

第2回

東京都在宅療養推進会議ワーキンググループ

会議録

平成30年3月27日

東京都福祉保健局

(午後 4時00分 開会)

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。定刻でございますので、ただいまより東京都在宅療養推進会議ワーキンググループを開催させていただきます。

本日はお忙しい中、ご出席いただきましてありがとうございます。

改めまして、東京都の地域医療担当課長の久村でございます。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしくお願いたします。では、着座にて説明させていただきます。この小さい規模なのですけれども、速記の関係もありますのでマイクを使うということでご了解ください。

それで、本日の配付資料でございますが、次第の下段に記載のとおりでございます。落丁等ございましたら、議事の最中でも結構でございますので、事務局までお申し出いただければと思います。また、すみません、前回お配りできておりませんでした発令通知につきまして、机上に配付させていただいておりますので、よろしくお願いたします。それから、本ワーキンググループは会議、会議録、それから会議に関する資料等については、公開とさせていただきますので、よろしくお願いたします。

本日の出欠状況でございますが、川越先生と堀田先生からはご欠席というご連絡をいただいております。あと、西田先生、山本先生は、到着がおくれていらっしゃるようでございます。

本日は傍聴の方もいらっしゃいますので、よろしくお願いたします。

それでは、以降の進行につきまして、座長の新田先生にお願いたします。

○新田座長 皆さんお久しぶりでございます。

本来ならもう少し、この会、頑張らなきゃいけないところが、ついおくれおくれになりまして、申しわけなく思っております。

それでは、議事を進めたいと思いますが、きょう、3点あります。3点とその他ということで、行きたいと思っております。

まず、報告事項で、昨日行われましたが、地域医療構想調整会議 在宅療養ワーキングでの、これ久村さん、在宅療養ワーキングと、この意味と、東京都在宅療養推進会議ワーキンググループと、これ違うのですか。

○久村地域医療担当課長 この在宅医療ワーキングは、各圏域ごとの調整会議の下にあるワーキング、在宅について議論をいただくワーキングでございます。

○新田座長 ということですね。ちょっと微妙な名前なので。

○久村地域医療担当課長 そうですね。ちょっとワーキングが混在してしまいすみません。

○新田座長 わかりました。じゃあ、さっそく報告事項から事務局よろしくお願いたします。

○後藤（地域医療対策担当） それでは、資料3をごらんください。

私、東京都福祉保健局医療政策部の後藤でございます。どうぞよろしくお願いたします。

資料3-1から3-4にまたぐ資料でございますが、昨年10月末から今年の1月に

かけて、各構想区域ごとに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しまして、在宅医療に関する地域の現状・課題や、地域の病院の連携などについて意見交換を行っていただきました。その際に、頂戴しました主な意見をまとめたものになります。

資料3-1と3-2ですけれども、在宅療養に関する地域の現状・課題等について、3-1は頂戴したご意見を事項別にまとめたものになり、3-2は各構想区域ごとにまとめたものになります。

まず、資料3-1、A4縦のものをごらんください。主なご意見としましては、まず上から医療資源等については、在宅専門医療機関についてのご意見や、在宅医の数が適正かわからない、在宅医療のニーズと在宅医の数のマッチングを丁寧にする必要があります。

次に、機能分化については、在宅専門医とかかりつけ医の連携も今後必要。疾病によって、需要ニーズが異なる。全体としてどのように整備していくか検討する必要があります。在宅医療を専門に担わなくても外来プラス訪問診療で、その先は在宅専門にうまくバトタッチするなどの仕組みづくりが必要。

次に、多職種連携については、外来から訪問診療への切りかえを希望する患者に対し、ケアマネがかかりつけ医に知らせずに切りかえているケースがあるとのことのご意見がありました。

一方で、ケアマネジャーからは資料3-2、このA3横の資料でございますけれども、その右上、区東北部の欄の下から二つ目のところに、ケアマネとしては、在宅医療につなげる際には、かかりつけ医と相談するよう共通認識を図っているとのことのご意見がありました。

また、もう一度資料3-1のほうにお戻りいただきまして、情報共有については、ICTを活用した情報共有について複数のシステムが運用されていることが課題、災害時等での活用が見込まれるとのことのご意見がありました。

次に、24時間診療体制については、かかりつけ医だけでは24時間体制の確保は困難。実際に取り組んでみたものの、医師に「自分の患者は自分で診る」という考えがあり、うまくいかなかった。

次に、看取りについては、家族が救急車を呼び病院へ搬送等、看取りの困難さを痛感と、前回ご議論いただいた救急医療を受ける際の情報共有・連携についてのご意見がありました。

次に、都民の意識・普及啓発については、患者やその家族が在宅療養を希望しないということも多く、在宅療養に関する患者や家族への理解促進が重要。独居の患者だと、最初から在宅医療を受けるのは無理と決めつけている患者が多いとのことのご意見をいただいております。

次に、資料3-3と3-4をごらんください。こちらですけれども、地域と病院の連携について、3-3は頂戴したご意見を事項別にまとめたものになり、3-4は各構想区域ごとにまとめたものになります。

資料3-3のほうですけれども、主なご意見としては、まず、広域的な取組・連携については、区を越えると連携が難しくなる。区内共通の退院ルールをつくらうとしたが、病院ごとにルール等が違う。圏域レベル等での広域的な連携が必要とのご意見がありました。

次に、本日のこのワーキングでご議論いただく内容でもあります情報共有、退院調整についてですが、病院から病院へ転院するとき、転院元の病院から入院中の状況等が出てない。情報共有ができていないことが問題。入院前からの情報共有が大切。病院へ紹介した患者が地域（紹介元）に帰ってこない。在宅専門のクリニックが区市町村単位ではなく、都単位で事業を行ってきており、退院調整の限られた時間の中で、対応が早くサービスがよいと感じ、利用してしまう退院調整担当の看護師がいる。退院前カンファレンスは実施されているが、在宅医が参加できていない。キーマン不在のケースがふえているとのご意見がありました。

次に、医療介護関係者の相互理解については、病院の医師・看護師と地域の医療介護関係者の相互理解が必要とのご意見をいただいております。

これらのご意見は、関係団体等を通じワーキングに参加していない病院や診療所を初め、医療介護関係者にも周知しております。また、こうした問題は、本ワーキングでご議論いただく内容でありまして、本日、また今後の検討の参考にしていただきたく紹介させていただきました。

私からは以上でございます。

- 新田座長 ありがとうございます。ただいま東京都には特に地域医療構想調整会議があり、さらに在宅療養ワーキング等々が行われていて、その意見等を今、事務局から話をしていただいたのですけれども、何かご意見等ありますか、本日の第一の議題としてICTを活用した情報共有・多職種連携等をやらなければいけないわけですが、そのこととは関係なくても結構です。これを今聞かれて、どうぞご自由に発言してください。これ、ワーキングでございますから、気楽に発言してください。よろしく願います。
- 西田委員 私これ、12医療圏のうち、10医療圏ちょっと出させていただいたのですけれども、課題として出てくることって大体同じような内容になります。本当にそういう感じでした。
- 新田座長 同じようなことなただけど、具体的に言うとどんなことですか。
- 西田委員 そうですね。一つはやはり、医療介護連携の話に必ず出てくるのは、ICTの話で、ICTがなかなか導入したけど機能しないとか、それとあと、入退院支援の部分です。先ほども出てきましたけれども、やはり主治医が知らないところで患者さんがいなくなっちゃうとか、その問題も大体どこへ行っても出てきます。
- 新田座長 この意見交換ですけれども、はい、どうぞ。

○向山委員 この年度末で、実は地域医療のほうで、疾病別の脳卒中ですとか、あのあたりの会にもずっとこのところ圏域で開かれているのですが、似たような話が出てきていて、一番わかりやすいのは、連携パスで診療報酬の見直しになった途端に、全然出なくなったとパスが。やっぱりその病院の中で、病院の先生方からすると事務方が、やはりかなりそこを意識してくれないと、基準をなかなか一つの病院で統一するということが難しいし、その手間暇も違う。

私はICTは実は余りうまくいっている地域にめぐり合ったことがなくて、杉並など一度入れて余りうまくいかなかったのということで、医師会も非常に慎重な態度をとっていらっしゃるんです。やっぱり、患者さんにとってのメリットと、多分全件何かするというのではなくて、それでいて、ローカルルールをつくってしまうと、これだけ患者さんがやはり動いている。東京ではなかなか定着していかないだろう。だからやはり、入退院支援もそうなのですが、どういうタイミングで情報をどういう方の場合は少し深くやりとりするかということと、セットに使っていかないと、ただ、ツール、パスをつくりました。ICTを導入しましたでは、決してうまくいかなくて、むしろ、どういうケース像に、どんな情報をとることがいかないとだめです。今の流れからすると、特に今度、地域医療ケア病床とかいろいろ変わっていく中では、病院はやはり入院前の、退院がスタートじゃなくて、入院前の情報が地域からどうついでいけるかと、ここにやっぱりかかっているのかと非常に感じます。何かまとまらない話でなんですけれども、そういうことも含めて、事実ではなくてお話ができればと思っています。

○新田座長 ありがとうございます。これ、私も同じで脳卒中の、恐らく東京都で連携パス等が脳卒中から始めた医療疾患5事業の話ですよ。その時点から行われていますが、今だってこんなような議論が出て、こんな話を今するのは、ですね。何なんだろうというふうに正直思うわけだけれど。

○西田委員 本当に認知症も含めて、パスというのは本当に機能しないでしょうね。あれ何ですかね。やっぱり余計なことが一つふえちゃうということにしかなくなっているんですよ。

○新田座長 恐らくこのワーキング、推進会ワーキングはICTも含めてきちっとどういうものをつくったらいいのかということ、皆さんで議論していただきたいと思います。

○久村地域医療担当課長 きょう、これからしていただくのが、ICTを活用した情報共有をどうやっていきたいと思いますという中で、ちょっと一つ病院との連携というの意識した中でご議論いただきたいなというのと、2番目の議題は実はそれに絡んでいまして、入退院支援、入院時から入院中、退院時、それから退院後、最後看取りまで一連の流れの中で、どういうふうに連携していくか情報を共有していくか、そのあたりを来年度進めていきたいと思っていますので、そちらの今回はファーストステップのところ議論いただければなと思っています。

○西田委員 ICTで感じていることですが、私のところはよく活用しているんです。私がおの主治医となっている患者さんについての連携している訪看さんとか、ケアマネジャーさんとかいろいろな人が栄養士さんも入って、物すごい頻度で使っているんです。だから、これよさがわかると、本当に便利なんです。これは事実なんですね。だけれど、なかなか意識が変わってこない。皆さんパスと同じように余計な仕事がふえるという意識しかない。常時見ているわけじゃない、BYODの問題もありますけれども、常時見ているわけじゃないから、それを使うことによってチェック漏れが起きるとこわいとか、いろいろな理由があって、なかなか参入してこない、理解を不足されているということがあって、それを地域全体に押し述べて広めていくことの困難さをすごく日々感じています。だから、使っている人たちはこの便利さがわかってきて、そういう人たちも少しずつは、ふえていきっているんだけれども、そこをなかなかオール自分の地区的に動かせないということがすごくジレンマがあって、やはり、私が最近よく痛感しているのは、これに専任できるようなマンパワーがないと、一担当理事が、あるいは一ケアマネジャーが片手間にやるようなことではとても普及させられないみたいな感じがしています。だから、医師会にもうそれ担当の事務局、事務委員が一人いないと、いと逆にすごくよく回るみたいです。

○新田座長 今のは、方法論。ICTを活用した方法論等々ですよ。もう一つ前にICTの共有化という問題がその前に恐らくあると。

昨日もちょっと調整会議で話が出てたのは、区とか市とか単位では何とかなることもあるけれども、二次医療圏単位になった途端に全く見えなくなるという確かな意見等があったと思います。そうすると、ちょっと久村さん教えてほしいんだけど、ここは、もう少し共有化するようなツールの作業を始めてもいいのかどうか、あるいはそれは、また別でやるのか。

○久村地域医療担当課長 こちらでやっていただきたいというふうに思っているところです。

○新田座長 了解しました。

○西田委員 そういう点においては、一ベンダーを何かここで推奨するということはできないんでしょうけれども、ほぼほぼ東京都の場合はベンダーが一つMCSにほとんど使われるようにきているので、私のところは市を越えて武蔵野市なんかともやりとりをやっていますし、それは十分可能だと思うんですね。思ったほど多くのベンダーじゃなくて、MCSあるいはカナミック程度ですから、しかもその両方がカナミックとMCSが、今つなげることができるようになってきていますので、それは十分近いところかなうことだと思うんです。

ICTというと、一つはだから病連携・病診連携のところのクラウド型のEHRが一つありますよね。それと医療介護連携用のSNSの問題と、ここで議論するのはやっぱりSNS医療介護連携ですか。

○久村地域医療担当課長 医療介護連携がベースですけれども、例えば私が考えれば、そこをベースに病院とこの地域のシステムを活用して、情報共有できないかなというふうなところをご議論いただけないかなというふうに考えているところです。

○新田座長 今の話ですね。まず、メーカーも含めてそこからの話。

○久村地域医療担当課長 少し、もしよろしければ。

○新田座長 次に進めましょうか。進めながら、また戻って先ほどの報告に戻って結構です。

第1番の、議論はそこにいっておりますので、議論へ行く前に、今の報告に関してまたほかにご意見はありますか。ここで今初めて聞かれた方も多いと思いますが、秋山さんどうぞ。

○秋山委員 今回の介護報酬改定で、入院四日以内にケアマネジャーが情報提供すれば点数化されるというので、そのもっていく情報に関しての、ある程度のツール式様式というのはケアマネ介護支援専門員の皆さんというのは、もう何か一定のというか、その辺の取り組みというのはあるんですか。

○小島委員 おっしゃったように今、今回の改正でそういうことになりましたが、以前から、今回は三日まででしたけれど、以前は七日までということで情報提供の算定ができるものがありました。西田先生かかわられていた東京都の黄色い本ですね。あそこに様式があったり、また、今回国が出したときに一定様式を提示されておりましたが、これ紙ベースでございまして、ほかにもよく読み込みますと、別に紙を使わなくても、前は行ってもいいんですけれど、今回行かなくてもいい、紙を送ればいいぐらいになっているところもございまして。様式は、必ずこれというふうには、今決まっていなと思います。地域で、もうつくっているところがあるかもしれません。

○新田座長 秋山さん、どうぞ。

○秋山委員 なので、もちろん一気に廃止というのはすごく大事だと思うんですけど、この報酬誘導で結構職種によってはそれをやることで加算になるから、今、加速がついた状態だと思うんです。そのときに、じゃあ、東京の区部・支部さまざまそれぞれ余り地域性があるようでないような、この表の中身がちょっと全部同じかという、違うんじゃないのという気がしながら、どういう形でじゃあ病院の入院時から退院を意識したその情報共有ができて速やかに在宅に戻ってこれるかというような、全体の流れがわかった上でこのICTのツールにいかないと、何かまた再びツールだけがひとり歩きするような気がして、ちょっとそこが気になりました。

○新田座長 きょうの2番目の議論が入退院支援在宅へのフォロー図という、まさに言われたとおりで、その議論もあるので、どういうふうにするか、今のもう一つの話は、脳卒中のときに経験しましたがけれども、それぞれ皆さん地域で頑張っているんだよね。まとめようとしたらまとまらなかった。結局ね。だから、それぞれに気を使うとまとまらない。その意味でここで、先ほど久村課長が言われたように、何か概念図も含めて基本

をつくってもらえれば、それはそれで後は次の作業だということもあり得るかなと思っ
ていて、また、それを今の話だけれど、どういうものが果たしてつくらなければいけ
ない、基本は、専門職というよりもやっぱりふさわしいその人がいて、その人の全ての情
報マニュアルです、要は。僕ら見えているようで、全然見えてないわけですよ。医療情
報の単に情報提供ではないわけですよ、必要なことは。ちょっと今、そのことはご意
見としていて、次に議論しながらでよろしいでしょうか。まず、進めましょうか。

○後藤（地域医療対策担当） それでは、私から意見交換の1番、ICTを活用した情報
共有・多職種連携についてご説明いたします。資料4と参考資料2の意見交換用資料等、
あわせてごらんください。

意見交換資料1枚目のほうに記載ございますけれども、都では在宅療養推進基盤整備
事業というものを実施しております、地区医師会へICTネットワークの構築に係る
経費を補助しております。来年度は区市町村への補助という形に移行して、引き続き経
費の補助をしております。地区医師会のシステムの導入状況でございますが、意見交
換用資料のほうの3ページのほうをごらんください。

色が白黒でちょっと見づらくて申しわけありませんが、まず、左下のほうにそれぞれ
色分けをしておりますけれども、メディカルケアステーションのほうが26、その下の
カナミックネットワーク社というものが15地区、その他のシステムというものが9地
区で、未実施地区というものが8地区ございます。

利用患者数としましては、次4ページのほうをごらんください。

平成28年度実績になりますけれども、お一人のところもあれば、500までしか書
いてありませんが880人もの患者をICTを利用して、多職種で情報共有しているそ
ういう地区もございました。このように先ほど在宅療養ワーキングでの主な意見として
もご紹介させていただきましたが、導入しているシステムのベンダーが地区ごとに異な
る点から、複数のシステムに参画するユーザーは、患者ごとにシステムを使い分ける必
要があり煩雑であること。さらに、システムごとにルールや共有する情報が異なること
も課題であると考えております。

この課題に対する今後の取組としましては、資料4のほうを一緒にごらんください。

まず、東京都医師会が検討します「都医ポータル」というものを紹介させていただきます。
都医ポータルの詳細については、意見交換用資料の5ページ目のほうにございま
すけれども、東京都医師会では異なるシステムを一つのWEBサイト上で共有する都医
ポータルというものの作成を検討中であると伺っております、5ページ目にあるもの
は、イメージ図でございますが、右上の各システムの長方形のシステムのアイコンがあ
りますけれども、そこに右上のほうに新着情報の数が丸の中にあらわされます。ページ
中央には、SNSのタイムラインのようになっております、先ほどの各システムのア
イコンからログインしなくてもタイムライン上に時系列で最新情報が表示されるという
ものになります。患者さんのページを見たいときや、その他の機能を使いたいときは、

先ほどのアイコンからログインしていただくといった仕様の作成を検討していると伺っております。

こうした取組は、異なるシステムと並行して利用する煩雑さへ対応できるものと考えておりますが、これにつきましても、ご意見をいただければと思います。

次に、もう一つの課題でありますルール、情報が異なることに対して、都は標準、共通項目のモデル例の作成・周知をする取組ができないか、また、そういった取組をする必要があるか、ご意見を頂戴したく思います。これもまた、複数システム利用者の利便性の向上につながるとともに、今後、病院との連携情報共有についても、活用していきたいと考えております。具体的には、入院時、入院中、退院時、入院の中でも救急の場合についてのICTと、切れ目のない情報を共有ができないかと考えております。

地域の医療介護関係者のネットワークでは、現状はネットワークに病院が入っている地域も多く、八王子市の「まごころネット」のように、救急時に活用されている事例もございます。病院と地域を結ぶことは、広範囲での連携が必要になり、そのためにも情報の共有化が必要と考えております。

以上2点、課題に対する今後の取組についてご紹介させていただきましたが、これらにつきましてご意見を頂戴したく思います。参考に、カナミック社とエンブレース社が出しているシステムの説明資料を机上に配付させていただいております。基本的には、今までは電話やメール、ファクスや訪問によって情報を共有していたものが、患者ごとにつくられるタイムラインに書き込むことで、即座に情報を共有でき、画像や動画も添付することができるというものでございます。

私からは以上でございます。

○新田座長 ちょっと質問一ついいですか。

カナミックとMCSとクラウドの関係はどうなっているんですか。

○西田委員 それぞれクラウドがあるんです。

○新田座長 それに全部入っているのね。そうすると、今で言う、カナミックとMCS、他のシステム9地区とあることですね。

○西田委員 そうです。八王子なんか別のシステム。

○久村地域医療担当課長 それぞれの地域で、先ほど申し上げたまごころネットというシステム、あるいはNTTのひかりワンチームというのを使っていらっしゃるというところで。

○新田座長 それは、今後統一化する可能性というのはまだない。

○西田委員 プライベートなメーカーさんですから。

○新田座長 ああそう。そういう感じ。それは残るわけですね。

○久村地域医療担当課長 そうですね、MCSは何かほかと互換性をもたせるような機能になっているというのは、伺ったことがあるんですけども、多分、それ以外はそれぞれ独立ということですね。

○新田座長 わかりました。

それでは、今、事務局から話がありましたけれども、ご意見等ありますか。どこからいけばいいでしょうか。まず、先ほどの1番はさっき西田委員からあったけれども、なぜ普及しないんだろうねという、つくっても、もう一回余分なもので何だろうという話があるので、そこのつくる意味合いですよ。せっかくいろんな努力をしてつくるわけだったら、その、つくったものを普及させなければいけないということを兼ねながら、ちよっとご意見等があれば、そこから始めましょうか。

○西田委員 時間かけながら少しずつは、やはりどこの地区も前進はしているようですいろいろなところの話を聞くと。ただ、幾つかのやはり足かせになっているようなファクターがあって、一つはその、まだBYODの話がクリアになっていないということと、それから。

○新田座長 BYODは。

○西田委員 ですから、この手持ちの自分のタブレットを使って、このSNSを使うことに対して、まだ警鐘が鳴らされている。恐らく、もう大丈夫になるんだと思うんですけども、まだちよっと前段階でグレーなところがあるということと、それから、今、これに参加しようとしたときに、例えば、訪看さん、現場の人は結構これは入りたいという人いるんですけども、自分のところの事業所に1回それを届け出て、事業所から医師会なり、あるいは行政なりというところに行くのがほとんどなんです。それはセキュリティーの担保ということがあるんですけども、そこが非常に煩雑で、現場の人は使いたいなと思っていても、事業主がこれ要らない、こんなの仕事ふえるだけだと思っちゃうと、そこでもうだめなんですね。ですから、やはり一番いいのは、先ほど向山さんもご説明していたように、全都的なシステムで、それぞれその地区医師会、地区行政がそれぞればらばらでやっているんじゃなくて、全体的に何か登録システムをつくって、もうちよっと入りやすいようなやり方を開発していくと、私、また随分違ってくるのかなという気がします。

○新田座長 さっき向山さんからも意見がありましたけれど、うまくいっている例というのは、余り聞いたことがない。

○向山委員 西田先生もお話されたみたいで、在宅をやっぱりこうたくさん見てらっしゃる先生で本当に顔が見える連携があって、その中のツールとして使っていらっしゃるにはいいよというお話はございます。でも、ちょうどうちの区で今、介護保険のほうのデータをあらって行って、医療機関どこにかかっているか、どこから入ってきているかを見ると、50以下のところというのは本当に数件、年間で診てらっしゃる月。ご自分のところでぐあい悪くなって、ちよっと診ますよという、そういう機能で在宅は見ていらっしゃる先生から、こういうの導入するというお話をすると、もう全然抵抗感だけが出てくるので、やっぱりある程度他の新しい患者さんも含めて受けていらっしゃるところでないと、なかなかメリット感が出ないかなと思う。

それともう一つ、行政が出てしまうとこれはもう個人情報は限りなくハードルが高くなってしまいますので、やっぱりこの端末の話は絶対うちでもだめなんですね。そのところがクリアできないのと、行政で確か平野先生調べていらっしやっただと思えますけれども、やっぱり法人側の今、先生まさに話されたセキュリティーとか、紐の問題というのも、結構いろんな地域で伺っています。

- 新田座長 今の皆さんのイメージは、やっぱり例えば地域包括ケアの絵柄をシンプルにしたときの、上の葉っぱの絵の連携のイメージですか。それとも、皆さん全体をイメージして話されているんですか。
- 西田委員 葉っぱだと思っています。
- 新田座長 葉っぱだけなの話なの。
- 西田委員 これがだから、家族本人も入ってこれるような状況になると、また、もうちょっと下のほうになると思うんですね。
- 新田座長 ちょっと違うよねと言う話だね。じゃあ、葉っぱのイメージという話ですね、それは。今回つくるのは、葉っぱのイメージで連携になる。
- 久村地域医療担当課長 全部からで申しわけないんですけど、今、結構患者さんも入れるようなシステムに、ネットワークにされているようなところもございますので、そのあたりも含めて、もしちょっと先ほど申し上げたルール化みたいな話になってくるとすると、何を前提にするかなという。
- 新田座長 何かありますか。迫田さん。
- 迫田委員 難しいというか。
- 新田座長 イメージで、とっつかまりだけでも。
- 迫田委員 今の、先生方がお話しされていることを、患者目線でもう一回説明していただくと、どういうことになるのでしょうか。例えば、脳卒中で八王子の病院に入院していて、国立の自宅に戻るときに、普通はその患者の情報というのは、ICTを使わなくても日常的に行われているのではないかと。しかも、病院間で情報がいついていないとかというのを聞くと、驚いてしまうのですが。ですから、今の話は、どういうイメージ、患者目線でいうと、どういう仕組みなのかというのを、もう少し砕いて説明していただけたらと思いました。
- 新田座長 重要な視点だというふうに思います。
- 新田座長 重要な視点だというふうに思います。
- 西田委員 ユーザーとしてお話させていただきますと、一言で簡単に言ってしまうと、よく言われることですがけれども、ラインを想像していただければいいです。ラインは皆さんお使いですよ。例えば、ラインでもグループ組めますでしょう。で、患者さんのグループをつくるんです。そこに、その管理者が主治医なんですね原則的に大体どこの地区も。そこに、担当のケアマネジャーさんとか訪看さんを招待するんです主治医が。そのグループをつくって訪看さん、例えば、現場では忙しいですから、帰って記録作業

するときに、きょうはこんなことがありました。あるいは、先生、この人の褥瘡今こんな写真ですと、写真を添付して指示くださいと送ったりするんです。緊急事態のときはもうこれ絶対電話が優先しますから、そんなに急ぎじゃないようなのデータを送る。そこに病院の先生も入れれば、例えば、今こういう状況だけれど、先生処方している薬ちょっとこれ変えましょうかみたいなことを、そこに盛り込むことができる。だからそれは、家族も同じですね。そこに入ってくれば、家族もその話題に入ってこれるわけですね。もう本当にラインみたいな感じを想像していただけるといいと思うんです。それ、コミュニケーションツールですね。

○迫田委員 先生方はそうすると、そのラインのグループを例えば100人在宅の人を診たら100もっているということですか。

○西田委員 それは、連携レベルのそんなに高くない人は、つくる必要はないです。一生懸命みんな意識を統一して、もうリアルタイムに頑張ろうみたいな人に関して、そういうグループをつくれればいいわけですね。

○新田座長 恐らく、また、秋山さんは秋山さんの別なラインをもつと思うんですね、そこは。今の話でどうですか説明は。

○秋山委員 とんでもない理想論を言ってもいいですか。

本来、患者の情報は、患者自身のものであると。だから、イギリスとか北欧等で進んでいるのはIDカードに患者情報が入っていて、それを、その人がその人にかかわる人をもって行って別のところへ行ったら、それが下が全部出てくるから、データベースを全部一々送らなくてもいい。飲んでる薬はこうだと、それから、かかっている人はこうだ、みたいなそういう情報が本人が持っているのが本来ですね。

○西田委員 それはまた別で、いわゆるPHRみたいなものですね。メダカ君とか。この、今ここで議論している医療介護連携用のものってちょっとそれとは違うので。データを中に盛り込もうというところではないです。

○秋山委員 西田先生のおっしゃる、その仲よしグループ的なチーム連携というのは、すごいリアルタイムなので、とても便利だし、そういう意味ではいいんだけど、やっぱり、そこで個人情報の問題がやっぱりひっかかってきて、そのセキュリティがクリアされたらそれはいいんだけど、そのやりとり、本来保存すべき記録のところには残らないですね。残してますか。

○西田委員 どういうことですか。

○秋山委員 つまり、そのやりとりってすごく大事じゃないですか。

○西田委員 そのまま残りますよね。

○秋山委員 それを、まだ紙ベースで、それなりに記録として残しておかないといけないですね。

○西田委員 その、紙ベースで残さなければいけないことは、また別の作業になるんですよね。

- 秋山委員　なので、そうすると、その会話のコミュニケーションツールのそのやりとりと、本来残すべき。
- 西田委員　それは別。
- 秋山委員　記録として、それは法的な面も含め、レセプト請求にもかかるものと、その辺の、うちのスタッフも先生たちと組んで、そのやりとりをする症例は何例か経験していて、それはそれで便利だとは言っているんですが、そこでやりとりしたことを転用するというのが、なかなかそれはできないから、そこで二度手間だよねという……。
- 西田委員　そうなんです。そこ、二度手間と言われるんですが、皆さん、記録を残すのと、会話って両方やってますでしょう。その、会話なんです。会話の部分がSNSとっていただければいいので、そのデータとして残るとかということをちょっと、むしろ切り離して考えないと、逆に今言われたように負担感になっていっちゃうんですよね。だから、話し言葉のかわりというか、なかなかいつも病院の先生とかだと、電話してもなかなか出れないとか、電話しづらいところあるじゃないですか。そこらへんの敷居を下げてやりたい。だから、できればヘルパーさんにも入ってもらいたい。
- 秋山委員　例えば、コミュニケーションツールだとしたら、ラインのようなコミュニケーションツールだとしたら、患者家族が入るのが普通のような。
- 西田委員　そういうシステムはもうできて。
- 秋山委員　ですよ。それで、その先生がおっしゃったように、その、別に普通の在宅の人がそんなに必要なくて、そのいろんな緊急事態とか、そういう人を数人か、先生がもたれている中の、その緊急が必要な十数人なのか、そのラインの関係者のネットワークみたいな、それこそ、ケア会議みたいなものもそこでできちゃうぐらいのメンバー、本人も家族も入ったみたいなものと思っていいますか。
- 西田委員　そうだと思います。ただ、その本人・家族を入れるかどうかということについては、私の自治体ではまだちょっと試験段階です。というのは、やはり、なかなかご本人に言えないところの報告というのがあるじゃないですか。医者、看護師の。だから、一応関与しているスタッフ、ただ、この我々MCSを使っているんですけども、MCSには、家族にも入れる別の窓みたいなのがちゃんとついているんで、それを使えば簡単に家族のこと。
- 新田座長　恐らく、今の議論、私から見ると二人ともすれ違いの議論をしているんだけど、その議論があるからこれが普及しないんですよ。やっぱり僕はそう思って聞いておりました。医療側の意見、医師側の意見と別の意見ということなんです。だから、皆さん共有しなくて使わない。だから、これをうまいこと、どちらも有効なものをつくり上げない限りこれは意味がないという話に、恐らくなるだろうなと思います。
- 向山委員　私も、ICTってと言いながら、よく考えると東京って病院もたくさんあるということもあります。事業さんもたくさんあるので、本当に10人ケースがありますと、実は10人10通りの組み合わせがあるんです。そのことを考えたら、本当は

I C Tは便利なはずなんです。ずっととざされた圏域で、ずっと同じチームで見ているということではないので、そこができるのが本当は便利なはずだけれども、やっぱりその二の足を踏んでしまう。さっきの二度手間の話は結構よく聞きます。

いつもあれなんです、どういう事例でやっぱりやったほうがいいとか、それから、例えば、ちょっと家族も入るって、私はもともと精神科だったので、認知症ってやっぱり一番はB P S Dを小さくする。そうすると、もう家族がどう振る舞うかにかかっているというか、そこが実は一番のヒントであって医療者にとっても。そういう少しモデル的にというか、絞って場合によってはちょっと圏域を何カ所かで、自治体を越えて連携してやってみるというぐらいのステップ論も必要じゃないかなと私は思っています。

○新田座長 ありがとうございます。私もそれは賛成です。原点に戻ると、在宅医療における連携推進のI C Tとなると、在宅医療の対象者というのは、超高齢者でありこれから、認知症の人であり、という話ですよ、そうすると、情報というのは、例えば、認知症の人が大腿骨頸部骨折を起こしましたよねと、それは二次医療圏超えました。こういったとき、病院にとって必要なのは、この人は生活がどうなっていた、どういう家族関係があったのか、ということがない限りは病院もどのような治療をしていいかわからない。退院を考えたときにわからないという話ですね、先程の調整会議の意見というのは全部集約するということですから種々な情報を、きちんと家族も含めて取り入れながら入れ込まないと、これから在宅療養のこうしたものを、できても皆さん利用しないだろうなという感じがして、二人のそれぞれの意見を患者中心に医療も含めてとなると、思ってたんだけど、これは例えばおくすり手帳などの様々なものが重要で、例えば、薬剤ツールって基本的に何か一本でどんとあるじゃないですか。

○高松委員 おくすり手帳と。

○新田座長 おくすり手帳とかね。ちょっと発言してほしいですけど。

○高松委員 皆様方のご意見をよく拝聴していて、やっぱり現場の連携ツールとしての、このI C Tの使い方と、薬剤師のほうは、お薬の情報がやっぱり正しい情報が伝わらないと誤った薬物治療につながる。またそこが途切れていたりすると、またそこで振り出しに戻ったりとかする。先ほど認知症のお話もありましたが、ご本人が理解されていれば、必要もないことかもしれませんが、往々にして覚えていない方、結構今多いです。ですので、おくすり手帳を使っているのですが、今電子おくすり手帳も普及が始まっているところなんです、これがまたベンダーさんがすごくたくさんあって、一応相互乗りいれできるようなシステムじゃないと保険料を認めないよという形には今してありますが、まだまだ普及が進んでいないのは、やっぱり薬局側で進めても、病院でそれをデータをうまく活用しやすいような読み取り機があったりとか、そういうところで進んでいかないと、おくすり手帳もまた普及が進まない。

ただ情報は、紙の媒体のものよりもかなりの情報が入りますし、情報提供もその中からできますし、いろいろできることは膨らんでいるんですが、いかんせん普及がまだし

ていない。ここがやっぱり皆様方と同じように、使いやすいシステム。利用者が使いやすい、やっぱり現場が使いやすい、ストレスなく使える。それがハードルを下げる理由かなとちょっと思いました。

○新田座長 ありがとうございます。

小宮山さん、地域で、今の話を含めて、小宮山さんのご意見どうでしょうか。

○小宮山委員 北区では、実はカナミックをずっと使っておりまして、今年度の途中から、医師会さんとの中で、医師会さんのほうをメディカルケアステーションにかえるという形で、今、今年度末までは両方平行してやりながら、来年度はメディカルケアステーションになるというような状況です。

ただ、カナミックの少しICTを使うという、地域の中での環境づくりをしてきたものですから、メディカルケアステーションに変わる際に、私どもも一緒に研修会などもしたりしながらも、この間聞いたところ、230名ぐらいの登録があって、少しモデル的に使っているところもあるというふうに言っておりました。

やはり、その中でよく出てくる課題が、医師の先生が結局部屋をつくらないとだめなので、そこを理解していただいて、それで関与する人たちをちゃんと招待してくれないと、皆入って待っているんだけど、医師が開かないから、つながらないよというのが実際、今聞いている課題でございまして、そこをやっぱり、これはカナミックと違って、こっちはコミュニケーションツールということなので、例えばつぶやきとか、ツイッターなんかと同じで、きょうこんな感じだったみたいな感じでつぶやくと、じゃあいつもと変わらないねとか、そういうようなやりとりができて、やっぱり緊急時は逆に言うと、きちんと連絡をしてやってくださいということをルールとして、少しできているところだなと思っているんですが、1番は、ドクターが使ってほしいというところがスタートなのかなと思っています。

ただ、地域の中で、どんな事例を使っていったほうがより効果的なのか、やっぱり認知症の話も出てきましたけれども、北区の中で結構使われているのは、やっぱり褥瘡の対応なんかというところでのやりとりなんかは、非常に使われているように思いますけれども、そういう少しモデル化をして見せていくというのは、一つ共通で、また地域の中でという、やっぱり私たちも区境のところの課題があって、板橋区さん、豊島区さん、文京区さんとかとの区境の中では、事業者が違うところでどういうふうに連携ができるかというので、うまくいけば非常に有効かなと思います。

ただ、向山先生がおっしゃっていたように、私たちも北区の中でも、行政とそれから地域包括支援センターはこれに加入できないということがございます。やっぱり非常に個人情報のところの壁が非常に高いし、特に個人のスマホなどを使ってやられるというのは絶対難しい話であって、やっぱりそこら辺のところでは私たちは、行政がなぜ参加できないんだと、非常に言われるんですが、やっぱりそのところは非常にクリアできない、今のところはちょっと抜けられない状況でいます。

- 新田座長 それは、個人情報保護法の関係で、行政が。
- 小宮山委員 もう区の中の決めの問題としてできません。
- 新田座長 決めの問題であると。
- 小宮山委員 だから、区がということになってしまうと、実はこのこと自体が成り立たなくなってしまうので。
- 新田座長 なるほど。
- 迫田委員 スマホを利用するんですか。
- 西田委員 ほとんどはそうです。
- 迫田委員 スマホを利用する。先生個人のスマホを。
- 西田座長 はい。
- 迫田委員 ラインでいいということですね。
- 小宮山委員 個人の持ち物はだめです。
- 西田委員 ラインだとセキュリティーの問題が。
- 迫田委員 そうということですね。
- 新田座長 医者に開かせるのは可能ですか。

これからやっぱり一番我々が重要視しているのはかかりつけ医じゃないですか。かかりつけ医の在宅医療を進めるために、現在までは例えば在宅支援診療所を専門で行っているのは、それぞれが行っています。一人開業医の医者が、一々開いて作業をやるかどうかです、今小宮山さんが言ったように。やれていないですよ。

となると、かかりつけ医にどのような利点があるのか理想論で言っても仕方がないので、そこを越えるものは、一つは、本人、かかりつけ医の患者さんが、生活情報を全部含めて入院前、入院中、退院のときにそこに情報が活かされるように、紹介、逆紹介も含めて、やれるようにしないとイケないわけですよ、それは。そうしないと、さっきのじゃあ、知らないところへ行ったとかいう話になるし、患者さんにとってもそれは不幸せなことだし、というのは基本で、その情報ツールがどういうふうにモデルリングしてできるかどうかという、そういう話じゃないですか。一つね。そういうことだろうなと思うんだけど、どうですか。

- 西田委員 入退院支援にだから、これをくっつけるというのは非常にいいと思います。
- 新田座長 はい。
- 西田委員 特に病院医師との連絡って、非常にとりにくいのは事実なのでそれは非常にいいと思います。

それと、うちはさっきおっしゃったように、医者が入ってくれないので、もう看護師さんたち皆こうやって待っているんですよ。それを払拭するために、主治医の許可を得て、看護師が部屋をつくることオーケーにしようと、そういうふうになりました。

- 新田座長 次の提案はそこなんですね。訪問看護の看護師さん。看護師さんがその機能を果たすというね、そういう話になるかもわかりませんね。

○西田委員　そういう、あかないと無理ですね。

それだったら例えば、訪看さんがつくっていただければ、かかりつけ医の一馬力のあんまり在宅そんなにやっていない先生でも、先生入ろうよみたいな感じで誘えるじゃないですか。そういう何か、草の根活動的なことで広めていかないと、なかなか講習会やって、何やったってだめなんですよ。

○新田座長　どうぞ。

○向山委員　さっきちょっと認知症の話をしたんですけども、疾患センターがせっかくある、認知症も。そこと、何か地域に帰ってきて、なかなか結ばれていないというか、研修会とかやって、だから少しそういう専門性とか難病であれば中核的な病院とかありますから、そういったところから少し助言が得られるとか、何か事業と場合によって連携するというか、疾病別の連携とか。そんなところで少しシステムティックにできる部分も、今ばらばらになってしまっている部分を、うまくこれを使うことでつなげられるといいのかなと。

なかなか病院に風穴開けることも難しいので、うまくいくと、逆に地域のことが病院の先生方にも少しわかるようになるという、メリットもあるとは思いますがね。それは多分全科でとやるとなかなか難しいので、少しそこは若干、絞るというか、ここら辺は最低参加しましょうというような戦略を持ってやったほうが最終的には広まるのかなというのでも。

○新田座長　それはまた難しいんですよ。東京都は全部疾患センターを23区で指定しましたけど、その機能がまだまだ全部いろいろ大変なこととございます。だから、それも含めてという、将来のこととして考えるというのはいいと思います。

それでですね、この辺ばかり議論してもあれなんですけど、先ほどの提案の、やっぱり標準項目とモデル例と、そしてモデル地区みたいなやり方、モデルみたいなね、という方向かな。ちょっと今の議論をここできいていると。

○久村地域医療担当課長　まずモデル地区なんかで、実際に進めていただきながら、そのあたりを積み上げていくみたいなイメージかなとも思いました。

○新田座長　モデル地区を進めるためには、モデル項目をつくっていただいて、様々な課題を超えるようなものですね。

一番イメージしているのはイギリス方式なんですね。イギリス方式というのは、全部数年前に3つシステムが統合しました。主治医のカルテに全ての情報が入っています。家族情報から、もちろん薬の情報から、全て。それを管理しているのがプライマリーケア医、ディストリクトナースというナースが管理しています。その地区診療所の。それで、患者さんも外から、例えばある地域の人がロンドンに行って薬がなくなって、こういう病気になったというのが、自分でそこに入ることが可能になっている。カルテがオープン化しているので。全て患者さんは、そのカルテを外から見るができるぐらいのオープン化しています。そのぐらいの、やっぱり見える化、そうすると自分の情報が

全部入っていますよねということで、そうすると例えば、その人が入院しました。するとその情報が、そこに病院に行く。そうすると、そこは入院前の情報ですよね。さらに、入院しました。全ての情報が戻ってくるというようなことが、ICTというのはやっぱりそういうものかなと。そのくらいしないとICTの意味はないだろうと。本人情報を全部含めて。本人も見られる。さっきの秋山さんの話じゃないんですけど、そこまでできるかどうかなんだけど、日本で。

○西田委員 まだそこまではちょっと敷居が高過ぎますね。

○新田座長 高過ぎるね。そうすると、日本式で、例えば東京式でどこまでやりますかということ、少し煮詰めて、モデルを行い、そのモデルのこの項目もつくり上げるという作業をやっていけばいいと思いますけど、それでどうでしょうか。

○高松委員 今のイギリス方式というのは、患者さん情報を皆さんが見に行ったりとかして使うということで、医療者とか、患者さん同士の、今言っているのはやりとりのところはイギリス方法の話ですか。

○新田座長 やりとりはしないですね。

○高松委員 それはしないですか。

○新田座長 情報は全部入れるけどやりとりはしません。

○西田委員 先ほどちょっと申し上げた内容ですけど、入院支援にくっつけて、例えばこういうSNS、医療介護用のSNSに、主治医と在宅スタッフだけじゃなくて、病院のMSW、病院の主治医も入ってもらって、入院前からの調整、それから入院中の情報交換、それから退院の支援という一連の作業を何かモデル化する。できたら、そこでSNSから病院のビッグデータですね、そっちのほうにアクセスするような形で、恐らくそれも閲覧ぐらいでいいと思うんですよ。だから、病院の先生の、例えば今病院でCT撮ったらこんなだったよというのを、在宅側のチームが見れるみたいなことを一つの単位としてのモデル事業みたいなのができれば、これはかなり現実味が高いので、今SNSと、例えばこのMCSとヒューマンブリッジがつながりますので、それは可能だと思うんですよ。

それがまだうまくできているところは余りないというんでしょうか。

○新田座長 ありがとうございます。

ちょっとそのところが一つですね。そして、情報項目の中に、ぜひ社会的情報をどう取り組むかって、きょう小島先生の意見ないけれども、ケアマネが持つ情報というのは、アセスメント情報というのは、そこまで有効な情報が本当はなきゃいけないよね。本当はね。

医療側のカルテって、前にもお話ししましたが、医療情報だけなんです。医療以外の情報が何も見えないんだよね。ICTを利用するなら、皆さんのかかりつけ医のカルテもちゃんと変えてもらいましょうぐらいの感じでいったらどうですかね。大きな構想を持って。

○西田委員 もう一つそこでプランとしてですけど、SNSのオプションに患者のデータ表をくっつけるんです。生活環境、例えば何人家族で、キーマンは誰で、ケアマネは誰でみたいな項目を全部つくって、それをそのSNSにくっつけていけば、それも非常に活用できるし、それは実際できます。

○新田座長 できます。

最後にいい意見がだんだん出てきたと思いますが、その作業は、また作業の経過等についてこれで検討するというのでいいですか。

○久村地域医療担当課長 今のお話でも多分、この次のテーマにもつながると思いますので、そこを合わせてどういうふうに進めていくか、ご相談させていただければなと思います。

○新田座長 ありがとうございます。

それでは、実は5時半までに終わろうと思ったんだけど、終われるかなと思って心配しているんですが、入退院支援と在宅療法のフォロー図ということで、よろしく願いします。

○後藤（地域医療対策担当） それでは、私からご説明いたします。

資料5、入退院支援～在宅療養のフロー図と、参考資料3の、平成30年度在宅療養推進に向けた都の取組（案）を合わせてごらんください。

まず、入退院支援の取組についてですが、参考資料3の1枚目の右上のほうの、在宅療養生活への円滑な移行の促進という大きな項目の中で記載がございますが、平成30年度から入退院連携強化事業を開始し、入退院時における入院医療機関と地域の医療・介護関係者との連携・情報共有の一層の強化に向けて、実践的な研修をいたします。それとともに、退院支援に取り組む人材の配置に伴う人件費を補助して、医療機関における入退院支援体制の充実を図るとともに、病院と地域の医療介護関係者との連携を支援してまいります。

資料5のほうですけれども、入退院から在宅療養の基本的な流れを図にした資料がございます。

こちらをベースに研修テキストですとか、カリキュラムを作成していきたいと考えております。具体的には、左上のほうに患者の状況ですとか、おのおのの場面で必要な情報や、連携する多職種、支援が異なりますので、その点について、こちらのフロー図のほうを肉づけしていただく形でしていただきたく、そのベースとなるフロー図でございます。

また、参考資料3のほうにお戻りいただきまして、資料左下から二つ目の白い四角囲みに記載しておりますが、医療介護に関係する団体による多職種連携連絡会というのを運営しております、その中で多職種相互の理解促進や連携強化を図っているところです。この中でも、このフロー図をもとに、多職種連携のモデル例と作成と、その活用などで、多職種連携の具体的な議論ができないかと考えております。

私からは以上です。

○新田座長 ありがとうございます。

資料5は、恐らくこれは皆様かなり意見があるなと思っています。なぜ病院が真ん中にあるのかとか、そこから始めなきゃいけない話でございまして、やっぱり本人ですね。そこから病院を関係つけるとか、いろいろご意見があろうかなと思いますけど、よろしくをお願いします。

これは、東京都からのモデル、結構重要な絵柄になるだろうなと。

○久村地域医療担当課長 これをベースに、今後入退院連携であったり、他職種連携なんかも進めていきたい、ベースにしたいなと思っております、本当にそれぞれの場面場面で関係する方、必要な情報、必要な支援が異なりますし、患者さんの状況によって異なりますし、キーパーソンの方も異なる。そのあたりを、この流れの中で、場面ごとに整理をしていって、それをベースに研修をやったりカリキュラムをつくったりというふうなことを進めていきたいなというふうなイメージです。

○新田座長 どうぞ、ご意見よろしくをお願いします。

私がつくり上げた絵柄が実はあって、全く違う絵柄になっちゃったんですね。

恐らく、ここではこれは決まりじゃありませんので、ご意見をいただきたいというふうに、どんなことでも印象で結構でございますが、よろしくお願ひいたします。

○高松委員 ちょっと図を見てみると、在宅療養のところはさらっと見えてしまうので、意外と在宅医療のところをもうちょっと重要視した書き方をされたほうがいいのかなど。いろんな職種がかかわるわけですね、それらの職種の方々、皆さんそれを意識できるように、在宅医療のところをもうちょっとやっぱり。

○久村地域医療担当課長 その他職種の方々のかかわり方というのが、多分それぞれの場面で病院にかかるんでしょうというふうなものもこれに肉づけしていくようなイメージにはなっています。そうなってくると多分在宅のところってすごく長くなって、関係者も多くなるみたいな形になると思うんです。

これは本当にちょっと流れを書いて、なぜか病院がすごく大きくなっちゃいましたけど、ちょっと入退院支援のところを意識しちゃったものですから。

○新田委員 参考に私の簡単な構図でちょっと、そんなような書き方もありますということで。ざらっとで結構です。

どうぞ。

○向山委員 余りまとまらない話になってしまうかもしれない。この流れ図をそのまま使ったとしても、やっぱり例えばじゃあ、ACPはどうなっているとか、施設からですね。例えばそれがうまくいっている事例ってあるわけですね。施設からであれば八高連でやっていらっしゃるような、ああいうところは一つのモデルになるだろうし、キットの話ですとか、少し広域でやっていけばうまくいく、システムとして今度は出てくる部分もあるかもしれないということとか、それぞれの流れ、矢印の中でですね、東京の

中で、実はこんなモデルがあるよとか、こういういいところがあるよという課題だけではなくて。もしそれが、出せていければいいのかなと。

やはりいずれにしろ、そのACPの問題に特化しても在宅をイメージしていただくということの大変さとか、重要性というのは私たちの地域の中でもわかっていますし、それからやっぱり、前回も言いましたが、病院の方々に、特にドクターに地域をわかっていただくというのが、そことどう共有というか、やっぱり難病はすごくよくできていて、専門医が年4回とか、それは昔の話ですけれども、地域に出てきて、一緒に対診をしてきたと。生活も見ていくと。その中で、専門医の先生たちが、在宅を理解していくというようなことがあったので、なかなか今仕組みはあるんです。病院でそういうふうに出て、皆さんお忙しくて出てきていただくというのは難しいかなという中で、どれだけ本当に人が動けるか、そのイメージができるかというところ、意識化できるかというのが大きな課題だとは思いますが。

でも、よく見てみると、ここは結構多摩小平の圏域ではやっていたなど、病院から地域に退院調整するとき、情報を連携シートで出していくとか、ところどころ結構東京でもやっているところはあるかなと思います。

○新田座長 ありがとうございます。

恐らく今の話で、病院と自宅との関係、例えば心不全の方が入退院を繰り返すって結構ありますよね。だから、そのサイクルが一つ恐らくあるんだろうなというのを明確にしなきゃいけないのと、在宅中でもいろんな変化があるので、在宅の中でも変化があって、そこから在宅の急性変化でまた病院もあり得るので、そういう構図も必要で、自宅で在宅医療が、この構図の中では、何かちょっとこのイメージでいいかという、どうもちょっとそここのところがもうちょっと見える化が必要なかなと思うんですが、どうですかね。

○秋山委員 退院支援の本ができましたよね、冊子が。あれに載っているフロー図って、これではないんですか。

○久村地域医療担当課長 そちらは入院時から退院後1週間までというふうなフロー図になりますから。

基本的には入院時から退院後2週間までにそれぞれ何をやっていくかというものを示したものですので、要はイメージはそれのもっと上から。結局サイクルになると思うんですね。絵的に見ると。それをつくれなかなというイメージなんですけれども。

すみません、これはもうたたき台で我々事務局がつくっちゃったんですよ。

○小島委員 そうだと、この病院という大きな箱の中に例えば、私たちとかケアマネジャーとしては、病院にもいっぱいあるわけで、救急搬送された病院もあれば、あるいは地域の病院もあつたりするし、それから救急搬送された病院から、リハ病院にいて、そこから退院とかもあるし、それからいい意味で、時々病院、ずっと在宅というのもあるし、そういうこともやっているしということがあられる。

- 久村地域医療担当課長 それを（3）から。
- 小島委員 今からやっていく。
- 久村地域医療担当課長 そうです。場面分けして、患者さんの状況だったりによって、多分そこでいろんなサイクルがあると思うんですよね。それを整理していかないといけないのかなと思っているところです。
- 新田座長 このとおりで、これを、そのまま決定じゃないですよ。今、案内としての問題としてね。たたき台ですからね。
- 久村地域医療担当課長 たたき台のたたき台ということになります。
- 新田座長 どうぞ。
- 高松委員 今、薬局の場合かかりつけ薬剤師の制度があります。この、かかりつけ薬剤師は利用者と契約、同意をとってかかりつけになりますよということですが、かかりつけになったら在宅は必ずやらないといけないし、24時間連絡とれるようにはしなきゃいけない。そのかかりつけでやりますよというのをおくすり手帳にも記載をしなきゃいけないというふうになっております。
- そのかかりつけ薬剤師をお持ちの患者さんであれば、入院して今度退院するときも、ご自宅に戻ってこられるのであれば、そこをまずファーストチョイスで情報を与えていただければいいし、退院カンファレンスとかにも薬剤師を呼んでもらえば、まずそこはつながるはずなんです。ただ、入院されてから退院されて、先ほどおっしゃったみたいに、病院をまた療養型行ったりとか、リハビリに行ったりとかして、その間情報が途切れちゃうこと結構多いんですよね。一貫して、やっぱりかかりつけ医、かかりつけの薬剤師というのがわかるようなシステムはやっぱり必要かなと思いますし、必ず地元に戻ってこられたら、必ずそこが受け入れます。そういうことは必要で、なるべく地元優先で帰すということができればいいと思います。
- 向山委員 今脳卒中の件が出たんですが、非常に厄介というか、医療はやっぱり診療報酬ですごく影響されるなって感じています。そこがなくなったらもうパス全然切らなくなったとか、インセンティブか診療報酬で、病院としてのドクターの思いだけでなく、仕組みに組み込めるかどうか、そのところはきちんとそこで保証があるというところがないと、やっぱり気持ちと手間暇だけでは、それぞれできないところがあって、やっぱり皆さんご存じないんですよね、診療報酬って実はこういうのできますとか、訪問看護の介護報酬で実はこういうのをちゃんとやっていただけると、きちんとその対価は保証できます。だから診療報酬のためにやるというのは変な話ですけども、そうじゃなくて患者さんのためにここまでやってくれていればきちんとありますというのは、少しどこまで制度化されているのかというのはやっておいたほうがいいのかなと思います。
- 久村地域医療担当課長 そのことをございますので、そのあたりがこの流れ図の中に書き込んで、それを今後入退院時連携強化研修の中で、病院の方になっていただきたいの

で、我々今まで退院支援の部分だけじゃなくて、病院の中の仕組みづくりみたいなものも含めて病院さんのほうに伝えていきたいなというふうに考えております。

- 高松委員 そうすると、病院のケースワーカーの方とか、地域連携室の方々にしっかり周知する方法を考えていくということですよ。
- 久村地域医療担当課長 それを研修できていただいて、その中で例えばまずはかかりつけ医さんに相談しましょうとかという、退院前カンファレンスにはこういう職種の方を呼びましょう。呼ぶのは地域の方ですねみたいなところも含めて、カリキュラムにさせていただいて、できればそれはこの研修だけじゃなくて、理想なんですけど、テキストの中がひとり歩きしてもわかっていただけるような、ちょっと広まるような形の取り組みにしたいなと思っていましてですね、私が悩んでいるのが、そういったこの全体図を描いていただくのが、こちらの場でやっていただけるのか、それともちょっと、こちらの事業は実は看護協会のほうに委託してやって、これまでの退院時支援研修というのも看護協会のほうで研修企画委員をつくってやっていただいていますので、そちらのほうをメインで検討していただいて、こちらと連携しながらみたいな形がいいのかなみたいなところは、どう進めていくのかというのは悩んでいるところなんですけど。
- 新田座長 できれば、看護協会に委託したもので結構なんですけど、こういうところでもう1回さらに検討されて、最後承認するみたいな、そういう形がいいなと思うんですけど。
- 久村地域医療担当課長 そうですね、ただ先ほど、これ今のお話だけでもすごく議論をいただきましたので、なかなか、ちょっと1回ここでそういう意味ではベースをつくって看護協会のほうに、言い方は悪いですけどおろしてというキャッチボールをしたいというふうに思うので、またこのあたり、1回こちらで叩いていただくような形になるかなと思いますけれども。
- 新田座長 これで、迫田さんみてどう思いますか。ぱっと見て、印象で結構ですから。
- 迫田委員 そもそもこの人材の育成・確保のためのカリキュラムというのは病院の、誰を対象にしているのか、ごめんなさい、そもそも論がわからなくてすみません。
これですよ、入退院時連携強化事業のためのものですよ。
- 久村地域医療担当課長 基本はこれに活用できればなど。
- 迫田委員 これのための、そのフロー図ですよ。
この人材の育成・確保、ということには、どういう人を対象としているのですか。
- 久村地域医療担当課長 今までは、退院支援強化研修ということで、基本的には病院で退院支援にかかわる看護師さん、病院スタッフさん、基本的には連携室の方であったり、もしくは病棟の看護師さんがやっていたらしゃる場合もあるんですけども。それを今回より充実させて、病院の看護師さん、病院スタッフさんが、メインなんですけれども、その中に例えば地域の新宿の先生、ケアマネさん、訪看さん、という医療看護関係者の方も一緒にグループワークみたいなものを盛り込んで、少し連携を深めていきたいなというふうな研修です。

○迫田委員 そのためのフロー図ということですよ。

○久村地域医療担当課長 そのためのテキスト体系をつくるためのフロー図。

だから、これがそれじゃないです。これからつくっていただくのがこれです。

○迫田委員 そのカリキュラムって、既にもうあったりしませんか、ないんですか。だから新たにづくらなきゃいけないということなんですか。

○久村地域医療担当課長 東京都はですね、退院支援マニュアルというのはもうつくっているんです。それをもとに今、退院支援強化研修というのをやっているんですけど、イメージとしてはそれをさらに膨らませて入院前から最後まで、看取りのところまでの連携の絵柄を見えるような形にできないかなというふうなイメージです。

○迫田委員 つまり、既存のものどこが今欠けているのだろうかというのがよくわからないので、つまり今の退院支援とか退院支援ナースとか、MSWとか、いろんな仕組みがあるんですよ。それぞれいろんなカリキュラムがある中で、どこができていないからこれが必要なのかというところが、申しわけないんだけどわからないので、あれ、これってそんなに新規事業でやらなきゃいけないことなのかしらとちょっと思ったものですから。

○久村地域医療担当課長 今、一番最初の東京のワーキングの、別のワーキングのほうの意見の中でも出てまいりましたけれども、連携室の人が、かかりつけ医の先生がいらっしゃるのに、在宅専門の先生を紹介するということは、やはり退院調整の時間が短いというのも影響しているんですけど、なかなかそのあたりのルールといいますか、取り組みがきちんと病院の中も意識されていないし、これが結局地域の取り組む病院がご存じないというところにつながると思います。

あるいは、入院時の、いつ、誰にどういうふうな情報をもらうのか、情報共有するのか、あるいは入院時、あと退院前カンファレンスも誰を呼ぶのかとか、必ずしもそこって今まだきちんとした明確なルールといいますか、統一的なものがあるわけではないなと思っています。

多分、いろんな場面でいろんな冊子とかマニュアルとかできていますけれども、もう少しそこを東京都の現状に置きかえて、きちんと整理しておかなきゃいけないのかなというふうなところなんです。

○向山委員 今のイメージからすると、その病院って今、地域医療構想で4分割されていますよね。機能で、高度急性期は急性期と一緒にいいやという話もありますけれども、やっぱり病院の臨床によって、どういう時期にどういうふうになにかをやるかは違うので、そこを少し連動させられたほうがいいのかというのは感じてはいるんですけども。急性期をやるんだったらこれをやってほしい。

○久村地域医療担当課長 先ほどもありましたけど、転院の際は、こういう情報を共有しましょう。よく転院になると、最初のまだ病院だとかかりつけの先生の情報があるんだけど、転院しちゃうともう地域の情報が全く途切れちゃうというふうな課題もあり

ますから、そこを例えば、必ず転院時はこういう情報を共有しましょうねというふうなところも含めて、さらに理想を言えば、その中で、もう一つの議論のICTがうまくリンクして、進めていければ理想かなと感じます。

○西田委員 質問なんですけどいいですか。

○新田座長 どうぞ。

○西田委員 これは、今看護協会のほうが担っているんですか。

○久村地域医療担当課長 まずですね、退院支援マニュアルというのは、この在宅療養推進会議の中で部会を設定してつくりました。それをベースに今、看護協会のほうで研修企画委員会というものを立ち上げていただいて、その中には看護師さんが中心なんですけれども、医師会からは安藤先生に出ていますし。

○西田委員 ある程度のカリキュラムはもう既にあるんですか。

○久村地域医療担当課長 今のベースではあります。

○西田委員 そうなんですか。

それとまた別のものをつくるんですか。

○久村地域医療担当課長 それを充実されるという感じですか。

○西田委員 わかりました。

○新田座長 この絵柄にすると、ちょっとわかりづらいのは、自宅が両方左右にあるというのがわかりづらいよね。本当はここだよ。まあ、そういう話だよ、これね。

○迫田委員 これはだから、場所ごとに書いているからわからないのであって、例えば一人の人が、何か例えば脳出血や何かで急性期の病院に入って、そのところでどういう情報がいかなきゃいけないで、そこから次にリハビリ病院なのか、急性期なのかで、その特にどういう情報でどういう退院支援があってという、何かそういうふうの一つずつ分けていくとさっきのお話とやっとながってくるかなと思いました。

○久村地域医療担当課長 分けてという作業をこれからやっていただくという……。

○迫田委員 よくある典型例で、退院支援、入院のときの情報、退院のときの情報、それを誰がどういうふう伝えて、どういう人と共有してという、何か一つのモデルができるとわかるという、そういうことですね。

○久村地域医療担当課長 ですから本当に入院時、ケアマネさんがいらっしゃるのといらっしゃらないのでまた違うと思うんですね、地域の規模もですね。そういったところも含めて、場合ごとに、場面ごとに整理していきたいなという。

○西田委員 病院とか、自宅とか施設じゃなくて患者さんとか病院の医者とか在宅の医者とか、そういう単位でつくったほうがわかりやすそうですね。

○新田座長 恐らく先ほどの、ICTをつくるのと連携してきますよね、ここは非常にわかりやすく話をすると。そこで考えるのは、病院というのをどういうふう考えるか。基幹型病院なのか、あるいはどういうふう分類するのかという、先ほど向山さんが話した。

例えば、いろんな病院のタイプがあるじゃないですか、中小病院が転院先のこの病院にはいるのか、あるいはここは転院先というのは回復期とリハビリ病院、あるいは中小病院なのかというようなイメージワークですよ。この病院というのは基幹型なのかということを含めた話ですね。

そこによって絵柄が全然違って来る。右側の病状変化と予定入院。あるいは病状変化、急性期も含めて入れ込む必要が出てくる。そのときに、どんな情報が、例えば救急で入るときに、病状変化だったらかかりつけ医が送ることができます。予定入院も大丈夫です。ただ、緊急で入院するときにはどんな情報がどのようにしてつくられていけばいいのかというように具体化になるかなというふうに思いますね。

もちろん、病院から今度転院するとき、転院というのは、ここでいうと、施設か転院先しかないので、病院から直接自宅だってあり得ます。わかりやすく、その場合どうするかという話も含めて。きょうは出したということでもいいですか。それで検討するということで。

○久村 やっぱり、もう少し、資料の説明で誤解を招いちゃうあたりもありましたので、もう1回持ち帰ります。

○新田座長 きょう。三つやるのは本当に難しいんだけど最後、ちょっとだけやっておきましょう。

一つ最後の話ですが、啓発の話ですが、事務局説明を簡単をお願いします。

○後藤（地域医療対策担当） それでは、私からご説明いたします。

資料6の在宅療養に関する普及啓発媒体の作成についてというものをごらんください。こちら、都が実施いたしました健康と保健医療に関する世論調査の結果になっておりまして、ごらんとおりの結果になっておりまして、在宅療養そのものの認知度が低いのと在宅療養に関する普及啓発が十分ではないと都として感じております。

資料4のほうにお戻りいただきまして、一番最後ですけれども、在宅療養に関する都民の理解促進を図るために、普及啓発用のDVDを作成することを今考えております。このDVDを活用して、区市町村、関係団体と連携したきめ細やかな普及啓発を実施していきたいと考えております。予算としましては、500万円となっておりますので、皆様がどういったものがよいか、また区市町村での効果的な活用方法等についてもご教授いただけたらと思います。

どうぞよろしくお願いたします。私からは以上です。

○新田座長 久村課長が、ACPをどうするのかという、ビデオの中にですね。それで、今までいろんなものができているんだけど、そんなものを含めて新しいビデオってどうなるのかとか等々ご意見がありました。これは迫田さんに聞きたいんだけど、500万円で15分ぐらいのものですか。

内容はともかく、まずイメージで。

○迫田委員 いつ、どこで、誰に見せるかというのがすごく重要です。以前、勇美記念財

団でつくらせていただいた映像がありまして、あれは10分。もちろんその金額があればできると思いますが。だから、そのときに、本当に誰に見せるか、しかもほかにもそうした映像はたくさんあるわけで、何を一番今やらなきゃいけないことなのかということを決めないといけないんじゃないかと思います。

○久村地域医療担当課長 このことをごさいますて、きのうも議論が出たんですけども、私どもの目安としては、また区市町村の人に怒られるんですけども、在宅の一義的には区市町村にやっていただくので、できれば区市町村さんでそれをなんとなく地域に活用してもらえそうなイメージを持っています。

例えば、イメージとしても地域包括支援センターで使うのか、例えば町内会との連携の中で使うのかとか、何か少しきめ細かく、できれば、このビデオ一つの題材として、さらに地域の状況を盛り込んだ形で都民・住民の方に伝えるようなやり方ができないかなど。

なので、こういう伝え方がありますよというふうな、活用方法も含めて区市町村に提供したいというイメージなんですけれども。

○新田座長 今話がありました、普及啓発媒体。普及啓発と在宅療養普及啓発というのは、地域包括ケアシステムという中で普及啓発しなければいけない。その原点は、区市町村が保険者であり、そこできちっと広げてほしいと。東京都が直接何かやることはないんだ、これはもう大海に砂のようなので、どこかでやったとしても大したことないので、実は区市町村の中できちんと使ってほしいと。もうちょっと言うと、広がったらどこでもそれを使ってほしいというような、構想でございますけれど。

○西田委員 実際、DVDって見ますかね。どうなんでしょう。実際のところ皆さん。私はだから、DVDつくるんだったら、それこそテレビ番組つくって、流したら。

○向山委員 ユーチューブみたいな、何回も再生できて、非常に簡単に見れるというので、やっぱり目的としては都民向けですよ。だから、都民の方が、うちの区なんかも全都のデータと同じようなものです。アンケートとかをとると、今要介護状態の方は家に最後までいたいんだけど、介護経験がない方、特に一般の方に聞くともうできないと思っちゃっていると。家族の負担が大きいと。いつも同じ理由が出てくるので、きちんとこういうふうな情報にたどり着き、人と相談すれば、そうすれば選べるんだよというメッセージがやっぱりできるだけ住民にきちんといくというのが多分目的だと思うのですが、どうなんですか。

○迫田委員 勇美記念財団のホームページで見られます。在宅医療を知っていますかというタイトルです。一例は、要介護5で在宅で診ている方の話で、もう一例は在宅で看取った方の話で、市民の方に在宅医療ができるんだと思ってもらおうというために制作したんですけど。

○西田委員 アクセス数多いですか。

○迫田委員 どのぐらいアクセスあるんですかね。

勇美記念財団はDVDを大量に配りましたよね。でも、それで在宅医療が本当に広がるかと言われるとそこはなかなかクエスチョンマークがいっぱいつくところであります。

○新田座長 どうですか。

○久村地域医療担当課長 もう一つの、私が思っているのは、一つのきっかけになればいいなど。

例えば、秋山先生の、新宿区なんかはもう、かなりきめ細かく区のほうで取り組みをやっているんですが、逆にやっていない区市町村さんも多いわけで、一つ一つ東京都が作りましたと。それを活用して、区民の方、市民の方に普及揮発してくださいねというのが、一つこれがつくることがきっかけにならないかなというふうな狙いも、ちょっとおこがましいんですけど、あるんです。

○山本委員 やはり、DVDなどの活用ができるかどうかは、市区町村の対応でまた違うんですけども、もしできるのであれば、DVDをつくるだけではなくて、どういう機会に、例えば先ほど申し上げましたが、老人会だとかあるいは自治体だとか、そういうところで流してくださいというような、具体的なイメージがないと多分なかなか活用してもらえないんじゃないかというふうに思います。

○新田座長 手段として、ツールとして持って、それで地域包括にて、それをやることすらやっていないところもあるので頑張ってくださいなというのも一つあります。

この場合は、各区市町村がそれを利用して在宅医療を推進する、東京都がそのために支援する。

○迫田委員 ということは、イメージとしては、ある市町村なり区が、地域包括支援センターの企画か何かで説明するときに使って、この区ではこういうサービスがあって、この医療機関とこういう在宅の支援があるというふうに合わせて説明できるようなもの。

つまり、在宅療養はできますよという一般的な啓発ビデオではなくて、その市町村や区として、利用できるもの。うちの自治体の場合はここはちょっと足りないかもしれないけど、実は病院のここではこう支援がある、といったような。在宅の先生たちは何人ぐらいいるとか、在診がどれくらいとかって説明しながら使えるようなという感じですか。

○久村地域医療担当課長 理想のイメージはそうです。

○迫田委員 全体のDVDで、あとはカスタマイズ。

○西田委員 これ、例えば全戸配布するぐらいの数をつくる予定はございますか。というのは、さっき言われたような、例えば何かのときに放映するということだと、そこに行く人って今までどおりなんですよ。だから、より多くの人に見てもらおうと思うと、それこそ全戸配布するみたいなことも考えていかないと。

○久村地域医療担当課長 そうなんですけど、ただ、本当にいつも申しわけない話なんですけど、予算の制約というのがありますして、結構チラシの全戸配布ですらなかなか、要求す

るんですけど難しいんですね。なので、例えばなんですけど、老人クラブだとか、あるいは自治会だったらみたいなのところを巻き込んで、おっしゃるように普段でてこない方々でも地域の生活の中で使ってもらえるなら仕掛けとか、仕組み何かが提案できないかなというところも含めてのご意見をいただければなというところなんです。

○西田委員　そういう意味では、知っているというのはいいと思いますけどね。

○迫田委員　ホームページにアップすれば。

○久村地域医療担当課長　ホームページはやります。

○迫田委員　ホームページを利用して説明すればいいわけですよ。

○新田座長　それも一つですよ。

どうぞ。

○高松委員　このアンケートがあったんですけど、在宅療養を続けたい、可能だと思う、難しいと思う、いろいろ回答はあるんですが、実は恐らくこれに何でそう思うのというところまでアンケートの結果でとられていらっしゃれば教えていただきたいです。

○久村地域医療担当課長　まず、例えば一番多いのが家族への負担が心配というのが6割ぐらいですね。それから、在宅でどういう医療ケアが受けられるかわからないというのが4分の1ぐらいの方がいらっしゃいましたので、一つはそういうところ。

あと、家族の負担なんかもできれば言及できるような内容があればいいと思います。

○高松委員　ありがとうございます。

それで、やっぱり利用者本人の不安を取り除いたりとか、家族にとっても、それを見て在宅医療をちゃんと理解していただいて、こうなったらこうすればいいんだとわかるような啓発とかができるようなものをつくっていかなければいけないし、あとは利用した人たちがやっぱり在宅を、少なくともよかったよという声が出てこない、なかなかここで広がりが見せてこないのかなと思いますので、ちょっとそこら辺の先のことまで少し考えていただいたらいいかなと思います。

○新田座長　そのとおりでございます。ぜひ、その辺、どうやってつくるかってなかなか難しい作業だけど、ハッピー、ハッピーというものはつくるつもりはなくて、今のような課題に対して結構答えられるように、そういうものができ上がればというふうに思いますが。

○向山委員　そういうときによく出てくるのは、病状悪化したときにどうなるか心配。そうすると、後方支援病床とか、あるいは診療報酬の部分でも、サブアキュートの包括ケア病床がきちんとあれば、大丈夫ですよと、そこをまた事業に、各市区町村の差があります。在宅療養、やっぱりそうは言ったってわからないよねというふうなことに窓口で1本電話すれば、電話でもあなたの相談でどうしていいかというところを受けれるんですよ。まさに、わからないという方は電話してねというふうに、うちだったら言うんですけども、なかなかそれはオープンになっていない市区町村があるので、本当はそういう、先生がおっしゃられたような、不安に答えていくみたいなことがあったほうがいい

いと思います。

○新田座長 恐らく、今後の同時改定の厚労省からの大きな柱がどんとあるのは、看多機ですよ。次から次に看多機の話ですね、あれは。だから、看多機をどこまで入れ込むかとか、作業上にはいろいろそういう問題は出てくるかなと思います、それは。具体的に言うとな。

だけど、本当にそこだけなのという問題もあるだろうし、いろんな、何かつくり上げていく作業の中では、情報としてどこまで入れるの、何をどうするのかって、先ほど先生が言われたように、やっぱり家族にとってこのアンケートで、何が不安なのか、どうということが問題であるのか、やっぱりこういうように私は負担にしたくないからやっぱりどこか行きたいという話を払拭するために何か方法があるかとかね、という話も含めて入れ込まないといけないという。それも東京都がつくる話ですから、我々がここでつくる話だと、非常に大胆につくれるけど、東京都がつくる話として、そういう話なんです。

○西田委員 上品につくらないといけない。

○新田座長 上手につくらないといけない。

これは、一応500万円の予算がありますので、これは例えば具体的な話をちょっと先をもってやると、来年度予算ですか、4月からの予算でつくと。それは、つくり上げる作業を例えば事務局と僕が話してじゃあここをお願いしますということで、それで中身について皆さんのご意見を伺いながらと、そういうことでもよろしいんですか。

○久村地域医療担当課長 そうですね。まさに活用方法だとか、そういうところも含めてこちらでご検討いただいてということ。

○新田座長 どうぞ。

○迫田委員 一般の人にとっては、在宅療養という言葉自体のもつイメージが医療関係者と異なっている気がします。でも最期は自宅で迎えたいということだとまた全然イメージが違います。在宅療養という言葉はもしかしたら足を引っ張っているかもしれません。

○新田座長 ありがとうございます。

○久村地域医療担当課長 「住み慣れた街でいつまでも」、それはうちです。

○新田座長 結構広まっています。あれのビデオ版だと思えばと考えます。

○久村地域医療担当課長 そうですね。あれをもう少し多職種連携だとか介護事業所とかを含めて全体を描けるようなものです。

○新田座長 あれにあとはACPも含めて入り込むので、もうちょっと中身は深くなる。題はもう同じでいいかもわからないね。

○久村地域医療担当課長 西田先生に「住み慣れた街でいつまでも」。医師会さんのほうにお願いして冊子をつくっていただいておりますけれども、そのタイトルはかなり評判はいいので。

○新田座長 じゃあ、題名等についてはそのような方向性でいくということで。

わかりました。

どうぞ。

○小島委員 協力いたしますし、いいと思うんですけど、じゃあ施設に入れちゃった人が罪悪感を持たないということも大事だと思うので、施設というところも地域の一つの場であるから、何かそういうこともあって、施設だっていい看取りがあるということもわかかってもらっていいかなと思うんです。

施設がそんなに悪いところじゃないし、施設に入れて、でも足しげく通いながらいい最後だったということもあるから、在宅と施設とか分けなくて話をしているから、住み慣れた地域でということだと思っただけなんですけど。

○久村地域医療担当課長 今の話は、我々看取りの事業は、暮らしの場における看取り支援事業ということで、在宅も施設も含めて取り組んでおりますので、多分そういったイメージなのかなと思います。

○高松委員 施設が遠くにあるというのは嫌ですよ。

○小島委員 遠くにはでないです。

○高松委員 今、そういう状況が結構あるから。

○新田座長 それは、恐らく場面構成でぼんという1場面ぐらいでできそうな感じもしないでもない、それはね。そういうことですね。あえて言葉じゃなくてもね、という、そこもそうですね。

ありがとうございます。

一応、タイトな時間で予定より15分オーバーしましたが、もう少し密に議論するには、少し絞ったほうがいいんですけども、回数をふやさなきゃ。

○西田委員 同時進行で3個ともやるんですか。

○新田座長 そういうこと。もっとあるんだよ。

○久村地域医療担当課長 さらにこの後ですね、区市町村さんにきめ細かく時系を推計してもらって、仕組みづくりを行ってもらうためのモデルの作成というのを、このワーキングでやっていきたいんです。

○新田座長 だから、これから少しタイトになる可能性もありますので、皆さんご協力の日程が大変だと思いますが、よろしく願いいたします。そうしないと進まないんです。

○西田委員 ですよ。

○新田座長 というふうに思っておりますので、よろしくご協力お願いします。

○西田委員 DVDっていつごろを目指しているんですか。

○新田座長 先ほどの話で、来年度中なので、それはそれで決まり始めたら早い話なんですけども。だから来年度中でいいと思います。

○久村地域医療担当課長 はい、そうです。

○西田委員 上も同じなんですか。

○新田座長 上はですね、どうぞ。

○久村地域医療担当課長 上はですね、これをベースに入退院支援強化研修をやっていきたいので、本当に早い段階で。

○新田座長 一つはですね、ワーキングでこうした議論がされ、さらに作業部会をつくらないととてもやれないんですよね。提案します。さっきのDVDも含めて、さらに作業部会でつくりたいと思うんですが、よろしいでしょうかね。

○西田委員 ICTと研修とDVDですよね。

○新田座長 そうということです。

○向山委員 でも、全部長年の懸案なので。

○新田座長 そうということです。東京都のために協力をよろしくお願いします。

僕が言うこともないけどよろしくお願ひいたします。

じゃあ、きょうはこの辺でよろしいでしょうか。最後に作業部会の提案で、作業部会はまたこちらから連絡しますので、よろしいですか、そんなことで。

○久村地域医療担当課長 本当に改めまして、本日はありがとうございます。いただいたご意見を踏まえて再整理とあと作業部会のほうも含めて、具体的にこれからお願いしていきたいと思いますので、よろしくお願ひします。

本日に資料でございますが、机上に残していただければ事務局からご郵送いたします。また、本日お車でいらっしゃる方、駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせください。

それでは、以上をもちましてワーキングを閉会とさせていただきます。

本日は本当にありがとうございました。

(午後 5時46分 閉会)