

令和6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6年11月22日（金曜日）午後7時00分～午後8時28分
場 所：Web会議形式にて開催

○道傳地域医療担当課長 定刻となりましたので、これより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を開催いたします。

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、東京都保健医療局医療政策部地域医療担当課長の道傳と申します。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。

今年度はWeb会議での開催としております。円滑な進行に努めさせていただきますが、会議中機材トラブル等が起きる可能性がありますので、何かありましたら、その都度ご指摘いただければと思います。

本日の配布資料ですが、左下段の配布資料に記載のとおりです。

資料1から3までと参考資料1から3をご用意しております。

資料につきまして、万が一、不足等がございましたら、恐れ入りますが、議事の都度、ご指摘ください。

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3を除き公開となっております。資料の3につきましては、参加者のみの配布となっております。傍聴の方々には配布しておりませんので、ご了承くださいますようお願いいたします。

参考資料3につきましては、後日、掲載予定となっておりますので、そちらにつきましても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ご協力をいただきたいことがあります。

大人数での会議となりますので、お名前をおっしゃってからご発言をくださいますようお願い申し上げます。

また、ご発言の際には、画面の左下にあるマイクのボタンを押していただき、ミュートを解除してください。また、発言をしないときには、ハウリング防止のため、マイクをミュートにしていいただければと思います。

せっかくですので、もし画面のほうのビデオカメラをオンにできる方につきましては、ぜひ顔の見える形で会議に参加いただければと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、まず初めに、東京都医師会及び東京都より開会のご挨拶を申し上げます。

では、東京都医師会の西田理事、お願いいたします。

○西田理事 皆様、こんばんは。遅い時間に多くの方々にお集まりいただきまして、ありがとうございます。

本会議は平成29年から続いているわけです。区中央部ということで、例えば昼夜人口の差の大きさとか、特殊な事情があるところだと思いますので、また、いろいろ情報をいただければと思っています。

それで、ここは地域医療構想調整会議の下部組織ということになりますが、今、地域医療構想調整会議の中で、今まで病院機能がずっと議論されてきていて、今年度、その中でも、病院の在宅医療機能ですとか、在宅救急の部分ですとか、あるいは開業前の教育の話とか、そういったこともいろいろ地域医療構想調整会議の本部会のほうでも、これから話題にしていかなければならないということもございます。

したがって、この在宅ワーキングと、より今後密接にコネクションをつくっていかねばいけない。割と今までは、別々の会議体というようなイメージが非常に強かったんですけども、これからもう少し密にやっていかねばいけないなということを感じているところでございます。

今日は、協議の場はないですね。ですから十分なディスカッションの時間も取れるかと思しますので、皆様方、ぜひぜひ忌憚のないご意見、よろしくお願いしたいと思します。本日はよろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 続きまして、保健医療局医療政策担当部長の岩井部長、お願いします。

○岩井医療政策担当部長 皆様こんばんは。東京都保健医療局医療政策担当部長の岩井でございます。

皆様方には、日頃から東京都の保健医療施策に多大なるご理解、ご協力を賜りまして、誠にありがとうございます。また、本日、大変ご多用のところご参加いただきましてお礼を申し上げます。

今、西田先生からもお話ございましたけれども、この在宅療養ワーキンググループは今年で8年目となります。これまでも在宅療養に関する地域の現状、課題や今後の取組等についてご議論いただきまして、関係者間の連携強化ですとか、地域での体制整備の充実につなげていただいていると考えております。

現在、国では2040年頃を見据えた、新たな地域医療構想についての議論が進んでおりまして、その中では入院医療だけではなくて、在宅医療や介護との連携の重要性が高まっております。こうした流れも踏まえまして、今回の意見交換のテーマを設定しております。

また、意見交換に当たりましては、各区市町村単位で事前にご議論いただいた内容を最初にご報告いただきまして、本日の意見交換がより深いものになるよう、有意義なものになるようにと考えてございます。

限られた時間ではございますが、それぞれのお立場から積極的なご発言を賜ればと思しますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

○道傳地域医療担当課長 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座長は、貝坂クリニック院長、高野学美先生にお願いをしております。

高野座長、一言お願いいたします。

○高野座長 皆さん、こんばんは。千代田区医師会、貝坂クリニックの高野でございます。本日は、この連休前の金曜日ということで、ご多忙のところ、多数のご参加いただきました。ありがとうございます。

区中央部では、特殊な問題並びに悩みがあると思っております。それは皆様もご存じかと思します。

この会に先立ちまして、東京都では第1回地域医療構想調整会議を行っておりまして、そこで中央部のいろんな病院の先生方の意見もまとめてあります。

その中でも特に特徴的なのが、この区中央部は、高度急性期医療の病院が多くて、急性期病院も多いです。そこからの退院調整が非常にてこずっているということが浮き彫りにされています。

一方、高度急性期医療から在宅へ回るという方も少なくありません。そのようなこともありまして、今夜は、皆様のいろんな現場で感じていらっしゃる問題点、悩み等々をここでご発言いただければ幸いに存じます。

会の進行上、皆様に一人ずつ等しく発言の機会を持たせていただきたく思いますので、

指名させていただきますので、その節はご発言をよろしくお願いいたします。

以上です。

○道傳地域医療担当課長 高野座長、ありがとうございました。

それでは、以降の進行は、高野座長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○高野座長 それでは、議事に従いまして会議を進めてまいります。

今年度は、「地域における在宅医療連携のさらなる推進に向けた取組」をテーマに、区市町村における事前の議論に基づく報告を踏まえて、参加者の皆さんと意見交換を行うこととなっております。

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説明をお願いいたします。

○安藤医療政策課課長代理 東京都保健医療局医療政策部の安藤と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、私から資料について説明させていただきます。資料2をご覧ください。

先ほど、高野座長からもありましたとおり、今回は「地域における在宅医療連携の更なる推進に向けた取組」をテーマにしております。

現在、国において進められている新たな地域医療構想の検討に向けて入院医療だけでなく、外来医療と在宅医療と介護との連携等を含め、地域における医療提供体制全体の課題解決を図っていくことが求められており、在宅医療の重要性が高まる中、地域医療構想調整会議との連携をこれまで以上に深めていく必要があると考えております。

これに関連して、参考資料3として、令和6年度第1回地域医療構想調整会議議事概要及び意見をおつけしておりますので、後ほどご参照いただければと思います。

このため、地域医療構想調整会議における意見交換のテーマとなっております、地域医療の連携の推進を参考に、「地域における在宅医療連携の更なる推進に向けた取組について」というテーマを設定いたしました。

具体的には(1)の①②にありますとおり、医療・介護の人材不足が懸念される中で、どう効率的に多職種で連携するか。現状の多職種連携の際の連絡方法・手段についてどのような課題があるか、の二つについてご意見をいただきたいと思いますと考えております。

意見交換の進め方ですが、(1)にありますとおり、今回は、ワーキンググループ実施に先立ち、参加する各区市町村のメンバーで、①②に記載したテーマに関する課題や、現在実施している取組、今後実施を予定している取組などについて事前に議論し、意見集約をするようお願いしているところです。

ワーキング当日に区市町村ごとにご議論いただき、その後、意見交換するとなると、意見交換の時間がほとんどなくなってしまうため、今回はこのような形で進め、より議論を深めていただきたいと思いますと考えております。

この事前の意見交換の場の設定につきましては、各区市町村に依頼をしております。

区市町村の皆様におかれましては、調整にご協力いただき誠にありがとうございます。

議論のメンバーですが、行政職員、地区医師会、在宅医代表は必須とし、それ以外の歯科医師会等のメンバーにつきましては、参加が望ましいということで案内しております。

議論は事前アンケートの結果に基づき行うこととしており、その内容については、資料3のとおり取りまとめています。

そして、ワーキング本番、この後の流れとなりますが、(2)にありますとおり、まず各区市町村から事前に取りまとめた意見をご報告いただきます。時間は5分程度とし、

口頭で報告をお願いいたします。

その後、（３）にありますとおり、区市町村からの報告内容を踏まえ、意見の深掘りや参加者間の質問等の意見交換を実施するという流れでございます。

まず①の医療・介護の人材不足が懸念される中で、どう効率的に多職種で連携するかについて。

次に、②の現状の多職種連携の際の連絡方法・手段について、どのような課題があるかについて。

最後に、その他についてという流れで各テーマ１０分から１５分程度で意見交換を行っていただき、最後に座長の先生と東京都医師会の理事の先生に講評をお願いしたいと考えております。

なお、本日の討議終了後は、事務局にて意見交換内容をまとめ、当日のワーキンググループ参加者及び各関係団体宛て、情報共有をさせていただきますという予定でございます。

続いて、簡単に参考資料の紹介をさせていただきます。

まず、参考資料１でございます。こちらは、地域医療構想調整会議の資料で、２０５０年までの将来推計人口と高齢単独世帯割合でして、都の在宅療養を取り巻く環境をお示しするための資料となっております。続いて参考資料２をご覧ください。

こちらは、在宅療養に関するデータ一覧です。市町村ごとの医療介護資源を掲載しておりますので、意見交換の参考としていただければと思います。

参考資料３は、先ほどお話ししたとおりです。

私からの説明は以上となります。

意見交換の進行は、座長の高野先生をお願いさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

○高野座長　ありがとうございます。

東京都からの説明について、ご質問等ありますでしょうか。

それでは、早速、区市町村からの報告をお願いしたいと思います。

１区当たり５分程度でお願いいたします。

まずは、千代田区からお願いいたします。千代田区の辰島健様、お願いします。

○辰島委員　こんばんは。千代田区の辰島と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、取りまとめを報告させていただきます。

○事務局　すみません、ちょっと今ハウリングしているようでして、どなたかミュートが解除になっている方はいらっしゃいますか。大丈夫でしょうか。

一応、今、こちらでは確認しては大丈夫そうなんですけども、もう一度、ご発言いただいてもよろしいでしょうか、千代田区様。

○辰島委員　はい、改めまして、千代田区の辰島と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局　スピーカーをオフにするとか。

○事務局　もしかしたら、スピーカーがオンになってご発言いただいているのかなと思うんですが、何かそういったお手元のパソコンのほうで設定とかありますでしょうか。

○辰島委員　よろしいでしょうか。

○事務局　まだいまいちですね。こちらの音声は普通に聞こえていらっしゃいますか。

○辰島委員　聞こえています。

○事務局　少しハウリングぎみのところがあるんですけども、聞こえますので、では、ちょっと一応続けていただいてよろしいでしょうか。

- 高野座長 ゆっくりお願いします。
- 辰島委員 それでは、また改めまして、千代田区の辰島と申します。よろしいでしょうか。
- 高野座長 ちょっとハウリングが消えないようです。
- 辰島委員 こちらでは、特に何かをしていくわけではないですが、申し訳ございません。
- 事務局 そうなんですね。
- 事務局 機材を変えてもう1回出直してもらったら。
- 高野座長 先に、ほかの区の方にご発言いただきますので、その間にちょっと機材のほうの調整をお願いしますでしょうか。機種を変えるとか、ちょっとやってみてください、すみません。

では、続けてまいります。中央区の上村沙織様、よろしくお願いします。

- 上村委員代理 私、中央区福祉保健部介護保険課の上村と申します。声は聞こえていますでしょうか。
- 高野座長 聞こえています。大丈夫です。
- 上村委員代理 ありがとうございます。本日は、介護保険課長の河内が所用により欠席のため、代理で出席となります。よろしくお願いいたします。

議論のテーマの課題につきましては、日頃より中央区の在宅療養支援協議会で議論されている内容を区でまとめまして、協議会委員の皆様に確認をしていただきまして、この場で報告をいたします。

まずは、テーマの1なんですけれども、中央区におきましては、高齢化率が約14%と、23区内で一番低値であります。令和15年頃に高齢者数が3万4,000人を超えまして、令和6年度と比較して8,000人増加する見込みとなっております。在宅療養を必要とする高齢者のニーズが、より多様化していくことが考えられます。

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるように、在宅療養に関する医療機関と介護サービス事業所など関係者のさらなる連携が必要であると考えております。

具体的には、研修などの実施によりまして、医療機関及び介護サービス事業者の在宅療養に必要な知識や技術の習得、向上を図るとともに、日頃から顔の見える関係づくりができる場を設けることによりまして、多職種による効率的な情報共有や連携が可能になると考えられます。

こちらに関する中央区の主な取組としましては、学識経験者、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャーの方を委員としまして、在宅療養に係る支援体制について、多職種が集い協議する場として、在宅療養支援協議会を設けております。また、多職種連携推進のためのグループワークを年に複数回実施しています。

次に、テーマの2なんですけれども、多職種連携の際の課題について、多職種連携の際の連絡方法や手段について、医療機関や介護事業所の方から電話、FAX等は時間や手間がかかるという声が以前から上がっておりました。

そのため、令和6年3月に区内の医療機関及び介護事業所を対象に、多職種連携ICTシステム活用に関するアンケートを実施したところ、電話やFAXを使用した連絡が多く、ICTシステムの利用の割合が低いことが分かりました。

その理由としまして、ICTシステムの使い方が分からないこと、運用ルールなどの統一のポリシーがないこと、法人用の端末がないことなどが挙げられていました。

その一方で、ICTシステムを利用したいと考えている医療機関や介護事業所は大変多かったため、利用しやすい環境を整えていくことが課題であると考えております。

今回のアンケートで、初めてＩＣＴシステムのことを知ったと回答された医療機関、事業所が３割以上いらっしゃったことから、ＩＣＴシステム自体の周知が必要なことも分かりました。

ワーキンググループの事前アンケートで、ほかの委員の方からも多数意見がございますが、多職種のチーム全体で統一したツールを使用することが連携の第一歩であると考えておりますので、アンケート調査で抽出した課題に基づきまして、引き続き周知を行うとともに、活用拡大を進めていこうと考えております。

中央区からは以上でございます。

○高野座長　ありがとうございます。

では、次、港区の土井様、お願いします。

○土井委員　みなと保健所の地域医療連携担当課長をしております土井と申します。

では、港区の状況の報告をさせていただきたいと思います。

港区においては、情報の共有の場というものが多職種連携には必要だろうというふうと考えておりまして、区のほうで協議会を設けています。港区地域包括ケア推進協議会、それからその下に、在宅医療介護連携部会、それから地域リハビリテーション介護予防推進部会という部会を設けて、区、それから医師会、薬剤師会、歯科医師会、それから病院、社会福祉協議会、民生・児童委員、それから町会・自治会、そういった、あと、介護予防事業者、あと訪問看護事業者、そういった職種を集めまして、年に数回、会議体を持っています。

その中で様々な職種が抱える課題・問題というものを情報共有しているというような会議を設けています。

その中で、また区民向けにも介護予防などの講座なんかを開催して、区民に対しての情報発信も行っているというようなところなんです。しかしながら、こういった会議体、多職種が集まりますけれども、やはり年に数回というところもありまして、そこで情報共有、そういったものが連携に向けた情報共有、そういったものが十分になされているとはなかなか思えない部分もありまして、その点、顔の見えるような、より密な連携というものをどうしていくのかというものは課題として、今後、各職種の方々と話し合いというものを進めていかないといけないのかなというふうに感じているところです。

そして、次の連絡方法、手段についてどのような課題がというところですが、港区は基本的にはメールでやり取りをしているところですが、やはり先ほど申し上げたとおり様々なお立場の方が関わってくるというところで、そのメールの送信先、相手方も多数に上るというところもありまして、やはり日程調整だとか、そういったところにはなかなかメール１本ではなかなか調整に時間を要する、なかなか効率的な調整ができないという課題がありまして、何らかの共通で使えるような、そういったシステムというか、そういったものがないかというところは、今後考えていかないといけないのかなというふうには考えているところでございます。

簡単ですけども、港区からは以上になります。

○高野座長　ありがとうございました。

続いて、文京区の木内様、お願いします。

○木内委員　文京区の福祉部地域包括ケア推進担当課長、木内と申します。よろしく願いいたします。

文京区では、１１月１４日にオンラインで事前の打合せを行っています。１４日に参加いただいたのは、地区医師会の先生と、それから病院協会の代表の先生、それから訪問看護ステーション協会代表の方と、あとは区の職員となっています。

①どう効率的に多職種で連携するかというところなんですけれども、事前に皆さんから提出していただいたアンケートを基に、検討していますけれども、大きく三つ挙がっております。

一つはICTの活用、二つ目がチームづくり、三つ目が既存の制度や仕組みをうまく活用する必要があるだろうといった意見が出ています。

ICTの活用としましては、MCSを活用することによって訪問時に気になったことを画像なども活用して一斉に多職種間で共有ができるとか、あとは自分の組織に関わる時間以外の様子も継続的に把握ができるといったご意見がありました。それから、対象者との日々のやり取りを共有することで、ACPにつながるといった活用が考えられるかなと思います。ただ、これについては、さらに使い方の工夫が必要であろうというご意見が出ていました。

二つ目のチームづくりについては、現段階では在宅診療を行う医師、それから訪問看護ステーションの数、要は在宅医療系の施設はそれなりにあるということと、あとはまた一つの医療機関で複数の疾患の患者さんに対応できるよう複数科のお医者様をそろえて、在宅診療を行うクリニックが、文京区内だけではなく他の自治体からも訪問がありますので、医療体制の不足はあまり感じていないというご意見でした。

一方で、皆さん気にされていたのは介護人材の不足が深刻ではないかということが挙げられています。不足するケアマネさんですとか、ヘルパーさんをいかにチームに引き入れられるかというのがポイントになるということで、チームで取り組めることが利用者の方の安心につながるだろうというお話が出ています。

それから、チームづくりの要となるのはお互いの職種の役割を理解すること、理解が進めばタスクシフト・タスクシェアにつなげられる業務をお互いに探っていけることができるのではないかと。

それから、基本的なことですけども、顔の見える関係、信頼関係を促進するような学びですとか交流の場を確保すること。現在は、区が行っている勉強会ですとか医師会のほうで開催するもの、ステーションのほうの学びの場など、それぞれ幾つかはあるんですけども、やはり不定期的な開催、それはそのままあっていいと思うんですけど、不定期ではなく定期的に開催できる、あそこに行けば交流できるとか、学べるというような拠点があるといいかなと思っています。

多職種合同の研修、それから事例検討会等でお互いの立ち位置の考え方とか、それから活動の範囲を知って、重なるのり代を探っていけるとよいかなと思っています。

それから、既存の制度や仕組みの活用については、特定行為看護師の活用ですとか、定期巡回随時対応型訪問介護・看護、それから看護多機能型居宅介護などの既存の仕組みをもうちょっとうまく活用できると人材を有効に効果的に使っていくことができるのではないかとという意見がありました。

それから、二つ目です。連絡方法・手段についての課題のところですよ。これも大きく分けて二つ、その他も入れると三つなんですけれども、一つは、連携手段が煩雑である。これは皆さんおっしゃっておいりました。連携先が広がっている。区内大学病院が4か所あります。大学病院さんであったり在宅診療を行う医療機関、それから看護ステーション、ケアマネ等々、先ほどのMCSですとかFAX、メール、電話等々、それぞれが独自のシステムを活用されている。患者様に関わる事業者ごとに連絡方法が様々であるのでやり取りに煩雑さを感じているというご意見がありました。

連携強化は、なぜ必要かというのは利用者のためであるが、ともするとそれぞれの組織のための連携にはなっていないかという投げかけもありました。

希望としては、連携システムが統一されるとありがたい。できれば、民間のシステムではなくて何か共有の情報システムがあったらいいのではないかとのことでした。

MC Sが文京区では多く使われているんですけれども、ただ、一方で登録してもなかなか使いこなせないという方もいらっしゃいます。先ほど、港区さんでも出たと思うんですけれども、登録しても使いこなせないメンバーがいると、なかなか活用も進まないというグループもあるようです。

それから、個人情報の扱い、例えば患者さんのグループの中でメンバーが交代したり抜けたら退出するといったことですか、端末の管理が個人持ちなのか会社持ちなのかとか、MC Sですと休日・夜間のメッセージの送信が可能だと思うんですけれども、対応はどの範囲とするのかなどですね。多機関で共通するような運用のルールづくりが必要だということが挙げられています。

それから、MC Sはかなり登録をしていただいているんですけれども、やっぱり使いこなすとか、もっと普及させるには自治体が積極的に旗振りをする必要があるんじゃないかというご意見もいただいております。

その他、オンライン、動画は皆さん活用できるようになりましたので、オンラインを主体としたカンファレンス体制の移行がよいのではないかとのことと、あとは、訪問看護指示書の数が増えている、昨今、郵便料の値上げがありましたけれども、その影響等もあるよということ。ICT化というふうに一方では言っているけれども、文書が大量にある中で、どう効率的に連携できるかというのは課題であるというお話も出ていました。

それから①②以外、その他の部分なんですけれども、訪問看護ステーション、それから訪問診療では新規のケース依頼が減っているという声がよく上がっていると聞きました。大学病院から特定の訪問診療に流れる傾向ですとか、あとは入院から特定の施設に移行するケースも少なくないと、ご本人も患者様の自宅に戻りたいという思いをかなえることができないもどかしさを感じているという声もありました。

そのほか、地域では、私は保健師なんですけれども、地域の医療や必要なサービスにつながっていない住民の方が少なくないかなと思っています。例えば、もうちょっと周囲との関わりがあれば、もうちょっと早く医療につながる方もいるのかなと思うんですけれども、必要な情報を得られていないがために病状が重くなってから救急搬送で入院という方も少なくないということで、ここがどうやって日常的につながっていけるかというのが課題かなという話もさせていただきました。

これらに対応するために、まだこれから課題がたくさんあるんですけれども、文京区の場合は、地域医療連携推進協議会の中の在宅医療検討部会、これがやはり年に2回か3回の開催になりますので、ちょっとなかなか膝を突き合わせての協議が難しいので、今年度はワーキンググループということで、生活圏域一つを絞りまして、その中で年越しで課題を出し合ったりしているところです。

報告は以上です。

○高野座長 ありがとうございます。

同じく文京区の田口様、これに付け加えるご報告はありますでしょうか。

たくさんご報告、ありがとうございます。

それでは、次に、台東区の大網紀恵様、お願いします。

○大網委員 台東区健康課長の大網と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

台東区では、在宅医療介護連携推進事業に位置づけられております8つの事業項目について取組を進めておりまして、今年度9月19日に台東区在宅療養連携推進協議会を

開催し、各事業の取組状況、報告、現状の課題につきまして、多職種の委員の皆様よりご協議いただいた内容につきまして、4点ご報告をさせていただきます。

まず1点目でございますが、要介護高齢者の口腔機能の向上を目指すため設置しております三ノ輪口腔ケアセンターの相談件数について、コロナ禍の名残のために低迷していることが課題として挙げられました。

こちらに関しまして、訪問看護ステーションや認知症デイサービスといった新たな関係機関との連携を図りながら、取組を一層強化してまいりたいということを本協議会において、認識を共有させていただいたところでございます。

また、三ノ輪口腔ケアセンターは、来年3月に開設される特養施設の1階に移転を予定しておりまして、今回のこの移転に伴い機能を拡充し、要介護高齢者等の口腔機能と健康の向上を図る施設として十分活用されるよう、普及啓発の強化に取り組んでいくとしているものでございます。

二つ目でございます。多職種間の情報共有につきまして、台東区では現在、入退院時情報連携シートのほか、MCSを活用した在宅療養患者の情報共有による体制整備を推進しております。入退院時情報連携シートにつきましては、件数が減少傾向にあり、シートの存在自体の認知が低くなっていることも要因の一つと考えられることから、普及啓発の強化に加え、シート項目を活用しやすい内容に改善していくことを協議、共有いたしました。

また、台東区では、MCSの活用による情報共有を推進しているところでございますが、加入者は増加傾向なんですけれども、セキュリティ面の懸念から加入できていない事業者や職種があるなど、使用する連絡手段が多岐にわたり、法律的な連絡が難しい状況が課題として挙げられております。

三つ目でございます。永寿総合病院と区立台東病院で実施しております、在宅療養患者事前登録事業でございます。こちらは、在宅療養患者の後方支援制度として、夜間・休日における入院受入対応のため、平成27年度から永寿総合病院において、令和3年度から区立台東病院において在宅療養患者の事前登録事業を実施しております。

台東病院では、令和3年度よりモデル実施、令和5年度より本格実施いたしました。病院と医師会間で本事業の問題点を洗い出し、ルール of 構築や整備を行うため、定期的に進捗状況や検討事項についての協議の場が設けられており、在宅療養に関する連携を図りながら、ご本人とご家族が安心して医療の提供を受けられるよう、協議が進められているところでございます。

四つ目でございます。今後、高齢化の進展に伴い在宅療養の需要が増大することが想定されており、地域における急変時や在宅看取りへの対応が一層求められる状況となります。

切れ目のない在宅医療の提供について、本協議会の中で東京都の在宅医療推進強化事業の24時間診療体制の構築を検討されておられます、浅草医師会より進捗状況の報告がございました。今後につきましては、両医師会における情報共有を図りながら協議を進めてまいりたいと考えております。

台東区からは以上でございます。

○高野座長 ありがとうございました。

では、戻りまして、千代田区の辰島様、大丈夫でしょうか。

○辰島委員 改めまして、辰島でございます。いかがでしょうか。

○高野座長 大丈夫です。お願いします。

○辰島委員 お願いいたします。千代田区在宅支援課長、辰島でございます。

それでは報告をさせていただきます。まず①のところからです。

身体疾患に認知症など精神疾患を合併しているケース、心身状況の変化が激しく医療ニーズが高いケースでは、多職種の連携が不可欠だと捉えております。

チームで在宅療養を支える上では、関わる職種が定期的に情報共有を行うことが必要であり、多職種共同研修を継続的に実施していくほか、主治医の先生に参加してもらい、直接アドバイスをもらえるような仕組みがあればよいと思いますというご意見。

千代田区では、区内の事業者数の関係で隣接区の事業所を利用しているケースも少なくありません。区内であれば、ケース対応以外でも連携する機会も多いのですが、他区の場合は、区内事業所間と比べると連携する機会が少ない分、情報共有やコミュニケーション方法が確立しにくい現状があると思います。

人材不足で、それぞれがタイトなスケジュールで業務をこなしている現状がある中、区内からの移動は業務効率低下の要因となる場面があるように感じます。そのため、在宅療養支援に関わる医療介護機関がオンラインでサービス提供状況の共有、また、相互連絡のできるデジタル掲示板を構築できればよいのではないかと思います。また、そのシステムは区を越えた圏域内で共通に利用できるシステムであることが望ましいというご意見をいただいております。

続きまして、②のほうです。現在、事業者間の連絡調整がいまだに電話や対面会議などを中心としており、効率的ではないという課題がございます。

I C T活用をさらに進めることでタイムリーに情報を入手でき、迅速な対応に結びつけられるのではないかと思います、というご意見。

また一方で、個人情報の共有に関する課題やI C Tの活用に伴う事務負担の増加も懸念され、導入にはなかなか踏み切れない現状や、千代田区では区内の事業所数の関係で、隣接区の事業所を利用しているケースも少なくないため、情報共有やコミュニケーション方法が確立しにくいという現状もございます。

また、テキストでは伝わらないニュアンス、顔を合わせて話をするすることで、理解が進むということも多いため、対面での協議の重要性も実感するところという声や、記録が残るという点等から、F A Xも有効であるという声もいただいております、I C T活用とその他の手段を必要に応じて使い分けながら調整を図っていかねばならないと感じております。

今後も、在宅療養ワーキンググループなどの機会を有効に活用して、継続的なコミュニケーションを高めることで、効率的で有効な連絡方法や手段について検討を進めていきたいと思っております。

以上でございます。

○高野座長 ありがとうございます。

それでは、会議議事に進みます。本日のテーマである「地域における在宅医療連携のさらなる推進に向けた取組」の意見交換を始めたいと思います。

これまでの各行政の方々のご報告を踏まえて、各医師会代表、在宅医代表、そして病院歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、看護協会、ケアマネジャーの協議会代表、老健施設代表という順番でご意見を聞いていきますので、よろしくお願いします。

まず初めに、神田医師会の辻先生、お願いします。在宅医と兼任されてる先生は、両方の意見をお願いします。

○辻委員 神田医師会の辻です。

先ほど事前にお伝えしたご意見も千代田区の方が発表していただいて、大体尽くされておりますけれども、やはり中央部といっても、私は千代田区に所属しておりますけれ

ども、大分、同じ中央部でも区によって差があるように思いますので、ここの議論は本当に区単位の問題と中央部の問題と東京都の問題と日本との問題とで分けて議論していかなくちゃいけないのかなというふうには思います。

例えば介護の分野では、地域包括ケアシステムみたいなもので市町村で統一して進められるものかもしれませんが、医療においては、ご存じのように市町村を越えて受けられておられますし、在宅医療も市町村を越えているというのが中央部の特徴ではないかと思しますので、そういう特徴というのはなかなか全国レベルでの議論には出てこないもので、例えばプラットフォームをつくるにしても、地方でのプラットフォームづくりというのは中央都心では、なかなか郊外ではできない独自の中央部の強さ、弱さを知りながら強さを発揮した立案が必要かと思っております。

以上です。

○高野座長 ありがとうございます。

これは①番の効率的に多職種で連携するかということと、その連絡方法、手段についての課題ということの両方のご意見ということでよろしいですかね。

では、この先も1番、2番続けてのテーマですので、続けてのご意見で構いませんのでお願いいたします。

では、次、中央区の井戸田先生、お願いします。

井戸田舞先生、いらっしゃいますでしょうか。

○事務局 いらっしゃらないみたいです。

○高野座長 そうですか。では、次の日本橋医師会の鈴木先生、お願いします。

○鈴木委員 すみません、同じ中央区の鈴木医院の鈴木と申します。

先ほど、辻先生がお話しされたように、区の端っこで隣接してる地域で、やっぱりみたいで診療をしている在宅のクリニックだとか、あと、日本橋地域が在宅専門にやっている先生たちがあまりいない。あと、医師会に入っていないので、把握できていないというか、あと、多職種連携に関して、連携の方法が定まっていないということと、あと、個人利用の端末を利用したりするとセキュリティーだったりとか、労務管理とかが複雑化、通信費の問題だったりとか、いろんな問題があるかなと思っています。

以上です。

○高野座長 ありがとうございます。

では、次に港区医師会の菰池先生、お願いします。

○事務局 ご退席のようです。

○高野座長 そうですか。では、文京区の吉田先生、お願いします。

○吉田委員 声、聞こえますでしょうか。よろしくをお願いいたします。文京区医師会の吉田と申します。

文京区医師会としましては、MCSを多職種連携の重要なツールとして、数年前から推奨を進めているんですけれども、少しずつ広まってきているとはいえ、まだまだ個人情報との件ですとか、やっぱりセキュリティーの部分で導入できないというところが多いのかなという実感をしております。

当院の話にはなるんですけれども、やはりMCSを進めながらも、病院さんとはケアブックというツールを使ったりですとか、MCSは難しい事業所に関しましては、チャットワークですか、メール等、いろんなツールを使ってやらざるを得ない現状がありますので、やはりいち早くこういった現状を変えていくためにはプラットフォーム、この一つのツールを全体で使っていく必要があるのかな、そういった手続に進んでいく段階に来ているのかなというふうに感じております。

以上です。

○高野座長 ありがとうございます。

では、小石川医師会の久保先生、お願いします。

○事務局 入っていらっしゃるんですけども、画面がオンになっていますが離席されているみたいで。

○高野座長 では、浅草医師会の柳澤先生、よろしくお願いします。

○事務局 ミュートになっています。

○高野座長 ミュートになっているようですが、ミュートを外してお願いします。

柳澤先生、聞こえていますでしょうか。

井戸田先生、まだいらっしゃっていますか。

では、よろしいでしょうか。柳澤先生。

ちょっと音声が届かないようですので、今度は、在宅医の代表の先生にちょっとご意見を聞いてまいります。

台東区の宮原光興先生、いかがでしょうか。

○宮原委員 聞こえておりますでしょうか。

台東区の宮原と申します。柳澤先生と一緒に在宅医と浅草医師会でネットワークをつくるべく、協力すべくMCSを中心に連携があります。

先ほど、ほかの医師会の先生からお話ありましたが、医師会に入っていない先生方もいらっしゃるので、そこら辺とどう連携していくかということは多分、今後の課題になっているのかなというふうには思っております。

また、柳澤先生からお話があるかと思しますので、よろしくお願いいたします。

○高野座長 ありがとうございます。

では、港区の在宅医代表の安田先生、お願いします。

○安田委員 はい。聞こえていますでしょうか。ありがとうございます。

港区医師会では、まず①番の複数疾患に対する高齢者の在宅療養に当たりということですが、港区は比較的在宅医療に限らず、医療資源というのは、やはり充実している地域ですので、医師会でも在宅リーダー医師の会というのをつくって、各5地区あるんですけども、5地区に各二人ずつ、リーダー医師を置いて、その中からでなく、さらに皮膚科の先生、往診をしてくれる先生、耳鼻科の診療してくれる先生、ほかに整形外科の往診をしてくれる先生という各診療科で往診をしてくれる先生という在宅リーダー医師というのを設置してます。

そのリーダー医師の会というのを、港区がやっていたいている在宅療養相談センターというところをハブにして、そこで中心でこういう患者さんがいてとか、そういう連絡が来ると、そこを介して在宅リーダー医師に連絡がされて、そういう多職種の、いろんな複数疾患を抱える在宅の患者さんの問題に対応するようにしています。

やはり、介護職の医療職は結構いるんですけど、介護職の本当に人材不足というのは結構問題がありまして、ケアマネさんとかもかなり足りなくなってきましたし、あと、港区はちょっと特殊なのは、訪問診療にしても在宅介護にしても、やはり区内に在住している先生も少ないし、介護職の人も少ない。ほとんど他区から通勤してきている人が少ないというのがあって、昼間は結構何とかなるんですけど、夜はもう全く手薄な状態というのは、本当に昼間人口と夜間人口の格差がすごいように、特殊な地域だなと感じることが多いです。

次に連絡方法ですが、相変わらずやはりICT、一応、僕は個人的にはICTではMCSを使っていますが、僕の関わってくれている事業者さんは、なかなか使ってくれる

ところも多いんですけど、やっぱり医師会として一つのものを推すというののもちょっとあれですし、いろいろななかなかICTが進まず、相変わらずケアマネ時間とかつくてやっている、電話させる先生が電話でやっているというところが多いです。今後は、これなんか行政にMCSを使ってねと、やってほしいなと考えていますが、よろしくお願ひしたいところです。よろしくお願ひいたします。ありがとうございます。

○高野座長 ありがとうございます。

それでは、港区医師会の代表の菰池先生、お願ひできますか。

○菰池委員 すみません、ちょっと遅れて参加してしまったので、申し訳ありません。

今、安田先生のお話も港区医師会の中でいろいろ検討課題に挙がっていたところだと思ひますけれども。

○高野座長 よろしいでしょうか。付け加えることは。

○菰池委員 はい、すみません。ありがとうございます。

○高野座長 では、中央区医師会の代表と在宅医代表でいらっしゃいます、井戸田先生、お願ひできますか。

いないですか。いらっしゃらないようですので、では、今度は東京都病院協会代表の文京区の窪田様、お願ひします。

○窪田委員 聞こえますでしょうか。

○高野座長 はい。もう少し大きな声でお願ひします。

○窪田委員 私の東都文京病院は、まだ在宅ということが、訪問看護まだ始めていなくて、これから始めるといふ準備段階でございます。ただ、今ケアブックはもう導入しておりますが、まだMCSは導入していないので、今後考えております。

今後、やはり情報共有のためのツールの一般化ということが、今後検討していかなきゃいけない問題ではないかなというふうに考えております。

以上です。

○高野座長 ありがとうございます。

では、歯科医師会代表の千代田区の西田先生、お願ひします。

○西田委員 麹町歯科医師会の西田と申します。

歯科医師会からの意見といひますか、少し切り口が違ふかもしれませんが、まだ先生方がご利用されているこのMCSとか、そういうツールに関しては、私どももなかなか耳慣れない状況でして、情報共有する意味では在宅の歯科医師もこのMCSに入れていただければいいなといふのを、今、先生方のお話を聞いて思ひました。

摂食嚥下とかVEとかを推して在宅歯科医師も増えておりますので、そういう意味では、歯科医師がそこに加わらせていただくのも一つかなと思っております。

あとは、もう1点といひしましては、多職種連携ですが、千代田区は多職種連携の様々な研修会を、行政のほうでも催していただきまして、区の事情として、高野先生からこの間、別の会議でお話を聞いたんですが、在宅医として千代田区で行っている先生が少ないといふことをお伺ひしたんですが、その先生方もすごく協力していただいて、歯科のいろいろな口腔管理の重要性だったり、そういうお話をよく聞いていただいております。

ただ、ケアマネさんだったりヘルパーさんだったり、直接、患者さんと接する方が、歯科に対する重要性はある程度分かってはいらしていただいているんですが、具体的に何を見ていいのかとか、そういうことに関しての周知といひますか、こちらを歯科医師としてできることがまだまだあるのではないかなと思っております。

それは、私どもよりもう少し上の組織です。東京都歯科医師会であつたり、日本歯科

医師会であつたりとが、何を気づいていただきたいか、口腔管理が必要であるということが分かっていても、どういうところを気づけるのかといったところの啓蒙活動が、まだまだ足りていないんだなというのは実感しております。

以上です。

○高野座長 ありがとうございます。

では、薬剤師会代表の犬伏洋夫様、よろしくお願いします。

○犬伏委員 こんばんは。東京都薬剤師会の犬伏でございます。

薬剤師会といたしましては、在宅は非常に重要なことというふうに考えております。そこはもう当然ですね。

私、薬剤師会の立場で出てきて個人の話をするのはあまりよろしくないんですけども、私自身、中央区で薬局をやっております、先ほどからお話に出てきております、メディカルケアステーションMCSに関しましては、私自身も使わせていただいております。

非常に有用なツールなので、ぜひケアマネさんとか、いろんな方に入っていただきたいと思って、一度、中央区の中で研修会でお勧めをして、皆さんにご意見を伺ったことがあったんですが、その中に割と多かった意見として、ケアマネさん等が結局、BYOD問題とおっしゃっていたんですが、要は自分のデバイスでそういうのに入ってしまうことによって、例えば自分のiPhoneにMCSを入れて、それを自宅で見るとかということに対して企業体が大きくなればなるほど、プライバシーの問題というのが引っかかってくるということを言われて、それで自分としてはやりたいんだけど、会社として止められてしまうというようなお話を聞いたことがありまして、その辺、一つ大きな課題ではないかなと思って考えておりまして、今日、皆さんのお話を聞かせていただいております。

すみません。ちょっと東京都としての話ではなく申し訳ないのですが、私の発言とさせていただきます。ありがとうございます。

○高野座長 ありがとうございます。

それでは、次に、訪問看護ステーション協会代表の阿部智子様、お願いします。

○阿部委員 お世話になっております。東京都訪問看護ステーション協会代表としてまいりました。訪問看護ステーションけせらの阿部と申します。

先ほど、私どものほうからの課題に関しましては、先ほど文京区のほうの木内さんのほうから、かなりまとめて出していただきましたので、それについては追加はないんですけども、ただ、やはり皆さんご存じかと思うんですけども、最近ステーション数はかなり増加しているという一方で、廃止してるステーションも多いということと。

あと、先ほど医師会の入会率ということもありましたけども、やっぱり訪問看護ステーション協会の入会率もやはりなかなか増えない、増えているけども入ってこないということで、やはり入会してくれないステーションの情報がなかなか取れないというところから、やっぱり訪問看護の質ということに関して、ちょっと・・・なところが結構あるかなと思っております。

また、先ほども話していたんですけど、やっぱりターミナルとか、そういうケースがちょっと少なくなっているということと、私たち訪問看護ステーションでも看取り率という部分で加算が結構ついているんですけども、なかなかその看取り率がついこの間まで訪問をずっとしてたんですけど、入院を機に看取れなくなったとか、そういうことから、看取り率が少なくなっていることも課題になっていて、今後どういうふうな形で私たちは関わっていけたらいいのかと、課題に挙がってるところです。

あと、先ほどちょっと話があったんですけども、指示書の受渡しの数がかなり多くて、今、郵送させていただいているんですけども、郵便切手代も結構上がってきたということと、あと、国は連携データシステムをつくっているんですが、なかなかそれが全然機能してなくて、いまだにプリントアウトがかなりの数が多く、それをまたFAXでやり取りするという紙の文化が全然まだ残っているという、いつになったら紙が少なくなるのかなというのも課題に思っているところです。

以上です。

○高野座長 ありがとうございます。

それでは、看護協会代表の千代田区の木村ひづる様、お願いします。

○木村委員 木村です。

看護協会のほうでは、聞こえてますでしょうか。

○高野座長 はい、聞こえています。

○木村委員 中部地区という地域の特性上、病院間と、あと病院と地域という看護間の連携がなかなかつくりにくいというふうな問題があります。

それで、看護協会のほうの地域包括ケア委員会というところが中心となって、病院と地域がつながっていくための顔の見える関係づくりというふうなところで、まず千代田区と、それから台東区、その看護部長さんたちがつながって地域との連携に向けて話し合いをしたりだとか、あと研修を組んだりだとか、そういうふうなところで活動をしているところです。

今ですと、台東区の看護部長会がかなり行政と協力しながら、大々的に退院支援看護師を地域で育成しようというふうな試みだとかもやっているようなところもあったりとかしていますので、なかなかすごく取組が進んでいるかなというふうなところを感じております。

ただ、やっぱり千代田区は、なかなか病院で看護部長さんたちはつながってはいるんですが、地域というふうなところになりますと、1年に1回ぐらい研修会を一緒に行うというふうなところが中心となってやるくらいしか、今のところはできていないというふうな状況です。

これを、また発展させていって、それぞれの中部地区の中での退院支援看護師であったりだとか、調整だとかにスムーズに結びつけられていくような、看護師さんの育成をしていきたいなというふうなところとかも話し合われて、今いるようなところです。

今のところは、そんなところです。

○高野座長 ありがとうございます。

では、次、介護支援専門員研究協議会代表の台東区の西澤文恵様、よろしくお願いします。

○西澤委員 よろしくお願ひいたします。東京都介護支援専門員研究協議会の西澤です。

皆様の貴重なご意見をいただいて、どの先生からも出ていたように、やはりケアマネジャーの業務の多様化だったりとか、あるいは煩雑化とかシャドーグレーとかというところで、今、問題になっているかと思うんですが、やはりその点でケアマネジャーがなかなか手がない、あるいは高齢化等が今とても大きな問題となっていて、現状の課題でもあるかなというふうに思っているところです。

ただ、複数の疾患を抱える高齢者にはどのような、何が必要かというところでは、やはり高齢になるとどうしても複数の疾患を抱える方が多くなってくるかなというふうに思っているところです。

そして、様々な医療機関を複数受診しているという高齢者も多いのではないかなとい

うふうに思っています。そして、そのときの緊急時の連絡先のフローとかがまだまだ一般化されていなくて、統一されていないがために、なかなか緊急時に適切な対応ができなかったりとか、あるいは優先順位が確認できていないというところも大きなリスクがあるかなというところで、私たち自身も考えなければいけないことですし、検討していかなければいけないことかなというふうには思っているところです。

そして、連絡方法についてなんですけれども、やはりケアマネジャーの高齢化というところもあるかと思うんですが、最新のこのデジタル化情報に追いついていけない状況とかというのはあるかなというふうに感じているところです。そして、連絡手段の多様化というところもLINEだったりとかメールだったりとか、あるいはメッセージ等を様々に煩雑しているところで、なかなか統一されていないという現状があるのかなというところも課題となっているかなというふうに私自身は感じています。

コミュニケーションっていうところなんですけど、なかなか医療職とのコミュニケーションが苦手な介護職というふうに言われているところなんですけど、その点はまだまだ懸念されているところがあるかなというふうに思いますし、私たち自身の課題でもあるかなというふうにも思っています。

ただ、そのところで、やはり各職種が異なるフローだったりとか、あるいはプロトコルとかを使っているというところでルールがないというところもあって、そのところで、例えば共通用語とかが的確に出来上がると、もしかしたら連絡方法も的確にできるのではないかなというふうに考えているところがあります。

私からは以上です。

○高野座長　ありがとうございます。

それでは、老健施設代表の文京区の大森順方様、お願いします。

ちょっといらっしゃっていないようですので、では、浅草医師会の柳澤智義先生、お願いします。

○事務局　いらっしゃるんですが……。

○高野座長　画面から消えてしまわれたということで。

では、以上ざっと皆様のご意見を頂戴してまいりましたけれども、まだご発言なされていない方、またはこういうことも問題として挙げたいというご意見ありましたらお願いします。

私のほうから指名させていただきまして、神田医師会の辻先生、共通のプラットフォーム、例えばどういうことが具体的にあればよいとお考えでしょうか。

○辻委員　それ以上のアイデアは僕も専門じゃないので、それこそITエンジニアの専門の先生というか、考えていただきたいことだと思います。誰もができれば無料でセキュリティを守りながら、誰もが参加できるというような在宅療養に従事している専門職が参加しやすいようなものを広範囲な、できれば東京都とか少なくとも中央部とかでつくっていただけたらうれしいですという意見で、そこから先、技術的なことは僕も分かりませんので、ご検討いただければと思います。

○高野座長　ありがとうございます。

それでは、浅草医師会の柳澤先生。

○柳澤委員　今はどうでしょうかね。パソコンの調子が悪くて、変えさせていただきました。

先ほど、すみません、ちょっと発言ができなかったものですので、もう一度、説明させていただきます。

浅草医師会は、在宅推進強化事業に手を挙げさせていただきまして、今、そちらのほ

うの24時間切れ目のない在宅医療を推進しようというところで、今、構想を練って12月からスタートさせようというふうな動きをしております。

やはり、在宅医療で、そこで一番問題となってくるのが、台東区はいろんな多くの先生方が、ほかの先生方もおっしゃられてるように、在宅に入られていてほかの区の患者さんたちが多く、ほかの区から来られる先生たちも多いですし、また台東区の医師がほかの区に訪問しに行っているという状況もかなり見受けられます。

やはり、実際、先生方がどのようなコミュニケーションツールで動いているかというのが全く我々のもとには入ってこなくて、MCSを使われてる先生が多いとは思いますが、ほかのものを使っている先生たちもいらっしゃるというふうな話は聞いておりますので、辻先生がおっしゃられるように、やはり何か統一されるようなプラットフォームは確実に必要なのかなというふうに思います。

あと、MCSを使ってみて分かることは、リアルタイムでの情報の共有というのがやっぱり少しタイムラグが起きてくる可能性があって、そこを24時間の在宅推進をしていく上では、ちょっとそこが今、懸念となっているところになります。

以上になります。

○高野座長 ありがとうございます。

様々な活発なご意見の交換をありがとうございました。そろそろ時間となりますので、意見交換はこの辺りで終了にしたいと思います。

私からは、最後に、千代田区医師会での固有の問題も含めましてご報告もさせていただきますが、やはり千代田区医師会も医師会に入会される方が非常に少なく、人口10万人当たりの65歳以上の高齢者を診る診療所の件数が断トツで都内で多いんですね。にもかかわらず、看取り件数がワーストです。一番少ないです。

それから、千代田区医師会に入っている在宅支援診療所は私一人で、神田医師会では3件というふうに聞いています。

そのほか、18件の支援診療所はどのような在宅をしているのか、なんちゃって在宅もやっているのではないかと思うぐらいの、ちょっと看取りにコミットする件数は少ないというような状況です。

看護協会の方も言ってらっしゃいましたけれども、やはりそういう協会に入ってくる訪問看護ステーションが少ないということで、やはりこういう区中央部ならではの区をまたがった診療がこれも日常的に、それがスタンダードみたいにされているということも大きな理由であって、そこでの多職種の連携というのは、やはり共通のものがMCSを使ってもみましたが、それを継続して使い続けるには、特に介護職の方たちとそういうふうな使用をしてしまうというような問題もありますし難しいと。

区の方も言いましたが、やはり情報漏えい、そこが一番区としては非常にセンシティブに問題として捉えている部分でありまして、なかなか皆さんが一つの患者さんに対して、疾患に対して情報共有するということが現実的にはハードルが高いということがあります。

ただ、一方でいろんな職種の方が区をまたいで診療しているということは、やはり一つの大きな都が中心でもいいと思うんですが、共通のプラットフォーム、これはもうちょっとセキュリティーの高度なものを開発する必要にも迫られているということだと思います。

本日は、本当に貴重なご意見をたくさんいただきまして、ありがとうございました。

私からは以上です。

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、事務局にお返しいたしま

す。

○道傳地域医療担当課長 高野座長、ありがとうございました。

それでは、最後に、東京都医師会より本日の講評をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○西田理事 西田です。皆様、熱心なご協議ありがとうございました。

ご協議といっても、なかなかWebですと協議ができない、皆さん個人個人でご意見をいただくという形なので、本当はやはり集合形式でやりたいなということを常々考えております。

いろいろ濃淡はございますが、やはりどこの地区も課題は同じ多職種連携の話になると課題は大体同じようなことになってくるかと思うんですね。行政、医師会なりが主催した協議体、研修だったり連携の会だったりというのは、多くのところでも行われていると、ただ、なかなかコミュニケーションが必ずしもうまくいかない。そのためのツールであるところのSNSだったりの情報共有ツールがなかなかまとまらない、こういったことをどこまで地域で考えていけなくちゃいけないのか、これは都道府県の問題なのか国の問題なのか、恐らく国の問題だとは思いますが、そこら辺がなかなか進んでいかないと。

それによって、いろいろな現場の諸作業が効率化してこないということがぐるぐる回っているような気がいたします。

在宅医療推進強化事業も始まっています。2年目になりますが、この地域はなかなかまだまだ手挙げが少ない。先ほど、浅草の動きだけにとどまっているということで、この事業自体も東京都内でかなり温度差がございます。

こういったものが、いずれ全都的に平均的な動きになっていけばいいなと、情報共有ツールのことも含めてということを常々考えていますが、じゃあ、どうしたらいいのかというところがなかなか見えてこないというところで、非常に消化不良な感想で申し訳ないんですけども、さらなる協議というか、何か大きな変革が必要なのは事実なんだろうなというふうに感じました。すみません、何かいろいろ雑な感想で、佐々木先生がもうちょっときれいに話してくれると思います。

○佐々木理事 東京都医師会理事の佐々木です。今日は遅くまでたくさんのご議論、ありがとうございました。

この地域医療構想調整会議の在宅療養ワーキンググループ、今年の第1回がこちらの区中央部でして、事前に協議ということで大変お忙しい中、ご迷惑をかけたと思いますけども、おかげさまでとてもいろいろご意見が出てよかったかなと思います。

私は、主担当は地域医療と介護保険と、それで副担当はこちらの医療介護福祉と、あと医療情報とかやりますけれども、実は私も区中央部の浅草でありまして、実は浅草医師会にMCSを導入した張本人なんですね。東京都医師会に来ても、MCSを普及するために幾つかやっているんですけども、先ほどからいろいろご意見が出ていましたセキュリティの問題、あとBYODの問題とか、あと在宅療養ワーキンググループの座長勉強会のときに、MCSの普及状況とか、特に行政が使われているかどうかということの質問が出て、その辺を調べてみました。

まず、MCSの普及状況ですけども、面積的に言うと、東京都全体の今3分の2ぐらいの医師会地域でMCSが使われております。あと、そのほかに使われているのが、ご存じのカナミックネットワーク、あとバイタルリンク、あと八王子のような常備システムということになります。

先ほどからお話が出ているように、隣接した地域でのやり取りが多いということを考

えると、やはり多くの地域で統一したプラットフォームを使うことが望ましいというのは当然だろうと思います。

今、言いましたように、面積的に言うと3分の2ぐらいの面積の地域で使われているということで、いわゆるデファクトスタンダードという方向にはなっているだろうと思います。

それから、セキュリティーの問題BYODですけども、MCSが始まった頃に、確かにBYOD、Bring Your Own Deviceですね。自分の端末で使ってはいけないよというのが初めはあったんですけども、現在はその規定は厚労省の規定からも外れております。

要するに、使い方の問題なのは、一人一人がセキュリティーの注意をするということなんですね。例えば、一つのIDを使い回さないとか、1事業所で一つの端末を持って、それをAさん、Bさん、Cさんで使い回すようなことはやらないとか、どんなに決まりをつくっても、個人個人がそれを守らなければ、結局はセキュリティーは保てないと思います。

ですので、セキュリティーの問題を言うのであれば、みんなできちんとした規約をつくって、それをお互いに守りましょうということのほうが大事だと思います。

MCSにしても、カナミックにしても、バイタルリンクにしても、システム自体のセキュリティーは全然問題がない。じゃあ、なぜそこで、そうだ、先ほど言った行政がどういうふうになっていますかというところと言うと、実は行政が自由グループという事業的自由、個人情報に関わらないというところには入ってこられるんですけども、患者情報を扱うところには入ってきているところは非常に少ないそうです。

というのは、やはりその規約がきちっと守られていない、個人情報がかっちんと担保されてないものに、なかなか入ってこられないというところがあるわけです。

ですので、そこは使い方です。システムの問題ではなくて、個人個人の気持ちの問題、例えば先ほど家に帰ったときにBYODで家で患者情報を見ないということを守ろうというふうにすれば、そういう規約をつくって、それを守ればいいわけですね。システム側の欠点ではなくて、使う側の意識の問題だと思うんです。

そういうことに気をつければ、いろんな情報のやり取りが行政も含めて可能になるんだろうと思います。

それから、共通のプラットフォームという意味で言えば、これから共通電子カルテというのが普及するんですけども、そこでは3文書6情報のやり取りができるようになります。ただ、これ医療関係だけなんですね。介護が入ってこられない、やはり医療と介護の情報共有をするためには、何らかの別なプラットフォームを使わなければいけないので、そこをやっぱり普及させていかなければいけないと思います。

ですので、これから情報共有を進めるという意味では、皆さんでどれか一つシステムを決めて、規約をきちっとつくって、それを守りながら使っていただくのがいいかなというふうに思います。

あと、ご存じのように、この地域医療構想調整会議というのは、平成28年から始まりまして、来年で一つの区切りです。それから2040年に向けた新たな地域医療構想調整会議ということで、今度は病床だけじゃなくて、先ほどから話がありますように、在宅医療も含めた幅広い話になります。

こちらの話でもありましたように、二次医療圏といっても、その中で高度急性期から急性期、回復期、慢性期、それから在宅医療、扱う圏域の大きさが違いますので、そういう複数の大きさの問題をどうやって扱っていくかということも、これから大事になっ

できます。

今日はあまり話が出ていませんでしたけども、病院と地域との連携とか、あと、特に多疾患、認知症を抱えた患者さんの入退院の問題とか、これから様々な課題があると思いますので、皆さんと知恵を絞ってご貢献していければなと思います。

私からは以上です。

○道傳地域医療担当課長 西田理事、佐々木理事、ありがとうございました。

1点だけ、東京都から報告させていただきたいんですけれども、本日は多職種のシステムの話、MCSなどの話がございました。

東京都のほうでも、現在都内でMCS、カナミックネットワーク、バイタルリンク、そういった複数のシステムを使うときに、それぞれ確認しなければいけないという面倒さがあるのかなということで、そういったところに、一元的に入り口を設けて、そこからそれぞれのシステムを確認していただくという多職種連携ポータルサイトの多職種連携タイムラインというシステムを東京都でもご用意をしております。

一つ入り口として、使っていただくものとなっております、こちらの東京都のホームページで多職種連携ポータルサイトと検索していただきますと、見つけることができます。もし複数のそういうシステムをご利用されている方がいらっしゃるようでしたら、一つちょっとそういったものがあるよということで、ご利用いただけますと幸いです。

最後、事務局からご報告になりました。

それでは、本日は長時間にわたりましてご議論いただき、また貴重なご意見を賜りまして、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、そして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のほうをさせていただきたいと思います。

それでは、以上をもちまして、在宅療養ワーキンググループを終了させていただきます。本日はどうもありがとうございました。