

令和5年度東京都地域医療構想調整会議・在宅療養ワーキンググループ
(北多摩南部)

日 時：令和5年12月5日（火曜日）午後7時30分～午後8時37分

場 所：Web会議形式にて開催

○道傳地域医療担当課長 それでは定刻になりましたので、北多摩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グループを開催いたします。

本日は、皆様お忙しい中、ご参加いただきまして、誠にありがとうございます。

私は、東京都保健医療局地域医療担当課長の道傳でございます。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、よろしくをお願いいたします。

今年度は、Web会議での開催としております。円滑な進行に努めさせていただきますが、会議中機材トラブル等が起きる可能性もございますので、何かございましたら、その都度ご指摘いただければと存じます。

本日の配布資料ですが、次第下段の配布資料に記載のとおりでございます。資料1から資料3までと、参考資料1から3までをご用意しております。資料につきましては、万が一、不足等がございましたら、恐れ入りますが、議事の都度、事務局までお申出いただければと思います。

本日の会議でございますが、会議録及び会議に係る資料につきましては公開となっておりますので、よろしくをお願いいたします。

また、Webでの開催に当たりまして、ご協力いただきたいことがございます。大人数でのWeb会議となりますので、ご発言の際は、お名前をおっしゃってから、ご発言くださいますようお願いいたします。

また、ご発言の際には、画面の左下にありますマイクのボタンにて、ミュートを解除してください。また、ご発言をされないときは、ハウリングの防止のため、マイクをミュートにいただければと思います。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。それでは、平川副会長お願いいたします。

○平川副会長 東京都医師会の担当副会長、平川でございます。

本日は本当にお忙しい中ご参集ありがとうございます。また、協議の場から続けての先生については、大変ご無理を言って申し訳ございません。

今日は、実は第1回、今日がまさに在宅療養ワーキングのキックオフの日でございます。華々しく今日からスタートするわけですけれども、そういう点では逆に時間がなくて、今回のアンケート等についても、大変ご迷惑をかけたのではないかと思います。時間がないにもかかわらず、非常に貴重な資料をご回答いただきありがとうございます。

先ほどの協議の場で示されました追加的需要、今後、医療計画や介護保険事業計画で、これから変わってくる数値について、おおむねの値を出したわけですけれども、そのことをやりながら、現状どういうことがこの地域で起こっているかということ、医師、薬剤師、あるいは歯科医師、三医師会だけではなく病院も診療所も、あるいは看護協会や訪問看護、老健等々、ケアマネも含めて、皆さんに集まっていただいて、保険者代表や都の保健所さんにも入っていただきまして、地域の現状を皆さんと語り合いながら、次に向かって進める会議でございます。時間は大してありませんけれども、ぜひお一人一発言をぜひお願いしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

以上でございます。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。では、保健医療局、遠藤部長、お願いします。

○遠藤医療政策部長 東京都保健医療局で医療政策部長をしております遠藤でございます。皆様には、本日大変ご多忙の中、本ワーキンググループにご参加をいただきまして大変ありがとうございます。

平成29年度より地域医療構想調整会議の下に、このワーキンググループを開催し、今年で7年目でございます。これまで、このワーキンググループでは、在宅療養に関する地域の現状課題や今後の取組等について、ご議論をいただいております。今年度は、この後事務局からご説明をさせていただきますが、区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況をテーマとして、意見交換を行っていただきたいと思いますと考えております。

ここ数年の新型コロナウイルスへの対応を経た今、これまでの経験や在宅療養の現場における変化を、このたびの意見交換で、ぜひ総括をしていただき、ご自身の地域における今後の在宅療養体制の構築の一助としていただければ幸いです。

あわせて、東京都では、現在6年に一度の東京都保健医療計画の改定作業を、今年度進めているところでございます。今回の各圏域の議論の内容も踏まえまして、来年度からの新たな計画の始動の年とさせていただきますと考えてございます。

本日は非常に短い時間ではございますが、活発な意見交換となりますよう、皆様の貴重なご意見を賜れば大変ありがたく存じます。

本日は、どうぞよろしくお願いたします。

○道傳地域医療担当課長 それでは、本日の座長のご紹介をいたします。本ワーキンググループの座長は、さいとう医院院長、齋藤寛和先生にお願いをしております。齋藤座長、一言お願いたします。

○齋藤座長 皆さん、こんばんは。小金井の齋藤です。また座長を務めさせていただくことになりました。どうぞよろしくお願いたします。

短い時間で準備をしていただいて、本当に大変だったかと思いますが、今日は活発なご意見交換をしていただければと思います。よろしくお願いたします。

○道傳地域医療担当課長 齋藤座長、ありがとうございます。それでは以降の進行は、齋藤座長にお願いいたします。よろしくお願いたします。

○齋藤座長 それでは、会議の次第に従いまして、議事を進めていきたいと思っております。今年度は区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況をテーマに、事前調査の回答を踏まえて、参加者の皆さんと意見交換を行うこととなっております。活発な意見交換をお願いしたいと思います。

それでは、東京都から意見交換の内容について、説明をお願いしたいと思います。よろしくお願いたします。

○井床医療政策課課長代理 東京都保健医療局医療政策部地域医療担当の井床と申します。どうぞよろしくお願いたします。

それでは、私のほうから資料について、画面を共有させていただきながら説明をさせていただきます。資料の2をまずご覧ください。

こちらは、先ほど来お伝えしているとおりの、中段部分ですね、意見交換内容のところでございますとおりの、今回は区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況について、こちらをテーマとしてございます。東京都では、令和2年3月に、令和6年3月までの計画期間として、外来医療計画を策定いたしました。計画策定に向けた国のガイドラインでは、地域で不足する外来医療機能の検討に当たり、在宅医療の地域の状況についても検討することが例示されておりました。令和2年3月の計画策定時においても、本在宅

療養ワーキンググループ、こちらを通じて地域の皆様の意見を伺っております。そこで、今回の在宅療養ワーキンググループにおいては、4年前と比べて、コロナを経験して、例えばですが、地区医師会単位での地域の在宅医療を推進強化するような取組というものも、今始まっているところがございます、少なからず状況ですとか取組に変化が生じている中で、改めて区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況について、事前調査の回答などを参考に意見交換をいただければと思っております。

開催のご案内から本日の会議まで非常にお時間のない中、事前調査にご回答いただいた皆様におかれましては、ご協力をいただきまして誠にありがとうございました。お時間の都合等で、事前調査への回答がかなわなかった方にもお知らせのとおりですが、調査の回答に際しては、この資料の後ろにつけております参考資料の1から3、こちらを踏まえてご回答いただくことを想定してございました。参考資料1ですけれども、こちらが、前回の外来医療計画策定時に、令和元年度の在宅療養ワーキンググループで、在宅療養の地域の状況としていただいた圏域ごとのご意見となっております。

参考資料の2が、こちらのワーキンググループの親会であります、地域医療構想調整会議、こちらにおける外来医療計画についての議論の中で提供させていただきました、医療提供状況の地域差、こちらに係るデータのうち、在宅療養についての抜粋のデータとなっております。

参考資料の3が、こちらは例年、この在宅療養ワーキンググループで提示をしております地域別の医療資源等に係るデータとなっております。こちらは、直近のデータと前回の令和元年度のときのデータと比較できるような形で、二つ資料として載せているところがございます。

以上3点の参考資料、こちらに基づきまして、事前調査では、令和元年度の外来医療計画策定時と比べて、地域における在宅療養を取り巻く状況で変化した点は何かというところと、変化した点を踏まえて、在宅療養に関する地域の状況において、どのような課題があるか、こちらの2点についてご回答をいただきました。

あらかじめ、ご回答いただいた方々の資料をまとめたものが、資料の3となっております。こちらは昨日時点でのデータで皆様にはお配りをしておりまして、その後に追加でご回答いただいた方々もいらっしゃいます。最終版の資料については、この会議終了後になってしまうんですけれども、メールで共有をさせていただきますので、今回お渡しているものは、昨日時点のデータということで、ご容赦いただければと思います。

また、回答者と回答内容が明確に結びつかないように、あえて番号を振っておりません。ちょっと分かりにくくて申し訳ないんですけれども、その点もご容赦いただければと思います。

この事前調査の回答を踏まえて、参加者の皆様には、令和元年度時点での地域の在宅療養の課題を受け、コロナ禍を経た上で、現状における課題とその解決に向けた取組などについて、ご発言をいただきたいというふうに考えております。

また、各ご発言に対して、座長からの意見の深掘りですとか、参加者間のご質問など、適宜意見交換をいただければというふうに思っております。

事務局からの説明は以上となります。今回はグループワークではなく、全体討議の形で行いますので、意見交換の進行は齋藤座長のほうにお願いさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

- 齋藤座長 ありがとうございます。これまでの東京都さんからの説明について、ご質問、ご意見等ございますでしょうか。進め方、こうしたほうがいいんじゃないのとか、何かございましたら、お願いします。それから、皆さん、なるべく顔を出していただ

いたほうが、臨場感があって楽しく意見交換ができるんじゃないかと思うので、よろしくお願ひします。特に出せない事情のある方は結構ですけれども。

それでは、特にないようですので、いただいた回答を見ますと、このコロナ禍の4年間で大きく変化したという地域と、変化しなかったとご返事をいただいた地域が、ちょうど半々ぐらいかなと思います。また、それぞれにいろんな課題があったように見受けまます。

皆さん、なるべく多くの方にお話をさせていただきたいので、なるべく1分ぐらいで、ご回答をいただいた方は、その回答の内容に沿って、またそうでない方は、うまくまとめてお話をいただければと思います。

どなたか最初に口火を切ってください方はいますか。いない。それでは、三鷹市医師会の高橋先生、いかがでしょうか。

- 高橋委員 ありがとうございます。三鷹市のほうは、在宅療養支援診療所が、この数年間で大分増えました。何で三鷹だけなんだろうという感覚もありますけれども、まだちょっと医師会としてというか、地域として、全体の像をつかめていないので、先ほど府中からお話しのあった今後の需要に対して、どのくらい満たしているかどうかというのは、今の時点でちょっと分からない状況です。

在宅の認知度とかを含めて、進んでいないかと言われると、進んではいるとは思いますが、平成28年から始まりましたアからクの国が示した8項目のところの進捗具合とかを考えると、目標になっていた2025年まで、あと1、2年となった段階で、とてもとても、ちょっと達していないというような感覚がありますので、進んではいるけれども、遅々としているという印象です。

さらには、増えた在宅のクリニックだけでなく、訪問看護ステーションも増えたんですけど、そこが有機的につながっていないので、この8月末で、東京都のほうからお話がありました2,000万円の補助金が出て、24時間体制を組めというお話もありましたけれども、それも私ども三鷹市では、手挙げがちょっとできないような感じでして、この体制も組まなきゃいけないというのは、行政も含めて認識はしてはいるんですけども、一枚岩になっていないというので、なかなかドライブがかかって進まないというのが、今の課題かなと思っております。

以上です。

- 齋藤座長 ありがとうございます。少しずつは進んでいるけど、非常に遅いという、ちょっと自虐的なお話であったかと思ひます。ありがとうございます。

それでは、続きまして、調布市医師会の新藤先生、お願ひできますか。

いないんだ。ごめんなさい。そうしましたら、薬剤師会代表の篠原先生、お願ひできますか。薬剤師さんから見ると、在宅療養とか連携体制とか、いかがでしょうか。

- 篠原委員 薬剤師会としましては、在宅医から保険薬局のほうへ、かかりつけ薬局のほうへ、在宅訪問の依頼等は以前より大分増加しております。これは、調剤報酬の中でも、地域支援体制加算というのがありまして、そちらのほうの在宅をやるというのが、要件の一つになっているということで、大分増加しているというふうに考えております。

質問の1のほうは以上です。

- 齋藤座長 ありがとうございます。何か課題についてございますでしょうか。
- 篠原委員 課題については、緊急時ですね。緊急訪問と24時間体制の受付対応がなかなか難しいというのが1点でございます。それから、在宅の人の緩和ケアとかで、麻薬については、種類とか、あと規格とかが非常に増加して、患者さんにとって選択肢が増えて、非常によろしいんですけど、各薬局に、それぞれの在庫がないというような問題

が一つ課題としてあるかと思えます。

以上です。

- 齋藤座長 ありがとうございます。大変現場に沿ったお話をいただきました。ありがとうございます。

それでは、続きまして、行政の方からもちよっとご意見をいただければと思います。府中市の金崎さん、いらっしゃいますか。

- 金崎委員 府中市の状況なんですけど、変化したかと言われると、あまり変化していないなというところはあるんですけど、ただ、コロナのときに、市民向けの研修だとかというのは、ほとんどできなかつたんですけど、コロナが明けてから、府中市内の病院の先生に本当にお世話になりまして、いろんな多職種研修だとか、ACPの必要性を訴えるような研修だとかというのをたくさんできたので、そういった意識啓発は進んでいるのかなというのが、変化といえば変化です。

あと、課題なんですけど、看取りとかで、本人の意思が確認できないときとかって、なかなか適切なサービスが提供できない事例が多くあるのかなというのが課題と捉えています。府中市では、例えばACPの普及啓発について言えば、毎月のようにいろんなイベントで、市内のホールとかで、また来月も再来月もやるんですけど、ACPの普及とか、普及啓発というのも積極的にはやっているんですけど、まだまだなのか、市民の意見からは、私にはまだ早いよとか、あと、そんなの医療や介護が必要になってから始めればいいよとかと考えているような意見も結構多いので、まだまだ私どもの力不足で、非常に浸透度合いが低いので、今後も積極的に、例えばACPとかに関する正しい知識とかを広めるための意識啓発というのをやっていきたいなというのは、課題の一つでございます。

以上です。

- 齋藤座長 ありがとうございます。ACP、なかなか難しい問題です。小金井でも頻りに啓発の事業を行っていますが、なかなか市民全体に伝わってはいらないように思われます。

それでは続きまして、介護支援専門員の池野上さん、いかがでしょうか。

- 池野上委員 在宅診療のほうは、以前と比べるとすごく進んでいるというのが、私のイメージです。ただ、地域差がやっぱり出ているというのが、すごく私の中で思っているところで、今、私が活動しているのが調布市なんですけど、調布市を基準とすると、すごく頑張っている自治体もあるし、ちょっとここは大丈夫なのかなというのが少し感じているところです。なので、進んでいることは進んでいるんですけど、ちょっと地域差が大分出始めてきたのかなというのは、このコロナ禍によるものもあるかもしれませんが、私の感じているところです。

以上です。

- 齋藤座長 ありがとうございます。地域差というのは、調布市内での地域差ということですか。

- 池野上委員 いや、調布市外ですね。僕、調布で活動しているんですけども、そのほかの武蔵野、三鷹、府中、小金井、狛江とかの話もやっぱり聞くことがよくあるので、その中で、やっぱりそういうのはちょっと感じているところです。

- 齋藤座長 何とか平均化していければということは我々も考えていますが、なかなか追いついていかないというところがあります。先ほどの遅々として進まない、進んでいるけどゆっくりというような、高橋先生のお話にも通じると思いますけど。貴重なご意見をありがとうございました。

次は、今調布市の方だったから、北多摩の吉川先生、いかがでしょうか。

- 吉川（哲）委員 北多摩医師会で、私自身は狛江市医師会で活動している吉川でございます。

足元の地元に関して申しますと、令和元年と比較して、在支診の数自体は、今1件プラスという、5が6ということで大きな変化ではないのですが、その間、在宅看取りの実績につきましては、3倍強増えたというデータが供覧いただいているところです。実際、令和3年の厚労省統計でも、全国1,700あまりの自治体の中で、在宅の看取り率自体は25位ということでした。そういった中に、もちろん市内の在支診だけの活動ではなくて、古くから狛江は、近隣、世田谷や、あるいは調布などの在支診の力添えによって支えられている部分も非常に大きい歴史が長かったんですね。その中でも徐々に市内でも診療能力自体は、力をつけてきているかなという実感もあります。

一方で、非常に狭い市域なものですから、市内に急性期病院は1か所、在支病はない。市外の有床診と連携しながら、市内の在支診は活動しているところなんですけど、やはりバックベッドの問題とか、小回りのいい連携というのがなかなか病院と結びにくい実感がありまして、その辺の開拓については、非常に悩ましい状況です。

以上です。

- 齋藤座長 病診連携がなかなか進まないということでしょうかね。分かりました。ありがとうございます。

それでは続きまして、この辺で保険者の方。匂坂さんでしょうか。お願いできますでしょうか。

- 匂坂委員 すかいらくグループの匂坂です。

どちらかという、私は、前回のアンケートのときにも書かせていただいたんですが、令和元年の段階からということの比較という意味では、あまり具体的なところを申し上げることはできないんですが、今、私自身が単一の健保ということだけではなくて、武蔵野市の国保の運営協議会のほうにも出させていただいているんですが、在宅医療の連携のところに関しては、どちらかという、国保のほうに関わりが非常に深く、一般健保として意見を申し上げるのが非常に難しいという状況です。

実際に、私どもの健康保険組合に上がってくるデータを見ても、例えば訪看の実績だとか、そういうことは私どもも把握できるんですが、どちらかという、65歳以上の後期高齢者、前期高齢者の方が、実際にどういうふうな連携になるのかという部分が関わりとすると非常に強いので、こういうワーキングとか、それから先ほどの協議の場も含めてなんですけど、保険者代表の中には、私どものような一般の健康保険組合を入れるよりも、むしろ国保を入れていったほうがいいんじゃないのかなというのが、ちょっと率直な意見でございまして、実際には、健康福祉部の中で、各役所が共有はされていると思うんですけども、どちらかという、国保との連携の必要性を強く感じております。

以上です。

- 齋藤座長 ありがとうございます。確かにそのとおりだと思いますが、何かその点については、人選のあれは東京都のほうでやられる。

- 道傳地域医療担当課長 そうですね。過去からの経緯とかもあるかとは思いますが、その辺は確認した上で。

- 齋藤座長 そうですね。ずっと匂坂さんに出ているので。分かりました。

- 道傳地域医療担当課長 今後、変えるのであれば。

- 齋藤座長 医療構想会議本体のほうでは、よくいいご意見をいろいろいただいていますので、そちらのほうでまたよろしく願いいたします。

では、続きまして、国保にも明るいという、市町村代表である方でしょうかね。武蔵野市の福山さん、お願いできますか。

○福山委員 武蔵野市の福山です。よろしくお願いします。

武蔵野市の状況としましては、やはりどのようにして、在宅医療を専門に行うドクターを増やしていくかというのは、依然として課題だと認識しています。内容としては、在宅医療介護連携推進事業の課題として、現在も取り組んでいるところなんですけど、ほかの自治体さんと同じように、どれほど進んでいるかというところが、なかなかちょっと検証ができていないというところがございます。

あと、コロナ禍の状況で言いますと、平成28年度ぐらいから続けています在宅医療・介護連携推進事業に基づく、ドクター、医師会の方や介護分野の方たちの顔の見える関係や医療介護連携室というのがありまして、そういう関係性を利用したことで、ワクチン接種体制等が効果的に機能したというところはあるかと思えます。

以上です。

○齋藤座長 今後はどのように進めていかれるとか、こういうところは困っているということは、先ほどの専門のドクターが少ないというところですかね。武蔵野は豊富なんではないでしょうかね。まだ足りませんか。

○福山委員 すみません。今後については、在宅看取りの推進とか、在宅医療の訪問診療の先生たちがいらっしゃいますので、その辺の方たちのグループというか、関係性を強化して、どういう体制が取れるかというのを、この医療介護連携事業の中で、また取組を進めていきたいと思っております。

また、令和元年度にも記載をしているのですが、医療機関にも訪問診療に取り組んでもらい、開業医の方と連携できるような取組が進んでいくといいなという形で考えております。

以上です。

○齋藤座長 ありがとうございます。

それでは続きまして、府中市医師会の鈴木先生、お願いできますか。

○鈴木委員 府中市医師会では、夜間の対応として、在宅ができない先生方のバックアップとして、医師会の理事のほうを担当で、13名で今やっているんですけども、なかなかやっぱり在宅の支援診療所とかが増えたせいで、数が増えないのが今の問題点というのがあります。せっかくいいものをつくったんですけども、なかなか作動していないというのが、ちょっと寂しいなというのが一つあります。

あと、もう一つは、府中市では、バックベッド事業というのをやっています、4病院が府中市と提携をしていて、そのときに患者さんが入院が必要になったとかで、例えばそういうときのバックベッドがあるんですけども、なかなかそういうのもうまくいっていないのが現状で、そこをこれからも構築していかなくちゃいけないなと思えます。

あと、コロナ禍の問題ですけども、コロナでデイサービスがストップして、そこで認知症とか、フレイルがやっぱり進行したと思っております。そこに対して、本当にストップをしないような、何かフォローアップができるような今後の対策として、デイサービスとかがストップできないような構築が必要じゃないかと思っております。

以上です。

○齋藤座長 ありがとうございます。最初にお話をいただいた理事13名でやられているというのは、何でしたか。夜間診療所をやられているんですか。

○鈴木委員 夜間診療所ではなくて、当番制で、在宅をできない医療機関の先生方のバックアップとして、当番制で回しております。

- 齋藤座長 夜間診療をやっているから。
- 鈴木委員 夜間診療というか、患者さんの訪問、昼まで診れない先生方の患者さんを何かあったときに診るという。
- 齋藤座長 それは大変な労力ですね。
- 鈴木委員 本当に大変なんですけれども。365日やっている状態です。
- 齋藤座長 13名で。
- 鈴木委員 はい。
- 齋藤座長 内科系の先生だけじゃないということですかね。
- 鈴木委員 大体内科の先生方で、理事の方で、ほとんどの方が、やっていただけないので、理事の先生方に無理をしてやってもらっている状態です。
- 齋藤座長 そうですか。お疲れさまです。貴重なご意見というか、貴重なやり方を教えていただいてありがとうございます。
- 鈴木委員 でも、なかなか患者さんが増えないのが、少し。やっぱり在宅支援診療所とか、在宅をやられる先生がかなり増えてきたので、そっちのほうに行ってしまうのが、流れだと思っうんですね。
- 齋藤座長 それはそれでいいことではあります。
- 鈴木委員 いい方向だと思います。最所は本当はないということで、私たちが動いたんですけれども。
- 齋藤座長 ありがとうございます。
 続きまして、歯科医師会の金森先生、お願いできますか。いないんだ。ごめんなさい。いない人に当てちゃって。
 訪問看護ステーションの代表の田中さん、いかがでしょうか。
- 田中委員 ありがとうございます。東京都訪問看護ステーション協会から参加させていただいております。ふだん活動してるのは武蔵野市になります。
 いろいろ書かせてはいただいたんですが、訪問看護ステーションは、本当にとっても増えていて、年間150とか、東京都内で増えている形になっています。この6市で私が調べられる限りで調べてみたんですけど、大体3年間ぐらいで36か所を新設しているので、訪問看護ステーションとしては、このエリアも増えてきているかなと思います。
 あとは、本当に在宅を支えるのは看護師だけではないので、MCSを使って、ケアマネジャーさんとか、訪問介護の方、あとは、場合によっては、ご家族も参加して、本当にタイムリーな情報共有ができる場面が増えてきたかなと思っております。
 人材のことをちょっと書かせていただいたんですが、訪問看護師も本当に結構高齢化してきていて、なかなか若い看護師さんが在宅の場面に出てきてくれないということもありますし、どう魅力を伝えて、若い看護師さんを、次の世代を育てていくかというのが、かなりいろんなステーションで課題にもなっております。
 以上です。
- 齋藤座長 ありがとうございます。私が見たところでも、訪看ステーションさんには、若い看護師さんが多いように思うのですが、駄目ですか。
- 田中委員 ありがとうございます。何を若いというのか、すごく難しいところでもあるので。
- 齋藤座長 若く見える方が多い。
- 田中委員 若々しくいきたいと思います。確かに、若い方は増えてはきているんですが、割と早くに辞めてしまわれたりということがありまして、訪問看護ステーションも増えてはいるんですが、人員がいなくて閉鎖されるどころ、休止されるというところもあり

ますので、長く続けていかれるような形が取れたらいいなと思っております。

○齋藤座長 訪看さんは、規模が小さいところが多いというふうに聞いていますけれども、やはりそうなのでしょう。大きいところは少ないのでしょうか。

○田中委員 そうです。23区内は本当に多いところが多くて、小さい、うち人数が少ないんですよ、10人ぐらいなんて言うんですが、この6市の中では、10人なんていうステーションは、本当に多分数えるほどしかないと思います。武蔵野市内は、残念ながらなかったの。小金井市内さんはありますが、本当に小規模が多いですね。

大きくなっていけば、いだけ教育体制とかも整いますので、あと24時間対応のところでもやりたくないということで、辞められる方も多いと聞いております。

○齋藤座長 分かりました。課題としては、人材と、あとは規模の問題でしょうかね。

○田中委員 そうです。

○齋藤座長 連携自体は、MCSもありますし、大分うまくやれるようになってきたということでもよろしいでしょうか。

○田中委員 この数年で、本当によくなっていると思います。

○齋藤座長 ありがとうございます。

○田中委員 ありがとうございます。

○齋藤座長 では、続きまして、行政の方で小金井市の石井さん、お願いできますか。

○石井代理委員 すみません。平岡が体調不良で代理で出させていただきます。

コロナ禍を経て、通所系サービスが軒並み利用が下がって、訪問系サービスは、その分伸びていて、その傾向がずっと続いているという状況がございます。それに対応する訪問診療だったり、訪問看護、介護の体制というのは、今のところ整えていただいているのかなという認識でございますけれども、今後、介護人材というのは、なかなか厳しいところもあるので、そこの人材確保というのが一つ課題かなというところの認識と、あとは、行政側でACPのさらなる普及啓発というのをしていきたいなというふうに考えております。

以上でございます。

○齋藤座長 ありがとうございます。ちょっと最初のほうがよく聞こえなかったんだけど、今のところ、うまくいっているというお話でしたか。

○石井代理委員 そうです。通所が減って訪問系が増えているという流れが、コロナ禍を経てあって、それがずっと続いているというのが、今の現状かなというふうに認識しております。

○齋藤座長 介護のほうでね。分かりました。在宅診療のほうはどうですかね。あまり把握はされていない。

○石井代理委員 ご対応いただくクリニックの数というものは増えているのかなという、データ上はそういうふうに読み取っております。

○齋藤座長 分かりました。私も小金井ですけど、あまり増えていないような印象はあるんですけどね。でも、少しずつ確かに増えているかもしれませんね。連携体制も、非常に小金井はうまくいき出していると思います。在宅療養介護連携推進会議も順調にしていますし、各部会もちゃんと動いてくれているし。

そういうことも言ってね、石井君。

○石井代理委員 失礼しました。

○齋藤座長 ありがとうございます。すみません、内輪の話をして。

それでは続きまして、調布市医師会の荻本先生、お願いできますか。

○荻本委員 ありがとうございます。調布市医師会に関しましては、今の在宅医療の状態

に関しては、令和元年度に比べて、令和元年度は訪問診療を行っている医療施設が20件、医師会外も含めて23件でしたけれども、現在は28件に増えています。ですので、在宅医療を行っていく医療機関のリソースとしては増えているということが言えるだろうと思います。

ただ、今後の課題としましては、訪問診療を行うのは主に内科系だと思うんですけど、内科系の医療機関の参入は引き続き続いていて、内科系のドクターの平均年齢は40代で比較的若いんですけど、その他のマイナー系の医師会員の平均年齢は、60代半ばを超えてるような科もありますし、そういう高齢化を来しているところの負担をどうやって減らしていったらいいか、地域の医療リソースをどうやって守っていくかというのは、今後調布市医師会の課題の一つでもあります。

そういった1人のドクターが1人で診療所をやっている場合は、1人のドクターに負担がかかりますので、その負担をどうやって軽減するかということが、問題としてあります。それで、このたびの東京都の在宅医療推進強化事業に乗りまして、調布市医師会では、E-Z NETという在宅を行う先生方のネットワークを構築して、情報共有に関してはMCSを使って、例えば、自分の何か個人的な事情があって、地元を離れなければならないときは、どなたかに代わってもらえるような、そういった自分のレスパイトでもいいですし、何か急用でもいいですし、そういった自分の時間をフレキシブルに使えるようなシステムを構築しています。

今、事業のほうはスタートしてしまっていて、2件ほど使用実績が出ているんですけども、そのような形で、そういうことをすることによって、点の医療機関がつながることによって、面をつくれますので。面で何とか重くなっていく地域を支えていって、2040年等の問題をクリアしていくという形を、今の段階から構築していかなければならないと。それをいかにうまく進めていくかというのが、今後の課題というふうに考えております。

以上です。

- 齋藤座長 ありがとうございます。大変すばらしいシステムだと思います。それは、強化型の連携型の在支診とはまた別に、医師会として連携システムをつくっているという。
- 荻本委員 そうです。強化型の連携型も入っていただいて、在宅支援診療所も入っていただいて。別に入っていただく先生は、在支診であるとか、そういうことは何もつけていなくて、在宅医療やりますよというふうに言っていただく、そういう心を持つてる人たちは、みんな入っていただくというようなネットになっています。
- 齋藤座長 そうすると、在支診じゃない先生方を在支診の先生が助けるという形もメインになってくるということですね。
- 荻本委員 そうですね。それもそうですし、そういったところで、トレーニングじゃないですけど、経験を積んだ先生が、もうちょっとやってみようかなというふうに、裾野が広がればなおいいなというふうには思っています。
- 齋藤座長 なるほど。大変いいことを教えていただきまして、ありがとうございます。また教えてください。
- それでは次に、ちょっと視点を変えて、老健施設の代表の一様さん、お願いできますか。
- 一様委員 在宅療養で、往診した場合に、ちょっと入院させなきゃいけないというときに使いやすいのが、多分老健じゃないかなと思うんですね。老健の中には、医師も看護師もいますので、特に……。聞こえています。

- 齋藤座長 聞こえています。
- 一條委員 老健で、いろんな医療的行為をするショートステイというのがありますので、それを使っただけであればいいなと思うんですけど、なかなかずっと見ている、訪問診療をされている先生が、老健を使うというパターンが少ないんですね。やっぱりどこかの病院を探して、病院の地域包括病床だとか、そういうところを利用するというパターンがまだまだ多いんじゃないかと。もう少し老健を使いやすいという感覚になっていただくと、ちょっと入院させなきゃいけないというケースに対して、うまく使えるんじゃないかなとは思っていますけれども。ぜひそういう認識を持っただけであれば、もう少し在宅診療がやりやすくなるんじゃないかなと思うんですけど。
- 齋藤座長 ありがとうございます。私自身もあまり老健さんに入れさせていただくという発想がなかなかないんですけども、ほかの在宅の先生、いかがでしょうか。老健さんの利用について、積極的に考えている先生はいらっしゃいますか。
- 今日は井上先生、いないんだよな。高橋先生なんかいかがでしょうか。2回目になっちゃうけど。
- 高橋委員 ありがとうございます。私も齋藤先生と一緒に、あまり念頭にはおかないですかね。どちらかというと、書類の書類がどうしても先に来ちゃうので、それを待っているとどうしてもタイミングといいますか、我々とか患者さんが望む、あるいはケアマネジャーさんとかが望むタイミングに、なかなか落ち着かないので、正直言うと、使いづらいという印象はあります。
- 以上です。
- 一條委員 確かに、かなり書類がそろわないとと言っている施設もあるんですけども、やっぱり我々は、そうじゃなくて、もっとドクターからダイレクトに連絡が来て、入院させてということを中心にかなりうちはやっているんですね。そういう施設が確かに老健の中にもあまり多くないのかもしれませんが、だんだんと今、老健の中でもそういうふうな取組をしようという動きが出ていますので、そうすると、もう少し使いやすいのではないかと。
- 井上先生のところなんかは、結構直接連絡してきたりとか、ダイレクトに連絡を取り合ったりしているケースもありますので、老健も使えるんだという認識を、訪問診療をやっている先生たちが、ちょっと心にとめていただだけでも、大分違うんじゃないかと思います。
- 齋藤座長 分かりました。やっぱり老健さんと直接の顔の見える関係をつくっていかないと、なかなか難しいかと思いますが。
- 平川副会長 ちょっといいですか。老健絡みですが、私のほうからも。一條先生ご苦労さまです。確かに先生が言われたように老健施設の医師も、かなり様々でございまして、一條先生のようなばりばりの先生もいらっしゃれば、ちょっとという先生もいらっしゃる。でも、老健施設は、医療的ショートステイに非常に力を入れていて、今回の介護報酬改定でも医療的なショートステイは大きく見えます。
- 開業医の先生にしてみれば、入院してしまうと、果たして自分のところに戻ってくるかなという気もするんですが、老健は必ず先生のもとへお戻しするので、ぜひ在宅医療をやっている先生方の内ポケットといいますか、あるいは奥座敷みたいに使ってもらって、1回情報提供をすれば、あとは電話1本で何とかできるようにできますので、そんな活用は大きいかなと思いますので、ぜひ選択肢としてはいいかなと思います。
- 以上でよろしいでしょうか。
- 齋藤座長 ありがとうございます。

- 一條委員 うちなんかの場合も、電話1本でいろんな書類なしでも入れているケースはいっぱいあるんですね。だから、だんだんそういうふうな形で、入るための最初の敷居をかなり低くするというのは、我々の老健側も努力しなきゃいけないと思うんですけど、そういう傾向にはなっていると思います。
- 齋藤座長 ありがとうございます。先生のところのような老健さんがどんどん増えてくるとうれしいと思います。よろしく願いいたします。
- それでは続きまして、看護協会代表の池亀さん、いかがでしょうか。
- 池亀委員 池亀でございます。私は、在宅の診療は進んでいるという意見が多かったです。一方、ACPの部分の進みが地域差と、あと担当者の方によって差があることというのが上がっていました。
- あと、あまり今回小児のことは、この地域医療構想会議であまり出ませんけれども、医療的ケア児のやはり在宅と入院というところに難渋しているけれども、地域によっては、受入れが少しずつ進んでいるということでした。
- 以上です。
- 齋藤座長 ありがとうございます。小児在宅というのは、ここで議論することでしょうかね。でも、なかなか手薄なところですね。私たちもなかなか手は出せないところですけど。何かありますか。特にないようです。
- 佐々木理事 先週、勇美記念財団で、小児在宅の話があったんですけども、そのときも結構各地で前に比べて受入れが進んでいるという意見が結構出ていました。今日のこれを見てみると、割と受入れができているところと、やっぱりできていないところと地域差があるということで、受入れができているところで、できていないところを支えていくような仕組みでいいのではないかなと思って、このレポートは見ていました。
- 齋藤座長 ありがとうございます。なるべく地域で盛り上げていきたいと思っています。
- では続きまして、行政の方で、三鷹市の隠岐さん、お願いできますか。
- ちょっとマイクがうまくいっていないようなので、隠岐さんはちょっとまだ。調布市の米倉さん、お願いできますか。
- 米倉委員 よろしく申し上げます。調布市においては、先ほど、荻本先生もおっしゃっていたように、市内の訪問診療をする医師が増えたのと、あと訪問看護ステーションを四つぐらい増えています。
- コロナの影響で、やっぱりMCSを使う事業所もかなり増えてきたというような状況になっています。この間、訪問看護ステーションのネットワークも進み、さらに今年度は医師会のほうで、東京都の在宅医療推進強化事業を活用した24時間体制の構築というものも進んでいます。なので、医療の面でいくと非常に西田会長の下、かなり頑張っているなという印象を持っています。
- 一方で、介護のほうでいくと、市内は、やっぱりケアマネジャーが大分少ないなという印象を持っていて、今後その辺の人材確保をどうしようかなというのが、今後の課題になろうかと思っています。
- 以上です。
- 齋藤座長 ありがとうございます。ケアマネさんの不足というのは、どこの地域も深刻なように思っておりますが、あれですかね、給与を上げないと駄目ですかね。
- 平川副会長 それと、厚労省ではケアマネの人の担当者の数を上げていくといいですか、そういう形も考えています。
- 齋藤座長 制限を。

○平川副会長 あまりに足りないと思うので。

○齋藤座長 ケアマネさんは、ますます激務になる。

○平川副会長 そうなんですよ。

○齋藤座長 分かりました。ありがとうございます。

では続きまして、時間も少なくなってまいりましたが、病院協会の代表の小川先生、お願いできますか。

○小川委員 東京都病院協会の代表で出させていただきます。病院協会の立場でいくと、北多摩南部に関しては、病院協会の学会で診療報酬の影響が、病院はかなり2年ごとに大きく影響を受けて、かなり絞られていて、どこも経営的にコロナ禍も含めて厳しい状況になっています。

その中で、今回の改定が、かなり全ての機能に影響しておりまして、国の方針で、例えば救急は、基幹病院3次のほうに集めるというような方針なので、学会で、いろんな機能の病院の先生に集まっていたいて、今この地域、北多摩南部で何が起きてるかというのをディスカッションしました。そこで分かったことは、これから一層増える高齢者を診る2次救急をやる病院が、かなり特に内科系を一生懸命やっていた病院が、立ち行かなくて、救急をやめる。整形外科の専門の病院に変わるなど、そんな状況で、恐らく病院に求められている在宅医療のバックベッドを用意するのも、かなり難しい。今すぐ、予定のレスパイト等だったら、療養病院とか、地域包括ケア病棟とかは、もしかしたらいいのかもしれないんですが、どこも受入れオーケーですと言えるところが少なくなりつつあるのかなと。

ただ、先ほどもお話があったように、レスパイト等は、病院に患者さんが入らないほうが、恐らく患者さんにとってもよくて、老健とか、生活の場の施設にショートでも何でも行くというほうが、恐らく患者さんにとってもいい。ただそれが、それを担っている診療の先生たちとか、在宅をやっている先生に、何かまだ周知がやっぱりされていないのかなと思っています。

ただ、その辺の差配をするのは、恐らくケアマネジャーさんで、ケアマネジャーさんがしっかりしていると、こちらが何も言わなくても多分ショートレスパイトを見つけてきてくれるということで、病院は何で役に立つのかといったときには、恐らく今具合が悪い在宅の患者さんを、すぐ受け入れてほしいということになると、最初のお話に戻りますけど、そういう二次救急の病院が減っている。全部そういうのは、基幹病院三次に集中せよという今の国の診療報酬の導きになると、ますます厳しい状況が。特に東京は高齢者救急はますます増えるので、需要と供給のバランスは、どんどん崩れていくということで、二次救急をやる病院をどうやって支援するのかというのは、東京都の大きな課題じゃないかなというふうに、学会のときも、武蔵野赤十字病院の泉院長が、今まで受け入れてくれて、武蔵野赤十字からすぐ転院して、ちょっと医療密度の高い患者さんを受け入れてくれていた病院が、そういうのやめて整形に単科になっちゃって、今まで構築したネットワークが使えなくなって、崩れてきているというようなことをおっしゃっていました。

以上です。

○齋藤座長 ありがとうございます。病院のほうになかなか受入れが難しい場合、先ほど受入れの受皿として老健とか、ショートステイ、これを使うということですが、ケアマネの差配がないと、なかなか我々としても入れにくいというところがあります。その点、池野上さん、いかがでしょうか。

○池野上委員 今、小川先生がおっしゃったとおりに、レスパイトの入院で、なかなか今

本当に厳しいなと思っていて、そうすると、医療面からするとレスパイトできる場所というのは、老健しか僕はないのかなと思っているので、これから、老健の使い方、活用の仕方というのは、すごく重要になってくるのかなと思っています。

ただ、やっぱり先生がおっしゃっているとおり、書類が追いつかないとか、そういうのがまだまだあるので、もっと受入れがしやすい体制というのは、もっともっと広がっていくと、老健ショートとしても使いやすくなるのかなというのが、私の思っているイメージです。

以上です。

○齋藤座長 ありがとうございます。

それでは、そろそろ大分時間に近づいてきました。最後に河西さん、保健所の河西さん、お願いします。

○河西委員 ありがとうございます。いろいろお話を聞きながら、保健所のほうからは、今日、アンケートのほうがちよっと間に合わなかったんですけども、地域における在宅医療を取り巻く状況の変化した点というところですが、やはりコロナの対応を受けて、在宅療養者対応においては、非常に地域における在宅療養に関わる様々な関係機関と連携が促進されたというふうに、実感を持って捉えております。

また、いろいろなDXについては、非常にこれを機会に進みまして、やはり爆発的な在宅療養者対応において、大変有効な手だてが経験できたなというふうに感じております。

これらを踏まえて課題ですけれども、4点ほどあるかなと思っておりまして、1点は在宅療養における安全管理ですとか、先ほどもありましたように、ヘルパーのサービスがストップしてしまったり、デイサービスが止まってしまったりということがありましたので、感染症対応力の向上ですとか、それから災害時対応等についても、関係機関との連携の上で、取組を促進していくということが必要だなというふうに感じております。

また、2点目ですけれども、やはり今後見込まれる在宅療養の需要増というところで、これらを積極的な役割を担う医療機関等をはじめとする関係機関の確保ですとか、さらにそこに関わる人材の確保、育成、定着の促進というところを考えていかなければならないといった課題かなというふうに思っております。

また、コロナを受けて、感染症のように急成長する疾患への備えというところも含めたACPというところについて、市民への理解促進というところが、ますます必要だなというふうに考えております。

これがいいというような、なかなか打つ手は難しいんですけども、引き続き考えていければというふうに思っております。

以上です。

○齋藤座長 ありがとうございます。これでほぼ全ての方に。お一人、三鷹の隠岐さんは、マイクが駄目ですか。

○隠岐委員 ごめんなさい。三鷹の隠岐ですけど、聞こえませんか。

○齋藤座長 聞こえます。

○隠岐委員 すみません。大変失礼いたしました。

すみません。私どものほうも、アンケートはちよっと間に合わなかったんですけども、冒頭、高橋先生からお話がありましたけれども、訪問診療の医療機関等は、やはり増えているというような認識でおります。認知症、精神科も領域とする訪問医師の方も増えているような状況があると認識しています。

そういった中で、やはりマネジメントをする人材というところが、非常に重要かと思

っておりますが、やはり先ほど来、人材不足とかというお話も出ておりますが、やはりそういった全体を見渡してですね、計画的に進める必要があるという認識の中では、やっぱりそういった方をしっかり育てるというような視点も必要と思っておりますので、行政として、そういった部分で、どういうふうに皆さんと関わっていけるかということについて、これから検討を進めてまいりたいというふうに考えております。

すみません、マイクの調子が悪くて。以上でございます。

○齋藤座長 大変よく聞こえました。ありがとうございます。

これで、参加してくださっている方、全部の方にお話をいただきました。そろそろ時間が来ているので終わりにしたいと思うんですが、これだけは言っておきたいということがおありの方は、いらっしゃいませんでしょうか。大丈夫でしょうかね。

そうしましたら、私の感想をちょっと述べさせていただきますと、あまり連携とかは進んでいないという、在宅療養は進んでいないというような地域も、実は少しずつでも進んでいると。そして、このコロナ禍においては、恐らく、ICTを使った連携が、非常に進んだということが、いい作用してるんだなというふうに感じました。

そして、今後の課題としては、幾つかあるんですけども、訪問看護の方とか、介護の方の人材の不足、これをどうするのか。そして、担う人材のそれぞれの高齢化ということも挙げられたかと思えます。

それから、連携とか、在宅診療自体は進んでいっても、ACPについて、なかなか進まないというもどかしさがあったように思います。

あと、今日、非常に勉強になったことの一つに、一條先生からお話のあった老健さんをうまく使っていく。老健さんとの連携の形をつくっていくということが、非常に今後大切になってくるかなと思えました。

私の感想は以上です。

それでは、よろしく願います。すみません。東京都の方、西田先生でいいんですか。いっちゃって。

○西田理事 いいですか。

○道傳地域医療担当課長 大丈夫です。

○西田理事 皆様、お疲れさまでございました。今回、本当急なお願いにもかかわらず、多くの方々にお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。この圏域は私が所属している圏域なんですけれども、ちょっと幾つか感想を述べさせていただきます。

このコロナの3年間を踏まえて、大分皆さん意識は変わってきたけれども、まだまだ実走はこれからかなというところが多かったと思います。出てきたキーワードとしては、今、齋藤座長が言ったように、例えば病院や老健のバックベッドの話ですとか、地域格差のこと、ACPのこと、介護人材のこと、ICTツールのことといったようなことが多かったと思うんですね。ACPについては、最近ACPに前向きな意見が多いんですけども、これもよく皆さんは多職種で、ネガティブな部分というのも考えてほしい。私はちょっと常々そう思っています。患者さんにとって非常にメンタルなストレスになるというところもよく踏まえた上で議論していただければと、常々思っております。

それから、事前調査の結果を見ていて、ちょっと気がついた点なんですけれども、ケアマネジャーが医療資源の分配に関与してしまうと。これは本当に介護保険制度が始まって、ずっと話題になっているんですけども、これにまだ全然メスが入っていない状態で20年を経過しています。

恐らく、介護保険のコーディネーターとしてケアマネジャーがあって、医療の部分も、

居宅療養管理指導というところで、ケアマネのある意味その仕事の範疇に入っているんですね。そこが一つ、私は大きな原因になっているんだと思うんですけども、いつも出てくる、患者さんの行方不明現象ですね。これがストレスで在宅をやめるという先生も、私は随分聞いています。ここの課題を、ぜひぜひ、これは東京都全体でもそうですけども、解決していかなくちゃいけないなということを常々思っています。

それから、細かいことで恐縮ですけども、さっきの医ケア児の在宅医療資源ですね。ちょっとこの回答結果を見ていたら、調布がちょっと挙がってたんですけども、調布で医ケア児の在宅をやっている医者がいますので、ぜひぜひ、調布市には医師会に在宅医療相談室という医療介護連携拠点がございますので、そこに問合せをいただければと思います。

○池亀委員 看護協会の池亀ですが、先生、調布市はやっていると書いてありましたので、フォローします。

○西田理事 そうですか。ありがとうございます。

それで、今日もちょっと話に出ましたけれども、今回のコロナ禍でのいろいろ先生方の活躍を踏まえて、在宅医療推進強化事業が始まります。残念ながら、この圏域は1市だけの手挙げなんですけれども、私が知っている限りでは、6市とも在宅医療資源は、結構増えてきているんですね。どこも。くまなく。ですから、あとはどうやって連携を組んでいくかということになりますので、医師会の執行部の先生方は、ぜひこの事業を、少しでも多くの参加をしていただきますように、本当に期待しております。そのためには、やはり、やっているところの情報共有ということも、ぜひ今後進めていきたいと思っておりますので、それは、一つは東京都医師会がそういった機会を持つというのが大事だと思っておりますので、またよろしく願いいたします。

何か話が散漫になりましたけれども、私の感想とさせていただきます。本日はありがとうございました。

○齋藤座長 では、東京都に戻します。

○道傳地域医療担当課長 それでは、長時間にわたりまして、皆様ご議論をいただき、また、貴重なご意見を賜りまして、ありがとうございました。今回の議論の内容につきましては、東京都地域医療構想調整部会に報告をいたしますとともに、後日、参加者の皆様へも情報共有のほうをさせていただきます。

以上をもちまして、在宅療養ワーキンググループを終了させていただきます。本日はどうもありがとうございました。