

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（区西北部）

日時：平成31年1月22日（火曜日）19時01分～20時38分

場所：東京都医師会 5階会議室

○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、ただいまより区西北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。それでは、着座にてご説明させていただきます。

本日の配付資料でございますが、お手元、次第の下段、配付資料に記載のとおりでございます。資料1から資料6までと参考資料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、議事の都度でも結構でございますので、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、会議、会議録、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、よろしく願いいたします。

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

なお、本日の会議には、東京都の在宅療養推進会議の委員を務めていただいております、東京都保健医療公社理事長の山口先生にオブザーバーとして、ご参加いただいておりますので、ご紹介させていただきます。

それでは、開会に当たりまして、東京都医師会及び東京都より一言ご挨拶を申し上げます。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。まだ明けましておめでとうでよろしいのでしょうか。何度も言い古した言葉ですけれども、本日は、このお忙しい中、この時間帯にご参集ありがとうございます。地域医療構想というと、どうしても病院のベッド数の問題という形があって、各地域ではそうなんですけど、東京都だけは、それに対して、きちんと受け皿となる、あるいはやりとりする在宅の療養が大事じゃないかという形で、こういう形でワーキングを進めております。各地区のさまざまな取り組みというのを私も伺って、本当に、本当にこの5年の間に随分変わってきたなという気がします。

実は、きのう、八王子のほうで多職種連携の新年会がございまして、その席に、今厚労省の保健局長をやっている宇都宮先生に来ていただいて講演いただいたんですね。宇都宮先生は、ご存じのとおり、老健の老人保健課長もやられていましたし、医療課長もやっていたと。介護報酬改定と診療報酬改定と両方やった方でございます。私も以前からいろいろお世話になっているんですけど、今、その講演の中で、この今の地域医療構想の中での在宅療養がいかに大事かということを重ねてお話をされていました。また、各地区において、少しずつ、それが形づくっていることについての評価もいただきました。

きょうは、短い時間ではございますけれども、この地域の特性、あるいは問題点等々を話し合いながら、いろいろ本音の話ができればと思っていますので、最後まで、ご協力をよろしく願いいたします。

きょうは本当にありがとうございます。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す。

続きまして、東京都より医療改革推進担当部長、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。きょうは本当にお忙しい中、また寒い中、インフルエンザが流行っていて、大変お忙しいとお察ししておりますけれども、その中を本当にご参加いただきまして、ありがとうございます。

皆様、ご存じのとおり、在宅療養、医療と介護の連携等につきましては、区市町村単位で推進するということが基本となっております。既にこの圏域のそれぞれの区におかれましては、もう医師会の先生方を中心に、医療と介護の連携、それぞれの区の単位で、かなり、もう進めていただいているのではないかなと思っております。

一方、この会議は、地域医療構想調整会議のもとに設置しているということで、二次医療圏単位ということになっております。在宅に関して、二次医療圏単位で会議を持つということについて、どのように進めていくのがいいのだろうということを私どももかなり頭を悩ませまして、また東京都医師会の先生方等ともご相談をして、東京都においては、やはり病院がたくさんあり、また非常に交通の便もいいので、病院に受診、あるいは入院をするということについては、区を越えて、かなり自由に患者さんは受診をされたり入院をされたりしているということで、病院と在宅との連携ということについては、区を越えた取り組みが必要であろうということで、今回も病院と地域の連携ということを、この会議のテーマとさせていただいております。

また、今年度のワーキングにつきましては、昨年度もこのワーキングをしておりますので、さらに、できれば一步進めていくということで、課題や意見を共有するというだけでなく、その課題を解決するためにどのような取り組みをしたらいいかというようなことを課題解決型のワーキングということで、できればさせていただきたいと思っております。ぜひ忌憚のない意見交換をしていただき、またご提案がありましたら、それについては東京都としても真摯に受けとめさせていただきたいと思っておりますので、本日は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 では、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、吉野内科クリニック院長、吉野正俊先生にお願いしております。

それでは、吉野先生、一言お願いいたします。

- 吉野座長 吉野内科クリニックの吉野でございます。私、板橋区のほうで在宅医療をやっております。今回、在宅医療ということで、座長のほうも仰せつかったという形になっております。すみません。先週までちょっと風邪をひいた形になっていまして、もともと風邪をひかないんですけども、全く声が出ない状態になっていまして、どうしようかなと思ったんですけど、きょう何とか声が出るようになりました。ただちょっとガラガラの声ですので、すみません、お聞き苦しいと思います。その辺、失礼いたします。

それで、今回もやっぱり在宅のほうと病院のほうの連携のお話になると思うんですが、私自身が板橋区の以前勤めていた病院でいたときに、在宅の先生がどういうことをどういう形でやっているかということは、全然思っなくて、やっぱり仕事をしてきた記憶があります。実際に今、自分が在宅医になって、病院の先生方との関係を考えたときに、以前とはかなり違ってきているなど。きょう山口先生が来られていますけども、豊島病院との関係も含めてですし、板橋は病院が非常に多いものですから、それぞれの病院間の連携というのを、すごく今模索しながらやっているところなんですけど、それでも、か

なり先生方のやっぱり意識も変わってきていると思いますし、また、さらにいろいろな問題がここに来て出ていると思いますので、きょうはぜひそのことについて、討論していただいて、いろいろなことについて解決していく道を模索していければなと思っています。よろしく願いいたします。

○久村地域医療担当課長 吉野先生、ありがとうございました。

それでは、以降の進行は吉野先生をお願いいたします。

○吉野座長 はい。それでは、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」をテーマとしたグループワークを実施いたしまして、関係者の皆さんと課題を共有し合うだけではなく、解決に向けた具体的な対応策について検討していく課題解決型のワーキングとなっておりますので、前回以上に活発な意見交換等、私からもお願いしたいと思います。

それでは、東京都より、議事についての説明をお願いいたします。

○東京都 それでは、資料についてご説明させていただきます。私、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。

早速、資料2をごらん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。開催日等につきましては、資料の右側に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す。昨年度の意見交換をメインに実施しておりまして、テーマは大きく二つで、一つ目は、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。各圏域での意見がそれぞれまとめてございます。本日の区西北部のまとめをご紹介させていただきます。区西北部は5ページ目、資料の右下に5番と振ってあるページをお開きください。

この資料のほかの本日のテーマの右側でございます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いたしますと、丸の一つ目で、病院に勤務している医師が在宅で対応が医療について理解が不足しているといったご意見のほか、丸の三つ目では、急性期病院からリハビリの病院へ転院する際に病院間の情報共有ができていない。かかりつけ医がわからなくなるといった課題。それから、丸の四つ目では、こちらは一つ目と関連してきますが、在宅医側も病院側の取り組みを把握する必要があるといった、病院と在宅側との相互の理解促進が必要であるという意見が出てございました。

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、区西北部については、去年の7月6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。区の西北部については、資料5の2ページ目をお開きください。1枚目の裏になります。この中に区西北部の記載がございます。

ここで出た在宅医療に関連する事項について紹介いたしますと、③の病院と在宅の連

携について、急性期病院の在宅に関する理解促進が必要であるといったご意見。丸の四つ目で、各病院の地域連携を担当する部署がどこなのかわかりにくいといったことから、在宅の高齢者の発熱時にどこに連絡したらよいかわからないといった連携に関する課題も出ておりましたので、ご紹介させていただきます。

続いて、資料の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、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、出た意見を机上に用意したA4の紙にペンで記録して行ってください。本日は白紙のものと課題と取り組み案をそのまま記入できるシートをご用意しております。記入シートについては、こうしたものがあればグループワークが進みやすいかと思ひまして、ご用意いたしました。どちらをご使用していただいても構いませんので、ご自由にお使いいただければと思います。

最後に、グループワークで出た取り組み案を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、まず、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のか、メンバー内で話し合ってみてください。その後、課題と現状を踏まえて、その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き、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。

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り組み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、先日行いました北多摩西部圏域で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、病院と地域とでお互いに共通認識ができていない。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ったことで、取り組み案としては、まずは病院側が主体的に研修会等をしっかり主導でやって、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をして、病院はこういうことができる、こういうところまでやっている。逆に地域側にはこういうところをお願いしたいといったような、お互いの要望や現状をしっかり共有して、それも一つの区市だけではなく、その区市を越えた広域にも一緒にやっていくという取り組み案が出ておりました。

それから、Cのグループでは、病院医師と在宅医の連携について、いま一つ踏み込んでいけない。うまく連携がとれていないので、在宅医とケアマネとの連携シートはあるが、病院と地域との連携シートはないので、そういったシートをつくって活用するのがよいのではないかと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数等をもとに、在宅療養に関する医療資源や看取り等の実績、自宅死の割合等をまとめたものでございます。

また、今後地域において、施策検討のご参考としていただけますよう、この場をかりて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、説明を終わります。

○吉野座長 ありがとうございます。

続きまして、東京都医師会から東京都老健ショートステイ機能活用促進事業についての情報提供でございます。

○平川副会長 では、私のほうから資料の番号はありませんけれども、東京都老健ショートステイ機能活用促進事業について、5分間ほどで説明いたします。

今、お話が出ましたように、きょうのグループワークキングにつきましても、さまざまな在宅医療について、地域の資源を使うわけですが、どうしても介護保険から出ているところもあって、老健施設、医療機関であるにもかかわらず、こういうときに、なかなかふれられないといいますか、影が薄い存在がありますので、こういう機会を使って、実はことし東京都から補助金をいただきまして、ショートステイの活用についての事業を展開しております。

1ページの下になりますけれども、ショートステイというと、どうしても何か十把一絡げといいますか、実は介護保険上、短期入所生活介護と短期入所療養介護というのは、全然違った言葉で、法律上くくられているんですけど、どうしても一まとめにショートステイになってしまうんです。

ショートステイとしては、特にケアマネの方とか家族もそうですけれども、一くくりにする傾向がございまして、残念ながら老健施設のショートステイも、問題は、大半が看護師さんのレスパイトになっております。レスパイトは一向に構わないんですけども、しかしながら株式会社や特養等も福祉系がやっているショートステイと違って、医師、看護師、リハ専門職、薬剤師等の医療職を配置する老健ショートステイをレスパイトだけではもったいないんじゃないかと。その医療職を生かして、ショートステイ中に認知機能や身体機能のPT・OT・STがおりますので、評価をしたり、実際にブースト効果を狙った短い短期間のリハを行うとか、あるいはポリファーマシーの調整、笑い話になりますけれども、在宅に居る方々を老健に入れて、非常にポリファーマシー、たくさん薬を飲んでいる方をちゃんと老健で服薬管理をして飲ませちゃうと、一気に血圧が下がったりとか、低血圧発作を起こしたりとかで、実際は薬を飲んでいなかったのが幾らでもいらっしゃるので、その辺を主治医の先生、かかりつけ医の先生に相談しながらポリファーマシーを少しショートステイ中に変えていこうとか、あるいは低栄養の評価とか、あるいは、そうした時点をついてといったような形で、ぜひ、そのショートステイを単なる休憩、レスパじゃなくて、医療に使いたいという仕組みを考えております。少ないお金、少ないものの中で有効に使う必要があると思います。

同じくショートステイと同じように誤解をされているのが、次のページですけれども、デイケアとデイサービスの違いがなかなかわかっていないということでございます。これは、厚労省のほうがつくったグラフですけれども、デイケアとデイサービスはもう明らかに違っております。

これは下の例えば傷病別の日常生活自立の変化を見ますと、脳卒中、認知症等々について、デイケアに通所している方とデイサービスで通っている方で見れば、断然、通所リハ、つまりデイケアに通っているほうが、実は変化、要するにいい効果は出ているんですけども、その辺がどうしてもご家族の方もケアマネの方も、もうちょっと理解がなくて、どちらでもいい。あるいはデイサービスのほうがちょっと安いから、ここのほうがいいんじゃないなんていうお話が出て、医療では考えられない。眼科の病気を皮膚科

で診るなんてあり得ないわけであって、それぞれ科の特性というのが出るわけですが、もともと介護保険は、そのあたりがどうもあいまいになってしまっていて、かかるべきところにかかっていないところがございます。これはデイケアとデイサービスですけども。ショートステイも同じようなことがございます。

下の図がこの老健ショートステイの利用目的ですけども、このように残念ながら、介護者・家族のレスパイトが一番多くて、リハビリテーションとか、あるいはその医療的なものについてのニーズがなかなか理解できていないことがございます。

3 ページ目に行きまして、さらに介護事業者と、下はケアマネジャーですけども、老健に対する、非常に誤解とか意見がございます。なかなか老健のサービスの内容がわからないとか、イメージが抱けないとか、医療的提供とはどんなものだという。なかなか情報が伝わってっていない。これは老健側からの発信もないのも問題なんですけども、さらにケアマネジャーからの率直な意見として、昔から老健に対する偏見とか、あるいはある意味では都市伝説みたいなものがあって、老健では高額な薬は出ない。入所拒否される、3カ月の退所であるとか、いつも満床だとか、老健は利用者を選別しているとか、リハビリをできる限り入れているとか。いずれにしても、老健について、なかなかいい評価をもらっていないということもあって、このあたりをぜひ今回のショートステイ事業、東京都から補助金もいただいたわけですから、ちゃんとしていこうというのが次のページでございます。

4 ページでございますけれども、今回の30年度事業といたしましては、もう事業の末期になっているんですけども、①がショートステイの情報構築をする。パンフレットをつくる。そして、老健の活用のための研修会をやるという3本柱で、今年度は進んでおります。

去年の12月から老健のショートステイの空床情報検索システムを稼働させております。5 ページ目に、その粗々、きょう時間がないので説明できませんけども、ショートステイの空き情報を初め、経管栄養やあるいはたんの吸引等々、こういったもの、その提供できるサービスの内容もメニューが全部入っております。これによって、ケアマネの方とか、できれば、病院の先生、あるいはかかりつけ医の先生方がごらんになっている方々を何とか、うまく地域の老健を活用してもらいたいと思っています。その辺につきまして、今回のグループワークを含めたワーキングについては、必ず医療圏ごとにつきょうは中本先生に来てもらっていますけども、老健の先生に来てもらって、仲間として、ぜひ活用してもらおうと思っています。

短時間で早口になりましたけども、そういったような取り組みをしておりますので、ぜひご活用いただきまして、きょうのワーキングには間に合いませんけれども、先生方、あるいは区市町村の方々、あるいはケアマネの方々や歯科、薬剤師の方々にもこの辺のことも少し知識の片隅に置いていこうと思います。

以上でございます。それでは、よろしく。

○吉野座長 平川先生、どうもありがとうございました。

これまでの東京都と東京都医師会からの説明につきまして、何かご質問等ございますでしょうか。

よろしいでしょうか。

それでは早速グループワークを始めたいと思います。

今回のグループワークにつきましては、座長である私も参加することとなっておりますので、よろしく願いいたします。

(グループ討議)

○吉野座長 それでは、どのグループでも白熱した議論がされているところかとは思いますが、時間になりましたので、発表に移りたいと思います。1グループ4分程度で発表のほうをお願いいたします。

Aグループからは増田先生のほうがよろしくをお願いいたします。

○増田委員 じゃあ、Aグループの発表をさせていただきます。ちょっと参加者が4人でしたので、平川副会長を交えて、いろいろな問題点の洗い出しをしたんですけども、やっぱり東京の特徴として、地域連携としては、やっぱり非常に人の行き来が流動的だということで、病院があって、かかりつけの医者があって、在宅の医者があるというけれども、隣の区、隣の隣の区、もっと遠くまでというふうなことで。それから、なかなか顔の見える連携というのが難しいというか、やっぱり地方に比べて高いかなというふうな話が出ました。

平川先生は八王子なので、かなり状況が違うのかなと思って、お話を聞いたんですけども、やはり退院後の患者さんの生活というところ、大病院からの退院するときに連絡がないというのは、かなり問題点として挙げられるんですけども、その辺を医師会とか、区で中心のハブの機能を持たすようなものがあつたらいいのかなというふうに。

それから、あと在宅に戻ったときに、やっぱり24時間対応できるかどうかということが、受けるほう、サービスを受ける方のほうにもちょっと希望としてあると思うんですけども、やはり開業の先生で、外来もやっている方で24時間対応というのは、なかなか難しいというところもネックになっているのかなと思います。その辺で、グループをつくっていくとか、あと医師会とか、訪問看護ステーションとかをうまく利用していくというのが、大事なんですけども、医師会で訪問看護ステーションを持っているところもありますけれども、24時間対応で大規模というふうなわけにもいかない。八王子はすごい大きな訪問看護ステーションがあって、いつもうらやましいなと思っていたんですけど。同じようにはなかなか難しいなと。

帰った後に、どこに行くかということ、結局、主治医のもとに戻ってこないで、退院のときにMSWとかケアマネがかかわって、全く連絡のないまま、ほかのところに行ってしまうというケースが多くて、やはり、そのケアマネに関しても、非常にピンキリになって、いろんな内容を理解していないとか、業務を理解していないとか、あと、やっぱり意図的に囲い込みをする方も目立つということで、やはりケアマネの啓蒙活動や教育というの、非常に大事だろうという意見がありました。

それから、八王子では、いろんなこういうふうな会を、NPOをつくって、串刺しにして、重複なく、効率よくということと、あと若い先生で在宅に入ってくれる方がいいんですけど、高齢の先生で一度引退をした後に、これから在宅をやっているというふうなところで、そういう先生を教育しながら、また再教育してやっていただくというの、もいいんじゃないかというふうなお話でした。

結局、退院した後の在宅医療というだけじゃなくて、いろんなまちの生活能力というのがありますので、都市部の場合には、余り、もともと車を運転していない方が多いんです。高齢者の免許返納というのは、余り大きな問題になっていないんですけども、ただ、移動手段として、やっぱり電車もきついということで、コミュニティバス、行政の方は、あれは赤字だから、ちょっと議会できついというふうな話は本音で言っていましたけれども。赤字覚悟で高齢者の移動手段として、コミュニティバスを充実させるように、医師会も行政と折衝していくほうが、一生懸命しても、なかなか少しづつしか広がっていかないんですけど、基幹病院と開業の先生を結ぶコミュニティバスを有料ですけども、赤字ですけども、充実しているというのがいいかなと。

やっぱり、どこも区西北部、状況は同じだと思うんですけど、もともと老老介護と独居老人の方が多いので、その辺を充実させていかないと、家に帰っても、すぐに一人ぼっちになって、なかなか市民生活は送れないだろうというふうな意見が出ました。

ちょっとまとまらないですけど、以上です。

○吉野座長 増田先生、どうもありがとうございました。

続きまして、Bグループの発表をお願いいたします。

○齋藤委員 練馬区の齋藤と申します。

Bグループも大体、今の増田先生が言ったようなディスカッションになったんですけども、まずは、一つには病院と地域の医者との相互理解がもっと重要だろうと。実際に東京都の事業の中で、同行研修でしたり、あと病院に行って、病診連携の会みたいなので、クリニックの先生が病院で在宅医療について、いろいろ説明したりとかという、いろいろなものがありますけども、余り、それも十分にされていないのではないかとこの話が出ました。実際に、病院の先生、特に大きな病院の先生が在宅、我々がここまでできているのに、できないだろうと勝手に思うってしまうといったような仕組みがあるだろうと。

ただ、その辺のところ、水野先生からは、実は病院の先生は余り当てにしていなくて、私は。なぜかと、病院の医者はあんまり忙しいので、一応知っていたとしても、そこまで深くはかかわれないから、むしろ連携室としてシステムがあったほうが良いだろうと、ではないかと。

そうすると、連携からケアマネという話になるんですけども、実はケアマネジャーさんのところで、結構皆さんも経験があると思うんですけども、いつの間にか主治医が変わってしまって、医療情報が途切れてしまうというようなことがある。これは、多分起こるべくして、起こっていて、医療系ではないケアマネジャーの方が、やっぱり医療の知識が少ないために、そういうことが起こることもあるので、やっぱり情報提供、医療の情報提供をしなきゃいけないなという話がありました。

そんなところで吉沢先生から、実は豊島区ではコーディネーターというものをつくっている。認知症の初期集中支援チームを置くこと以外でありますけれども、コーディネーターというのは、ちゃんと医療の、豊島区、実は研修を何回かやって、ちゃんと医療の知識を十分に得たコーディネーターをつくっている。募集したところ、ケアマネジャーさん、別にケアマネジャーさんでなくてもよかったんでしょうけども、募集したところ、実はケアマネジャーさんが、非常に応募してきたということで、これは、我々のグループの中で非常にいいことではないかと。ちゃんと行政が資金援助をしてやっているということで。資金援助かどうかはわからない。

行政のほうもかんでこういった研修会をやると。こういったものは、ある程度、どこの区でも、地域でも、ルーチンで戻るとしていったほうが良いんじゃないかと。反対に医療者側も介護ということについて、ちゃんと勉強する機会があったほうが良いんじゃないかということのございました。

あと、これだけではなくて、いろんな療養の相談窓口のやっているところが多いと思うんですけども、板橋区なんかだと療養相談窓口が専門職と区民の人も一緒に相談できると。そこでコミュニケーションもとりにやすいし、情報も流しやすい。北区ですと、行政から内山さんが来ていらっしやいましたけども、残念ながら、専門職のための相談窓口がないということで、こういった相談窓口なんかはどういうふうにやっていくかということで、やっぱり介護とか医療に限界もあったりして、なかなか区民の皆さんに理解していただけないこともあったりするので、気軽にいろんな情報提供する、そういう



窓口なんかもあったほうがいいんじゃないのかということがございました。

それから、これは、こういう話をする中で、やっぱり医療情報の連携というのは、非常に重要だということなんですけども、地区ごとに連携の仕方が違ったり、あるいは、書式が違ったりして、なかなか難しいところが出てきたので、できれば、少なくとも区西北部くらいでもいいかもしれませんけど、連携シートを同じフォーマットにして、やっていったらいいんじゃないかと。ついでに災害についても、同じフォーマットの連携シートがいいなというお話も出ましたけども、な話がありました。

あと、幾つかの問題点で言われていること、区内、あるいは区西北の中では、コミュニケーションを結構できるので、情報が共通されていくんですけども、残念ながら、区外であったりとか、今回のような調整区域外との連携というのは、今の段階で、はかなり難しいなというお話。最終的には、そこも全部連携が共通化していくといいなというお話がありました。

それと、あとICTについて、幾つか問題になりましたけども、なかなかICTは難しいと。やれば、勝手にできるんですけども、行政なり医師会なりなんか介入してやっていくとなると、責任の問題があったりだとか、個人情報への壁も厳しくて、個人レベルではできるし、小さいことはできるんだけど、これは、水野先生なんかは、それほど、急がなくてもいいんじゃないかと。もっとゆっくり考えてやっていったほうが。

確かに、情報共有ができるのでよろしいんですけども、下手に拡大すると、実際に、今度困り込みのような状況にもなっていくというところで、ゆっくり考えながら、でも、やっぱりこれは最終的には何らかの形でちゃんとやっていかなきゃいけないことだねという話になりました。

以上です。

○吉野座長 齋藤先生、どうもありがとうございました。

それでは、Cグループの発表をお願いいたします。

○井口委員 豊島区の在宅医代表の井口と申します。よろしく申し上げます。

Cグループでは、まず、先ほどのケアマネさんの教育というところについてですけども、やはりケアマネさんのレベルというものがあって、話し合った中では、ケアマネさんが在宅へ戻すこと自体に、もう無理でしょうと行って、抵抗感を示してしまって、そこで終わってしまうようなケースもあるので、やはり、その底上げが必要だろうと。豊島区での先ほどのコーディネーター研修のようなことも、もちろん有効で、ただ、そこで、もう一歩踏み込んで、手挙げしてくる人というのは、やっぱりある程度、やる気がある人なので、これは医者としての立場として、例えば医師会の点数とか、専門医の点数とかをやっていて、しんどいので、これはいいかなとも、どうかなとも思うんですけども、例えばケアマネさんにも、そういう研修について、点数制度みたいなものをつくって、やることによって、どんな人でもとりあえず、最低限の研修は受けるというところをやっていただくようにすると底上げにつながるのではないかなという話がまず出ました。

それから、病院の先生については、特に若い先生は、やっぱり在宅のことというのは、そんなにわかっていないところが多いのではないかと。勉強会などを積極的にやってはいるけれども、そこに、じゃあ参加してきていただけるかというのと、やっぱりなかなか難しい。病診連携の研修なども東京都でやっておりますけれども、そういったところにも、なかなか出てきていただけないというところが、実際のところだろうと。

そうなるくと、在宅よりも療養、ちょっと具合が悪ければ、療養に送ってしまうという形になるのではないかなと。考え方の発想として、まず在宅に送れないのか、在宅に戻せないのか。そこで家庭の環境だとか、患者様の状態によって、これは無理だと

いうことであれば、療養という順番で考えるような発想になれるように、まずしていただけるとういかなと。

それについては、まず病院ではチーム医療ということで、今やっぺらっしやるので、若い先生方は現場でばたばたして、なかなか難しいので、そのチーム医療のある程度上の立場にいる先生方に、まず、その辺のご理解をいただけるような研修をできるとういかなと。看護師さんなどに関しては訪問看護ステーションと、病院の看護師さんたちとかとの連携の研修などがかなり進んでいて、病院の看護師さんたちにもご理解いただけてきているところなので、ある程度、上の立場の先生に、もちろんベッドをちゃんと把握している先生に知っていただいて、対外的な対応のかなめになっていただけるとういかなとということです。

I C Tの話が出ましたけれども、そちらに関しては、やはり、なかなか退院時カンファレンスといっても、在宅の医者は出てこれないという場合があるだろうと。あとは入院中の状況について、やっぱり入院中はもう病院の先生に、ある程度お任せになってしまっていて、退院する段階になって、在宅医にこんな感じで帰しますよということになってしまいうことが多く、例えば食べられない方について、ポートにするのか、胃ろうにするのかといったことでも、在宅になったときに、その状況というのが違ってくるので、できれば、入院中にカンファレンスができればいいなと。そうなってくると、ただ時間の問題があるので、先ほど、いろんな問題があるという話がありましたけれども、I C Tを使って、テレビ会議でもいいですし、I C Tのタイムラインみたいなものを使って、そういうことで、カンファレンスができるのもよろしいのではないかなという話も出ました。

あとは、病院から退院させるときに、病院の考え方として、ちょっと在宅専門、医師会に入っていないような在宅専門のところへ送ってしまうことについては、ちょっと楽ということで、そういうほうに流れているケースもあるのではないかなという話が出ました。

その点に関してはデメリットとしては、やっぱり行政も医師会も、患者様の状況が把握できなくなってしまうというところがあるので、もう少し積極的に各区の在宅医療の窓口などが病院のソーシャルワーカーさんやあとは地元のケアマネさんとの連携を強めることによって、地元の医師会の先生方のところへ戻っていける状況ができればよろしいのではないかなということも出ました。

あとは、病院の発想として、長く入院させておけないというところで帰すに当たって、療養型に送ってしまうということが出てきますけれども、そこが病院、急性期病院、療養型の病院、その先に在宅、自宅でもいいですし、いろんな施設でもいいですけども、急性期病院から療養型、在宅へつなげられるように、そこでの病院のソーシャルワーカーさん、療養型のソーシャルワーカーさん、あとは帰ってくるところでのケアマネジャーさんなどとも連携のとれる、一貫して、流れをつくっていける連携のところができるとういかなという話が出ました。

以上になります。

○吉野座長 ありがとうございます。

それでは、最後、Dグループでよろしくお願いします。

○土屋委員 Dグループ、担当しております豊島区医師会理事をしています土屋です。

Dグループはメンバーがかかりつけ医、在宅をやっているのと、あと回復期の病院の方、あとケアマネと行政の方というところのメンバーでしたので、その患者さん行方不明問題というのについて、メインで話しました。これはよくかかりつけ医の先生が急性

期病院に患者さんを送って、急性期病院から回復期なりリハビリ病院に行って、その後、主治医が誰だかわからなくて、かかりつけ医がわからないと、患者さんがどこに行ったかわからないという問題。そういうことは、ほかのグループでも話されたかなとは思いますが、そこをベースにして話していきました。

そんな中で、まずは、じゃあかかりつけ医、病院、急性期病院に送りましたといったところで、どんなことが行われているんだろうか。ここには急性期病院のメンバーはいないので、詳細はわからないんですけども。いろいろ、実は、僕はその豊島区のほうではそういう問題に対して、急性期病院へ送った患者さんがどうなっているか。豊島区医師会の相談窓口の職員に患者さんを追っかけてもらってというようなことをやったり、急性期病院に話を聞いてみたりということをしたんですけども、病院の中では、例えば転科したりすると、もうかかりつけ医の情報というのは、もう誰だかわからなくなってみたり、救急外来で入った方だったり、普通の外来で行った方だったり、その入り口が違っている。また出口の担当者も違ってくるというもので、そこで、かかりつけ医、主治医の先生が誰かという情報がきちり伝わっていないというケースがしばしば感じられるというような印象を受けておりますが、そこら辺に関しては、こうしたほうがいいという解決策はこのテーブルでは出ませんでしたけども、少なくともかかりつけ医が誰かというところを、例えば電子カルテにぼちっとすれば、退院のときにはわかる。紹介状、回復期とかに出す紹介状にぼちっと押せば、きちり出るような、それぐらいのものがあつたら、せめてわかるんじゃないかなということでした。

あとは、回復期に行ったときに、そのかかりつけ医の先生は誰ですかということ、もうやる気のある回復期の病棟だとそういったところを聞いてくれて、きちりかかりつけ医が誰かということ、把握しているんですけど、そうでないところも多いという話を聞きました。病院にアンケートをとってみたいという先生の話も聞いたんですけども、やっぱりそのやる気のあるところはきちりやっているし、そうでないところは、そうでなくて、そのまま流れていってしまう。そういったところほど、今度、回復期なりリハビリ病院から在宅に帰ってくるときに、いつもやってもらっている在宅の専門の先生だったり、いつものケアマネさんをお願いをしてあって、そのままそっちに流れちゃっているんで、送ったかかりつけ医としては、結局どこに行ったかわからないという行方不明問題が起きているんじゃないかなというような話もありました。

なかなか、そういうやる気という言い方はおかしいのかもしれないですけど、例えば連携の会とかをやっても集まるどころ、アンケートを出して、きちり回答してくるところ、そうでないようなところに関しては、なかなかそういった情報も伝わりにくいし、連携ということもうまくいきにくいんじゃないのかなというような話も出ました。

そういった連携をよくしていくという中で、例えばちょうどこのテーブルがそうだったんですけども、かかりつけ医と回復期病院が一緒に何かをやることって、実は余りないねという話になって、そういった連携の会。例えば、かかりつけ医の僕らの立場からすると、急性期病院との病診連携の会とかはよくあるんですけども、回復期病院との連携の会みたいなものって、そんなにしていないようなこともあるので、そういったものがあつたらいいんじゃないか。そこで、回復期病院と在宅医かかりつけ医との顔の見える会みたいなものがあつてもいいのかなというようなお話。

あとは、回復期のほうからは、例えば今度担当者会議をやりますということで、主治医の先生とか、在宅医の先生に連絡をしていいのかなというようなこともあつたんですけど、多分、これも双方、いろいろあると思うんですけど、在宅医、忙しいからと気を遣ってくださって電話するのを、ちょっと躊躇してしまうかもしれないですし、在宅医、

医者側も結構、知らない人から急に電話がかかってくると、何か急に怒り口調になってみたりとか、忙しいのに何だよというような人もいたりするので、医者側も悪いんだなというふうに個人的には思いますが、そういったことをきっちり電話をくれてありがとうと言えるようなかかりつけ医の先生であれば、もうがんが電話をして、今度、この人が退院しますと。担当者会議には忙しくて、実際に出れないことは、非常に多いと思いますけれども。そういったところもきっちり連絡し合うということが、やっぱり大事なんだろうなというふうな形での話がありました。

ということで、あとは在宅専門医の話も、ちょっとやっぱり出ましたけども、それに関しては、在宅医というか、地域側の問題というか、在宅医療がなかなか増えないという中で、かかりつけの先生は、やっぱり在支診とかをとるのに、24時間というのに抵抗があって、だんだんとなくなっていく。そういった24時間とか、休日のところを在宅の専門医がフォローし合うような形で何かできればいいんじゃないか。

例えば在宅の専門の先生って、医師会に入らないので、余計に患者さんがどこに行ったのかわからなくなっちゃうんですけど、そういった中で、何で医師会に入らないかという、医師会に入るメリットがないからで、例えば医師会に入っているかかりつけ医の先生と一緒に在宅をやりたいというような事業が例えばできてきたとしたら、医師会に入るメリットが在宅専門医の方の先生方にも出てくるんじゃないだろうか、そのような話も出てきました。

そんなところで終わります。

○吉野座長 土屋先生、どうもありがとうございます。

私からのちょっと感想を述べさせていただきますけども、座長としてというか、個人的というか、たった今、土屋先生から出てきた、患者さんがどこかに行っちゃうというのは、非常に多く経験、いろいろ経験することで、それは結局、病院の対応がとかというふうに、ついつい言っちゃいがちなんですけど、じゃあ、自分らに何か問題がないかという形で振り返ってみると、その電話が来たとき、外来中だから、忙しいから出れないとか、その対応をいろいろ繰り返していると、やっぱりあそこには電話をしても、出してくれないから、こっちの専門にやっているところだと電話すると、すぐに出してくれるからとか。多分そういうこともあるんじゃないかと思うんです。

やっぱり、ある程度、僕らも、在宅医の立場からの話ですけども、反省しなくちゃいけないところは、多々あるんじゃないかなと。連携連携と言って、どうしても医者立場で物事を言っているということがかなり多いんじゃないかと思えますし、温度差というのは、どうしても、やっぱりあると思いますので、在宅をやる医師の温度差も、やっぱりあるし、多職種連携をやる、その多職種の人たちの温度差もやっぱりあるので、そういうところをどういうふうにまとめていくか。

きょう、来られている方々というのは、とても、ある意味、熱い方々が来られていると思うので、そういう方々が地域においていて、地域の中でいろいろ試していくということが必要になってくるんじゃないかなというふうに思えますし、自分自身もちょっといろいろ振り返ってみて、個人的には反省しなくちゃいけないことも多々あるし、患者さんがいなくなる理由も自分の中にはあるのかなというのを、きょう、いろいろお話を聞いて、思いました。

すみません。個人的な感想になっちゃいますけど。

私からは以上です。

最後に東京都の医師会、土谷先生のほうでありますでしょうか。

○土谷理事 皆さん、遅くまでお疲れさまでした。

少しお話させてもらいますけど、先日、東京都医師会、そして日本医師会の会長をやっていた唐澤先生とのお話を聞いて、少しお話をする機会があったんですね。

今私たちはすごく地域包括ケアシステムを構築しよう、躍起になっているところなんですけれども、唐澤先生が、じゃあ、その先には何があるのみたいなことを言っていたんですね。確かに地域包括ケアシステム、つくろう、つくろうとは言っているんですけど、その形もまだよくわからないところもありますけど、その先は、じゃあ何だろうというところで、そこで話が終わったんですね。

その後、椿先生、東京都医師会の監事の椿先生と話したんですね。唐澤先生と話したんですといったら、その前の日、僕、唐澤先生とずっと話していたんだよ、膝を突き合わせて、5時間ぐらい話していた。それで、唐澤先生は地域包括ケアシステムのその先という話をしていたんですが、私なんか、そんなの思いもよらなかった、考えもしなかった。地域包括ケアシステムをつくって終わりみたいな感じだったんですみたいな話をしていたら、椿先生は、いや、土谷君、それはその先じゃなくて、戻るんじゃないのみたいなことを言っていたんですね。地域包括ケアシステムをつくろうといっているけど、その昔、私たちがやっていたような、地域で温かい、そういった医療をつくることなんじゃないのかなと言っていて、それで、またはっとしたんですね。

きょうの話は、A、B、Cの班はケアマネジャーの話になりましたけど、D班は、やっぱり定評だったと思うんですね。D班の話で出てきた中で、かかりつけ医は何なのかということだと思うんです。かかりつけ医、やっぱり自分たちはかかりつけ医で、最後までその人を見るんだという思いはすごく大事であると思うし、それは自分の専門じゃなくても、ちょっと話はできるし、やっぱりよくある話で、急性期に行って、回復期に行って、じゃあかかりつけ医は誰と聞いたけど、実はいませんか言われちゃうこともあるというのは、よくある話で、自分たちはこの人たちかかりつけ医になっているのかなというのは、吉野先生も言っていましたけど、全くそのとおりののかなと思って、また医療は進んでいくわけですけど、戻るころもあるのかなと思って、皆さんの話を聞いていました。

きょうは、皆さん、いろんな有意義なお話をできたかなとは思いますが、また地域に戻って、いい医療が提供できればと思います。

きょうはどうもありがとうございました。

○吉野座長 それでは、ごめんなさい、最後お願いできますか。

○久村地域医療担当課長 本日は限られた時間にもかかわらず、さまざまな課題につきまして、論点整理いただきまして、具体的な提案につなげていただき、まことにありがとうございました。

東京都としても参考にさせていただきますし、また、こちらの地域の取り組みの手がかりになればとも思っております。

今回の議論の内容につきましては、この親会議でございます調整会議あるいは東京都の調整部会のほうに報告させていただきます。また、東京都の在宅療養推進会議の中でも議論の素材として、提供させていただいて、今後の都におけます取り組みの参考、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る医療機関、あるいは関係団体の方に対しましても、本日の資料、検討内容等については情報提供し、共有していきたいというふうに考えておりますので、よろしくお願いたします。

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。