

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
(区東部)

日 時：令和 7 年 1 月 1 0 日（金曜日）午後 7 時 0 0 分～午後 8 時 3 0 分

場 所：W e b 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思います。

本日の配布資料は、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、W e b で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 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申し上げます。

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

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。

東京都医師会の西田理事、よろしくお願いいたします。

○西田理事 皆様、こんばんは。お疲れのところ、お集まりいただきまして、ありがとうございます。

本来であれば、当会副会長平川博之先生からのご挨拶なんですけども、今日、他の公用のため欠席しておりますので、私のほうから一言ご挨拶を申し上げます。

この会議が始まる 1 時間前に地域医療構想調整会議の区西部のほうに顔を出してきたんですけども、そこではここの在宅療養ワーキングの内容が報告されているということもございますが、今年度、地域医療構想調整会議が従来の病院の病床コントロール、病床調整、病床報告、そういったところに焦点を当てたものから少し地域全体を包括していくような流れに変わってきているようです。

そういったことから在宅のインフラについても、これからどんどん議論が進んでいくんだろうと思います。

そういった意味で、これは国の方向性でもあるわけなんですけども、早くから東京都の場合は、地域医療構想調整会議の下部組織としてこの在宅療養ワーキングというのを設けて、その点は非常に先進的であると考えておりますが、もっともっとせっかくの議論の場ですので、ここで得られた成果を調整会議のほうにうまくドッキングさせていって、地域全体の医療インフラの充実に向けて議論を進めていかなければいけないなというこ

とを痛烈に感じております。

今回は時間が限られておりますので、課題を二つほど抽出させていただきまして、事前に各自治体でグループワークをしていただいて、その結果を発表していただいて皆さんにさらに深めていただくというようなやり方をとっております。

限られた時間ではございますけれども、忌憚のないご意見、活発なご討論をよろしくお願いしたいと思います。

○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、東京都保健医療局より新倉医療政策部長、お願いいたします。

○新倉医療政策部長 皆さまこんばんは。東京都保健医療局医療政策部長の新倉でございます。

本日、夜の会議にもかかわらず、お忙しい中ご参加いただきましてありがとうございます。また、日頃から都の保健医療施策にご理解、ご協力を賜りまして、誠にありがとうございます。

この在宅療養のワーキングでございますけれども、これまで在宅療養に関するそれぞれの地域の現状や課題、また、今後の取組などにつきましてご議論いただきまして、関係者の連携強化であるとか地域での体制整備、こうしたものにつなげていただいております。

国では、ご案内のとおり2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の検討を現在進めております。その中では、先ほど西田理事からもお話あったように、入院医療だけではなくて、在宅医療また介護との連携、こうしたものの重要性が示されているところでございます。こうしたことも踏まえまして、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、先ほどこれも西田理事からお話ありましたとおり、限られた時間の中で意見交換を有意義なものとしていただけるよう、今回、各区単位で事前にご議論いただいた内容を最初に報告していただく形に変更させていただきました。

本日、それぞれの立場から積極的なご発言をいただけますよう、何とぞよろしくお願い申し上げます。

どうぞよろしくお願いいたします。

○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、江戸川ホームケアクリニック安保賢一先生をお願いしております。

安保座長、一言お願いいたします。

○安保座長 皆さん、こんばんは。年明け早々会議のご参加、ありがとうございます。

インフルエンザがかなり猛威を振るっておりまして、現時点43都道府県では基準を超えているというくらいかなりの拡大で、皆さんお忙しいと思いますが、ぜひともこの会議、よろしくお願いします。

75歳の団塊の世代がいよいよ後期高齢者という形になって、今日の朝のNHKのニュースで在宅をやられている先生の特集を組まれておりまして、ここ数年で利用患者が10倍に増えて対応が大変だというような状況になっているというようなお話が出ておりましたけれども、そういう中で、やはり地域医療連携がかなり大切になってくると思いますので、皆さん、活発なご発言よろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 安保座長、ありがとうございました。

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

○安保座長 ありがとうございます。

それでは、早速限られている時間ですので、会議次第に従いまして進めてまいりたいと思います。

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としまして、区市町村における事前の議論に基づいた報告を踏まえて、皆さんに意見を交換していただき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したいと思います。よろしく申し上げます。

○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。どうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、私から資料について説明させていただきます。

まず、資料2をご覧くださいと思います。

先ほど安保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。

これに関連しまして、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。

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思いますと考えております。

意見交換の進め方ですが、(1)にありますとおり、今回はワーキンググループ実施に先立ち、参加する各区市町村のメンバーで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議論いただき、その後、意見交換するとなると、意見交換の時間がほとんどなくなってしまうため、今回はこのような形で進め、より議論を深めていただきたいと思いますと考えております。

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

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

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など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まして、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まして、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という点につきまして、座長の安保先生の進行により意見交換を行っていただき、最後に座長の安保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、本日の討議終了後ですが、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を共有させていただく予定です。

続きまして、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。と思います。

こちらは地域医療構想調整会議の資料でして、２０５０年までの将来推計人口と高齢単独世帯割合ということで、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。

こちらは在宅医療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となります。

私からの説明は以上となります。どうぞよろしくお願いいたします。

○安保座長 ありがとうございます。

では、今の説明に対して、ご質問等ありましたらよろしくお願いいたします。

いかがでしょうか。特に説明のほうはない、大丈夫ですね。

それでは、限られた時間ですので、早速、報告のほうから移らせていただきます。

まずは、区市町村の報告ということで、１区当たり５分程度ということになっておりますので、そこをよろしくお願いいたします。

では、墨田区代表、清水様、ご報告よろしくお願いいたします。

○清水委員 ありがとうございます。墨田区役所の福祉保健部副参事をしております清水と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

では、早速ですが、墨田区で取りまとめた意見についてご説明をさせていただきます。

まず、テーマの一つ目、多職種の効率的な連携ということでございますが、挙げた意見につきましては、今日、資料をご提出させていただいたんですけれども、もし可能であれば、ご共有いただければ、ありがとうございます。

挙げた意見につきましては、資料に記載のとおりでございますが、まとめますと必要なものとしては、まず一つは、適切、効率的なコミュニケーション手段や情報共有、また、情報共有方法の普及啓発、職種ごとの強いまとまりと相互連携、また病院の看護師等の在宅療養場面での活用、顔が見える関係づくりなどが必要な課題ということで挙げてございます。

また、連携の際の具体的な手段に関することとしましては、ＩＣＴの活用としてＷｅｂ会議システムであったり、テレビ電話、あとメディカルケアステーション、ＭＣＳ等の活用ということが挙げてございます。

また、情報共有のためのツールの一本化ということも課題として挙げてございます。

次に、墨田区の中で現在実施している取組、また今後実施を予定している取組についてもご説明をさせていただければと思います。

資料でいうと下段の部分になります。

墨田区のほうでは、在宅医療・介護連携推進協議会で医療と介護の関係団体の委員の

皆様のご検討のもとに、墨田区の標準様式として多職種連携情報シートというものを作成し活用してございます。この多職種連携情報シートの一層の普及の強化に今後取り組んでいきたいというふうに考えてございます。

また、このシートの受け渡し方法としましては、これまでは手渡し、そしてFAXのみとしていたものから、今年度からメディカルケアステーションを活用した共有も可能となるようにルールを変更いたしました。

その他、連携を深めるための取組といたしましては、多職種連携研修であったり、医療と介護の連携研修会を開催してございます。

テーマ1については以上でございます。

続きまして、二つ目のテーマについてご説明をさせていただきます。

多職種連携の際の連絡方法・手段についての課題でございます。

挙げた意見につきましては資料記載のとおりでございますが、まとめますと、DX化に未着手であること、また情報共有方法の認知は不十分であること、また実用性の部分、実際に職務上ふだん作成しているソフトで作成する資料とは別の、先ほどの多職種連携情報シートにというのは別の資料としてつくることが手間だというようなご意見もございました。

また、各医療機関、事業所における地域医療の中での在宅療養に対する考え方に格差があつて、そのことによって適切なバランス調整を図ることが難渋しているというようなご意見もございました。

あと、業務時間、営業時間というのでしょうか、その違いから夜間や休日の連携がうまく取れないことがあるといったご意見も挙げてございます。

次に、この資料の下の部分でございます。

墨田区のほうで現在実施している取組、そして今後実施を予定している取組についてでございますが、こちら再掲になりますが多職種連携情報シートの普及啓発の強化、そして利用者の意見を踏まえた様式の定期的な見直し、また多職種連携情報シートにおけるメディカルケアステーションの活用を進めているところでございます。

墨田区につきましては以上でございます。

○安保座長 ありがとうございます。

では、続きまして、江東区代表の小松崎さん、よろしくお願いいたします。

○小松崎委員 江東区でございます。

この件については、江東区医師会の永田先生にまとめをお願いしていますので、永田先生、よろしくお願いいたします。

○安保座長 永田先生、よろしくお願いいたします。

○永田委員 丸投げですか。永田です。

江東区は、とりあえず今の課題、江東区の課題はやっぱりFAXでのやり取りが多いというところでMCSをもっと用いていきたいという。ただMCSをさらに今、まあまあ普及しているんですけど、さらに普及させるための攻略が見えていないです。

あとは、人材不足が懸念される中で、多職種の効率的な連携に向けて必要だと思っていることというのは、在宅で仕事をやっていて困ること、今、結構困っていることというのが、やり取りする書類が多すぎる。居宅サービス計画書、訪問看護報告書、計画書、薬局からの報告書、リハビリテーションの計画書。しかもそれが、全部郵送が必要だったり、何かそこら辺で郵送が必要なものと電送でいいものの区分けというのがしっかりされていないので、郵送のいらぬものはそれをなしにするだけで大分手間が省けると、あともらった書類も保存が必要なものと保存が必要じゃないもの、患者さんの情報

で本当にカルテに残しておかなくちゃいけないものを読んでそれで破棄でいいものとのちゃんとした区別というのを都医さんとかでまとめていただいて現場に落としてもらえると、かなり業務が減って効率化するんじゃないかなと思っています。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では、引き続きまして、江戸川区の代表の岡田様、よろしくお願いいたします。

○岡田委員 江戸川区健康推進課の岡田と申します。よろしくお願いいたします。

江戸川区では、2018年から在宅医療介護連携推進会議を継続的に開催しております。

その中で多職種連携推進を目的とした研修などを開催しておりまして、情報や知識の共有を行って顔の見える関係づくりに努めております。

多職種による意見交換会というものも実施しておりまして、昨年2月に多職種連携に必要な情報共有というテーマで意見交換を実施しております。

今回は、そこで出された意見を基に、ご報告をさせていただきます。

まず、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ということについてです。

多職種で連携する上の課題として、まず交流が少なくお互いの顔が見れない、カンファレンス等の多職種の調整が困難である、あと患者の症状の共有ができない、多職種間での役割分担が不明瞭だということが挙げられました。

また、ケアマネジャーは情報共有の中心となって動くのではなくて、医療と介護が直接連携を取るような体制をつくること、直接連携をするためには電話やFAXだと結局ケアマネが情報を振り分けることになるため、MCSのようなICTツールの活用が有効であるとの意見が出されております。

その反面、ICTの発展は必要ではあるんですけども、コミュニケーションをよりよく取るためにも対面による意見交換の機会も重要であるという意見も多数聞かれました。

次に、2番目の多職種連携の際の連絡方法・手段についての課題ですが、連絡方法・手段はいまだに電話やFAX、紙媒体が6割強となっております。ICTを活用したほうが連携がスムーズであると思うけれども、課題も多いということです。

職場環境等による差も大きくて、ICTを使っている事業所、使っていない事業所の有無も共有できていない状況だったり、法人での対応がなされていない場合は個人携帯等のツールを使用している場合も見られるようです。

また、セキュリティーの問題もあって事業所が使用許可しないという場合もあるとのことでした。

SNS活用については、活用の推進を全体で図っていくことが必要である一方で、導入の可否は事業所の選択による部分が大きくて、全ての事業所がネットワーク化されることは難しいのではないかというふうな意見が聞かれました。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

それでは、各区市町村からの発表はこれで終わりたいと思います。

では、引き続きまして、それぞれのテーマについて皆さんのご意見をいただきたいと思いますけれども、どうしましょう。

テーマが1番、複数疾患を有する高齢者などの在宅療養に当たり、医療介護の人材不足が懸念する中で、どう効率的に多職種で連携するかということ、2番が現状の他職種

連携の際の連絡方法・手段についての課題、3番はその他ですけれども、以上、三つのことについて、ご発言をまとめてやっていただきたいと思いますけれども。

では、順番にこちらから指名させていただきます。

まずは、各医師会代表の方からご発言をお願いしたいんですけれども、最初は墨田区医師会代表の福井先生、よろしくお願いいたします。

○福井委員 すみません。お恥ずかしながらちょっと風邪をひいていまして、途中咳が出るかと思います。申し訳ありません。先におわびしておきます。

今、いただきました似たようなことで、先ほどの墨田区の清水副参事が資料をまとめていただいて、あの中にもアンケートの内容とかを入れてありますので、基本的にはやっぱりコミュニケーション、それをきちんとスムーズにすることが大前提であろうということとは分かっています、割と昔からやっている医療機関、事業所に関しては、今でも昔ながらのツールを用いながらも割合コミュニケーションが取れていて、私、もともと開業医で3年前から勤務医に戻ったんですが、入院であったりとか、在宅の先生とかも含めて入院を受けたりとかするような状況が昔の勤務医時代に比べるとかなりスムーズになっているというイメージがあります。

それはやっぱり相談員であったりとか連携部門というのが病院も含めて、あとは在宅、診療所でも相談員さんを置いていただいているところとかが増えて、医者がかかりきりにならずに相談員の方とかが病院、診療所、いろんなところで相談員レベルである程度話を進められるようになったということがかなり大きくて、日中に関して入院、あとは入院から外来訪問に移行させるという面では、かなりコミュニケーションが取りやすくなっているというようなことがあるかと思います。

ですので、人材不足は確かに今後非常に出てくるとは思うんですが、今のところ新しく新規参入された診療所とか訪問看護ステーションとか、新しいところに関してもうちょっといろいろ、そういうところは多分DX的なところを取り入れるのがうまいんだと思うので、その辺りをうまく使いながら、ただ昔ながらのところは割合関係性ができていて昔ながらのやり方でも一応やれていると。

あとは休日夜間とかをどうするかという部分が今、東京都のいろいろ補助金、助成、事業でもあります、そういうものをどう整えていくかというところに移ってくるかなというふうに思います。

ということで、ちょっとごっちゃになりましたが、その辺、連携手段とかのその辺りも含めてまとめて話をさせていただきました。

以上になります。

○安保座長 ありがとうございます。

先生、いかがでしょう。テーマ以外で、その他で何か気になることとかありましたら、ご発言をお願いしたいんですけれども、いかがでしょうか。

○福井委員 とりあえず今、申し上げたことで、墨田区の場合はやっぱりDXが遅れているので、そっちのほうに尽力したほうがいいかなというふうには思っております。

すみません、以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では、引き続きまして、江東区医師会代表の永田先生、もう一度お願いいたします。

○永田委員 すみません、先ほど今言おうと思っていたこと、全部言っていたので。

○安保座長 その他でも大丈夫です。その他のことでも気になることあったら。

○永田委員 その他、やっぱり効率的にオンライン診療だとか、オンラインミーティングの有効活用、モデル的なことをどうにかつくって地域で広めていきたいなと考えていま

す。

以上になります。すみません。

○安保座長 ありがとうございます。

では、続きまして、江戸川区医師会代表の守島先生、お願いいたします。

○守島委員 江戸川区医師会の守島でございます。いつもお世話になっております。

先ほど江戸川区の岡田課長からもお話ございましたけれども、江戸川区では多職種連携会議ですとか在宅関連する会議を幾つかしておりまして、多職種に関してはいろいろなコミュニケーションに関して課題も含めて議論を深めているところではあります。

複数疾患を有する高齢患者、社会的課題をする患者となりますと、もちろん高齢者、認知症の方とかもそうなんです、精神疾患が背景にあったり、依存があったりする方で認知症を発症して、そこに慢性疾患が悪化した場合にやはり受入れ先の病院がなかなか見つからないというケースもございまして、入院はできたんだけど今度退院したときにお一人暮らしの方はどういうふうにサポートしていくかというふうなことも多職種でやはり課題になることが多くなってまいりました。

特に、江戸川区医師会の先生方、一人院長の先生方もいらっしゃっていて、その中で往診ですとか、訪問診療をすごく頑張っている先生方も多いんですけれども、そういった一人の先生方をどういうふうに24時間体制も含めてですけれども、区と行政の方々とご相談しながらサポートを深めていくかというのもやはりこういったことも課題にはなっておりますので、複数疾患を有する高齢患者、いろいろな問題を抱えた方を今後この高齢化が進む中でどういうふうにサポートをしていくべきかというのは、やはり議論を進めていかなければならないというふうに考えております。

事業所さんの中でもやはりいろいろな差があるというのを先ほど岡田課長からもお話ありましたけれども、やっぱりツールに慣れているところ、そうでないところというところがございまして、FAXでお願いします、電話でお願いしますというところもありますけれども、なるべく今後は区全体でICT化が進められるように、医師会としてもサポートをしていきたいなというふうに考えております。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

なかなか連絡方法としてはICT、MCSとかオンライン会議とか、そういうのはどんどん進んでくるとは思うんですけれども、基本的にやはり文書のやり取りとか、そういうのというのは、忙しい中で文書を作ったりとかするのは大変手間がかかって、それでなかなかうまくいかないんじゃないかなというのが、私の印象ですけれども、またそのことについても皆さん、よろしくをお願いいたします。

では、引き続きまして、今度は在宅医代表といたしまして、墨田区の川上先生、よろしくをお願いいたします。

○川上委員 よろしく申し上げます。墨田区医師会の川上と申します。

墨田区は24時間体制の部分がまだちょっと遅れてまして、今回2年目でDXを導入する方向で進めていく形で、多職種連携としてやっぱりMCSのチーム機能など、あとはレイヤードさんのアイバーなど、そこら辺で今後導入してほかの区の事例などを参考にしながら進めていければというふうに考えておりまして、ほかの区で医師会主体で連携を取っているところが多いんですけど、やはり墨田区の在宅療養の先生方で地域で温度差が少しありまして、墨田区としては機能強化型グループを地区で幾つかつくりながら、その中で24時間診療体制を強化していく方向で今のところ考えて、それを2年目、3年目に関して少しでも進めていければなというふうに考えています。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

続きまして、江戸川区は私なんですけれども、私からも一応説明をさせていただきます。

複数疾患を有する高齢者の在宅に当たりの対応なんですけれども、基本的には在宅にかかれる高齢者の方は複数疾患を抱えている、基本的には一つの疾患でかかっているという方はいないので、いろんな病気を抱えているんですけども、皮膚科とか眼科とか内科、もしくは整形外科とかのいろんな疾患を抱えているんですけども、もちろん精神疾患も抱えているんですけども、私の印象ですけども、完璧に診ていくというのはなかなか治療するというのは難しいかなと思っております。

実際に高齢者の方ですので、それを完全に治して、また社会復帰ということを目指すという形でなければ、今は皆さん、ほかに在宅でやられている先生はご自身でそういうのを対応している方が多いと思うんですけども、そこはひどくなれば、そういう専門の先生に診てもらおうという形ですけども、基本的には在宅で診ている先生が総合診療じゃないですけども、そういう形で診ている方が多いと思いますし、とりあえずはそれでいけるかなと思っております。

ただ、やはり医療に関わっている先生とか看護師さんとかは、それで納得されて診ていって協力は得られるんですけども、なかなか介護をされているヘルパーさんとかケアマネジャーさんとかはやっぱりよくならないとどうなっているんだというところがありますので、やはりそこはコミュニケーションかなというふうに考えております。

続きまして、連絡方法なんですけれども、私も大体は電話、FAX、メール等でやり取りをしています。なかなか皆さん、活動している時間帯と連絡取れる時間帯が合わないで、直接会ってとか、そういうのというのはかなり厳しいような状況です。いわゆるオンラインでという形としても、やはりなかなか皆さんの仕事の時間帯の割り振りでうまく合わないですし、なかなかオンラインだと表面的なやり取りしかできていないというのは感じております。やはり直接会うのが一番いいかなというようにところなんですけれども、だから毎回毎回会うのは大変ですけども、年に数回とかでいいので直接会って、そこでうまく関係をつくるのが大事かなというふうな印象を受けています。

また、ケアマネジャーさんとか、いわゆる関係ができたと思うと結構代わられることが多い、転職されたり辞められたりする方が結構いらっしゃって、やっぱり1年、2年たつとまた違う方に代わられてというので、なかなかそこが取りづらいというのが最近の印象と感じておりました。ありがとうございます。

では、引き続きまして、東京都病院協会代表、江東区竹川先生、よろしく願いいたします。

○竹川委員 竹川です。

病院協会の立場で今日は出席をさせていただいていますので、今、東京都内の特に急性期の病院はベッド利用率も低下しているということをよくお聞きしています。

これはもう急性期だけでなく、回復期、慢性期、みんなそのような状態になっておりますので、できればショートステイ的なものでもいいと思うんですけども、特に慢性期などは利用していただければというふうに考えています。

そのときのやはり連絡の取り方としては、実は国保連とかでもいろいろIT化とか出ていますけれども、最終的に1%、2%はITを取り込めないのが現実で、完全に今ICT化をするというのは不可能だと思うんですね。

ですから、先ほどお話も出ましたけれども、様々なツールを使って、それをうまく巧

みに使っていくというような形がやはり今はよろしいのではないのかなというふうに考えています。

電話とかFAXとかメールとか、そういったものを病院のほうとしては何しろ在宅医療に必ず返すということで病院協会の中でも対応しておりますので、ぜひご利用していただければと思います。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では、引き続きまして、歯科医師会代表、墨田区の祓川先生、よろしくお願いいたします。

○祓川委員 祓川でございます。

多職種の医療連携についてですが、やはり効率的な連携には情報共有が必要だと思いますので、それについて、手段についてはやっぱりFAX、電話等ではなくDX化がよろしいんじゃないかというふうに思っております。

以上でございます。

○安保座長 ありがとうございます。

では、引き続きまして、薬剤師会代表は濱野先生よろしくお願いします。いないのか。

すみません。では、引き続きまして、訪問看護ステーション協会代表、黒木様よろしくお願いします。

○黒木委員 よろしくお願いします。聞こえますでしょうか。大丈夫ですかね。

訪問看護の現場では、やはり複数疾患を抱えている方がたくさんいらっしゃいますので、東京都が発行しているわたしの思い手帳とか、ああいったものとACPの啓発をやっぱり僕らからの現場のところでも推進して行って、やっぱり文字で見えていくようなところをしっかりと在宅でやりつつ、もし万が一、救急搬送だとかになったときに、病院でも私の気持ちとしてどういうふうにその方が考えているかとか、そういったお気持ちの部分の部分がしっかりと文字で伝わるような取組をしっかりとやっていったほうがいいのかなというので現場で進めていっています。

あとは、皆さんがおっしゃっているようにMCSとかICTのツールをしっかりと使って、複数疾患の方をいろんな文字として見える部分だったり、画像とかでMCSは使えていたりもするので、ここら辺でも手間を省きつつ、広くいろんな方に共有できるように取り組んでいっています。

あとは、もう1個は何でしたっけ。もう一つの課題、やっぱりいろんな事業者さんがあるのでMCSが使えない事業所さんだったり、FAXが主流のところはまだまだ江東区の中でもたくさんあるので、そういったところは一緒に勉強会だとか開いていたりだとか、顔の見える関係づくりのところで、しっかりといろんなツールを新しく慣れていない方とかにもレクチャーできるような場とかが今後広がっていくといいんじゃないかなというふうに考えています。

以上となります。

○安保座長 ありがとうございます。

では、看護協会代表、墨田区の佐久間様、よろしくお願いいたします。

○佐久間委員 東京都済生会向島病院看護部長の佐久間です。

本日は、東京都看護協会の地域包括ケア委員として参加をさせていただいておりますので、まず協会としてというところでご意見を述べさせていただければと思います。

協会としては、やっぱり病院職員の看護師が結構在宅に向けての視点が乏しいというところがずっとこの数年言われていて、そこを払拭していくための会や場というのをつ

くっていつていました。

その中で意見がやっぱり出てくるのは、区ごとの違い、区ごとにいわゆるＩＣＴを使ってやっているところもあれば、そうではなく、まだまだ紙だったりとかというような、実際に差があるというような意見も聞かれていました。

ただ、第７医療圏としてそのときは集まったので、違う差があることが気づきになって、そういうこともできるんだねというような形に意見が出てきたのはよかったんじゃないかなと思っています。

在宅で暮らす人たちがどんな形で生活しているのかというのが分からないと、自分たちがどういう情報を出したらいいとか、誰からどのような情報を聞き出すと在宅に戻しやすくなるのかみたいなこともその場で意見交換が出たり、ＡＣＰのことも通して話し合いができたので、協会としてはそういった場を少しでも増やしていく形でご協力できればというふうに考えています。

現場レベルで考えると、やっぱり上手にＩＣＴも使いながらやっていきたいんですけど、結局情報入力する場所、ほかの言葉にもあったと思うんですけど、結局転記している形になってしまうんですね。それだと全然手間は減っていないくて、手で書いていたのがコンピュータで出力されるようになったただけの話で、これはＤＸではないなというふうに思っているの、先ほどご意見がほかの区からもありましたけど、今までやっていたことをやらなくなるとか、やる場所が変わるとか、そういったところまで変わっていけないとなかなか難しいんだとは思いますが、過渡期なのかなと思いながら皆様のご意見を聞いておりましたので、病院としても協会としても何か手伝えることや場をつくれるようなことがあればいいなと思っております。

以上です。

○安保座長　ありがとうございます。

ＭＣＳにしてもメールにしても、要するに転記というか、打ち込まなきゃ、入力しなきゃいけないというところなんですよね。それをカルテに入力したり、報告書に入力したり、またそれも入力と手間がどんどん増えていって、逆に時間をどんどん縮めて狭めてしまっているというような感じが私もよくしております。

できれば、何か音声入力でその音声だけ送ってお互い聞き合うみたいな感じで留守電みたいな感じがいいのかなと思ったりもして、そうすると、ただ話すだけで終わってしまうので、そういう方法ないかなと何となく思っておりました。ありがとうございます。

では、引き続きまして、介護支援専門員研究協議会代表の墨田区蛭谷さん、よろしくお願いします。

○蛭谷委員　お世話になっております。

一応立場的には今日は東京都研究協議会の代表として出ていますので、まずはケアマネジャーの代表としての発言になりますが、先ほど安保先生も言われましたケアマネの交代なんですけれども、現状、東京都の介護支援専門員研究協議会のケアマネジャーの平均年齢は５０代後半になっております。なおかつ一人が持たなきゃいけない件数が４０件以上になっていることも含めて人材が全く足りていない地域もたくさんありまして、人の流動だったりとか、あと結局ケアマネジャーの仕事をされていてご家族が介護になるとそちらに向くということでの退職もどんどん増えている状況なので、基本的になかなかケアマネジャーとしてのお仕事できていない地域がたくさん今存在しているのを私たちとしても危機感を持って、どうしたらケアマネジャーの魅力が発信できるかという活動をここ２年ぐらい、私自身が今、研究協議会の理事としてここにいる第３ブロックといいまして、江東区、江戸川区、墨田区等も含めた城東地域というところをまとめて

いるところもありまして、その中でもみんなでどうしたらいいかという活動は継続させていただいている現状があるというのが今CMATとしての動きの発言になりますが、危機的な状況になっていることは事実ですし、今、厚生労働省でも言われていますケアマネジャーがあまりにも多くのことをやらなければいけなくなっている現状で、やっぱりバーンアウトとしている方々が多い、いわゆる本来業務ではない業務に忙殺されるというか、お一人暮らしの人のための入院の手配から退院の手配を含めてそこに付き添うなど、誰もいないのでというような今言われてるシャドウワークみたいなものの解決が今、今回の在り方の中では市町村を中心にもうちょっと動くみたいな動きにはなっていますが、私たちケアマネジャー会もそこに協力していかなくちゃいけないなという思いでいるのが、まず今日、自分が理事としての立場の発言になります。

で、自分がいちケアマネジャーとして最初の複数疾患というのの一つの問題は、先生方と言うと患者さんがいろんな病院にかかっていることを私たちがなかなか知るのに時間がかかる、ケアマネとして初めてお仕事をしていただいたときに、私はメインが墨田なので、墨田の地元の先生のところはすぐに連携が取れるんですけど、実はこの方は月に1回東大病院にも行っていて、月に1回何々も行っていてみたいところで、その情報が分かるまでに何か起きたときに、我々もどういうふうに複数疾患を捉えていいのかというののケアマネジャーのレベル3も含めていろいろあるなというふうにいつも感じております。

その辺をうまく全部が情報が一元化できる何か、今そういう意味ではマイナンバーカードの保険証が一体化して、そういうのを見るようになればもしかしたら変わるのかもしれないと思いますが、それもまだまだ先の話かなというのがあったときに考えているかなと思っています。

あとは先生方が墨田区の、先ほど副参事がおっしゃっていただいたように、墨田としては連携シートがありますが、先ほど佐久間さんとかもみんな言っていましたけど、あれをもう1回、自分のところから転記する作業で半分ぐらいの時間を使って謀殺して、その上で先生から答えも返ってこない、何のためにつくっているんだろうみたいなことがケアマネジャーの意識を下げているなという現状があると思います。

以上、意見になったかどうか分かりませんが、以上です。ありがとうございます。

○安保座長 ありがとうございます。

なかなか返事が返らないというのは耳が痛くて、とても聞いてもらえない、誠に申し訳ないです。

確かにケアマネジャーさんは本当にここ最近とても大変かなと思う。私の診ている方も数か月ごとにケアマネが変わって行って、全然これは連携が取りようがないねというような感じの方もいらっしゃるの、なかなかやっぱりケアマネさんのなり手もないのかなと、なってもすぐ辞められたりとか移られたりとかするような状況になっているなと思います。

ケアマネジャーさん、やはり基本的にはケアプランをつくるということがお仕事なのかなと思うんですけども、最近本当に独居で身寄りもなくてというか、いても全然音信不通になっているので、本当にその方の生活全般をケアマネジャーさんが見なきゃいけないような状況になっていて、結構ケアマネジャーの仕事じゃないよねということまでやらなきゃいけないので、かなり労力としては大変なので、できれば私は思うんですけども、そういうところをそういう方のいわゆる行政というか社会生活のところは、何か社会福祉協議会とか何か行政が入って、そこはそちらが担当してもらってケアマネジャーは自分の仕事に専念してもらおうという方法がないかなというのが何となく最近印象を

受けております。ありがとうございます。

では、続きまして、老人施設代表でございます江戸川区の蓬田様、よろしくお願いいたします。

○蓬田委員 江戸川区森山ケアセンターという老健の蓬田と申します。

やっぱり月並みではあるんですけども、基本的には顔の見える関係を地域の事業所、病院、施設間でつくっていくことが生きた情報交換をする上では一番だとは思いますが、そういう意味では今年度の報酬改定で老健を含む福祉施設側も医療機関と情報共有であったり、急変時の対応を確認しあったりするという顔の見える会議を月に1回程度行うことで加算を乗つけるよというようなこともできまして、医療機関側も施設との連携が加算の要件の一部になったりというので、加算という形ではありますけれども、そういう形で背中を押されて、もともと連携基盤が盤石だった老健とかもあると思うんですけども、それ以外の老健も新たな顔の見える連携体制を医療機関と施設間でつくるという動きがわりと多くあった年かなと思っています。

ただ一方で、ずっと皆さんから出ているように情報共有、患者さん、利用者さんの医療情報ですとか、必要なケアに関する情報共有の面では本当に効率的に円滑にやり取りできてるかと言われるとまだ課題があるかなと思っています、やっぱりまだ紙ベースがとっても多くて、よく情報を紙ベースでサマリーとかアセスメントという形でFAXとかでいただくんですけども、どうしても紙にしちゃうとサマリーなんかだともうまとめてあって、要約であって、概要を知るだけなら十分なんですけれども、本人の状況とか本人や家族の意思決定の経過を時系列で知れるものではないというか、経過を本当は時系列で線で見たいという思いもあってなんですが、なかなか紙ベースでは読み取れないので、結局病院に何度もお電話したりとか実際に病院に出向いて患者さんに会いに行ったりとか、出向くことは大事ではあるんですけども効率的かと言われるとまた逆のようなふうにも感じていて、なので、ただそれを紙に病院側が落とし込んでくれるというのも書く側の負担も大きいし、非効率だと思いますし、夢物語を言えば共通のツールみたいのがあればいいなと思うんですけども、いろんなところでできてもツールの種類だけでも聞いたことないようなツールがたくさんあって、全然情報共有のツールもたくさんあるというのと、あとはツールを導入すること自体も後ろ向きな事業所も多くあると思うので、なかなかやっぱり、現状はやっぱり顔の見える関係とか、安保先生がおっしゃっていただいたようなコミュニケーションでやっぱり知りたい情報を情報交換していくしかないのかなと、コミュニケーションの部分を強化するしかないのかなと思っています。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では、保険者代表の前田様、いかがでしょうか。何かご意見等ありましたらよろしくお願いいたします。

○前田委員 協会けんぽの前田と申します。

まず、全体を把握したまとめ役という存在も必要ではないかと考えております。

情報連携や顔の見える関係の構築といった協力、連携関係を進めていくためには、地道に信頼関係を築いていくことが重要である一方で、協力関係をさらに広げていくためには関わりが薄い方々との話合いの場を設けるなどの多職間のつなぐコーディネーターのような役割を担う存在も今後は必要になってくるのではないかと考えております。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では、大体今の意見は出尽くしたと思うんですけども、それではちょっと時間がありますので、各先生が日頃お仕事をされている中で、これは課題かなと思うようなことがありましたら、一言だけでもいいですのでご発言、ご意見をいただきたいと思います。

順番に、そんなに長いコメントじゃなくて大丈夫ですので、では福井先生、いかがでしょう。

○福井委員 ありがとうございます。

墨田区は医師会に関して言うと、なかなか在宅の実施医療機関の全容が完全にはつかめていないところがあります。

それで、あとニーズもはっきりつかめてないところがあって、先ほどお話が出ました24時間体制の東京都の事業とかのアンケートとかを取っても、実はそんなにそこまでニーズがあんまりなかったりとかするんですね。できるところは自分たちのところでやっているみたいなのところがあって、そこはもうちょっと細かく一人開業医の先生とかをもうちょっとフォローできればと思うんですけど、なかなか手が挙がらないとか声が挙がらないところがあって、もうちょっとこまめに拾っていかなきゃいけないかなと思っております。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

やはり今、各地区でというような形で取りまとめているんですけども、在宅をやられているクリニックというのは比較的医師会等あまり入られていない先生とか、あとは自分のところで各地域にそれぞれクリニックを出して、そこでローテーションをしながらやっているというところもあって、そういうところは結局連携は取りづらいとか、独自にやっているという形であんまりこちらのほうには入ってこないという形もあるので、なかなかうまく地区全体で盛り上げていくというのは難しい状況になっているのかなというのは私も感じております。ありがとうございます。

永田先生、何回も当たりますけれども、永田先生いかがですか。

○永田委員 そうですね。ファストドクターとかがなくなってきて、あんまりかかりつけがない患者さんの往診が地域で組織だってそこをサポートできたら、そこが課題かなと少し思っています。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では、引き続きまして、守島先生いかがですか、守島先生。

○守島委員 ありがとうございます。

24時間体制の在宅のサポートに関しては、江戸川区でもまだまだ進んでいない部分がありますので、これもほかの区の先生方のご意見ですとかを学ばせていただきながら進めていきたいと思っていますけれども、診診連携、診療所同士の連携、在宅も含めてですけれども、今後高齢化が進む中でどういうふうにサポートできるかなというところと、やはり認知症、慢性疾患をお持ちの方でかかりつけ医がいない方、アウトリーチするにもやはり拒否する方もいますので、そういった方たちをどうやって地域で見守っていくかというのが課題だと思っています。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では、川上先生、どうですか。何かその他、ご意見がありましたらよろしく願いいたします。

○川上委員 在宅の患者さんのことで、特にケアマネさんとなんですけど、プランの変更

とかそういったときにFAXとかで結構やり取りすることが多くて、ケアマネさんにとってみたら主治医の先生、訪問看護の看護師さん、あとヘルパーさん、場合によって福祉職員さん、それぞれ別にFAXで送って、それぞれの事業所が記入してケアマネさんが回収して意見を調整するみたいな感じで結構やることが多いんですけど、そういうところから何かMCS的なものとか使って全員がうまく一度見れたらもっと負担は減るのかなというふうに最近考えてはいるんですけど、何かそういう小さなところからできることを一つずつ探していけばいいかなというふうに考えています。

○安保座長 ありがとうございます。

担当者会議が一応ありまして、ケアマネジャーとか看護師さんとか、そういう方が担当者会に参加されるんですけども、私もなかなか参加することができない。時間帯を合わせるのがかなり、全員の時間帯をマッチさせるというのがかなり大変というような感じで、常にFAXでの書面のやり取りという形になっています。MCSを用いても、同じ時間帯に全員が顔を合わせるというのはかなりつらいんだろうなということは私も日頃感じております。ありがとうございます。

では、やはり在宅になられている方が具合が悪くなると入院とかいうような形にはなるんですけども、やはり高齢者で認知症があるとなかなか病院で受け入れてくれないというのが現状かなと思います。

ただ、最近はレスパイト入院とかそういうのを受け入れてくれる病院もありますけれども、そのときもなかなか在宅の先生から病院にお願いするに当たってもどこにお願いしたらいいとか、ここは受けてくれるかどうかというような情報がないとなかなか難しいとは思うんですけども、あとはやはり病院のほうでも普通治療を有するような患者さんでベッドが埋まってしまうと、どうしてもそちらのほうが優先になってしまうかなという印象もあります。

竹川先生、いかがですか。何かうまい方法とかありましたらよろしく願いいたします。

○竹川委員 病院は大きく分けると高度急性期、急性期、回復期、慢性期と分かれていますけれども、ただ微妙にやはり重なっていますので、それぞれの病院の機能をオープンにはしているんですけど、それがクリニックの先生、それから在宅診療所の先生方に浸透していったいないというのはあると思うんですね。

最近、ある雑誌で病院の機能はこういうのやっていますよとか、うちはこの診ますよというのを紹介されていて、そういう雑誌を利用するとか、そういうこともいいと思うんですけども、病院のやっている治療内容というものを病院のほうもできるだけでも公表をするようにしていきますので、ぜひご理解いただければと思います。

あと、それから、問題点としてなんですけれども、在宅とかクリニックに外来通院していた方が急性期病院に入院して、そのまま急性期病院のところから勝手に訪問診療のほうに移してしまうというケースとかが最近あって、これはケアマネさんと訪問看護ステーションが結託とか、やっぱり大変なので、そのほうがいいということで、24時間対応の訪問診療に紹介してしまったというケースがあるんですけども、やはりもともと診ていた外来の先生にきちんと了承を得て、また病院のほうもそれを確認して、これはやっぱり連携不足だと思いますので、こういったところは電話とかそういうものでもいいと思いますので、きちんと筋を通すということもやはり連携には大切だと思います。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

なかなかそういうところが難しくて、私も在宅で診ている方の入院をお願いしたら、帰ってくるときはそこのソーシャルワーカーの方がうちじゃなくてほかのところのほうがいいよと言うのでそっちに変わらなさいという形で勧められて変わられたこともあるので、なかなかそこは何かうまくいかないのは、ソーシャルワーカーの考え方一つで変えられるんだなというふうな印象を持ったこともあります。

ただ、入院に当たっては、やはり在宅を診ている先生方というのは、具合悪くなったら今日どこどこが空いているからどこどこにお願いしようというような、毎日、医師会でも何か分かって、今日はうちが開いて受け入れますよというような表示があれば、皆さん安心して続けられるかなというようなことを思ったりもしております。

○竹川委員 よろしいですか。

○安保座長 どうぞ。

○竹川委員 最初にお話しましたが、病院は結構空いています、今。

○安保座長 今はね、今は。

○竹川委員 急性期の病院は本当に空いていますので、きつときちんと診て、すぐに治してお返しするというのを皆さんしようとしていますので、ぜひご利用いただければと思います。

○安保座長 ありがとうございます。

では、結構歯科のほうも訪問されている先生がかなり多くいらっしゃると思うんですけども、祓川先生、何か今課題になっているとか問題になっていることとかありましたらお願いいたします。

○祓川委員 祓川でございます。

ワーキンググループに歯科医師会も参加することが望ましいというふうにここに書いてあるとおりですけれども、実際に多職種連携等々に歯科医師会どこまで入っているのかという部分がまだ入りきれていないのかなと。

今後、他の区のことはよく分かりません。墨田区としては、多分多職種連携にどんどん入っていくようになることを歯科医師会でも検討していきたいと思っております。

以上でございます。

○安保座長 ありがとうございます。

訪問歯科の先生もかなりあっちこっちにいらっしゃるしまして、車でよく回って歩いているなという感じですけども、一応江戸川区では歯科の先生も参加していただいて、いろいろと嚙下とか、そういうことについては診てもらうような形をとっていますので、ぜひともこれからも積極的に参加していただければなというふうに感じております。

薬剤師協会の濱野様、いないんだ。

そうしたならば、訪問看護はどうでしょうか。看護ステーション協会の黒木様、何かほかにご発言ありますでしょうか。

○黒木委員 私も今日、東京都訪問看護ステーション協会の代表で来させていただいているんですが、東京都内、大体訪問看護ステーション千三、四百か所ぐらいありまして数が年々増えてはいつているんですけど、それに伴って小さな事業者さんでいろいろトラブルを抱えておられたりだとか、あとは不正な請求じゃないんですけど、そういった問題があったりだとかして閉鎖になってしまうところとかもあるので、やっぱり職能団体として、やっぱりこの訪問看護師として、倫理感をしっかり持った人が働いていくというところは結構課題に挙がっているんで、そこら辺、いろんな協会を通して広く全体の看護師に普及できるような取組とかをステーション協会としてもやっていかなければ

ればならないというふうに議題として挙がっていました。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

なかなか訪問看護も新しいところがどんどんできて、また、なくなるところもあるんですけれども、最初的时候は結構対応がよくてちょっと遠くても大丈夫です、行きますと言ってくれるんですけども、何か時間がたつとそこは遠いからやめますなんて言われちゃうと結構がっかりしちゃうこともあるんですけども、看護師さんはかなり大変な業務ですので、なるべく協力してやっていきたいというふうには感じております。

病院のほうで、佐久間様、いかがでしょう、病院の看護師さんとしては。

○佐久間委員 病院の看護師さんとしては、そうですね、病院看護師としては、病院にいる看護師、もっと在宅に、在宅に訪問看護で行くというよりは、病院にいながらも在宅にも行けるような形にもっともっとなつてほしいなと思うんですけど、報酬上のくくりとか介護保険と医療保険というところがあつたりとかすると出にくい、いわゆる退院前退院後訪問だけじゃなくて、やっぱり連絡を取り合つて自分たちが見た患者さんのその後の様子を訪問看護師さんと一緒に同行ができたとかすると、単に看にいくだけじゃなくて訪問看護師さんの知見も取り入れながらできるかなと思うので、病院としてはそんなに余裕があるほど病床が空いていてもらっては困るというところもあるんですけど、でもそういう機会を使ってやっていく、もちろん忙しいときもあるんですけど、日によっては人が出せるようなときもあるかもしれないので、そういったところを利用して連携を取っていかないといつまでたつても相手は分かってくれないと、自分たちのことを分かってくれない相手が悪いと言いつつ合っているようでは解決しないなと思っていますので、歩み寄っていけるようにいろんな医療機関にもアプローチしていきたいなと思います。ありがとうございます。

○安保座長 ありがとうございます。

病院の入院している方が退院で在宅に戻られるときに退院前のカンファレンスを病院のほうでやることもあるんですけども、なかなかそれもケアマネジャーさんとか全員うまくそろわなくて、一部だけなので、そういうときになるべくそろえればなと思うんですけども、やはり病院さんも忙しいものですから、日中とかそういうところじゃなくて、それが終わった後だから夕方とか、場合によってそっちはもう勤務時間外だから日中に来てとか言われて、なかなか時間調整がやっぱり皆さん忙しいから合わせるのが難しいかなという感じがしますけども、何かうまい方法があればいいなと思っております。ありがとうございます。

では、蛭谷様、いかがでしょう。ケアマネジャーとして課題というのは。

○蛭谷委員 これからも私たちの立場としては、利用者さん、患者さんがまだ外来に、いわゆる通院、受診しているときからの連携がすごく大事だなというふうには感じています。そのときの状況をケアマネとしたりとか、関わっているいわゆる介護側の人間が把握していることによって、急に入院するときに主治医の先生方への連絡だったりとかとこのができるんだろうなというふうに思っています。

ただ、ケアマネジャーの中には、やはり福祉職出身の方がすごく多い中で、お医者様というだけでちょっと気が引けているケアマネさんがいまだにいるのも事実です。

なので、私たちケアマネ会としてもそうではなく、自分たちが全ての病気のことを知っていることはないけれども、患者さんの生活の目線、利用者さんの生活の目線はしっかり理解している、ケアマネジャーとして先生方や看護師さんたちと連携できるようになると病院に受診するときの同行についても、外来受診の同席というのも介護保険報酬

上も認められるように、月1回ですけどなっていますので、そういうところから多職種の連携ができることによって、これから増える高齢者、特に東京は増え続ける高齢者に対して対応していくことの方針として、なるべく長くご自宅で生活できるというところに私たちケアマネジャーも皆さんと一緒に尽力できるようにしたいなというふうに改めて感じています。

○安保座長　ありがとうございます。

確かに在宅でかかっているけども2か月に1回とか半年に1回とか、ほかの病院行くというような形で同行という形があるんですけども、内容見てると別に受診しなくていいんじゃないかなという状況というか状態もあるので、もしあれでしたらば病院の主治医の先生にお話しして、ある程度のところは在宅でそちらも賄っていただくような方向に持っていければなというふうには感じております。ありがとうございます。

では、老健施設代表の蓬田様、いかがでしょう。何か在宅の人は何か入院が必要だとか、しばらくお預かりしていただきたいショートステイとか、そういうのは受けれていると思うんですけども、なかなか管が入ったりとか点滴は必要だとかいうとなかなか受け入れられないというところもありますので、その点はいかがでしょう。

○蓬田委員　そうですね、やっぱり医療管理に関しては、なかなか結構もう老健というひとくくりで画一的に老健はこういう人は駄目だよなというよりかは、老健もかなり多様化してきて、ここは受け入れてくれるけど、ここは受け入れてくれない、老健ごとに全然カラーが違ってきているので、それこそ先ほど竹川先生がおっしゃられたように病院の機能を知ってもらわないですけども、それぞれの老健ももうちょっとここができる、ここはできないというところがもっともっと見える化していかないといけないなというのを考えています。

つい、ご家族とか地域の方から見ると老健というひとくくりで語られてしまうことが多いんですけども、老健によっても全然今は違いますので、そういったところがもっと私たちも知ってもらわなきゃいけないし、一つ一つの老健が見える化しなきゃいけないところだなと思っています。

以上です。

○安保座長　ありがとうございます。

では、いかがでしょう。ほかにご意見ございます方、いらっしゃいましたらよろしく願いいたします。

いかがでしょうか。大体お話は大丈夫ですか。大丈夫そうですね。ありがとうございます。

大分時間が進みまして、そろそろ時間となってきた終わりの時間が近づいております。意見交換会はこれで終了とさせていただきます。

何となく印象なんですけども、多職種連携とか、そういうのは当然DX、ICTが進んでくると思うんですけども、やはり部分部分では人とのつながりがあるので、それぞれ全員そろえるのは難しいときでも会える人は会えるときという形で会っていくのがスムーズな介護になるんじゃないかな、在宅医療になるんじゃないかなというふうに感じております。

また、先ほど竹川先生も言っていたように、受入れ可能だとかそういうのというのは日々変わってくると思いますので、消防庁の救急車の今日の受入れはここが何床を空いているよ、ここは大丈夫だよというような報告が多分あると思うんですけども、それと同じような制度で医師会が担当するのか区が担当するのか分からないですけども、毎日朝、ここの病院は受入れ可能ですとか、ここの訪看さんは緊急で受入れ可能ですとか、

ここの在宅診療所は今日は受入れ大丈夫ですよとか、何かそういう制度ができれば、また流れがうまくいくんじゃないかなというふうに感じました。ありがとうございます。

では、今日の議題は以上となりましたので、事務局のほうへお返しいたします。よろしくお願いします。

○道傳地域医療担当課長 安保座長、ありがとうございました。

それでは、最後に東京都医師会より本日の講評をいただきたいと思います。

佐々木理事、よろしくお願いします。

○佐々木理事 東京都医師会の理事、佐々木と申します。

本日は途中からの参加になったんですけども、いろいろと、非常にいろんな話題が出ていて多彩な会議だったと思います。お疲れさまでした。

今日からこの在宅療養ワーキングの親会である地域医療構想調整会議の令和6年度の第2回というのが始まったんですけども、その中でこれから話が進んでいくんですけども、これから今までは地域医療構想調整会議というのは、主に病院の病床機能とか、そちらのお話だったんですけども、これからは在宅医療、高齢者救急も含めたもっと広い範囲で議論が進んでいくということで話が始まっております。

こちらの圏域で出た話をアトランダムになるんですけど、出た話題ごとにコメントをさせていただきますと、まず、江戸川区の先生のほうから複数疾患を抱えているのは当たり前で、それを在宅医が訪問診療的な能力を持って診ていくという話がありましたけども、本当にそれが大事だと思います。

ただ、自分の周りを見てみますと結構在宅医療に参入する先生がいらっしゃるんですけども、果たして本当にそういうような能力というか、経験を持って在宅医療に入っているのかなという疑問を持つような先生もいらっしゃいますので、やはりそういう在宅医療をやる先生方が総合診療的な能力を持っているということの教育というか経験が大事かなと思います。

それから、あとマイナー科の連携についてですけども、実は私、眼科なんですけども、総合診療的に診ていただいて十分だと思うんですけども、何かあったらそれを眼科とか耳鼻科とか皮膚科とか、そういう先生方との専門の先生方とうまく連携できるような仕組みができていけばいいなと思います。

方法としては、今日もさんざん話が出ていますけどMCSを使ったような、こんな状況なんだけどどうなんだいというような気軽に相談できるようなこととか、今度遠隔であれば地域外の先生方ともそういう連携できると思いますので、そういう仕組みが構築できればなというふうに思います。

それからICTの入力の手間とか、決してデジタル化がDXでないと全くそのとおりでございまして、本当はそういう手間を省いて都市DXデジタルトランスフォーメーションなんですね。おそらく、これからはAIがどんどん発達していきますので、そのAIの発達に期待できるのではないかと個人的には期待をしております。座長が電話のようにしゃべったらそれが入力されるとか、それは本当におもしろい話、考えだと思います。

あと、同じ時間に集まらないような会議を、例えばテレビ電話みたいな感じで録画して、それを後から見て、またそれにコメントをすとか、そういうような仕組みもできていけば、もっと顔が見えて、なおかつ時間にも制限されないような仕組みが出てくるのかなというふうに思います。

あと、病院とか施設の見える化機能とか、状況の見える化の話がありましたけども、先ほど言った新しい地域医療構想調整会議ではこれから医療機関機能報告というのが始

まります。それぞれの病院が持っている機能をより明確化して情報共有をするという話が出てきますので、蓬田先生のおっしゃったとおりで、それが重要にこれからなってくると思います。

雑駁でありましたけども、今日聞いたご意見の感想でした。以上です。

○西田理事 皆様、お疲れさまでございました。大変勉強させていただきました。いろいろな話が聞けたかと思えます。

情報共有のIT化の遅れと、一方で様々な、今回、アナログ、座長のお話の中であった的な方法、連絡方法がたくさんあるということ、それから24時間体制確保の話、人材不足の話、様々な記録の手間の矛盾、こういったところの話が出てきたかと思っています。

その中で幾つかコメントしたいと思うんですけども、まさに24時間体制の確保について、これについてはもう皆様方、特にこの圏域は墨田区、江東区、江戸川区全て東京都の在宅医療推進強化事業に参画していただいているのもう取組は進んでいることかと思えますけども、強化型の在支診、これは連携タイプのものが多いかと思うんですけども、これと医師会との連携というのがすごく核になってくると思います。

在宅医療を専門にやっている先生方は必ずしも医師会に入っていないんですが、会員であれ非会員であれ、それにかかわらず、どんどん医師会が取り込んでいっていただいて、地域の24時間体制というのをぜひぜひ構築していただければと思います。

それから、あと、それに関連して、この会議が始まる前に少し安保議長とお話ししていたんですけども、今、在宅療養において積極的役割を担う医療機関というのを登録の募集しているところでございますけれども、これにつきましては、書面にある内容をあんまり堅苦しく考えずに、むしろ機能の問題ももちろんございますけれども、いかに地域で多職種や行政ときちんと連携して顔の見える関係を構築できている医療機関なのかということを地域ごとの在宅医療介護連携推進協議会、ああいったところでもんでいただいて推薦いただければと思います。

それから、あとケアマネジャーさんのオーバーワークの話も出ました。実際これもたくさんそういう事例がありまして、例えば独居高齢者の方が猫の多頭飼いをしていて孤独死をして、さあ、十何匹の猫ちゃんをどうするのということで、これも全部ケアマネジャーさんが後片づけをしたりというようなことも間々あります。

一方で、地域には動物愛護推進員という人たちが10名前後必ずいるわけですよ。

ですから、やはりいかにその地域資源をうまく使っていくかということがすごく大事なかなと思っています、特に地域福祉コーディネーター、おそらく皆さんの地域でもあると思うんですけども、彼らが持っている社会的処方といいますかね、そういったものを活用することとか、あとはやはり地域包括をいかに巻き込むかということも重要だと思っています。

いずれにしても蛸谷さんのような方も全て世話役、世話焼きで完結するんでしょうけども、ケアマネジャーさんのこの役割については、今後やはり見直しが必要なのかなという感じはしております。

それから、あともう一つ、情報共有ツールにつきましてはですけども、ICT化を推進しようという方向性はあるわけですけども、一方で、今日も出ましたようにMCSであったり、対面であったり、Web会議であったり、電話であったり、FAXであったりということに適宜使い分けるという現状は、そういうことなんだろうと思います。

顔が見える関係づくりというのも大切なんですけども、これも必ずしも顔が見えればよいという話じゃなくて、やはりサービス担当者会議なんかを通じて個々の事例につい

て皆さんで議論し合える関係という、そういうものを構築していただきたいと、ぜひ思います。

そのためにはやはりコロナで得たWeb会議を活用して、さっき安保座長が言っておられました時間帯の問題がございますけども、今までは簡単に皆さん集まってということがございましたが、感染症の問題もありますので、ぜひぜひWebを使って、これに主治医も積極的に歯科医の先生方も参加していただくということが重要なのかなというふうに思いました。

以上、私からの反省でございます。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、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。

どうもありがとうございました。