

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（区西北部）

日時：令和5年1月5日（木曜日）19時00分～20時10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、区政北部の「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」を開催いたしたいと思えます。

本日は、お忙しい中、ご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ので、よろしくお願いいたします。

今年度もWEB会議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、トラブル等ある可能性もありますので、その都度ご指摘いただければと思えます。

本日の配付資料は、次第、下段に記載のあるとおりでございます。本日の会議につきましては、会議録及び会議資料につきまして、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。

また、WEBでの開催に当たりまして、お名前をおっしゃっていただいてからのご発言ですとか、ご発言の際は、ミュート解除いただきますようよろしくお願い致します。

また、発言しないときは、ハウリング防止のため、ミュートにさせていただきますようよろしくお願いいたします。

それでは、まず東京都医師会及び東京都より開会の挨拶のほう申し上げたいと思えます。

平川副会長、よろしくお願いいたします。

○平川副会長 聞こえますでしょうか。皆さん、明けましておめでとうでございます。東京都医師会担当副会長の平川でございます。

本日は、まだ松の内というのに、皆さんお集まりありがとうございます。また、日頃から東京都医師会の様々な事業に対するご協力、心より感謝申し上げます。この場を借りて御礼申し上げます。

さて、これから在宅療養ワーキンググループ区西北部が始まるわけですが、正直言って、私、このグループについては全く心配していません。多分、東京都区内一番のスポットと言いますか、一番の元気者が集まっている先生方ばかりなので、きっと闊達な意見が出ますでしょうし、また、既にたくさんの新しい取組をやられておりますので、その辺りも我々は勉強をするつもりで今日は参加しております。時間があまりありませんので、できる限り濃厚かつ闊達な議論をできる限り多くの方に発言をいただいて、今の取組とか、あるいはこれから先目指すものについて、ぜひ深めていきたいと思えます。

今日は、最後までよろしくお願い致します。

また、ちょっと今日、私、八王子で受けているんですけども、渋谷区役所でアノニマスの影響を受けて電波のほうがいまいち悪いものですから、時々画像が飛ぶかもしれないけどよろしくお願い致します。

私のほうは、以上でございます。よろしくお願い致します。

○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改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衛生行政にご協力いただきまして誠にありがとうございます。

また、本日は、ご診療等でお疲れのところお集まりいただきまして、重ねて御礼申し上げます。

このワーキンググループですが、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す。今年で6年目となります。昨年度、一昨年度は、自宅療養の現場で新型コロナウイルス感染症が発生した際の模擬事例や自宅療養者への実際の対応等についてご議論をいただきました。今年度は、今後の在宅療養体制についてをテーマといたしまして、皆様からいただいた事前アンケートを基に新型コロナウイルスへの対応を経た今、これまでに培った経験や取組、新たな関係性などを基にして、今後の在宅療養者をどのように支えていくべき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、それぞれの立場からのご意見、また近隣の区市の取組等もお聞きいただきまして、ご自身の地域での今後の取組を検討していく際の一助になれば幸いです。

非常に短い時間でございますけれども、ご活発な意見交換になりますよう、ぜひ積極的なご発言をお願いいたします。

今日も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。それでは、本日の座長の紹介をいたします。本ワーキンググループの座長は、吉野内科クリニック、吉野正俊先生にお願いしております。吉野座長、一言お願いいたします。

○吉野座長 皆様、今年もよろしくお願いいたします。板橋区で内科を開業しております吉野内科クリニックの吉野でございます。

私も、この座長歴が長くて、いつおろしてくれるのかなと思いつつ、大体決まると胃が痛くなるというか、あまり調子がよろしくないの、いかげんおろしていただきたいと思いつつやっているんですけども、すみません、回ってきたお仕事なので、頑張りたいと思っております。よろしくお願いいたします。

以上です。

○島倉地域医療担当課長 ありがとうございます。それでは以降の進行を吉野座長、お願いいたします。

○吉野座長 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。よろしくお願いいたします。

○白川地域医療対策担当 東京都福祉保健局医療政策部医療政策課の白川と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、まず報告事項として資料2についてご報告させていただきます。資料2をお手元にご用意ください。

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支援システムのそれぞれの機能をご紹介します。一昨年度からご案内しているものですので詳細については、割愛させていただきます。詳しくは、それぞれのチラシにQRコードを載せておりますので、ぜひご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ご紹介させていただきます。

まず、参考資料の1在宅療養に関するデータをつけております。1枚目の在支診、在支病の数、それから次のページは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。こちらは、毎年参考としておつけしているも

のでございますが、本年度、厚労省から提供のあったデータにて更新をしております。

次に、参考資料2で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3で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。後ほどご覧いただければと思います。

以上で、報告事項となります。

吉野座長、お願いいたします。

- 吉野座長 ご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。本年度は、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かということを考えるということで、参加者の皆さんとの意見交換を行うことになっております。前回以上に活発な意見交換をお願いいたしたいと思います。それでは、東京都より意見交換の内容について、ご説明お願いいたします。

- 白川地域医療対策担当 続きまして、ご説明させていただきます。お手元に資料3をご用意ください。

本年度は、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、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まして、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の上段にございます内容にて、事前アンケートにご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ご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かと考えるかご発言いただきたいと考えております。

また、各ご発言に対して、座長から意見の深掘りや参加者間のご質問等、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きましては、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、あえて番号を付加しておりません。分かりにくく申し訳ございませんが、ご了承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。意見交換の進行は、座長の吉野先生をお願いさせていただきます。よろしくお願いいたします。

- 吉野座長 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きまして、何かご質問等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

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。非常に時間は限られておりますので、各々の方々からの発言をある程度2分から3分程度に絞って取りあえず意見交換をさせていただいて、あまり長くなると私のほうで仕切らせていただいたりするかもしれません。よろしくお願いいたします。

それでは、長々とすみません。最初の発言しにくいかもしれませんが、誰か手あげで口火を切っていただく方おられますでしょうか。

それでは、私のほうから、よろしいでしょうかね。すみません、北区医師会の増田先生、何か一言ございましたら、よろしくお願いいたします。

- 増田委員 在宅を専門にやっている先生もこの頃増えてきたので、それはとてもいいこ

とだと思っんですけれども、ある程度この誘導というのは全くできないことですね。新規開業の先生は、内科も結構出るんですけれども、やっぱり一般に外来をやっている、外来で診療時間をがっちり取って、それで、しかも検査をやったり、それから発熱外来をやったりしている先生というのは、結局在宅のほうに自分の診ている患者さんを回ったとき、うちもそうなんですけれども、どなたか在宅の先生にお願いしないと、要するに在宅医療が成り立たない状況に陥っていると思っんです。以前は、昼休みに2、3人という感じで在宅をやられていた先生も多いと思っんですけれども、特に、このコロナ禍になってから、その時間を発熱外来にとられたりすると、結局それもままたなくなっている。この辺をどうすれば突破できるかということで、いろいろ考えてはいるんですけれども、今日、岸田総理が画期的な方法で少子化対策をと言っていたけど、なかなかうまくいかないのと同じような雰囲気、これに関しても同じようなことが言えると思っんです。唯一、やっぱり今できることは、外来メインの先生と在宅メインの先生で、どれだけそのリレーションを取ってお願いできるか。もう僕らも直接お願いして、僕も診るけど、在宅の先生は在宅で行く以上、在宅で見てもらうからねと患者さんにはお話ししているんですけど、その辺を医者同士でやるのって、結構難しいんですよ。それに関して、ケアマネが入ってくれたり、あと訪問看護のステーションの人が入ってくれたりして、この先生は、ある程度仲のいい先生にお願いすることには多分なるんでしょうけれども、この先生にお願いしたらどうでしょうみたいな感じを、やっぱり区とか東京都としてシステムとして紹介のルートをもうちょっと整理できると、診診連携がうまくいくかなと考えています。

以上です。

- 吉野座長 増田先生、ありがとうございます。そうですね、やはりそのとおりで思っています。

ほかに何かご意見いただけませんか。私のほうから、またちょっと在宅医の代表の先生方で、意見をお聞かせいただきたいと思っんです。

豊島区の水足先生、何かご意見、また、おっしゃっていただいでよろしいでしょうか。つながらないですか。

じゃあ、先生、同じ北区で横山先生、何かこの件につきまして。

- 横山委員 聞こえますか。
- 吉野座長 はい、聞こえます。
- 横山委員 今、増田先生がおっしゃったように、いわゆる在宅の専門のクリニックと、いわゆる我々のような家内制手工業のクリニックをつなぐのが、ケアマネであったり訪問であったりということをおっしゃっていますが、なかなかやっぱりそれは難しく、やはりこのコロナ禍になってしまって、結構多職種連携の講演会やら研修会ができなくなってしまって、結構リンクしていた多職種との輪が切れてしまって、何かまたその患者さんがどこに行ってしまったんだろうという現象が増えてきて、やはり残念ながら、ケアマネに任せてしまうと、やっぱりどうしても在宅の専門クリニックに移行してしまって、知らないうちにあれあれということがどうしても、何かまた最近増えてきてしまって、そういう現象がすごく少なくなっていたんですけど、最近ちょっとまたそういうのが増えてきてしまって、どうしたものやら困ったなというのが、いわゆる外来をやり、発熱外来もやって、在宅訪問をしているといういわゆる在宅専門でないクリニックの今ちょっと一つ悩んでいるところです。
- 吉野座長 ありがとうございます。私も、全く同じ悩みを抱えていまして、連携はしていかなくちゃいけないんですけど、やっぱり難しいところがあって、間をつないでいただ

くのは、やっぱりケアマネさんだったり、訪看さんだったりするのかなとは思いますが、これすみません、ケアマネさんの代表として田端様、ご意見いただけますでしょうか。

○田端委員 ありがとうございます。板橋区の田端でございます。

ケアマネからの意見と言ったらおこがましいんですが、外来の患者さんで外来に通うのが大変になってきたという方のご相談で、往診の先生にお願いをしたいんだということでお話が来ると、大抵のケアマネさんは、今までかかっていた先生にまずはご相談をかけてから在宅医の先生につなげていくということが通常のルートではあるのかなというふうには思うんですけども、今の先生のお話を聞かせていただいていると、そこを飛び越えてしまって往診の先生にお願いをしていくケアマネジャーが多いということになるのかなというふうに思ったんですが、その辺は、いかがでしょうか。

○吉野座長 あるかなという話ですね。なかなかやっぱりケアマネさんから連絡を受けてなかなか僕ら個人医院が話ができない。大きなメガ在宅のところって、相談専門で受ける方がいたりとかすると、やっぱりどうしてもそっちのほうへ流れていきやすいのかなというのは、確かにあるかなという気はするんですけども。

○田端委員 分かりました。そうすると、やっぱりケアマネジャーの中での意識とかも変えていく必要があるのかなというふうに思いました。

○吉野座長 だから、やっぱり新しい流れと、それに対しての今までのある意味古いやり方と、どうやっていくのかなという、そこをうまく合わせていくのがみそかなという気が僕のほうはしているんですけども、今のお話について何かご意見はございますでしょうか。

齋藤先生、お願いします。齋藤会長、板橋区です。

○齋藤（文）委員 練馬区医師会副会長、齋藤です。

○吉野座長 ごめんなさい。じゃあ、練馬区の齋藤先生、お願いします。

○齋藤（文）委員 ああ、齋藤先生、板橋の先生。どうぞ、どうぞ。

○吉野座長 いえ、いえ、どうぞ。

○齋藤（文）委員 齋藤先生、私、後でいいです。

○吉野座長 そうですか。じゃあ、すみません、板橋区の齋藤会長、お願いします。

○齋藤（英）委員 すみません。在宅の患者さんといっても、いろいろやっぱり在宅療養しなくてはいけない理由というのは、あるかと思えますし、軽症の方から重症の方ということで、恐らく例えば外来に通えないというような状況になるような方については、かかりつけの先生がやっぱり在宅で見ていただくということを、今後進めていくべきものだと思います。ただ、例えば癌の末期だとか、あるいはいろいろ医療が必要な患者さんとなると、なかなかかかりつけ医というのは、難しい場合もあるのかと思うので、そのところについては、在宅専門の先生方をお願いするとか、その辺の連携というのをやっていくということなのかなというふうに思います。

あとは、またケアマネさんが在宅の専門のところを持っていく一つのきっかけというのは、やっぱり入院になるのかと思うんですね。入院した後、少し病状が今までと違う状況になって医療がどうしても必要だという場合に在宅の方をお願いするようなケース、あるいは24時間対応となると、そういうケースが多いのかなと思うので、なかなかそこもその状況によって、今までのかかりつけの主治医の先生が、対応ができる、できないというのがあるのかなというふうには思います。将来的には、やはりこれから数が増えていくとなると、やはりどうにかして連携をしていくべきだろうとは思いますが、板橋区、これは吉野先生なんかもやっていたら副主治医調整会議というのをやってい

ますけども、ここに参加される方、もう全ての先生がいらっしゃるというわけではないので、そうすると一部の先生方ということになってしまうというところで、その連携の仕方というのは、やっぱりどうやっていくかというのは、今後の課題だというのはどこも同じなのかなというのは、ちょっと思っています。

以上です。

- 吉野座長 齋藤会長、ありがとうございました。
- 西田理事 すみません、増田先生と齋藤先生に伺いたいんですけども、いわゆる外来メインのドクターと、在宅のドクターをつなぐハブとなるのは、私は地区医師会が担うべきだと思うんですけども、そこら辺についてコメントをいただけませんか。
- 増田委員 よろしいですか。結局、在宅に移行するのに誰が望むかというのは、先ほどありましたけれども、患者さんがやっぱり通うのが大変で在宅に移りたい。それから、あと医者の方がそろそろ在宅で診てもらったほうがいいんじゃないか。それから、あとやっぱり退院した後ということがありますよね。そのときに、誰が言い出して、誰が決めるかって、今のところシステムがないわけですよ。じゃあ、医師会でコントロールをするといっても、在宅の先生って、区内で在宅をやっている先生で、区の医師会の先生というのは2割ぐらい、あとは近隣の区ですね。ほかの区から入ってくる先生がメガ在宅とは全く連絡が取れないわけですね。先ほど僕が最初に言ったのは、やっぱりその辺のシステムを、誰かが在宅医療が必要だと思ったときに、システム的に今は個人個人で適当にお話をつないでいるだけなんですよね。それがそのシステムとして今のところないというのが一番やりづらいとか、医師会というよりは、もうちょっと広い範囲で。在宅となると、区単位では動けなくなりますので、その在宅を希望されたい方がいたときに、どこかに窓口で申し込んで、いろいろコーディネートをするようなシステムの構築自体をもうちょっと広範囲で東京都なり区西北部なりでつくっていくほうがやりやすいかなと僕は思っています。
- 西田理事 ありがとうございます。齋藤会長、すみません。
- 齋藤（英）委員 板橋区の場合だと、いわゆる療養相談室というところの機能というのが、これは、患者さんなりケアマネの方なり、ほかの病院からの紹介で、在宅の医師を探しているといった際に、そこで在宅療養を行っていただける、訪問診療を行っていただける先生を探していただけるような機能をそこで担っていますので、そこで、ドクター同士でこういう患者さんがいるんだけど、どこかの先生に24時間対応できないかと、そういう相談も受けないわけではないので、うまくその連携というのが、そういう療養相談室を使っていただくと多分うまくいくというのが、今、増田先生もおっしゃっていた相談機能というところなんだろうと思いますので、そういう在宅と普通の外来の医療をつなぐような機能というのが、それぞれの地区にあればうまく連携としては取っていくのかなと思います。なかなか、自分の患者さんをほかに紹介するというのが、なかなか、少しハードルが高い部分というのものもあるのかもしれませんが、その辺りをもう少しシステムティックにこういうことが必要なときには、この先生たちができますかというような、そういうやはり在宅のリストみたいなのを作っていくともうちょっと紹介しやすいとかというのものもあるのかもしれませんが。

以上です。

- 西田理事 ありがとうございます。
- 吉野座長 ありがとうございます。それでは、練馬区の齋藤史洋先生、ごめんなさい、先ほど、ちょっと話遮ってしまいました。お願いします。
- 齋藤（文）委員 ありがとうございます。今、三つ課題が出ていると思うんですけど

も、最初に戻って、ケアマネジャーさんとの関係ですけど、私の経験では、ケアマネジャーさんから在宅に移行について相談される機会はほぼないです。もう在宅を決めましたとか、在宅診療が始まったので紹介状を書いてくださいという依頼がほとんどで、多分、ほかの地区もそれに近いんじゃないかと思うんですけど、直接、ケアマネジャーさんから在宅の医療に移行したいと相談を受けることがまずないですね。

それと、先ほどの最後のほうに話題になった、医師会がハブになって在宅医の先生たちをつなげるという話、実は練馬区医師会は、既にそれを始めていまして、この辺、寺本先生が詳しく御存じだと思うんですけども、在宅連携サポートセンターというのを作りまして、そこに連絡をしていただくと、練馬区内の在宅医の先生をご紹介できるというシステムを作りしました。これ、今かなり機能していまして、少なくとも区内のいわゆる三次救急病院からの退院の場合には、ほぼ確実に在宅医を探すことができる。もちろん、最初にもともと診ていた主治医の先生が確認した後に、連携の先生を探す。ただ、増田先生も言われたように、メガ在宅、これが一番くせ者で、連絡がやっぱり取れないんですね。なぜかという、練馬区外からの入ってくる人が多いので、サポートセンターでも把握できないですし、身近に我々が診ていた患者さんがそういった在宅専門の診療所で診ているときに、そもそもそこの在宅診療所が開業したということ自体が分からないことが多いんですよ。なので、そこのところは、やっぱりもう少し各区だけではなくて、各医師会レベルではなくて、もう少し区西北部とかで連携が取れるような情報を共有するという場面があったほうがベターなのかな。やっぱり基本的には、地域包括ケアということで、地域のスタッフが地域で最後まで見るというのが、やっぱり患者さんにとっても我々にとってもWINWINな関係でいいのだと思うので、そういうところを追求できればいいかなと思います。

以上です。

- 吉野座長 ありがとうございます。今、齋藤文洋先生からの話がありました。練馬区でのハブみたいな形になっているというところで、寺本先生のお名前が出ていましたので、練馬区の寺本先生、その辺も含めてお話いただければありがたいんですけども。
- 寺本委員 ありがとうございます。練馬区では、医師会の連携センターがハブになっていまして、区内の順天堂など大きな病院で退院後に在宅医療が必要な場合は、在宅医を探すというシステムがもう確立されていまして、それは100%うまくいっているというふうに考えています。ただ、患者の発生ルートというのは、それだけじゃなくて、もっと大きいルートがいっぱいいろんなルートからありまして、それへの対処というのは、今後も課題だと思っているんですね。ちょうど、練馬区の統計では、区内の大きな在宅専門でやっている施設、三つか四つか五つあるのかな。それが大体在宅の3割を占めているんですね。それで、私もそうなんですけど、先ほどお話が出ましたけども、一般外来をやりながら発熱外来をやりながら、在宅も診ているという比較的小規模にやっている施設は、大体53施設で半分近くなんですけども、それで在宅の回数を稼いでいるのは10%ぐらいなんですね。そういう事実がありまして、それから、練馬区の試算では、2、30年後に1.5倍の在宅の回数が必要になると。今、現在7万件ぐらいやっているんですけども、その1.5倍ぐらい必要になるということで、今の調子だと賄え切れないというところがあるんですね。

今、それで去年の全会員に在宅に関するアンケートを出したんですけども、その中で、在宅をできない最大の理由というのは、365日、休日・夜間、カバーすることができないと。だから、それで躊躇するんだという、そこが最大の問題点だという回答だったんです。ですから、それらをまとめると、結局、在宅ができる医療機関の底上げを

するには、まず一つは、一般外来をやりながらやっている。でも在宅をやってみようという、そういう医療機関をもっと増やさなきゃいけない。それと、あともう一つは、在宅専門でやっている医療機関と、それから、個々の医療機関をうまくつなぐシステムを作らないといけないんですね。例えば在宅専門でやっている医療機関というのは、患者は、自然発生しないんですよ。一般外来をやりながら、やっている医療機関に毎年一人、二人とか、在宅が必要な患者さんが必ずどんどん出てくるわけですね。ですから、その2点に関して力を入れていって、一応私たちのところでは、とにかくその365日やらなきゃいけないという、そういうそれを何とか解消しようというふうに思っているんですが、これは、もう各地の医師会でいろんな手をやられているので、結局、各地の医師会で全て事情が違うんですね。その参加している医師だとか状況だとかですね。だから、やっぱりそれに合わせた状況からつくっていかなきゃいけないというふうに思っています。ただ、同時にやっぱり都のレベルで、全体的なシステムですね。それから、アウトソーシングも含めた夜間・休日のサポートシステムというのを積極的に考えていかないと、今後うまくいかないんじゃないかなというふうに考えています。

以上です。

- 吉野座長 ありがとうございます。医師会が行うべきことのうまくやっていきたいところと、やっぱりその限界もおありかなというところが少し先生の意見を聞いて今思ったんですけども、水足先生、戻られたみたいですので、先生、すみません、在宅医の立場から今のお話とかについて何かご意見はございますでしょうか。まだ無理ですかね。戻られていない。
- 水足委員 聞えますか。すみません。豊島区内の在宅をやっていて、上手に多職種間の連携が上手に取れていまして、MCSを使ったりなどして、在宅活動を行っている上では、特に不自由は感じていなくて、円滑に行われているなと思っていまして、クリニックで外来もやりながら、在宅も必要になったときの先生たち、在宅を始める先生たちの底上げみたいなのは、医師会の集まりなどに来ていただくとクリニック同士での連携とかがありまして、自分が都合がつかないときは、ほかの先生にお願いをして、自分が一時期ちょっと場を離れたりとか、少しここで休暇を取るからとか、そういうときは周りの先生たちが、あそこはじゃあ面倒を見るから大丈夫ですよとか、そういった連携もできているので、そういったところがどんどん周知されると、もう少し在宅に介入する先生たちが、ハードルはそんなに高くないんだなというところを知っていただくと底上げができるんじゃないかなと思うんですけども。

以上です。

- 吉野座長 ありがとうございます。同じ豊島区で土屋先生、先生のICTも含めた取組も含めて、連携についてご意見をいただけませんか。
- 土屋委員 ありがとうございます。皆様がお話されていたような問題点とかは、いっぱいあるなというふうに個人的には思っています。そんな中で、やっぱり連携というのが大事ななというようなところだと考えています。

どこから話していいかわからないんですけども、患者さんの発生についてというお話がありましたけども、確かにかかりつけ医が見ていけば、何人かは在宅になっていく。その在宅になっていく手前で、恐らくなかなか通院して来れなくなって家族が薬だけ取りに来るような段階があったりして、個人的には、そういった人たちに最初オンライン診療みたいなのがきっとできればいいんだろうなと思っているんですね。大体、家族が取りに来れば、家族がやってくれば、家族のサポートの下でオンライン診療ができて、そこで少し家庭の状況を知ることができて、そうなってくると、その家庭にちょっと行

ってみようというような気持ちになってくれると、在宅医療を始めてみるきっかけになるかもしれないですし、そこで、オンライン診療を介して、やっぱり在宅に行くのに抵抗がある先生というのもいらっしゃると思うので、そういうときに例えば在宅の専門医にかかりつけ医がお願いして、ふだんはそっちで行ってみたいなのができるのかなと思っっているんですね。そういったところから、僕らで言うとD to Dというんですけど、医者と医者が患者さんを介して医者と医者がつないでいくみたいなので、通常は専門のコンサルトみたいな形で使うんですけども、そういったところを在宅の専門医がおうちに行ったときに、オンライン診療で外来をやっているかかりつけの先生とつないでくれると、患者さんもかかりつけの先生も家に来ることはないけど、こうやって一緒に診てくれているんだなというような安心感が得られると、何かかかりつけの先生が必ずしも在宅に行かなくても、そういったACPを含めて患者さんとかかりつけ医の関係が継続していくというようなことができるんじゃないかなということを考えてはいます。ただ、実際に全然動いているものではないので、僕の勝手な妄想ではあります。

その患者の発生について、今度は別の角度で言うと、先ほど在宅の専門医とかメガ在宅は、患者さんが自然発生しないというお話もありましたけども、それも本当におっしゃるとおりで、そういうところがどうやって患者さんを、じゃあ、連れてくるかという、病院の出口で待ち構えているか、ケアマネさんをつまえるかというパターンだと思うんですね。それが、病院にとっては、やっぱり素早く在宅医が見つかるというメリットもありますし、そういったときにかかりつけ医が、じゃあ、すぐやりますよと言って上げられていない状況もあったりするんだと思うんですね。そういったデメリットとかメリットとか、各医療機関ごとにいろんな状況があるので、一概には行かないことっていっぱいあると思うんですけども、そういったところを少し整理ができればいいのかなというふうには思っています。

前々回ぐらいの在宅医療連合学会で、僕は、その継続医療とあって、かかりつけから在宅までつながっていく。病院を途中で介することもありますが、そういったところの継続医療というのが、なぜうまくいかないのかというのを考えるような委員会に所属しているんですけど、そういったところをまとめてみたことはあるんですが、なかなかそれぞれの立場でいろんな条件があるので、そこら辺の解決って非常に難しいなというふうに感じているところではあります。

あとは、連携について、医師同士の連携ではなくて、多職種連携については、一応さっき水足先生からもお話をいただきましたけども、豊島区は、まあまあうまくいっているかなとは思ってはいるんですけども、やっぱりケアマネさんが在宅医を決めちゃうというケースもしばしば経験しますし、練馬区の齋藤先生がおっしゃったように、僕のところもやっぱり紹介状を書いてくれと来るケアマネさんがいることはいるんですね。そういったところで、やっぱり情報って行き渡っていないことがいっぱいあるので、そういった情報を適切に伝えていくということも大事なのかなと。それは恐らく医師会だけじゃなくて、行政のほうも合わせてやっていかなきゃいけないことなのかもしれないなというふうに思ったりはしています。

まだ、ちょっと言われれば話すことはありますけど、取りあえず今のところは、これぐらいにしたいと思います。

○吉野座長 土屋先生、ありがとうございます。先生のところもかなり先進的な取組をやっておられますので、また、非常に参考にいろいろさせていただきます。

今、かかりつけ医と在宅の間で病院のことをというふうな形のことが、今、お話に出ていたと思うんですが、病院協会代表の宮崎先生、その辺につきまして、何か先生のほ

うからコメントをいただければと思います。

○宮崎委員 ありがとうございます。東京北医療センターの宮崎です。

いろいろ本当、在宅現場の立場からいろいろお話を伺いました。病院の立場からでいくと、いつも在宅の先生が、何かあったときのサポート役というふうな役割だと思っております。口で言うのは簡単なんですけど、実際にベッドを用意したりとか、コロナの前であればまだそのベッドの用意とかがあったんですけど、コロナになってかなり制限がきておりますので、一病院だけではやはり難しいこともございまして、その辺の病院間の連携も必要ではないかなと思うんですけど、具体的な案としてはなかなかないんですけど、それぞれの病院間の連携も必要ではないかと思っております。

それと、もう一つ病院の入り口のほうの立場からお話をさせていただくと、在宅の患者さんというのはそもそも状態がそんなによくはない方で、何かあったときにすぐ入院できる。すぐ検査ができるというふうな体制を病院ですから取らないといけないんですけど、救急車がなかなか来なかったりとかということもございまして、当院としては、ドクターカー、病院救急車でお迎えに行くようになっていきます。それで、北区でそういったサービスをやっているんですけど、それがうまく広がればいいなというふうに、個人的には思っています。もっともっと有効に活用されれば、もっとその病院の敷居を低くできるかなと思っております。

それと先ほど出口の話がございました。出口のことで言いますと、全然関係のない在宅の先生のところ、早く出せるのでということで、調整するというのは、そんなには多くないじゃないかなというふうに思います。やはり患者さんの居住地とかでやられている在宅の先生を中心に調整していると思っておりますので、そこまではひどくないのではないかなと思っておりますけど、よその病院のことがよく分からないので、そういうことが行われているとすれば、やはりそれも病院のベッドをどうしても開けないというような事情があって、早く開ければ早くとれるというふうな好循環で回ればとにかくいいと思っておりますので、とにかくそういったマッチングがうまくできるシステム、あとは、そういう仕組み、補助金とかも含めて体制づくりというのが、すみません、もう本当大ざっぱで申し訳ないんですけど、それぐらいしか思いつかないです。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。診診連携、病院間連携、そういうこともこのコロナのことに關して立ち向かっていくのにやっぱり必要かなと、今、先生のお話を聞いて非常に痛感いたしました。

豊島のほうで、先ほど、土屋先生の話が出たので、豊島のほうの訪問看護の代表、すみません、今、訪問看護ステーション協会代表ですね、村崎さん、またお話をお願いしますでしょうか。

○村崎委員 村崎です。在宅医療が必要になったときに、そもそもその方に必ずかかりつけ医というのは、必ずいらっしゃるわけであって、でもなんかそこが抜けてしまってケアマネさんが主治医を決めるとか、入院先の病院が訪問診療の先生を決めるとか、何かそういうところはすごく今強くなっている気がしていて、もともとこの方のかかりつけ医は誰なのかというところを、そこの先生に状況を説明した上で、訪問診療先につないでいくというのは、もう基本的なことだと思うんですけど、やっぱりそこがすごく今欠けているという気はします。

あと、やっぱり24時間サポートするって大変なことだと思うんですけど、土屋先生もおっしゃったようにオンライン診療とかをうまく使って、D t o D W i t h 何とか、Nでもいいですし、ケアマネさんでもいいし、ヘルパーさんかもしれないし、何かそう

いったところでうまく使っていくことで、もう少し、ハードルが下がってくるのかなという気はしています。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。すみません、コロナ禍でなかなか顔を合わす機会がなくて、こういう機会でもたお話ができよかったですと思います。

その上、薬剤師会代表で保坂さん、コロナのときにすごく薬を届けていただいたりとか、孤軍奮闘だったと思うんですが、一言お願いできますか。

○保坂委員 ありがとうございます。在宅医のマッチングということがお話になったかと思うんですが、基本的にかかりつけ医というのは、患者さんは外来診療で先生のところに行くので、診療科も選べるでしょうし、医師も医院も選ぶことができると思うんですけども、在宅医療となったときに、マッチングがうまくいかなければ来てくれる先生はいるけれども、専門が違ったりとか、そういったことが私たち薬剤師が処方を受けていると感じることが多くあります。患者さんが、在宅を選ぶときに選べる指標というのが、すごく少ないんじゃないのかな。在宅医となった途端、診療科というのが何かちょっと抜けてしまうのかなというのが少し感じているところではあります。先ほどからケアマネさんが在宅医療を選んでというところもそうだと思うんですけども、このケアマネジャーさん、なんでこの先生を選んだのかなというのはすごく感じるころではあります。ただ、やっぱり私たちは各先生の診療科が分かって対応しているので、この先生だなというのは分かるんですけども、専門でない方が選ぶときに、在宅を選ぶときの診療科であったり、その先生のスキルと言ったらおこがましいのですが、24時間どれぐらい対応できるかとか、いろんな指標というのがちょっと少ないのかなというのは日頃感じております。お答えになっているか分からないのですが、今日話を聞いていた感じでは、このようなことを思いました。

○吉野座長 保坂さんのところは、他区からのメガ在宅の処方箋を受けたりとかというのはあるんですかね。

○保坂委員 やっぱりケアマネジャーさんを通して受けることがあります。そこのドクターから直接受けるということはあまりないです。ただ、やはり他区の特にメガ在宅の先生になってきますと、間に必ず事務の方が入るので、まずその先生とお会いすることもないですし、お話をすることもないので、処方箋の疑義照会などをして返答が、本当にその先生に問合せが通っているかどうかと不安に感じることも多々あります。せめて、同じ区内の先生であれば何か会議だ、連携の場面でお会いすることもあるかもしれないんですが、やはり他区となると、まずお会いすることがないので、連携というのはなかなか厳しいところがあると思います。

○吉野座長 分かりました。ありがとうございます。

すみません、歯科医師会の代表の黒田先生、歯科医の立場として、何かこういう連携に関してお話ありますでしょうか。

○黒田委員 初めまして、豊島区歯科医師会の黒田です。よろしくお願ひします。

コロナに関しては、僕らは、コロナ前から豊島区はすごく連携がうまくいっていて、医師会だとかケアマネさんのほうからアゼリアを通して在宅を引き受けているわけですけども、基本的にコロナで具合の悪い方というのは歯科に係る余裕もないわけで、そのコロナ禍においては、一時濃厚接触者の方だとか、あと症状が発熱しているとか症状の軽い方ですね。そういう方からのやっぱり歯が痛いんだけどという依頼をやはりアゼリアを通して、何件か受けています。豊島区の場合は、アゼリアを通してやっている協力医の場合は、在宅をやるまでに多少ハードルがあって、まずはアゼリアで障害者をやって、

施設診療をやってというハードルがありますので、ふだんからというかアゼリアでは、感染症の患者さんも診たりとか、一通りそういうスキルを身につけた先生しか在宅に行かせない。行かせないというとちょっとあれですけど、依頼しないというふうなルールがなっていますので、このコロナ禍でも、そういう依頼があってももちろんアゼリアのスタッフもそういう研修を積んでいますし、慌てることなく対応できたのかなと思います。

○吉野座長 ありがとうございます。先生、これは豊島区の対応というのは行政の方たちも絡んでいる形なんですかね。

○黒田委員 そうですね。行政、医師会、薬剤師会、看護師会全て。

○吉野座長 そうですか。

○黒田委員 各地域での連携、ケアマネさんだとか、多職種との連携はすごくうまくいっている。

○吉野座長 なるほど、なるほど。ありがとうございます。

それでは、今のお話が出ました豊島区で行政の代表としまして、坂本さんは、その辺も含めてお話しできますでしょうか。

○坂本委員 お世話になっております、豊島区池袋保健所の坂本です。

先生方のいろんな関連なご意見を伺っていて、本当にそうだなとか、また新たな課題もあるかなというふうに伺っていたところです。豊島区では、行政のほうでは、本当に側面的にというか、三師会、四師会の先生方の活動をサポートさせていただくとか、その仕組みづくりをさせていただいているところかなと思います。在宅医療連携推進会議ということで、行政のほうでは、先生方の顔の見える関係作りとか、地域包括ケアのシステムづくりということを中心にしまして、その中でも、先生方にそれぞれ部会をさせていただいているんですけれども、そういった地域での地域医療の取組の活動を報告していただくような会議を年に数回してございます。まずは、そこで情報共有をさせていただいているというのがありますし、また、それから、豊島区医師会様のほうでも在宅医療相談窓口ということで設置させていただいて、そこを経由していただくと、いろんなケアマネさんのケースとか先ほどから出てくる入院、退院に伴ってというようなところもうまくいくのかなと思うんですけど、まだまだそういった相談窓口とかの周知の部分でもうちょっと行政として力を入れて、そういうところをうまく使っていただくような形になると、それぞれの先生、医師会の中でそれぞれ得意な分野の先生方につないだりできるんですけど、その辺まだ御存じないケアマネさんとか、先ほど来出ている大学病院とか、大きな病院に入院して、そこからメガ在宅とか、ちょっと専門のところに行ってしまうと、返ってきてしまうと、全くその地域の診療というか、せっかく豊島区の中で、培われている四師会とかの活動に関係のないところで動いていらっしゃる方があって、その辺のところとのつながりとかというのは、本当に行政として課題だなというふうに感じてはおります。

あと個人的に、今日本当お話を伺っていて思ったのは、やっぱり急性期、退院して、直後のときには、医療依存度も上がったりして、そういう在宅専門のところというものは多少あるんでしょうけど、そのままどんどん医療依存度が上がるケースもありますけど、中には、やっぱり回復されたりとかして、逆に在宅医療はいるけれども、寝たきりであるけれども、かかりつけの先生とか、外来もされているような先生方の中で、地域で往診で対応できるように、逆に落ち着いてくるというんですかね、そういうケースもあるかなと思うんですが、その辺の役割分担というか、つなぎとか、そういったところを、先生が今日オンライン診療でとかおっしゃっていましたが、オンライン診療とか、

MCSとかそういううまく今回コロナ禍でできたICTの進んだ部分とかも活用しながら、できていくのがいいかなと思います。行政としては、そういう場づくりとか、財政的支援はなかなかできる難しい部分はありますけれども、少しずつご要望を伺いながら進めてまいりたいなというふうに考えております。大変勉強になりました。ありがとうございます。

○吉野座長 ありがとうございます。

すみません、行政の方のお話を聞きたいので、すみません、北区の藤野様、一言お願いできますでしょうか。

○藤野委員 藤野です。先生方には、いつもお世話になっております。ありがとうございます。

まず、本日の皆さんのご発言、本当に普段から私も在宅医の先生方から聞いている事例がございまして、やはりどこの区でもそういったケアマネさんが在宅医を決められて、その後どういった先生に引き継がれているのかが情報共有がないというような、そんな事例が共通なんだというところを認識いたしまして、行政としてもやはりそういったところには何かしら、増田会長のほうからはシステムチックにというようなお話もございましたけれども、何かしらその情報共有、連携ができる仕組みづくりというのが必要なんだろうなと感じたところでして、実は、以前から北区は介護と医療の連携、本当に進んで医師会の先生方の協力の下やっているところなんですけれども、そこで専門職の方向けの在宅療養の相談窓口を設けています。先ほど来からあるような在宅医が見つからないとか、そういうときに相談を受ける窓口なんですけれども、その相談件数というのが、コロナ禍というのもあってか、ここ3年ぐらいは、とても落ちています。年に10件、20件というところしか専門職の方からの相談がないというところで、でも、そんな状況であっても、もちろん在宅への引継ぎというのはなされているわけで、今日お話を聞いていると、ケアマネさんが何かしらのスキルを身につけて、そういう率先してやれるようになってきているのかなんていうのも少し考えたりもしています。北区では、コロナの在宅療養の健康観察、それからオンライン診療等医師会の先生方のご協力で回していただいているんですけれども、その中でMCSの仕組みを使っている連携というのも、うまく回していただいていると思っているので、そういうのを今後も在宅療養のほうに仕組みとして使っていけたらなと思っています。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。すみません、そろそろ時間ですが、どうしてもいろいろ話を少しだけ聞かせていただきたいので、少しだけ延長させていただきます。

板橋区で、行政の方、折原様ですかね。入っておられますかね。よろしくお願ひします。

○折原委員 聞こえますでしょうか。

○吉野座長 聞こえます。

○折原委員 板橋区の健康推進課長、折原と申します。

今日は、本当は、板橋のみならず、西北部全体として様々なご意見をいただきましてありがとうございます。非常に勉強になっています。板橋の場合ですと、医師会様のご協力をいただいて、療養相談室という形で連携の部分では、ハブ的機能を果たしていただきながら、ご尽力をいただいているところでございます。ただ、今までお話にもございましたが、コロナは一つのきっかけとなって、多職種連携の難しさ、そういった部分が様々な部分で浮き彫りになっているなというのは認識しております。今、今後というところで、広域の連携のお話であったりだとか、オンライン診療、ICTの活用ですね。

こういったものが解決の一助となるツールになり得るというお話もいただいたところでございますので、いずれにしてもなかなかすぐにそれを解決という部分では難しい部分もあるんですけれども、今日皆様からいただいたご意見を区内の区のいろいろな関係の所管がでございますので、しっかりと共有して、行政として一体何ができるのかという部分についても考えていければなと思っております。

今日は、大変勉強になりました。ありがとうございます。

○吉野座長 ありがとうございます。練馬区、屋澤様から一言お願いできますでしょうか。

○屋澤委員 お世話になっております。練馬区の地域医療課長の屋澤と申します。

私どものほうでも地域のかかりつけ医の先生をはじめ、多職種の方の声を聴くということで、事例検討の場というのを定期的に設けさせていただいて、その中でケアマネさん、訪看の方々ですとかを伺うと、かかりつけ医の先生方との連携を非常に求めていたり、いろんな現状を見ているところでございます。私どものほうでも、練馬区のほうでも、先ほど齋藤文洋先生のほうからもお話がありましたように、在宅医療連携サポートセンターというものを医師会のほうに立ち上げていただいて、そういった体制づくりというのを進めています。ただ、いろいろ我々のほうでも推計すると、やっぱりその在宅の需要というのはどんどん上がっていきましますし、そういったものを対応していくには、地域のかかりつけ医の先生のそういった参加というか参入というか、そういったことを含めていろいろ医師会の先生方と課題を整理していかなければいけないと思っておりますので、今日の意見も参考にしながら、課題を整理して対応を進めていきたいというふうに思っております。ありがとうございます。

○吉野座長 ありがとうございます。すみません、どうしても皆様からのご意見をお聞きしたいので、まだ発言のない方、看護協会代表の武良様、一言お願いできますでしょうか。

○武良委員 大塚病院、看護部長の武良です。今日はありがとうございます。

豊島区の急性期病院の看護部長なんですけれども、患者さんの在宅への移行等は、本当に多職種で非常に連携をよくやっていると思うんですけれども、とにかくこの3年間はやっぱりコロナ禍で本当に対面のコミュニケーションが非常にやっぱり難しくなった中で、いかにオンラインをやっぱり活用して、引き続き顔の見える関係をつくるのはやっぱり難しいけれども、やっていかなきゃいけないんだなというのを思っております。

看護協会の地域包括ケア委員会というのは、各地区ごとに分かれて活動をしているんですけれども、本年度は、西部地区のほうでは、やっぱり自分たちが所属している区の地域包括支援センターと、もっともっとコミュニケーションを取ったほうがいいんじゃないかということで、例えば私ですと、豊島区内の地域包括支援センターの方たちと少し連携が取れないとか、そういう活動も看護協会のほうでもしております。

今日は、ありがとうございます。

○吉野座長 ありがとうございます。老健施設代表、中本様、一言お願いできますでしょうか。

○中本委員 聞こえますか。

○吉野座長 はい、聞こえます。

○中本委員 基本的に、我々老健というのは、あまり皆さんのところと関係がないというふうの特養と同じように考えられている先生方も多いと思うんですけれども、大分変わってきましたね。病院から体が治った状態で、フレイルになった状態でリハビリをやっていただいて元気をつけていただいて、おうちに帰すというのが基本のスタンスなん

ですけれども、そのときに大体半分ぐらい入ってきた方は、帰れなくて、そのままどちらか、例えば施設へ行っちゃうという方もいるんですね。我々としては、全体的に、帰りたいので、帰りなさい、帰りなさいというんですけれども、そこで、一度外へ出てしまったら、家族がなかなか受け入れないという状況もあるので、そこら辺は皆さんのコンセンサスでおうちへ帰るのが普通だというそういう道筋を社会的に作らないといけないなとは思っています。

それともう一つは、やはり我々の宣伝じゃないですけれども、私、豊島区ですから例えば水足先生もそうですけれども、ほかの先生方も皆さんうちの患者さんというか、通所のほうで送っていただいて、つながりを持って紹介していただくというのは、たくさんあります。医師会にも私所属しておりますので、そこら辺の連携というのは、豊島区内はよくできていると思うんですね。取り合いというのはあまり聞いたことがない。とにかく、帰るときにはおうちへ帰りなさいと、そういうふうに言っていますから、それで、別に構わないと思うんですけれどもね。だから、全員を帰せと言われても帰れなくて、そのまま看取りになる方も結構いたりしますから、何とも言えません。ただし、全体のコンセンサスとして元の開業して最後まで診てくれている先生方のところに戻るのが、普通なんじゃないでしょうかね。基本的にはそう思います。だから、普通の先生がこちらのところ、往診しなくなっているという、そういうのがあまり不思議でならないですね。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。すみません、最後、保険者代表で川又様、一言お願いできますかね。

○川又委員 皆さん、はじめまして。協会けんぽの川又でございます。よろしくお願いたします。

今回、私、東京支部に転勤に伴いまして、初めてこちらの在宅療養ワーキンググループに参加させていただいております。医療保険者として、この在宅療養ワーキングにどのような形で私どもが力になれるのか、いろいろ私も参加するに当たりまして考えたところであります。実際、医療現場とかそういったところには携わっておりませんので、今回先生方のご意見とかを聞いて、そういう現場があるんだなということで、率直に感じております。ただ、私ども医療保険者として、全国4,000万人、国民の約3分の1に当たる膨大な医療データがありますので、そういったデータを活用しながら今後の在宅医療体制、これを充実させるに当たりまして、どのような分析ができるのか、そういったことを今後検討させていただくに当たりまして、今回参加させていただいてよかったかなと思っております。本日は、どうもありがとうございます。

○吉野座長 ありがとうございます。一応皆様のご意見を全部聞くことができました。そろそろ時間なんですけど、最後の最後で増田先生、何か一言おっしゃっていただければありがたいんですけども。

○増田委員 患者さんがどこに行っちゃったかという話は、確かによくあるんですけれども、高齢者の場合に、在宅でどこかに行ったというより、やっぱり入院した後なんですよ。うちの近所は大きな病院がありますので、ふだん診ていた人がほかの病気でその病院に入院した。そうすると、その後その病院で薬を多分もらっているんだろうなと思ったら、いつの間にか在宅に移行しているとか、あと施設に入っていた方が多いのと、その後、全然追跡もできないんですよ。ご家族が来ていればいいんですけども、ご家族は独居の方もいますし、町会の人に「あの人、今どうしている」みたいなことを聞くと「さあ」とか言われて、そういうところで聞き取って行って、まあ、6、7年たっ

て施設で亡くなって、それでお葬式だけそこで出すので、町会の訃報で見たとか、そういうのが結構あるので、確かにその病院に入院した後に、戻るのが一番ベストなのかというか、家に戻れない方がやっぱり出てくると思うんですね。そういう方の流れを何かいい方法で把握できるとか、いいコーディネーターができればいいかなと思うんですけど、その辺やっぱり病院の調整窓口なんですかね。

それから、あとケアマネに紹介状を書いてくれという話があるというお話だったんですけど、それが無いのが不思議でしょうがないですね。それすらないことがよくあるんですね。非常に長く診て、30年、40年診ている人がいっぱいいますから、うち電子カルテで、驚くような詳細な診療情報を書いていますから、毎日。「診療情報、要らないの」って言ったら「いいんです。おくすり手帳だけあれば」みたいな感じで、そんなので診れるのかよというのが多いので、その辺も多分システムに組み込まれていなくて、取りあえず飲んでいる薬があればもういいわよみたいな感じで流れちゃっているのかもしれないですね。

だから、やっぱり、これを解決するには、やっぱりパーソナルヘルスデータとか、患者さんのICチップにデータを入れていくとか、やっぱりもうちょっと医者とか、ケアマネとか、病院の努力じゃなくて、もうちょっと患者さんの診療記録を何かしらきちんと伝わる形があればいいかなとかねがね思っております。

以上です。

- 吉野座長 ありがとうございます。時間がごめんなさい、10分ほど過ぎてしまいました。活発な意見交換だったと思います。この辺りで終わらせたいと思います。

座長の感想を述べるということで、皆さん一通りいろんなこととお話されて、僕が聞きたいことを全部聞かせていただきましたので。でも、皆さんのやっていることをやっぱりすごく先進的な地区じゃないかなとは思いますが。あとは、ただ抱えている悩みも一緒かなと思いますので、その辺を今後いかに課題を解決していく方向でまた全体として考えていくかということになるかなと思います。

私からは、以上です。最後に東京都医師会の先生方より、本日のご講評をいただきたいと思います。よろしくお願いします。

- 土谷理事 東京都医師会の土谷です。

皆さん、活発なご議論をありがとうございました。この会議、6年目ということだったんですけれども、6年前、どうだったんでしょうかと、在宅の連携が深まるようにということで始めた会議だったんですけど、このコロナを介して、問題が解決の方向に進んだのかというと、逆にお話を聞いているとどうも問題は問題として、当時の問題は、そのまま取り残されて、しかもそれが今煮詰まっているような印象を受けました。今日は、特に冒頭で、外来の医者と、在宅の医者とどういう連携がどういうふうにしたら連携が深まっていくのか、ほかの地域では、多職種連携とかいうのもあるところですけど、増田先生がいきなり革新的な一番難しい問題を突っ込んできたなと思って聞いていたんですけれども、これは、本当にどこの地区でも、今取り残されている大きな課題です。今日は、言うなればケアマネさんとメガ在宅がちょっと悪者のような言い方はされたのかなと思うんですけど、それぞれはそれぞれで、よかれと思ってやっていることだと思います。決して、意地悪をしようとしてやっているわけではないはずなんです。だから、それはちょっとした連携のやり方で、もしかしたら大きく変わるのかもしれないなと思いますけど、そう言いながら6年過ぎたところだと思います。

行政の人がおっしゃっていましたが、在宅療養相談窓口というのは、仕組み上はあるんですね。あるんです。ただ、それは、行政の中では知られてはいるんですけど

も、その形態は、区ごとに全然違います。在宅療養相談窓口、区で1か所にしているところもあるし、支部でばらばらのところもある。つまり何を言いたいかというと、在宅療養のマッチングのシステムは、制度上はあるんですけど、実際はそれがほとんど機能していない。皆さんがそれぞれでもがきながらやっているのが現状だと思います。そう言ったのが、今、こうして分かったんですけれども、やっぱりこのコロナ、今まで、この6年のうち半分3年間はコロナでかかりきりだったとは思いますが。思いますが、その3年が終わりましたので、もう一度、在宅療養、マッチングをどういうふうに行っていくのかと仕切り直しの時期なのかなと思いました。それぞれの地区で、これからまた見ながらやっていくのかなと思うんですけど、他の地区はどうしているのかと聞く機会も非常に重要ですので、それぞれ参考にまたそれぞれの地区で構築していただきたいと思います。私からは、以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局のほうにお返しいたします。

○島倉地域医療担当課長 長時間にわたりご議論をいただきまして、また貴重なご意見も賜りまして、誠にありがとうございます。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部会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を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。