

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
(区南部)

日 時：令和6年11月28日（木曜日）午後7時00分～午後8時25分

場 所：Web会議形式にて開催

○道傳地域医療担当課長 皆様、こんばんは。定刻となりましたので、区南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、皆様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での会議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もございますので、何かありましたら、その都度ご指摘いただければと存じます。

本日の配布資料ですが、次第の下段、配布資料に記載のとおりでございます。資料1から資料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、恐れ入りますが事務局までお申し出ください。

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。傍聴者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。

また、Webでの会議の開催に当たりまして、ご協力いただきたいことがございます。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ご発言くださいますよう、お願い申し上げます。また、ご発言の際には、画面左下のマイクのボタンにて、ミュートを解除してください。また、発言しないときは、ハウリングの防止のためマイクをミュートにいただければと思います。

それでは、まず東京都医師会より、開会のご挨拶を申し上げます。

平川副会長、お願いいたします。

○平川副会長 皆さん、こんばんは。東京都医師会の担当副会長、平川でございます。

今日は診療が終わり、お仕事でお疲れのところ、ご参集ありがとうございます。今年もこの時期がやってまいりました。このワーキングが始まると、年の瀬だなという感じがするわけです。

今年は震災から始まって、いろいろ1年ありましたけども、各地域でそれぞれ、災害に遭ったりとか、いろんな問題を抱えていると思うんですが、実は先日、土曜日に、東京都医師会の6人でチームを組んで、奥能登に行っていました。といいますのは、奥能登はご存じのとおり1月1日の震災、そして豪雨に見舞われて、ただ最近は一ぱたりとニュースがなくなっていたんですけれども、ただ、向こうで診療所をやっている先生から、ぜひ今の現状を見てほしい、とんでもない状況なんだということで、私ども尾崎会長と6人でチームを組んで行ってきたんですけども、実際、大変な状況でした。

ただ、ショックだったのは、ある避難所に来ていた、その地域の議会の副議長の方が、これからどうしようかと、こちらは提案を申し上げたんですけども、この町も将来はなくなってしまうしねという、何と申しますか、そうかもしれないけども、少なくとも町民を支える人間がそんな考えでいいのかなと思って、ちょっと僕らも、啞然としちゃったんですけども。それほど、やはり地域地域によって状況が変わっているんだなとい

うことをまた痛感したわけです。

今回、在宅療養ワーキングでこの地区の、ぜひ問題点等を今の時点も大事ですけども、この先のことも見据えた上での議論になればと思っています。よろしくお願いします。

○道傳地域医療担当課長 平川副会長ありがとうございます。

本来ですと、この後、東京都の岩井医療政策担当部長よりご挨拶を申し上げるところなのですが、本日、都議会の厚生委員会の審議が続いておりまして、終わり次第、Webで参加させていただく予定でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、本日の座長のご紹介をいたします。本ワーキンググループの座長は、ナグモ医院院長の南雲晃彦先生をお願いしております。南雲座長、一言お願いいたします。

○南雲座長 こんにちは。皆様、どうぞ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 ありがとうございます。

それでは、以降の進行は南雲座長をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○南雲座長 それでは皆様、会議次第に従いまして議事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更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、参加者の皆様と意見交換を行うこととなっております。活発な議論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、ご説明をお願いいたします。

○野本地域医療対策担当 東京都保健医療局医療政策部地域医療対策担当の野本と申します。よろしくお願いいたします。

私のほうから、資料について、ご説明させていただきます。資料2をご覧ください。

次第の議事にもありますとおり、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」をテーマとしております。

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おいて、入院医療だけでなく、外来医療、在宅医療、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、ご参照ください。

このため、地域医療構想調整会議における意見交換の場となっている地域医療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」というテーマに設定いたしました。具体的には、(1)①②を見ますと、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ございます。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考えております。

事前意見交換の場の設定については、各区市町村に依頼させていただきました。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、ありがとうございました。

議論のメンバーは、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いては参加が望ましいということでご案内しております。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、まとめております。

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、まず区市町村ごとに、事前に取りまとめた意見をご報告していただきます。時間は5分程度とし、口頭で報告していただきます。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から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15分から20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いたします。

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において、情報共有を進めていただく予定です。

続いて、参考資料の紹介をさせていただきます。

参考資料1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でございます。

参考資料2は、在宅療養に関するデータ一覧です。区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ございます。

私からの説明は以上となります。

意見交換の進行は、座長の南雲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申し上げます。

○南雲座長 ありがとうございます。

今のご説明について、ご質問はありますでしょうか。

(なし)

○南雲座長 なければ、先へと進めます。

それでは、市区町村からの発表ということで、品川区と大田区、それぞれ5分程度で結果の発表をお願いいたします。

品川区よりお願いしたいと思いますが、よろしゅうございますか。

○鈴木委員代理 すみません、本日は福祉計画課長の東野のほうで別の会議というか、イベントがございまして、代わりに私、鈴木のほうが出席させていただいておりますので、よろしくお願いいたします。

品川区のほうでは、今回のアンケートに基づいて打合せということには至っていないんですけれども、区の中の地域ケアブロック会議ということで、福祉職と介護職を含め、あと医療職と三師会の先生方に入っていて、区内を四つのブロックに分けて、検討を深めてきたところです。

今年度もこの12月から実施するに当たりまして、前年度からの課題というところで、医療連携を図っていく上で、今回挙がっているようなテーマをどのようにしていったらいいのかというのを今後、各ブロックで深めていくということになっております。

また、訪問看護ステーションの連絡会の中でも様々な意見が出てきておりまして、高

高齢者世帯が増えていく中での医療との連携という部分で、医師等を含め、連携で今課題となっているところとしては、総合病院と開業医の先生で連携をいかにしていただくのかということが、訪問看護ステーションの実態からも意見として出てきているところです。

また、DX化を進めるにしても、様々なシステムが入っている中で、訪問看護ステーションや介護職の中で統一されていないので、手間がやっぱりかかるという意見も出てきているので、今後は統一をある程度広域でしてもらえると連携が図りやすくなるのではないかという意見が、訪問看護ステーション等からも併せて出てきているところです。

また、人材不足はどこの事業所からも出てきているところですので、いかに効率化していくのかということが今後の課題として挙がるという意見をいただいているところです。

品川区としては以上となります。

○南雲座長 鈴木様、ありがとうございました。

それでは、大田区、ご発表をお願いいたします。よろしいですか。

○小西委員 大田区の災害・地域医療担当課長、小西でございます。よろしくお願いいたします。

大田区のまず概況のほうを申し上げますと、大田区は令和6年10月現在で、高齢者の数が16万4,000人、高齢化率は22%ということで、ここ数年は横ばいです。この横ばいの原因は、やはり海外からの流入人口は若年層が多いというようなこと、あと地方からの若年層の流入で高齢化率が上昇していない要因ということになっています。

ただ、そういった状況でありながら、単身高齢者の増加、それから認知症高齢者の増加ということが今後懸念される要因ということで、区南部医療圏においては医療・介護従事者についても2040年頃にかけて減少していくことが予想されており、高齢者を支える担い手ということが大田区でも懸念されているというところでございます。

そこで大田区では、各地域の当事者、患者さんなどに対して切れ目のないサービス提供を実現するというところで、かかりつけ医さんが不在であれば、周りのクリニックの方に協力を仰ぐということで、地域ブロックでの医療・介護従事者のアライアンスということの一つのテーマとして考えており、その関係性に基づいて患者さんをフォローアップしていく体制を検討する必要があるのではないかとということで、この辺りは今日ご参加いただいている鈴木先生のほうにもご意見、お知恵をいただきながら、今回のアイデアを出したというところでございます。

具体的には、地域ブロックの、外来のみを行うかかりつけ医と、あと訪問の先生とが協力して一つのグループを組むという関係の下、診療実績がある患者さんを診ていくこと、お一人で常に見るのではなくて、何人かで診ていくというような形の考えでいければというふうに考えております。

また、かかりつけの先生と訪問の先生を結びつける役割としては、在宅医療相談窓口ということで、大田区の場合は各地区医師会のほうにお願いして窓口を設けておりますが、そこがキーになるのではないかとということで、患者情報の管理や先生方の調整、日程スケジュール調整など、そういったところでも間にかみながら、担えればというふうに考えております。

また、大田区では救急搬送も、ほかの区と同様、増えておりまして、異常なペースで増えていると。現場からは、救急車を増やしても追いつかないというような状況も聞いております。そういったときに、やはり往診医の先生が、周りに仲間がいないというようなことで救急車を呼んでしまうことがあるとも聞いておりますので、そういった場合

に仲間、アライアンスの中でトライアージしていく、相談していくようなこともあるのではないかと、できるのではないかとということで、そうすることによって救急車の利用というものが減るのかなというふうに考えております。

また、多職種連携の連絡方法・手段については、平時の連携だけではなくて、担当している患者さんが体調を崩したときの病院との連携ということでは、やはり大田区も課題を抱えているということで、現在、カナミックとかMCS、あとLINE WORKSとか、そういったツールを試験的に導入している医療機関もありますので、そういったものの有用性などを聞きながら、確認しながら進める必要があるかなと。その結果を踏まえて、人的な医師同士の協力関係、それから診療体制がうまく機能するのかとか、そういったものを確認しながら、さらに職層を広げて連携していければということで、情報ツールについては、まだ、これといったものがないというのが今の現状でございます。

大田区からの報告は以上でございます。ありがとうございます。

○南雲座長 ありがとうございます。

本日のテーマは二つございます。一つ目は、複数疾患を有する高齢患者などの在宅療養に当たり、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。これが一つ目です。これにつながるとは思うんですが、多職種連携の連絡方法、ICT等々、どれを使うかという話です。

鈴木先生も私も、ありとあらゆるシステムを、先生のアドバイスもいただき、使ってみました、いずれも定着しないというのが実情です。これはなぜかということ、自分がやってみると、使いにくい、面倒くさい、どれもすっきりこないというようなところがあるので。

この議論については、今日は東京都のほうにも先ほどお願いしまして、ここで結論を出さないで、まず今日ご参加の皆様が現在どういうものを使って、何がいいか、あるいはこういうものがもっといいとか、そういう情報をまず集めて、全都的に何を皆さんがお使いになって、どれが満足できるか、満足できないかという情報をまず挙げて、改めて議論するような場を設けていただくか、その実態の報告をいただいて、また考えるというふうにしないと、私は現時点ではなかなか結論が出ないと思うんですね。

もし、その考え方でよろしければ、情報の集め方は後でご相談して、品川区・大田区にご連絡しますので、情報をまとめていただいて、改めて東京都のほうにご相談させていただくというのでどうでしょうか。どれがいい、これがいいと、ここで話し合っても、結論はとても出ないと思いますので、連絡方法・手段につきましては、ちょっと時間をいただいて、改めて審議したいと私は考えたのですが、いかがでしょうか。何かご意見があれば、先にお聞きします。

(なし)

○南雲座長 じゃあ、それでよろしいのであれば、今日、主に議論をするのは一つ目のテーマ、どう効率的に多職種で複数疾患を有する高齢患者の在宅療養に当たるかということを中心に、ご討議いただきたいと思うのですが、よろしゅうございますか。

(はい)

○南雲座長 それでは、私のほうで勝手にご指名を申し上げますので、一つ目のテーマについて、ご意見を頂戴したいと思います。お願いいたします。

品川区と大田区の鈴木様と小西様にはご意見を今伺ったので、後ほど、皆様のご意見を聞いて、追加があればお聞きするということにしまして、地区医師会の代表として、品川を代表して、まず當間先生。

當間先生、いらっしゃいますか。

○當間委員 よろしく願いいたします。品川区医師会、担当理事の當間でございます。

複数疾患を有する高齢者に対して、多職種がどうやって効率的な連携を結ぶかという問題でございますが、デバイスは何にせよ、とにかく電話、FAX以外の迅速な連絡方法は必須であると考えております。

そして、これからどんどん労働力が低下し、社会保障費用が恐らく縮小されていき、一方で介護される側がどんどん2040年に向かって増えていくという状況下では、例えば移動する時間をいかに短縮するか、地域をある程度まとめて、チームとして巡回するシステムを作る。それぞれの医療機関、そして訪問ステーション、リハビリのSTさん、PTさんはどの分野が得意なのか、それを明確化して、チームごとに巡回できるようにする。場合によってはドクターカーを持って、オンラインで連絡を取って、迅速な移動手段で当番医が行うといった、移動時間を短縮し、効率的に巡回するシステムを構築していく必要があると考えております。

あと、その前に訪問看護ステーション、非常に品川区では残念ながら新陳代謝が激しくて、出来上がってはちょっと崩れて、またチームをつくり直してという現状でございますが、それぞれの訪問看護ステーションの特徴をもうちょっと見える化をして、ケアマネジャーさんと私たち医療者の側で、どの訪問看護ステーションさんをマッチングすればいいかという、医師会窓口でのマッチング指標も作っていく必要があると考えております。そういったところです。

○南雲座長 當間先生、ありがとうございます。

続きまして、荏原医師会、山内先生、いらっしゃいますでしょうか。いらっしゃらないか。ごめんなさい。

じゃあ、大森医師会の鈴木央先生、よろしくお願いします。

○鈴木委員 はい、鈴木でございます。

今、大田区でやっていることとしては、医療を受ける場としては病院、それからかかりつけ医の外来、そして在宅という三つの場所がありますので、ここの連携をさらに強化していくしかないだろうと。コロナのときと同じことをちょっとやっていこうということなんです。

そして、恐らく入院は急性期病院とそれから回復期、慢性期となり、またさらにその先に恐らく介護施設というのもあるので、老健や特養も含めた、そういった連携をさらに強化したい。

その中で出てきた一つのアイデアは、徐々に広めていくとしても、少なくとも医療の面では、かかりつけ医と在宅医と病院が一つの、連携強化のためのアライアンスというのを作っていったら、その中で、例えばコロナのときのように、かかりつけ医で往診できない患者が出たときには在宅医療相談窓口を介して往診医を探して、往診してトリアージする。そして、緊急搬送するか、あるいは在宅医療を導入するか。また、認知症の方が救急搬送で病院に搬送されてきたときにも、病院のほうも抑制しないと受けられなかったりする場合には在宅医と連携して、そこで在宅医療を導入することがあってもいいだろうと思うんですね。まずはここをちょっとやっていきたいなと。

そして、国としては24時間でその体制を動かせということを強く求めているんですけども、やっぱり今の段階では病棟も救急だけはいくつですけども、それほど逼迫していない。そのところで24時間、無理に動かしてしまうと、多分このアライアンスがうまく動かなくなってしまうんです。

そういうことなので、我々は当面は平日、病院がきちんと普通に動く、救急体制では

ないところでまずはやっていって、そして徐々に救急体制、時間外の体制も拡充していこうと。多分それをいきなりやろうとすると、恐らく外部の医療機関を持ってこないと達成できなくなると思いますので、無理にあせらないというふうに考えています。

一応、今考えていることとしては以上でございます。

○南雲座長 ありがとうございます。

続きまして、田園調布医師会の小林徳行先生、いらっしゃいますか。

○小林委員 はい、小林です。

○南雲座長 こんにちは、よろしくお願いします。ご意見をください。

○小林委員 僕はもう本当に在宅医として訪問診療をやっているんですけど、本当に病院とのやり取りは、お互いがやっぱり、その時間にうまく機能できないと思うので、連携を通してという感じで。現状を言うと、本当にFAXと電話のやり取りになっていて。

本当に、さっき鈴木先生がおっしゃったような連携はなかなか難しいんじゃないかと思っています。現状は本当に僕ら、自分のクリニックではセキュリティーでちょっと問題があるかと思うんですけど、LINEのやり取りや一部の訪問看護さんともLINEとか、緊急の場合は本当に電話のやり取りになっているというのが現状です。

カルテとか、やっぱりそういう情報システムをどこかで一体化できないかと思うところはありますけれど、どうしてもそれが統一されないのが現状だというのは認識しています。

夜間の緊急に関しては、自分たちが責任を担っているという意識でやっていますが、夜間の緊急入院の対応のときなんかはどうしても、もともとの病院とのやり取りもうまくいかないというところが現状なのかなと思っています。そのためには、やっぱり何らかのデジタル化というか、そういうカルテなんかの共有が必要なのではないかなと思っていますというところです。

すみません、まとまりがなくて。自分が思っている現状はそうですね。

○南雲座長 小林先生、ありがとうございます。

先生がおっしゃられたことはすごく大事な問題で、私はまた今週、電子カルテを全部入れ替えるんですが、25年使っているんですけど6世代目になります。今度のは、外からデータ、自分のカルテを全部、端末1台、ノートを持って歩けば、どこでも見られるということで、緊急連絡があったときに、クリニックまで行かなくてもカルテが見られるような形のものにすることにしました。

これが国の言うDXに対応して、データの吸い出しを将来されるそうなので、そういうのに対応しているということで、そういうデータを見るのが非常に簡便になるというところで、先生がおっしゃったように、システムがもっと進化して扱いやすくなれば、その問題はある程度解決していくかなと。救急病院に搬送する前にデータをすぐ送れるとか、病院の側からカルテを、その人のカルテ、当院のカルテを見ていただける、そういうふうになるようでございますので、もうすぐなるという話をこの間に聞きましたので、そうなれば、その問題を解決するのかなというふうに思っております。先生ありがとうございました。

病院協会を代表して、大田区の高野研一郎先生、複数疾患を有する高齢在宅患者の対応にどう効率的に多職種で対応するかという問題について、ご意見をください。お願いします。

○高野委員 東京都病院協会、高野です。

病院としましては、入院に特化というか、在宅に関わる病院、在宅に関わっていない病院、まだまだ濃淡がはっきりしているので、一概には言えないところがありますので、

具体的な多職種連携のことをなかなか、私がお答えすることは難しいです。

けど、まず言えることは、地域医療構想調整会議が立ち上がった当初は、病床の調整のことが専ら話題だったわけですが、最近は話題の中心が連携になってきています。最も病院同士の連携ではあるんですけども、そこに在宅医療がどうやって関わってくるか、まさしくどの領域、病院、診療所の先生、どちらにおいても連携というのがキーワードになってきているのかなと思います。

病院で言いますと、連携のツールの話になってしまいますけれども、東京総合医療ネットワーク、これは東京都も関わって、推しているところでもありますけれども、なかなかネットワーク参加病院が増えない。これは診療所の先生にもオープンにしているところなので、これの活用に関しても、こちらのワーキンググループで一考に入れていただければ幸いです。

以上です。

○南雲座長 ありがとうございます。

最近も経験したことなのですが、在宅医療を推進するには、地域医療支援病院という病院の資格がございまして、在宅医療を推進・支援するというのが一つの大きな役割なんです。

ところが実際にお願いますと、在宅患者がこういう状態でちょっと見てください、内容を知ると、いや、この人は呼吸機能が悪過ぎて、うちでは診られません。いや、そうじゃなくて、呼吸機能は見なくていいから、診てほしいところだけ診てよと言ったら、いや、受けたら大変だからお断りします。だから、それじゃあ在宅支援病院にはなれないわけですね。

在宅でいて、96歳で、ちょっと転んで腰が痛いとおっしゃっている。骨折してはいないかどうかだけ見てほしいというのに、いや、呼吸器が悪い、酸素が低いので、サチュレーションも低いので、それは診られません。そういう話じゃ駄目でしょ、返してくれていいから、骨折がなきゃ返してくれと強く言いまして、さんざん押し問答をして、あとは責任を取るから診てくれと、さんざん押しして、やっと診てもらえます。

だから、そういうのを、ぱっと見て、返してくれてもいいので、骨折はないから、おうちでどうぞと言ってくれるのが地域医療支援病院なんです。そういうところの役割なので。

高野先生はそういう病院でしたか。先生のところは地域医療支援病院ではないのか。

○高野委員 うちはそうではありませんが、家庭医の先生、往診医の先生からオーダーがあれば、診療時間内であれば何でも受けるようにしています。ただ、私はこうやっているいろいろ関わる機会が世の中の問題点を知る機会になっているので、やはり専攻医の先生というんですか、若手で地域の基幹病院でばりばり専門性を追求してやっているような先生には、なかなかそういった多疾患を持っている患者さんの受入れが難しく、断りにつながってしまうというのが、現状の問題点だと思います。

○南雲座長 ありがとうございます。

鈴木央先生、在宅医療を推進しようというのはもともと、先生がみんなの前で説明したけど、多死社会が来ると。看取りを、死亡診断書を書く医者がいないと、死体がまちにごろごろあふれるんだというお話から始まった話なんですけど、なぜか在宅で、かなり高度な医療をやろうとするような動きがあって、どうも話が違うよねと。

診断書を書いてもらえないから、困るんだから、おまえたち、書けという話だったのが、どうも違う方向に行っているのも、なかなか多くの先生が在宅に参入できない理由の一つかなと思うんですけど、先生はどう思いますか。

○鈴木委員 やっぱり特にドクターカーとか、ああいう話になってくると、今までのと全然話が違ってくると。

あと、24時間対応ですよ。やっぱり病院も時間外は機能が落ちるんですよ。そして、我々在宅医も、僕とか南雲先生は一人でやっているわけですから、やっぱり24時間働かせたら数日で死にますので。だから、そこのところでやっぱり24時間をあまりに強要するのはちょっと厳しいかなと。その代わり、グループで対応していくということは非常に重要なことだと思いますし、それが医師会の中で、在宅医とかかりつけ医が協力して事に当たる、そして病院とも協力するという、そういうところが重要なんだろうと思います。

ただ、在宅医療の中で高度医療が必要といっても、どこまでの高度医療か。例えば高齢者の脱水、こういったものなんかは皮下点滴、おなかに点滴をやれば結構回復することもありますから、そこのところまでは求められてないでしょう。

あとは、家族やご本人との信頼関係をどうやって築くかということです。そこでトラブルがなければ、それはそれで、看取りということに行きますけれども、全く今まで見たことのない患者さんをいきなり看取ということに関して、やっぱり抵抗がある先生も結構いらっしゃるんじゃないかなというふうに個人的には思っています。

○南雲座長 ありがとうございます。

その続きで、僕がしゃべって申し訳ないですけど、私も昨年末、正月に初めて正月旅行に行きまして、医者になって45年目で初めて3日のお休みをいただいたら、羽田空港で飛行機に乗るところで電話がかかってきた。今さら、もう中に入っちゃって引き返せない、さあどうしようということで。このときのために、去年の年末、初めて専門の先生と協力し合って、僕がいないときは診てくれるという約束をして、情報を提供するという仕組みを試験的に、うちの医師会としては第1号なんですがやってみました。それを利用して、助かりました。

行くのやめようか、飛行機を降りようかと思ったんですが、私だけ。降りずに、何とかうまくいきました。中に入っちゃうと、飛行機に乗ると電話が通じないんですね。2時間程度でしたけど、非常に連絡が取れなくて困りました。

だから、先ほどおっしゃった協力し合うというのは非常に役に立つと思うので、多くの先生方にお勧めしようと思って、私も試験的なことを続けております。

じゃあ、続いて、蒲田歯科医師会の会長、内田先生、いかがですか。複数疾患を有する高齢者。

○内田委員 蒲田歯科医師会の内田です。

歯科のほうとしても、なるだけ参画したいという考えはございます。

特に今、国のほうが全国民に年1回の健診をということで進めております。もちろん訪問、在宅の患者さんに対しても何らかの健診的なものを行って、あるいは摂食嚥下指導というのも行っていけば、患者さんの満足度につながるのかなと思います。

私は特養に何か所か行っておりますけども、特養に入った患者さんは必ず口の中を診ることになっております。訴えがなくても、診てみると、結構ひどい状態といいますか。患者さんは訴えることはできないので、我々が診ると、これはちょっとというのが結構やっぱり見つかるんですよ。

ですから、やることによって、誤嚥性肺炎の数が減るだとか、あるいはいろんなそういうものもあるんですけども、なるべくちょっと参画したいなと思っております。

摂食嚥下についても、会員になるべく多く指導できるような形にしていきたいと。講習会等やって広めてはいるんですけども、施設からのそういった要請はたくさんあ

るんですけれども、個人でいうと今、ほとんどそこまで行っていないというのが現状です。

そういった形で我々、参画できればなと思っておりますので、よろしくお願いしますというところだと思います。

○南雲座長 ありがとうございます。

先生のところの会とは、もう十数年前から医師会と協力し合って、嚥下の訪問に一緒に行こうよということで、いろいろやってみたんですが、なかなか家に行って、とぼしい機材でやるというのは思ったような結果が出なくて、なかなか続かなかったんですが。

先生のところで、バスを改造した、歯科の診療・治療バスみたいなのがありましたけど、今はもうお使いじゃないんですか。

○内田委員 バスですか。

○南雲座長 はい。

○内田委員 いや、うちの歯科医師会でバスはやっていないですね。江戸川区か、あっちのほうの会でバスを買って、それでやっている地区はありますけれども。

蒲田歯科医師会、大森歯科医師会も含めて、個人的に先生が機材を持って行って対応するという形で、バスみたいな大がかりなものではやっていないですね。

○南雲座長 分かりました。ありがとうございました。

続いて、訪問看護ステーション協会代表の田中千賀子先生。

○田中委員 田園調布医師会立訪問看護ステーション、大田区支部を代表してお話しさせていただきます。

まず、複数疾患に関する高齢者というところで、在宅医療では、やはり先生たちも懸念されている医行為というものがかなり高度化になってきている。そういった中で、看護と介護、またケアマネジャー、そういった多職種が連携しながら、医師と連携していくという中で、今回、大田区では初の試みで、訪問看護ステーションの連絡会と介護支援専門員の連絡会と、あと訪問介護事業所の連絡会、3連絡会が合同で勉強会をしまして、それぞれ人材不足ですから、シフト、それぞれの役割を、やはりきちんと困り事を共有していこうということで。今回は東京都薬剤師会の副会長であります小野先生をお招きして、薬の扱い方、管理について、それぞれ話し合いたいということで、第1回を始めております。今後、毎年1回やりましょうということで。

人材不足の中、やはり私たちの人材をいかに共有しながら、皆さんと連携し合うかというところで、顔を合わせてやはり話し合うのが一番だろうということで、今やり取りをしています。逆に、一番オーソドックスな感じかもしれませんが。それで少しでも疲弊したことになるように、どこで助けを求めるかというところを話し合っているところです。

また、2番の多職種の連携方法、連絡方法なんですけれども、やはり先生方がおっしゃるとおり、MCSやLINE WORKS、カナミックとか、そういった形でやり取り、メールとかでやり取りをしておりますが、実際は、報告という形ではそういうのは、チャットでもいいんですけど、実際やはりお伝えしないといけない、具体的な細かなところはやはり電話とか、会ったりしてやり取りしないとなかなか伝わりにくいということがあるので、必要なところでは、ご利用者のところで集まって、先生の往診のときに来て、会を開いたりとか、電話でやり取りをしたりとか、そういうことが今の現状かなと思います。

さらにICTといいますか、ツールを統一していくというところでは、実は訪問看護ステーションはオンライン請求というところで、今ステーションの中はかなり動いてお

りますが、その中でも先生方に訪問看護指示書ををお願いするに当たって、傷病名コードというものが。ICDのコードで、なかなか傷病名コードが入力できないとなると、病院の先生方たちは手書きで指示を書いているという現状もありまして、なかなか国が求めているものと、なかなか負担をかけている部分があって、本当に先生たちにはとてもお手をかけている状態だなと考えているのが実情です。

以上です。

○南雲座長 いろいろたくさん教えていただいて、全部覚えられなかったんですが。

○田中委員 すみません。

○南雲座長 いやいや。まさにおっしゃるとおりで、だからいろんなことをやってみて、何が一番うまくいくのかというのをお試しいただいて、本日、大田区の小西様と、品川の鈴木様には、ぜひこの会の出席者の地域ごと、どのようなツールがいいとか悪いとか、ご意見を簡単にまとめていただいて報告いただけるとありがたいなと思うので、お手間をかけますが、よろしくお願いします。

それでは続きまして、看護協会代表で品川の五反田リハビリテーション病院の看護部長、東京都看護協会、地域包括ケア委員会の副委員長の塘地正美様、お話を教えてください。

○塘地委員 今、ご紹介していただきましたように、東京都看護協会の中の地域包括ケア委員会に所属しておりまして、その中でも精神疾患患者、あるいは身寄りがない患者さん、認知症患者さんを地域でケアしていくための現状と課題の把握をしていこうといったところで活動しております。

その中では、やはり病院から外来、あるいは在宅への連携の強化として、サマリーの統一ですとか、情報をとにかく速やかに発信していくツールを考えていけないといけないといったところに着目しております。

なかなか実際の活動につながっていないといったところがありましたので、私が所属しております、西五反田にあります五反田リハビリテーション病院の近く、たまたま西五反田在宅介護支援センターといったところで開催された地区ケア会議に、まずは出向いてみようと思って、行ってまいりました。そこでは、在宅介護支援センターの方々や社会福祉協議会や訪問看護ステーションの方、あるいは品川区の高齢者福祉課の方々も参加されていて、こういった機会にやはり顔が見える連携が取れると何らかのヒントがつかめるんじゃないかといったところで参加させていただきました。

その中では、在宅支援センターさんのほうで実際に担当しておられる利用者さんの困難事例の検討があったんですね。そこでは、やはり先ほどから課題となっております認知症とか、脳梗塞などの病歴が明確でなくて、医療機関からの情報共有が不足している事例でした。そういうことが重なりますと、ケアマネジャーさんのほうも、病状とか、認知症の進行状態を明確に把握することができないという課題が発生しておりましたので、私どもとしては、やはり退院時の情報共有ですね、先ほどから出ております連携の強化というのが近々に必要ではないかと考えております。

以上です。

○南雲座長 ありがとうございます。

病院の退院担当の方の退院調整ですね。病院側のお話を伺うと、今の保険制度では急性期病院は2週間以上入院させることはできない、診療報酬の点からということで、場合によっては、患者さんが入院する前から退院のことを考えて、どこか受ける、介護保険に入っている、手続が済んでいる、ケアマネが決まっている・決まっていない、かかりつけ医がいるのかいないのか、訪問担当医は誰がするというようなことを患者さんが

入院する前から動かないと。つまり、みんなが2週間入っているわけじゃないので、短期で帰る方もいるので間に合わない、非常に厳しいということ。

そうすると、例えば僕がかかりつけ医だということは分かっているんだけど、夜の電話連絡が、病院側が遅くなって5時過ぎに電話しても、今日の午後はいないとなると連絡がつかない。訪問専門の先生に電話をすれば、いつでも必ず受けてくれるので。だからどうしても、そっちに行っちゃうというようなことがあります。何で帰してくれないのか。患者さんもお希望なのに、違うところに行っちゃうというのは、そういう問題がある。現場はそんなに大変なんだと。退院調整は入院する前から始めていないと追いつかないというところもあって、担当はすごく大変だなということ。

そういったことも何か地域として、システムとか、我々の側の代表で誰かが手続をして差し上げればいいのか。退院調整窓口というのは各医師会にあるんですが、24時間、彼らはできないので、日中しかできないので、そういった事情もあります。

すみません、次へ行きます。品川の老健施設を代表されて、介護老人保健施設ケアセンター南大井の施設長でいらっしゃいます尾辻瑞人様、いかがでしょう、老健の立場として。

○尾辻委員 よろしくお願ひします。一応アンケートにお書きしたように、ちょっといろいろなことを書いているんですが、それぞれは皆様がお答えになっていたところだと思います。

システムの統一化とかがあるんですけども、その中でも3番目の地域連携パス、こういった形で、先ほどの困難事例とかもあります。そういうところに対して、どのようなパスで対応できるかというのをそれぞれ検討していくというのは、今後の方向性としてはいいのかなと思います。

今までの議論にあったように、老健では病院から情報をいただくんですけども、例えば同一病院であっても、科によって情報がそれぞればらばらで統一されていない、違う情報だったりとかして、その情報を集めないと、患者さんというか、我々のところは入所者と言うんですけども、入所者の全体像をつかめない。それを作るために、やっぱり1時間ぐらいのインタビューはどうしても、今日もそうだったんですが、必要になってくる。そういうところがあります。

あと、他施設等の情報とあるんですが、一応、施設内の情報としては、ようやくLINEを使ったり、メールを使ったりということが我々のところでできるようになりました。

これからの老健における今後の医療としての課題は、やっぱり介護保険の制約の中で、どこまで医療行為が行えるか。酸素投与とかも、お金のバックがないのでやっぱりなかなかできないんですね。点滴というの、お金という点を考えると、薬剤費というのを自分持ちしなければいけないという点で、老健という大きな箱があるにもかかわらず、医療行為がかなり制限されているというところがあるのは、地域医療に対してちょっと、じくじたるものがあります。

以上です。

○南雲座長 ありがとうございます。

今おっしゃった話と同じことで、私も特養を22年ぐらい見ておりますが、中で医療行為をしちゃいかんと。点滴もしちゃいかんということで、わざわざそれで病院に通院する。入院しないにしても、行って1時間待って、車で連れて行って。そうすると、運転手と看護師と介護士が3名ついて、2時間、3時間、4時間の時間を無駄にする。施設内で私が点滴をしてよければ、それで済む話なんですけど、それができないというこ

とです。

そういうルール、東京都のルールでしょうか、国のルールでしょうか、もともと特養は病気の人が入るんだということですが、疾病がない人が入るという決まりが非現実的なわけで、そういったふうに変わっていかないと。これから人がいなくなって足りないという中で、そういった考え方も、少し行政のほうでもお考えいただいて、そういうことが省力化というか、人材不足に対応する一つの手段かなというふうに、私も思います。

それでは、保険者を代表して……。

- 西田理事 今の話、施設でやっていけないことという話なんですけども、点滴はやってもちろん構いません。それは施設の方針です。行政の方針じゃない。
- 南雲座長 この部が始まる時に、しちゃいけないと。20何年前の介護保険が始まる時にそう言われたと。かたくなに拒否されましたね。
- 西田理事 それはちょっと古いですね、考えが。
- 南雲座長 でも、みんなそうですよ。
- 尾辻委員 その部分について一応付け加えますと、点滴とか薬剤費は全て介護保険上、老健においては老健持ちという形になるんです。医療保険とは別に切り離されている。そこが特養との違いになるので。
- 平川副会長 ちょっと特養と老健を分けて考えなきゃならない、今は特養の話をしているから。

老健も、先生のおっしゃるとおりなんですけども、一応私も老健をやっていますけども、持ち出しだ、持ち出しだと文句を言うわけなんですけども、介護保険料の中の、月々30何万円なんですけども、一応一人当たりの薬剤費で7,000円となっているんですよ、積算上は。100人いると、70万円までは出してもいいんじゃないかなと。

薬剤費はいろいろ、ふだんの定期薬もありますけども、調べてみると、よっぽど高価なパーキンソン薬とか何かがない限り、そんなに先生、実は超えていないんですよ。だから、あまり薬剤費が出ないから駄目だ駄目だという議論は、結構、厳しくて、そのほか、肺炎とか尿路感染とか、様々な点滴はやっていいことになっているので、あまり薬剤のことを言っちゃうと、先に進めなくなっちゃうので。

よくお気持ちは分かるんですけども、そういうものなんです。お薬を出してないんだったら70万円は返せということになってしまうので、そこは難しい。全員が全員、点滴するわけじゃないので。もう少し柔軟に考えないと、この議論が先に進まないなと思います。すみません。余計なことを言いました。

- 南雲座長 私と仲のよい先生がおやりになっている療養型の病院でも、やはり同じ事情で、医療費をかければかけるほどマイナスになるからというので、やらないところも多いんですが、その先生は、しっかり医療したほうが結果的には患者様のためにもスタッフのためにもいい、あまり医療を制限すると、かえっていろいろ大変なことになるので、しっかり僕はやるんだ、そのほうがいいような気がするよというご意見の方もいらっしゃいます。

それぞれ施設によって事情が違ふと思いますけれども、そこら辺も今後いろいろ考えて提案して、変えていただけるものはお願いしたいなというふうに思います。

では、ご指名しかかったところで、保険者代表の日本航空健康保険組合の浦井典子様、ご意見いかがでしょうか、頂戴できでしょうか。

- 浦井委員 日本航空健保の浦井でございます。本日はありがとうございます。

今、私は先生方と違った立ち位置から、この委員会に参加させていただいていると思

うんですが、在宅医療について、正直、健保組合は、私たちの組合員に対して適切な情報を提供したいと思っけていても、どういう情報をどのように提供すればいいのかというところが正直全く見えていないんですね。

既に地域の中でネットワークをお作りになっていらっしゃる所でしたら、その窓口をお知らせするという手もあるんですけども、保険者側としては、在宅医療にこれからシフトしていくに当たって、どんなことが私たちにできるんだろうというところが全く見えてなくて、ちょっともやもやしているところです。

もしかしたら、それぞれの地域でコーディネートするような部署であったりですとか役職があったほうが、よりスムーズなのかなというふうに、先生方のお話をお聞きして、ちょっと感じた次第です。ありがとうございます。

○南雲座長 ありがとうございます。

浦井様、地域ごとに地域包括支援センターというのがございまして、例えば大田区は23か所区内にございますが、住所地によって担当地区が決まっているところがありまして、そこだとかかなり幅広くご相談に乗ってくれるので、僕はそこをお尋ねいただくのが。親御さんを見ているご家族とかは、地域包括支援センターというところでご相談されるのが一番いいかなと。非常に知識も豊富ですし、人脈もあるので、まずはそこらでご相談していただいたらどうかなというふうに思いますので、保険組合の方にそうようにご指示いただいたらいかがでしょうか。

○浦井委員 ありがとうございます。

○南雲座長 お願いします。

それでは続きまして、介護支援専門員研究協議会を代表しまして、品川の藤井江美様、本日のテーマについて、ご意見を頂戴したいと思います。いかがでしょうか。

○藤井委員 ありがとうございます。東京都介護支援専門員協会のほうから、南部地域ということでご指名いただきまして、参加させていただいております。

私は昨年まで、先ほど五反田リハの塘地様がおっしゃった地域ケア会議ですけども、それを開催する側におりました。そして、先ほど鈴木さんがおっしゃった地域ブロック会議にも参加する側におりました。皆様からは医療的なことは今まで多く意見が出ておりますので、私のほうの専門といひましようか、社会的課題、こちらについて少しお話ししたいと思います。

この社会的課題ですけども、この地域ブロック会議の中で四つのブロックがあるわけですけども、どのブロックでも出ていたキーワードが生保・独居・身寄りなし、この方々が入院をしてくると、本当に病院側は大変だということが病院側からこの意見が多く出ておりました。でも、これはこの方たちが退院するに当たり、それこそ今、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、ケアマネジャー、本当にこれは大変なことになるんですけども、この課題を解決するために大田区さんも見守りキーホルダーというものをやっております。虚弱の高齢者、認知症の初期の方々にちゃんと番号制にして、個人情報を守った上で行政側がその方の緊急連絡先が分かるというものですよね。それは品川もしております。このときにしっかりとした緊急連絡先を押さえておく。要は友達とか、苦肉の策で民生委員という方への登録をされている方もいらっしゃるんですが、権限ということをお考えたときにお友達では権限もないし、民生委員さんもおのときの場合は権限がないです。それこそ、地域包括支援センターの人間でも権限というものがありません。意思決定支援の代行ができるわけではないというところなんです。

それと次に、緊急通報システム、要はリズムセンサーが付いて、24時間トイレのドアが開かなかつたら緊急出動して、救急搬送までするみたいなサービスが大田区も品川

区もあると思います。

ここでも緊急連絡先が。要は救急搬送されたときに誰に連絡する、救急搬送されたときに、空になった在宅を誰が管理するという、これもやっぱり権限が必要な方ですけども、ここも今、単独世帯が多い中、家族関係も核家族化して、昔とはちょっと違う形態で、なかなか良好な家族関係が築かれていないという方が増えておりますので、ここでもまた知人とかという方が苦肉の策で緊急連絡先になることがあります。

一時的にはそれでもよろしいのだけれども、やはり今後、なったらこうするという、退院に当たって、誰がお金を支払いますとか、退院に当たって、この方は入所になりますとか、入所の契約、身元保証とか、そういうことがきちんとできる方々を早期の段階でつくっておく。

だから、国が言うACP、人生会議というポスターが問題になりましたけども、ACPを早い段階から区民に認識いただいて、こうなったらどうしようというところでの緊急連絡先、キーパーソンの確保をしておく、生保・独居・身寄りなしのこの言葉が変わってくるのではないかとというふうに考えております。

ですので、地域包括支援センターの強化というところには、こういうところにもつながると思いますけども、この辺りを成年後見制度の問題等も含め、もう少し進めばよろしいかなというふうに思っております。

以上です。

○南雲座長 ありがとうございます。

今の話は非常に重要な話ですね。保険証を発行するときに今の要件、身寄りがいるかないか、延命の意思確認とかを含めて、1冊記録を取るというふうに決めていただければ、保険証を出すときには、その情報がどっかに必ずあるはずだというふうに分かるので。どうです、できませんかね。

○道傳地域医療担当課長 そうすると多分、組合ごとという話に。

○南雲座長 例えば国保の場合は。社保は別としても。

○道傳地域医療担当課長 そういうところとか、区切りのあるところで呼びかけるタイミングで。

○南雲座長 それを出していただかないと保険証発行できませんというふうにしたらいかがですかね。1年ごとに一応変えますよね。そうすると1年以内の情報が取れるというて。

藤井さん、どうですか。そんなふうにしてみたら。そんなことができれば。

○藤井委員 すごい発想だと思って伺っておりました。

本当に事実、成年後見をかけなきゃというふうに思っていた方が入院をして、結局何の権限もないので、支払もできない、その方針を決められない、そうすると支払もできないから病院も退院させるわけにいかないということで、超高度医療を提供している病院ですけども、1年いた方がいらっしゃるんですね。結局、その成年後見制度を確立するまでに人のお金を動かすわけにいかないというところで、本当にもったいない病院の利用の仕方をしていて、病院側もどうにもできないという例が多分、確認していくとたくさん出ると思います。

こういうことで社会資源の使い方がもったいないことになっているというふうに思いますので、例えば初診のときのカルテには緊急連絡先を記載するでもいいし、とにかく地域包括支援センターとして関わるときに、まずそこを整理するみたいなことは必要かなと思います。

保険証の件、とても有効だと思います。ありがとうございます。

○南雲座長 それでは、その件はぜひ、東京都とか市区町村にご指示いただいて、国保の社保は別として、国保だけでもそういう要件を。保険証を渡すときに引換えに取りなさいというふうに申し訳ないですけど言っただけませんか。僕らも努力するんですけど忘れちゃうんです。うちの患者さんで二人、私が保証人になったことがあります。もう、だって保証人を立てられないんで、誰もいない。僕が書くよと。

○道傳地域医療担当課長 東京都ですけれども、ちょっとこちらからお声掛けできるかどうかはすみません、すぐにはお答えできないんですけども。

あとは一つ、これからのマイナンバーの関係で保険証が切り替わる中で、どういうふうになるかというのもあるかと思いますが、大事なのはそういった定期的な確認するタイミングとかで、そういった緊急連絡先を確認するなり、そういう保証がないかという、そういったご質問なのかなと思います。ちょっと貴重なご意見だと。

○南雲座長 それができたら少しは前進しますよね。初診時に必ずお聞きするというのを私も肝に銘じて、これから励行したいと思います。

一通り皆様にご意見を頂戴したのですがいかがでしょう。皆様のお話をお聞きになって、追加の発言ありませんか。

ぜひ一言というのを、鈴木先生いかがですか。

○鈴木委員 ありがとうございます。

A C Pの問題については、事前を取っていても状態によって、またどんどん変わっていきますので、むしろ繰り返しやっていくことのほうが重要なというふうに思ったりします。

また東京都さんも、そここのところを指摘されても結局、厚労省のほうでもまないといけな事案なので、多分お返事は絶対できないだろうなというふうに思ったりいたしました。

それで、本当におっしゃるとおりにいろんな問題が散在しています。先ほどのお一人様の件とか、成年後見の話だとか、それからのヘルパーさんの話は、今日では出なかったですけど、今、ホームヘルパーがもうめっちゃうちゃ少ないので、こここのところが僕はボトルネックになってくるんじゃないかなとか思ったりしています。

そういったところも課題として検討していかなきゃいけない、課題山積というところだとは思いますが、それでも一つ一つやっていかなきゃいけないということなんじゃないかなというふうに思います。

以上です。

○南雲座長 ということで在宅はやっぱり効率が悪いので、施設介護に帰ろうというような動きがあるのでしょうか。いかがでしょうか。

言いにくいですが、平川先生。

○平川副会長 今、先生より人材の問題は本当に大きなネックになると思いますけど。

○南雲座長 どうでしょう、在宅医療を勧める西田先生。

○西田理事 いやいや。ある意味、独居高齢、超高齢、認知症というある程度在宅限界、在宅限界が随分上がってきましたけども、それでも、やはりできればというのは必要ですから、やはり施設はどうしても増えていかざるを得ない。施設療養が増えていかざるを得ない状況にはなっているんだと思います。選択肢として必要だと思います。

○南雲座長 やっぱり施設は20年前に比べるとスタッフの数が本当に少ないな、足りてないな、いらっしゃらないなという感じを受けます。

聞いてみると現実、いないんですと。20年前は、例えば特養でオムツを1日5回変えていたのが、今、何回ですかって聞くと、3回ですと。それは、もう5回なんて変え

られないと。人材の点から言っても無理。ただ、オムツの性能は20年ですごく上がったので、それに耐えられるだけのものになっているからというふうなお話を聞きました。

だから人が、人材がいなくて効率化というなら、そういうところを改良して、人の手を借りないところこの改革をすることによって、少しでもその人材不足を補えないかというふうなことを。これは我々でできることばかりじゃないんで、これは民間企業の方とか、そういうところでいろんなご検討、努力をいただいて、改革を実現するというのがどうしても必要なのかなと。

それから見守りの機器ですね。施設で、こういうのもすごくよくなってきて、一人いれば夜は全員の状態を観察ができると。あるいはいなくてもきれる、かなり見守れるとこまで来たというところで、そういうような状態になっているんで、施設がどんどんそういういったものをご利用になれるように補助をしていただくとか、いかがでしょうかね。

小池百合子さんがテレビで「皆さん、病院にかかったときは延命ご希望ですか、身寄りはいませんか、一言お話してくださいね。」って、都知事がコマーシャルに出たら結構みんなやるんじゃないかなと思うんですけど、いかがですかね。何かの折に言ってくださいよ。小池さんは今でも年寄りにはすごい人気あるから。そういうのがあると。

僕からなかなか聞きにくいですよ。どうします、最期の最期のとき、点滴ぐずぐずしますか、人工呼吸器つけますか、苦しいですよとかってまで、言っちゃ本当はいけないんだけど、そんな話をしないと、なかなか答えが引き出せないというところもあって、そういうのを言うのが、医療機関にかかったら自分の意向を伝えるのが常識なんだというふうなことになるれば、少しは進むのかなというふうに思います。

予定の時間は、まだ5分があるんですが、何かおっしゃりたい方、ぜひこれはみんなで考えようということ。

最後にもう一度、連絡のICT等々につきましては申し訳ありませんが、小西さんと鈴木様には大田区と品川の現場の皆様の意見を聞いていただいて、おまとめいただけると本当に助かります。ありがとうございます。よろしくお願いします。

どなたかご発言いいですか。

○鈴木委員 一つだけよろしいですか。

○南雲座長 お願いします。

○鈴木委員 今、看取り専門の老人ホームとか、そういうところできてきているんですね。要するに訪問看護ステーション、そこの有料老人ホームの中に併設して非常に医療のほうで訪問看護に行くと。

僕が聞いている話で、ある業者さんのところでは訪問看護診療料が1か月100万円を超えるというようなところもあって、それが物すごい勢いで全国に増えていて、フェンドなんかも入っているというようなところも入っています。

これは今のところ制度上で何か規制するようなことはないんですけども、やっぱりそういったところもありますけれども、全くその生活がなくて、居室にはベッドしかないというような状態でやっておりますので、ちょっとそういったところも今後、注意が必要かなというふうに思っています。

以上です。

○南雲座長 貴重な情報、ありがとうございます。すごいですね。

○西田理事 サ高住もそうですね。サ高住も結構、過剰サービスが問題になっています。

今、厚労省は、これにかなり言い出しています。

○南雲座長 うちの患者さんがサ高住に25万という話で入られて、そうしたら居室で転

倒しても、起こしてというと5,000円ですよ。起こして椅子に座らせるので、サ高住の中で5,000円いただきますと。そうすると45万、50万とあっという間に月々利用料が増えているということで、よう考えているなど。賢いと思いますよね、やる人はすごいなって。

だからそういうふうなところで、またそういう情報をぜひ教えていただいてと思います。

○岩井医療政策担当部長 皆様、こんばんは。東京都保健医療局の医療政策担当部長の岩井でございます。ちょっと都議会の委員会がございまして、途中からの参加になり申し訳ありません。

委員の皆様には、本日現場の課題ですとか、貴重なご意見を賜りまして本当にありがとうございます。すぐに解決することはちょっと多くはないかもしれないんですけども、東京都としまして在宅療養環境の充実に向けまして、一步一步取り組んでまいりたいと思いますので、引き続き、皆様のお力を借りながら進めてまいりたいと思います。

どうぞよろしくお願いいたします。

○南雲座長 ありがとうございます。

それでは、時間はちょっとありますがよろしいですか。

では、最後のご挨拶を佐々木先生から。

○佐々木理事 地域医療担当の佐々木と申します。よろしくお願いします。

本日は遅くまで在宅療養ワーキングにご参加いただきましてありがとうございます。

私が今日、いろいろ議論を聞いていて思ったことが、この一つ前が区中央部だったんですね。私も区中央部の人間なんですけども、そこと一番違うのは、この地域は結構地域完結型医療ができていたということでした。

逆に区中央部は、もう患者さんの流出量が非常に激しいので、地域完結型ができなくて、どうやってその離れた地域との連携をするかということが結構話題となっていましたけど、こちらでは病院と在宅医とかかりつけ医のアライアンスがあって、そこで完結できるとかいう話がありましたので、割とそういう意味では、ちょっと区中央部と違うという印象がありました。

ただ問題は、今度、離れたところとの連携をどうするか。在宅療養ワーキングという在宅療養ですので、割と狭い圏域で話してればいいんですけども、今度、高度急性期とか急性期の離れた病院との連携をどうするかとか、そういうことがこれから大事になってくるのかなと思って聞いておりました。

それから今日はあんまりICTのお話が出ませんでしたけども、閉じた地域の中では一つのシステム、限られたシステムでいいんでしょうけども、今度、圏域をまたいだ連携をする場合には、隣との連携、離れたところのICTのやり取り、どこから話が出てきますので、そういうことも踏まえて、今後、ご議論いただければいいかなと思っております。

あともう一つ、ICTの話でお願いしたいんですけども、私は台東区ですけども、MCS使っているんですけども、ほかの地域も含めて、なかなか行政の方々が開示情報にしている部分に入ってくれないという話があります。

その原因はどうかと思っていたんですけども、一つこの間分かったのは、ICTのアカウントの使い回しをやっているところが意外とあるという意見でした。きちんと個人情報を守るためには、一人一人が規約を守って、それを何回も研修をして、みんなで決まりを守っていかなければ、なかなか個人情報の保護ができない。システムの問題ではなくて運用の問題ということを感じた次第です。

ですので、これからＩＣＴシステムを検討していく場合は、そういう規約とか、それを守るための研修とか、そこも並行して進めていただければなと思いました。

私からは以上です。

- 西田理事 医療介護福祉担当理事、西田です。本日は遅くまで活発なご議論ありがとうございました。

前回の区中央部と区南部の違いについては今、佐々木先生が言ったのと同じイメージを私も持ちました。

医療介護の人材不足というのが問題になっておりますが当然、タスクシェア、タスクシフトということになってまいります。そのための多職種連携が必要であり、その一手前で同職種連携というのはとっても大事になってくると思います。

先ほども出ました在宅救急の話ですとか、２４時間体制の確保とかという、２４時間体制の確保を目指して、やはり医療資源がしっかりと連携を取らないといけないと思っています。１馬力の先生、それから在宅医療専門診療所、あるいは往診専門の事業所、そういったところが地域の中できちんと連携をして、チームを組んで、体制を組んでいなくちゃいけない、総力戦で臨んでいかなければいけないという時期に来ているんだと思います。

いろいろ質の問題で課題が多くございますけども、まずネットワークを組んで、よく医師会なり行政なりは評価していただいて、いいシステムを作っていただきたいと思っております。

その連携ツールの話につきましては、使いやすい今、普及度の高いＭＣＳがメインになっていますけども、やはり管理の面で難しいといったようなところもございます。様々なツールも林立していますが、そこにこだわらずに、例えば平成１７年につくったケアマネタイムとか、そういったものも活用しながら面談ですとか、電話ですとか、そういったことを随時組み合わせながら効率のよい連携を目指していければなというふうに感じております。

本日はありがとうございます。

- 平川副会長 平川でございます。熱心な言葉ありがとうございます。この地域はいかにみんな熱い先生方がいるかということがよく分かりました。

地域でこういう会議も大事なんですけど、もちろんほかのテーマで、今ちょっと今日も出ましたけども、生保ですね。それから独居、そして身寄りなしという方々って、いわゆる困難ケースだと言うんですけども、こういう方の対応はすごく大事で、こういう生保、独居、身寄り大好きなところと言えば、非常に言いにくいけど、八王子の滝山病院のように好んでこういう方々を受け入れると。もうある意味、僕らもいかなもんかなって、八王子で一緒に仕事しながら思うんですけども、仕方ない、ほかということになって結局、今回の重大な事件になってしまったということで、もう僕たちにも責任がある。

でも、なぜか頼っているところもあったりで、この辺が本音を言うと難しいところで、でも、これはやっぱり地域でそれはよくしなきゃならないので、こういった会議において、先ほどサ高住や有料では非常に不適切な報酬請求といいますか、行われているということ。やっぱりしょうがないな、あそこはというような感じにしまうと、また第二の滝山病院になってしまうので、ぜひ、こういう会議でも少しそういう話題があれば話し合って、最後はやっぱり医療、介護、福祉のプロが支えていかないと厳しいのかなと。もちろん、一概に悪い奴がいるとか、株式会社系が、営利が悪いとは言いませんけども、やっぱりその辺はちゃんと見ていかないといけないのかなと僕は強く感じます。

ぜひ、そういった地域での情報交換が大事な場になりますように、今回の会議も生かしたいと思います。どうもありがとうございました。

○南雲座長 活発なご意見、ご発言いただきましてありがとうございます。

東京都からは二つテーマをいただいたんですけども、残念ながら座長の力不足で一つは中途半端で申し訳ございません。

ただ、大事な問題なんです、本当に使いやすいツールがあるのかというのはどうも僕の感想では今までのところの経験では、まだまだ不十分だなというふうに思うので、全都で使えるようなツールというのはなかなか。二つ三つぐらい併用するような形でもお許しただけるんだったら、ありかなとは思いますが。一つに統一するというのは、なかなか困難かなと思うんです。

この会議でいろんな方、皆様のご意見いただいて本当に勉強になります。これからも皆様のご参加、ご指導いただいて継続したいと思います。よろしくお願いします。ありがとうございました。

私からは以上です。

○道傳地域医療担当課長 それでは皆様、本日はお忙しい中、多くの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、東京都の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をいたしますとともに、後日、参加者の皆様へも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。