

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
(区南部)

日時：令和6年2月6日（火曜日）午後7時30分～午後8時38分

場所：ウェブ会議形式にて開催

○道傳地域医療担当課長 それでは、皆様こんばんは。定刻となりましたので、区南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、ウェブ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思います。

ウェブ会議ですので、もし、ビデオをオンにできる方がいらっしゃいましたら、オンにいただければ幸いです。よろしくお願いいたします。

本日の配布資料ですけれども、次第下段の配布資料に記載のとおりでございます。資料1から3までと、参考資料1から3までをご用意しております。資料につきましては、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、事務局までお申し出ください。

なお、本日の会議ですが、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、ウェブでの開催に当たりまして、ご協力いただきたいことがございます。大人数でのウェブ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、画面の左下にあります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いただければと思います。

それでは、まず初めに、東京都医師会及び東京都から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 皆さん、こんばんは。東京都医師会の担当副会長、平川でございます。

日頃から東京都医師会の事業運営については、大変なお力添えをいただきまして、誠にありがとうございます。この場を借りて御礼申し上げます。

さて、本日は在宅療養ワーキンググループの区南部ということで、協議の場からの続けての先生もいると思いますが、本当にお疲れさまでございます。

在宅療養ワーキングというのは、在宅医療を考えるわけでございますけれども、今回の能登半島地震におきましても、結局病院も機能不全になってしまっていて、避難所を含めた、いわゆる在宅療養の形が非常に重要になっているのが分かりました。有事においても、こういう災害時に対してもこの在宅療養は絶対検討しなければならない、その地域独自の仕組みをつくらなければもたないということが分かったわけです。そういった点では、今日のワーキングもそういった地域独自の考え方とか、状況というものを話し合うことが大事ななと思っています。

短い時間でございますけれども、多職種の方々が一つのテーマで集まる機会はそうめったにないものですから、ぜひ可能であれば、ご発言を全員の方から伺いたいなと思っ

ています。今日は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。では、引き続きまして、遠藤部長、お願いいたします。

○遠藤医療政策部長 東京都保健医療局で医療政策部長を務めております遠藤でございます。

本日は大変ご多忙の中、本ワーキンググループに参画いただきまして、ありがとうございます。

平成29年から地域医療構想調整会議の下にこのワーキンググループを開催いたしまして、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課題、また今後の取組等について、ご議論を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、本日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。

あわせまして、東京都では現在、6年に一度の医療計画の改定を進めてございます。今回の各圏域で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ていく年とさせていただ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、積極的なご発言をお願いできればと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

○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、ナグモ医院院長、南雲晃彦先生にお願いをしております。南雲座長、一言お願いいたします。

○南雲座長 皆様、こんばんは。どうぞよろしくお願いいたします。
以上です。

○道傳地域医療担当課長 南雲座長、ありがとうございました。それでは、以降の進行は南雲座長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○南雲座長 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、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、事前調査の回答を踏まえて参加者の皆さんと意見交換を行うこととなっております。活発な意見交換を私のほうからもぜひ皆様をお願いしたいというふうに思います。

それでは、東京都より、意見交換の内容について説明をお願いいたします。

○井床医療政策課課長代理 東京都保健医療局医療政策部地域医療連携担当の井床と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

私のほうから資料を共有させていただき、ご説明をさせていただきます。

まず、資料2をご覧ください。

こちら中段部分、意見交換内容のところがございますとおり、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」、こちら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しております。計画策定に向けた国のガイドラインでは、地域で不足する外来医療機能の検討に当たり、在宅医療の地域の状況についても検討することが例示をされております。令和2年3月の計画策定時におきましても、この在宅療養ワーキンググループを通じて、地域の皆様の意見を伺っております。

そこで、今回の在宅療養ワーキンググループにおきましては、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医療を推進するような取組など、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いただきたいというふうに思っております。

事前調査にご回答いただいた皆様におかれましては、ご協力をいただき、誠にありがとうございました。お時間の都合等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、調査の回答に際しましては、こちら後ろにつけております参考資料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1が、前回、外来医療計画策定時、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きました圏域ごとのご意見。参考資料2が、このワーキンググループの親会であります地域医療構想調整会議、こちらのほうで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抜粋のデータを載せております。参考資料3が、例年、本在宅療養ワーキンググループのほうで提示を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点の参考資料を踏まえまして、資料2のほうに戻りますが、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、また、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、事前調査ではご回答をいただきました。あらかじめ回答いただけた方々の資料をまとめたものが、資料3となっております。

この事前調査の回答を踏まえて、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、コロナ禍を経た上で、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いうふうに考えております。

また、各ご発言に対して、座長のほうから意見の深掘りですとか、参加者間のご質問など、自由に意見交換をいただければというふうに思っております。

説明は以上となります。意見交換の進行は、座長の南雲先生にお願いさせていただきます。よろしく申し上げます。

○南雲座長 それでは、早速始めたいと思います。

事前調査についてはお読みいただいて、私のほうからまとめることはしません。全員、ご発言いただきたいと思いますので、ぜひよろしく申し上げます。順番に行って最後、これだけさらに言いたいというお話もあるでしょうから、残った時間でご希望の方にもう一度ご発言いただくというような予定であります。

それでは、早速始めたいと思います。

在宅医の代表でもあるし、大森医師会の理事もやっておられる鈴木先生、いろんなご意見があると思いますが、初めに問題をたくさん提起していただいて、必要な解決策、もし教えていただけるならどうぞ。何かご意見があれば、後でまたご指名しますので、鈴木先生、早速お願いします。

○鈴木（央）委員 ありがとうございます。大森医師会の鈴木でございます。

聞こえていますでしょうか。大丈夫でしょうか。よかった。

まず、在宅医療に関しましては、今、病院のほう結構空床も出ているということなので、病床の逼迫度合いはそれほどでもなくなりました。ただ、やっぱりこれはコロナの影響も多少あると思っていて、やっぱり病院の面会制限とか、そういったことから在宅を選択する先生、患者さんたちが結構まだ多いんじゃないかなというふうに考えています。幸い、大田区は、比較的在宅医療に関わる医療機関が割と多くて、しかも現在も

増えているところなんです。ですから、一応供給量としてはまだ何とか余裕がある状態ではないかと思えます。

ただ、問題の一つとしては、質の問題が一つ挙げられると思えます。果たして皆さん、在宅医療はどうしても密室の医療になってしまいますので、そこで行われている在宅医療が果たして適正な在宅医療であるのかどうかという問題は、やはりこれからも検討していかなければいけないと思えます。

私の見聞きする限りでは、訪問看護ステーションでエンゼルケアをやらないというステーションが結構増えてきているんですね。私個人の、これは僕の古い考えだろうと思えますけれども、やっぱりエンゼルケアというのは患者さんとその家族を、言わばほめちぎる、すごく重要なケアの機会なんですけど、それを自費になっちゃうからやらないというのは、ちょっといかがなものかなというふうに、僕個人は思っていたりします。

それから、あと第2点ですけれども、今後、恐らくあと10年後ぐらいに病床が逼迫し始めると思うんですね。それまでの間にいろいろな体制を整えておかなければいけないんですけれども、病床が逼迫したときに多分在宅医たちは、今よりもっと重症な患者さんを診なければいけなくなってくる。コロナのときは酸素をあげて、ステロイドをあげて、経口抗ウイルス薬を投与していればそれでよかったですけれども、例えば高度の脱水だとか、肺炎だとか、尿路感染症でゼプシスになりかかっているような人とか、そういった重症な患者さんを診ていかなければいけないので、そういった場合のシミュレーションといいますか、どこまで在宅でやるのか。そして、家族とどういう話をして、どういう85歳以上の高齢者だったら、場合によっては看取りも視野に在宅で可能な治療法を施していく。そういったシミュレーションといいますか、勉強会というか、そういったことをかかりつけ医も対象にやっていかなければいけないんじゃないかなと。

それからあと、かかりつけ医が抱えている通院困難患者ですね。彼らがかかりつけ医がなかなか訪問できないでいた場合に、そこに在宅医に割と早くつなげるような、今、大田区には窓口がありますので、そういう窓口を介してつなげるような活動を周知していくということも重要ではないかなというふうに思えます。

課題としては、今後、病床が逼迫したときにどうするかということが最大の課題ですけど、それについては、やっぱり病院の救急との連携、例えば病院の救急に認知症のかなりひどい方が搬送されても、病院はもう手間がかかるだけで、これは受け取れないこともあると思うんですね。そういう方が窓口を介して早い段階で在宅医に紹介されて、在宅医のほうで対応、地域のほうで対応していく、こういう体制が組めるようになれば、恐らく24時間、ファストドクターが来なくても、結構対応できるんじゃないかなと、個人的には考えています。

そして、その病院との連携体制をさらに話し合っ、細かいところまで煮詰めて、そして、この場合はこうする、この場合はこうするというのをいろいろやっていくことによって、かなり、大田区に関してはコロナも何とか対応できたので、いけるんじゃないかと個人的にはちょっと楽観的に考えています。

また、コロナのときにかかりつけ医の先生方でふだん在宅をやっていないのに往診に行かれた先生たちもいました。そういう先生たちが逼迫したときに自分の患者の人のところに往診に行けるということを後押しするようなシステムをつくっていききたいなというふうに思っています。

取りあえず、今思いつくところは以上なんですけど、こんなところでよろしいでしょうか。

○南雲座長 ありがとうございます。

先生、前、在宅医療を推進しようという先生がどこかで、東京都医師会だったかな、多死時代がやってくると。だから、そうすると看取りの医療が在宅医療だというお話を10年か15年前か忘れたけど、先生がおっしゃったと思うんですが、それが看取りの医療じゃなくて、治療の医療、濃厚医療とは言わないけど、そういうふうになんかちょっと変わってきたと思うので、最後にもう一回意見を聞きますから、その点、もう一度ご説明をお願いします。

○鈴木（央）委員 分かりました。

○南雲座長 すみません、ありがとうございます。

それでは、高野研一郎先生、東京都病院協会の常任理事、高野病院の院長でいらっしゃる。高野先生、病院の立場から、どうでしょう。何かご意見はありますか。

○高野（研）委員 こんばんは。高野です。

病院の立場から言いますと、やはり鈴木先生もおっしゃったように稼働率の低下というのを実感するところです。そこには、在宅医の先生のご活躍があるというふうにも考えています。結構なことだと思います。

ただ、一方で、病院で聞かれることは、治療の依頼です。搬送されたときにとっても重症な状態になっているということも多い。最悪ですと、それがきっかけで看取りの始まりになってしまうということも実際起こるわけで、在宅の先生が活躍されるのは望ましいことだと思いますが、何かあればもっと、気軽にと言うとちょっと言葉が違うかもしれませんが、病院をうまく活用していただいて、短期間の入院でまた家に戻って、そして安定した在宅療養が長く続けられるような、そんなふうな診方をしていただくと、患者さんにとって利益になるのかなというふうに感じています。

あとは、在宅の先生が増えるにつれて、それまで病院に通っていた患者さんが突然来なくなる。中には家族が来院されて、在宅で診るようになりまして。そういうこともありますけれども、中には在宅の先生が紹介状をくださいという依頼だけ来て、在宅になったということを知ることもあります。どちらが病院の紹介状に関する情報提供の熱が入るかという、やはり前者だと思いますので、その辺のバトンタッチというか、それがスムーズに行くようになればいいかなというのは感じているところであります。

以上です。

○南雲座長 高野先生、ありがとうございました。

そういうことは私も非常によく経験することで大きな問題かなと、患者をとられてしまうというところがありまして、問題かなというふうに思います。

それでは、続きまして、田園調布の城下晃子先生、ご意見いただきたいと思いますが、いかがですか。先生。

○城下委員 ありがとうございます。田園調布医師会の城下でございます。

鈴木先生のご意見も高野先生のご意見も本当にごもっともだなと思って伺っておりました。アンケートにも拝見させていただいたんですけども、確かに大田区も非常に、田園調布地区でも在宅療養の専門のクリニックですとかが数か所できたり、あとは訪問看護ステーションというのが多く増えてきて、非常に今、在宅医療の状況としてはいい状況になっていると思うんですけども、鈴木先生がおっしゃったように、またそうすると医療の質の問題ですとか、あとは高野先生もおっしゃっていましたが、在宅から病院に、もしくはかかりつけ医から在宅にどういうふうにつないでいくかということの連携のシステムがすごく大切に、これまで以上になってくるんだろうなというふうに思っています。

特にあと訪問看護ステーションさんとの連携も含めて、毎回この会で多職種の方との

連携ですとか、シームレスな情報伝達という話にはなるんですけども、どういう形を取ると一番いいのかというのがいつも難しく感じています。ただ、前よりもやはりそういうのが情報伝達とかもスムーズになってきているようには感じているので、プラス、どういう形を取るのか、ICTみたいなシステムを使うのか、それともそういう連携できるような場、こういうワーキンググループもそうですが、そういう多職種が集まって、シームレスになって顔の見える環境でいろんな患者さんのご紹介であったりとか、お互いのできるようになったらいいのかなというふうに考えております。

以上です。

○南雲座長 ありがとうございます。

先生のおっしゃったこと、私もそういうことをよく感じるんですが、大田区全域の連携じゃなくて、自分の近くの、患者さんの近くのステーションなり、先生なり、訪問専門の先生、あるいは病院とかが連携するのが、一番患者さんにとっても幸せかなというふうに思います。それをどうしてつくる、顔の見える連携というか、連絡というか、協力というか、そういうものを構築していくということは、確かに非常に大事だなというふうに思います。先生、ありがとうございました。

ここで、病院の池上総合病院副院長兼看護部長でいらっしゃる佐藤美加様、病院の看護部長さん、副院長としてこのお話、ご意見いただけますか。いらっしゃいますか。

○佐藤委員 佐藤でございます。よろしくお願いいいたします。

○南雲座長 お願いします。

○佐藤委員 病院の立場から言いますと、本当にやはり連携という部分がずっと言われ続けてはいるんですね。やはり病院として地域連携室というところがあるので、そこをフルに使って病院側は情報交換しているというのが現状だと思うんですね。

あとは、やはり病院の周囲といいます、在宅、訪問はしかりですし、あとは福祉施設ですね。今、今年というか今年度5類にコロナが変わりましたけれども、今、やはりまた流行してしまっていて、施設のほうでコロナがまた蔓延している。在宅のほうでもコロナ患者さんが増えていて、病院に殺到してくるのも今現状になっているんですね。またコロナ病棟がいっぱいになってきている現状で、流行が過ぎて、もうマスクもしないのが当たり前になってきているので、そういう地域の中でどこでというところでの定点観測もされているとは思いますが、そこでやはり、そこのチェックが多くなったといったときには、地域として、こういうまたマスクを装着しましょうとか、そういうような動きが全く見えないような感じなのかなというのうかがえます。

それと、あと、やはり高齢者が非常に多くなっているのが、今、課題なのが摂食嚥下ですね。看護の立場から申しますと、摂食嚥下の不良の障害のある患者様が高齢になりますと非常に多くなっていて、そこでの誤嚥性肺炎で入院の患者さんが非常に多くなっているところがあるんですね。プラス、あと認知症を抱えている患者さんというところで、病院のほうでは認知症ケアとか、そちらも介入、摂食嚥下のリハビリ等々、管理栄養士さんも含めて、ちょっとそこら辺が動いてはいますけれども、やはり地域全体でそういう高齢者を見ていくようなサポート体制というのにも必要になるのかなというふうに思いますし、あとは在宅で一生懸命見ていらっしゃるご家族の負担というの物すごく大きいのかなというふうにも感じておりますので、そういうところを地域で支えられるような連携が取れたらいいのかなというふうに感じております。

以上です。

○南雲座長 佐藤様、ありがとうございます。

嚥下の問題はすごく難しく、私も素人ながら30年ぐらい嚥下を横でずっと見てき

ているんですが、ご家族や介護スタッフが、この人は嚥下ができていると思って食べさせているのに、実際はほとんどまともな嚥下ができない人がたくさんいて、丸のみに近いような人がたくさんいるというようなことで、もう一度、地域として多職種で嚥下の実態を承知して、正しい診断・判断をするというのが必要かなというふうに思います。認知症も相変わらずの問題であります。ありがとうございました。

それでは、続きまして、小野先生。東京都薬剤師会副会長、小野稔先生。小野先生、いらっしゃいますか。

○小野委員　こんばんは。聞こえますか。

薬剤師会の立場で在宅というのは、非常に職業的になかなか発揮できていなくて、皆さんにご迷惑をかけているところでございますけれども、やはり先生方がおっしゃるように、連携というのは非常に重要だというふうに考えております。

そういう中で、実際に25年の地域医療構想ですけれども、その中で我々の役割がどこまで行けるかということですけども、今、僕たちが在宅に入ったときには、患者さんのいろんな相談相手になっているような感じですか。これをドクターのほうにつなげたり、ほかの先生の方につなげたりというような役割で、今、やらせていただいています。

また、あわせてポリファーマシーの問題等もありましてやっていますが、なかなかケア会議の中ではドクターの先生がお見えにならないケースが多くて、その点、もう少しその辺もご協力いただければなというふうに思っております。

そういう中で、薬剤師がどこまで在宅の中に入っているかということもこれからの問題かなというふうに思っているところですけども、ぜひ先生方の今、いろんなご意見を聞きながら、我々東京都薬剤師会としても、各地域での薬剤師会の皆様にどういうふうな形でという形に、ただ、もう一つ問題は、在宅に特化した薬剤師、薬局というのができてきて、なかなか私たちが身近に入っている患者さんを在宅に入ったときに、そういうところで我々のところに来ないで、病院側から直接そういう薬局のほうと声をかけてそちらのほうに流れるというケースが多くて、ここはどういう、どうしたものかなというところはあるというところで、課題として提案させていただきます。

以上です。

○南雲座長　小野先生、ありがとうございました。

今回の能登の震災でも薬を大量に積んだ車が3台も来ていただいて、大変現場の医療は助かったと思います。薬がなきゃ我々内科は手も足も出ないというのが実情でありますので、お薬の問題、今大変品薄、品不足の状況ですけども、これが広範囲な災害でも起きたときには、本当に大変なことになるなというふうに思っておりますので、先生、備蓄も含めて、今後の薬剤の確保、それから今おっしゃった他地域からの、何て表現したらいいですかね、落下傘じゃないけど、地域の実情も分かっていない方が薬剤師として飛び込んでくることのあるというふうなお話もありました。これからこういうものもどうしていくかということですが、どうぞ薬剤師会としてよろしく願います。ありがとうございました。

それでは、品川区の代表として、名簿には鈴木雅美様とありますが、今日は鈴木様じゃなくご参加いただいているんでしょうか。品川区の方。

○鈴木（雅）委員　すみません。品川区福祉計画課、鈴木です。よろしく願いいたします。

○南雲座長　鈴木様、よろしく願います。

○鈴木（雅）委員　そうですね。品川区のほうでも、頂いた資料等を拝見させていただいて、往診をしてくださる先生や在宅療養してくださる先生方もやはり増えていっていた

りとか、訪問看護ステーションも今年度、また増えていたりということで、在宅を取り巻く環境みたいなものは増えてきているのかなと思っています。ただ、品川区は、療養病院等も少なかったり、包括病床がやっぱりまだ少ないというところがあって、なかなか今後、そこが課題になってくるのかなと思いました。

今までご意見が出ていたように、在宅を中心にしながら、少しレスパイト的に入院ができてとか、救急に運ばれて、そこで一泊できないんだけど、少しせめて総合病院の救急では難しいけど、地域包括病棟等は在宅で少し早めにケアができるような体制が整っていけると、連携がもう少し進んで、ご家族様、ご本人にとって在宅がしやすくなるのかなというふうに感じているところです。

以上です。

○南雲座長 鈴木様、ありがとうございます。

在宅をやっている者として、病院の力を借りたいというのは、一つは状態が急に変わったときにご家族が病院で診てほしい、あるいは検査をしてほしい。どういう理由なのかちゃんと診断してほしい。こういうご要望があるときは、病院で診てもらいたいなというふうに、我々は思います。ちょっと自分では手に負えない状態、どう考えていいのか難しい、何かレントゲンを撮ったり、CTを撮ったりすれば解決するのかなというところも在宅ではできないので、というところが多いかと思うんですが、そういうときに病院の方のことを考えると、佐藤さん、さっきいろいろおっしゃっていただきました。

大変、急に行って情報がきちんと伝わらないと、まずそこら辺をどういう病歴で、どういう治療して、どういう薬を飲んでいて、いつからおかしくなったんだなんていうのが、なかなかちゃんと理解されるのが病院側のスタッフも大変で、我々も一生懸命紹介状は書くんですが、さあ、救急車に乗っていただいた、そこから20年の来歴を一枚の紙にまとめて書こうとなると、えらい時間がかかるので、そうすると外来が1時間ぐらい止まってしまって、紹介状を書くのに。病院に届くのが1時間もたっているのにこっちはもう必死でペンを走らせてというような時代がずっとありました。今は電子カルテで簡単にコピーができるんですが、それでも長時間、長期の来歴を見るとえらい時間がかかっちゃうんですね。

だからそういう意味では、情報共有というのが、何でしょうね。簡単にできるように電子カルテの共有化とか、今国がやっているようですけれども、そういうことがもし簡単にできるようになれば、大田区の南雲が入院したと、この人はこういう病気をしているんだというのがどこに行ってもすぐ分かるようなシステムができれば、病院の方が診るのに際しての負担が相当減るので、あまり嫌がらずに診ていただけるかなというふうに思うんですが、これはぜひ国としても、東京都としてもご支援いただいて、そういう情報ができればいいなと。情報共有ができればありがたいなというふうに思っております。ぜひよろしくをお願いします。

じゃあ、続いて、大田区の健康政策部災害・地域医療担当課長の高野耕治様、つながっていますか。高野様。

○高野（耕）委員 高野でございます。

○南雲座長 ご意見を頂戴いたしたく思います。

○高野（耕）委員 すみません、ありがとうございます。

まず、第一に、私12月18日付で現在の職に異動してまいりまして、今、参加されている多くの大田区のドクターの方がいらっしゃいますけれども、初めましての方、これからよろしくお願ひいたします。

それまでは、保健所における新型コロナウイルス感染症対応として、保健所体制整備

やワクチンの接種事業を行っておりました。

在宅に関しまして、在宅医療に関しまして、事前の調査というのがありまして、区からは、大田区としては数字等による具体的で明確な変化は把握をしてはいないけれども、区民の認識面や体制整備面、どちらの面でも課題があると考えているというふうな回答をさせていただいております。

これにまつわるというか、関係して、今年度、大田区の在宅医療体制構築に向けた調査業務というのを委託しまして、今、まさに調査結果を業者から返ってくるのを待っているような最中でございます。それをもってして、今後、在宅医療に関しての検討や調査のさらなる深掘りというのを進めてまいろうというふうに思っておるところでございます。

すみません、私からは以上になります。

○南雲座長 高野様、ぜひ今後よろしくお願いたします。ありがとうございました。

続きまして、品川区介護支援専門員連絡協議会副会長でいらっしゃる、品川区小山の在宅介護支援センター管理者でいらっしゃる、藤井江美様、いらっしゃいますか。

○藤井委員 藤井でございます。

○南雲座長 藤井様は、ケアマネとして、ケアマネの責任者ですかね。どういうふうに申し上げたらいいか。ケアマネを実際にやっておられる、そういう立場から今日の議題、地域の実情がどうか、今後必要なものは何かというようなことについてご意見を頂戴したいと思います。よろしくお願いたします。

○藤井委員 ありがとうございます。今までのご発言の方々のご意見を参考に発言させていただきます。

高野病院の先生のほうから、在宅医が増えるによって、患者さんの在宅医の紹介の状況と、それと小野先生、薬剤師の先生からの病院から直接流れてしまうという、ここが私は今とても響いていて。病院から在宅医に引き継がれて退院をする際なんですけれども、やっぱり地域の事情も一言聞いていただきたいなというのがあって、今までこの先生にかかっていらっしゃるけれども、その先生が訪問診療をされないのかとか、薬局に関しても、地域の薬局にかかっていらっしゃるのに、病院からというところも、その病状によってもあるとは思いますが、ケアマネジャーが在宅医療につながる時は、大病院にかかっていたとしても、医療連携室に連絡をして、こういう状況がありますと。ご家族には、訪問診療の情報提供をしていただいたほうがよろしいんじゃないとか、一度、今度の外来のときに話してもらえませんかとか、ご家族から相談がありますというようなことで、スムーズな連携を心がけて助言をしているケアマネジャーがほとんどだと思います。

そして、病院からの、もしそれで在宅に移る場合は、診療情報提供書をいただいて、次の先生に引き継ぐようになりますということは、利用者さん側にも説明をしています。いきなりというのは、それはあまりよろしくないというふうに考えています。

私は、在宅の立場で訪問薬局さん、すごく今、頑張られて機能していると思っています。一時、一昔前は、在宅での服薬管理なんていうと、いまだにそうですけど、病院側の退院調整ナースさんやソーシャルワーカーさんは、それで訪問介護に入ってくださいみたいなことがあります。いやいや、お薬に関しては訪問薬局の指導をお願いします。服薬管理、週に1回、2回、訪問看護が出向いていただいても、それは管理できないし、本当に飲ませるといことであるならば、訪問介護ですとか、薬局のほうからの服薬ロボットですとか、お薬に関しては薬局というふうに、もうケアマネジャーのほうは認識をしています。

ただ、その際に、在宅医療が進めば進むほど、高度なことができるようになればなるほど、薬局とドクターの連携がとても大事で、幾らドクターがこのタイミングでこの点滴とか、このタイミングでこのお薬といっても、それがすぐ運んでくださる薬局さんのフットワークのよさ、悪さ、麻薬の手配の早さとかというのは、やっぱりドクターと薬局がスムーズに、ケアチームをつくっているみたいなケアリングがあるんだなというふうに、私たちは感じています。

薬局のほうまで私たちがここがいいですということはあまりないですけども、やっぱりそのチームワーク、チームプレイというのが、看護師さんに関しても、薬剤師さんに関しても大事になってきて、その患者さんにそぐうマッチングというのがとても重要に感じています。

以上です。

- 南雲座長 藤井様、大変ありがとうございました。藤井さんはすばらしいケアマネジャーさんですね。すばらしい。

でも、私の患者さんなんかは、全然知らないうちに大学病院とかから退院すると、僕が往診、訪問していたにもかかわらず、訪問専門の医者いつの間にかやらずに替わっていて、えっというのが、もうひどいと月に5人とか。もうちょっと出てこい、このやろうと電話するぐらい、頭にくる。病院の方はそんな時間がないので、今、電話をした瞬間にすぐ返事がもらえないと、誰が在宅、訪問診療してくれるんだというのを決めないといけないので、例えば昼間の時間、私が往診しているといないので、電話が繋がらない。携帯にしてくれればいいんだけど、繋がらないので、訪問専門の医療機関に電話すればもちろん電話番号が常時いるので、すぐ決まるので決めちゃいましたと。事後承諾みたいな例がものすごい多いです。ほとんどそんな感じ。だから藤井さんのお話し聞いていてすばらしいと思いました。

- 藤井委員 ケアマネジャーの立場からしますと、例えば専門医として、泌尿器なら泌尿器の専門が行かれたほうがいい場合とかもいろいろあるとは思いますが、やはりこのご家族に合う先生の個性とか、お人柄って変ですけども、やっぱりタイプとかもあられるので、一言聞いていただきたいということも多々あります。

以上です。

- 南雲座長 鈴木先生も僕も、年を取った医者ですから、大抵のものは分かるわけですよ。泌尿器科のことも、皮膚科のことも、精神科のことも大体何とかできるので、一々専門医をつれてくるというケアマネさんの対応にはびっくりですよ。そういうのがすごい多いですよ、大田区ではね。すみません。今後もよろしくお願いします。

それでは、荏原医師会の理事でいらっしゃる、山内クリニックの院長である山内健義先生、今、お話しいただいた藤井様、荏原医師会のエリアですかね。山内先生のところではどうでしょう。ご意見を頂戴したいと思います。よろしくお願いします。

- 山内委員 こんばんは。荏原医師会の山内と申します。よろしく申し上げます。

すみません。私、実は新任で、以前までの比較等ができないのと、あとは、実は自分自身が在宅をやっていないので、ちょっとすみません。ちょっとあれがずれてしまうかもしれないんですけども、品川区としましては、東京都からの在宅医療推進事業の助成金をいただけることになったので、今、在宅医を少しでも増やすということで勉強会をしていて、自分も勉強しながら、今後在宅医を目指すという形なんですけれども、あと、多職種連携をスムーズにできるように情報共有システムの構築をいろいろと検討しているという状況で、これから自分もいろいろ在宅をやりたいと思いますので、よろしく申し上げます。

すみません、以上です。

○南雲座長 ありがとうございます。

ぜひ一人でも二人でもいいから、そんなにたくさん無理にやらなくてもいいので、一人やってみるといろいろ分かってくると思うので、ぜひよろしくお願いします。

○山内委員 すみません、よろしくお願いします。

○南雲座長 それでは、老健施設の代表である、介護老人保健施設ケアセンター南大井の施設長でいらっしゃる尾辻瑞人様。施設の今、コロナが入所者で大変流行しているようですが、そういった状況も含めていろいろ教えてください。尾辻様、よろしく申し上げます。

○尾辻委員 よろしく申し上げます。介護老人保健施設ケアセンター南大井の施設長をしている尾辻と申します。

今、私自身も含めてコロナに関しては、罹患して今療養期間中で、自宅でこうやってウェブの会議に参加させていただいております。第10波になるんでしょうか。やっぱり出てきていて、その際にどのような形で医療機関、自分たちのところで抗原検査で診断はするんですけれども、どこまで医療機関にお願いしておくかと入院につながるのか、そういった点については、いろいろと苦慮しているところであります。

第9波のときは、まだ余裕があったので、新たな、ひまわりとかミストのシステムを利用して、空いている病床に入れていけるんですけど、恐らく第10波になると、ほぼ満床な状況がずっと続くと思われるので、そここのところでの連携をしていくというのが難しくなると考えております。

介護保険システムで動いているので、医療に対してのお金が全て施設持ちになるという点が我々のところの限界がありまして、心不全の患者がいらっしゃっても、検査はある程度自分のところでした、それから専門病院に回したりと、そういう点が出てきました。

在宅の患者さんが施設に入所するような形になるんですけれども、その際もなかなかそこまで厳しい状況と把握されない人が入所されてきて、こちらで診ていると心不全で、膿になってとか、そういう形の方々が出てきていて、やっぱりそれを調節していくと、お家で診ることができるようになる。だから、半分入院施設と同じような状況を見ないといけないところが出てきているというところが現状です。

なので、今までの議論にあったように、それまでの情報共有だったり、あとは連携ですね。各施設への連携と、こういったのは今後大きな課題になってくるんじゃないかなと思っております。

ありがとうございます。

○南雲座長 ありがとうございます。

介護施設、老健であってもなかなか検査とか医療がしにくいという話でした。先ほども始まる前に話題になったんですが、特養で医療ができないというのは、非常に無駄な人的費用的負担がかかるので、将来的には介護医療院みたいな医療もある程度できるというふうに特養も老健も統一化されたらいいのかなと、国ではそういう考えもあるようですけれども、非常にそう思います。

続きまして、大井町とうまクリニック院長である當間弘子先生。當間先生も荏原医師会ですね。當間先生のところはいかがでしょうか。

○當間委員 品川区医師会でございます。

○南雲座長 品川区医師会だ。ごめんなさい。

○當間委員 とうまクリニックの當間でございます。聞こえていらっしゃいますでしょうか。

か。

皆様、こんばんは。私は在宅医と、それから品川区医師会で荏原医師会の山内先生、笹川副会長と東京都在宅推進事業を、今、共同で進めさせていただいている立場から、品川区の現状の問題点と、考えております解決策について、お話しさせていただきたいと思っております。

品川区は、ただいま在宅医療支援としましては、在宅訪問医、それから訪問看護ステーションともになかなか充足してきていると感じております。そこに、また今回の東京都の在宅推進事業を進めさせていただいておりますので、24時間、夜間休日のバックアップシステムを一応スタート、キックオフしております、ますます在宅医療支援は充実させていけるのではないかと印象を抱いております。

ですが、在宅訪問診療を本当に必要とする患者さん、そして、回復期病棟から退院して自宅で療養を続けたいと思っている患者さんに、本当にこの在宅訪問医療資源が行き渡っているかといいますと、答えはとてとてもとてもノーという状況でございます。

その問題点の原因は、ざっと四つ考えておまして、一つは、かかりつけ医の問題。かかりつけ医が自らの限界、どこまでをやりたいか、どこまでやれるかを明確に表示していない。例えば、自分の自院は、夜7時までは電話もつながるし患者さんを受け取ることができます。あるいは、夜7時以降、夜間、何か急変が起きたときは、電話が転送されて院長が取ることができる。あるいは、ChatGPTで応じることができる。あるいは、電話は取ることができても往診することはできない。あるいは、往診はできる。そして、自院の患者さんの看取りはできる。あるいは、看取りどころか高度な医療を必要とする例えば緩和ですとか、心不全の治療ですとか、そういったところまで提供できるという区分分けを、機能を明示していないことです。

これが多職種、特にケアマネジャーに十分に伝わっていないがために、第2番目の問題点はケアマネジャーさんなんですが、ケアマネジャーさんが、自分が抱えている。

○南雲座長 當間先生、聞こえていますか。つながらない。

じゃあ、當間先生、大事なところなんですが、またつながったらご説明を。

藤井さん、よかったです。荏原医師会じゃないようで。品川区医師会なので。

○藤井委員 ケアマネ代表でしっかり受け止めなくては思っていました。

○南雲座長 よろしくお願ひします。

當間先生、聞こえますか。

じゃあ、先生、またつながったらお願ひするとして、内田好宣様。日立健康保険組合、いつもありがとうございます。内田様、今日はいろんな課題が出て、保険組合としてはどんなご意見がありますでしょうか。よろしくお願ひします。

○内田（好）委員 聞こえていますでしょうか。

○南雲座長 聞こえます。

○内田（好）委員 じゃあ、ちょっと通信が悪いのでビデオを消させていただきます。

私のほうからは。

○當間委員 すみませんでした。

○南雲座長 當間先生、つながった。

じゃあ、内田様、ちょっとお待ちいただけますか。申し訳ございません。

○當間委員 申し訳ございません。途中でなぜか切れてしまいました。

それで、ケアマネジャーさんの問題点としては、それぞれのかかりつけ医、在宅訪問診療医がどこまでできるかを把握していないがために、外来通院困難となった患者さんですとか、あるいは、病院から退院してきて在宅医が必要になった段階で、どこに結び

つけばいいかがさっぱり分からなくて、また、フローチャートのような具体的なものがなければ、どの段階から在宅に移していいかが分からないということで、これに関しましては、品川区・荏原医師会共同で在宅診療相談窓口というのを設置いたしましたので、今後はその窓口を通じて、もっとマッチング、リマッチングがスムーズに行ける状態になっていくのではないかと考えております。

3番目は、病院側の問題として、病院側が急性期病棟をいかに増やしても、インフローが増えても、回復期病棟が、ベッドが足りない場合、あるいは区内に品川区のように急性期の病院も少ないんですが、回復期ベッドを持っている病床がありますけれども、十分に生かされていない場合は、例えば、心不全でドブタミンを落として、点滴を落として、酸素だけ変えていけば済む患者さんが、それができる回復期病院に移っていかない。いつまでも急性期病院にいる。

それから、リハビリもできる回復期病院もあるんですが、そこになかなか移っていかないということで、病院同士の連携が希薄なために、きちんとしたアウトフローができていないというところで、急性期病院に患者さんがどん詰まりになって、必要な救急車も受けられないし、急性期も受けられないし、五月雨式のように流せば、地域の中で完結できるように、回復期ベッド、そしてその下に待ち受ける私たち訪問診療医のところへ患者さんが回ってくるはずなんですが、上流で塞ぎ止まっているという状況で状況でございます。これは、病院連絡会をもっともっと密にすることによって、もう少し払拭されていくのではないかと考えております。

最後に、患者さんの手払い金の問題がありまして、いろいろな在宅介護を受けたいと思っても経済的に無理だという、一応行政上の問題があるので、これに関しましては行政上の何らかの一応工夫をお願いしたいと思っております。

最後、ちょっと2点だけ加えさせていただきたいんですが、先ほどお話に出ました摂食嚥下に関しましては、品川・荏原地区では、摂食嚥下のコンサルティングチームというのを専門医療職で組み立てまして、これを発足させる段階でおります。

また、突然の救急患者さんに対して病歴が分からないという問題に関しましては、患者情報共有システムを4月以降になります、着手してつくり上げていこうとしている段階でございます。多職種連携ツールもたどりまいるとトライアルして、開発しているというか、使っていこうという段階に来ております。

以上でございます。

○南雲座長 當間先生、ありがとうございました。

1年後、私が生きていてこの場にいたら、今取り組んでいる成果をぜひ教えてください。私ももう20年そういうことをやってきたけどなかなかうまくいかない。その理由の一つは、ポストアキュートとかサブアキュートの病床を幾らつくっても、結局経営的に難しいらしくて、病院がみんな辞めちゃうんです。例えば、地域包括ケア病棟というのは一時期相当増えたんですが、今は減少傾向にあります。そういうところに十分な点数をつけていかないと、急性期からの流れがなかなかよくなるというのがあるんですね。みんな、初めはいいように見えるんだけど、やってみると意外とうまくいかないというところで、品川区にはほとんど回復期というか、療養病床がないし、大田区もどんどん減っています。療養病床は減る一方です。なくなっています。なぜかという、経営的に厳しいんだそうです、お聞きすると。だから、そういう意味では、今後ともその点は難しかりょうというふうに思います。またぜひ教えてください。ありがとうございました。

それでは、お待たせしました。日立健康保険組合の内田様、続きをお願いいたします。

○内田（好）委員 すみません。それで、私が事前調査で書かせていただいたのは、マイナンバーカードと保険証の一体化というのが、今、かなり強力に国も進めておりまして、我々保険者も協力して、これを使える医療基盤というか、インフラにぜひしたいなと期待しております。診療にももちろん役立ちますし、在宅医療の関係で行けば、患者の受渡しの際の情報の受渡しとか、そういうことにも使える基盤になるんじゃないかと思っておりますので、ぜひ在宅医療でも使えるような、さらなる活用、これを国のほうに、これは区南部だけの問題ではないと思っておりますので、国のほうに働きかけて使えるシステムにしていくというのが課題だというふうに考えています。

以上です。

○南雲座長 ありがとうございます。

時間が大分押しているので、鈴木先生、先ほどお願いした皆様のご発言を聞いた後でもう一度、まとめていただけますか。

○鈴木（央）委員 ありがとうございます。

実は皆さん、ご指摘いただいたところは、南雲先生や私たちが20年前からやってきた課題とほとんど同じところなんですね。それが20年たっても解決できないというところでは、やっぱりまだまだ顔の見える関係性ができていない。だからもっともっとやっぱり話し合わなければいけないだろうというふうに思います。

ただ、病床が逼迫してくると、恐らく僕はかかりつけ医たちは動くんじゃないかと、ちょっと楽観的な期待を持っていて、そここのところの環境が十分整っていなくても医者魂といいますか、自分で責任を取りたいという、そういう先生たちが一定数現れるだろうと思うんですね。もちろんやりたくない先生もいらっしゃいます。

その中で、やっぱり重症な患者さんを今後治すことも視野に諦めないで、そしてやっていく。それもちょっと今後必要になって。先日、私の患者さんで認知症の方が主介護者が緊急入院しちゃったのでショートステイに行ったら、もう全く食べなくなっちゃった。食べなくなって、家族は食べないけどとにかく入れていてくださいと言うしかないなので、入れていたら、今度はハイポボレミック性ショックになっちゃった。血圧も全然測れないんだけど、病院に入れちゃうと多分その人は二度と食べなくなって、高カロリー輸液をつけて療養型に回されるだろうと思いましたが、家に帰そうということになって、それで、家に帰して、BUNが157で、クレアチニンが5.7で、Creが7.8でしたけれども、何とか1日1,500の皮下輸液だけで、2週間で何とか回復しました。その後、摂食嚥下のケアを入れて、口から食べるようにもって行って、腸球菌の尿路感染もあったんですけど、それも何とかST合剤で何とか切り抜けて、今は普通に元気に暮らしていますけれども、そういうこともできるようにならなければいけないのかなと個人的には思っています。

ただ、そのためにはいろんな多職種連携を動かさなければいけないし、在宅医側のスキルとか技術というのでもかなり必要になってきますので、相当なやっぱり地域の中の協力が必要だと思います。とにかくまず、我々が全員医療関係者、介護関係者が仲間としてフラットな関係性で、もっともっと話し合いを重ねていく。これがやっぱり一番重要なんだろうというふうに思います。

○南雲座長 ありがとうございます。

結局、医師も、看護師も、ケアマネジャーも、ヘルパーさんも、薬剤師さんも、結局、枠を超えて頑張るかどうかということにどうもかかってくるのかな。ただ、毎日毎日枠をはみ出していると早死にするので、どうするんだと。私も70にもなって毎日往診もするし、昨日もグループホームから耳垂れが出ているというので、耳鼻科の医

者を呼びましょうかと提案されたんだけど、どうしますかというから、いい、行くよと言って、行って洗浄してきたら大したことない。そんな騒ぐほどじゃないというようなこととかあるので、そこにまた一々新規の訪問医が入ったりすると非常に金銭的な負担もかかるし、調整も大変だしというようなことで、何でもやればいいというわけではないというのは重々分かっているんですけど、ちょっとやってみて自分の手に負えなかったら応援を頼むと。応援を頼める資源が東京はありますので、山の中じゃないので。ちょっと踏み出して、半歩踏み出して頑張るという姿勢で、頑張れなかったら助けてという仲間が周りにたくさんいますので、そういう仲間を利用してやるというのがやっぱりいつの世もそういうところ、個人のちょっとした頑張りに頼るしかないのかなと。

枠組みどおりにやっていると、なかなか進まないというところがありますので、こういう仕事は、我々の仕事は、そういう部分はしょうがない、頑張るしかないというところもあるんだというふうにご理解いただいて、ちょっとみんなで譲り合って協力し合っというところがあればいいのかなというふうに思います。

話は尽きないのでありますが、お時間が参りました。皆様、本当にいろいろご意見いただいてありがとうございました。

それでは、時間となりますので、意見交換の場をこれで終わりとさせていただきます。ありがとうございました。

○道傳地域医療担当課長 では、すみません。事務局でございます。

南雲座長、本日は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います。よろしく願いいたします。

○佐々木理事 皆様、遅くまで活発なご議論をありがとうございました。東京都医師会理事の佐々木でございます。

この地域医療構想調整会議の在宅療養ワーキンググループ、実は12月5日から始まって丸2か月で、13圏域、残りは島しょだけなんですけれども、島しょ部を除くと今日が一番最後の在宅療養のワーキングということになります。

この区南部、ほかの地域と比べても非常に在宅医療に関しても充足しているし、多くのスタープレイヤーの先生がいらっしゃって、また、医師会も在宅医療に非常に熱心に取り組んでいるというところで、在宅医療に関してはちょっとお手本のようなところかなというふうに思いました。

私はこの在宅療養のワーキングと、それからちょっと遅れて1月5日から地域医療構想調整会議というのが始まって、そこに両方出ているんですけども、全体を通して感じたことを話をさせていただきたいと思います。

まず、在宅医療に関してみれば、多くの圏域で在宅医が増えているよと。それから、訪問看護ステーションが増えている。訪問看護ステーションが増えているんだけど、でも廃業も多くて、新陳代謝が多いという、この地域でも書いてありましたけれども、それがどこでも多くの地域で聞かれたことだと思います。

一方で、今日の区南部の先生方からあまり出てこなかったんですけど、ほかの圏域でよく出ていた話が、今言ったように訪問系の看護師は増えているんですけども、介護系が減っている。特にケアマネジャーが減っている。それから、ヘルパーさんが減っているということが、ほかの圏域では多く聞かれていました。

それから、地域医療構想調整会議の本体のほうでは、とにかく看護師さんが減っている。病床の数はあるんだけど、看護師さんが減っているために病床を空けられないと。なおかつ、病床も空けられていないんだけども病床利用率が減っていて、下手すると7

0%ぐらいになっていて、病院が回っていないと。じゃあ、その患者さんはどこに行っているのかというと、ほかの圏域だと、こちらの圏域だと在宅医療に回っているという話なんですけれども、ほかの圏域だと病院にも来ていないし、在宅にも来ていないという話も結構聞かれました。

あと、先ほど病院と在宅の連携がうまくいっていないのが原因だと。急性期からの下りがうまくいっていないというお話がありましたけれども、確かにほかの圏域でもそういう話があって、急性期から回復療養を経ずに、在宅にいきなり戻ってしまう。ただ、戻れるような人ではないので、またちょっとたつと、急性期にまた救急搬送されてしまう。そういう病床の使われ方の空洞化が起きている。それも先ほどから話のあるように、医療と介護の、あと在宅等の連携がうまくいっていないのかなと。そこの連携をうまくすることが大事だと、先ほど品川区の當間先生がおっしゃっていましたが、全くそのとおりだと思います。

それから、あと、この地域でも医療の情報連携システムの話が出ていましたけれども、ほかの地域でも、特にコロナを経て、ICTシステムが増えてきた、充実してきたという話は、大変聞かれます。ただ、それも全ての職種がうまく使えるわけでもない。一部のやっぱり使えないところもあるし、あと、特に問題となっているのは、行政の方々がなる、なかなか個人情報との関係で、行政の方々が医療情報システムに入れないというのも課題となっておりました。

ただ、この地域では、最初に鈴木先生がいきなり全部まとめていただいたんですけども、数の確保も大事ですけども、質の担保をすること大事だということで、そこも大事かなと思って聞いておりました。

こちらの区南部の非常に優れたシステム構築を参考にして、これからも東京都全体の質の担保、それから数の確保をどうしていけるのかということ参考にしたいと思います。

本日は活発なご議論、ありがとうございました。

○西田理事 医療介護福祉担当理事、西田と申します。

私のほうからも少し感想を述べさせていただきたいと思います。

この圏域は非常に進んでいるところでございます。東京都内、多摩地区の西側は別として、ほとんど東京都内、どこも在宅医療資源は充足しているというところは共通しているのかなと思っていますが、それがなかなかつながっていないというところがございます。

超高齢多死社会に向けて、その看取り、あるいは先ほど鈴木先生が言われたような在宅での急性期治療を含めて、やはりそういったことを可能にするためには、医師会、地区医師会が中心となって、ぜひとも医療機関同士の、それはもうかかりつけ医、在宅専門医療機関、あるいは非会員の先生方も含めて、ぜひぜひ医療機関のネットワークを構築していただきたいと思います。その上での多職種連携かなというふうに感じるところが大きいです。

多職種連携に関しまして、これも何人かの方が言っておられましたけれども、例えば、以前は訪問看護ステーションというと、何々ステーションの誰それさんというのがすごくよく分かっていて、非常にやりやすかったんですけども、最近は大手のグループ会社の参入が多くて、全然看護師さんの顔が見えてこないといったようなこともございますし、ケアマネジャーさんたちもなかなか収入の問題があって、回転が早いということで、そういったことも一つ原因して、いまだにやはり主治医を飛び越して、在宅専門の先生のところに行ってしまう行方不明現象というのが多いのは、本当にここ20年、全

く変わっていないんですね。同じ話に必ずなるんです。

ですから、私は、この点について、ぜひ地域で徹底的に議論して、解決に向けていただきたい。これが医療介護の、何ていうか、連携の改善、連携をさらに深める上での大きな突破口になると思うんです、この議論が。ぜひそこはお願いしたいと思っています。

それから、本日、摂食嚥下の話もお二人から出ていました。これはちょっと宣伝になりますが、確かにこの摂食嚥下、食べるを支えるというのは非常に重要なことで、多職種連携の一つ、大きなツールともなるわけですね。東京都で3月16日に在宅療養推進シンポジウムというのをやります。ここでは食支援を取り上げますので、申込みが3月11日までになっておりますので、ぜひぜひ先生方、ご参加をよろしくお願いしたいと思います。

もう一つ、先ほど山内先生がこれから在宅をとというふうなことをおっしゃっていたので、宣伝させていただきます。東京都医師会では、毎年、在宅医療塾という、これから在宅をやろうかという先生方に向けた塾をやっております、もう今年、塾は終わったんですけれども、塾が主催するシンポジウムが2月10日、東京都医師会で。

○南雲座長 今週ですか。

○西田理事 今週です。ありますので、これはウェブ開催です。もしよろしかったら、参加をお願いしたいと思います。

以上、本当に今日は活発なご発言、ありがとうございます。今後ともよろしく願いいたします。ありがとうございました。

○道傳地域医療担当課長 それでは、皆様、長時間にわたりましてご議論、また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報告を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たいと思います。

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させていただきます。長時間にわたりまして、また、遅い時間にもかかわらずご参加いただきましてありがとうございました。