

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（区南部）

日 時：平成29年12月14日（木曜日）18時59分～20時37分

場 所：東京都医師会 5階 会議室

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。まだ、お見えでない方がいらっしゃいますが、定刻でございますので、ただいまより区南部の「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、久村が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、会議次第の下段に、配付資料ということで記載をしておりますが、こちらの記載のとおりでございます。万が一、落丁等ございましたら、恐れ入りますが、議事の都度、事務局までお申し出ください。

また、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っていただき、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、開会に当たりまして、東京都医師会、それから東京都より、ご挨拶を申し上げます。

まず、東京都医師会の副会長、平川先生、お願いいたします。

○平川副会長 皆様こんばんは。東京都医師会副会長、平川でございます。

本日は、本当、暮れも迫ったところを、どちらかといっても、忘年会のはざまみたいなところで、大変お忙しい中お集まりいただきありがとうございます。

きょうはワーキングということで、ご案内のとおり、地域医療構想の中では、どちらかという、病院の機能といったようなものとか、ベッド数がどうのこうのという話が伝わってくるわけですが、これはやっぱり地域医療構想において、在宅の仕組みというのは極めて大事でございますが、このあたりをぜひ、その当事者の方々と多職種を交えて忌憚ない意見交換をするのがこの会でございます。私も、何か所かこの会議に出てまいりましたし、また、報告を受けていますけども、さすが東京は広いなということで、本当に地域によって、いわゆる、地理的な違いもありますけども、医療資源や介護資源、全く異なっていますし、また、人口の構成も違っているということで、これ本当にこういう形で1個1個、大変ですけども、なるべく小さいエリアで、話し合っていかなければ、ざっくりと大まかなといえますか、全体的なものをつくるのは不可能かなということを感じています。

なかなかこういう機会もございませんし、顔を合わせることもないので、いろいろこう、言い出しにくいこともあるかと思っておりますけども、ぜひ、忌憚のない意見を交換し合って、皆さん方の地域住民の方々が、地域包括ケアの中で、きちんとした生活ができる場をつくり上げるのが我々の役目でございますので、最後までよろしくお願い致します。

きょうはどうもありがとうございます。恐れ入ります。

○久村地域医療担当課長 平川副会長、ありがとうございました。

続きまして、東京都より矢澤医療政策担当部長がご挨拶申し上げます。

○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。きょうは、お寒い中お集まりいただきましてありがとうございます。皆様方のお力をおかり

して、東京都は28年7月に地域医療構想を策定いたしました。その間、これまでの間、二次医療圏ごとの調整会議を年2回、開催しておりましたが、病院側の先生方からは、退院のときの退院先との連携がすごく難しいんだというお話がありまして、一方、在宅の先生方からは、在宅のバックアップ機能としての病院への期待や、一度大きな病院に行っちゃうと帰ってこないといったような、そんなお話を伺いました。

そのことから、今回このワーキングを設置いたしまして、まずは病院の代表者の方と在宅療養に関する医療・介護の関係者、あるいは区市町村の方で、ざっくばらんに意見を公開していただくことが必要かなということで、きょう、お集まりいただいた次第でございます。ぜひぜひ、活発なご意見をお願いいたします。

きょうはどうぞ、よろしく願いいたします。

- 久村地域医療担当課長 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、蒲田医師会の南雲先生にお引き受けいただいております。では、南雲先生、一言お願いいたします。

- 南雲座長 こんばんは皆様。お疲れのところ、ありがとうございます。

きょうは、先ほど久村さんのほうからご説明がありましたような趣旨で、忌憚のないというか、遠慮なくいろんな意見をおっしゃっていただいて、それを受けて、東京都もいろいろ動いていただけるということですので、ぜひ問題は、遠慮なく包み隠さずおっしゃっていただきたいというふうに思いますので、よろしく願いします。

以上です。

- 久村地域医療担当課長 南雲座長、ありがとうございました。

それでは、以降の進行を南雲座長をお願いいたします。

- 南雲座長 それでは、時間も短いので、早速、会議に入りたいと思いますが、この在宅療養ワーキングというのは、東京都地域医療構想、つまり病床の機能を分化しろ、あるいは、急性期病床を主に削減せよという流れの中で、どういった問題があるか。その中で特に在宅医療を中心に上げて、在宅とそれから病院入院医療、あるいは通院外来医療というようなところの問題点を浮き彫りにしようというのが狙いでございます。

それでは、東京都より議事についてご説明、お願いいたします。

- 事務局 東京都福祉保健局の藤田と申します。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、早速なんですけれども、資料のほうをおめくりいただきまして、1枚目が次第となっております。2枚目名簿で、3枚目に設置要綱を資料1としておつけしておりますが、おめくりいただきまして、資料の2ページ、東京都地域医療構想、こちらの概要についてご説明をさせていただきます。時間の都合上、簡単にお話をさせていただきます。

こちらの地域医療構想ですけれども、全部で5章立てになってございまして、2ページ左側のほうでは第1章、地域医療構想とは何かということに記載しております。医療・介護・福祉等に関わる全ての人が協力し、将来にわたって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について記載をさせていただきます。

そして、医療法では、次の2点を記載することとなっております。1点目が、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。2点目が、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となっております。なお、こちらの地域医療構想ですけれども、医療計画の一部分でございますので、現在、改定作業を進めております、次期保健医療計画と一体化させていくこととなっております。

2 ページの右側のほうでは、将来の病床数等の必要量の東京都全体について記載をしております。

おめくりいただきまして、3 ページ。左側のほうでは、第3章、こちらには構想区域、二次医療圏ごとの状況について記載をしております。こちらのワーキングなんですけれども、こちらに記載あります、調整会議の部会といった位置づけで開催をさせていただいております。

右側の第4章では、「東京の将来の医療～グランドデザイン～」を記載しております。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掲げております。そして、その実現に向けて、その下のところにございます四つの基本目標、そして、その基本目標の達成に向けた課題、それから、取組の方向性などを第4章のほうでは記載をしております。

下のほうで第5章では、果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況におきまして、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を記載しております。

次の4ページは、在宅医療等の推計に当たって、国から示された患者数の推計の考え方について資料をおつけしておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

おめくりいただいて、5ページをごらんください。こちらは、先ほどの2ページの右側のところにありました第2章のところで、「東京の現状と2025年の姿」の中で、将来推計として、東京都全体の病床数、在宅医療等の必要量を推計し記載しておるんですけれども、その資料を一部抜粋したような形でおつけしております。2025年の在宅医療等の必要量の推計については、19万7,277人となっております。4ページにおつけしておりました、国の地域医療構想におきまして、療養病床の見直し分、それから一般病床のうちの医療資源投入量が低い患者等につきましては、在宅医療等で対応するというふうになっております。それらを含めた数字が、この19万7,000人となっております。このうち、2013年のところで、訪問診療の実績、9万6,712人を実績ベースで引き延ばしたのが、右側にあります14万3,429人となりまして、2013年の訪問診療の実績の約1.5倍の必要量の増加が見込まれております。ただし、この必要量は、あくまで推計値でございまして、患者さんの受療動向であったり、病床稼働率、医療技術の進歩等にも影響を受けるものでありますので、また、病床の整備につきましては、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して。

おめくりいただいて、6ページ。こちら資料3、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ございますけれども、1枚目については、本ワーキングの設置の考え方等を記載しております。

おめくりいただいて、7ページをお開き願います。目的、構成等につきましては、こちらに記載のとおりとなっておりますけれども、四つ目に、本年度、平成29年度の主な意見交換の内容につきまして記載をしております。在宅療養に関する地域の現状・課題の共有、それから、地域と病院の連携などにつきまして、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報告する予定となっております。

本ワーキング、こちらの構想区域では初めての開催となりますけれども、次のページの8ページに平成28年度の地域医療構想調整会議の開催の状況をつけております。おめくりいただいた9ページには、今年度の開催状況をまとめた資料をおつけしております。

すので、後ほどごらんいただければと思います。

駆け足で恐縮です。おめくりいただいて10ページ、資料4のほうをごらんください。こちらは、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、簡単にご説明をさせていただきます。ここで言う「協議の場」とは、医療計画に掲げます在宅医療の必要量と、それから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しているものでございまして、具体的には、療養病床の見直し分、こちらでは追加的需要と呼んでおりますけれども、この追加的需要をどのように対応していくのかというところを協議する場となっております。こちらの資料4につきましては、「協議の場」で使用した資料をおつけしております。資料4①枚目は、「協議の場」の概要について記載をしております。

おめくりいただいて11ページでございますけれども、先ほどの地域医療構想の策定の中でも資料をおつけしておりましたけれども、慢性期機能と、それから在宅医療等の患者数の推計の考え方、こちら国のほうから示された考え方の資料をおつけしております。中ほどの帯の図のところをごらんいただきますと、真ん中の現状というところに、②療養病床の入院患者数とございますけれども、そのうちの医療区分Ⅰの70%、それと地域差解消分、太枠で囲んである部分ですが、こちらを療養病床の需要として見込むのではなく、在宅医療等で対応するとの考え方でございまして、こちらを追加的需要と呼んでございます。

下段のところに数字をお示ししておりますが、資料の下のほうですけれども、東京都計で、全体で1万4,336人と推計しております。先ほどの現状のところの帯の図のところ、②の横に③一般病床で医療資源投入量175点未満、C3未満の患者さんにつきましては、一般病床の利用ではなくて、外来で対応するというような考え方となっております。

こちらの、今申し上げました追加的需要について、どのように対応するかというところなんですけれども、おめくりいただいた12ページのところで、下段の図の中ほどあたりの四角のところ、ちょっと小さい字なんですけれども、療養病床とありまして、そこに医療区分Ⅰの70%と、プラス地域差解消分とありますけれども、こちらを④の介護医療院、あるいは⑤の介護施設、⑥の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の介護医療院と介護施設分を計上して、医療計画のほうでは、⑥の在宅医療、ここで言う在宅医療とは、資料の右のところに米印で打ってございますけれども、ここでは、家庭への退院ということで、在宅医療と言いましても、まずは、ご家庭への退院というようなことで指しております。具体的には、訪問診療と外来の想定をしております。ですので、このため、在宅医療のうち、訪問診療分を医療計画のほうでは記載するような形になるんですけれども、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といのが、協議の場の目的となっております。

協議の場のほうでは、国から示されました、案分方法等をもとに、この④から⑥を案分しております。こちらの、本日は在宅療養ワーキングとなっておりますので、⑥の在宅医療のうち訪問診療の部分について、もう少し詳しく見ていきたいと思っております。

おめくりいただいて、13ページをごらんください。資料、冒頭のところ左のほうに、2013年の実績とございますけれども、その下のほうに行きまして、2013年の訪問診療を受けている患者とございますが、こちらは9万6,712人で、右側のほうに行きまして、こちらは2025年に引き延ばした数字が、先ほど申しました14万3,429人と見込んでおります。

同様に、老健施設の利用者数は、2013年が2万600人、こちらが、2025年

には、3万2,504人、同じような形で療養病床入院患者のうち医療区分Ⅰの7割、それから、地域差解消分が9,100から、網かけの1万4,336人となっております。一般病床では、175点未満の患者さんが4,400人から7,008人と推計しております。このうち一般病床で175点未満の患者さんは外来での対応、それから老健施設、あるいは訪問診療は、それぞれで対応することとなるんですけども、療養病床からの移行分、網かけの1万4,336人、こちらを介護医療院、介護施設、在宅医療に案分する基本的な考え方なんですけれども、①のところで、下のほうにございますけれども、介護医療院につきましては、現在の介護療養病床が、全て介護医療院に転換することを前提にしております。この介護医療院への転換分で4,922人、残りの約9,500人、こちらを介護施設と家庭への退院で案分することになるんですけども。案分方法なんですけど、介護施設との関係ですので、まず、65歳以上の患者さん約8,500人を、平成28年の病床機能報告の結果を活用して案分する形となっております。

具体的には、病床機能報告によりますと、都内の療養病床から退棟する患者さんの退棟先の割合について、介護施設を利用する患者さんと、それから、ご家庭へ退院される患者さんの比率が1対2.5というふうな形になっておりますので、その案分比率により積算いたしますと、介護施設が2,416人、ご家庭への退院が6,043人となっております。なお、64歳以下につきましてはの955人は、ご家庭への退院という形で整理をいたしまして、先ほどの955人を足し合わせた6,998人が、ご家庭への退院の数というような形になっております。この約7,000人のご家庭へ退院された患者さんのうち、訪問診療の必要量の試算についてなんですけれども、今度、こちらについては、患者調査の結果を見ますと、ご家庭へ退院された患者さんのうち、約7%の患者さんが、訪問診療を受けているという結果に基づきまして試算したところ、こちらの訪問診療の必要量では、約7,000人の7%で495人と。残りの6,500人については、外来での対応というような形になってまいります。

こうしたことから、在宅医療のうち、訪問診療の2025年の必要量についてなんですけれども、現行の訪問診療の引き延ばしの14万3,429人、資料上(A)と記載しておりますけれども、そちらに療養病床からの移行分の495人を加えまして、14万3,924人となっております。

次の14ページのほうに、区市町村別の訪問診療の必要量をお示ししております。こちらは、引き続き、改定作業で、今、改定を進めております保健医療計画の中で整理をしておりますが、各区のほう、品川区さんであったり、大田区さんのほうであったり、こちらのあたりを、また、今後、関係団体さんにおかれましても、何か取組の際の参考にしていただければと思っております。

なお、次の15ページには、介護保険事業計画のほうに反映いたします介護医療院、それから介護施設等の追加的需要の必要量につきまして記載をしておりますので、ご参考にしていただければと思います。

引き続き、資料5のほうを後藤のほうからご説明させていただきます。

○事務局 それでは、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、資料番号右上の資料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年度の病床機能報告のデータや、昨年度末に実施しました、地域医療に関するアンケートをもとに議論していただきました。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、1枚目、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。区南部では、急性期機能の欄の四つ目のぼちと、その隣、回復期機能の一番下のぼち、慢性期機能の一番下のぼちに記載してございますが、全体的な特徴といたしまして、退院調整部門を持つ医療機関が少なく、平成28年度の病床機能報告では、都平均58.7%に比べて、29年度、48.8%となっております。

また、すみません、1枚おめくりいただきまして、資料5、17ページ。こちらが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。病院側から在宅等への急変時に、突然受け入れをお願いされても、検査結果等の情報が乏しく、受け入れが難しいといったご意見や、急性期病院の医師の在宅への理解が、全般的に浅い。在宅専門医と病院との関係が希薄といったご意見や、在宅等でいろいろしている患者は、病態が複雑であり、さまざまな検査、加療の必要性から、高度急性期から、急性期病院に搬送されている。また、在宅でのみとりが増加しないとの回答がございました。

次に、在宅側からですが、急変・病状変化時の受け入れについては、複数疾患を抱えている場合は、短期間の入院が必要でも断られることがある。急変時や病床変化時に対応する後方病床を確保してほしいなどのご意見がございました。

次、右の在宅移行、退院支援についてですが、患者の視点に立った退院・転院を考えてほしい。その下、その他でございますが、終末期対応の受け入れをしてほしい。的確な情報提供をしてほしいなどの回答がございました。

また、1枚おめくりいただきまして、資料18ですが、こちらについては、調整会議における意見から、地域の課題を整理したものです。調整会議の意見というところをごらんいただきますと、左の欄についてですが、二つ目のぼち、在宅医から急変時の受け入れについては、どの医療機関も協力しなければとの認識は持っている。三つ目のぼちですが、中小病院の役割は重要であり、在宅医側も中小病院で何をやっているのか、どこまで対応できるのか理解することも必要。一番下のぼちでは、病院に入院させた患者が、もとのかかりつけ医に戻るのではなく、退院時は在宅の専門医につながってしまうなど、連携が不十分とのご意見がありました。

また、一番右の欄をごらんいただきますと、五つ目のぼちですが、慢性期の病床稼働率は90%だが、独居、老老介護などで、なかなか自宅に帰せず、そのまま病院でみとりとなるケースが多い。次、六つ目のぼちですが、最初は在宅を希望するも、家族へ説明すると吸引等の負担もあり、入院を継続するケースも多い。その下、七つ目のぼちですが、慢性期は診療報酬が低いが、人員体制は急性期に近い形でやっており、在宅から誤嚥性肺炎を引き受けてと言われても、手が回らないのが現状。また、その下のぼちですが、慢性期でもサブアキュートの対応が可能な症状もある。病状、在宅の双方の理解・周知でカバーできる部分もあるのではといったご意見をいただいております。

また1枚、すみません、おめくりいただきまして、資料5、19ページですね。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。

資料、また1枚おめくりいただきまして、20ページについては、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、ご確認ください。

続きまして、参考資料でございますが、別とじでしておるものでございまして、地域医療構想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い

る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、参考資料の上につけております「参考資料の内容について」というものが、簡単にまとめた内容となりますので、ご確認ください。

資料が多く、大変恐縮でございますが、各資料、病院や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存じます。

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。

○南雲座長 ありがとうございます。

それでは、今のご説明を受けて議論を始めるわけですが、何かを決めるという必要はないので、ご意見をいろいろ伺ってというところになります。

それで、私のほうからは、参考資料の4というところに、東京都医療機能実態調査結果報告書というのが、資料で別途ございますが、これは後でゆっくり見ていただくと、それぞれの地域の実情とか、在宅の先生方の問題と考えている点とか、病院の考える問題点、あるいは、病院にある問題点等々が少し浮かび上がってくるのかなど。それで、地域差を見ながら、どのようにお考えいただくかという参考になりますが、今これを見ていると時間が足りないので、早速、議論を始めたいというふうに思います。

二つに分けて、まず、約30分程度で在宅療養に関する地域の現状・課題・問題点等について、ご発言をいただきたいと思います。先ほど区西部、西北部、東北部等々の今までの会議のまとめ、問題点。多くはここに出ております、問題点と重複するような問題点かと思いますが、これは他の地域でありますので、あくまで区南部でどうだというようなご意見をいただきたいというふうに思います。

ご発言をお考えいただく間に、私は開業医となって24年目です。介護保険という、そのころは介護保険と言わなかったんですが、新しい老人保健が始まるというような話で、日本医師会による説明会に行つてこいと言ったのが運の尽きで、医師会の役員をずっとやらされることになって、もう本当に、あの説明会に行かなきゃよかったなど、振り返って悲しい思いをしています。

それから、やっぱり20年以上前は、そのころから往診しているんですが、在宅に行つて急変、入院が必要というのと、どこの病院にかけても、下手すると2時間ぐらい、引受先が決まらないというのが実情でした。電話をしても保留にされて、30分たつと切れちゃうというのが、どこの病院でも当たり前の時代でした。そこで私は、医療連携をやろうと思って、各病院と連携室というのをつくっていただいて、どういうふうに運営するかというようなことを、いろいろご意見申し上げて、20年前に比べれば、今は随分楽になったんだけど、今の楽になった現状の中で問題点は何かあるでしょうから、おっしゃってくださいということです。

先ほどの推計では、在宅の患者さんが1.3倍とか1.4倍にふえるというその背景の中で、問題はどうでしょう。在宅医の先生というのは、私と中村先生がまだお見えじゃないので、私のほうから申し上げますと、まず、みとりのあり方ですね。一時、みとりを推進しろという強力なドライブがかかって、一生懸命、家でみとらないといかんと。病院に運んじゃいけないんだということでやってきましたが、最近では反省して。そうではないなど。というのは、例えば、がん末期ということで、もう体中たくさんのがんがおありになって病院から退院してきた方が、ある夜、胸が苦しいとおっしゃって、

家族も、まあ、がんだからしょうがないよねと言いながら、余りに苦しいと。病院に連れていってくれとご本人がおっしゃるんでお願いしたところ、心筋梗塞を起こしたと。で、治療をしたところ、非常に痛みが軽くてよくなった。

たとえば、がん末期といえども、その後、半年間、元気で、在宅で亡くなるまでの間、すこやかに過ごされたので、やはり、そういうときの判断というのは難しいですよ。まして在宅では。もう、がんで腹水がたまって、胸水がたまって、そういう、もういつ苦しくてもおかしいというような中で、心筋梗塞を起こしているというのは、夜中に在宅で判断するというのは、非常に難しいところがあるかと思います。そんなことはない、おまえがやぶだからと言われてれば、それまでであります。そういう日常やっている、在宅をやっている医者は、どういうものを考えるかと。

だから、必ずしも家でみとるとするのは難しいので、やっぱりご家族、ご本人の希望があれば、病院で見ていただく。病院で看取るとのことじゃなくて、病院で見ていただいて、これは在宅へ帰してもいいと言われてたら、すぐ帰していただくということ。私も短期間で帰してくださいと。二日か三日で帰していただいて結構ですと。方向性が出れば、もうお帰してくださいと。治療が確立しなくても、帰してください。

それから、やっぱり、認知症がある方とか、身体能力が落ちてきている方というのは、長期入院になると、一層そういった症状が悪くなりますので、できるだけ帰れる人は帰したほうがいいかなというふうに思っております。そこら辺の感覚というのは、なかなか病院の先生とは幾ら話し合っても通じないので、いや、若い先生で熱心な先生であれば、いや、もうちょっと検査して、きちんと治しましょうと。大変ありがたいんですが、うーん、難しいかな、どうしようかなと。で、そのうちに家族は、お母さんがいないとこんなに楽なんだと。このまま病院で見てもらったほうがいいなというふうになってしまうというのが、普通かなというふうに思います。

我々の地区、大田区は、品川さんは大変と聞いています。品川は、在宅医療をやる先生が少ないんですよ。今、医師会の先生方が医師会診療所を核として、そこでみんな手伝い、補いながら在宅をやっていると理事の先生にお聞きしましたが、非常に大変だと思います。逆に、スクラムが組めるのがすごいな、品川は。私、在宅医療をやろうと言っても、10年以上、私、大田区の蒲田医師会というところの役員をずっとしているんですが、在宅医療をやろうと、組もう、連携しよう、助け合おうと10年言い続けたんですが組めない。

私も一応、24時間、在宅療養支援診療所を届けていますが、一人でずっとやっています。呼んでも起きられれば起きて行きます。しんどいです。もう、それ、医師会員に在宅医療を進めるために、去年は大幅に在宅をふやして54人以上見ていました。それとは別に特養の50人を見て、毎日、外来は120から150見て、また夜に見るといようにやっていたら、周りから働き過ぎと言われて、25人ぐらいに今、調整して減らしました。それでも、お昼はなかなか食べられない。そんな生活をしております。

だから、助けてくださいと言いたいんですが、少なくとも医師会の仲間の開業医とは助け合いがなかなか難しい。病院はすごく助けていただいて、ものすごく助かっています。例えば、ある病院がやっている取り組みは、在宅で診ている患者の病状とリストを全部届け出れば、その患者さんが救急車で、あるいは、ご家族が連れてきたら必ず診てやるよというふうにしていただいて、大変助かったと。そうすると、病院さんが頑張ると、今度は在宅をやっている医者が甘えて、11時、行きたくないな、救急車を呼んだらというような対応になってしまうと、病院の先生方は、「あのやろう、いつもこんな時間に押しつけてくる」というようになると、やっぱり、せっかく一生懸命やっていた

いている病院の先生が、やっぱりモチベーションが下がっちゃう。

でも、僕らは一人でやっていると、本当に夜中に起こされても、年ですから、もうね、この年で夜中に起きていくなんていうことは至難のわざで、そうしたら、次の日1日仕事にならないというのが現実でありますので、そういうところがございます。

ざっと、在宅をやっている医者意見というのを申し上げましたが、さて、皆様からご意見をちょうだいしたいと思うんですけど、よろしいでしょうか。

品川は、そういう状況だということですが、川島さん、行政としては、大変そういうところでお困りのところがありますか。

○川島委員 品川区健康課長の川島と申します。よろしくお願ひいたします。

余り大きな声で言えないようなところなんですけど、多分、ほかの医療圏でも同じような話があると思うんですけども、これは役所の縦割りの弊害というんでしょうか、在宅療養の担当セクションというのをまだ明確に決まっていけないというようなところで、福祉をやるところ、介護保険を所管するところと、それから、保健衛生を所管するところ、保健所、今は連携して調整しながら仕事を進めているんですけども、明確にもう在宅療養担当窓口みたいなところをどこにするかというのを、品川区もまだ調整中なんですけど、お恥ずかしい話なんですけど、まず、その辺のところがあるというようなところですね。

それから、先ほど品川区のほうも二つ医師会がございますが、そちらのほうは、在宅療養の数が少ないということで、スクラムを組んでいるというお話だったんですが、その辺も、ことしも来年度の予算編成に向けて、何か医師会さんのほうのやる取り組みに対して、金銭的な支援が何かできないかということで、今、まだ予算編成中ですので、具体的には何かという、この場ではちょっと、お伝えはできないんですが、いろんなアイデアに対して、何か区でできないかということは、いろいろと今考えているようなところがございます。

○南雲座長 ありがとうございます。区が応援するということでもあります。

それでは、早田さん、大田区では、どうでしょう。大田区は、まず病院同士が会う会がないというので、私、非常に驚きまして、入院医療協議会というのを作りまして、全部の病院が会う、協議をする場というのを作りました。病院の会というのは四つぐらい大きな団体があって、その団体の中では出会うことがあるんですけども、大田区の病院として協議する場がないというので、何度も足を運んだのですが、10年前にはいらねえと。そんなもの必要ないと言って、各院長が全部お断りされたんですが、3年たってもう一回行ったら、それは必要だねと。やろうという話になってできました。

それから、在宅医療を推進する会を行政にお願いして入っていただいて、大田区の方にも、必ず入ってみんなで協議するというのをつくってから、非常にお話を通るようになりまして。非常に助かっています。

早田さん、そこら辺、品川さんに教えてあげてくださいじゃなくて、こうやっているよというような、いい話がありますか。

○早田委員 ありがとうございます。全部、南雲先生に言っていたとおりでございまして、大田区では、入院医療協議会というふうに全病院、顔の見える関係づくりをして、その中でまた、具体的に専門部会というのがございまして、各テーマに沿って協議していくというものがございます。看護師専門部会、小児医療専門部会、入退院調整担当者部会、それから感染症対策部会というのがございます。

そのほかに、今言っていたとおりで、在宅医療にかかわる病院だけではなく、多職種が顔の見える関係づくりということで、在宅医療連携推進協議会というのを立ち上

げていただき、どちらにも行政のほうがかかわって、一緒に課題について考えていくというふうな取り組みをさせていただいております。

その在宅の中で、顔の見える関係づくりではなくて、もう一步踏み込んでいろんな課題について検討していこうよということで、今年度は、医師会さんのほうでそれぞれ、3医師会さんそれぞれでやっていただいております在宅医療の調整担当窓口、相談窓口ですね。こちらのほうをもっと、少しレベルアップしていこう、どういうものにしていくか、あり方を考えていこうという会を、その中に立ち上げていただきました。在宅に移行する相談の窓口の話は、どうしようかという話なんですけど、その中でやはり、在宅の抱えている課題ですとか、こういうふうにしていったらいいんじゃないかという話が随分と、具体的に話が出ていて、どうしていったらいいかというところをこれからも引き続き検討していこうというふうになっているところです。その在宅の相談窓口も、今までは医師会さんにさせていただいていたところを、区のほうが補助するという補助事業の位置づけだったんですけど、よりもっと区民にとって身近な相談窓口が、これから在宅療養を勧めていく上で必要だということで、来年度はまだ本当に予算編成の段階ですので、はっきりとしたことは、まだ言えないところですけども、委託化に向けた準備をしているところでございます。

私のほうからは、以上です。

- 南雲座長 ありがとうございます。そういった中で、多職種間の勉強会というの、我々の医師会、毎月始めまして、薬剤師会の先生、歯科医師会の先生方にもたくさんご参加いただいてやっております。そういう会で、今、一緒に多職種が勉強するとよかったなと。とにかく顔が見えて、この人は頼んでも大丈夫、そういうのがわかっただけでよかったなというふうに非常に思います。

平塚先生、品川は私、大変仲のいい先生が多いんですが、品川区が大昔とはえらく違って、積極的に支援するというふうに変ってきていますが、先生、どうですか。

- 平塚委員 初めまして。品川区医師会で理事をしております平塚と言います。

私は、今期から理事をさせていただいております。先ほど、南雲先生がご紹介いただいた、開業医が横のつながりを利用して、在宅のバックアップシステムを構築しようということで、今、医師会が主導させていただいて、今回の正月休みで、在宅輪番をちょっとつくってみようということで、今、取り組みをさせていただいております。人選に関しては、完全にこちらがセレクションをするような形で、試行事業という形でさせていただいているんですが、7名のメンバーを募りまして、1日ずつに交代して、24時間在宅を見るという形を考えています。

実際に、そのシステムを構築するに当たって。いろいろ問題点が見えてきたところでは、在宅専門クリニックさんのニーズと、ふだん、外来診療をやっている一般診療所で在宅を見ている先生方のニーズが圧倒的に違いまして、在宅をメインでやっている先生は、やはり自分たちの専門性を重視して、その延長としての役割まで期待されるのですが、ふだん、在宅をメインでやっていない先生方は、万が一のバックアップへという意味合いというところの温度差を感じています。

あとは、診療報酬上の問題も幾つかありまして、例えばみとりの事案が発生した場合に、みとり事案が品川区医師会の診療所から臨場をし、みとりに行った場合に、ターミナルケア加算の要件やみとり加算の要件がどのように整理されているのかということに関しては、まだちょっと不透明な部分がありますし、みとりの実績が評価型の要件もかわってきますので、受け入れ診療所でみとってしまっていて、いや、それがその要件に入らないというようになってしまったというのでは、ちょっと困るというような意見も多

数ありました。

あとは、当番していただいている先生方にもインセンティブをお話ししたんですけれども、品川区医師会からは、当直料みたいな宿直料ということは、ちょっと、今回、お出しできないような状況になりましたので、そこでもし、診療報酬が発生すれば、何らか手数料を差し引いた上でお返しするというような形での一回目の試しというところで今、動いているところです。

- 南雲座長 非常によく組んでやれるなというのが、私は一番の驚きでありまして、また、成果を教えていただきたいと。品川区は、それに応援していただけるというようなことで、非常にありがたいというふうに思います。

これはうまくいったら、都市部ではね。地方では結構うまくいっているらしいんですが、都市部では、なかなかうまくいかないの、いい参考例になるのではないかなというふうに思います。ありがとうございました。

城下先生、田園調布のエリアは、よく田園調布医師会の先生には、田園調布は150坪に一人、高齢者がいると。蒲田区のほうは、15坪に8人ぐらいいるよねといつも言われるんですがね。どうでしょう。

- 城下委員 田園調布医師会の城下でございます。

品川区の取り組みが非常に興味深いなと思って伺っておりました。田園調布医師会のエリアですと、先ほど南雲先生もおっしゃっておられましたように、チームを組んでとか、タグを組んでというよりも、もともと開業されていらっしゃる、クリニックをオープンしていらっしゃる先生方が、ずっとかかっていた方が在宅になって、そのまま引き続き在宅医療を見ていらっしゃるという先生方がいらっしゃる一方で、あとは在宅専門のクリニックという形で、基本的に何人かの医師がチームを組んで在宅医療をやっていたりというような形があるようでございます。必ずしも、その両者のほうが連携しているとは言いがたい状況もあると思いますし、ちょっと今後、情報交換等が必要になってくるのかなというふうに思っております。

- 南雲座長 ありがとうございました。地域性というのが非常にありまして、大田区は、大森、田園調布、蒲田と、まるきりこう、格差の大きいところは、一つの区に存在していて、その一つ一つの中で、またいろんなところがあって、非常にバラエティーに富んでいる。バラエティー富んだ対応をしなきゃいけないというところが、都心や北部、あるいは東部など、いろいろ地域とは違うのかなというふうに思います。

ということで、医師会の先生方からお話、行政からも伺いました。

渡辺先生。渡辺先生のところは、リハビリテーション病院とか、慢性期というか、ポストアキュート。

- 渡辺委員 当院は、回復機能として登録をしておりますけれども、回復機能のほかに、半分、療養病棟も持っております。

地域においては、先ほどの平塚理事の在宅ネットワーク委員会、医師会の委員会に、私も参加させていただいております。また、慢性期担当の病院の先生も医師会の委員会に参加をさせていただきまして、非常に医師会の先生方は若くて、やる気のある先生が多いものですから、そこをバックアップしていこうということで、病院としても、バックアップの体制をとっているところでございます。

先生方がまだ、少ないというところで、逆にスクラムが強く組んでいるというところはあるんですけれども、実際こう、回るほどたくさんの患者さんをまだ回せていないということと今後、品川区との連携ということをしっかきやっしていきたいというふうに考えております。

以上です。

- 南雲座長 渡辺先生、在宅に帰す側でもあるし、在宅の患者さんも、入院も必要なときには対応、応援してあげるといことですか。
- 渡辺委員 そうですね。ポストアキュートについては、上から急性期、高度からおりてきて、うちで受け、で、地域にお帰しする。また、うちで一旦とめて、慢性期のところに在宅に帰れないとか、あとは、在宅系へ行かれる方というふうなこと。次の議題になると思うんですけども、その交通整理をというふうに思っているんですけども、なかなか上からの情報が入ってこないことが問題になっているのと、地域の先生から、どこまで、こういう回復期とか慢性期が役に立てるか。救急車を呼ぶようなレベルになってしまうと、おのずとやはり急性期機能を担当しているところのしっかりした病院に行くというのが適切であると思うんですけども、サブアキュートについて、どのように対応できるかということは今、考えているところです。
- 南雲座長 ありがとうございます。品川区はそういう意味では、高齢者も緊急、救急症例に対して対応できる病院って、品川区には幾つかあるんですか。
- 平塚委員 区内では具体的に言うと、寝たきりの高齢者を区内で収容できる施設という病院はそれほど多くないというのが現状で、むしろ、超急性期型の大学病院ですとか、N T T 関東病院さんのようなところかと思えます。あと、やっぱり、一番困っているのが、最近ではやっぱり、東芝病院さんの問題がありますので、受け皿が今後どうなるかということは、かなり医師会会員の中でも不安が大きいというのが現状です。
- 南雲座長 地域包括ケア病床というのができてしまった、できたのがいいのかなと思ったら、急性期の病院が、自分も地域包括ケアに、患者さんをどんどん移して、で、それが今まで療養型の病院に流れていたのが、流れがとまってしまって、療養型の病院の経営が非常に苦しいと。きのうも呼ばれて、職員を説得してくれと。院長に俺、できないから、おまえやってくれよと言われて、何なのよと。急に、事情もわからず資料を慌てて見せられて、こんなに厳しいのかと。よく今までやっていたねというふうにおっしゃいましたが、そういう、だからこれが、また来年から制度が変わって、50%よそから地域包括ケアを受け入れなさいとか、いろいろな要件また流れが変わっているのかと思いますが、やっぱり、誰もやってみないとわからないというところがあって、やってみたらこんな厳しい結果が出ちゃったよというところがありまして、今、慢性期の病床が、この介護医療院でしたっけ、まだ聞いたことがない方もたくさんいらっしゃると思うんですけど、こういうふうに変わっていく、これがいいのか悪いのかというのは、ふたをあけてみないと、というところではありますが。

小山先生。小山先生のところも、地域包括ケア病床もあって、あとは急性期。

- 小山委員 急性期。
- 南雲座長 はい。
- 小山委員 東京蒲田病院の小山と申します。よろしく申し上げます。

私、今、南雲先生からご紹介いただきましたように、私どもの病院は、180床なんですが、80床が療養型。昨年、約1年ちょっと前に、一般床のうちの26床を地域包括ケアの病床にしまして、残りの74床が一般床、10対1という配分になっております。受ける側としましては、私、循環器専門なんですけども、東京都CCUネットワークにも入っておりますので、急性心筋梗塞のような患者さんも受ける一方で、在宅の患者さんですとか、あと、施設の寝たきりのような患者さん、ぐあいが悪くなったという方も積極的に受けるようにはしております。

地域包括ケア病床をやっている以上、やはり、在宅なり、そういう施設なりの患者さ

んがぐあい悪くなって、一般床できちんと治療した後のお帰りいただくまでの、当然、リハビリ等の機関として地域包括ケア病床を活用すべき、当然したいと思っているんですけども、ただ、先ほど申し上げたように、循環器救急を受けたりとか、いろいろな患者さんを受けていますと、どうしても稼働しなくてはいけなくなってきまして、ですので、地域包括ケア病床の平均在院日数が、1カ月以上超えるときもあれば、20日ぐらいときもあつたりと、結構波があつて、出口が当然あるからそうなるんでしょうけども、入り口のほうの問題も、またある程度、影響したのかなというふうに感じております。

私どもも、あと、訪問診療をやっておりますが、今、見ている患者さん30人ぐらいなんですけども、それも今後、どういう方向性でいくのかというのは、その地域包括ケア病床の使い方、それから、地域の先生方、訪問診療とかされている、あと、施設を担当されている先生方との患者さんのやりとりとしたらあれですけども、受けて、またお帰しするという、そのスキームの向かう方向で、私どもの病院の訪問診療の方向性も変わってくるかなと思って、今はまだ、現状維持というか、大きくは動いていないと思います。

○南雲座長 日ごろは助けていただいて、ありがとうございます。

ですから、この形の病院だけあればいいというのではなくて、いろんな機能が地域にないと、やっぱり医療というのは回っていかないのかなと。みんなが慢性期に行っても困るし、みんなが回復期ばかりやっても困るし、急性期もあり、いろんな種類の病床が満遍なくないと、本当は難しいのかなと。

私も昔、・・・を経営していることがあるんですが、病院経営って、ちょっとでもあくと、あつという間に赤字になるんで、本当に病院の経営をされている先生方は、もう、本当に大変だろうなというふうに思います。こんなのはおかしいですよ。若いころアメリカ行ったときに、病床ががらがらで、今どれぐらい入っているんですかと、40%と。そんなのでやっていけるんですかと。病院がベッドがあいていなかったら、災害があつたときとか、事故があつたときどうするのと向こうで言われて、日本は満杯にしておかないといけないと言われているんですけど、アメリカは違うんですねというふうに思いました。

そういう在宅の中から――中村先生、お疲れさまです。先生に、在宅医療をなさっている先生の立場から、在宅療養に対する地域の、今回品川を、城南地区の現状、あるいは問題点等がありましたら、お聞きしたいんですが。今でいいですか、もうちょっと後にしますか。

○中村委員 もうちょっと後にします。

○南雲座長 わかりました。ありがとうございます。

佐藤先生。蒲田歯科医師会副会長。いつもお世話になります。

歯科の先生から見て、あるいは、一緒にやっている地域の多職種の勉強会、連携の会、あるいは、先生が診ている在宅の患者さん、歯科医としてかかわってみて、何かこういうのは問題じゃないのと思うようなことがありましたら教えてください。

○佐藤委員 やはり、個々の歯科医師自体が、まだ、残念ながら在宅に対しての何と申しますか、意識と申しますか、そういうのが医科の先生に比べて低いというのは現実にあると思います。それから、患者さんの意識としても、「えっ、往診してくれるの」みたいな患者さんもいらっしゃるわけで、そういうところの啓蒙と申しますか、そういう部分からやっていかなきゃいけないというのが一つと、やはり、一時期、訪問診療、非常に保険点数が高かつたもので、いわゆる、医科とは違う形の訪問診療専門の歯科というの

が結構、幾つかできましたけど、これ皆さん、大きな施設とか、そういうところに入って、一遍に50人、100人の患者さんとしては得られると。でも実質的には、在宅で地元にいっちゃるおじいちゃん、おばあちゃん、自分のところに通っていた人たちというのはどうなんだろうという。僕らが行くのは、ほとんどはそういう形になってくるわけですね。自分のところに外来でいらしていたけど、ちょっときつくなってきた、来られなくなった、じゃあ、行くよというのが主体であって、何といたしますか、ニーズとして、大きなニーズがぼんと来るということは、まずない現状ですね。

それと、先ほどの医療連携の病院に関しても、病院の中に歯科や口腔外科がある病院の場合には、比較的そこを通して、いわゆる周術期ですね、術後なんかでも口腔ケア、特に移植治療なんかの場合でも、前後の口腔ケアとか、そういうのは、逐一来るんですけども、残念ながら、そういう口腔外科とかがない病院に入られている患者さんですと、患者さん個人がお医者さんから、口の中ちゃんとやっておけと言われたからといっちゃるケースが多いんですね。

ですから、そういうのも、できれば、一つのベースの中でデータも、我々も見られるというか、管理できるような体制を、これは行政にお願いするような部分かもしれませんが、そういうのがどんどん高まってくると、私たち1個人の歯科医師の開業医の在宅に対する意識というのも、どんどん上がってくると思うんですね。今、やっぱり、でかい機械持って回るといのは、非常に大変なので、私のほうでも、会員の先生方にそんなの必要ないですから、治療の関係に必要なから、歯ブラシ1本持っていきましよう。ご自宅に歯ブラシ1本持って、歯ブラシをしてきてあげるだけでもいいじゃないですか。それぐらいでもいいですから、やってみましようよという話をよく、会の中でもしているんですけど、なかなか、経営的な部分もありますので、なかなか浸透しないのが現状ではあります。

○南雲座長 ありがとうございます。我々も同じで、長年診ていた患者さんが在宅になって行って、診に行く場合というのは、やっぱり、物すごい時間がかかるんですね。話も長いし、家族とも知り合いだから、いろいろ話をする。やっぱり、たくさん診て専門で回る人は、やっぱりシステムがきちんとできて、スタッフもそろって、iPadを見ると、次に行く順路も全部出て、音声で、「はい、次の信号を右に曲がって」と。全部その行き先まで声で案内してくれるようなシステムを使って、非常に能率よくやっているなというふうに思います。

だから、違う種類の医療を提供すると思えばいいんですけど、我々が言っているのは本当に全く効率が悪くて、採算性も非常に悪いですよ。だから、そういうのも行政の方には、ぜひご理解いただきたいなど。専門で、システムをたくさんできる、今の若い人たちみんな優秀だから、頭がいいから、いろんなものをお使いになってできる場合と、そうじゃなくて、在総管はとらないでくれと。何かあったときだけ来てくれと。夜中に呼ぶ人たちが、私の地域、多いんですよ。費用がかからないほうがいいのかというので。よくご存じですから、何かあったときだけ来てちょうだいというようなことが多いんですね。そういう矛盾と言うんですけど、随分違うなというところがあります。

小池先生、どうでしょう、薬剤師の先生から見て、今の在宅療養、あるいは医療に対して、例えば、お薬のこと以外にも、何か問題点、あるいは、先生がお気づきの点なんかがあったら教えてください。

○小池委員 今、品川のほうが在宅は熱心にやって、進んでいます。やはり、それでも皆さん、かなり在宅をやってくれるところができますと、去年、会員のアンケートをとったんですよ。そうしたら、やはり5割以上が在宅をやりたいと。声がかかったらやると

ということで、現実的に、もう既に大手の薬局がありますが、それは除いて、こじんまりしている薬局では、それでも今、現状で5割ぐらひは一人か二人在宅の患者さんをやっているのが現状です。

一番最初の声掛けが、医院の先生からの声もあるんですが、どちらかというやはりケアマネジャーだとか、あとは訪問看護師さんが声をかけてくれます。この患者さんは非常に、例えばお薬をうまく飲んでくれないとか。多分、ケアマネジャーから話があるときは、どこの薬局で薬をもらっているかって聞いて、そこの薬局に声をかけると思うんです。大体、声がかかった薬局は積極的にやっているところが多いです。

やはり、実際にやってみますと、非常に残薬ですね。お薬をちゃんと飲んでいない。本当にたまっているんですよ。本当にびっくりしちゃうくらいたまっています、それをちゃんといろいろ言って分けて、ちゃんと服薬指導をするというのが現状で、その副作用ですよ。そういうのをきちんとチェックするのが現状なんです。そういう家庭に行きますと、ほとんど方が老老介護なんですよ。やはり、キーパーソンというか管理してくれる方がなかなかいないので、そこは、やはり訪問看護師だとか、そういう方と連携をとらないと、まず、うまく進みません。

だから、患者さんによってはケアマネジャーと、それから訪問看護師を挟んでいろいろ報告書を書きますよね。データを交換しますと非常にうまくいっている場合があります。本当に悲しいのは、患者さんと話が弾むようなところは、その患者さんもなかなか元気になるし、養後もなんかいいような感じが見受けられます。

あとは、やはりドクターからの情報提供がどうしても欲しいんですよ。なかなか薬剤師はちゃんと薬を飲ませて、副作用の報告をしてくれればいいというようなところが見えるところがあるんですよ。この患者はこういう症状でという病歴ですか、あれをできたら教えてもらいたい。

それから、検査値ですね。教えてもらおうと服薬指導に非常に助かるのですが、特にかんの患者さん、そういう患者さんだと、なかなかこちらに情報が来ない場合があるので、そのときドクターにお願いをしているのが現状です。

そういうわけでは、少しずつ進んでいます。

以上です。

○南雲座長 ありがとうございます。

残薬の問題とデータの情報提供。私、品川区は特定健診の結果を実施した医療機関以外の医療機関でも、医師会の先生だったら見ることができるというふうに聞いたことがあるんですが、本当ですか。そんなことはありませんか。

○平塚委員 私は存じ上げないのですが。

○南雲座長 個人情報の問題というので、何でもかんでも個人情報、適切な医療を残すために必要な情報なのにそれを見せないというのも困ったところですが、そういうハードルがなければ、そういうことが今、ビッグデータの活用とかいろいろ言われていますが、そういうものが、ご本人の了解を得られれば、見られるようになればと思います。

さて、8時になっちゃいました。佐藤さんのところから申しわけありません。次の議題も絡めながら入院・退院のときの連携の問題という点も含めて、在宅療養に関してご意見をお聞かせください。

○佐藤委員 東京都看護協会の南部地区の理事をしております、佐藤と申します。

南部地区というのは、この区南部と区西南部を主に、そこを中心に活動をさせていただいています。その南部地区のところで、広区にわたりますが、この間、年に1回、3回くらい、在宅交流会というのを実施していただき、そんなに定理もできていないので

すけど、大体40人、多いときは50人ぐらい集まって、いろいろ連携の問題等について話をするんですが、集まってくる人たちは問題意識も高いのかと思うのですが、とにかくいろいろな問題があつてよくしゃべるんですね。

それぞれのところの情報提供が不十分だったりというところで、在宅で一定の方針とか、みとりをするんだとか、いろんな方針を持っているんですが、それが病院側に伝わっていなかったりということもありましたし、そういうことがあります。

それで、日本看護協会が強化学業として連携のネットワークをどうつくるかという強化学業に今年度計画をして、来年度から実施をするというふうになっているんですが、それも地区支部ごとにやっています、そこでどんな事業を展開するかと、今南部地区支部のところで考えているんですけど、やっぱり、そこでミーティングをする訪問看護師さんたちはすごく元気で、本当に病院の看護師たちが在宅の様子がわからないので、在宅はいろんなことができるんだけど、病院の看護師はそこまで意識が高くなっていないということもあります、病院に出前講座じゃないですけど、在宅で、訪問看護はこんなことができます、在宅ではこんなことができますみたいな講義をこれから企画してやっていくことで、ちょっと連携をよく、いろいろスムーズにできないかみたいな計画をしているところではあります。

なので、やっぱり看護職での連携がきちんととれることが、またこの地域包括ケアを進めるかなめになったらいいなというふうにも思っています。

訪問看護ステーションとか、訪問看護はその地域包括ケアシステムの本当のかなめ、ケアマネジャーもそうだと思うんですが、かなめになるかなというふうに思っているんですが、在宅で訪問診療している先生たちとの連携をとれているところと、そうでないところも結構あるんですが、訪問看護ステーション、大田区、品川区ともすごく数は1.5倍ぐらい、それぞれふえているかと思うんですが、つぶれていくとか閉院していく訪問看護ステーションもあつたりして、すごく旺盛にやっているところとそうでないところの2極化があるかなというふうに思っているんですが、その中で看護協会としては、特定行為にかかわる看護師の研修制度というのを進めているところではあります、なかなか在宅に特定行為の研修を受けた看護師を要請というのが厚労省の狙いでもあるんですが、そこがふえていかないというのが一つ、今課題になっているのと、それから、最近出ているのは、特定行為ではないですけど、ICTを活用した死亡診断の問題が出ているのだと思うんですが、そのことが、これから在宅の先生たちにどれぐらい求められているかというところがちょっと知りたいことではあります。

ちょっと雑駁ですが、以上です。

- 南雲座長 済みません。ICTを活用した在宅のみとり――。
- 佐藤委員 死亡診断です。
- 南雲座長 死亡診断を訪問医と。
- 佐藤委員 そうです。連携をして。
- 南雲座長 訪問看護ステーションの看護師が連携するということ。
- 佐藤委員 そうですね。
- 南雲座長 具体的には。
- 佐藤委員 亡くなったと思われる状況をICTで、いろんな場面をまず資料のいろんなところをとって、それをデータで送って、それを何回か時間をおいてやって、それを見て、先生がそれは死亡だというふうに確認をして、死亡診断書をつくっていくという。
- 南雲座長 国は画像がなくても電話でもいいみたいなことを言っている動きがありますが。

- 佐藤委員 そこは1月に研修とかが募集されて。
- 南雲座長 死んだふりをしてごまかせるかどうか、ぜひ、やってみてください。ごまかされる医師がいることも。
- 佐藤委員 そういうことも在宅の先生たちは、本当に必要としているのか。それは疑問というか、どのくらいなのかなと思っているところです。
- 南雲座長 国はだって、医師は退院時とみとり時だけでいいと。後は全部、看護師さんがやりなさいというぐらい言っていますからね。だから、そういう方向に進んでいるのは間違いない。いいか悪いかは別ですよ。そういう方向に行っているのは間違いない。それから、病院の看護師さんが在宅の看護についての理解が少ないのが問題だということですね。ありがとうございました。
- 内田さん。保険者の立場から非常にきょうは言いにくいでしょうが、何か教えてください。
- 内田委員 ちょっと済みません。在宅の療養現状と課題という意味ではちょっとあんまり情報を持っておりませんで、逆にいろいろ今までお話をお伺いいたしまして、大変ご苦労をかけて、そういった体制を維持していただいていることで、感謝申し上げます。
- もう一つ感じたことはですね、最初に南雲先生のほうから、みとりのお話がちょっと出まして、やはり患者側といいますか、家族も含めた我々、医療保険の加入者側もそういった終末期といいますか、最終段階の意識といいますか、リビングウィルだとかっていうこともありますけれども、そういったところをもうちょっとやっぱり意識を変えていくようなことをしていかないと、そういったことで逆に今、いろいろお世話をかけていることをもう少しスムーズにできるんじゃないかなというふうな気がいたしました。
- 感想で申しわけありません。
- 南雲座長 ありがとうございます。
- 大田区でいうと人口が70、2万人にはならないんだけど、高齢者が16万人以上でしょ。そのうちの半分が老々ないし独居なんですよ。だから、そういう人たちがお元気ならいいんですけど、問題点があるときにひとりで生活できるように、できる限り支えるのが医療、介護だと僕は思っているんですけど。施設に行きなさいと押しつけるのも問題だと思うんですね。退院のときの問題というのは、本人は認知症もあるし、身体能力にも問題もあるんだけど、家で暮らしたい。でも、病院の先生が、「あんた無理だよ。今度、転んだらアウトだよ。だから、施設に入りなさい」と。それを、せっかく一生懸命面倒を見ていた介護の人たちが、あの人、まだやれるのにといいるところもあるということで、病院の先生や看護師たちの見方と我々とはやっぱりギャップがあるというのが問題なのかなというふうに思います。
- 高野先生。先生のところは療養型病院を運営していますよね。
- 高野委員 大田区の蒲田医師会の地区で療養型の病院をやっております、高野と申します。
- 今、連携の話ですけれども、その前にICTを使った死亡診断の話が出ましたけれども、あれは恐らく東京のこの人口過密、医師の充足している地域では余り必要ないのかなと私は思っています。地方の医師の少ない、過疎地域ではそういうのが有用かなと思いますけれども。
- そもそも診療報酬自体が全国统一というところに、東京でやっていく苦しみのつらさの問題点がありますので、これは地区ごとに集まった会議ですので、ぜひ大田区、品川区がよりよくなるように、もちろん必要だったら活用するのも大いに結構だと思いますけれども、できればいいなというふうに思っております。

連携の話ですけれども、病院にとっては連携の相手は二つありまして、病院と在宅のドクター。もう一つは病院と病院、そういう連携が考えられます。看護師さんと同じような感覚だと思うんですけども、やはり病院と在宅医の意思の疎通をとるのはなかなか難しいと思います。病院に、特に救急病院に、たとえ高齢者であろうと重症というか、ひん死というか、終末期の人が来ようとやはり、高次になれば高次になるほど病院に搬送されてきたら、もう全力を尽くしてそれを蘇生もしてしまうという現状。

救急医療学会でしたか。最近、救急隊にたとえ高齢者の施設でも搬送依頼があったならば蘇生を怠るなということが出たと思いますけれども、そういうような社会の中の、高齢者に対する、人生の終末期を迎えている方に対する対応というのが、まだ共通認識としてうまくいき渡っていないというのがありますけれども、それと同じように在宅でどんなことが行われているかというのが、病院の医者がなかなか理解できないということが、連携というかお互いの理解ということをこれから深めていくことが非常に問題かと考えています。

一方で、病院と病院の連携ですけれども、先ほども座長の先生から紹介がありましたけれども、大田区は入院医療協議会という、病院同士の連携が、機能がうまくいっていると思います。

ですけれども、今回、区南部で集まっているわけですけれども、品川区に一つ区を超えただけで、なかなかそれが、顔まで思い浮かぶような顔の見える連携は、なかなか難しい。なので、どういうことを考えているかは、どういうことが起こっているかはなかなかわからなくなってしまうようなところなんですけど、それも、この会議を活用して解決していければいいなと思っています。連携に関しては、そんなふうなことを感じています。

ほかは、先ほど話しかけた救急体制の問題ですとか、あと、これも出ました、地域包括ケア病棟の問題、あとは今、来年の診療報酬の改定で、介護医療院というのが出てきますので、それは介護療養病院、それと医療療養の25対1のほうはどういう動きが出るか。そこが、区南部でも実際に動きが出るところだと思いますので、皆さんでいい方向性を各病院の経営者がひとりで考えていても非常に悩ましい問題ですので、この会議がヒントになればいいというふうに期待しております。

以上です。

- 川島委員 今のご発言でちょっと訂正というわけではないんですが、私のほうで説明をしていなかったところなんですけれども、私どものほう、品川区での医療関係者、それから医師会の会員さんも含めてですけれども、顔の見える関係というのはやはり大事だということで、大田区さんも会議体の開催よりもあとにはなるんですが、平成25年より医療連携会議を持っておりまして、例えば医院長先生ですとか、それから、退院調整の窓口の方、集まっての会議体でさまざまな議題を検討してやっていきているというところがございます。

それから、医師会さんでも独自に病院連絡会ですとか、それから病診連携会議というのも大分やってきているところなので、全然顔が見える関係ができていないと言われるとちょっと――。

- 早田委員 大田区と品川区がということですが。
- 川島委員 大田区と品川区ということであればの話は、わかります。
- 高野委員 時代がそういった病院同士の連携を、行政を絡めてしたくなるというのは非常に感じるところで、すばらしいと思います。

早田さんがおっしゃったように、大田区と品川区で挟むとなかなか区内同士勝手が違

うなということをお話ししたかったんだと思うんです。

- 南雲座長 大田区の入院医療協議会というのをつくるときに、大田区の上役をお願いして、品川区の上役に一緒にやろうというお話に行っていたんですね。そしたら、品川の上役さんは、うちは困っていないから一緒にやる必要はないとお断りをされた。

それから、どうも品川区の感じが皆さん、行政の方が変わられて、随分よくなったようには私は医師会の先生から伺っているところですので、別に決して、川島さんを非難しているとか、そういうことはございません。どんどんよくなっていますねと聞いていますのでよろしくお願ひします。済みません。

介護支援専門員、ケアマネジャーの代表である阿部さん。この入退院時の連携、ケアマネジャーの役割が非常に期待される場所であるんですが、いかがお考えでしょうか。

- 阿部委員 大田区の地域包括支援センター徳持から阿部と申します。どうも、お世話になっております。

在宅医療を取り巻く環境は、医療制度とか介護保険制度というのは目まぐるしく変化をしております、これに着いていくべく医療の先生方、あるいは介護保険の従事者の方はもとより、地代の編成に伴ったタイムリーな課題を共有する、あるいは認識を共有するといったことが、利用者さん、あるいは患者さんも含めて地域ぐるみで、これから、今までも努力はしておりますけれども、さらなる努力をすることが非常に話し合いの場が大切になってくるというふうに感じております。

また、同時にこの退院をめぐるのは、急性病棟から退院をしてくる際に、先ほども資料に出てまいりました、もとの担当の主治医の先生にお返しするといったことを介護支援専門医の皆さんにも細心の注意を払って周知をしているところで、我々、地域包括支援センターの日常業務中でも、やはり非常に地域の摩擦が起きないように、こういうことを地域で摩擦が起きてしまいますとせっきくの医療連携も台なしになってしまいますので、注意をしているところでございます。

簡単ですが、以上です。

- 南雲座長 ありがとうございます。

そうなんです。ケアマネさんにももう少し頑張っていたかかないと、行けないのかなと。そこで、頑張ることがかなめに、ケアマネが在宅のかなめであるというふうな立ち位置がしっかりしてくる理由になると思うので、よろしくお願ひします。

小塚さんでよろしいですか。いかがでしょう、老健。

- 小塚委員 老健施設、大田区内では7カ所の老健施設がございまして、かなり各施設共通している課題としては、今、地域包括ケアのかなめとして言われているところの老健で在宅に返すっていったものが求められているのが老健の役割はあるんですけども、その独居の方であったりとか、老々介護の方等ケースが大変多く、病院さんのほうから老健施設に入る場合は、ほとんどの場合が医療福祉相談室やソーシャルワーカーさんとも関与して、方向性を整理した上で老健施設に入るということが種にはなってくるのですけれども、それで、方向性の段階で、もう在宅はもう難しいと判断して老健に入る。だけれども、老健としては在宅に返さなければいけないところの役割のところは今、老健としては難しい課題になっているなというふうな地域のところで今、お話をしているところでありまして。

- 南雲座長 そうですね。病院は自宅に帰すべきところを返せないからお願いをしているわけですね。それを半年とかかけたときに、半分以上が自宅に帰れる状態になる。

- 小塚委員 ならなければいけないです。

- 南雲座長 いけない。

- 小塚委員 今後求められているのは――。
- 南雲座長 いけないけどなかなか難しい。
- 小塚委員 難しい。
- 南雲座長 話が知らないうちに入れかわっちゃっているんですが、入退院時の連携というところで、話題の中心は移っています。
中村先生、もうちょっと聞いてから、初めの前座の話をお聞きじゃないので、もう1回、入退院のことについて病院、小山先生、渡辺先生にお聞きしますが、病院として、入院時に我々がお願いをするときの情報提供、あるいは介護保険、特にケアマネさんからですけど、情報提供、十分に足りていますか、いかがでしょうか。
- 小山委員 残念ながら十分ではないです。一番の問題は先ほど、高次救急のお話がありましたけれども、とにかく救急隊がフルファイトで取り組めという、その姿勢が結局、病院側としてそれに同調できるかどうかと、ご家族のご意向がどうかという、その確認が、特にご家族の要望ですね、確認が取れないとき、ご家族に連絡が取れないとかですね。そして、もともとどういうことになっていたかというのが、私どものほうで情報が十分に収集できなくてというのが、ままいろんな患者さんを救急で見えていますとございます。それが一番、現場としては大きいかなと思うんですけど。
- 南雲座長 情報が足りないということですね
例えば、介護保険で介護度が幾つだとか、どなたがケアマネだとかふだんどういうサービスを利用しているとか、そういう情報が割合スムーズにケアマネさん、家族から来ますか。
- 小山委員 幾つか問題があるとしても、そちらの情報のほうは割と入っています。
- 南雲座長 医者が悪いだとか。わかりました、ありがとうございます。
渡辺先生、それらについてはいかがですか。
- 渡辺委員 小山先生のご意見と全く同じです。
それと、実際に地域の先生から直接来る場合に、何をどこまでというような話になってくると思うんですけども、何がどこまでがわかっているれば、病院としても対応の仕方というのが地域の先生も含めて、連携してできると思うんですけど、そこにシステムがまだなかなかできていなくて、救急から入ってきてしまいますと、しっかりと救急、それからしっかりと処置をしながら来ているということで、救急の中になってしまうということが一つと、やはりリハビリ医院としては、急性期からの病院を受けたときに、実はその患者さんはどこから来たかということが見えて、読み解けないことが多いですから、どこへ帰すというときに、家族がしっかりしている方ならいいんですけども、どこに帰すべきかというときに、元のところにお帰ししたいんですけども、元の先生の担当の診療科で対応が可能なのかどうかということについても悩ましいことがあります。
- 南雲座長 先生、病院さんから先生のところに患者さんが移ってくる場合に、そういう病状についてはあるでしょうが、前の病院に入院する前の状況についての情報とか、初めの紹介医のコピーでもいいと思うのですが、そういうものがついてきますか。
- 渡辺委員 全くこないです。
- 南雲座長 せめて、それだけでもあれば多少いいのかもしれませんが。今までもそうですよね。病院の中で、内科に行って手術が必要で外科に行って、その後、化学療法をやる。もう、そこからどうなったのか余り連絡がこないですよ。あの方どうなりましたって、いや、大分前もう亡くなりました、「えっ」という、そんなくらいのがふつうで、だから、やっぱり移るときの情報がそのまま運ばれないというのは問題が大きいかな

など。

きょうもつくづく思っていたんですが、阿部さん。少なくとも在宅の患者さんが、病院にお世話になるときには、そういう必要な情報を一括してもれなく記載ができるような、そういう標準的なフォーマットをつくったほうがいいですかね。

- 阿部委員 ちょっと余談ですけども、大田区では先生よくご存じだと思うんですけど、今、包括支援センターの話になって恐縮なんですけど、見守りキーホルダーというのを配布しております、これにはかかりつけ医、あるいは病名、あるいは服薬のお薬、緊急連絡先までは記載がありまして、それを消防、警察、行政機関、医療機関に出しているよというような同意書はいただいております。

ですから、それをお持ちの方でしたらキーホルダーと同時に、ご自宅には冷蔵庫に必ずステッカーが張ってあってというようなシステムが一応、構築しつつあります。あるいは、そのケアマネジャーの連携に関しても、先生方もおっしゃるとおり、病院の入退院に関しては、必ず必要情報を出すという、同意書を事前に取りつけて何か取り交わしというということが必要になってくるだろうというふうに感じております。

- 南雲座長 この間、ある病院の退院調整の看護師さんが、その病院は平均在日数が8.6日だと。そうすると、入院すると決まったら、入院をする前から退院の話をしないと間に合わないというんですね。そういうときには、ケアマネが誰だ、先ほど申し上げた介護保険サービスを、どういうものを利用しているか。そういう情報も退院調整の方は帰すときに必要ですよ。だから、そこら辺の情報もいや、そんなにたくさん送ったらご迷惑なのかもしれないけど、必要だと病院の方がおっしゃっていただいたらそういう情報をまとめて入院のときに、ご紹介のときに提供するというものは必要のかなと。

これから皆さんのご意見を伺いますが、既にほかの地域でも問題になっていますが、大田区でも非常に問題になっている。退院のときに主治医に帰ってこないのはもちろん自分が往診をしていたのに、違う往診専門の先生が入ってきてしまう。それは一体なぜなんだと。なんで、電話の一本もくれないのという、向こうはさっき言ったように退院だと2日だと全部処理しないかんと。電話をしても出ないと。そうすると、オーケーを言ってくれる先生のところをお願いをしないと仕事が終わらない。だから、どんどんとりあえず訪問看護を入れて、訪問の先生を入れて、何を入れて、ああ、これで帰れるわねっていうところまでしないと、彼女たち彼らは仕事が終わらないのよ。短時間の間にそれをやらないかんだという、話を伺ってきました。

それで、これもご提案なんです、自分が紹介をするときに、この方が在宅に戻ってくるときは私に診させてくださいとよという意見の表明と、後は訪問看護師やケアマネさんの手配はこっちがわかっているから、そっちでやらなくてもいいですよ、こっちで全部やりますというふうなことを紹介するときに、はっきり表明をしておけば、病院さんは、ああ、じゃあ何もしなくていいのねと。簡単だと思います。佐藤さん、どうですか。そういうほうがいいですか、だめですか。

- 佐藤委員 いいんではないでしょうか。

ケアマネジャーさんたちも情報を提供すると、点数が加算というかつくので、積極的にやっているような感じがしますけど。

- 南雲座長 ですから、病院の方たちと意見を交換して、どういう情報が必要だということをもう一度確認をして、こういう情報は提供するようにしようという、作業があったほうがいいのかと思います。——この会、きょうだけです。来年もやるんですか。そういう作業を東京都全体でやっていけばいいのかなというふうに思います。

中村先生、入院のとき、または退院のとき、先生の今までの物件、物件で、こういう

ことが問題だよと、こうしたらいんじゃないかというようなご意見はありますか。

- 中村委員 僕は出身校である慈恵に送ることが多いですし、あるいは地域のN T Tや昭和に患者さんを送ることが多いんですけども、終末期になって帰ってきた患者さんは、医療法人内の別医院、目黒本町に在宅のクリニックを持っていますので、そこをお願いをする。僕の後輩がやっているんですけども、お願いをするという形で、最後のみとりにしています。

詳しいことは当事者が知っているんですけど、彼が日ごろ口にしているのは、自分を含め多くの神経内科だとか、整形外科だとかかかりつけ、在宅に必要な医療資源、高い医療の質を保つための人材を確保するためには、多くの資本がいると。それなのに、だんだん収入が減ってきていると。国がベッドを減らしたくて、在宅を充実させたいといっている一方で、我々にこれを押しつけるのは、ちょっとずるんじゃないか。それを丸飲みすることはできないということは常々ぼやいています。

僕も、彼に会うとそう言うなど。地域のために頑張ってくれというだけです。

以上です。

- 南雲座長 ありがとうございます。

本来は、病院にまとめたほうが効率はいいに決まっているし、コストも下げられるので、ばらばらで、在宅で見るほうが費用はかかるのに決まっているんですよ。そのほうが安いという、理由がよくわからないんですけど、それは病院側に問題があるのか、我々に問題があるのか、よくわからないんですが本当に効率が悪いと思います。今後どうなるのか。時間がたてばまた、国の意見も変わるとは思うんですけども。

久村さん、今の話を聞いてどうですか。行政としては、何かご提案、ご意見はありますか。

- 久村地域医療担当課長 ありがとうございます。

締めるわけではないんですけど、きょうはこういった形で、まず、課題を洗い出しましょうというふうなお話なんですけども、その中で出てきました課題、あるいは取り組みの方向性というふうなご提案もあったかと思うんですけど、それに、これから、まずは調整会議のほうにフィードバックをして、そちらでの議論につなげる。あるいは、東京都で今、在宅療養推進会議ということで、都全域の課題ですとか、あるいは取り組みの方向性なんかを議論する会議があるんですけども、そちらのほうでも報告いたしまして、今後の都の取り組みの参考にもさせていただきたいと思っておりますし、さらに行政で出ている、各区の方々も多分、非常に参考になった話だと思いますので、今すぐ何かができるというものではないですけども、今後につながる議論をいただいたかなというふうに思っております。

- 南雲座長 最後にこれだけは一言言いたいという方はいらっしゃいますか。よろしいですか。

来年度はまた、この会議があるかもしれない。わかりました。

一応、皆さんのご意見をまとめて、またお声がけいただけるんだと思いますが、よりよい在宅医療の実践に向かってご協力を今後とも、賜りたいと思います。

本日は遅くまでありがとうございます。

- 矢澤医療政策担当部長 済みません。今、いただいた意見をちょっとまとめさせていただきます。1、2分で済みますのでおつき合ください。

全体的に区ごとの連携は取れているということのようなんですけど、やっぱり区を超えて広がる。あるいはもっと広域の病院との連携となると、なかなか、まだまだ課題が大きいということがこの地域でははっきり言えていると思います。

それから、在宅の先生と病院の先生、あるいは在宅専門のクリニック先生とかかりつけ医の先生でギャップがあって、ニーズも違えばちょっと考え方も違うと。場合によっては、ちょっと価値観も違うということが、複数ご意見をいただいたと思います。

今度、情報の共有がそこで必要なんじゃないかというところでは、必ずしも急性期の病院と在宅の先生の急性期側から見れば、情報が入ってこないし、在宅の先生にしてみれば、行っちゃったまま帰ってこないしというところの、そののたまりぐあいと言いますか、それがかなり大きくクローズアップされている地域だというふうに思いました。

そのほかのところ、やはり薬剤師の先生にしても医師会の先生にしてもケアマネの先生にしても、皆さん、情報の共有というところにはいまだ課題をお持ちで、データの共有をもう少し、しっかりやっていきたいというところがございました。

私どもの整理の中では今、申し上げた広域、それから意見のギャップ、それから情報の共有化というところが、この課題で出てきたところだと思われれます。

これはどこの圏域も共通しているので、全体出てきたところで、私どもで整理をして、また、ここいら、あるいは医療のラインで、どういったことができるかというのを少し検討をした上でまた、医師会の先生ともご相談をしながら一歩ずつ、前に進めたいと思いますので、きょうのご意見大変ありがとうございました。

○高野委員 高野です。

先ほど、私も越えたという発言をしましたが、大田区で困っているなどは全くございません。せつかく、こうやって区南部で集まるので、集まれる人同士でより、わかち合えたらいいなという意味で、現状に不満を持っているというのはありません。

○矢澤医療政策担当部長 わかりました。私もそうは思いませんでした。

○小山委員 済みません、私も。蒲田ばかりしゃべると言われるんですけど、決して、開業医の先生から全く情報がなくて、開業医の先生がよろしくないといっているわけではなくて、私が申し上げたいのは、病院側も努力しなくちゃいけないということなんですよね。つまり、情報共有というものが一番大事であれば、じゃあ病院側としてどういうことが、対策、アプローチができるかというのを我々も当然、考えるべきで、例えば、今、私どもが考えているのは入院前訪問ですね。そうすると、さっきの8.6日の話でありますけれども、そういう流れを一つ大きくつくれば、情報共有は今よりは確実なるかなと思いますので、私も病院の課題としては、何かしらそういう動きをこちらからもしなくちゃいけないというふうに思っています。

○久村地域医療担当課長 ありがとうございます。

本当に長時間にわたり、貴重なご意見、ご議論ありがとうございました。本日、ご参加いただいていない医療機関、あるいは関係団体の方に対しましても、今回の資料あるいは検討内容につきましては、情報提供して共有させていただいて、地域での取り組みの参考にしていただければと思っておりますので、よろしく申し上げます。

それから、本日の議事録につきまして、公開となりますので、後日、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。公開された議事録について、修正等が必要な場合には、福祉保健局のほうまでご連絡いただければと思います。

それでは、以上をもちまして在宅医療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。