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
(区東北部)

日時：令和6年12月6日(金曜日)午後7時00分～午後8時33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、区東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、Webでの開催となっております。円滑な進行に努めさせていただきますが、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思います。

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3までと参考資料の1から3まで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、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会議となっておりますので、差し支えなければビデオのほうをオンにしてご参加いただきますよう、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 はい。皆さん、こんばんは。東京都医師会で本件を担当します副会長の平川でございます。日頃から東京都医師会の各種事業にご協力ありがとうございます。この場を借りて御礼申し上げます。

さて、今回、在宅療養ワーキングでございますけれども、東京都医師会としてはこの在宅療養に非常に力を入れておまして、この実現のために幾つかの要素があると思うんですけども、実は昨夜も東京都医政連と各地区医師会の政連の先生方と東京都の都議会議員、都民ファーストの方々との意見交換会を行いました。そこで東京都医師会から、今日おります西田理事、あるいは土谷副会長から大きなテーマを出しました。

一つは、まさに今日の在宅医療に関係します在宅医療の強化事業について、引き続ききちんとした支援をしていただいて、東京都全都にこの在宅療養の仕組みができることにお力添えをいただきたいことを要望いたしました。もう一点は、在宅療養というのはどうしても地域医療といいますか、在宅生活がメインになるんですけども、要はその在宅生活が危機に面したとき、あるいは非常事態については絶対病院のバックアップあっての在宅療養と思うんですけども、じゃあそのバックアップをしてもらうセーフティ

ネットである東京都内の病院が、いずれも非常に厳しい経営状況で、当たり前ですけども、全国一律の診療報酬でやっていますから、諸物価、人件費を含めて全て経費がかかる東京都の病院は一番苦しい目に遭っているわけであって、その病院がもう今赤字経営が続いていて瀕死の重症であると。ぜひ東京都の病院を助けてもらわなければ在宅医療も成り立たないということをきちんと昨日も訴えてまいりました。

東京都医師会としては、もうこの2025年以降の少子超高齢化時代については、地域医療というのがしっかり機能しなければ成り立たないことを理解していますので、今後も頑張りますので、ぜひ今日のこの会議でも地域の諸事情について私どもに教えていただければ助かります。ひとつよろしくお願いします。

以上です。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

続きまして、東京都保健医療局より岩井部長、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、ご協力賜りまして、誠にありがとうございます。また、本日ご多用のところをご参加いただきまして、お礼を申し上げます。

この在宅療養ワーキンググループは、今年で8年目となりまして、これまで地域における在宅療養の現状、課題ですとか今後の取組等についてご議論をいただき、地域における連携強化ですとか、また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、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いるところでございます。こうした動き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、限られた時間の中でより有意義な意見交換となりますよう、今回は各区市町村単位で事前にちょっとご議論をいただきまして、その内容を冒頭でご発表いただく形に変えさせていただいております。本日、それぞれのお立場からぜひ活発なご意見を賜りますよう、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、いずみホームケアクリニック、和泉紀彦先生にお願いをしております。

和泉座長、一言お願いいたします。

○和泉座長 こんばんは。本日は年末に向けてお忙しい中、お集まりいただき、ありがとうございます。和泉と申します。

今回、意見交換なんですけども、途中いろいろなお話があった中で、何かやっぱりこの意見を言いたいとか、感想があるといった場合には、お名前を言っていただいて、所属を言っていただいて、ちょっと途中でも構わないので言っていただいて、意見を言っていたらありがたいかなと思います。

今日は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 和泉座長、ありがとうございます。

それでは、以降の進行は和泉座長にお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

○和泉座長 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。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。先ほど和泉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いる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」というテーマに設定いたしました。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、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。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、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の2点について、座長の和泉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情報を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ですが、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。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。

私からの説明は以上となります。どうぞよろしくお願ひいたします。

○和泉座長 ありがとうございます。

東京都からの説明について、何かご質問がある方いらっしゃいますでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、早速、区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分程度でお願いできればと思います。

では、まずは荒川区の発表者の方、お願いいたします。荒川区はどちらが発表されますでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 荒川区さん、どなたかご発表の方、決まっていらっしゃるでしょうか。ちょっと音声聞こえていないようなんですけれども。

○山下委員 荒川区ですが、聞こえますでしょうか。高齢者福祉課です。聞こえますでしょうか。

○和泉座長 ありがとうございます。聞こえます。

○山下委員 すみません。荒川区ですと、まず最初の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、圏域内で多職種の効率的な連携に向けて何が必要であると考えますかというところなんですけれども、これにつきましては、大きく4点挙げておりました、一つが、在宅療養に関わる関係機関等の情報が集約された情報提供ツール。2点目が、在宅療養に関する情報提供や関係機関間の連携の調整を担う拠点としての専門相談窓口。3点目が、急変時対応が必要な場合の連携方法など、在宅療養の提供のための具体的な対応について医師、看護師、介護サービス提供者間での共有。例えば、支援者向け在宅療養に関する手引き等を作成するなど。最後に、急変時でも診療所、訪問看護ステーション、介護サービス事業所などと24時間いつでも連絡が取れるような連携システムの構築でございます。

もう一つの設問のところ、現状の多職種連携の際の連絡方法・手段について圏域内でのどのような課題があると考えますかというところなんですけれども、それは区内全域のICTのネットワークシステムの構築という回答にいたしました。

以上でございます。

○和泉座長 これは1と2ともにということでよろしいですか。

続いて、足立区の発表者の方、お願いいたします。どなたがやりますか。

○瀬崎委員 恐れ入ります。足立区の医療介護連携課、瀬崎です。聞こえておりますか。

○道傳地域医療担当課長 はい。聞こえております。

○瀬崎委員 よろしくお願ひいたします。

足立区も11月19日にメンバーの方と意見交換ということで場を設定させてもらっています。①番の多職種の効率的な連携という点につきましては、専門機関同士の相互理解を深めるための団体間同士のネットワークの強化を図る必要があるというところで、やっぱり連携ツールが必要だということと、患者情報、利用者情報の業務の効率化を進めていく必要があるよねということでございます。それについて、また介護・医療の連携のマナーというところも共通の理解が必要なのかなというところの課題があると考えております。また、介護事業所を中心に人の入れ替わりとかがあって、OJTを継続しないとその負担も大きいというところで、事業所での離職を防ぐような、また職員の定着の取組も必要なのではないかなというようにことで意見はまとめております。

2点目の多職種連携の連絡の手段につきましては、これは区の地区医師会が中心にMCS、メディカル・ケア・サポートの活用を推奨しております。ただ、これも介護事業所、大きいところ小さいところがあって、法人のプライバシーポリシーの問題でなかな

か登録できない。登録しても患者情報をなかなか共有できないというような課題があります。これについては、行政のほうでいろいろ研修会ですとか、また実際、患者情報を使っている訪看さんですとか、医療機関の中にいろんな方を巻き込みながら、こういう事例があるよということ、ちょっと好事例の展開を共有しながら、少しずつ利便性を共有していきたいなというところを考えているところがございます。いうところで、登録から実際現場で使うというところについては、まだまだ発展途上のところもありますので、これについて分かりやすく介護事業所の方に啓発していきたいなと思っております。

以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。

次は、葛飾区の報告なんですけど、すみません、自分が発表してよろしいでしょうか、下村さん、すみません、せっかくなんで。

○下村委員 それで結構です。よろしくお願いいたします。

○和泉座長 すみません。

葛飾区は5人メンバーにおられまして、この5人の中で意見を集約させていただきました。

1番のほうの効率的な多職種連携と、人材不足の中でどうするかということなんですけど、四つありまして、一つとしては、多職種連携において介護分野の中でリーダーシップを発揮できる職種が少ないということで、介護分野の人材がそれぞれリーダーシップを発揮できるような環境づくりが必要なのではないかということ。あと、2番目として、複数疾患を有する在宅療養というのは、やはり各職種だけでは対応が難しい面があるということで、多職種間の相互理解をやっぱり深める必要があるんですけども、その連携に必要なスキル、技術、教育ということだと思んですけど、身につけることも重要ではないかという点ですね。3番目が、やはり行政が主体となって、効率的な連携のための情報共有の仕組みや環境の整備を行ってほしいということ。あと4番目として、ケアマネなどの人材不足に対する対策はやはり併せて行ってほしいという意見がありました。

2番目の現状の連絡方法や手段ということの課題なんですけど、こちらとしても、昨年度より行政と医師会が主体となって医療従事者や介護サービス事業者向けにMCS研修会を実施して、MCSの基本的な操作・活用例を紹介する研修会は実施しています。また、MCSの活用の提唱もされているんですけども、実際に使用している事業所というのはあるんですけどまだ少ない。また電話やファクスを使用している事業所がまだ多いということで、やはりITやDXに対して苦手意識のある人も多数いるということで、なかなか活用につながらず、迅速な対応や連携の効率化が停滞しているという一因になっているのではないかということで、やはり多職種間の相互理解を深めるために、同じシステムやツールを使用できるような整備が必要なのではないかと。活用できるような研修会等の実施の取組をもっと増やしていければいいんじゃないかなというふうな形の意見がありました。それがちょっと葛飾区としての意見です。

そうですね。三つの区の情報提供が早かったですね。早く意見が終わったんですけど、この三つの区の意見を踏まえて、あとアンケートのほうの書かれた内容も含めてなんですけど、その1と2の質問というのは基本的には同じかなとは思ってますね。やっぱり人材不足ということで、中で多職種間の連携の効率的な連携ということの何が必要かと、その方法、手段についてということ、両方をちょっと合わせる形でご意見をお聞きできればなというふうに思っております。

各区で恐らくいろいろ話し合われたと思うんですが、今回はいろんな各代表、病院や薬剤師の方とか、多職種の方がいらっしやっていると思うので、こちらのほうの方からお話をお聞きできればと思います。

いきなり言われても困るので、順番という形で、順番は病院協会の青井先生からという形で、ちょっと下の後半のほうから、後半から下に向かってお聞きできればと思います。その話を踏まえて、医師会代表や在宅医の代表の方にお話をいただければというふうに思っておりますので、よろしく願います。病院の先生も本当に丁寧な先生もいらっしやるので、また後でお話をお聞きできればというふうに思っておりますので、よろしく願います。

ということで、早速なんですけど、こちらの職種連携に向けた取組ということのご意見についてということ。病院の協会を代表してということ、葛飾区の青井先生のお話をちょっと意見をお伺いしたいんですけど、よろしいでしょうか、青井先生。

○青井委員 病院協会の代表で参加しました葛飾区の青井でございます。

在宅医療の多職種連携の話ということなんで今回は、そうすると、我々のほうとしては在宅療養をされている方のある意味バックアップの立場になると思うんですけども、先ほど最初の話にもあったとおり、今、非常に医療・介護人材の不足というのがございまして、それはもう病院の我々のほうでも一緒でございまして、看護師不足だとか看護助手不足だとかというのが非常に深刻な中でもって、今度の保険改正において、さらにダメージがありまして、実際のところ、本来ならば地域包括ケア病棟や、今度新しくできた地域医療病棟などにおいて、在宅医療の方のいろんな救出などに対するバックアップの対応というのを積極的に受けなきゃいけないところなんですけども、救急をやればやるほど赤字になるような部分も出てきまして、運営が非常に厳しい中でもってやっております。そんな中でもって、さらにこの春から勤務医の働き方改革の問題がありまして、当初、我々病院協会でもいろんなアンケートその他を行った際においては、運営上それほど救急医療や対応に講じて問題が起きていないというふうな回答があったんですけど、実際のところは管理職側の負担が増えているという実在は見えてきておまして、そういった理由から、今後、今のような状況でもってると、例えば休日前夜間診療というのが救急医療の中でもってございまして、東京ルール案件というのが、このコロナ禍以降非常に増えておまして、その中の一翼にやっぱり在宅療養者の高齢者、要介護者等というのがカテゴリーの中にちょうど入ってきますので、これらの問題に対して十分な対応ができるような救急医療体制というのがどこまで対応できるかというのが非常に問題になっています。

さらに、救急医療でもって受けた、もしくは療養のレスパイトも含めて病院のベッドを使った患者さんの出口の問題というのがやはりずっとございまして、高齢者の在宅療養の患者さんが地域包括等の病院などで終了した場合に、元の在宅医療に戻れないケースなんかに関する出口問題というのがかなりありまして、実際の在宅でケアマネジャーさんなどの連携というのが非常に大切になってくることになっています。我々の葛飾区では、葛飾区内に連携室というのをこしらえて、そういったものに対する受け口をより連携させるために努めてはいるんですけども、現実問題としてはなかなかうまく回っていないところもございまして、今後いろんなツールに関する連携の一元化というのが必要になってくると思うんですけど、それに対してIT、DXだけでもってどうかなるというのはなかなか難しいところもありますので、病院協会としては、こういった在宅の方々の連携のためにも、行政などにもうちょっと介入してもらって、実際の入院医療に携わる形になった患者様の出口連携に関するコーディネートをするシステムと

いうのをより効率化させるような形でもって作っていかねば駄目なんじゃないかというふうに考えております。

一応私どもの意見としてはそういうところです。

○和泉座長 ありがとうございます。

人材不足の話から、人材不足が医師、看護師、ケアマネさんですよね。あと、勤務医の働き方改革、管理職の人材のほうの不足というところまで見ていくと。あと、それによって元の在宅の療養関係に戻れないという状況も発生しているということや、やはりツールの一元化に対しては行政が介入していくというような内容での盛りだくさんでお話をいただいたんですけど、このご意見に何か感想とか意見とかある方いらっしゃいますでしょうか。

では、すみません。せっかくいらっしゃっていただいているので、歯科医師会の代表であります足立区からの佐藤先生、お願いできますでしょうか。

○佐藤委員 こんばんは。声は聞こえていますでしょうか。

○和泉座長 聞こえています。

○佐藤委員 ここには代表とありますけれども、葛飾区とか荒川区の事情はちょっと分からないです。たまたま足立区が順番であるので代表と書いてありますけれども、代表した意見ではないのをちょっと最初にお断りしておきます。

僕自身あんまり訪問をそんなに積極的にやっているわけじゃないので、実際の今の足立区が多職種連携の実際というのをそこまで知っているわけではないんですが、例えばですけども、介護になった人にケアマネジャーさんとかが接触したときに、例えばかかりつけ医は聞くことが多いと思うんですけども、かかりつけ歯科医、今までどこの歯医者さんに行っていたかというのを聞くかという、多分聞かないことが多いのではないかな。歯科医師会としては、何かそういう問合せがあったときは、まずは今まで行った歯医者を知ってほしいというようなことをアナウンスはしていますが、年間で問合せがあったのは最近では1年間で10件ぐらいです。そのぐらいしかありません。例えば、今、私のところに来ている患者さんは高齢者がいっぱいなんですけれども、具体的に介護の方から、この人介護になっちゃったんだけど、今までどうだったのかと問合せがあったことは一度もありません。

ということで、個人的な感想ですけども、歯科はこういった輪の中に入っていない。介護のほうの方もあまり関心がないのかもしれないし、一方で歯科医師のほうも訪問を行っている方はいますけれども、何か歯科以外の人から情報を積極的に取ろうというような話もあまり聞かないところなので、構成は非常に理解しますけれども、現時点では輪の中に入っていないんだというのが、この間事前の会議に出て話をして感じたところです。ここにいらっしゃる方々のような知見を今僕は持ち合わせていないので、もう余計なことは言えないんですけども、最近の実態を見た感想ということで述べさせていただきます。

以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。

多職種連携の中でやっぱりかかりつけ医だけでなく、かかりつけ歯科医というのでもやはり織り込んで考えていく必要があるということですね。

○西田理事 ちょっと今のいいですか。先生、ありがとうございます。担当理事の西田といいます。

今、超高齢社会の中で、摂食嚥下の問題ってすごく大事だと思うんですね。進んでいるところは非常に医科・歯科連携、地域の中での歯科連携も進んでいるんですけども、

やはり温度差は結構あるみたいで、恐らく先生のところも医療・介護連携推進事業の中の連携推進会議があるかと思うんですね。そういうところに恐らく歯科医師会の代表も入っていると思うので、そういった会議体でぜひ歯科医師会の役割というのを強調していただいて、先生のほうからその重要性をぜひ発信していただきたいと、もう本当に切実に思います。

ありがとうございました。よろしくをお願いします。

○和泉座長 ありがとうございます。

では、すみません。続いて、本当に大事な薬剤師のほう、薬剤師会の代表であります、毎年いらしていただいている和田先生いらっしゃいますか。お願いできますか。

○和田委員 ありがとうございます。東京都薬剤師会の和田と申します。どうぞよろしくお願いたします。

そうですね。例えば入院患者さんが退院されて在宅療養に移行される時とかに、在宅訪問させていただくとき、退院前に情報交換などを、例えば退院時カンファだとか、そういったところでの情報交換などができると、薬局のほうでもスムーズに、本当に退院されてすぐ期間を置かずしっかりとフォローしていけるというところがあるんですけども、それがまだちょっとまちまちなところもあったりとかして、そういった場合に特に多疾患をお持ちの患者さんの場合だったりとかすると、ちょっと情報の取得に少し時間がかかってしまうような場合もあったりします。そういったときに、ちょっとスムーズにこちらも入っていけない場合があったりというところがあるので、薬局のほうもそういった輪に呼んでいただければなというふうに思っているところがあります。

あと、かかりつけ医の先生、かかりつけ歯科医の先生のお話もあったんですけども、やはりかかりつけ薬局をお持ちの患者さんの場合とかも、そちらのほうにもご連絡いただけると、そこでそれまでの移行期の情報を持っているというところもありますので、そういった情報も活用していただけるといろんなフォローがしやすいのかなというふうに思っております。

あとは、やはりMCSなどもどンドンしっかりと広めていっていただいて、やはり在宅の中でのそのときのそれぞれ、特に臨時のときの情報交換なども、やはりMCSが入っている患者さんと入っていない患者さんでは、やはり共有のスピードとか、あと内容の濃さといったところにも差が出てきているような実感がありますので、やはりもちろん青井先生がおっしゃったように、それだけではもちろんないんですけども、両輪でしっかりと情報共有が進めていけるといいなというふうに感じています。

あとは、それこそ多職種同士の相互理解を、あとは同じ職種間でも事業所や施設同士の特色などもやはりあると思いますので、そういったところの相互理解というところを進めていきたいなというふうに思っております。

すみません。まとまらずに、以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。この薬剤師さんのMCSの介入というか、入る、呼んでチームとして入っていくというのは結構多いほうなんですか、そんなにまだないというか。

○和田委員 もちろん私たちでもしっかり活用させていただいているので、まずなるべく全員ができていくかというところはあるんですけども、そういったツールがまず設定されているかどうかというのは確認させていただいて、設定していただいている場合はもちろん参加させていただいて、また、そういったものがまだ設定できていないけど活用できそうな場合のときなどは、ちょっとお願いさせていただいたりという場合もございます。

○和泉座長 ありがとうございます。

では、続いて、これからが本当に柱だと思うんですけど、在宅療養のほうの柱でもあると思うんですが、訪問看護ステーション協会の代表であります羽田様、よろしく願います。

○羽田委員 柱と言っていてありがとうございます。訪問看護の羽田と申します。

今の皆さんのお話を聞いていて、本当に訪問看護ステーションは、やっぱりどこの地域もかなり数が増えている、やっぱり連携においても主にMCSを使っているステーションはほぼほぼあるのではないかなというふうに思っています。ただ、私に関わる医師であったり薬剤師さんというところは、やっぱりMCSやっていますという方たちは本当に限定しているというところもあって、どんどん増えていきながら、それで連携をしてチームでやっていければいいかなというところもあるんですけど、先ほども意見にあったように、やはりSNSを使うやり取りに関しては、やはりちょっとリテラシーが乱れがちのところもあったりとかで、やっぱりその先ほど葛飾区のほうからもあったような、やっぱりちょっとそれを推進していけるリーダーだったりとか、メンターという人がやはりちょっと地域にたくさんいるといいかなということで、足立区内でもこういった話合いはしているんですけども、やはりそういうちょっとリテラシー的な教育であったり、あとは訪問看護においては若い看護師さんもかなり多いんだけど、やはりプラチナの看護師さんも多いので、やっぱりなかなかやっぱりプラチナになると、そういうSNSとかICTの機器に関して、ちょっと懸念を感じる方もいますので、やっぱりそういった方たちがあまり抵抗なく使えるような、やっぱり環境づくりというのにも必要だろうなというふうに思ったりもしております。

そうですね。あとは、ちょっとやっぱり使用のルールというところでは、やはり在宅で利用者さんが急変したりとか、やっぱり状態が変わってしまったというところで、そのSNSを使って連携しちゃうみたいな、やっぱり若い看護師さんは何でもちょっと早いので、入力するんだけど、やっぱりちょっとその辺のトリアージみたいなところでは、やはり何度も言っていますが、やっぱりそういったルールだったりモラルというのでも出てくるかなというところで、SNSは本当にすごくシームレスな連携もできていいかなというところもありながら、やっぱり状況によっては電話であったりとか直接会ってという形のほうがより熟成された連携がしやすいかなというふうにはちょっと現場に出ているは思っています。

あと、最後、青井先生が先ほど言っていた、在宅に帰れなくなってしまうという、病院に一時的な入院とかリハビリ入院したときというところがあるんだというお話はあったのですが、ちょっと足立区内でも、病院の相談員含めて、あと地域で働く訪問看護師とかケアマネジャーとのいろいろな情報共有する機会を設けてくださっていて、区のほうの主体で。そういったところでやっぱり出てくるのは、病院の看護師さんとか病院の相談員さんのやっぱり思考の方向性がリスク思考になってしまうので、病院で入院してADLが落ちてしまったりとか、医療デバイスがついてしまうことで、やっぱり病院の職員のリスク的な判断で、もう在宅が無理というふうに判断をされてしまって、おうちに帰れないとか、ご家族に対しても、そういったちょっとコミュニケーションが行ってしまうことで、おうちに帰りたいんだけどおうちで見られないというようなちょっと情報が入りがちだというのが、ちょっと私たちの会議では結構出たりしています。在宅では、今、在宅の先生も病院並みの緩和のレベルを持っていたりとか、結構在宅なりの機械を使っておうちで診るとか、あとはもう私たちがやっぱり主体になって医療デバイスであったり、帰れない状況になっても、やっぱり多職種で支え合いながらおうちで支

えていくという風土はかなり今出来上がってきていると思いますので、そういった場合にも、地域の医療職だったり介護職を巻き込んでいただいて、その方の思うような形で進められればいいかなと思ったりもしたりしています。

以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。

羽田さんのご意見で何かご質問ある方とかいらっしゃいますか。ご感想とか、いらっしゃらない。

やはり教育とか研修というのが非常に大事なのかなというところがあるんですけど、病院の看護師さんと、あと訪問看護の看護師さんが合流するというか、一緒になって研修したりとか、あと何か一緒の場で何かしらの決定ができるような状況というか、何か交流があったりとかというのができたらいいかなと思うんですけど、なかなかそれこそ管理職に当たる人たちが大変なんじゃないかなというか、教育・研修というふうに言うのは簡単なんだけど、それをやるのは恐らくここにおられる方というか、上の方がされるんじゃないかなということで、非常に何か難しい内容だったなというふうにちょっと思ったので、またちょっとこの意見を踏まえながらでちょっと進めていきたいと思えます。

次、看護協会の代表であります植山先生にお願いできますか。

○植山委員 お疲れさまです。東京都看護協会東部地区支部の植山です。よろしくお願ひします。

○和泉座長 よろしくお願ひします。

○植山委員 今、訪問看護ステーションの方の耳が痛いというか、胸が痛い感じで聞かせていただきました。病院のほうでなかなか訪問看護のことを知らない、在宅のことを知らないということが原因でなかなか取れる選択肢が狭まってしまうというのは確かにあることだと思っています。なので、この辺の先ほど言っていた研修とかというよりも、もっともっと入り込んだ交流だとか、顔の見える連携とかではなくても、お互いに交換研修をするだとかというところまで踏み込んでいかないといけないんだろうな。それでお互いの立場が分かって、その上で患者さんに乗っけて話をしなきゃいけないんだろうなというふうに今聞かせていただいていたいました。

話をちょっと元に戻しまして、人材不足に関してですが、東京都看護協会に関しては都内にいる7万人と言われている潜在看護師さんたちをどうやって活用しようかというところは引き続き取り組んでいるところです。いろんな手段を使って現場に戻ってきていただくという努力はしているところなんですけども、なかなかそちらも成果が上がらないというところです。なので、高齢者の対応というところのスキルを上げていくというところをしていくのと、それからやっぱりそれだけではないんですけども、DX、ITというところは取り入れていかないといけないんだろうなというふうに思っています。こちらに関しては、看護師とか介護職、なかなか苦手意識を持っている人たちが多くて、介護職なんかだと、僕は病院にいるんですけども、電子カルテを使わなくていいなら続けますだとか、そういうことまで出てきてしまうような方もいらっしゃるところが現状なのかなと思っています。なので、先ほど言ったように、リーダーをしっかりと執れるだとか、リーダーシップが取れる人たちというところのIT教育、DXの教育だとかというところは、MCSに関しても、僕ら病院のほうだとなかなかなじみのないシステムというのが現状なので、この辺に関しても、運用面も含めた研修、操作技術の講習だとかいうところをしていただくといいのかなというふうに思っています。

高齢者の方たちって、やっぱり知るべき情報だとか伝えるべき情報というのがお互い

で非常に多くなっているのです、その辺がなかなかうまく伝わらなかったり、またACPのことだったりだとか、患者さんのQOLに関わることだとかということについて、もっとやっぱり情報が共有できるようなシステムを使わないと、なかなか患者さんにとっていい医療が提供できないのかなというふうに感じているところです。

まともにはないんですけども、地区支部としても、高齢者の対応力が向上できるように研修を重ねたりだとか、あとは職能で病院看護師だけではなくて、介護施設の看護師さん、訪問看護師さんだとかと一緒にできる研修だとかというのも増やしながらかつていきたいと思います。

以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。

そうですね、病院のほうからも研修を定期的に行っていたりとか、訪問看護ステーションの看護師さん、看護師さん同士の中でとか、または介護職も巻き込んで研修を定期的に行っていたらと。これもやはり病院のほうでやっていたらとあると思いますし、また、行政が主体となってやっていたら部分もあるかと思うんですけど、どうでしょうかね。やっぱり病院が主体となってこういうのをやっていたら形でもできそうですか。

○植山委員 多分、特定の病院だとかということとすごく難しいのかなと思うんですけど、やっぱり行政がこういう研修がやりたいだとかということと働きかけていたらとかがまず出発点になるのかなというふうに思います。

○和泉座長 看護協会も主体となってやっていたらという。

○植山委員 もちろん。

○和泉座長 ちょっと提言できればと思いますので。あとはやっぱりリアルタイムな情報共有の仕組みづくりということと、やはり施設間で後は、病院、訪問看護ステーション間とか職種間の情報伝達方法ということでの、やはりその問題もアンケートに書かれて、そこも大事じゃないかということだと思います。

次、介護支援専門員研究協議会代表の岩田様ですよね。

○岩田委員 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理事の岩田と申します。よろしくお願いたします。

○和泉座長 よろしくお願いたします。

○岩田委員 今もケアマネジャーの人材不足という話題を出していただいております、確かに人材不足かなり深刻な状況です。まだ身近にケアマネ難民がかなり出ているというような状況は今のところはないですけれども、ただ、やっぱり近い将来、このままでは高齢化が進んで、高齢者、また要介護者が増えていく中で、ケアマネジャーが実質増えていかない。実際、先日今年のケアマネジャーの受験の合格発表がございましたけれども、今年ちょっと去年よりはパーセンテージが上がっていますが、そもそも受験者数自体が減っているという状況も否めない状況で、かなり深刻な状況にはなっています。その一つは、もうケアマネジャーの高齢化という問題も一つその中にはあるのかなというふうには思っています。私たち職能団体としてケアマネジャーが離職しないように、また、ケアマネジャーが魅力ある仕事なんだよという発信、そういったことを発信していくにはどうしたらいいかということと、今、各ブロックの中でも考えているところではございますが、なかなかこれという答えが出ていないというのが現状です。何かの折にはケアマネジャーの仕事の魅力の発信というのができるというふうには思っているところではございます。

今までのお話、皆さんのお話を聞かせていただいている中で、ICTを進めていくと

いうところでは、ケアマネジャー自身も確かに高齢化をして、なかなかそういった新しいものに取り組むというところをちゅうちょしているケアマネジャーも確かに多いのが現実かなというふうに思っています。いい例としては、ケアマネジャーのほうケアプランのデータ連携システムを、今、国で推進をしておりますが、なかなかそこが進んでいないというのが現状です。恐らく葛飾区さんも足立区ももちろん全然ですし、荒川区でもなかなか進んでいないというのは報告として聞いております。ただ、一部の区に関しては、そこを行政がかなり主体的に旗振りをして、各事業所、介護事業所、ケアマネジャーだけじゃなくて介護事業所にそういった連携システムをどんどん導入をしていくことのメリットと、導入をするようにという進めている動きもあるようですけれども、本当にごくごく一部ということの報告が上がっているのも、まだまだ進めていくというのが難しい中で、医療・介護連携のそのシステムのMCSだったりだとか、ほかのシステムを使うにしても、やはり私の身近にいるケアマネジャーで積極的に使っている人もいれば、MCS登録はしたけれども、一切その後開いたことがないという人も多く見受けられるので、具体的な使い方の研修であったりだとか、また、先生方ではよく、先生方、医療職の皆さんは結構使われているというお話を聞くので、医療職の先生方と共通言語でお話できるような仲になったりだとか、そういったMCS上でもそういうやり取りがケアマネジャーのほうでもできるといいなというふうには少し考えているところではあります。できるだけ医療・介護連携、これからますます重要にはなってくると思うので、本当に顔の見える関係からさらに一步また先に進んだ関係性が構築できるといいなというふうには思っております。

以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。

すみません。ケアマネさんからして行政に期待することということはずばり何ですかね。

○岩田委員 今、国でも、ケアマネジャー、介護支援専門員の在り方検討会というのを今ちょうどやっているところで、ケアマネジャーがどうして増えないかというところを考えたときに、ケアマネジャーの業務の煩雑さと、年々ケアマネジャーに求められることがすごく多くなってきていて、何がケアマネジャーの仕事で、どこからが何かボランティアで、どこからが地域づくりでみたいな、ちょっと多分その辺の線引きが曖昧になってきてしまっているというところが一つ原因としてはあるのかなというふうには感じています。これは大きくは国に求めることにはなるのかもしれないですけれども、市区町村という自治体の関係の方にも、ケアマネジャーの仕事というのが何なのかというのを、いま一度ちょっと一緒に考えていただける機会があるといいのかなというふうには思っております。それがまた離職防止につながったり、ケアマネジャーの人材確保につながっていくんじゃないかなというふうには感じています。

○和泉座長 ありがとうございます。

○岩田委員 すみません。何か雑駁なんです。

○和泉座長 ありがとうございます。

ケアマネさんの人材不足というのがすごく意見として非常に多かったのも、ここは本当に強くこの会のほうでは言いたいなというふうには考えています。

すみません。もう時間もあれなので、続いて医師会代表のほう、そして最後、在宅医という形でちょっとお話しいただければと思うんですが、まさに本当にいつもありがとうございます。足立区医師会のほうの賀川先生、お話をいただけますか。

○賀川委員 足立区医師会、苑田第一病院で仕事をしております賀川でございます。

足立区は人口の特徴、高齢者の特徴、23区内で人口は4位でございます。高齢者は北区が1位、足立区が2位でございます。そのほか足立区の特徴は生活保護を受けている方が多いというところで、その中で医療・介護連携を考えてみまして、その推進というところでちょっと具体例を出しています、前向きに。

在宅医療を行っていますその先生を中心に訪看をはじめ、関連性のある多職種の方々が、リハビリも含めまして、包括、ケアマネジャーさんも含めまして、いわゆるその診療所の先生はチームカルテと言われているんですけども、そのチームカルテを使用して多職種の方がその電子カルテにどんどん入れて、その患者さんが少しでもよくなるようにしている在宅医療の先生がいらっしゃいます。一方、同じような内容なんですけど、モバイルカルテです。その病院が、うちの法人ではないんですけども、高齢者施設500人ぐらい診ていまして、やっぱり先生、ナース、リハビリ、事務がそのモバカルに入れて、患者さんを、何といたしますか、いろいろ把握、情報共有しているような病院さんもお話を聞いております。ですから、そういう同一グループ内での、何といたしますか、モバカルだったり、やっぱり同一のグループのスタッフですと顔が見えますので、グループ外のスタッフの皆さんもふだん顔が見えていれば水平の立場で在宅・施設、在宅だったり施設だったり、患者さんのために共有できるんじゃないかなというふうに考えております。

あと、そのツールでMCSの話でいろいろお聞きしました。足立区も医師会員が700名弱いらっしゃいますけども、MCSに入っている先生方は150名でございます。その活用方法が、やっぱりMCSは登録はしているんですけど活用方法がなかなか分からないので、やっぱり今後につきまして、どのようにMCSを使っていいのかという勉強会なり訓練をしていきたい、そういう必要性が非常にあると思っております。これは後ほど、うちの医師会の井上先生、理事からもお話があるかとは思っています。

あと、病院のほうは、公立病院は東部地域ぐらいしかございません。東部地域病院のいわゆる地域医療支援病院、あそこの登録医の先生の制度がございまして、場所が亀有ですので、葛飾の先生は400名入っているんですね。足立区はコロナの前は200名以上入っていましたんですけども、今は200名弱になっております。ですから、東部地域病院さんを考えましても、いろいろ困りましたら都立の病院にお願いしますので、まず登録医を多くして、足立区医師会としましても多くしていきたいと。いろいろ助けていただきたいというふうに思っております。

あと一つ一つ、今月からマイナンバーカード保険証ができましたけれども、1年かけてゆっくりゆっくり進んでいかれると思いますけど、このマイナカード保険証を何か活用していけないかなと。救急にしましても、先ほどの薬剤師の先生ではございませんですけども、どうしてもマイナ保険証は一つはその患者さんの持病、既往歴、もう一つはやっぱり薬がすぐ分かりますので、個人情報の守秘義務がございまして、何か活用していただけるんじゃないかなというふうに今週思いました。

あとは、やっぱり病院も足立区は五十五、六病院ございますので、なかなかそれぞれの病院さんでもう大変なことは私も個人的に知っております。しかしながら、やっぱり、何といたしますか、人口が多いですし、高齢者施設は病床数で1万人ぐらい、1万床ぐらいあるんですね。しかしながら、病院数は、これも23区内で一番多いものですから、民間病院はどこでも頑張っていますので、介護施設で困った方がいらっしゃれば、病院全体で診させてもらいたいなというふうには常日頃思っております。病院の病床はどこでも持っているんですけど、非稼働病床、使っていない病床が2割ぐらいあるんですね。ですから、その辺を看護師の配置、看護師さんの人材不足、その人数で病床は

決まってくるんですけども、なるべくやっぱり冬、夏、非常に忙しいものですから、多くの患者さんを診させていただきたいという足立区の考えでございます。

病院の赤字は、これも皆さんご承知のとおり、半分が赤字です。今回は恐らく東京都の医師会の先生方が東京都にお話をされたというのをちょっと聞いておりますけども、例えば、入院、東京都の入院加算、少し特別にぜひつくっていただきたいと、そのように思います。

あとは、患者さんの流れといいますのは、急性期の病院に入りまして、次はやっぱり回復リハビリで回復リハビリ病院に行かれて、少しでもリハビリの伸び代があれば、なくてもいいんですよ。伸び代があれば、回復リハビリ病院に行けば、回復リハビリ病床は足立区も区東北部でも多いものですから、少しでも廃用症候群でも3割は入りますので、そういう患者さんをリハビリ病院で、先ほどの摂食嚥下訓練もリハビリの先生、言語療法士の先生がやっていますので、少しでもよくしていきたいと。その次はやっぱり、何といいますか、療養病院でも障害者病棟の病床も持っていらっしゃる病院がございまして、それぞれの施設に入ることができるか、あるいはご自宅に帰りたい人を何とか帰っていただくための多職種でやっぱり頑張っていくかざるを得ないんじゃないかなというふうに思っております。

ツールの件は、先ほど言いましたように、やっぱりMCSはなかなか難しいんですけども、やっぱり利用していくかざるを得ないというふうに考えております。

大体以上です。よろしくどうぞ。

○和泉座長 ありがとうございます。

すみません。お待たせしました。足立区で老人保健施設をされています老健施設代表の實川さん、特にケアマネさんのことについてもよく書いていただいているんですけど、ご意見のほうをお願いできますか。

○實川委員 足立区の千壽介護老人保健施設の副施設長をしております實川と申します。よろしくお願いたします。

様々皆様のご意見を伺っております、青井先生のほうからありました、入院された患者様、高齢者の方の出口がないというお話ですけども、今、限られた入院期間ですとか複雑な事情、複数の疾患を抱える方のどこに、おうちというのが一番になりますけど、やっぱり加算もついていますので、在宅復帰というところで一番はされると思うんですけども、なかなか在宅に戻すには病院の連携室の方が、施設ですとか、施設のサービス、在宅に帰ってからも使えるようなサービスの種類をどれだけご存じかとか、あとはケアマネさんがやっぱり資源をどれだけご存じかといったところにも、大分そこにすごくキーがあるといいますか、そういったような感じがしております。家に帰ることってやっぱり今の状況ですごく難しいように感じるところも多々あるのですが、本当に家に帰りますよとなったときには、やっぱりケアマネさんですとか在宅のサービスの方ですごく力を注いでいただいているので、おうちに帰りたいという高齢者の方の気持ち尊重できるような形が取れるといいと思います。また、老健のほうでも、強化型ですとか、そういうところじゃないとなかなか選んでいただけない現状もあるのですが、普通の加算型だったり、そういった老健であってもお受入れはもちろんしますし、そこからおうちに帰すということにも尽力しておりますので、できれば老健に入ってもうちょっとリハビリしておうちに帰るといふふうにして、私どものほうを役立てていただければと思っております。

また、ICTの話もありましたけれども、正直言いまして、施設のサービスにおいてはやはりあまり意味を感じないというところはどうしてもあります。通所リハビリです

とか、ショートステイ、そういった在宅のサービスを持っていますので、そういったところにおいては今後役立たせることができるかとは思っております。やはりそういったツールも必要になりますが、そういった研修の機会、在宅の資源ですとか、そういったものを互いに知れる機会があったほうが良いというふうには痛切に思っておりますので、やはり研修の場が必要かというふうに思います。

以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。

なかなかMCSのやっぱり理解を得られないというのは多いんですか、施設には。有効な手段というふうに考えておられるのであれば、やはり増やしていくことができればと思うので、よろしく願います。

続きまして、その過程で葛飾区医師会の熊倉先生、ケアマネの方がやっぱり不足しているということを強くおっしゃられていたんですけど、一言何かありましたら。

○熊倉委員 すみません。私、本職が精神科医で、葛飾区で理事をさせていただいているんですけども、在宅のことはいつも和泉先生におんぶにだっこで本当に感謝しております。

今回、ちょっと多職種連携ということでのお話なので、ちょっとケアマネさんの話じゃないんですけども、精神的にちょっと一言言っても、求められている意見じゃないのかもしれないですけど、多職種で何か一つの物事を取り組んでやっていくときというのは、どうしても職種間の人間関係というか、そこで、さっき看護協会の植山先生とか、ちらちらリーダーシップのお話をされていましたが、例えば熊倉先生やぼだよねみたいなのが、ちょっとチームの中でそういう認識が出てきてしまうと、せっかく何かみんなでやろうとしていることがうまくいかなかったときに、あの先生がやぼだからどうにもならないと思考停止してしまっていて、それぞれの立場で自分ができる問題解決を考えること、そういう動きが止まってしまうというような、そういうことがあって、やっぱりリーダーを執る人というのが、それこそさっき和泉先生はもうリーダー、医者だけじゃなくていいんじゃないかという話もしていましたが、やっぱりリーダーを執る人というのが、それぞれの職種間のお互いの仕事の内容であるとか、お互いに対する信頼関係であるとか、あるいはそれぞれのチームのメンバーがどう意思疎通を図って風通しをよくして、患者さんの情報だけではなくて、何かもっとお互いの感情的な、訪問に行くんだけど、あそこの家はすごく汚くて何かとか、それなのに医者はあんまり気もしないみたいな、何かそういうようなのとか、そういうのを全部ひっくるめて、まとめてみんな頑張っているよね、だからこういう目標に向かってそれぞれができることをこういうふうにみんなでやっていきましょうというような、そういう何かそういうことを整理するという、リーダーシップをどう取るかというのは、医療とか介護とか、そういうものとはちょっと全然違う分野で、ぜひ多職種で働く場合、そういう知識というのが必要になる話だと思いますので、そういうことに対する研修、リーダーシップ研修みたいなやつですね。何かそういうのとか、そんなものをちょっとせっかくこういう多職種の枠組みをつくるということをやっているならば、そこで働く人々がお互い気持ちよく働けるようなソフトをちゃんと動かすというようなことも視野に、何かそういう研修であるとか、やっていただくと非常に機能しやすくなるんじゃないかなというふうには思いましたので、ちょっと蛇足ながら一言ということでもあります。

ありがとうございます。

○和泉座長 いつもありがとうございます。熱っぽく言っていただいて、ありがとうございます。

そうですね、ということで以上の意見を踏まえまして、最後、在宅医の代表という方から、そういうのをまとめてご意見を伺えればと思います。荒川区の谷田貝先生、お願いできますか。

○谷田貝委員 こんばんは。やたがいクリニックの谷田貝でございます。聞こえていますでしょうか。

○和泉座長 聞こえています。

○谷田貝委員 先ほど来、皆さんの非常にためになる意見を拝聴しておりました。

私は今ご紹介いただきましたように、荒川区日暮里で開業しております内科医です。そうしますと、先ほどご紹介のありました在宅をやっているのは、通い切った人が歩けなくなっちゃったり通えなくなっちゃったり寝たきりになっちゃったときに、午後の診療時間までの間、昼休みに1日三、四人を毎日在宅診療をするというのが限界でございます。在宅は専門でないので、そもそもになりますけれども、在宅診療が行われているのは開業医がお昼の時間にやっているような在宅診療。それから、在宅の専門の先生が朝みんなで集合して車で出て行って、一つの施設に何人か先生がいらっしゃってやるような在宅の専門のグループ。それから、病院がやっている在宅というのもありますね。一つの病院で200人から300人ぐらい抱えている。そういう在宅の診療の違いをお分かりいただきたいと今日はお伝えしたいことの一つなんです。

それが画一的に在宅の医師がというと、私なんかは午前中は胃カメラをやったり、診療したりで電話もなかなか出られないことがございます。在宅の専門の先生と違って、24時間連携はしていますけれども、午前の診療が終わってから、または午後診療が終わってからばたばたと駆けつけるのが現状でございます。なかなかうまくいかないところをどうやって埋めようかというのは、私は15年前から四季折々この地域で6業種です、医師、薬剤師、歯科医師、医歯薬、介護、看護、福祉のメンバーで、大体50人ぐらいで勉強会を行ってきました。それで、勉強会で「介護あるある」という面白いテーマで、水分制限をどうするかとか、お風呂の前の血圧どうするかというあるあるでみんなで話し合ってきました。やっぱり先ほど来、皆さんから出ている温度差というのを感じます。でも、その温度差というのはそもそもなかなか解消されるものではないので、そこを埋めていくのがコミュニケーションであると。

先ほど来出ているMCSが連呼されていますけれども、私は荒川区医師会で医療DXの委員長を任されておまして、いろいろな調査もやっております。そうすると、よろしいですか、東京都の多職種連携ポータルサイト、ここから入っていけるシステムは、何とMCSとカナミックとそれからバイタルリンクとまごころネットの四つなんです。今回、開業医をしているとMCSが連呼されていますけれども、これはいつだっけな、10年ぐらい前に医療包括ネットワーク助成金が出たときに、各区でカナミックやサイボウズや、いろんなどを自分たちの区に持ってきたわけですね。それ、そもそも失敗しちゃったんです。失敗したと言ったら失敬ですけども、おのおの違う仕組みを取り入れてしまったんですよ。そうすると、荒川区はカナミックネットワークだけでも北区はMCSだとか、みんな違う。そして今助成金が出ているものを取り入れている各区医師会では、またまた振出しに戻して違うシステムを作っているというのが現状なんです。

私は医療、介護におけるシステムというのは、GAF Aですね。最も利用している人数が多いものを使うべきだという考えなんです。それはGoogleであったりFacebookであったりAmazonであったりAppleである。そういうものに準じて、人数が多いというと、やっぱり先ほど来出ているMCSが一番人数が多いわけでございます。しかしながら、病院、訪看ではカナミックネットワークに打ち込んでいると

ころやカナミックネットワークでお願いしますということがあります。MCSにしても、我々医師がそのグループをつくって、患者さんの周りに部屋をつくって入ってもらおうという、ほかに訪看が立ち上げるとこれまたお金がかかったりするわけで、それをスムーズにやっていくためにはどうしたらいいのかなというのが現在の困っているところです。

先ほど来研修をやってMCSということですが、やっぱり少なくとも我々が医師、薬、看会、みんなで勉強していくためには、この仕組みがMCS、カナミック、バイタルリンク程度はあったとしても、よく例えに出すんですけども、お金を払うのにnanacoで払うかPayPayで払うかSuicaで払うか程度のことであって、そのぐらいの三つ、四つは使い分けてよというアプローチを私はしております。

それから、内容なんですけれども、先ほど来出ておりますネットリテラシーとか多職種の相互理解とか、これはもうフェイス・トゥ・フェイスで会って、おしゃべりしてたくさんさんのことを、その人の相手の、何というのかな、勉強してきた在宅患者さんに対するものを知らないとなかなかうまくいかないです。その人その人が学んだものの整合性を求めて、それは違うあれは違うといふとなかなか折り合わなくてコミュニケーションは当然失ってしまうので、会ってしゃべってというのが私は一番だといふふうに思っています。

それから、やっぱり先ほど前の先生がおっしゃったリーダーシップの部分については私もこだわりがありまして、やっぱりこれから先リーダーシップというのはどういうものかというものを考えていかないと、引っ張っていくにはリーダーですね。そうではなくてフォロワーになり切って、みんなで輪になっていくことが大切だと思っているので、たくさんさんのコミュニケーションの場を設けていきたいなと思っています。

それから、途中に出た行政に期待することという部分に対しては、この仕組みというのは標準的であって、これからみんなが使うものなんだと。とかく先ほど出た言葉で言うと、プラチナ世代の人、プラチナという方は、それってセキュリティー大丈夫なのと思う。何だよみたいな人に限ってリング・ユア・デバイスですね。自分のデバイスの中で患者さんのやり取りをばんばんしているとか、フルネームを書いていないからいいのよとか、ややもすれば情報漏えいが新聞ネタになるようなこともやって、自分のデバイスの中でやっているのが現状でございます。そういうこともリテラシーを訂正しなくちゃいけないことじゃないかなと思っています。MCSは少しややこしい部分もあるんですけども、取りあえずMCSのメッセージャーやLINE程度のやり取り程度から始めていくことを私は目標にしております。

お答えになっておりませんが、以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。すみません。盛りだくさんでありがとうございます。

すみません。もう時間もあれなんで、最後に足立区の井上先生、お話しただけとありがたいです。

○井上委員 聞こえますでしょうか。

○和泉座長 はい。聞こえます。

○井上委員 谷田貝先生のすばらしいスピーチの後にちょっと恐縮ですけども、皆さんの発表を聞いていますと、一つ思ったのは、やっぱり不足しているものが非常に多いという状況かと思えます。ケアマネさんも不足している。看護師さんも不足している。在宅医も不足。後方支援病院、介護職員、いずれも全部不足している。足りているものはじゃあ何なのかなと考えたときに、多分高齢者だけなんじゃないかなという気がするんですよ。ほかは全部不足していて、明らかに準備不足という状態になりつつあるのかなと思います。後方支援病院の不足というのは簡単に解決できるものじゃないと思います。

し、患者さんだったり、あとは区民の方への、これから高齢者になる方たちへの啓蒙活動だったり教育も必要なんだろうと思うんですね。これは区民セミナーとか足立区のほうでもよくやっていますけれども、そこでも積極的にタブーに触れる勇気を持って、ご自宅で亡くなるという選択肢を積極的に持っていただくと。昭和の最初の頃とかは明らかに病院がなかったものですから、自宅で亡くなる方が非常に多かったという現実からだんだん入院をして病院で亡くなる方が圧倒的になっていきますけれども、ここ最近是在宅、もしくは施設で亡くなる方も非常に多いという現実をもっともっと周知していくべきなんじゃないかなというふうに思いました。

あとは、在宅の利用、在宅医療については、先ほど谷田貝先生もおっしゃっていましたが、僕もそんなに在宅専門でやっているわけじゃなくて、谷田貝先生と同じで、午前中外来検査して、お昼休みに回って、夜間も呼ばれれば行きますけれども、そういう先生方と在宅専門のところでパワーが全く違うんですね。そういう先生方と僕たちを一律にサポートする制度というのはなかなか難しいと思うので、患者さんによっては、先生に絶対最期まで診てもらいたいと言ってくださる方もいらっしゃるけれども、なかなか手が回らなくて違う施設の先生にお願いするというのも結構あります。これを解決するのも簡単ではありませんが、なるべく診てあげたい気持ちももちろんあるんですけれども、それをサポートするために、今、在宅医療の推進強化事業というものがなされていて、これについても足立区でも進めていますけれども、なるべくこういうものを使ってでも、一つの医療機関が在宅の患者さんを5人以下でもいいから持ってほしいというような取組も進めているわけです。

多職種の連携研修会とか多職種間の連携も各区独自にやっているかと思いますが、足立区でも足立区広いものですから5ブロックに分けて多職種の連携研修会というものを総勢、1グループ大体70人弱とか、それぐらい集まって多職種の人が一堂に会してやったりとか、年に1回は足立区全体の方々が集まって100人以上の規模でやってはいるんです。こういった取組をする上で、MCS、先ほどから話題になっていますけれども、関係構築ができた上でMCSというのが初めて活用されるものなんだと思います。構築をする前から、今の若い人とかはもうネットだけでつながっちゃうということもあると思いますけれども、医療についてはさすがに最初からそういうわけにはいかなくて、やっぱり最初顔が見える関係ができた上でICTに移行していくということがあるので、顔の見える関係性をつくる会というのももちろん大事ですし、その上でMCSが初めて活用されていくんだろうというふうに思います。

あとは、先ほどの熊倉先生もお話がありましたけれども、リーダーシップをどうやって取っていくかと。MCSとかそういうグループが形成されると、これも小学生とかでも今LINEを使ったりしますが、頻繁にやっぱりいじめのようなものが起きたりするんですね。文面だけで判断するとなかなか冷たい印象を受けたりとか、今、顔文字みたいなね、スタンプみたいなものもありますけれども、なかなかそれだけだと判断しづらいようなこともありますので、やっぱりハイブリッドで顔の見える関係とMCSと両方を進めていく必要があるんだろうなというふうに思いました。

あとは、そうですね、大体しゃべりたいことは以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。

全ていろいろまとめていただいてありがとうございました。

時間もあれなので、特に区の方で一言何か言いたいという方はいらっしゃいますか。

特になければ、こちらで。そうですね、こちらのほうでそろそろ時間となるので意見交換はこの辺りで終了にさせていただければと思います。

ちょっとまとめとしまして、こちらが思ったのが、多職種連携というんですけど、多職種ってそうなんだなと。医者でも病院の先生もいらっしやれば在宅医もいる。在宅医も午前中訪問して、午後やっぱり一生懸命時間のない中でやられている方もいれば、在宅専門のクリニックで在宅だけをやっている方もいると。これも同じなんだけど、やっぱり多職種なんだなと。歯科も大事だし、薬剤師さん、看護師さんも病院の看護師さんと、やっぱり訪問看護の看護師さんとの状況があると思うんですね。介護も施設の方、あとケアマネさんということで、多職種連携といっても、本当に職種だけじゃなくいろいろな多職種の中で連携をどうやって取っていくかと。その中で勉強会、研修というのは非常に大事だし、やっぱりそこMCSとか、いろんなツールが出てきているんですけど、やはり顔の見える関係が非常に重要であって、それがなければやはり難しい、いじめがあるというふうな言われ方もあったんですけど、確かにそれがなければちゃんとした関係が構築できないんじゃないかなと。その中には、やっぱりリーダーシップのそういう研修の場とかが必要なのではないかな。そういう影響の中で行政に期待することがあるのではないかなというふうなことを思いました。特にそういう教育が大事じゃないかと。

ツールに関して面白いなと思ったのは、やはりMCSであろうがいろんなシステムであろうがS u i c aとP A S M O、P a y P a yみたいな違いだということもすごく面白いなと思いました。これは使えるなと思いましたので、やっぱり道具の問題だけではないのかな。やっぱり本質的なところが大事なのかなと。あと、かかりつけ歯科医ですね。ぜひ役割とか、今日傍聴でお願いした歯科医師会の方にはお願いしたいなというふうに思います。あと、ケアマネを大事にしたいということですね。要であろうというところも、何とか増やしていければというふうな政策が必要なのかなというふうな、盛りだくさんですね、いろいろありました。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 和泉座長、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。それでは、よろしく願いいたします。

○佐々木理事 皆様、遅くまで活発なご議論ありがとうございました。佐々木と申します。

私、主担当は地域医療と介護保険で副担当として医療・介護福祉、医療情報等をさせていただいております。今日のこの区東北部の議論というのは、ほかのまた圏域と違って非常に盛りだくさんで、なおかつ内容が豊富で、非常に楽しく聞かせていただきました。ほかの圏域だと、実はMCSとかICTの話に終始することが多くて、あまり多疾患を抱えた高齢者の連携という話にならなかったんですけども、今日はもうそこがしっかりとお話を聞いたのがすごくすばらしかった。特に多疾患を抱えた、で、入院した患者さんの出口の問題、病院と地域との連携の話がきちんとされたのはすばらしかったなというふうに思っております。その中で、もう最後、和泉座長がしっかりとまとめてくれたので今さら言う必要はないんですけども、ICTを含めた研修や教育が重要だという点と、それから情報共有ですね。これは患者情報の共有だけじゃなくて、お互いの持っている機能の共有も重要なんだということがしっかりと話がされたと思います。

私からは、ほかにあまり言うことはないんですけども、ちょっと地域医療を担当している立場からちょっと補足をさせていただきますと、この地域医療構想調整会議・在宅療養ワーキングの親会として地域医療構想調整会議というのがありますけども、平成28年から始まって来年度で一区切りとなります。その次に2040年を見据えた新たな

地域医療構想というのが今計画されておりますけども、その中で、新しく今度医療機関機能報告、病院機能報告というのが始まります。その中には四つ、4プラス1と今言われているんですけども、高齢者救急、地域急性期機能、それから、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、それから専門等機能、この中は高齢者においては今日出たようなマルチモビディティの患者への支える機能が大事だというふうに書かれています。それから、医育及び広域治療機能ということになっております。ですので、今日のような議論を広域も含めた言葉なんですけども、この地域でどうやってそういう高齢者を支えていくかという議論がこれからますます大事になってきますので、非常にこの地域はそういう意味ではすばらしい議論がされたと思います。

あと、今まで病床機能と高度急性期、急性期、回復期、慢性期とあったんですけども、これからは回復期という名称が変わるそうです。包括期という名前になるんだそうです。蛇足ですけど、情報提供でした。

私からは以上です。

○西田理事 担当理事の西田と申します。

和泉座長が今きれいにまとめていただいて、佐々木先生もしっかり感想を述べていただいたので、私のほうからもうあまりこれということとはございませんが、どうしても今回のワーキングの課題が連携の効率化と連携方法の課題というようにことごとくご議論いただいたわけです。先ほども出ていましたように、多くの地域でやっぱりどうしても連携の効率化ということになるとITツールの話になって、そこからMCSの話になって、そこら辺のITツールの課題になってしまう。なかなかユニバーサルスタイルがない中で裾野も広がらないという中で議論が堂々巡りになりがちだということがあるんですけども、この地区は非常に内容が濃かったと思います。相互理解の話、入退院支援の話、役割分担やタスクシェアの話、それから教育、特に現場の研修ですよね。病院の看護師さん、在宅の看護師さんたちの現場での研修の話、それから人材不足に対するスタッフの定着のための試みですとか、地域包括ケアの中の病院の上手な使い方等々、本当に勉強になるお話をたくさんいただきました。特に熊倉先生、谷田貝先生のリーダーシップの話だとか、コミュニケーションの話、非常に連携というもののほう、非常に基本的なところ、そこら辺の話は非常に皆さん腑に落ちた納得のいった話だったと思います。今、スタッフの出入りがなかなか激しい中で地域のまとまりが取りにくくなっております。顔の見える関係もなかなか構築ができないところで、これから人が替わってもうまく地域で回る連携を総力戦でどうやってつくっていくのか。これからどうするのかというところが非常に大事だと思っていて、東京都も東京都医師会もそこら辺をどうしっかり支援できるのかという大きな宿題、壁にぶつかっているところがございますが、今後とも先生方、地域で在宅ケアをしっかりと総力戦で盛り上げていただければと思います。

本日は貴重なお話を本当にありがとうございました。

○和泉座長 ありがとうございます。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

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、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、また地域医療構想調整部会に報告いたしますとともに、後日、参加者の皆様に情報共有をさせていただきます。

以上をもちまして、本日の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。ありがとうございます。

○岩井医療政策担当部長 ありがとうございます。