

令和元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（西多摩圏域）

日 時：令和元年11月13日（水曜日）19時30分～21時19分

場 所：西多摩保健所

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。まだお見えでない先生もいらっしゃるんですが、定刻となりましたので、ただいまより西多摩地域の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、福祉保健局地域医療担当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、次第の下段の配付資料に記載のとおりでございます。資料1から資料7まで、それから参考資料1から3までをご用意しております。資料につきまして、万が一落丁等ございましたら、恐れ入りますが、議事の都度で結構でございますので、事務局までお申し出いただければと思います。

それから、本日の会議でございますが、会議会議録、それから資料につきましては公開となっておりますので、よろしく願いいたします。

また、ご発言の際はマイクをお取りいただきまして、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、それから東京都より開会の挨拶を申し上げます。

ではまず、東京都医師会理事の西田先生、お願いいたします。

○西田理事 皆さん、こんばんは。遅い時間にありがとうございます。

3年目になります調整会議の下部組織としてワーキンググループが編成されております。毎年こういう形でグループワークを行っているわけですがけれども、今までどちらかという入退院支援ですとか、病診連携、そういった内容のことが多かったんですが、今回、東京都の外来医療計画というのが出されまして、それは冒頭説明があるかと思うんですが、それも一つ受けまして、もう少し地域の在宅療養資源について、より深くディスカッションしたいというところでお諮りしているところです。

あと、加えまして、座長をお務めいただく進藤先生からリクエストがありまして、地域特性もあるかと思うんですが、在宅を考えるとどうしても病診連携は抜けないぞというところで、その内容につきましても少しディスカッションいただきたいと思っております。

本当に年に1回の二次医療圏域のディスカッションで何が生まれるかというところですが、やはりこれは継続が大事だということと、それから、やはり各区市町村の在宅療養推進会議で、ここの内容を受けて、さらに深掘りした内容の議論を続けていただきたいと思っております。

本日は忌憚のないご意見を頂戴できればと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○久村地域医療担当課長 西田先生、ありがとうございました。

続きまして、東京都より医療改革推進担当部長の田中がご挨拶申し上げます。

○田中医療改革推進担当部長 皆様、こんばんは。遅い時間に、またお忙しい中、お集まりいただきましてありがとうございます。

今、西田先生のほうからもお話がありましたけれども、この在宅療養ワーキング、3年目ということで、昨年度は病院と地域との連携ということでグループワークをしていただきました。ご参加いただいた方も多いと思うんですけども、病院とその地域の医療介護関係者が、それぞれお互いのことがよくわかっていない。病院は地域のことがわからないことが多いし、地域のほうは病院がどういう状況かというのが、なかなか見えてこないというようなお話があったかと思います。

そんなことも踏まえてなんですけれども、今回は病院と地域との連携ということも引き続きグループワークをしていただきたいのですが、メインの議題としましては、もう本当に在宅にちょっとテーマを、焦点を当てまして、在宅療養に関する地域の状況ということで、区市町村ごとに在宅のさまざまな課題を話し合っていたらいいと思っております。

なので、今回はグループもそれぞれの、基本的に市区町村ごと、ちょっと町村を合わせているところもありますが、まざるのではなく、それぞれの市なら市の方が集まるような形にさせていただいております。

後でご説明もありますけれども、さまざまなデータもご用意しておりますので、それぞれの市町村でかなり資源の状況等が違うと思いますが、そういうことも踏まえて、それぞれの地域では在宅のこういうところが足りているのか、足りていないのかとか、もし足りていないのであれば今後どうしていったらいいのかというようなことを、ぜひ話し合いをしていただければと思っております。

外来医療計画のこともちょっと触れていただきましたけれども、そのような在宅に関するご意見を、この外来医療計画のほうにも記載をさせていただきたいと思っております。

東京都といたしましては、本日いただいたご意見をまた施策のほうにもぜひ生かしていきたいと思っておりますので、忌憚のない意見交換をしていただければと思っております。どうぞよろしく願いいたします。

○久村地域医療担当課長 それでは、本日の座長の先生をご紹介します。

本ワーキンググループの座長は、昨年度に引き続きまして、進藤医院院長の進藤先生にお願いしております。

では、進藤先生、一言お願いいたします。

○進藤座長 皆様、遅い時間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。

本日、座長を務めさせていただきます進藤医院の進藤でございます。

本日は、在宅医療の地域の資源の状況についてと、それから、今後増加していく在宅医療の需要に対して、どう取り組んでいくべきかということが課題ですけども、それに加えて、私のほうから、昨年引き続き病院と地域の連携ということ、ちょっとつけ足させていただきました。

これは別に、別な話題ではないというふうに思っているんですけども、この地域の特性として、やっぱり在宅医療が足りていないということがあります。在宅医療というのは国を挙げて推進しておりますけれども、この地域ではいわゆる在宅支援診療所というのが中心になって在宅を診ていると思うんですが、少しだけちょっとご説明いたしますと、在宅支援診療所は機能の基準があって、強化型という基準があります。その強化型の中に1と2というのがあるんですが、1というのは本当に常勤のドクターがたくさんいて、全てそこでできてしまうような高機能な診療所ですけども、この機能の強化型の1というくくりの診療所は、西多摩には1件もないんですね。

機能の2という区分が連携型と言われておりますけれども、これは3件以上の診療所が

集まって、お互いに足りないところを補いながら基準をクリアするようなタイプなんです。このタイプの基準の2という診療所は西多摩圏域で9件あります。

西多摩全体で40万人をこの9件で支えるというのは到底不可能な話だと思っていますし、それから、この地域の特性として、非常に面積が広い。東京都の約25%ぐらいの面積があって、その面積をたった9件で連携しながらといっても、これは到底無理だと思っていますし、そういったことでこの地域の特性として、在宅医療と病院の連携というのは物すごく大事。ここが必須で、これがないと絶対に成り立たないというふうに思っております。

都心に行くと、機能の1といわれるような診療所が結構たくさんあるような地域もあって、非常に充実していたりするんですが、そういった診療所がこちらのほうにも進出してくるかという、これは今後人口がどんどん減少していくことが見込まれている地域は、やっぱりそういうところが出てくるとは余り思えないんですよね。だから、何とか今ある診療所で、まだ少し新しくできるかもしれませんが、この地域を支えていけないといけません。

あるいは、今在宅医療をやっていない先生方にも、何とか在宅医療に取り組んでいただかなければいけない。そういった課題もあると思いますので、そういったことで病診連携は非常に重要だと思いますので、ちょっとその1点をつけ足させていただきます。

そういったことで、本日も闊達なご議論をお願いしたいと思います。

○久村地域医療担当課長 進藤先生、ありがとうございました。

それでは、以後の進行を進藤先生をお願いいたします。

○進藤座長 それでは、早速議事に入りたいと思います。

今、お話しいたしましたように、今年度は在宅療養に関する地域の状況をテーマにして、地域の現状を共有して、将来増加する訪問診療の需要に対してどのように取り組んでいくべきかということと、それに加えて、病院と地域の連携ということについて、グループワークを行いたいと思います。

前回以上に活発な意見交換をお願いしたいと思います。

それでは、東京都より議事についてご説明をお願いします。

○東京都 よろしくをお願いいたします。

それでは、早速ですが、資料2をお開きいただけますでしょうか。まず、今回の在宅療養ワーキンググループの目的についてでございます。

皆様ご存じのとおり、訪問診療につきましては、高齢化の進展もございまして、今後増加する見込みとなっております。東京都のほうでも、保健医療計画で2013年の訪問診療の実績と比較して、2025年の必要量はおよそ1.5倍となるというふうに見込んでいます。

このような将来の訪問診療の需要の増に地域で対応していくためには、在宅療養に関するデータを地域の中で共有するというのと、それから、実際の現場の中で、日々皆様がお感じになられている訪問診療に関する資源の充足状況といったものも踏まえまして、今後どのように取り組んでいくべきか、地域の中で検討することが重要というふうにご存じしております。

そこで、今年度のワーキンググループでは、在宅療養に関する地域の状況をテーマに、そうした現場での充足状況、将来の需要増に向けた取り組みについて、意見交換を行っていただきたいと思います。

また、後ほどご説明させていただきますが、ここで出たご意見につきましては、東京都が今年度策定する外来医療計画のほうに主なものを記載されたような形と考えていま

す。

それから、本日、先ほど座長の進藤先生からもご提案をいただきましたけれども、地域と病院の連携の部分につきましても、皆様に改めて課題を共有していただいているところで、こちらの資料のほうにも少し議題として入れさせていただいているところがございます。

まず、議題の一つ目についてなんですけれども、この資料2の(1)をごらんいただけますでしょうか。

意見交換のポイントのほうをア、イ、ウの3点設定してございます。先ほど申しあげましたとおり、地域における在宅療養に関する資源の状況について、訪問診療に関する資源を中心に意見交換を行っていただきます。

本日お越しいただいています看護師、ケアマネジャーなど、多職種のメンバーの方からは、訪問診療について、日ごろ多職種からの視点で見た充足状況につきまして、お話をいただければと考えています。

次に話し合った内容を踏まえていただきながら、将来増加する訪問診療の需要に対応していくために、地域でどのように取り組んでいくべきかというところをご議論いただきたいと思っております。

それから、地域と病院の連携に関しましても、その後ご議論をいただければと考えておりますが、先ほど進藤先生からお話がありましたように、別の議題としてはっきり分けてお話しいただくというよりは、例えば将来増加する訪問診療の需要に対応していくために、地域でどのように取り組んでいくべきかというところで、地域と病院の連携の課題なども視野に入れてご議論いただくような形であればと考えております。

(2)につきましてですけれども、情報提供として、今回の意見交換の終了した後、東京都が現在取り組んでおります東京都多職種連携ポータルサイト、こちらに関しましてご紹介をさせていただきたいと思っております。

3番目の意見交換の方法でございますけれども、今回の意見交換はグループワークで行います。グループの編成につきましては、市町村ごと、あるいはちょっと近接する市町村をくっつけてグループを編成させていただいております。

また、市町村ごとにご推薦をいただいている方につきましては、事務局にてその市町村のグループに入らせていただいておりますが、各団体から1名ご推薦によりご参加いただいております方につきましては、事務局のほうで各グループに割り振らせていただいております。

続いて、グループワークの流れですけれども、資料をおめくりいただきまして、裏面のほうにございます。

グループワークのお時間を本日45分間設けておりまして、その後、各グループより、本日5グループございますので、2分程度でございますが発表をお願いいたします。

次の資料3をお開きください。こちらは先ほど申し上げた意見交換の内容につきまして、詳細を落とし込んだものになります。

まず、グループワークが開始しましたら、進行役と書記、発表される方をお決めいただきまして、進行役の方が中心となって意見交換を進めていただいております。書記の方は、出た意見を机の上に用意しておりますA4の紙にペンで記録をしていただければと思います。

それから、訪問診療の将来の需要増に向けて地域で取り組むべきことというところで意見交換をいただくときには、意見交換の内容の例をこちらの資料の下段のほうに記載してございますので、参考としてごらんいただければと思っております。

続いて、意見交換で参考にさせていただきたいデータとして、次の資料4をお開きいただけますでしょうか。まず、こちらの資料4ですが、2025年における在宅医療のサービス必要量を記載したものとなっております。

このデータについて簡単にご説明させていただきますと、まず、2013年のところをごらんいただきたいんですが、患者住所地ベースの訪問診療の実績、こちらが一番下の下段のほうで、合計9万6,712人とございます。その隣の列が、訪問診療の2025年の区市町村ごとの必要量というふうにしております。都全体で訪問診療2025年必要量が、14万3,924人となっております。2013年と比較して、おおむね1.5倍という形で必要量の増加となっております。

続いて、資料5をお開きいただけますでしょうか。訪問診療の受療動向のデータとなっております。数値は、こちらは昨年度お配りしたものをとらえられた方がいらっしゃるかもしれないんですが、データ自体は昨年度、平成28年度のデータとなっておりますが、そこからちょっと時点更新はできていない状況でございます。

データにつきましては、在宅患者訪問診療のレセプト件数、国保分と後期高齢の分が含まれた全体の数値というふうとなっております。

この資料でそれぞれ患者さんの流出入を示したものとなっております。簡単にご紹介させていただきますと、一番最初の上段の青梅市をごらんいただければと思うんですが、最初の患者住所地ベースとありますのは、青梅市に住んでいらっしゃる患者さんが青梅市の医療機関から訪問診療を受けた件数が2,851件。青梅市に住んでいる患者さんが福生市の医療機関から訪問診療を受けた件数が180件ということがわかるような形になっております。それから、下の医療機関所在地ベースですと、青梅市に所在する医療機関が青梅市に住んでいる患者さんへ訪問診療を実施した件数が122件というようになります。

市ごとにどの市から、あるいは圏域から訪問診療を受けているのか、また、どの市の、あるいは圏域の患者さんを診ているのかといったことがわかります。

一番最後のページのところには、圏域ごとの動向も掲載してございますので、ごらんいただければと思います。

それから、続いて資料の6をお開きください。こちらが、それぞれ1枚目が在宅療養支援診療所、在支病の数、それから、次のページが訪問診療を実際に実施していただいている診療所数といった形で、それぞれまとめてございます。

こちら昨年度おつけしておりましたデータになりますけれども、こちらのデータにつきましては厚生労働省のほうから提供データが時点更新されておりますので、こちらの資料につきましても時点を修正させていただいております。

それから、参考資料1と2で、昨年度のワーキンググループの結果をまとめてございます。今回、昨年度行いました地域と病院の連携につきましても、参考資料2で主な意見交換の内容、西多摩は8ページになりますけれども、病院と地域の連携のほうで課題が挙げられたもの、それに対してどうやって対応していくかというところのことがまとめてございますので、参考までにごらんいただければと考えております。

続きまして、駆け足になって恐縮でございますが、続いて資料7のほうの外来医療計画について、ご説明させていただきたいと思っております。こちらは最初にお話しいたしました、今回のグループワークで出た主な意見につきましても記載しますというふうに申し上げたものになります。

資料7-1の一番上の外来医療計画とはということなんですけれども、今回の外来医療計画の、そもそもの策定の経緯でございますが、平成30年の医療法の一部改正に

よりまして、医療計画に定める事項として、新たに外来医療に係る医療提供体制に関する事項、こちらが追加されることとなりました。

そのため、この外来医療計画の性格としましては、都の平成30年3月改定の現行の東京都保健医療計画に追補するものという位置づけとなります。

計画期間は今年度中に計画を策定いたしまして、令和2年度からの4年間で最初の計画期間とすることとされております。

その下に、外来医師偏在指標の設定についてというふうにございますが、まず、ここで言う外来についてなんですけども、この外来医療計画で言う外来というものは、入院医療を除く全ての外来医療を指すというふうになっております。

この外来医師偏在指標なんですけども、医師の性別・年齢分布及び患者の流出入などの要素を勘案した、人口10万人当たりの診療所の医師数から算定される指標となっております。この指標の中には病院の医師は含まれないという形になっております。

この指標につきましては、国のほうで全国の全ての二次医療圏で、医療圏ごとに算出され、各自治体に通知されるということになっております。

そして、外来医師偏在指標の値が、全国の335圏域の中で上位33.3%に該当する圏域を、外来医師多数区域と指定されることとなっております。

国としては、この外来医師多数区域であるということ、新規開業の方に情報提供することで、開業者自身が既にその地域では診療所が過当競争の状態にあるというふうな判断をし、多数区域ではない別のところに場所を変えて開業してみようといった行動変容を促すということで、診療所の偏在是正につなげていきたいということが目的でございます。

ですので、国としても開業の自由は保障されており、開業を制限するもの、開業規制を行うものではないということを強調されております。

次に記載事項という項目をごらんください。記載事項の国が求める記載事項の中でも、外来医療機能の偏在・不足等への対応という項目の下に、さらにひし形で三つの項目が示されております。

このうち、真ん中の二次医療圏ごとに不足する外来医療機能の検討ということが示されておまして、その下に例示されておりますような夜間休日の初期救急、在宅療養、それから学校医・産業医・予防接種などの公衆衛生関係などの状況について、地域ごとに記載していくこととなります。

そこで、今回のこの在宅療養ワーキンググループの議事でございます在宅療養に関する地域の状況のグループワークの中で出されたご意見を計画の中に盛り込んでいきたいと考えております。

いただいた意見がどのような形で計画に反映されるかということなんですけども、続いて資料7-2をごらんいただけますでしょうか。こちらが現在策定を進めております外来医療計画の素案でございます、この素案の21ページから各圏域ごとの記載となっております。

29ページにお進みいただけますでしょうか。現時点では丸が並んでいるだけでございますけれども、この在宅療養ワーキングと地域医療構想調整会議、本体におきまして、いただきましたご意見をまとめて、圏域ごとに書き込んでいきたいと考えております。

資料の説明は以上となります。

○進藤座長 ありがとうございます。

これまでの東京都のご説明について、何かご質問等はございますでしょうか。

なければ、早速グループワークのほうに入りたいと思います。

私もグループワークに参加いたしますので、ぜひ、活発なご議論をお願いいたします。

(グループワーク)

○進藤座長 それでは、お時間になりましたので、発表していきたいと思います。

それぞれ白熱した議論を行ったかと思いますが、1グループ2分程度で話し合った内容を発表していただければと思います。

Aグループから順番に行います。Aグループ、よろしくお願いいたします。

○山本委員 Aグループ、発表させていただきます。

薬剤師会代表、山本です。よろしくお願いいたします。

地域は福生が中心での話をさせていただいたのですが、まず訪問診療、ドクターや看護が、現状で今そこまで不足はしていないというのが、感覚的なところで全体の意見として出ていました。

ただ、今後多死社会になっていく中で懸念されている部分というところで、ナースステーションの数はあるんですけど、施設自体の人数が少ないというところであると、やはり在宅死をステーションで診ていかなきゃいけないというところであると、若い方がなかなか働きづらいというのでは困ってしまうので、そこに対して行政的なフォロー、一つ出たのは、地域の病院がフォローできる体制であったり、あとは小規模ではなく少し大規模なステーションというところも構築されていく必要があるのかなという意見が出ました。

病診の連携のところなのですが、連携自体はスムーズにいつている部分があるかなというのが話の印象だったのですが、一度病院に出てしまって、そこから看取りのところまでいくと、最後の最後に病院が診てもらえると助かるというケースがすごく多いというのは、それは医療介護者だけではなくて、患者様家族も最後の最後にどうするかというところを受けてもらえると、大分負担が減るのかなというところの意見が出ました。

そこに対してというところで、少し明確な基準があったり、あとは在宅医の先生からの意見としては、病院のほうで診断をつけて、また家に戻れるという形になれば、少しその連携がとりやすいであったり、家に行ったら最期まで家で見なきゃいけないではなくて、また戻って最期に診てもらえるという、少しハード面だけではなくて、関係性のところが構築できると、スムーズに病診連携が進むのではないかという意見が出ました。

あとは、最後の部分で、介護の部分、ヘルパーさんの人口がすごく足りていないのではないかというところで、医療だけで賄えない部分、介護の手がやはり今後必要になってくるというところで、少しテコ入れがというところで、全体的な日本の問題にもなっているんですけど、外国人労働者であったりだとかというところも受け入れるなどの、少しそのヘルパーさんの絶対数というものの負担が減るような形でふやしていくというところが必要なのかなという意見が出ました。

以上になります。

○進藤座長 ありがとうございます。

続きまして、Bグループ、発表をお願いいたします。

○土田委員 Bグループです。

青梅が主体のチームのようではありますが、最初に青梅地域でのこういった在宅医療の訪問の資源というのを考えてみると、4施設しかなくて絶対的に足りないということと、それから、その割には西多摩全域ですけども、慢性期の入院、入所施設が非常に潤沢にあるというようなことから、大きなギャップ、医療ニーズに対する大きなギャップがあ

るという話が最初にありました。

実際の利用者さんたちはどういうふうになっているかということ、通院とか、訪問とかを受けて、ぐあいが悪くなると、特養とか、レスパイトとか、ショートステイを受けて、また在宅に戻ったりとかやりくりしながら、結局ショートステイで亡くなったり、特養で亡くなったりとかという方が少なからずいらっしゃって、そういう中でどうも処理されていて、最期までそういうところで診てもらおうというような患者さんたちや、あるいは最後の最後には急性期に送り込んじゃえという、そういう結局は二者択一になっているケースが多いのではないかとということが話し合われました。

こういう現状は、地域で住みなれた場所で最期まで過ごして、看取ってもらおうというような国の方針、私たちの考えている方向には逆行する現実があるということで、どうしてそういうことになっているかということ、なかなか慢性期の施設の方々、あるいは訪問の医療を担っている方々と利用者さんたちが信頼関係を結んで、最期はこの方たちにお願ひしようというような思いになってもらうためまでには時間が必要だったり、努力やかかわりが非常に必要だけでも、実際にはそういった時間とか、手間といえますか、そういうものはなかなか割くのは難しい状況にあるというのが一つ。

それから、実際にちょっと間違ったら申しわけないんですけど、定期巡回型随時対応訪問介護看護ですか、という事業所を青梅市としては公募しているんですけども、全く手が挙がってこないというような状況を考えると、そういうものに対して人材を集めて、そういった事業所を立ち上げようというような、経営的なうまみがないんじゃないかということから、そういう面で、もう少し行政はそういうものを誘導できるような政策をちょっと考えてもらえないだろうかというような話もありました。

先ほど、一番最初に進藤先生から、西多摩地域は人口が減っていくから、都内からそういう高機能な訪問施設みたいなものがこちらに進出してくるという望みは少ないんじゃないかというお話でしたが、確かに西多摩の人口は減るんですけども、高齢者人口はむしろ割合はふえていく地域ですし、いただいた資料を見ますと、西多摩地域は外来医師多数区域非該当で、全国335医療圏中277位ということで下から12%のところに当たる地域ですので、開業したりするにはとてもいい地域なはずなので、そういうところに、こういう地域にもっと誘致してもらうためのアピールというのはしてもいいんじゃないかというふうに思いました。

それから、最終的には病院と在宅の顔の見える連携というものをもっと構築していかなければいけないだろうということで、これまで病院側としては勉強会とかをさせてきていただいていますけれども、もっともっと進めるためには、そういったことを医療圏として考えるための行政と相談できるような場を構築していただきたい。

多種職連携ネットワークというのでできているようですが、1回やりましたねというだけで放置状態になっているようなので、できれば定例会化して、定期的にいろいろな問題を話し合うような場にさせていただければうれしいというのが施設側の意見ですが、行政側はなかなか忙しくて、マンパワーも足りなくてということをおっしゃっていましたが、ぜひ、きょうを機会に、青梅は青梅で額を突き合わせて考えていくというような、既存のものだけではなくて、やっぱり抜本的にいろいろ考えて構築していかないとだめなんではないかというようなことが話し合われました。

雑駁ですみません。

○進藤座長 ありがとうございます。

続きまして、Cグループ、よろしくお願ひします。

○廣戸委員 Cグループは羽村市、瑞穂町の合同グループです。

私、羽村在宅クリニックの院長の廣戸と申します。よろしく申し上げます。

まず、地域における在宅療養に関する資源の状況なんですが、まず、羽村市、瑞穂町とも共通して言えることが、まず、訪問診療を行っている診療所、病院が少ない。羽村市に関しては看取りを行っている診療所が2件で、瑞穂町に関しては訪問診療を行っている病院が1件のみで、訪問診療を行っている診療所はないというのが現状です。

あと、このデータもそうなんですが、資料6のデータもそうですし、私たち、ふだん診療業務を行っている者からしても肌で感じているのは、他市からの流入の在宅診療医が多いというのが羽村市の特徴で、青梅市であるとか、福生市であるとか、あと、よく目につくのが立川市から来る診療所が割と多いというのがこの地域の特徴です。

その理由としては、立川市までというか、中央線沿線は割と訪問診療が充実、特に立川までは充実しているというのが僕らの業界でも割と知られている話で、やっぱり青梅線に入ってくると極端に少なくなるというのが特徴なので、その16キロの医療圏の範囲をうまく利用しながら、立川の診療所が羽村市、瑞穂町までお越しいたげているという現状。それで、何とか在宅医療が成り立っていると。

そういう診療所に頑張っただけでいるおかげで、明らかな往診の不足というのはないんじゃないかというのが現状です。けども、じゃあ自前のこの地域だけとなると、圧倒的に往診は足りていないです。

あと、特徴としては、この資料6のデータでもそうなんですけども、病院以外での死亡、自宅死と老人ホームでの死亡というのが25%で、残り75%というのが病院での死亡、看取りが推計されていますし、それは僕らも診療を行っている肌で感じているところです。

というのは、この地域では、ホスピス病棟であるとか、療養型病棟、特に療養型病棟の入院というのが割とベッドがあいていることがあって敷居が低いので、看取りに関して割と病院にお願いしているパターンが多いところがあります。

その背景としては、家族が患者さん夫婦と息子さんとか娘さんと住んでいたとしても、日中働きに行っているところが都内なので、日中は全く介護に関与できない。

例えば、ちょっとこれは仮の話なんですけど、例えば23区内であれば、職場と住居が、住居というか患者さんの家が近いから、ちょっと仕事の帰りとか、仕事の昼休みとかでも、もしかしたらそういう介護ができるのかもしれないけど、こちらの地域というのは1回都内に、職場に息子さん、娘さんが行っちゃうと、全くの老夫婦二人暮らし状態になるので、介護力がやっぱり日中足りなくて、それであいている病院に入るのが現状としてあるんじゃないかというのが肌で感じているところです。

あと、病院の関係の方からの意見としては、病院の方はやっぱり病院で亡くなる率が高いというイメージがあるようで、この25%が自宅と老人ホームで亡くなっているというところは、割と多いんだなというのがご印象だそうです。

病院に務めていると、在宅看取り方針とか、ホスピス看取り方針になっても、自宅から救急で勝手に来てしまうと。その原因は何だというと、往診医がエリアが広くて、移動距離も長いので、例えば呼ばれたとしてもすぐに行けない状況。あと、往診医が羽村市とか瑞穂町に住んでいる人が、全員が全員そうではないので、例えば夜間とか、土日とかに呼ばれても、呼ばれて2時間ぐらいかかる場合もあるし、それ以上かかる場合もあるという現状があります。

ですから、そういうところで、やっぱり往診医がすぐ来てくれない。じゃあ、もともととかかっていた総合病院に、自分らで救急車で行っちゃうというパターンがあるのではないかというのも病院の関係の方はおっしゃっていました。

だけど、僕ら往診医としては、なるべく1時間以内に行くというのを心がけて、24時間365日頑張っていますので、その辺をご理解いただきたいというのが往診医としての立場です。

次に、取り組むべきこととしては、先ほど申したように、他市からの流入の在宅医が多いということなので、西多摩医療圏だけではなくて、もう少し範囲を広げた医療圏での多職種ネットワークが構築できればいいんじゃないかということと、あと、先ほども出たように、青梅線に入ると極端に医者が来なくなる現状があるので、それをうまく呼び込むこと。

例えば、訪問看護師のスタッフから、昔一緒に働いた先生を紹介してもらって、そういうふうな人をこちらの地域の在宅医になっていただくのも一つの手じゃないかという案がありました。

あと、3番目の病院と病診連携に関しては、今、こちらの地域では、福生病院であるとか、高木病院であるとか、阿伎留医療センターの包括ケア病棟が割と機能しています。地域の病診連携にもかなり役立っているという意見が出ていました。

これに関して、病棟というか、包括ケア病棟にかかわるスタッフも、もう少し地域を知る人材の育成ができれば、もうちょっとスムーズに受け入れと退院とうまくできるんじゃないかという話が出ていたのと、あと、この地域ではやっぱり多職種連携のICTが進んでいません。それは、羽村市に関しては、やはり個人情報が出たときに誰が責任をとるのかというのが、やっぱりそれがこの3、4年の課題で、結局答えが出ないまま、今までどおりの例えばFAXとか、電話とかで連携をしているというのが現状なので、これをもう少しガイドラインというか、そういうのができたらいいんじゃないかなという意見が出た中で、玉木会長からは今後病院カルテ連携というのができるから、そうすると、もう少しその辺がしっかりした体制になるから、末端の在宅医が情報漏えいで責任をかぶって、多大な損害を払うことはないんじゃないかというような話に、ご意見が出ました。

以上です。

○進藤座長 ありがとうございます。

続きまして、Dグループ、よろしくをお願いします。

○進藤委員 大久野病院の進藤です。

日の出町、あきる野市のグループになります。

在宅資源について、まず話し合いをしました。在宅資源について、結論から申し上げますと、足りているのではないかという意見です。

まず、在宅の資源について、日の出町について話し合いをしました。

日の出町で在宅について専門で行っている医師は一人もいません。日の出町の現状で、じゃあ在宅訪問診療で足りていないかというのと、足りています。それは、他の地域からお願いしているからです。

それは、日の出町はそういうことですけれども、翻って西多摩で見ると、他市町村から流入してきている。先ほど廣戸先生がおっしゃっていたとおりで、他市町村から流入してきているので、在宅訪問診療について、非常に厳しい現状はあるかもしれませんが、そう多く足りないという現状にはないのではないかなというふうに思います。というような話し合いになりました。

ただ、非常に現場のケアマネさんたちは苦勞されたり、いろいろな工夫をされながら行っているというふうに思います。

問題点は、都市部はいいんですけれども、檜原村の奥のところに、腹水を抜いてあげ

れば帰れるんだけれども、何日かに1回抜いてあげれば帰れるんだけれどもというような患者さんがいた場合に、誰も診てくれる人がいないと。やはりそのようなところには医師も訪問看護も行かないので、そういうところで在宅を考えるのはちょっと何か、例えば市町村で補助をしていただくとかということがないと、民間はなかなか行くことができないだろうという話し合いがありました。

それと、現在資源は足りているんですが、年齢的な考慮がないので、10年後、20年後、高齢化が進んでいって、そのまま本当に足りるんだろうかというようなことがありました。

それから、本当に足りない、足りないといって余り足り過ぎてしまうと、実は今後、商売として皆さん成り立たないんじゃないですかという話し合いがありました。

次に、クリニックと病院との連携に関してですけれども、現状クリニック対病院というような関係になっていて、クリニックの先生たちは入院できないと。病院のほうでは、何でこんなんで入院してくるんだという現状があると。

この会の2年前に出た議題ですけれども、それを改めて、2年間少し西多摩地域の在宅医療委員会等で話し合いを行ってきましたので、その話をしながら話を進めさせていただきました。

脳梗塞など急性疾患を起こした場合というのは救急病院へ行く。これは当然普通なことということですがけれども、心不全を繰り返すとか、肺炎を繰り返すような場合には、やはりACPをクリニックの先生たちがとっていくということが重要ではないかと。それによって、この人は入院すべき、この人は在宅でそのまま見ていくべきというような判断をしていくことと、本人たちがそれを了承していくというか、ACPで示していくということが重要ではないかと。

病院は入院、クリニックが外来機能、地域で完結していくというような地域完結型の医療提供体制にどうしたらもっていけるんだろうというところで話し合いは終わっています。

以上です。

○進藤座長 ありがとうございます。

最後、Eグループ、発表をよろしくお願いたします。

○井上委員 すみません。Eグループの奥多摩病院の井上と申します。

Eグループは、奥多摩町と檜原村が一応担当ということで、檜原診療所と奥多摩の古里診療所、奥多摩病院、そしてその2地域を支えてくださっている青梅市の多摩リハビリテーション病院さんの関係者で構成されています。

ちょっとグループの中に、元厚生労働省の健康局長までされた行政のプロ中のプロの方もいらっしゃるって、地域内での問題点から国の施策に及ぶまで、かなり幅広い議論が展開されました。

特にこの2地域は、人口減少、高齢化が非常に進んでいまして、独居世帯や老老世帯が多かったり、人口密度が薄くて民間業者が入ってこないなど、そもそも在宅医療自体が成り立つんだろうかという話から始まっています。

そもそも明治時代以来、地域のことは地域で頑張るといような施策が基本で進んできて、結局なかなか変わっていない現状がある中で、この西多摩圏域内だけで話し合うこと自体がなかなか難しいんじゃないかと。

診療報酬で誘導するような市場原理ではなくて、目標を定めて、都などの大きな単位で施策を進めるべきではないかなという意見もありました。

例えば多摩リハさんは、在宅医療をやっている、頑張っている、頑張っているドク

ターが二人いらっしゃるそうなんです、その在宅医療をやっている医師がわざわざ青梅市内に引っ越して来られたりとか、あと、もう一人の医師も都市部に住んでいるんですけど、オンコール時はわざわざ青梅市に泊まっていられると。

そもそも在宅医療を進めるための医療資源ですね。今回は医師の偏在ということが出たんですが、そういったものが根本的な問題なので、そういったものを大きな行政単位で配置するようなことを考えたり、あと、いわゆるコンパクトシティと言われるように、いわゆる過疎地域の住民の方を1カ所に集めて、医療福祉資源をそこに集中させるといった、そういった大きな視野が必要なのではないかと。

実際、統計上も病院死亡が減って、施設死亡はふえているという現状はあるけど、実は在宅死亡は余りふえていないというところがあるみたいで、その辺が今の進め方で本当に変わっていくのだろうかというところが大きなお話としては上がりました。

現実問題のところ、奥多摩、檜原の話に移りますと、檜原診療所さんは後方ベッドは基本的に自分の医療機関で持っていないんですけど、多摩リハさんと奥多摩病院に関してはベッドを持ちながら在宅医療をやっているということで、その2医療機関はやっぱりやりやすいという話が出ています。

多摩リハさんの場合は、在宅で診ている患者さんは基本的に24時間受け入れるというような方針を立てていらっしゃるようで、在宅をやっている中で高齢者が多いところで、事前にそういったことをお話しして理解していただいていると。

実際、在宅療養支援病院にもなっていますが、ただ、現状ではご自分たちで診ている在宅の患者さんしかなかかなか受け入れが難しく、ほかのクリニックさんや診療所さんが診ている在宅の患者さんを受け入れることは、現状なかなか難しいところがあると。

例えば患者さん本人は多摩リハさんへの入院を納得していても、状態が悪くなったときに遠くにいる家族が急に高度医療を望まれたりとかで、結局救急車で青梅総合さん等に運ばれてしまうというようなケースはよくあるところで、なかなかほかのクリニックさんとかが診ている患者さんを受け入れるというのは難しいのかなというお話がありました。

例えばの打開策として、クリニックさんとか診療所さんが、もう家族に事前に、家族含めて、ご本人含めて、高度医療を望まない旨をある程度約束をとりつけておいて、いざというときには多摩リハさんとか、うちの病院のところを受け入れるというのが一つの形じゃないかと。

現実には多摩リハさんは、檜原とか奥多摩の連携している老人ホームでは、そういった形で入居する段階で約束をとっている方がほとんどなので、非常にスムーズに特別養護老人ホームの患者さんの急変に関しては受け入れができていたというお話がありました。

すみません。ちょっとまとまりがないですが、以上です。

○進藤座長 各グループ、大変活発なご議論をどうもありがとうございました。

私から一言申し上げますけれども、まず、私は福生市のグループに入っていたんですけど、各グループ意外に在宅医療が、実は現在は割と充足しているというお話があったのに結構びっくりして、そういうものなんだなと思って、私のちょっと認識不足だったなというふうに思っています。

ただ、将来的にはやっぱり高齢化がさらに進んで、今後多死社会になるとか、そういった問題もありますけれども、必ずやっぱり不足してくることはもう見えておりますので、今後在宅医療の充実というのはどうしても大切だというふうに思っております。

先ほどお話がありましたように、確かにこの地域は慢性期の病床というのが非常に多いので、そういった病床をやっぱりもっとうまく利用、活用できないかなということ

私は思っております。

それから、最後の最終的な段階で、急変するようなことがあって、どうしてもそういう方が病院に行ってしまうとか、そういうようなことがあって、医療者と患者の信頼関係が重要だというふうなお話がありましたけど、私も非常にそれは強く思っております、事前にACPとか方針をしっかり決めておいても、状態が変化するとその時点で皆さん気持ちが変わるんですよね。だから、最後まで絶対家で見ると言っている、状態が急変すると、その時点で本当にこれで家にいていいのかとか、もう一回病院に行ったらもう一回よくなるんじゃないかとか急に気が変わって、また病院に行ってしまうようなことがあるんですよ。

だから、そこはやっぱり医療者と患者さんの信頼関係がしっかりしていると、これはもう、本当にこれで最後なんだから、もう行くべきではないとか、そういったところの話ができると、そういった無用な救急搬送とか、そういったこともやっぱり避けられるんじゃないかなというふうに思っております。

信頼関係という意味では、例えば施設とか、施設からの救急搬送とか、そういったこともあると思うんですけど、施設なんかでは例えば肺炎の診断で搬送が1日おくれただけで訴訟になったようなケースもあります。もうそれは施設側が負けているんですよ。ですから、そのような経験があると、もう施設としては何かあったら全例救急とか、そういうようなことにもつながってってしまうという現状があって、本当に信頼関係というのは重要だなというふうに思っております。

あと、在宅の他市からの往診が多いというお話がありましたけど、やっぱりそういう信頼関係という意味で見ると、ほかの市町村から在宅が入ってくるというのは、地元の人の信頼関係としてどうなのかなというの、しっかりしたところがやってくだされれば問題ないのかもしれないんですけど、ちょっとその辺はどうなのかという疑問を感じました。以上のようなところですね。

あと、最後奥多摩病院さんですけれども、最近、病院再編とかという話がありますけど、奥多摩に関しては奥多摩病院が在宅医療をすごくされていますよね。だから、そこで在宅医療が成り立っているというような現実もありますので、やっぱり絶対に必要な病院だと思いますので、そういうところは僻地というか、過疎地域みたいなところがあると、非常にやっぱり有用ではないかなというふうに思いました。

すみません、長くなってしまいました。私からは以上でございます。どうも活発なご議論をありがとうございました。

続きまして、東京都から東京都多職種連携ポータルサイトについて、ご説明をお願いします。

- 東京都 それでは、参考資料の3、最後、一番下のほうにつけております資料をごらんください。

この在宅療養ワーキンググループでも、ICTを活用した情報共有につきましては、各地域でおのおの異なるシステムを活用しているの、業務が少し煩雑なるといったようなさまざまな課題をいただいていたところでございます。

そうした皆様のご意見を踏まえまして、今、東京都医師会様と一緒に検討を進めておりますのは、多職種連携ポータルサイトの取り組みでございます。

具体的な仕組みをスクリーンでご紹介させていただきます。

まず、一つ目の機能ですが、多職種連携タイムラインというものがございます。現在、地域で使われている多職種連携システムA、B、Cというのが右側でございますけれども、いわゆるメディカルケアステーションですとか、カナミックといったものがございます

けども、自分のアカウント上でこれらのシステム内で情報の更新があったときに、このタイムラインの中でもその更新の情報が反映されるという形になって、更新した情報を確認したいなというときには、こちらのタイムラインに出てきている更新情報の通知をクリックすると、そのシステムの中の患者さんの部屋に移行して、スムーズに患者情報にたどり着けるという形になります。

これで、例えば複数の地域と連携が必要な病院さんですとか、そういった場合の情報を取得する際の煩雑さも軽減されて、より病院の中でもMCSとか、カナミックですとか、そういったシステムの導入が促進されるのではないかなというようなことも考えているところではございます。

それから、二つ目の機能でございますが、転院支援サイトというものでございます。こちらは、転院患者さんがいる病院と、それから受け入れる側になる病院の双方が、お互い受け入れ患者さんのマッチングを行うというような機能になっています。

こちらもスクリーンのほうでご紹介しますが、まず、転院元の病院が受け入れ候補となる病院を検索することができます。検索をした後、転院予定の患者さんの情報をシステムの中で受け入れ候補となる病院たちと共有するということができる形になっています。

検索結果から、転院調整したい病院に転院元の病院からアプローチをすると。そのアプローチに対して、受け入れ側の病院は個別調整オーケーですよというような返答をシステムの上から行うことができます。

また、先ほど共有したい患者情報をもとに、受け入れ側となる病院からもアプローチをすることができるような形になっています。

こうした双方のアプローチの後に、それぞれ転院の詳細な条件などの個別調整を行った後に、マッチングが成立ということがこのシステムの中でできるという形になっています。

すみません。ちょっと駆け足のご説明になりましたけども、このポータルサイトができ上りました際には、また改めて皆様にご説明の機会を設けさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○進藤座長 ありがとうございます。

それでは、本日予定されておりました議事は以上でございますので、事務局にお返しいたします。

○久村地域医療担当課長 最後に、医師会の西田先生からご講評を。

○西田理事 進藤先生にまとめていただいたので、すみません、私が特にお話・・・ですけども、やはり東京都の中でも西多摩は随分事情がほかの地域と違うなということ、本日つくづく感じました。

それで、在宅医療資源が足りている、足りていないという肌感覚も、結構この数値とは合っていない。例えば、最初に福生市が不足していないというご回答だったんですが、住所地ベースで見ると53%ですね。その次の青梅は足りていないというお答えだったんですけども、住所地ベースで見ると60%は賄っているというところで、そこら辺の感覚が何が原因して違ってくるのかなということがちょっと疑問に感じましたが、やはり市外からの流入が非常に多そうで、距離感が非常にやはり西多摩地域は広いですから、圏域が広いので、どうしても外からの流入してくる在宅の専門医療機関が看取りのニーズをきちんと満たしていないということがちょっと言えているのかなと。遠くからだから、時間がかかるから、結局病院へといったようなお話も何か所かから出ておりましたので、通常、もうちょっと過密なところだと、在宅医療専門クリニックが多いところ

はかなり看取りも自宅でできているんですけども、なかなかやはり西多摩の場合は距離感があって、それだけに難しいのかなということですね。

それと同時に、やはり施設、慢性期病院がそれなりに充足しているのも、そういったところで賄える、最後の看取りを賄えられていると。そこを何とか在宅での最後を希望する方たちの希望がかなえられるようにするためには、やはりACPが必要だよというところも2グループぐらいから出ていたと思います。

そういったところが私、西多摩の皆さんのディスカッションを聞いて、特に感じたところでございます。

本当にしつこいようなんですけども、この場の議論だけに終わらせないで、くれぐれも地元の在宅医療推進会議に持ち込んでいただいて、行政と医師会と多職種で十分議論していただいて、これからの多死社会をどうやって支えていくのか。これはもう本当に我々に課せられた大きな使命でございますので、ディスカッションを続けていただければと思います。

では、以上をもちまして、総括させて、皆様、ありがとうございました。お疲れさまでした。

○進藤座長 失礼いたしました。

それでは、本日予定されております議事は以上でございますので、事務局、よろしく願いいたします。

○久村地域医療担当課長 本日は活発にご議論いただきまして、また、さまざまなご意見をいただきまして、まことにありがとうございました。

本日の議論の内容につきましては、冒頭説明させていただきました都の外来医療計画のほうに反映させていただきましますとともに、来年度、東京都の保健医療計画の在宅医療の部分の見直しが予定されておりますので、こちらのほうの議論の中でも参考とさせていただきたいと思っております。ありがとうございました。

それから、事務連絡でございますが、お帰りの際、もし飲みかけのお茶のペットボトル等でございますが、持ち帰りについてご協力いただければと、ご理解のほどよろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、在宅療養ワーキンググループを終了とさせていただきます。

改めまして、本日はまことにありがとうございました。