

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グループ（区東部）

日 時：令和元年12月4日（水曜日）19時00分～20時37分

場 所：東京都医師会館 2階講堂

○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、ただいまより区東部圏域の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、東京都福祉保健局の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、よろしく願いいたします。では、着座にて説明させていただきます。

まずは本日の配付資料でございますが、お手元の会議次第の下段に配付資料ということで記載してございます。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、事務局までお申しつけください。

また、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。

○西田理事 皆さんこんばんは。東京都医師会理事、西田と申します。

お忙しい中、遅い時間にお集まりいただきまして、ありがとうございます。これで東京都の地域医療構想調整会議、在宅療養ワーキングは3年目になるわけですが、今まで地域と病院の連携ですとか、そういったところに割と焦点を当てて話をしてきましたが、今回、東京都で外来医療計画というのをまとめることになりまして、そういったことを受けて、今回のディスカッションのテーマは、地域のその在宅療養資源についてということを中心に話していただくことになるかと思っております。

本日頂戴したご意見を、資料にもございます東京都外来医療計画の素案の中に盛り込んで計画をつくっていくという流れになるかと思っております。

年に1回のディスカッション、しかも時間的に非常に短いので、何か結論をとということとは当然無理でございます。地区ごとにグループをつくっていただいておりますので、本日出た課題について、ぜひ、またお帰りになって、地元で十分練っていただければと思います。

本日は、忌憚のないご意見をたくさんお願いいたしたいと思っております。よろしく願いいたします。

○久村地域医療担当課長 西田先生、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を、昨年度から引き続き、江戸川ホームケアクリニック院長の安保先生をお願いしております。では、安保先生、一言お願いいたします。

○安保座長 皆様こんばんは。昨年に引き続き、座長をやらせていただきます。私、江戸川区地区医師会と在宅医の代表という形でこちらに来させていただいております。

ふだんは在宅支援診療所をやっておりまして、日々、やはり訪問看護ステーションと

か、ケアマネジャーさんとか、多職種連携を行う身としては、なかなか連携がとりづら
いというところもあったりもするものですから、皆さんとともに検討してまいりたいと
思います。よろしくをお願いします。

○久村地域医療担当課長 安保先生、ありがとうございます。

それと、本日はこのワーキンググループの親会に当たります東京都地域医療構想調整
会議で、こちらの圏域の座長をお願いしております湯城先生にオブザーバーとして参加
していただいておりますので、ご紹介させていただきます。湯城先生にはグループワー
クにもご参加いただいた後、最後の講評もお願いしたいと思っておりますので、よろし
くお願いいたします。

それでは、以降の進行は安保先生をお願いいたします。

○安保座長 では、早速議事に入りたいと思います。

今年度は、在宅療養医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、将
来、増加すると、ふえると言われている訪問診療の需要に、どのように対応していくか
ということ、グループで検討していきたいと思っております。活発なご意見をお願いしたい
と思っております。

では、東京都より議事について説明をお願いします。

○東京都 それでは、私からは、資料2から6と、お配りしております参考資料について
ご説明をさせていただきます。

まず、資料の2をご用意いただけますでしょうか。

令和元年度地域医療構想調整会議在宅療養ワーキングについてというところでござい
ますが、今回、今年度の意見交換の内容につきまして、中段の1、意見交換の内容（議
題）というところをごらんいただければと思います。

（1）のところでございますけれども、今回、先ほど安保先生からもお話がありまし
たように、在宅療養に関する地域の状況につきまして、皆様に意見交換をしていただき
たいと考えておまして、そのポイントを（ア）、（イ）、（ウ）の3点設定しております。

まず、（ア）のほうでございますけれども、地域における在宅療養に関する資源の状
況につきまして、訪問診療と在宅医療に関する資源を中心に意見交換を行っていただき
ます。

看護師の方やケアマネジャーの方などもご参加いただいておりますけれども、そういっ
た多職種メンバーの方々からは、訪問診療について、日ごろ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いうふうに考えております。

次に、（イ）のところですが、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は、地域でどのように取り組んでいくべきかという点を議論
いただきたいと思います。

その後、（ウ）のところですけども、これは（ウ）は最後にあればなんですけれども、
今回の区東部圏域全体で見て、圏域の特徴ですとか課題などがあれば、その場で意見交
換を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）につきましてですが、情報提供として、このグループワークが終了
した後に、ICTの取り組みになりますが、多職種連携ポータルサイト、こちらは今、
都が現在取り組んでいるものになりますが、こちらの取り組みにつきましてご紹介をさ
せていただきたいと思います。

資料をおめくりいただけますでしょうか。

今回、意見交換につきましては、グループワークにて行います。グループの編成につ

いてですが、今回、在宅療養に関する資源の状況につきまして、意見交換を行うということで、区ごとにグループを編成させていただいております。区ごとにご推薦いただいている方々につきましては、事務局にてその区のグループに入らせていただいております。また、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、事務局でその各グループのほうに割り振らせていただいております。

続いて、今回のグループワークの流れですけれども、事務局のほうから20分、今、説明をさせていただいて、その後、意見交換40分を設けております。その後、各グループから1グループ5分程度で発表をお願いいたします。

続いて、次の資料3をご用意ください。

こちらは先ほど申しあげました意見交換につきまして、その意見交換の内容の詳細を落とし込んだものになります。

まず、グループワークが開始いたしましたら、進行役と書記、発表役をお決めいただきまして、進行役の方が中心となり意見交換を進めていっていただきます。

書記の方は、出た意見を机の上に用意しておりますA4の紙のほうにペンで記録していただきます。

それから、訪問診療の将来の需要増に向けて、地域で取り組むべきことをというところで意見交換を行っていただく際に、参考になればということで、この資料3の下段のほうに(1)②の意見交換の例ということで、二つほど記載してございますので、参考としていただければと思います。

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

まず、資料4をごらんいただきますと、2025年における在宅医療のサービス必要量を記載したものであるというふうになっていて、このデータについて簡単にご説明をいたしますと、区東部が、すみません上から7番目でございます。

区東部につきましては、まず、真ん中の2013年訪問診療と書いてございますところの列で、患者重症時ベースのこれは訪問診療の実績となっております。区東部ですと、合計で8,066人となっております。その隣の列をごらんいただくと、こちらが訪問診療の2025年の必要量となっております。区東部は合計で1万1,562人でございますので、計算しますと、おおむね1.4倍の必要量の増加というふうになっております。

続いて、資料5をご用意いただけますでしょうか。

A4横の資料になります。受療動向のデータをおつけしております。

こちらの数値につきましては、平成28年度の在宅患者訪問診療量のレセプト件数、国保分と後期高齢分が含まれた数値となっております。この資料でそれぞれ患者さんの流出入を示したものとまとめてございます。

簡単に見方をちょっとご紹介させていただきますと、最初の墨田区をごらんいただけますでしょうか。患者住所地ベースとございますのが、墨田区に住んでいらっしゃる患者さんが墨田区の医療機関から訪問診療を受けたレセプト件数が、こちらごらんいただくと8,312件で、墨田区に住んでいる患者が江東区の医療機関から訪問診療を受けたレセプト件数が1,726件といったようなことがわかります。

それから、下の医療機関所在地ベースでございますと、墨田区に所在する医療機関が、例えば、江東区に住んでいる患者さんへの訪問診療を実施したレセプト件数は2,274件といったようなことがわかる資料となっております。

区ごとに、どの区から、あるいは圏域から訪問診療を受けているのか、どの区の圏域

の患者さんを診ているのかといったことがわかります。

おめくりいただきまして、裏面の最後のところには、圏域ごと、区東部の圏域全体の動向も掲載しておりますので、参考としていただければと思います。

ちょっと留意事項なんですけど、この受療動向に関するデータは、昨年度も同じ形態で出させていただいているんですけども、今年度、まだちょっと国のほうから新たなデータの提供がないものですから、昨年度お示ししたデータの時点からちょっと時点更新ができておりませんので、申しわけございませんがご了承をいただければと思います。

それから、次の資料6をご用意ください。

資料6、表紙をおめくりいただきまして、裏面のほうに1枚目、在支診や在診療の数、それから、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ような形で、それぞれ区市町村ごとの数字をまとめております。こちらにつきましては、昨年度もおつけしたデータではございますが、こちらは厚労省から今年度データ提供がございましたので、その時点更新を行っておりますので、よろしくお願いたします。

それから、次の資料が参考資料1、参考資料2になってございますが、これはごらんのおり在宅医療ワーキング、昨年度の開催結果をまとめたものとなってございますので、お時間のあるときにごらんいただければと思います。

続いての、参考資料3につきましては、こちらは後ほど、グループワークの後にご説明させていただきますポータルサイトの概要になりますので、これはまた後ほどご説明をさせていただきます。

続きまして、外来医療計画につきましてご説明させていただきます。

- 東京都 では、かわりまして、私のほうからは少々お時間頂戴いたしまして、今年度、東京都において策定しております外来医療計画について、簡単にご説明させていただきます。

では、資料7-1をごらんください。

一番上に外来医療計画とはということで、今回の外来医療計画策定の経緯でございますが、こちらは平成30年の医療法の一部改正によりまして、医療計画に定める事項といたしまして、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が追加されることになりました。

そのため、この外来医療計画の性格といたしましては、都の医療計画でございます、平成30年3月改定いたしました現行の東京都保健医療計画に追補するものという位置づけとなります。

この外来医療計画の計画期間につきましては、今年度中に計画を策定した後、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。

次に、下の四角に移りまして、外来医師偏在指標とはということで、ここで申します外来ということですけども、こちらの外来とは、入院医療を除く全ての外来医療というものを指し示すこととなりますが、この外来医師偏在指標には、医師の性別、年齢分布及び患者の流出入等の要素を勘案いたしました、人口10万人当たりの診療所医師数から算定される指標となっております、この指標には病院の医師数は含まれないということとなっております。

この指標につきましては、国のほうで全国全ての二次医療圏において、医療圏ごとに算出した後、各自治体に通知されるということとなっております。

その上で、この外来医師偏在指標の値が全国335の圏域ございますけれども、その中で上位3割、33.3%に該当する二次医療圏を外来医師の多数区域というものに指定されることとなります。

国といたしましては、この外来医師多数区域であるということ、新規開業者に情報提供を行うことで、この開業者自身が既にその地域には診療所が既に過当競争の状態にあるといった判断をして、その結果、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ことで、その結果、診療所の偏在是正につなげていきたいといったことを目的としております。

ですので、国といたしましても、開業の自由は保障されており、開業制限をするもの、開業規制を行うものではないといったことを強調しているところでございます。

次に記載事項をごらんいただければと思います。

記載事項の国が求める記載事項というのがございますが、外来医療機能の偏在・不足等への対応というのが左側にございまして、その下にさらにひし形で三つの項目を示させていただきます。

このうちの二つ目、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ことが示されておりまして、さらにその下で例示されておりますような夜間休日の初期救急、在宅医療、学校医・産業医・予防接種等に係る公衆衛生関係などの状況について、地域ごとに記載していくということとなっております。

そこでなんですけれども、今回、この在宅療養ワーキング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ましたご意見を、この外来医療計画の中にも盛り込ませていただきたいというふうに考えております。

では、いただいたご意見は、どのような形で計画の中に反映されるのかということになりますが、ここで資料7-2の分厚い資料ですね、東京都外来医療計画素案と書かれたものの21ページをまずお開きいただけますでしょうか。

こちらは二次保健医療圏ごとの状況といった表題がございまして、この21ページ以降が各圏域ごとの記載となっております。次に29ページをごらんいただけますでしょうか。こちらは一番上で地域医療構想調整会議で出された意見となっております。その下には今現時点では丸が並んでいるだけでございますが、今回、この在宅療養ワーキングと地域医療構想調整会議においていただきましたご意見、これらをまとめまして、圏域ごとにこの計画の中に書き込んでいきたいというふうに考えております。

簡単ではございますが、資料の説明は以上となります。

○安保座長 ありがとうございます。

では、今の説明について、ご質問等がありましたらお願いします。

特にないようですから、では、もう時間ですので、早速グループワークを始めたいと思います。今回、私はAグループのほうへちょっと参加させていただくことになっておりますので、よろしくお願いします。

(グループワーク)

○安保座長 すみません、そろそろ時間となりましたので、グループワークを終了したいと思います。なかなか結論が出ないので話が尽きないと思うのですが、一応ここで一区切りとしたいと思います。

では、各グループから5分程度、発表をお願いしたいと思います。

Aグループからよろしいでしょうか。

○佐久間委員 お疲れさまです。Aグループです。

Aグループでは、主に江戸川区が多かったんですけども、話し合いのポイントとしては三つ出ています。

まず一つ目は、まず在宅診療の不足感というのは存在するののかという部分では、存在はしない、不足している感じはしないという回答でした。

ただ、実際に取り組んでやっていく中で、連携がとりやすい先生がいたり、ちょっととりにくい先生がいたり、あとは、少し専門的な領域だったり、利用度が高い患者さんの受け入れという部分では、結果的に選択肢が狭くなってきている、たくさんいるんだけれども実は狭いというような状況が存在するということが、一つ目としてありました。

二つ目としては、とは言いながらも、さまざまな疾患を持って在宅で療養される患者様がふえてきている中で、オールマイティにいろんなことを先生方をお願いするのも少し無理があるんじゃないかということもありまして、先生方がお薬一つでもやっぱり薬剤師のサポートをどんどん活用したりだとか、あとは、病院の専門医とのつながりをうまく持つことで、先生方が患者さんを診ていく上での不安な部分だとかというのを少しフォローできると、先生方も安心して患者さんを長く診ていけるんじゃないだろうかということがありました。

三つ目としては、またそういったサポート体制の部分にもつながるんですけども、訪問看護だったり、ケアマネだったりというところが、どれぐらいの能力を持っているのかとか、どういったことを過去に扱ったことがあるのかというようなことを、もう少し可視化していくと、誰に頼んでいいのかとか、どういったところに任せていいのかという部分も、その在宅診療をされる先生方の負担も上手に取っていただけますし、そこを調整するケアマネたちもうまくやっていけるんじゃないかな、それが、ひいては患者さん、在宅で療養を続ける患者さんのためにつながるといえるんじゃないかなというようなポイントでお話をしました。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では続いて、Bグループ、お願いします。

○井上委員 では、Bグループです。

こちらは墨田区一色でまとまりまして、病院代表、それから、いわゆるクリニックを経営されながら訪問診療、私、訪問診療オンリーじゃないんですけど、訪問診療専門という三種三様で、それから、病院の看護師さん、それから、行政の方、それから、訪問薬局をやっている薬剤師の方と、言うなればフルコースメンバーでございましたので、議論がかなり盛り上がりまして、まとまりはちょっとないかもしれませんが。

羅列的になっちゃうかもしれませんが、あの地域における在宅療養に関する資源の状況といたしまして、まず、この非常に巧妙にできましたデータを拝見して、この数字の見方にまず頭をひねったところでございますけれども、墨田区におきましては、この訪問診療をその居宅の数がまずまずではないかというところでございますので、全体数として、いわゆるそのニーズ、その墨田区在住の人のニーズと、それから、それを供給できているかのバランスからすると、大ざっぱな言い方になりますけど、不足しているということを再認識した次第でございます。

一方で、その墨田区所在地ベースでありながら、この同一建物、いわゆるその施設ですよね、老人保養施設・老人ホーム等の施設に関しましては、これ実は数字的に区東北部の方々非常に頑張っておられると。

これは内訳にしますと、私、訪問診療専門でやっていますので、居宅のほうが圧倒的に診療報酬がいいものですから、それと施設に関しましては、撤退する訪問診療のグループもありますので、言うなれば、区東北部のとあるグループの数々だと思うんですけども、にお助けいただいて施設は見ていただいて。ただ、これは区東部全体にある程度共通する傾向ではないかなと思われました。

要は、訪問診療の数がやっぱり現時点においてもニーズに対して低いと、やや足りて

いないという状況があります。これは2025年に向かうに従って大体4割り増しになるわけですから、要は、この訪問診療をやるという医師が将来的にも少ないだろうと。

どうしたらいいかということでございますけれども、端的に言えば、訪問診療専門の医者があと10人、20人ふえれば、数的には見合うわけでございます。そう簡単に数がふやせるわけじゃないものですから、地道にやっていくとしましたら、開業医さんをやりながら、10件、20件と地道に訪問診療もやっていただく先生をふやす一方で、きょうは病院の先生方がおられましたので、病院でも少しずつ訪問診療をやっておられます。決して数は多くない。結局のところ、マンパワーの問題だと思うんですけども、その開業医さんが診られた方、あるいは、病院の先生が診られるのは、今は主治医であるんです。その方々が患者さんが自宅に帰られても同じ主治医で診られると。要するに、つながる、連携、つながった感じの医療が展開できるだろうということがあります。ただ、そこはちょっとマンパワーの問題で、どれだけふやせるかというところでございます。しかしながら、少しずつそれをふやしていきたいし、ふえていきつつあると。

ここで特色なんですけども、ほかの区の方々もあるかもしれないんですが、医師会のほうで話し合っていましたときに、眼科専門の先生がおられます。二代目、三代目ですかね、今、大学から帰ってきて、実は在宅をやりたい。というのは、大体、在宅は内科系・外科系が多いわけですけど、眼科部門をやりたい。実際に眼科を開業しているんだけど、訪問をやりたいと。必ずしも、その眼科だけで訪問診療が成り立つわけじゃないんですけども、我々その内科系の在宅診療とタイアップしてやると。

実は墨田区には小児専門の訪問診療もありますし、それから、精神科専門の方々もおられて、今は診療報酬の関係で併診が、たしかできるようになりましたものですから、精神科の訪問診療をやっている先生、ようやく口説き落とししたわけですが、その方が一人おられるものですから併診を始めていると。

ほかの区の実情を私は熟知しておらんものですから何とも言えないんですが、そういった内科系・外科系以外の専門医的な人が、しかも墨田区で頑張っておられる方が少しずつふえてきているものですから、それもふやしていきたいなど、そういう連携をとればというふうに思っております。

それから、データの言いますと、訪問看護の方々の数が徐々にですけどふえてきておりますので、これは非常に頼もしい限りでございます。それから、薬局さんも非常に頑張っておられるものから、多職種連携ではありますけども、今後、その辺と手を合わせてやっていって、ただ、どうしても私もいつまでも若いわけじゃありませんので、ジェネレーションのこの変わりがあります。ですから、そのときに例えば開業医の先生がかかりつけ医としてずっと自宅まで診ていったんですが、やっぱり高齢になられますと、その訪問診療をやるのが難しくなる。そうなったときには、次のバトンタッチとして我々のような訪問診療医、専門医とは言いませんが、訪問診療で専門をやっている者との連携ですね、ということも今後は考えていかなくちゃいけないんじゃないかということで話がまとまりました。

以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

では、Cグループ、お願いします。

○浅川委員 Cグループは江東区です。

まず、資料4、5、6のちょっと確認を最初にしました。

在宅支援診療所が人口10万人当たり38.5、それに対して、訪問を実施している診療所が10万人当たり65.9ということで、この差を何とかバックアップしてあげ

るようなシステムづくりが必要なんじゃないかというような話が出ました。

また、患者さんを区外の医療機関が診ていることが意外に多くて、江東区は区内で51.78%、区外が48.2と半分近く区外になっているので、地域のかかりつけ医が診ていける体制づくりが必要ではないかというような意見が出ました。

そのためには医師会で主治医、副主治医システムをきちっと構築すべきではないかという話が出ていまして、今は板橋区のほうでやっているのをちょっと勉強しにいて、構築を試みているところでございます。

それから、ICTに関してですけれども、情報交換はメディカルケアステーションでやっているんですけれども、それ以外に、江東区で江東区地域包括ケアサイトというサイトがありまして、医師、歯科医師、薬剤師、包括支援センター、訪問看護ステーション、介護事業所、NSWの7部門、合計1,122件の情報がIDとパスワードで見ることができるようになっていまして、これをうまく使って、それぞれの先生方がどんなことを得意にして、どんなふうに行っているかということ、介護の方も含めて見られるような形で今はつくっております。もう完成して、来年は多分、江東区に移管されるようになると思います。

それから、江東区は七つのブロックがあるんですけれども、さっきおっしゃっていた眼科とか、皮膚科とか、耳鼻科の訪問ですけど、今はちょっとブロック別に、それぞれの周りの先生をお願いしたらどうだろうというような意見もありまして、そのためにはやっぱり顔の見える関係をつくって、一生懸命仲間に入っていただくようなことを、医師会が中心になって行うべきではないかというような話が出ました。

それから、これも江東区でオリジナルなんですけど、病診救急ネットワークというのがありまして、江東区内の9病院のうち、月に3病院だけ訪問診療所をつくって、在宅、あるいは、日常、診療所で診ている患者さんがぐあいが悪くなったときに診ていただくようなシステムがありまして、これは昨年度、1年間1,750人ぐらい利用されています。こういうのも24時間体制を守ってくれる病院がいるということで助かっておりまして、新たに、サブアキュート、大体、高齢者の方だと、骨折、脱水、肺炎、膀胱炎、肺葉リハ、あるいは看取りといったようなことが必要なので、その辺のところの部分、とにかく各病院で、どういうものなら受けられるよというようなことも含めて、情報を広めていったらどうかというようなお話がありました。

とにかく、地域の医療の中に病院を含めた情報交換の場が必要だという話になりまして、病院救急車の利用も少し始まっていますので、その辺も医師会で連携をとってやっていければという話が出ておりました。

以上でございます。

○安保座長 ありがとうございます。

それでは、この発表を聞きまして、私から一言お話をさせていただきたいと思っております。

結局、訪問診療の数なんですけれども、足りているような足りていないようなという感じではきていると思うんですよ。結局、数的には足りていても、うまくやれている、やりとりできる診療所がちょっと数がやっぱり足りないんじゃないかなというところ。それに向けては、地域の医師会とか、行政の方とかいろいろ工夫をされて、今はいろんな病院救急とか、バックベッドとか、あとはほかの科の訪問診療とか、そういうのに取り組んでいるなというところがわかりました。

ただ、訪問診療を私もやっているんですけれども、やっているといるんですけれども、いろんな科が、これは耳鼻科だから、これは皮膚科だから、これは眼科だからと入れちゃうと、意外と患者さんは費用の面を気にされて、やはりちょっと払い切れないなとい

うようなところもふえてくるので、またこの費用のところも、今度、自己負担が2割とか3割とかいう話も出てきているので、かなり厳しいかなというのが私は印象的に思っております。

あとは、やはり基本的にはそれぞれの地区の医師会がそういうことを主導をとっていただいて、地域の医療を推し進めていただければなと思いました。

ありがとうございます。

では続きまして、東京都から東京都多職種連携ポータルサイトについて情報提供がございましたので、そちらのほうをよろしく願いいたします。

○東京都 それでは、参考資料3、A4横の資料ですね、参考資料3をご用意いただけますでしょうか。

この在宅療養ワーキンググループでも、ICTに関しましてはいろいろとご意見をいただいて今までもございました。特に在宅療養患者さんの情報共有に当たりまして、各地域でおのおの異なっているシステムを活用しているということで、例えば、二つのシステムを活用して情報共有されている、訪問看護師さんですとか、ケアマネジャーさんですとか、そういった地域をまたいで活躍されている職種の方などの場合、各おのおのシステムを常に見ながら業務しなきゃいけないというようなことで、煩雑になるといったような課題ですとか、あるいは、地域で導入はしたんだけど、なかなか利用が進まないといった課題だとかご意見をさまざまいただいております。

そこで、皆様のご意見をちょっと踏まえまして、今は東京都医師会様と一緒に検討しておりますのは、こちらの東京都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、こちらのスクリーンでご紹介をさせていただきます。

このサイトのほうでは二つ機能を設けたいと考えておりまして、まず、今、スライドにございますのは、一つ目の機能、多職種連携タイムラインについてでございます。

この中の大きな真ん中の四角、こちらが東京都のほうでつくりたいと考えているシステムになります。

現在、地域で既に使われております、先ほども江東区のNCSで使われているよというふうにお話いただきましたが、こちらの右側でございますA、B、C、こちらがいわゆるNCSですとか、カナミックのことを指してございます。

この仕組みにつきまして、まず、例えば多職種連携システムAのほうで情報の更新がございました。例えば、訪問看護師さんがこの患者さんの情報をこういうふうには、褥瘡の状況はこうでしたよというような形で情報を更新されたときに、このタイムライン上に情報の更新があったよという通知が、情報の更新が反映されるような形、通知として来るような形になります。

例えば、カナミックの中でも更新があれば、こういった形で通知が出てきて、もう一つのシステムの中でも更新があれば、こういったような通知が来るというような形で、それぞれ複数のシステムを使っても通知がこのような形で来るので、一つここにログインをしておけば、それぞれのシステムの中で更新があった旨が一覧で確認ができるというようなことを考えております。

もし、ちょっとこの患者さんの部屋を見たいなということで通知をクリックしていただきますと、ここでクリックすると、自動的に各システムの患者さんの部屋に移ることができて、そうした意味でスムーズに患者情報にたどり着けるというような形にしたいなと考えていて、こういった仕組みがあれば、例えば、複数の地域と連携が必要な病院さんにとっても、情報を取得する際に煩雑さが軽減されて、より病院でもNCSですとか、カナミックといったようなシステム導入が促進されて、地域の医療・介護関係者さ

んと連携にもつなげていただけるのではないかなというふうに考えております。

それから、二つ目の機能がこちらですが、資料のほうは1枚おめくりいただきまして、転院支援に関する仕組みでございます。

こちらは転院患者さんがいる病院、転院元病院と今この資料上は呼んでおりますが、と受け入れる側との病院の双方が、受け入れ患者さんのマッチングを行う機能でございます。

具体的なスキームは、こちらも、すみません、またスクリーンのほうでござんいただければと思うんですけども、まず、このシステムの中では、転院患者さんの予定元病院が受け入れの候補となる病院を検索するということが、この仕組みの中でできます。転院予定の患者情報をシステム上で受け入れ候補となる病院と共有するということができます。

検索結果から転院調整したい病院にアプローチするということができまして、通常ですと、お電話ですとか、FAXですとかで1件の病院ずつご連絡をされていたこともあるかと思うんですけども、この仕組みの中では、同時に2件、3件の病院にアプローチするといったことも可能になっております。

そのアプローチに対して、例えば受入側病院のほうは、個別調整が可ですよという旨の返答をシステム上から行うということもできます。

また、先ほど共有した患者情報をもとに、受入側となるこちら側の病院から転院元へアプローチするということが可能な、逆アプローチというんでしょうかね、可能な仕組みとしております。

その後、それぞれ転院後の詳細な条件など個別調整をしていただいた後に、マッチングは成立という流れになります。

同じこのポータルサイトの中では、この転院支援の機能と、それから先ほど申し上げたタイムラインの機能、二つ設けることで、地域のシステムですとか、ポータルサイトのほうを病院の方々にもぜひご活用をいただきまして、ICTを活用した地域の医療・介護関係者さんと病院との連携、こちらの充実も図ってまいりたいなというふうに考えております。

すみません、駆け足のご説明になりましたけども、こちらのポータルサイトが完成しました際には、また改めてご説明させていただく場を設けさせていただきたいと思しますので、どうぞよろしく願いいたします。

○安保重長 ありがとうございます。

それでは、きょうオブザーバーとして来ていただいている湯城先生のほうから、本日のご講評のほうをよろしく願いします。

○湯城オブザーバー 区東部の地域医療構想調整会議の座長をしております墨田区医師会副会長の湯城と申します。

講評などという、そんなに上から目線的なことを私は言う気はないんですけども、ただ、感想といいますか、もともと地域医療構想調整会議というのが地域医療構想という名前ではあるんですけども、実際には病院の超急性期、急性期、回復期、慢性期という四つの機能、それから、そのもとをただせば、東京都の12の医療圏に分かれて、それぞれのその四つの機能の病院の代表を中心とした、それに行政の方とか、保険者の方とか、それから、歯科関係、薬剤関係、いろんな医療関係の団体の方が入ってというようなことで、その中で病院のいろんな役割とか、2025年に向けた、どういう機能の病院がこの地域では必要とされているのかとか、数はどうなのかみたいな話で、結局、そのこのところで、じゃあ、その後、病院で医療が完結するわけではないので、病院の医

療が終わった人はどうなるのかというところで、この在宅療養という話でワーキンググループがおくれて出てきたという話になっていると思います。

そういうことで言うと、12の医療圏それぞれが独立して、全ての中で完結しなければいけないのかということは、現実問題としてかなり難しいと、不可能なことだと思いますし、実際いろんな疾患によっても、東京都で、特にこの地域だと区の中央部とのつながりとかというのはすごく大きいと思うんですけども、それから、隣接する区の東北部だとか、そういったことで、そことのいろんなやりとりといいますか、患者さんの動きとかというのがあると思うので、そういう意味で言うと、先ほど、きょうのこの在宅ワーキングで、今回は退院後どうするかとかという話じゃなくて、2025年に向けた在宅療養における医療との供給体制ということでしたけども、そうすると、このいただいたデータで見たところ、やっぱり区内、墨田区、江東区、江戸川区、それぞれが今診ている患者さんの医療機関が診れている数よりも、区内で在宅療養を想定する人のほうが多いというのは、3区とも同じような傾向ですけども、その中で区の東北部の医療機関が、施設を主催している方が無視できないほどすごく数があるということは、そういう意味で言うと、区の東北部の医療機関さんが、恐らくその老健施設とかと一体になって経営されているようなところが入っていただいているので、こういう医療が成り立っているのかなというふうに思うんです。

だから、そういう意味で言うと、病院のところでのその地域医療構想調整会議のいろんな区東部だけが、その周りの医療圏とのかかわりという意味で、話というか、そういうことで進めていただかなければいけないのかなということと同様に、在宅療養もこの区東部医療圏だけで完結ということではなくて、やっぱり区の中央部とか、区東北部だとか、近隣の医療機関との交流といいますか、そういうことも含めて今後検討していかないといけないのかなというふうに、きょうはそういうふうな感想をもちました。

講評の立場でちょっと、そういうあれじゃないんですけども、今後はですから、やっぱり地域医療構想ということで、病院のことだけではなく、そして、こういう在宅のこととか、それから、きょうは説明でありましたけど、外来医療計画というのがこの前の調整会議でも説明があったんですけど、ちょっと唐突な感じといいますか、今までの調整会議での別途の問題とかという中で、この外来医療計画というのはあれですけど、どちらかというところ、外来医療計画という意味でこの中で議論されなければいけないのであれば、恐らく、この在宅療養のほうがかかわりが大きいのかなというふうには個人的には思っております。

以上、ちょっと雑駁な話になって申しわけないんですけども、本日はどうも皆様、お疲れさまでした。

○安保座長 ありがとうございます。

では、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。よろしく申し上げます。土谷先生。

○土谷理事 東京都医師会の土屋です。きょうは活発なご議論、ありがとうございました。

早速ですけど、資料の5の話をしたと思うんですね。資料の5の1/2、その裏表になっているやつですね。

この中で、Cグループで浅川先生が発言されたんですけど、江東区の方は江東区の医療機関からは51.78%しか受けていない。つまり、ほかのところから、江東区以外の医療機関が江東区に来て江東区の人を診ている。51%というのはいかがと言われると、やっぱり印象としては皆さん少ないと思うんですね。

ところが、これちょっと上を見てみると、居宅と同一建物と分かれているんですね。

これは実は湯城先生も指摘したとおりなんですけれど、居宅のほうは、ここ江東区のところを見てください。居宅、江東区は1万2,637人、江東区の人江東区の医療機関から診てもらっているんです。これを右にずっと行くと、全体でどのぐらいかという1万7,000人ぐらいいるんですね。

毎回言いますけど、江東区の1万7,000のうち、居宅の人です、皆さんがイメージする在宅というのは居宅の人だと思うんですけど、江東区の居宅の人が江東区の医療機関から受けているのはどのぐらいかという、数字を出してみると74%なんですね。これは決して低くないと思うんです。下で行くと、施設を入れると51%になっちゃう。つまり、施設はもう江東区以外からじゃんじゃん入っている。ちなみに26%ぐらいです。だから、4分の3は施設経営はやっぱり外から来ているということですね。

これ今は江東区の話をしましたけど、墨田区もそうなんですね。墨田区も居宅は完結率といいますか、それは6割ぐらいです。ちょっと少な目ですよ。施設経営は17%だけです。施設、墨田区の施設に入っている人は17%だけです、墨田区で診てもらっているのは。外から来てもらってる。江戸川区も同様なんですね。

だから、端的に言うと、自分たちの区の中で自分たちの医療機関が診ているというのは、実はそんなには低くはなかったと。施設についてはやっぱりかなり低いです。3割かですね、ざっと言って。それぐらい外から入っているところなんですね。

それでもう一回、皆さんのご意見を振り返ってみますと、江戸川区は不足はないかなという印象だったんですけど、それは確かにそうで、江戸川区は江戸川区の人を大体どれぐらい診ているかという、江戸川区の医療機関はやっぱり81%で、これはかなり高いですね。

反対に、その医療機関、所在地ベースで考えてみると、江戸川区の医療機関が江戸川区の人を診ている割合というのが89%、これは極めて高いんです。あんまり外へ出ていないということなんですね。だから、江戸川区については自給自足、地産地消的に在宅、それが不足感がないというところに結びついているのかなと思うんですね。

一方、Bの墨田区はちょっと不足しているかもしれないというご意見だったんですけども、ちょっとそれは墨田区の先生は墨田区の人をどれぐらい診ているかという、56%ぐらいなのです。結構、外も診ているということなんですね。だから、墨田区の先生はもしかしたら外へ行かないで中を診ていたら、もう少し充足感というのは高まるかもしれないなというところはあるんですけどね。数字上はそういう数字になってましたけど。

ただ、今言いましたけど、数字の話であって、あとは現場で感じている実感というのは、これも同等に、あるいは、数字以上に大事な話だと思います。

最後に何を言いたいかという、地元の人地元で結構診ているとは思いますが、施設系ですね、施設系については結構外から来ています。これはやっぱりふだんはそれでいいのかもしれませんが、ぐあいが悪くなったときの連携とか、そういったところで問題が生じてくるのかもしれませんが。

ですので、施設の方も連携が各地区でいろんな連携のやり方、工夫されていると思うんですけども、特に施設においてブラックボックスにならないように、連携できるというなと思っているところです。

私からは以上です。

○安保座長 ありがとうございます。

本日予定された議事は以上となりますので、では事務局のほうへお返しいたします。

○久村地域医療担当課長 本日は長時間にわたりましてご議論いただきまして、また、さ

まざまな貴重なご意見を賜り、ありがとうございました。本日の議論の内容につきましては、冒頭の資料のほうでご説明いたしました、現在、都が作成を進めております外来医療計画の在宅療養に関する地域の意見ということで記載させていただきます。

また、来年度、東京都保健医療計画の在宅療養につきましても見直しを予定しておりますので、そういった議論の中でも参考とさせていただきたいと思っております。

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。

改めまして、本日はまことにありがとうございました。