

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
(北多摩南部)

日 時：令和7年1月24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、北多摩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、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、その都度ご指摘いただければと思います。また、Webでの会議等となりますので、可能でしたらビデオをオンにして会議のほうにご参加いただきますようお願いいたします。

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、本日の会議でございますが、会議録及び会議に係る資料につきましては、資料3を除き公開となっております。資料3につきましては、参加者のみの配布となっております。傍聴者の方々には配布しておりませんので、ご了承いただきますようお願いいたします。

また、Web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。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、発言しないときには、ハウリング防止のため、マイクをミュートにしてい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、西田理事、よろしいでしょうか。

○西田理事 皆様、こんばんは。遅い時間でのご参加ありがとうございます。

本来であれば、当会副会長の平川博之よりご挨拶があるところなんですけれども、ちょっと遅刻をして参加されますので、代わりに私から少し開会の挨拶をさせていただきますと思います。

本地域は、様々な構想調整事業もそうですけれども、特に今回、新型コロナウイルス感染症に対して、非常に早く、多摩府中保健所が中心となってですけれども、かなり早期から新型コロナウイルス感染症対策委員会を立ち上げて、様々な取組を行ってきました。そして、味の素スタジアムの酸素・医療提供ステーション立ち上げについては、6市の市長と市の医師会長、それぞれの連名で実現したという経緯もございます。

それから、在宅医療推進強化事業につきましては、今のところ、まだ6市のうちの4市が参加というところがございます。ここにつきましても、皆さん、ぜひぜひ参加いただいて、またそういった意味での連携も一医療圏レベルで行えればいいなと思っています。

地域医療構想調整会議も、親会議ですね、そのほうも以前はこの直近の報告ですとか病床の調整ですとか、そういったところの議論が中心でしたが、これからは、多職種連

携ですとか、外来あるいは在宅医療といったものをどんどん取り入れていく方向になっております。東京都の場合は、かなり早い時期からこの親会議の下に部会として在宅療養ワーキングを設けて議論をしているということでございますが、これからは、より密接に親会議のほうと連携して、議論をしていく必要があるかなと思っております。

本日は短い時間ではございますけれども、皆さん、活発なご討論をよろしくお願いいたします。

以上です。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

続きまして、東京都保健医療局より岩井部長、よろしくお願いします。

○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。

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。本日はご多用のところをご参加をいただきまして、重ねてお礼申し上げます。

在宅療養ワーキンググループ、本年度で8回目となりまして、これまで在宅療養に関する地域の現状、課題や今後の取組等についてご議論をいただき、関係者の連携強化や地域における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。

国では、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想について検討が進められ、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、今回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、意見交換がより有意義なものとなりますよう、今回は、各区市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させていただいております。

本日は、それぞれのお立場から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、齋藤医院院長、齋藤寛和先生にお願いをしております。

齋藤座長、一言お願いいたします。

○齋藤座長 齋藤です。改めまして、こんばんは。今日は遅い時間にお集まりいただき、本当にありがとうございます。

私も随分長いことこの座長をやっているんですが、なかなか慣れなくてというばかりに、いつもご迷惑をかけておりますが、副座長の小川先生の助けも借りながら、何とか運営していきたいと思っております。どうぞ積極的にご意見をおっしゃってください。手挙げがない場合は、こちらからどんどん指名させていただきますので、よろしくお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 齋藤座長、ありがとうございました。

それでは、以降の進行は齋藤座長にお願いいたします。よろしくお願いします。

○齋藤座長 それでは、会議の次第に従いまして、議事を進めていきたいと思っております。

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。どうぞ活発な意見交換を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の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。

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。

先ほど齋藤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、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。

ワーキング当日に市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いては、各市に依頼をしております。各市の皆様におかれましては、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、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、市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から5分程度とし、口頭で報告をお願いいたします。

その後、(3)にありますとおり、各市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いて、座長の齋藤先生の進行により意見交換を行っていただき、最後に、座長の齋藤先生と東京都医師会の理事の先生方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まして、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を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、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となります。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。

○齋藤座長 ありがとうございます。

ただいまの東京都の方からの説明について、ご質問がありましたら、どうぞお願いします。

特にないようですので、それでは次に進みたいと思います。

市区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3から5分程度でお願いしたいと思います。

まずは、武蔵野市の発表者の方、お願いいたします。金丸さんでしょうか。

○金丸委員代理 こんにちは。武蔵野市地域支援課在宅医療介護連携担当の係長をしております金丸と申します。本日、ちょっと急遽、課長の福山が欠席となり、大変申し訳ありません。私のほうからご報告をさせていただきます。

武蔵野市では、在宅医療・介護連携推進のための協議会とそれに連なる部会が五つありまして、その部会のほうで今回の議題について話し合ってきた内容をまとめております。

まず、いかに効率的にというようなところについては、特に多職種というところで、今、MCS、メディカルケアステーションを使っておりますので、それを活用していくのがいいだろうというようなところで、多職種のほうでは話が進んでいております。

ただ、訪問診療の先生が主にMCSを活用していただいているところではあるんですが、けれども、やっぱりちょっと日々MCSを追いかけるだけで終わってしまうというような課題もありまして、使い方のルールであるとか、どういったところにあるのかというところは、もう一度見直しをして、ルールとやり方を徹底していく必要があるのではないかというような話をしているところでございます。

やはりMCS、メディカルケアステーション、こういうデジタルツールを使うことによって、口頭だけではなくて、今、画像だとか動画とか、そういったものも使うことができますので、患者さんの情報について正確にかつ迅速に正しく情報が共有されるということでは一番よいのではないかなというふうな話をしております。

ただ、どうしても介護のほうでは、まだまだファクスだとか電話というようなこともありますので、ツールをまず統一していくことが大事かなというふうに思っています。ある事業所はファクス、ある事業所はMCSというふうにばらばらになると、そこでまた情報も分断されてしまいますので、まずツールの統一化というようなところが課題に挙がってきているところです。特に入退院時だとか看取りの機関においては、医療と介護両方の情報が正しく正確に伝わるということがとても重要になっているかと思うので、そういったところで、活用のために、きちんとまた正しく活用できるように見直しをしていくというようなところで話し合いをしているところです。

以上です。

○齋藤座長 ありがとうございます。簡潔にまとめていただきました。

それでは続きまして、三鷹市の方、鈴木さんでしょうか、政徳さん。

○鈴木（政）委員 三鷹市の高齢者支援課の鈴木と申します。よろしいでしょうか。

○齋藤座長 はい、お願いします。

○鈴木（政）委員 三鷹市のほうでも、先ほどの武蔵野市さんと同じように、1番目の効

率的な多職種連携については、やはりデジタルコミュニケーションを使ったツールが有効だろうということで、三鷹市では同じようにMCSというツールを使っているのと、あとは市独自になるんですが、電子掲示板のようなもの、こちらは個人個人というわけではなくて、事業者さんにIDを付与して、事業者さんが情報を発信するというようなツールになるんですが、主にその二つのツールを用いて、今、デジタルコミュニケーションということで、情報共有をしているところです。

2番目の課題なんですが、やはりこのツールをなかなか使いこなせていないということで、使ってくださるお医者さんだったり事業者さんは使っているんですが、例えば介護事業所、一人ケアマネさんで高齢の方ですとかは、そもそもやはりデジタルに精通していないということで、まずこういったデジタルツールをどうやって普及させていくかというところが、やはり課題になっているなというふうに認識をしているところです。

以上になります。

○齋藤座長 分かりました。ありがとうございました。

それでは続きまして、府中市の方、こちらも鈴木さん、鈴木幸之助さんでしょうか、お願いします。できれば顔を出していただいて、お願いします。

○鈴木（幸）委員 大丈夫でしょうか。では、府中市のご報告をさせていただきます。

2点にまとめております。1点目につきましては、今回のテーマである効率的な多職種連携と多職種連携の際の連絡方法・手段の両方に関するもので、情報連携ツールの普及についてでございます。当市ではメディカルケアステーション、いわゆるMCSを利用していく考えとしておりますが、実際に利用しているのは、介護事業所で約36%、医療機関で約17%にとどまっている状況でございます。

普及が進まない要因といたしましては、MCS自体を知らないですとか、MCSは自身には関係ないと考えている事業所等があることが挙げられております。MCSを普及するために、現状は医療と介護の連携に関わるエチケットブックの中で、利用に当たってのルールを定めることや利用している事業所等の一覧を掲載することを検討しておりますが、そのほかに、各事業所等で中心となる人物を決めて、その人を対象に説明や啓発をしていくこと。利用していない事業所等に対して個別にアプローチをしていくことも効果的ではないか、他市の利用状況や普及の仕方を知ることも必要ではないかななどの意見がありました。

また、MCSに関しましては、提供する事業者の規定により、複数人が一つのアカウントを共有してはならず、職員個々のアカウント登録が必要になることから、ICT環境や情報セキュリティの方針等により利用ができない事業所等があることも普及に当たっての障壁となっている現状がございます。

2点目ですけれども、効率的な多職種連携に関するもので、お互いに尊重しながら協力する、顔の見える関係づくりについてですが、現在、各種会議や多職種研修会、個別の高齢者への支援を通して、医療と介護の連携の必要性について共有するとともに、関係機関の顔の見える関係づくりを進めているところでございますが、一部では連携することの意義が分からないという声も聞かれます。また、個別の支援の際に、関係機関同士の報告・連絡・相談が十分でなかったことでトラブルになる事例も見られます。

意見交換の中では、各職種の立場や責任を理解することが大切であるという意見が出ましたが、役割や責任の範囲を相互に理解することで、適切な報連相のほか、お互いの立場の尊重にもつながり、円滑かつ効率的な連携が可能になるものと考えておりますので、先ほど説明したエチケットブックの中で各機関の役割等を明記することも検討していく予定でございます。

府中市からは以上でございます。

○齋藤座長 ありがとうございます。

では続きまして、調布市の方、米倉さんでしょうか、お願いします。

○米倉委員 皆さん、こんばんは。調布市の米倉でございます。

調布市では、在宅医療・介護連携推進協議会という協議体で、医療・介護関係者の顔の見える関係づくりと、あとはMCSを活用した多職種連携に取り組んでいます。

ワーキングのテーマについては、昨年の11月25日に開催した協議会で話し合いを行いました。特に一つ目と二つ目の設問に分けて議論したわけではありませんので、両方合わせた意見をお伝えします。

まず、アンケートの回答に記載があるとおりのMCSのような情報連携ツールに加えて、医療の方針をしっかりと理解してもらうこと。あとは、入退院、緊急入院時にどこに搬送されたかなどについて、リアルタイムで知ることができるデータポータルサイトがあればいいのではないかとといった意見がありました。

ただ、一方で、医療は市町村や医療圏域をまたいで広域での利用が可能であることから、連携ツールやルールが異なるとうまく連携できなくなってしまう。そのために統一したシステムやルールの構築が必要であると考えています。

あと、ある程度規模が大きな法人であれば、ICT化など様々な取組に対応できるんですが、小規模な事業所であったり、高齢の方が営む事業所はそれができないので、そういったところを財政面や技術面でどのように支えていくのかというのが課題として挙げられました。

また、それに加えて、災害発生時などの事態を想定すると、今進めている多職種連携だけではなくて、日常的な同職種連携が必要であるとの意見も出ました。現状では医療・介護双方が努力をして、関係性の構築であったり、情報連携ツールの普及に努めているんですが、高齢化に伴う医療・介護従事者の減少、これは特に介護のほうが強いですけれども、その減少が非常に強い危機感を持っているという意見が挙げられました。

本ワーキングの趣旨とはちょっと外れてしまうかもしれないんですが、連携による効率化には限界があるので、当たり前のことですが、医療・介護どちらかが欠けてしまえば在宅医療は成り立ちません。なので、医療・介護からほかの職種に人材が流出するのを防ぐことだったり、新たに従事する人材を確保するための方策、少なくとも収入面で不利を解消するような方策を早期に実現しなければならない段階なのではないかという意見もありました。

以上です。

○齋藤座長 ありがとうございます。

では続きまして、小金井市、磯端さん、お願いします。

○磯端委員 皆さん、こんばんは。小金井市高齢福祉担当課長の磯端でございます。

私のほうから、多職種連携の取組とその連絡方法・手段につきまして、包括的に報告をさせていただきます。

小金井市では、主に三師会及び介護事業者で構成する在宅医療・介護連携推進会議の中で、地域の課題分析のための指標という資料を作成いたしまして、医療機関、60歳以上人口10万人対医療機関、実施件数、訪問看護等の医療データと訪問系介護サービスの実績、見込み及び事務所の職員数等の介護系データについて、報告年におけるトピックス的なデータとともに報告し、人材状況等について共有をしております。

こちらの在宅医療・介護連携推進会議には、四つの部会としまして、日常療養・多職種連携研修部会、入退院支援部会、急変時対応・看取り支援部会、あとICT推進連携

部会の四つの部会を設置いたしまして、各部会にも会議と同じく三師会と介護事業者連絡会から委員を選出していただいております。

多職種連携につきましては、日常療養・多職種連携の部会で研修の実施を行いまして、顔の見える関係性の構築を図るとともに、ICTの連絡の部会におきましては、主にMCSの活用を推進しております。

連絡方法・手段についての課題に関しましては、患者さんの状態、日常療養段階、入退院時、終末期などにより異なるところもございますが、おおむね全ての状態、職種において有効と思われるMCSに関しましては、登録者数が増すこと、活用してもらうことにより実効性が高まりますことから、市内の医療・介護従事者に対しまして、引き続き周知が必要であると考えております。

また、小金市医師会では、さらなる地域医療体制の充実のため、都の在宅医療推進強化事業を確立をしまして、24時間診療体制推進とそれに伴う医療DXの推進を図る予定でございます。今年度につきましては、関係者による小金井市24時間在宅診療体制検討会議を立ち上げております。また、介護従事者間では、市の介護事業者連絡会が非常に機能しておりまして、連絡が取りやすいと感じている事業者が多いという特徴でございます。

小金井市からは以上でございます。

○齋藤座長 ありがとうございます。

それでは最後になりますが、狛江市の方で、市の担当者の方は欠席なので、代わりにどなたか、吉川先生、お願いできますか。

○吉川委員 吉川でございます。

狛江市のほうでは、市の会議体としましては、従前より医療と介護の連携推進小委員会というものがございまして、主なメンバーとしましては、医師会の代表、それから歯科医師会、薬剤師会、あとは介護支援専門員の連絡会、地域包括のメンバーが参加してやっております。

この会議体で、かつて地域包括ケアの8項目の推進というのが当初のミッションであったわけですが、近年では、多職種連携の研修会をこれも定期的に開催するという事で、毎年テーマを少しずつ変えながらやってきていまして、ちなみに今年度開催予定のテーマについては、災害と多職種連携というテーマで、実際、ツールとか人材、これは医療介護だけではなくて、例えば民生、行政も含めて、もっと幅広く人を頼りながら、いかに安否確認であったり、そもそも避難所に行けない方をどう守り支えるのかとか、そういったディスカッションを深める機会にしようというふうに、今、計画しています。

そういった会議体が既にある中で、いわゆる顔の見える関係自体は、狛江市につきましては、非常に狭いエリアですので、かねてからもう構築はされているんですけども、いざ個別ケースの連携において情報共有の仕組みとなりますと、やはり最近主体となって活用されているのはMCSがやはり多くなってきました。

普及自体はしているんですけども、課題が幾つかございまして、一つは、一番は、事業所あるいは医療機関間での利用の頻度とか、あとどのぐらいの密度で情報を交換するかというのは大分開きがあるということですね。在宅医の中でもそれは実際にあります。まして、外来中心の医療機関とか病院になりますと、ほとんど利用されていないのが実情でして、やはりそれがそのケアの移行という、外来から在宅とか、入院から在宅というときには、せっかくあるツールが活用し切れていないという課題があるかと思います。

あとは、ほかの自治体からの報告にもありますが、やはり人材自体が足りないとい

う実情はあると思っていまして、連携しようにも手が足りない。この点については、やはり個々の市レベルで解決できることでは到底ありませんで、昨今、東京の人材のコストの高騰もある中で、全国一律、ないし多少の色はついていても、今の公的保険制度だけで、人材確保して、いいケアを回すというのはなかなか困難なので、そういった点でより大きなところからのバックアップがあればと願う部分ではございます。

在宅の推進事業については、こちら狛江市でも、医師会として今年度から参加をして、24時間体制ですとかDXということの推進を少しずつですが、進めております。

具体的に、今、既存の在宅医療機関だけのマンパワーですと、1人医師診療所も半分以上あるという中ですので、24時間体制を維持するために、外部の支援なんかも得られる体制をまずは導入することですとか、あとは、DXについても、もう本当に恥ずかしい話ですが、例えば、職員が満足に昼休みも取れないような、そういう人材難の中でやっている部分もありますので、そこにデジタルの力を借りることで、少し対応の自動化ですとかそういったことをやりながら進めていきたいと。

まだ、このDXとか在宅の推進事業については、参加して1年度目ということで、なかなか事業年度が終わるまでにどこまでいけるかという心配もあるんですが、その辺についてはコメントを書かせていただいたんですけども、できれば各自治体、それが完遂できるように、事業年度の延長も含めて柔軟なご支援がいただけたらというふうに願っております。

以上になります。

○齋藤座長 ありがとうございます。

皆さん、簡潔に話をしていただいたので、時間がたっぷりありますね。

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」の意見交換に入りたいと思います。

一番最初のお題は、複数疾患を有する高齢患者などの在宅療養に当たり、医療・介護の人材不足が懸念される中で、どう効率的に多職種で連携するか。さらに、次のお題として、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ということになるんですが、今、皆さんのお話を聞いていますと、大体どこの市も似通ったシステム、連携会議、在宅医療・介護連携会議のようなものをヘッドクォーターとして、その下に自主的に動くところをつくって、その各部会といいますか、そういうところで連携体制を進めたり、研修をしたりしているというような形だろうと思います。

具体的なツールとしては、やはりMCSを使うということが圧倒的に多い。これは、もうどこも皆同じということで、あまり議論の余地はないのかなと思いますけども、さらに少し違いがあるとすると、MCSの普及方法あるいは利用促進についていろいろな手があるんじゃないかということで、各市のやり方が少し違ったりするのかなと思います。

そういった中で、なかなか議論するのも難しいと思いますが、何かご意見のある方はいらっしゃいますでしょうか。ぜひお手挙げをお願いしたいと思います。

それでは、三鷹の高橋先生、いかがでしょうか。

○事務局 いらっしゃらないです。

○齋藤座長 いない。

○事務局 いないです。

○齋藤座長 じゃあ、小金井の富永先生、いかがでしょう。

○富永委員 富永でございます。

そうですね、齋藤先生がおっしゃるとおり、MCSを活用した連携というのが小金井

市でも基本になっていますし、今のお話だと、ほかの市でも同じような形になっていると思っています。

そこにはもう、大体というか、それがメインで形でいいとは思っているんですが、あえて、さらなる意見をさせていただくとすると、やはりMCSが活用される以前は、より顔の見える関係というか、実際に人と人が会って、多職種が実際会ってお話をするという機会に結構恵まれていたものですので、行間というか、患者様やそういう例えば複雑な問題を抱える患者様に対しての、文面ではやり取りできないことのやはり情報のやり取りの量というか、やっぱり対面で会うとそういったより細かい部分までも話ができていたということを感じてはいますので、コロナということもあって、そういった機会が減っていったしまったのは少し残念かなという、感じるころではあります。

どうしてもMCSになってしまうと、文面でのやり取り、写真でのやり取りもあるんですけども、あくまでも補足にはなってしまうんですが、介護職の方とか、どうしてもやはり文面だとうまく表現できないとか、言い表せられないということもあるんじゃないかなと推測をしております、そういったものをもうちょっと、対面での接触というのもあってもいいんじゃないかなというふうに個人的には感じています。

- 齋藤座長 ありがとうございます。MCSの功罪というか、コロナ禍でMCSが非常に普及、普及していない面もあるんですけども、普及してきて、MCSでの連携もいいんだけど、やっぱり顔が見えなきゃ嫌だよということもありますということで、ほかの市の方も同じようなご意見があったかと思います。

何か今のご意見にさらにご意見、あるいは質問がありましたらお願いいたします。ないですか。

それでは、調布市の荻本先生、お願いできますでしょうか。何かご意見がございましたらお願いします。

- 荻本委員 ありがとうございます。

当市では、複数疾患を有する高齢者などに関しては、今日、新藤先生に参加していただいていますけど、新藤先生を中心に医師間のD to Dの24時間体制での患者紹介システムを運用してまして、例えば在宅で診ている患者さんが褥瘡ができてしまったと、皮膚科の得意な先生に診ていただきたいときは、そこに投げて、どなたか診てもらえませんかということをする、診てもいいよという人が手挙げをして、相互の複数の診療ができると。あとは巻き爪ですとか、そういったものもうまく連携ができていますので、そういった点ではいいのかな。

あとは、私は1馬力の在宅診療をやっているんですけども、だんだん患者さんの状態が悪くなって手に余るようなときというのは、そこからそのネットワークを利用して、より高度な医療の提供ができる在宅専門診療所に橋渡しをしていただくとか、そういった協力関係はできています。

また、他市と同じようにMCSは非常に汎用されてまして、コロナ禍で非常に運用数が伸びました。倍ぐらいになったと思います。ただ、今、小金井の先生がおっしゃったように、顔の見える関係の構築ということは非常に重要なことでありまして、それをMCSの負の部分の補完するという意味では、在宅医療の会があるので、そういったところの講演会ですとか懇親会とかを使って、ここが顔の見える関係をつくるように努力をしているというのが当市の現状です。

以上です。

- 齋藤座長 ありがとうございます。皮膚科の先生などを巻き込むというのは、複数の疾患を持つ高齢者にとっては非常に大事なことじゃないかと思うんですが、そんな中で

そういうことに言及されている方、武蔵野市の医師会代表はいらっしゃる。

天野先生、お願いできますか。多職種連携と同職種連携ということで、内科、皮膚科、婦人科、精神科などの複数の診療科の構築も必要じゃないかというご意見が書いてあるので、よろしくお願いいたします。

○天野委員 ありがとうございます。こんばんは、武蔵野市医師会の副会長の天野です。

私も基本は病院なんですけど、本当は在宅専門というほどではないんですけど、自分のところでもう長く診ている患者さんが来られなくなった人について、訪問診療をやっているんですけども、MCSなんかもそうなんですけど、MCSは医者があって、そのケアマネさんがいて、訪問看護師さんがいてというようなものがあるって、大体が一つの単位が、医者が一人なんですよね。医者が一人の構成単位で、そこにいろんな職種の人たちがぶら下がって、一つの患者さんのページができていくという形。自分はそういう形でやっているんですけど、そこにちょっとほかの先生に加わってもらいたいところについては、今、すごく課題を感じていて、確かに今、先生方がおっしゃられていたほかの科です。例えばちょっと診ている方で、本当に寝たきりの方で、すごく臭うおりのものが出ていますというような方がいて、それはちょっと内科医の私たちでも全然診られないんですけど、じゃあ、そういう人ってやっぱり病院に行くこともできないんで、そういう人をそこに診てくれる先生がいないのかなというのは、悩みつつ何もできていないような現状があるって、たしかD to Dというお話があったんですけど、武蔵野市でもそういう取組をしていかなければいけない、大変勉強になりました。

実際、武蔵野市の場合は、その地域の、市の構成の関係で、武蔵野赤十字病院さんが市の中としてはちょっと端のほうにあるんですけど、医療としては一応真ん中に鎮座していて、そこに私たち、私のところは療養型の病院なんですけども、だったりだとか、開業の先生、訪問の先生たちがぶら下がっているというか、その周りにいるというような状況で、できればやっぱりいろんなマイナー科の先生がたくさんそろっている武蔵野赤十字病院さんとうまく連携を取っていきたいと思って、日赤の連携の先生なんかにも相談したことがあるんですけど、なかなかちょっと日赤の体制だとMCSに参加するのが難しいという課題があるみたいなんです。

多分メールアドレスか何か、ちょっとセキュリティの関係かどうかは分からないんですけど、それについてはちょっと今後話をして、できればちょっと参加していただけるような体制をつくっていきたいというふうに思っていますが、現実として、今としては、結局その訪問の主治医がもういろんな科のことを見よう見まねでやっていて、もう本当にどうしようもなくなったら、寝台車に乗せて、専門の医療機関に行って診てもらいたいような体制を、こんな状態です。

○齋藤座長 ありがとうございます。そうですね、日赤さんには私も随分MCSを使ってくれという、循環器の先生ですけれども、MCSを通じてのやり取りをしましょうということを10年近く前、七、八年前からかな、お話ししているんですが、一向に動いてくれないんですね。天野先生、協力して日赤に圧力をかけましょう。

○天野委員 何かちょっと考えますとは言っているんですけどね、はい。よろしくお願いいたします。

○齋藤座長 大きい病院も結構MCSは日大とか日本医大とかが利用し出していますので、連続してお誘いするのがやはり大事なかなと思います。あとは、情報の交換という意味では、東京医療総合ネットワークでしたっけ、それを東京都医師会で始めていますので、そういうのを利用していただくのもよろしいかなと思います。

あとは、具体的に他科の先生を入れてやっていらっしゃるという、先ほど荻本先生で

したっけ、お話があったのは。どのようにやられているんでしょう。例えば専門医のグループのMCSをつくってそこに投げるとか、そんな形でしょうか。それとも、お一人お一人、出てきて、入れてやっていくとか。あるいはMCSは最近、今度、チーム機能でしたっけ、というのができて、そういうのを利用するのもいいかなと思っているんですが、いかがでしょうか。

○荻本委員 私が話してもいいんですけども、今日はそのシステムをつくった新藤先生が入っていらっしゃるので、新藤先生、詳しく簡潔に説明して……、齋藤座長、それでもよろしいでしょうか。

○齋藤座長 はい、お願いいたします。新藤先生、お願いします。

○新藤委員 こんにちは。調布市の新藤と申します。

調布市では、もともとちょうふ在宅ネットというMCSを使ったネットワークができていまして、西田会長を含めてつくっていただいたというような状態で、それが介護者がほとんどだったんですけども、今回、東京都の在宅医療強化事業ですか、そちらのDXと24時間体制強化ということで考えているE-Z NETというのを考案しました。イージーというのはEZ、いい在宅をということで、先ほどいろんな先生がおっしゃっていた専門医とのコンサルティングとか、あとは24時間体制オンコールの依頼とか、そういったものを気やすく、イージーにお願いできるような仕組みです。それはMCSのちょうふ在宅ネットがあつて、そこで介護者にもつながるといようなシステムとなっています。

今回のE-Z NET、強化事業を利用させていただいて、そこに24時間体制を担保できるような在宅専門のクリニックだったりとか、あと、往診だけをやっているファストドクターみたいなものも3本立てにして、24時間体制を構築して、誰でも依頼できると。依頼すると、そちらのほうにも補助金が出たりとか、受けたほうにも補助金が出るというような仕組みにしました。

今までは、課題であったMCSにドクターが参加する率が少なかった。あと、いわゆる専門診療科の先生が参加する人数が少なかったということが大分改善されて、今、81名の単位でE-Z NETが運営されていて、ちょうふ在宅ネットを500名単位のメディカルの方、多職種の方とつながることができている。そこまで引っ張れるような状態になっています。

東京都のほうでは、3年間で市町村にということなんですけども、なるべくそういったものが継続できればなと思っています。

それで、あと一つ課題は、やっぱり病院との連携だと思っています。病院の連携室とかそういったところでそういう仕組みとつながればいいかなと。大きな病院もそうなんですけど、やっぱり二次病院になるべくつながると比較的希望がいしやすいのかなという気はいたします。

以上です。すみません。

○齋藤座長 ありがとうございます、具体的に。81人のドクターが参加している、E-Z NETに。ありがとうございます。

それでは、今、新藤先生のお話は病院との連携が大事ということで、病院の先生のご意見も伺ってみたいかと思えます。

櫻井先生、お願いできますか。

○櫻井委員 府中市の櫻井です。ありがとうございます。聞こえますか。

○齋藤座長 はい、聞こえます。

○櫻井委員 大丈夫ですか。恐らく病院は、府中の医師会の先生方は割と連携しやすいな

っていると思うんですね。ただ、大きいところの病院、例えば多摩総ですとかそういうところは、やっぱり官公庁的なところのそういうところというのは、基本的にMCSは駄目なんです。これ、幾ら言っても恐らく無理で、そういう中で、それ以外のところは大体連携はできていると思うんですが、受入体制としては、やっぱりそれぞれの病院の事情というのがありまして、受けられる、受けられないというのは結構あるようには聞いています。

ただ、僕が一番懸念するのは、調布市さんは羨ましいなと思って、大したものだな。81施設というのはなかなかなくて、府中は、先ほど市のほうから話があったように、MCS普及率は16%ぐらい。もうほとんどあまりみんな興味ないというようなスタンスなので、そこの仲間をつくっていくというところのやり方を教えていただきたいということと、それから多職種の連携というのは、ともすると、この前も町田のほうとちょっと話したんですが、かかりつけ医を飛び越して、認知症があるからということで、ケアマネさんが直接そっちに行きなさいよという、医療を介在しないところでの動きをこうやっちゃうと。

例えば開業医の先生たちだけだったら、医師会でこういうふうにお話ししていくことができるんですが、介護系統のところというのは、その指揮系統がないです。役所にもお願いしてもそれはなかなかできませんというスタンスであると、そうすると、飛び越えてそういうようなものが出てきちゃったときに、みんな、ある意味で嫌気が差してくるというか、協力してもそういうのとは協力できないというような話になっていく。

そこに同じ土俵でこういうふうやっていく上においては、さっき府中市はエチケットブック云々という話がありましたけれども、まずそここのところの各それぞれの分野のところ、介護なら介護ですとか、老健は老健だし、それから包括支援センターはそういうところでしょうし、社協もそうでしょうし、そういうところでのお互いにちゃんとそういうようなルールをしっかりとやってからのそういう連携でないと、なかなかこれはうまくいこうとしてもうまくならないだろう。その辺も含めて、調布市さんのそのルールというのをまた教えていただいて、西田先生はちゃんとこういうふうやられて、さすがだなと思っておりますけれども、本当にそういう意味では勉強させていただいて、府中市もそれに倣いたいというふうには思っております。

病院のことじゃなくて申し訳ないですが、病院のほうは、割と医師間同士だけでこういうふう話ができますので、包括やケアマネさんから直接病院というのは、いや、情報提供書を頂かないといけないので、かかりつけ医の人に頂いて来てくださいねというふうなもの、連携室のほうでちゃんとそういうふうな話にはなっていますので、そこは恐らく問題なくいっているのではないかなというふうに思います。

以上です。

○齋藤座長 ありがとうございます。ケアマネさんがかかりつけ医を飛び越してしまうというのは、時々経験することですが、困ったものですね。ただ、連携室のほうでさばいてくださるということで、ちょっと安心しました。

じゃあ、病院の方をもう一人、小川先生、先ほど副座長と申し上げちゃったんだけど、うちの在宅ワーキングには副座長はないんだそうですけども、副座長の、いや、本当の座長みたいな感じの小川先生、よろしくお願いします。

○小川委員 先生、ありがとうございます。

病院のほうと医師の立場としては、もうおっしゃるとおりで、まず、当院の診療部の先生たち、特に内科系とあとは訪問診療で外科系の先生に、最初はMCSに入ってくださいというのは、やっぱり相当警戒感を持たれました。ただ、やっぱりうちも基本、う

ちの病院の先生たちは在宅を多少やっているんですね。やっているといふと情報共有が本当に便利ということが分かるので、1回使い始めるとやめられなくなる。これ、調布市もなかなかドクターに普及しなかった、新藤先生たちがいいねと言ってくださるようになると、ぱっと広がって、ああ、やっぱり先生たちがいいねと言ってくれると広がるんだなと。そこまではもうしつこくしつこく一人捕まえて使っていただくことをしていくしかないんだろうなと。

ただ、やっぱりうちみたいな小さい病院だとまだある程度方針がグリップできるんですけど、やっぱり大きい病院になると、それを病院に求めることは、何か労を多くして得るものがないのかなというふうに思うのと、今、正直、病院は本当に厳しくて、もう入院患者さんを診るので精いっぱい。

確かに入退院支援で、ちゃんと情報を患者さんがどういう生活者で、入院して、どういうふうにお帰しするのかというのを当院ももうずっと長年やっているんですけど、いまだに気持ちはあってもちゃんとできていないと。こんな状態で帰ってきてというのは、同じ訪問診療、法人の中でも、え、まだこんなことをやっているのみたいな感じにはなあって、なかなかハードルが高いなと思っていますが、ただ、病院のほうも診療報酬のほうで連携に相当やっぱり関わらないと単価が上がらなくなってきているとか、いろいろ政策誘導で少しずつは変わってはきていて、大きな組織であればあるほど、だからこそDXなんだとは思いますが、ちょっとまだそこに意識はいけないのかなと。もうすみません、身も蓋もないようなことを言ってしまうて申し訳ない、本当に難しいなと、自分の病院でやってもこれだけ難しいので、大きい病院はなかなかと思っています。

ただ、一方で、私も実は病院の医師ですけど、在宅医療をやっているとして、例えば大きい病院さんからがんの患者さんとかをお引受けした後、この間も脳外科の脳腫瘍の患者さん、方針をどうしようかなというときに、ちょっともう個別で連絡を取って、すみませんけど、MC Sに入ってください、何も言わなくていいのでと。ただ、薬の量を増やすかどうかだけ教えてほしいことがあるのでと言って、入っていただいて、その先生はずっと見守ってくださって、1回だけステロイドの増量の相談をしたときにお答えいただいたんですけど、患者さんのご家族ともつながって、MC Sで外来へ行かなくていいですかとか、そんなこともやっていて、先生にとってもメリットがあるというのは、もうこうやって一人一人狙い撃ちで、MC Sは便利だなと思う先生を増やしていくのが、今のところはもうあれかなと、ちょっとすみません、自分の経験でしか言えなくて申し訳ないんですけど、今は草の根運動の時期みたいになんかちょっと思っている。すみません、病院の立場としてはそんな感じでした。

新藤先生、どうですかね。やっぱり調布市で広がったのは、やっぱり先生たちがいいねと思ってくださってからぱっと広がったかなと思っています、それは医師会も病院も同じかなとちょっと思ったりしました。

以上です。

○齋藤座長 ありがとうございます。大変実地的な普及方法を教えていただきました。一人一人狙い撃ちしていくということですね。大変手間はかかるけど確実な方法かと思っています。

新藤先生、何か今のお話に追加はありますか。

○新藤委員 やっぱり強化事業は引き金になって、先生たちがその仕組みが入ってくれて、それで声かけて、小川先生がおっしゃったように、入って入ってと言って、医師会の事務局に聞いてと言って、ちょっとずつ、面白そうみたいな感じで加入してくれた感じで増えていっているの、そういう作戦がいいのかなという。徐々に広がって、あと広報

もしたりとかしながら、それで増えています。

あと、先ほど81名ドクターと言っていますが、実質1名、訪看のメインのところとか、行政のメインのところとか、そういった方も入っているので、50人から81名というような感じで考えていただければと思います。すみません。

○齋藤座長 ありがとうございます。

ここまで在宅医の方、あと行政の方、病院の方にお話を聞いてきましたが、多職種連携ということであると、やはりほかの職業の職の方々にも聞いたほうがいいかと思うので、まず皮切りに歯科医師会から、金森先生、お願いできますか。いらっしゃらない。

○事務局 いらっしゃいますが、ミュートが解除されていないようです。

○齋藤座長 聞こえないんですが。

○金森委員 府中市歯科医師会の金森でございます。聞こえますか。

○齋藤座長 はい、聞こえます。ありがとうございます。

○金森委員 ありがとうございます。

歯科医師会は、参加が望ましいというレベルのところにまだございますので、多くは語れませんけれども、先ほども府中市の医師会の櫻井先生からもあったように、MCSにしても、府中市はどうもまだ普及が16%というところで、まだ課題がある状態かと思っています。

歯科医師会としましては、ふだんは、終末期の特に口腔ケアだったり歯周病の重症化の予防というところでふだんは診療しておりますけれども、当たり前でございますが、ニーズがあれば在宅医療、多職種連携、我々としては、訪問歯科診療ですね、これがどういう形で協力できるかどうかというのを今のところは模索して、ぜひ・・・体制に持っていければというふうに考えております。よろしくお願いいたします。

以上です。

○齋藤座長 ありがとうございます。

小金井市だけじゃないと思うんですが、日本歯科大の多摩クリニック、口腔リハビリテーションの多摩クリニックは積極的に連携に参加してくださっていて、非常に助かっています。ぜひ、ほかの歯科医師会の先生方も積極的に参加していただいて、患者さんのために一緒にやっていきたいと思いますので、よろしくお願いします。

○金森委員 よろしく申し上げます。

○齋藤座長 では続きまして、薬剤師会の方は見えていないか。

じゃあ、訪問看護ステーションの代表としていらっしゃっている、田中さん、お願いできますか。

○田中委員 こんばんは、田中と申します。いつもお世話になっております。

訪問看護ステーションとしては、本当にMCSで患者グループをつくっていただける先生の訪問看護を積極的に受けたいと思うぐらい、やはりMCSは活用をしております。ヘルパーさんとかも入っていただいて、そのときの状況の把握としてはMCSがとてもいいと思います。ただ、緊急時に関しては、先生に直接お電話で報告というような形で、少し使い分けながら行っております。

あと、MCSをあまり使われていない、普通にかかりつけの方にだけ往診に行くという先生に関しても、私たちがあまりにもしつこくお電話で報告をするので、MCSに入っていただいて、また、武蔵野市は、ICTのこのMCSに関していろいろな協力をしてくださる場所が武蔵野市医師会の中にありまして、その方に、先生にMCSの使い方とかグループのつくり方とかを教えていただいて、また1件増やすみたいな取組を行っ

ております。

以上です。

○齋藤座長 ありがとうございます。ずっとしつこくしつこく電話で報告すると、MCSに参加していただく可能性が出てくると、これはまさに。

○田中委員 先生たちもご迷惑だと思うので、MCSで端的に伝えられるようにしていきたいなと思っております。そんな取組もしております。

○齋藤座長 大変いいサジェスションをいただきました。

我々もそう言われてみると確かに、MCSはこちらの時間のあるときに見ることができるので、緊急時は確かにちょっと困りますけどね。なるべくしょっちゅう見るようにしていますけど。

○田中委員 すみません、ありがとうございます。

○齋藤座長 ありがとうございます。

では続きまして、介護支援専門員研究協議会の代表の池野上さん、いかがでしょうか。

○池野上委員 ありがとうございます。私の声、聞こえますでしょうか。大丈夫でしょうか。

○齋藤座長 はい。

○池野上委員 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で副理事長をしております池野上と申します。よろしくお願いいたします。

今、お話を聞いた中で、先ほど、櫻井先生のお言葉、これは本当に私たちケアマネジャーとしてそのモラル、エチケットというところで欠けている部分だというのは、当会のほうとしても、理事長を含めて理解をしておりますので、何かしらこういう形でできるものはないのかというのを今検討している最中ですので、このモラル、エチケットができない中での多職種連携は僕はあり得ないと思いますので、そこはしっかりと会として、今後、どのようにできるものなのかというのは考えていきたいと思います。

連携を取る際のこともなんですけども、私、実は調布市と、あと小金井市に事業所を持っておりますので、先ほど新藤先生とか小川先生、あと荻本先生のお話を聞いて、調布市はすごくMCSが本当に一気に広がったというのは、やっぱり医師会さんたちの動きのおかげなのかなというのはすごく思っています。また、小金井市のほうも、齋藤先生とお会いしたことないんですけども、うちのメンバーからお話を聞くと、MCSをすごく使われているという話を聞いていたので、小金井市さんもやっぱりそういう活動をしつつありされているのかなというのは、私の中で思っていますが、先ほどやっぱりMCSを活用しているパーセントを考えると、まだ少ないという地域もあるので、そこをどうやって増やしていくのか。もうツールとしては多分MCSなのかなと僕は思っているので、それをどうやって北多摩南部に広げていくのかが重要なかなと思っております。

また、ケアマネジャーさんの、ケアマネのほうの高齢化という話もあったんですが、実は今、ケアマネの更新研修、あと主任ケアマネジャーの更新研修も基本的にZoomというか、ICTを使わないとできない形になっているので、多少なりとも高齢のケアマネさんたちも活用することができるようになってきていると思うので、少しまた違った形でこのICTを使うことができるのではないかなと思っております。

あと、私のほうは一番懸念しているのが、やっぱりかかりつけ医と看護師さんとケアマネの連携はできているんですけども、やっぱりヘルパー職とか、あとデイサービスの相談員、あと施設のショートステイを利用しているその担当の相談員との連携というのが、なかなかやっぱりケアマネジャーも難しいところがあるので、これを何とかMCSにもいろいろと取り込むことができ、一個人ではなく、何か少しそこら辺のところを

少し改良することによって広げることができると、この多職種連携がもっとやりやすくなるのかなというのが私の中の意見でございます。

以上です。

- 齋藤座長 ありがとうございます。そうですね、ケアマネさんの高齢化、どうしても高齢になった方は使ってくれないので、特に看取りのときなんかは非常に困った経験はあります。

あと、ヘルパーさんも非常に利用率は低いですね、やっぱり。何とかたくさん使ってくれるようにならないかなと思いますが、事業所間で随分温度差があって、使っているところは本当にフルに使っている感じがありますよね。そういったところのやり方をちょっとまねていただいたりするといいのかなと思います。

あとは、いや、池野上さん、ありがとうございます。私に会ったことがないと言っていたけど、トイレで1回お会いしたような気がする。患者さんでは、池野上さんところで連携している、そんなことはどうでもいいんですけど。

それでは続きまして、老健施設の代表でいらっしゃる一條先生、お願いできますでしょうか。

- 一條委員 聞こえますでしょうか。

- 齋藤座長 はい。

- 一條委員 ずっと今日話を聞いていて、老健を在宅療養の先生たちがどのような位置づけとして考えていらっしゃるかというので、恐らく老健は、自分たちのいろんな利用する施設ではないと思っていらっしゃるのが中心じゃないかなと思ったんですね。

老健というのは、確かに特養化してきて、かなり長期に入る人が多くて、在宅が無理な、いわゆる認知症の強い人とかそういうのが老健に長く入っている傾向は確かにあるんですけども、我々老健は、かなりショートステイを積極的に受け入れているんですね。そのショートステイがまさに病院との連携ができないようなケースで、在宅療養をやっている先生たちが、ちょっと脱水があるんだけど、何日か点滴をやってもらえば何とかなるんじゃないかと、そういう人は、我々も積極的にやっているんですね。そういうのが医師会の先生から来ることはほとんどないんです。我々はもう全部ケアマネから、この患者さんが今こういう状態だから、何とか先生のところで取ってくれないかといって、在宅療養、先生のほうを介してじゃなくて、そのケアマネを介して頼んでくるケースが圧倒的なんです。

我々は大体平均して10名前後ショートステイを常に受け入れているんですね。ショートステイは必ず家に帰るということを前提にしているので、そういう意味では、まさにこの在宅療養の中のいろんな在宅療養をやっている先生たちの助けになるんじゃないかと思います。

ただ、我々のところにMC Sの導入を働きかけたり、MC Sとはこういうものですよ、こう使ってくださいと、全く今まで1回も話がないんですよ。

武蔵野市の医師会からもないし、どこからもMC Sの、システムはこの会議に出まして、こういうのを東京都がつくったよというのは我々は知っているんですけども、どこからもその導入をさせる、する情報をもらえないので。だから、MC Sが我々のところに入ってくると、もっともっと恐らくこの在宅療養の先生たちが使いやすくなるんじゃないかと本当に思うんですね。

だから、もうちょっと、今日、天野先生も来られていますけれども、武蔵野市医師会の中で、老健のいわゆる施設長としてやっている人間がこの医師会の中に全く参加できていないんですよ。残念ながら、老健は全くこの医師会からもうつまはじきになってい

るという意識があるんですね。天野先生のところはご自分のところで、あんず苑を持っていらっしゃるから、そちらのほうの情報は入るかもしれませんが、それ以外の老健で、我々とかサンセールとか、いろんな武蔵野市の中でかなり積極的にやっているつもりなんですけれども、その医師会からいろんな情報が全く来ないんですね。

だから、その辺のところが、何かいつもこの会に毎年出させていただいて、我々はいつもじくじたる思いを持っているんですね。もうちょっと老健を利用するという意識になっていただければ、まさにMCSはすごく我々としても助かるし、皆さんも利用できるんじゃないかと思うんですね。

だから、そういう意味では、今日の会議は非常に参考になりました。ぜひこれからもよろしくお願いします。

○齋藤座長 ありがとうございます。すごく盲点を突いていただいたような気がいたします。

いじめるわけじゃないですけど、武蔵野市医師会、天野先生。

○天野委員 すみません。一條先生にふだん本当にいろいろお世話になっていながら、本当に恥ずかしい思いで、自分のところも老健をやっている、確かに一條先生がおっしゃるように、老健の立ち位置というのは、今、非常に難しくなって、この場で話すことじゃないんですけれども。すみません、うちのあんず苑は使っております。それはやっぱりちょっと病院が併設しているというところもあるのかもしれないので、先生ところのグリーンパークさんと、あとサンセールさんのほうにも、医師会のほうからきちんとご挨拶に行っ、ご利用の案内をしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。失礼しました。

○一條委員 よろしくをお願いします。

○齋藤座長 どうぞ、平川先生、お願いします。

○平川副会長 平川ございます。一條先生、ご苦労さまです。

老健が忘れられているということで、そもそも立ち位置が分からないということなんですけれども、今、国のほうの検討会で考えているのは、先生方も何度も見たことがある、ちょっと地域包括ケアシステムの図柄を見てほしいんですよ。真ん中に利用者がいて、右上ぐらい、右横ぐらいには特養、老健、今度は新たに介護医療院が入ったグループが書かれています。左上のほうに病院、在宅医療と書いてあって、これは明らかにもう古くなってしまっているの、今、厚労省と打合せをしているのは、この右側のいわゆる箱物サービスの中から、どうしても今、一條先生が言われたように、老健は特養化していると思われるかもしれないけれども、今言った医療、ショートも多少して、どちらかというと在宅じゃないかと。もちろん老健施設の理念と役割のところには、在宅支援ということは大きく書いてあるので、多分今度、図の上、右側の四つ並ぶ箱物サービスの介護ものから左上の在宅側に老健が入る可能性が高いかと思っておりますので、先生、もうちょっと辛抱をお願いします。

その代わり、逆に言えば老健はそれをやらなくちゃいけないという使命を持っていかないと、逆にウェルカムと言いながら、結局、特養じゃないかとなると困るので、それはまた老健側の打合せかな、これからかなりいろんな改変しなきゃなと思っていますけど、今、位置的にはちょっと右から左に上がりそうな気配がございます。

以上です。すみません。

○齋藤座長 貴重なご意見をありがとうございます。

そうですか、老健さん、我々の頭からもちょっと抜けている。反省して、これから積極的に働きかけを行わせていただきたいと思います。老健さん、それぞれやっぱり立

ち位置が全部違うんですよ。

○一條委員 おっしゃるようにはらつきが……。

○齋藤座長 はらつきがすごいですよね。むげに断られちゃうところも多いのかなと思いますけども、めげずにお誘いの言葉をかけていきたいと思います。

それでは、保険者の匂坂さんも見えているので、お願いできますでしょうか。

○匂坂委員 匂坂です。よろしくお願いいたします。

保険者の立場とすると、なかなかいつもこの会議に出させていただいて発言する内容に困るんですけれども。実は、最近、私は民間の保険者だけではなくて、武蔵野市の国民健康保険の運営協議会にも参加させていただいて、国保の立場とそれから民間の単一健保との比較などもしながら発言をするようにさせていただいているんですが、残念ながら、やはり保険者のところには国保の運営協議会に出ている、地元の健康診断だとか、あるいは特定保健指導とかというところの話までは出ても、実際に医療・介護との連携という話までつながっていないんですね。

実は、私自身が、実は介護保険立上げの当初から、三鷹市と武蔵野市で介護保険の事業者の責任者をやっておりました。そのときには、地元の連絡協議会とかにも参加をして、三鷹はこうなっているけど武蔵野はこうだよとかということを自分たちで把握をしながら、どういうふうに調整すればいいかということを考えたりはしたんですけれども、今、知り合いの介護の事業者に聞いてみると、以前と違って本当に人がいなくなって、もう自分たちが所在している地域の連絡協議会等に参加するのが精いっぱい、あっちこっちから情報を取ることもできないというような話も聞こえてきているんですね。

そういうことを考えると、やはり我々が能動的に何か情報を取りに行くといっても、保険者は特に取りに行けないので、とは言いながらも、利用者である患者さんに相当する方は、例えば市区町村の端境に住んでる方もいて、必ずしも例えば武蔵野に住んでいるから三鷹の事業者が来ないのかということそんなことはなくて、三鷹の事業者が来るようなこともあったりするので、やはり自分たちの市内の事業者間での連絡だけではなくて、隣接地域の情報も入るようなネットワークということも、すぐにはできないのは分かっているんですけれども、視野に入れていただければなというふうに思いました。

以上です。

○齋藤座長 貴重なご意見をありがとうございました。境目の方々をどういうふうにカバーしていくかというのは重要な問題で、MC Sも市を越えたつながりもたくさんできていますので、一つのブレークスルーになるかと思います。

あとは、保健所の代表の河西さん、一言お願いします。

○事務局 ちょっと音声がかんこえていないようなんですけれども。

○河西委員 すみません。河西ですけれども、聞こえますでしょうか。

○齋藤座長 はい、聞こえます。お願いします。

○事務局 河西さん、音声がかんこえて途切れるので、音声だけは聞こえますので、画像のほうを少し止めてみたらどうでしょう。声だけでも通るかもしれませんが、ちょっと挑戦してみてください。お願いします。

○河西委員 ちょっと途切れてしまうようなので、チャットをいたします。

○事務局 分かりました。じゃあ、チャットで意見をお願いします。

○齋藤座長 チャットで何かしゃべってくれるんだよね。

ちょうど何か20分になりましたけど、ほぼ全ての職種の方々にご意見を伺ったかと思います。かなり色々貴重なご意見もあったかと思いますが、私の中で今日印象に残ったのは、やはり老健の一條先生の悲痛な叫びというか、それが非常に耳に残っており

まして、反省するところであります。ぜひ老健の皆さんをこの仲間に入れて、連携の体制をつくっていただければと思います。

それから、先進的な取組をしている調布市の先生方の詳しい内容について、何かどこかで勉強させていただくような機会があれば、櫻井先生もそのように希望されているように思いましたので、ぜひお願いしたいと思いました。

それから、小川先生のご意見とか田中さんのご意見とかで、そのMCSがやはり草の根的に広めていくしかないのかなということで、大々的な講習会を小金井で何回もやっていますけども、なかなか実際に利用してくれる人は増えないので、密接に指導をして、一人一人にそのよさを分かってもらうということが一番大事なのかなと思いました。

3番ですが、私のまとめとしてはそれぐらいよろしいでしょうかね。

それでは、皆様、あと今日何か最後にこれだけは言っておきたいということがございましたらお願いしたいと思いますが、いかがでしょうか。

○小川委員 はい。

○齋藤座長 小川先生かな。

○小川委員 いいですか。

○齋藤座長 はい、どうぞ。

○小川委員 先ほど来、皆さん、MCSのルールということをおっしゃっている方々がいらっしゃったかなと思って、私たちの経験だけちょっとお伝えできればと思います。

調布市も長年、西田先生が立ち上げられて私が引き継いでから、かなりの年月、MCSが普及しない時期がありました。きっかけはやっぱりコロナで、欲しい情報を取りに行くのにみんなが入ってくれたというのが一つでした。ただ、やはりケアマネジャーさんとか、私も意外と医者もITの機械にあまり得意でなくて、セットアップだけしていただけたらまず使えるんですけど、そのセットアップが実は難しかったりとかして、実は、調布市は、調布在宅相談支援の医師会が医療・介護連携推進事業を請け負っておりまして、その相談員が何回かに分けてケアマネさんを集めて説明して、そのままセッティングまでして差し上げるということまでしました。

なので、もしそういうことが担当できる方がいたら、ただ、いいですよというだけではなく、セットアップまでして差し上げると、使って、使い始めると皆さん、本当に便利なのが分かって、人数が増えてくると、今度はMCSに入っていないと選ばれなくなって、そこで競争がまた進んで、じゃあ、MCSに入りましたと言ってくださるようになって、気がついたら数が増えてきたというところで、一足飛び段階でぐんといくまでは、ちょっと具体的な事例でこんなふうな便利な使い方があるんですよという説明会プラス、本当にかゆいところまで手を届かせるというか、もう集まってもらって全部セットアップもしますというところまでいくといいのかなと。

あとはルールですけれども、あまり細かくしてしまうと、特にケアマネさんは医者のいるグループで物が言えなくなってしまうと、最終的にルールは最低限で、まず緊急の連絡はこれを使わないようにと、もう緊急連絡は電話で。じゃないと、最初はMCSに連絡したのに答えてくれないみたいな、ちょっといろいろクレームがあったんですけど、これはそうではないということと、あとは宣伝に絶対に使わないでくださいという話を徹底して、あとは割ともう自由にやってくださいというほうが、結構皆さん好きにいろいろと話ができるようになったかなというふうに思います。

以上です。

あと、さっきのショートの話は、むしろ私たちはショートがどんどん皆さんが取ってくださって、実は病院から直接ショートに行って、在宅まで流すということもあって、

本当に感謝しているんです。感謝の気持ちが老健の皆さんに届いていないんだなということが改めて思っ。て。ということと、あとショートのほう、老健の皆さんにMCSを求めてはいけないと逆に思っていたので、お願いしていいんだったら、ちょっとやっぱりチャレンジしようかなと、今日、大変貴重な情報をありがとうございました。

以上です。

○齋藤座長 ありがとうございました。

それでは、ちょっと最後に、できたのを読んでもらいます。

○道傳地域医療担当課長 多摩府中保健所の河西課長から、チャットでご報告が入っております。

読み上げますと、ICTの推進については、ICTリーダーのような存在がいらっしゃると進みやすいように思います。また、顔の見える関係づくりについては、連絡会以外にも、災害個別支援計画の作成の機会、ACPの取組などでも推進できると思います。

そういったことが書いてございました。

○齋藤座長 分かりました。どうもありがとうございました。

2025年に向けて、地域医療構想と、それから地域医療何だっけ、分からなくなっちゃった。

○事務局 地域包括ケアシステム。

○齋藤座長 医療構想。まあいいや、医療構想を組み立ててきたわけですけども、一旦これで終わりにするんですかね。

○事務局 今、また次、新たな。

○齋藤座長 新たなこと、新たな段階に入っていくということになります。

拙い座長でここまでやってきまして、皆様の協力に深く感謝したいと思います。

次はどなたになるのか知りませんが、座長。私の座長は多分これぐらいで。

それでは、これで今日の会議のほうは終わりにしたいと思います。本当にご協力ありがとうございました。あと、道傳さんに。

○道傳地域医療担当課長 事務局です。

あと1点、すみません、チャットで追加のご連絡があって、保健所からお知らせということで、3月5日の水曜日の13時半から15時半、「ACPって何、もしものときに私らしさを貫いてもらうための大切なことは」をテーマに、杏林大学の医学部の河野先生をお呼びしてWeb研修会を開催します。チラシをお送りしますのでぜひご参加くださいということで、周知のご案内となっております。ぜひご参加いただければと思います。

では、すみません。長時間にわたりましてありがとうございました。

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。お願いします。

○西田理事 皆様、お疲れさまでした。この圏域は、MCSに関する議論が多かったかなという気がしました。最初の頃に小金井市の富永先生が言われたところなんですけども、ICT、MCS等を使って、それで用件を送ればそれでオーケーなんだろうかとということ、あれはすごく私も感じています。

やはり、例えば医療ニーズの高い療養者さんについては、やはりせっかくコロナで普及したWeb会議というものがございますので、こういったものを使って、ぜひサービス担当者会議をもっともっと普及させていただいて、顔の見える関係というのも大事なんですけども、それ以上に一人の共有する患者さんについて、多職種で議論ができるような関係を醸成していただきたいなということを私はいつも思っております。

それから、大病院の参加の難しさですね。やはりドクターあるいはナースが非常に

数が多いので、誰がそれを管理するかということがあるんだと思うんです。個人情報のことももちろんあるでしょうけども、その管理をどうやっていくかということがあると思うんですね。

そこら辺をどうこれから見直していくのか。先日の圏域では、もう一切そういうのを中間管理を飛び越して、自由参加みたいな形でやっているところもあったんですね。それについてはいろいろ問題もあるとは思いますが、ある程度MCSの基本的なルール、あれはこれから見直しが必要なのかなという気もしています。

それから、あと府中の櫻井会長がおっしゃっていた主治医をケアマネ判断で変えられてしまうと、本当はもう本当に介護保険制度が始まってずっと同じことを繰り返していて、いまだに後を絶たないわけですが、これについて、多職種連携におけるルールということのをさっきちょっとおっしゃっていたかと思うんですが、ケアマネジャーさんも入れ替わりがあるので、なかなかそこがうまく伝わらないということを感じています。

ちなみに我々、これ、私も調布市なものですから、調布市の連携型の強化型在診の中では、やはりもし在宅専門の医療機関に他のドクターの患者さんが、ケアマネを介して変更するような依頼があった場合は、必ずその専門の先生から、主治医に介そうと。介すというのは連絡をしようということを相談しています。それによって、実際にそういう事例がございました。

ですから、多職種連携のルールじゃなくて、診診連携のルール、そっちをつくったほうがむしろ早いのかなという気がすごくしています。

あとは、一條先生がおっしゃった医師会と老健の関係の話ですが、ちなみに調布市は、調布市医師会内に老健の連絡会を持っているんですね。ただ、なかなかそこも医師会の場所を使っているということと、名義上ということだけで、なかなか医師会とつながりがいいとは言えないんですが、やはり担当理事がそういった会議に参加して行って、情報をどんどん共有していくということも必要なのかなと、そういうふうに思いました。

自分が所属している圏域なので、なかなか回答は難しいところもございましたけれども、以上を私の感想とさせていただきます。皆様、ありがとうございました。

○平川副会長 担当副会長の平川です。

東京の事情といいますか、地方も大変だと言いますが、人、物、金、いずれも東京は非常に厳しい状況で、その中で各地域でこういった形のシステムが出来上がっているのは、本当にご苦労さまというあれもございません。東京都医師会さん、この意見を伺った上で、要求するものは要求していくというふうに思っています。

先ほどちょっとお話が出ましたが、2040年に向けて、昨年から、2025年から新たな地域医療構想の会議が始まっておりまして、そこでようやく医療関係者じゃなくて、介護関係者として老健施設の代表が委員になったのと、精神科病院も・・・がメンバーに入ったという形で、本当に2040年に向けては、もう総力戦だなということを実感しております。

東京都では、7年前にこの構想会議が始まったときから、介護のほうも含めたこういった形のいわゆるワーキンググループをつくっておりますので、そういった点では国より一歩先に進んでるんですが、とはいえ、市でやっても、やっぱり今日も幾つか出しましたが、まだまだ医療と介護の関係の中では、未熟な部分もございますので、ぜひさつき齋藤先生もおしまいよと、今、いや、まだまだ使えますので、ぜひ先生方もこれからこの会を大事に考えていただいて、また貴重な意見を出していければと思います。今日はどうもありがとうございました。恐れ入ります。

○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、皆さん、長時間にわたりまして、ご議論、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、東京都の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を共有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。