

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
(北多摩北部)

日時：令和7年1月22日（水曜日）午後7時00分～午後8時41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Webでの会議の開催としております。円滑な進行に努めさせていただきますが、会議中、機材トラブル等が起きる可能性もございますので、何かありましたら、その都度ご指摘をいただければと存じます。

Webでのワーキンググループになりますので、ビデオをオンにできる方がいらっしゃいましたら、オンでご参加いただければ幸いです。

本日の配布資料ですけれども、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の用意をしています。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、事務局までお申しつけください。

なお、本日の会議でございますが、会議録及び会議で配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、発言しないときには、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。

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 担当の副会長、平川でございます。

ちょっと今日外来を診てしまって、Webの参加で申し訳ございません。まず、今年もぜひよろしくお願い致します。

今日、在宅療養ワーキングということで、この調整会議というのは、ベッド数の調整とかやってきた会議、在宅療養ワーキングというのは決して地域というわけじゃない。昨年の新たな地域の調整会議が始まって、国のほうでようやく去年、国のほうは、介護関係者とか精神科病院というのを新たに加えて、少し間口が広がったわけですけども、東京都は本当にもう7、8年前から、この会の当初から在宅医療に力を入れてやってまいりましたので、ある意味、東京都のこの仕組みに、国が今ようやく追いついたかなということでございます。

引き続き、今年度も力を入れて、まさに地域の医療の調整とか構想には、必ず介護医療は連携しなきゃならないことを、これからも実証してまいりたいと思います。

あと、もう1点、既にご存じかと思いますが、先週金曜日、17日の金曜日に、東京都の小池都知事のほうから、いわゆる東京都内の民間病院の窮状を救うという形で、

特別な支援といえますか、補助金が出ることになりました。これは東京都医師会がかねてから、東京都内の民間病院のほとんどが赤字になりつつあることを含めて、危機感を持って、急性期医療においても、在宅療養においてもバックアップするのは絶対に必要ですので、地域の病院の芽を潰すなどということで、強く東京都に働きかけたんですけれども、東京都のほうも、今日関係者が見えていますけれども、役所のほうに非常に配慮していただきまして、今回、全ての病院にですけれども、600ぐらいの民間病院がありますけれども、入院の基本料に1日580円上乘せするという、東京都独自の加算を、1年ないし3年間続けていくとなりました。

これはとっても大きな話で、これは何度もお願いをしていたんですけれども、門前払いとは言いませんけれども、検討にも値しなかったことを、ここまで踏み込んでもらった。これだけでも、160億円という桁違いの額ですし、また、今後のご案内のとおり、東京都では高齢者の複数の疾病を持った方々の入院は多くなっていくわけなので、高齢者の入院についての空床確保についても、90億円の予算をいただきました。

また、さらに、今非常に厳しくなっている小児とか、あるいは産科とか、救急に対しても60億円というお金をつけてもらいました。本当にありがたい話で、早速昨日、日本医師会の会があったんですけれども、他の府県から、東京は違うと相当ひがまれたんですけれども、いただいたからよしではなくて、しっかりと都民に還元するような形で医療を提供することを我々も頑張りますので、ぜひ先生方もご支援をよろしくお願いします。

では、以上でございます。よろしく申し上げます。

○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、岩井医療政策担当部長、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。医療政策担当部長の岩井でございます。

皆様方には、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。本日、ご多用のところ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、今年度で8回目を迎えます。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いただきまして、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感じております。

国では、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想の検討が進められ、入院医療だけではなくて、在宅医療や介護との連携の重要性が示されております。こうした流れも踏まえ、本年度の意見交換のテーマを設定しております。

また、限られた時間の中で、意見交換がより有意義なものになりますよう、今回は、各市単位で事前にご議論いただいた内容を最初に報告いただく形に変更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、積極的なご発言をいただけますよう、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、しみず内科循環器クリニック院長、清水寛先生にお願いをしております。

清水座長、一言お願いいたします。

○清水座長 皆さん、こんばんは。小平市医師会の清水でございます。

私、昨年に続きまして、今回2回目の座長をさせていただくということで、進行等、不慣れでございますけれども、皆様の活発な意見交換と、スムーズな議事進行に努め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申し上げます。

○道傳地域医療担当課長 清水座長、ありがとうございます。

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

○清水座長 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に、区市町村において、事前の議論に基づく報告を踏まえて、ご参加いただいている皆様と意見交換を行うということになっています。ぜひ、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、まず東京都さんより、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をご覧くださいければと思います。

先ほど清水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の実施に先立ち、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、各市に依頼をしております。各市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、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3から5分程度とし、冒頭で報告していただきます。

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意見等、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、座長の清水先生の進行により意見交換を行っていただき、最後に、清水先生と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様宛に情報共有させていただく予定です。

続いて、参考資料の説明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として、2050年までの将来推計人口と高齢単独世帯割合として、都の在宅療養を取り巻く環境をお示しするための資料でございます。

次に、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。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。どうぞよろしくをお願いいたします。

○清水座長 ありがとうございます。

東京都からの説明に関しまして、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。

よろしければ早速、区市町村からの報告をお願いしたいと思います。

皆さんのお手元に、多分参加者の名簿があると思いますから、この順番に沿って、まず区市町村の代表、そして、終わった後に参加者、個人の方、それぞれに全員になるべく意見を伺いたいと思いますので、ご自分の順番はここら辺かなと、事前にちょっと思っていたいただければよろしいかと思っております。

あと、お願いですけれども、参加されている方で、お名前と所属が出ていない方がいらっしゃると思いますので、ちょっと確認していただいて、もしなければ、ぜひ所属とお名前を教えてください。

それでは、順に沿っていききたいと思います。まず、1区市町村辺り大体3分から5分程度の発表でお願いしたいと思います。

まず一番最初、小平市健康福祉部高齢者支援課、地域包括ケア推進担当課長の藤川様、お願いいたします。

○藤川委員 こんばんは。担当課長の藤川と申します。よろしくをお願いいたします。

今回の在宅療養ワーキングの議論の内容につきまして、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ことで、議論のテーマを頂戴しております。

小平市では、小平市医師会様とともに、小平市在宅医療・介護連携推進協議会を通じて、協議をしています。

一つ目のテーマであります、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に関しましては、これまでも、効率的に多職種が連携を行うに当たり、関係者同士の顔の見える関係づくり、ICTの活用、入退院時や外来での医療機関との連携、多職種による高齢者の疾患別における在宅療養やケアに関する共有化や情報共有、市民に対してACPや意思決定支援の普及を行うことが課題として挙がっておりました。

そこで、その課題の解決に向けた取組といたしまして、令和5年度におきましては、在宅看取りの事例や、身寄りのない高齢者の事例などを通して、多職種がどう支援に取り組んだかの研修を実施いたしましたり、あるいは、市民へのACPに関する講演会を実施し、また、令和6年度におきましては、高齢者のがん、慢性疾患、心疾患、認知症といった疾患別による在宅療養に関する医療やケアと当事者の意思決定支援に関する多職種の支援についてまとめることができるよう、グループワークを中心とした研修を実施しております。

あと2か月ほどなのですが、その成果物として、社会的な支援、手続、連携などの要素を変えたものを作成することで、医療従事者や介護従事者向け、市民向けに対して普及啓発していくものを考えております。

そういう地道な活動が在宅療養を支える、在宅医療と介護の基本の軸となり、あるいはそれが当事者の意思決定につながって、当事者が選択できるようになるということが、効果的な多職種の連携につながるのではないかと考えております。

また、二つ目のテーマであります、現在の多職種連携の際の連絡方法・手段について課題はあるかに関しましては、多職種連携の際の連絡方法・手段として、小平市医師会様の主導で、MCS、メディカルケアステーションを登録しており、招待を医師、訪問看護師、ケアマネジャーができるようにすることで利用が増えておりますが、まだMCSの利用が難しい事業所があるという課題がございます。これに関しては、今後、MCSの基本的な使い方や機能強化の研修を実施する予定です。

また、病院外来などに連絡したい場合、どこに連絡したらよいか、入退院時の情報のやり取りに関する事などが課題に挙げたことから、病院への連絡シートを作成し、配布をしております。

小平市からは以上でございます。

○清水座長 ありがとうございます。

続きまして、東村山市健康福祉部健康増進課課長の秋山様、お願いいたします。

○秋山委員 東村山市健康増進課長の秋山と申します。

東村山市の現状につきまして、事前の調整の中で、当市におきましては、上田先生のほうからご報告していただこうかなということで、すみません、事前の調整はさせていただいておりましたが、上田先生、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○上田委員 大丈夫です。

○秋山委員 では、すみません。先生、お願いいたします。

○上田委員 東村山市の絆在宅クリニックで訪問診療をやっています、上田といいます。

東村山市での取組や課題などについて、ご説明させていただきます。

当市でも、アンケートを基に議論を行い、意見をまとめたところですが、当市のほうでは人口約15万人で、高齢化率は27.2%いまして、特徴としては一人暮らしの高齢者世帯の増加が顕著となっております。一人暮らしの高齢者世帯比率が平均11.6%なんですけども、当市は13.2%となっております。

要因としては、当市は都営住宅が多いことが挙げられておまして、13町全てに都営住宅があります。そのため、本人や家族を介して、多職種の支援者へ状況を伝えることですか、独居の認知症の方、また、意思疎通がうまく取れない方の支援が難しいというのが現状となっております。

また、連携のツールとしましては、訪問診療を実施している医療機関ではICTを活用しておりますが、市全体としては電話やFAXなどがメインとなっている現状となっております。

I C Tの情報共有に関しては、東村山市は医師会の多職種ネットワークのカナミックネットワークを活用しておりまして、医師会と市で共同して、年1回、医療・介護専門職を対象として、多職種ネットワークの周知や活用方法の検討などを行っております。

また、複数疾患を有する高齢者への在宅療養に当たって、医療・介護の人材不足が懸念される中で効率的に多職種で連携するためには、多職種間の効果的な情報共有ですとか、多職種が対応可能な内容の理解、介護保険制度の理解などが必要と考えております。

また、市の課題についてですけれども、多職種連携での効率的な情報共有については、4点あると考えておりまして、医療機関は電話やF A Xでの連携について困難さを感じることが少ないんですけども、ケアマネジャーさん等は医師の多忙さでしたり、連絡時間の調整でしたり、連絡先が多くて電話やF A Xでの連携に困難さを感じているということでした。

また、I C Tについては、連携支援が行える対象者が限られていまして、具体的には、主治医が東村山市医師会の会員であることですか、あと、コミュニティ作成を、主治医が許可してから初めてケアマネさんや訪問看護さんがコミュニティを作成する権限を与えられるというところになっております。

また、I C Tを書き込むことでしたり、チェックすることも大変ですので、在宅医療に対応するためにI C Tをやらなければいけないと思うと、新規での在宅医療への参入というのは、ハードルが高くなってしまっているのではないかという意見もあります。

当院では、担当する患者数がそれなりの規模なので、I C Tの内容のチェック担当を決めて対応を行っていますが、外来診療を行いながらの訪問診療を行っている医療機関に関しては、差はあるんですけども、I C Tを利用して連携している対象者は数人程度であると伺っております。

また、I C Tだけでは情報共有は難しく、緊急性があるものでしたりは電話やF A Xなどが効果的と考えておりますが、F A X等ではなかなか伝え方が課題かなと感じておりまして、やってほしいことでしたり、緊急度や、いつまでにやってほしいことなどの期限を明確にすることが大切かなと考えております。

また、訪問診療等では、専門性の高い科での疾患等で意見が欲しいときでしたり、診療してほしいと感じたときの相談や診察を依頼するとき等に困っているというふうに考えておりまして、それを相談できる仕組み等があればいいというふうに考えております。

以上になります。

○清水座長 上田先生、ありがとうございました。

続きましては、清瀬市介護保険課の課長、持原様、お願いいたします。

○持原委員 清瀬市介護保険課の持原と申します。よろしくお願いいたします。

清瀬市は、歴史的に病院慢性期病棟、緩和ケア病棟が多く存在し、病診連携も推進してきました。また、在宅医療については、長年24時間連携に携わっていただいている在宅支援診療所並びにかかりつけ医の方々のご尽力により、安定している状況だと認識しております。

今回、テーマのまず1番の件でございますが、多職種連携につきましては、当初より地域包括ケアシステム構築に向けて、医療・介護連携推進協議会、多職種研修会等で連携強化を図っており、令和5年度はコロナ禍後の再スタートとして、オンラインでの多職種連携セミナーを実施しました。令和6年のセミナーにおきましては、対面で実施して、多職種連携の関係性をより強化できればと考えております。

また、東京都看護協会においても、北多摩と西多摩、2医療圏において、病院と介護施設との連携を図るため、この2年間、意見交換を開催し、地域連携を図っているところ

ろでございます。

続いて、2番目の課題についてでございますが、多職種連携の手段として、清瀬市ではMCSを活用しております。ただ、特に介護人材の高齢化もあり、ICT弱者を含めて利用登録数が伸び悩んでいることが直近の課題と考えております。

近年の自然災害やコロナのような感染症など、未知のパンデミックなどへの備えに向けて医療・介護連携の強化は不可欠だと考えております。地域共生社会の実現に向けて、地域力を底上げした自助・公助などが必要になることから、地域の連携を意識しつつ、引き続き多職種連携を進めてまいりたいと考えております。

以上となります。

○清水座長 ありがとうございます。

続きまして、東久留米市福祉保健部介護福祉課課長の廣瀬様、お願いいたします。

○廣瀬委員 大変お世話になっております。東久留米市の介護福祉課、廣瀬でございます。ありがとうございます。

東久留米市では、日頃より在宅療養につきましては、東久留米市在宅医療・介護連携推進協議会で医療と介護の専門家の先生方にご議論いただいて、研修や講演会等、いろいろなことについてご協力いただいているところでございます。

今回のワーキンググループアンケートより、協議に変えて、こちらのほうから抜粋したものをご紹介させていただきたいと存じます。

①の多職種連携、多職種の効率的な連携に向けて何が必要であるかというところでは、DXの視点からは、東久留米市医師会様が運営しておりますMCSのるるめネットがございますが、こういったものを使用し、利用者様の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で情報共有を図ってきております。

多職種の効率的な連携に向けましては、MCSの有益性の必要性について、多職種研修等を実施し、周知啓発していく必要があると考えております。

本市では、令和5年度に東久留米市在宅医療・介護連携推進協議会主催で、多職種研修として、るるめネットとMCSの活用についてを実施いたしまして、講師の先生よりMCSを活用した好事例の紹介がございまして、参加者の方からも多職種連携についての重要性を改めて認識することができたとの感想をいただいております。また、効果を感じているところでございます。

また、DXが推進することによりまして、訪問看護指示書発行に関する業務の効率化や、介護職や地域包括支援センターを含む行政との効率的な連携可能になると考えております。

人材の視点からは、医療・介護の人材不足を防ぐためには、人材育成による定着化を図り、介護の人材採用に力を入れていく必要があると考えております。

また、連携体制構築の視点からは、多職種連携の成功例や困難事例の共有のために、定期的に研修会や事例発表会を開催することによりまして、ノウハウの蓄積や、対応力の向上が期待できると考えております。

また、複数疾患を有する高齢者につきましては、特に病診連携に重点を置くことが必要であると考えておりますし、また、市内にはなかなか大きな病院も少ないところもありますので、診診連携も考えていく必要があると考えております。

ケアに関する取組といたしましては、家族の介護力の低下や包括するニーズに対応するために、在宅療養患者さんのニーズとデマンドを家族も含めた多職種で評価し、共有化して効率的なケアを行うことが必要であると考えております。

次に、2点目の現状の多職種連携の際の連絡方法・手段についてでございますけれど

も、先ほど申しあげましたMCSの活用が進んでいる一方で、法人や事業所の方針により導入ができていないケースもございます。また、自治体ごとに活用しているシステムや運用方法について差があるという課題もございます。さらに、医師の先生方の権限や負担が大きくなり過ぎて、頼りきりになっている状況がございますため、タスクシフト、タスクシェアを行う必要があるというふうに考えております。

以上でございます。

○清水座長 ありがとうございます。

続きまして、西東京市健康福祉部高齢者支援課課長の橘様、お願いいたします。

○橘委員 こんばんは、お世話になっております。西東京市高齢者支援課長の橘でございます。よろしくお願いいたします。

西東京市におきましては、西東京市医師会様のご協力により、在宅療養の取組を進めさせていただいております。

多職種連携といったところでは、西東京市地域包括ケア推進協議会というものがございまして、医師会さんの協力も得て、多職種の中でいろいろとご議論をしているところでございます。

また、その下に部会というものがございまして、多職種連携といった点では、顔の見える関係性、また、それを超えて、今度は腹の見える関係性をつくるということで、研修や勉強会、様々な会議などを開催してきておりまして、合い言葉はオール西東京ということで、一定程度、多職種連携については進んできているというふうに認識はしております。

その中で重要なのが情報の共有といったところで、本市では、医師会様が導入をしたMCSを柱にして取り組んでおります。様々な研修や説明会等、いろいろなことでMCSの導入を広めてきておりまして、今では医師や看護師、ケアマネなどは大体使いこなしておりまして、患者グループについては、医師と訪看が患者グループを立ち上げられるようになっておりますので、情報共有はそれで進んでいるように、一定程度はなっているような形となっております。

1点目にいただきました、複数疾患を有するという形になりますと、やはり多科の、複数の科の医師同士の連携ということが非常に大事だと考えておりまして、そういった方、複数の医師がどうやってMCSでつながっていくかということも課題となっております。ケアマネさんなどや包括などが医師に対して、この方がA疾患があるから、その科の先生もグループに入れましようみたいな形なども、なかなかお医者様に対してはハードルが高いため、そういったところの連携がちょっと進まないということもあるので、何かあったときには遠慮なく、医師だとかケアマネだとかというようなことではなくて、みんなが同じように活用できるような形で、関係性もそこでつくってこういう形で今考えているということを考えています。

また、あと、医師の先生たちも、やはり日々お忙しいというところもあると思うんですけども、MCSをなるべく活用するような形でやっていきたいということで考えているところでございます。

また、課題のほうですけれども、先ほど申し上げたとおり、医師や看護師、ケアマネなどについては、皆さんMCSを活用してはいるんですけども、一方で、歯科医師だったりとか訪問介護、MSWや施設デイのほうには、まだちょっとMCSのほうで導入されていないところもございます。こちらのほうも、最近の研修や懇親会等が入っていきましようというようなことも呼びかけさせていただいておりますが、こちらのほうも今後積極的に、もうちょっと広がりを持たせるようにしたいというのが課題となっております。

ございます。

以上です。

○清水座長 ありがとうございます。

今、各市のご報告、ありがとうございます。大体各市、多少のスタンスとか、あるいは違いがありますけれども、基本的にはやっぱり多職種連携の顔の見える関係をつくって、いろいろ連携の会を開いたりとか、あとはMCSを使ってとかということで、大体は各種同じような取組をしているのかなというふうに思っております。

人材の不足という点について、あまりご意見がなかったんですけど、何か医療・介護の人材不足ということを、各市の担当の方、実感されるというか、そういう事例がありましたらちょっと教えていただきたいと思うんですが、どうでしょうか。

藤川さん、何かありますか。

○藤川委員 藤川です。

特に、医療等での人材不足というのは、すみません、ここには上がってきていないんですが、一貫して介護のほうで言えば、ケアマネがずっと大変だなといましょうか。まだ小平市の場合、ケアマネ不足にまでは行っていませんが、何となくケアマネさんの元気がなくなっているところが心配な点でございます。

以上です。

○清水座長 ありがとうございます。

ほかの市の方、何かご意見があれば。大丈夫でしょうか。

あとはMCS、ICTですよ。やっぱりいろいろな方が言っていましたけど、なかなか頭で分かって、やらなきゃいけないことは分かっているんですが、導入がやっぱり進まないということはあると思うんですね。やっぱり病院の問題もあるかと思えます。やっぱり病院の方針とかもあって、なかなか、すぐにいかないかもしれません。何か困った事例とか、あるいは、こういう形でうまくいったとかいう事例があれば、教えていただければと思いますけど、どうでしょうか。

○鈴木（道）委員 清水先生、よろしいでしょうか。小平市医師会理事の鈴木です。

先ほど、小平市の藤川課長さんのほうからもお話があった、繰り返しになる部分もあるんですけど、小平市ではMCSを利用していますが、実は全体で登録作業を行ってはいないので、本当はやったほうがいいんでしょうけれども、参加者は実は把握はしていません。

ただし、ケアマネ連絡会が、ケアマネさん同士の連絡ツールとしても使っているんで、ケアマネさんはもうほとんど使用していると。一昨年から、ケアマネさんにも招待の権限を与えましたので、これまで小平市では医師だけではなく、医師がなかなかちょっと在宅が難しい部分もあって、医師だけでは進まないと思ったので、訪問看護師が中心になって招待するというところでやってきたんですけど、さらにやっぱりほかの市の先生方とやったりとか、いろいろなことで、ケアマネさんが主体になって招待をしていただくということを始めたところ、かなり訪問介護、ヘルパーさんが入ってきてくれたり、福祉用具の業者さんが入ってきてくれたり、もちろん薬局さんも入ってきてくださったりとか、いろいろなことで広がりが見えてきているという状況です。すみません、数字として出せないで申し訳ないんですけども。

それから、一応MCSの招待のエチケットとかは在宅協議会のほうでまとめていますので、そういう形で招待を医師に限らないでやっていくというのが一つのポイントかなと。そのときに、やっぱりエチケットですね。そこをきちんと守ってやるということで、やっていけばいいのではないかなという気がしています。

○清水座長 大変参考になりました。ありがとうございました。

では、引き続きまして、各参加者の方々に先ほどのテーマに沿って、またご意見を伺いたいと思っております。

順番に行きます。各地区の医師会代表のまず久保先生から順に、テーマ1に、自由な意見というのは最後にまとめて、もしご意見あるいは質問等があればお受けしたいと思いますので。

では、久保先生のほうから、まずお願いいたします。

○久保委員 北多摩医師会から出ております、久保です。東村山市で久保クリニックをやっています。

私は、ふだんは外来診療をやっているんですけども、訪問診療も一部やっております、東村山市はカナミックを利用しているんですけども、どうしてもいろいろな方からの意見もありましたけども、在宅診療している方に関しては、カナミックが利用される場合が結構あるんですけども、在宅医療はしていないで、いろいろ、在宅診療というか訪問診療ですね。訪問診療している方の場合はカナミックが利用されているけど、訪問診療をされていないで在宅療養している方に関しては、なかなかカナミックの利用が進んでいないという状況が見られています。

私もカナミック、一部利用していますけども、ケアマネジャーさんとか、訪問看護師さんの利用で、非常に書き込みが多いんですね。それを読むと、非常に役に立ってはいらんですけども、それに対応するぐらいの書き込みが私にできるかということ、なかなか難しい。やっぱり、なかなか書き込むのが手間がかかるなというのがありまして、何かいろいろ自分のクリニックでの書き込み作業と、カナミックの書き込み作業がリンクできれば、随分効率的になるんじゃないかなというようなことを、いつも感じています。

そういうような意見も、ここを読んで、事前アンケートの内容を読んでいると、そういうことを感じている方も結構いるんだなと思ひまして、そういうフォーマットを何かつくっていただけると、利用も促進されるんじゃないかなというふうに感じました。

以上です。

○清水座長 先生、ありがとうございました。

続きましては、西東京市医師会の中山先生、お願いします。

○中山委員 西東京市では、多職種の方々の専門性を理解して、お互いを尊重し合って、風通しのよい状態をつくるということをやっております。各専門職が患者を対応した際には、患者の状態を速やかに報告する。そういう複雑困難な例に対しては、チームとして対応するという理想として考えております。

医師と訪問看護に関しては、在宅医療推進強化事業で、ICTでレイヤード社のものを導入しているんですが、そういうものを使って連携を取って。多職種に関しては、そこで出た結論や物を共有できるように、何とかシステムのほうにそれを情報共有するように、そのようなことを今つくっております。

MCSのチーム機能ですか。そういうものの開発にも今参加しております、できるだけICTをやはり利用したシステムの構築を目指しているところでございます。

以上です。

○清水座長 先生、ありがとうございました。

続きましては、東久留米医師会の檜垣先生、お願いします。

○檜垣委員 こんばんは。東久留米医師会の檜垣です。

東久留米市では、先ほどもお伝えしていただいたとおり、るるめネットですね。MCSを利用して、在宅医療・介護連携協議会のメンバー、これは行政ですね。市も含むグ

ループで訪問診療の先生と看護師さんやリハビリの先生、あとはケアマネジャーさんとか、いろいろな方が参加して、特に在宅に関わる方の連携は非常に取りやすい形になっているのではないかと思います。

この連携で、例えば会合とか勉強会のお知らせとか、そういうものも患者さんのやり取りだけじゃなくて、公的なものもやり取りができていますので、そういう連携はできていると思います。

ただし、先ほど久保先生からもご指導いただきましたように、まだやはり東久留米市でも、外来を中心とする先生と、訪問看護さんとのやり取りとか、そういったものはまだ少ない現状でございますので、これからの課題になっていくのかなと思います。

あとは、できればこの強化学業の一環で、私たちはふだん在宅診療をやっていて、総合診療医として診療に関わっていきたいとは思っていますが、やはりマイナー化という言葉は、ごめんなさい、悪いんですけども、専門家ですね。もし連携の中で、例えば病院との連携を深めていく、あるいはオンライン診療、あとはMCSでの個々のページでの例えば皮膚科、精神科、整形外科の先生への意見を聞くような制度をつくっていききたいと考えてやっております。

以上です。ありがとうございます。

○清水座長 先生、ありがとうございました。

じゃあ、続きまして、在宅医のほうに行きたいと思います。

清瀬市の平野先生、よろしいでしょうか。

○平野委員 清瀬市からの平野と申します。よろしくお願ひします。

ちょっと大きな話になり過ぎるかもしれないんですけども、複数疾患に関しての対応ということで、ずっと以前に検討したことがある会でありまして、例えば耳鼻科とか整形外科、それから眼科、皮膚科とか、その有病率の多いところの患者さんに対して、一つの地区だと、例えばどなたか診療を依頼しても、1件ずつ依頼しても、なかなかお医者さんに見ていただけないということがあって、2次医療圏ぐらいで、そういう枠みたいなものをつくって対応してみたらどうかというふうな意見が出たことを思い出しました。実際に動かせないときに、非常にそういう動きができれば、かなりカバーできるのかなというふうに思ったことがありました。

例えば、形成で褥瘡なんかだと、写真で撮って形成の先生に見ていただいてというふうなことは、実際今でもやっているんですけども、そういうツールを使いながらというの、一つの案かなと思います。一つの市で解消すると、なかなか専門家の診察には入りづらいかなというふうに思っております。

それから、ICTは今また再構築すべく、清瀬は遅れていまして、いつも目立っちゃうんですけど、活動を始めたところで、またいろいろな、今までの工夫等、指導いただければと思っております。

今年、研修会をやるんですけども、2月1日に清瀬で研修会をやります。ACPをやるんですけども、コロナの後、ほとんど滞っておりますので、インフルエンザ感染もちょっと怖いんですけども、取りあえず対面でもう一回やり直そうというふうな格好で、今回は市長も呼んで、できれば行政中心で形ができていますので、そういう意味でもう一回みんな、地域包括ケアを再構築すべく、関係を再構築というふうに考えて、今、活動している次第でございます。

以上です。

○清水座長 平野先生、貴重なご意見をありがとうございました。

続きまして、東村山市の上田先生、何か追加でご発言はございますでしょうか。

○上田委員 東村山市の絆在宅クリニックの上田です。

ちょっと発表でも言わせていただいたとおりになんですけど、市の中でもカナミックネットワークの推進をしていたりですとか、個々の事業所単位でMCSでのつながりを持ったりですとか、その点に関して、ICTは基本的な部分に関しては、一定の効果があるようにお見受けしております。

かなり話題に出ているとおりになんですけども、いろいろな多職種の意見からとしては、訪問診療をなかなかどうにも難しいような医療機関でのお医者さんとの連携が難しいというところの意見は出ております。

また、医師だけでなく、薬局などとの連携なども大切かなという話題も出ていますので、その辺りもICT、医師と訪問看護師、ケアマネジャーさんだけでなく、そういったリハビリ薬局などの多職種も含めて巻き込んでいく必要が、本当の意味での多職種連携になっていくのかなというふうに考えております。

以上です。

○清水座長 ありがとうございます。

続きまして、西東京市の笠井先生、お願いいたします。

○笠井委員 笠井医院の笠井です。

当市の特徴としましては、今日配られた資料にもありますとおり、非常に訪問診療をやっているクリニックが多くありまして、言ってしまうと充足しているという感じですかね。訪問看護ステーションも多くあって、非常にその辺は充実している。相対的に、介護のほうの人材が足りていないという現状があります。

皆さんがおっしゃられているように、ICTという意味では、MCSの利用も、これもかなり盛んになっており、かつ、そんな状況なので、医師側の主導で、MCS利用はかなり進んで、普及している。僕について言えば、診療が終わった後、ほぼ全ての患者さんのMCSに書き込むのが日常、業務になっているので、それをもちろん招待するのは我々医師主導でやっておりますが、多職種の皆さんに提供できるような体制は構築されて、それはとても有用だと思っております。

問題点は、むしろ病院と在宅のやり取りをどうするかというところに、まだかなり大きなハードルがありますが、こちらに関しては行政の主導であります。ケアマネジャー向けに入退院連携ガイドラインというのを作成しております。それで何とかケアマネジャーさんの業務を少しでも減らして、負担を減らすということに役立てようというように行っております。

以上です。

○清水座長 先生、ありがとうございます。

在宅が充足しているのは非常に羨ましいんですが、それはもともと西東京市の先生が在宅で介入されるというか、それともひょっとして、ほかから入ってくる。最近割と多いかと思えますけれども、在宅専門のクリニックがサテライトとして入ってくるとか、何かありますか、そこら辺は。

○笠井委員 本当にこの数年の動きなんですけど、僕が始めた頃は逆にほとんど、1件、2件しかなかったんですけど、現在はほかの、恐らく割と大規模な医療法人のサテライトというようなことも含めて、新たに入ってきた、開業する方が増えています。

○清水座長 ありがとうございます。

では、続きまして、東久留米市、山崎先生、お願いいたします。

○山崎委員 すみません、ちょっと臨時の往診に行ったので遅れてしまいましたけれども、開業して6年目ぐらいの在宅ほぼ専門でやっている診療所のクリニックの者です。

僕はMCSの結構ヘビーユーザーなほうで、帰ってきたらカルテを書いたらもうそのまま貼り付けるような感じで、取りあえずこんなことをやってきましたよというのをすると、みんながコメントをくれるので、2週間に1回でも、割と最近は訪問看護師さんが最初は中心だったんですけど、訪問の歯科の先生も入れてくれるし、デイサービスの方なんかも、ちょっとまとめてになったりもするんですけど、こんなふうでしたとか、ご飯をこれぐらい食べましたとか入れてくれるので、今はやっぱりMCSをやっていないところとかもあるので、やっていないところとやっているところの情報の差があり過ぎて、うっかりMCSをやっていない人のことを忘れてしまうような状況になっているような状態です。

あとは、何となくやっぱり規模みたいなものはあると思うので、外来もやっていて、患者さんが多かったりすると、僕たちは訪問の患者さんで120名ぐらいなので、それがほかの職種から、もちろん半分ぐらいしかMCSはやっていないと思うんですけど、日々入ってきて目も通せるし、何とかコメントができるということですけど、増えてくると大変なんだろうなとは思いますが。

すみません、以上です。

○清水座長 先生、ありがとうございます。

カルテからMCSをばっと入れるのは、そんなに難しいことではないですか。

○山崎委員 そうですね。本当だったら、外でiPadを持って歩いているので、そこでいろいろやればいいんですけど、僕はできないので、帰ってきて結局PCで立ち上げた同じデジタルのところで書いたのは、そのままMCSに貼り付けるだけなので、それはもう数秒でできます。

○清水座長 ありがとうございます。

続きまして、小平市の鈴木先生、お願いします。

○鈴木（道）委員 先ほどもお話ししたこともちょっとありますし、それから、今まで皆さん、ほかの先生方が言われていたことへの追加みたいな話もありますけども、すみませんがお聞きください。

今の先生が言われた、普通の電子カルテからMCSに貼り付けるのは、簡単には実はできません。いわゆるオンプレミス型の電子カルテでは、インターネットにつなげないので、簡単にはちょっとできないと。画面コピーとかで入れるということはできるかもしれませんが、うちはちょっと特別なやり方で、別のコンピュータのMCSインターネットにつながったほうに入れるようにしています。

ただ、やっぱり写真とか処方箋を飛ばしたりとか、そういうこともいろいろできますので、かなりMCSは使っているつもりですけども、ちょっとやっぱりハードル、どう記録するか、やっぱりどうしても二重入力になってしまうので、それはどんなICTツールを使っても一緒かと思いますが、そういう問題はあるかと。

あと、訪問看護とかでは、みんながみんななどの訪問看護ステーションもということではないんですけども、やっぱり例えば小平市医師会の訪問看護ステーションさんはiPadで記録していますけれども、それを画面コピー、いわゆるスクリーンショットをして、それをPDFファイルとしてMCSにアップしてくれるということをほぼ毎回やってくれています。似たようなことをされているところも結構ありますので、そうすると、入力の手間が結構省けるかなというのは、やっていらっしゃるところもあるかもしれませんが、結構もっと広まってもいいのかなと思っています。同じような形で、ヘルパーさんとかも記録を、写真を撮って、それを出してくれるとか、いろいろなやり方はあるかと思っています。

あとは、アンケート、ちょっと話はずれますけれども、アンケートにも書いたんですけども、やっぱり人材不足が懸念されるというところからすれば、ほかの先生方も言われていたかもしれませんけれども、やっぱり介護報酬増額ということがどうしても必要なんじゃないかと。まず人材を確保するにはお金だと思いますので、それはやっぱり東京都さんのほうで何とかしていただきたいと。ちょっと病院さんも大変なのはとっても分かるんですけども、ヘルパーさんはもっと大変というところもありますので、ぜひそこを、どうしても今回ヘルパーさんは報酬が減らされていますので、そこを何とかしていただくのが一番かなと。

あと、ケアマネさんの手当も少し、もっと上げていただきたいというのが現場の感覚としてはとてもあります。

あと、診療報酬的なことと言えば、今回の改定で、MCSとかのICTツールを使うのを条件として、在宅医療情報連携加算が算定できるようになっていますので、MCSは無料ではあるんですけど、そういうインセンティブもありますので、それをもっと広めていってもいいんじゃないかなという気はしています。

あと、先ほど全体的な話としては、藤川課長のほうからいろいろな話があったので、全部は繰り返しませんけれども、小平市では、まず在宅医療・介護連携推進協議会で研修会は今年も5回やっていますし、総会なり、それからいろいろな部会を運営するというので、いっぱいミーティングも開いています。みんな大変ではあるんですが、そこで顔の見える連携がベースにないと、幾らICTツールを使っても効率的な連携にはつながらないと思っていますので、やっぱり顔の見える連携をつくっていくということが一番大事なのかなという気はしています。

以上です。

○清水座長 ありがとうございます。

続きまして、東京都病院協会代表で、清瀬市、大田先生、お願いいたします。

○大田委員 すみません。ミュートになっていました。

東京都病院協会のほうで指名を受けて、こちらに参加しているという形ではありますが、当院の複十字病院におきましては、地域、こういった在宅に関連した役割として、訪問看護ステーションを運営しております。

訪問看護ステーションが一応仲介となって、在宅医療をやっている先生方との間のつなぎ役、パイプということもありますし、それから、清瀬地区は平野先生を中心に、ある程度まとまりのある地域だというふうに個人的には認識しておりますけれども、それをさらに充実させるという意味では、集合体として、いろいろな形で多職種が集まって、多施設参加型の集合体の確立ということは進んでいるんだと思うんですが、そういった集合体を確立していくと。そして、その組織をさらに膨らませれば合同組織という形になるでしょうし、そういった連携体制の確立というのはどうしても必要じゃないかと思えます。

個別にはしっかりやっておられるけれども、それを活用する側から見ると、ネットワークとして一つのつながりを持った形の集合体というのが見えるようになるのは、非常に重要ではないかと思えます。

それから、病院の役割としては、やはり在宅の患者さんは、在宅のまま看取るというのも一つのパターンかもしれませんが、やはり病院の力が必要だというときに、さっと受けられるという体制、そういったつながりですかね。それも含めた形の、いわゆる地域としてのネットワークの充実というのが避けられないんじゃないかというふうに考えております。

それで、課題としては、やはり今までお話が出ているような、いわゆる情報交換、情報の交換の充実ということが一つあると思うんですけども、清瀬のほうではID-Linkを複十字は入れまして、そして、ネットワークとして多摩北部医療センターと、それから昭和病院と、三つが連携は取っていて、そこに加わっていただくという形が取れるような体制にはなっておりますが、まだ十分な活用には至っていないということで、既に確立されたものをもっと情報として広めて、十分に活用できれば、より効率のよい医療が地域で実行できるんじゃないかというふうに考えております。

いずれにしても、協力体制という認識で、競争ではなくて協力体制という認識というのは、医療をやる上で、もっともっとお互いが持たなきゃいけないということで、そうしたら、それぞれ強いところ、弱いところ、得意なところ、そうでないところも含めて、お互いに補完し合って、不安なところもなく、充実した形でカバーする、そのエリアの地域の中の医療がカバーできるというふうな考えを持っております。

以上です。

○清水座長 先生、大変貴重な意見、ありがとうございました。

続きまして、今度は歯科医師会の代表です。東久留米市の小玉先生、お願いいたします。

○小玉委員 東久留米市の歯科医師会の小玉でございます。圏域の5市の歯科医師会の代表として、出させていただきます。

東久留米市については、今、廣瀬課長、それから檜垣副会長、それから山崎先生からいろいろお話しいただきまして、やはり在宅医療・介護連携協議会の中で、私どもも多職種の方と一緒に、いろいろとお話を進めさせていただいているところでございます。

ICT、MCSの活用も、山崎先生から、歯科医師も記入して、いろいろ参加しているという話もいただきまして、大変ありがたいなというふうに思っているところでございます。

小平の鈴木先生から、この招待をする人、訪問看護師さんとかケアマネさんに拡大して、いろいろ、それにつられてほかの多職種の方も参加していただけるようになったという話があって、非常に興味深く拝聴しておりまして、医師の先生方の負担の軽減とかタスクシフトというところも、今後は重要になってくるのかなというふうに思っているところです。

歯科は、いろいろ在宅とか病院とか老健施設の中でも、口の中がどうなっているのか、なかなか皆さんに分かりづらいところがありますので、そういったスクリーニングのようなものの情報、それから在宅、病院、介護老健施設で、どういった今なっているのかといった情報を少し盛り込んでいただけるような、MCSの活用につながればありがたいなというふうに思っています。

また、栄養とかリハビリテーション、摂食嚥下とかもちょっと進めていこうかというふうになると、画像とか、やはり毎日の食事の状態、それから場合によってはお口の状態、情報量がすごく多くなりますので、そういったものを個々人の利用者さん、患者さんに対して、どういった要領を持って進めていくことができるかなんてことも考えていただければありがたいなというふうに思っているところです。

あと、先ほど今、鈴木先生から、やはり介護の制度そのものはやはり点数、単位ですね、単位が上がらないといけないという話もありましたけども、そのとおりで、東久留米市も地域包括支援センターをやっていた社会福祉法人が、今度、埼玉のほうにある法人に施設の運営を任せるといような事態がありましたし、また、私も社会保障審議会

の介護給付費分科会でいろいろな議論を出させていただいて、議論を聞いていると、やはり単位が上がった介護サービスから、だんだん厚労省が単位を少なくするような設定、議論というのは行われてきていますので、本当、介護に携わる皆さん、大変だなと思いますので、そういった意味でもその対応を東京都でもしっかりと考えていただければありがたいなと思います。

ありがとうございます。よろしく申し上げます。

○清水座長 先生、どうもありがとうございました。

続きまして、薬剤師会代表は、今日は米澤先生ですかね。米澤先生、いらっしゃいますか。

○米澤委員代理 米澤でございます。小平市薬剤師会の米澤でございますが、今回は西武薬剤師会、この5市からなる薬剤師会ですが、その理事として本日参加させていただきました。

実は昨年度、私ども西武薬剤師会では厚生労働省の補助事業としまして、令和6年度在宅薬物療法提供強化事業ということで助成金をいただきました。そこで、急遽ワーキンググループをつくりまして、この5市にある88の看護ステーション、そして250ある薬局に、アンケートを取らせていただきました。

このアンケート結果から、本日来られております檜垣先生、あと清瀬市の平野先生、そして鈴木先生にも、専門家委員会に来ていただきまして、ご意見を賜りました。そこでやはり問題点としましては、ICTの利用なんですけど、もう既にICTを使って情報共有している薬局はあるんですが、やはり数が少なくなっているのが現状です。ですので、もうちょっと裾野を広げるために、昨年12月、MCIとカナミックの勉強会を3回ほどやらせていただきまして、会員のほうから非常に好評を得ております。

来年度も、MCIとカナミックの勉強会を引き続きやっ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。

以上です。

○清水座長 先生、ありがとうございました。

続きまして、訪問看護ステーション協会の代表です。東久留米市の中島さん、お願いいたします。

○中島委員 東久留米白十字訪問看護ステーションの中島です。いつもお世話になっております。今回は、2次医療圏のステーション代表として参加させていただいております。

複数疾患を有する方に対する訪問看護というようなところでは、かなりACPのところを時間をかけて丁寧にやっているかなというふうに思います。それらを、MCSを使って、ドクターをはじめ、多職種の方と共有させていただくことにはなるんですけども、訪問看護っていろいろな市をまたがった多職種の方と連携していると思います。そういう意味では、市によってMCSの招待の仕方だったりとか、ローカルルールみたいなものがいろいろあるので、入り切れないというようなことも正直起きているかなというふうなことが一つ課題かなと感じています。

あと、身寄りのない方、高齢者世帯がどんどん増えていくわけですけども、ケアマネさんもそうだと思うんですが、看護のほうも、看護は生活と医療と両側面を見るという意味でも、本来の看護業務でもないようなことでも、どうしてもやっぱり身寄りのない方、高齢者世帯のケースにおいては、やらざるを得ないような業務が非常に増えている。そういうことをするステーションと、コストにならないものはしないと割り切るステーションもありますけれども、そういう本来の業務ではないところに時間を要しているところもあるので、タスクシェア、タスクシフト、もしくは今ないリソースを新しく構築

していくなど、人口が減少していく中で大変なんですけれども、何かしらそういう方たちをサポートする、何か新しいリソースというものもないと、これからちょっと大変かなという気がしています。

それから、介護が必要な方なんだけれど、でもやっぱり医療も必要。救急医療ではないんだけど、医療を要する方たちの入院先、受入先が非常になくて、苦慮することが多いなということ、最近すごくまた感じているところでもあります。

それから、看看連携のところは非常に強化されてきているかなというふうに思いますけれども、指示書のことは資料3にも書きましたけれども、指示書のDX化のところは、どうしても国レベルの事業になるかと思いますが、この2次医療圏の医療機関さんでも、訪問看護の指示書をいただくときに、利用者さんからの委任状がないと駄目というようなことをおっしゃる医療機関さんも正直まだあります。そういうところでも何か簡素化、効率化を図っていただけるといいなというふうに思いますし。

あと、終末期の方の要介護認定がどうしても軽く出てしまう。ADLがどうしても、PSが、がんの末期の方ってぎりぎりまで維持されていることもあって、軽く出てしまうことがあるんですけど、すぐ区変をかけざるを得ない状況がありますので、そういう意味では限られた有限の財源だったり、マンパワーという意味では少し終末期の方の認定基準といったものも、何かちょっと改善してもいいかなと思っています。

それから訪問看護の処遇改善もその他のところに書かせていただきましたが、東京都独自の事業で、ケアマネさんには家賃補助が少し出たりとか、少し補助がされていますけれども、看護職も病院の看護職と比べると、訪問看護師の賃金はどうしても低いのが全国レベルのデータで出ていますので、何かその看護の処遇改善というようなところも考えていただけるとありがたいということと。

あと、どうしても女性が多い職場で24時間対応をしていますので、女性が一人で深夜に移動して、閉鎖空間の利用者宅に入っていくという業種は、私たちだけではないかなという気がしております。そういう意味でも、リスクマネジメントのところでは医療介護確保基金等でお金を使わせていただきながら、そういうリスクに関する費用を助成していただけるとありがたいなというふうにも思っているところです。

あと、すみません。最後に、例えばなんでしょうね。介護力が落ちている家族が非常に増えているので、例えば便が出てしまったから来て下さいみたいなコールも何かだんだん増えてきている気がしています。そういう意味では、患者力、家族力といった都民の力みたいなもの、そういう自助、地域のご助力も引き出していかなければいけませんけれども、患者、家族自身の自助力といったところも改めてちょっと強化していかないと、今後の人口減少のところでは厳しいかなというようなところが感じています。

以上です。

○清水座長 本当に貴重な現場の声というか、感触をありがとうございました。非常に勉強になりました。

続きまして、看護協会代表です。清瀬市、平田さんお願いいたします。

○平田委員 東京都看護協会の代表として出席させていただいております。複十字病院の看護部長をしております、平田と申します。

東京都看護協会では、看護職の職能団体としまして、住み慣れた地域で適切な医療や看護や介護を受けることができるように、支援体制を構築するということを目標としております。令和2年から地域包括ケア委員会というのを立ち上げまして、病院の看護管理者と、あと介護老人保健施設の管理者との連携を図りまして、いろいろアンケートを取ったり、勉強会を開いたりということを行ってまいりました。その中で、やはり問題

になっているのは、介護職の人材不足が深刻な問題でございます。

介護職の人材が不足しているために、感染拡大において、繰り返しの感染拡大で連携を取って、勉強会に出たくても今の業務で精いっぱいというところで、なかなかそういった集まりにも来られなかったというところも何回か体験をしております。こちら、介護の人材不足を解消するという課題が、まず喫緊の課題ではないかというふうに思います。

また、情報が施設の管理者と病院の管理者とのタイムリーな情報が少し遅れているというような、そういった認識もありまして、やはり包括ケアを進めるためには看看連携というのを管理者が積極的に行って、介護・看護の技術・スキル等々を共有しながら進めていかなきゃいけないというような結論に至った次第です。

以上になります。

○清水座長 大変参考になりました。ありがとうございました。

続きまして、介護支援専門員研究協議会の代表です。西東京市、小林さんお願いいたします。

○小林委員 東京都介護支援専門員研究協議会の理事をしております、小林と申します。よろしくお願いいたします。

先生方にもいろいろ本当に人材不足ということで、介護・福祉の現場の人材に関しては、やっぱり後輩の育成とかということも含めて、かなり危機的な状況に今後陥るのではないかなということ危惧しております。

東京都介護支援専門員協議会では、法改正の前に介護支援専門員の報酬アップというところで、必ず厚生労働省のほうに陳情したりということをやっております。今回、先ほど看護師さんのほうからもご報告いただいた、住居手当や、それから法定更新研修の更新費用の一部助成等は認められたのですが、実際に介護支援専門員の報酬アップというところまでには至ってない状況で、なかなか法人の運営というのも難しくなっているような状況であります。どうしても加算を取っていかないと運営が厳しいというところでは、ケアマネジャーの多い事業所であれば、それだけクライアントを獲得できるのですが、少数の事業所ではなかなか運営そのものが難しくなっている状況ではないかなと思っております。

そのような中で、多職種連携というところでは、西東京市におきましては本当に先生方の多大なるご貢献をいただいて、福祉と医療の連携というところがMCSを通して、とても円滑にできているのではないかなと感じております。法人の考えによってはまだまだ一人一人にメールのアドレスが支給されないとか、いろんな考え方の開きがあるということが現状ではありますが、西東京市の主任介護支援専門員協議会のほうでは、そこをなるべくMCSに入るような形をつくろうということで、主任ケアマネジャーの中でも、そのようなMCSを立ち上げて、主任でない方も管理者として入っていただいたりとかということで、MCSを広げる努力をしております。

今、一番、多職種連携という中では、本当に身寄りのないおひとり暮らしの方がたくさん増えておりまして、先生方や看護師さんにいろいろ頑張ってくださいんですけども、最終的な結論に至ったときに、医療同意ですとか、それから入院の手続とかというところで、なかなか時間がかかってしまったりとか、支払いに関することが滞ってしまったりというふうな状況がありまして、成年後見制度との連携というところも大きな課題となっております。なので、そこを社会福祉士会さん等とも、今後すぐくの連携が必要などころではないかなというふうに感じております。

そのような状況の中でも、主任ケアマネジャーの業界は5ブロックがあるんですけれ

ども、今後は2次医療圏のブロックに分けていくことで、より連携がスムーズになるのではないかなというところで、その辺も今後見通して、今、改変等を検討しているところでございます。ありがとうございます。

○清水座長 どうもありがとうございました。

続きまして、老健施設の代表です。東村山市、鈴木様お願いいたします。

○鈴木(博)委員 よろしくお願いいたします。東京都の老健協のほうから出ております。

老人保健施設の今の現状、もしかしたら特別養護老人ホームなんかと同じような状況があるかもしれませんが、やはりその利用者さんのケアの状況が非常に重度化をしているということと、併せて医療依存度の高い方々もどんどん増えていっているという状況の中で、やはり在宅での医療ケアとか、当然これは入院をされるというようなこともありますので、その辺りの情報が円滑に共有できると、非常に運営にプラスの効果があるのかなというふうに思っています。

それから、老健ということだけではなくて、設問の1の人材のところなんですけれども、普通に考えればケアマネさんが足りなければ、ケアマネさんをどう確保するかという話になるんだと思うんですけど、そのためには先生方もおっしゃっていましたように、報酬のアップであるとか、あるいはその職種ごとの魅力をどう発信していくかみたいな取組も当然必要になると思うんですけども、それだけではなくて、やはりケアマネさんにしてもヘルパーさん、訪問看護なんかもそうかもしれませんが、やはり間接業務が非常に多いですね。記録をつけたり、当たり前のことですけれども、そういったところでどの施設もケアマネが足りないという状況があって、ちょっとクラークさんの事務補助みたいな方にお手伝いしていただくことで、少し業務が効率化できたりとか。

あと、あわせて、今の介護保険に関しては生産性の向上の取組をちゃんと進めなさいよということになっていますので、例えばその会議の議事録なんかも、今、音声入力でおかつAIで作ってくれるようなソフトなんかもありますので、そうしたICTの活用なんかも含めて、生産性を上げていくということも併せてやらないといけないのかなというふうに思ったりいたします。

それから2番の情報の共有のところなんですけれども、MCSとかカナミックを使ってというお話がたくさん出ていますけれども、私ちょっと素人的に考えると、例えば医療の情報って、必ずしもその在宅療養だけで必要なものではないような気がしています。ですから、そういう意味では、在宅の療養というところで、その部署だけで物事を考えるのではなくて、もう少し横串を刺していくことで、その内容に応じてレベルがきつとあると思うんです。

在宅療養というところではかなり深い情報が必要なかもしれませんが、災害時というところでは医療介護のもう少し浅い情報でいけるかもしれませんが、もう少しほかの点から考えていくことも大切なのかなというふうに、ちょっと皆さんのお話をお聞きして感じたところでございます。

以上です。

○清水座長 どうもありがとうございました。

続きましては、保険者代表です。中澤様、お願いいたします。

○中澤委員 協会けんぽの中澤でございます。

私どもは保険者でございますので、医療費を負担、お支払いする立場ということでございますけれども、今、高齢化の進展によりまして、医療費がどんどん増え続けております。これをどうするかということなんでございますが、当然効率的な医療提供体制を

構築いただく関係者の皆様の連携・協力をより進めていただくということがやはり必要でございます。そのために、本日各関係者の皆様からご報告いただいた内容をお聞きしますと、それぞれの立場でご尽力いただいておりますので、非常に感謝を申し上げたいと思います。

引き続き、効率的な医療提供体制の構築に向けまして、議論、取組を進めていただくようお願いをいたします。

以上でございます。

○清水座長 ご意見、ありがとうございました。

そして最後、大トリでございます。都保健所代表の早田さん、お願いいたします。

(音声トラブルのため聴取不能)

○西田理事 すみません。ちょっと音声途切れます。聞こえない。

すみません。聞き取れないのでビデオを切っていただいたほうがよろしいかと。

○道傳地域医療担当課長 早田様、すみません。

(音声トラブルのため聴取不能)

○道傳地域医療担当課長 早田課長、すみません。ちょっと音声のほううまく伝わっていないようなので、ビデオのほうを切っていただいてもよろしいでしょうか。

(音声トラブルのため聴取不能)

○清水座長 ありがとうございます。ちょっと音声少し聞こえなかったのですが、後でこれは皆さんにビデオレターでメッセージを届けたいと思いますが。

○早田委員 音声途切れているということで申し訳ないのですが、やはり途切れていますでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 すみません。ちょっと音声のほううまく伝わっていないようです。

○早田委員 ビデオ、停止します。

○道傳地域医療担当課長 今、ビデオを切っていただいたほうが多分音声伝わるので、ビデオを。

○早田委員 これで聞こえますでしょうか。これで大丈夫でしょうか。聞こえますでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 すみません。ちょっと本日は回線の関係で途切れ途切れになっているようなので、もし差し支えなければチャットでお送りいただいてもよろしいでしょうか。

○早田委員 お伝えしたいことはアンケートのほうに書かせていただいたこと……。すみません。よろしいでしょうか。

○道傳地域医療担当課長 承知しました。それではアンケートの最後のところがお答えいただいている内容なので、ちょっとそちらのほうでということで承る形でよろしいでしょうか。

すみません。ありがとうございます。

○清水座長 ありがとうございます。

皆さん、活発なご意見交換、ありがとうございました。私、1年前と比べて思う点はやはりかなり情報交換とか、多職種連携とか、ICTを使うということがすごく進歩しているというか、増えているなというのを実感です。そんな中で、やっぱりまだまだ足りない部分も専門家の参加をどうしようかということに関しては、区市町村だけじゃなくて2次医療圏だとか、各市ごとの集合体をつくってという、そういうような意見もあって、それも非常に今後考えてくることじゃないかなというふうに思いました。

あと人材に関しては、これは難しいんですが東京都さんをお願いするというよりは東京都医師会と日本医師会……。

○西田理事 平川先生、その人材不足の件に関して、先生ちょっとコメントいただけませんか。

○平川副会長 人材担当で申し訳ございません。国のほうとも東京都も折衝していますけども、結局は本当に足りないんですよ。実際、私の法人でも今外国人の看護・介護で60人ぐらいいますし、老健だけでも10人は外国人で。もちろん、私の考えとしては全員介護福祉の資格、看護師の資格を取らせています。手足を使っているような開口人は今から使えないと思うので、やっぱり志の高い方をちゃんと養成することが大事です。

昨日も八王子市のほうでは、市のほうの福祉と医療部が共同して、もう去年から八王子の医療介護人材対策委員会をつくって、看護学校の定義とか、さらにテコ入れとか、外国人養成とかすごく積極的にやらなきゃならない。つまり、待っていてもできませんし、どうやって地産地消で育てていくかということ、自分事でやらなきゃならないというのと、もう一点はやっぱり何とか今いる方々を辞めさせないということをやっているかなければ厳しいのかなと思っています。簡単に行く問題ではありませんけども、ぜひ今日の意見も参考に東京都の、あるいは国のほうにも訴えていきたいと思います。

私からは以上でございます。

○清水座長 先生、ありがとうございます。私のほうではこれで以上になります。

○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。

佐々木理事、お願いします。

○佐々木理事 では先に、東京都医師会の理事の佐々木でございます。本日は遅くまで、活発なご議論をありがとうございました。

今日、こちらの圏域で大変いろんなお話が聞けました。

まず、皆さん共通しておっしゃっていたのはICTツールとして、主にMCS、そしてカナミックを結構活用されて、工夫をされているということ。ただ、一方でそこに入れる、入力する手間とか、そういうことが大変だということがありました。

これから医療介護の複合ニーズを持った高齢者が増えた場合に、そこをどうやって多職種で支えていくのかというのが今回のテーマだと思いますけども、その中でも今日の話で出たのが、独居の患者さんの方が増えてくる、それから家族がいない、もしくはいても介護力が低下してくる、それを支える多職種も足りない。それをどうするのかというのがありますけれども、その中の一つが、やっぱりICTのツールの活用というのは一つなんでしょうけれども、医療DXというのはあくまでデジタル化ではなくて、それを行うことによって、いかに効率化するか、効率化していくかということかと思いません。最後に老健の鈴木さんがおっしゃっていましたがけれども、本当に効率化、それと生産性の向上をしないといけないんだろうなというふうに思います。

この間、医療人材、介護人材の話なんですけども、先々週ですか。日本地域包括ケア学会というのにちょっと参加しまして、話を聞いていたんですけども、その中の基調講演が、増え続ける医療介護ニーズと縮みゆく就業人口、二つの課題にどう折り合いをつけるかというテーマだったんです。その中に出てきた話が田中滋学長なんですけども、全体的不足と相対的不足というのがあると。ただ、今まではどこから引っ張ってくれば何とかだったというのが、これからはもう引っ張ってくるところもない。

特に医療介護業界というのは、ほかの産業として比べて少しずつ増えてはいるんですね、今までは。ただ、これからはもう絶対的に不足していきますので、幾らお金を払っ

ても引っ張ってくるところがないという状況になっていきますので、だとしたらどうしたらいいか。

今日のお話も出ていましたけども、地域包括ケアの推進ということで、互助共助ですね。本人も含めた、地域が連携して支えていくということが必要なんだろうというのが、その学会のお話しでした。

それから、ちょっと話は変わりますけども、マイナー科の話があったので、そこでコメントをさせていただきますけど、実は私、眼科なんです。眼科、耳鼻科、整形とか、皮膚科とか、そういうところと在宅医療との連携というのはすごく大事になっていきますので、それを進めていきたいと思っています。そのためには今日のお話の中で、地域を超えた連携の話が出ていました。顔の見える連携というのは大事なんですけども、顔の見えないところとどうやって連携をしていくかというのを、これからテーマにもなってくるかと思います。

例えば、そのICTを使って、在宅現場の状況を専門医に伝えて、専門医からアドバイスを受ける。場合によっては、必要であれば訪問診療を受けるというような仕組みをつくっていくことも必要だと思います。そのときに、何もその地域じゃなくて、もっと離れたところでも、それこそ東京じゃなくて、北海道の先生とつながってもいいわけですね。場合によっては、診断をするのはこれからAIがアドバイスしてくれるようなことも可能になっていきますので、そういうことを含めた連携の仕方ということも考えていければと思います。

あとはちょっといろいろ雑駁になって申し訳ないんですけども、情報の共有の話が出ていましたけども、これも今日お話に出ましたけども、誰とどんな情報を共有するのか、状況によって、それから相手方によって、必要な情報というのは全然変わってくると思います。それを整理して、これからの情報共有を考えていければと思います。

非常に雑駁になりましたけど、私からの感想でございました。ありがとうございました。

○西田理事 担当理事の西田と申します。よろしくお願ひいたします。今の佐々木理事の話とちょっとかぶるところもありますが、私の感想を少し述べさせていただきます。

まず、小平の鈴木先生がおっしゃっていた、今も佐々木理事が言っていましたことなんですけども、MCSをいかに広げるかというときに、自由参加というような形を取るというのは確かにいいと思っているんですね。ただ、なかなかそこが情報漏えいのことですとか、個人情報保護の遵守とか、そういったところを考えると、やはり何かどこかで管理者をきちっと入れておかないと、なかなか難しいなというところがあって、今までローカルルールがあるとはいえ、なかなかこの地域もそのたがを外してない事例ではないかなと私は思っていたんですけども。それで、そういう連結、ツールの裾野が広がるのであれば、それは一つの方法なのかもしれません。ここはルールをぜひ一度、東京都なりで見直してみるというのも一つの手なのかもしれませんということを感じました。

それとレイヤードとMCSですとか、電カルとの共有とか、いろいろテクニカルなことを勉強させていただきます。ありがとうございます。

それから、これもちょっと重なっちゃいますけれども、平野先生が言われていた専門医療について圏域を広げていくということですね。往診だと16キロルールというのがありますが、本当に今、佐々木理事が言ったように、オンラインを使えば遠くの北海道でもつながるわけですから、そういったことをぜひ推進していかなければいけないし、東京都では今、在宅医療の推進強化事業の中でオンラインを活用した在宅医療推

進強化事業というのをやっていて、今、榊原病院だけがやっているんですよね。ぜひ、ここももっともっと増やしていただいて、専門機関との連携というのを図ればなと思いました。

それから、歯科の児玉先生も大事なことをおっしゃってまして、この職支援ですね。これはもうまさに、本当に今超高齢者の増える現状の中で、非常に重要なところで、医師、歯科医師、栄養士、S T、歯科衛生士、看護師等と、まさしく多職種連携のよいモデルになると思いますが、いかんせんちょっと最近ドクター離れというのがあって、歯科医師の先生方がすごく熱心なものですから、医師が少しエネルギーを注いでいない部分がございますので、ここをぜひその地域の中でドクターも混ざって、いい職支援のシステムをつくっていただければなと思います。

あとは、そうですね。中島看護師さんがおっしゃっていた、平田看護師さんも言っておられたんですけども、看看連携、これはとても大事だと思います。多職種連携も大事なんですけど、この同職種連携というのがとても大事でございます、特に今回はコロナなんていう新興感染症を経験して皆様、そこは痛感していると思いますが、これからの例えば大規模災害等にも備えて、ぜひ地域の中で職種ごとのネットワークというんですか、それをしっかりとつくっていただきたいと、そのように思います。

それから、あとはリスクマネジメントのことについてなんですけども、これは来年度の同事業にもそういったものに対する補助がございますので、ぜひぜひ活用していただければなと思っております。

冒頭、平川副会長もおっしゃっていましたが、地域医療構想調整会議が今まではどちらかというと病床機能の評価とか、病床数の調整とか、そういったことを専門的にやってきたんですけども、これからそこに在宅医療ですとか、多職種連携などが入ってまいります。もう本当に、地域総力戦で地域包括ケアシステムをつくっていかねばならないという、まさしくそういう時期に来ておりますので、先生方ぜひぜひ地域の中でよいシステムをつくって、在宅療養者を支えていただければと思います。

それで、在宅医療推進強化事業も、この圏域は5市のうち3市なんですね。ICT加算を取られているのが1市だけなので、ぜひぜひこれも参画して、より多くの地域に参画していただきたいと願っておりますので、よろしく願いいたします。

長くなりましたが、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。

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。