

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（区東部）

日 時：平成30年11月13日（火曜日）18時59分～20時33分

場 所：東京都医師会 5階

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。定刻となりましたので、ただいまより区東部医療圏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、よろしくをお願いいたします。着座にてご説明をさせていただきます。

まず、本日の配付資料でございますが、会議資料の下段に配付資料として記載してございますが、資料1から資料4までと、参考資料1から参考資料3までご用意しております。万が一、落丁等ございましたら、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、会議録、それから会議にかかわる資料につきましては、公開となっておりますので、よろしくをお願いいたします。

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、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。

東京都医師会より平川副会長、お願いいたします。

○平川副会長 皆さん、こんばんは。東京都医師会の担当副会長の平川でございます。

日ごろから東京都医師会の事業にはご協力、大変ありがとうございます。本来であれば、尾崎会長のほうからご挨拶なんですけど、今日たまたま同時進行で、ほかの行事も行っておりまして、私のほうから一言ご挨拶させていただきます。

昨年も在宅療養ワーキング、資料を見ればわかりますけども、去年は11月15日に行われていて、ちょうど1年前にこの会が開かれました。私もほかの地域にも出ておりますけども、この地域におきましては、いろんな課題はありますけども、ほかの地域と比べると、かなり今の時点でそれぞれの区ごとにきちんとした対応をされていて、資源等も有効に活用されているように聞いておりますし、私もそう理解しております。

今回はグループワークの中で、「病院と地域の連携について」お話をいただきます。グループワーク形式にするというのは、いろいろな意味もあると思いますけども、一つ言えることは、六、七年前であれば、こういったグループワークを多職種の方とやっても、なかなか意見が出しにくかったりとか、来られなかったんですけど、最近は皆さんが大分手練れになってきてまして、割と有効にこの時間を使って、かなり意見の交換ができるという形になってきております。非常にこの時代にとっては喜ばしいことだなと思っていますし、今日がまたそういった一つの一助になればとも感じております。

このワーキングにつきましては、課題に対してさまざまな意見を交換するわけですけども、現状ではこのワーキングが何かを決定して次へ進むという、そこまでの力は持っていませんけども、ゆくゆくはこういったものが、地域を動かす決定機関として、あるいは力となるような、その機能を持てば、よりいいのかなと思っています。

ぜひ、今日は最後までよろしくお願い致します。以上でございます。

○久村地域医療担当課長 平川副会長、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、田中がご挨拶申し上げます。

○田中医療改革推進担当部長 皆様、こんばんは。東京都医療改革推進担当部長の田中でございます。本日はお忙しい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。

皆様、御存じのとおり、在宅療養につきましては、基本的には区市町村の単位で行われるものと思っておりますけれども、二次医療圏単位でこのような会議を催すに当たりまして、私ども事務局としまして、昨年度もやったわけですが、今年度は二次医療圏単位のこの会で、どんなことを議論していただくのがいいだろうということで、結構、頭を悩ませました。座長の皆様ともいろいろと意見交換をさせていただいたわけですが、今回は病院と地域の連携ということをテーマにしようということになりました。

皆様ご承知のとおり、在宅医療につきましては、医療計画の中で四つ機能を確保していくことが示されております。四つというのは、退院支援と日常の療養支援、それから、急変時の対応、そして、最後が看取りの四つでございます。

その中で、日常の療養支援等は、本当に身近な区市町村の単位で行われていると思っておりますけれども、退院支援とか、急変時の対応というあたりは、やはり病院との関係というところが大きくなってきます。その場合には、区を越えて、また場合によっては、二次医療圏も越えて連携をしていかなければいけないのではないかということで、今回は「病院と地域の連携」ということで、テーマを設定させていただきました。

ぜひ今回グループワークをしていただくわけですが、課題を見出すというだけではなくて、できれば、その課題に対してこんなことをしたらいいのではないかなというように、解決に向けたご提案などを、ぜひ出していただければなと思っております。

また、それが東京都にこういうことをしてもらいたいというようなことがございましたら、それをしっかりとまた受けとめさせていただきたいと思っております。

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は、江戸川ホームケアクリニック院長の安保賢一先生にお願いしております。

では、安保先生、一言お願いたします。

○安保座長 皆様、こんばんは。私は、江戸川区で在宅支援診療所をやっております。日々、訪問診療を行っておるんですけども、そのときには、ケアマネジャーの方、ヘルパーの方、訪問看護ステーションの方、デイサービス、ショートステイ、訪問入浴の方、病院関係の方等の協力が不可欠です。日本はますます高齢化社会へ向かっておりまして、ますます在宅のニーズが高まっております。そのときには、多職種連携は不可欠な状況になっていると思います。今回このような会議で、良好な多職種連携の取り組み方というか、かかわり方の何かが見つかればいいなと思っております。

昨年に引き続き座長をさせていただきますけれども、不慣れな点も多いので、ご迷惑をおかけすると思いますが、皆様の協力を得て、円滑に進めたいと思っております。よろしくお願いたします。

○久村地域医療担当課長 安保先生、ありがとうございます。

本日のワーキングでございますが、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座長を務めていただいております湯城先生にオブザーバーとしてご参加いただいております。湯城先生には、グループワークにもご参加いただきました後、最後にコメントを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、以降の進行を安保先生にお願いいたします。

○安保座長 それでは、早速議事に入りたいと思っております。

今回は、「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となっております。関係者の皆様の課題を共有し合うだけではなく、解決に向けた具体的な対応策について検討していく課題解決型ワーキングとなっておりますので、前回以上により活発なご意見、ご発言をお願いいたします。

それでは、東京都より議事について説明をお願いいたします。

○東京都 東京都福祉保健局医療政策部の中島と申します。資料についてご説明させていただきます。よろしくお願いいたします。

それでは、まず資料の2をごらんください。昨年度の在宅療養ワーキングの開催結果でございます。資料の左側、開催日等につきましては、記載のとおりでございます、昨年10月から今年の1月にかけて開催をしております。

当日の内容につきましては右側を御覧ください。開催初年度ということもございまして、初めに地域医療構想について、それから、本ワーキングについてご説明させていただいた後、参加者全員で討議するという形で意見交換を行っております。

意見交換のテーマは大きく二つございまして、一つ目が在宅療養に関する地域の現状・課題などについてというのと、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た意見につきましては、次の資料3をごらんください。各圏域ごとに意見をそれぞれまとめてございます。本日の区東部のまとめにつきましては、区東部については7ページ目、資料の右下のほうに7番と振ってあるページをお開きください。

区東部のほうですが、まず、左側のほうに、在宅療養に関する地域の現状・課題等について意見をまとめたものになっておりまして、右側が地域と病院の連携についてとなっております。その他の圏域については、時間の都合上、割愛させていただきますので、後ほどごらんいただければと思います。

まず初めに、在宅療養に関する地域の現状・課題等については、医療資源のほうについて、足りていないという声はないとか、在宅専門医療機関が増加してきているといったような意見のほか、在宅医療の利用増加が見込まれているんだけど、医師の高齢化や24時間対応が課題となっているといったような、地域の医療支援に関するご意見や、外来であったり、訪問診療を行う診療所と在宅専門医療機関との連携に関するご意見などがございました。

それから、多職種連携については大分進んできている。在宅療養支援窓口の機能を再整理して、コーディネートの役割を強化していきたいといった意見のほか、区民への普及啓発が必要であるといったような意見も出ております。

続いて、右側の本日のテーマとなります地域と病院の連携についてでございますけれども、こちらについては、さまざまな意見が出まして、紹介状のみで患者が診療所に帰ってくるといったような、病院から在宅へ戻るときの情報連携がうまくできていないといったことがあるといったご意見。退院カンファレンスは実施されているんだけど、在宅医が参加できていない。それは病院側の都合で、どうしてもカンファレンス日程が決まってしまうということが原因じゃないかといったようなご意見。

それから、困難事例については、病院のMSWだけでは対応が限界であり、地域のケアマネジャーであったりとか、そのほかのいろんな関係者との連携が重要であるといったようなことが、意見として出ておったところでございます。

本日も行っていただくグループワークについては、後ほど進め方をご説明させていただきますけれども、必ずしもこちらに記載の意見や課題からテーマというか、ディスカッ

ションをする課題を選んでいただかなきゃいけないというものではございませんので、あくまでも参考としてごらんいただ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。

また、ディスカッションの参考としては、もう一つ、参考資料の2をお開きください。A4横のものになりますけれども、こちらは、本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、今年の第1回目の結果をまとめたものでございます。次の参考資料3とあわせて、9月3日に開催された地域医療構想調整部会のほうでもご紹介した資料となります。

参考資料2のほうの開催の状況でございますけれども、区東部については、今年の5月31日に開催してございます。今回の調整会議のほうの議事のほうは、平成29年の病床機能報告の速報値のご紹介のほか、地域医療構想の達成のための公的医療機関等2025年プランについて、今回、プラン策定の対象の病院のほうから、記載内容についてご説明をいただいて、そのプランについて意見交換を行うと。地域の医療機関の役割といったようなことについてご議論したものとなっております。

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、次の参考資料3のほうになります。

どの圏域でも在宅療養に関する事項が幾つか出ておりまして、今回の区東部については、参考資料3の2枚目の表の参考資料3（3/4）と書いてあるところになります。

区東部については、そのページの一番左側に記載されているんですけども、在宅にすることといいますと、在宅にすることと言いますと、③の高齢者の救急搬送に関してというところがございまして、在宅療養患者や高齢者が、誤嚥性肺炎等の予期できるような病状で、高度急性期、急性期機能を持つ医療機関に搬送されるのはどうなのかといったようなお話。かかりつけ医や地域の病院で診ていくべきであるといったご意見や、在宅療養患者さんや高齢者さんについて、かかりつけ医が状態を把握しておくとともに、急変時等の対応を事前に家族と話し合うこと、情報の共有化、そのための必要なシステムをつくっておくことが重要であるといったようなご意見が出ておりまして、圏域としても、在宅療養患者や高齢者の急変時等に、対応を受け入れできる体制づくりが課題であるというふうにされております。

そのほかの圏域についても添付しておりますので、参考として後ほどごらんいただければと思います。

少しまた戻りまして、参考資料の2の手前にとじております、参考資料1のデータ一覧というものがございます。

在宅療養に関するデータ一覧ということで、参考資料の1としてお付けしてございますが、こちらについても、厚生労働省から各都道府県に対して提供されております医療計画作成支援データブック、それから、同じく厚労省が公表している在宅療養に係る地域別データ集などをもとに、在宅療養に関する医療資源や看取り等の実績、自宅死等の割合を区市町村ごとにまとめたものとなっております。

今回のワーキングにおいては、直接関係のある資料ではないんですけども、地域において今後施策を検討していただく際の参考としていただくように、この場をかりて提供させていただくものでございます。これは後ほどご確認いただければと思います。

続きまして、後ほど行っていただくグループワークのほうのご説明に入りたいと思います。

すみませんが、資料4をお手元にご用意いただければと思います。

A4縦のほうで、<グループワーク>病院と地域の連携についてとしております。

まず、グループワークが開始しましたら、進行役と書記・発表役をまずお決めいただきます。続いて、進行役の方が中心となりまして、グループ内でディスカッションする課題を決めていただきます。進行役の方は、参加者全員が参加できるように、発言できるように進めていただければと思います。書記の方は、出た意見を机上に用意したA4の紙にペンで記録してってください。最後に、グループワークで出た取り組み案を発表していただきます。本日はA、B、Cの三つのグループがございますので、1グループ5分程度発表時間を設けさせていただきたいと思っております。

続いて、このグループワークの目的、設定する課題などについてお話をさせていただきます。

今回のグループワークは、テーマは「病院と地域の連携について」となっております。課題を解決するための対応策として、どういったものがあるかを、メンバー内で検討・議論していただき、最終的に具体的な取り組み案としてまとめていただくところまでやっていただくのを目的に行っていただきますけれども、その中でも、地域を越えて広域的に取り組む必要があるものなどについては、東京都のほうに期待したい取り組みなどをご議論いただくということでも可能でございます。

次に、ディスカッションする課題についてでございますが、テーマである病院と地域の連携に関して、グループメンバーの中で、病院と地域の医療・介護関係者間の連携において、解決したい課題について、まずご議論いただきます。病院と地域の連携となりますと、さまざまな範囲での連携があるかと思っております。地域の中での連携であったり、区市町村を越えた圏域内での連携、あるいは、圏域を越えた都全域での連携などですとか、地域によっても病院との連携による課題もさまざまかと考えられますので、今回は、検討する連携の範囲といったものは、圏域内でないといけないとか、広域に関する課題でなければならないというような縛りは設けておりませんので、圏域内かどうかに縛られず、地域と病院の連携について、ご議論いただければと思います。

続いて、メンバーから出された課題を解決するには、どういった取り組みが考えられるか、取組案についてディスカッションしていただきまして、解決するための取組案として、ディスカッションの中でまとめていただきます。

グループワーク開始から終わりまで、50分のお時間となっておりますので、よろしくお願いたします。50分間の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いただきます。本日は3グループとなっておりますので、先ほど申し上げました5分程度お時間がございますので、よろしくお願いたします。

それでは、以上で説明を終わります。

○安保座長 ありがとうございます。

事務局からの説明について、何かご質問等ありましたらお願いします。

特にないようでしたら、早速、グループワークを始めたいと思っております。今回、グループワークは、座長、私もAグループのほうに参加させていただきますので、よろしくお願いたします。

(グループ討議)

○安保座長 すみません、皆さん、20時10分になりました。いろいろ議論が尽きないとは思いますが、時間になりましたので、そろそろ発表に移りたいと思っております。

1グループ5分程度の発表ということでお願いします。

では、最初にAグループの方からお願いします。

○竹川委員 Aグループの発表担当になります竹川です。

まず、Aグループでは、7点くらい出たんですけれども、まず一つは、病院連携、在宅から高度急性期とか、急性期に運ばれてしまって、もうちょっと中小病院の利用ができるというのではないのかなと。それはやっぱり地域包括ケア病院であったり、医療療養型であったりとか、そういったところの利用ということですね。

それから、あと、それが可能になってくるのに、やはり家族や周りの医療従事者の方とのACPとか、患者さんに対するものがきちんととれていることが大切なのではないかということ、それから、あと、やはり前にも出ましたけれども、どうしても病院の都合でカンファレンスが行われてしまうところがあって、在宅医が出席しにくいということ、これを何とか改善していきたいということなんですけど、ここの答えはちょっと今、出ませんでした。

それから、あと、口腔内の問題から万病というか、全身の疾患が起こり得ることが多いということで、もうちょっと歯科衛生士の皆さんを活用することができないのかなということで、歯科衛生士会というものがあるそうなので、ただ、医療の制度とか、介護の制度によって、それをうまく活用できないという問題点があるということ。

それと、情報共通ツールというのはとても便利で、あるといいんですが、ただ、実際にやはり顔の見える関係というものがないと、よりよい活用ができないのではないだろうかということ。それから、あと訪問医と開業医の差というのが出まして、今、開業医の先生方が、夜間病院とかの利用をしないで、在宅医の先生のための夜間の緊急対応をする企業クリニック、在宅があると。そういうのを聞いてびっくりしたんですけれども、やはりもうちょっとこのあたりは、医師会とかも頑張らなくてはいけないのかなと思いましたが、開業医同士の連携、そういったことをやっていかないと、やはり企業が営利を目的にして、相当な金額を取られるそうなんですけれども、保健所は全部在宅の先生がとるというケースがあるそうです。

あと、それから、レスパイト入院に関して、医療行為があったりすると施設などでは厳しいんですけれども、レスパイトをうまく利用できることも、在宅医療にとって大切ではないかということ。ただ、一番大きいのは、レスパイト入院となると、部屋代が随分かかってしまうので、これもそう簡単には利用できないのではないかということです。

あとは、今よく言われているACP、これがきちんとできているということ、それと、あと、やはり顔の見える関係がとても重要なのではないかということで、以上が我々のA班で話し合われた内容です。

(拍手)

○安保座長 すみません、ありがとうございました。

続きまして、Bグループのほうから発表をお願いします。

○井上委員 墨田区の在宅医代表の井上でございます。

江東区、江戸川区と3区にわたってお話を聞かせていただいて、私自身は非常に感動しておりました。なかなか得られない情報があまた得られまして。話の流れをまず申し上げますと、大きく分けて入院のとき、それから退院に向けて、退院後ということですね。病院を挟んで患者さんの流れとしては、入ってくるとき、退院してから、その前後ということがございますけど、入院に関しましてですけど、ケアマネさんが3日以内に情報を提供して、加算がつくということで、というふうに、どんどん時代の流れが変わってはきているということなんですけど、なかなかケアマネさんも忙しいし、難しいのではないかということと、ケアマネさんの質という意味じゃなくて、なかなか思うような情報が病院のほうも得られていないのが現状であるという問題点はクローズアップされました。

さらに言いますと、墨田区では、まだICTを活用されてはいないんですけれども、江東区及び江戸川区ではICTを活用して、他人の庭は青いかのごとく、ICTがあっていいですねって、あるいは、江戸川区では患者さんシートといいますか、医療パスのようなものがあって素晴らしいですねということをおっしゃってくださいますけれども、やはりそれがいつの間にか廃れてしまって、なかなかICTに関しても利用頻度が決して高くはない。やはりそこに大きい問題点があるんだらうということになりました。

墨田区は遅ればせながら、紙ベースで患者さん情報を入院時に渡せるように、ケアマネさんが中心にまとめているということで、私どもがつくったんですけれども、やはり初めの第一歩と、大いなる一歩か小さな一歩かは別として、ちりばめ過ぎまして、なかなかちょっとこれが難しい。

後で申し上げますけど、どこまで何を伝えるべきか、伝えていいのかという問題点がそこにまた一つクローズアップされた。多職種で活用するがために、どこまで何をしたらいいのかというのは、後で問題点として出されました。

次、退院に関してですけれども、私、在宅の立場からすると、退院直前カンファじゃなく、入院中あるいは退院前カンファを何度かやってほしいという希望はあるんですが、さりとて、退院直前カンファにすら、どれだけ医師が出てこられるかという点があります。やはりこれは時間調整が非常に難しいと思いますが、そこまでできるといいでしょうねということになりました。

さらに、私自身は目から鱗だったんですけれど、江戸川区でしたか、老健が空室が多い、江東区もでしょうか。我が墨田区では、なかなかそんなことがないものですから、こうなると、区をまたいで城東地区で、東部地区で連携すれば潤うのではないかというふうにも思った次第でございますけど、そのときにやっぱり必要なのは、例えば、江戸川区の方々だったら、市川のほうに緊急施術が必要だからという場合は、別に東部地区にかかわらずお願いすることが多々ある。そこはしょせんやっぱり顔の見える関係がつくられているんだ。要は、一番ポイントなのは、顔が見える関係を、媒体は何であれ、紙であれ、ICTであれ、それをつくる必要があるのではないかと。さらに突っ込んで、退院後のことに関しましては、入院中にお世話していた看護師さんが、退院後もご自宅に伺う。これ加算がつくんでしたよね、であります。そこで病院の看護師さんの話では、もうみんなすごく感動して、それがすぐ次の退院支援につながるかといいますと、まだ時間はかかるでしょうけど、そこまでモチベーションを上げれるようになった。

そこで私が提言したかったのは、病院のドクターが退院後に、これはもちろん加算がつかないですし、いろいろ難しい面はあるんですけれども、退院後に患者さんのお宅に伺っていただいたことがあるんですが、すごく感動していただいたということもありますし、そこでもう一つ問題は、病院ドクターが悪いわけじゃないんです、病院ドクターの在宅への意識レベルを高めていただきたい。これは医師会を通して働きかけるのみだと思えます。

結論といたしましては、病院内の多職種、多職種連携、多職種連携と言われているんですが、病院内も多職種連携が必要であります。病院内の多職種の方々の意識全体を向上するには、こういった看護師さんが外に行く、ドクターが外に行く。そして、外の医師、あるいは、その方々、多職種連携の方と交流を結んで、患者さんを見ていただくということが今後必要ではないかと。ちょっと具体性にはちょっと欠けるんですけれど、というようなことを今後取り組むべきではないかというふうに話がまとまりました。

以上です。

(拍手)

○安保座長 ありがとうございます。

それでは、最後に、Cグループの方からご発言をお願いいたします。

○青木委員 Cグループの発表を担当しております青木です。よろしくお願いします。

先ほどからいろいろとお話がありましたけども、一番話がありました最初のところでは、老健と特養のことがよく違いがわからないということをお話されておりました。ケアマネジャーもそうですし、我々も老健なのか、特養なのかというのが、よくわかりにくいところもあるのかなというのがあります。ただ、特養のほうがいいのはわかるんですけども、老健というのは、在宅ケアマネジャーがそれをよくわからないで、何を利用しているのかということが、最初の話として出ております。

それと、あと、どうしても患者さんが急変したときに病院を利用させていただくんですけども、病院のベッド調整がなかなか難しいのではないかと。申しわけございません、江東区のほうも、一応救急ネットワークというものをつくっておられて、これは江東区の宣伝をさせていただきますけども、病院さんのほうでもそういうのをやっていたいておりますけども、ただ、まだまだなかなかそれが浸透していない部分があるのかなということは否めません。

それと、あと、退院調整部門というものの設置があるようですけども、これがまだまだ少ないのではないかと。また、それが情報共有を必要とするんですけども、区をまたがって、先ほどもお話がありましたように、区をまたがって、他区ではどういうふうにしているのかということ、この会を通して知っておきたいというのはありますので、こういう会に出て来れる方々は大体、失礼ですけど、限られていることもあります。

最後のほうで出たんですけども、こういう会議に出てこられる方々はよくわかっていらっしゃる。ところが、ほとんど出てこられない方々というのがわかりにくくなっている。というか、言うだけで何も言ってくださらない部分もありますので、反対だけはするかもしれませんので、そこら辺もいかに各医師会も含めて、そういうことを皆さんにもお教えしなくてはいけない。これは僕の医師会としての立場ですけども、そういうのをやらせていただいております。

皆さんにいかに江東区医師会もほかの先生方にどんどん出てきてくださるように、いろんなネタも含めてやらせていただいておりますけども、出てこられる方々はほとんど同じような方々かなというのが、残念ながらほかの区でもあるのかなというのがありますけども、それをいかに広げていくか。

それから、あと、住みなれた町で最後まで過ごしていくためには、多職種連携が当然必要でありますけども、多職種連携というの、かなりワーキングの開催について、去年話されていて、実感としては大分進んでいるというふうにかかれておりますけども、実際本当に進んでいらっしゃるのでしょうか。申しわけございませんけども、一部の先生方なり、多職種の方々はわかりやすいですけども、本当にそれが浸透しているとは思えないし、まず、実際に進んでいるのかというと、これはまだまだ途上じゃないかなというのが、正直なところではないかなと思っております。

それと、あと、江東区は、失礼ですけど、また江東区医師会の病院部というのがありますし、そこではお話をさせていただいておりますし、院長さん同士はもう皆さん存じ上げております。顔も見えております。皆さんから先ほどから出ていたように、顔の見える医療というものに関しては、病院さんのほうはオーケー、院長先生たちはオーケー、それから医師会にも出てきていただいている先生方はオーケーです。ツーカーで話ができると思います。ただ、それ以上、出てこられない方々がどれだけいらっしゃるのか。その方々のほうが多いのかなという気がしますので、こういう在宅療養ワーキングです

ね、そういうのを通じてでも、いろんな先生方ともお話をし合う、顔の見える医療というものが、必要になってくるのではないかなというのを感じているところで、締めさせていただきます。ありがとうございます。

(拍手)

○安保座長 ありがとうございます。

皆様、活発なご意見ありがとうございました。

私からですけれども、やはりこういう会議をやっていると思わなくても、よくご存じの方は、そういう多職種連携とかもきちんとしていているんですよ。ただ、それが全体に広まるかという、やはりやる人はやるけれども、やらない人は関係ないなと思って、結局はやらないというような状況が続いているのかなと思います。

I C Tを活用してそういう情報を共有するという方法が、今、国のほうでもどんどん進めて、各区でも始めてはいるんですけれども、問題点としては、やはり個人情報もありますので、そこをどの程度まで広めるかということ。あとは、そういう情報端末、それぞれ専用に持たなければいけないんですけども、やはりそういう機種というのは、スマートフォンはそれぞれ値段がしますので、結局は持てないので参加できませんとか、個人用を有用するというのは、なかなか情報流出の問題もあるので、端末の問題もあると思うんです。ですから、もしあれでしたらば、そういう端末、申しわけないですけど、行政のほうで何か助成していただけたら、そういう方法もあれば、より広まるのかなと、私は感じております。

どうもありがとうございました。

(拍手)

○安保座長 それでは、本日オブザーバーとしてお越しいただいている湯城先生より、ご感想のほうをいただきたいと思います。よろしくお願ひします。

○湯城先生 墨田区医師会副会長で、区東部の地域医療構想調整会議の座長を務めさせてもらっています湯城と申します。

今、直接私もこの会議といいますか、話し合いに参加させていただいて、Aグループ、Bグループのご意見も結論といいますか、話も聞かせていただいているということで、1時間弱といいますか、あつという間の時間で、すごく濃厚な時間を過ごさせてもらいましたけども、調整会議もそうですけども、やはりここに来ていただいている、出ている人たちの中の情報共有とかはある程度進んできているんだとは思いますが、やはり江東区の青木先生のお話もありましたように、出ている人といいますか、医師会の事業でもやっぱりいろんな企画で、いつも出てくださる先生というのは、大体決まっているみたいところがあって、これは多分、江東区さんも、江戸川区さんも似たような状況ではないのかなと思うんですけども、例えば、病院と一口に言っても、やっぱり規模も勤務者の数も違いますし、多分、大きな病院になるほど、やっぱり勤務医の中での温度差といいますか、そういうのもかなり大きいのかなという、ですから、いろんなハイテクな情報共有ツールとかいろいろあると思いますし、そういうことはもちろんどんどん取り入れてということも必要だとは思いますが、やはり最後は人と人の関係で、直接顔を見て話してというのが一番あれなのかなということから言うと、できるだけ、この調整会議とかこういうオブザーバー、在宅医の会議も、結局集まってみんなで話をしましょうという趣旨といいますか、一定の結論を導き出すとか、何かここで決め事をしましょうということではなくて、いろいろみんな困っていることとか、問題に思っていることを、この際だから話しましょうというような機会だと思いますし、これは多分ずっと一定の何も結論ということではなくて、毎年毎年ずっと続けて、2025年も、

2030年も、2035年も時代は進んでいくんでしょうけども、よい医療の環境といえますか、そういうことを話し合っていきたいと思いますという会だと思いますので、そういう意味では今後、委員とか、選ばれて出ている人だけではなくて、そのことをどうやってみんなに伝えていくかということが、すごく大事なのかなというふうに思っております。

本日は、いずれにしても、私、調整会議じゃなく、在宅療養ワーキングということで、出させていただいて、非常に刺激を受けて、またちょっと区東部は日程がまだ未定なようなんですけども、第2回の調整会議に向けて、またいろいろと準備をさせていただきたいと思っております。

本日はどうもありがとうございました。

(拍手)

○安保座長 ありがとうございます。

それでは、最後に、東京都医師会から本日のご講評をいただきたいと思っております。よろしく申し上げます。

○土谷理事 東京都医師会の医療介護福祉担当の土谷です。皆さん、夜遅くまで活発なご議論大変お疲れさまでした。

今の皆さんの議論を聞いていて思うところを一つお話ししたいと思っております。湯城先生の話と重なると言えば重なるのですけれども、この会は何の会かというところ、在宅療養の会であります。それで、本当は問題を挙げて、解決につながるようなものができればということで、そういう趣旨で開催したところです。

テーマが病院と地域の連携ということだったのですが、どのグループも出てきたのは、顔の見える関係です。これは皆さんよくおっしゃるところなんですよね。ただ、皆さん、私もそうなんですけど、そういうふうに言いがちなんですけども、もしかしたら、これからの東京は、顔が見えなくても連携していかなければいけないのかなと思うんです。

先ほど、例えばBグループでも、メディカルケアステーションとか、そういうツールを華々しく打ち上げた、私も江戸川区で利用しているところなんですけど、結局、利用は余りされなくなっちゃった。あと、例えばほかの話で、在宅療養の24時間対応という話で、システムをそれぞれつくっているのですけれども、システムをつくってはやっぱり軌道に乗らない、立ち消えになっちゃう。みんな問題意識はあるのですけれども、それを何とかしようという思いもある。ですけど、結局連携としてつながっていない。顔の見える関係、医療をつくっていきましょうと言っているのですけど、もしかしたら、顔が見えなくても連携していかなければならない、特に東京都はそうなのかもしれないと思うのです。もしかして、電話だけでも連携できる、ファクスだけでも連携していかなければならないのかなって、個人的な意見ですけども思いました。

皆さん大いにディスカッションしていただいたのを、またそれぞれの地域に持ち帰って、またそれぞれの地域で問題解決に当たっていただければ幸いです。

皆さん、きょうはどうもお疲れさまでした。

(拍手)

○安保座長 ありがとうございます。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局のほうへお返ししたいと思います。よろしく申し上げます。

○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、あるいは具体的な

提案をいただきまして、まことにありがとうございました。

最後に事務連絡でございますが、今回の議論の内容につきましては、親会議である東京都医療構想調整会議、それから調整部会のほうにご報告させていただいて、今後の検討の参考にさせていただきたいと思っております。

また、本日ご参加いただけてない医療機関、関係機関に対しましても、各関係団体様のご協力をいただけて、本日の検討内容については情報提供して、共有していきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

また、議事録につきましてはですが、本ワーキングは公開でございますが、議事録につきましては、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載させていただきます。公開された議事録につきましては、もし修正等が必要という場合には、東京都福祉保健局までご連絡いただければと思っております。

それでは、以上をもちまして、本日の在宅療養ワーキングを終了させていただきます。本日は、まことにありがとうございました。