

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（区東北部）

日 時：平成30年1月10日（水曜日）19時00分～20時42分

場 所：東京都医師会講堂

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。まだお見えでない先生もいらっしゃるんですが、定刻でございますので、ただいまより「東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキング（区東北部）」、こちら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、着座にて説明させていただきます。

まず、本日の配付資料でございますが、お手元の会議次第の下段、「配布資料」に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、事務局までお申しつけください。

また、後ほど質疑・意見交換の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、まず東京都医師会及び東京都より開催のご挨拶を申し上げます。

東京都医師会より西田理事、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。きょうはお仕事の後、お疲れのところお集まりいただきましてありがとうございます。

ご存じのように、28年の8月に東京都の地域医療構想、まとめまして、病院機能の整理、それから必要量、それから疾病ごとの必要量と地域完結率等々、いろいろなものが分析されて出されたところがございますけども、そういった病院機能についての分析の後、じゃあ受け皿となる在宅はどうかということで、調整会議の下に在宅療養に関する議論の場をつくろうということで、東京都が新たな会議体をつくって、東京都医師会がその調整役ということでかかわらせていただいているわけがございます。

これは年に一回なものですから、十分な議論ということまではなかなか難しいかと思うんですけども、今後も年に1回、一応計画としては継続していくということになっております。

皆さんに短い時間ではございますけども、忌憚のないご意見をいただいて、これが後日、また調整会議の親会議のほうできょうの結果が報告されます。それと同時に、病院については、やはり二次医療圏といったある程度広域の議論が必要になりますが、在宅療養ということになると、やっぱり区市町村が単位になると思うんですね。ですから、先生方、この話を、きょう出た議論をぜひ地元にお持ち帰りになって、各市区の在宅療養調整会議等で深めていただいて、そしてまた来年のこの会議でさらに肉づけしていくというような形ができればいいのかなと思っております。

本当に忌憚のないご意見をどんどんお出しただければと思いますので、本日はよろしく願いいたします。

○久村地域医療担当課長 西田理事ありがとうございます。続きまして、東京都医療政策担当部長の矢澤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。東京都福祉保健局医療政策担当部長の矢澤でございます。日ごろから東京都の福祉保健医療行政に対しましてご支援いただきまして、

まことにありがとうございます。

私ども、28年に地域医療構想をつくりまして、この二次医療圏の会議も2年目になりました。その中では、病院側の先生方からは、在宅療養の連携が非常に課題であるというお話が出たり、あるいは在宅を担ってくださっている先生方からは、在宅療養のバックアップ機能を病院に持ってほしいとか、あるいは入院した後、帰ってこないというか、手元に戻ってらっしゃらないというような、そういったご意見もいただいたところでございます。私どもそういうことを踏まえまして、今回、このワーキングを設置して、病院の体制と在宅療養にかかわりますさまざまな関係者、あるいは区市町村の皆さんとここでまずは意見を出し合って、どんな課題があるのか、どんなことを進めたらいいかということ話し合いたいということで、この会を設置したところでございます。ですので、きょうはとにかくご意見をいただくということが第一歩でございますので、ぜひご意見いただきますようお願いいたします。きょうはどうぞよろしくをお願いいたします。

○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いずみホームケアクリニック副院長、和泉先生にお引き受けいただいております。では、和泉先生、一言お願いいたします。

○和泉座長 今回座長をさせていただくことになりました、いずみホームケアクリニックの和泉と申します。よろしく申し上げます。

昨年5月24日に恐らく開かれた地域医療連携調整会議において、在宅での連携取り組みということについての何か議論がいろいろあった、話があったんですけど、何か時間的な余裕がないということで、今回、在宅療養ワーキングというものが行われることになったとお聞きしました。

その会議の中で、やっぱり在宅医の代表というのは特に入ってなくて、そういう在宅療養の今回の会議で、在宅医の代表が入ったということはすごく意義があるのかな、意義深いことだなというふうに思っております。なので、そういうメンバーがいる中で忌憚のないご意見というか、あといろいろな議論ができればいいかなというふうに今回考えておりますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 和泉先生ありがとうございます。

それでは、以降の進行を和泉先生をお願いいたします。

○和泉座長 さっそく議事に入りたいと思います。

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も多く出されたとお聞きしています。そうしたことを踏まえまして、多くの関係者にお集まりいただき、その地域の在宅療養に関する現状や課題等について、皆さんで共有して意見交換等を実施する場として、今回新たに在宅療養ワーキングが設置されました。有意義な意見交換ができればと考えておりますので、活発な意見交換を私からもお願いしたいと思います。

その議論の前に、東京都より議事について説明をお願いします。

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

意見交換を始める前に、資料のほうをご説明させていただきたいと思います。

早速ですけれども、資料のほうをおめぐりいただきまして、2ページ、1枚目が設置要綱となっております。2ページのほうに東京都地域医療構想の、昨年平成28年の夏に作成いたしました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。

こちらの地域医療構想ですが、全部で5章立てになっておりまして、2ページ、左側

第1章では、東京都地域医療構想とは何かを記載をしています。この中で「医療・介護・福祉等に関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」を記載しております。

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2015年の病床数の必要量と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が、医療計画の一区分となっております。現在、改定作業を進めている次期保健医療計画と一体化することとなっております。

2ページ右側、第2章のところでは、東京都全体として記載しております。こちらのほうでは将来の病床数の必要量についてを記載しております。

おめくりいただいて、3ページ左側、第3章では、こちら構想区域、二次医療圏ごとの状況を記載しております。なお、こちらのワーキングはこちらの調整会議の部会といった位置づけで設置をさせていただいております。

3ページの右側の上のほうにあります第4章では、「東京の将来の医療～グランドデザイン～」を記載しまして、「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、その実現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、それから取組の方向性を記載しております。

下のほうに行きまして、第5章、こちらでは果たすべき役割と東京都保健医療計画の取組状況の中で、行政・医療提供施設・保険者・都民それぞれの担うべき役割等について記載しております。

次の4ページのほうには、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に当たっての考え方の資料をおつけしております。

おめくりいただいて5ページなんですけれども、先ほどの2ページの右側のほうに、地域医療構想の第2章の中で、将来の推計として東京都全体の病床数、在宅医療等の必要量の推計を記載しておりますけれども、そちらを一部抜粋した資料としておつけしております。

右側の2025年の在宅医療等の必要量の推計となりますが、東京都では19万7,277人、先ほど4ページにおつけしておりましたけれども、国は地域医療構想において療養病床の見直し分、それから一般病床のうち医療資源投入量が低い患者様を在宅医療等として推計するというようになっておまして、それらを含めた値がこちらの19万7,000人というような形となっております。

このうち2013年、左側にありますけれども、訪問診療の実績を引き延ばした値が右側の14万3,429人となりまして、2013年の値が約9万7,000人となっておりますので、おおむね1.5倍の必要量の増加と推計しております。しかし、この必要量はあくまで推計値でありますので、患者さんの需要動向であったり、病床稼働率、あるいは医療技術の進歩等によって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も、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おります。

以上が地域医療構想の概要の簡単なご説明となっております。

全体については、東京都福祉保健局のホームページでもごらんいただけますので、こちらのほうをごらんいただければと思います。

続きまして、資料の6ページ、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枚目には本ワーキングのもととなっております。

まず地域医療構想調整会議について、設置の考え方を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。

おめくりいただいて7ページ、本ワーキングの概要、それから目的、構成等を記載した資料となっております。意見交換のテーマとしましては4にございますけれども、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、本日もご議論いただいた内容は、後日開催いたします調整会議のほうでも報告する予定となっております。こちらの本ワーキング、今回は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、今申し上げました調整会議の開催状況を、次の8ページのほうに、28年度の調整会議の開催結果、それから、9ページのほうには今年度の実施状況についてまとめた資料をおつけしております。こちらの資料のほうに、こちらにありますように公開となっておりますので、後ほどご確認いただければと思います。

私のほうからは、最後、次の10ページ、資料4をお開き願います。

本ワーキングの前に開催をいたしました、「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今後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からの移行分、これは追加的需要と呼んでおりますけれども、この追加的需要についてどのように対応するかというのが協議をするテーマとなっております。

資料4は協議の場で使用しました資料をおつけしておりますけれども、資料4の1枚目、協議の場の概要。

おめくりいただいて、2枚目、11ページをごらんください。

国は地域医療構想の作成に当たって慢性期機能と、それから在宅医療等の患者数の推計の考え方を示しております。中ほどの帯の図の欄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けれども、そのうち右側のところで医療区分1の70%、それから地域差解消分、こちらについて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いう考え方でございまして、こちらを追加的需要として呼んでおります。

なお、下段に数字をお示ししておりますが、下のほうに行きまして、ちょっと黒枠で囲んであります東京都全体のところへ行きますと、1万4,336人と推計しております。なお、先ほどの帯の図のところの右側、真ん中あたりに③一般病床で医療資源投入量175点未満の患者さんにつきましては、一般病床の需要として見込むのではなく、外来で対応するというような推計となっております。

この追加的需要にどのように対応するかでございまして、1枚おめくりいただいて、12ページなんですけれども、下段の図の中ほどのところに、白い枠組みのところ「療養病床 医療区分1の70%+地域差解消」とございますけれども、こちらを①の介護医療院、それか②の介護施設、③の在宅医療のどこで対応するのか、介護保険事業計画のほうでは①の介護医療院、それから②の介護施設を計上しまして、医療計画では③在宅医療、ここで言う在宅医療とは資料の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ます、訪問診療や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こと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ものが協議の場でございます。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①から③を案分しております。

本日は在宅療養のワーキングでございますので、㉔の在宅医療のうち訪問診療の部分について少し見ていきたいと思っております。

恐れ入ります、13ページをごらんください。

左が2013年の訪問診療を受けている患者さんが左側中段より少し下に9万6,712人とありますけれども、この値を2025年に引き延ばすと、先ほどの14万3,429人と見込んでおります。同様に老健施設入所者数は2013年に2万600人が、右側に行きまして3万2,504人、上に行きまして療養病床、それから医療区分Iの7割、地域差解消分をそれぞれ左の2013年の実績から2025年も推計値の値というような形になってございます。このうち一般病床で175点未満の患者は、先ほども申しましたように、外来での対応となりまして、老健施設、それから訪問診療はそれぞれでも対応というような形になっております。

そして療養病床からの移行分という網かけの部分ですけれども、1万4,336人、こちらを介護医療院、それから介護施設、在宅医療に案分する基本的な考え方につきましては、資料下の①をごらんいただきますと、①のところで、介護医療院につきましては、現在の介護療養病床が今後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予定が1,922人を見込んでおります。1万4,336人から4,922人を引いた約9,500人を介護施設と在宅医療で案分することとなりますが、案分方法については、介護施設との関係となっておりますので、まず65歳以上の患者さん、こちらが約8,500人。この8,500人を介護施設、それから家庭への退院というところで、平成28年の病床機能報告の結果を活用して案分をします。具体的な値では、都内の療養病床から退行される患者さんの退行先で介護施設を利用される患者さん、それからご家庭へ退院する患者さんの比率が記載のように1対1.5というような形になっておりますので、この案分方法、案分の比率を用いて記載いたしますと、介護施設が2,416人、それからご家庭へ退院される方が6,043人というような形になります。

それから、64歳以下の955人の患者さんにつきましては、ご家庭への退院というような形で整理をいたしまして、先ほどの6,413人とそれから955人を足し合わせた約7,000人の方がご家庭へ退院された在宅療養者という形になります。

右のほうに行きまして、次にご家庭へ退院された約7,000人のうち、訪問診療の必要量の算出推定ですが、こちらの患者調査の結果を見ますと、ご家庭へ退院される患者様のうち約7%の方が訪問診療を受けているという結果に基づきまして、ご家庭へ退院された約7,000人に7%乗じた値、こちらを訪問診療の必要量として495人となっております。残りの約6,500人は外来での対応という推計になります。

そうしたことから、在宅医療のうちですね、訪問診療の2025年の必要量は、現行の訪問診療を引き延ばした資料上では、上のところにありますけれども、(A)の14万3,429人、それに療養病床からの移行分の右下にあります、495人を足し合わせた14万3,924人というような形になります。

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、保健医療計画の改定作業の中で整理をしておりますけれども、各区、それから各関係者の皆様におかれましては、地域におけるこういった取り組みの際に参考にしていただければと思います。

その次の15ページのほうには、介護保険事業計画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の必要量につきましては、こちら圏域の各区の値を記載しておりますので、ご参考にしていただければと思います。

私からの説明は以上となります。

引き続き、菱沼のほうからご説明をさせていただきます。

○事務局 引き続きまして、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。

私、東京都福祉保健局医療政策部の菱沼と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

先ほどの資料に続きまして、資料番号右上、資料5（1／2）、ページ数で言うと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。その際の資料でございます。この中から在宅医療に関連する内容を中心に見ていきたいと思ひます。

まず資料5、1枚目の16ページでございますが、こちらが27年病床機能報告データをもとに構想区域の状況を整理させていただきます。区東北部では、急性期の欄をごらんいただきまして、五つ目のポチ、退院調整部門を持つ医療機関は6割強と、都の平均と同程度となっております。

次に、回復期機能につきましては、二つ目のポチ、退院後に在宅医療に必要とする患者の割合が高い（20.3%）や、その下三つ目のポチ、退院調整部門を置いているのは6割で、回復期機能としては低い傾向、74.4%といった特徴がございます。また、慢性期機能については二つ目のポチ、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が高い（30.7%）といった特性が見られます。資料の下段、太い矢印のところでございますが、全体としましては、回復機能、慢性期機能において、退院した患者の在宅医療を必要とする患者の割合が他の区域に比べ高いといった特徴が見られます。

また1枚おめくりいただきまして、資料5の17ページをごらんください。これ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。このうち在宅医療に関する内容を見ていきます。

下の四角囲みのほうをごらんください。病院側からは、「在宅を短期間で準備・整備する機能の不足」、またその下、「在宅復帰率を保つためには在宅での受け皿整備が不可欠」との回答がございました。

その下の在宅側からは、急変時・病状変化時の受入については、上から「急変時にスムーズに受け入れて欲しい」、またその下、「1～2日の入院にて様子をみたいときに頼める病院が欲しい」、その下、「在宅療養支援病院の充実」といったご意見がございました。

右側に移りまして、「在宅移行・退院支援」をごらんください。一つ目で、「看取り間近（特にながの場合）ではなく、もう少し早い段階で連携して欲しい。」、またその下のその他では、「転院や施設ではなく、「在宅」という選択肢を知って頂きたい。」などのご回答がございました。

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が、調整会議での意見をごらんいただきますと、一番右側の欄に進みまして、一つ目のポチ、「高齢者を考えた時に、独居高齢者だけではなく、日中独居というの大きな課題。回復期の病棟から退院にかけては、大きな問題である。」、その下、「MSWを配置したことで、患者がスムーズに流れるようになったことから、在宅に向けては、MSWを置くことが大事である」、またその下、「人材確保の難しさが要因で、退院調整部門を置いている割合が低いのではないか」といったご意見がございました。

また、その下の欄、「構想区域内の自治体ごとに、在宅に関するデータを集計し、それを構想区域全体で議論することが必要ではないか」といったご意見をいただいております。

また、次をおめぐりいただきまして、資料5の19ページ、こちらについては、今ご説明を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。

5枚ほどおめぐりいただきまして最後の24ページをごらんください。一番最後、24ページにつきましては、今の検討状況を踏まえまして、各構想区域の主な課題として整理したものとなりますので、ご確認いただければと思います。

続きまして、ダブルクリップで別とじになっております、「参考資料の内容について」という、まとまっている資料ををごらんください。

こちら参考資料一式になりますが、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と地区のご要望を多数いただきました。そのため、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、区域ごと、さらに区市町村ごとにまとめた各資料をご用意いたしました。そのほか各区市町村の関係団体の取り組み状況、先ほどご説明いたしました、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。

資料につきましては、参加者の皆さんは事前に送付しておりますので、詳細な説明は省略を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」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はございますが、各地域の病院が地域における課題、区市町村の取組状況、医療機関の状況等を取りまとめた各資料となりますので、意見交換の際、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、各資料の説明は以上となります。

○和泉座長 説明ありがとうございます。

今回、初めての会議でもありますが、本ワーキングは現状、また課題の共有認識を図ることが大きな目的の一つでもあります。そのため、ちょっと何かを決めたりとか、結論を出すということ、出さなければいけないという場では特にありません。例えば現状・課題をちょっと共有できればというふうに考えております。また、東京都のほうに何か政策を聞いたりするという場でもないので、いろいろな認識を共有するいろんな意見というか、課題についていろんな意見が出れば、今回ありがたいなと思っています。

さまざまなお立場からいろいろな意見が自由に出せる場だとも思っておりますので、どんなご意見でも結構ですので、気軽に積極的によろしくお願いできればと思います。

それでは、意見交換のテーマの一つ目として、在宅療養に関する地域の現状・課題等についての意見を頂戴したいと思います。

今回ちょっと内容にありましたように、2013年から2025年には、東京都の訪問診療だけ見ても、2013年の1.5倍の需要が見込まれています。この現状での課題を放っておくと、ますます解決できない状況になるのではないかなというふうに考えています。ちょっとこれらのお話を踏まえて、各地域の現状や課題、今後の方向性について、いろいろとお話できれば、意見ができればと思っております。

一つとしては、在宅医のほう、在宅医療についてということ、在宅療養なんですけど、在宅療養についてということ、基本的にかかりつけ医がいて、あと在宅の専門医がいてということなので、外来から訪問診療に行くという連携のあり方とか、また地域の多職種間の連携がどうなっていくのかという点とか、これから在宅の必要量が増加をするという中で、全体的な地域をどういうふうにして確保していくとか、そういうふ

うな論点があるんじゃないかなと、必要があるんじゃないかなというふうに考えております。

そこをちょっと地域の現状も踏まえまして、ちょっとお話いただければと思うので、すみません、まずちょっと在宅医のほうの、ちょっと一人であります、山田先生のほうから、ちょっと足立区のことを現状とか課題についてももしありましたら。

○山田委員 荒川区ふじクリニックの山田と申します。こんにちは。

西尾久地域で訪問診療を専門にやっております。自分が専門にやり始めたのは六、七年前から始めたんですけども、2013年から2025年にかけて1.5倍に患者さんがふえるという、そういう試算があるようですけれども、自分の経験からは、今ちょうど中間ぐらいな時点で、訪問診療の患者さんが急にふえたというような印象はなくて、むしろ去年ぐらいから少し楽になっているような感じであります。在宅を行う先生が少しふえたのではないかというような印象も持っていて、行政のほうの努力、いろいろ必要性があるという啓蒙からやるような先生がふえてきて、患者さんの増加とともに担う先生もふえているんじゃないかというような印象を一つ持っています。個人的にはまだ余裕があって、それほど忙しくないというつもりでやっています。

それから連携のほうですけども、一番頼りになるのは訪問看護師さんですね、やっぱり。訪問看護師さんがかなりできるような人がやってくると、夜とかほとんど呼ばれないということで、訪問診療を行う医師もやるという人がふえるような気がします。

それから、気になるのは、ヘルパーさんがちょっと足りないという施設が近くの訪問ヘルパーステーションなんかでも聞かれます。

それから、後方支援病院ですけども、自分のところは近くに佐藤病院というところがありますし、それから大学は女子医大と日本医大があるんですけども、佐藤病院とか一般病院は比較的スムーズに受け入れてくれています。それから、少し重症になった場合は、病状が確かにそういうことであれば、病状が病状であれば大学病院はすんなり受けてくれます。この六、七年間で後方支援病院に患者さんを受け入れてもらうということで困ったことは一回もありません。うちの地域においては医療側と訪問診療をしている患者さん側との対応は、十分かどうかはわかりませんが、賄えているという印象です。

自分の個人的な見解です。以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。荒川区のすみません、ふじクリニックの山田先生ですね。すみません。

今の議題の中で、入退院の後方のバックアップとか、在宅もそうなんですけど、外来・在宅からどこの病院を探していけばいいのかとか、バックアップ的な部分のところの、入退院時の連携というのは非常にやっぱり課題になると思うので、その議題はまたちょっとこの後にちょっと特別にというか、別のものとして議論していただくことになっておりますので。やっぱりヘルパーさんとか、訪問看護さんの絶対的な数が少ないという点と、やっぱり少ないなということは逆に言えばいろんな連携の問題とか、あと24時間の在宅の診療体制を確保したいというところはやっぱり課題だと思うんですけど、どうしてもやっぱり医療だけでは、医師だけでは難しいと思うので、やっぱりいろんな24時間対応できるような訪問看護師さんのお力とか、いろんなヘルパーさんも初めとしてケアマネさんとか、多職種間での連携というところがポイントなのかなというふうにちょっと今のお話で思いました。

ちょっとポイントとして、ちょっと皆さんにちょっとお考えをお聞きしたいという、いろんな意見をちょっと述べていただきたいと思うのが、一つは、24時間の診療体制

をどう確保していくかという点と、あと地域の多職種間との連携について、今の現状というのをどう思っているかというところ、それをどうしていくかという点をちょっと中心に据えて、ちょっといろんな今の在宅療養における現状というか、あとちょっと問題点というのをちょっといろいろお聞きできればと思うんですけど、誰かご意見ありますか。

よろしいですか。すみません、守屋先生、すみません。

○守屋委員 荒川区医師会の副会長をやっております、守屋と申します。私、ふじクリニックの山田先生とは、くしくも同じところで何回も話をしていきますので、先ほどのお話と、もうちょっと加えてお話させていただこうと思いますけれども。

荒川区の場合は、区の高齢者福祉課が何年か前からこれに取り組んでおりますので。具体的には、まず病院とそして我々開業医師との連携をどうするかということで、後でまたその議題が出ると思うんですけども、我々のところでは「連携シート」というのを統一して、今試験運用をやっておるところです。ですから、それは今までは各病院ごと、もしくは個人の開業医ごとに、どういう情報を出すかというのをさまざまなフォーマットでやっておったんですけども、それを区として統一のフォーマットにして、そしてそうしますとどこの病院も、そしてまたどこの開業医も基本的な情報が統一されていますので大変見やすい。これは医者同士というだけではなくて、看護、そして介護、これが全部同じフォーマットでやりますので、大変よくなるはずですよ。これはまだ試験運用でまだ約1年使っております、まだ全てには行っていませんけれども、徐々にその効果が蓄積されておるところですので、またこれはいずれ結果が出る場所です。

先ほどのふじクリニックの山田先生は訪問専門の立場として、そして私はかかりつけ医の立場としてこの連携をちょっと述べたいと思います。

私どもの区では、そのかかりつけ医と訪問専門の人たちを大きなグループで、今まだ検討中ですけども、大きなグループで四つぐらいに区を分けまして、そこでなければいけないという意味ではなくて、一番最初ですね。ファーストステップとして、その例えばかりつけ医が診ていた患者さんが、だんだんこれは外来へ通うのが難しくなってきた、訪問専門の先生にお願いしたいというときに、顔が見えないと、やはりそこで頼むというのはなかなか難しくなりますので。ですから大きく四つぐらいに区を分けまして、まず最初にお話をするのが、その訪問診療のところにお話をする。つまり、例えば私のところのかかりつけの患者さんだったら、まず一番最初に山田先生のところに、こういう人がいるんですけど先生どうですかとお話をする。これはもちろん、そこでなければいけないという意味ではないです。荒川区はかなり小さな区ですので、端から端までももちろん行けるわけです。例えば山田先生であれば端から端まで行っても、先生、20分もあれば行けますよね。ですから、そういう意味では全部誰でもいいんですけども、形の上で、地図の上で四つぐらいに分けて、我々医師会員の中にそれを配付いたしますと、大体おおよその目安がわかりますので、ですからそういうふうに今考えております。その中で、では後方支援病院はどうかというと、もう四つの病院が大体そこに均等にありますので、そこでバックアップもしくはレスパイト入院、そういうことをまずそこに頼む。もちろん満床のときは断られますけれども、大体受けていただくという、そういう内諾はいただいております。

ですから、我々はことしの目標として、かかりつけ医と訪問診療医と、そして後方支援病院、これを地図上で分けて、そして大体それをやっつけていこうと。そういうふうに思っております。そこに訪問看護、そして介護、これはもちろん多職種連携ということで入っていくんですけども、その入り方として一番キーポイントとしては、共通のフォ

一マツトでその情報を共有する。そんなやり方が数年前から着々と進んでおりますので、そこにのっとなってやりたいと、そういうふうに我々は思っております。

山田先生、それでよろしいですか。

○和泉座長 わかりました。すごく荒川区の取り組みというか、すごいです。

○守屋委員 今すぐじゃないです。

○和泉座長 そうですね。具体的にすごく知りたいなというか、その話をしていくともう終わっちゃうんじゃないかと思うんで、またいろいろと別の機会出ると思うんですけど。

すみません、その流れでちょっと葛飾区のほうでということ、葛飾区の場合は、特に認知症対策に対してすごい力を入れていて、自分のところもそうなんですけど、認知症の疾患センターの連携型としてもちょっと自分のクリニックもやっているんですけど、やっぱり訪問と在宅というのを何かすごく連携が必要な疾患かなとも思うんですが、その辺の取り組みとかはどうですかね、葛飾区の。

○赤畑委員 葛飾区医師会の在宅医療と認知症担当理事の赤畑と申します。どうぞよろしくをお願いします。

そうですね、確かに認知症の患者様が訪問診療で多いというのは確かだと思います。そういう形、今、守屋先生からお話があったこともそうなんですけれども、葛飾区のかかりつけ医の先生たちが、今、外来で診ていて、それで訪問診療に切りかえていきたいなと思ったときに、なかなかそこで医師の意見が反映されないことが多くて、その外来で介護保険を使用しているケアマネジャーさんがパートについていますので、ケアマネジャーさんの意見で、そもそも在宅医療のほうがいいんじゃないかという、知らない間に在宅医療に切りかわっているようなことが結構あるんですね。それがやっぱり問題だというふうに思っているかかりつけ医の先生方が多くて、それに対する対策をしていこうかなというふうに思っています。具体的にはやっぱりケアマネジャーさんとの連携が一番なんですけれども、まだまだ介護、それから医療が全然連携して進んでないことが多いので、ケアマネさんに……を毎回していただくとか、そもそもどのケアマネさんがどんなことをしているのかということを含めて、かかりつけ医がもっと連携に持っていきたいということを区の医師会としては取り組んでいく予定です。

その流れで、どうしても在宅医療の質というのも、僕たち大事だなと思っていて、訪問医療を受ける患者さんたちが、なかなか在宅医療の先生を選ぶことができないんですよ。ケアマネさんがこの方どうですかと提案してくれる先生だけしか知らないんで、選ぶことがなかなかこれはなかなかできないというので、こんなものかなと思っていらっしゃる方が多いんですけれども、どうしても地元で本当に熱心にもとものかかりつけ医も機能しているし、その延長で在宅訪問で診ていらっしゃる先生方もいれば、大手資本で他区からの訪問診療をされている先生方もいて、かなり機械的運用を前提にされていて、24時間の対応といっても、結局は看護婦さんの連絡が行って、こちらは顔を見せることがないというふうなことも結構あるという話を伺っているので、そういうところがもうちょっと均質化されるといいかなというふうに思っています。

やっぱり病院に医療をしている先生、そういうところではやっぱりどうしても小さなクリニックのことが多いので、地元では慕われているけれども、そんなに知れ渡ってはいないところが多いので、そういった情報をより広げていきたいなというふうに思っています。その外来の先生が、この訪問の先生に紹介しますということ、直接できるように取り組んでいきたいなと思っております。

認知症についてですけれども、認知症については、やっぱり認知症に対する治療そのものが最近どんどん、どんどん進歩していますし、まだまだ知識の足りない先生方も多

いので、認知症については、葛飾区の医師会が全面的に内科のかかりつけ医が治療をしていきたいと思いますということで、連絡するために各種の講習会をたくさん開いて、少しでも治療していくようにしております。それは訪問診療医もかかりつけ医もかわりはない状態です。

よろしいでしょうか。答えになってなくて申しわけないです。

- 和泉座長 荒川区と葛飾区の医師会での取り組みについてということで、ちょっとお話を伺うことができました。

では、太田先生、すみません、お願いします。

- 太田委員 足立区医師会の副会長の太田です。きょうは病院のほうの代表で選ばれたのであれなんですけど、きょうはちょっと会長のほうが所用で欠席なので、かわりに足立区の取り組みについて、ちょっと説明させていただきます。

足立区では、共同型の診療所のグループの中に在宅支援病院の認定、だから病院と診療所のグループという形で二つのグループを医師会の中で試験的に運用しています。その場合は当然、受け皿が非常にスムーズですし、ふだんからいろんな情報を共有しておりますので、そういった面の連携としては非常にあります。ただ、いろいろやってみて、やっぱり一つネックになるのは、やはり月一回顔を合わせてミーティングをしないといけないというような条件ですね。医師会の内部でやっている分には、基本的に理事会があるので、そのときに一緒にそれをするということが出来るんですけども、恐らくそういった形でないと、なかなか月一回直接顔を合わせるというのは難しくなってくるということです。今、もちろんお互い顔の見える関係というのが必要なんですけども、その一遍の機会ですべてのグループの先生が集まるのはなかなか難しいので、その中でいろいろな直接顔を合わせる以外の何かいろんな情報の何か、今であればいろいろなICTとか、そういうものを使ったものでもそれが可能であるということにさせていただくと、よりそれが広まるのではないかと思います。

あとは、看取りの件数のいろいろな話、条件がありましたね。それに関しては看取りが発生したときに、今、実際うちのグループではLINEとかそういったものを使って、もちろん個人情報を出さない形で、どこどこで看取りが、具体的な患者さんの名前を出さないで、発生していますという情報を出して、それでそれに対してどなたか行けますかという形で対話したりしているんですけども、そういったような、いろいろなやはりICTを使ったいろいろな情報交換が必要になると思います。ただ、いろいろな個人情報にかかわるものに関しては、なかなか共通のいろいろなルールがまだ決まってない状況なんで、今後はそれを決めていかないとうまくいかないんじゃないかと思います。

あとは、今、いろいろな介護と医療の連携に関して、もともとそれぞれの知識に差がある。だから医療のほうは医療のほうで研修などもやってきているし、介護のほうは介護のほうでかなり熱心にいろいろな研修が行われている。ただ、それぞれお互いの知識において、医療のほうは介護のことがわからないし、介護のほうは医療のことがわからないという、要望一つに関しても、直接その要望が伝わらないというような問題があります。ですから、それに対しては医師会のほうで、それを共通したような研修を行うという、今スクラムづくりを進めているところです。

大体、今の足立区で行われている。失礼しました。

- 和泉座長 三つの区のいろいろな取り組みを、医師会で取り組みを今回ちょっとお聞きすることができました。やっぱりケアマネさんがというのが、やっぱり介護と医師というのをつなぐ立場にあるのかなと思いますので、荒川区みたいなすごく先進的に連携シートを使ってとかってすごいなと思ったんですけど、葛飾区のほうはどっちかという

やっぱりケアマネさんがすごくないでいるのかなというような印象があるんですが、すみません、ケアマネさんの立場からということで、佐々木委員、すみません、ちょっとどうお考えかなというところをちょっと。

- 佐々木委員 荒川区で契約をしております、佐々木と申します。きょうは東京都介護支援専門員研究協議会の理事としてまいりました。

守屋先生、山田先生にはいろいろお世話になっておりますが、荒川区は確かに共通シートができておりますので、入院時に入院患者様の情報を流したり、退院時に退院カンファでその情報シートを埋めていったりということで、ここ一、二年の間に随分と医療との介護が抱くコンプレックスみたいなものは大分発散できていると思います。ただ、先ほどから耳が痛いように、ケアマネジャーが率先して往診医を設定して、患者様にお話しして、勝手に変えてしまっているというような意見は、どこの会に行っても私も伺うことで、私たちもケアマネジャーの勉強会において、医療と連携ということで、お互いにわかり合った上で、患者様がどこを選択したいか、それがかかりつけ医の先生とご相談した上で往診医を選定していきましようということを必ず言っていましようということをお話ししているんですが、やはり何かそこがまだなかなか浸透していかないところが先生方にも大変ご迷惑をおかけしていると思って申しわけなく思っています。

ただ、ケアマネのほうの勉強会では、必ずそれを初めに話をした上で、医療との連携はどういうものかというふうに勉強をしていくということで、ここ一、二年はずっとそれはうたっておりますので、徐々にそれは解消していけるんじゃないかなと思います。特に荒川区に関しては、医師会との勉強会もさせていただいたり、守屋先生のほうにケアマネのほうと勉強会に来ていただいたりしておりますので、医療と多職種連携という意味では随分とできるようになっております。

ただ、介護側から言わせていただきますと、在宅でやはりいろんなことがわからない、例えば老老の方とか、老老両方認知の方もいらっしゃると思いますので、そういった場合にはケアマネジャー、もしくは後見人とご相談したりして、今後の治療方針とかを決めていく上で、ケアマネが少し前に出て先生とお話をするということが、やはり今は現状としてはあります。長年つき合ってきた患者様ですので、一番生活の希望というものを聞きながらご支援しているつもりですから、そういった面では代弁者ということでお話をさせていただくことはありますが、決して在宅医のかかりつけ医の先生を飛ばして往診室の先生を決めるというようなことはないようにということは話をしておりますので、そこは皆様もご理解をいただきまして、ケアマネのほうに申しただけければと思います。

連携シートは、共通のものはとても非常に便利で、特に急性期は別ですけど、リハビリ病棟とかですと、退院時に二階家であるとか一階家であるとか段差があるとか、そういったことも情報シートに書けるようになっておりますので、ケアの先生にここを手を貸していただければ在宅に戻れますとか、やはり戻れない線があるので、戻れる線まで上げていただければ、必ず在宅は受けていきますというような話も、医療連携を私なんかは3回ぐらい病院のほうに伺っていますので、そういう意味ではケアマネジャーのほうもその連携シートを使って、いわゆる在宅に戻すための条件を先生とお話ししながら在宅療養に向かう、受け入れるということもやっていきます。それでも無理な場合には、行政とかとご相談しながらやっていくという方法をとっておりますので、荒川区においては、本当にそういう医療連携シートが1年以上かけて、いろいろな職種が集まって意見を出していますので、非常にやりやすくなっていると思いますし、医師会に属しているような往診医の先生とかもいらっしゃるの、その辺をこれからどう連携を

とっていくかというのが、また守屋先生とご相談していきたいなど、私思っております。

以上です。

- 和泉座長 地域の多職種間の連携の取り組みということで、すごく医師会とかいろいろなところが一体となってされているという話を、ちょっといろいろな意見を聞くができました。

あと、やっぱり24時間診療体制の確保という中で、すごく重要な役割をやっぱり看護師さんというか訪問看護だと思えるんですけども、すみません、看護師の立場ということで、足立区のちょっと課題とか現状についてのお話を伺えればと思います。

- 藤野委員 看護協会の地区理事をしております、藤野と申します。よろしくお願ひいたします。

24時間の体制ということで、訪問看護はやはり大事な位置づけということで、先生方にも頼られているということは大変うれしく思うところですけども、私自身は病院なので、現場の聞いているところのお話ということになりますんですけども、東京都においても訪問看護ステーションの数はふえてきています。この区東北部でも数はかなりふえてきている印象もあるんですけども、なかなか訪問看護の中だけでも、連携がまだ十分お互いにとり切れてないというのが現場での意見のようです。そして、24時間体制可能なところもあるんですけども、どうしてもやはり人材の不足で、実は訪問看護の、病院もそうなんですけれども、訪問看護の中でも子育て支援が今大事なところでもありまして、訪問看護なんだけれども、時間が限られた勤務しかできないという職員が多くなってきたというところで、その負担が全部所長にかぶってしまうというところがありますので、そういう意味で、なかなか24時間体制が確保できないということもあるということを最近聞いております。ですので、その辺の人材の確保というのは病院だけではなくて、訪問看護のほうもこれからちょっと何かしらの工夫をしていかなければ、ワークライフバランスを保っていくことができないのかなというふうに思っています。

そして、もう一つ病院のほうですけども、病院の看護師はどうしても医療の知識が中心になりますので、介護系の知識がやはり不足しているということで、もっとも在宅系の介護の知識を深めなければいけないというふうに思っているところでもあります。

私、所属が足立区であるのですが、先日、足立区のほうでは医師会と足立区のほうで多職種連携、介護と福祉の多職種の、先ほど先生がおっしゃっていた勉強会、カンファレンスということをしていたんですけども、それにちょっと参加させてもらったんですが、なかなか病院の看護師がそういう場に行っていなかったというところもありまして、私も初めて参加して、ああもっとももっとこういう環境にいろんな看護師も出て、在宅医療の現場をもっと知らなければなかなかスムーズな退院支援ができないなというふうに課題として持ち帰ったところです。そこに参加したときに、まだ足立区もそれができていないんですけども、グループワークの中で、先ほど荒川区のほうでありました連携シート、共通のシートを使って情報を共有すると、先生同士もケアマネとも訪問看護とか、ヘルパーとかも、うまくそれを使っていくといいんではないかなという話が出ていましたので、その辺もうまくこれから活用できればいいかなと思っております。

ですので、看護師はその辺をうまく在宅と病院等もありますので、つなぐ役割ができていければいいかなと思っておりますので、そういう在宅の方にもっと会議などに出て、多職種同士が連携を深めるというところが、これからの大きな課題かなというふうに思っているところです。

ちょっと取りとめのない話になりましたが、以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。やっぱり看護師さんの訪問看護間の連絡・連携もそうなんですけれども、やっぱり人材をどう確保していくかということのすごくそれがやっぱり所長さんが支えているところが多いなというのをちょっと思うんですけども、所長さんがやっぱりいろいろかぶってしまうということがすごく多いなという印象なので、やっぱりどう育てていくのかということところが地域の課題かと思うんですけども、そろそろちょっと時間も迫ってきているのですが、区市町村代表というか、区市町村の中で地域の取り組みで何かありますでしょうかね。発言とか、葛飾区のほうはどうか。

○新井委員 行政の取り組みで、やはり今日どうこうではないかなというふうに思っていますので、なかなか前面に立って区のほうで何かやるということは少ないような気はしています。

今、話題に出ています多職種連携に関しても、以前は話題に出てましたような多職種の研修会をうまく主催をしてやっていたというのもあるんですけども、医師会さんのほうがさまざまなテーマをそれぞれ決めていただいて、そこにそのまま介護とか医療関係者を含めてご検討していただいていますので、そういう意見会はたびたびありますので、そういった中では、一部なんですけど、多職種ではあるとは思いますが、何でしょうかね、連携を進められてきているのではないかなというふうに思っています。

区のほうとしては、やはり代表者の会議としての連携会議というのをやっているんですけども、やっぱり代表者ということになってしまいますので、なかなか末端まで行っていないというところがあると思いますので、先ほどちょっとご指摘があったかと思えますけれども、荒川区さんの医師会さんのほうからお話があったように、グループごとに少し医療・介護等々の関係者が集まって、カンファレンスをしていくようなことをしていかないと、本当に実効性のあるような対応というのでしょうかね、連携は生まれてこないんじゃないかなというふうには思っています。

連携の対応の支援というタイミング調整というのでしょうかね、というところも話題にあったかと思うんですけども、これは葛飾区の取り組みとしては、地域包括を前面において、今、モデル的にはなるんですけども、一応地域包括のほうで、在宅療養・介護相談窓口というのを設けていますので、それが年間200件ぐらいでしょうかね、相談件数が来ているんですけども、そこを全面に出しながら、後方支援というのでしょうかね、医療派遣の後方支援を都医師会さんのほうでやっていただいているんですけども、医療連携相談員という形で、医療情報を提供していくといった、そんな役割の職種の方を看護師さんとして配置をしていただいているというところがあります。

なかなか、ケアマネさんとのこの医療員との取りいれ、何と言うのでしょうかね、間というのはなかなか、ご指摘にもあったように共通の用語がわかりづらいとか、なかなか敷居が高いとかというところ、まだまだそこはちょっと解消はし切れていないのかなというのが、葛飾区の現状じゃないかなというふうには思っています。そこら辺を少し今お話いただいた内容の中で、同じベースに立って研修会をするなり、用語の共通理解を進めたりという、そういったようなことができればいいのかなと、そんなような印象で今はお話を伺っていた次第です。

以上です。

○和泉座長 すみません、足立区のほうをお願いします。

○江連委員 足立区に関しましては、先ほど藤野さんおっしゃったようにですね、多職種連携研修、27年度から行ってございまして、大体ふた月に1回ぐらいのペースで行っています。27、28年度は足立区全域を対象に、大体80～100名ぐらい集まってグ

ルーワークとかをやっていたんですけども、足立区、かなり面積も広いもので、全域でやっても東から西まで連携することがないということもありましたので、今年度は全体研修プラスですね、ブロックごとに、5ブロックに分けて、ブロックの中での多職種研修をやっていたということがあります。

やはり、その感想としましても、やはり近場の先生、近場の介護の方とですね、連携が、顔が見える関係というところが、あしたから使えるような、本当に根ざした関係づくりというところに生かされてくるのかなと思っておりますので、来年度以降もこれを継続しながらと思っております。

行政の立場からすると、今、新井さんおっしゃったように、なかなかこの現場はどういう感覚かというところが、つかみづらいというところが非常に施策を展開していく上で、すごく難しいなというところがありました。

ことしの4月から、相談窓口のほうを区の担当課の窓口として設けることになりました、その中で問い合わせをしていく、専門職、専門非常勤でありますけれども、問い合わせに対応していく中で、先ほどの情報共有シートとかも含めて、よりの確な施策の展開というところにつなげていければなと思っております。

なかなか足立区も医療介護連携、行政側としては非常に後手を踏んで、医師会さんのほうにもいろいろご迷惑をおかけしている部分があるので、ここから相談窓口を契機に巻き返していきたいと考えております。

以上です。

○和泉座長 荒川区のほうはありますか。

○東山委員 荒川区の生活衛生課長の東山です。荒川区は、今は医師会の守屋先生がご紹介いただきました連携シートを中心に、いろいろ多職種連携が深まってきていただいているのかなというふうな感想を持ちながら、今はいろいろ、部外者じゃないんですけど、いろいろ拝見させていただきました。

私どもも、いろいろ各、当然、医師会の先生方が中心になって、歯科医師会の先生、薬剤師会の先生等といろいろやりとりをする中で、最近、具体的な例だと、薬剤師会の先生方が介護現場をもうちょっと知りたいということで、地域ケア会議にかなり多職種連携の延長線上で結構やりとりをされ始めてきたというようなお話を伺いつつ、その中で、なかなか連携が深まっていくと、また次の課題が見えてきて、今まではどちらかというと、地域ケア会議に出てアドバイスの感じでやってきたところを、だんだん個別の事例になってくれば、東京都さんも結構、包括補助か何かでメニューを掲げられているんですけど、例えば、訪問しての服薬管理だとかというふうなメニューを掲げていただいて、東京都さんもモデルで4年ぐらいやられて、来年度はもう各区でというような話も伺っている中で、私どもは行政としてひとりよがり、じゃあ、これ用意したのでやってくださいというわけにもいかない、また医師会の先生なんかとも相談させていただきながら、行政の立場からすれば、いろいろそういう東京都から補助をいただいている部分もうまく使わせていただきながら、荒川区の現場でそういう連携がさらに深まっていくのであればというようなところを、うまくやっていけたらなというような思いで、いろいろそういうアンテナを張りながら一步一步進めていけたらいいなと思いません。

先ほどから出ている在宅医療連携会議もまた来週会議がありますので、またその場でいろいろ意見交換をさせていただければなと思っております。

以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。

ほかにご意見とかはございますか。大丈夫ですか。

ちょっと病院との連携については、また病院さんのほうとまたお話をちょっとしていただければと思っております。

あと、傍聴席のほうで何かご質問等がありましたら挙手いただけますか。特に大丈夫ですか。

では、すみません。もう一つ、次の二つ目のテーマということで、もし、もう少し言いたかったなということがありましたら、また意見交換の時間はありますので、そちらでご発言をいただければと思います。

次のテーマとして、やはり地域と病院の連携についてということで、入退院時の連携についてという点と、あと、急変時と病状変化時の受入れということで、後方支援病床という点がやはり課題かなというふうに思います。

先ほどの東京都からの説明の中で、いずれの構想区域からも、その退院支援における地域と病院の連携の重要性や地域と病院の相互理解の必要性など、在宅療養に関するいろいろなご意見が課題として挙げられていました。

この区域での取り組み状況とか、課題だと感じている点、また、今後の方向性などについてちょっとお話をしていければと思います。

入退院時は、やっぱり退院したときにどうやって在宅のほうとか、あと、介護のほうとどう連携していくかという点と、逆に在宅医もそうなんです、外来とか在宅医から、やっぱり急変時とか病状に変化があったときにどしたらいいんだろうとか、どこもないということもやっぱりあるんじゃないかなと。そういう地域も、そういうところもないわけじゃないんじゃないかというのは意見としては出ているので、その点について、その取り組み状況とか課題についてちょっとお話いただければと思います。

すみません、まずちょっとその病院代表者ということで、すみません、葛飾区の坂本病院の坂本先生のほうから。

○坂本委員 葛飾区の坂本病院の坂本です。

うちは在宅支援病院というんですか、訪問看護も訪問診療もやっていて、ちょっと外に開いてなくて閉じちゃっているんですね。ICTとかは使わなくて、シームレスにできて、ケアマネジャーとのすき間を訪問看護師やらケースワーカーがしっかり見てくださってやりやすい、やりやすくて簡単すぎてもいいのかなと思ってやっておりますが、ただ、現場の苦労はわからないんですが、閉じちゃっているのは申しわけないなと思っているので、余り参考になる意見ではないと思います。

ちょっと関係ないんですけども、事務局にお尋ねしたいんですけど、地域医療構想調整会議、これは施設、今後、高齢者がふえてきて、どういう施設、どのぐらいの範囲でやっていくか、この施設の担当者が集まって直接出る、これが本筋なんですか、地域医療構想調整会議というのは。

地域医療構想の私の理解は、今みたいな形で当事者同士が、施設の代表者が集まって調整する、これがうまくいかない場合は、理事長がある程度、責任を持ってというような理解でよろしいんですか。

今回は、これは在宅ワーキングということで、施設でなくて在宅に行く場合にいろいろ問題もあるので、とりあえずやっていこうという。ちょっと地域医療構想という、この文字がひとり歩きしてしまっていてね、今回も6時からの会議と7時からの会議で、地域医療構想で一つだと思ったら、また本会議が来週あったりして、その辺がちょっとこんがらがって、本来は関係ないんですけども、誰が悪いとかなんとかではなくて、せっかくこれだけの人材が忙しい中集まってやっているのなら、筋をしっかり決めてやって

いかないと、無駄になっちゃうといけないというか、そもそもが東京都で地域医療と言っても、その構想区域自体、設定することも大変だったということもよくわかるし、地方都市だとどうまくいくんでしょうけど、実りある時間にするにはどうしたらいいかなということで、そういうちょっと提案をさせていただいて、不本道な発言だったらご指導いただくんですが。すみません。

- 矢澤医療政策担当部長 恐れ入ります。地域医療構想自体は病院の機能分化が目的でございます。病院を高度急性期から急性期、回復期、慢性期というところで、まず、その全体の東京の現状と2025年の必要量を推計いたしまして、そこにどうやって現状から近づけていくか、あるいは、その推計以外の方法でもその分化が図れるか、連携が図れるかということを経験するために、その4機能の代表者、各区、各市の代表者と医師会、薬剤師会、歯科医師会といったような関係団体、それから、市町村の方に出させていただいて、課題を抽出しているのが現状です。

その現状を、課題を出している中で、在宅との連携が課題だという声が大きかった。それから、在宅を担っている先生方からは、今回、病院にもうちょっとこれレスパイトを受けてほしいとか、一旦入院すると、もうどこかへ行っちゃうとかというご意見がほとんどの地域でできていて、地域包括ケア病床の活用などについても課題があるというご意見が非常に多かったんです。なので、私ども、じゃあそのところの課題だけを検討するために、この会議を開きましょうということで今回開きました。

ですので、地域医療構想の調整会議は、国が申しておるとおり、その4機能の分化をどうやっていって、連携をどうするかを考える。それだけでは足りないので、病院と地域、それから、在宅をどうするかということで、今回からこの会議を設置させていただいたということでございます。

- 坂本委員 わかりました。ありがとうございました。もう、これは西田理事が最初、冒頭に述べていただいたり、矢澤部長が言われて初めて僕はわかったんで。僕もほとんどアナウンスが流れてくる中で、どういう本質かというのがわからなくて、資料がどぼっと来てね、これはこう見ろというようなことの話で、それは皆さんもよくご存じで、誰が悪いとかということじゃないんですね。本筋をしっかりとやらないと、膨大な無駄がここで生じて、事務量も含めてね。上から言われて、国から言われて都がやる、都がやって区がやる。何か我々、それがよからぬことだと思って、片棒を自分で片方担いでいるのが情けなくなってきたのでね。そういう不本道な発言いたしました。すみませんでした。

- 和泉座長 すみません、忌憚のない意見を言うのも今回の会議なので、やっぱりちょっと思ったことをいろいろと言っていたらと思います。

確かに、その地域と病院でというときに、その地域というのが、その病院とか、そういう施設とかだけではなくて、やっぱり在宅、自宅も含めてということだと思っているので、そういう中ではちょっと運営のほうの会議というか、僕も舌嚙んじゃうんですけど、何とかの調整会議というところで、やっぱりあんまり話されていないのかな。

その中で、やっぱり在宅療養が何かすごく話題が大分上ったらしいということは聞いたので、そこをテーマに何とか、そのための会議なんですよみたいなことを僕もちょっと自分で受けたりして。まあ、もうやってみるしかないのかなというか、1回目なので、でも、やって無駄だったらどうなんだろうというところもちょっと思いもありませんが、ちょっと参加させていただいています。

続いて、すみません、足立区のほうの梅田病院のほう、太田先生のほうでちょっとご意見がありましたら。

○太田委員 病院のほうとしては、在宅の患者さんをいかにスムーズに受け入れることが必要でして、もともとの連携というのがありますし、あとは、やっぱり、その救急の患者さんをどういうふうに受けるかというの、ちょっと同じような問題みたいなものがある、24時間という話になると、当直帯でどういう医師が対応するかという問題が常に病院の場合はあるんですね。

もちろん高度急性期のところであれば、それなりのスタッフ、医師が常駐しているなりなんなりで対応ができるだろうと。ただ、そうでない場合に、やはり当直帯に在宅の患者さんを受けるときに、我々としてはもともと連携しているところに関しては、医師だけでなく、事務当局とか看護スタッフも含めて、そこは連携しているので、必ず受けるようにということができるとは思いますが、そういったことがなされていない場合は普通の救急と同じような形で来てしまうんですね。そうしたときに当直医の判断として、じゃあ、それを受けられるかどうか。要するに、病状によって受ける受けないということは決まってしまうので、通常の救急であれば、例えば意識障害があるとか、いろんな場合に、じゃあ、それは病院へ行きなさいと、そういう対応になると思うのですが、在宅の場合はちょっとそれは違うと思うんですね。

要するに、じゃあ、言い方難しいですけど、ご高齢の方ですと、その状態で、じゃあ、それは本当にその救急対応なり、高度の機能の病院に行くべきものなのかというところがわからない。ですから、そこを、そういった面であらかじめいろんな連携をしておくということが必要になってくると思います。

それと、ですから、病院のほうとしては、そういったあらかじめの連携がないと、その一般の救急の対応になってしまうということがあるので、そこら辺が一つの課題だと思っています。以上です。

○和泉座長 そうですね。あと、病院のほうのちょっとご意見ということで、在宅医のほうのご意見ということで山田先生はご意見ありますか。

○山田委員 そうですね、自分の経験からは連携で回ったことはないんですけども、できればさっきお話のあったような、レスパイト入院ですか、レスパイト入院の考え方を少し病院のほうで前向きに捉えていただければな、ありがたいなと思います。

レスパイトはやはり、家族のケアができなくなる一歩手前の状況なので、ご家族のケアができなくなるということは、つまり、患者さんにストレスがかかるという、患者さんのデメリットにつながるということで、家族の人の力の回復という期間を設けるためのレスパイト入院を、もうちょっと認めていただければなという。自分の近所の病院ですけれどね、そういう感想を持っています。

よほど酷いときには大学に行ってもらいますけれども、最近大学は何か比較的に見てくれるような、いい印象を持っています。あんまり注文はないです。

○和泉座長 ありがとうございます。

本当は足立区の先生もいらっしゃればと思うんですけど、ちょっと葛飾区のほうということで、ちょっと自分のほうのお話として、レスパイト入院の話なんですけども、自分のところ、ちょっと有床の診療所を持ってまして、レスパイトを在宅でやっている方だけではなくて、ほかのクリニックとか、在宅を診ている方も含めてなんですけど、レスパイトだけではないんですけど、やっぱり積極的に入院をさせています。

家族が、例えば、ちょっと入院で治療しなきゃいけないからといったときに、本人は1人でそのまま寝たきりですと。で、介護する人がやっぱり何か入院して治療しなきゃいけないとか、検査しなきゃいけないという場合、これもやっぱりだめで、あと、腰を痛めてしまって全然難しいという老老的な方がいて、そのもう一人の方はまだ大丈夫な

んだけれども、介護なしでは無理と。でも、そういう方が家にいてどうなるかといったら、やっぱり共倒れしてしまうということもあるので、それもよくなるまで入院をしてたほうがいいんじゃないかと。

あと、家族が疲れる理由としては、やっぱり本人もちょっとぐあいが悪いんですね。なので、すごく安定しているわけではなくて、やはり多少はちょっといろんな調子が悪いから家族が介護に疲れてしまうという。認知症だけに限らないんですけど、やっぱり、ちょっとした肺炎とか気管支炎を起こしていて、その世話が大変でということで、それで疲れ果てて、じゃあすぐに施設に入れるわけじゃないし、そんなことで入院はさせられないからといって、何かやっぱりその場でまたすぐに帰されちゃうとか。

この大学病院とか病院では、診る適用としては、私たちは急性期で診るべきではなく、自宅で点滴というぐらいの感じで。ただ、それが疲れていてとか、どうしようもないから相談しているのと言ってちょっと悔しい思いをしたりとか、もっとやってくれないんですかといって、もっとやってくれない、だめなところなんですかみたいな感じのようなどいうのは、やっぱり現実にあるんですね。そこがやっぱりストレスだし、ちょっとその病院に対しての信頼を失くすなど。

やっぱり、ある程度、病院へ送らないクリニックというのは、すごく病院としては重宝して、すごくいいクリニックなのかなというようなニュアンスで語る場合もあるんですね。でも、病院に送らなくて済むように頑張ることも大事かもしれないんですけど、やっぱりどうしても難しい場合には、やっぱり送って確認して、実際そこできちっと見つけることによって、また、いい医療の在宅で帰すことができる場合もあるので、そこをやっぱりわかって受け入れてくれるだろうか。大きな病院だと、やっぱりいろんな先生がいてすぐ変わったりして、いろいろ、やっぱりなかなか顔が見える関係はなかなか築けないなというのはあるので、なかなかそこがすごく病院との連携の中では、すごくジレンマかなというふうには考えています。

そのためにちょっと有床診療所をつくって、ちょっと経営は難しいんですけど、やっぱりつくって、そういう人を何とか入院できるようにしたいなというちょっと思いでやっております。

あと、最近ちょっとあったケースですけど、退院後も強く独居を希望しているんだけれども、独居はもう無理だよなというふうなのは、じゃあ、自宅に戻ってきたら大丈夫なんだろうかというのは、ケアマネさんからもやっぱり家に帰るのはいろんな問題があるんじゃないかという、だけど、独居を本人が強く希望しているとかという場合に、やっぱり病院側もすごく困るんじゃないかと思うんですね。

かといって、在宅でというところもあるんだけれども、なかなかそれもワンクッション難しいかなというので、そういう場合にやっぱり病院と絶対的な多職種との連携は非常に必要な。だから、家族の介護をやっぱり頼りにし過ぎている部分もあるし、そういう方をレスパイトという形も含めてなんですけど、ちょっと頼り過ぎて野放しにしているというか、犠牲にしながら、実際に独居の方が今後ふえていく中で、こういう連携なしでやっぱりやっていけないのかなというところを、すごくいろんな何かふえてきたなというような印象が、ちょっと葛飾区内ではちょっと感じています。すみません、ちょっといろいろしゃべり過ぎまして。と思います。

そういうちょっと観点から、ちょっとどうお考えかなということで、すみません、引き続き、ケアマネさんの観点からはどうですか。

- 佐々木委員　そうですね、確かに、山田先生おっしゃるように、レスパイト入院というか、老老だとどちらかが病気になったりする場合もあったりするので、私たちも退院時

から既にリスク管理をしていきながらということで、こうなった場合、こういうところだから、だったらこういう往診医がいいんじゃないかとかというのは、かかりつけ医の先生とご相談していきます。

やはり、いろんなケースがあるので、在宅において独居でも、もちろん支えていかなきゃいけない今は状況がありますから、ターミナルもあります。なので、退院時にターミナルの場合は、病院のようにナースコールはないけども、だけど在宅で過ごした、今まで住んでいた家で最期まで。だけど、最期までがもし怖くなった場合には、病院がありますよというようなことを必ず患者様に話をしていくということが、医療との連携じゃないのかなとは思っています。その上で、医療でしていただくことと、私たち介護がしていくことをしっかりと認識しながらやっていくということが、これから必要になってくるんじゃないかなと思います。

看護師さんたちが診てくれる病院がいいわという方であれば、まあ、緊急時はじゃあ緊急対応でどこかの病院で、もうそこまでもしっかりと話をしていく、緊急時においてどこか知らない病院に行かれちゃうのは困ります。それはきっちりと家族にも本人にも説明をしていくということを、私たちはしていくようにしましょうということを、今………介護支援専門員研究協議会でもそういう勉強会を開いています。

本人がどのようにしていきたいかということに沿って、在宅なのか、病院なのか、施設なのか、有料もいろいろな選択肢があるので、そこは見ていくように、支えていくというか、しっかり専門職としてどのようなというか、どのようにしていくかということ、ある程度リスク管理していくということ、これから勉強会でやっていきたいと思います。

もちろん、人材育成でいろんなレベルに差がありますので、そこはしっかりと在宅として、介護としてできることはそういったことで、その上で医療連携をしていく、病気のことは先生にお任せするという感じになっていきますので、そういう勉強会を開いていかなきゃいけないねというのは、今、協議会の中でも出ておりますので、そこをしっかりと担ってやっていきたいかなというふうには思っています。

ただやはり、ちょっとした2回でも1回でもいいので、やっぱりレスパイトしたいという方はいらっしゃるんで、その受け入れが今いろいろつける………ありますので、なかなか老健とかでは受けていただけない、ショートステイという介護保険の制度上難しい問題もありますので、そこはちょっとやはりこういうの来て考えていただくのは助かるかなというふうに思います。

ただ、荒川区の場合は大きな病院がないかわりに、しっかりとそういったところを見してくれる病院もありますので、それも顔の見える関係でやっていきたいかなというふうに私個人としては思っておりますが、全体としてはやはりレスパイト病院の受け皿がないねというのはよく話に出てきます。

○和泉座長 すみません、その流れでやって、その施設のほうでちょっとご意見はありますでしょうか。

○久松委員 足立老人ケアセンターの久松です。足立区なんですけども、今聞いていると、やっぱり介護関係のことを読んだ結果、何もよく知らないなというふうに思っています。

レスパイト入院ということなんだけど、何で老人保健施設を使わないのかなというふうに思うんですね。ここには医者とか、看護師とか、リハビリとか、ケアワーカーとか、それぞれ多職種がそろっているわけですね。1カ所の中で多職種連携ができる、そういう施設があるということ、そこを使っただければなというふうにも思います。

レスパイト入院というだけじゃなくて、救急介護という使い方もあるわけですよ。例えば、老人虐待があった。そうすると行政のほうから、ぜひ調査してくださいと、入院はできませんから、じゃあ、精神科病院ではそれは受け入れないし、どういう施設が受け入れられるかなという、老人保健施設だったり特養だったりするんですよ。

そのような形で、やはり中間施設としての老健の役割をもうちょっと、我々も皆様方にお伝えしなかったのは問題なのかもしれませんが、やはり中間施設としての役割は老人保健センターがやっている。

足立区の場合は、老人保健施設は全部で14カ所ありますけども、そのうちの障害者老健だと50%以上を在宅に戻すと、そういう施設が2カ所、それから、30%以上戻すのが2カ所というふうな形で、本来の役割を持っている老人保健施設もあるという、それをよく皆さん方にやっぱり周知しなくちゃいけないのかなということ。

それから、認知症のBPSDもあったとしても、やはり認知症対応型老健もありますので、葛飾区だと精神科病院がなかったんですよ。足立区は4カ所あるんですけどね。ほかの区だと精神科病院が足りないということで、そういうところで、老人保健施設のほうで認知症対応のできるか、そういう施設もありますのでね、それもそういう対応をしていただければなというふうに思っています。

病院からはいろいろ何度も紹介していただいて、そういう方々が我々の施設に入ってくる。やはり、いろいろな多職種連携で自立を高めていくということで、在宅へ戻すということをやっているわけですけど、その往復をやっている過程で、やはりだんだんレベルが下がってしまうというのは仕方のないことで、最終的にどこへ行くかという病院になるかもしれないし、あるいは特養になるかもしれません。

ただ、我々が残念だと思っているのは、在宅支援、自立支援のためにいろいろやっているんですけども、在宅復帰率の中に特別養護老人ホームは入っていないんですよ。特養というのは、本来、ついのすみかであると。そういうところだと思うんですけど、そこが在宅復帰率の中で外されているというのは、ちょっとこれは矛盾しているかなというふうに思っています。

○和泉座長 貴重な意見、ありがとうございます。

病院の連携室のお立場からということも含めて、すみません、浅野様からよろしく願います。

○浅野委員 いずみ記念病院の地域連携室の浅野と申します。よろしく願います。

きょうは理事長先生が出席予定だったんですけど、ちょっと都合がつかせんで、私が代理で出席させていただいています。

現場というところからのちょっと意見になるんですけども、まずはレスパイト入院というところに関しては、当然希望される患者さんはいらっしゃるんですけど、本当にもう訪問診療している患者さんにおいては、対応する場面が多々あります。

自分のところの患者さんでない場合の相談については、まずは連携室を通してから、入院担当する医師に相談をして、それも早期対応なんですけれども。そこでやはり思うのは、うちの病院のスタッフのほうも、在宅の生活が全然見えてなかったりとか、事情がわからなかったりとか、どんなチームがどういうポジションで動いていて、どう困っているのかということが理解できないということで、スムーズに……ましようとか、これだとかいう対応でいいんじゃないかと、そういった機能にそもそも発展しない場面が多いのかなというふうに思っています。

病院側のほうからの事情というところで連携というテーマでちょっと見ますと、病院のほうも、病床またはその病棟の機能によって、退院調整においては、在院日数がちょ

と違いますので、一般病床ですと、大体、10日から1週間ぐらいのスペンが患者さんが入退院をしておりますので、その間に担当者会議をやるですとか、医療連携をとっていくということについては、なかなか医師をそこに同席させるというのは、なかなか難しいのが現状かなと思っています。

そういったところからすると、やはり連携をとる窓口のスタッフが中心となって、そのチームごとに行っていくんですけども、これがその回復期ですとか、地域包括ケア病棟、またその療養病床というところの機能の中では、ある程度、調整に余裕がありますので、例えば、在宅のほうに同行許可をもらうですとか、再度担当者会議を行うですとか、そういうところの日程調整を十分した上で行えるので、かなりやりやすいなというふうに思っております。

繰り返しになりますけど、やはりその医療機関、病院のほうのスタッフが、患者さんが在宅で、要看護状態で生活するときに、どんな生活の状況になっているのかとか、そこにその在宅のチームはどのようにして役割分担してやっているのかというのが、全く見えていないスタッフも実際はおりますので。かといって、実際の訪問診療ですとか、訪問看護ステーションに研修として出したとしても、1日、2日でなかなか実態を把握するには難しいのが現状でして、そこがちょっと当面の課題であるなというふうに、いつも感じているところです。

以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。

あと、三ッ橋様は何かご意見はありますか。

○三ッ橋委員 健康保険組合の連合会のほうから来ております、三ッ橋と申します。

この調整会議、最近から保険団も加わるということになりました。

大きな問題としては、今回はいろいろ一部……の改正とか、介護同時改正というようなことがございまして、そういう意味では、今は介護保険が危ないというふうに言われておまして、保険料がどんどん、どんどん上がっていく、天井知らずというような状況で、そのような中でこの地域医療構想を踏まえて、いかに日本のこの介護医療制度を維持・発展させていく上で、非常に、ずっと意見を聞いておりましたけれども、勉強させていただきまして、ぜひ今後の私どもの日本の医療に対する糧となるように、少しずつ勉強させていただきたいというふうに思っております。

直接な中身については、今の段階で私としては言える段階ではないので、皆さんとともに勉強をさせていただきたいというふうに思います。よろしくお願いいたします。

○和泉座長 ありがとうございます。

傍聴席からは、何かご質問ありましたらちょっと挙手お願いできますか。特に大丈夫ですか。

ざくばらんな非常に活発な意見交換、ありがとうございます。そろそろ時間となりますので、意見交換はこのあたりで終わらせたいと思います。

今回のこのいろんなお話の中で、やっぱり連携シートという荒川区の取り組みの中で、顔の見える関係というところが、その多職種連携の中での取り組みとして一つ、目についたかなという点と、あと、訪問看護のほうのやっぱり大事にするというか、人材を大事にしていくということが、24時間体制の中での非常に大事なのかなと。

あと、老健の役割というのを、ちょっとしっかりとみんなが把握していく必要があるのかなと、いろいろ気づかされる点がありました。

ちょっと第1回目の会議なので、本当に意見を言っただけという形でいいんじゃないかと言われたので、多分、何かまとめるわけじゃないので、やっぱり意見を出して、何

かそれがこう何かに、何かそれが触れて、何かがまたそれで生まれていけばいいのかなというように形でいいんじゃないかと思っております。どうもありがとうございました。

○赤畑委員 もう一つ、お答えさせていただきたいんですけども。

時間が押している中で申しわけないですけども、僕たち葛飾区では、その在宅診療の数はすごく今は足りている状態です。こちらのデータにもあるんですけども、訪問診療という、診療所の数はちょっと少ないんですけども、訪問診療をしてる方、しっかりしている状態です。

ただ、十何年後に在宅医療の需要が増加していくという中で、荒川区も足立区もなんですけども、さらに対応していくために、在宅支援診療所などをふやしていきたいなと思っております、ただ、なかなか、僕たち医師会へ話を持っていってますが、ふえていかないのが現状で、なかなか24時間はちょっと難しいなという先生方が多いんですけども、今見ると、この区の制度とか何だとか、もともと在宅支援診療所が多いような気がするんですけど、そこの違いというか、何かこういったことをするといいいですよとか、その連携、ほかの方と二つ三つ連携してやっていますよとか、そういった何か情報を教えていただけたらと思うんですけど、何かありますでしょうか。

○西田委員 回答になるかよくわかりませんが、そこは非常に難しいところで、やはりその地域地域で、いろいろ在宅療養のインフラも随分違ってきますので、一つご提言したいこととして、今は東京都医師会で在宅医療の24時間体制をどう構築していくかということを検討するに当たって、いろいろアンケート調査を行いながら、それぞれの地区医師会の在宅医療体制の見える化を少しやろうと思っています。そういったものがある程度出るようになれば、先生方の参考になっていくんじゃないかなと思っています。

我々も実際のところ、各地区医師会、どういう工夫をして、どうやってうまくやっているかというのは全くわかっていないのが現状になっています。申しわけないんですけど、今、現時点ではそういう回答でご勘弁願いたいと思います。

○赤畑委員 ありがとうございました。

○和泉座長 私からは以上です。東京都にマイクをお返しします。

○矢澤医療政策担当部長 活発な意見交換をありがとうございました。きょうは、現状と課題、それから、病院との連携というところをテーマにということでしたが、今回はそれぞれの区の取り組みの現状について共通認識といいますか、情報の共有化が図れたんじゃないかなと思います。

まず、出てきたご意見の中では、葛飾区のほうは、かかりつけ医から訪問診療への切りかえのところが、まだいろいろと問題があるんじゃないか。それから、介護と医療の連携、在宅医療の質というところについても、これからまだまだ課題があるんじゃないかというようなご発言がございました。

一方、区のほうからは、グループごとにカンファレンスをやる必要があるんじゃないかとか、ケアマネとの連携が必要だというような問題認識が出てまいりました。

一方、足立区さんのほうでは、今、在宅支援診療所と病院がグループを二つにしている、そのグループの中での連携がいいんだけども、なかなかミーティングというところが難しいので、もう少しICTであるとか、そういったものの活用があったらいい、それから看取りの件数なんかについても、LINEの活用などをしてやっているけれども、そのあたりをもう少し進めていかなきゃいけないんじゃないかということでした。

行政のほうからは、今は5ブロックに分けたグループワークが非常に有効じゃないかということで、今、始めましたというご発言があったので、そのあたりのところも進めていくし、また、現場感覚をつかむためにも、窓口業務を進めていきたいというふうな

ご意見がございました。

荒川区さんは、やっぱり連携シートを1年以上前から施行されていて、そのあたりが医師だけではなくて、看護師だったり、介護の方なんかも同じシートを使ってやっているというところが、今、うまくいき始めている荒川区の連携だと。実際に荒川区で在宅診療をやっている先生は、例えば、病院に患者さんを送るとか、それから、恐らく大病院であっても余り困っていないというような非常にうれしいご発言もありました。

ケアマネさんのほうからは、今はかかりつけ医と相談してから在宅につなぐようにしていると。このことについては十分周知をしているというようなお話がございまして、希望を聞きながら医師を選んでいるんだということございまして、このあたりも非常に心強いご意見だったというふうに思います。

一方、他の圏域のケアマネさんからは、決してケアマネは勝手に決めないと言い切ったケアマネさんもいらっしゃいましたので、きっとケアマネさん側からも、これから近づいていく、いきっかけの会になるんじゃないかなというふうに聞いて伺ってありました。

それから、病院との連携のところでは、やはり救急医療の体制、これは在宅からの急変の受け方というところと、救急の病状で受けるというところが非常に難しく、やっぱりあらかじめの連携が必要なんじゃないかというようなご意見。

また、レスパイト入院については、家族のケアのためにというところで考えていて、それはケアマネさんのほうでも退院時から選択肢を多数提示していて、本人の希望がかなえられるようにということをやっている。あるいは、老健を何で使わないのかといったような救急介護の関係ですとか、そういったことも事例を挙げながらご紹介をいただきましたし、また、在宅の状況が見えないと、なかなかレスパイトといっても受けられないんだというような病院からのご意見もありました。レスパイトについてはちょっと行政の役割もあるかと思っておりますので、私どもも少し考え方を整理したいと思ってお話を伺いました。

それから、地域医療構想に関するご理解、もう少し私どもも努力しなければいけないなというところで反省をした次第でございまして。

以上です。

それでは、連絡。

- 久村地域医療担当課長 では、今回の議論の内容につきましては、先ほど出てまいりました本ワーキングの親会議に当たります、東京都地域医療構想調整会議のほうにフィードバックさせていただきます。

また、東京都在宅療養推進会議にも報告させていただきます、今後の都における在宅療養の仕組みの検討の参考にさせていただきます。

また、本日の議論の内容等につきましては、本日ご参加いただいている医療機関、関係団体の方にも共有、地域として課題を共有させていただければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

続きまして、議事録でございますが、本ワーキングは公開ございまして、議事録につきましては、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をいただければと思っております。

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。