

令和元年度東京都地域医療構想調整会議
在宅療養ワーキング（区中央部）

日 時：令和元年11月7日（木曜日）19時00分～20時35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がいらっしゃるんですけど、定刻となりましたので、ただいまより「区中央部、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、地域医療担当課長の久村でございます。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。

まず、本日の配布資料でございますが、お手元、次第の下段に配布資料と枠がございますが、こちらに記載のとおりでございます。資料1から資料7まで、それから参考資料1から3までをご用意しております。資料につきまして、万が一、落丁等ございましたら、恐れ入りますが、議事の都度で結構でございますので、事務局までお申し出いただければと思います。

また、本日の会議でございますが、会議録、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、マイクをおとりいただきまして、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

それから、本日の会議でございますが、こちらのワーキンググループの親会にも当たります地域医療構想調整会議の区中央部の座長をお務めいただいております佐々木先生にもオブザーバーとしてご参加いただいております。きょうは、グループディスカッションのほうにもご参加いただいた後、講評をいただくことに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、まず東京都医師会より、開会のご挨拶をお願いいたします。

○土谷理事 皆さん、こんばんは。東京都医師会副会長の医療介護福祉担当の土谷です。夜遅い時間から会議が始まるわけですがけれども、皆さん、ありがとうございます。

私、ちょっとあんまり多分ディスカッションする時間って結構少ないと思うんですけど、早速なんですけど資料5を見ていただきたいんですね。訪問診療の受療動向データとあります。資料5の1ページ目が千代田区、中央区の数字になっています。これは見方が、いきなり見てもわかりにくいんですけど、上に小さい「患者住所地ベース」についてというただし書きを読まないで、私も意味が最初よくわからなかったんですね。これで千代田区のところをごらんください。真ん中の患者住所地ベースとあります。そこに数字がずらっと並んでいるんですけども、一番最初の行が訪問診療（居宅）とあります。これ、千代田区の絡みの数字を見ると1,394とあります。これは、千代田区に住んでいる人が千代田区の医療機関から受けた数ですね。これが、同一建物の場合は住所地特例というのあるのでちょっとわかりにくくなるので、こちらの話は今しません。居宅のほうだけ、いわゆる皆さんが普通に在宅というのをイメージするところになります。そこで、もう一回言いますが、千代田区の人が千代田区の医療機関から受けているのが1,394です。これ総計が千代田区の人が全体でどのくらい居宅の人が在宅を受けているかというと、一番右側なんです。総計が3,140です。つまり、千代田

区に住んでいる人、居宅として医療を受けていた人が3, 140で、そのうち千代田区の医療機関から訪問診療を受けた人が1, 394。これパーセンテージで言うと、こっち側に書いてないんですけど、およそ44%になります。

同じことをずっと続けていくとあれなんですけど、次の中央区になります。中央区の患者住所地ベースの一番上の行、こちらは訪問、ちょっと飛ばすとわからなくなるのでここは丁寧に話ししたいんですけど、訪問診療（居宅）、中央区の人が中央区の医療機関から受けたのが2, 904ということですね。総計が、中央区の人が全部で4, 118人。そのうちのつまりその3, 000人ぐらいなんで、こちらのほうはどのくらいかということ70%ぐらいですね。

つまり、中央区と千代田区を比べてみると、中央区の人は中央区からの医療機関から受けているほうが多い、7割受けていると。一方、千代田区においては千代田区の医療機関から受けているのは44%しかないということになっているんですね。

同様の、港区、文京区、台東区とやると、実はいずれも7割を超えています。つまり、こちらの中央区においては千代田区の人が千代田区の医療機関から受けるというのは、比較でしかないわけですけど、極端に44%って結構少ないんですよ。これはその数字のデータとして出ているところです。

何が言いたいかというと、まずそれがいいのか悪いのかということもあるし、外の医療機関が来ても仲よくやっていけば別にいいと思いますし、いや、医療は地産地消だといって地元でやったほうが顔が見える関係ができるし、そっちのほうがいいんじゃないかといって、そっちのほうを進めていくということでもありだと思います。それについて、あるいはその実感として、そんなに本当は数字高くないんじゃないのと、いや、もっと高いんじゃないのとか、そういった実感をこちらで皆さんで議論していただきたいなと思うんです。数字としてはもうこういう数字が出ているところですけど、それとやっばりデータとそれぞれの感覚というのは結構乖離するところがあるし、もしかしたら数字以上に実感のほう正しいこともあるわけです。ですので、そういったところを少し突っ込んで話していただけたらいいなと思います。

ちょっと長くなりましたけど、私からは以上です。よろしくお願ひします。

○久村地域医療担当課長 土谷先生、ありがとうございました。

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。本ワーキンググループの座長、加賀医院長の加賀先生をお願いしております。

○加賀座長 皆様、こんばんは。神田医師会の介護保険を担当しております加賀と申します。

皆さん、この顔の見えるというか、この間、先週でしたっけ、佐々木先生がプロデュースしていただいて中央ブロックの理事の皆さんが集まって、ここにいらっしゃる先生方も何人かいたので、きょうは活発なご意見をいただければと思いますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

○久村地域医療担当課長 加賀先生、ありがとうございました。

それでは、以後の進行を加賀先生にお願ひいたします。

○加賀座長 それでは、議事のほうに移りたいと思います。

早速なんですけど、今年度というのは東京都から在宅療養に関する地域の状況をテーマにまず地域の現状を共有して、将来増加するであろう訪問の診療の需要にどのように対応していくかということ、きょうはグループワークでやりたいと思います。前回は個別にいろいろやっていたんですけど、今回はグループワークでやろうと思います。その後、活発なご意見を皆さんからいただいて、東京都に議事を説明させていただいて、

これからのことをちょっと東京都のほうから議事を説明、よろしくお願いします。

○東京都（中島） 東京都福祉保健局の中島と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

まず、資料2をお開きください。今年度の在宅療養ワーキンググループの目的についてでございます。

皆様ご存じのとおり、高齢化の進展に伴いまして、今後も訪問診療の需要が増加していく見込みというふうになってございます。都におきましても、保健医療計画で2013年の訪問診療の実績と比較して、2025年の必要量がおよそ1.5倍となるというふうに見込んでいるところです。こうした将来の訪問診療の需要増に地域でどのように対応していくかというところで、在宅療養に関するデータ、本日もいろいろお持ちしておりますけれども、地域の中で共有していただくとともに、実際の現場の中で日々、皆様がお感じになられている訪問診療に関する資源の充足状況も踏まえて、今後どのように取り組んでいくべきか地域の中で検討するということが重要と考えております。そこで、在宅療養ワーキング、今年度につきましては、在宅療養に関する地域の状況というのをテーマに、そうした現場での充足状況、将来の需要増に向けた取り組みについて意見交換をいただきたいと考えております。

また、後ほどちょっと説明させていただきますけれども、今回このグループワークで出たご意見につきましては、東京都が今年度策定させていただく外来医療計画の中に記載される形となっております。

改めまして、今回のワーキンググループの議題でございます。まずは、議題の一つ目でございますが、資料の（1）をごらんください。

意見交換のポイントをア・イ・ウの3点設定しております。先ほど申し上げましたとおり、地域における在宅療養に関する資源の状況について、訪問診療、在宅診療に関する資料を中心に意見交換を行っていただきたいと思ひます。看護師さんやケアマネジャー様などの多職種のメンバーの方からは、訪問診療について日ごろそういった多職種からの視点で見た充足状況についてお話をいただければと考えています。

次に、話し合った内容を踏まえて、将来増加する訪問診療の需要に対応していくために地域でどのように取り組んでいくべきかご議論いただきたいと思ひます。

それから、最後のウのところにつきましては、これはあればなんですけれども、区中央部圏域の全体で見て、圏域の特徴であったりとか課題などがあればその場でグループワークの中で意見交換いただきたいということで記載しております。

それから、（2）のポータルサイトについてというものでございますが、これは情報提供として今回の意見交換の終了後に、東京都のほうから紹介をさせていただきたい取り組みでございますので、後ほどグループワークの後にご紹介させていただきます。

今回、グループの編成についてなんですけれども、次の裏面をお開きください。今回、グループの編成につきましては、資源の状況に関して意見交換を行うということで、区市町村ごとにご推薦のある方々につきましては事務局のほうでその区市町村のグループに入らせていただいております。各団体から1名ご推薦という形でご参加いただいております方につきましては、事務局にてその各グループに割り振りをさせていただいております。

続いて、グループワークの流れでございますけれども、この裏面の4に記載しておりますとおりますが、グループワークのお時間、45分間でございます。その後、各グループから2分程度で発表いただくという形になります。

続いて、資料の3をお開きください。こちらは、先ほど申し上げました意見交換の内

容につきまして詳細を落としたものになります。まず、本日、グループワークを開始しましたら、進行役と書記の方、発表役の方をおきめいただきます。進行役の方が中心となって意見交換を進めていっていただいで、書記の方は出た意見をその机上のほうに用意しておりますA4の紙にペンで記録していっていただきます。それから、区市町村ごとの意見交換をいただくときに、将来の需要増に向けてどのような取り組みが必要かというところの意見交換の例としまして、この資料の3の下段のほうに(1)②の意見交換の例というところに記載してございますので、参考としていただきたいと思います。

続いて、意見交換で参考にしていただきたいデータとしまして、次の資料4から6をご用意しております。

まず、資料4のほうですけれども、こちらが2025年における在宅医療のサービス必要量、こちらを記載したものでございます。このデータにつきまして簡単にご説明しますと、まず2013年の患者住所地ベースの訪問診療の実績、こちらが下段のほうで9万6,712件というふうになっております。その隣の列で訪問診療の2025年の区市町村ごとの必要量となっておりますが、こちらが右側の一番下のほうに都全体で訪問診療の必要量、2025年は14万3,924人となっております。2013年が9万7,000人でございますので、おおむね1.5倍の必要量の増加という形になります。

続いて、おめくりいただきまして資料5です。こちらの需要動向のデータのほうにつきましてですが、資料の見方につきましては先ほど土谷先生のほうから少しご説明をいただいたというところもでございますのでその見方のほうについては割愛させていただきですけれども、今回のデータにつきましては、昨年度、同じ資料をお配りしております、そのときから、すみません、ちょっとデータの時点更新のほうは厚労省からのデータがまだ提供されていないものですから、その昨年度と同様、平成28年度のデータを使っております。在宅患者訪問診療料のレセプト枚数で、国保分と後期高齢者分が含まれた全体の数値という形になってございます。この資料でそれぞれ患者さんの流入出としてまとめてございます。

それから、資料6をお開きください。在宅療養に関するデータの一覧となっております。

1枚目の在支診、それから在支病の数、次のページが訪問診療を実際に実施していただいている診療所の数といった形でそれぞれまとめてございます。こちらも昨年度おつけしておりましたデータでございますが、こちらのほうにつきましては厚労省のほうから今年度データ提供がございましたので、事前更新をさせていただいております。

それから、参考資料1と2もお配りしております、こちらは昨年度のワーキンググループの結果をまとめてございますので、後ほどごらんいただければと思います。

それでは、続きまして、先ほど少しお話しさせていただきました外来医療計画につきまして、簡単にご説明させていただきたいと思っております。資料7-1をお開きいただけますでしょうか。

この外来医療計画の中で、今回ワーキンググループの中でいただいた主な意見のほうを記載させていただきたいというふうに考えておるんですが、まずその前に外来医療計画とはというところで少し簡単にご説明させていただきたいと思っております。

今回の外来医療計画、そもそもの策定の経緯なんですけれども、平成30年に医療法が一部改正されまして、医療計画の中に定める事項として新たに「外来医療に係る医療提供体制に関する事項」というものを追加することとされました。そのため、この外来医療計画の性格としましては、東京都の保健医療計画、平成30年3月改定の現行の東

京都保健医療計画に追補をするものという位置づけになっております。計画期間につきましては、今年度中に計画を策定いたしまして、令和2年度からの4年間を最初の計画期間とすることとされております。

続きまして、外来医師偏在指標とはというところで、この指標につきましては、医師の性別・年齢分布、患者の流出入といったような要素を勘案した人口10万人当たり診療所医師数から算定される指標となっております。この指標の中には病院の医師数というのは含まれないということになっております。また、この指標は国のほうで全国の保健二次医療圏ごとに算出して各自治体に通知されることとなります。そして、外来医師偏在指標の値が全国の335圏域の中で上位33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域と指定されることとなります。国としてはこの外来医師多数区域であるということを新規開業者の方に情報提供することで、開業者自身が既にその地域には診療所が過当競争の状態にあるということを判断して、多数区域ではない別のところに場所を変えて開業してみようといった行動変容を促すということで、診療所の偏在の是正につなげていきたいというのが目的となっております。ですので、国としても開業の自由は保障されていて、開業を制限されるもの、あるいは開業規制を行うものではないということを強調されております。

次に、記載事項という項目をごらんください。

記載事項の国が求める記載事項の中でも、「外来医療機能の偏在・不足への対応」という項目の下にさらにひし形で三つの項目を示しています。このうち、真ん中の「二次医療圏ごとに不足する外来医療機能の検討」というところが示されてございまして、この中でその下に例示されているような休日・夜間の初期救急、在宅療養、学校医・産業医などの公衆衛生などの状況について地域ごとに記載していくこととなっております。

今回、その外来医療計画というこの計画の中での外来というものが何なのかということなんですけども、これにつきましては、この計画上は外来というのを入院以外の医療を指すというふうに提示されてございます。

そこで、今回この在宅医療ワーキンググループの議事でございます在宅療養に関する地域の状況のグループワークの中で出された主なご意見、こちらを計画の中に盛り込んでいきたいと考えております。いただいたご意見につきまして、どのような形で計画の中に反映するかということなんですけども、続いて資料の7-2をご用意いただけますでしょうか。黒いクリップどめでとめてございます資料でございます。こちらが現在策定を進めております外来医療計画の素案でございまして、この素案の21ページをお開きください。

こちらが圏域ごとに記載することとなっております。その中の29ページ、さらにお開きいただけますでしょうか。現時点では、この「地域医療構想調整会議で出された意見」というページのところに丸が並んでいるだけでございますけども、今回の在宅医療ワーキンググループ、それから地域医療構想調整会議、親会のほうですね、においていただきましたご意見をまとめて圏域ごとに書き込んでいきたいと考えております。

以上になります。

○加賀座長 ありがとうございます。

今これで東京都のほうの説明は終わりでしょうか。何か東京都の説明のほうでご質問、ご意見ありましたでしょうか。

はい、どうぞ。

○松本委員 資料5ですけれども、これは一人の患者さんに例えば在宅で末期だとすると、例えば週に2回行って月8回になりますけど、これも8件としてカウントされるんです

か、それともこれは1患者さんとカウントされているんですか。ちょっと中央区の件数が多い気がして、例えばこれは在宅に実際行った月の回数をカウントされているんじゃないかなというふうに思ったんですけど。

○東京都（中島） すみません。よろしければ資料5の一番最後のページをお開きいただけますでしょうか。ここで国のほうのツールを活用しまして、こちらのデータをつくっておきまして、このデータ自体は国のほうのマニュアルの中では平成28年度の在宅患者訪問診療料算定レセプト枚数となっております。なんですけれども、単位が件数なのか枚数なのか回なのかというところがちょっと、ごめんなさい、正確に確認をさせていただきたいと思います。申しわけございません。

○加賀座長 ほかに何かご意見がございますでしょうか。

じゃあ、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いて私も参加させていただきますので、よろしく願いいたします。AからEのグループ、五つのグループでいろんなご意見をやっていただきたいと思います。早速もう始めてよろしいでしょうか。

それじゃあ、グループワークを始めさせていただきますと思います。

（グループワーク）

○加賀座長 そろそろもう時間になりました。いろんな議論を皆様なさっていると思いますが、一つのグループで大体時間がないので2分前後で発表していただきたいと思います。

Aグループからいきたいと思いますけど、2分ぐらいで。

○佐藤委員 千代田区在宅支援課長の佐藤と申します。よろしく願いします。

A班では、一番大きく出た話題として在宅医の少なさということがございました。数字でも出ているんですけど、看取りの数が2という数字が先ほどの資料に出ておきまして、数字と実感の違いみたいなことをちょっと先ほどお話ありましたので、そういう意味ではもっと本当は多いのではないかという実感だという、話題になりました。千代田区の地域特性として、かかりつけ医を担う診療所が少なく、ビルの在勤者向けの診療所が多く、訪問、訪看等が多いんですけども要介護認定を受けた方というのは2,000人少しということですので、少ない利用者さんを例えば区外のスーパー訪看みたいなところが入ってきて、チームで面倒を見るみたいなパッケージ型の訪看みたいなところが、地道に活動されているかかりつけ医の先生方の質とは、ちょっと異なるビジネス的な考え方でお仕事をされているというような状況もあって、そういったところは質を担保するという意味ではどういうふうに取り組んでいったらいいのかという課題が上がりました。

あとは、病院で言えばベッドコントロールがなかなか大変であって、その病院から退院して在宅につながる部分というの、間に包括が入りますのでその包括がつなぎやすいところになってしまいがちだということがありました。

以上でございます。

○加賀座長 ありがとうございます。

それでは、Bグループの方、よろしく願いします。

○玉寄委員 Bグループです。日本橋医師会の玉寄です。

まず一つは、区中央部の中で、やっぱり台東区、文京区と千代田区、それと我々中央区、港区。この五つの中でもやはり全然、人口とか高齢化率が違うので、一緒くたに話をすることはできないんですが、メンバーがほとんど中央区でしたので中央区に関して言うと、中央区の中でもいわゆるお年寄り相談センターが管轄している日常生活圏域が

三つ分かれているんですが、月島地区と日本橋地区と京橋地区、この三つでもまたちょっと地域特性があって、なかなか中央区だけで一つの解決策というのはちょっと難しいところがあります。月島地区はどんどん人口がふえて、今、高齢者が1万人近くいますけど、日本橋地区は五、六千人ぐらいしかいないので2倍近くの違いがあるんですね。だから、一概にちょっと結論は難しいですね。

あと、なかなか日本橋地区では在宅療養をする先生が少ないのは、需要が少ないことでもありますし、夜間や休日のバックアップ体制がないとなかなか精神的にちょっと負担で、在宅をやりたいという先生が医師会の中でもふえてくれない。逆に事業所が多いものですから、産業医になりたがる先生は非常に多いんですね、都心は。だから、こういうちょっとほかの地区とは違う問題があります。

あと、高齢者の問題だけじゃなくて、どんどん都心に若い夫婦がふえてきて、小児の医療が非常に今、手薄になって、学校への配置医とか認可外保育をやってくれる医師の先生が少なくて、非常に医師会は困っていますという感じです。

○加賀座長 ありがとうございます。

それでは、Cグループの方、発表をお願いいたします。

○山本委員 Cグループでは、まず一つは在宅医と病院の医者のほうとの連携というのがちょっと、実際の顔と顔の見える連携というのが少ないのではないかなというところがあります。でも、実際にはその医療連携室ですとか、訪問看護ステーションがコンタクトがありますので、そういうところを介して実際に病院から在宅医をお願いする場合には困ることはないんですけれども、実際の連携というのがちょっと足りないのかなという印象があります。そういうのはスタッフの勉強会とかを通じて、やっていく必要があるのかなと。

あとは、港区に関して言いますと、ちょっと訪問看護ステーションが少ないという現状ですとか、あとは訪問看護をするナースの数というのが少ないと、そういうことが問題に上がりました。

あと、薬局に関してですけど、薬局も数は充足しているわけですが、在宅を支援するその支援状況というのが十分かどうかという問題もありました。

あとは、その在宅に関しては。病院側がサポートしたらば専門性のあるような皮膚科ですとか眼科ですとか、そういうところを何とか支援するような形がとればいんですけれども、なかなかそういうところも病院のスタッフの問題で今のところは難しいところがあると、そういうところもこれからの課題かと思えます。

以上です。

○加賀座長 ありがとうございます。

それでは、Dグループの方、お願いいたします。

○大森委員 Dでは、東京都老健施設協会を代表しまして大森が発表させていただきますが。

私たちは主に文京区、地域は文京区のほうについて討議いたしました。表5、この見方がはっきりわかっているわけではないんですけれども、訪問診療が9,252というのが多いと思う先生もそうでない先生もおりましたが、近隣区は当然のことながらこういうデータがあつていいと思いますが、埼玉県、千葉県、神奈川県までこの訪問診療が行っているというのは、どうしてなのかというのはちょっと疑問に残りました。

また、今後、地域で取り組むことということで、訪問診療、これからどんどん、さっきのデータでもありますように、今後1.5倍ぐらいにふえていかなければいけない。そのときに在宅診療が実際に今後できていくのかということで、開業医の先生の高齢化

があります。そういうことによって、なかなかふえていかないのではないか。また、若い先生はどっちかという、大学の病院にずっと勤めているということがあります。また、主治医の先生でも、この在宅医療でも高度医療を求める患者さんが出てきた場合に、普通の開業医ではちょっとできない、そういう装置とかありませんのでなかなか難しいということで、後方支援の診療所等、病院等が連携していかないと難しくなっていくのではないかとこのように思っています。

また、今後、若い先生にも在宅医療、在宅診療について研修していただきながら、一緒に訪問しながら興味を持っていただいてこの訪問診療につなげていくということが必要になっていくのではないかとこのように思っています。

また、この我々の中央部の医療圏での特徴ですけれども、65歳以上、これ2ページになりますけれども、65歳以上の人口10万人に対する一般診療所がやっぱり127と断トツに多いのと、これはすみません、1ページ目、この在宅支援の支援診療所も95と今、断トツで多く、そして4ページ目ですけど、この看取りの件数も多いという、やはりこれだけ高齢者に対する訪問診療をする診療所が多いのでこの看取りがしっかりできているんじゃないかとこのように推測いたしました。

以上でございます。

○加賀座長 ありがとうございます。

最後に、Eグループの方、発表をお願いいたします。

○藤原委員 台東区立病院の藤原といいます。よろしくお願いたします。

台東区の現状に関しては、肌感覚としては基本的には在宅診療をしようと思っても、スムーズに在宅医につなげられているというような感覚で、現在の資源としては充足しているのではないかとこのように感じています。今後に関しても、試算でも台東区に関しては、東京都全体で1.5倍に在宅の需要が伸びるということなんですけれども、台東区に関しては数字上ですけど1.1倍ぐらいということで、今の資源が続けばそれほど数としては余り問題ないんじゃないかとこのように感じました。ただ、新しい開業される先生が在宅を希望する先生が少ないということで、今後その在宅の施設のほうも高齢化が進んでしまったときに資源が減ってきてしまうのではないかとこのように感じています。

台東区に関しては、先ほどの資料にありましており、居住地ベースでは多くの割合を台東区内で賄っているわけなんですけれども、同一建物の数値を見ると台東区外からの先生が賄ってくださっているということで、今後その施設に関しては台東区内の区内でどう賄っていくかは考えなくてはいけないという声がありました。

今後、地域で取り組むことということに関しては、台東区の場合は急性期医療に関しては台東区外に出る患者さんがかなり多くて、それから帰ってきて在宅ということにも、当然数は多いんですけど、そのときに患者さんとかかりつけ医の情報のきずなというんですかね、帰ってくる時に違う先生に帰ってきてしまうとか、そういうことが数多くあるということなので、その情報のひもづけというんですかね、そういうのをつくっていければいいんじゃないかなというふうには提案が出ておりました。

台東区では連携シートというのをを使って、台東区内の病院に入院するときには情報連携シートというのを必ず持っていくようになっているんですけども、ほかの区でもそういう取り組みがあるというふうに伺っておりますので、ほかの区とも連携して情報のやりとりがスムーズにできればいいんじゃないかなというふうに考えられました。区域全体というような情報に関しては、先ほど言いました患者さんの移動情報のひもづけ、やりとりというのがスムーズにできれば、今後また在宅も継続した在宅診療ができるんじ

やないかなというふうに考えられました。

以上です。

○加賀座長 ありがとうございます。

やはり各地域によってその在宅医療というのはそれぞれ違ってはいますが、先ほどもちょっとAグループでも話したんだけど、やっぱり在宅医の高齢化、そして若い先生たちがそういった在宅支援診療所をなかなかやっていただけないというようなこともあります。そしてまた、この間も東京都医師会で平川先生や西田先生ともお話ししたんですけど、医師会に入っていない若い人たちのグループが在宅専門にやって、それがどんどんサテライトをつくってきて医師会と関係なくやっているという、そういう問題も随分出てきているようなので、その辺ももう一回、各地域に帰っていろいろと相談してみたいと思います。

私からは以上ですので、続きまして、東京都から多職種連携の連携、ポータルサイトについての情報提供がありますので、お願いいたします。

紙ベースで、皆さん、入っていると思いますので、そちらのほうで説明をお願いいたします。

○東京都（中島） それでは、失礼いたしました。東京都多職種連携ポータルサイトの概要という参考資料3をお開きいただけますでしょうか。すみません。

この在宅療養ワーキンググループ、先ほど情報共有につきまして台東区のチームのほうからもお話がございましたように、ICTを活用した情報共有に関しましては親会の調整会議のほうでもさまざまな課題が挙げられておまして、例えば各地域でこのような違うシステムを使っているということで、業務が煩雑になるということですか、導入はしたんだけどなかなか利用が進まないんだよねというような課題やご意見をいただいたところがございます。そうした皆様のご意見を踏まえまして、現在、東京都医師会様と一緒に検討しておりますのが、こちらの参考資料3にございます多職種連携ポータルサイトの取り組みでございます。

具体的な仕組みのほうをちょっと紹介させていただきたいんですが、1枚おめくりいただきまして裏面をごらんいただけますでしょうか。

「多職種連携タイムライン」というものが、まず一つ機能でございます。この真ん中の図をごらんいただきたいんですけども、この中で現在、地域で使われている多職種連携システムといいますのが、A・B・Cというふうにしてありますが、いわゆる皆様ご存じのメディカルケアステーションですか、あるいはカナミックというものになりますけれども、自分のアカウントの中でこれらのA・B・Cのこのシステムの中で情報の更新があったときに、この真ん中のタイムライン①というこちらでもその情報の更新が反映されるというような形になります。更新された内容を確認したいという場合には、タイムライン上のこの黒い指が置いてあるところがありますけど、ここの更新情報のところをクリックすると、自動的に各システムの患者さんの部屋のほうに移行してそこで詳細な情報が見られるという形で、スムーズに患者情報にたどり着けるような機能となっております。これによって、例えば複数の地域と連携が必要になってくるような病院さんでも、情報を取得する際に煩雑化が軽減されて、より病院の中でのMCSとかカナミックですとかといったようなシステムの導入が促進されて、地域の医療関係者の方々と病院のICTを使った情報共有の充実につなげられればというふうに考えています。

それから、続いて2枚目をお開きください。「転院支援サイト」でございます。

こちらの二つ目の機能になりますけれども、概要としましては転院患者さんのいる病院と受入側となる病院の双方で、受入患者さんのマッチングを行うという仕組みでござ

います。この資料の中で、まず①のところですが、受入の候補となる病院をこのシステムの中で検索いたします。そうしますと、受入側の病院の候補が一覧で、ばーっと出てくるといふ形になります。その後、転院患者さんがいる転院元の病院のほうが、受入予定の患者さんの情報をシステムの中で受入候補として出てきた病院と共有するということができます。ここで出てきた受入側病院、四つ出てきていますけれども、この検索結果から転院調整したいなという病院に対して、転院元の病院のほうからアプローチするということができます。そのアプローチに対して、受入側の病院のほうで個別調整できますよという旨の返答をシステムの上で行うことができるという形です。また、この受入側病院として候補で出てきた病院なんですけど、その病院から転院元の病院のほうに、その患者さんを受け入れられるよというようにアプローチするというようなことも可能な仕組みとなっています。その後、それぞれの転院の詳細な条件といったものを個別調整しまして、マッチングが成立するという流れになります。

この二つの機能をポータルサイト上でつくりまして、地域のシステムですとかポータルサイトを病院の方々とぜひお声がけをいただきたいということ、もちろん地域の医療・介護関係者の方々にもお声がけをいただきたいということで、ICTを活用した地域と病院との連携の充実を図ってまいりたいというふうに考えております。

資料の説明は以上でございます。

- 加賀座長 申しわけありません。ちょっとスライドのほうかとまっちゃって。何か今の説明に関して、ご意見、ご感想がある方ありますでしょうか。

では、特にありませんでしたら、時間も迫ってまいりました。

じゃあ、最後に東京都医師会のほうから本日のご講評をいただきたいと思います。よろしく願いいたします。

- 土谷理事 東京都医師会の土谷です。きょうはどうもありがとうございました。やっぱり地域ごとに違うんだなということを改めて思いましたし、その区の内部でもさらに違うということに改めて考えさせられたところです。

私がお話ししたいのは、最初に冒頭に話しましたように、自分たちの地元の人たちが地元を診る、地元じゃない人が診るといふふうに、ちょっとホームとアウェイの話を強調してしまったところなんですけれども、医師会に属さない人たちもやっぱり医療を提供している人たちではあるわけですよ。これまでよく言われるように顔の見える関係と言ってきましたけど、顔が見えなくても連携していかなきゃいけないのは事実だと思います。みんな仲よくといひますか、顔が見える人たちだらけになることは、それはやっぱり無理だと私も思っています。もしかしたら、これからは顔が見えない人とどういふふうに、あるいは自分たちの地元じゃない人たちと、どういふふうに連携しておいかなきゃいけないのか。もちろん地元の中で顔が見えて、仲よくやっっていくということがやりやすいのかもしれないけど、そうじゃない人たちともどうやって連携していくのかといふのがまた大きな課題になってくるのかなと思ひました。

私からは以上です。

- 加賀座長 ありがとうございます。

それでは、本日、オブザーバーとしていらっしやっていただきました浅草医師会の佐々木先生、会長にちょっと一言お願いいたします。

- 佐々木委員 浅草医師会の佐々木でございます。私、区中央部の地域医療構想の座長をさせていただいている関係で、ここでオブザーバーとして参加をさせていただきました。また、東京都医師会で地域医療担当の理事もさせていただいております。

きょうの話で、やはり今、土谷理事がおっしゃったように、中央ブロック内において

も充足しているというところもあるし足りないんだというところもありますし、これは地域医療構想の話で病院の病床機能も各区域によってかなり違っていると、こういう小さい二次医療圏の中でも違うというのはいろんなところでお話が出ているところだと思います。

それから、あともう一つあったのは、先ほど病院から在宅へ帰ってくるのかかりつけ医に戻ってこないところの問題。これも実は調整会議のほうでもたびたび問題になっておりまして、その情報のリンク切れをどういうふうに減らしたらいいのかということも問題になっておりました。その解決策の一つが、紙ベースのいろんな連携シートのフォーマットを全体で統一して使っていくということもあるでしょうし、あとは、やはりこれからはICTの連携、東京都医師会が主導して東京総合医療ネットワークという病院間のネットワークがこれから構築されていきますし、あと、ポータルサイトといってMCSやカナミックなどを一元的に扱えるようなことになっていく。最終的には、その総合医療ネットワークとポータルサイトがくっついて、病院とかかりつけ医の連携もとれてくるという形になれば、そういう情報のリンク切れも防げるんだろうなというふうに思いますので、そういう活用が進んでいけばいいなと思います。

それからあと、先ほど若いドクター、開業するドクターがなかなか在宅医になってくれない、この今やっている先生方が高齢化して行ってこれから需要が足りていくのかというお話がありましたけども、それを考えるのがこの資料7-1にある外来医療計画でして、地域に必要な、先ほど話のあった在宅医、それから学校医、園医、それから耳鼻科や皮膚科のようなマイナーな科とか、そういうことを地域医療で担う先生方をどうやって地域で確保していくのかということを考えていくのが、この外来医療計画になっております。必要な地域医療を担う先生方を確保するために、行動変容を促してはどうかというような話になっておりますので、そういうことも本当に必要なのか、それとも余りそういうことは必要ではないのかということも、これから皆さんで考えていかなければいけないことだろうなと思います。

きょうは本当に現場の先生方と本当肌感覚を聞く機会ができて、大変有意義な機会だと思います。どうもありがとうございました。

○加賀座長 佐々木先生、ありがとうございました。

それでは、本日予定されていた議事は以上となります。

それでは、事務局にお返しいたしますので、よろしく願いいたします。

○久村地域医療担当課長 長時間にわたりご議論いただきまして、またさまざまな貴重なご意見を伺いまして、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、先ほど事務局からも説明いたしましたが、佐々木先生からも話がありました、今作成を進めております外来医療計画のほうに記載をさせていただくということになります。また、ちょっと来年度が保健医療計画の在宅医療部分の見直しの時期に当たっておりますので、こちらの見直しの検討の参考にもさせていただきたいというふうに考えておりますので、ありがとうございました。

それでは、以上をもちまして本日の在宅医療ワーキンググループを終了とさせていただきます。改めまして、本日はまことにありがとうございました。