

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（区南部）

日 時：平成31年1月29日（火曜日）19時00分～20時38分

場 所：東京都医師会 5階

○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、ただいまより区南部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、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、着座にてご説明をさせていただきます。

まず、本日の配布資料でございますが、お手元、次第の下段に配布資料ということで記載のとおりでございます。資料1から資料6まで、それから参考資料1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ください。

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、ご発言の際にはマイクをお取りいただき、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

申しわけございません。あと、資料のほう、参考資料1のほかに、きょう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の資料も置かせていただいておりますので、よろしく願いいたします。

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

○平川副会長 皆さん、こんばんは。東京都医師会の本事業の担当副会長の平川でございます。きょうは本当に月末のお忙しい時期、また途端に冷えているといいますか、風が冷たい夜でございますけれども、ご出席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ことで、地域構想調整会議のもとに、他の都道府県といいますか、地方では、もちろん調整会議があるのですが、在宅療養に特化したワーキングというのは、ほとんどないと聞いていますので、このあたり本当に東京都のほうで、ご支援いただいて、こういう形で開催できることを非常に喜んでおります。

ことしも、本年度も、各地区で行われていまして、どの地域でも活発な討論がされており、地域包括ケアというのは、区市町単位、基礎自治体の単位でございますし、それが近隣する、近接する他の自治体がどういう形になっているかと知ることは、すごく大事だと思います。多分でもこれ、10年前だったら、こんな形で開催できなかったのかなという気がいたします。やっぱりこの10年の中で、自治体間の関係とか、あるいは多職種との連携というのが、本当に急速に進んできて、以前だったら、こんな会を開いても、なかなかかみしもを着たまの議論で終わっていたと思うんですけども、大分、その辺が各地域でも行われてきた様子で、この会議においても、いつも活発な議論をいただいております。

きょうも短い時間ではございますけれども、ぜひぜひ、ともに抱えている問題や、うまくいった好事例などをお話ししていただいて、地域の活性化になると思っています。最

後までよろしくお願いいたします。恐れ入ります。

- 久村地域医療担当課長 平川副会長、ありがとうございました。

続きまして、東京都より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。医療改革推進担当部長の田中でございます。

本日は本当にお忙しい中、また寒い中、またインフルエンザがもう大流行で、先生方、大変お忙しいと思われる中、ご参加いただきまして、ありがとうございます。

この在宅療養ワーキングにつきましては、この圏域単位で行っておりますけれども、医療と介護の連携については、基本的には区市町村単位で地域の医療関係者、介護関係者が連携をして行っていくということになっております。

そんな中で、より広域的な圏域の単位で、この会議を行うに当たって、どういうこととお話し合いをしていただくのがいいかということでも考えましたところ、やはり病院については、外来にしても入院にしても、病院の所在地の区の患者さんだけを診ているわけではないので、区市町村を超えた連携が非常に必要だろうということで、今回は病院と地域の連携ということの一つテーマに、この後、グループワークをしていただくことにしております。

このテーマは、全ての圏域で共通でございまして、既にこのワーキングが終了している圏域があるわけですが、その中で、課題としては、やはり病院のスタッフが在宅のことをわかっていないとか、ケアマネがうまく機能していないとか、似たような課題が出ておまして、それに対して、今回は、こういうことが課題だよねと終わるのではなく、それではどうしたらいいのかということも課題解決に向けた、ぜひ前向きなお話し合いをしていただきたいということで、他の圏域で結構、病院の人たちに在宅のことをわかってもらうために、やはり地域のスタッフが病院に行き、いろいろとお話を、研修などをやるとか、病院の方に理解をしてもらうという努力も必要なんじゃないかとか、ケアマネの教育が大事だとか、いろいろと提案をしていただいているところもございます。本日もできれば、そのような非常に前向きな課題解決型のグループワークをしていただければ、大変ありがたいと思っております。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 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、南雲医院院長、南雲晃彦先生にお願いしております。

では、南雲先生、一言お願いいたします。

- 南雲座長 南雲です。きょうは、どうぞよろしくお願いいたします。

後ほど、東京都のほうから資料の説明がありますが、平成29年度の在宅療養ワーキングで、いろいろ示された課題がございます。もし、本日ご出席の皆様で課題はないと、問題はないというふうにお考えの方がいたら、これをちょっと横目で見ながら、そういうこともあるのかというふうにお考えいただいて、先ほどお願いというか、都のほうからありましたように、解決策も考えてほしいと。問題を挙げるだけではなくて、それをどうしたら解決できるかということも、ご議論、ご討議、ご検討いただければ、ありがたいと思います。

きょう困ったこと、産業医の会社に行き、1時間半、社員と面談をして、それから特養に行きまして、特養に行っている最中に、在宅のCPの子が8度何分の熱を出したからどうするとお母さんから電話がかかってきて、どうしようと考えているうちに、サ高住から電話があつて、8度何分で、血圧が70で、SATが60なんだけれど、ええっと。こういうのをすぐ病院にお願いするのか、救急車を呼んだらいいのか、自分で行

くのか、でも同時にあっちとこっちには行けないし、どうしよう。訪問看護ステーションもこんな急でお願いはできないし、常に張りついている患者さんなら別なんですけど。こういった状況を例えば、医療の連携の中で、うまく解決する方法があるのでしょうかということも含めて、私、非常にきょう困りまして、どうしたらいいのかと。体は一つ、頭も半分しかないのに困ったなというところでありました。

ぜひ、こういう会議を、討議を含めて、そういった問題が一つずつ解決できれば非常にありがたいというふうに思います。

以上、よろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 南雲先生、ありがとうございます。

それでは、以降の進行を南雲先生にお願いいたします。

○南雲座長 では、早速、議事に入りたいと思います。今回は地域と病院の連携について、問題点とその解決策をご討議いただくということになっております。日ごろから感じておられる病院の先生、在宅の先生、それから薬剤師の先生、その他それぞれ職種別でご代表が出てきていただいているので、それぞれが抱える問題をそれぞれの立場で表明していただいて、それを受けて、受ける立場の相手方とどうやったら解決できるかというのができればいいと思います。

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 私、東京都福祉保健局の中島と申します。それでは、配付させていただいております資料について、ご説明をさせていただきます。

まず資料の2をお開きいただけますでしょうか。昨年度の在宅療養ワーキングの開催結果でございます。資料の左側のほうをごらんいただきますと、おとし10月から去年の1月にかけて開催をしております。

当日の内容につきましては、右側に記載しておりますけれども、意見交換のところをごらんいただければと思うのですが、二つテーマを掲げて意見交換していただきまして、一つ目が在宅療養に関する地域の現状・課題などについてというのと、それから、地域と病院の連携についてと、この二つのテーマに皆様に全体で討議する形でご議論をいただいたところでございます。

テーマごとに出された意見をまとめさせていただいたのが、資料の3にあります。その資料の2枚目をお開きいただければと思うのですが、区南部のところでございますけれども、この資料の区南部のところのページの右側のほうに、地域と病院の連携についてというテーマで出てきたご意見・課題を記載してございます。

少し紹介させていただきますと、丸の三つ目ですけれども、病院から病院へ転院するときに、転院もとの病院から患者さんの入院する前の、前の病院に入院する前の状況・情報が全く入ってこないということで、ちょっとそれで、受け手側の転院を受けた側の病院のほうも、情報共有がしっかり前の病院とできないもので、それが課題であるというようなことが出てきたのと、それから丸の五つ目で、これは一度入院して、退院した後、もともとの主治医のもとに帰ってこないという問題があるということで、これに対して、取り組みの一つとして、主治医の先生が病院に患者さんを紹介するときに、退院したら自分が診ますからということをしっかき意思表示して、病院側に伝えておくということをしっかき、あとは訪問看護だとか、ケアマネジャーなんかもあるので手配できるから、そういったところも、病院さん、この人とこの人が訪問看護師で、ケアマネジャーさんなので、ということもしっかき地域側で支援していた情報をきちんと病院側に共有する。情報を伝えておくということをあらかじめやっておくのがいいんじゃないかというご意見をいただいたところでございます。

また、ディスカッションの参考としまして、もう一つ次の資料4をごらんいただければと思うんですけれども、こちらはこの在宅療養ワーキングの親会議になります地域医療構想調整会議、こちらの今年度開催した第1回目の結果をまとめたものになっております。

区南部につきましては、5月30日に開催してございまして、内容としては、内容は右側に記載しておりますけれども、平成29年の病床機能報告の速報値をご紹介したのと、それから公的医療機関等2025プランのこのプランについて、プラン策定対象病院のほうから記載内容についてプレゼンがございまして、そのプランの内容であったり、プランを踏まえた地域の課題であったりについての意見交換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、次の資料になります。資料5の1枚目真ん中のほうに区南部を記載してございます。ここでも、かなり在宅療養に関連する事項について出ておりますので、ご紹介させていただきますと、特に③の在宅療養患者の入院から転院についてというところで、ここでも先ほど紹介したような在宅から病院に入院すると、地域で担当していた在宅医の先生との関係が切れてしまうということで、在宅医とのつながりがなくなってしまって、在宅療養で、在宅というのは、おうちで対応が可能なはずの患者さんが施設に送られてしまっているというようなことがあるということで、先ほど紹介したのと同じ形になりますが、地域のほうと病院側とで、情報の連携が十分に行えていないということが、ここでも同じように課題として挙げられておりましたので、紹介させていただきます。

それから、続いて資料の6、グループワークについて、ご説明させていただきます。

まず、グループワークを開始いたしましたら、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ましてグループ内でディスカッションする課題を決めていただければと思います。進行役の方は、参加者全員が発言できるように進めていただきまして、書記の方は、出た意見を机の上に用意させていただいていますA4の紙にペンで記録をしていただければと思います。

本日は、紙なのですが白紙のものと、それから課題と取り組み案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、いずれを使っても構いません。提出していただく必要もありませんので、自由にお使いいただければと思います。

グループワークで、まとめていただいた、その課題とそれに対応する取り組み案というのを最後に発表者の方に発表していただきます。

次に、このグループワークの具体的な進め方なんですけれども、まず、今回テーマである病院と地域の連携というところから、グループメンバーの中で解決したい課題について、ご議論をいただきまして、メンバーから出された課題に対して、じゃあ現状ではどのようなになっているのか、というのをメンバー内で話し合ってみていただければと思います。

その後、課題と現状を踏まえて、課題を解決するには、どのような取り組みが考えられるか、取り組みの内容についてディスカッションしていただいて、解決するための取り組み案として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ので、予定どおりいけば、終了予定時刻は本日8時10分になります。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ので、課題に関するご説明と、グループで、まとめた取り組み案を発表していただきます。本日は3グループございまして、1グループ5分

程度お時間がございます。

資料をおめぐりいただきまして、資料6の2枚目になります。先日行った北多摩西部圏域のグループワークの発表内容についてまとめてございます。こちらの圏域で出てまいりましたのは、例えば、Bグループでは、病院と地域でお互いに共通認識ができていないと。在宅医療側の事情を病院側がきちんと把握できていないといった課題があるということで、取り決め案としては、まずは、病院側が主体的に研修会などを主導でやって、在宅医や訪問歯科、看護、介護、ケアマネジャーと一緒に病院の中で勉強して、病院はこういうことができるのか、こういうところまでやっている。逆に地域側は、こういうことをお願いしたいということをお互いの要望や現状をしっかりと共有して、また、その一つの区市だけじゃなくて、市を超えた広域でも一緒にやっていくという取り組み案、具体的な取り組み案が出たところでございました。

こういうぐあいに、ちょっと短時間のグループワークになるんですけども、課題に対する取り組み案を、各グループでご議論いただきまして、その内容について発表していただく場としておりますので、よろしくお願ひいたします。

すみません、最後になりますが、参考資料の1のデータ集についてでございすけども、こちらは厚生労働省から各都道府県に対して提供されている医療計画作成支援データブック、こちらと厚生労働省がホームページで公表している在宅療養にかかる地域別データ集、それぞれをもとに在宅療養に関する医療支援やみとりの実績などをまとめたものになってございすので、各地域でお持ち帰りいただきまして、施策の検討のご参考にしていただければと思いますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、以上で説明を終わらせていただきます。

- 南雲座長 ありがとうございます。続きまして、東京都医師会から副会長の平川先生から、非常に私は、会議の始まる前にお聞きして、目からうろここというか、そんなええっということがお聞きできました。どうぞ皆様もぜひ、そうだったのというお話が今、平川先生から話していただけたらと思うので、どうぞよろしくお願ひします。
- 平川副会長 プレッシャーをかけないでください。グループワークの前のちょっとした種という形で、老健施設について少しお話ししたいと思います。

各地域においては、地域包括ケアを進めていく上で、現状のさまざまなサービスをどう活用するかということだと思ふんですよね。今さら、ヒト・モノ・カネが出てくるわけではないので、その中で、結構うずもれているのが地域の老健施設かなと思ってですね、東京都と相談して、老健が老健らしく使えるような、そういうものをきちんと伝えていくべきじゃないかということで、補助金をいただきまして、この事業を始めました。

めぐっていただきまして、結構、皆様方と共通できるのは、3ページの下のパワーポイントだと思ふんですけれども、大体、老健というのはこんな感じですよ。老健では高い薬は出せないから、入所を拒否されるとか、3カ月で退所だよとか、いつも満床で入れないとか、結局、なんか老健の敷居は高いとか、ケアマネからもサ高住に入ったら楽だからという形で、確かにそういうケースもあると思ふんですけれども、例えば、最初のページに戻っていただきまして、ショートステイという言葉があります。ショートステイというのは、一くりにされていますけど、実は介護保健所では、短期入所生活介護と短期入所療養介護という二つの分離されているんですけども、みんな十把一からげでショートステイでございす。もちろん、特養や株式会社がやっているのは、短期入所生活介護で、老健施設や療養型医療施設がやっているのは、短期入所療養介護と、全くこれ違うわけですね。それにもかかわらず、結核老健施設も特養や株式会社系と同じようにショートステイの一番の目的は、レスパイトという感じになっています。しかし

ながら、医師、看護師、リハ職、薬剤師等の医療職を配置する老健施設のショートステイをレスパイト目的のみでは、ちょっともったいないのではないかなと思っています。医療職を配置している強みを生かして、ショートステイ中に認知機能や身体機能の維持向上を図る短期集中リハビリテーションやPT・OT・STを含めた専門職がいますので、認知機能や身体機能の評価をしておくとか、あるいはポリファーマシーの問題について課題を都度先生と相談をしながら、きちんと入所中に薬の必要性、不必要性を判断する。ままあるのは老健施設に入って、お持ちになったふりかけのようにたくさんある薬を飲ませてしまうと、一気に高血圧の人が低血圧に、低血糖症って薬を飲んでいなかったということがわかると、ままありますので、そういった調整とか、低栄養状態の改善とか、糖尿食の指導といったようなものが、ショートステイを使って、病院ほど大きさでなくても対応できるということ、こういったものをぜひ生かしてほしいと思っています。

例えば、ショートステイと同じような使い方で間違っているのが、次のページですけれども、これはいわゆるデイケアとデイサービス、これももちろん違います。デイサービスは医療職がほとんどいなくて、デイケアはこの医療職あるいはリハ職いるわけですけれども、例えばこれ通所リハというのはデイケア、下が通所介護はデイサービスですけれども、左側の図を見てもらいますと脳卒中、認知症、その他と書いてあって、それがデイサービス、デイケア、どちらに通ったら効果が出るかというのを見るわけですけれども、これは厚労省のデータですけれども、いずれもこういった病気については圧倒的にデイケアに通ったほうが効果があるということはわかっています。でも、このあたりも、ケアマネジャーにすると、デイサービスよりデイケアがちょっと高いから、デイサービスでいいんじゃないかなということになってしまう。普通医療であれば、皮膚科の患者さんを眼科が診るわけじゃないというけれども、介護サービスについては、結構そういう行くべきところに行かずにというのは非常に残念で、僕はリスクがあると思っています。

下が先ほど言ったショートステイですけれども、どうしても老健の場合でも介護者の家族のレスパイトとか、そういったものが多くなってしまっていて、若干リハビリが多くなっていきますけれども、さまざまなかの医療的なものが使えていないということがあって、これぜひ何とかしたいかなと思っています。

ページって4ページになりまして、今回この事業でございまして、3本柱になっておりまして、1本は、ホームページをつくりました。後ほど説明しますが、きょうの開いている情報とか、経管栄養は大丈夫だとか、胃ろうは大丈夫だとか褥瘡は大丈夫だという医療に特化したことの項目についても、チェックができて、それで選べます。

もう一つは、パンフレット。きょうはまだお持ちできませんけど、パンフレットもつくっておりますし、先日行いましたけれども、先ほどの老健は3カ月でおしまいだとか、満床だとか、多額の薬は出さないといったような老健の都市伝説みたいなものを払拭する研修会をやって、たくさんの方に来ていただいたんですけども、皆さん目からうろこだということ、なんだそんなこと忘れていたんだということ、活用できるんじゃないかなと思っています。

それから、5ページはホームページのことです。今、東京都内に老健施設って約200あるんですけども、この老健施設の協会に入っているのが、今、160ぐらいです。8割近く入っているんですけども、ホームページに登録しているのが100、空床情報を流しているのが今60ぐらいです。ただ、これは12月から始まったばかりの事業なんで、これからドンドン拡大すると思いますので、ぜひ、先生方初め、ケアマネの方々、

区市町村の方につきましても、この辺を活用して、一つのポケット、やっぱり地域包括ケアについては、たくさんポケットを持っていて、きょうほどのポケットを使うかということの選択肢にぜひ加えてもらいたいと思っています。

短時間でございましたけども、また、もしよろしければ、ホームページを見ていただいて、活用を願いたいと思います。

以上でございます。すみません。

- 南雲座長 ありがとうございます。老健がたくさん空床があるそうでございます。いっぱいだとか、入れないというのは話が違うそうでございます。それから、ずっと3カ月で退所ということはないそうで。
- 平川副会長 介護保険の今度改正があって、もちろん退所率、要するに何人、在宅に帰すかということで、老健の報酬が変わってくるんですけども、それを計算しても少なくとも5割は全く特養的に使っても大丈夫です。残りの5割のうちの3割をどう帰すか。2割は行ったり帰ったりと途中で、決して3カ月で出すことをやっているのは違います、それは全く機能を解釈して、間違っていることだと思いますんで、それはうまく中断できると思います。
- 南雲座長 病院と在宅と老健と介護施設という選択肢がふえるという、ありがたいお話でございました。ありがとうございます。  
東京都医師会からのご説明がありました。今までのところ、先ほどのきょうの課題に対する東京都のご説明と平川先生のお話について、何かご質問のある方、いらっしゃいますか。
- 小山委員 東京蒲田病院の小山でございます。どうもありがとうございます、平川先生。聞き漏らしたかもしれませんけど、空床というのは、実際どれくらいあるのでしょうか。
- 平川副会長 僕が知る限り、ほぼ100%埋まっている老健ってないですね。私は、八王子ですけども、八王子は特養たくさんありますけども、うちの地域でも、うまくいっても9割5分ぐらいで、ほとんど、対象外も結構問題になっているので、大体9割あるかないかで、10床は大体あいています。ですから、きちんと対応すれば、全く多分ショートステイで入れる分はみんな喜びますから、そこで入ってもらってから0:25:34に変えればとかいろいろあると思います。
- 小山委員 あと、すみません、勉強不足でもう一つだけ、レスパイトの目的であれば、多分、盆とか正月とかそういう季節的なものになるかもしれませんけれども、それ以外の目的の利用で特に季節的なベッドの占有率の変化というのはございますでしょうか。
- 平川副会長 やっぱり、季節的に寒いとき、暑いときは、利用されます。利用率が高くなります。ただ、今インフルエンザがはやっていますから、なかなかその辺は難しいところもあるんですけども、ただ、おおむね1年、地方は結構、田植えの時期とか、本当にいっぱいになってしまったりするんですけども、東京はそういうのはないので大体、同じようなイメージを持っていますけども。
- 小山委員 ありがとうございます。
- 南雲座長 ショートステイの利用料、これはどうなんですか。特養と老健で。老健のほうがちょっと高いんですね。
- 平川副会長 若干高いですけども、全然使うサービスが違いますから、その部分は随分とられると思いますけど。
- 南雲座長 それから、よく聞くんですけども、老健の医療の失礼な言い方ですけども、レベルというのはどうなんでしょうか。
- 平川副会長 今、老健施設は老年医薬会と組んで、老健医師の研修会をやっている、そ

こで、4日間の研修なんですけども、相当鍛えられておりますので、徐々にそのレベルは上がっております。昔は確かに基礎出身の先生なんか大丈夫かなという方とか、超高齢の先生で、どっちが利用者かわからないというようなドクターもいたんですけども、さすがに最近それじゃあ、リハビリの指示書も書けませんから、いずれもトータルされていますので、もうちょっとお待ちください。すみません。

- 南雲座長 わかりました。ありがとうございます。失礼なことを聞いてしまいました。どうぞ、鈴木先生。
- 鈴木委員 今の質問に絡むんですけども、例えば地域包括ケア病床でミディウムステイを行う。あるいは、例えばほかの入っている人で、やはりご家族が疲れ切ってしまうて、レスパイトを行う場合に、地域包括ケア文書なんかでも、ショートステイは、ショートステイとかミディウムステイになると思いますが、そういった方向性があると思うんですけど、その大ざっぱな各老健施設によつての努力によつて対応できる病状というのは違ふだろうと思ひますが、その辺はどうでしょうか。
- 平川副会長 それをこのホームページで出しています。その表でチェックしてもらつて、やっぱりすごくそういうのに凝っている院長先生もいらつしやれば、俺はちょっとというのもあるので、その辺がまた差別化利用されますので。ありがとうございます。
- 鈴木委員 ちなみに、1月30日から、1週間でホームページで検索したら、10施設ぐらゐ挙がってきました。
- 南雲座長 病院と在宅の問題もそうなんですが、相手の医療レベルだの、対応力だの、そういうものがお互い信用ができませんというところが、やっぱり利用のハードルになっていると思ひるので、そこら辺もきょうの一つの課題になれば、ありがたいと思ひます。それでは、早速グループワークを始めたいと思ひます。もうよろしいですか。何かご質問はないですか。本日のグループワークの進行について、ありがとうございます。それでは、私も中に入らせて参加します。よろしくお願ひします。

(グループ討議)

- 東京都 そろそろ終了時刻の10分前になっておりますので、ご案内させていただきます。そろそろまとめのほうに入つただけければと思ひます。本日ちょっと15分、10分と申し上げたんですが、15分まで8時15分まで、させていただきますと思ひます。よろしくお願ひします。
- 南雲座長 それではそろそろお時間となります。いかがでしょうか。まとまつたでしょうか。どうしてもトイレに行きたいという方いますか。どうぞトイレにいらしてください。大丈夫ですか。じゃあ、発表に移ります。順番はAグループからでよろしいでしょうか。それでは、Aグループからご発表、小山先生よろしくお願ひします。
- 小山委員 Aグループ、東京蒲田病院の小山でございます。前回のこの資料の3の3枚目の区南部の主な意見交換の内容でご紹介いただきました向かつて右側、地域と病院の連携についての白丸3個目、病院から病院へ転院するとき云々という項目と、それから下から2番目、ケアマネジャーに対して、地域において摩擦が起きないよう云々という、この二つ。先ほどクローズアップされておりましたので、Aグループはこれに関して、ちょっとディスカッションしました。結局、まとめますと大きく見ますと、入院するということに関しての話ですので、そうすると入院に関しては、結局、入り口の問題と、それから病院から病院へというのは、病病の問題と、それから最後にケアマネ云々に対しては、出口の問題と。この入り口、



間、出口、三つの問題がここで混在していますねという、まずそこを整理しまして、その入り口、間、出口の一つ一つに関して、解決策がないかということをお話しました。

まず、入り口に関しまして、これはもう既に、その一人ひとりの患者さんに対して、必要最低限の情報をセットで整えておく。具体的にいいますと内容は医療情報と介護情報。それぞれの内容のコアな部分を抽出してセットで整えておく。その整え方がクラウドですとかとなるとお金とか時間もかかりますし、すぐにとという現実的な問題ではないかもしれない。現実的に解決できる問題ではないかもしれないですし、特に個人情報云々、それからあと、その情報を誰がメンテするんだという、要はアップデートするんだという問題。その労力の問題が非常に高いハードルなのではないかと、現時点では。という意見に達しました。結局最終的に、じゃあどうするかと言いますと、私どものグループで出した案は、患者さん一人一人が持っているお薬手帳に、必要最低限の現在の医療情報と介護情報を書き加える。それで、常に患者さんに持っていただいで、極めてアナログですけどね、持っていらって、これは常にあなたの大事なものだから、病院に行くときとか、何かのときには必ず持っていてねと。あるいは、ぐあいが悪くなって、万が一、救急車を呼ぶときは、これを必ず救急隊員に渡してねという教育を行うということになりました。

病病に関しましては、これも病院と病院の間、確実に情報を移行してもらえないので、病院できちんとやってください。やりましょうという、そういうことです。

出口に関しましては、これは結局、入り口の医療情報と介護情報の共有がまず大事なので、それは絶対に整えておいてもらうという、整えておくことを前提として、ただ地域に帰すという意味では、これは介護情報は大きな変化がないかもしれませんが、入院中に医療情報は大きく変化する場合がありますので、医療情報に関しましては、その病院が責任を持って、アップデートをして、最終的にかかりつけの先生、ケアマネ関係、それから介護の関係の方々が集まって合同で会議をして、在宅に帰すのか、それとも施設に残念ながら行ってしまふのかということをおすみ分けというか、判別をきちんとして退院していただくという、そういう段階が必要なのではないかということに達しました。

要約しますと、開業医の先生はそのセットを整えるという、今うちの案ではおくすり手帳ですけどね。アナログ。セットを整えるということをお、とにかく一生懸命私の口から言うのも僭越なのですけれども、一生懸命やっていただいで、患者さんにそれを必ず持っているんだという教育をしていただく。それは開業医の先生にやっていただきたいこと。

我々病院のやることは、とにかく入院、医療情報をとにかくアップデートして、退院という段になったら、いいタイミングで関係者がきちんと集まって、きちんと無駄なく退院の方向を決められるように、病院としては必ずその医療情報のアップデートを怠らなくやって、いいタイミングでみんなでディスカッションするように準備を整えること。それが、地域の先生方と我々病院がそれぞれお互い努力してやらなくてはいけない項目なのかなと。結果的にアナログなんですけども、今すぐ取りかかるとすると、そういうことなのかなという結論に達しました。

以上でございます。

(拍手)

- 南雲座長 ありがとうございます。これは医師会と薬剤師会で話し合っただ田区の薬剤師会と医師会で話し合っただそういうおくすり手帳、これを狙って、以前からできているんですね。ただ、その利用、運用がなかなか徹底していないところを踏まえて、もしこれがいいとなったら、もうちょっと徹底しないといけないねと。つまり書き込ま

れる情報がかかりつけ医、かかりつけ歯科医、ケアマネジャー、通っている介護施設等々あるんなら、もれなく名前と電話番号ぐらい書いてあれば、そこに問い合わせをすれば情報が得られるのではないかと。それもなくて困っているという患者さんが救急車で病院に運ばれて、先生方が大変困るというお話がございましたので、そういうのがAグループでございます。

では、続きまして、Bグループの発表を鈴木先生、お願いします。

○鈴木委員 Bグループでございます。

私たち、病院との連携で、よかったことから話を出したのですが、やっぱり患者さんを送ったときの入り口の連携って、物すごく数年前に比べても明らかによくなっているというふうに思いました。

ただ、課題としては、例えば昼間、ちゃんと連携室が動いているときと、夜間の連携というのはやっぱりレベルが違うので、在宅患者さんなんかは、夜の間、ちょっと待っていたら昼になったら病院先を決めようねというような話になることも多いという話も出ました。そこで、連携室の方からはドクターから直接電話をいただくと、そこでつながるんだと。例えば、事務員の方なんかから、事務的に連絡を受けると、生活状況も連携室が把握できないので、そのところでなかなかつながりにくいという話がありました。

また、大田区なら、比較的地域内完結率が高いんですけども、高度急性期の病院に入って、そこから2週間でポストアキュートのほうに行くことになる。その中で、向こうの連携担当の出口の担当の方々も、本来であれば地域重視で連携をしていくべきなんだろうけども、病院の経営のことを考えると、何が何でも期間限定、2週間なら、2週間で何が何でも出さなきゃいけないので、そうなってくると地域外のポストアキュートを頼ってしまう。そうするとその患者さんがどこに行ったのかがだんだん誰にもわからなくなってしまうという話も出ました。そのために、患者さんをひもづけできないかというような意見も出たんですけども、ちょっとそれは具体的な意見は出ませんでしたけれども、例えば、その患者さんの医療券の番号や保険の番号何かを打ち込むと、今どこで療養しているとか、そういうようなシステムがあるといいなというような夢物語の話も出ました。

それから、あとは、病院との連携の中では、在宅医療後方支援病院というシステムをもっとちゃんと見直したほうがいいんじゃないかという話になって、その中で必ず受け取ってくれる。そしてその病院の責任で、病床を探してくれる。そういった連携も重要ですし、在宅医療後方支援病院は、在宅患者共同診察料という点数を請求することができて、病院の先生が往診に行くことができる。年間一人につき3回ですけど、それがそういうシステムがあって、それがあれば、例えば主治医がどうしても外せない用事で患者さんにすぐにおみとりに行けないときなんかは、病院の先生がみとってくれるということも可能になるんじゃないかというような話も出ましたけれども、ただ、そのためには、病院の先生がいきなり知らない患者を知らない家に行って、死亡診断をするということになると、いろいろな問題が出てくるかもしれない。そのために病院ともいろいろ話し合いを重ねていって、それがちゃんとできるところまで一緒に協議をしていくということが大切だろうという話になりました。

また、訪問看護師も病院の看護師も、まだ交流を一生懸命しているんですけど、まだまだちゃんと理解が足りないという話もありまして、これを進めていく。その話の中で、これから訪問看護ステーションや在宅医、ケアマネジャーなんかは、新しく開業したときにそれを育成するというか、アドバイスするようなシステムというのが、在宅医療推

進協議会になんかにあるといいねという話になりました。例えば、新規で新しく開業した在宅医療、一人で頑張っているんだけど、地域の中で全く地の利だとか、人脈がなかったとしたら、孤立していつてしまっ、おかしな在宅になってしまうかもしれない。看取りは全くやらない、老人ホームだけしか診ていないと。そういったところになるかもしれないので、そういったことを防ぐために、やっぱりそういった指導を先生が一生懸命やってくれると場合によっては、また医師会に入ってくれたりとか、そういったことなんかもあるので、そういうシステムを推進協議会としてつくったらいんじゃないかと。それは、ケアマネジャーも同じだし、訪問看護ステーションもそうだし、そういったところで、お互いがお互いを指導するというか、育成するというか、そういうシステムがあるといいねという話になりました。

あとは、診療所同士のやはりかかりつけ医の連携のシステムも、これも絶対に必要で、まだ利用は少ないのですけれども、これを徐々に徐々に文化として育てていかなきゃいけないねというような話になっていました。

以上でございます。

(拍手)

○南雲座長 Bグループ、ありがとうございました。多くのいろいろな問題が在宅医療の中には潜んでいるというお話でありました。

それでは、続きましてCグループの発表をお願いいたします。

○笹川委員 よろしくお願ひします。Cグループのほうでは、まず病院と地域の連携において解決したい課題としましては、まず在宅担当をしている在宅担当医のほうからは、特に品川区は在宅医療の後方支援ベッドがないために、在宅の人が入院ということになった場合に、非常に空床を探すのがとても難しく、その辺で病診連携がうまくとれたらいいなというような意見が出ました。

また、病院のほうへ、在宅で診ていた患者さん、入院が必要になって、送った場合、たまにその患者さんを、もし、退院になった場合は自分が診たかったのに、うまく連携がとれなくて、自分のところに帰ってこなくて、ずっと診ていた患者さんがちょっと最終的にほかの先生にみとってもらったというような形で、ちょっと最期の連携がうまくいなくて、少し悲しい思いをしたというような、そういったお話もありました。

あとは、これはいろんなことをコーディネートしてくれているケアマネさんからの意見としては、患者さんの担当医が在宅担当の診療所の先生ではなくて、大きい病院の先生が主治医ということになっている場合に、治療が終わってはいるんでしょうけれども、なかなか在宅へ戻すまでのADLではないというような、ちょっと在宅へいきなり戻すのが不安だなというような患者さんも大きい病院ですと、やはり入院日数の関係などで、いきなりその在宅へ戻ってきたりしてしまったりして、そのコーディネートがなかなか難しく、介護サイドが苦労しているというような課題も出ました。

ただ、一方で、今回、病院の担当の先生からは、急性期病院だけではなくて、療養病院の中でも、救急を受けたりする取り組みをやっていききたいというような意見も出て、ただ、病院の中でも先生によって、受けたり受けなかったりというところもあって、その辺は病院の中でも課題だというお話もありましたけれども、少しそういうお話を聞いて、在宅側も病院側もいろいろ患者さんのことを考えている気持ちがあるんだなというような気持ちになりました。

ここで、私たちがこの課題を解決するために考えた取り組み案ですけれども、まず、地域で多職種の連携の会ですとか、病院との連携の会、こういう会というのは結構行われているようですので、特に大田区は多職種の連携の会が非常に盛んに行われていると

ということでしたので、そういうのに参加する。あるいは参加を促して連携をより深めるということと、あと、病院の機能ということに関しても、地域医療支援病院というのが、大田区に三つあって、在宅の患者さんを積極的に受けてくれる病院だということなんですけれども、そういうこともなかなか全部の先生が知っていることではなくて、うまく利用できていない。そういう印象があるということでしたので、そういうことを皆さんに周知していくということも必要かなということでした。

あとは、患者さんの中には、なかなか病状によっては、大きい病院ではなくて、在宅担当の診療所の先生がかかりつけ医となって担当したほうがいいようなケースもありながら、患者さんが大きい病院にこだわりを持って、そのことでうまく介護とか、医療の面でうまくいかないようなケースもあるような印象もありますので、その辺、患者さんの選択権もあるんでしょうけれども、ACP人生会議というようなことも今後推奨されてきますので、私たちとしても患者さんにいろんな選択権があるよというようなことを適切な時期に、お話を少ししてあげられるような支援といいますか、そういうことをしていくことも、少しスムーズにものを回すためには必要かなという意見がありました。

以上です。

(拍手)

○南雲座長 Cグループ、ありがとうございます。非常に多彩な意見が出たわけですが、特に注目すべきは、Cグループでも、Bグループでもお話が出ましたが、やっぱり高齢者の救急を受ける病院が特に都心部はない。大田区はまだ恵まれているんですね。無理していただいて、診てくれる病院が幾つかあるんで、非常に助かっているんですが。私の同級生があるとき、文京区の医師会長をしているころ、俺のところは12個も高度機能病院があるんだと。全然問題ないよと。20年近く私、医療連携をテーマに一生懸命仕事をしているころ、どうお宅はと聞いたら、そう答えました。2週間後、同級会がたまたまありまして、ごめん、南雲、あれうそだった。どうしたのと聞いたら、うちの医師会の理事が心筋梗塞になったんだよ。入院したの13個目。板橋の日赤病院が受けてくれたの。全然できていないは医療連携って。医師会の理事が心筋梗塞になったのに、12個断られた。周辺の機関病院は全部断られた。医療連携も何もできていないというふうに言われました。

つまりそれぐらい機関病院が多いんだけど、結局はどこかが受けるだろう、たくさんあるからというところで断っちゃう簡単に。医師会の理事の地位が低いのかもかもしれませんが、そういうことが実体であると。そうすると高齢者ならもっと入れてもらえないということで、東京都にご検討いただきたいのは、都心部の病院でも、高齢者を受ける病院を高度機能の病院が一つぐらい転換してよというところで、点数をご検討いただければ、じゃあうちは高度急性期をやめて、高齢者の救急をどんどんやるよと言ってくれる病院が一つぐらい出てくるのではないかと。でも、経営のこともありますので、やっぱり診療報酬で何かご配慮いただけると、都心部、本当はないですよ、高齢者の救急車を受けるような病院がないだと思います。ぜひこれは、東京都にご検討いただくといいいのかと、勝手なまことに無理なお願いなのかもしれませんが、介護報酬のように東京都だけ別に病院にも医療報酬も上乘せていただけるとあり得るかなというふうに思うのですがいかがでしょうか。

それから、特にやはり情報開示だというふうに思うんですね。医療連携の要は。情報をオープンにしないと、ただ個人情報だから何だからと言って、何も明かせないというふうになると、結局何も伝えられない。こと医療に関しては、やはり患者さんのためになるので、個人の情報はあなたのために開示するので、文句を言わないでねというよう

なシステムがきちんとできて、やはり医師会か行政がそういう情報を預かって、必要なときに開示できるような、これは法整備も必要なんではしょうけれども、そういったことができるかといかなというふうに、私の皆様のご発表を伺って、思ったことでもあります。

それでは、最後に東京都医師会より、ご好評をいただきたいと思いますが。じゃあお願いします。

○土谷理事 医療介護福祉担当の土谷です。きょうは遅くまでお疲れさまでした。

好評といって偉そうですけれども、感想ぐらいにしておきますけれども。

私も、いろいろな地区の在宅医療ワーキングに参加しているところなんですけども、やはり地区ごとにより温度差があって、いろんな問題は大体一緒です。どこの地域、どこの地区でも、大体出てくる問題は一緒です。ですけども、その取り組み方とかは、その地区によって随分違うなというのが印象にあります。

こちらの圏域は、どうかというと、病院と地域連携をどうするかというと、人はどんどん動いていくわけですけど、今、ずっと話し合ったように情報がついていかない情報の連携が、決め手は情報の移動がどうやってスムーズに行くのかということ、その仕組みが、まだこちらの地域では、仕組みづくりからまだ始めなきゃいけないのかなと思う。というのは、地区によっては、もう情報シートみたいなフォーマットをつくって、そういうのを決めてやっていくという地区もありました。もちろんそういうのをつくっても、それだけではだめで、どのグループでもお話がありましたけど、教育ですね。教育というのは患者さんの教育、家族の教育ももちろんありますし、私たち自身の医療提供をする側の教育もやっていかなければいけないんだなと思いました。

この地域に限って考えると、もしかしたら、二つの区、大田区と品川区ですけど、地区医師会が2区で五つですかあって、そのあたりがもしかしたら情報共有のネックになっているのかもしれないなという印象を受けました。もう少し、行政単位と一致していたら、情報の共有も、もしかしたら進みやすいのかなと思ったんですけど、それを言うのは、難しい大きな問題だとは思っているんですけど、そういう印象を受けました。これから情報共有が進めばいいなと思います。

以上です。

○南雲座長 そうなんです。私も随分やったんですけど、何でやっとなら別れたのに今さらもとに戻す必要があるんだってさんざん怒られて、ぼしゃりました。本当にそう思うんです。事業を進めていく上では、行政単位と一つになるのが一番理想的なんですけれども、なかなか難しいことで、申しわけありません。鋭意努力して、100年後ぐらいには一緒になれるのかなというふうに思っております。

それでは、きょうのご好評をいただいたところで、マイクを事務局にお返しして、最後よろしくをお願いします。

○久村地域医療担当課長 本日は限られた時間でございますが、ご議論いただきまして、論点総意していただいて、具体的な提案までいただきまして、ありがとうございます。せっかくいただいたご提案、意見でございますので、こちらのほう来年度になろうかと思いますが、地域包括の親会議の調整会議の調整部会にご報告させていただき、あるいは東京都在宅医療推進会議にも、具体的なご意見として伝えさせていただきまして、今後の取り組みの方向性の検討の参考とさせていただきたいと思っております。

また、本日ご参加いただいていない医療機関、あるいは医療介護関係者に対しましても、今回の資料、それから検討内容については情報提供させていただいて、共有していきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

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。