

## 武蔵野市地域医療の在り方検討委員会（第4回会議要録）

○ 日時	平成26年12月25日(木) 午後6時27分～午後8時12分
○ 場所	市役所8階802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 議事

#### (1) 報告書(案)について

資料 「在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）」  
により委員が説明。

【委員】 10月20日に第3回委員会を開催したが、その後、11月10日に厚生労働省で全国介護保険担当課長会議が開催され、介護保険制度改正に伴って新たに地域支援事業で取り組む在宅医療・介護連携推進事業の内容が提示された。この点が前回の審議より大きく付加された中身で、報告書にも反映させているので、それについて説明したい。

在宅医療・介護の連携推進については、本来、厚生労働省の中の医政局の施策として従来取り組んでいた在宅医療連携拠点事業並びに在宅医療推進事業がある。一般財源や医療費への影響があるものなので、介護保険法の中で制度化をして、全国的に取り組むようにと、この事業が医政局から老健局に移った。

2番目には、介護保険法の地域支援事業に位置づけて、介護保険料を財源とし、市区町村が主体となり、医師会等と連携し取り組むということである。

3番目には、可能な市区町村は平成27年4月から取り組みを開始して、平成29年度までの3カ年間で全国の市町村で取り組みを実施するように位置づけられた。

各市町村が原則として、8項目全ての事業項目の実施をすることが提示されている。

医政局の事業の時と同じように、事業の一部を医師会に委託することができる。合わせて都道府県の保健所が市町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援等で、手引きや事例集を支援するということになる。

事業項目としては8項目あり、地域医療・介護サービス資源の把握ということでは、医療機関の分布や介護事業者等のリストを地図や一覧表にして、いわゆる見える化と言われるような仕組みを作っていくことである。既に先行して熊本市はエリアごとの詳細なものをホームページ等で掲載している。

在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議では、医療機関・ケアマネジャー等の関係者が参画する会議を開催して、在宅医療・介護連携の現状と課題の抽出、解決策等を協議するということである。これは、在宅支援連絡会あるいは地域ケア会議等で既に設置して課題等の協議をしているので、武蔵野市では一定程度、実現している。

問題は、在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等である。これは従来の介護保険法に基づく地域包括支援センターと別に、医療介護連携を主に行うセンターを設置し、担当者の連携を支援するコーディネーターなどを配置して、医療介護の連携に取り組む拠点を作るということである。

在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援ということでは、地域連携パスであるとか看取り等についての情報共有である。これについてもこの地域では、脳卒中地域連携パスや認知症連携シート等があるので、一定程度、武蔵野市としては取り組みをしている。

在宅医療・介護関係者の研修では、ケアマネジャー向けの医療研修や、医療関連のテーマの研修会を医師会や歯科医師会等に講師を依頼して開催しているという実績がある。

24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築では、以前も報告があったが、医師会でICTを活用した連携体制を取ることもあって、一定の実績はあるが、どこまでが24時間365日と言えるかについては、今後の課題だと思っている。

地域住民への普及啓発については、この委員会でも議論をしたが、住民への啓発は、健康づくり事業団の理事長から、市や医師会等と連携して行うという話や、既に医師会と市と武蔵野赤十字病院三者共催の地域医療フォーラムに取り組んできた歴史もあるので、そういった面についても武蔵野市としては実績がある。

二次医療圏内・関係市区町村の連携については、多摩府中保健所を中心とする連携の仕組みがあるので、一定程度、これについても実績があるということになる。

そういう意味では、市にとって一番大きな問題は、在宅医療・介護連携支援センターをどう位置づけて運営していくのかということになる。厚生労働省へはこの案が出る段階でいろいろと協議をしたが、連携の仕組みや情報の共有化などは、武蔵野市での脳卒中地域連携パスや認知症連携シートの時から考えると、1年程度ではできない。脳卒中のワーキングチームができた時にも、足かけ2年から3年かかっている。3年間の事業として全国の市町村で行うとしたら時間がかかるという話をしているし、在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等についても、単純に関係者のみの問い合わせに答えるセンターなのか、例えば市民から退院するに当たっての相談を受けるセンターなのかということによっても、人員の配置や、体制なども変わってくるので、今後の議論に関わるころだと思っている。

いずれにしても、厚生労働省が急に、8事業を3カ年で全ての市区町村で実施するようにとのことなので、今回の委員会の中でも、全く触れないまま在宅医療や地域の医療の事を考えるのは難しい。厚生労働省からの提案内容についても、今までの3回の議論に付加した形で、今回の報告書に反映させていくことを理解していただきたい。

資料1 「武蔵野市地域医療の在り方検討委員会報告書（案）」より事務局が説明。

資料 「地域住民としての障害者の理解」により委員が説明。

【委員】 地域包括ケアシステムは、法的根拠があって体制を整備するもので、対象が高齢者というのは、当然のことと思う。ただ、本市においては、地域リハビリテーションの理念があるので、その対象者、全ての市民の中には多くの障害者が含まれているということを理解していただきたい。

障害者総合支援法で対象としている障害は身体、知的、精神、そして新たに加わ

った難病患者になる。22年から26年までの5年間の数の推移を載せてある。

一番多いのが身体障害者であり、身体障害者の中でも障害部位によって、肢体や心臓、腎臓、呼吸器などの内部障害に分かれているが、一番多いのが肢体の障害である。そして年齢で分けると、統計上60歳以上ということになるが、肢体不自由の方で高齢の方、つまりは障害者と言うよりは高齢、加齢に伴って身体変化を来した高齢者というように受け取られるので、受け入れる側としては理解しやすいと思う。

一方で、分かりにくい障害もあり、外から見えにくい内部障害や、難病、それから知的障害、精神障害である。理解されないということは、社会の中で生きづらさを抱えながら生活をしている。

それぞれの障害の特性について話をしたいが、医療計画において5疾病5事業、新たに加わったのは精神障害ということなので精神障害者について絞って話をします。

平成26年の市内の精神障害者は、身体、知的のように手帳を持っている人は873名だが、必ずしも精神の方は手帳を全員が取るわけではない。身体、知的のように手帳がなければサービスの提供に至らないとか、手当の受給が精神の方はないので、どちらかという手帳を取るよりも自立支援医療、精神通院の時に保険の負担割合が3割から1割になるという事もあって、こちらを取る方が多く、最終的には現在1,813名が取得している。

現在、社会的な課題となっている発達障害は40名、それからADHD、注意欠如・多動性障害を含めて45名になる。ただ、私たち現場に出ている者としては非常に少ない数であり、実態に合っていないという感覚がある。

この理由は、発達障害を診断できる医療機関がまず少ないということ。それから幼少の時に少し発達が気になり、早期に療育を受けていけばまだいいが、就学や就労の場面でつまずき、大人になってから気づく障害は、二次的なものとして、うつ病として診断されることも多いと聞いている。発達障害の特性も理解されずに、就学や就労以外にも、日常生活でも生きづらさを抱えていくことになる。

カウント上、一番多いのは、気分障害、双極性や、うつ病などで914名、続いて統合失調症、637名である。

精神障害者保健福祉手帳保持者を873名と申し上げたが、その中で1級は、日常生活を送ることが困難で、入退院を繰り返すような状態の方で57名いる。ただ、手帳を持っている方だけでなく、自立支援医療をとっている方も考えれば、もっと多

くの方がいると思う。状態によっては入退院を繰り返しながら地域で生活をしている。

東京都の平成24年度の統計により、武蔵野市では精神科の入院患者は231名、そのうち1年以上の入院患者は125名と出ている。

現在、厚生労働省も1年以上の長期入院患者については地域移行、早期に退院をして地域で生活することを推進しているが、1年以上どころではない単位である。この数カ月のうちで、20年間の入院生活を終えてとか、長い方は20代から40年入院して、現在、60代になって高齢の域に達している方が地域に戻って、生活を始めるという方もいる。

厚生労働省の統計では、5年以上入院している高齢の精神障害者4,400名と出ているが、そのうちの8割以上が要支援・要介護認定は未申請のまま入院生活を継続していた。この未申請者についてシミュレーションした結果、非該当の方が2割以上、そのほか要介護1は14%で、ほとんどの介護度で10%となっている。この方々が地域に戻ったときに、継続した医療が必要で、支えていく上では福祉・介護の連携支援というのが重要となる。

北多摩南部二次医療圏6市の中で武蔵野市だけが精神科の病床を持っていない。近隣だと小金井市、三鷹市、区部では練馬区が入院病床を持っているが、他に高尾、八王子、青梅など、既に多くの精神科病院を利用している現状があるので、地域を越えた病診連携を推進することが必要だと思う。

また、精神疾患に対する治療に限らずに、精神科の患者ではあるが、身体合併症を持っている方はたくさんいる。糖尿病の方も多し、透析を受けている方も中にはいるので、精神科と一般医科との連携も切に願う。

精神の障害を持っている方は、コミュニケーションが苦手、上手に自分の抱えている症状や困り事をうまく説明できない。そのために受診に結びつかないというか、途中でやめてしまうという方もいる。

また、何気ない言葉で、こちらでは気を使っていたつもりであっても傷つけてしまう人々がいる。医療連携や地域の支援者との連携によって、障害者であっても、医療側としては診療しやすい、そして本人にとっては受診しやすい医療体制が整うことは、ごく一部の事ではあるのだが、地域リハビリテーション推進の大切な要素だと考えている。

今回、精神障害者を例に述べたが、他の障害者も同様に、医療機関間、支援者、行政との連携を深めていくことが重要だと考えている。

本日の委員会で、障害者に対する本市医療の現状や方向性について、議論するか、意見をいただけたらと思っている。また、障害者への取り組みについても報告書へ反映していただきたい。

【委員長】 委員会の報告書（案）から何か質問、意見はあるか。

【委員】 委員から説明いただいたが、今回の在宅医療・介護連携推進事業の中で、在宅医療・介護連携支援センターを地域包括支援センターとは別に設けるという厚生労働省の方針を教えて欲しい。

【委員】 既に先行したモデル事業が平成23年、24年、25年とあって、例えば鶴岡市の医師会の中でもこういう拠点を持っている所とか、柏市が有名だが、私どもと議論した中で、在宅医療・介護連携支援センターは地域包括支援センターの中に置いてもいいと最終的にはなったが、地域包括支援センターは直接市民からの相談を受けるのが主である。

当初、厚生労働省が想定していたのは、在宅医療・介護連携支援センターは関係者の支援を中心とし、地域包括支援センターは原則として市民を対象とし、この在宅医療・介護連携支援センターは関係者向けの情報提供やコーディネートをするということである。基本的にこのセンターの中には、連携支援コーディネーターを置くという話であり、当初はそのコーディネーターの資格は看護師、保健師等の医療職資格とケアマネジャー資格のある者と厚生労働省は提案していたが、日本全国で何人いるのかということになり、資格要件については、そこまでの決まりはなくなり、いわゆる病院のMSWや医療職でもよく、現時点ではケアマネジャー資格が必ずしも必要ではないということになっている。

【委員】 この在宅医療・介護連携支援センターを設ける時は、市民一般の相談にも応じるのかどうかは、委員はどちらかを選ぶというような形で説明されたが、関係者対象でスタートさせるということなのか。

【委員】 武蔵野市がどうするかというのは、医師会とも協議をしないといけないと思っていて、市民に開放された場所、例えば地域包括支援センターは市役所の中にあるが、そこに置くとなるといろいろな問い合わせや相談が入ってくるので、そこでの切り分けが難しくなると思う。あるいは医師会の中に、このセンターを配置するとすれ

ば、恐らく一般の市民の方が医師会に電話して相談することはないと思うので、専門職や関係者からの問い合わせになるだろうということで、設置場所と運営と対象をどうするかは一体のものだと思っている。

ただコーディネーターは、認知症コーディネーター、地域支援コーディネーター、在宅医療コーディネーターとあるので、厚生労働省は、役割分担をするコーディネーターが必要になってくると考えていて、この点もきちんと明確にしたほうがいい。

**【委員長】** これについては、医師会でも今、話し合いをしていて、在宅医療を進めていく場面においては、コーディネーターの役割をするスタッフが非常に重要で、そういう意味でも医師会の内部でいろいろ話し合いを持って、在宅医療・介護連携支援センターを持つことを前向きに考えていきたい。

それによって在宅医療の支援、在宅療養の支援、それから退院時の支援など、そういう事にも手が回っていくと思っている。

この在宅医療・介護連携推進事業は、11月に、いきなりたくさん出てきたが、武蔵野市の場合には既に先行してやっていることが多く、余裕を持っていただけるのではないかな。

**【委員】** 在宅医療・介護連携支援センターを、地域包括支援センターに置いた場合のことをいろいろと考えている。

専門機関の相談窓口となった時に、在宅医療・介護連携支援センターを医師会に置くことの意味はあるのであろうか。この在宅医療の研修などを行う時に、介護保険制度の地域支援事業という位置づけで、ケアマネジャー及びその関係者というところでは、高齢者対象というところが大きい要素を占めてくる。

今、福祉人材の育成に変わっているが、地域包括支援センターの立場として、もう一つの課題が、新たにケアマネジャーの医療研修をどうするのか、考えなくてはいけない。

**【委員長】** この件については、すぐに決まるというものではなく、議論しながら進めていきたい。ケアマネジャーの医療研修というのは、本当に必要で大事だと思う。また、介護職員に対しての看護の研修も考えてみてもいいと思っており、このような事で在宅の療養のいろいろな機会を作っていくほうがいい。

医師会としては、そういった研修をする際には、いろいろ協力していきたい。

**【委員】** この中で一番大事なものが、「24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制

(以下「24時間365日」という。)」の構築だと思う。これをしっかりできれば、後のものは割と付随して出来てくるという気がする。

私が厚生労働省の立場であれば24時間365日に対して重点的に予算をつけてこれを中心にやってくださいと指導する。そうすると、他の事はかなり付随してくると思うが、市町村で全ての事業を薄く実施することになってしまい、これでうまくいくのだろうか。

市町村に丸投げになってしまい、どこが中心なのか、本当にそんな意識を持った。

【委員長】 本当に24時間365日というのは非常に大事なことだと思うが、何かこれについて追加はあるのか。

【委員】 委員が話したことは、この案が出る前に相当やった。いろいろ紆余曲折があつてこういう事になった訳で、ご指摘のとおり24時間365日がメインで、それを具体的に回していくのが在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応の協議と、在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等であり、そういう位置づけであつて、例えば、補助金の出し方も、24時間365日については優先的に、国費で3分の2を賄うとか、マップについては4分の1だけ賄うというような、国がメリハリをつけた財政措置をとらないと、一挙に3年間で実施するようと言われても、なかなか難しいのではないのかという話を申し上げた。

24時間365日については、実は武蔵野市医師会で取り組んでいるICTの活用がメインになってくる。その経費については、この在宅医療・介護連携推進事業の対象になるのかと聞いたところ、ここでいう在宅医療・介護連携の情報共有などのツール、情報共有のためのPCやモバイル機器等の購入費用については、地域医療介護総合確保基金の活用を想定していて、二つに分かれている。予算は、ICT推進の連携のほうは医療介護総合確保法に基づく基金活用となっている。

医療介護総合確保法に基づく平成26年度東京都計画の概要というのを示して、ICTを活用した医療機関間の効果的な連携、地域包括ケアシステムを構築するに当たっての基盤づくり、医療従事者の確保に関する事業というものがありICT関連や医療介護資源の確保については都道府県に、またその運用については市町村にまかせるということが、厚生労働省の構想である。

財源の面では、市町村が行うべき在宅医療・介護連携推進事業は、介護保険事業の財源を使い、東京都の計画の医療介護総合確保法については、消費税の引き上げ



に伴う全国900億円の基金がある。東京都は77億円であると思うが、東京都計画は推進するという形で、財源調整も非常に複雑であり、主導も片や都道府県主導と市町村主導ということで違っており、全体像を把握できない欠点があるのは、委員の言うとおりで。東京都を通じて厚生労働省のほうに意見具申していただければと思う。

【委員長】 今日の案の中で、いろいろな話が出ていたが、いかがか。最後の委員会なので、ぜひ全ての委員に発言して欲しい。

【副委員長】 この在宅医療・介護連携推進事業に武蔵野市の事業を当てはめていくと、本当に武蔵野市では先駆的にいろいろな事をやっているというのを実感した。

そしてその中で幾つか、これからの流れの中でどう形が変わっていくかと思っただが（ア）地域の医療・介護サービス資源の把握と（ウ）在宅医療・介護連携支援センター（仮称）の運営等と、先ほど委員が言っていた（カ）24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築のところである。

医療機関、介護サービスマップと、医師会にある医療機関総合案内と、リハビリテーション実施機関名簿と、ケアマネジャーの介護保険で使われている介護サービス事業者リストというところが、いずれは一体化するというように考えてよいのか。熊本モデルだと、これは全部一体化されている。

在宅医療・介護連携支援センターは必要で、地域包括支援センターと違う一般向けになるのか、専門機関向けになるのかであるが、窓口の部分で考えると、一般市民の方が相談に行くとなると、医師会館だと行きにくいいため、電話だけということがあるのか。行政との話し合いになると思うのが、武蔵野市役所の中だと、皆が行きやすい場所になると思う。

あと、24時間連携は、ICTも含めて安心して住み続けるためには必要である。

事業計画に照らし合わせていくと、武蔵野市が非常に先駆的だというのが印象で、そのことがこの委員会報告書案にしっかり出ていると思った。

【委員長】 前回、歯科の診療所の在宅に関してのアンケートを取っているという話を伺ったが、それも含めてコメントをいただけるとありがたい。

【委員】 11月に集めて、今、各部署で分析している。3月に仕上げるために、各担当が頑張っているの、また報告できればと思う。

報告書で、武蔵野赤十字病院の委員が最初に話をしたかと思うのだが、どうして

も休日に、三次救急ではなくて初期救急が集まってしまうという話で、今回、医師会で27年度から休日診療を行うということで、受け皿はできたような気はする。ただ、どうしても総合病院、大型病院を使ってしまうような気はする。

武蔵野赤十字病院で、例えば時間外選定療養費の金額を上げる形で、初期救急医療に関しては、医師会の診療所に行くようなシステムを作れないのか。

**【委員】** 時間外選定療養費は、基本的に軽症の方が来た時に徴収する。それではその軽症と、選定療養費を取らない方の区別はどうするのかというのが一番難しい。

例えば医師会が5日間、1日8時間やっている時間数と、夜間、それから休日の時間数の比率というのは5単位対14単位になる。14単位を行っていくのが、24時間365日の一番難しいところであり、3倍、人間が働かなくてはいけない。基本的に19単位があって、休日に診療所を開いて時間は、休日の昼間のみで、2単位だけになる。14単位のうち2単位しか解決できないので、残りの分は相変わらず武蔵野赤十字病院に来る。

お金を取ってブロックをかけたら、その間、初期救急の方は医療機関には掛らなくなる。それで本当にいいのかどうかは、行政でも考えないといけない。

一番難しいのは、救急と救急ではないものの区別、本人にとっては当然救急でも、病院に行くと救急ではないと言われた時の問題をどのように解決するのかということである。

7日間、24時間のうち働いているのは40時間しかない。そういう中でどうするのか、その辺の難しさがあると思う。もちろん時間外選定療養費を取ったことにより、ブロックが効いて、今でも15%位減っている。例えば時間外選定療養費を1万円に上げたら、少し減るかといったら、今よりもさらに、15%位減る。

どこまで市民の利便性に応えたらいいのか、一生懸命考えていくしかないと思うが、お金だけでは解決は絶対にできない。

**【委員】** この報告書について、全体的に骨組みとしては良くできているが、一点だけ、かかりつけ医を持とうというアピールが、私は足りないと思うので、もっと明確に入れた方がいい。

骨組みの中をどうやって肉づけしていくかという問題で、私は大都市の地域包括ケアの研究会に、最近、要請されて入っている。そこで九州の産業医科大学の松田晋哉先生に、いろいろと教えを受けている。医療計画は確かに疾病中心に作ってい

くが、そこで欠けているのは、骨折と肺炎への対応がこれから大変になるということが入っていないことである。肺炎は誤嚥性肺炎で認知症絡みの問題が多いし、骨折も認知症の方は特におこり易いので、その対応をどうするかを地域で考えなければならぬ。皆が救急で運ばれてくれば、三次救急が成り立たなくなる。

その例として、熊本の済生会病院が、済生会と地域の病院が連携して療養型や回復期など一つの連携をしていて、骨折、肺炎は確かに治療をするが、治療が終わったらすぐにその他の病院へ転院させるという対応をとっている事は非常に有効だと思っている。

それができるのは病院間の連携を当然していることと同時に、看護師の人事交流を行っていること。病棟の済生会の看護師が、地域の病院に研修に行って慢性期の方たちを診て、そして他の病院は済生会に来て、急性期の看護とはどうあるべきなのかをきちんと学んでくるという、その交流が出来ているので成り立つ。そこがポイントだと教わったので、こういう事がどこでもできるかどうかは別にして、申し上げた。

【委員長】 地域看護という考え方はあるので、そういう事も必要だろうと思う。

【委員】 東京ルールにより、行きどころのない方の大体30%は整形外科領域になる。それが一番問題となっている。

高齢者の肺炎も非常に問題となっている。高齢者の肺炎は、高度急性期病院で現実には診ている。その後7日間、急性期が終わって治療方針が決まったところで、周囲の病院に転院ということを我々の所では必ず言っていて、今は、ホームページに書いてある。我々の所に来るのは、高度急性期の治療が終わり、治療方針が決まったら、地域の病院に行ってもらおうという方向性を持たないと救急が受け入れられなくなっている。

完全に治してというのは理想ではあり、患者には負担はかかるが、それをやっていたら医療は成り立たない。その事を納得して理解してもらおうという国民への教育が、一番大切になるのではないかと思う。現実には、高度急性期病院は、地域の病院と必死で連携を取ろうとしている。

【委員長】 本日の委員会の報告書（案）については、いかがか。

【委員】 在宅患者の緊急の受け入れ病床の話については、私が三鷹市の在宅の患者を診ているケースが多い関係で話をすると、三鷹市の場合、野村病院が、入院しても、ま

たすぐ在宅に戻ってくるという機能を働かせている。

武蔵野市に野村病院のような在宅の患者を受け入れる病院があればいいと常に思っている。

【委員長】 アンケートの回答を見ても、武蔵野市内の病院も3カ所で訪問診療をしているという回答があり、いろいろな病院があるので、病院間でも連携していただければと思う。

【委員】 意識として、地域住民として生活をしている障害の方がいるということの内容については共通することなので、理解して欲しいと思う。

また、在宅医療・介護連携支援センターの専門職の話があったが、まだ現実的ではないが、日本医療マネジメント学会で2011年から認定し始めた資格として、医療福祉連携士というのがある。まだまだ数が足りていないので、今、活用するということは現実的ではないが、そういう資格もあるということをお話しておきたい。

【委員】 急性期医療の病院はその役割を担って欲しい。そして訪問診療をする医療機関は増えて欲しいし、今、医師会の先生方も、休み時間だけでも訪問診療に行くような流れが少しずつ出てきているので、在宅に帰すところをもう少し強化していける報告書ができればいいと思っている。

家族を介護をして3年にもなる。肺炎を起こして大学病院に入院したが、1カ月位で在宅に戻って、訪問診療に切り替え、そして各種サービスを使って今、訪問看護も導入しようとしている。急性期医療での必要な治療はあり、その後、かかりつけ医という役割、そして訪問看護師とセットになってくるので、急性期医療がその役割をするためにも、かかりつけ医がしっかり支える、そして訪問看護ステーションで看護師が確保できることにとても大きい意味があると思っている。

訪問看護ステーションの看護職の状況を、委員からも以前に報告があったように、非常に小規模なので、これを何とか体制を強化して活動できる訪問看護ステーションにできないものか。

以前、オランダの話があったが、オランダはオランダで、武蔵野は武蔵野でということなしに、どうしたら強力な訪問看護ステーションや介護の体制を作れるのかといったところを目標にして考えなくてはいけない時代に来ている。小さい所は淘汰されてもよいというような時代になってきている。

【委員長】 武蔵野市内17カ所である。小さい所ばかりと言うが、本当に強化型などができて

くるといいと思う。

【委員】 全般的な話をさせていただくと幾つかあるが、一つはやはり医師会の先生方に一次救急を担ってもらい、27年度から2医療機関、そしてまた薬剤師会もそれに連携した形で2調剤薬局がローテーションを組むということは、14年間の悲願が達成されたという意味では、非常に大きい。それが一つでも武蔵野赤十字病院の負担が、少しでも軽くなれば、この委員会をやった大きな意味があると思う。

2点目は、在宅療養の問題だが、せっかく歯科医師会の委員が入っていたので、歯科についての記述とか、薬剤についての記述が、全体的に在宅療養や在宅医療を推進するという中で、記述が薄いような感じがするので、もし先生方から訪問歯科診療で、相当重要な口腔ケアは、今後は大きな課題、先ほどの肺炎の話もあったので、必要に応じて付加をすべきと思った。

3点目はやはり委員が言うように、この報告書を市民向けと捉えるのであれば、やはりかかりつけ医を持つということを中心に前面に出すのと、一次救急、二次救急、三次救急の表を載せたが、その違いがきちんと分からないと、ネームバリューと安心感で、武蔵野赤十字病院に行ってしまう感じがする。この報告書に基づき市民向けに、分かりやすく掻い摘まんだ市民啓発用のパンフレットを作るなど、かかりつけ医と医療の機能分化の問題については工夫が必要だと思った。

4点目は、実は高齢者福祉計画・介護保険事業計画の中でも障害者の実に過半数がもう65歳以上だということはどう捉えるのかという問題がある。単に医療と介護の連携だけではなくて、恐らく高齢介護のサービス提供事業者と障害者の自律支援法や障害者総合支援法とのコラボレーションをしっかりとやっていかないと、恐らく日本の社会保障制度は破綻するだろう。障害の施策については、国の財源措置がほとんど取られていないし、消費税が上がると年金、医療、介護、子育てには財源がつくが、障害の部分については、財源はつかない。

これも東京都を通じて調整をしているが、障害者のサービス提供整備費は、平成23年度実績だと全国で100億円あったが、26年度には30億円に軽減されている。

そういう意味で国全体の障害者施策への予算のシフトが薄くなっていて、その分が介護、子育てに回っているという全体的な財源の流れの中で、障害施策の在り方と高齢介護とのコラボレーションをどうするか、そこにまた医療がどうかかわってくるかというのは、さらに複雑な問題がある。

【委員】 健康づくり事業団は、市民への周知啓発という役割を入れていただいた。市民への啓発周知は、紙媒体をまずするとともに、ケーブルテレビで番組を持っていて、またFMむさしのというラジオのFM番組もあるので、できればそういうところも総合的に活用したい。逆に一度にいろいろな所で周知をせず、細く続けていくだけでは、PR効果がないと感じている。それは市の協力がないと出来ないことではあるが、そういう番組には、ぜひいろいろな方に出演をいただき、医療者の方の声も出していければ、より市民の心にも響き、理解しやすい形になると感じている。

【委員長】 本当に情報収集と、市民への啓発がすごく大事なことで、それで24時間365日の在宅医療も、市民がいろいろな状況を学ぶことによって、かなりやり易くなると思っているので、よろしくお願ひしたい。

【委員】 今回の報告書について、感じたことを話すと、この報告書は、障害者の方も含めて作られているものであると理解した。

いろいろと行っていく中で、問題は出てくると思う。受け入れる所がないということや、そういう事に対しても、今でも東京都が施策について協議をしている。ここで指摘されたものについてはそういう状況にあると思う。

引き続き検討して、また市でも、そういうものを検討して、後々どうしていくか考えていくべきだと感じた。

【委員】 この委員会に出席して、ふだん考えてみなかった事も考えさせていただいて、本当に勉強になった。

訪問看護ステーションでは、委員が集めてくれた訪問看護の所長たちの本音を聞かせていただき、今回、一つずつステーションの所長たちが大変な思いをされていることを、とても感じ取ることができた。

これからの武蔵野市のステーション作りとしては、やはり拠点となるステーションが必要かと思っている。小規模でなく、中規模から大規模の所で、拠点ステーションと言われる強化型がとれる所をぜひ作ってもらいたいと思っている。

あとは、在宅診療の届け出を出している個人の医師たちの話をこの間に聞くことができたが、終末期医療の方を受け持っている先生で、たまたま北海道に出張に行った時にその終末期の方の連絡が来て、飛行機で引き返したという話を聞いたので、ぜひ先生方で連携して、そのような時に緊急で駆けつけられるような体制をとれたら、訪問看護としてもいろいろ協力できると思った。

【委員長】 いろいろな体制はとりつつあるが、それでもそのようなことも起きることがある。

【委員】 平成26年度の診療報酬改定の主な点は、機能分化の推進と、地域包括ケアシステムである。病院機能に特化するということは、武蔵野赤十字病院では高度急性期医療を行い、それ以外の患者は医師会やかかりつけ医で診るという事なので、完全紹介予約制から踏み切ったが、かかりつけ医を持つ重要な意味を、まだ市民の方々はよくわかっていないと感じている。当院が、完全紹介予約制が始まって1年たっても、以前に掛かったことがあるとか、診察券を持っているのに、どうして診てくれないのかと、そういう声がまだまだ多い。

厚生労働省のメッセージにもあるように、当院は高度急性期医療をするに当たり、軽症の患者をクリニックやかかりつけ医が受け持ち、そこで武蔵野赤十字病院が必要な時には紹介状を書いてもらうというのが、より良い医療の流れではないかを感じている。

最後に、在宅に向けて25年問題がある。これに向けて、地域完結型から支える医療にシフトしていかなければならない。当院も患者の在宅復帰率を75%以上にしていくために、回復期リハビリや、地域包括ケア病棟を持っている病院にどんどん転送しなければならないとか、在宅医療に向けて当院がまた病診連携や病病連携を、どうやって取り組むべきかを検討しながら、考えていきたいと思っている。

【委員長】 本当に高度急性期病院と、それから地域支援病院という立場もあると思うので、ぜひその辺も含めていろいろ連携してやらせていただきたい。

【委員】 今回の報告書は、よく出来ている。ただ、本当に入り口に立っただけで、これから皆で少しずつ地域完結型に解決していかなければいけないと思っている。

日本には潤沢とは言えないが、医療資源はある。それをいかに効率的に行っていくのか。24時間ということ考えると、非常にそこに踏み込む人間がいないことがあるが、そこを何とか突破しないと、難しい感じがする。

武蔵野市は本当にいい方向にあると思うので、絶対に日本の中でも良いものができるはずだと確信しているので、ぜひとも、それから皆さん、我々も含めて、いかにして、この地域を良くしていくために、少し身を捨てて努力ができるのか、という事にかかっていると思う。

それから市民への啓発と、ある程度我慢することを強制していく、この辺に踏み込まない限りは、現状のいい状況をいつまでも続けられなくなるので、ぜひともそ

の両面から踏み込んでいきたい。

【委員長】 この報告書で、スタートラインに立ったという形だと思っているし、医師会としては、この委員会が始まったところから話し合いを始めて、初期救急の診療所を来年4月から立ち上げることになった。初期救急の患者さんが沢山行ってしまい、武蔵野赤十字病院が立ち行かなくなるような状況があってはいけないという思いで、新型インフルエンザの平成21年の時から始めたのだが、土台ができていたのでもうまくいったと思っている。

ただ、まだこれから始まるので、さらには診療所を固定したり、夜間診療なども含めて、今後は検討していかなければいけないと思う。

それから24時間365日の在宅療養を支える体制が、委員が言ったように本当に最も大事なことだと思っているが、医師会だけでできる話ではないので、本当に多職種連携で、行政も含めて、いろいろ話し合いながら進めていきたい。

どうも長い間ありがとうございました。これで閉会します。

## 5 閉会