

## 第 2 回多摩市版地域医療連携構想策定協議会（令和元年 10 月 21 日開催）の議論のまとめ

## 1 日常医療・在宅医療を支える医療連携（医療介護連携）について

## (1) 在宅にかかる医療について

○現実問題として在宅医療・往診が広がっているのか疑問に感じる。

○在宅医療・往診は広がっているが、高齢者の増加を考えると総数はそれほど伸びていないかもしれない。在宅医療とは「在宅生活があつての医療」である。思うに在宅生活が危うくなり介護力の問題で破綻するケースが凄く多い。老々介護または認知症ケースで、在宅医療が今のスタイルでいけるか不安である。

○訪問診療のキャパシティは体制を整えていけば大丈夫と思う。ただ、手間の掛かるケース：医療的なレベルの難しさというよりむしろ背景の生活支援で大変困難なケースが多くなることである。在宅医療を進めるためには、生活支援を踏まえた上で上手く連携を進めていく必要がある。

○在宅という場合、介護であれ医療であれ、家族がきちんと一時的なサポートをしていることを前提に組み立てられているが、その前提が崩れ始めている。特に認知症になると判断能力がないので、そこのジャッジをするのに行政を含め大変混乱している。

○医師だけでなく訪問看護師や介護士等がチームとして一体化しサポートするケースがある。一般利用者市民も理解すると、在宅療養の利用度がもっと上がる。市民側でそうした知識、希望はあってもこういう手立てがあると形で示せていない。その辺を是非検討して貰いたい。

○多摩市内でも相当程度在宅ホスピス等の取り組みが進行しているとの話があつたが、最終回に「看取り」について再度議論したい。

○今回、市実施のアンケートを見て、厚労省のデータと比べて面白いと思つたのは、「在宅医療は何をしてくれるかが分からない」との回答が凄く多かったこと。「在宅でどのような医療や介護を受けられるかわからないから」が 28.2%なのが大変興味深い数字である。医療側で「見える化」ができていなかった反省もあり、在宅医療はどんな人にどんなことをどんな形でやっているのかわからないので、実現するのが「難しいと思う」「不安に思う」のがある。ここを「見える化」していけば不安軽減または解消になる。

○議論の前提として、在宅診療をする医者数の絶対数が足りないので、訪問診療を増やす、その医者を増やそうとの話が出発点であり、全国的に言えば訪問診療する医者数が少ないが、東京都内は多摩市も含め、訪問診療をしようとする医者は足りている。

次の段階は、往診では解決できないという問題である。生活の部分で課題を抱える人の所に訪問診療へ行っても解決しない問題があるとともに、訪問医療側の医療の質・レベルの問題も大きい。その面を度外視して一絡げにこの地域の訪問診療のパワーの有無をなかなか言えないといった次のフェーズの問題が顕在化している。

○修正後：訪問診療については、包括的に解決する能力を持ったチームで取り組まないといけない。医師をリーダーに介護の面や医療資源などの知識を有した人材などの総合力のあるチームで取り組む必要がある。

○修正前：訪問診療については、包括的に解決する能力をもったチームでないと難しく、これは介護の面でもいえる。訪問診療に行っても「役に立たない、もう先生来て貰わなくても良い」話になる。総合力のあるチームがないと解決ができない。

○病院の病床も高度急性期を担う病棟や慢性期等色々と機能別に分かれているが、往診についても訪問診療をする力などを勘案しながら行う必要もある。多摩市内には小児在宅に軸足を置く訪問診療所がなく、こうした各論的なことでも問題を探していく必要がある。

## (2) 「かかりつけ医／かかりつけ歯科医／薬局の課題」について

○市民アンケートでは「かかりつけ医がいる」が38%に留まっている。ヨーロッパ等のかかりつけ制度は登録制だが、日本はフリーアクセス前提のかかりつけ制度である。そこに色々な可能性もあり難しさもある。

○これまでどこもかかったことのない患者が、救急搬送されたケースでは、その病院にかかっても、救急で行くものだから次につながらない。結局帰宅して暫く経つと症状が出て、あの時その病院に行ったから問合せするが「かかりつけではないので診られない」と言われる。患者と先生方が各々思うことに差異がある。

○何回か通える所が良いが、間口がどうかである。例えば、クリニックならば1回行ってまた行く必要があるか否かだとか、健康診断で今後かかりつけ医にかかりつけ医になって欲しいか否かを健康診断に行った際に判断しても良い。

○かかりつけ医というのはなかなか難しい。「(かかりつけ医に) なってください」と言われれば「はい」となるが、フリーアクセスで色々な診療科にまたがっていると、医師の方から「私がしましょう」と言うのはなかなか難しい。救急で夜間にどこかの病院に入ったとか、ある病気で他の科に行ったが、実はお薬手帳を見ると他の色々な科にかかったと事後に判った時に、残念ながら私も含めかかっている先生方となかなか連絡を取ろうという気持ちになれない。

○かかりつけ医が明確になるのが介護保険の主治医意見書を書いた時に書かされたら、

次はそうした意識を持つ。そういうこともない方をどう考えるのが難しい。

○持病があると、それが接点でかかりつけ医や主治医が決まってくる。一方、全く医者とは縁がない健康を自負している人が「かかりつけ医を持つ」と言われても、難しい。

日本で、フリーアクセスをなくして指名制にしたら日本では絶対に根付かない。せめて毎年1回の健康診断を決まった所で受けて、何かあったらいつも健康診断を受けている所に相談してくださいと、そんな感じにつながって欲しい。高齢者の場合、かかりつけ医が決まっていないと介護を始め進まないことが多い。

○小児科はもっと突発的で、子どもの場合でも持病を持っていたらかかりつけ医を持つが、持病がなければかかりつけ医は持ちにくいのではないか。

○英国では総合診療医だが日本では基本的にそうになっていない。ただ市民はかかりつけ医が具体的に何を想定するかははっきりしていないが、総合的な診療を期待する声があり、臓器別というより臓器横断的である。

○薬局でその「先生方に総合的に見て貰いたい」のは、自分たちが抱えている症状がどこの先生に行けば詳しく診て貰えるか分からないので、薬局でそういった紹介ができればよいと考えている。市民は、抱えている症状によりどこの診療所・病院にかかればよいかを知りたいと思っているので、今後、かかりつけ薬局がその悩みに関する相談の受け皿にならないといけないと考えている。

○かかりつけ歯科医の場合行きつけとかかりつけが違くと、ホームデンティストとはいえないのではないかとされている。かかりつけ歯科医の意味では結構機能していると考えているが、訪問となると難しい面もある。というのも、実は歯科の場合訪問診療専門の歯科医が存在していて、街を巡回して依頼があるとすぐに来てくれる。

ケアマネからすると、すぐ来てくれることが第一ニーズになり、なかなか我々が行くのに時間が掛かるということで実際ニーズが少ない。かかりつけは上手くいっているも、在宅医療になってからの訪問となると歯科はちょっと立ち遅れているのが現状である。後期高齢者健診は今後国から通達があり始まっていくが、実際に訪問して後期高齢者健診をするオーラルフレイルや摂食嚥下の関係を我々が出向いて治療でなく健診として取り組んでいくのも大切と考えている。

○訪問看護師に指示書を書けるのは医科だけで、歯科の先生は訪問看護ステーションに指示が出せない。また、ケアマネとの関係についても医科の点数になり、歯科の点数にならない。そこは多摩市だけでどうにもならないが、特に医療介護連携に関わって歯科医療の組み込み方に関して検討が必要。

## 2 災害時・救急の医療連携

○災害時の体制は、日本医科大学多摩永山病院が救急医療センターを持っているため、有益な側面がある。市内に発生した大規模火災の時には専門部隊が駆け付けて何とかなるが、先日訓練もしたが本当に広範囲の大災害の時に、開業医・歯科医師・薬剤師等の多職種による体制の整備はこれからまだ必要である。特に風水害、台風は地球温暖化によりだんだん被害想定が大きくなってきていることも含め対応しなければいけない。これはもし起こった時にどうするかという仮定の話だが、積極的に明確な目標を持ってやらねばならない。

○東日本の災害の時に多摩市の福島の人達が避難して来た所で10日位仲間と一緒に支援を行っていた。その状況を考えて私たちが心得ておかねばならないことがたくさんある。避難場所で女性もチームリーダーとしてきちんといて、女性が何に困っているのかのという目線を見て、例えばお産間近の人がいたが、産婦人科も避難を受けていて先生に連絡が付かないとのことで、私の知る産婦人科の先生に連絡して来て貰った。大きい災害が来てすぐに避難所がテキパキ動けるわけではないので、日頃からこういう時はどうすれば良いか、「看護師さんにすぐに来て貰う」「避難所系の医者がいる」等最初から決めていて何か来た時はパッと集まれるきちんとしたグループがあれば、市民としては安心できる。

○災害時の良質な避難所の確保については一般避難所と併せて福祉避難所もきちんと確保せねばならないと同時にハード面だけでなくソフト面も大切である。災害時派遣医療チームDMAT、加えて避難所での様々なジェンダーや子どもの問題等に対する災害時派遣福祉チームDWATも非常に重要になってきている。DMATとDWATの連携をきちんと市内でつないでいく重要性も考えていくべき。

○救急医療体制、突発的に脳卒中とか心疾患が起こったりしてきちんと救命せねばならない。そして後遺症を残さないようなゴールデンタイムにしっかりと診療をするための体制づくりが課題だ。

今の都の地域医療構想は、多摩市民が医療を受ける際に都心とか近隣の神奈川県等に行っているのはそれで良いだろうと、現状を肯定するような風潮がある。議論を進める中で特に時間との競争になるような脳血管障害とか虚血性心疾患などについて、多摩市内に於いて力のあるような拠点が整備されて欲しいし、連携体制が必要である。

○特に南多摩医療圏は5つの市がそれぞれきちんとした医療圏と考えねばならないところを一緒にされているので、例えば脳卒中のセンターが欲しいなら南多摩医療圏の端に幾つかあるのだからあるだろうとの話が出るが、本当はそうではない。しかしながら、議論の枠組みをそう簡単にフリーにできない事情がある中で重要なことは多摩市としてどんなものを必要としているのかそういう声を挙げていくことがとても大事である。

○多摩市で完結するのは、かかりつけ医や、その後の医療につなげる上で、地域のクリニックが他県や他市の基幹病院に比較すれば圧倒的に連携があるので、その後の医療につながりやすいことで47%というかかりつけ医を持つ割合をより上げていくべきだと思う。

○多摩市は二次医療・三次医療・救急があることはとても恵まれているが、恐らく市民にとって解りづらい。どのような場合にどの救急医療にかかるのがよいかをきちんと伝えていかないとミスマッチができる。

○多摩南部病院は地域支援病院なので90%近くは地元に戻している。しかし特殊な疾患はそうもいかないで、疾患別、診療科別をもう少し明らかにし、不足する診療科の医師を地域全体にもう少し潤うように引き込むことも多分必要になってくる。

○ここで議論して青写真ができた時に一番大事なことに戻ってみると、主に行政が、市民の人達にどういう形で理解いただけるようにPRしていくのか。それをどうフィードバックしていく予定か。広報誌、インターネットなどあると思うが、その辺をしっかりとやっていくとかなり理解いただける部分も出てくる。

以上