

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
(区西南部)

日 時：令和6年12月3日（火曜日）午後7時00分～午後8時24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、区西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。

本日はお忙しい中ご参加いただき、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、どうぞ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もございますので、何かありましたらその都度ご指摘をいただければと存じます。

本日の配布資料ですが、次第下段の「配布資料」に記載のとおりです。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、議事の都度、事務局までお申し出ください。

なお、本日の会議ですが、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、傍聴者の方々には配布しておりませんので、ご了承いただき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、ご協力を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いたします。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。また、本日、Webでの会議となっておりますので、ご都合が特によろしければ、ぜひビデオのカメラについてはオンの形にしてご参加いただければと思います。

それでは、まず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。

東京都医師会、平川副会長、お願いいたします。

○平川副会長 こんばんは。担当副会長の平川でございます。今日は本当お忙しい中、お集まりありがとうございます。

現状、今、東京都医師会では様々な事業とか要求をしていますけれども、大きなものとしては東京都在宅医療推進強化事業という形、これは各地区医師会の先生方にお願いしている事業ですけれども、24時間体制、休日夜間体制を含めた在宅療養の在り方について、地産地消の仕組みをおつくりいただくと。この支援をしています。

もう一つは、やはりその在宅療養にも重なりますけれども、最後のセーフティネットとして、やっぱり地域の中小の民間病院は非常に大事な役割を果たすわけですけれども、昨今の厳しい経済状況の中で、都内のそういった中小、民間の病院が非常に厳しい経営内容をしていると。人、物、金、全てがないという形で、本当に閉院を考えるというような経営者の方も何人も伺っております。この辺り、ぜひ在宅療養のことと病院を救うという形で、今、東京都医師会として動いています。

本日二つのテーマがございます。複数の疾患を有する高齢者をどうやって在宅療養の中で支えていくかと。まさにこれも人、物、金がない中でどうするかですけれども、特に人材については非常に少なくなっているわけです。昨日、私、実は高齢者施設の忘年会

をやったんですけども、ふと見ると3分の1ぐらいの看護師は外人だったということに驚いて、日本的な宴会じゃなくて、ちょっと西洋的な宴会になっちゃったわけなんですけども、もう目に見えないときに、ひたひたとそういうものがもう忍び寄ってきている。気がつくともっと本当に入れ替わっているという時代になりつつあると思います。

もう一つの今日のテーマは、ICT管理を含めました連携ツールをどうするかということでございますけども、この辺り、ぜひ今日、先生方、お一人必ず発言してもらえれば助かります。

以上、よろしくお願いします。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

続きまして、保健医療局、岩井部長、お願いいたします。

○岩井医療政策担当部長 皆様、こんばんは。保健医療局医療政策担当部長の岩井でございます。お集まりの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。

在宅療養ワーキンググループは今年で8年目となりまして、これまで在宅療養に関する地域の課題、現状ですとか、今後の取組等についてご議論いただきまして、関係者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の検討をされておりまして、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示されておりまして、こうした流れも踏まえまして、今年度の意見交換のテーマを設定させていただきました。

また、意見交換がより有意義なものとなりますよう、限られた時間の中でございますので、事前に各区市町村単位でご議論をまとめていただいた内容を最初に発表いただく形に代えさせていただいております。それぞれのお立場から本日は積極的なご発言を賜りますよう、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、本日の座長のご紹介をいたします。本ワーキンググループの座長は榎林神経内科クリニック院長、榎林洋介先生をお願いをしております。

榎林座長、一言お願いいたします。

○榎林座長 皆様、こんばんは。目黒区医師会で在宅医療関係の担当理事をしております榎林と申します。本日、座長の任を仰せつかりましたので、よろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 榎林座長、ありがとうございました。

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

○榎林座長 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。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。先ほど榎林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としております。現在、国において進められております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テーマとなっております地域医療の連携の推進、こちらを参考に、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①と②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、①と②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。市町村の皆様におかれましては、調整に協力いただき、誠にありがとうございました。

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まして、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、その内容につきましては資料3のとおりにまとめております。

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報告していただきます。時間は5分程度といたしまして、口頭で報告をしていただきます。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。意見交換は、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と、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、座長の檜林先生の進行により意見交換を行っていただき、最後に檜林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と各関係団体宛てに情報共有させ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。まず参考資料1が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となっております、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。次に参考資料2ですが、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す。

私からの説明は以上となります。どうぞよろしくお願いいたします。

○檜林座長　ありがとうございました。

東京都からの説明について、何かご質問はございますでしょうか。挙手にてお願いいたします。大丈夫ですかね。

じゃあ、次に進めさせていただきます。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区市町村当たり5分程度でお願いいたします。

まずは目黒区の発表者の方からお願いいたします。

○橋川委員 目黒区健康福祉部福祉総合課の橋川と申します。よろしくお願いいたします。聞こえていますでしょうか。

○檜林座長 はい。聞こえております。

○橋川委員 すみません。本日のワーキンググループの意見交換の実施に当たりまして、まず最初におわび申し上げたいと思います。目黒区では本当にスケジュールがタイトな中で、様々な会議の関係で、日程の調整がどうしても行えず、事前に議論する場を設けることができませんでした。申し訳ございません。事前に東京都にもお話しさせていただいているところですが、本日は目黒区で年2回開催しております在宅療養推進協議会が出された意見、また、事前にワーキンググループの皆様にご提出いただいたアンケートの意見も含めて、まとめてご報告させていただきたいと思います。不足部分が多々あると思いますので、その点につきましては、この後の意見交換の中でメンバーの皆様にご意見をいただきたく、よろしくお願い申し上げます。

では、ご報告のほうをさせていただきます。まず、①医療・介護の人材不足の中でどう効率的に連携していくのかという点です。これにつきましては、やはり医療現場からはMCSですね、メディカルケアステーション、多職種のコミュニケーションツールの積極的な活用が挙げられていました。現在も医療と介護の現場で活用のほうが進められている、そういったツールの積極的な活用というところが一つあります。

目黒区では地区医師会のほうが運営していますICT多職種連携ネットワークシステムという支援を行っておりますが、こちらは今年度4月現在では、医師会含めて65名の方が活用しているというふうには聞いていますが、やはりさらにこの多職種連携を進めていくためには、このMCSによる情報共有の効率化ですとか、連携強化の推進という部分もやっていかななくてはいけないというところの意見がある一方で、また、介護分野では、ご高齢の方が多き事業所などでは、やはりそういったIT導入というんですか、DX化がなかなか進まない事業所もあるといった現状もご意見としてありました。また、今のように異なるシステムの導入によって、足かせとなってしまうような現状もあるというご意見もございました。多職種連携では顔の見える関係構築も非常に重要であり、研修会や連絡会、会議など、もっとオンラインを活用して、気軽に意見交換ができる場が必要なのではないかというご意見です。

次に、②の連絡方法や手段についての課題です。先ほどの意見とも重なる部分は多々あるのですが、一つはやはりICTの推進が挙げられます。事業所によってはやはり消極的なところもあるようですので、その部分を支援していく体制づくりが必要なのではないか。それから、またIT機器に進めていくに当たっては、やはり費用ですとか、システムメンテナンスですとか、そういった費用負担も課題である。

目黒区では連絡方法や手段を一覧表にまとめたケアマネタイム、主治医・介護支援連絡タイム一覧表ですとか、連携の手引きですとか、そういったものを紙ベースで作成しています。また、連携する病院の入退院支援部署の一覧をまとめたものも作成していますが、やはりなかなか周知が十分に図られていないことすとか、情報が年1回または2年の見直しということで、タイムリーな情報となっていないということが課題として認識しているところです。

目黒区からは以上になります。

○檜林座長 ありがとうございます。

次に、世田谷区の発表者の方、お願いいたします。

○椎名委員代理 世田谷区の椎名です。聞こえておりますでしょうか。

○檜林座長 はい。

○椎名委員代理 よろしく願いいたします。世田谷区保健医療福祉推進課の係長の椎名と申します。本来であれば課長の小野が出席してご報告申し上げるところではございますけれども、本日、私が代理として出席しております。何とぞご了承いただきますようお願いいたします。

日頃より世田谷区医師会の小原先生、玉川医師会の山口先生をはじめ、皆様方に大変お世話になっております。ありがとうございます。本日よりお願いいたします。

それでは、私より、世田谷区における事前の意見交換の状況につきまして、ご報告させていただきますと思います。世田谷区では先月11月7日に、世田谷区医療・介護連携推進協議会にて事前の議論の場を設定いたしまして、意見交換を行いました。この協議会のメンバーは、地区医師会の先生方、それから歯科医師会、薬剤師会、病院院長会、訪問看護ステーション管理者会、それからケアマネジャー連絡会、あと地域包括支援センター等の代表の皆様方で構成されております。

では、今回のテーマのまず1番の医療・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きましてですが、まず地区医師会の先生方からは、日頃から在宅医療を担う内科ですとか整形外科等の医師以外の往診可能な医師、例えば皮膚科ですとか耳鼻科、眼科、婦人科等の先生方との横のつながりが必要であり、往診していただける先生のリストなどが必要であると考えますけれども、以前、地区医師会さんのほうでもリストを作成したことがありますけれども、医師会未加入の医療機関もあるため、訪問が可能な診療所の確認が難しいというご意見がございました。

また、区内には訪問看護師ですとか訪問看護ステーションの数が多いんですけれども、小規模の事業者が多くて、24時間365日の体制が脆弱だと感じている。休日、夜間に訪問看護ステーションの事業者同士で協力できる体制をつくる必要があるのではないかとご意見をいただいております。

また、この今の訪問看護ステーションの体制に関するご意見に関しまして、訪問看護ステーション管理者会の委員からは、事業者同士で協力できる体制ができればうれしいけれども、行政等にリーダーシップを取ってもらわないと、協力体制をつくることはなかなか難しいというご意見をいただいております。

次に、2番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という点につきましては、現在、地区医師会にて運営を行っていただいておりますMCSに関するご意見が多く出ておりました。地区医師会の先生方からは、MCSの利用状況がいま一つ伸びていない。それは個人情報問題などで利用のハードルの高いのも一因ではないか。それから、MCSは基本的に一人の患者さんを中心に関係者間で連絡をやり取りするものなので、横串を刺すような多職種連携をするためには、連携ツールを作り直さなければいけないのではないかと。それから、ケアマネ、訪問看護、訪問介護等の統一された連絡方法の確立が必要ではないか。ファクス、メールですとか、MCSによる連絡など、施設ですとか職種によって様々な連絡方法がありますけれども、共通の連絡方法を決めたほうがよいなどのご意見をいただきました。

また、訪問介護連絡会やケアマネジャー連絡会の委員さんからは、例えば地区の先生がMCSを地区の連絡網として使ってくださっている例もあるので、MCSの活用の幅はもっと広がるのではないかと。また、あとMCS、我々自治体、世田谷区の職員が使えないことも課題であると思う。また、事業者間でも、事業者によりまして個人情報の壁などもありまして、MCSには参加できないという事業所も多くありまして、情報の

共有化のためのツールに関しては行政が主導して進めてほしいなどのご意見をいただいております。

以上、すみません、簡単ではございますが、私からの世田谷区の事例の意見交換の報告は以上でございます。多分不足しているところもあると思いますので、本日ご出席いただいている小原先生、山口先生、この後の議論でぜひとも補足していただければと思います。よろしくお願いいたします。

以上でございます。

○榎林座長 ありがとうございます。

次に、渋谷区の発表の方、お願いいたします。

○日置委員 すみません。渋谷区の高齢者福祉課長の日置と申します。いつもお世話になっております。音声聞こえていますでしょうか。

○榎林座長 はい。聞こえています。

○日置委員 渋谷区、申し訳ございません、アンケートのほうはちょっと医師会様とうまく調整してなくて、区のほうの単独でちょっと回答してしまったんですけど、渋谷区のほうと医師会様の取組のほうも併せてちょっとご紹介させていただければと思います。

渋谷区のほうでは、渋谷区医師会様のほうに在宅医療相談窓口のほうの運営を委託しております。昨年度の実績では約630件の医療に関する相談を受けていただいております。その中でも、やはり地域包括支援センターを通じた認知症などの相談については、非常にその件数のウェートが大きくなっているところでございます。

渋谷区におきましては、多職種連携といたしましては、医療関係者、福祉関係者の多職種の連携会議といったものは非常に活発に開催されております。つい先月も、また先々月も、夜に集まっているような機会も多く設けております。そうした医療、福祉の関係者のネットワークづくり、対面でのネットワークづくりは進んでおります。また、医師会様にもICTネットワークのメディアケアノートなどのほうの運営をしていただいておりますが、やはり複雑かつ多様な課題を持っている方の対応におきまして、関係者が増えていくに当たって、その情報連携のところではやや難しさを感じているかなというような印象を持っているところでございます。

やはり各事業所におきましても、ICT環境等につきましてはまちまちでございまして、積極的な事業所もあれば、まだファクス、紙などで対応している事業所なんかもまだ多くあるのが実態かなというふうに思っております。区としてもICT化の推進のところの支援を今年度中心に始めてきたところでございます。

また、最近、区のほうでは、訪問看護の事業所のほうが、やはり高齢者の医療ニーズの高まりに伴って増えている状況でございます。

雑駁ではございますが、渋谷区からの報告は以上でございます。よろしくお願いいたします。

○榎林座長 ありがとうございます。

それでは、本日のテーマである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の意見交換を始めたいと思います。これまで出ました各テーマ、二つのテーマについて、それぞれ20分以内程度の意見交換の進行をお願いしたいと思います。

どういたしましょうか。例年、割と、私が座長のときはもうご指名をしてしまうことが多いんですけども、なかなか皆さん自分から言いにくいと思いますので、当てさせていただきます。今回のテーマは、最初に多分医者がしゃべってしまうと、皆さんちょっと遠慮してしまう医療者が多いのかなと思いますので、訪問看護ステーションとか、あとはケアマネジャーさんとか、そちらからちょっと意見をおっしゃっていただければ

と思うんですが。

最初に、訪問看護ステーション協会の阿部様、いかがでしょうか。

○阿部委員 すみません。ちょっと遅れて参加したので、申し訳ありません、途中からしか聞いていなかったんですけど、ちょっと世田谷区内の訪問看護のことも、まとめをちょっと聞いてこなかったのではとも言えないんですが、どうでしょう。答えるの、質問は、初めに、すみません。もう一度質問から聞いてもいいですか。

○檜林座長 まずテーマがございまして、テーマが二つございまして、複数疾患を有する高齢患者などで、在宅療養の医療・介護の人材不足が懸念される中で、どのように効率的に多職種連携をするかというのが最初のテーマで、まずはそこからいかがでしょうか。

○阿部委員 先ほども出ていましたけど、世田谷区ではMCSを使っているかと思うんですけども、なかなか実はうちの事業所も、個人情報とか法人の兼ね合いで使いこなせていない部分もありまして、そういう意味では、他事業所と連携するという意味では、すごく難しい一面があるかなと思っています。

何かほかの区で、例えば区の医師会とかでスマートフォンを用意して、それでMCSを使っていきたいという形を取ったところがあるとも聞いていて、そこにあるうちの法人のステーションはMCS用のスマートフォンを1台持っているという形で、それで連携を取らせていただいているという場合もありますので、何かそういう手段があれば、みんなが一緒にスタートできるのかなというのは感じています。

今現在は、連携するには、やはり先ほど出ていた電話だったりファクスだったりということがすごく多い状況になっているのが、なかなか相手先によって変えていくのも大変かなという現状があります。一度一緒に、一遍に全部報告するとか連携を取るとなると、ファクスで一斉送信するのが一番本当は使っている方法かなとは思っています。

そんな形になりますが、よろしいでしょうか。

○檜林座長 ありがとうございます。

私からちょっと一つ質問なんですけれども、この委員会って東京都医師会からのあれで、地区医師会から医者も来ているわけですが、実際に在宅医療をされている医療機関というのは、世田谷の場合でいいんですけども、医師会の中でやっていらっしゃる先生は大分増えてきたんですか。昔は何か入っていない先生がすごくたくさんいらっしゃいました。

○阿部委員 それは、どなたか、医師会の先生か世田谷区のほうで答えていただけるのでしょうか。

○檜林座長 世田谷の先生、小原先生か山口先生から、ちょっとその地域の実情的なところってお伺いできますか。

山口先生、お願いします。

○山口委員 よろしいですか、先に。玉川医師会の山口ですけれども、玉川地域は多分、在宅医のほとんどが医師会に加入していただいているというふうに理解しています。特に何か、医師会員でない在宅医がいて、どうという問題は生じていないかと思います。

○檜林座長 ありがとうございます。

○小原委員 じゃあ、世田谷区医師会の小原です。

一応やっぱり若干入っていない方はいらっしゃるみたいですね。医師会に加入されていない方はいらっしゃるみたいなので、そういう方との連携はやはり難しいかなと思いますが、大体は現在は医師会に加入していて、数件はやはり入らない方は入っていないというのは、情報は得ております。

以上です。

○榎林座長 ありがとうございます。

そうしましたら、続きまして、ケアマネジャーさん、介護支援専門員研究協議会代表の佐藤様、いかがでしょうか。

○佐藤委員 お疲れさまです。いつもお世話になっております。本日は、東京都介護支援専門員協議会からということで出させていただきますが、所属は目黒区でございます。日々、榎林先生、白木先生にはお世話になっております。ありがとうございます。山口先生もお世話になっております。

やはり皆さんからのご発言があったように、ツールの統一感というのはやはりないのが現状でして、私自身もMCSを使ったり、あとはメールでの一斉送信、ファクスでの一斉送信ということをしてしながら、記録にとどめておかないといけない職種なものですから、やはり電話だけだとなかなか記録に残りづらいので、そうしたツールがあるほうが業務的にはありがたいという側面があります。

一方で、そのツールをパソコンというコンテンツを使ってやることで、外で見られないというような問題が発生するケースもあって、そうしますと、自分が持っているスマホやら何やらを使って、グーグルのアドレスをうまく絡ませて手元で見るというようなことをするんですが、そういうスキルがあればどうにかなるんでしょうけども、なかなかケアマネさんの年齢層の幅、ケアマネの高齢化というのも最近問題視されているんですけども、そういう方に、疎いという問題もあって、個々のスキルの問題もこうしたことには発生するのかなというふうに思っています。

そうしたことを解消するためには、小さな勉強会のようなもの、それはやはり行政に主催していただくのが一番ありがたい気もするんですけども、小さなコミュニティの中でそうしたスキルをつけていくということも、本来私たちに求められている事業なのではないかなというふうにも感じています。

また、もう一つ申し上げれば、国が求めているケアマネの業務効率化の一環として、データ連携というもの、実績のやり取りになるんですけども、そうした事業もやはり進んでいないという現状があって、なかなか進んでいるところと進めないところの落差が大きいというのが現状かなというふうに感じています。

以上です。

○榎林座長 ありがとうございます。

そうしましたら、次は在宅医代表の先生方からちょっとご意見をいただこうかと思うんですが、最初、目黒の白木先生、いかがでしょうか。

○白木委員 目黒区医師会の白木です。よろしくお願いします。

今おっしゃっていたとおり、まず一つ目、①なんですけれども、やはり効率的に多職種連携する上で、ICTツールはもう欠かせないものだと思います。

実際に目黒区は、恥ずかしながら、ICTツールに何をを使うかというのがまだ統一されていない状況でして、というのは、以前からカナミックというツールがありまして、そちらをメインで使っていた関係で、あんまりMCSは使っている先生がそこまでは多くない状況です。ですから、まずICTツールの統一をまずはしなきゃいけない状況ですので、まずそれをして、恐らく今、東京都が進めているものとしたらMCSになるかと思うんですけども、MCS、今、目黒区としてはMCSだけがすごい独り歩きしているような状況で、そこについていけない先生方が非常に多いので、そういうMCSを進めるのであれば、やはり行政のほうで乗り遅れないようにサポートをしていただきたい。それによってMCSが普及すれば、情報共有も非常に効率化できるのかなと思います。

あとは、M C S も私もすごく高頻度に使っているわけではなくて、やはり電話とファクスがやっぱり 7 割方ありまして、残りの三、四割が M C S というような感じです。いい点、悪い点はやっぱりあるんですけど、いい点としては、看護師さんとか、あと薬局さんとかケアマネさんとかに、一斉に情報共有ができるという、それも時間を問わずできるので、電話をして、いつも、いらっしゃらないときに伝言でほかの方に伝えたりするんですけども、実際そういうタイムラグがなく連絡ができるという点は、非常にやっぱりいいのかなと思います。あと、ただ、送った後にやはり既読がつかないので、実際見たかどうかというのがちょっと確認できない点は、マイナス点というところかなとは思っています。あとは、やっぱり写真とかをすぐに簡単に掲載もできるし、それを共有できるので、M C S も非常に広く使えるようになれば、非常に強力なツールなのかなとは思っています。

あと、そうですね、ただ、そうは言っても、さっき佐藤さんがおっしゃったように、やはりケアマネさんとかは結構そういうのに得意な方ばかりではないので、行政のほうで進めるということも大事ですけど、我々のほうでちょっとそういう顔の見えるような関係を進めていく中で、そういうちょっとスモールミーティングとか勉強会とかそういうのをやっていて、ある程度皆さんスマホとかもいじったりして、皆さんも少し教えてさしあげればある程度分かる方も多いので、そういう小さな会を開いて教え合うということも一つなのかなとは思っています。

私からは以上です。

○檜林座長 ありがとうございます。

続きましては、先ほどもちょっとご意見をいただいたんですが、世田谷の小原先生、いかがでしょうか。

○小原委員 小原です。

まず 1 番目の複数疾患を有する高齢者についてなんですが、そちらのほうも世田谷区のほうがお話をされたように、やはり医師会に加入していないところで往診をしている皮膚科の先生ですとか精神科の先生とかがいらっしゃって、そういうマイナー系のところに関して情報を取れば一番いいのかなとは思いますが、医師会を通じては、やはり会員の中でアンケートを取って、手挙げしてリストを一度作ったんですが、実は蓋を開けてみるとやっていないとか、あとそれから実はケアマネジャーさんや訪看さんのほうが、どこどこの何とか先生という先生は往診しているよとか、そういう情報があるので、そういう情報自体をまとめてリスト化して連携をしていけばいいのかなというふうには考えております。

あと 2 番目の多職種連携の連絡方法なんですが、こちらのほうも、現状としては先ほど世田谷区の方がお話ししたような感じなんですが、やはり世田谷区自体が非常に大きいので、連携が取りにくいのが現状なのかなという気がします。例えば訪看さんのお話にもあるんですが、訪看ステーションの方にお聞きしたときには、訪看ステーションが世田谷区内に 100 以上、常に新しいところが、少数のところが幾つかできて、それでまたそれが消えてというような感じで出入りしていて、100 以上あるにもかかわらず訪問看護ステーション協会に入っているのは五十数施設しかないということで、連携もなかなか取りにくいというようなお話もあります。

あとは地域包括支援センターとの連携とか、そういったケアマネさんとかも、実は I C T のほうをうまく使っていけば一番いいのかなとは思いますが、特定の在宅専門でやられているところなどは、自前のシステムを作ったり、それから I C T をうまく使って連携はされているようですが、やはり普通の一般の往診をされているところですか人

数の少ないケアマネジャーさんのステーション、そういったところとかだと、なかなかＩＣＴ導入までは至ってなくて、やはり先ほどの目黒区の先生がおっしゃっていたように、大体が多分ファクスだとか電話とかで対応されているのが現状ではないかなというふうに思います。ただ、世田谷区のほうは、今年度から地域包括支援センターと区のほうがＩＣＴのほうを利用開始しておりますので、もっと積極的に区の介入をして、ケアマネ、訪看さん、それから地域包括支援センターというところがＩＣＴでつながっていただければ、より利用率も広がってくるのではないかなというふうに考えております。

以上です。

○檜林座長 ありがとうございます。

渋谷の先生はご不在なんですね。柏木先生はまだ入られていないんですかね。分かりました。ありがとうございます。

そうしましたら、ちょっと地区医師会は最後にしようと思うんですけども、その受入れ、次の段階の受入れをしていただくのはやっぱり病院の先生かなと思うんですが、内藤先生はその辺りはいかがでしょうか。

○内藤委員 ありがとうございます。私の立場としては、病院ということで受入れにはなるんですけども、訪問診療もやっている中で、ちょっと今までの中でもお話を多少させていただく、柏木先生がちょっとまだ入ってらっしゃらないみたいなので、ちょっと代わりにお話。確かに高齢者の在宅医療に当たって、なかなかやっぱり渋谷区も、医師会主導というよりも、医師会でも訪問診療の委員会、地域包括ケア委員会をつくったりとか、在宅相談窓口をつくって連携に努めてはいますが、なかなか規模の大きいところがやはり幾つかグループをつくって、なかなか全体的なつながりになっていないのかなというところは、ちょっとまだこれから問題だと思いますが、逆に大きなグループのところにもつながりをつくっていくことによって、渋谷区全体としてのネットワークをつくるというのがやり方かなというふうに、どこでもそうかもしれませんけれども、かなと思っています。

あとそれから、多職種連携の連絡方法につきましては、さっきも小原先生から話がありましたけれども、規模の大きいところでは独自のネットワークをつくっていらっしゃると思います。渋谷区においても、先ほど日置課長がメディケアノートの話を読まれたけども、実を言いますと、メディケアノートを導入したのは結構前になりまして、今でも動いてはいるんですけども、やはりその使い方についての説明であったりとか講習がちょっとうまくいなくて、使い方については、日置会長には申し訳ないんですけども、あまり広がっていないというのが現状のところかなというふうに思っています。

あとは、病院として、受入れに関しましては、やはり多くの場合は緊急的に訪問、在宅の方であったりとか、かかりつけの高齢の方についている場合はもうほとんどが電話でまず問合せをいただき、それから情報提供として診療情報提供書をファクスでいただいてという形がほとんどであります。あとはレスパイトみたいな、場合によっては少し時間の余裕があるところは先に情報を提供していただいたり、当院においては地域患者サポートセンターというのをつくっていますので、そこに全部情報を集めて、そこから院内に通知するというようなこともやってはいますが、実際には受入れのときにはほとんどが電話もしくはファクスというのが現状になっています。

また、そういう受入れのときに問題になってくるのが、やはりまだ介護保険の申請をされていないですとか、今までの、それから今回の資料にも出ていましたけれども、やっぱり受入れのときは全然問題ないんですけども、一番の問題は退院に向けての退院調整というのが非常に難しくなりまして、ある意味では、もともと退院調整するときには、

ご紹介いただいた訪問の先生であったりとか、訪看さん、ケアマネジャーさん、さらには行政の方も含めて退院調整のカンファレンスをするなどをしまして調整しているのが現状です。うちも地域包括ケア病床という病床ですので、一つは入院の日数の限度があるんですけども、時々それを超えてしまうということもあったりとかして、もう少し退院調整についても何かうまい連携ができていければよろしいんじゃないかなということ。ただ、最近、渋谷区ではやはり多職種連携の会に、ケアマネジャーであったりとか訪看さんだけではなくて、例えばNPOの方でそういった方の支援をしているような方も参加していただくようになって、職種の幅が広がって、ちょっといろいろとお互いに調整していく、調整というよりも相談していく方法が増えたかなというふうに感じています。

長くなりました。以上です。

○檜林座長 どうもありがとうございました。

続きましては、最近、訪問薬局さんも随分普及してきたと思うんですが、薬剤師会的小林様、いかがでしょうか。

○小林委員 ありがとうございます。そうですね、薬局の場合は、私も世田谷区の玉川エリアで薬局をやっておりますので、この地域の中での薬局薬剤師の一人ということになるんですけども、薬局の場合は、今、国のほうが薬局薬剤師の機能強化等に関する検討会というのをやっていまして、個々の薬局で備えるべき機能というのと、それから地域で備えるべき機能というのを明確化して、例えば地域で備える機能としては、滅菌調整ができる機能であったりとか、在宅に24時間対応ができる機能であったりというようなことで、きちんとすみ分けといいますか、していこうというような考えがありまして、それに従って今後連携を進めていくということになるんじゃないかなというふうに思っております。

そういった意味では、まずは薬局間での連携というのが必要になりまして、どこの薬局にどういう機能があるかというのを整理した上で、それが多職種の連携に広がっていったらいいんじゃないかなというふうに今進めているところです。それが元となっているんですけども、各地域の薬剤師会のホームページの中に、それぞれの薬局の持つ機能の情報というのを載せようということになりました。これはもう全国で今年度やったことなんですけれども、それぞれの薬剤師会のホームページを見ると、そのエリアの薬局、会員、非会員を問わず、どういうことに対応しているのかというのが分かるようなことを今構築しているという、そういうような段階にあります。

多職種の連携のツールについてなんですけれども、やはり私も世田谷区ですので、MCSなんかに参加はしているんですけども、なかなか活用が進んでないというところはやはり問題かなと思っていますが、ただ、いろいろと使ってみると、やはり利点というのはあるので、そういったところから利点を横展開していくような形で進んでいったらいいなというふうに思います。

何か先ほどお話の中に、相手が読んだかどうか分からないというようなお話もありましたけれども、「見ました」みたいな、「了解しました」みたいな、ボタンを押せばいいようなツールもMCSの中に入っているので、そういったものでどんどん活用が進んでいったらいいなというふうに思います。

実際にやってみると、地域包括支援センターなんかでもMCSで情報をどんどん発信しているというところの中にもありますし、山口先生のところのように、患者さんのところに訪問をすると、その後、看護師さんのほうから情報を教えてくださるというようなことがありまして、やはり利点というのはたくさんあると思いますので、やは

りこれを活用に進めるという何か方向性を見据えて、もう一步踏み込んだ体制構築というのが必要じゃないかなというふうに思っております。

すみません。長くなりましたが、以上です。

○檜林座長 ありがとうございます。

続きまして、退院調整なんかのことで、病院の看護師さんの看護部長さんをされている看護協会代表の中川様、いかがでしょうか。

○中川委員 ありがとうございます。東京都看護協会南部地区支部の理事をしております中川と申します。病院は東京共済病院で看護部長をしております。

日頃、地域の患者さんが来られたときに、できるだけ速やかに対応しようということで、院内で連携するように、また地域と連携するようというところはやっておりますけれども、なかなかいろいろうまくいかないことは現状でございます。ですけれども、少しずつ地域の先生方、それからケアマネさんですとか訪問看護師さんですとか、そういった方と少しずつつながっていくことによって、患者さんをチームで支えていくということがお一人お一人ずつできていくということ、もう積み重ねていくしかないかなというふうに思います。残念ながら、まだそれにツールが生かされているというような手応えはないのが現状です。

あとは多職種連携のところですけども、病院の看護師はなかなか、少しずつ外に出ていくような形にはなっておりますが、まだまだ地域の方々とつながるということができていないのが現状かなというふうに課題を感じておりますので、看護協会のほうでも地域包括ケア委員会というものを立ち上げて6年間やってきたんですけども、なかなか現場に浸透していないという課題を、これからまた取り組んでいきたいなというふうに思っている次第です。

以上です。

○檜林座長 ありがとうございます。

では、退院調整のときの選択の一つとして老健が入ってくるのかなと思いますが、小泉様、いかがでしょうか。実際に多職種連携という形の場で一緒にカンファレンスなんかをされることは、恐らく老健の先生方って比較的頻度は少ないのかなと思うんですけども、その辺はいかがでしょうか。

○小泉委員 聞こえますか。

○檜林座長 はい。

○小泉委員 世田谷にあります老健施設うなね杏霞苑の施設長をしています小泉と申します。

私は世田谷の医師会の副会長もしているんですが、こういう会議で最近によく言われているのが、老健が今年度の令和6年度の改定から、やっぱり在宅の患者さんも積極的に受け入れましょうと。そのためには、やはり簡単な肺炎であるとか膀胱炎とかの患者さんを、病院に入院させるんじゃなくて老健に入所させることによって、リハビリも同時にやって早めに返しましょうというのに加算がつくようになったり、あと病院との連携で、かなり関連病院というような形で連携を取ることによって加算がついたりということで、かなり在宅の利用者さんに向けての対応を老健も取れということになっているのが今現状で、看取りもやり、そういう在宅の治療もやりというので、老健の使用の頻度がすごく増やせるような体制になっているんですが、ただ、まだそういうのが加算がついただけなので、基本的にまだそこまで、どこの施設も検討している段階で、まだ実際に動いている感じではないのかなと思っています。

それで、多職種連携のことですが、やはり病院と施設というのは、病院とのやり取り

というのが非常にやっぱり大切なことで、相談員さんがかなり情報を仕入れたりとかというのでかなり苦労しているんですが、先日、地域の病院との介護と医療の連携の会というのをやったんですが、そのときにはやっぱり情報が、医療寄りと介護寄りの話というのがかなり共通認識がないというようなお話が出ていて、それこそ、たんの吸引って、よく老健とか介護施設ではできませんよというお話でお断りをしたりするんですが、実際にこの前お話をしたときには、たんの吸引をどこまでやるのか。たんの吸引の、結局病院はコンプレッサーがたんの吸引をかなりできますので、必要があってやっているのか、それとも病院に入院しているから何となくやっているのか。実際にはどのぐらいやらなければいけないのかというのを具体的に教えてもらえると、対応が取れるんじゃないかというようなお話が出たりとか、やっぱりそういう病院と介護サイドの認識の違いというのもあって、老健もそうですけども、やっぱり施設にある吸引器というのは電動のすごく弱い吸引器ですから、そういうところのやっぱり吸引に対する考え方もかなり違ったりとか、そういうところですごく参考になったことでした。

あとは、先日お話をしている中で、人材紹介派遣サービスをやっているような会社が入退院の支援システムというのを作って、そういうのを今、応用を始めていると。わんコネというらしいんですが、そこは病院が、医療情報も含めその方の情報を、名前は出さないんですけど、表に出して、それを介護側が見て、連携を取っていく。それで患者さんの入院を判断するときに、そういう情報をいち早く共通で認識するというシステムがあるので、そういうものを登録していくのも一つの手なんじゃないかというような話が出ていました。そういうことによって、相談員が電話をしたりファクスでやり取りをしたり、やはり1対1の対応になってしまうので、病院で退院がそろそろ近いような方たちを一斉にそういうソフトに流すことで、いろんな施設で同時に見られるというようなシステムだそうなので、まだこれから応用化していくらしいんですが、そういうシステムもあるんだよというようなお話が先日の会に出ていましたので、一応報告をさせていただきます。

私からは以上です。

○檜林座長 ありがとうございます。知らないことをたくさん教えていただいて、ありがとうございます。

そうしましたら、地区医師会代表をお願いしたいんですけども、小原先生、内藤先生はもう先ほどたくさんお話しいただいたので、山口先生に、このテーマに関してはいかがでしょうか。

○山口委員 ありがとうございます。玉川医師会の山口です。

私自身は訪問診療を在宅専門のクリニックみたいな形でやらせていただいている中では、もともとMCSのような情報共有というのは、患者さんのお宅に連絡ノートみたいなものがあって、それがMCSに置き換わったという形で、すごく想像しやすく、情報共有も今回医科のほうは加算がつけましたので、そっちに進んでいるのかなというふうに理解しています。ですので、あまり、いわゆる訪問診療をしている患者さんにおける情報共有というのが、もう大分以前に比べれば進みまして、困難を感じることはなくなっているというふうに思っています。

一方で、私は訪問診療だけじゃなくて外来もやっているんですが、外来患者さんも、たまたま私が物忘れ外来をやっているかもしれませんけども、いわゆる介護保険を利用されていて、それこそ訪問看護師さんであるとかリハビリさんであるとか、当然ケアマネさんとか、いろんな方が関わっている外来患者さんというのはすごく多いんですね。ただ、どうしても加算もつきませんので、今そういったMCS等での情報共有というの

は基本的には皆無という状況なのかなと思っていて、今後その辺りもこういう情報共有の対象になっていくべきなんじゃないかなというふうに思っています。

もう一つが、率直に多分、今、M C Sで一番情報のやり取りをしていないのは、我々開業医と多分病院の先生方なんだろうと思うんですね。先ほど医療寄りの話、介護寄りの話がありましたけども、率直に、例えば医師の立場からしますと、情報共有ってすごく面倒くさいんですね。診察した内容をM C Sに書き込むというのも結構な手間ですし、書き込むだけだったらまだいいんですけども、いろんな方からどんどん何か報告が上がってくるわけですから、それに目を通すのもすごく手間なんですね。時間のかかることなんですね。

今、現実問題として、多分病院の先生にそれができるということはとても想像できませんし、何というか、またそこはルールといいますか、仕組みをつくっていかなくちゃいけないとは思いますが、少しずつ病院の先生とこういう開業医がM C Sで情報共有するような機会というのができてくるといいのかなというふうに思っています。

以上です。

○檜林座長 どうもありがとうございました。

あとは私が目黒の地区医師会代表ということで、ここにも入っておりますので、少し下世話な話といいますか、例えば目黒区は前にI C Tを導入するときにカナミックを選定したんですけども、そのカナミックの選定をして導入していただいた先生が、今、医師会の理事の先生をやっているんで、若干皆さんは遠慮があるみたいなので、目黒区は、今回、東京都のM C Sのチーム機能の強化ということが、当医師会から来たお話があったので、ちょっとそれをきっかけにM C Sの拡大を僕は図れば良いかなと思っております。

あとは、もう一つ下世話な話をすると、これは介護職の方なんかには知っていただきたいんですけども、在宅をやっている先生方って、やっぱり緊急対応だとかいろんなことを全て総合して、管理料みたいなものも頂戴しながら在宅医療をやっていて、何とか、それも収益の一つなんですけれども、ほかの関連職種といいますか、例えば皮膚科の先生に在宅の先生から診療依頼をしても、本当、スズメの涙の診療報酬しかその先生は算定できないとかいうので、お互い経営者なんで、ちょっと遠慮が出たりするようなこともあって、それでちょっと、このぐらいで頼みにくいよねみたいな心理が結構あるのは確かなんです。

なので、今後の話なんですけれども、そういうチームの中で他科の先生方から応援いただいたときは、それなりのプライオリティーがつくような、コスト面でお考えいただけると、今後はいいのかななんてことを。

私のはまとめではないんですけども、今のお話を総合しまして、最後にお金を出していただける保険者の方からご意見をいただければと思うんですが、いかがでしょうか。

石井様。

○石井委員 ありがとうございます。お世話になっております。全国健康保険協会の石井と申します。ありがとうございます。

本当に私はちょっと初めての参加で、勉強になることばかりでした。ありがとうございました。皆様が本当に一人の患者様を大切に守っていただいているんだなということを実感しましたけれども、やはりそれぞれの方々をつなぐというところにまだまだ課題があるのかなと思いましたので、いろんなツールですとか、ものができてきているということではありますけれども、アンケートにも書きましたが、それをまとめてつないでいただくようなコーディネーターの方がいらっしゃると、さらにそういったことが強ま

るのかなというふうに思っております。

発言の機会をいただきまして、ありがとうございました。

○檜林座長 どうもありがとうございました。

一応本日ご参加いただいておりますメンバーの方から、一通りご意見をいただいたところでございます。地域ごとに、いろいろ連携を取るといっても、取る上での課題がいろいろあるのかなということは本日よく分かったと思うんですけど、M C Sは今注目されていて、大分普及してきたところなので、今、機能の拡張、使いやすいような機能の追加なんかも今開発されている途中らしいので、これを中心に今後の様子を見ていければなと思います。

最後に区西南部の皆さんに向けてということで、日頃から、実は在宅医療というのは、自分の区の中だけではなくて、隣の区との関係があったりとか、患者さんの移動があったりとか、時にはその先生とお会いしてお話をしたりすることがよくあるわけですが、共通のテーマに関してお話しすることってあまりないので、非常に今日はいい機会だったと思います。今後、例えば隣接区でもこういう共有が進めていけるような仕組みがおいおいできていければよいのかなというふうに、今日皆さんのお話を聞いて感じました。

そういうことで、以上でよろしいでしょうか。

○平川副会長 ご意見はないですか。

○檜林座長 ないです。

どなたか、ご発言をもうちょっとしたいという方はいらっしゃいますか。まだ時間は結構ございます。大丈夫ですかね。

○内藤委員 よろしいですか。すみません。よろしいですか。

○檜林座長 内藤先生、お願いします。

○内藤委員 ありがとうございます。実は私も10年以上前に東京都医師会の理事を1期だけやっていたことがありますして、そのときにもやっぱり在宅医療においてどうやって連携したらいいかという話で、随分何か平川先生とも一緒にお仕事させていただきましたけれども、カナミックがいいとかM C Sがいいとかという話はその頃からずっとやっていました。

で、私、地区を幾つか回しまして、こういったようなものを広げていきましょうという話をさせていただいた時期もあったんですけども、やはり例えばまだ使い慣れていない、うまく使えないとか、それからさらには電子カルテに記入した以上に、さらにまたもう一回それに記入していかないといけないといった手間がかかるとかで、あんまり地区医師会に言っても、コメディカルの方も含めてあんまり反応がよくなくて、何か今日というよりも、いまだに何か同じようなことがどうしても続いているし、あとそれからアプリとかそういうものの発達によって、またどんどん変わっていつてしまうのかなという意味では、何か本当にある意味では、行政の方あたりが中心になって、これをやりましょうということでもしていかないと、多分ずっとこの話って永遠に続いていくんじゃないかなという気がしてしょうがないです。

私もそういう中に今混じって仕事をしていますので、別に偉そうに言っているつもりは全くないんですけども、ただ、こういう議論、議論というよりも、何か本当に形をつくって統一してやるということがもうそろそろ必要ですし、そうしないと進んでいかないんじゃないかなと、今の医療D Xについていけなくなるんじゃないかなというのが、ちょっと私としては心配というか懸念に思っているところです。

すみません。以上、感想でした。ありがとうございます。

○榎林座長 ありがとうございます。

そのほか、どなたかご意見はございますでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 もしよかったら、ちょっと東京都からもよろしいでしょうか。

○榎林座長 はい。

○道傳地域医療担当課長 すみません。東京都の保健医療局の道傳と申します。

ちょっと1件、差し支えなければ、各区さんの状況として教えていただきたいんですけども、先ほどシステムの話としては、そういうM C Sであったりとかカナミックという、ある意味形もできているものがあるんですけども、もう一つ、具体的な使用のレベルの中では、なかなか例えばケアマネさんの高齢化の中で使い方がよく分からないというようにところとか、あるいは先ほど読んだかどうか分からないところで、通常、たしかアクションボタンみたいな感じで、にこちゃんマークを押すと確認したということが分かるよというところとか、ちょっとローカル的なルールもあるのかな。

そういう意味で、例えばM C Sやあるいはカナミックを各地域で使われている中で、いわゆる共通ルールのようなもの、そういったものを例えば地域の中で例えば共有されているところ、もしくは診療所なりグループの中で共有されているという形で利用されているのか、それともそこは各個人のある意味ノウハウの積み重ねの中で利用されているのかという、その辺りの実態とかで少し教えていただければ、ちょっと各区さん、あるいは先生がよろしいでしょうか、ちょっと状況を教えていただければというふうに。

○榎林座長 私はそれを振られると一番困るんですけども、本院の先生で在宅をされていて、カナミックをなるべく一生懸命使っている先生から聞いた感想みたいな感じなんですけれども、当然行く先々でそれを都度入力していくのは、もう時間的にも手間的にも難しいんで、帰ってきてから、その先生は真面目なんでまとめて入れるそうなんです。そうすると、それだけで2時間で、それに対するレスポンスが来て、また返事して。そういうところがちょっとつらいなとお話はされていました。

あとは、M C Sとかカナミックじゃなくて、例えばちょっとした用事ってL I N Eを通じて来たりとかで、そういうのはツールとしてのときはそれぞれみんな使っていっちゃると思うんですけど、それも何かやっぱりポエムだったり雑談だったりするのが結構来るけど、見るまで医療の内容かどうか分からないことがよくあって、だから、便利なんだけれども余計な手間が増える分は、節約がもうちょっとできればいいなと。というルールをちゃんとつくらないといけないんだろうなというのを感じます。

そんなところでよろしいでしょうか。

ほか、先生方、いかがですか。

あとは逆にナースだとかケアマネさんで、使ってみてこうだったという感想が伺えると、非常に参考になると思うんですけど、いかがでしょう。実際にふだん、今日のご参加の方で、自分のツールで結構な頻度で使っていっちゃる方って、いかがですか。

例えば佐藤さんはいかがですか。

○佐藤委員 ありがとうございます。M C Sは本当に、でも使っているのは3事例ぐらいですかね。あと、会社用のケータイにL I N Eのアプリが入りましたが、それまでは個人のものを使っていたので、やはり仕事なのか、個人の、オフなのかというところの線引きができない時間帯もあったりするので、その辺をやっぱりルール、ローカルルールはつくるべきなのかな。ただ、それが会社のルールになってしまうと、ほかの方のところとうまくかみ合わないということもあるので、このツールの使い方というのは、ある一線は、どこか、行政なのか国なのか、何か方針みたいなのがあったら、乗っかれるのか

な。ただ、事業所によっては乗っかれませんかというところも出てくるのかなという、個人情報のこともありますので、ちょっと難しい状況はあるのかなとは思っていて。ただ、全般的に、カナミックは私の事業所もユーザーですけれども、一度もカナミックを使って情報交換をしたことがないということを考えると、M C Sを使うほうが効率的なのかなというのが実際の感想です。

以上です。

○榎林座長 私からちょっと一つお聞きしたいんですけれども、ツールによってスピード感って全然違うと思うんですね。例えば金曜の夜にファクスを送ると、月曜まで見ない可能性だってあるわけですから、そういうことというのは、やっぱり送っていただく人は意識されていますか。僕、M C Sみたいなのは、翌日までに見ればいいぐらいな情報ならいいのかなというのは、ちょっと。どうでしょう、その辺。

○佐藤委員 私でいいでしょうか。やはり緊急のときには、一番つながりやすい連絡方法というところは考えながら連絡させていただいています。ホットラインといいましょうか。あとはやはり単純な報告事項であればM C Sで、自分のケータイでも見られるようには一応しているんですけれども、急ぎではないものに関しては平日営業日でもいいかなという感覚でやっています。ただ、情報のやり取りのスピーディーさということを考えると、L I N Eのようなふだん使いのアプリケーションのほうが非常に連絡はしやすいというのが実感です。

以上です。

○榎林座長 ありがとうございます。

○西田理事 いいですか。恐らくM C Sを使っている地区、多くがそうだと思うんですが、医師会なりが大本の管理者になって、ユーザーは各事業所の事業主を介して医師会なりに個人名で参加すると。結構、事業所と、今はヘルパー事業所さんもケアマネ事業所も訪看さんも人の出入りが激しいので、抜けた人がそのままそれを見られているというのが非常にまずいから、人を新たに入れたり削除したりというのがすごい大変な手間なんですよ、事務局も、各事業主さんも。そういったところの手間もすごくあって、現場を一番よく知っているヘルパーさんたちがなかなか入ってこられない。事業主さんがうまく管理できないから入れてもらえないというようなことが多々あるんですね。だから、M C Sは確かに使い始めればすごく簡単なんですけども、そこに参加して、それを全体として地域で管理していく難しさというのはすごくあるような気がします。

以上です。

○榎林座長 ありがとうございます。

じゃあ、この辺で大丈夫ですかね。じゃあ、本日の意見交換、非常に活発にありがとうございました。

本日予定されておりました議事は以上となりますので、事務局のほうへお返ししたいと。よろしくお願いします。

○道傳地域医療担当課長 榎林座長、ありがとうございました。

それでは、東京都医師会より本日のご講評をいただきたいと思います。

では、よろしくお願いいたします。

○佐々木理事 東京都医師会理事の佐々木と申します。主担当は地域医療・介護保険で、助っ人で医療・介護福祉と、あと医療情報とをさせていただいております。

今日、M C Sの話がいろいろ出たんで、ちょっとその辺に関して、まず一つはこのワーキングが始まる前に座長の勉強会があったんですけども、そのときに、なかなかI C Tツールに行政が入ってこられない。どうなっているのかというのが宿題としてあった

ので調べてみたんですけども、正直言ってあんまり行政が入っているところは少なかったです。事例の一つの中で、世田谷区のアんしんすこやかセンターが使っているというのはあったんですけども、今日話を聞いてみると、やはり個人情報に関するところにはちょっと入っていったいないんだなということが分かりました。

この間、別な区で話があったんですけども、中野区のシステムが、行政が中に入って使っているという話がありました。ただ、セキュリティがかなり厳しいらしいんですね。先ほどから個人情報保護という話がありますけども、使いやすさと個人情報保護、セキュリティというのはもう相反するもので、使いやすくすればするほどやっぱり抜けが生じる。厳しくすれば、個人情報保護は守れるかもしれないけど、使い勝手が悪くなる。そこが難しいと思います。

あとそれからBYODの話ですね。自分の端末で使えるかどうかという話が出ましたが、私は台東区なんですけども、台東区に初めにMCSを導入したのが私なんですけども、そのときに、たいとう多職種ねっとわーくという名前のシステムをつくって、そこで規約を決めて端末の配付を始めました。その当時はBYODは絶対禁止でしたので、自分の端末は使わないようにということで始めたんですけども、今現在、医療情報システム安全管理ガイドラインというのがバージョン6.0にまで上がっているんですけども、BYODは確かに原則禁止なんですけども、規約を守って使ってもいいよというふうに変ってきています。その規約を守ることが大事かと思います。

あとは、これは先ほどちょっと道傳課長からもお話があったんですけども、MCSは既読にしないというのがあって、何でなのというのを聞いたことがありますけども、やはり皆さんLINEで使っていて分かるように、既読スルーというのがあって、そこをやっぱり嫌がっているらしいですね。逆にきちんと、見たよというボタンを押すことによって情報共有が図られるという、そういうMCSの設計思想であるということが分かりました。

あとは、そうですね、やっぱり個人情報保護に関して言えば、うちの区では、台東は多職種ねっとわーくというシステムがあって、その規約を守って使いましょうということになっているんですけども、この間ちょっと驚いたのが、ある事業所でIDの使い回しをしているということが分かったんですね。一つのIDでいろんな関係者が見られてしまうと。結局大事なことは、MCSにしろ、カナミックにしろ、バイタルリンクにしろ、ちゃんと厚労省のガイドラインには準拠されてつくられているんですけども、使う側の、やはり規約を守るといって、そこがすごく大事なんだろうなと。先ほどのBYODもそうなんですけども、規約を守って、それを皆で守りながら使っていくことが、やっぱり個人情報保護につながっていくんだろうと思います。

あと、ちょっとすみません、長くなりまして。あと先ほど皮膚科とか眼科の先生に情報共有をしてもコストが出ないという話がありました。コストというのは、結局診療報酬でもらうか患者さんからいただくか、あとは自分たちでもう自腹でボランティアでやるか、あともう一つは行政の補助だと思います。うちの区で在宅医療推進強化事業の中で、私が実は眼科なんですけども、眼科の医療DXを進める事業を今始めております。その中で、MCSと、あとスマートアイカメラという、iPhoneに前眼部を見るようなアダプターをつけたものを使って、在宅医の先生と眼科専門医を結びつけるということを今始めているんですけども、そこで情報共有したときに、その事業の中でお金を出してくれるということになりました。どこからもお金が出ないのであれば、やはり行政の方と話し合って、そういう行政からの補助というのがあるといいかなと思って、ご参考になればと思いました。

長くなりました。私からは以上です。

○西田理事 医療・介護福祉担当の西田と申します。よろしくお願いいたします。

私のほうからは、当たり前のことなんですけども、これ、在宅療養ワーキングということなので、在宅療養ってどうあるべきかということを考えたときに、やはり長年外来で診てきた患者さんを、来られなくなったら訪問診療に切り替えて診てさしあげると。ただ、どうしても診療所は1馬力が多いですから、24時間対応は難しい。あとは在宅の急性期の問題もございますので、在宅医療の専門の診療所ですとか往診専門の事業所、あるいは病院、そういったところの連携が、地域の連携が非常に大事だと思うんですね。ですから、地区医師会ごとの医療機関連携を、もうこれはドクターたちへのあれですけども、ぜひしっかりとつくっていただきたい。それが二次医療圏に広がっていけばなおさらいいかと思うんですけども、そこがまず第一だと思うんですね。

当然、在宅ケアというのは、医療だけじゃなくて、その人の生活を支えていかなければいけないので、様々な訪問看護師さん、ヘルパーさん、ケアマネジャーさん、薬剤師さん、あるいは柔整師さん等々、もう様々な方たちとの連携、多職種連携が必要になってくるわけですし、施設との連携というのもさっきも少し出ていましたけども、ここもとっても大事なことだと思うんですね。レスパイトということもあるし、リハビリという意味もあるし、一時避難ということもございます。ここもしっかりやっていかなければいけないところだと思います。

日本の場合はデンマークなんかと違って、職種ごとに事業所が全部違うので、非常に皆さんで統一して何かをやっていくというのが難しいわけですよ。特に最近私が感じるのは、大規模事業所が増えてきて、人の入れ替わりが激しいものですから、幾ら何か連携の会や飲み会をやっても、顔の見える関係が維持できないんですね。ここはなかなかもう難しいのかなという気がしています。それをやはりさっきから出ているように、何かしらのシステムで解決できるんだらうか。あるいはICTツール、IT化、そういったものを統一することで解決できるんだらうか、地域をまとめられるんだらうかということを見ると、ちょっと悲観的にならざるを得ないという気がします。ここがこれからやっぱり地域ごとに模索していかなくちゃいけないところなんだらうなと思います。

MCSの話がたくさん出ていましたので、ちょっと私のところでやった取組として、従来使っていた連絡ノートってありましたよね。今も使っていると思うんですけど、その代わりにタブレットを患家に置いて、患者さんのお宅に置いて、そこに訪問した人がみんな書き込むと。そうすると、連絡ノートだと現場に行かないと読めないわけですけども、そこに書き込んで発信すれば、行かなくてもみんなで見られるわけですよ。これはいいなと思ったんですけど、実際は全然普及せずに、いつの間にかなくなってしまいました。何でかという、皆さん、ヘルパーさんも訪看さんも、時間内でぎりぎり仕事をしていますから、記録を残す、現場で記録を残すということの負担感で結局駄目だったんですね。

そういったこともありますので、どうしてもこの今、医療・介護連携の話になると、このICTツールの話に重きが行ってしまうんですが、そこももちろん含めてですけども、もうちょっと包括的に、どうやったら地域がまとめられるのかということのをこれから考えていかなければならないのかなと思っております。

こうやって二次医療圏全体で隣の区の事情を知るというのはとても勉強になるかと思えますし、これを今後、冒頭、東京都のほうでもおっしゃっていましたが、地域医療調整会議、親会議のほうにぜひ上げて、まとめていかなくちゃいけないなということも考えています。

まとまりのない感想でございますけども、私からは以上でございます。皆様ありがとうございました。お疲れさまでございました。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございました。

それでは、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及び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、参加者の皆様へ情報共有をさせていただきます。

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。本日はありがとうございました。