

平成30年度東京都地域医療構想調整会議  
在宅療養ワーキング（区西部）

日 時：平成31年2月15日（木曜日）19時00分～20時45分

場 所：東京都医師会 5階会議室

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。まだお見えでない先生もいらっしゃるんですが、定刻となりましたので、ただいまより区西部圏域の東京都地域医療構想調整会議在宅療養ワーキングを開催させていただきます。

本日は、お忙しい中ご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

私、東京都福祉保健局地域医療担当課長、久村でございます。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。

では、着座にてご説明させていただきます。

本日の配付資料でございますが、お手元、次第の下段、配付資料の欄に記載のとおりでございます。資料1から資料6まで、それから、参考資料1をご用意しております。

資料につきまして、万が一落丁等ございましたら、恐れ入りますが、議事の都度でも結構でございますので、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、会議録、それから、資料につきましては公開となっておりますので、よろしくお願いいたします。

また、ご発言の際には、マイクをお取りいただき、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

それでは、まず、開会に当たりまして、東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。

では、東京都医師会、土谷理事、お願いいたします。

○土谷理事 皆さん、こんばんは。東京都医師会医療介護福祉担当の土谷です。お仕事の後、夜からお集まりいただき、ご苦労さまです。

地域医療構想調整会議、これは在宅療養ワーキングに当たるわけですが、去年もやって、ことは2回目になります。去年とことは、狙いがちょっと違うわけです。去年は何だったかという、地域の中で問題を見つけましょう、挙げましょうというところが去年の課題だったわけです。ことは、それを踏まえて、個々の事例というわけではないですけども、予想される問題を、あるいは、現実にある問題をどういうふうに解決していくのか、その解決を中心に話し合っていたきたいと思っております。時間にしては短いかもしれませんが、問題は多分いっぱいあります。すごくあるんですけども、その中で全ての対応はきょうの時間では短いわけです。ですから、特にテーマを絞っていただくと、問題解決としてより話しやすいのかなと思っております。

きょうは区西部ですけども、これまで他の圏域でもやっていたんですが、やっぱり、問題、テーマを絞ってもらったところのほうが、よりいい意見が出たかなと思っておりますので、テーマを割と絞ってもらいと、いい解決が、新たな知見が生まれるんじゃないかなと思っております。きょうはどうぞよろしくお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 土谷理事、ありがとうございました。

続きまして、東京都より医療改革推進担当部長の田中がご挨拶を申し上げます。

○田中医療改革推進担当部長 皆様、こんばんは。東京都福祉保健局医療政策部の田中でございます。

お忙しいところ、また、寒い中ご参加いただきまして、本当にありがとうございます。

この在宅療養ワーキングですが、在宅療養については、基本的には医療と介護の連携は区市町村単位で進めていくということになっておりまして、それぞれの区におきまして、区と、それから、区医師会を中心に進めていただいているものと思います。その上で、この二次医療圏単位で在宅療養についてのワーキングをするということ、どういふことをお話し合いしていただくのがいいかということを検討しまして、今回、地域と病院との連携というのを大きなテーマとして、その中で、今、土谷先生からお話のあったように、さらにテーマを絞ってきょうはワーキングを、グループワークをしていただくということになっております。

病院と地域の連携というテーマを選んだ理由としましては、やはり、病院に受診、あるいは入院をするということについては、区境を超えて、ほかの区、あるいはもう、場合によっては二次医療圏も超えて受診をする、入院をするということがありますので、より広域的な課題があるだろうということで、二次医療圏単位でのテーマとさせていただいております。

実は、この在宅療養ワーキングは各圏域ごとにやっておりますが、この区西部が最後でございまして、これまでほかの圏域でやってきたのでございますけれども、後ほど、ほかの圏域でどんな課題が出てどんな話し合いがあったかということもかいつまんでお話をさせていただきますが、割と課題としては、共通のものがあるのかなと思っておりますが、その解決方法については、それぞれの地域の医療資源ですとか、これまでの取組の内容によって、やはり地域の特性というものがかなりあるのではないかなということを感じております。ぜひ、この区西部において、区西部の特徴を生かしてといたしますか、よりよい課題解決に向けたお話し合いをしていただけることを期待をしております。本日はどうぞよろしくお願いたします。

- 久村地域医療担当課長 続きまして、本日の座長の先生をご紹介させていただきます。

本ワーキングの座長には中野区医師会副会長で大場診療所副委員長の渡邊仁先生にお願いしております。

では、渡邊先生、一言お願いたします。

- 渡邊座長 皆さん、こんばんは。また、お仕事でお疲れのところご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

ふだんから本当にご指導をいただいている先生方を前にして、私がここで座長させていただき大変恐縮ではございますけれども、持ち回りということなので、私のほうでやらせていただきたいと思います。

先ほどから東京都医師会、また、東京都のほうからお話がありましたように、今回につきましては地域と病院の連携についてということがテーマということですので、活発な論議を各グループごとにやっていただければと思っております。どうぞ一日よろしくお願いたします。

- 久村地域医療担当課長 渡邊先生、ありがとうございました。

それでは、本日でございますが、こちらのワーキングの親会議に当たります地域医療構想調整会議の区西部圏域の座長を務めていただいております黒瀬巖先生にオブザーバーとしてご参加いただいております。黒瀬先生には、会の最後に、グループワークの発表を踏まえましてコメントを講評いただくことになっておりますので、よろしくお願いたします。

それでは、以降の進行は渡邊先生にお願いいたします。

- 渡邊座長 では、司会のほうを移らせていただきたいと思います。

早速ですけれども、議事の方に入りたいと思います。

今回は、先ほど申し上げましたように「地域と病院の連携について」をテーマとしたグループワークを実施し、関係者の皆さんと課題を共有し合うだけでなく、解決に向けた具体的な対応案について検討していただく課題解決型のワーキンググループとなっておりますので、前回以上に活発な意見交換等を、私からもどうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。

それでは、東京都より議事についての説明のほうをよろしくお願ひいたします。

○事務局 それでは、資料に沿って説明をさせていただきます。

私、東京都福祉保健局の村井と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

それでは、まず、資料2をお開きください。昨年度の在宅療養ワーキングの開催結果でございます。おとしの10月から昨年の1月にかけて開催いたしました。当日の内容につきましては右側でございます。昨年度も意見交換をメインに実施しておりまして、テーマは、一つ目が在宅療養に関する地域の現状・課題等について、二つ目が地域と病院の連携についてでございます。

テーマごとに出されました意見につきましては、資料3をごらんください。本日の区西部のまとめをご紹介します。

4ページをお開きください。この資料の中の本日のテーマである地域と病院の連携について出てきたご意見や課題を紹介しますと、丸の二つ目で、退院時カンファレンスが不十分であるため、病院側が在宅での患者家族のことや地域での生活のことを十分に理解できていないといった課題。丸の四つ目と五つ目でございますように、急性期病院の医師が在宅療養でどこまで対応できるのか、理解が不足している。同様に、病院の看護師も在宅看護の知識が不足しているといった課題が出されており、また、地域側と病院側のお互いの相互理解が必要であるとのこと意見も出ておりました。

ディスカッションの参考といたしましては、もう一つ、次の資料4をお開きください。こちらは、このワーキングの親会議となります地域医療構想調整会議の今年度の第1回目の結果をまとめたものでございます。開催状況ですが、区西部については昨年の6月20日に開催してございます。内容としましては、平成29年の病床機能報告の速報値のご紹介と、地域医療構想の達成に向けた公的医療機関等2025プランについて、プラン策定対象病院からプランの記載内容についてプレゼンがあり、そのプランの内容や、プランを踏まえた地域の課題についての意見交換等を行ったというものになっております。

その会議の中で出てまいりました意見や課題についてまとめたものが資料5でございます。区西部については、資料5の1枚目の裏をお開きください。左側が区西部でございますが、ここで出た地域と病院の連携についてのお話を紹介いたしますと、②の急性期からの移行についての部分で、丸の二つ目、急性期病院からの意見としまして、急性期と在宅をつなぐ中小病院が少ない。地域包括ケア病棟の整備も検討されるが、収益性に懸念があるといったご意見。それから、丸の三つ目、急性期医療に注力するに当たり、後方連携を強化する。慢性期よりも在宅へ送る方向にシフトするといったご意見が出ておりました。また、慢性期病院からの意見として、丸の五つ目では、慢性期での受け入れに当たっては、どれくらいの入院期間になるのか、入院時に明確にわからないこともあり、そうした場合は家族や患者側の経済的な問題が一番問題となる。入院前に費用面や将来的な在宅移行などの相談が患者家族としておく必要があるといったご意見も出ておりました。

また、情報共有に関することと言いますと、③の病病・病診連携のところ、丸の二つ目、病院における病診連携の取組は一方通行ではなく、双方向の情報交換を目指すべ

きであるといったご意見が出ております。

続いて、資料6、グループワークについてご説明いたします。

まず、グループワークが開始しましたら、進行役と書記、発表役をお決めいただきます。

続いて、進行役の方が中心となり、グループ内でディスカッションする課題を決めてください。進行役の方は参加者全員が発言できるように進めてください。書記の方は、出た意見を机の上に用意したA4の紙にペンで記録して行ってください。机の上には、白紙の紙と、課題と取組案をそのまま記入できるシート、2種類ご用意しております。どちららをご使用していただいても構いません。また、シートのご提出は不要です。

次に、このグループワークの具体的な進め方についてですが、まずは、本日のテーマである病院と地域の連携から、グループメンバーの中で解決したい課題について、まず、ご議論いただき、その課題に対し、では、現状はどのようになっているか、メンバー内で話し合ってみてください。その後、課題と現状を踏まえて、その課題を解決するにはどのような取組が考えられるかをディスカッションしていただき、グループワークの中でまとめていただきます。

グループワークの終了予定時間は20時10分ごろとなります。

グループワークが終わりましたら、全グループからの発表となります。課題に関する説明と、グループでまとめた取組案を発表してください。本日は3グループとなっておりますので、1グループ5分程度のお時間がございます。

資料をおめくりいただきまして、資料6の2枚目に、これまで行われたグループワークの発表内容について主なものをまとめてございますので、ご紹介させていただきます。

まず、Aの圏域では、丸の二つ目で、地域の在宅医療側と病院側とで共通認識ができていない。在宅医療側の事情等を病院側が把握できていないという課題に対し、右側の取組案として、病院主導の研修会等を行い、地域の医療・介護関係者が病院の中に入っていく、率直な意見交換を行う。できるだけ多職種かつ市を超えた広域で行っていくのがよいといった取組案が出ました。

それから、Bの圏域では、一つ目の丸で、各地域で使用されている情報共有のツールが異なっているため、別の地域から来る患者の情報は別のツールを使って共有しなければならないということで、解決策としては、東京都、あるいは、国が統一的な情報共有のためのツールをつくるべきであるというご意見をいただいております。

また、Cの圏域では、一つ目の丸で、同様に情報共有に関連することですが、退院後、他の病院へ転院、あるいは、在宅療養へ移る際に、双方の医師間での情報共有はできているが、元のかかりつけ医や地域のソーシャルワーカー等と情報共有ができていないという課題に対し、取組案としては、まずは、圏域内には共通のシートが既に整備されているので、引き続き周知して利用を広めていくということと、病院から他病院へ転院する際の病院間の情報共有シートもわかりやすいものをつくって統一していくという案が出ておりました。

最後になりますが、参考資料1のデータ集についてでございます。こちらは、厚生労働省から各都道府県に対し提供される、医療計画作成支援データブックや、同じく、厚生労働省が公表している在宅療養に係る地域別データ集等をもとに、在宅療養に関する医療支援や看取り等の実績、自宅死の割合等をまとめたものでございます。今後、地域において施策検討のご参考としていただきますよう、この場をかりて提供させていただくものでございます。後ほどご確認いただければと思います。

以上で説明を終わります。

○渡邊座長 ありがとうございます。

今、東京都からの説明につきまして、何かご質問はありますでしょうか。よろしいでしょうか。

時間もありませんので、それでは、早速グループワークを始めたいと思います。今回のグループワークにつきましては、座長である私も参加することとなっておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、グループワークのほうを始めさせていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

(グループワーク)

○渡邊座長 お話が尽きないところではございますけれども、グループワークで大切なことは時間を厳守するということらしいですから、そういう意味で、20時10分になりましたので、この辺でグループワークのほうは終了していただきまして、いろいろと論議されていると思いますけど、時間になりましたので発表のほうに移りたいと思います。

1 グループ5分程度の発表でお願いしたいと思いますので、準備のほうはよろしいでしょうか。

順番につきましてはA、B、Cの順番にやっていきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、よろしいでしょうか。

とりあえず、まず、Aグループのほうから発表のほうをよろしくお願いいたします。

○矢澤委員 こんばんは、Aグループの矢澤でございます。

我がグループは大変幾つかの課題が出ましたが、課題を話しているうちにだんだん違う話になっていって、なかなか、到達点までいったかどうかと言われると非常におぼつかないのですが、一応三つほど課題が出ました。

一つは情報ツールの問題です。やはり、情報をしっかりと伝えていくことで、パスのようなものが本当は必要なんじゃないかという、最初、そういう問題提起をされた先生がいらして。実際に、情報提供書をケアマネさんが病院に持っていくというようなことが制度的になってきたので、杉並さんでは今、急性期の病院三つが集まって統一したものをつくろうというようなことで、今、苦勞されているという話も聞きましたし、新宿では、ケアマネジャーの連絡会の中で一つのツールができ上がっていて、それを病院とつなぐという、一つ、そここのところを今しているところなんです。そういった紙ベースの情報提供書のレベルでまずはいいんじゃないかというのがおおむねの意見です。

ICTについては極めて意見が分かれて、ICTが必要だという先生と、それから、余りあってもしょうがないというご意見と、二つありました。これを説明するとすごく長くなっちゃうのでやめますが、やっぱり、ICTの特徴をしっかりと、情報共有とセキュリティが守られるICTでないちょっと危ないんじゃないかというご意見もありましたし、医療職同士のICTの活用はいいけれども、福祉職との間でどこまでそれが可能なのかという疑問を出された方もいらっしゃいました。

それから、病院と地域との連携ではなくて、ある意味、地域の在宅にある、いわゆる在宅のノートというか、そこに書き込んでいくというのはいいなという話が出たんですけど、それは病院と地域の連携ではないので、そこはいいけど、ちょっとそれでは難しいよねみたいな、そんなところで、情報ツールについては一応話が収束いたしました。

もう一つは、急性期病院の医師を初めとするスタッフの方々がなかなか地域に対するご理解をしていただけていないということで、例えば、地域の在宅医療の主治医の先生が慢性期の患者さんを病院に送ってもなかなかとってもらえなくて、何を治療すればい

いのかみたいなことになってちゃってとってもらえないという実態がありますよという、そういうことをおっしゃった先生がいらして、うちの区もそうなんですけど、緊急一時入院病床確保事業というのをやっているの、それでとれませんかという話をしたら、その区は極めてそういう病院の数は少なく、稼働率が300%を超えていてとれないということで。新宿などはある意味、病院も多いのと同時に、三つの病院で緊急一時の病床確保をしているので、そういった意味では、在宅の先生が困ったときにちゃんと受けとめるバックアップのベッドはあるという話をしたんですが、そういう病院がなければ満杯になっちゃうよという話や。ある部分、社会的入院に近いようなレスパイトをどうするかという話では、老健施設の先生から、老健ではちゃんとそれをとれますよというようなお話をいただいたので、ある意味そういった老健のような、その施設を上手に活用しながらしていくのがいいかなというようなことを、そんな話があった上で、もう1回最初のこの話に戻ってきて、病院のスタッフの地域の理解が低いということについては、病院から例えば訪問看護ステーションの訪問に同行するような研修制度もという、うちの区はそういうことをやっているんですけど、それはすごくいいんじゃないかということをおっしゃったんですが、そうだねと、そういうものがあればいいけど、そういうときにその病院から看護師を出せる余裕があればいいけど、なかなか出す余裕がないから、それは必置にしちゃって、必ずそれは行くと義務づけたほうがいいんじゃないですかという医長先生の鶴の一声があって、そういうふうにしたらみたいな話になっていました。

ということで、病院と地域がやっぱりどこかで現場を共有するというのが、病院の先生方も忙しいので、その地域の事情というのはなかなかそんなにつまびらかに知る機会がないし、なかなか外に出られないと思うんですけど、年に1回ぐらいはそういう。うちの区ではドクターも訪問看護ステーションと一緒に同行していただく制度にしているので、そういったことは案外これから広まっていくといいんじゃないかなというふうな意見でした。

以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。

Aグループのほうの、きょうリーダーになった先生については、何か補足の意見はございますか。

○村井委員 いいえ。

○渡邊座長 ありがとうございます。

続きまして、Bグループの発表のほうをお願いしたいと思います。Bグループのほう、よろしく願いいたします。

○蛭名委員 それでは、Bグループは歯科医師会の蛭名が発表させていただきます。

チームBとしては三つの問題点を一応挙げました。

情報の共有。これは、現状として電子カルテの状況がばらばらなところで、医療情報だけでなく、看護や栄養の情報がもっと連携をとるためには必要であろうと。そのためにICTをもっと活用していったほうがいいと。新宿区の場合、現在、医師会のキントウンという、帝人が企画している、そういう電子ツールがあるんですけども、それが比較的活用されているという点で、今後そういったことをもっと活用していきたいというところが解決策として出てきました。ですから、先ほど、問題点を随分Aチームのほうは挙げられたようなんですけれども、こちらのほうとしては、新宿区のうまくいっているところをもっと伸ばしていこうと、そういうところでの発言がございました。あと、それについて、実は杉並では過去に一度そういうものを導入したという経緯はあるんです

けども、途中でなかなかうまくいかなかったと。一方で、そういう点もあるので、忙しいドクターが、どの程度そういうツールをうまく使いこなせるかとか、うまく導入できるかということも、業者とのタイアップ、連携、業者の選択も含めて、そういったところも今後の課題としては残るといことも話としては出ました。

それから、2番目として、診療所から病院に紹介した患者が、紹介元の病院に戻らないケースもあるので、そういうところもちょっと、今後、連携の中ではどうしようという話が出てきましたけれども、こちらにはJCHO新宿メディカルの先生方が2人いらっしゃって、非常にその辺は注意した取組を病院側としてもしようとはしています。ただ、病院全体的に見ると、まだまだそのかかりつけをしっかりと把握しないで入退院を勧めているところがまだ随分あるというところで、問題点が多いのではないかということでは出ていました。それで、取組案としては入退院の連携情報の共有です。これが、先ほどのICTのツールの使用であったり、それに附属する他のツールであったりということもあるんですけども、病院のカルテに紹介元診療所、それぞれのかかりつけ医の名前は必ず記すようにする。もしくは、そういう電子カルテの中に必ず取り込むシステムを用いる。入退院支援の充実ということで、それぞれの担当医、病院の担当医ですね。そういったところに対する意識づけ、在宅、もしくはかかりつけ医に戻すという意識づけをもっと高めていきたいと思います。そういうところで、恐らく個々の病院の課題にはなるかとは思いますが、そういったところが取組に必要なんだろうということだと思います。

また、あと、3番目として、担当医が不明の患者の紹介ですとか、緩和ケア患者の急変時の対応というところを、もう一つ、連携の中での問題点として挙げました。ただ単純に熱発をした患者さんが来られたと。その場合に、急な状況で、どこが元の病気なのか分からない場合に、例えばJCHOの新宿であれば、そういったところ、チームGという内科の総合チームというのがあって、誰でも一応マルチに診られると、そういう体制をとっているということ。それから、緩和ケア患者の急変時。例えば、外来通院中で、途中でぐあいが悪くなって、かかりつけ医のわからない状況で入る場合もあるわけですね。そういった対応のこともプレ緩和チームというのが対応していく。チームGもその一環としてあるようですけれども。このように、まずは情報の共有は確実に行っていくと。先ほどもあったように、セキュリティに関しては、やはりこういうツールを使うに当たっては必ずついて回る問題ですので、そこをどの程度共有しながら活用していくかということだと思いますし、入退院のカンファレンスも、なかなか皆さんお忙しい中で、昼間に病院を抜けていくということは難しいですね。だから、その辺も、やはりこういうツールを活用することで、もう少し簡便化もできるんじゃないかと。今、変な話ですけど、保健点数のほうでもだんだん緩くなって、こういう電子ツールでも情報提供のあれにもなってくるようになったので、こういったことをどんどん活用していくというのが、今後の一応取組案だろうと、そういうことでまとめてあります。

以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。

Bグループのほうで、リーダーを含めて何か補足事項ございますでしょうか。

○阿部委員 いいえ、特にありません。

○渡邊座長 ありがとうございます。

最後になりますけれども、Cグループのほう、よろしくお願いたします。

○山田委員 すみません、Cグループです。杉並区の自治体の在宅医療・生活支援センターの山田でございます。

Cグループで出た課題ですけれども、ほとんどAグループさん、Bグループさんと同じように、病院と在宅の情報の共有の仕組みというものがまだ十分じゃないねというところは課題となって出ました。わかりやすく言うと、例えば、病院の窓口とかが、入院に際しての窓口とかがわかりにくいということであったり、医療連携室とか入退院支援センターとかもできているんだけど、今、加算がついたことで、その加算をとることに一生懸命になっていて、必要な情報をしっかり受けとめてくれるような状況になっていないんじゃないかと。ケアマネさんがなかなか相談をしにくい状況になっているというような話も出ていました。

あと、もう一つは、病院のドクター、在宅のドクター、病院の看護師、入院の看護師、あと、在宅の看護師がお互いに理解していないのではないかとということで、地域の在宅を、特に病院のドクター、看護師とかが理解をしていないんじゃないかというような課題も出ています。

あと、もう一つは、ACPといいますか、意思決定支援というところで、救急車で入院で運ばれたときにどう医療を迎えたいのかというところがなかなか把握できないような現状があったり、在宅でもそういった支援が十分じゃないんじゃないかというところで課題が出ていました。

解決するための取組案というところでいろんな意見が出ていましたけれども、一つは、情報共有の仕組みということで、さっきの3病院の連携の会さんと杉並区も協力しながら、今、入退院のための連携シートというような、入院のときに必要な情報を病院に流せるようにというものとか、あと、退院のときに病院から必要な情報を在宅に流せるようにという共有シートをつくっている取組をしているんですけども、そういった取組も一つだろうけれど、一番大事なものは、医療と介護の両方の情報がわかるような、意識を持って情報をお互い送るようなことが、シートだけではなく、そういう心がけみたいなものが大事じゃないかというような意見も出ました。

あと、ご本人が急な入院とかのための私のカルテというようなものを、ご本人がしっかり健診結果とか既往歴とかお薬情報とか家族の情報とか、そういったものをしっかりご本人が持って、入院のときに持っていくと連携になるんじゃないかというような意見も取組案として出ています。

あと、一番大事なものはというところで、教育なんじゃないかというところが出ています。中野共立病院さんでは、病棟のドクターが全員訪問診療を行うというか、経験するというような体制をとっていらっしゃるということで、医学生だけじゃなくて、職員、看護師等を含めて、地域のフィールドをしっかりと共有して、理解と情報共有を深めるような仕組みができるといいんじゃないかということと、あと、施設とか法人とか、そういうわくを超えてそういったものが共有できたらいいんじゃないかというのが取組案として出ておりました。

以上でございます。

○渡邊座長 ありがとうございます。

Cグループ、リーダーを含めて、何か補足すべきこととかはございますでしょうか。

○山本委員 少しだけ。今の発表でもう十分なんですけども、キーワードはやっぱり、医学生、看護学生の教育の面と、それから、実際働いている職員の相互理解、地域と病院とか、そういう相互理解。それから、フィールドを提供し合うということですよ。先ほどちょっと出ましたけれども、訪問診療を経験したことがない医師が病院ではいっぱいいるわけで、それを、開業医の先生とか訪問診療をしているような病院を、法人とかを超えてお互いに研修し合うことについて、みんなが寛容になろうと。それについては、

やはり費用とか云々ではなくて、そこは病院が負担する、もしくは、都が負担して、その研修について保障してほしいなど、そういうふうに意見として訴えたいと思います。よろしくをお願いします。

○渡邊座長 ありがとうございます。かなりいい意見じゃないかなと。

一応、3グループの発表が終わりましたので、本日の各グループからの発表について、もう一言言っておこうかなという方はいらっしゃいませんか。大丈夫でしょうか。

今回、座長のほうを務めさせていただいたので、私のほうからも今の3グループのご意見をちょっとまとめてみると、やはり、病院と医療、在宅の中で、今回はどうやって患者さんの情報を共有するか、これについては、ICTがいいのか、それはどうなのかという話も含まれています。ただ、どこのところでも同じような形で、果たして本当に不十分なのかということも考えると、今の診療情報提供書のやり方ではですね。また、病院側からのサマリーは戻ってきているわけですが、それに補足してどうなのかというところはやはり今後ちょっと考えていって。

行政のほうとしては、東京都がつけるわけではないですけれども、情報というものに対して、やはり知的財産権みたいなものがしっかりあって、患者の情報というものの守秘性もあれば、何らかの対価ということも考えた上でやっていただきたいなぐらいな感じの話もありました。そういう意味では、今後、この情報というものをどうやって取り扱っていくかというのは一つの課題だなというふうに思っております。

3グループともほとんど全員一緒だったんですけれども、やっぱり病院の在宅の理解がちょっと足りないんじゃないかと。ちょっと病院さんには申しわけない意見が多かったんですけれども、そのためにいろいろなどいうことを今後取組んでいくべきかというような形でお話があったかと思います。やはり、お互いのことを地域の環境とかをよく知っていただければ、話はかなりスムーズに進むんじゃないかなということでありました。

それと、やはり、病院と診療所というか、病院と在宅の診療所で、もともと紹介医が、AグループとBグループの中にもあったんですけど、紹介医が紹介して、退院のときには違うところに行っちゃったと、そういうことになると、連携がとれているとは言えないです。とてもこれは、病院と在宅と連携がとれているのかということ、紹介して違うところへ行っちゃったら、連携がとれているのかなということ、やはりかなりこの患者さんにとっても大切なことですので、そういったことの注意事項というのは今後ともあるのではないかなというふうに思いました。

あと、内容的には大体そういったところでほとんど集約されているのかなという形で、治療内容等については余り問題は実際になくて、ただ、今の時期だと、私はAグループにいたんですけども、病床が苦しい、病棟が結構埋まっていて、受けたくても受けられないという状況もやはりなかなかあって、地域医療構想ですので、病床が、例えば中野、杉並、北西部なんですけれども、やっぱりどうしても偏りがある。新宿さんは結構病床に余裕があるけれども、中野は意外に病床に余裕がない。老健については、中野は1個しかないけれども、ほかのところにはあるけれども。そうすると、地域での資源をうまく活用する方法をもう少し考えないと、必ずそれを是正しろと言われてもわからない。これが地域医療構想だったはずなので、それをうまく使える方法というのが今後必要なのかなんというふうに感じておりました。

私のほうからは以上であります。

それでは、本日オブザーバーとしてお越しいただいております黒瀬先生より、ちょっとご感想のほうをいただきたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

○オブザーバー（黒瀬） ありがとうございます。調整会議で座長を務めております黒瀬でございます。

本日は、お寒い中、この寒さを吹き飛ばすような熱いグループワークをありがとうございました。私も聞いていまして大変参考になりましたし、勉強になりました。

皆様も既にご案内のとおり、区西部の特徴というのは、今後、今現在、大体1万床の病床を持っているんですけども、今後それが1万2,000床ぐらい必要になるだろうと。その中で一番足りない部分が、やはり回復期、慢性期の病床ということになりますので、また、区西部の特徴のもう一つとしては、新宿区に急性期病院が非常に多く集まっています、中野区、杉並区にはむしろ慢性期が多いというのが2大特徴だと思うんですね。

ただ、ニーズに応じて、なかなか病床機能を変えることができないというのが、調整会議のほうでの大変な問題になっているわけですけども、どうしても大病院の先生方は、大病院の使命というのは、この区西部のためだけにあるわけではなくて、ほかの圏域から流入してくる急性期の医療が必要な患者さんの治療も重要な役目になっているので、なかなか大幅な大胆な機能の変更というのはできないというところが大きな問題かなと思います。そういったその状況の中で、やはり、慢性期、あるいは、回復期の患者さんを診ていくためには、やっぱりこの在宅医療というのは絶対に欠かせないますます重要な部分になってくると思うんですけども、先ほどからお話を聞いていたとおり、やはり情報の共有ですね。病院に紹介するとき、病院から戻ってくるとき、どういった医療が今まで行われてきたのか、今後どういう医療が必要なのかということに関して、確かに紙ベースも必要でしょうし、ただ、やはり、時代の流れとしてはICTを使った病病連携、病診連携、そういったものが必要になってくるのだろうと思います。

皆さんご高承のとおり、東京都医師会では東京総合医療ネットワークという、異なる電子カルテ間をつなぐICTツールを今、開発して、既に8病院で実際に運用が開始されております。さらにこれが、来年度中、来年の3月までの間に、病院と診療所までつなごうということまで、今、決まってまいりました。これは、病院の診療所が病院の情報を見るだけではなくて、閲覧施設ではなくて、多分、相互に閲覧できるようになる。要するに、今まで、例えば健康診断とか、診療所で自治体の健康診断とかいろんな予防接種とか受けていた、その記録も病院に入院するときに見ていただくことができるようになるし、また、病院でいろいろな治療、あるいは、いろいろな科にかかっている、最終的にどの先生がお返事を書いてくれるかはわからないですけども、例えば、内科に入って、外科に行って、最後にちょっとまた糖尿病もあってとか、そういう情報も一つの紙で書くのは非常に大変だと思うんですけども、電子カルテを閲覧することによってその情報を得ることができて、さらにそれが、診療所でも、在宅を専門にしている診療所と、それから、ふだん元気なときには歩いて来てもらえるような診療所と、3人主治医制と新宿では呼んでいますけれども、病院の主治医の先生、在宅の主治医の先生、一般の診療所の先生、それぞれがその情報を共有できるという、こういうシステムが、今後、もうあと1年ぐらいで実際に稼働してくると思いますので、こういったものも利用していただくと非常にいいのかなと。

ただ、区西部全体の、例えば病院と介護の関係はどうなるかということ、確かに、新宿区はキントウンというのを利用して、今、徐々に多職種連携がICTを使ってうまく動いてきていますけれども、残念ながら、中野、杉並に関してはそこら辺の温度差が多分ちょっとあるのかなという。ただ、やはり、患者さんにとっては何区というのは関係ないわけですから、当然、新宿と中野のちょうど中間あたりに住んでいらっしゃる方もい

れば、中野、杉並の境に住んでいる方もいらっしゃるわけで、そこら辺は、東京都全体がもちろん一つの情報ツールで情報共有ができるようになるのが一番いいわけですけど、少なくとも区西部の中でそういった情報共有ができるように、病院、診療所、診療所、多職種連携、これが一つの流れとして情報共有ができるようになるといいのかなと思っています。

最後に一つだけ。実は、山梨県で今、試験的に行われているシステムで、スマホに、PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）といたしまして、自分の生まれてから、それこそ予防接種のころから健康診断から全ての情報をここに入れて、自分が病院にかかったときにそれを見せることができる。あるいは、自分が道端で倒れて意識がなくなったときにでも、これを開いてもらえば、救急隊に、自分が例えば救急蘇生を望んでいるか望んでいないかとか、そういったことまで含めてその証明をすることができるというのを、今、山梨県のほうで実験的に行われていまして、こういったいわゆるハード面での、病院診療所、多職種というだけではなくて、患者さん側からのこういうツールというものも今後いろいろ開発されてくると思います。その両方からお互いに補完し合いながら、その情報というものが共有されていくのかなというふうに思いました。ぜひこれも、区西部の中でこういったことも視野に入れながら、連携を深めていただければいいのかなと思いました。

きょうはどうもありがとうございました。

○渡邊座長 黒瀬先生、どうもありがとうございました。ICTに詳しい黒瀬先生ならではのお話だったのかなというふうに思っております。

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っております。東京都医師会の理事、土谷先生よろしくお願いたします。

○土谷理事 皆さん、お疲れさまでした。講評というほど偉そうなお話はできませんけれども、三つぐらいお話をしたいと思っております。

情報の共有化については、この重要性は、皆さん、どこでも同じようにお話しされていきました。意外と区西部は地域によって温度差があるんだなと、考え方が違うんだなということがよくわかりました。

時代の流れとしては紙からデジタルツールになっていくのだろうなと思っておりますし、その情報も、カルテにあるのか、黒瀬先生が言うようにスマホにあるのか、あるいは、場合によってはクラウドに置いてあるのか、10年後になったら、もしかしたら全部統一されているかもしれません。ですけど、今はまだまだ全然統一されていない状況で、けども、それを文句を言ってもしょうがないかもしれないので、ばらばらな状態でどうやって連携していくかというのが現実的な問題だと思うんですね。それは個々の診療所、医療機関だけではなかなか解決できないことではあるんですけども、問題意識をまず持ってもらうのが大事だとは思っています。それは皆さんが持っているもので、どんどんそれは、方向は定まっていなくても、変えなきゃという意識は皆さんは持っているんじゃないかなと思っています。

それから、あと一つ、救急の話ですけど、つい数日前の話ですが、東京都の救急医療懇話会で、望まない蘇生については、今後は随分抑制的になっていくんじゃないかなと思っています。救急隊が主治医、かかりつけ医に確認できたら蘇生をしないと。これは実はすごい話で、救急隊は何が何でも、かつての医療提供者もそうだったんですけど、救急隊はそれが使命だったのにそれをしないというのは、画期的なことが今後起きてくるという話ですので、そういう時代が全国に先駆けて東京で始まるんだなと思っています。

それから、あと、最後にしますけど、元に戻らない問題です。かかりつけ医から病院に行って、病院からかかりつけ医に戻らない。場合によっては、入院した先からまた転院して、余計情報も通じていなくて、あれ、かかりつけは誰だったんだろうと。よくわからなくて、その病院と懇意にしていたクリニックの先生、あるいは訪問診療の先生のところに行っちゃったというのは、どこの圏域でも出てくる話です。本来であればかかりつけ医に戻ってほしいとかかりつけ医の人も思うし、家族は、本当にかかりつけ医に戻りたかったのか。戻りたかったら、もしかしたら、病院に入院したら、かかりつけ医に戻りたいと本当は言われなきゃいけないのかなと思うところもあります。

ただ、診療所だったりすれば、在宅の機能が乏しいとか、うちは訪問診療をやっていないからとかいうことで戻れないのかもしれないかもしれませんが、ですけど、要介護状態になるというのは、普通にいけば、皆さんの目に見えているわけです。男性だと9年ぐらいで、女性だと10年以上、12年ぐらいは要介護状態になりますから、訪問診療になるニーズは、これだけ高まっていると、皆さんはわかっているわけなので、これは余り言い過ぎかもしれませんが、戻ってこないと言う前に、あの先生のところに戻ってきたいという医療機関に私たちはならなきゃいけないのかなと思っているところです。病院の理解が不足しているかもという話が出るかもしれませんが、それはそれであるかもしれませんが、開業医、もともと診ていたかかりつけ医、あの先生のところに戻ってきたいと言われる病院にならなきゃいけないかなと思っているところです。

ちょっと言い過ぎたかもしれませんが、私の話は以上です。

○渡邊座長 ありがとうございます。

それでは、本日予定されました議事は以上となりますので、ここで事務局のほうにお返ししたいと思います。

○久村地域医療担当課長 ありがとうございます。本日は、限られた時間ではございましたが、課題整理、論点整理をしていただいて、また、具体的な取組案、提案にまでつなげていただきまして、まことにありがとうございました。

今回の議論の内容、それから、いただいた提案内容等につきましては、こちらの親会議でございます地域医療構想調整会議、あるいは、東京都全体を取りまとめます地域医療構想調整部会に、ちょうどこれは来週の火曜日に開催されるのですが、報告させていただきます。また、東京都におきます在宅療養の今後の検討の参考にさせていただきますと思います。ありがとうございました。

また、本日参加いただいていない医療機関、あるいは、医療介護関係者に対しても、今回の議論の内容等については情報提供をさせていただきます。共有していきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、以上をもちまして在宅療養ワーキングを終了とさせていただきます。改めまして、本日はどうもありがとうございました。