

令和 7 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  
(区西北部)

日 時：令和 7 年 1 月 7 日（火曜日）午後 7 時 0 0 分～午後 8 時 2 4 分

場 所：W e b 会議形式にて開催

○道傳地域医療担当課長 それでは、定刻となりましたので、区西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W e b 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。資料につきましては、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 を除き公開としております。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を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、W e b で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W e b 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していただければと思います。

また、今回ワーキンググループということですので、もしご都合の悪くない方いらっしゃいましたら、ビデオのほうをオンにして会議ご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、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 ご紹介ありがとうございます。担当副会長の平川でございます。

まずは、あけましておめでとうございます。また、今年もぜひ、よろしくお願い致します。

今年になって第 1 回目の在宅療養ワーキンググループですけれども、この制度というのは、国のほうが指定している制度ではございません。実は昨年暮れに、国のほうの地域医療構想の会議のレポートが出されますけれども、そこに国のほうから、ぜひ今後はいったい介護関係、あるいは在宅医療といった関係に、もっと注力すべきじゃないかという意見とか、あるいは精神科医療も加えたものにしていきたいということが書かれています。そう考えると、東京都は一步先んじて、国の方針をこうやってやっていたということで、非常にそういった点では、皆さん方の協力によって、既にここ数年間この形でやっていますので、東京としては前に行っているなという気をいたしました。

ただ、この地域というのは、非常に東京都内で格差があります。今回の区西北部は、

私どもからの目から見ても、かなりきちんとやっている圏域だし、いろいろ名物の先生もいらっしゃるし、今日の座長の労を取ってもらっている方も全くそういう点では、先駆的な取組をやっているということで安心しているんですけども。ちょっと話がずれますが、年末、救急医療は大変だったと思うんですけども、私は八王子の郊外で病院をやっているんですけども、何とドクターヘリに来てもらったという、東京でもこんなに違うのかというぐらい、ドクターヘリは大げさだと思うんですけども、ドクターヘリで、うちの高齢者施設の脳出血の方を助けに来てくれたんですけども、東京は広いなと実感したわけです。そういった点でもぜひ、各医療圏ごとの在宅療養ワーキンググループ、しっかりした議論をして、よりよい形にしたいと思っていますので、今日もよろしくお願いいたします。

以上でございます。

○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、東京都より岩井医療政策担当部長からご挨拶申し上げるところなのですが、ちょっと遅れて参加となっております。代わりに私のほうから代読させていただきたいと思います。

改めまして、日頃から都の保健医療政策にご理解、ご協力を賜りまして、誠にありがとうございます。また、本日はご多用のところ、ご参加いただき、改めて御礼申し上げます。

この在宅療養ワーキンググループですけども、先ほど平川副会長からのご挨拶にもありましたとおり、今年度で8年目となっております。これまで在宅療養に関する地域の現状や課題、今後の取組等についてご議論をいただきまして、関係者の連携強化や地域での体制整備の充実につなげていただいております。

国では、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の検討、ちょうど今進められておりまして、入院医療だけではなく、在宅医療や介護との連携の重要性が示されております。こうした流れも踏まえまして、今年度意見交換のテーマを設定をさせていただいております。

限られた時間の中で、意見交換がより有意義なものとなるよう、今回は、各区市町村単位で事前にご議論をいただいた内容を最初にご報告をいただく形に変更しております。

本日は、それぞれの立場から積極的なご発言をいただければと考えておりますので、何とぞよろしくお願いいたします。

それでは、続きまして、本日の座長のご紹介をさせていただきます。本ワーキンググループの座長は、吉野内科クリニック院長吉野正俊先生を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　ご紹介いただきました吉野内科クリニックの吉野でございます。私は板橋区のほうで在宅医療をやっているしまして、板橋区医師会でも副会長をやらせていただいておりますので、毎年この座長を拝命していて、荷は重いというのが正直なところで、これだけの方々が集まられて、話をまとめられる自信が全く今年もございません。すみません。いろいろ不手際がありましたら、申し訳ないと思います。

ご挨拶、以上です。

○道傳地域医療担当課長　吉野座長、ありがとうございました。

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

○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。

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、市町村における事前の議論に基づく報告を踏まえ、参加者の皆様と意見交換を行うことと

なっております。活発な意見交換を私からもお願いしたいと思っております。

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申し上げます。

それでは、私から資料について説明させていただきます。

まず、資料2をご覧くださいと思います。先ほど吉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といたしまして、「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①、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、参加する各市町村のメンバーで、①、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、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、まとめております。

そして、ワーキング本番、その後の流れになりますが、(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3～5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。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きまして、座長の吉野先生の進行により意見交換を行っていただき、最後に座長の吉野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をご覧ください。こちらは、地域医療構想調整会議の資料でして、2050年度までの将来推計人口と高齢単独世帯割合で、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。こちらですが、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、以上になります。どうぞ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。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、早速、区市町村からのご報告を議論したいと思います。1区市町村当たり約5分程度でお願いいたします。

まず、北区の報告ということで、北区の市町村代表の鈴木様、よろしいでしょうか。

○鈴木（正）委員 聞こえますでしょうか。北区の健康政策課長の鈴木と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

区内の先生方ともお話しした内容をかいつまんでまとめさせていただきますが、多職種間の顔の見える関係づくりについては、北区でも随分早くから取り組んでいるところでございますけれども、引き続き各職種が抱えている課題や現状について、また、役割への理解を深めていくことが必要だという認識では一致しているところでございます。

加えて、こうした連携の取組が適切に評価されていくような社会保障の仕組みづくりというものも、これは基礎的自治体というよりは、都や国の皆様にも引き続き要望してまいりたいと考えているところです。

また、医療・介護現場のスムーズな情報共有を図るためのプラットフォームづくりが必要であるということも認識しているところです。それ以外にも、複数疾患を有する患者に対応するための総合診療医の人材育成や人材確保が必要なほか、地域内での機能分担など、そういった検討も今後必要になると考えているところでございます。

また、連携の連絡方法・手段についてですけれども、既存患者については、北区医師会が運用されておりますMCSの普及によって、患者情報等の共有が図られているところでございますけれども、一方で、MCSの登録状況については、まだまだ職種によってばらつきがございます。各職種に対する普及啓発を引き続き継続していきながら、各職種が必要としている情報、こういったことも整理が必要になるのではないかなというふうに考えているところです。

それから、新規患者に係る多職種連携についてですけれども、患者の病状によっては連絡先を見つけることが困難な場合も想定されるため、適切な連絡先を迅速に見つけることができる環境を整えていくことが重要であると考えております。

また、各事業所において異なる情報共有のシステムを利用している状況から、各職種の限られた時間を効率的に活用できるように、こちらのほうも情報共有のための基盤整備、プラットフォームの整備が必要であると考えているところでございます。

以上が北区の取りまとめました意見でございます。

○吉野座長 ありがとうございます。

それでは次に、板橋区のほうで折原様、よろしいでしょうか。

○折原委員 板橋区の健康推進課長の折原です。聞こえますか。

では、板橋区のほうでと事前集約したご報告をさせていただきます。幾つかあるんですけども、まず、一つ目が地域医療の現状について、しっかり共通認識を持つことです。現状として医療の専門分化が進んだことで、専門治療を受けた患者さんが在宅地域診療に移行していく際に、自宅でも専門治療を希望されることが少なくないというのが現状としてあります。地域で往診したりだとか、開業医の方が専門分化された診療医が少なく、総合診療医がほとんどであるというのが現状としてあります。ご本人であったり、家族、ケアマネさんが望む診療医がいない場合には、総合診療医に日常的な診療をしてもらって、総合診療医が専門医につなぐ必要がある際はつなげるという、そういった流れを共通の認識として、関係者につかんでもらうことが大事だと思っております。そういった部分が一つの課題です。

二つ目が、在宅診療医と専門医をつないでいく仕組みです。在宅診療の先生が地域の専門医にコンサルテーションする関係づくりが重要だと思うんですけども、その個々のつながりが今、限界があるので、医師と医師をつなぐ機能が必要なのではないかとこの部分が課題としてあります。

そしてもう一つが救急医療との連携の部分ですけども、高齢者が増加する流れの中で、単身の方であったり、老老介護、あと救急車到着後、病院搬送後も情報を得るのに今、時間かかってしまっているのも、医療介護情報を都内統一でできる仕組みが必要なのかなと思っております。

二つ目の質問の情報、多職種の連携の際の連絡方法についてなんですけど、在宅診療と介護情報と入院医療機関との情報連携というのが必要なのかなと。具体には患者の在宅療養情報を、入院であったり、あと転院の際、うまく連携できないというのが発生してしまっていて、退院支援が難しい場合があります。これも単身で身寄りのない高齢者の方が増加していく中で情報の伝達というのは重要になってきますので、この視点が一つ。在宅療養の情報を病院とどうやって共有していくかというのも検討が必要かと考えられます。

最後ですけども、ICTの部分、先ほどお話も北区さんからあったんですけど、ICT活用の推進という視点下で言うと、実現すれば効率的な連携ができると考えられるんですけど、やはり個人情報保護の問題というのは出てきますので、そのルールづくりというのが必要なのかなと。あとMCSだとかカナミック、それぞれメリットデメリットがありますので、異なる情報システムをどう扱っていくのかということも課題なのかなと。

いろいろすみません。以上になります。

○吉野座長 折原さん、ありがとうございました。

それでは、練馬区代表で内田様、よろしいでしょうか。

○内田委員 練馬区地域医療課長の内田と申します。改めまして、よろしくお願いいたします。

練馬区では、まず、①番目の医療・介護の人材不足の効率的に多職種の連携というところですが、医療資源は限りあるというところで、それを有効活用することが必要だろうということで、日頃からの在宅関係機関との連携、他課連携、また医師同士の連携、さらには医師によるチームマネジメント強化などが必要というような意見が出てございます。

そのような中で既存の今ある仕組みやツールを活用し、発展させるようなやり方がよ

いのではという考えの下、練馬区におきましては令和3年から医師会に医療連携在宅医療サポートセンターというものを設置しておりまして、在宅における連携について検討を進めてきたところでございます。

そして令和5年、東京都の補助金をいただいて、在宅医療強化事業、こちらにおきましても医師会のサポートセンターが運用を担いまして、かかりつけ医を含めた地域の医療機関との連携をベースに、仕組みづくりをしてきているところでございます。また、その中において、医師会の訪問看護ステーションも仕組みの中に入って一緒に動いているという状況でございます。

その意味では、新たに何かをつくるというよりは、既存のものを活用して仕組みをつくっていくということが効率的であるのではないかと考えてございます。

また、別の視点で、日頃からの顔の見える関係づくりというのですかね。基本的なところですが、そういった関係づくりも大切であるというようなところで、こちらでも医師会で、多職種の勉強会を開催しておりまして、区内の他の団体や医療機関、また行政でも同様の動きが以前からございます。このような勉強会等を通じまして、様々な職種の役割や考え方などを理解することは、結果的に連携強化につながると感じているところでございます。

続きまして、②番目です。多職種連携の際の連絡方法・手段についての課題というところでございます。先ほど来のお話と若干重複するところがあるんですが、情報ツールが統一されていないというところがありますので、連絡方法の共通化が難しいと。また、事業所の方針などあるため、共用もできないという実態があるかとございます。

一方で、区内の医療機関との意見交換におきましては、MCSなどの情報ツール利用における医療・介護関係者向けの使用ガイドライン、先ほど個人情報も含めてというところがありましたが、そういうガイドラインを示してはどうかという意見が上がってきてございます。きちんと厳密に作成したマニュアルというよりは、考え方の整理ですとか、利用前に事前にチーム内でルールを決めておこうとか、掲載する情報についての取決め、返信についてなど、利用に関する考え方を示すようなものの整理が一定必要ではないかというような意見が出てございます。

また、ちょっと視点が変わりますが、医師側から見た意見というところで、ケアマネとの顔の見える関係がなかなか難しいという現状があるというところも意見として出てございます。ケアマネがどのようなことが強みなのか分からないといった場面もあり、ケアマネとの関係というの、今後の課題というふうに感じているというご意見もいただいているところでございます。

練馬区としては、雑駁ですが以上でございます。よろしくお願いします。

○吉野座長 どうもありがとうございました。

今、いろいろなことが、これだけでも結構、かなりおなかいっぱいかなと思うんですけども、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」の意見交換を始めたいと思います。

テーマが二つありまして、先ほど資料2からお話があった、「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」、あと「現状の多職種連携の際の連絡方法・手段について課題があるか」ですけど、この二つは密接に絡み合っている形かなと思いますので、あえてこれは二つ分けずに、もう一緒にまとめた形で議論していただければと思います。

簡潔にまとめていただいたんで、今回は議論する時間が結構たっぷり残っていますので、よろしくお願いいたします。

それでは、誰かよろしいでしょうか。最初に言っていただく形で、手挙げありますでしょうか。

じゃあ、私のほうから当てさせていただきます。板橋区で、鈴木陽一先生、よろしくお願いします。

○鈴木（陽）委員　鈴木です。よろしくお願いします。

じゃあ、ちょっと全体像も含めてということで、今日、事前配布資料でいただいていた資料2の何ページと言えいいんですかね。参考資料1、2050年までの将来推計人口（全圏域分）というのを見ると、区西北部が、東京都いろんな区で分けた中で、区西北部はこれからの20年後2045年、それから2050年の65歳、80歳以上人口がまだ増え続けるんですね。20年、25年後まで。これはほかの区域に比べて、恐らく一番80歳以上の人口が多いと思います。

なので、やはり今日お集まりいただいているこの4区が、非常にこれから20年後、25年後に、さらに多くの要医療依存者というか、そういった方たちを抱えていくという問題を含んでいるということをも、一つの認識として持たなきゃいけないということ。

それから、もう少し後ろのほうの資料で、例えば、私は板橋区なんですけれども、今、在支診、在宅を診る診療所がどれぐらいあるかという資料もついていたんですけれども、区西北部は、実は令和5年3月31日現在で区西北部は在支診が233か所あって、非常に多い。全域で比べると233というのはトップなんですけれども、人口65歳以上の10万人対というので人口割をしてみると、54か所と並に落ちてしまうというところで、65歳以上、これから高齢者が非常に増える中で、まだまだ在支診なんかは少ないんだなという感じがいたします。

ちょっと統計のあれかもしれませんけれども、豊島区とか練馬区だと、令和4年の当数値よりも随分在支診が減っていたりということもあったり、というふうに見られました。

それから、あと見られる特徴としては、この資料の一番最後のほうでは板橋区なんかは、訪問診療を担当する医師数が23区の中で、100人。人口10万単位で見ると100人と、23区中6位で、まあまあ多いなというふうに思うんですけれども、やはり65歳以上の人口で割ってみると、23区中17位とまだまだ少なかったなというふうにも見られたりもします。

そうやって在宅の医師がまだ少ないという中で、さっき言ったような80歳以上の人たちを頑張って診なきゃいけないかなと思うけれども、看護ステーションの数なんかで見ると、看護ステーションが板橋区では、令和5年は62か所、都内でやはり23区中6位、6番目に多く、ただ人口10万単位で見ると23区中16位とまだまだ少ないんだけど、増加しているという。そういった医者以外の社会資源を注目してみるというのもやっぱり一つの方法なんだろうというふうに思うので、今まで板橋区でもいろんなそういうツールを使って、カナミックとかも使って、ドクター同士の連携というのは取り組んできましたけれども、先ほど来、話が出ているように、これからさらに人材が不足していく中で、いかに効率よく高齢者たちを診ていったりしなければいけないかということを考えると、一つはやはり有効なツールを使って、医師以外の専門職とも情報共有しながら、効率よく診ていくということをやったり取り組まなければいけないんだろうというふうに、今回のデータを見ながら痛感しました。

一方で、先ほど折原課長からもちっとお話が出ていましたけれども、都内のいろんな情報共有ツールを統一するというのは、病院なんかもハッキングをされるリスクとか

も、やはりなかなか電子カルテそのものにつなげるというのはちょっと難しいというふうに思われますので、どういう情報になるべくリスク少なく共有していくのかということについては、さらにいろんな職種でのコンセンサスが必要なんだろうというふうに思いました。

私からは、以上です。

- 吉野座長 鈴木先生、ありがとうございます。いろいろ資料を参考にとということでもいろんなことをおっしゃっていただきました。

どうでしょう。ほかに何か、コメントをいただけるとよろしいんですが、手挙げございませんでしょうか。

それでは、北区で在宅医療を精力的にやっている小畑先生、何か意見ございましたらおっしゃっていただけませんかでしょうか。

- 小畑委員 北区の小畑です。先ほど先生もおっしゃっていて、あと資料にもありますけど、在支診の数で結構、医療できていることが多いんですけど、私が覚えているのは古い資料ですけど、在支診のどれだけの患者を診ているかとか、どれだけ看取り数があるかという資料があったと思うのですが、結構少ない。年間の看取り数がゼロとか1とかの在支診がかなり多くて、在支診の数だけで見ちゃうと、そこが何かミスリーディングになることがあるなと思います。

なので、在宅医療、在支診として登録はされているんだけど、在宅医療をすごく積極的にやっているかというところ、そうでもない医療機関がかなりの数あって、多分これ二峰性になっていて、逆に在宅医療専門でやっているところは100人以上とかの人数のところもそれなりにあって、この地域だと多分、そういうところもそれなりにあるのですが、純粋に在支診の数で見ると、それを増やしても在宅医療としての供給力はそんなに増えないんじゃないかなと思います。

あと、情報連携に関しては、私たちは基本的にはMCSを使っていて、かなり普及してきて、カナミックだと課金がある程度されると思うんです。少額ですけども、課金されるシステムだと思うので、全部の関連事業所に入れてもらうというのは難しく、MCSは基本的には無料で使えるので、病院の主治医にも入ってもらってコミュニケーション取るという方法は、患者レベルではうまくいっているものもありますので、議論にも出ていたように、プライバシーですとかセキュリティの問題が結構あって、病院の先生とかが入れないとか、病院側で許可が下りないとかというのは過去に私たちも経験しているんですが、だんだん普及してきたんで、ある程度のガイドラインとかがあれば、皆さん使いやすいんじゃないかなと思います。その種類としては、MCSが今もう普及してきているので、そういうところに一本化しないとまずいんじゃないかなと思います。

- 吉野座長 先生ところは、看護師さんとの連携とかは、どんな感じでやっておられますか。訪問看護とかに関して。

- 小畑委員 訪問看護、薬局、ケアマネジャーは、基本的にはMCSに入っていると思いますので、患者ごとにそういうチームができているという感じで、基本的には全ての訪問の報告も上げています。

- 吉野座長 なるほど、分かりました。先ほど鈴木陽一先生の話で、板橋なんかでもそうなんですけども、医者同士がある程度連携するのは、医師会を通じて板橋区ではできている形なんですけど、多職種で訪問看護とか、先ほど出たケアマネさんとの連携とかというのはまだ薄いような感じがあって、結構それも温度差みたいなものがあるような気がするんですけど。



訪問看護の立場で、豊島区、村崎様、ちょっとその辺、訪問看護のほうから何か、ご意見ございますでしょうか。

○村崎委員 東京都訪問看護ステーション協会の村崎です。

訪問看護ステーションの今の流れとしまして、新規設立のステーション、東京都ではかなり増えてはきているんですけども、同時に閉鎖しているステーションも多くて、ある意味、長年、老舗と言われていたステーションとかが人員不足等で閉鎖しているというような状況なんです。そんな中で、新規参入の訪問看護ステーションさんは、やはりどうしても積極的な連携になかなかまだ参入できないというところも課題かなとは考えています。

ただ、やっぱりチーム医療、チームケアとしてやっていかなければいけないということは全てのステーションは意識しているので、MCSが情報共有のツールとしては一番使われているという現状かとは思っていますし、ただ、そこで何を共有するのかというところが課題かなと感じています。共有すべき情報は何なのかというところを吟味していく必要があると思いますし、在宅医療と病院とのつながりはどうなのかと言われたときに、病院とMCSで共有していくということは、まだほとんどやっていない状況、現状の中で、一人の患者さんを通して診ていくといったときに、そういったところも課題かなと感じています。ただ、MCSに関しては、積極的に参加しているステーションがほとんどではないかと思っています。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。今、村崎さんの話で出た、病院との連携ですよね。やっぱりそれもかなり課題かなと確かに思います。

北医療センターの管理者をされています宮崎先生、病院と医師及び多職種との連携について、何かコメントいただけましたら、よろしくお願いします。

○宮崎委員 宮崎です。どうもありがとうございます。

まず、病院の立場からの話で、北区の今の状況をお話ししますと、在宅の先生方というか、在宅の方が、患者さんが何かあったときに受け入れる病院があることがまず大事なので、それは今、北区の中で、当院もそうなんですけど、幾つかございまして、大体うまくいっているんじゃないかなと。そっちの連携はうまくいっているんじゃないかな。一つは、病院救急車を利用した患者さんを在宅までお迎えに行くという仕組みもございまして、そういった意味では、何かあったときの受け皿という意味ではできているのですが、問題はその後、どうするかというところがいつも問題になっておりまして、そのところを、先ほど北区の鈴木さんからご説明あったように、まだできていないんですけど、求められるものとしてはプラットフォームというか、その相談の窓口。現状としては、病院のソーシャルワーカー、上の連携室、連携室から個々でいろいろ探して、ケアマネさんとか相談して、在宅の先生とかと相談して、病院の連携室が中心になって調整しているような段階でございまして、そうすると後で聞くと、周りの医療機関の先生方に聞くと、「うちは空いていたよ」とか、そんな話も聞きます。それが資源の有効活用になっていない部分じゃないかなと思うので、やはり情報を一つのところにまとめて、それを調整してくれるところがやっぱり必要じゃないかなというふうに常々思っておりまして、それはやはり行政がやっていただくのがいいのではないかなというふうにお願ひしている段階なんですけど、それは要望というか、今、出しているところでございます。

あと、情報共有としてのMCSの活用に関しましては、私も個人的に患者さん個々でMCSでやり取りをしたケースもございしますが、やはりまだセキュリティー云々という

よりは、まだ使い勝手とか慣れていないというか、要は病院の中での入院患者も電子カルテでほとんどやっております、それとまた離れたデバイスを使うとなると、ちょっとだけやっぱハードルが上がるんですよ。なので、僕はやっぱり電子カルテが共有されると一番いいんじゃないかなと思うんで、そこまでいけばスムーズにいくんじゃないかなというふうに思っております。

大体そんなところなんですけど、基本的には在宅の先生方に、こちらとしては受けていただくのに、どういう状況だったら受けていただけるかというのは、先ほどと繰り返になりますけど、そういった情報、あと、どの辺のところか余裕があるとか、どの辺のところまでカバーしていただけるのか。情報の共有という部分が一番大事だと思っておりますので、ぜひお願いいたしたいと思っております。

以上です。

- 吉野座長 ありがとうございます。僕の経験の範囲では、病院側とMCSでつながっている例は、僕自身は経験したことがないんですよ。だから、病院の先生もMCSやっていたらいいよね、そこには個人情報という壁が立ちあがっているところがあるんじゃないかなと思うんで、どういうふうにこの壁を砕いていくかというのは、かなり大きな課題かなと思うんですが、土屋先生、MCSを使う上でこのことで、いつものことながらコメントいただければと思うんですけども。

- 土屋委員 豊島区医師会の土屋です。

豊島区医師会では、ちょっとコロナがあってから頻度が減っちゃったんですけども、都立大塚病院と大塚医療ネットという仕組みをつくっていて、地域の在宅医療のチームと病院とのMCSを使った連携をやっています。というか、やっていたのかな、ちょっと微妙なところなんですけど。

仕組みとしては、在宅のチームが使うMCSの利用方法は全く一緒ですけども、病院としては、一つは病院の病診の連携室の担当者が入っているということと、その連携室のスタッフを介して連携していくということ。あとは、内科系の病棟に1個専用端末を置いておくというところがキーポイントになるのかなというふうに思っています。

ただ、大塚病院の担当者がどんどん変わってしまっていて、今、そのやり方でやっている事例がどれくらいあるのか、ちょっと分かっていない、僕のほうで把握できていないんですけども、一応そういう仕組みがあるにはあるということです。

それと、実は行政の方もMCSのほうに入れるようにはして、行政の個人情報保護審議会みたいなのを通して、行政のスタッフも患者さんのタイムラインに入れるような形にはしています。それも豊島区としてつくって、豊島区も医師会として運営しているMCSのルールみたいなのをきっちり定めて、区のほうでどうやったら個人情報保護審議会が通るかということをチェックしながら、やっていることと、それはMCSの専用端末を使うということで、そこがクリアできているというふうに聞いているので、そういうやり方で突破できる壁はありそうかなというふうに思っています。

最近では、例えば、僕なんかだと在宅の患者さんがちょっと肺炎ばいんで、入院したいなというようなときなんかには、近くの病院の連携室の方を患者さんのタイムラインに招待しておく、そこで入院したいというやり取りをしていると、それで入院する患者さんのチームの人も全く同じ情報を持ちながら入退院の調整とかができるので、楽ちんだなと。何だったら僕は病院の人だけ誘っておいて、あといつ、例えば、施設から病院に移るかということはそっちでやってみたいな感じにして、うまくいくケースもあるので、使えるメンバーがうまく使えるようになってくると、そこら辺は楽ちんかなというふうに思います。

取りあえず、はい。

- 吉野座長 先生、ありがとうございます。先生のほうではM C Sで、行政との垣根がかなり低くなっているというか、もう超えているような感じかなというふうにお伺いしました。さすがだと思います。

今、土屋先生から都立大塚病院さんとの連携について話が出まして、今日は都立大塚病院の看護部長であります武良様が入っておられると思います。武良様から、その辺につきまして何かお話はありますでしょうか。

- 武良委員 大塚病院看護部長の武良です。いつもお世話になっております。

本当にコロナの前は、M C Sを使って患者連携、盛り上がりそうだったところでコロナでちょっと頓挫してしまって、やっぱり都立病院の悲しさで、地域連携の担当者だったり、患者支援の担当の医師も変わったりすると、どうしてもまたそこで少し戻ってしまうような状況があって、今お話を聞いていて本当に申し訳ないと思ひまして、やっぱりコアになる先生が積極的に連携を進めていくというのは大事なのかなと思っているので、患者地域サポートセンターの担当の内科のドクターや副院長が推進していくということが大事なのかなと思います。

看護のほうも使っておりますので、患者さんの情報を提供することには全く、ハードルが別に高いわけではないので、またここから進めていかなきゃいけないと思ひました。以上です。

- 吉野座長 どうもありがとうございます。なるほど。

豊島区で在宅医代表で、水足先生が入っていると思うんですけども、先生のほうでは、どういう形での連携とか行っておられるか、お話しただけませんかでしょうか。

- 水足委員 豊島区で在宅医やっております目白医院の水足と申します。

今、土屋先生がお話しいただきましたように、私の周りはM C Sを使って連携を取っているということがほとんどでして、あまりタイムラグなく連絡をいただいて、データなり、画像なりも送っていただいたりできていますので、それを見て、また希望の指示があれば、こちらの希望を伝えたりとか、対応が割と迅速にできますし、その後の対応の結果などもまた連絡いただいたりしてしまひて、非常に今、普及して、みんなが使い勝手を見ながら使い出している人が増えているような状況だと思いますし、連携の会も極力頻回に開いて、小さな人数のメンバーから、また区域の全体会なども行ったりしておりますので、また今後連携が強まっていくのではないかなというふうに思ひて、臨床の現場で動いております。

以上です。

- 吉野座長 ありがとうございます。

豊島区つながりで申し訳ない。豊島区の歯科医師会の黒田先生も、ご意見いただければありがたいと思います。よろしくお願いします。

- 黒田委員 いつもお世話になっております。豊島区歯科医師会としては、歯科医院さんが使っていらっしゃるM C Sを僕らも使っているわけですけども、医師会さんとかほかの業種の方々からM C Sで依頼をいただいてという連携はうまくいっている感じはしまひですけども、会の中でもアゼリアが全部受けて、そこから我々のほうに話が流れてくるといふシステム上の問題もあると思うんですけども、一部の人間に偏っている部分があるというのが、歯科医師会的にはちょっと問題があるのかなと思うのと、あと、こちらから例えば在宅の患者さん行つたときに、かかりつけのお医者さんが皆さんいるわけで、こちらからM C Sのグループができていないと、どこにそういう問いかけ、問い合わせ的なものができる手段が電話とかF A Xのみになってしまうというのがちょっと残念か

など。もうちょっと幅広というか、簡単なシステムができるといいかなと思います。  
すみません。以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。

豊島区で、さらに老健施設代表で来られています中本様も、何かコメントいただければありがたいです。

中本さん、おられませんでした。すみませんでした。

そうしますと、先ほどちょっと出た、ケアマネさんとの連携というのがなかなか、それぞれのところで薄いんじゃないかという話があって、今日は板橋区でケアマネさんのところの協議会代表で、田端様が来ておられると思います。田端様、コメントいただければありがたいです。よろしくお願いします。

○田端委員 ありがとうございます。東京都介護支援専門員研究協議会の理事で、先ほど吉野先生からもお話がありました板橋区の主任介護支援専門員協議会の副会長をしております田端でございます。ごめんなさい。ちょっとインフルエンザの真っ最中でございます、少し今、声が出づらいんですけど、申し訳ありません。またちょっとしゃべって熱もあるので。

○吉野座長 無理のないように。

○田端委員 お願いします。ケアマネジャーとの連携というところになりますが、私は地域包括にいるので、MC Sを利用した連携にあまり携わりはしないんですけども、がんの末期の利用者さんとかに遭遇したときに、居宅のケアマネジャーさんにおつなぎをすると、もう必然的のようにMC Sで訪看さんだったりとか、在宅の先生とのつながりをしますということで、そんな会話が年じゅう聞かれるということがありますので、私の周りでも結構MC Sというのは、とても普及しているのかなというふうに感じています。

あと、ケアマネジャーとの連携なんですが、先ほどどこかの方から、ケアマネジャーの強みが分からないというようなお話があったかと思います。私たちケアマネジャーは在宅の中に入って、在宅の中での利用者さんの患者さんの状況だったりとか、あとは生活の状況もそうですし、ぽろっと話すような、その方の本音というところを聞ける職種だというふうに思っています。訪看さんとかもそうかと思うんですけども、先生には言えないんだけどねというようなお話だったりとか、本当はこう思っているんだけど、周りのことを考えるとできないから、私はこういうふうなことを選んだのよねというような本音を聞くことがあります。そういうことをチームの中で共有をして、この方はこういうふう考えているけども、こういう選択をされたんだなという背景を見ながら、やっぱりチーム医療だったりとか、チームで支援していくということはとても重要なことだと思っています。

なので、その役割を担っている、情報を集約して皆さんにお伝えをしていくという役割がケアマネジャーの強みであるというふうに思っていますので、そういうところでうまく連携が取れるように、MC Sだったりとか、様々な情報共有のツールが使えるといいなというふうに思いました。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。今の、ケアマネさんになら言えるけど、ドクターには言えないというのは、僕らにとっては非常に耳の痛い問題で、やっぱりドクターへのハードルが高いというのが、この多職種連携の中では大なり小なり、いろいろ問題をはらんでいる。あんまりこれを問題にしちゃうと、またいろいろ問題がというような形があるような背景があって、変な話、いかにドクターのほうから下りていくという申し訳ないんですけども、やっぱり合わせていって、話を聞きやすいようにとか、連携を

取りやすいようにというのは、僕らもやっぱり考えていけないことじゃないかなとは思いますが。北区医師会の堺先生、その辺も踏まえて、何かコメントいただければありがたいです。

- 堺委員 堺です。ケアマネジャーさんには話すというのは、うちでもよくあることではあるんですけども、ただできるだけ僕のほうも多職種の会議、患者さん一人一人の会議とかには出るようにしておいて、その場だと結構、患者さん側からも意見が出てくるので、ただ、先生方もすごく忙しくて、大体ああいう会議というのはお昼間にしかないもので、なかなか出れないかなと思うんですが、可能な限りパイプをつないでもらったりとかいうことでやっていくと、いい多職種のミーティングできるのかなというふうには思っております。

あと、すみません、老健から電話がかかってきたんで、ごめんなさい。1回停止させてもらっていいですか。ごめんなさい。

- 吉野座長 いいです。出てください。また、時間ができたら。

- 堺委員 申し訳ないです。すみません。

- 吉野座長 大丈夫です。お忙しいところすみません。

それでは、練馬区医師会の寺本先生から、何かコメントいただければと思います。よろしくをお願いします。

- 寺本委員 練馬区医師会の担当理事の寺本です。聞こえますでしょうか。

- 吉野座長 聞こえます、はい。

- 寺本委員 まず、一つはMCSの件ですけれども、私たちもMCSを使う機会が多いのですが、結局、多職種支援の過程、何を伝えたいかということがありまして、本来でしたらば、ある程度共有できればそれでいいんですけど、でも一方で、カルテを入れたとしても、今、何が問題なのかというのをずっと見てくるわけにもいかないわけですね。ですから、そのチームが何を伝えたいか、緊急性があるのか、準緊急性なのか、それとももっと遠いことなのかによって、いろんな手段を現行では使うというのは仕方ないかなというふうには思います。MCSがやっぱりメインなんですけれども、患者さんの数が多くなるといろんなメールがばんばん来て、何が何だか分かんなくなっちゃうようなこともあって、選別して、あるときはゆっくり電話だとか、フェイスタイムみたいなもので、すぐ私が出るというようなこともあるかなというふうには思っております。

それから、ケアマネジャーと医師との関係なんですけれども、練馬区では医師会に医療連携センターがあって、これがそれなり機能しているなというふうに感じているんですね。それで、そこを中心に医師、それから行政の方といった多職種の連携が取れているというのを感じています。

ケアマネジャー、今お話も出ましたが、敷居が高いというふうに思われている節がありますので、医師会としても、多職種の全員集まってやる会議を行っていますし、練馬区としても、そういう直接言う会というのはまたやっていますので、そういった一つ一つ積み重ねというのが大事なかなと思います。

それから、あと最後に、在宅のヒューマンリソースというか、医師を考えた場合、練馬区がちょっと何年か前に、今後の在宅状況を分析したデータがあるんですけども、在宅をやっている診療所というのは在宅専門でやっている診療所と、私どももそうなんですけれども、一馬力で今まで診ていた人を診ているという診療所があって、それが両方、あるいはその中間があるわけなんです。練馬区で出してくれた分析によると、在宅を専門でやっている診療所というのは結構動いていて、新しいところがどんどん参入してくれば、在宅とか診れる数は増えるんですけども、意外に目いっぱい動いていると。

それで、一人医師、一馬力の診療所というのは、まだまだ余裕があるというデータだったんです。それで、あまり在宅に興味もない医師は24時間拘束されるのが嫌だとか、あまりやろうとしないんですけれども、今回、東京都で夜間休日診療体制、事業をやっていただいて、少しでも一馬力の診療所の先生もちょっとやってみようかという機運が出てくれば底上げにつながるというふうに言っています。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。

今、練馬区の在宅での話が出まして、練馬区の在宅医の代表で、大城先生も何かコメントいただければと思います。よろしくお願いします。

○大城委員 練馬西クリニックの大城です。お世話になります。

今、練馬区は休日夜間も、あとマイナカード他科連携も割とうまくいっているのも、その辺を継続してできるようなシステムを構築できればいいなと思っております。

ちょっと簡単ですが、以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。練馬区は僕の印象では、行政がすごく、ほかのところは頑張っていないわけじゃないんですけど、練馬区の行政の頑張りというのが、前から僕、開業していて目についていたので、そういう意味では練馬区の先生方の動向が気になっているところがございます。個人的なお話で申し訳ありません。

薬剤師会代表の會田様、薬剤師の立場からの連携について、何かコメントいただければと思います。

○會田委員 私は今、東京都薬剤師会の理事の立場で参加させていただいておりますが、練馬区生まれ、練馬区で勤務しております。先生から今お褒めいただきましたけれども、本当に自治体、それから医師会の先生方が、協力に理解をいただきまして、薬剤師会としても、私は今、練馬区薬剤師会の副会長ですけれども、薬剤師会としても多職種連携は、かなり熱があるというか、充実した状況であるとは思っています。

MCSのお話、先ほど来ていただいておりますけれども、MCSはやっぱ使ってなんぼだと思います。薬剤師のほうでも、先生はお忙しいじゃないですか。先生に全てを伝える必要はないと、私は十数年使って思うんですけれども、多職種に対しても、チームでうまく動いているところほど、必要な情報を選びすぐってというか、全部書く人はあまりいないですね。必要なときに必要なものを提供する。それ以外にたくさんいろんなことは知っているんだけど、とても最近、さっき精神科のお話もありましたが、在宅で精神の方で、自治体、地域包括、福祉関係、訪看、医師、それから主治医と訪問医、ケアマネジャー、介護というところで、サ担などしますと課題が山積みで、どこからどこまで手をつけていいか分からなくなるんですが、ただそのチームでやっても毎回全てのことを書いているわけではないんですね。そのチームと患者を中心にうまく回っていくための情報を適時提供する。ただ、ほかにももっといろいろすごいことを知っていて、いざというときにはそういうことも緊急性に応じて電話で連絡を取り合ったり、いざというときには先生にお出ましいただいたりということもありますので、一種のタスクシフティングという観点からも、私は先生に全てお伝えしようとは思ってはいないです。

私が例えば、時々、在宅に関連する多職種の連携の講座などで講師をさせていただくときも、薬剤師はいろんなことを知っているけれども、全てお伝えする必要はないと思っていて、そのときに必要なことをバサッと出すというのが、よりいいのかなと。そうすると情報に埋もれることなく、先生に無駄なお時間を取らせることもなく、訪問看護師さんの足手まといになることもなく、ケアマネさんには逆に医療者と一般の福祉・介

護の職種の間で橋渡しとして、言葉を選びながら通訳の係をするというのが薬剤師の現在の立ち位置かなと思っております。

それが、ここにお集まりの先生方や多職種、自治体の職員の方々にそういった薬剤師像で、地域でいいのかなということをぜひ伺いたい。そんな動き方でよろしいですかということをお伺いしたいなと今ちょっと思っております。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。僕の提携、連携する薬剤のほうからは、薬の使い方これでいいのかとか、ちょっとこれは違うんじゃないのかとか、結構バンバン言ってくれるんですよ。医者も薬の使い方に関して、知っているようで知らないことは多々あって、薬剤師の方が例えば、この薬とこの薬の組合せだとちょっとどうかとか、製薬的にどうかとか、いろんなことを言っただけなのは非常にありがたいと思うんですが、ただそれを言われるドクターの反応が、聞いてくれるドクターと聞いてくれないドクターがもしかしているんじゃないかと思って、それは薬剤師の方がドクターに言うことに関して、かなり障壁になるんじゃないかという気がするんだけど、そういう点はちょっと言いにくい点かもしれないですけど、いかがでしょうかね。

○會田委員 私、ちょっと言いにくいことを平気で言えるタイプだとみんなによく言われるんですけども、大変失礼なんですけど、先生のお人柄とか、先生のお忙しさとか、先生のふだんのご処方の、何というのですかね、特徴とか、そういったものに配慮してというと失礼なんですけど、そういったところの情報を集めて、どういったら先生が聞きやすく、聞き入れてくださるかというところをある程度挑戦しています。調整じゃなくて、挑戦しています。

なので、もし、ちょっと嫌な気分にしたかなと思ったら、今度はこう言ってみようとか、それを申し訳ないんですけど、多職種で共有して、何々先生はこう言ったら意外と聞いてくださったよとか、お忙しいからこの時間帯にかけるといいよとか、そういったことも実は内緒で共有させていただいて、それが最終的には患者さんのためにそういう工夫をさせていただいていると。申し訳ないんですけど、それをまた多職種でも共有して、先生方のお邪魔にならないけれども、患者さんの安全は守りたいというところでせめぎ合っておりますが、そういうことをしていると分かってくださった先生におかれましては、では、今度から僕もこういうときは自分から電話するねというようなご反応いただいたりもしております。大変わがままで申し訳ないんですけど、そういうお付き合いをさせていただいております。

○吉野座長 ありがとうございます。非常に参考になる意見で、だから多職種連携というのは、ドクターのプライドをいかに砕くかとか、垣根を低くするかというのは、多分一つの課題かなと思います。あまりそれを課題として法的に取り上げるところはないんじゃないかと思って、でもそれを今後問題にしていかないと本当の意味での多職種連携はできないんじゃないかなというふうに、僕自身は考えます。どうもありがとうございました。

多分、これで一通り皆様の意見を聞かせていただいたんですが、保険者代表で川又様、出ておられます。何か、全体の意見を通してでもよろしいですし、個人的な形でもよろしいので、何かコメントいただければと思います。

出ておられない。おられないですか。

○事務局 先ほどまでいらっしゃったのですが

○吉野座長 そうですか。すみません。先ほどまでおられたのがおられなくなったということで。先ほど途中退出だった堺先生はどうなっちゃいましたかね。まだおられない。

そうですか。

大体これで、あと10分ほど残されているのですが、ここからはフリートークでよろしいんですけど、これだけは言いたいとか、言い足りないとかということありましたら、手挙げしていただいたりとかでよろしいでしょうか。誰かおられませんでしょうか。

鈴木陽一先生、またちょっと一通り戻って、先生に一言コメントいただければ。

- 鈴木（陽）委員 ありがとうございます。ツールとしては、皆さんおっしゃるようにMCSがやっぱり使いやすいなということで広まっていいと思うんですけども、私も先ほど、たくさん来ると大変なんだよという声、多分どなたか先生おっしゃっていたと思うんですけど、私も大体5分の1ぐらいですかね。コンスタントに使っているのは20人から30人ぐらいの方でMCSを使っています。

常にポップアップが出てきてしまったりとか、メールがパソコン来たりすると、仕事が進まなくなっちゃうので、やっぱり必要な方だけ使っているというのが現状で、あと、先ほど申しましたけれども、どの情報を共有したいかということですね。先ほど薬剤師さんからもお話ありましたけれども、ただその日の状態が全部、ばあっと毎回張りついてくるものもあるんですけども、それだと何というのですかね、大事なところ逃してしまったりとか、本当にそれがみんなに必要なことかどうかというのがあるので、その辺りの使い方については、今後やっぱり地域で成熟させていく必要があるんだろうというふうには思います。

それから、今日のテーマの一つにもありましたけれども、仕事を、医師であったりだとか、看護師であったりだとか、少し何というのですかね、どこまでどの職種が突っ込んでいくとか、あるいはその一部を、何だろう、必ず対面じゃなくできるものが少ないとか、少し仕事をさっぱりする部分も作らないと、これから患者さんが増えていくときに、全部は全部対応できないと思うし、200人診れるスーパーマンを探してくるのは大変だし、自分が200人力になることもできないと思うので、やっぱりその辺を少し整理する必要はあるんじゃないかなというふうには思っています。

- 吉野座長 ありがとうございます。

かなりいろんな区からMCSの話が出て、カナミックの話は出てこないですものね。申し訳ないですけど、やっぱりMCSなのかな。

最後、土屋先生、今後のMCSの対応について、また最後、一言いただければ。

- 土屋委員 基本使用料が無料なのでというところが、ほかの職種には勧めやすいですよ。というところで広まっているんだと思うんですけど。やっぱりどのメンバーで何の話をするかというところ、本当にMCSはただのツールなので、電話とか、FAXとかの延長というか、違う手段というか、だから取りあえず書いておいて、いつか見てくれればいいやぐらいの感じで、軽い気持ちでもいいのかなと僕は思っているんですけど。だけど、重要なことは電話で、すぐに話したいことは電話してもらえばいいし、そういった上手いこと使い分けができればいいかなというふうには思います。

あとは、なかなか病院とか、行政とかは使いにくいと思うんですけども、僕らでは前例をつくっていかうと思って形で始めたところで、やっぱりいろんな課題も見えてくるけれども、前例ができたことで、皆さんに何か突破口ができればいいかなというふうには思っています。

本当に、電話しにくいけど、取りあえず書いておいたのを後で見てくれればいいやぐらいの情報共有でも意外と役に立つことは多いですし、僕もMCS、1日どれぐらいですかね。30件ぐらい書き込みがどこからあったりするのを、その日じゅうに見れないこととかも結構あったりするんですけど、それでもどうにかなったりすることもある。



もちろん、昨日のうちに見ておかなきゃいけなかったなというの、たまにあるんですけど。厳密にやらなきゃいけないところはきっちりやりながらも、コミュニケーションツールといった割り切り方もきっとありだなというふうには思っています。本当、ツールはツールなので、大事なのはどのメンバーで何を書くか。それはどんどんこれから成熟されていくというふうに思いますので、その地域みんなで試しに使ってみて、こういうふうに使っていいよみたいなことを話し合えると、よりきっといいんだろうなというふうな感じはしています。

MCSの話がメインになっちゃって申し訳ないんですけど、少しそういったICTを使うことで、タスクシフトだったり、人材不足に対する何かができたりだとか、僕らが移動しなくて済むようなことがあったりだとか、そういったことで少し課題が解決できるきっかけになればいいかなというふうに思っています。そういった課題解決の一つのツールというポジションなのかな、そんな感じだと思っています。

ただ、MCSだけで在宅のいろんな課題が全て解決するわけじゃないので、もっと解決しなきゃいけない課題はいっぱいあるかなと思うので、そういったところはまた、こういった地域の人々と話し合いながら、出てきたらいいかなというふうに思っています。すみません、変な感想で。

○吉野座長 ありがとうございます。宮崎先生、手挙げされていますかね。

○宮崎委員 宮崎ですけど、今のお話で、よろしいですか。

病院で使いにくいということはどういうことかということ、電子カルテに我々が情報を入れますよね。それをまた別個に入力しないといけないというのは、さすがに面倒なので、今、検討されているのはスマホを使って、スマホから電子カルテに飛ばすような仕組みを検討しているんですけど、それだと、そのままそれを使えるかもしれないので、今そういったものの補助が出るというのをちょっとお話ししたいと思いで、そうすればすごく進む可能性はあると思います。

今、実際に東京総合ネットワークという部分、都も進めていますけど、結構お金もかかるし、まだまだいろんなセキュリティーだの何だのでストップしてしまして、なかなか難しいかな。セキュリティーという意味ではMCSと同じ問題かもしれませんが、実際に今のお話を聞いていると、MCSは結構進んでいるみたいなので、病院も入れるとすれば、そういうふうなことをすれば一気に進む可能性があるかなということで、ちょっと提案させてもらいました。

以上です。

○吉野座長 ありがとうございます。非常に参考になるご意見で、多職種と及び病院と診診連携、病診連携、合わせた形でどうやってやっていくべきかというのは、常に考えていく形になるかと思いますね。それぞれいろんな垣根があって、その垣根を取っ払っていくというのがかなり課題かなと思いますけれども。

非常に活発な意見交換、ありがとうございます。そろそろ時間となりますので、意見交換、この辺りで終了したいと思います。

座長の感想をということなんですが、やっぱり区西北部はすごいんじゃないですかね。これだけの方がこれだけの意見を言い合って、あっという間に時間たちやうというのは、僕はほかの区のことには分かんないんで、聞く話によると、あまり意見が出ずに終わっちゃうというところもあるらしいというのは、ごめんなさい、聞きましたので、皆さんの意見、非常に今後参考になるんじゃないかと思います。また明日からの糧にしたいと思います。今日はどうも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、事務局にお返しします。

○道傳地域医療担当課長 吉野座長、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ご講評をいただきたいと思います。西田理事、よろしくお願いします。

○西田理事 皆様、お疲れさまでございました。担当理事の西田です。少し感想を述べさせていただきます。

本当にこの地域は非常に在宅医療が古くから進んでいますので、本当に大変勉強させていただいたというところかと思います。特に、医療間連携については、もうかなり出来上がっているというような印象を持ちました。その中で、連携ツールはどうするのかということで、MCSの話が随分たくさん出ていたような気がしております。

これは少し、先ほども出ていましたし、私は自分のところで非常に感じていることとして、最近、特にケアマネジャーさんとか、訪問看護師さんとの連携がしづらいとか、顔が見えないという状況があります。なぜかという、やはり大規模なサテライトをたくさん持っているような事業所が多くて、以前ですと、あそこの訪看ステーションといえば誰それさんと固定していたんですけれども、循環が激しくて、顔が全く見えなくなっちゃっているんです。一つの事業所に物すごくたくさんの看護師さんがいたりして、その中ですごくMCSの管理が難しくなっています。出入りが激しいので、その都度の削除、あるいは新規加入というところの管理が難しい。本来的には医師会が主催、おおもとの元締めで、その下に事業所ごとの管理者がいて、現場の方たちがいるというやり方で、このMCSは当初スタートして、これはどこの地域でも同じだと思うんですけども、今それを皆様、どうやってモディファイしているか、ちょっと私、そこはよく分かりませんが。そういったところで、ひどい場合は事業所ごとで入ってきちゃっている、その中のメンツがどうなってどう動いているのかも分からないということがあって、最近、逆にMCSの管理の難しさを感じています。

さっき土屋先生が言ったように、あくまでもこれはコミュニケーションツールですから、MCSの話はそのぐらいといたしまして、やはり、何というのですかね、人と人のつながりというのは、会話がなくなかなかやりづらい、できにくいというところがあります。

私は、サービス担当者会議をもっともっと活性化する必要があるかと思います。これはどこの地域でも同じだと思っていて、今せっかくコロナ禍のあれで、Webが簡単にできるようになりましたので、ぜひケースカンファレンスで、同じ土俵で一人の患者さんについて、みんなでディスカッションするという一番基本的なところをどんどん活性化していただきたいなということは切に願っております。

それからもう一言、先ほど宮崎先生のほうから出ましたけれども、退院支援のところで地域側の窓口、これはぜひ在宅医療介護連携拠点がきちっと担って、機能を強化していただきたいということを本当に願う次第でございます。

以上、私のご感想とさせていただきます。本日はありがとうございました。

以上です。

○平川副会長 では、平川のほうから。

○道傳地域医療担当課長 お願いします。

○平川副会長 予想どおりといいますか、やっぱりこの地域は、先ほど吉野先生が言われていましたけど、やっぱりほかより一歩先んじていると。今回テーマが結構難しくて、医療連携、更なる推進に向けた取組という、どうしてもツールの話になってしまっていて、ほかの地区ではツールのよしあしの話になってしまうんですね。この地域は、

既にそれをこなして使っているということで、やはり西田先生も言われましたけれども、非常に勉強になりました。ちょっと勇気づけられたというか、今、西田先生が言われたように、問題点も出てありますけど、取りあえず使ってみて、やってみようということは強い後押しになると思うので、非常によかったなと思っています。

あと、先ほどちょっと出ましたけれども、私は精神科の医者なものですから、在宅医療を掘り下げていくと必ず精神の問題が出てきてしまって、そこが詰まってしまって、先に進まないということもあって、実は国の本委員会のほうにつきましては、今年度、昨年から初めて精神科医療、精神科の担当者も入ってきています。また、老健等の介護施設の関係者も国の検討会に入ってきているので、多分この辺の問題というのはこれからさらに、僕は開いていくのかなと思っています。

地域における問題については、本当に精神絡みが多くて、しかもそれに対してなかなか当事者というか、担当者が出てこない。姿が見えないということもあるので、できれば次年度については、この辺りの方も、例えば、地域地域の精神科の先生、病院の先生や診療先生といったものも入ってもらって、そこを突破できるような仕組みといいますか、話し合いができればいいかなと思っています。

例えば、精神科診療所につきましては、昨年度の診療報酬改定で、今までのようにクリニックに籠もって、9時－5時で帰ってしまって、はい、おしまいよというようなメンタルクリニックは、診療報酬が非常に厳しい下げ方がされたがために、どうしても精神科の面倒くさいといえども、地域に絡んでいかなければ食っていけないよということをはっきり国は突きつけておりますので、そういった点では、逆にそういう先生にとってもこういう場ができれば、一歩突き進みやすいのかなと思っています。

いずれにしても今日の会につきましては、冒頭申し上げたように、本当にいい取組というか勉強になったんで、これを私どもとしてはほかの地区医師会にも、隣でやっているよ、こういうところはと言えるようになりましたので、本当にありがとうございます。助かります。また、吉野さん、いつもながらてきぱきと司会進行、ありがとうございます。

以上で、東京都医師会のほうからコメントは終わります。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

それでは皆様、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会議及び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を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。