

平成30年度東京都地域医療構想調整会議
在宅療養ワーキング（南多摩）

日 時：平成31年1月31日（木曜日）19時00分～20時34分

場 所：パルテノン多摩 4階第1会議室

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。まだお見えでない先生がいらっしゃるのですが、定刻となりましたので、ただいまより南多摩圏域の東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキングを開催させていただきます。

本日は、お忙しい中、また、雨も降ってまいりましたお足元の悪い中、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。

それでは、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、お手元、次第の下段の配付資料の欄に記載のとおりでございます。資料1から資料6、それから、参考資料1でございます。それから、それとは別に、本日医師会の先生からご説明いただきます東京都老健ショートステイ機能活用促進事業、こちらについての資料をご用意しておりますので、ご確認いただければと思います。

資料につきましては、万が一落丁等がございましたら、議事の都度でも結構でございますので、恐れ入りますが、事務局までお申し出ください。

また、本日の会議でございますが、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、ご発言の際には、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、開会に当たりまして、東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。

まず、東京都医師会、平川副会長、お願いいたします。

○平川副会長 皆様、こんばんは。天気予報では雪になるかもしれないというので、中止かなと思っていたのですけれども、あいにく雨で済んでおりますが、日ごろから、東京都医師会の諸事業につきましては大変なご協力をありがとうございます。きょうは在宅療養ワーキングという形で、これは地域医療構想調整会議の下にある会議なんですけれども、東京では当たり前にかかれておりますが、全国的に見るとほとんどこういったことは開かれていない。あくまでも調整会議だけで終わってしまっているのですけれど、それでもやっぱり在宅は支えない、地域包括は救い上げられないということで、東京都にご無理を言ってこういった形で、非常に希有な存在ですが、在宅療養ワーキングというものを進めております。考えてみますと、10年前であれば、このような会議がこういう形で開けること自体がまずあり得ない。この間に、本当に多職種の連携とか、あるいは、他の区市町村との連携とか、地域包括ケアという、最小単位の地区の区市町村でつくり上げるという仕組みについて、やっぱり、こうやっていろいろ情報交換をすることによって、広く都民の方々に差が出ないような形で、そういう仕組みができればと思っています。

きょうはグループワークということもあって、くだんの地域における諸問題をピックアップした上で、できれば少しでもそれが一歩でも先へ進むような改善策が生み出され

れば、そういうプロダクトを期待しているところでございます。長時間でございますし、また、会場もまだ薄ら寒い感じでございますけれども、ぜひ、この寒さを打ち破る白熱な議論でよろしく願います。

最後までよろしく願います。失礼します。

- 久村地域医療担当課長 平川副会長、ありがとうございます。

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を申し上げます。

- 田中医療改革推進担当部長 皆様、こんばんは。東京都福祉保健局医療政策部の田中でございます。きょうは、本当にお忙しい中、また、雨の中、そして、インフルエンザが物すごいことになっていて、特に、この南多摩圏域は都内でも断トツに数値が高くて、皆様、大変なところを本当にご参加いただきまして、ありがとうございます。

今、平川先生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は昨年度からやっております。地域包括ケア、また、医療と介護の連携については、基本的には各区市町村単位で推進をしていただくべきものでございますし、実際、それぞれの市町村で既にいろんな取組をされていると思います。その中で、この二次医療圏単位でこの会議を開くに当たりまして、どのようなテーマで、せっかくお集まりいただきますので、やるのがいいのかということを経験の先生方とも検討してまいりました。そして、テーマとしては病院と地域の連携ということにしております。全ての圏域で同じテーマで検討、協議をしていただくことにしております。といいますのも、やはり、病院に受診される、また、あるいは入院されるということについては、市町村を超えて、やはり自分の市内ではない病院に受診したり入院されたりということが、東京の場合は普通にありますので、やはり、そこは市町村単位では完結しないということで、より広域なこの二次医療圏単位でお話し合いをしていただくことが有意義だろうということで、そのようなテーマにしております。

既に圏域単位のこのワーキングが大分もう進んでおりまして、この南多摩は結構後ろのほうの順番になっているのですけれども、ほかの圏域でどんな話し合いがされたかというの、後でもまたちょっとお話をしますが、大体、課題としては、在宅から入院した患者さんが自分のかかりつけ医のところに戻ってこないとか、ケアマネさんの中にもいろんな方がいらっしゃる中で、そのケアマネの教育が大事だとか、そんなさまざまな課題が出る中で、そこが問題だよねで終わるのではなく、それを少しでも解決するためにこういう取組をしたらいいのではないかとということで、できるだけ課題解決型のグループワークをお願いしております。圏域によっては、実際、共通の連携シートを既に使っているけれども、もっとそれを進めていったらいいんじゃないとか、病院の中で、病院のスタッフと地域の方と一緒に研修をしたらいいんじゃないとか、さまざま前向きなといいますか、建設的なご意見をいただいているところもございます。

ぜひ本日も忌憚のない意見交換をしていただいて、そのような課題解決型のワーキングにしていいただければ大変幸いです。どうぞよろしくお願いいたします。

- 久村地域医療担当課長 それでは、本日でございますが、お忙しい中、安藤高夫先生にご参加いただいておりますので、安藤先生から一言ご挨拶をいただければと思います。

- 安藤委員 どうも、こんばんは。東京都病院協会の安藤でございます。私までご挨拶をさせていただきますありがとうございます。私も今、座長の数井先生の八王子で医療機関をさせていただいております。

この南多摩医療圏ですけれども、今、全国的に在宅療養支援診療所がなかなかふえないような状況の中で、この南多摩医療圏においては、在宅療養支援診療所と在宅支援病院もふえているということで、素晴らしいことが続いているのではないかなと思っております。

ます。また、在宅に関しては、平川先生、西田先生がいらっしゃいますけども、東京都医師会の東京在宅医療塾というのが非常にいいプログラムで行われていますので、ぜひ先生方もご参加いただければなど、そう思っております。在宅ケアを多職種連携、多職種協働でやるのが一番の目的ですので、これからもよろしくお願いいたします。

以上です。

- 久村地域医療担当課長 安藤先生、ありがとうございました。安藤先生にはこの後グループワークにもご参加いただけるといことで、よろしくお願いいたします。

続きまして、本日の座長の先生をご紹介させていただきます。

本ワーキングの座長には数井クリニック院長の数井学先生にお願いしております。

では、数井先生、一言お願いいたします。

- 数井座長 八王子数井クリニックの数井です。昨年も皆さんとお顔合わせをさせていただきました。きょうは本当に雪になるだろうという天気予想の中で、皆さん、来ていただいてありがたく思います。弁の立つ西田、平川両先生がいますけれども、拙い司会ですが、きょうの座長を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

- 久村地域医療担当課長 数井先生、ありがとうございました。

それでは、以降の進行を数井先生にお願いいたします。

- 数井座長 では、次第に沿って話を進めさせていただきます。

きょうは地域と病院の連携です。病院を主として、その地域がどう絡んでいくかというのをテーマに、皆さんとグループワークで話をしていきます。

昨年もいろんな課題を皆さんから思いつくままにというか、お話ししていただいて、それがどうやってまとまっていくのかなと思っていたところで、後でお話があるかと思いますが、ただ意見を言うだけではなく、ことしは何か具体的な解決策をまとめられて、意見をまとめていただければありがたいという趣向になっているようです。

それでは、東京都より議事についての説明をお願いします。

- 事務局 東京都福祉保健局の村井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、まず、資料2をごらんください。昨年度の在宅療養ワーキングの開催結果でございます。資料の左側、開催日等につきましては記載のとおりでございます。当日の内容につきましては右側に記載がございまして、昨年度も意見交換をメインに実施しておりました。テーマは大きく二つで、一つ目が在宅療養に関する地域の現状・課題等について、二つ目が地域と病院の連携についてでございます。

テーマごとに出されました意見につきましては、資料3をごらんください。本日の南多摩圏域のまとめをご紹介させていただきます。9ページ目をお開きください。右下に9とある資料になります。この資料の中の、本日のテーマの地域と病院の連携について出てきたご意見や課題を紹介させていただきますと、丸の一つ目で、地域と病院で顔の見える関係をつくるための会を開催している。次の丸でも、在宅と病院との連携についてはうまくいっているというご意見がある一方で、市外の病院との連携がとれていないといった課題が挙げられました。丸の四つ目では、生活面で多くのサポートを必要とする患者さんを病院で受け入れても在宅への復帰がなかなか難しくなっているといった課題が挙げられておりました。

また、ディスカッションの参考といたしましては、もう一つ、次の資料4をお開きください。こちらは、このワーキングの親会議となります地域医療構想調整会議の今年度の第1回目の結果をまとめたものでございます。開催状況ですが、南多摩については昨年の6月8日に開催してございます。内容としましては、平成29年の病床機能報告の速報値のご紹介と、地域医療構想の達成に向けた公的医療機関等2025プランについ

て、プラン策定対象病院からプランの記載内容についてプレゼンがあり、そのプランの内容や、プランを踏まえた地域の課題についての意見交換等を行ったというものになっております。

その会議の中で出てまいりました意見や課題についてまとめたものが資料5でございます。南多摩については2枚目の表をごらんください。右側が南多摩でございますが、ここで出た地域と病院の連携についてのお話を紹介いたしますと、ICTを活用した連携に関してお話がございました。ICTに関しては、八王子医師会さんが立ち上げたまごころネットの取組も進んでいる地域と思います。①のプラン策定病院についての多摩南部地域病院さんのところですが、在宅緩和ケア患者の受け入れなどに関して、地域との連携ができています。これは、MCSを活用して地域の在宅医の先生と連携をとって、在宅患者さんの急変時の受け入れなどで効果的にうまく使われているためである。ただ、多くの在宅の先生に今後利用していただけるように広めていって、地域との連携を進めていきたいといったお話がございました。

続いて、資料6、グループワークについてご説明いたします。

まず、グループワークが開始しましたら、進行役と書記、発表役をお決めいただきます。

続いて、進行役の方が中心となり、グループ内でディスカッションする課題を決めてください。進行役の方は参加者全員が発言できるように進めてください。書記の方は、出た意見を机の上に用意したA4の紙にペンで記録して行ってください。机の上には白紙のものと、課題と取組をそのまま記入できるシート、2種類をご用意しております。どちららをご使用していただいても構いません。

次に、このグループワークの具体的な進め方についてですが、まずは、テーマである病院と地域の連携から、グループメンバーの中で解決したい課題についてご議論いただきます。メンバーから出された課題に対し、では、現状はどのようになっているかを話し合ってみてください。その後、課題と現状を踏まえて、課題を解決するにはどのような取組が考えられるかをディスカッションしていただき、グループワークの中でまとめていただきます。

グループワークの時間は50分間となっております。この後、予定どおりいきましたら、終了予定時刻は20時10分です。

50分間のグループワークが終わりましたら、全グループからの発表となります。課題に関する説明と、グループでまとめた取組案を発表してください。本日は4グループとなっておりますので、1グループ4分程度のお時間がございます。

資料をおめくりいただきまして、資料6の2枚目に、これまで行われたグループワークの発表内容について、主なものをまとめてございます。例えば、Aの圏域では、丸の二つ目で、地域の在宅医療側と病院側とで共通認識ができていない。在宅医療側の事情等を病院側が把握できていないという課題に対し、取組案として、病院主導の研修会を行い、地域の医療・介護関係者が病院の中に入っていき、率直な意見交換を行う。できるだけ多職種かつ市を越えた広域で行っていくのがよいといった案が出ました。

それから、Bの圏域では、一つ目の丸で、各地域で使用されている情報共有のツールが異なっているため、別の地域から来る患者の情報は別のツールを使って共有しなければならない。解決策としては、東京都あるいは国が統一的な情報共有のためのツールをつくるべきであるというご意見をいただいております。

また、Cの圏域では、同様に情報共有に関することとございますが、退院後、他の病院へ転院、あるいは、在宅療養へ移る際に、双方の意思間での情報共有はできているが、

元のかかりつけ医や地域のソーシャルワーカー等と情報共有ができていないという課題に対し、取組案としては、まずは、圏域内には共通のシートが既に整備されているので、引き続き周知して利用を広めていくということと、病院から他病院へ転院する際の病院間の情報共有シートもわかりやすいものをつくって統一していくといった案が出ておりました。

最後になりますが、参考資料1のデータ集についてでございます。こちらは、厚生労働省から各都道府県に対して提供される医療計画作成支援データブックや、同じく、厚生労働省が公表している在宅療養に係る地域別データ集等をもとに、在宅療養に関する医療支援や看取り等の実績、自宅死の割合等をまとめたものでございます。今後、地域において施策検討のご参考としていただきますよう、ご提供させていただくものでございます。後ほどご確認いただければと思います。

それでは、以上で説明を終わります。

○数井座長 どうもありがとうございました。

続きまして、東京都医師会から、東京都老健のショートステイ機能活用促進事業というものがありますので、その情報提供を平川先生からお願いしたいと思います。

○平川副会長 平川でございます。少し時間をいただきまして、グループワークの手前で、ウォーミングアップ中ということでこの情報を提供したいと思います。

お手元の資料に、東京都老健ショートステイ機能活用促進事業と、タイトルを見てもらえればわかると思います。これは、平成30年度、東京都から補助金をいただきまして進めている事業でございます。各地域におきましては、地域包括ケアの構築に向けてさまざまな動きをしているわけですが、人、物、金がない中で、今、現有戦力をどううまくオンライン機能で活用するかということがうたわれております。そういった中で、老健施設というのはなかなか、この医療と介護のはざまに挟まれて、見えてこないという話を聞きました。

お手元、資料、3ページを開けてほしいのですが、3ページの上と下に二つ書いてありますが、老健のイメージとすると、サービスの内容が十分に理解できない。多くのケアマネは老健を利用すべき人のイメージが抱けないでいる。あるいは、地域のかかりつけ医は老健の特徴や医療方法を理解できているのかといったような問題点が指摘されます。

さらに、その下になりますけれども、まさにカウンターパートのケアマネからの率直な意見、耳の痛い話ばかりですが、老健では高額な薬が出せない。3カ月で出される。老健はいつも満床で数カ月待ちだとか、あるいは、老健の相談員の対応の問題で、しゃくし定規で融通がきかないと。老健から入所を断られると、フロアの看護師がだめだと言っているとか、経管はだめだ。一度このような回答があると、ケアマネとしては入所希望をちゅうちょしてしまうと。結局はサ高住さんのほうが楽かなというような形で、ほとんど老健については、ケアマネの選択肢からスルーされているのが現状と聞いております。

しかしながら、老健とは何だろうと。特養とか、あるいは、サ高住とどう違うんだと。なかなかその機能はわかりにくいと思うのですが、例えば、2ページの上を見ていただければでしょうか。似たようなサービスとしては、通所リハビリと、通所介護、つまり、デイケアと、デイサービスというのがございます。デイケアは老健を含めた医療機関が提供するサービスで、デイサービスは、福祉系の特養や、あるいは、株式会社がやるサービスでございます。この図を見ていただきますと、例えば、脳卒中、認知症、その他と書いてありますけれども、脳卒中におきまして、通所リハ、デイケアとデイサ

ービスの自立度の回復度を見ると、明らかにデイケアのほうがデイサービスを上回っている。認知症についても同じことが言えます。しかしながら、サービスを選ぶ利用者側も家族もケアマネジャーもこのあたりを意識しているかというところ、その辺はわからない。ひょっとすると、料金が安いからデイサービスがいいかなという話もあるかもしれない。こういったことは介護保険ではまかり通りますけれども、医療保険ではあり得ない。必要なものは必要なところに。眼科の患者さんを耳鼻科が診ることはあり得ない話なので、こういった形ですごく緩いなという印象がございます。

戻っていただきまして、1 ページ目になります。下にショートステイのことが書いてあります。老健の機能をいかにつまびらかにするか、あるいは、明らかにするために、やはり、ショートステイ機能のことで老健機能をうたうほうがいいんじゃないかということ、これを東京都と話し合いました。今回の事業を始めました。ショートステイは、特養や株式会社等が提供する短期入所生活介護と、老健や療養型医療施設等が提供する短期入所療養介護の二つがあります。しかし、世の中では往々にショートステイでくりにされている、そういう傾向がございます。そのために、老健施設のショートステイは、いわゆるレスパイトケアといいますか、もちろんレスパイトが悪いわけじゃないですけども、休憩場所として使っている。しかしながら、老健には医師、看護師、リハ専門職、薬剤師等の医療職を配置しているので、これを特養やサ高住と一緒にされてはちょっともったいないなという気がするわけです。医療職を配置している老健のショートステイ、つまり、医療的ショートですけども、例えば、PT、OT がきちんと把握できると。認知機能や身体機能の維持向上を目的としたショートステイ中のリハとか、その評価ですよ。認知症がよくなった、悪くなった。ADL がどう回復したかというのがきちんと評価するということ。あるいは、polypharmacy の調整、他剤併用、たくさん問題になっておりますけれども、たくさん振りかけご飯のように薬を持ってくる方に、老健に入って全部飲ませちゃったら、低血糖発作を起こしたとか、血圧は下がり過ぎちゃったというわけで、今まではちゃんと薬を飲んでいなかったんじゃないかということもあって、こういったものを主治医の先生と連携しながら、きちんとした必要な薬を必要なだけ出すということとか、あるいは、低栄養の状態とか、あるいは、摂食嚥下の評価といったもの、こういった老健ならではの医療系のショートステイを使うべきではないかと。それが在宅の生活継続につながるんじゃないかということで、この事業を始めました。

事業の内容は、4 ページになりますけれども、3 本柱から成っております。

一つは、ショートステイの情報基盤構築ということで、ホームページをリニューアルしまして、老健ショートステイのリアルタイムでの空き情報が見られます。初めは緊急ショートとうたいたかったのですが、ちょっとそれは紛らわしいこともあるので、一応、ショートステイということになっております。

二つ目が、間もなくでき上がりますけれども、正しく老健のショートステイ、ほかの短期入所療養介護、特養や株式会社のショートステイと違うということを示したパンフレットを今つくってまして、間もなく皆さん方に届くと思います。それから、老健の活用促進のための研修会を開いて、先ほどからの繰り返しですけども、必要な方を必要な形に結びつけていくということ、そういった研修会を行っております。

4 ページの下がショートステイの情報検索システムですけども、右側の5 ページですが、この中では、あくまでもリアルタイム、きょうの情報をきょう出すことをいっています。今、東京都内には約200の老健がございまして、団体に入っている施設が160ぐらいあります。現状、12月からこれを始めたのですが、今、100の

施設が登録しております、日々更新しているのは60施設です。今後これはふえてくると思うんですけども、ここで、該当のページ、特にこれで大事なものは、5ページの右下ですが、インスリン注射や経管栄養（胃ろう）といったような、医療に特化したことができるかできないか、これは一番迷うわけですけども、このあたりをクリックしながらやると必ず出てくる。実際問題、きょう、先生方の携帯でやればすぐ出てくるわけですけども、こういったものを提供して、繰り返しですが、限られた資源を有効、かつ、行くべきところに行く、預けられるところに預けるという仕組みをつくらうと思っています。

情報提供になりますけども、今後ともよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○数井座長 平川先生、どうもありがとうございました。

きょうこれから皆さんに協議していただく病院と地域の連携ということであれば、老健は地域のほうに所属するサービスということになるわけでしょうけれども、老健の意味というか活用方法について新しい提言を、今、平川先生からいただきました。

それでは、早速、グループワークに移りたいと思いますが、その前に、これまでに東京都と東京都医師会からお話があった内容について、何か質問があればお伺いしますけれども、よろしいでしょうか。

それでは、これから8時10分まで、もう50分間を過ぎてしまいましたけれども、各グループで司会というか、仕切っていただく方を決めていただいて、あと、終わってから、各グループからの発表していただく方も決めていただいて、この短い時間の中で、先ほどもありましたけれども、各地域における病院と地域の連携についての課題を幾つか挙げて、そのうちのどれかに絞って具体的な対策が何かあるかというところをお聞きしたいというのが今回の趣旨ですので、手際よくよろしくお願ひしたいと思います。よろしいですか。

では、皆さん、まずは皆さんで自己紹介をしながら、皆さんはなれていると思うので、よろしくお願ひします。8時10分までお願ひします。

(グループワーク)

○数井座長 それでは、時間になりましたので、一旦グループワークのほうは終了させていただきます。

最初にお話ししましたように、A、B、C、Dの4グループで、今お話しされたことで、まず、まとまりのない結果になっているかもしれませんが、グループでの話し合った内容を、どういう内容でも結構ですので、簡単にまとめて、時間は4分ありますから、谷平先生。

○谷平委員 稲城市医師会の谷平と申します。Aチームの発表をさせていただきます。発表というのも苦手で申しわけないですけど。

いろんなお話をさせていただきましたが、病院と地域の連携ということでございますが、まず、地域ごとに、一応5市の皆さんがそろっているのですが、5市のお話をさせていただきましたが、お互いに顔の見える関係はある程度できているんじゃないかというのはお話をしていました。ただ、実際、地域をまたいでほかの施設にもしくは行った場合に、なかなか戻ってくるのは大変なのかなということと、お互いに顔が見えていないのかなと。その辺が、今後いろんな意味で情報のネットワークというか、ツールというか、そういうものは整備していかなくちゃいけないのかなというお話が多々ありました。

あと、実際、在宅に戻す場合に、なかなかすぐには戻しにくいだろうという話で、その選択肢をフローチャートみたいにつくっていくともっといいのかなと。患者さんも家

族も選んでいけるようにフローチャートをつくっていくといいのかなど。

実際、在宅に戻せるかどうかということを考えるときに、病院のスタッフとかが実際、お家に見に行ったりですとか、実際の状況を把握しないとなかなか難しいのかなという話が出てまいりました。

あと、初めて入院した人、あるいは、今まで介護認定を受けていなかった人が入った場合に、なかなか難渋してしまうと。介護認定を受けるのが難しい。すぐにはできない。1カ月くらいかかってしまうと、その間はどうするんだということで、実際問題、介護認定が早くできるようにするにはどうすればいいとか、介護が必要になる前に、その情報をいかに皆さんが共有したり、集めやすいような方法ができればいいなという話がありました。

実際の問題としては、ふだんの状態を包括の担当者、もしくは、民生委員の方を通して情報を集められるようにしておいて、すぐに情報が集められるようにしておくのがいいのではないかという話がありました。

あと、実際に、病院とか在宅の先生方とかもそうですが、いろんな情報発信をしたときに、返信が余り来なかったところとか、データのやりとりをするときに反応がなかったところには、より細かく目を配って、手をかけてフォローしていくといいんじゃないかという話でした。

大体こんな感じです。

○数井座長 どうもありがとうございます。

では、引き続きまして、Bグループの発表をよろしく申し上げます。中村先生、お願いします。

○中村委員 谷平先生のもとで医師会のお仕事させてもらっています。

病院と医療の連携ということなんですけども、結局、そこには患者さんとか家族の方、その方が主役なので、その方が納得、満足というのはなかなか難しいかもしれないですが、やっぱりそこが一番大事だと思うんですね。医療者だけがこれでいいんだよねということではやっぱりいけないと思いますので、やっぱり、市民の方にそういう医療、介護の仕組みというのをわかっていただく。これは、今、行政も当然動いていますし、稲城でも当然そういうことをやっていますし、ただ、行政はなかなか、できる回数とか、ご予算もあると思いますし、精いっぱいやっているんですけど、回数にしてみれば、そういう市民向けの講座とかは、年4回とか、その辺が限界だと思うんですね。あと、いろんな広報とかもしていますけども、やっぱり興味のない人は見ません。やっぱり60代になってきてそろそろという人は、結構それなりに目を向けてくれて、結構来てくれますけど、意外とリピーターしか来ていないのかなという不安もあるんですけどね。その辺を何とかできないか。

在宅医療相談窓口みたいなものは稲城でもあるんですけども、なかなかそれも周知というのは難しいのですが、そういうものが市町村にどこか拠点を設けて機能するといいたんですけども。

あと、個人的な感想もあるんですけど、住民とか市民だけじゃなくて、例えばケアマネさんですね。ケアマネさんも、やっぱり医療に強い方、失礼ですけど医療に非常に弱い方とかがいらっしゃいますから、ケアマネさんも相談できるような、市民とか一般の方じゃなくて、そういった幅を広げて相談の場を持つ機能、稲城の場合も相談員がいますけども、意外と暇にしていると思うんですね。だから、そういったケアマネさんが逆に出てくるという、そういったことも設けてもいいのかなとふと思いました。

あと、病院の医療資源は各地域でいろいろ決まっていると思うんですね。余り広域に

し過ぎてしまうと、やっぱり当然解決できない問題の方がふえてくると思うので、今、私のところは町田と稲城でしたけど、稲城と町田というのは4倍くらい違うんですよ。うちは9万。町田は42万。お互いに今のところは個人的に困っていないよねということなんです。なぜかという、病院と在宅医で、町田さんも在宅、いわゆる支援診療所は意外と少ないんですって、40万もあって。ですから、少なくとも頑張っているから病院との関係も良好で、病院と在宅の関係はうまくできるのですけども、それが、ちょっと近隣の病院にポンと救急搬送されてしまったとか、そうすると、我々も川崎市とかにポンと行ってしまうと、ちょっと微妙なタイミングとかがある。そういうところと交流もしたいなと思ってもなかなかできないので、ピンポイントでそういう何か交流的なものができればいいかなというふうに思います。

あとは、家族の人に、今の医療、在宅で何ができるのか、いま一度、繰り返しになりますけど、そういったものをきちんと理解してもらった上で退院してこないと、本当にトラブルというか、本当に苦労ばかりで申しわけないということになってしまいますから、やっぱり、病院の相談員の方ですね、医療連携とか。その上には病院の看護師さんですね。地域でも病院の看護師さんと訪問看護ステーションの交流というのも結構今始まっていると思うんですけれども、そういうのをもっと何か気軽にできる方法。

あと、在宅をやりたいという先生が気楽に1日だけ訪問診療につき合わせてくれとか、そういうときにできるような体制。私もいつでもどうぞと言っていますけど、なかなか皆さんは忙しいですから、できないのが現状です。でも、やってみて、診てみないことには始まらないので、そういった機会ができればと願っております。

時間が来ましたので、以上で終わります。

○数井座長 中村先生、どうもありがとうございます。

次はCグループです。どなたでしょうか。お願いします。

○山下委員 八王子にありますケアミックスの永生病院というところから来ました山下といいます。よろしくお願いたします。

私どもCグループは、まずやはり、連携というところをテーマに考えて、どのような連携を考えていこうかということになったのですが、やはり、いろいろな中で話に出た中で、東京としての地区の特性を考えるべきだろうというようなことが、まず意見として出ました。特に、南多摩医療圏、あるいは、東京の場合には、東京はインフラが整備されていますので、地方と違って、二次医療圏、自分の区域内だけで医療が完結するわけではなく、他圏域から流れてくる患者さんも非常に多いんですね。例えば、南多摩医療圏でも、多分、恐らく3分の1くらいは他圏域から患者さんが流入してきていて、私ども、例えば八王子市の例で言うと、例えば、神奈川県からいらっしゃる方、あるいは、区西部からいらっしゃる方、北多摩からいらっしゃる方、山梨から来る方とか、かなり多くの患者様が流入してきているというような事情があります。やはり、これは交通インフラが整備されているような点で、自区域内の圏域でだけで考えていては、やはりちょっと追いつかないのではないかなというようなことで意見が出ました。

特に、そういうことの中で、やはり、区域外との連携というのはかなり重要になってくるだろうというようなことが出まして、私どものチームとしましては、区域外の連携というようなことでテーマとして検討させていただきました。

特に、区域外の病院から患者さんを紹介していただいて、治療したりとかをして、もとの地域の病院に戻していったりする場合に、やはり、情報が少なかったりだとか、どこの在宅の専門の先生にお願いすればいいかとか、そういうようなことも非常にわかりにくいので、それをどうやって調整していくかということが、やはり問題となってくる

というふうに討議されました。

そういった中で、じゃあ、どうしていったらいいかというようなことで、一つ、まず案としましては、最初に出た案としましては、やはり、他の圏域の病院や、あるいは、区域の先生とかも、顔の見える関係ですね。この顔の見える関係というのがテーマだと思うんですが、その構築がまず第一だろうというふうに考えました。そのためには、特に隣接する圏域ですね。例えば、隣接する圏域を全て含んだり、あるいは、神奈川県相模原地区とかも含めた、神奈川県とかも含めた他地区の圏域等を含めた広域のネットワーク会議みたいなものを定期的で開催して、そういう区域外の先生方との連携を強化して行って、区域外の先生との顔の見える関係の構築がやはり重要ではないかというふうに一応考えていました。

そんなふうにして区域外の先生方との連携を図って、区域外に返していくという方法が一つ挙げられたのですが、ただ、そういうような顔の見える連携ができたとしても、やはり、その連携の中には乗らなかつたりだとか、いろいろ難しい問題を抱えた方もいらっしゃるって、そういう方たちをどうやって救っていくかというようなことがまた問題になるだろうというようなことで、特に、そういうような場合には、例えば、市とかそういう公的なところで総合的に相談できるような、在宅支援課のような統一的に相談できる窓口があって、そういうところで病院の振り分けですとか、いろいろな病院間の連携の調整ですとか、あるいは、在宅との連携、介護との連携とかを総合的に相談して、そういうような形を守っていくようなセーフティーネットみたいな組織が、やはり市の中とかにできるといいのではないかというような意見が出ました。

以上です。

○数井座長 山下先生、どうもありがとうございます。

最後です。Dグループ、お願いします。

○河原崎委員 Dグループの、私は稲城市立病院の内科の河原崎といいます。4分の3稲城ということで。

我々のグループでも、病院と地域の連携ということに関して話し合いました。

特に我々の中で話し合われたのは、もともとのかかりつけ医からどこかに入院して、その後、退院した後の行き先ですね。こういうのが全部ばらばらになっちゃう可能性がある。もともとのかかりつけ医に戻らずに、点々と次の医師に行って、そこで、またどこかに入院すると、そこと関係の深い医師のほうにまたつながりたいという感じで。もともとのかかりつけ医からの、代々のずっとこの連携をつないでいくのがつながらないという問題がありました。

これは歯科に関しても同様で、やはり、どこかの歯科にかかっている、どこかに入院して退院すると、違う歯科にかかっちゃうとか。これをシームレスといいますか、一連の流れをつくる一つのキーワードとしてはケアマネさんなのかなと。ケアマネさんが情報を全部収集して流れるようにつなげていくか、もしくは、ちゃんともとのかかりつけ医に戻れるように采配を振るうというか、するとか、そういったところが必要じゃないかという話がありました。

あとは、社会的フレイルといいますか、独居の高齢者であったり老老介護であったり、そういった方々が明らかにこのままだと崩れるなというぎりぎりのところになって、ようやく入院したというケースがあるので、そういったところもケアマネさんがかかわるのであれば、前もってある程度計画性を持ってかかわったほうがいいだろうと。ただ、かかわるといっても、全てを介護保険でどんどん介護力を入れていくと、家族が今度は全部そっちに任せちゃうというところがありますので、そこら辺の采配はケアマネさん

の力に頼るところが多く、そこら辺の勉強とかも経験とかも勉強していく必要があるだろうと。ケアマネさんに全部押しつけるわけじゃないですけども、非常にキープレイヤーであるということはみんなで共有しました。

あとは、自分たちの地域の病院に入院して退院するというところに関しては連携ができるけれども、やはり、違うところに行ってしまう、市外のほうに行ってしまうと、なかなか連携が難しくなってしまうと。例えば、大きな大学病院とか、あと、がんセンターとかに運ばれると、突如またポンと戻ってくる。特に前もってのやりとりがなく急に戻ってきちゃうということがあるので、そういったところに関しては、高度医療を提供する病院と地域の亜急性期といいますか、そういった病院との連携があると、ワンクッション、家に帰る前に、まっすぐ直接家じゃなくて、地域の亜急性期とかの病院に一旦入院して、そこでまたアレンジして、最終的に在宅に帰ると。そういったパスがあってもいいんじゃないかという話をしました。

そういった意味では、どこかに入院して、地域に戻るときには、その地域の病院でどこか入れるところがないかという、先ほどの老健の空床ベッドじゃないですけども、病院に関しても似たようなシステムがあって、自分たちの病院、どこかから、ある遠いところから患者さんが戻ってくる際には、うちのベッドは空きがありますよと手を挙げる、ICTの活用をすると、それも一つの手かなというようなお話をしました。

あとは、地域になかなか根づかない、根づかないことはないでしょうけども、うちの病院は大学からの派遣で人がよく入れかわるのですが、なかなかそうする、顔が見えるといっても、連携といいますか、顔の見える連携というのはなかなか難しいと。そこに、うちには連携室というものがあるので、この連携室というのは非常に活用できるというお話をしましたし、そこを通していろいろ懇親会、勉強会、そういったものも有効であろうというお話をしました。

以上です。

○数井座長 どうもありがとうございました。

以上、4グループのまとめをお話ししていただきましたが、どのグループも市をまたいだ他市との患者さんの移動についての問題を挙げていただきましたけれども、Aグループでは、入院する前の段階の住民の情報というものを、包括支援センターを中心に集めたらどうかということをご提案していただきましたし、Bグループでは、大体、結局は病院と地域というけれども、患者さんが中心であると。患者さん自身、そういう知識とか、対応策を身につけていただくことも重要ではないかというお話をいただきました。Cグループでは、他市をまたいだ中での広域の会議、連絡会等を立ち上げたらどうかということで。Dグループでは、やっぱり病院と地域をつなぐのはケアマネジャーというキープレイヤーがいて、同時に病院の中にいらっしゃるソーシャルワーカーとのつながりというものも非常に重要じゃないかというような話をいただきまして、非常に有意義なお話をいただけましたと思います。

そういうことで、時間どおりに進んで、8時半になっちゃいましたけれども、最後に、東京都医師会より本日のグループワークのご講評をいただきたいと思います。西田先生、よろしくお願ひします。

○西田理事 東京都医師会医療介護福祉担当の西田と申します。少し感想を述べさせていただきます。

非常に活発なご議論、本当にお疲れさまでした。先ほど、座長のほうからお話がありましたが、この圏域は地域内の顔の見える関係は非常にいいというご意見です。それで、圏域内はいいんだけど、地域を越えたときに患者さんが行方不明になっちゃうという

ころを払拭するために、かなり広域なネットワークをつくる必要があるだろうというご意見が割と多かったような気がします。そこに、いろいろパスですとかICTとか、連携室の活用ですとか、やはり、ハブとしてのケアマネの役割の重要性とか、そういったようなお話が出たのかなと思います。

在宅療養を考えるときに、どうしても最小単位の基礎自治体ごとの議論になるかと思うんですけども、病院の連携ということを考えて、最低でもやはり二次医療圏という話になってきます。二次医療圏ごとにこういう議論をする機会って、皆さん、地域の中で余りないと思うんですね。ですから、年1回ではございますけども、この回をぜひ活用していただいて、二次医療圏内でのその連携をさらに深めていただきたいと思います。さらに、大病院というものが入ってくると全都的な動きになりますから、そこはまたいろいろ連携をさらに深める何か別の方法を考える必要があるかと思うんですけども。

また、きょうたくさん出していただいたご意見は、ぜひ先生方は地域に持って帰っていただいて、そこでさらに練り込んで具体的な方策につなげていただければと思います。恐らく来年度も東京都はこれをしていただけたらと思うので、ぜひその成果をまた持ち込んでいただけることを期待して、感想とさせていただきます。ありがとうございました。

○数井座長 皆さん、どうもありがとうございました。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返ししたいと思います。

○久村地域医療担当課長 ありがとうございます。本日は、限られた時間ではございましたが、地域の課題、論点を整理していただきまして、また、具体的な提案をいただきましてありがとうございました。特に、こちらの圏域のご意見、ほかの圏域とはまた違った視点、違ったアプローチでのご意見をいただいたとっておりますので、我々も本当に参考にさせていただきたいと思います。

今回の議論の内容につきましては、こちらの親会議でございます地域医療構想調整会議、あるいは、東京都全体を取りまとめます調整部会にご報告させていただくとともに、東京都の在宅療養推進会議にもご報告させていただきまして、今後の都の取組の検討の参考にさせていただきます。また、本日参加いただいている医療機関、あるいは関係者の方にも、このワーキングの資料、あるいは、検討内容については情報提供をし、共有していきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、以上をもちまして本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。