

## 武蔵野市地域医療の在り方検討委員会（第2回会議要録）

○ 日時	平成26年9月11日(木) 午後6時30分～午後8時30分
○ 場所	市役所8階811会議室
○ 出席委員	渡辺委員長、藤澤副委員長、宮武委員、森田委員、丸山委員、 小柳委員、輿石委員、井田委員、荻原委員、中島委員、 早川委員、笹井委員
○ 欠席委員	松井委員、長田委員、堀江委員
○ 事務局	地域支援課長、健康課長、健康課副参事 他

### 1 開会

### 2 配布資料確認

### 3 議事

#### (1) 検討事項1「初期・二次・三次救急の役割の整理と医療機関の機能分化」の現状と課題、論点、今後の方向性について

資料1「検討事項1「初期・二次・三次救急の役割の整理と医療機関の機能分化」の現状と課題、論点、今後の方向性について」および、資料2「武蔵野市の休日診療における機能分化」により事務局が説明

【委員長】 今後の方向性と対策にシンポジウム開催がうたわれている。武蔵野赤十字病院、武蔵野医師会、市が相談して始めた市民向けのシンポジウムを11年前から行っており、来年は在宅医療について行うことを考えている。

【委員】 資料には、新たに初期救急に合う診療所の開設を目指すところがあるが、どのような構想なのか。具体的なイメージを教えてください。

【委員長】 診療所の持ち回りかで行うのか、センター方式か、時間は休日だけにするのか、夜間も行うのか、すぐには決められないが、初期救急を医師会の診療所で担っていく方向を決定し、特別委員会を設置して検討に入ることになっている。

【副委員長】 初期救急を診療所が行う場合は薬局が付随せざるを得ない。治療には薬が必要だと思うが、医師会はどのように考えているのか。

【委員長】 公式ではないが、会長・副会長にはこの件について説明をしている。今もインフルエンザの流行時に市内で休日診療所を東と西に2カ所ずつ立ち上げて、武蔵野赤十字病院の患者が増えたときのサポートをした。その時には、近隣の薬局を開けていただいている実績があり、同じような形を考えている。

【委員】 休日診療に向けて機能分化は絵としてはわかりやすいが、患者は自分の病状がどの程度のものかは、分からないで来る。入院が必要なのか、必要ではないのかということ診察をしてみないと結果が出ない。このような状況の中で、どのように機能分化を考えていくのか。

初期救急は医師会、二次救急は病院が担うとすると、救急車は二次救急のところに行くことになるが、休日夜間、二次救急の病院で手術できる場所は無い。機能分化はシンプルだが、そうならないことが現実である。現実に即して話をしないと先へ進めない。

【委員】 #7119や#8000は周知されているが、つながらないということもあり活用できない。都でできないのであれば、市で独自のものをつくれぬか。救急の振り分け、診療科目、在宅療養など市民としては困ることがたくさんある。武蔵野赤十字病院に行けば全部の診療科がそろっているため診てもらえるのではないかと思うので、医療機関に行き着く前の何か振り分けがあればよいと思う。

【委員長】 医療機関に行く前の振り分けだと、本当に救急なのかどうかなどを一般の市民に啓発していくということが大事ではないか。情報提供のパンフレットなどについて、健康づくり事業団では何か対応できることはあるか。

【委員】 健康づくり事業団は市民の健康づくりに関してさまざまな事業を行っており、パンフレットをつくって啓発をするというのは、わかりやすい手段の一つだと思うので、その役割を果たしていきたい。

【委員】 日中は何とかなるが、一番の問題は休日夜間である。休日夜間になった途端に誰もいなくなるという現実の中で解決策を考えてなければならない。#7119や#8000の充実なども、予算、人の配置、回線の問題などさまざまな問題がある。医師でなく保健師・看護師が対応する場合、責任が持てるのかということがある。

電話で対応したときに、アクシデントがあったら責任を持ってない電話での案内は簡単にできるものではない。

また、啓發文書の効果は疑問である。基本的にパンフレットが回ってきてもだれも見ないのではないかと思う。

【委員】 現実はそのとおりであろう。電話で聞いたときに、もし二次救急でトラブルになるようだったら、責任問題もあるし、トラブルになれば三次救急に案内することもあろう。

今回、医師会が特別委員会を設置し議論を始めるということは第一歩である。いきなり、確実に行うということは無理なので、可能性のあるところで少しずつ議論していければよいと思う。

【委員】 振り分け機能を電話で行うことには限界があるとは思うが、#（シャープ）の電話のようにある程度の振り分けができる窓口があってもよいのではないか。医療機関に置くのか福祉部署に置くのか、担い手は医師なのか看護師なのか医療福祉連携室なのかなどはこれから考えることだと思うが。

【委員】 休日診療における機能分化は分かりやすいが、今は机上の空論であり、先行きの姿としてこのような形にどうやってもっていくのかという議論だと思う。

現実に今かかりつけの医師がいて、その医師が24時間対応の在宅療養支援診療所であれば、重篤なときに救急車を呼ぶのではなくて、かかりつけの医師を呼び最後まで看取ってもらうということが徐々に増えている。

また、統計的に見ても訪問看護ステーションが多い地域は自宅での看取りが多いので、訪問看護ステーションがさらに活躍していけば、救急車を呼ばない体制をつくる一助になっていくであろう。特養、有料老人ホーム、老健施設などは医師が囑託となっているところもあるので、囑託医にお願いしたり、訪問看護ステーションに入ってもらったりするということで、徐々に理想に近づける努力をしていくしかないと思う。

【委員】 行政で相談を受けても医師ではないので、どこまでの確なアドバイスをして、その人に間違いなく適切な時期に医療をつないであげられるかという不安は絶えずある。施設入所者は、訪問看護ステーションや施設の医師との関係があるだろうが、一般市民からの問い合わせについては相談できる窓口を置くことも考えられるので

はないか。また、啓発活動については、まち全体が変わってきていることで市民に向けて早い段階から必要だと考えている。

【委員長】 今後の方向性と対策というところで、市民啓発は困難ではあるけれども、いろいろなことを考えながら方策を練っていくということしかないと思う。

【副委員長】 在宅医から出てくる意見は、在宅医がいるにもかかわらず市民は救急車を呼んでしまうということである。ケアマネジャーや介護職への教育も必要だと思う。

【委員】 医師会として特別委員会を設置して具体的な休日準夜の体制を作られるという話を聞いて、非常に前向きに取り組んでいただけたと思っている。行政としてもバックアップをしていきたい。

【委員長】 検討事項1についてはさまざまな意見をいただき、今後の方向性と課題がいろいろ出てきた。事務局でこれらの意見をまとめていただき、次回以降確認したい。

## (2) 検討事項2「在宅療養生活の継続を図るうえでの医療と介護の連携強化」の現状と課題、論点について

資料3 検討事項2「在宅療養生活の継続を図るうえでの医療と介護の連携強化の現状と課題、論点」および、資料4「在宅医療の体制」により事務局が説明

【委員長】 副委員長から提出されている、ケアマネジャーの現状、課題について、お話をいただきたい。

【副委員長】 市内で今活動しているケアマネジャーは約320人。その中の背景職種は8割～9割が介護福祉職であり、東京都も同じような傾向がある。職種の専門性のため疾病から予後予測、リスク管理を考えることは難しい。

市はケアマネジャー研修センターを中心に医療知識を獲得する研修会を組んできた経緯がある。介護保険法第1条にあるが、その人らしい生活を確保するためにもケアマネジャーの質の向上が重要であると考えている。

今後の市における在宅療養の形についてだが、幸い介護度4、5の方の6割が在宅生活を送っている。有料老人ホームや施設入所も多いが、武蔵野市型の在宅療養の姿がここにあると思っている。医師からは呼吸や痛みの管理ができなくなると限界点と言われる。ケアマネジャーのカンファレンスでは経済力、介護力、本人の思

いなどが語られているが、今後医療的依存度が高くなる市民が増える中で、ケアマネジャーに何ができるのか、対応可能な在宅療養行為ということで、限界点プラス在宅医がどこまで医療を行うのが課題になってくると思っている。

主治医の意見書をケアマネジャーはよく目にするので、その中での疾病構造の分析、またいろいろな事例の成功例を積み重ねながらケアマネの知識理解、経験的な部分を底上げして教育していくのが必要であると思う。

初期救急の部分でもやはりケアマネの教育というのは必要であると思う。在宅を支える医療の必要性ということで、医療的依存度の高い方が在宅に戻ったときに在宅医の確保が難しいと思っている。人材不足ということも含めて市で何らかの方策をつくっていただきたい。これからは医師だけではなく、歯科医師、薬剤師、訪問看護師の皆さんの連携によって初めて武蔵野市の在宅が成り立っていくと思う。

医療連携について、市は積極的に脳卒中地域連携パスをいろいろな職種が一堂に会してつくってきた実績がある。これからもこのプロセスは続けていき、その上にもう一つの形としてICTへの移行が必要ではないかと考えている。ICTを使いながら顔の見える連携を進めていきたい。ただし、プライバシー保護の一定の確保の共通認識を持ち、ICT連携を加速させる必要があると考えている。

**【委員長】** 医師会で都の在宅療養のICTに関する補助金事業を受託することができた。iPadを200台以上用意し、在宅患者に関わる情報共有をスムーズに行うためのツールとして使うことを考えている。多職種連携と情報共有が非常に重要であると認識している。そのツールを使うことですべてが終わるということではなく、お互い同じ方向を向いてやっていかなければいけないので、一つの契機として各職種との垣根を下げられないかと考えている。

次に二つ目の議題の在宅医療体制に関する意見をお願いしたい。

在宅医療の体制について、退院支援がケアマネジャーのアンケートから60%ぐらいあるということで意外に多いと思っているが、ここまで進んできたということなのか。

**【委員】** 退院支援について、二次救急の病院ではケースワーカーが窓口としてしっかりしているところについては進んできているという印象を持っている。

**【委員】** 医療の知識がなく、自信がないというケアマネジャーが6割のカンファレンスに

参加しているということの意味は、一方的な入院時の情報を受けるだけなのか、また、カンファレンスとして機能しているのかが疑問である。

一時期は脳卒中連携パスの「地域連携診療計画書その3」を使ってカンファレンスに臨むと、漏れない情報と確認する事項もちゃんと入っていたのだが、活用されているかが気になる。

ケアマネジャーからの要望があり、カンファレンスも6割を超しているのであれば、せっかく作った連携のツールの活用を広めるような働きかけもしたほうがよいと思う。

**【委員】** 平成20年度から脳卒中地域連携パスと認知症の連携シートをこの地域では始めたが、その後医療制度改革があって都ルールも変更されて、急性期病院は武蔵野赤十字病院のように超急性期から急性期への7日間ルールとかというのができた。

脳卒中で武蔵野赤十字病院から他へ転院するうちのパスを活用されている方は5割～6割であり、回復期から在宅の場合にどれほどできるかということは調べていないが、そういう意味ではむしろ急性期病院での課題というよりも、回復期や二次救急、リハビリ病院から在宅へ戻るときの退院支援ということであれば、住宅改修等も必要になってくるので、6割相当は何らかの形で、バリアフリーへの住宅改修とかという側面から一定の退院時の医療連携室等との連携はあると考えられる。ただ、それが予後の見込みも含めた目的意識を規範的な統合の中で教育されているというわけではない。

**【委員】** 在宅医療体制のイメージ図は厚生労働省のホームページから作成したもので、市が作ったわけではない。その地域の自宅で暮らしている人や、あるいは自宅の近いグループホームやサービス付高齢者住宅で暮らしている人がどんな形で医療と介護のサービスを受けているのか、その方が入院した場合に入院時、退院時がどんな形の連携の支え方があるのかと、書き換えなければイメージがわいてこない。

**【委員長】** 地域医療とか介護サービスの資源の把握という、この地域での資源の把握が大事である。

**【委員】** 保健所には病院、診療所、歯科医であるとか、職員の数であるとか数上のデータはあるが、地域で活用できるかというとなかなか活用できないと思う。

**【委員長】** 地域によって、たとえば目黒区では各診療所、訪問看護ステーションなどの一覧

と、駐車場の有無、訪問診療・往診の実施、未実施等どれだけの機能があるかを全部冊子にまとめて配っている。今後はそういったものも考えていかないといけない。

【委員】 医療資源マップのことだと思うが、武蔵野市というよりも二次医療圏で武蔵野赤十字病院の医療連携室がリハビリ機能を持った医療と介護の社会資源マップを冊子にしてまとめる作業をしている途中という状況である。

【委員長】 アンケートの結果で、歯科も20%以上訪問歯科診療を行っているということだが摂食嚥下などが含まれているのだろうか。

【委員】 訪問専門の診療所が2件ある。全体的には診療の休み時間に行かれるということで月に2人、3人というところが多い。摂食嚥下は3～4年前から始めているが、エキスパートを育てるところまではなかなかいかずに、まだ3、4名ほどである。

また、自分の医院で今まで診ていた方はとにかく来られなくなっても何とか居宅まで行って診られるような形をとれたらよいということで、器材の問題と保険制度の問題など、いろいろな方向から企画しており、今後少しずつ変えていきたい。

【委員長】 患者の高齢化のため、自分が診ている患者が来られなくなったらこちらから行くしかないということで在宅が始まることが多い。在宅医療というのは、在宅療養を専門の診療所と一般の診療を行いながら在宅を診ていく診療所というのは多少スタンスが違う。在宅医療を専門に行っている医療機関であると、病院から直接患者を引き受けて、そしてそのカンファレンスにも出て、そして在宅医療を始める。ただ、24時間365日診療しますということを表に出して、そして在宅を始めるので、かなりきついと思う。

一般診療所の場合には、今まで長い間診ていた患者さんが来られなくなり、その後在宅でこちらから診に行くことになるので、既に信頼関係ができあがっているのである程度お互いに許される部分があるが、24時間365日診療しますという在宅支援診療所の申請がネックになっていて、在宅医療が思ったように進んでいないというのが現状である。

訪問看護ステーションは武蔵野市内にも数が多いが、三鷹市内などかなり広い地域に行っている可能性もある。アンケートの中で一番人員の確保が大変だということであるが、訪問看護が在宅医療の中心になるので、うまくいけばよいと思っている。

【委員】 訪問看護、訪問リハビリの会議の場では、人員が足りないということがいつも課題に上がる。小規模のステーションがほとんどであり、常勤スタッフ4名であればよいほうである。機能強化型訪問看護ステーションが評価されることとなったが、近隣市も含めて武蔵野市には強化型がないことが24時間365日の医療強化体制においては強化されていない部分と感じている。

スタッフが確保されないと24時間365日はきびしい環境である。また、きびしい環境になるとスタッフが来ないという悪循環が続いている。病院付きの訪問看護ステーションが多いわりに、そこからの連携で職員が来ることが少ない。この部分を協力してもらえるとスムーズな体制がとれると思う。

【委員長】 地域看護というような考え方もあるようだが、病院や施設勤務の看護師が退職して、そこに在籍したまま何カ月とかローテーションみたいな形で訪問看護を一つのパートとして勤務するような仕組みをつくるような動きはあるのだろうか。

【委員】 病院からの在宅というところを考えると、病院のスタッフ、看護師が全員在宅を経験することを提案しているが、在宅と病院との連携のところはまだ壁があり行われていない。これから進めていきたいというところであり、研修生として在宅のところをもっと知ってもらうところから始めていきたい。

【委員長】 病院の看護師が在宅を経験すると、在宅に対しての意識が大分変わってくると思うし、そういった方向になればよいと思う。

【委員】 病院では現実的に少しずつ関与するようになり始めているが、まだ、本当に出だしのところでしっかりとした動きにはなっていない。病院の看護師と診療所の医師がうまくタイアップできるのかということが、まだお互いに見詰め合っていて、どの程度要求してよいのか、その辺が非常に難しいようである。

ストーマだとかそれから褥瘡介護などの面ではアシストすることによって診療所の医師の手助けはできるが、全体をみるということになると病院の看護師には難しい面もあるので、まだまだの状況のようである。

【委員長】 例えば何カ月か出向で訪問看護ステーションに行って、また病院に帰ってくる試みなどを今後検討いただければと思う。武蔵野赤十字病院をトップにして帯型に広がる医療体制が救急も含め、在宅も含め、災害事例も含めて、全部そういう整理がつくと非常にいいかなと思う。



【委員】 広い範囲を全部みていくというのは難しい。専門職が集まっているところだと規定して理解して働いているので、専門職がさまざまな領域、在宅にまで広がっていると、在宅は在宅なりの難しさがある。在宅もやり、急性期医療もやりということは非常に難しいと思っている。

【副委員長】 ケアマネジャーの立場から言うと、在宅に出る医師、歯科医師、薬剤師、看護師が少ないので、次世代の教育がとても大事であると思う。

【委員長】 医師会の中では在宅医療部というのをつくって在宅医療を行っている医師に集まっていたらいろいろ検討したりしている。

現時点で大学は在宅医療について、どれだけ学問として勉強させているのかはわからないが、在宅医療学というものがまだ確立していないことも日本の在宅医療に関しては問題であると考えている。在宅で総合的にいろいろなものをみていかなければいけないので、かなり広い範囲の知識が要求される。

【委員】 在宅療養を担っていただける人材の確保というのが一番問題であるが、今回の診療報酬改定で集合住宅への診療報酬が4分の1ぐらいに低くなった。在宅へのインセンティブについては今回の診療報酬改定でモチベーションが下がる方向にあるが今回の診療報酬改定や総合医の育成などを国はどのように検討しているのか。

また、機能強化型訪問看護ステーションへ充実をさせていくための課題とそこを突破するトリガーは何かということがわかればお聞かせ願いたい。

【委員】 訪問看護師を取り巻く環境は、病院で当直をするという体制ではなく、携帯電話で夜中に呼ばれて自転車で走るような、24時間携帯電話を持ちながらのある程度家族を巻き込んだ生活である。その環境をどのように変えて職員のやる気を引き出そうかと考えている。

機能強化型訪問看護ステーションになって、ターミナルの方が多数来た場合の対応については自信がない。携帯電話を持ちたくないで訪問看護はやりたくないという意見も多い。若い人員を多くしたいと思うので、訪問看護を目指していただけるような教育システムがあればよいと思う。

【委員】 訪問診療の大幅な減額というのは同一建物に、流れ作業みたいに何十人も診ているようなそういういわば訪問診療専門の診療所が出てきて、それが目にあまるため大幅減額に踏み切った。今、訪問診療、往診の世界は量的な拡大が求められている。

量的な拡大を求めるとどうしても質のほうが下がる。質も維持しなければならないということも確かであり、量と質のバランスをどのようにとっていくのかという端境期にあると思っている。

ずっと診ていた患者さんが来られなくなったら医師のほうから出かけなければならない。患者を診ているだけの診療所では済まなくなってくるし、それが全国的に広がっている。そうすると訪問診療を主体とした診療所に代わってほしいというのが国の基本的な政策である。

また、回数は多くないにしても夜間も行かなければならないということになると、一人での診療所はこれから難しくなっていく。今回の診療報酬改定でも3人以上の医師が常勤しているところでは非常に大きな定額の診療報酬を付けている。3人以上を備えた診療所であるとか、それができないのであれば地域で複数の診療所が連携をする連携強化型の診療所に姿を変えていきたいということが国の方針である。

ヨーロッパの家庭医でも一人で診療しているところはほとんどなく、多いところは10人くらいの、日本で言うところの小さな病院のような形態で医師を抱えている。そうでなければ訪問診療とか往診に対応できないと思う。

**【委員長】** 在宅医療の中では特に急変時の対応と、看取りの問題がある。日本では80%は病院で亡くなっている時代で、2割ぐらいしか在宅で亡くなることはないが、看取りまで国は求めて、在宅支援診療所については何人看取ったかという報告をしなければならない。在宅支援連絡会のワーキンググループでリビングウィルについていろいろまた検討していただいているようだが、意見があれば伺いたい。

**【事務局】** リビングウィルについては、一般的な段階から理解いただき、ターミナルに近くなったときにどうしていくかというのを徐々に考えていこうという形で今動いている。今年度は一般的な段階のものの作成を考えている。

**【委員長】** 在宅の中で緊急時の対応については、二次救急の病院は受けていただくことが大変多いと思うので、環境的には良いと思う。ただ、急変したときに二次救急の病院でも検査がなかなかできない場合には武蔵野赤十字病院にお願いすることが今後もあると思う。

**【委員】** 医師会の病院部としては、急変時のことに関して、厚労省の方針と同様だが高度急性期ではなく、急性期病院が少しずつ役割を持っていくという方向が出ている。

この地域で言えば二次救急病院だが、そういう病院が関与していく方向にあると思っている。

**【委員長】** 実際二次救急病院に救急搬送されたが検査もできないような場合に、武蔵野赤十字病院で入院は無理としても、検査をして、その情報を持って二次救急病院に行っていただくというようなことはあるのか。

**【委員】** 来られた時点では診断をつけて、治療の方針が決まった時点で転院していただくという方向に少しずつ変わってきている。治療を続けないとよくない場合には必ずそうなるが、そうではなく、回復の度合いがある程度期待できないとか、病気が治らなくても生活に戻すということが可能ならばなるべく二次救急病院にお願いするように進めてきた。

患者はレントゲン、採血、CTもできるようなところに運んでくれと言う。人にはどの程度お金をかけるのかということも関わってくると思う。やはり納得するような状況になってこないと急性期の医療は難しいと思う。どんなレベルの方でも同じような治療をやってほしいという時代はもう少しずつ終わっているのではないかなと思う。それを我々が優しさを持ってどういうふうに解決していくのか。冷たいことの選択をするのではなくて、優しさを持ちながらそれで納得してもらえる状況にもっていきたいと、急性期病院も思っている。優しくなかったら生きている価値がないようなもので、医療というのはそのためにあると思っている。その辺をうまくあいに納得できるレベルにもっていきたい。

二次救急病院と武蔵野赤十字病院では残念だが全く違う。在宅の方を搬送するのか、武蔵野赤十字病院に搬送するのか、検査ができなくても二次救急病院へ搬送するのか、そういう選択もいつかはできるようになると思う。

どんな病院でも放射線技師、生化学の検査技師を24時間確保することは、現実には無理である。手術を行う場合は必ず麻酔科医がいて、それから外科医が2人いて、看護師がいて、外回りの看護師がいて、とこれだけのパワーが必要である。どこまでを目的とするのかというのを最近厚労省なんかも考え始めて、すべてが急性期でなくてはいけない、病院はそうでなくてはいけないというような考え方から大分変わってきていると。

**【委員長】** 市民への啓発を行い、医療者側も、市民の側もあらかじめ考えておくということ

も必要だろう。資源には限りがあるので、そこは優しさを持って、それである程度きちっと線引きしなければいけないところがある。今回1番目の初期救急の問題も、それから在宅医療の問題もいろいろ検討してきたが、機能分化は現実的には困難であるとかいろいろな問題があるので、次回以降、検討していただきたい。

検討事項2についてはアンケート結果や本日議論した内容を踏まえて次回の委員会資料として再度提出していただきたい。

#### 4 その他

アンケート集計結果については次回提示すること、及び、前回の会議の要録についての確認について事務局から説明

(今後の日程について)

第3回 10月20日(月)午後7時 場所:未定

第4回 12月25日(木)午後6時30分 場所:未定

#### 5 閉会