

武蔵野市地域医療の在り方検討委員会（第3回会議要録）

○ 日時	平成 26 年 10 月 20 日(月) 午後 7 時 00 分～午後 9 時 03 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、長田委員、丸山委員、小柳委員、興石委員、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、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 報告事項

【委員】 議事に入る前に武蔵野市の二次救急医療機関である松井外科病院から10月末日で病院機能を廃止するという報告があった。病院内の厨房施設の給湯配管が故障したため、入院患者に対して食事が提供できず、病棟機能を維持することが難しくなった。抜本的な改修をすれば半年以上の工事期間と膨大な費用がかかり、その間は入院患者の受け入れは不可能になるので、10月末日で二次救急の救急告示病院を休床して、11月15日からは外来診療専門のクリニックと、健診センターの2つの機能に業務内容を変更したいということであった。

幾つかの課題があるが、まず1つ目は、10月31日で救急病院でなくなり、休日診療実施機関でなくなるため毎月市報に掲載をしてある休日診療の一覧表については、修正し周知しなければならない。11月分は医師会や渡辺会長の協力や調整もあり、松井外科病院の診療を予定していた日程は森本病院が実施する。

2点目は、二次救急医療機関の機能が全体的に低下をするという問題がある。二次救急医療対応の病院は市内で5病院あるが、それが4病院になるだけでなく、入院先が見つからない患者についての救急搬送先として、松井外科病院はこの圏域で

唯一東京ルールの固定制センターになっている。救急搬送で、たらい回し防止のルールや仕組みの中で大きな役割を果たしていたものが無くなる。

3点目は、吉祥寺全体の病床数では、現在は吉祥寺南病院、森本病院、松井外科病院と3病院あるが、松井外科の91床の入院機能がなくなってしまうという問題である。

4点目は、地域防災計画に災害拠点連携病院という形で位置づけられていて、しかも緊急医療救護所の設置個所が武蔵野市は武蔵野赤十字病院と吉祥寺南病院と陽和会病院と松井外科の4病院としているので、そこも減少することになる。

5点目は、松井外科病院は吉祥寺ナーシングホームや武蔵野館の嘱託医もしくは提携医療機関となっており、福祉施設等で急変した入所者の救急対応や嘱託医としての機能もどうなるか不明である。現在、東京都の救急医療課長が松井外科病院に直接行って実態調査を行っている状況である。

武蔵野市では、市長にも報告をしている。かなり大きな影響が出るので、東京都と連携して市としてどういう支援ができるか、緊急対策チームを設置し、関係部署が協議を行い、できる限り吉祥寺地区の医療資源と救急機能の低下がないような方向で調整を行いたい。

【委員長】 市内では武蔵野赤十字病院を除けば650床弱の地域であるので、そこから91床なくなるのは非常に大変なことだと思う。

【委員】 平成25年度1年間の休日・夜間の松井外科病院の受入れは1,302件で、市全体の6.1%。救急搬送では、1,228件、全体の15.2%。この件数がほかの病院の負荷となる。

4 議事

(1) 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連携強化」の現状と課題、論点について

資料1「地域医療に関するアンケート調査結果報告書(案)」、および、資料2—1「武蔵野市における在宅療養支援について」資料2—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について」により事務局が説明

【委員長】 委員より、訪問看護ステーションの現状と課題についてお話いただきたい。

【委員】 訪問看護ステーションの現状と課題について説明する。

1. 訪問看護ステーションの現状

訪問看護師の不足については、現在武蔵野市の訪問看護ステーションは14件の届出があり、ここ2～3年で増える傾向にある。東京都でも昨年1年で100件増えたという報告があった。しかし、1事業所当たりの看護職員数は全国的には5人未満の事業所が6割を占め、平均4.3人となっている。武蔵野市では地域医療に関するアンケート調査報告書によると常勤平均4.2人、非常勤2.4人という結果が出ており、小規模事業所が多い。

小規模事業所の問題点は、①訪問件数が少なく、収支が悪く赤字経営となりやすい。②24時間対応体制の届出ありの割合が低い。③医療保険による訪問看護実施率が低い（重症患者をあまり見ていない）などが挙げられるが、武蔵野市のアンケート結果では、緊急時加算、24時間対応は82%とれ、機能強化型訪問看護管理療養費の届出がないことが課題である。また、スタッフの確保が困難と82%の事業所が挙げており、対策の必要性を感じている。

訪問看護利用者の変化については、高齢化の進展に伴い、要支援者、要介護者が増加し、在宅療養を望む国民のニーズが高まる中で、医療依存度の高い重度の割合が増加している。医療保険では、悪性新生物、神経系疾患、介護保険では脳血管疾患で障害を持っている人が多くなっている。また、在宅で終末期を迎えたいというニーズも増えていて、緊急対応、24時間対応の体制が必要な利用者が増加している。また、医療保険を利用した小児の訪問も増加傾向にあり、ニーズが多様化している。

2. 今後の課題

これからの高齢社会を考えた場合、訪問看護の需要が高まることが見込まれ、その役割の大きさは感じている。医療、介護提供体制の強化を考えた場合、訪問看護ステーションが人数を確保でき、環境を整え、多くのニーズに対応できる体制を取ることが望ましい。また、訪問看護利用者数が多い都道府県ほど在宅死亡する方の割合が高い傾向からも、訪問看護の担う役割は大きい。

5人前後の常勤換算の職員については、横ばいであり、ここ数年間4.3～5.2人の間で行ったり来たりしている状況である。理学療法士、作業療法士の増加は著しい。

訪問看護利用者数の推移については、医療保険・介護保険ともに訪問看護の利用者数は増加している。新生物、神経及び行動の障害、神経系の疾患は利用者数が伸

びていて、重度、最重度のところが増加している。

訪問看護ステーションの規模別利用者受入状況については、スタッフが10人以上のところは依頼者数が多く業務過剰状態になっている。3人未満のところは47.3%あるが、依頼数が少なくて赤字経営となりやすい。

在宅死は長野県が最も多く、最低が香川県、東京都は全国的には自宅死亡の割合、訪問看護利用実人数ともに全国平均を上回っている。

訪問看護ステーションの規模であるが、2.5～3人未満が14%、3～5人未満が47%で、両方合わせて約60%である。小規模の事業所ほど月当たりの訪問件数が少ないが、2.5～5人未満の規模で40件～60件の半数以上を占めている。また、小規模な事業所では、24時間の対応体制がないところが2割ぐらいある。収支については、少人数の事業所ほど赤字経営になっているという状況にある。

連携先では、訪問看護指示書を受けている医療機関数が平均26.8件、居宅サービス計画書を受け取っている居宅介護支援所は17.3件であった。

【委員長】 訪問看護サービスの充実をテーマに議論したい。

【委員】 なぜ小規模のところは連携したり大規模化されないのか不思議でならない。

【委員】 東京都の訪問看護ステーション協議会に今年から出席しているが、医師会から会議に出ている訪問看護ステーションは比較的大規模な形になっていて、今回も強化型をとっている。医師会のステーションを持たないところもあるが、最近ではサテライト化して2件持っているところでは一体化が出来ていて人数的には足りている。

【委員】 大規模化の一番代表はオランダのビュッツドルフという訪問看護集団で一部は介護士だが、6,000人もいる。そういう例を見ると、なぜ日本ではそのような集団ができないのか。

もう一つは、これは地域によるが、例えば長野県の上田市の真田地区での取り組みは、1つの特別養護老人ホームを作った社会福祉法人は元々事業所ごとに人を張り付けるのではなく、地域で面展開をしている。そのため、看護師たちは、訪問看護ステーションの看護師、特別養護老人ホームの看護師、デイケア訪問看護師と事業所単位ではなく、その人たち全員を集めて共通して運用しているというケースも出ている。

どう考えてもこんなに人数が少なく、とても苦勞していて、管理も事務も皆それぞれに必要なのであれば、2つ、3つが連携して、合併までいかななくても連携

すれば随分楽になるのではないか。

【委員長】 本当に今訪問看護ステーションを24時間やるのはかなりつらい。人数が多くなればそれができるというのは当たり前のことだが、1つ1つの母体が違うものを合併することは、難しい。

【委員】 白十字看護ステーションは、実際に株式会社を作って集めている。

【委員】 実際どうしていいかがちょっと私にもわからない。

【委員長】 この点については今後情報を集めて、検討してもよいと思う。今、市内の訪問看護ステーションの従事者数は平均4.3人ということだが、どこが一番大きいのか。

【委員】 人数としてはセコム訪問看護ステーションである。

【委員長】 訪問看護のサービスの充実ということで、何かご意見を伺いたい。

【委員】 本当に患者というか利用者が入ってくる仕組みを作らないと、訪問看護師を雇えない。看護師不足と言われていて、医療法人に属した訪問看護ステーションも、人材の確保に非常に苦慮している。医療法人になると、どうして入院の看護師と在宅側の看護師は違う取扱いになってしまうのか、その辺の仕組みは何とかならないものか。

【委員】 最低人員が2.5人を割ると訪問看護ステーションは継続できないと言われているが、常勤看護師が3人では1人が辞めるとやはりすぐ危機に陥る。今回サテライト化したのでそれはなくなったが、やはり経営状況としては一人雇うと、かなりの人数の患者を確保しなければいけないので、法人としては赤字の部分を恐れている。たくさん雇えばいい訳でもなく、健全な経営が成り立つようにしなければならない。

【委員】 今回のターミナルケアの強化機能型の訪問看護の管理費などを見ていると、年に15件、20件以上という患者を確実に回してもらわなくてはならない。回ってくる仕組みがないから成り立たないのか、利用者がいないのか、その両方なのかと思う。

【委員長】 今、実際に在宅医療を行っていて、その対象になる患者にすべて訪問看護師は入っているわけではない。本来ならば病院と同じ医療を地域ですするという考え方でいけば、全ての在宅患者に訪問看護師が入る、安定している人でも2週間に1回行ってもらう状態を見てもらう。そうすると、在宅医が見る目や実際にかかる時間も違う。このようなことが標準化されれば、重症者が早く見つかったり、訪問看護の利用者が出てくるのではないか。これが本来望まれる在宅医療だと考える。

在宅医療の主役は看護師である。指示を出したりアドバイスしたりするのは主治

医だが、実際には看護師が毎日見て、何かあれば医者に連絡が来るといような形がいいと思う。

【委員】 アンケートの結果から見て、この訪問看護が月に40件というのはすごく少ない。それは、患者がいないわけではなくて、本当は求められているのに看護師が足りない。そのために在宅を支援するヘルパーに、本当は訪問看護師にお願いしたいことが望まれ、それから医療についても全てケアマネジャーに要求が出ているのではないかな。

夜間はやはり患者、市民の方だけでなく、その訪問看護の方を支える医療体制、訪問看護指示書は医師が出すので、夜間の対応でも単独で訪問することもあり、不安はとても大きい。そういう支援体制が充実していないとやりたいという気持ちがそがれてしまうのではないかな。

【委員長】 夜間、何かで呼ばれる時が多ければ、ファーストコールは看護師ではなく、他の人を派遣することでも用が足りるような場合もあるのではないかな。

【委員】 緊急対応の電話を受けると、救急でかかるべきかそのまま様子見でいいのかという相談が多い。行ってくださいという指示か、こちらでかけつけてという場合もあり、まれには、状態を見てから判断するという場合もある。夜間になるとその場で判断して受診してもらおう場合が多いが、電話での対応だけで済むこともある。

【委員長】 続いて、ICTの活用によるチーム医療の促進について説明したい。

武蔵野市医師会でICTを使ったネットワークを作るということで、参考資料2になるが、在宅療養推進区市町村支援事業計画書を見ていただきたい。これについては多職種連携を進めるということで、ICTを使って在宅療養生活支援をするというもので、平成25年度に議論が行われて、26年度は東京都から補助金が交付された。

多職種連携のための情報共有ツールということで、メディカルケアステーション(MCS)というアプリケーションを利用して、ICTを使った多職種連携を行う。これは完全非公開型のソーシャルネットワークで、その中で医療や介護のコミュニケーションをするためのアプリケーションである。このメディカルケアステーションは無料であり、iPadやiPhoneやパソコンでも使えるマルチデバイス対応である。これは、今若い人たちが行っているLINEと、同じような形になっている。医師会ではiPadを235台用意してあり、それを在宅療養している患者に

関与する多職種の方々に配って、コミュニケーションをとっていく。

方法としては、メディカルケアステーションでは、i P a dの写真を送り、それから書類を写真で撮って送っても十分なよく見える状態でお互いのコミュニケーションを図れる。そこにメールで時系列に、次々に記入されていく。メリットは、非常にリアルタイムで進行できるので、使いやすい。多職種の方々が一人の患者を巡って、この中でやりとりをしていく。

導入効果としては、今までいろいろな手段で情報共有をしていた電話やファックスやメールなどが一つになり、多職種間で同時に伝わっていく。ベッドサイドに情報共有ノートというものが在宅の患者のところによくあるが、それも必要なくなる。後でここに書き込むだけで情報共有ができる。タイムラインを見ると過去の履歴もよくわかる。

豊島区医師会では1、2年前から始めているが、県単位でも、群馬県の医師会なども始めると聞いている。いろいろな使い方があり、小さな会議でもこれを利用することができると考えている。

個人情報の保護も考えて、主治医がほかの多職種の方々をメールで招待し、パスワードを入力するような形になっている。

在宅の患者のケア会議にも利用できると思っている。

医師会としては、同じ土俵の上で各職種が一人の患者をめぐる情報共有するこのツールを使うことによって連携を深めていく、その一つの方法になればいいと考えている。

1年間、医師会で会議を行っているが、できれば年内に始めたいと思っている。1年間は無料でi P a dを貸し出して行っていきたい。1年経過後はある程度の費用をご負担いただくかもしれないが、予算の件は今後いろいろ考えていきたい。この情報共有については在宅医療の間では非常に大事なことだと思っている。

【委員】 基本的には、どこでも端末があれば患者の情報をピックアップできる電子カルテの小型版みたいなものなのか。

一番危惧するのは、情報を共有することで、収入が入ってこなくなること。参加する人間がその情報を見ていろいろ考えてさまざまなことをやろうという時に、善悪しかなくなる。医師は、医療を行うためにも、収入がないと生きていけない。

高齢者がどんどん増えていく現実の中で、看護師が病院でも在宅介護でも足りな

いとのことだが、日本人の数に対する看護師の数というのはOECDでも平均以上で、ある意味では足りている状況にある。それを効率化しない限りは絶対無理だと思う。3人、4人で行っていて、非常に苦勞されているというのは分かるが、生きていける状況がある限りはまともでないし、大きなシステムにはならない。大きくなるには財源がないと出来ないと思う。この医療のシステムに財源がない限りは、参加するのは初めだけではないのか。

武蔵野赤十字病院も一つの独立採算の企業であるため、保険医療の中で生きていき、効率性も考えなければならない。看護師の不足が言われているが、それでも何とか対応できているのは、効率性を考えなくてもよいことがネックになっている。

高度な在宅支援について予算措置を厚生労働省が行う理由は、大規模化していくことが目的だと思う。iPadはもちろんよいとは思いますが、参加する人間は増えていくのであろうか。

【委員】 ケアマネジャーと訪問薬剤師を行っている。このような形でファックスや電話、あるいはメールで情報共有しているのが、現在のところ、これには一切報酬が算定されていない。

10月12日の薬剤師会の学会では、MCSのポスター発表や口頭発表が出てきている。確かに報酬が算定されてなく、訪問看護ステーションの夜間対応が大変という話が出ているが、早い時期に夕方にこのMCSを使って情報が流れていけば、夜間行かずに済む在宅の患者もいるのではないか。いろいろな意味で継続的に患者の状態を見ることができる。主治医も見られるし、関わっているすべてのケアマネジャー、ヘルパーもわかる。患者本人もその中に入ることもできる。人手不足の中で今このMCSを連携ツールとして、私は半年間末期がんの患者に使ったが、患者も、ホスピスの医師もその中に参加していた。訪問に行けば在宅医療は報酬が算定される。訪問看護も在宅に行けば報酬が算定される。私たちも医師の指示で処方箋がくれば、それを届けると報酬が算定されるので、実際に使ってみていいツールだと感じている。今も何件か実際使っていて、それによって行かずに済んでいる。あるいは動画が送られてくれば在宅の医師は患者の今の状態を見ることができるので、訪問診療、それに行くか行かないかを決定するにもよい情報が入ってくる。

【委員】 ツールがあつて非常に有用であるということだけで広まるのか。またiPadの費用はどこが出すのかというと、税金ということになる。多職種がチームを組むこ

とで報酬が算定される方向にいかない限りはそれが続かないと思う。逆に言えば、情報の共有ができて行かなくてよくなり、報酬が算定されなくなる。何も処方しなくてよくなり、処方料も入ってこない。続けるためには非常に便利になり、自分にも、患者にも、それから患者の自宅にいる方にもメリットがあるように、3方が得にならない限り、善意だけでの継続は難しい。

【委員】 今紙ベースで情報提供をすると情報提供料が主治医の先生からケアマネジャーに入ってくるが、そこがあいまいになる。それから、今の介護保険の運営基準でいくと、サービス担当者会議は、いまだに一堂に会してペーパーで記録の添付をしないと介護報酬の対象にはならない。診療報酬の退院時の情報提供も、カルテにきちっと記録を掲載しないといけない。

そういう意味では、武蔵野市で機能するようになれば、あとは厚生労働省を動かすしかない。

武蔵野市、三鷹市の北多摩南部の脳卒中地域連携パスも実は皆さんの善意で行い、報酬改定の最終段階で退院時連携加算を作っていた背景がある。

情報提供料については、まずこのMCSを紙ベースで打ち出して、それをまずカルテにきちっと出せるようにすることと、これが電子カルテと同じ役割をすることを認めさせることが必要になると思う。

また、介護保険の分野では、いまだに一堂に会さないと、運営基準を満たさないが、忙しい主治医が全てのサービス担当者会議に参加することはできない。本当にサービス担当者会議を開いてリアルタイムにやらないといけないという時に、皆に日程調整をしているだけで時間が経過し、結果として担当者会議を開くべき事案は既に解決しているという状況でこの14年間やってきたが、その点をどのように解決していくかという話だと思う。

技術面としても電子カルテとの連携などの改善が必要だと思う。それで、制度面としても厚生労働省に対して一定の制度改正なり診療報酬ないしは介護報酬で保証させていくということを行わなければいけない。しかし、エビデンスが必要なので、武蔵野市でやはり実現をしないとそのエビデンスがないということになる。

報酬が算定されないと、活用が広がらない可能性がある。ICTに慣れてないヘルパーがiPadを使って自分の給料が上がるわけではないのに面倒なチャットの中に入っていった情報を共有化するとはとても思えない。全国でこのような取り組み

みが進んでいるが、そこを解決しない限りうまくいかない。

武蔵野市で介護医療特区を作って、武蔵野市は連携したら報酬が算定されるという形になればかなり前進する。課題は多いが、実践してみる意味がある。

【委員】 ケアチームを構築するためにはよいと思う。ただし、使うルールを決めないと、情報が飛び交う中で処理をする人が大変なことになる。どこまでの情報を提供して共有するのかというルール作りをしないと、医師に対しての質問や相談が多くなってくると思う。課題は多いが、活用はできると思うので、ルール作りはしなければいけない。

豊島区医師会のオリジナルの空床アプリが使えるようになればよいと思う。空床情報について、どこで集約してどこで発信するかという話も今までもあったが、こういうアプリを活用することによって部署だとか人だとかを確保しなくて済むのであれば、有効活用できたらよいと思う。

【委員長】 豊島区医師会はオリジナルのこの空床アプリを作って、まだ実際にどういう形になったとは聞いてないが、さまざまなアプリが恐らくこれに関連して出てくる。そういったものをすべて取り込めるように、恐らくこのMCSは無料で配っていて、非常に将来性が期待できると感じている。

どんな使い方をしていくのかをいろいろ検討しながら育てていくようなアプリケーション。ヘルパーも、簡単に使えるようにそういう思いを込めて始めたい。

【委員】 LINEが使えれば使うことができる。

【委員長】 在宅療養を速やかに進めていくためには非常に大事なところである。入・退院時の支援について議論を行いたいと思う。

資料2-2では、入・退院に伴う医療と介護の連携支援を主な目的とした連携支援機能を設置することになっていて、退院時カンファレンスは、今実際に6割程度開催されている。病院から退院し、在宅生活を始めるうえで、退院時カンファレンスは一番大事な部分だと思う。

【委員】 退院時カンファレンスの参加については、医療連携室の方から連絡が来る場合と、ケアマネジャーから参加への連絡が来る場合がある。その場で具体的に、医師の病状説明からどういう体制で在宅の支援をしていくかということまで話し合われて、在宅のほうで対応していく。

在宅医が来る場面は大体終末期医療をどういう体制で行うかという場合が多いし、

あとは、医療依存度の高い方。ただし、在宅医が忙しく時間が合わないので、必ずしも同席するわけではない。

【委員】 医療と介護の連携推進で入・退院支援となった時に、医療が中心にないといけない。必要以上にケアマネジャーへ医療への調整を求めている部分があると危惧している。医療と介護の連携と一言で言っても、病診連携だったり、かかりつけ医との問題であったりするので、医療の部分について相談を受けた時には、病院の医療連携室で調整をお願いしている。

福祉に窓口を持ってきたら、医療の部分がどれほど絡んでもらえるのか、患者の健康がない在宅療養などにはあり得ないのだから、医療を中心に置いて強くしないといけない。

病院と同じような医療を在宅で受けるという考え方がどこまで浸透しているのか、そうすると考え方も少し変わっていき、今の相談の窓口体制とは違ってくるのではないか。

【委員長】 在宅医療をしていて、実際に病院と診療所の間で患者を受け渡しする時に、その間に立つコーディネーター役の職種があると非常に良いと思うし、いろいろな場面で必要になると思う。実際にトータルヘルスプランナーという形で、名古屋大学がその講座までつくって、今岐阜で進んでいる実例もある。診療所から病院に在宅の患者が行く時でも、病院から在宅に来る時でも、退院時カンファレンスなどで主治医が行けない時にコーディネーター役の職種が、調整機能を持ってやっている。これから在宅医療を進めるために、必要になってくる。

入院やレスパイトの時には、いろいろな病院に電話して聞いてお願いするので非常に大変な場面があるが、このような時に連絡すればリアルタイムでの情報を持っている病院の医療連携室のような機能が地域にあるといい。

【委員】 医師会で行っていただけるのか。厚生労働省医政局が昨年度まで医療連携拠点として、例えば山形県の鶴岡医師会で専門のコーディネーターを置いていた。今年度から同省老健局予算になって介護保険の財源を使うことになり、在宅医療介護連携支援センター構想を老健局は打ち出している。今回の制度改正による在宅医療介護連携支援センターは、以前の医政局の医療連携拠点を発展させたものになると思うが、そうだとすれば全国的には医師会への委託が主流になるだろう。ただ全国で2,000近くある単位医師会で全て優秀なコーディネーターを確保できるのかという

ことを危惧している。高度急性期病院への特化という路線からずれてしまうが、委託費を支払い、武蔵野赤十字病院の医療連携室の横に置くということも考えられると思う。

また、どうすれば訪問看護師がきっちり確保できるかということと、24時間の定期巡回・随時対応型訪問介護看護というサービスがあるが、北欧型の訪問看護師とヘルパーがチームを作って24時間対応するとか、定期巡回・随時対応型訪問介護看護のところに訪問看護とヘルパーが一体的に動くような構造をいかに作っていくことが考えられるが、対応する訪問看護事業者数が伸びない課題は何かを伺いたい。

【委員】 昨年の訪問看護ステーション協議会のブロック会でその定期巡回・随時対応型訪問介護看護の発表があり、報酬に対して訪問が毎週入ってしまうと赤字になる。実際に月2回ぐらいに押さえて緊急で行くような体制にしたい。

人材を確保し、育てていくには、訪問看護自体の魅力がなければいけないと思っている。東京都と看護協会でも育成をしてはいるが、すみずみまでそういう人材は回ってこない。訪問看護ステーションで非常勤で入ってくる方は子育て世代で、ケース対応のために入ってくる場合もあり、24時間携帯電話を持ってフルに働けるとい人材が少ない。

常勤職員がケースを80件、100件と受け持つ場合もあるが、経営的に良くなると思うと、思うように休暇が取れない、きつい状態になる。余裕のある訪問看護ステーションだと赤字経営になることが、管理者の悩みである。

【委員】 退院時カンファレンスについては、これはアンケート上、コーディネーターとなるのは病院のMSW、医療ソーシャルワーカーや看護師など医療職側でコーディネートしてくれるというのは心強いが、100%はできていない。呼ばれたケアマネジャーや在宅支援者が一方的に入院中の情報や、今後の注意すべきことを受けて帰ってくる。質問ができなかったり、自分から必要な情報を取れなかったりすることは実際によくある。

このカンファレンスは非常に大事なことで、医療職から見て在宅でどういう生活をしているかということは、なかなか分からない。整形の方がリハビリを終えて退院する時に、家にはベッドを置くスペースがない。ベッドがなくて布団からどうやって起き上がるのか、古い住宅の深い浴槽でどうやって出入りをするのか。リハビリ室では全てできたことが、在宅ではできるとは限らない。結局は在宅で整備する

が、理解してもらうためにもカンファレンスは必要である。

ケアマネジャーが医療の事をなかなか質問できない。脳卒中の連携パスは、その疾患だけに使うと思われているが、どの疾患についても医療から在宅を支援するものに対しては分かりやすい情報提供になると思う。なかなか活用されていないので、退院時にはこれをもってカンファレンスに臨むなり、医療職に何か質問するならばそれでチェックをするという活用をしていければよいと思う。

入院時も、どのぐらいの入院期間が必要で、どこでどういう在宅の福祉サービス利用をするかとか、手帳を取るかという見通しがあれば、患者にとってもケアマネジャーなど支援をする方にとっても一つの目安になるので活用していただきたい。

【委員長】 在宅療養資源マップというのがあったが、武蔵野市ではまだそこまでものがないが、そういった在宅療養に関する資源の情報というのは保健所ではいかがか。

【委員】 武蔵野市のここの地域のところまでではないが、ある程度のマップはあると思う。

【委員長】 目黒区の在宅療養資源マップはいろいろな部分が入っていて非常に細かくてわかりやすい。

【委員】 情報の共有というのはいろいろな施策を行ったり連携をすることによって、それをどうやって集め、どのように関係者に使ってもらうかに関しては、それぞれの協議が必要だと思う。

【委員長】 在宅支援における課題の中で、例えば歯科診療所であるとか薬局でも、訪問して行く時にそれをさらにスムーズにやっていくために必要なことは何か。駐車場が無いという話があった。

【委員】 在宅に関してこのアンケートの細かいものを会員に取っている。6割以上の方に何が障害になっているかと問い合わせている。歯科の場合には特に器材が必要となるので、その購入に二の足を踏んでいるのか、また時間的な問題なのか、連れていくスタッフの問題なのか、また、記述式な部分も書いてある。それを来月集めれば、これとはまた別の内容のものができる。集まった時点で、会の補助で購入するのか、スタッフを派遣していくのか、1カ月後には、話しができるかと思う。

【委員長】 歯科診療は、これから重要になってくるし、嚥下の問題もあるので、ぜひ進めていただきたい。在宅支援連絡会でもご報告いただきたい。薬局はいかがか。

【委員】 薬局も小規模から大規模な全国規模のものまで全く同じ問題を抱えている。かかりつけ薬局という意味では小規模であるがゆえに、特定の患者にずっと同じ訪問薬剤師が続けることができるので、小さいというメリットもある。最近も市内の大きなチェーン薬局が1店撤退する。医療施設とペアを組んで撤退するというので無責任と話をしたこともある。大きな薬局は効率を求めて儲からないと撤退するので、そういう事を考えると訪問看護ステーション、薬局は、小さいところは儲かりにくくというのは一緒である。

新規の在宅の患者に対応する仕組みをどうやって作っていくかだが、小さいなりのメリットはあるとは思っている。

【委員】 24時間365日対応できるサービス供給体制の強化の理由のところに、患者側では容態が急変した際の対応が心配であるという不安が半分以上の人が持っていると同時に、アンケート調査で、医療供給側としても急変時の受入れが見つからないことが多いという表現がある。両者にとって非常に重要な課題だと考えている。

また、チームケアの促進ということが書いてあり、ICTの活用及び訪問看護サービスの充実ということが書かれている。在宅療養支援についての案の中には急変時の対応として、後方支援病院の仕組みづくりというような記載であるが、ここをもう少し前向きに対応していく必要はないだろうか。

【委員長】 どこの地域でも、24時間365日完全にできる体制づくりというのは非常に難しい。先ほど訪問看護ステーションの話もあったが、在宅医でもそれほど進んでいない。国は将来を考えると、在宅からすべてを行うような総合診療医が一つの診療所に複数いることを考えているが、現時点では過渡期で、何かシステムとして地域で考えていく必要がある。医師会では24時間365日当番医を置くことを検討している。

【委員】 容態の急変が心配だという割合が多い。入院中に病院で行う医療をそのまま在宅で行うとすると、急変したら病院に戻らなければいけない。治療を目的とする医療から看取りを目的とする治療に入ったら、患者が退院する時には、看取りの段階に入っている。しかし、退院時カンファレンスに主治医の先生がいないと、患者は自宅に帰ってもまた急変したら、病院に戻れると考えている。医療環境が充実している武蔵野市では、病院と在宅を行き来している患者もいる。その辺の割合の多さは、容態急変時に、患者は病院に戻れると思っているからと思われる。

【委員長】 特に高齢者の場合、最終段階だともう何でもかんでも病院に行くのをやめにしな

いといけない。その辺の市民への啓発はすごく大事だと思うので、行政の方や健康づくり事業団の方で市民への啓発をいろいろな形で行っていただきたい。

【委員】 地域包括ケア病床がどのような形になるのかまだはっきりしたことは言えないが、区別していく方向を市民に対しての周知と同時に、システムとしても作っていく第一歩ではないか。厚生労働省は急変時には、7対1病床ということのを全然考えてない。医療費をかけられないし、武蔵野赤十字病院の救命救急センターに行くと、すぐに何百万という費用がかかる医療になる。選択をしていく所に、今入りかけている。

高度急性期と地域包括ケアで区別して行う医療の考え方を少しずつ広めていかないと前には進めない。同じように、手術をしてやっと退院される方はこれからもどんどん増えていく。透析患者が沢山いて、そういう方がまた急変する、このような場合にどこまで費用をかけるのかということを考えていかないといけない。その第一歩が地域包括ケアという言葉だと思っている。医療を考えてないということではなく、少しずつ変化していくことであると思う。

【委員】 健康づくり事業団は市民の健康づくりに取り組んでいる団体だが、在宅療養では、直接の医療の部分と、いかにして対象者を少なくする対象期間を短くする、健康寿命という面での啓発という部分を進めないと、医療の現場は患者が次々に出てきていっぱいになる。そういう方たちをどんどん減らしていく取組みを求められている。

中年期以降の方にはまず自分の健康状態を把握し、それから生活習慣病に気を付けていただく。そのために食習慣や運動の重要性を訴えている。特に高齢者の場合には運動機能の低下ということがあるので、介護状態にならないためにもそのところが重要だと思っている。私たちはそのような形で予防的な対策に関して力を入れていく必要がある。全関係職種で予防的な指導を患者に伝えたいと思っている。

【委員長】 今回の議論を踏まえて課題や方向性について事務局で整理していただいて、次回の委員会で資料提出、報告書案をお願いしたい。その資料に基づいて最終的な議論を次回に行うということにしたい。

4 その他

次回日程 12月25日（木）午後6時30分 市役所802会議室

5 閉会