためのバックベッドを常に確保できるかが課題。レスパイト入院受け入れに当たっての標準的なルールがあれば、連携先がふやしやすいとの回答がありました。在宅側からは、急変・病状変化時の受け入れについては、病状急変時の積極的な受け入れが望まれるといった声がありました。

右に移りまして、今度は在宅移行・退院支援についてでございますが、上から二つ目のポツには、退院時担当者会議を積極的に開催してほしい。上から三つ目、四つ目のポツですが、在宅から入院した場合、病状が安定したら速やかに在宅医療に戻してほしい。また、高齢者施設に入所となった場合、その旨連絡が欲しい。その他の欄でございますが、退院時のみでなく、入院中の情報提供も欲しいなどの回答がありました。

また、1枚おめくりいただきまして、18ページでございます。こちらにつきましては、調整会議における意見から地域の課題を整理したのですが、調整会議で意見という欄の一番右の欄をごらんいただきますと、回復期リハ病床は対象疾患が決まっているので、利用がしにくい。在宅の先生に高齢の患者に対し積極的な検査が必要なのかを判断をしてもらうとともに、在宅での看取り環境を強化していくことが課題。回復期機能の地域包括ケア病床がポストアキュート、サブアキュートの役割を果たすなど、非常によく機能しているのご意見をいただいております。

また、資料を1枚おめくりいただきまして、19ページになりますが、こちらについては、今ご説明いたしました各構想区域の調整会議の議論や検討状況をまとめたものになります。

また、資料をおめくりいただきまして、20ページでございますが、議論、検討状況を踏まえ、各構想区域の主な課題を整理したものとなりますので、ご確認をお願いできればと思います。

続きまして、参考資料でございます。黒いクリップでA4横でとじているものなんですけれども、地域医療調整会議では、圏域ごとの、あるいは、区市町村ごとの在宅に関する詳細なデータが欲しいとのご要望を多数いただきました。このため、今回、厚生労働省が公表しておりますデータ等を整理して、地域ごと、区市町村ごとにまとめた資料をご用意いたしました。

このほか、各区市町村や関係団体の取組状況、先ほどご説明したアンケート調査や医

療機能実態調査等の結果をおつけしております。

資料については事前に送付しておりますので、詳細な説明は省略させていただきますが、上につけております参考資料の内容についてというA4縦の両面刷りなんですけれども、こちらに簡単にまとめておりますので、ご確認いただければと思います。

資料が多く大変恐縮ではございますが、各資料は病院ですとか地域における意見や課題、区市町村の取組状況、医療機関の状況等を取りまとめたものとなりますので、適宜ご参照いただきながら、意見交換を進めていただければと思います。

事務局より、意見交換の資料に関する説明は以上となります。

○数井座長 説明ありがとうございました。

それでは、意見交換を始めたいと思います。

今、東京都からご説明がありましたように、本日の在宅療養ワーキングは、資料3の7ページの4のところがありました1番目が在宅療養に関する地域の現状と課題、南多摩圏域は広いですから、それでいて、きょうご出席の各市においては、南多摩圏域といっても、事情がそれぞれ違うと思います。そういう事情も踏まえてご意見を、最初の30分、8時までその意見をお聞きしたいと思います。

そして、2番目が地域と病院の連携について、入退院時の連携ですね。あるいは、逆に、在宅から急変時・病状変化時の受け入れということで、在宅療養と病院の関係についてのご意見を賜ればと考えております。

では最初に、在宅、現状で各地域で行われている訪問診療をする中で、漠然としていて申しわけないですけども、きょうは自由な意見で、何かにとらわれることなくお話をさせていただいて結構ということなので、ご意見をいただきたいのですけれども、多分手を挙げて発言したいという人はいらっしゃると思いますので、私から顔見知りの先生を指名させていただいてもよろしいでしょうか。

田村先生、地元ですから、ある程度よろしくお願いします。

○田村委員 ご指名をいただきました多摩市医師会長の田村でございます。

私のところは外来もやるのですけれども、訪問診療全体で300人ぐらいの患者さんを診ております。いろいろ思うことがあります。この会議のテーマ、本当のところから言うと、病床に収容し切れない比較的慢性で重症でない人たちをどうやって在宅で診ていくように移行できるのかということではないかと思うんですけれども、まず、この会議の資料の中にもありましたように、どういう人が在宅の対象かということ、平均の点数が低いとか、そういう重症でない、かつ長期の人、典型的なのは寝たきりになっちゃっているような人たちですが、そういう人たちが想定されていると思うんですね。ただ、実際に現場で訪問診療をやっているときに、いろんな人がいるということが、まずそれを見据えないといけない。

在宅適用といっても、まず、がんの末期の人、これはかなり違いますよね。その対応の仕方も違うし、勝負も早いし。それからがん、悪性疾患ではなくても、非常に特殊なレスピレーターがくっついているとか、神経難病とか、そういうかなり手なれたスキルの高い訪問診療じゃないとできないタイプの在宅の患者さんがいる。それから、最近よく言われていますのは小児ですね。小児期に小児病院に入って、そのまま一生そこで過ごすような人たちを何とか在宅に出せないかということで、それに対応している在宅診療所というのがありまして、やっぱり、ニーズが多様であるとともに、訪問診療をするクリニックの機能もかなり分かれてきていますので、そのところをまとめて議論しようというときに、本当にまとめちゃうと、じゃあ、今私が言いました、ちょっと特殊な例は全部省略して、病状が安定していて、通常の開業医の先生がお昼休みに往診かばんを

持って行けば、何とか本当にまだやれるというタイプの人たちだけを議論の中心にするのか。でも、やっぱり、そうするといろいろぼけますよね。だから、その辺の論点整理をしていく必要があるのではないかということが一つあります。

つまり、入院病床については、強度急性期、急性期、回復期、慢性期というふうに分けているわけですが、訪問診療所の機能についても、ある程度、4分割までする必要はないかもしれませんが、分けて考えないと議論が深まらない。どこかで食い違いが出るのではないかということ、それが一つ。

もう1点は、療養、治療を受ける患者さんの視点、考え方というのはかなりの勢いで変わってきているということ意識して、それに対応していかなければいけませんので、その辺の視点はちょっと大事なのではないかと思っております。

実際にいろんな患者さんがいます。ほとんど寝たきりになっているんだけど、家族は生きること非常にこだわっていると。そして、そういう人の尊厳というものを非常に守りたいということがあります。一つ、非常に典型的なケースをお話ししますと、とにかく誤嚥とかを起こしたらすぐに対処して、誤嚥性肺炎なんかで亡くなってもらっては困ると。だから、何かあったらすぐに対処してもらわないと、入院しているのに等しいぐらいの対応をしてくれないと困りますという方に対して、今の在宅訪問診療所は24時間対応する機能があるので、安心して退院してくださいというふうに言いくるめるとってはまずいですが、そういう強い説得をされて、在宅に帰ってきた方々は、例えば、夜中にその患者さんが熱を出し始めたという、直ちに対応することを求めるわけですね。じゃあ明日の朝行きますなんというのは許してくれないわけですよ。

それと、尊厳にこだわるという意味で言いますと、嚥下機能がほとんどないのに、やはり経管とか胃瘻とかは本人の尊厳を損ねるから、とにかく徹底的に口から食べさせます。でも、誤嚥性肺炎を起こしたら絶対助けてくださいねというような人が、まだ非常に少数ですが、これからどんどんふえてくる。そういう人に対しても、そういう人は診ませんというわけにはいきませんので、今ここで議論をされている機能、訪問診療医の機能で対応し切れない例外的なケースがだんだんふえてきます。

医療機関は、そういう困難ケースに当たって、トラブルに巻き込まれるのは非常に怖いので、今まで、町医者使命として、往診かばんを持って5人ぐらいは訪問で診ようかというふうな気持ちを持っていた人が、そういうケースに直面しますと、やっぱり一切訪問をやるのはやめようという現象が起きかねない。非常にレアケースなんですね。隕石に当たるぐらいの確率かもしれませんが、そのうちに雨粒に当たるぐらいのケースになってくるかもしれない。そういう時代の推移、流れというのは、この先5年、10年、15年、20年という中でかなり進んできていますので、そういったことを度外視して議論をしていると、いつの間にか議論と現実が乖離してしまう。そんなことを心配しています。

きょう、この在宅ワーキングということをやっている中で、そこまで踏み込めるかどうかはちょっと心配なんですけど、そういったことを大きな問題として思っております。

以上です。

○数井座長 さすが田村先生ですね。先生のおっしゃった論点整理は、先ほど東京都からお示しがありました区分1の方の、そのうちの70%ほどをお家へ戻したいという理屈は、田村先生がおっしゃったとおりだと思います。ただ、そういう人だけではなくて、疾患によっては、そういう短絡的な考え方だけで済むものではない患者さんが大勢いるという現実があるということ、どうするかということですね。

それと二つ目は、私は隕石よりもっと多いと思います。そういう患者さんによく当た

るといふか、自分のせいなのか、そこはよくわかりませんが、そういう問題は、死生観とかそういう考え方ともつながってくるのでしょうかけれども、それもまた大きな問題だと思います。

田村先生にそういうふうにご指摘していただいて、中村先生、それを踏まえて、何か域内での在宅と、そこから発展していく何か課題、意見をいただければと思いますけど、よろしいでしょうか。

- 中村委員 突然のご指名で非常に戸惑っております。個人的には、10年ちょっとですか、在宅のお仕事をさせていただいています。その前は急性期といふか、救命だったので、全く違う業種で仕事をしていたので、両極端を経験したということもあるので、それで逆にお仕事を自分は続けられているのかなという気持ちもあります。

稲城市はこの中では非常に小さい地域で、人口は9万人弱ですか、8万人台ですかね。例えば八王子市とか町田市だと、地域を4分割ぐらいしながら、地域でいろんな交流を深めていきたいと思いますといふのが、稲城では一チームでできるんですね。そういう点では、きょうは市立病院の先生も来られていますけれども、あと、稲城の場合は資源が比較的限られているといふのがあると思うんですね。リハビリ病院はないし、市立病院がありますけれども、総合病院といっても比較的小ぢんまりしている病院ですから、本当に管を1本入れて、急性期、おなかが痛い。これはどうもおかしいぞと。胆のう炎かなとか、胆石症かなといふ場合は、正直、救急車を呼んで行ってくださいと。そうすると、隣の川崎市にそういう急性期を診ていただける病院、そこで本当に間一髪で助けていただくとか、そういったこともありますから、東京都だけでは我々の地域だと解決できないといふか、隣の川崎市にも協力、聖マリアンナとか、具体的には新百合ヶ丘総合病院とか、そういったところにも助けていただいているといふことがあります。

それと、あと、ちょっと個人的な意見ですが、在宅医療といひましても、稲城市の場合は昔から特養が三つ、歴史的に長くされているところがあって、どうしても介護系で、言葉は悪いですが、賄ってきたという色合いが強くて、ケアマネの方もそういった環境でずっと仕事をされていますから、どういった時点で医療にかかわっている方を、失礼ですが、振ってくるとか、そのタイミングが非常に難しいかなと。もっと細かく言うと、リハビリとかも、持っている機能を生かして生活の質を確保していこうといふ場合には、私は個人的にはリハビリも大事だと思うんですが、その導入のタイミングとかが、介護系だけでやっているとなかなかうまくつないでいかないと。動けなくなってきたから始めましょう、それではちょっと遅いですよねとか。だから、地域地域で抱えている問題は違うのかなという雰囲気はあります。

あと、引責かはわかりませんが、私も正直、10年やっていて、本当に困ったなとか、おまえはとんでもない医者だといわれたのは1回か2回しかないですが、結局、最終的には家族の方との信頼関係とか、そういったものが重要になってきますから、ある程度時間をかけて解決する問題。あとは、アクシデントとか、そういったときにどういう受け皿があるかということをお自分なりにちゃんと整理しておかなきゃいけないと思うんですね。そこから、何かあったときからどうしよう、どうしよう、私がどうしようといひ始めたら、これは家族の方も困ってしまいますから、ある程度予測をしながらご家族と一緒に考えていくと、意外と余り信頼関係を損なうといふことはないのかなといふふうに思います。

ですから、あとは、リハビリから帰ってきた人、最近も帰ってきましたけれども、そういった方は、行く病院がある意味ないと。急性期を過ぎて在宅に帰ってきましたと。これから、きょう行った方も60代で、先が長いなど。どういふふうにしたらいいのか

とか、リハビリを週に1回ですとか、細かい話ですと、それでいいのかとか、なかなかそれをうまくコーディネートしていくというのは難しい問題で、100人の在宅の方がいれば100通りの方法を考えていかなければいけないという問題があるので、なかなか議論というのは、大枠は決められるけれども、最終的には個人個人の、田村先生がおっしゃったように、要望とか希望とか、なかなかご本人がその要望というのをうまく表現できない方もいますから、そうすると、家族の方の思いとか、こうあってほしい、こうしてあげたいということをどうやって大事にしていくかということになってくるのかなというのが私の思いです。

ですから、その話をきちっと聞いた上で、地域にある資源をきちっと把握しながら、こういうときにはこういうふうにできるよとか、選択肢を幾つか常に用意しておいてあげるといふことも必要かなと。それを事前にやっていくことが非常に大事だと思います。だから、それが導入の初期にはしっかりとご家族の方とそういった会話をしながらやっていく。ですから、実際のところ、訪問診療というのは、ご本人を診ているのは、私もよく言うのは、3割ぐらいの時間なんです。当然ですけど、7割はご家族の方といろんな話をしながら、ご家族が一番その方を見ていらっしゃるわけですから、ご家族の方が安心できるような環境をつくっていく。そうしないと我々も安心できない。正直なところ、そういった状況です。

ですから、丁寧にやっていこうというふうにしますと、なかなか診させていただく患者さんの数は限りがあります。きょうも午前中、4人ぐらいの方ですかね。午後はいろいろありましたけど、4人、5人。私の力ではそれぐらいが限界。ですから、稲城市の場合はまだまだちょっと足りないのかな。こういう資料を見ても、稲城の場合は少ないのかなと。それは自治体の長も意識して、そういったことをこれからどんどん変えていこうということは、稲城市では結構意識を持ってやらせていただいていると思っております。

ちょっと話がまとまりませんでしたけど、よろしいでしょうか。

○数井座長 中村先生、ありがとうございます。

稲城市の特性として、ちょっと小規模な市であって、その中の地域医療、サービスを提供できる病院が不足していて、南多摩圏域だけではない他市への依存ということ。つまり、在宅医療医はそういう資源も知っていきなかつたということですね。それぞれの病院の機能を知っていた上で患者さんにかかると。そういう医療機関の中に、施設というんですかね、今、特養の話も出ましたけれども、特養というのは在宅という意識でよろしいですか。その患者さんたちが住んでいるお家という考え方でいくという意味ですか。

○中村委員 在宅支援診療所ですから、私の場合は特養とかかわれないので、実際のところはその辺は何とも言えないですけども、どうしても介護の問題とか、あとは、正直、経済的な問題ですかね。そちらでそういった最終的にはついの住みかとして選ばれる。本当に介護がもうアップアップですと。そこでケアマネが頑張っていて、本当に1週間で特養に入れてくれたとか、助けてもらったとか、そういった事例もあります。結局、いろんな連携、連携と言いますが、みんなが集まってその状況をきちっと把握して、どうしようかということが早期のいろんな解決策になるのかなと。

私も、10年前に訪問診療を始めたときは、正直言って、一人でやっているという感じでした。それが、何年か前から、行政の方がいろいろ出てくるように感じられて、そこから自分も安心感がふえたんですけども、最終的には現場でかかわる人がフットワークよく動けるかということところです。

ただ、正直なところ、皆さんは当然ご存じでしょうけども、みんなにそんなに余裕はありません。例えば、さっきの病院の退院前のカンファレンス云々とか、そういった要望もありましたけども、自分のところもだんだん時間的に厳しいかなど。でも、それをやっていかないとうまく連携というのができない。顔の見える連携のためには、実際に現場に行って、担当している方とお会いして、忌憚のない意見を交わす。そして、ご家族にもその場でいろいろなお話を聞く、そういったことが基本ですけども。ですから、時間がかかるということも確かです。

- 数井座長 先生がおっしゃるように、要するに、社会資源、在宅医の資源も乏しいと。乏しい上に、先生のような理想的な先生ばかりではない。そういう中で在宅医療が広がっていくためには、多職種連携というものも欠かせないだろうというお話を先生からいただいたと思うんですが、訪問診療をする先生方が少ないということですね。

望月先生と尾山先生、日野からですね。望月先生のほうが先に来ましたから、先生から一言何か地域のことを。

- 望月委員 日野のぞみクリニックの望月と申します。

私のところは、日野で居宅、家を専門の患者さんを170名ほど、診察を専門でやらせていただいています。

まず、日野市における地域の現状と課題ということなんですけど、日野市の特性としては、在宅療養支援診療所は、病院の数はそれほど突出して多くないですが、在宅を専門にやられる先生を持っている医療機関が3カ所ぐらいあって、そこでおおよそ複数名の先生方を抱えているというような状況で、一医療機関で、うちも170名ほど診せていただいています。扱う患者さんの数が多い特徴があります。なので、比較的、完全に専門ではないですけども、専門に近いような医療機関と、あとは、外来の先生が少し訪問診療をされているような形の層と、大きく二つの層に分かれているような実情があります。

実際に日野市の中では、専門でやっていると、大体地域の依頼を満遍なく受けていると、1カ月の依頼数で大体の訪問診療の維持できる人数ということをおおよそ推測できることがありまして、例えば、毎月訪問診療専門の患者さんの1割程度、10%の患者さんが毎月依頼が来ていると、大体40人、例えば、月に4人の新規の依頼が継続的に来るようだと、見込み量としては40人ぐらい、依頼がそのまま定着してくるということが、ここ五、六年やらせていただくと、経験上感じられる部分があって、実際、当医院でもそうですし、ほかの多分クリニックさんでも専門にやられているところは、今、訪問診療の依頼が来ても断らないような形でどこもやられている印象があるのですけれども、それでも依頼数が過剰になって回し切れないところがないところを見ると、需要と供給のバランスが、今の時点ではちょうどいいぐらいの量になっているのかなど。

これをまた裏返しそうな形の状況としては、特養が昨年、100床のものが一つできたのですけども、そこができて数カ月間は、訪問診療の依頼数が急激に減りました。そういうところを見ると、訪問診療、在宅、家への訪問診療のニーズというのが、ちょうど今バランスがよい状況になっているので、施設なんかができるのとそちら側に、本来訪問診療が受けられる層が引っ張られていって、訪問の割合が減るのかなという印象も感じられて、今の地域の現状としては、訪問診療の需要と供給は比較的バランスがとれているような状況じゃないかという印象があります。

実際に地域の病院との連携ということなんですけれども、比較的訪問診療のバランスがとれているので、さらに、訪問を専門にやられている先生方が多いので、質の競争の

部分になってきていて、ほとんどの先生が何かあったら夜間帯に対応するのはもちろんなんですけれども、病院の行き先をある程度確保して、病院に入院の依頼をかけてオーケーをもらってから送り出したりなんということを、特に日野市は市中病院が一つ、市立病院ということがあるのですが、そこは数年前からかなり強固にやるような形になってきているので、今は、市立病院との連携に関しては、在宅移行の際に、必ず何かあったら市立病院側からも受け入れますよというようなことが、在宅医と病院側で顔の見える関係が比較的構築されていて、病院側も、退院支援で訪問診療に送る割合が一定数あるほうがベッドの回転数も早いということを認識されているんだと思うんですけれども、かなり良好な関係性がとられています。

逆に、課題としては、日野市外の病院からは丸投げのような状態で、がんの末期の方でも、突然、先生の外来にがんの末期なんですけれどもお願いしますなんというような飛び込みの患者さんがいらっしゃるような状況があって、市外との連携というのが今すごく足りない部分というところと、比較的訪問を中心にやる先生方が多いので、また、人口当たりの医師会の数も100名程度しかいないということもあって、外来の先生は外来だけでかなりいっぱいいっぱいのところがあって、新たに訪問に介入するというところに、かなりパワー的な部分で敷居が高いということをおっしゃられる先生が非常に多いです。

これが今の日野市の現状で、先ほどのご説明の中での療養病床からの移行という部分で一つちょっと疑問に思ったのは、実際に在宅医療、特に家の場合の在宅医療というと、診療はもちろんなんですけれども、家の中の療養環境の調整というのがかなり重要な割合を占めてくるのです。極端なことを言うと、独居の方が今の介護保険のサービスをフルに使っても、なかなか一人で最期、終末期を看取るまでいくというのは難しい現状があって、果たして、今の療養型の病床に入られている方々の層が、どのぐらい介護力の部分があるかというのは、データとして正直気になるところかなと。実際、70%戻すといっても、介護力がない方はなかなか家に戻るの難しい部分があって、全ての事象の検討が、医療区分で疾患的な部分のところでの線引きになっているのが少し気になる。何かしら、もしこの層を移行させるということであれば、総合的な介護力の部分の何かしらの指標を出して、それで徐々に分けていかないと、居宅に持っていくというのはなかなか難しいと思いますし、じゃあ、それを介護施設にするのか、医療院に転換するのかということになっても、その指標というのは必要なのかなというような印象があります。

以上です。

○数井座長 ありがとうございます。

中村先生、どうぞ。

○中村委員 望月先生のお話は共感できるところがいっぱいあるのですが、介護力プラス生活支援力ですね。療養後病床に入っている人というのは、医療サービスだけじゃなくて、そこで介護に類するものもそうですし、その方が家に帰ってしまうと、今は介護保険で賄えるような介護力プラス、本当の、今、地域包括ケアでボランティアで賄おうとしているような生活支援は、これは同居の家族がいれば家族でやればいいわけなんですけれども、その部分までどしどしと来るので、だからなかなか在宅に行かないと。そういった現実がすごくはっきり見えてきているのではないかと思います。

○数井座長 ありがとうございます。

私もそういう立場で働いていまして、全くそう思います。やっぱり、医療区分1の人を本当に7割、今そこの施設に入所している人をお家へ帰せるかということ、今先生方が

おっしゃったような理由で、そういうふうにはなかなか計算どおりにいかないというふうに感じております。今後そういう人たちが入れなくなったときに、受け皿として在宅療養はどこまで手厚く対応できるかというのは問題だと思いますが、日野は結構オール日野で、随分コンパクトにまとまっているんですね。先生3人の訪問診療医で大体予測がついている中で、病院との連携もうまくいっているというのは、森久保先生のおかげですか。そういう割と理想的な形になっていらっしゃるのかなと思う。ただ、将来的に利用者さんとか患者さんの数がふえたりとかを見込むと、また変わっていくのかもしれませんが、現時点でそういう連携ができていているということです。

尾山先生、何か追加することはありますか。いいですか。

○尾山委員 特にありません。

○数井座長 それでは、在宅医の立場として、最後ですけれども、五十子先生は病院ですね。病院の在宅支援病院のような形で訪問診療をされているので、ちょっと違う立場かもしれませんが、町田市の状況のご説明をお願いします。

○五十子委員 回ってこないのでもっと安心していたのですが、今おっしゃるように、僕自身、本日は在宅医と医師会の立場で来ておりますので、ですけれども、病院でもあります。きょうは市民病院の近藤院長先生が来られているので、病院としての意見というよりも、在宅医としての意見になのかなと思うんですが。

ずっと見ていて、結局、在宅医として見たときに、ぐあいの悪い患者さんが来たときに、いつでも受け入れてくれる病院さえあればできるのかなというふうに思うんですが、町田市では今、在宅医が少ないという現状があると思うんですね。在宅医をふやさなければいけないのですが、僕の力不足でもあるのですが、こういったデータを見せると、どの会員の先生方にも大変だねという言葉しか出てこない。自分がやらなきゃいけないというのはなかなか出てこないというのが現状なんだと思うんですね。なので、それを少し変えるような方策というのを今後考えていかなきゃいけないのではないかなというのは常々感じております。

町田市だけに限ってなのかもしれませんが、町田市は、行政側のお力もかりて、介護側との連携というのはそれなりにできているのではないかなというふうに思うんですが、介護側との連携ができた上で、今後どうするかということ考えたときに、今度は医療の質の担保をしていかないといけないなということ非常に気にしております。今、田村先生、中村先生、望月先生からお話がありましたけども、もうつけ加えることは無いですが、単純にいっぱい在宅の患者さんを診ている先生がいい先生なのかというと、市内ではそういう構図にはならない。今まで外来に通っていた一人、二人の方が通院できなくなったので、在宅医療をやっていたという先生のほうが一生懸命やっていたりする先生もいるというのが、実際のところではあると思うんですね。その区別が本当につかないので、今度は逆に、僕は病院なので、病院からご紹介するときには、何を指標にすればいいのかわからないので、在宅医の指標がないということは非常に感じる場所でもあります。

病院の訪問からの話をすると切りがないので、在宅医としての立場は、各先生方がさんざんお話をしていただいた、僕が思っているとおりなので、その上でご協議いただければというふうに思います。

○数井座長 町田市には、訪問診療を専門的にされているクリニックというのは幾つぐらいあるのですか。

○五十子委員 ごめんなさい、ちょっと把握はしていないのですが、みんな答えてくれない先生もいるんですね、聞いてもですね。結局、人数は今後ふえていくので、そ

うすると自分が大変になっちゃう。結局自分の外来に通っていた方が通えなくなるのだったら、その人を責任を持って診ますというところなんですけれども、あんまり振られると大変だからというふうに、率直に意見を教えてくださる先生もいらっしゃるの、そうすると、本当の数というのが全くわかりません。だから、在宅専門でやっているわけじゃないけれども、お昼休みに、自分のお昼を抜いて診てくださる先生もいらっしゃいますし、終わってから夜に行く先生もいる。けれども一方で、専門でやっているのが、今ぱっと頭の中で浮かぶだけで三つか四つ。逆に言うと、一生懸命やっている先生なんかで、在宅専門だと思っていたら、いや、僕は普通に外来をやっていますという先生もいらっしゃるの、実際のところとはかなり乖離があるんだろうなというのが印象です。

○数井座長 五十子先生、ありがとうございます。

先生のお話の中で、介護を主、医療と介護の連携が大事な中で、そこに医療が担保できるかという話がありましたけれども、医療区分の1という方たちがお家に帰ってきたときは、やっぱり介護のほうが重点的に充実してこななければならないだろうというようなお話だと思うんです。どうもありがとうございました。

それでは、今、4市の方、八王子はちょっとないので、非常に内容の濃いお話をそれぞれの先生からいただきました。望月先生の日野市は訪問の診療の先生たちが充実されていて、連携もとれているということで、非常にうらやましいのですけれども、田村先生、一般の会員さんが、先ほど五十子先生がおっしゃった、外来診療を主にしていて、その先生方に少しでも訪問診療に参加してほしいというのは、これは連携の中の問題になるのでしょうかけれども、これはどうなんですか。今後充実、進んでいくのですか、こういう先生方の参加は。

○田村委員 一般論としては、そんなに重症で高い機動力で診ていかないといけない患者さんばかりじゃありませんので、普通に診療している先生がかかりつけの患者さんを中心に、一人当たり3人ないし5人診てくれば、すごい数になりますよね。だから、それはそれで僕は正しい位置だと思います。

ただ、例外がすごくある。それだけだとカバーし切れない問題が無視できないほどたくさんあるので、それだけを行っているのでは問題解決にならないというふうに思います。

○数井座長 問題解決の手段というのは。

○田村委員 つまり、今まで長年外来で診ていた患者さんが通院できなくなったときに、じゃあ、僕が診に行くよということで、お昼休みに往診かばんを持って訪問に行く。いわゆる往診に行く。それでカバーできる患者さんとの信頼関係もがっちりできていますしね。それで解決できる人が、これから予想される14万でしたか、18万でしたか、その中の多分、僕は6割から7割はそれで解決できるのではないかと思うんですが、残りの3割、3割といたらすごい数ですね。そういう人たちは、それでは解決できない。

つまり、ある程度の機動力を持って診ていかないと、とてもじゃないけど診切れない。病状的にもそうですし、いろんな予期せぬことが起きたときに、それにきっちり対応する余力という意味での、そういう機動力のあるところが診ていかないと解決できない。今まで、医師会というんですか、従来の考え方ですと、訪問診療は、外来をやっている医者が、そのかかりつけ医さんその延長として診ていくのが大原則だというふうに言われていまして、それは今も崩れてはおりませんが、ある特定の患者さんについては、一人診療所の先生が気持ちだけで往診かばんを持って行くだけでは解決できないという人がすごくたくさんあるし、そういった患者さんの場合には、専門でやっているような、

あるいは、大人数でやっているようなところが診ていかないといけないということがコンセンサスになりつつあると思うんですね。それは大変な進歩だと思います。ただ、それだけでもいろいろこぼれる部分があるというふうに思うわけです。

論点がいっぱいあって、各論的な論点一つなんですけれども、今、訪問診療をやっているかどうかを尋ねても教えてくれないというお話がありましたね。これはわかりますね。実際に訪問診療をやっているとして、掲げてしまうと断れないんですね。こういう人はちょっと無理と思っても、どうやって断ろうかと。だから、やっているという看板を上げないで、自分はこの人ならきちっと診られるという人をチョイスして、そういう人だけをやるので、訪問診療をしますという看板は外には出しませんという先生が今もいますし、これからもふえると思います。

ですから、アからクまでの中で、イの一番に情報の共有と、それを出すというのはわかりますね。訪問看護ステーションとか居宅支援事業者さんは、ばつと自分のところを出しますけれども、往診医についてはなかなか出てこない。というのは、そういう理由があるからですし、それはなかなか変わらないと思います。

- 数井座長 私もすごくそこは感じています。一般の先生方が、自分の長年通院していた患者さん、親子三代とかとあって、最期は先生に診てほしいと言われて、訪問に行きたいけど、行っている先生がいるのはわかります。それが隠れているのもよくわかります。後々になって資料を見たときに、何人かがそういう看取っている先生方がいるという資料が出てきたときに、この先生はやっているんだというのがわかるけど、確かに、その先生は自分で公言しませんね。自分の外来の中だけで、自分の患者さんで、選択して診ているというのが事実だと思いますね。

ですから、私も八王子市の医師会の先生方に声をかけるのです、ぜひ診てくださいというふうに。でも、名乗りを上げてくれない。診ている中で、先生がおっしゃるように、常に日常的に頻繁に見なくちゃいけない時期になったら、例えば我々がバックアップしますからと言ってもなかなかね。最初から振ってきますね、そういう先生は、自分の外来の患者さんであっても振ってきたりすると。理想は先生がおっしゃるとおりだと思うんですけど、何とかそれを現実に稼働できるように願っているところですが。

尾山先生、どうですか。今、田村先生がおっしゃったような話とかはできますか。

- 尾山委員 私は外来ベースで診療していて、通院している人を診に行くというような小規模な訪問診療をしている立場から、少しお話をさせていただければと思います。

なぜふえないのかという点についてですけれども、そもそも勤務医だったときには、開業する前に、皆さんには絶対勤務医だった時期があります。勤務医だったときに、病棟と外来はどっちが好きかと勤務医の先生に聞けば、9割ぐらいの先生は病棟のほうが好きで、外来は余り好きじゃない先生が多いと思うんですが、在宅医療というのは、言ってしまうと地域における病床のようなものだと思いますので、仕事としてはそちらのほうがよりおもしろいとか、魅力的な仕事なのではないかというふうには感じています。ですから、ちょっと大変だとか、バックアップが不安だとか、そういう不安みたいなものは解消はしないかもしれませんが、経験していけば、そちらのほうが医師の仕事としては魅力的ある仕事なのではないかというふうに思ってください先生は少なからずいらっしゃるのではないかと思いますので、そういう啓発というべきなのか、誤解を解消するというべきなのか、そういう努力を、医師会もそうですし、今、東京都医師会は森久保先生を中心に一生懸命やっておられますけれども、そういうものも必要なのかなと思っています。

あと、今、田村先生がお話になっていた、一般の外来と訪問を両方やる診療所の医師

にとっては、ハードルの高いケース、難易度の高いケースというものもありますので、そういうものを、常態だとか動態だとか、あるいは、ステージに応じて、我々日野市で言えば、望月先生などが専門にやっておられる高度な在宅医療医にうまくバトンタッチするような仕組みを、日野ではできつつあると思いますけども、そういうものもつくっていくということは必要かなと感じております。

○数井座長 やっぱり、それは医師会の仕事になるわけですね。

○尾山委員 森久保先生のおかげだと思います。

○数井座長 どうもありがとうございました。

当初から、きょうは別に結論を出す会ではないので、そういう意見を聞いた上で、矢澤部長と久村課長が練って、参考に。区市町村の皆さんもよく。

では、時間が30分を経過しましたので、次のテーマに移らせてください。

次のテーマは、冒頭に言いました地域の病院との連携です。病院がかかわる在宅療養、それは退院調整であったり、あるいは、先ほど先生たちからお話のあったバックアップ機能、あるいはレスパイト、そういうものの機能として、きょういらっしゃっている先生方は、どちらかと言えば急性期病院等になるかと思いますが、そういう在宅における診療とどうかかわっていけばいいのか。その相互理解、相互協力について、なかなか病院の先生方が在宅という概念はなじみがないと思うんですけども、ぜひ各市でのご意見を、また同じようにお聞かせいただくとありがたいですけれども。

町田市の先生、いいですか、市民病院の立場というか、現状を。

○近藤委員 町田市からは医師会、五十子先生がいらっしゃっていて、五十子先生も病院部会の会長をなさっているので、私よりも五十子先生でいいのではないかという気がするのですが、私のところの病院は急性期を担っている病院ですので、そこから退院の場合、在宅にという場合には、医療連携室のほうで、この患者さんは、要するに24時間対応の訪問診療に特化しているクリニックに送ったほうがいいのか、あるいは、外来診療をやりながら訪問診療をやっているクリニックさんに送ったほうがいいのかという、分けて対応をしております。なかなか退院の患者さんが重症というのは、言葉が適切じゃないかもしれませんが、大変な患者さんを一般のクリニックさんに送った場合に、やっぱり負担になると思いますので、24時間対応してくれるクリニックに送っております。先ほど五十子先生がおっしゃったように、大体4カ所ぐらいですか、専門にやっている。今のところ、お願いしても断られるということはありません。先ほどほかの先生がおっしゃっていたように、今のところ、全部受けてもらっております。

あとは、受け入れのほうなんですけど、救急で対応した場合にはできる限りのことは受けるようにしておりますが、かかりつけ、訪問診療をやっている先生方と病院との間の、どういう患者さんを受け入れてほしいか、病院側とするとどういう患者さんを受け入れたいかということに関して、先日、病院部会の五十子先生に指導していただいて、訪問診療医と病院との顔の見える関係をつくるために、その会を1回目でしたか、初めての会を催しました。そこで、病院側がどういう患者さんを受け入れられるか、訪問診療をやっている先生方の生の声を聞いたといいますか。

私どもの病院は急性期、7対1看護基準をとっていますので、本音のところを言わせていただければ、重症度、医療看護必要度に合致するような患者さんをできれば欲しいわけなんですけど、来年度にまた診療報酬改定があって、そのハードルが上がるかどうかということを非常に心配しているところなんですけど、医師会の先生方、訪問診療をやっている先生方に聞きますと、やはり、患者さんによって受けてもらう病院というのを選別して送っているから大丈夫ですと言ってもらったのですが、それが町田市の現状でご

ございます。

○数井座長 どうもありがとうございます。

近藤先生、在宅へ帰すときに、医療依存度とか重症度というのを判定するのは、病棟の担当の先生なんですか。それとも、ソーシャルワーカーなんですか。

○近藤委員 退院支援ナース、専従のナースが4名いますので、入院したときに実情を、実態というのをすぐに把握するというふうに努めております。

○数井座長 確かに。きょうは東海大学の伊藤さんもいらっしゃるから。退院調整ナース、活躍していますよね。

では、次にご発言をお願いしたいのは、急性期の河原崎先生、稲城市立病院ですので、もしよろしければお願いします。

○河原崎委員 稲城市立病院の河原崎と申します。

私は稲城市立病院に来て4年なんですけれども、私自身は聖マリアンナ医科大学からの出向という形でこちらへ来ていまして、うちにいる内科のほとんどの医師は大学からの出向という形で、内科14名ですか、大体8割以上はそういった形で来ていて、中で入れかわりがちょっと多いという観点から、なかなか地域密着という感覚は、下手するとちょっと薄いのかもかもしれません。

ただ、僕は四、五年目になって、大分地域の先生方と知り合えることができ、連携という意味ではそんなに、顔見知りでもありますし、特に障壁は何も感じないのですが、我々の病院に入院される方は、どこでもそうでしょうけれども、やっぱり在宅から来る高齢者という、ある程度弱い、いわゆるフレイルと言われる状況で、かつ、例えば肺炎を起こす、何かイベントを起こす。そうすると、お家に帰ろうと思っても、先ほど田村先生もおっしゃっていましたが、生活を支えるとか、介護というところがかなりネックになって、お家になかなか帰れないという状況が多々あり、そこで退院支援サポートも、うちのチームがあって、そこをお願いをしていろいろしていく中で、最終的にはどこかの施設に行くということが多いかないと思います。

在宅に持って行ける方は、僕がよくお願いしているのは、外来ベースでお願いしていくと。高齢者で少しずつ通院困難になってくるとか、明らかに1年後は多分きついでらうなという方に、こういう在宅のあれがあるんですよというようなことを提案していくと、少しずつ家族のほうも興味を持ったりし始めるというようなことで、急性期で入院した方がどんとお家に帰るのはなかなかハードルが高かったりするのですけれども、お家から何となく通院できている方に関しては、それなりのサポートが恐らくあると思うので、そういった方に在宅療養というのがありますよというようなお話をしていくと、ご紹介できたりすることがあるかなと思っています。

稲城市では、特に中村先生からの紹介でいただく患者さんの中には、後方支援の、あれは何というんですかね、名前は。

○中村委員 在宅療養後方支援。

○河原崎委員 後方支援ですか。何かあったときは必ず通るといような、あらかじめそういったシステムがあつたりするので、そういった方はもちろん必ずどんなときでも入れると。それ以外でも、基本的には入院できると思うんですけども、そういったシステムも功を奏しているのかなと思ったりしています。

まとまりがないですけど、そんな感じですかね。

○数井座長 どうもありがとうございます。

やっぱり、中村先生という先生がいらっしゃるから、何でもフレイルという患者さんを受け入れるときは帰れなくなるかもしれない、ずっととどまるかもしれないというこ

とで、急性期病院は受け入れを結構嫌がったりするのですけれども、中村先生の性分をご存じであれば、ちゃんと家族とお話ができているし、ある程度、もう治らない嚥下性の肺炎とかであれば、これだったら病院に行って最期を迎えちゃうから、中村先生のところへ戻ったらというようなやりとりができるわけですよ、きっと。そういう意味では、いい関係があればいいなと思います。

外来に通院しているときから在宅へ紹介するということは、結局、稲城市立の患者さんであって、それがその先生に移ったとしても、また先生とのやりとりがずっと続くわけですよ。

○河原崎委員 そうですね。何かあったらもちろん受け入れますよと。入院してADLがたんと落ちてお家に帰るといのはなかなかハードルが高いものですから、通院できる間に少しずつ落ちているなという段階で、ソフトに紹介できるといいのかなと思いました。

○数井座長 では、平井先生、起きていますか。先生はまた急性期とは違う別の病院ですけど。

○平井委員 何を話したらいいのか、ちょっと悩んでおりました、私のところは療養病床でずっとやっておりました、ことしの10月に包括ケア病床に変えてちょうど2カ月、だから、ちょうど一回転したところですよ。だから、そここのところの経験をお話するのが一番よろしいのかと思うんですけども、先ほどから話に出ている区分1の患者さんは、うちの病院はほとんどいらないので、区分2、3の方が中心になるのですが、そのような患者さんの中で、私も積極的に、私も神経難病、いわゆる困難例を今まで在宅に関してきた経験もあって、それなりにやっていけるかなという思いでしたので、ですけども、実際、その中で在宅に帰れたのは本当に数名です。いろんな制度を利用して、神経難病であったり、そういう制度を利用したり、あとは、何らかのインセンティブです。患者さん自身が帰りたい、あるいは家族がどうしても家で見たい、そういうものがないと、あとは、金銭的に次の病院であったり施設であるものと比べて、やはり何らかのメリットがない限りは、全く在宅に行くことはないと思います。区分1であっても、それはそのとおりだと思いますので、そこをどうやって在宅支援としてつくっていったらいいのかというのは、やっぱり悩みどころです。一律に区分1の患者さんを6割でしたか、在宅に帰すというのは、私は非常に難しい挑戦だなと。ただ、それはやるべきですし、例えば障害者であったり、今までの私のようなものが、単身患者、それから老老介護の患者さんの中で、この会議はその制度を変える会議ではないかもしれませんが、何らかの支援ですね。共助、公助、どこにそれを当てはめるかですけども、それさえあれば、区分1の認知症の患者さん等であれば、何とか在宅に持っていきけるのではないかという思いではいます。

その中で、病院包括ケア病床と療養病床、その二つをどうやって生かしていくのか。先ほども望月先生のほうから、日野市はそれなりに連携ができているという話がありましたけれども、私もまだ2年目なんですけど、来て思ったのは、もちろん先生方の働きもありますし、看護です。看護が非常に、例えば、今回の経鼻であっても、経鼻チームのほうは喜んで帰ります。なので、介護者が80過ぎであっても、引き続き吸引等の指導もしますのでということを書いてくれる体制ができておりますので、そういう看護のリソース、その辺をうまく生かしてますます広げていければ、結局財政的にプラスになるのかなという疑問の点はあるのですけども、少なくとも目的として、病院から在宅への流れは、包括ケア病床をうまく利用してつくっていきけるのではないかという思いで、必死にやっている現状です。こういう内容でよろしいですか。

- 数井座長 平井先生のいる康明会は特殊な病院だと思います。やっぱり、先生がいらっしゃる中で、さっき田村先生がおっしゃった胃瘻、要するに、難病を対象に扱っていらっしゃると思いますし、また、かつ、結構介護サービスというんですか、複数のいろんな事業所を抱えているというところで、総合的に在宅を支援するにはうってつけの病院だと思うんですけども、どうなんですか、望月先生、康明会との関係はよろしいですか。
- 望月委員 康明会さんも、在宅療養支援病棟として在宅のほうにも出ていただいている部分があるので、施設もちろんやられていますが、一般の居宅にも行かれていますところがあるので、ここ最近是非常に受け入れもよくて、在宅支援のためにという目線で、この前もご自宅で転倒して圧迫骨折をしたようなケースを、リハビリで短期間入れていただいて、よくなってなんというようなケースもあったり、比較的今は在宅目線がかなり強くなっている部分があるかなと思います。
- 数井座長 難病患者さんはなかなか在宅が難しい、困難だろうと思う患者さんも、望月先生がいるから大丈夫だという、何かそういうつながりはあるのですか。
- 望月委員 難病の患者さんに関しては、難病も神経内科を開業されている先生で、難病がお好きな先生がいらっしゃるって、そういう先生が多く抱えたり、比較的日野市は需要と供給のバランスがとれている部分があるので、実際、うちに難病がすごく多いかというと、それほど多くないです。難病の方がすごく医療的に手がかかるかというと、難病も比較的、進行度によっては、すごく経過を見ていくだけのケースがあったり、本当にダイナミックに変化するケースもあるので、さまざまかと思います。
- 数井座長 すみません、余計なことを言ってしまいました。
田村先生、どうぞ。
- 田村委員 ちょっとせっかちなので先を急ぎたくなっただけですけども、結局、これからもっと在宅移行を進めなければいけないんですけども、このままだと目標に全然達しない。どこを改善したらいいのだろうかということがテーマだと思うんですけども、いろんな資源、在宅医が少ないのか。きっとふえます。訪問看護ステーションもすごい勢いでふえています。そして、レスパイトを受け入れる病院の姿勢も非常にいいですし、そういった我々ができる条件は急速に整備されていくのではないかなと思うんですね。でも、きっとなかなか在宅移行にはいかないです。なぜかというと、患者さんが嫌がるんですよ。そのところは、我々のこの業界関係者が幾ら議論をしても、そのところは越えられないと思います。
- 結局、在宅といっても、ある程度どこかの箱と言ったらあれですけども、どこかに最終的に入っていただかないと落ちつかないだろうというふうに思うんですね。それが介護医療院でしたか。特に、地方でがらがらになってしまった病床を、病院ではなくて、そういったものに移行しようということも一つの発想だと思いますし、今、いろんな療養をしている人が入れる施設というのは、それなりに施設基準があって、それを整えるのが非常に大変なところなんですけども、ある程度そういった基準を緩めたりしながら、とにかく最後は家族が見なさいということで押していくと限界があると思いますね。
- 私、長年診ている患者さんが食道がんになって、重粒子線療法とかをやって、随分長生きをされたのですが、最後は末期になりました。私は10年も診ていたので、もう通えないのだったら、僕が往診して診ますからお家へ行きましょうかと言うと、いや、夫を家に連れてきたら絶対に診られませんということで、結局、その方は病院で亡くなったんですね。そういった方は決して例外じゃないと思うんですよ。だから、そのところの対策を考えていかないと、これから起こる在宅移行をしなきゃいけない人たちがなかなか進まないという問題は解決できないのではないかなと思います。

○数井座長 先生、特養も在宅という考えで、サ高住とか、いわゆる箱物ですよ。そこは在宅と考えてよろしいですか。

○田村委員 そうです。だから、本当の個人のお宅に帰るといよりも、そういういろんな施設、居宅、そういったものを整備していかないと、いわゆる病床からそちらに移行はできないのではないかというふうに思いますけどね。

○数井座長 やっぱり、少子化でヘルパーさんもない時代ですから、どうしてもそういうところに行くかなという感じは私もしています。

菅野事務長、天本で、田村先生がいるから話しにくいかもしれませんが、多摩市の事情をちょっとお話してください。

○菅野委員 天本病院としては、一応地域包括ケア病床と回復期病床を持っているというところで、在宅支援というところの立場でお話をさせていただきますと、地域包括ケア病床に関しては、今、いわゆる急性期病院さんからの転院と、あと、在宅からの入院というところで、ちょうど半々で50%ずつぐらいの今は割合になっています。時に6対4という形で、急性期病院さんから6割で、在宅から4割とか、そういった行ったり来たりはするのですけれども。我々としては、いわゆる二次救急機能ではないので、なかなかできる範囲の医療というところもあるというところから、できる限りの在宅の患者さんが、その方が必要ないいわゆる医療を受けられるように、急性期病院さんからは早く受ける、なおかつ、急性期病院さんのほうに入る、まだ入院する必要がないような患者さんのただ支援というところでの在宅からの受け入れということも、積極的にしていくことをやっていきたいということで、今は進めているところではあります。

ただ、在宅に帰っていただくに当たって、今、田村先生がおっしゃっているように、なかなか、我々としては在宅に帰れるのではないかとか、そういうふうに思って支援する方であっても、例えば認知症があるというだけで、家族の方はちょっと難しいというふうにおっしゃられる方もいらっしゃいますし、あとは、どうしても低所得の方でおひとり暮らしで、生活を支援するという力がないというような、介護力もないという場合に、それを地域包括支援センターとかケアマネジャー等々も含めて連携はするのですけれども、それでお家に帰ることが、最終的に難しいというところがあったりですとか、あとは、いわゆるお家に帰るのが難しいということで、転院というところもお勧めする場合もあるのですけれども、リハビリをしてもらえる療養型の病院じゃないと転院したくないとか、なかなかそういったところで、ご家族のニーズとマッチしないというところで入院期間が延びてしまうというようなケースもあるというところもあって、なかなかニーズが多様化していて、求めるものが高度化しているというところもあるので、そういうところをどのように家族の方ですとか、あとは、在宅のもともとの主治医の先生ですとか、そういった先生と連携をしながら、ご理解をいただくというところもしっかりやっていかなければならないんだなということ、今、感じているところではあります。

今、先生方のお話を伺いまして、まだまだ私たちもやらなきゃいけないことがたくさんあるんだなということ認識させていただきました。

以上です。

○数井座長 どうもありがとうございます。

天本病院は医療、療養でしたか。

○菅野委員 一応、ケアミックス型の病院となっています。

○数井座長 医療区分1の人を在宅へと言われたら。

○菅野委員 一応その辺は、今、特疾患病棟になりまして、医療区分1の方はほとんど入

院されていないというような状況になっています。

- 数井座長 では、ちょうど司会の段取りもよく、時間どおりに全ての先生方のお話をお聞きできましたので、これでご意見をいただくのは、部長、よろしいですか。

では、私の役目はこれで終わりですので、どうもありがとうございました。

- 矢澤医療政策担当部長 ありがとうございます。

今いただいた意見をちょっとまとめてみます。もしかしたら、区市町村の代表の方とか皆さん、ご発言をしたかったことがあったかもしれませんが、すみません、時間の関係で、これで終了させていただきます。

まず最初に、在宅のほうからの考え方で、田村先生から論点整理が必要だというお話がございました。訪問診療の機能についても少し分けての議論が必要じゃないかということが1点。それから、患者家族の意識、要求が高いというようなことも含めての意識についても、しっかり考えたほうがいいと。その2点のご指摘がございました。

それから、各市の状況ということでは、家族との関係とか家族との安心が非常に大事だというようなご意見もあったり、また、日野市では今、需要と供給のバランスがとれているんだというようなお話もございました。その際、独居とか認知症や所得といったようなキーワードにかかると、やっぱり看取りまでは難しい。介護力にプラス生活支援力に課題があって、そういったものの指標があるといいのかなというご意見があって、一方、それにあわせて、今度は医療の質の担保をというところでも指標が要るのかなというようなご意見があったかと思えます。

かかりつけ医が在宅で自分のかかりつけの患者さんを診るということは、もちろんそれは大事だけれども、それだけでは解決できないさまざまな困難なケースがあると。地域に病院があるという意識になればやっていけるのではないとか、バックアップ機能があるといいのではないかというような力強いお話もある中でも、やはりまだ少しこぼれる部分があるのかなというふうにお話が進んだ中で、病院との連携というところに行ったと思えます。

退院支援看護師さんの話とか、それから、介護力が弱いケースは、そうは言っても施設に行くことが多いんだというお話の中で、ドクターがふえても看護師がふえても、でもやっぱり移行が進まないというところでは、患者家族が嫌がると。その嫌がるというところで診なさいといっても無理なのではないかと。やっぱり、家ではなくて、居宅という考え方ですか、住まいという考え方で、医療を受けるような仕組みを今後つくらなければいけないということで、このあたりは多分行政のほうの話になってくるだろうと思いました。

そんなところで終わってしまったのですが、また次回、この話を調整会議のほうに上げまして、そこからまた少し区市町村のご意見も受けると思いますので、引き続き議論はとめずに進めたいと思います。どうもありがとうございました。

あと、事務連絡をさせていただきます。

- 久村地域医療担当課長 本日はありがとうございます。

今回の議論の内容を今申し上げましたが、調整会議、あるいは、その上の調整部会のほうに報告させていただきます。また、東京都は在宅療養推進会議ということで、東京都における在宅療養の取組の方向性を検討するような会議があるのですが、そちらのほうにもフィードバックさせていただいて、検討の参考にさせていただきたいと思っております。

また、本日ご参加いただいていない医療機関さん等に関しましても、本ワーキングの資料ですとか検討内容については情報提供をさせていただいて、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。

最後に議事録についてでございますが、本ワーキングは公開でございます。議事録につきましては東京都福祉保健局のホームページに掲載させていただきます。議事録について修正等が必要な場合は、福祉保健局までご連絡をいただければと思います。

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。