

令和4年度東京都地域医療構想調整会議
在宅療養ワーキンググループ（区中央部）

日時：令和5年1月12日（木曜日）19時00分～20時01分

場所：Web会議形式にて開催

○島倉地域医療担当課長 皆さん、こんばんは。定刻となりましたので、区中央部の「東京都地域医療構想調整会議・在宅療養ワーキンググループ」、開催いたしたいと思えます。

本日は、お忙しい中、御参加いただきまして、誠にありがとうございます。

私は、東京都福祉保健局地域医療担当課長、島倉でございます。議事に入りますまでの間、進行を務めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

今年度もWebでの開催となっております。円滑な進行に努めさせていただきますが、機材トラブル等ございましたら、御指摘いただければと思えます。本日の配付資料は、次第下段の配布資料に記載しているとおりでございます。なお、本日の会議でございますが、会議録及び会議に係る資料につきましては、資料4-2のアンケートの回答結果を除き、公開となっておりますので、よろしくお願いいたしますと思えます。

Webでの開催に当たりまして、御協力いただきたいことをお願いしております。大人数でのWeb会議となりますので、お名前をおっしゃってから御発言のほう、お願いいたします。御発言の際は、マイクのボタン、ミュート解除をいただきますようお願いいたします。また、発言しないときは、ハウリング防止のため、マイクをミュートにさせていただきますようお願いいたします。

それではまず、東京都医師会及び東京都より、開会の御挨拶をしたいと思います。

○土谷理事 皆さん、こんばんは。東京都医師会の土谷です。夜、お集まりいただき、どうもありがとうございます。

こちらの会は、参加者が多いので、手短にお話したいと思えます。

今回の在宅療養ワーキンググループ、もう6年目になるところなんですけれども、これまでは、コロナの話がすごく多かったわけです。半分はコロナの、これまでやってました。コロナの話を通じて、今日は、コロナの後、もう、コロナはいつもやって、平常状態になった中で今後どうしていくか。これまでのコロナの反省を踏まえて、今後どうしていくかというところを重点的にお話いただければなと思えます。これまでにコロナの話は、大体どこでも議論尽くされているかなと思えますので、未来に向かってのお話をぜひやっていただきたいと思えます。

その中でも、幾つかの圏域では、特に訪問診療と、入院についてはもうずっとやっていました。それがメインの話でしたけど、それだけじゃなくて、外来を見ていた人、それと、外来の診療と在宅との連携、例えば、メガ在宅に行くのか、地元の診る先生に行くのか、そのあたりは地元でないと、それぞれの関係機関じゃないとお話できない話だと思いますので、特に、外来と在宅、これの接合をどうしていくのか。そのあたり、議論していただければなと思えます。

私からは、以上です。

○島倉地域医療担当課長 ありがとうございます。

○小竹医療改革推進担当部長 皆さん、こんばんは。私は、東京都福祉保健局医療政策部行革推進担当部長の小竹でございます。日頃から東京都の保健医療行政に御理解、御協力をいただきまして、誠にありがとうございます。また本日は、御診療等でお疲れのと

ころ、御参加いただきまして、重ねて御礼申し上げます。

このワーキンググループは、平成29年度より、地域医療構想調整会議の下に開催しておりまして、昨年度、一昨年度は、新型コロナウイルス感染症への在宅療養者への実際の対応等について御議論いただいたところでございます。

今年度は、ただいま土谷先生からもお話がありましたように、今後の在宅療養体制についてをテーマといたしまして、これまで培った経験や取組、新たな関係性など基にして、今後増加していくであろう在宅療養者をどのように支えていくかという内容について意見交換を行っていただきたいと思っております。

関係機関それぞれのお立場からの御意見、また、近隣の区の取組等もお聞きいただきまして、御自身の地域での今後の取組を検討していく際の一助となれば幸いです。非常に短い時間ではございますが、活発な意見交換となりますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

- 島倉地域医療担当課長 それでは、本日の座長の御紹介をいたします。本ワーキンググループの座長は、駒込かせだクリニック院長、加勢田美恵子先生にお願いしております。

加勢田院長、一言お願いいたします。

- 加勢田座長 駒込かせだクリニックの加勢田でございます。コロナ感染第8波の真ただ中で、一向に患者数も減らないで、本日も、コロナの患者さん、たくさん診察してきました。しかしながら、先ほど土谷先生もおっしゃったように、在宅療養していくような方たちに、どういうふうに対応していくかということは、これから先を見据えていかなければいけない課題だと思いますので、本日は皆様に、そういう点からいろいろ活発に御意見をいただいてまとめていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

- 島倉地域医療担当課長 ありがとうございます。では、以降の進行は加勢田座長にお願いいたします。

- 加勢田座長 それでは、会議次第に従いまして議事を進めてまいります。

まず、東京都から報告事項がございます。どうぞよろしくお願いいたします。

- 井床課長代理 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課の井床と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それではまず、報告事項といたしまして、資料2について御報告をさせていただきます。資料の共有をさせていただきます。

資料の2ですが、こちら、都で運用しております多職種連携ポータルサイトのユーザー向けの紹介チラシとして、多職種連携タイムライン及び転院申請システムのそれぞれの機能を御紹介したものでございます。

一昨年度から御案内しているものですので、詳細については割愛をさせていただきます。詳しくは、それぞれのチラシにQRコードを載せてございますので、こちら、ぜひ御覧いただければと思います。

報告事項は以上となりますが、ここで、今回の参考資料についても御紹介をさせていただきます。

まず、参考資料の1ですが、こちら在宅療養に関するデータをつけてございます。1枚目の在支診、在支病の数、それから次のページが、訪問診療を実際に実施していただいている診療所数といった形で、それぞれまとめてございます。こちら、毎年参考としておつけしているものでございますが、今年度、厚労省から提供のあったデータに時点更新をしております。

次に、参考資料の2といたしまして、こちら、昨年度のワーキンググループの開催結

果についてのまとめと、参考資料の3といたしまして、こちら、圏域ごとの意見交換内容をまとめたものをおつけしておりますので、こちらも後ほど御覧いただければと思います。

以上で報告事項を終わります。

○加勢田座長 御報告ありがとうございました。

それでは次に、議事に入りたいと思います。今年度は、今後の在宅療養体制をテーマに、事前アンケートの回答を踏まえまして、地域のネットワークネットワーク構築という観点から、今後の在宅療養体制の構築をどのように進めていくべきと考えるか、参加者の皆さんと意見交換を行うこととなっています。前回以上に活発な意見交換を私からもお願いしたいと思います。

それでは、東京都より意見交換の内容について、御説明をお願いいたします。

○井床課長代理 それではまず、資料の3、こちら共有しておりますが、こちら御覧いただければと思います。

今年度は、今後さらなる高齢化の進展により多死社会を迎える中で、今求められる地域のネットワーク構築という課題に立ち返りまして、地域の実情に応じた在宅療養体制の構築について意見交換をしていただき、今後の地域の在宅療養体制の充実につなげていくことを目指しております。

参加者の皆様には、今回の意見交換に先立ちまして、資料3の上段のところ、こちらにございます内容にて、事前アンケートに御回答いただいたところかと思っております。こちら、お忙しいところ、時間の限られる中で様々な御意見をいただきまして、この場を借りて感謝申し上げます。

この事前アンケートを受けて、意見交換内容といたしましては、「今後の在宅療養体制について」ということでテーマ設定をしております。皆様からは、事前アンケートでお答えいただいた内容を踏まえて、地域のネットワーク構築という観点から、今後の在宅療養体制の構築をどのように進めていくべきと考えるか、御発言をいただきたいと考えております。また、各御発言に対して、座長から意見の深堀りですとか、参加者さんの御質問と意見交換をいただければと存じます。

事前アンケートの当該圏域の結果については、資料4-2にまとめてございます。回答者と回答内容が明確に結びつかないように、あえて番号しか振っておりません。分かりにくくて申し訳ございませんが、お許しいただければと思います。

説明は以上となります。

今回はグループワークではなく、全体討議の形で行いますので、意見交換の進行は座長の加勢田先生にお願いをさせていただきます。どうぞよろしく申し上げます。

○加勢田座長 ありがとうございます。これまでの東京都からの説明について、何か御質問おありでしょうか。御質問がおありでしたら、発言していただきたいのですが。

大丈夫でしょうか。それでは、本日のテーマである、今後の在宅療養体制の意見交換を始めたいと思います。

事前アンケート、いろいろ皆さん答えてくださっているんですけど、それを踏まえまして、何かぜひ発言したいというような方がいらっしゃいましたら、ぜひ活発な御意見を出していただきたいんですけども。

具体的には、在宅療養専門診療所との連携について、今後、どういうふうに進めるか。これをよしとするか。否とするかというようなことも御意見、出てたりしましたが、いかがでしょうか。

○土谷理事 在宅医の先生から……。

○加勢田座長　そうですね。在宅をやっている先生の中で御意見をいただけたらと思うんですが。千代田区の高野先生、いらっしやいますでしょうか。高野学美先生。

○高野委員　はい、そうです。

○加勢田座長　よろしく申し上げます。

先生、マイクをオンにしていただけたら。

○高野委員　聞こえますでしょうか。すみません。

私どもは在宅専門診療所なんですけれども、在宅専門診療所として今まで診療していますので、殊さら在宅専門診療所との連携の必要性は感じていないのですが、例えば、私どもの千代田区の医師会の中で考えますと、その専門支援診療所というのは、うち以外は皆さん非医師会員なんです。なので、連携というのは非常に難しいというのが現状です。

ですから、これは東京都全体で言えると思うんですけれども、医師会員が50%、非医師会員が50%という割合の中で、ほぼ医師会員ではない先生方とか、その専門委員も、例えば夜間の当直隊では、大学病院からアルバイトの先生がその診療所に出向いてやっているという現実がありますので、そういう方々と連携というのは、なかなか現実的には難しいのではないかと。その医師会員と非医師会員の垣根を取らない限り、なかなか難しいと思います。

○加勢田座長　ありがとうございました。中央区の井戸田先生はいかがでしょう。銀座在宅醫院をやっている井戸田先生。

○井戸田委員　銀座在宅醫院、井戸田と申します。中央区医師会員です。

今、高野先生がおっしゃったように、確かに、回答のほうを拝見していても少しありましたけれど、いわゆる在宅療養支援診療所として、私たちもそうですが、割とこぢんまりと、そんなに、何人か医者がいるぐらいとか、1人でやっているとかという在宅の専門という場合と、あと、メガ在宅というか、本当にたくさん、大きな診療所として構えていらっしやるところと、二つあると思うんですけれども、専門といえども。

そういう、メガ在宅のようなところは、確かにいろんな先生が入り乱れて、いろんな支援体制があると思うんですけれど、協力して、週の何日かは在宅をやっているとか、アルバイトで非常勤の先生が多いとかという場面も確かに、話を聞きますし、そういうところに出会うこともあるので。

確かに普段から連携というのが、やっぱり場面を限ってとか、時間帯とか、利用の要件みたいなところが限られるところで活躍していただいて、今まではいたと思いますし、コロナのときでも、そういう力をすごく貸してもらったり、地域で助かったところもあるかもしれないですけど……。

またちょっとフェーズが変わってきて、コロナが落ち着いてきたというところになってくると、今度は、普段、もともとは通院できない方たちが、お一人で通院できない方たちが訪問診療の適用になっていたところが、コロナが怖いからとか、もしくは、通院するのがちょっと大変だからとか、少し安易な感じの訪問診療というのも増えてきている印象があるものですから、ちょっとそれを是正する方向も必要なのかなというのが最近の印象です。

私たちも24時間連絡がつくので、夜とか休日とか連絡をいただいて、本当は通えるんですけども、コロナが怖いから来てくれないとか、もしくは、もともと通っている先生のところ、ちょっと感染しちゃうんじゃないかと思って、怖いからっていう感じのことで、ちょっとこう、オーバーといいますかね、かなり今、ナーバスな人たちも増えてるなという印象もあるので、ほんのちょっと正常なところに戻っていったほうがいい

いなくていう、雑見ですけど、そんな感じを持っています。

- 加勢田座長 ありがとうございます。確かに患者さん側も、どのように在宅の先生にお願いしたらいいのかというので、慣れることもあるし、このアンケートのお返事の中にも、気軽にかかり過ぎて、従来の顔が見える診療所との関係と違うのではないかというような御意見があったりするんで、そこは確かにこれから考えていかないといけないところかなと思います。

それでは、医師会代表のほうで、浅草医師会の木山先生、いかがでしょうか。

- 木山委員 その辺の議論は、たしか前回のワーキンググループとかで話されて、結構、区中央部は、クリニックとか病院とか充実してて、一方で在宅の医療資源はそんなに多くなくて、何とかやっていけるみたいな話もあったのかなというふうに思います。

うちの浅草医師会では、すごくメガ在宅というのは、そんなに、多分ないと思うんですけど、ただ、医師会の先生方が在宅医療にすごく取り組んでいただいている、やっぱり、ACPとか、入院している方が御自宅とか、そういった希望があるときとかに、次の先生の範囲で、いろいろ、患者さんの御希望に沿うような形が提供できるというんじゃないかなというふうに思います。

- 加勢田座長 ありがとうございます。日本橋医師会の玉寄先生、いかがでしょうか。

- 玉寄委員 聞こえますでしょうか。

日本橋医師会は、今、A会員が120名で、B会員が80名、合計200名ぐらいの小さな医師会なんですけど。都心の3区、日本橋医師会も含めて……。例えば私、日本橋医師会の中で、在宅療養支援診療所というふうに届け出てはいますけど、日本橋医師会のこのA会員120名の中で、実際に在宅やっている先生は、私を含めて数名いるかいないかです。ほとんどが1人でやっている、いわゆるワンオペの本当に小規模な在宅療養支援診療所で、例えば午前は外来やって、午後空いている時間にちょっと在宅に出向くというようなスタイルの先生だと思うんです。

今、参考資料の1-1ですか、中央区に在宅療養支援診療所が41診療所あるっていうふうには書いてある、そういう統計がありますけど、それはやっぱり実態を反映してなくて、実際に在宅に取り組んでいる先生というのは、本当に、日本橋地区でいうと、私含めて数名もいないので、参考資料の1-4という、看取りの件数がありますよね。あれだと、中央区、看取りをやっている診療所、3診療所しかないんですけど、それが実態に近いんじゃないかなと思ってます。

だから、都心の在宅医療というのは、職種近接、開業している先生が、B診療所のほうが多くて、実際、住居は郊外のほうに離れてますので、やっぱり、夜間や休日のオンコールとか、突然の在宅の休日などの需要になかなか応え切れないので。

このアンケートの13番に、私、書いたんですけど、やはり、都心で在宅療養をもう少し広めるためには、在宅療養支援病院にももう少し頑張ってもらって、夜間、休日のオンコール、ちょっと手助けしていただけないか。あるいは、メガ在宅の診療所、例えば、ファストクリニックでしたっけ、のような大規模なところに、夜間、休日を手助けしていただくと、もう少し都心で在宅をする先生が増えるかなと思っています。

以上です。

- 加勢田座長 ありがとうございます。

今の御意見を伺いながら、実は私も在宅医で、文京区でやってるんですけども、在宅支援診療所ですか、先生と同じように一人でやって、外来の合間に訪問したりしているんですが、加齢とともに、結構、負担が大きいんですね。

今年の年末年始は、メガ在宅の診療所さんをお願いをして、助けていただくことがで

きて、すごく精神的に助かったんです。ですから、何かそういう橋渡しのようなことしていただければ、一人の開業医でも、在宅の患者さんを持ってアプローチできるのかなというのを、それは私個人の感じなんですけども、思いました。ありがとうございます。

今、在宅支援専門診療所との連携についていろいろ伺っているんですけども、それとちょっと毛色は違うんですけど、オンライン診療というのが、コロナ禍で随分進んできたんですけども、その、オンライン診療について、どういうふうに思われますでしょうか。

神田医師会の種元先生。眼科でいらっしゃるんで、あまりオンラインはなさらないですよ。

- 種元委員 そうですね。眼科は、実際、見てみないと、それも拡大して見ないと分からないので、目やにがありますと言われても、それがアレルギーなのか細菌性なのか、それとも、アデノウイルスみたいなはやり目なのかってというのは、見ただけでは。

拡大して見れば、目やにの色で分かるんですけども、それをどうこちらに伝えるかというのができませんので、やってる先生もいるんですけども、ちょっと私の技量では無理かなという感じであります。

- 加勢田座長 そうですね。オンライン診療の項目でも、各先生方がやはりちゃんと見て、視診、聴診、触診しないと分からないよってというような意見も随分あって、私も感じる場所なんですけども。

コロナ禍で、テレビのコマーシャルなんかで、オンライン診療で薬を出せますよなんていうようなのが出るぐらいなんで、そこのうまい使い分けというか、できないかなと感じたりすることもあるんですけども。

何か御意見、こういうふうにしたらいんじゃないかっていうことがあったら、教えていただきたいんですけども、どうでしょう。

- 種元委員 眼科でいいますと、今、携帯で撮影したのを送れるっていうアプリを、若い会社のところがやっていますので、そういう、まず機械が発展してこないと参加できないかなというところもあります。

また、コストの問題もありますし、という感じなんです。

- 加勢田座長 ありがとうございます。

ほかに、何でもよろしいんで、御意見のほう、お願いできますでしょうか。

- 玉寄委員 よろしいでしょうか。日本橋医師会の玉寄です。

私も、コロナが2年半前ですか、はやったときに、オンラインでやってみました。発熱と咽頭痛を主訴の女性でしたけど、オンライン診療をやって、実は、亜急性甲状腺炎を見逃しました。

唾をゴックンすると喉が痛い。熱も出ているということで診ましたけど、四、五日後、実は亜急性甲状腺炎だったということで、それ以来、急性期疾患にはオンライン診療はそぐわないというふうに私、思いまして、やめました。

慢性期の高血圧とか、慢性疾患の患者さんの、毎月の平常状態でフォローアップにはいいと思うんですが、急性期疾患には、オンライン診療は、視診、触診、打診、聴診とかできない。視診はできますけど、聴覚とか、そういう、臭いと、患者さんの入ってくる雰囲気とか、そういうの分かりませんので、急性期疾患にはやらないというふうに私は決めました。

以上です。

- 加勢田座長 ありがとうございます。

確かに、外来の精度に対しては、いろいろ問題がまだまだあるかと思いますが、ただ、

コロナ禍で感染したくないとかっていう方がオンライン診療に飛びつくような方もいらっしゃるんですが、うまい使い分けというのは、私たちも考えていけないといけないと思います。

在宅医療の患者さんで、オンラインを使われた例とかありますでしょうか。訪問看護ステーションの阿部さん、何か訪問看護の上で、オンラインを使ったとかってことございますか。

○阿部（智）委員　そうですね、オンラインとか診療とか、やはり服薬管理とか、精神とかの人の状態を確認するということでは、少しあるようです。

実際は、ただ、そう多くはなくて、私たちもやっぱり、訪問看護でもやはり、五感でアセスメントしてくるってということが結構重要と考えているところを見ると、全ての人がオンラインで可能かどうかで、やっぱりちょっとクエスチョンかなと思ってます。

やはりさっきおっしゃった、ある程度の条件、条件が許せる人の場合は、オンラインでも可能な、訪問看護であってもオンライン可能な場合もあるかなと私も思います。

以上です。

○加勢田座長　ありがとうございます。

オンラインと関連しましたら、コロナ禍でオンライン会議、今もこうやってやってるんですけども、随分増えたんですが、こういうのがどんどん役に立つとか、やっぱり対面で話したほうが話が通じるとか、いろんな御意見があると思うんですけども、いかがでしょうか。何か御意見ございますか。

医療時間が削減できて非常にいいという方があったり、会議に案外、気軽に参加できるという、いい面もあるかもしれませんが、本当の会議の熱というか、そういうのを感じられないというような御意見もあったりもしますが、いかがでしょうか。

木山先生、どうですか。オンライン会議とか。

○木山委員　すみません。

従前と申しますか、東京都医師会の土谷先生と、ある会議に参加してるんですけど、去年はずっとオンライン会議だったんですけど、この前、久しぶりにというか、初めてリアルで会議があったら、全然、やっぱり楽しいってというか、熱とか、何でしょうね。

何が違うのかって言われるとちょっとあれですけど、やっぱり、実際会ってのほうが楽しいなというふうに思います。すみません。

○加勢田座長　そうですね。だから、やっぱりこれもいい面と、それから欠点を補うようにしていければいいのかなと思います。

あと、区、市町村代表の方たちにお伺いするんですけども、ICTを使っているいろんな、他職種が連携するようなシステムというの、だんだん発達してきてるんですけども、結構壁になっているのが、区役所とか、保健所とか、プライバシーの問題とか、情報が漏れいするとかっていうことで、参加していただけないってというような御意見も入ったりしてるんですけども、千代田区の菊池洋光様、いかがでしょうか。

○菊池千代田区在宅支援課長　聞こえますでしょうか。千代田区の菊池です。よろしくお願ひします。

千代田区の場合は、データでいいますと、65歳以上の在宅療養診療所数が23区の中で一番多いんですが、コロナ禍の中で診療に関して混乱がなかったかということ、そう言ったことはやはり、言えないと思っています。

やはり、こういった有効なたくさん資源を結びつけるためには、DXですとか、そういった形の、皆さん方をつなぎ合わせるような役割というものが、ますます重要になってくると思いますので、行政としてもそういった観点で、今後も勉強を進めていきた

いと思っています。

- 加勢田座長 ありがとうございます。中央区の阿部志穂様はいかがでしょう。
- 阿部中央区介護保険課長 すみません。中央区の介護保険課長の阿部です。聞こえますでしょうか。今日は、初めて参加させていただいて、ありがとうございます。

中央区では、やはり在宅で介護を受けながら生活していきたいというふうにおっしゃっている、要望されている方がとても多いというふうに、世論調査などでも結果が出てますので、中央区としましては、在宅での介護、皆さんが受けられるように、在宅でのサービス、そういったものを中央区医師会さんですとか、日本橋医師会さんと、お力をいただきながら進めているところです。

それで、オンラインにつきましては、会議で使ったりする場合もあるんですけども、やはり対面で、参集型でやったほうが、皆さん、意見が言いやすいというところで、在宅療養支援協議会など、そういった会議では、対面式を極力やっています。

ただ、介護認定審査会ですとか、オンラインでできるものについてはオンラインでやって、そうしますと、やはり移動時間がかからないですとか、メリットがありましたし、多くの方が参加しやすいという御意見もあります。

やはり、参加者によって、オンラインのほうがいいという方もおりますし、参集型のほうがいいという方もいらっしゃるんで、ハイブリッド型といいますか、適宜その会議によって変えていきながら、いろいろな多職種とも連携をしていきたいと思っております。

以上です。

- 加勢田座長 ありがとうございます。文京区の宮部義明課長、いかがでしょう。
 - 宮部文京区地域包括ケア推進担当課長 文京区の宮部です。聞こえますでしょうか。
- 文京区でも、先ほどのお話のように、やっぱりICTの活用というのは、もう、いろいろ進んでおまして、大体、公的な会議の関係では、Webとそれからリアルと、両方で参加できるという、ハイブリッド式でやっているケースが結構多くなってきております。

やはりそういうふうな形にしますと、今ですと、こういうコロナの感染期なんかは、かなり参加いただける委員の方も多くなっておりますので、そういった意味では、ICTを、このコロナの状況の中で、公的な機関でもWeb会議も普通にやれるようになったというところは、いいことなのかなというふうに考えております。

それから、今、加勢田先生も事務局で、先日までいろいろとお伺いさせていただきましたけども、今、文京区では、ここの14番に書かれておりますNCSというシステムを使って、多職種が連携して使えるようなサービスを提供させていただき、会員の医師会と協力して、多職種の情報連携ツールとして活用しております。

それで、先ほどお話がありましたとおり、やはり個人情報の壁というところがありまして、文京区でもなかなか、保健所とか、そういったところの機関は、参加できないというような壁がありますけども、文京区では、特に、認知症の施策とかで、こういったところでは訪問看護ステーションさんとの密着性とか、そういったところでの活用というのができておりますので、その辺の個人情報の壁なんかも少しくリアしていけるようになっていけば、この支援層も行政側も、もっと参加して、多職種の方といろいろな情報交換できるような形になっていくのかなというふうに考えているところでございます。

- 加勢田座長 ありがとうございます。

御意見の中で、台東区では、やはり区の条例により、ICTツールは、行政、保健所、地域包括支援センターでは参加できないということになっているようで、それが問題に

なっているというような御意見もあったんですけども、台東区の山本光洋健康課長様、
どうでしょう。

○山本台東区健康課長 台東区でございます。

台東区でもMCSを使って、要介護関係者の方の情報連携していただいているところ
でございますけれども、確かに御指摘があるとおり、個人のケースのやり取りに関しま
しては、やはり行政が入ると、個人情報収集する形になるので、行政が入るとい
うのは難しいというのは、各区同じところかなというふうに思っております。

ただ、多職種間の情報共有だとか、その個人情報に関わらない部分に関しては、そ
こを切り分けていくことも可能かなというふうには思っているんですけども、なかなか
その切り分けが、個人情報が入る部分と入らない部分のその切り分けですとか、そう
いったところに課題があるので、今、現状では、行政がそのMCSの中に入るとい
うことは難しい状況でございます。

○加勢田座長 その点を踏まえて、浅草医師会の木山先生、台東区の在宅医代表でもいら
っしゃるんですけども、いかがでしょう。

○木山委員 ありがとうございます。

行政の方が入っていただけるといいなというふうには思うんです。でも、個人情報と
か、その切り分けのところが、ああ、確かになというふうに思いました。

あと、先日、MCSのEmbraceの方が来られて、研修会したときに、ほかの地域では
どうなっているのかということも、ちょっと伺いしてみたいとかしたんですけど、な
かなか全国的にも、やっているところが結構レアであるというふうなお話もお伺いし
ました。

ただ、例えば、今日もホリエモンが、羽田空港で紙をもらって、「デジタルじゃないの
か」みたいな感じで言ったように、やっぱり、せっかくいいツールがあるので、行政も
交えて、それが使えるようになれるといいのになというふうには思います。

○加勢田座長 ありがとうございます。

それではちょっと、また歯科医師会代表の加賀山先生は、コロナ禍で歯医者さんとい
うのは、また診療も大変だったと思うんですけども、いかがでしょうか。御意見とか。

○加賀山委員 聞こえますか。

オンラインの話だとか、いろいろございましたけれども、歯科医師会といたしまして
も、歯科の治療としては、実際のところ、オンラインとはちょっとそぐわないところも
あるんですけども。

コロナで実際に来院できなかった患者さんが、そうですね、かかりつけのずっと診療
をしております、歯周病安定期治療というのがあるんですけども、そのような、過
去に履歴のある患者さんなんかは、実際のところ、来院はできないんですけども、急性
の症状が出たから、以前使ってたお薬をくださいってというような、そういうケースもあ
りましたので、そういったときには、郵送で差し上げたりしたこともありますし。

それから、連携の話も先ほどあったと思うんですけども、千代田区のこの歯科医師
会、神田地区で……。今日、お集まりは中央ブロックの先生方だと思うんですけども、
中央と言っても、いろいろ地域の特性があるかと思うんですけども、神田の場合は、
割とさっき、千代田区の方もいらっしゃったので、数のことではお分かりになるかと思
うんですけども、このところ、高齢者の住宅が大分増えてまいりまして、そういった
ところの、やはりコロナのこともありますし。

それから、つい最近の例なんですけれども、急に自宅の部屋で転倒して、歩行困難に
なって、来院できなくなったという高齢者のおばあちゃんもいたんですけども、つい

最近、私、あまり在宅はやったことがないんですけれども、今までかかってた患者さんなので、そういう方については、御自宅まで行って治療をしたというような経験もありますので。

今までの治療、在宅訪問歯科っていうのは、チームの先生方が専門でやってたんですけれども、今後はちょっと形態が変わってくるのではないかなって、そのように思います。

ちょっと観点が違ったかもしれませんが。すみません。

○加勢田座長 ありがとうございます。

それから、コロナ禍で、薬剤師さんがお薬配達していただいたり、いろんなこともあったと思うんですけれども、犬伏先生、何かお話いただけたらと思います。

○犬伏委員 東京都薬剤師会の犬伏でございます。発言の機会をいただきましてありがとうございます。

おっしゃるとおり、今、薬局のほうは、第7波のときが私、個人的には非常にそのお届けの件数が多くて、薬局も逼迫をしていたというか、何分、薬局を開きながらなので、その上でコロナのお薬を患者さんのお宅に持って行って、ドアノブに引っかけて、そのまま電話でお薬の内容の説明をさせていただいたりとか、そういったことを一日20人とかしていたときもあったので。

そうするともう、薬局のほうの薬剤師がマイナス1になりますので、それによってもう、待っている患者さんに、非常に待ち時間が長いと怒られたりとか、非常に単変な思いはしたわけなんですけれども、それも大分、第8波に入って、第7波ほどではなくなってきたというのがちょっと実感でございまして。

私自体も在宅はやっているんですけれども、以前、コロナが始まった頃には、薬剤師さんも家に来るのかとあって、ちょっと嫌がられたときもあるんですけれども、その辺が割とハードルが低くなってきて、非常にコロナ禍に入る前に近くなってきたかなという実感はございますし、会員の先生方からもそういったような意見は聞こえてくるところでございまして。

さらに、先ほどオンラインのお話があったと思うんですけど、薬局も御多分に漏れず、オンライン服薬指導というものが、コロナになったことによって、やっぱり薬局に来なくても済むようにということで、制度的に昨年の4月から、オンライン診察を受けた方にだけオンライン服薬指導というのができていたものが、オンライン診察じゃなかったとしても、オンライン服薬指導ができるというふうに変わってきまして、今後、恐らくその辺は爆発的に増えていくということになってしまうのかもしれないんですが……。

先ほど玉寄先生がおっしゃっていたように、我々も薬だけを見ているわけではなくて、患者のことを診ていますので、そこで私たち、最後のとりでなので、私たちが見逃したら、患者に健康被害が及ぶということが多々ございますので、この患者さんにとってオンラインが本当にいいものなのかどうかというのを我々がきちんと見極めて、対面が必要な方をオンライン、患者さんが利便性に負けてしまって、そっちを選ぶということがないように、何とか御説明をしっかりとしていきたいなというふうに思っているところではございます。

以上です。ありがとうございます。

○加勢田座長 ありがとうございます。

それでは、ケアマネジャーの教育界の代表の一井様、いろんな介助のオンラインでやられることもあったかと思うんですけど、いかがでしょうか。

○一井委員 ありがとうございます。東京都介護支援専門員研究協議会の一井です。

高齢化が進んでいるケアマネジャーも、少しずつオンラインに慣れてきて、会議なんかオンラインで開催すること増えてきているかなと思うんですが……。

どうしても支援者側同士の連携に関しては、スピード感持って連携取れるようになってきているかなとは思いますが、高齢者の御本人が入る会議等になりますと、やっぱりどうしてもITリテラシーの問題みたいなのがあって。

ケアマネジャーがノートパソコンを持参して、ポケットWi-Fi持って行って、本人の横でつないでみたいな感じで、やったこともあるんですけども、なかなか、どうしてもその場の雰囲気とか、そういう利用者さんの困ってる感みたいなことを伝えるのが難しいなというふうに感じました。

その部分に関しては、やっぱりこの伝え方みたいなところは勉強していかなきゃいけないんだろうなというふうに感じています。ありがとうございます。

○加勢田座長 ありがとうございます。

先ほど、在宅支援のバックベッドを病院にも持ってほしいというような御意見もあったんですけども、病院協会の杉本先生、東都文京病院の院長の杉本先生、いかがでしょうか。

○杉本委員 病院協会の代表として出ておりますけど、東都文京病院という、比較的小さな二次医療をやっている病院です。

今まで、在宅の医療の先生との関連では、急性期の増枠を受け入れて、よくなったらまたお返しするというようなことと、レスパイト入院というんですかね。数日間、お預かりしての入院ということでの御協力という、この程度のことで、あまり訪問診療のことはしてきておりませんので。

皆さんたちのお話を聞いて、いろいろ参考になることが多いんですが、病院として在宅の先生方をどういうふうに連携していくかということでは、やはり、地域医療との、どうもお話で聞いていると、在宅支援の協議会のようなもののおありになるということなので、こういうところにオブザーバーとして参加して、全体の状態をまずつかんでいくことからまずしないといけないかなというふうに思います。

オンラインに関しましては、まだそんなに積極的にやっておりますので、今後、特に感染などのときにはオンラインでやっていったほうが確かに確実に感染のリスクは少なくなるなというふうな実感もありますので、今後、オンラインについても少し検討を始めたと思います。

いずれにしても、今後、在宅を希望される方、多いので、一つは、かかりつけ医というのを医師会や厚労省のほうは、勧めている話は聞いておりますので、かかりつけ医というものを、資格を持って動かれている方が実際、この地域でどのくらいあるのかなと。そうした方と支援をすることで、急性期の対応ということも、やり方も工夫が出てくるかなというふうには思います。

私どもの夜間・休日体制も、かなりの部分が大学のアルバイトの先生が見えてやりますので、そうしたことで、そういう先生方には、突然のそういう在宅からの要請というのはとても応えることはできないので、今後それが、御協力ができるかということになると、ある程度、地域での当番制のようなものができるのであれば、そうした当番のときに常勤医がそれに対応をするようなことも可能にはなってくるので、そんなことも今後、在宅支援のいろんな協議会というようなところへ参加することで、できるようになるのではないかなというふうに思っております。

雑駁な意見でありますけれども、初めての参加でしたので、実態としての、一応感想を述べさせていただきました。

以上でございます。

○加勢田座長 ありがとうございます。とても心強いお言葉でした。看護協会の木村ひづる様、何か御意見ありますか。

○木村委員 そうですね、こちらでは、看護協会では、地域包括ケア委員会というのを各地区支部で行っているんですね。そちらで様々な、地区支部の活動ということで、経過を公表したりだとか、そういうふうに行っているんですけども。

特に千代田区だとか、区中央部っていうところがなかなか地域とのつながりが無いというふうな課題がありまして、今、施設の看護部長さんたちがつながって、まず顔の見える関係をつくって行って、その中で地域在宅等につなげて、官官連携等をやっているというふうな話が出ております。

台東区だとか、かなり活発にやっているところの看護部長さんだとか、そういった方とも連携しながら、千代田区、台東区っていうふうな感じで、少しずつ今、増やしているところなんです。これがもっともっと広がって行って、地域とのつながりができるといいかなっていうふうな感じで今は進めているところです。

あと、オンラインについては、研修等々も、あと、こういった会議とかでも行っているところですけども、なかなかまだ病院と地域とのつながりというふうな中では、難しいかなと思っています。

以上です。

○加勢田座長 ありがとうございます。

最後に、保健師代表の元田様、何か御意見ございますでしょうか。

○元田委員 ありがとうございます。協会健保の元田です。

今までの議論をお聞きして、ちょっと感じてること2点ほど述べてみたいと思います。

1つは、このオンライン診療に代表されるような医療DXをどう使いこなすかということですけども、大体に、いきなり全く知らないところを、急性期かどうか分からない人をオンラインで診察して、適切な判断を下すのは難しいとの御意見があって、私どももそのとおりだと思います。

そういった意味では、やっぱりかかりつけ医ですとか、かかりつけ薬剤師とかいう議論もなされていますけれども、やはり健康なうちからそういう関係をつくっておいて、いざとなったら、そういったことでの対応できるという、その常日頃からの関係をつくっておかないと、なかなか、いくらDXが発達しても、対応は難しいのかなというふうに思っております。

そういった意味では、ここを制度化していくってことをしていかないと、なかなかうまく機能しないんじゃないか。逆に、そこをうまくつくっておけば、デジタル医療技術というのは、かなり使い勝手も良いのではないかと。私もこれ、100%うまくいくとは全然思ってませんが、使えるところについてはしっかり使えるんじゃないかっていうことを、改めて今日の議論を聞いて思いました。これが1点目ですね。

それから、ちょっと今日の皆さんの議論とは視点が違うかもしれないんですけども、この医療DXを使うということの場面において、やはり、患者本人とか、あるいは、その周りにいる家族の方を支援するような形で、この医療DXというのは、もっと使えるんじゃないかなというふうに思っております。

在宅医療ですから、在宅介護までいかないにしても、いずれにしても、病院で入院しているとか、あるいは来院して、そこで診ていただいているとかいったものと同じようなレベルでの医療や介護を受けられるということでは、当然ないわけですけども、全くそういったところから見放されてるわけでももちろんないと。その周りには、家族が

いたり、あるいは本人がいろいろ意識してやるといったことで、その差を埋めていく。しかし、一方で、家、日常の生活の延長線で医療が受けられるという、そういうよさがあると思うんですね。そのギャップを埋めるためには、やはり医療DXというのはいっと使えるんじゃないか。

今ちょっと、アンケートに書いて、思いつきですけども、例えば、家族が困ったときに、ちょっとオンラインで、それこそかかりつけ医ですとか訪問ステーションに、24時間体制のステーションに電話をして、オンラインでどうしたらいいんだろうとか、あるいはもっと、本人1人しかいなければ、見守り機能みたいなものもつけて、何か異常を早期に発見して、そこで様子を見れるようなものにするとか。

そういった意味で、やはりデジタルというのは、人で不足とか時間不足を補う可能性を秘めているなというふうに思っていますから、ぜひ、医療関係者の間ならDXもありますけれども、本人とか、その周りにいる家族を支援するような形で、もう一度構築されてはいかかなというふうに強く思いました。

以上です。ありがとうございました。

○加勢田座長 ありがとうございます。

いろいろ御意見、ありがとうございました。今までの御意見は、これから在宅療養の患者さん、どんどん増えるわけですね。それに対して、どういう形をもって取り組んでいっていかけるかということ、最後に検討しないといけないと思うんですが。

在宅医代表で御意見伺ってなかった安田淳先生、いかがでしょうか。御意見いただけたらと思います。

○安田委員 港区医師会の安田です。在宅医代表で今日は出させていただきます。

これから港区もどんどん高齢化が進んでいくので、港区医師会では、在宅支援、在宅リーダー医師の会というのをつくって、今、10人体制で、港区の役所が窓口となって、在宅療養相談窓口というのをつくっているんですけど、そこをバックアップしているような形でやっています。

在宅専門の先生方との連携というのが確かに問題になっていきましたが、僕は在宅専門ではなくて、普段、外来やっていて、お昼休みとか夜とかに訪問に行くんですけど、やはり、かかりつけの人は行くのはいいんですけど、ちょっとこう、病院から急に振られる患者さんというのは、なかなか全部対応っていうのはし切れないところがあるので、病院の単位調整のソーシャルワーカーさんがその区の在宅療養相談窓口に行っていて、そこから……。

幸い港区では、メガ在宅の方々も今、みんな、ほぼ医師会に入ってくれている方が多くて、調整がやりやすく、やはり、何とかして医師会に入っていて、多分そういう、区と共同して何か調整をしてうまく、これはやはり、在宅専門じゃないと無理だよとか、そういうのをうまく割り振れるようなのを医師会で牽引できるというんじゃないかなあなんて、僕は思っています。

ちょっと、言いたいことを言わせてすみません。ありがとうございます。

○加勢田座長 ありがとうございます。

いろんな、本当に問題点があるんですけども、先ほど来、お話してますように、どんどん増加して、高齢化社会ですので、24時間診療体制を何とかしなければいけない。その中で、メガ在宅の先生方ともどこかで連携を取っていかないといけないというのは、私たち常に思っているところなんですけど、先ほどの安田先生もおっしゃったように、どこか、区とか行政のほうも間に入っていて、その輪ができれば、もっといい取組ができるのかなんていうことを考えました。

ほかに、これからのことに、発展的な御意見がありましたら、最後にどなたか御意見ありましたら、承りたいんですけど、いかがでしょうか。

大丈夫でしょうか。

○佐々木理事 東京都医師会の佐々木でございます。

本日は、活発な御議論をいただきまして、大変ありがとうございます。実は、私も浅草医師会ですので、この中央区で長くやらせていただいております。今日、区中央部ということで、ちょっとその特性から、ちょっと考えてみたいと思います。

最初に玉寄先生から御指摘があったように、こちらの参考資料の1、非常に面白い内容だと思うんですけども、区中央部の特性としては、もともと高度急性期の病院が多くて、医療リソースが非常に多いと。この参考資料を見ても、在宅支援診療所の数は非常に多い、ほかの地域に比べて。ただ、一方で、看取りの数とか、訪問診療の数って、大してそんなに多くないんです。ということは、玉寄先生から御指摘があったとおり、実態とちょっとかけ離れているところがあるかなというふうに感じます。

それから、やはり在宅支援診療所は多いんだけど、病院は多くはない。それから、高度急性期は多いんだけど、回復期や、特に慢性期療養の病床が少ない。ただ、もうこれ以上病床の数が増やせない地域ですので、どうしてもそういう患者さんは外に出ていかなきゃいけないというところが、この区中央部の特性かなというふうに思います。

その中で、どうやって自分たちがこの区中央部を守っていくかという、やはりこれから求められるのは、もう何回も出てきましたけども、そのメガ在宅との連携とか、あと、今日あまり話は出なかったんですけども、グループ診療ですね。

自分の医師会のところのことも考えてみても、1人の在宅支援診療所って結構増えるんですけども、そこが連携してないんですね。夜間とか結構、四苦八苦しているんじゃないかというふうに思うんですけど、そういうところがグループ診療を組むとか、あとは、一つの診療所の中に複数のドクターと、あと、できれば多職種が入るような、少し大きな診療所ですね。それからあと、在宅療養支援病院との連携をするような、グループ医療をつくるような仕組みとか、そういうことを今後は考えていかなきゃいけないのかなというふうに思います。

それからあと、先ほどICTの話が出ましたけども、これはほかの地域でも、やはり同じような意見が出ています。

浅草医師会の木山理事から指摘があったように、Embraceのほうの話でも、ほかの地域でも、なかなか行政が入れない。個人情報保護条例がどうしてもネックになっている。ただ、これからの地域包括ケアを考えていく上に、ここは絶対に突破しなきゃいけないので、行政の方にも頑張ってもらって、特に地域包括の方々ですね。ケアマネさんとかが入っていただかないと、なかなか患者情報のやり取りできませんので、ICTの問題は、これから大きな問題かと思います。

それからあと、実は私も眼科なんで、先ほど眼科の話があったんですけども、眼科の診療の場合、ドクターが直接行ってやる場合と、あともう一つ、これから考えられるのは、これがちょっと聞いた話なんですけども、眼科ではORTっていう検査費が要るんですね。検査の方をそこに派遣して、そこで所見を取らせてやるような、そういう遠隔診療とか、いうこともこれから考えられると思います。

ただ、眼科に限らず問題なのが、これまで往診料しか取れなかったんですよ。訪問診療によって取れなかったんですけども、平成30年の診療報酬改定で、眼科も、ほかの科も、訪問診療が取れるようになったんですけども、主治医からの依頼がないと取れないんですね。ですので、眼科が勝手に訪問診療できないんです。そういうような制度上

の問題もありますので、これからもそういうことを考えていかなければいけないと思います。

あと、元田様から指摘があったことは、非常に大事な事かと思えます。平時から、それからあと、健康なときからの、かかりつけ医とのつながりを保つこと。それからあと、患者さん本人、家族を支える視点ということで、そこで考えなきゃいけないのが、今の医療情報、デジタル情報にしても、その患者さんと患者さんの家族とどういうふうにつながっているかというのが分からないので、そういうところもこれから発展していかなければいけないなというふうに思いました。

最後になりますけども、今回のテーマであったメガ在宅にしる、オンライン診療にしる、医療DXにしる、実はこのコロナが始まってからいきなり堰を切ったように出てきたものなんですね。たくさん欠点もあるし、たくさん利点もありますので、その欠点をこれから克服して、いい点はどんどん取り入れて、それを発展していかなければ、これからの2030年、2040年の時代、地域包括ケア、守れませんので、皆さんで工夫をして頑張っていきたいと思えます。

本日は、どうもありがとうございました。

- 加勢田座長 ありがとうございました。それでは、本日予定していた議事は以上となりますので、事務局にお返しいたします。
- 島倉地域医療担当課長 長時間にわたり御議論いただきまして、また、貴重な御意見もいただきまして、ありがとうございました。

今回の議論の内容につきましては、東京都地域医療構想調整会議に報告いたしますとともに、後日、参加者の皆様へ情報共有させていただきます。

以上をもちまして、在宅療養ワーキンググループ、終了とさせていただきます。

どうもありがとうございました。