

令和5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
(区東部)

日時：令和6年1月11日（木曜日）午後7時30分～午後8時38分

場所：Web会議形式にて開催

○道傳地域医療担当課長 それでは定刻となりましたので、区東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、また遅い時間にもかかわらず、ご参加いただきまして、誠にありがとうございます。

私は、東京都保健医療局地域医療担当課長の道傳でございます。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。

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、何かございましたら、その都度ご指摘いただければと存じます。

また、本日Web会議となりますので、可能でしたらビデオをオンにして、会議にご出席いただけますと幸いです。よろしくお願いいたします。

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まで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、Web会議では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、発言しないときは、ハウリング防止のため、マイクをミュートにしてくださいようをお願いいたします。

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。では、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 平川でございますが、画面が暗くなったんですけども、聞こえていますでしょうか。すみません。ありがとうございます。

先生方におかれましては、松の内が明けたばかりのこの日程でのご参加ありがとうございます。さらには、協議の場から引き続き、こちらの在宅ワーキングまで、ありがとうございます。

さて、本来ならばここで新年明けましてのおめでとうの挨拶をしたいところなんですけども、ご案内のとおり、能登半島の地震がございまして、これにつきましては、日がたつにつれて状況が明らかにされて、さらにこんな大きな地震だったんだということが改めて実感されております。

東京都医師会は東京都等とつなげて、3チームを現地に送っておりますけども、ご案内のとおり、非常にアクセスが悪いところであって、派遣された先生方も大変苦勞しているというふうに伺っております。

いずれにしてもこの中で、避難所の様子を見てみると、まさにある意味では、それは在宅療養の縮図とも言えるという、そういうシーンではないかと思っています。

今回のコロナ禍におきましても、病院医療も非常に重要でしたけれども、同時に、逼迫した場合には、在宅の医療というものが極めて重要で、多職種と連携しつつ、その辺りを進めていくということが認められたわけですが、そういった体験を生かしながら、今回のワーキンググループでは、コロナ禍での先生方のご活躍、あるいは得たものに基づいて、ご発表いただきまして、そういった経験を、今回の、例えば東京都が今回企画しております在宅療養の強化事業なんかにも加えて行きながら、より強固な東京都の在宅医療の仕組みを作っていければと思っています。

本日は多職種の方、団体も含めて、多数出席していただいておりますので、せっかくの機会ですので、ぜひお一人、発言は必ずしていただきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

私のほうから以上でございます。失礼します。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

それでは、引き続きまして、東京都より遠藤部長、お願いいたします。

○遠藤医療政策部長 保健医療局で医療政策部長をしております遠藤でございます。本日は大変お忙しい中、本ワーキンググループにご参加をいただきまして、誠にありがとうございます。

平成29年度より、地域医療構想調整会議の下に、この在宅ワーキンググループを開催して、今年で7年目でございます。これまでワーキンググループでは、在宅療養に関する地域の現状や課題、今後の取組等についてご議論いただいております。今年度は、後ほど事務局よりご説明をさせていただきますが、区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況をテーマとして、意見交換を行っていただきます。

ここ数年の新型コロナウイルスへの対応を経た今、これまでの経験や在宅療養の現場における変化を、このたびの意見交換で、ぜひ総括をしていただき、ご自身の地域における今後の在宅療養体制構築の一助としていただければありがたく存じます。

あわせて、東京都では現在6年に一度の保健医療計画の改定を進めているところでございます。今回の各圏域の議論の内容も踏まえまして、来年度から新たな計画を始動させる年としていきたいと考えております。

本日は非常に短い時間ではございますが、活発な意見交換となりますよう、積極的な発言をお願いできればと考えております。

本日は、どうぞよろしくをお願いいたします。

○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、江戸川ホームケアクリニック委員長、安保賢一先生をお願いしております。安保座長、一言お願いいたします。

○安保座長 皆さん、こんばんは。聞こえるでしょうか。マスクをしていて滑舌が悪いものですから、聞き取りが悪いとよく言われるんですけども、もし聞こえなかったら、マスクを外しますので、よろしくをお願いいたします。

新年明け早々、お集まりいただいたんですけども、なかなかたつ年の始まりは地震だったり、飛行機の事故だったり波乱含みですけども、なるべく、やはりそういう中で地域の医療というのが大事だなというのは実感されたと思いますので、ぜひ皆さんご発言よろしくをお願いいたします。

○道傳地域医療担当課長 安保座長、ありがとうございます。それでは以降の進行は、安保座長をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

○安保座長 では短い時間ですので、進めてまいりたいと思います。今年度は区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況をテーマにしておりまして、事前にアンケートをお願

いして、それを踏まえて、皆様との意見交換を行っていきたいと思います。ぜひとも、短い時間ですけれども活発な意見、よろしくお願いいたします。

では、まず最初に意見交換の内容についての説明を東京都のほうから、よろしくお願いいたします。

- 白川医療政策課地域医療対策担当 それでは私からご説明させていただきます。東京都保健医療局医療政策部地域医療対策担当の白川と申します。よろしくお願いいたします。

画面共有させていただきます。資料の2をご覧ください。

資料の2の中段部分ですね。意見交換内容のところにございますとおり、今回は区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況についてをテーマとしております。東京都では令和2年3月に、令和6年3月までの計画期間として、外来医療計画を策定いたしました。

計画策定に向けた国のガイドガイドラインでは、地域で不足する外来医療機能の検討に当たりまして、在宅医療の地域の状況についても検討することが例示されており、令和2年3月の計画策定時においても、本在宅療養ワーキンググループを通じて地域の意見をお伺いしております。

そこで、今回の在宅療養ワーキンググループにおいては、4年前と比べると、コロナを経験して、例えば地区医師会単位での地域の在宅療養を推進する取組等、少なからず状況や取組に変化が生じている中で、改めて区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況について、事前調査の回答などを参考に、意見交換をしていただきます。

事前調査にご回答いただきました皆様におかれましては、お忙しいところご協力をいただきまして、誠にありがとうございます。お時間の都合などで、事前調査への回答がかなわなかった方にもお知らせのとおり、調査の回答に際しては、後ろにつけております参考資料の1から3を踏まえていただくことを想定しております。

参考資料の1が前回の外来医療計画の策定時、令和元年度の在宅療養ワーキンググループで、在宅療養の地域の状況としていただいた圏域ごとのご意見をまとめたものでございます。

続いて、参考資料の2が、このワーキンググループの親会である地域医療構想調整会議における外来医療計画についての議論の中で提供いたしました医療提供状況の地域差に係るデータのうち、在宅療養についての部分を抜粋したものでございます。

続きまして、参考資料の3が、例年この在宅療養ワーキンググループで提示しております地域別の医療資源等に係るデータとなっております。

以上、3点の資料を参考としまして、事前調査では、令和元年度の外来医療計画策定時と比べて、地域における在宅療養を取り巻く状況で変化した点は何か、変化した点を踏まえて、在宅療養に関する地域の状況において、どのような課題があるかについてご回答をいただきました。

あらかじめご回答いただいた皆様の資料をまとめたものが、こちらの資料3になります。

回答者と回答内容が明確に結びつかないように、あえて番号しか振っておりません。分かりにくく申し訳ございませんが、ご容赦いただければと思います。

この事前調査の回答を踏まえまして、参加者の皆様には令和元年度時点での地域の在宅療養の課題を受け、コロナ禍を得た上で、現状における課題とその解決に向けた取組などについて、ご発言をいただきたいと考えております。

また、皆様のご発言に対して、座長の先生から意見の深掘りや参加者さんのご質問等、意見交換をいただければと思っております。

説明は以上となります。今回はグループワークではなく、全体討議の形で行います。

意見交換の進行は座長の安保先生にお願いさせていただきます。よろしくお願ひいたします。

- 安保座長 ありがとうございます。今の東京都からの説明について、ご質問等ありましたらよろしくお願ひいたします。いかがでしょうか。

特になければ、今日のテーマである区市町村ごとの在宅療養に関する地域の状況についての意見交換会を、ちょっと始めてまいりたいと思います。

では、こちらから指名させていただきます。まず最初に地区医師会代表の方、ご発言をお願いしたいんですけども、最初は墨田区医師会の福井先生、もしよろしければ、ご発言よろしくお願ひいたします。

- 福井委員 福井でございます。前任の山室医師が、前副会長が会長になりましたので、代わりに担当副会長として出席させていただいております。

いろいろ令和元年から変わったことということで、ご質問をいただいて、現在のところコロナという大きなことがあって、訪問診療自体のニーズとしては、増えてはいるんですが、ちょっと何ていうんですか、コロナの流行期間はやっぱりちょっと訪問診療の形も少し特殊だったと。やっぱり固有名詞を出して申し訳ないんですが、ファストドクターとか、ああいうところに頼る形になっていたということが明らかにあって、やっぱり区内で完結できない状況に陥ったということが、やっぱり令和元年と今の特にコロナの最中の大きな違いだったかというふうに思っております。

今それが徐々に落ち着きつつありますが、やっぱり区内の医療機関の訪問診療をやっているところの医療機関のマンパワーがやっぱり不足していて、そういうファストドクター的な、そういう在宅専門でやっていて、決して地元から来るわけではない医療機関との連携ということを、やっぱり具体的に模索していかなきゃいけない。やっぱりそういうニーズが確実にあるんだということが認識されているという状況で、その連携、もしくは区内でどうやって頑張っていくのかというのを模索している最中でございます。

こんな感じでよろしいでしょうか。

- 安保座長 ありがとうございます。

では、引き続きまして、江東区医師会代表、永田先生、よろしくお願ひいたします。

- 永田委員 江東区医師会の永田です。よろしくお願ひします。

私が思ったのは、もう東京都の在宅の強化のお金が、資金が得られるのも本当大きくて、この資金をもとに孤軍奮闘していた開業医の先生たちがお互い協力、バックアップするような体制を組めそうなので、そこがとても大きな違いになっています。その資金で、まだ在宅をやられていない開業医の先生方をベテランの在宅医の先生がサポートするという体制も作れそうで、これからちょっとそこら辺をやっていきたいなと思います。

今、江東区で課題なのは、区外からのメガ在宅みたいなのが結構来ていると思うんですが、そこと連携が全然できていないので、そこがやっぱり課題なのと、あと在宅、江東区で在宅をやっている、皮膚科だとか、泌尿器科さんだとか、耳鼻科さんとか、精神科と、システムとして連携ができていないので、そこら辺を今後強化していきたいなと思っています。

以上です。

- 安保座長 ありがとうございます。江東区ではあれですね。主治医、副主治医という形での体制を整えていっているというようなお話も聞いていますけれども、なかなか、そういうペアでやっていると、1人でやっている先生は、大変役立っているんじゃないかなと思いますけれども、またその制度がどんどん広がれば、またこちらも参考にしていきたいと思っております。ありがとうございます。

では、江戸川区医師会代表、守島先生、よろしく申し上げます。

○守島委員 よろしくお願いたします。聞こえますでしょうか。ありがとうございます。

今回から初めて参加をさせていただきますので、令和元年度の時点の江戸川区との比較の点については、ちょっと今回初めての参加なので、私自身も学ばせていただきたいと思っていますけれども、コロナ禍で在宅診療対応をさせていただいた中では、やはりかかりつけの医療機関がやはりコロナの対応が難しく、ほかの医療機関に依頼が来ると。在宅診療をやはりやっていない医療機関、往診を対応していない医療機関に関しては、感染症の対応はやはり難しかったというふうな印象がございました。

今後、やはりコロナと同じような感染症がまた発生した場合に、どのようにその在宅療養の患者さんたちを支えていくのかというのは、今回新たな課題というふうに思っております。

東京都の事業で、その24時間体制のほうの今回スキームをつくってくださいということで、確かに今回資金をいただいて、やはりこれから作成をしていかななくてはならないと思っておりますけれども、人口がやはり70万人、69万人おまして、その中で、まだ在宅支援診療所が数が充足はしていないというふうに思っております。先ほどほかの先生方がおっしゃったように、やはりメガ在宅ですね、区外のところから来ていらっしゃる医療機関、コロナのときに実際に来られなかったところもありまして、そういったところが医師会を通じて依頼が、訪問診療の依頼が来た、往診の依頼が来たというところもございましたので、区外のメガ在宅ですとかとも、今後は連携も必要になってくるであろうというふうに思っております。

あとは、医療的ケア児への対応ですね。精神疾患ですとか、神経難病、緩和ケアなどもそうなんですが、医療的ケア児はまだ区内で間欠的に見られていないというふうな問題も当区ではございます。なので、在宅診療の基盤自体をしっかりと整えていかななくてはならないというふうに考えております。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では続きまして、在宅医代表、墨田区医師会、川上先生、よろしくお願いたします。

○川上委員 よろしく申し上げます。墨田区で在宅をさせていただいているんですけど、在宅の先生は徐々には増えてきて、あと訪問看護の看護師さんも徐々に増えているんですけど、まだまだ全体的なニーズが足りなくて、あとは高齢化も進んでいるというところが現状で、なかなか在宅医同士でそれぞれがサポートし合うという環境まではまだできてない状況で、やはり、今後もちょうとこういった会議を通じて、こういった形で模索できるのかというところを考えていきたいかなと、今、思っている段階です。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では、引き続きまして、江東区医師会、小林先生、ご発言よろしくお願いたします。

○小林委員 江東区で在宅やっています小林クリニックの小林と申します。よろしくお願いたします。

そうですね、うちもコロナを中心ということていくと、やっぱり一つはDX化というか、オンラインであったり、他業種の連携という意味だとMCSであったり、あと患者様ともテレビ電話を使ったような診察を組み合わせていくという形は、非常に有用でありましたし、在宅というやはり外来に皆さんが来ているわけではなくて、広い地域を診ていくので、どこまでがそういったものでよくて、直接行くものなのかという形で組み合わせることで、非常に効率は上がるんじゃないかなということを強く感じま

した。

あとは、今後、メガ在宅も含めて、自分以外の医師というか、そういったところが1人の患者さんを診るのであれば、何かしら共通の医療情報を共有できるフォーマットというのがあれば、緊急で対応する際も、そこにアクセスして、患者さんの情報を24時間診れるような形とかがあると、何かほかのサポートに入ったときとかもいいかなとは思っているので、何かそういった基準となるようなフォーマットというのが今後できてきたり、あとはマイナンバー制度で医療情報がほかのところから抜けるように、ちょっとずつなってきたということなので、個人情報の問題でなかなか難しいところがあるのかもしれないと思いますが、そういった医療情報を共有できるフォーマットが今後樹立してくれるといいなと思いつつやっています。

以上です。

- 安保座長 ありがとうございます。そうですね、いろんな先生から今、メガ在宅のお話が出たんですけども、今あれですね、メガ在宅が中心だと思うんですけども、何か所か夜間、休日のそういうのを引き受けますよというようなシステムをつくり上げていて、それぞれの1人でやっている在宅とか、数人でやっている在宅とかのクリニックに、そういうような案内が多分届いていると思うんですけども、ですからそういう連携を、当然費用はかかるんですけども、それをお支払いして、そういう連携を取っていくという方法もあると思うんですけども、またそれを医師会全体で取り入れるかどうかというのは、また一つの検討じゃないかなと思います。ありがとうございました。

では引き続きまして、病院協会代表、竹川先生、よろしければ、ご発言お願いいたします。

- 竹川委員 竹川です。これは言うて下さいということで、お聞きして、発言させていただきますけれども、いろいろとケアマネジャーなども世代交代とかあって、コロナを経て、いろいろ江東区は特に人口も増えてきているというのもあって在宅のニーズもあると思うんですが、ケアマネジャーさんから、どうしても患者さんの移動の誘導とか、要はドクター、在宅をしている先生を代わったらいんじゃないとか、そういう意見がどうも最近出てきているというのを聞いています。ですので、その辺りのケアマネジャーさん、教育されて、そういうことはないと思うんですけども、株式会社立とか、やはりコロナ後に経営が厳しくなっているということで、その辺りをもう一度、再確認というか、できたらいいのではないかとということと、それから、もう一点は病院との連携なども含めて、より病院もオープンにして、どういうことができるかということもオープンにして、在宅の先生方と連携が取れば良いというふうに考えております。

以上です。

- 安保座長 ありがとうございます。なかなかケアマネジャーも最初の頃は医療職、看護師さんとかが多かったんですけども、今はもうほとんど、もうそういう方はいっしょらないで、もう一般のというか、医療のあまり知識がないような方がケアマネジャーになっているということがほとんどで、なかなか以前のように患者さんの病状の情報がうまく伝えられなかったり、伝わらなかったりとかすることもありますし、また、やはりそういうところは経営ということもあって、やはり何ていうんですか、大きいところの営業とかが入ると、ついつい、そちらのほうに流れる、それから頼みやすいとかいう傾向もあるんじゃないかなというのは、ちょっと感じておりました。ありがとうございます。

では引き続きまして、歯科医師会代表の萩川先生、よろしく申し上げます。

いっしょらないですかね。席を外しているかもしれないので、先に薬剤師会代表の

濱野先生、よろしくお願いいたします。

- 濱野委員 薬剤師会の濱野です。そうですね、このコロナ禍を経てなんですけれども、やはり職種間でもZoomの会議とかも活発にできて、そういうことに慣れてきているなというふうに感じております。

また、在宅療養の方へ薬をお届けするとか、そういう医師会との協力ができたことで、関係性もとてもまた密になったというふうな印象を受けております。

また、先ほどもいろいろあったんですけれども、専門の病院のほうにかからざるを得ないような在宅の方とか、あと、いろいろな精神疾患であるとか、ほかの専門医が入らなくてはいけないという、そういう方への何ていうのか、連携といいますか、それがもう少し密にできていくと、より質のよい、在宅での療養ができるのかなというのを感じております。だから情報共有のツールというのが、もっと進んでいくというふうなお話も先ほどありましたけれども、それが先生方のドクターの負担を少しずつ軽減することにもつながるのかなというふうに思っております。

やはり個人のそうですね、在宅の先生方もやはり疲弊していくと思いますので、メガ在宅ですか、そういうところとの上手な連携というのも大事なところかなというふうには、共感しておりました。

以上です。

- 安保座長 ありがとうございます。

では引き続きまして、訪問看護ステーション協会代表の黒木様、よろしくお願いいたします。

黒木様は、ちょっと離席していますかね。

では、ちょっと先に看護協会代表の佐久間様、よろしくお願いいたします。

- 佐久間委員 東京都看護協会東部地区支部、理事をしております、済生会向島病院の佐久間といいます。よろしくお願いいたします。

今回の資料を事前に拝見させていただいて、令和元年から在宅を取り巻く環境というのは少し、多少ですね、よくなったんだろうなというのは数字で非常に読み取れましたが、まだまだ、とはいえ、先ほど出ていました医療的ケア児のことだったりとか、まだまだ課題は多いなというふうに感じました。

東京都看護協会としては、地域包括ケア委員というのが地域の各区の代表で1名ずつ構成されているんですけれども、その中でコロナ禍というのを経て、各地域の看護管理者が定期的にZoom等で顔を合わせるような機会をつくるようになったというのは、地域の意見だったり、各医療機関の考えだったり、悩みみたいなものを共有するいい機会になっているのかなと捉えています。

その中で在宅で生活する方を病院としてどう支えるかという意見が出たときに、まだまだ病院の中にいる看護師が在宅の患者さんの生活をイメージできていないというのが、意見としてありまして、今回は11月に病院看護師を中心にした研修の場を一度つくってみたんですけれども、非常に参加した看護師からは、病院の中での患者さんの様子だったり、在宅に向けてどんなふうに情報を提供していくか、同じような情報を、決まり切った情報は必ず出すんですけれども、その情報で患者さんがイメージしづらいということがやっぱりお互いに気づいて、自分たちの情報の発信の仕方に問題があったんだというようなことも意見として上がってきました。

ただ正直なところ、臨床の看護師は必ずしも在宅に視点が向いている看護師ばかりではないものですから、そういった中で実践していく看護師が困難に陥ることがあると思いますので、そういったことを、そういった集まるような機会を通して支えていければ

いいかなというふうに協会としても考えています。

以上です。

- 安保座長 ありがとうございます。何か在宅をやる先生方にとっては、やはりバックアップの病院との連携というのが非常に重要だと思いますので、やはりそこはコミュニケーションがきっちり取れてなければいけないかなというふうには感じております。

また医療的ケア児については、なかなか小児科というと、やはり一般でも内科の先生はちょっと小児科はもう見れないというように、さらに在宅の先生に小児科医ケア児、子供を診るといのは、かなり困難なところがあると思うので、できれば、やはり医療的ケア児の在宅という場合は、小児科の先生の参加が望まれるんじゃないかなと思いますけれども、そちらのほうも今後検討課題かなと感じております。ありがとうございます。

では、歯科医師会代表の萩川先生いらっしゃって…、戻られていないですか。

では、訪問看護ステーションの黒木様はいかがでしょう。

- 黒木委員 先ほどはすみませんでした。ミュートが解除してなくて聞こえていませんでした。

すみません。私、東京都訪問看護ステーション協会から参加させていただきました黒木と申します。よろしくお願ひします。

訪問看護は、年々もうずっと各区市町村で増加の一途があつて、本当に、ステーション自体はどんどん数が増えていっているんですけど、まだまだ出来上がったステーションは人数が少なかったりだとかして、やっぱり世代交代の影響もあるとは思いますが、できては潰れみたいな感じで、微増というような感じで経過されています。

ただ、徐々に、先ほど先生たちの話題にあつた、メガ在宅じゃないですけど、ちょっとずつ大きい規模の人員を確保している訪問看護ステーションが増えていっているの、そういったところが24時間の対応だったり、医療的な処置がやっぱり多い方とかの重篤なケースとかを対応するような事例が増えていっている状況です。

コロナに関して言うと、やっぱり、当初のほうは本当に何か熱が出ていると、タクシーに乗せていいのかだとか、そういったレベルで混乱とかがあつたんですけど、徐々にもうそういった状況を改善していって、地域の先生とかに来ていただくことだったり、看護師が検査したりだとか、あとはもう本当にヘルパーさんが簡易キットを使って計算して下さって、早期に治療が始まっていったりだとかするケースも増えていっているの、在宅もその対応する領域みたいなのは、格段に充足していっているのかなという印象を感じております。

以上です。

- 安保座長 ありがとうございます。確かに江戸川区では訪問看護ステーションが、もう何か気づくと毎月のように新しいところがどんどんできていて、そんなにニーズがあるのかなと感じるぐらいに増えてきていますね。それだけやっぱり在宅でというニーズが地域にあるのかなというふうには感じておりました。ありがとうございます。

引き続きまして、介護支援専門員研究協議会代表であります蛭谷さん、よろしくお願ひいたします。

- 蛭谷委員 東京都介護支援専門員研究協議会の蛭谷と申します。よろしくお願ひします。

東京都介護支援専門員研究協議会では、コロナを通じて、我々が在宅で診なくてはいけない患者様というか、ご利用者さんの増加と、あとコロナであつたことで閉じ籠ってしまった方のADL低下等に伴う対応というのが結構多く見られたかなということと、それに伴ってうつ症状であつたり、認知症の傾向が出てきているなというのが、私たち

の中の調査の中でも出てきていました。

また、先ほど先生のほうからあったケアマネジャーの質の格差みたいなものと、ケアマネジャーの高齢化、東京都は介護支援専門員の平均年齢が50歳をとうに超えています。新しいケアマネジャーの確保が現在とても難しく、一応今ここに、今回区東部である墨田区、江東区、江戸川区では顕著にケアマネ不足という形の声までは、各協議会の中ではまだ出てきていないんですけれども、実際にケアマネが決まらなくて、退院ができない患者さんがいる、東京都でも出てきている状況が続いています。

それとともに、先ほど先生からあった医療に対する知識を学ぶ機会というのは、今、今年度から新しいカリキュラムによる研修が始まりますので、そこに向けてもう数年前から動いているのは事実なんですけど、やはりそこに差、あと、いわゆるICT化に高齢化によって乗れないケアマネと、しっかり対応できているケアマネの差だったりというのを強く感じているのが現状です。

ただ、訪問診療の先生、在宅の先生、あと病院から退院するときの対応等をマニュアル等も含めて、大分支援の仕方というのがきちんと何か明確になってきている形を、どのように各ケアマネジャーが、それを実践していくのかというのが、今後の課題かなという形での協議会としても、引き続き研修等を行っている現状です。

ただ、こうした町のこの3区の中では、地域から持っている力というのを使いながら、時々入院、ほぼ在宅に向けての相談の要であるケアマネジャーの質の向上ということと、あと連携というのを大事にしていきたいなというふうに、各区のケアマネ会のほうから聞いています。

以上です。

- 安保座長 ありがとうございます。いや、やはりケアマネジャー不足なのかなと感じることがありまして、ケアマネをお願いしますというと、なんかもう枠がいっぱいですと言われることがちょこちょこ出だしたんで、ちょっとケアマネを探すの大変だなというの少し感じておりました。ありがとうございます。

では引き続きまして、老健施設代表、蓬田様、よろしくお願ひいたします。

- 蓬田委員 老健協会より、森山ケアセンターと江戸川区で老健をしております、森山ケアセンターの相談員の蓬田と申します。

老健としては、医療機関から受け入れた利用者さんたちを地域に在宅復帰させていく、在宅復帰を模索していくという機能と、また、あとは在宅療養者の方々が在宅生活が困難になった場合の後方支援というか、そういった形でのバックアップ、リハビリの機能、あとは一定の基準の医療管理機能を持っているということで、在宅療養のバックアップの後方支援のようになってこられている部分はあるかとは思いますが。

また、最近ターミナル支援に力を入れている老健も非常に増えてきておりますし、今後は障害者向けのサービスであったりとか、障害者分野向けのサービスであったり、予防とかフレイルの、高齢者の方に対するサービスも期待されて、協議されているところなんです。もともと医師の配置とか、看護師さんが24時間配置しているという医療機能もある程度あって、リハビリもあるということで、今後より受け入れる利用者さんの幅を広げるということを、かなり期待されているんだとは思いますが。

ただ一方で、人材不足もどこもそうだと思うんですが、人材不足もあって、個々の老健によってできることの差が、老健同士でもかなり差がついてきてしまって、それぞれ老健の特徴や取組の違いとか、強み弱みというか、老健という一くくりに語られるというか、もう老健ごとの体力とか、キャパシティーによってかなり強弱がついているかなという印象が最近はきているかなと思います。

そういった競争があることはいいとは思いますが、その前に、それぞれの老健の個々の強みであったり特徴については、あまり利用する側の方であったり、外の関係者の方からすると、なかなか中身が知られていない現状がまだまだあるかなと思って、いまだ老健を一くりにして、入るのにハードルの高い施設として言われていることも多いですし、なので、そもそも老健を必要としている方とのマッチングの部分で、うまくいかないケースも結構多いかなと肌感で感じております。

なので、それぞれの老健のできる取組ですとか、どんな利用者さんなら受け入れられるかとか、どんな利用者さんがマッチしているかというのを、それぞれの老健の情報が、より広がればいいと思いますし、一応東京都老健協会のホームページ上で、東京都内の各老健の空床状況であったりとか、医療管理がどの程度できるかとかの情報が検索できるシステムはあるんですけれども、そういったものも広く皆さんに知ってもらいながら、あとはおのこの老健が頑張っていて、やっぱり外に出て活動して、情報を広げていければいいかなと感じております。

以上でございます。

- 安保座長 ありがとうございます。やはり在宅をやっていると、その後やはり施設のほうへという移行していく方もいますし、そういう方の行き場所というの、やっぱり老健とか、そういうところが引き受けてくれば、在宅で診ていく流れとしてできますと、楽なんじゃないかなというふうには感じておりますので、よろしく願いいたします。

ではここで、行政のほうからのご意見を伺いたいと思います。墨田区から出席されている澤田様、よろしく願いいたします。

- 澤田委員 墨田区役所保健計画課の澤田と申します。いつもありがとうございます。

私、この4月から保健計画課長になりましたが、以前保健師として、係長として医療連携等にも関わっておりましたので、ちょっとその辺のことも踏まえてお話をさせていただこうと思いますが、先ほども先生方からもお話があったように墨田区は在宅医療介護連携推進協議会だとかというの、実施をしておりますが、なかなかやはり情報共有というようなどころでは、まだまだ課題があって、それをスムーズにしていくことを、やはり考えていかなければいけないなというふうに感じております。

また、この在宅療養を進めていくときに、やっぱり大事なものは、区民の使う方というか、在宅療養を選択肢として、やっぱり考えてもらうような区民の意識というの、すごく大事なかなと思っておりますが、私が以前この事業をやってきたとき、このコロナを経て今年も医療フォーラムという形で年に1回、いろいろな医療に関する情報提供を区民の方にしておりますが、今年度は在宅療養の入門編という形を取りまして、フォーラムをやらせていただきました。

ここで、やっぱりすごく感じることは、今、墨田区も単身の高齢者が増えていることと、あと後期高齢者が今後、増えていくようなこともありまして、区民の方たちと私もこのフォーラムの中で、いろいろちょっと言葉を交わしたときに、もう本当一人一人が我が事として以前に比べて考えているなというふうに感じております。

行政の役割の大きいところといたしましては、皆様と一緒に仕組みをつくって、それを区民の皆様にもどのように理解してもらって、周知していくかというところに、これからも力を注いでいきたいなというふうに感じております。

以上でございます。

- 安保座長 ありがとうございます。

では引き続きまして、江東区から出席されている横山様、よろしければご発言お願いいたします。

○横山代理委員 江東区保健所健康推進課の横山と申します。本日すみません、代理出席でして、すみません。代わりにちょっとこのワーキンググループに参加させていただいております。

こちらにまず、コロナ禍のちょっと課題というか、取り巻く状況で変化した点ということについては、先生方もおっしゃっていましたが、数的なものから見ると、やはり診療される先生方ですとか、在宅に取り組まれる先生方を踏まえて、あと訪問看護ステーションさんなども増えていきますし、全体的に看取りをお家でされている件数も増えているということで、全体としての在宅医療の状況については、支援、施設、いろんな意味で充実してきているのかなというふうには思っているところです。

ただ、こちら在宅医療の推進事業というのをやっておりまして、コロナ禍でちょっといろいろな支援者の方々と、いろいろ研修会がちょっとオンラインでできるようになったりですとか、ある意味コロナ禍を踏まえて、ちょっと関係者間の取組が少しずつまた違う形で進んできているのかなということは感じております。

あと、先ほど墨田区の健康推進課長様も言っていましたけれども、やはり在宅医療を区民の方が知って、選択肢として組み入れていただくということについて、やはり区としては取り入れて、取り組んでいきたいなというふうに思っておりますので、数のほうもそのキャパというか、受け入れることも、体制整備もそうだと思いますけれども、区民の方が実際に在宅療養が江東区の中でできるということですか、その辺の選択肢としてあるということ、引き続き関係機関の方とも共有をしながら進めていけるといかなというふうに思っております。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

お隣、小川様でしたか、特にご意見を付け加えることは。

○小川代理委員 大丈夫です。

○安保座長 分かりました。

では、江戸川区から吉澤様、よろしくお願ひします。

○吉澤委員 こんばんは。いつも大変お世話になっております。先生方はじめ、医療関係の各分野の代表の方々のご発言、ご意見を伺わせていただいて、今日も大変勉強になります。ありがとうございます。

行政も今、順次発表というか、発言させていただいている中で、あらかた、もう意見は出尽くしているかなという感もありますので、ちょっとなぞってしまう部分もありますけれども、やはり行政の役割としては、我々区で言えば区民のやはり安心をいかに確保できるか、担保できるかということになってくるわけで、その中ではやはり今も選択肢という形でも出ていたと思いますけれども、区民のニーズもやはりさらに多様化してきているので、そういった要望にいかに対応できる、与えられる、そういった仕組みであるとか、体制であるとか、そういったものがどういうふうに整えることができるのかなというのが、やはり大きな課題になるかなと思っております。

医療現場につきましては、これまで先生方、それぞれご発言いただいたところだと思いますけれども、キーワードとして、私もちょっと今回改めて感じたのは、守島先生からも言っていた、やはり医療的ケア児のような、ちょっと高度なといいますか、特異な、特別な対応が必要なケースであるとか、江東の小林先生がおっしゃったと思いますが、やはりDXの部分ですね。やはり多職種の連携ももちろんそうですし、病診の連携もそうでしょうし、今日出ていた言葉で言えば、メガ在宅と医師会の先生方との連携だとか、やはりいろんな部分の連携をいかに進めていくか、ネットワークをつくって

いくかということが、やっぱり必要なんだなというふうに改めて勉強になりました。

その中で、そのDX、やはり情報を共有するためのツールというものは、今回区の単位で完結できるということは非常に理想だとは思いますが、果たして、そういう部分まで細分化してやっていくことが果たして効果的、効率的なのかというのは、やはり行政としてもちゃんと考えなければいけないというふうに思いますので、今日東京都さんに事務局になっていただいておりますけれども、やはり広域的に対応していかなければならない部分は当然ありますので、そこは引き続き都としても広域自治体として、行政の役割というものを区とともに、しっかりと役割分担を持って進めていく必要があるというふうに思っております。

以上でございます。

- 安保座長 ありがとうございます。確かにもう世の中DXという形の流れにはなっているんですけども、区単位とか、市町村単位でシステムを決めてしまうと、その連携が取れないということなども問題になってくると思います。やはり、そういうところをきちんと連携とれるように、できればそういうのは国のほうできちんと決めてもらったほうがいいですけども、なかなかこちらに投げつけられても、それを取りまとめるという役目は難しいと思いますけど、今後の課題かなと私も感じております。ありがとうございます。

では、保険者代表で出席していただいている上條様、いかがでしょうか。ご発言ありましたら、お願いいたします。

- 上條委員 こんばんは。全国健康保険協会の上條と申します。

私としては、コロナ禍を経て、在宅療養の重要性が非常に増したのではないかなということを感じていますし、あと認知度もものすごく高まったのではないかなというふうに思っています。これまでも、いろいろ意見とか、課題が上がっていることから、さらなる基盤の整備というのが大切だと思っています。

先ほど行政の課題にも上がってはいたんですけども、区民目線で申し上げますと、また、在宅療養のいわゆる利用とか、活用とかに対して、どこから情報にアクセスしたらいいのかということが、まだまだちょっと戸惑う部分があるなというふうに思っています。やはりそういうところからも行政のやはり広報であったり、ちょっとかかりつけ医とか、ケアマネジャーさんとかなのかなと思うんですけども、そういったところの情報提供がもっと行き渡るとよいのではないかなというふうに考えています。ありがとうございました。

以上です。

- 安保座長 ありがとうございます。そうですね、なかなかそういう在宅というのを利用者さんが知る機会としては、やはりケアマネジャーさんからの紹介というのが多いのかなというふうには感じております。ありがとうございました。

では、オブザーバーでご参加していただいている湯城先生、ご発言お願いしたいんですけども、いかがでしょうか。

- 湯城オブザーバー 墨田区医師会、湯城です。区東部調整会議の座長を仰せつかっております。

調整会議はスタートして、すぐにといいますか、すみません、調整会議自体は2025年に向けての病床はどうあるべきかというようなところからスタートしたわけですけども、結局病床の最後の出口というところで、この在宅医療ということも当然必要だということで、ですから先ほど冒頭にも説明ありましたように、早い段階で調整会議がスタートして、すぐこの在宅ワーキングというのができたわけですけども、調整会議自体

はその後もずっと結局この病床の話と、それから医療連携の話をつたう大きな柱として話を進めてきていて、今年、令和5年度に関しては新しくといいますか、紹介受診重点医療機関という制度といいますか、仕組みが始まって、既に去年の8月ですか、9月に入ってから東京都のホームページでも紹介受診重点医療機関というのが、認定されたところが公表されているということなんですけども。

結局、それはどういうことかという、大きな病院の外来に関しては、広くいろんな患者さんを診るというよりは、主に紹介されてきた患者さんを診て、要するに基幹病院はどちらかという、病棟の入院患者の医療に軸足を置いて、これは医師の働き方改革の話でもあるらしいんですけども、そのようなことで、紹介受診の患者さんを主に診る。ですから外来にそんなに物すごく力を入れるのではなくて、軸足は入院患者さんの管理に置くべきだろうというようなことで、その紹介受診重点医療機関という制度がスタートするわけですけども、そうすると、それまで大きな病院でいろいろ外来で、患者さんからすると、そこをかかりつけ医療機関のようにしていた方というのは、地域に帰っていただかなければいけないという問題が生じてくるというようなことで、そうするとやっぱり地域でのその受皿ということを、今後考えていかなければいけないという問題があります。

在宅に関しては、いろいろと最後の受皿のところ、担っていただく病院から出た後、通院が難しい場合はやっぱり在宅医療ということになるわけですけども、これに関してもちょっとその調整会議でいろいろ出た意見の中で、結局、納得できず、いろんな状況でも在宅療養でやっていきたいと思います形でなった人ばかりではなくて、結局、回復期とか、慢性期の病棟で、もうしばらく安定化させてというところをしなければいけないんですけども、そこら辺がなかなか急性期のところから移転、転出したりするところがうまくいかなかったりとか、そういったことで、あとはやっぱりその費用の問題的なこともあると思うんですけども、あとは家に帰れないので施設がいいんじゃないかといっても、やっぱりそれも費用の問題が生じたりしますから、そうすると、ちょっと中途半端な状況で在宅に戻ってしまって、区東部ではあまり問題になるケースは少ないですけども、そういう方が結局何かあるとすぐまた119番で、また病院に急性期に戻って、そういうことが繰り返されるみたいな感じになると。

私の自身の山田記念病院の経験としては、去年の連休のときにもありましたけども、もう在宅療養に入っていて、もういろんな病状的にも心不全や腎不全で病状自体が終末期という、気管切開もされている喉頭がんか何か術後の方でもあったんですけども、そういう方が結局、状態が悪くなったということで、うちは全く初診だったんですけども救急搬送されてきたんですけども、いろいろ聞いてみると、在宅の先生がゴールデンウィークでお休みされると、不在になるというようなことで、結局、病状終末期で本来は大学病院とかそういうところから、その方はもう、いよいよもう最後家で診てもらいますねという話で、在宅になったはずなのに、いろんな事情でというか、何ていうの、別の事情で、家族にしてみたら、何でまた入院なんだろうと、何が悪くなったんですかみたいな話になってきたりするので、いや、これはこういう状況でやむを得ないと思いますけどもということで、結局当院で看取りをしてあげたというようなことになるんですけども。

ですから、今のところ、その病院自体がいろいろ何ていうか、うちも急性期医療を担っている医療機関だというふうに思っていますけども、けどやっぱり病院が少し、その看取りの場としての本来の病院としての医療というだけではなくて、看取りの場としての何ていうか、場を提供しなければいけないこともあるんじゃないかということがあ

って、これが多分2025年度か2040年になってきたら、病院もそこまでの余裕がなくなってくるだろうから、そうするとやっぱり在宅療養のところをもうちょっとしっかり整備して、特にやっぱりその何ていうんですか、診断治療的なことでうまいルールに、基本的なルールに乗りにくい複合的ないろんな多数の疾病を抱えている、むしろそういう人が多いと思うんですけども、いろんな背景疾患がありプラス認知症があつてとか、大きな病院でも、複数の診療科にかかっている方が多いと思うので、そういう方を結局在宅のときに、基本的にはその在宅の先生がいろんな科のことを1人でカバーしなければいけない。

そうなるとやっぱり病院とのもとのかかりつけの、かかった人との連携とか、そういうこともきちんとやっていかなければいけないし、結構いろんなことをやりながら、連携取りながら、そういう複合的な患者さんを診ていくというようなことですね。そういうことも必要になってくるしということで、枠組みづくりだけではなくて、やっぱり個別の患者さんのその対応をどうしていくかということが、やっぱりすごく大事なかなというふうに。

調整会議もですからベッド数がどうこうとか、この地域の急性期病床が多過ぎるとか、回復期が足りないぞとかという、数の問題だけではなくて、中身的な対応とか、そういうところとの連携とか、そういうことを今後も重視してやっていかなければいけないかなというふうに思ってます。

ちょっとすみません。取り留めのない話をしちゃいましたけど、以上になります。

- 安座長 ありがとうございます。なかなか大変で看取りをすと言いながら、最後診ないという、やはり1馬力のところだといろんな都合があつて、そういうことも起こり得るということはあるので、今回いろいろ区でそれぞれ連携して、そういうところをカバーし合うということをやるといふような方向で、費用も出ましたし、なるべくそういうことが起こらないようにというふうになっていければと思います。

また、なかなか在宅にかかられている方というのは、もう病気の塊みたいな方ばかりでいろんな疾患を抱えておりますので、そういうところは在宅では、病院では具合が悪ければそれを一生懸命直すというのが、ドクターもナースも皆さんそれに向かって邁進するんですけども、在宅の場合は治すというよりは、何かうまく付き合いながら暮らしていきましょねみたいな感じなんで、やはり診る先生もそういうことをきっちりできるような先生、やっぱり在宅やられている先生でも、やはり何かまだ経験も浅くて、教科書ではこうなんだけれど、こうすればよくなるよと書いてあるからとかというようにレベルの先生だと、なかなか人生経験も少なく、そういうところをうまくお話に持っていけないのじゃないかなというようにもちらほら出ていますので、やはりそういうところもやられる先生は、やはりそういうところも皆さん一緒に勉強していける方法ができればなと感じております。ありがとうございます。

あれですかね、歯科医師会の先生は、やっぱり参加されていないですかね。ありがとうございます。

それでは、今までの意見に対して、さらに何か追加でご発言をされる方がいらっしゃいましたらよろしくお願ひします。いかがでしょうか。大丈夫ですか。

そろそろお時間になりましたので、では今日の皆様のご意見を踏まえまして、また今後、次の参考に検討を進めてまいりたいと思います。

今日はどうもありがとうございました。なかなかコロナになってから在宅というのは、ある程度広まったみたいで、コロナ明けとなりましたけれども、それをきっかけに在宅医療というのが都民の方にも広まった感じがあります。年末年始、私が診ている患者さ

ん、外来に来ている患者さんなんですけども、年末年始に何か具合が悪くなって、休日診療所に行ったらものすごく並んでいたんで、ファストドクターに電話したらすぐ家に来てくれたというようなことを伺いまして、あれ便利だよなんて言っていましたけども、それは在宅医療なのかなと、ふと思いつきながら感じましたけども。

どうも今日はありがとうございました。

では、都のほうに戻させていただきます。

○道傳地域医療担当課長 安保座長、ありがとうございました。

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っております。よろしくお願いたします。

○佐々木理事 東京都医師会の佐々木でございます。本日はお仕事の後のお疲れのところ、また、多くの皆様に活発なご議論いただきまして、ありがとうございました。

私からはちょっと印象に残ったことを、ちょっとお伝えさせていただきますけども、地域によってはこの在宅医療を病院が核になって支えているところとか、スーパー在宅医が支えているところとか、あと医師会が主導してやっているところとか、いろいろ地域によって特性があると思うんですけども、こちらの地域のお話をお伺いして、多くの在宅医の先生方が協力しながらやっているのかなという印象を受けました。

その中でも、これからソロプラクティスの在宅への支援と、それからメガ在宅との連携というのが、多くの皆様から話が出ていたかと思っております。

あと、印象に残ったのは、老健のお話で、老健の持っている機能をさらに拡大して、それを区民とか、あと関係者の皆様に情報共有を図っていくんだということで、それが非常に印象に残りました。

あと、医療情報の共有ということが課題と、これも皆様からお話が出ていました。狭い区域の中、区だけではなくて、広域での情報共有が大事だということで、まさに本当に私もそれを考えております。このたびの東京都の在宅医療推進強化事業において、各地域でやっぱりいろんなシステムを使って情報共有を図るわけですけども、おっしゃるように、ほかの地域との連携というのを考えると、やはり何とかして統一したシステムが必要だろうということで、今、計画を進めているところでございます。今まで持っているシステムはそれで構わないと思います。例えばバイタルリンクを使っているところとか独自のシステムを使っているところとか、その区域の中で完成しているものはそれで構わないですけども、他地域との連携を図るためのシステムも入れて、二重で使うという方法も検討していただければと思います。

それから、各地域で課題になっているのが、実は行政の方々との連携なんですね。Web会議みたいなことはできるんですけども、個人情報壁になって、今度患者情報の共有ができないということで、区が運営している包括支援センターの方が中に入れないとか、そういうことも課題になっていますので、そういうこともこれから乗り越えていかなければいけない課題かなと思います。

私からは以上です。ありがとうございました。

○西田理事 続きまして、担当理事、西田です。本日は本当にお疲れさまでございました。大変勉強させていただきました。私も幾つか気がついたことについて述べさせていただきます。

今回のコロナ対応を通じて、在宅療養者に対する24時間の医療提供、それから、あとはこれは2040年問題ということになります。看取りの確保という、その二つに向けて、今まであまりつながっていなかった一般診療所の先生、それから、在宅医療専門の医療機関の先生、あるいは休日夜間のみの往診対応事業所、こういったところとの

連携を図ろうという方向性を、今日かなり多くの方から意見として伺いました。今まではつながっていなかったんですけども、つながっていきこうという方向性が見えたことが非常に私は大きな収穫だったと思っています。ここはぜひ、地区医師会が音頭を取っていただいて、ネットワークづくりをしていただければと思っています。

例えば診診連携について、どなたかが主治医、副主治医制という話もされてきました。これにつきましては、なかなか今まで長く言われておりますが、うまくいっていない、というのは副主治医のインセンティブがないことが大きな問題ですけども、これが先生のところでもしうまくいくようでしたら、ぜひまた情報共有いただければと思います。

それから、そうですね。竹川先生が初めにおっしゃっていたケアマネジャーとの連携ですね。ここは多職種連携というところになります。非常にケアマネジャーさんも異動が激しいわけですね。顔の見えるというのもなかなか難しいところで、お互い医療のチーフというか、責任者は主治医、それから介護保険のほうはケアマネジャーということになります。その双方が一生懸命やっているんですけど、何かボタンの掛け違いが多くて、そこで変な誤解を生じてしまうということがあります。ここは本当に多職種連携のコアな課題なんですね。もう本当に20年間、これ言われ続けて全然解決に至っていない。ここは今後、東京都医師会としても、集中的にやはり検討していかなくちゃいけない、意見交換をしながら解決していかなければいけない課題だと思っています。

最後に、先ほどから何度か出ております東京都の在宅医療推進強化事業を、これ現在26地区医師会、それが参画しております。うち19医師会がDX加算を取っておられるわけで、本圏域におきましては、2地区医師会でこれが行われ、参画していただいております。もう1地区医師会が、まだご参加いただけていないので、ぜひそこはご検討いただきたいと思います。事業が走り出してしばらくしたところで、来年度になると思いますけれども、早々に活動の報告会をして、皆さんで情報共有していきたいと思っていますので、また、その節はご協力をよろしくお願いしたいと思います。

本日は長時間にわたりまして、活発なご議論ありがとうございました。

○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、本日は、様々な貴重なご意見を賜りまして、誠に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、東京都地域医療構想調整部会にご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。

それでは、以上をもちまして、在宅療養ワーキンググループを終了とさせていただきます。どうもありがとうございました。