

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（区東北部）

日 時：令和元年12月12日（木曜日）19時00分～20時30分

場 所：東京都医師会館 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、区東北部圏域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、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、本日の配付資料でございますが、お手元の次第下段、配付資料の欄に記載のとおりでございます。資料1から資料7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、万が一落丁等がございましたら、恐れ入りますが記事の都度、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、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。

続きまして、東京都医師会、それから東京都より開会のご挨拶を申し上げます。

では、まず東京都医師会西田理事、お願いいたします。

○西田理事 皆さんこんにちは、どうも。担当の西田と申します、よろしく願いいたします。

この地域医療構想調整会議の在宅療養ワーキングも始まって3年目になります。今までは、地域と病院の連携といったようなことを中心に入退院時支援ですとか、そういったところにどちらかという、重点を置いて議論していただきましたけれども、今回、東京都のほうで国からおりてきた外来医療計画と、後ほど、東京都のほうから説明がございしますが、それを策定しなければいけないということもございまして、議論の内容を、まず、その地域における在宅療養に関する資源の状況、それぞれの地域での資源状況、それから、今後、地域で取り組むべきこと、それから圏域全体での状況といったようなことをご議論いただきまして、頂戴していた内容につきましては、外来医療計画の中に盛り込んでいくというようなことで進めさせていただきたいと思っております。

ということで、短い時間ではございますけれども、なかなか結論を出すというところまではいきませんが、毎回、私お願いしているんですが、ここでなされた議論を地域にお持ち帰りになって、ぜひそこで深めていただきたいということを切に願っております。きょうはまた忌憚のないご意見をたくさん出していただければと思います。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す。

続きまして、東京都より医療改革推進担当部長の田中がご挨拶申し上げます。

○田中医療改革推進担当部長 こんばんは。東京都の田中でございます。本日はお忙しい中、また、日中とても暖かかったのですが、急に夜になって寒くなってきた中、ご参加いただきまして、本当にありがとうございます。

今、西田先生のほうからもお話ありましたとおり、3年目のワーキンググループとなりますけれども、ことしは原点に戻って、在宅医療に関する地域の状況についてお話し合いをしていただくということでございます。

後ほど、ご説明もしますけれども、各種データもご用意してございます。それぞれの特に区ごとに、今、在宅の状況がどのようになっているのかというようなことを、データのほうも参考にさせていただきながら、ただ、数字だけでは見えない部分、現場で本当に皆様方が肌感覚といいますか、日々感じていらっしゃることを、ぜひ、意見交換をしていただいて、ご意見をいただければと思っております。いただいたご意見を今もお話がありました外来医療計画というもののの中に記載をしていくということにしております。

在宅医療がなぜ外来なのかというのを、もしかしたら疑問に思われる方もいらっしゃるかもしれないんですが、ここでいう外来医療計画の外来は入院じゃないものは全部外来という位置づけになっておりまして、そういう意味での外来医療計画なので、在宅も入っているということになっております。東京都といたしましては、外来医療計画に意見を載せていくとともに、ここでいただいた意見は在宅医療に関するさまざまな今後の施策にも生かしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

- 久村地域医療担当課長 続きまして、本日の座長の先生の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、昨年度に引き続きまして、和泉ホームケアクリニック副院長、和泉先生にお願いしております。

和泉先生、一言お願いいたします。

- 和泉座長 皆様、こんばんは。本日、お忙しい中お集まりいただきまして、ありがとうございます。今回も前回と同様に、3グループに別れてグループワーク形式で行っていきます。2017年度から議論されてきた地域医療構想調整会議ですけれども、まだ目立った成果はやっぱり挙げられていなくて、議論も丁重ではないかというふうに言われています。いろいろ、424病院公表とかもあったりして、いろいろ議論の活性をするために、国のほうも懸命なんじゃないかなと思っております。

地域医療提供体制の最適化ということがどうあるべきかということについて、本日、在宅療養のワーキングからも何らかの提言をすることで議論の活性化ができれば、つながれば、うれしいかなというふうに考えております。本日はよろしくお願いいたします。

- 久村地域医療担当課長 和泉先生、ありがとうございます。それでは、以降の進行を和泉先生にお願いいたします。
- 和泉座長 早速、議事に入りたいと思います。今年度は在宅療養に関する地域の状況をテーマにして、まずその地域の現状を共有して、将来増加する訪問診療の需要にどのように対応していくべきかを検討するグループワークを行います。前回以上に活発な意見交換を私からもお願いしたいと思います。

それでは、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、お配りしております資料につきまして、ご説明をさせていただきます。

まず資料2をご用意いただけますでしょうか。今年度の在宅療養ワーキンググループにつきましては、先ほど西田先生、それから和泉座長からもお話しいただきましたように、在宅療養に関する地域の状況をテーマに、そうした現場での充足状況、将来の需要増に向けてどういう取り組みができるだろうか、やっていくべきかというところを意見交換をいただきたいというふうに考えております。また、ここで出た意見につきまして、先ほど外来医療計画に掲載していくというふうにお話をさせていただいたところですが

れども、その外来医療計画の概要につきましては、この資料のご説明の後に、後ほどお話をさせていただきたいと思えます。

今回のワーキンググループの議題についてというところで、まず資料2の1、今年度の意見交換の内容のところの(1)をごらんいただけますでしょうか。意見交換のポイントを(ア)、(イ)、(ウ)の3点設定しております。

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、在宅療養に関する資源を中心に意見交換をまず行っていただきます。本日は看護師の方ですとか、それからケアマネジャーさんですとか、多職種のメンバーの方もお越しいただいておりますので、そうした方々からは日ごろ多職種の視点から見て、訪問診療の充足状況はどうかというところをお話をさせていただければと考えております。

次に、話し合っていた内容を踏まえまして、(イ)のところですが、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というところをご議論いただきたいと思います。

それから、(ウ)のところですが、これはあればなんですけれども、区東北部圏域全体で見て、圏域の特徴、課題などがあれば、本日意見交換をいただきたいと思いますというところで、これはあればでございますけれども、記載しているところでございます。

(2)についてですが、こちらは東京都多職種連携ポータルサイト、これは情報提供としまして、本日のグループワークが終了した後に、東京都とそれから東京都医師会さんのほうと連携して取り組んでおりますICTの取り組みになりますポータルサイトについてご紹介をさせていただきたいと思えます。

それでは、資料をおめくりいただけますでしょうか。

今回の意見交換は、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いて、意見交換を行っていただきたいので、区ごとあるいは近接する区ごとでグループを編成させていただきます。本日は区ごとですね、すみません、編成させていただきます。区ごとにご推薦のある方々につきましては、事務局のほうで区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、事務局のほうで各グループに割り振らせていただいている形となっております。

続いて、グループワークの流れでございますけれども、次の4に記載しております。本日はグループワークのお時間を40分間設けさせていただきます。その後、各グループから順番に5分程度で発表をお願いいたします。

続いて、次の資料3をご用意いただけますでしょうか。こちらは先ほど申し上げました意見交換につきまして、そ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、発表役を決めていただきまして、進行役の方が中心となり、意見交換を進めていただければと思えます。書記の方は、出た意見を机の上に用意しておりますA4の白紙のほうの紙にペンで記録していただければと思えます。

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意見交換のときに、意見交換の例といたしまして、こちらの資料の下段のほうに(1)②の意見交換の例ということで記載してございますので、参考としていただければと思えます。

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

まず、資料4をご用意いただけますでしょうか。こちらは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ございます。このデータについて簡単にご説明さ

せていただきますと、まず2013年の列をごらんいただきたいんですけども、これが患者住所地ベースの訪問診療の実績になっていて、区東北部をごらんいただきますと、合計で9,853人、その隣の列が訪問診療の2025年の区市町村ごとの必要量となっております。区東北部は合計で1万4,315人ですので、おおむね1.5倍の必要量の増加ということが見ていただけるかと思えます。

続いて、資料5をごらんいただけますでしょうか。次の資料ですが、A4横の資料です。受療動向のデータをお付けしております。数字は平成28年度の在宅患者訪問診療量のレセプト件数を国保分と後期高齢分が含まれた数字となっております。この資料でそれぞれ患者さんの流出入を示したものとしてまとめております。

この資料の見方を少し簡単にご紹介いたしますと、例えば一番上の荒川区のところをごらんいただきますと、一番最初の段が患者住所地ベースとございます。ここが荒川区に住んでいらっしゃる患者さんが荒川区の医療機関から訪問診療を受けたレセプト件数が6,209件、荒川区に住んでいる患者さんが足立区の医療機関から訪問診療を受けたレセプト件数が2,465件ということがわかります。

それから、下の段は医療機関所在地ベースとしておりまして、荒川区に所在する医療機関が足立区に住んでいる患者さんに訪問診療を実施したレセプトの件数が885という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、あるいはどの区、あるいは圏域の患者さんを診ているのかといったことが資料からごらんいただくことができます。

おめぐりいただきまして、裏面のところに最後の欄には、圏域ごと、区東北部全体での動向も掲載してございますので、ご参考にしていただければと思います。

この資料なんですけど、受療動向に関するデータのほうは昨年度も資料を提供させていただいております。ただ、国のほうからまだ今年度版のデータの提供がないため、昨年度お示ししたデータの時点更新ができていないということにつきまして、ご了承くださいいただければと思います。

それから、次の資料6をごらんください。こちらは1枚目、おめぐりいただきますと、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の数、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形で、それぞれまとめてございます。こちらにつきましては、厚労省からの提供データが今年度来ておりますので、昨年度おつけしたデータではございますけれども、時点更新をさせていただいておりますので、ご確認のほどお願いいたします。

それから、次の参考資料1、参考資料2のほうは昨年度のワーキンググループの結果をまとめたものになってございますので、後ほどごらんいただければと思います。

次の参考資料3につきましては、先ほどご案内させていただきましたように、グループワークの後にご説明させていただく資料になります。

続きまして、資料7-1をごらんいただければと思うのですが、先ほど今回のグループワークの主な意見について、今年度都において策定する外来医療計画に掲載させていただきますと申し上げましたけれども、その外来医療計画について少し簡単にご紹介をさせていただきます。と思えます。

資料7-1の一番上に、外来医療計画とはというふうに記載しておりますけれども、今回の外来医療計画のそもそもの策定の経緯でございますが、こちらにありますように平成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して、新たに外来医療に係る医療提供体制に関する事項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いたしましては、東京都が平成30年3月改定させていただいた

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になっています。ですので、計画期間は今年度中に計画を策定する予定なのですが、令和2年度から4年間で最初の計画期間とすることとしております。

次の箱の外来医師偏在指標とはというところですが、この外来医師偏在指標といいますのが、医師の性別、年齢分布、年齢分布、患者の流出入などの要素を勘案して、人口10万人当たり診療所の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は含まれないというふうになっています。

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で医療圏ごとに算出し、各自治体に通知されることとなっております。

この外来医師偏在指標の値が全国の335圏域あるんですけれども、その中で上位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ということになります。国としては、この外来医師多数区域であるということ、新規の開業者の方に情報提供をすることで、この開業者自身が既にこの地域には診療所が過当競争の状態にあるというふうに判断をし、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かなというふうな行動変容を促すことで、診療所の偏在是正につなげていきたいということ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、開業を制限するもの、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しております。

次に、記載事項を箱のところをごらんください。記載事項の国が定めるものの中でも、外来医療機能の偏在・不足への対応という項目がございます。その下に、さらにひし形で三つの項目が示されております。

このうちの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まして、その下に例示されている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きまして、地域ごとにこの計画の中に記載していくこととなっております。

そこで、今回のこのワーキンググループの議事にあります、在宅療養に関する地域の状況、このグループワークの中で出されたご意見を計画の中に盛り込んでいきたいと考えているところです。

いただいたご意見がどのような形で計画の中に反映されるのかというところですが、ここで資料7-2をごらんいただけますでしょうか。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す。この素案の21ページから各圏域ごとの記載となっております。

29ページにお進みください。現時点では、箱の中に丸が並んでいるだけになっておりますけれども、この在宅療養ワーキングと、それからこのワーキングの親会に当たります地域医療構想調整会議本体において、いただいたご意見をまとめて圏域ごとに書き込んでいきたいというふうに考えているところです。

資料の説明については以上となります。

○和泉座長 ありがとうございます。

これまでの東京都からの説明について、ご質問等がありますでしょうか。

木村先生、お願いします。

○木村委員 荒川区医師会の木村ですが、資料5のところちょっとよくわからないところを教えてください。資料5の荒川区と書いてある、例えば荒川区と書いてあるところで、患者住所地ベースは荒川、足立、葛飾などに行っている訪問診療の数が、例えば荒川区だと5,426件ということは、それだけ荒川区に住んでいる人がそ

れを受けているということになるわけですが、足立区、葛飾区ということになって、この区東部の足立、荒川、葛飾となっていますが、区中央部というのが隣にあって、中央部のところ、ほかの区から来ている、要するに荒川区から足立区に行ったら、足立区から荒川区に2人という数はわかるんですが、葛飾区に行ってきたり、わかるんですが、その他の区から来る人たちというのは、この区中央部とか、そういうところに入ってくるわけですか。それにしてもいやに多いんじゃないかという感じもするんですけど。

○東京都 指摘のとおり、今、この資料上は区ごととなりますと、荒川区、足立区、葛飾しか見えない状況になっておりまして、国からのデータのほうも、二次医療圏ごとにこのデータは集計しているんですけども、荒川、足立、葛飾であればわかるんですけども、区長中央部の中のどの区から訪問診療を受けているかとかというところまでは、ちょっと見えない形……。

○木村委員 いや、それはいいんですけど、例えば区中央部で訪問診療在宅と書いてあるのが1, 363人ということになっていますよね。区中央部で荒川区に住んでいる人が常に363人区中央部から訪問診療を受けているというふうに読むんですか、これは。

○東京都 これは人数ではなくて、レセプトの件数になりますので、例えばお一人の方が2回訪問診療を受けていたとしても、レセプトの件数としては1件になるという見方ですね。

○木村委員 その1件でしょう。だから、区中央部から1, 363人も荒川区の人がそんなに区中央部から訪問診療を受けているのかというのが、ちょっと不思議でしょうがないなという感じがあります。

○東京都 このデータは国のほうのデータから表に落としているだけになりますので、実際の数字といいますか、そのような形にはなっています。

○木村委員 わかりました。

○和泉座長 ほかにご質問のある方はいらっしゃいますか。

○土屋理事 東京都医師会の土屋です。いつもこれ、終わりのときに話していたんですけど、今先に話してしまうと、確かに木村先生がご指摘のとおり、資料5の今の話なんですけど、先生が言っていたのは、皆さん、資料5です。資料5の荒川区の数字が横に並んだ在宅診療の（居宅）のほうを今話していました。これは荒川区に住んでいる人、普通に皆さんが想像する居宅の人ですね、住んで自宅とかで、その下、同一建物、これは施設系の人たちですね。居住地特例というのがあるんですけど、それを入れるとややこしくなるから、それは余り考えないで、一般的に考える居宅の人と、その下の施設系を見てほしいんです。

これは数字がすぐその隣が荒川区の人が荒川区の医療機関から受けているのが5, 426で、これは一番右側にずっと並んでいってみると、荒川区の人は件数で言うと8, 196なんですけど、これで荒川区の人が荒川区の医療機関から受けている数、数字の割合で出すと66%くらいなんです。つまり、それ以外は荒川区以外の医療機関から来ているということです。下の同一建物についていうと、計算すると実は11%くらいだけです。これは少ないか、多いかという、多分皆さんは少ないと思うし、これはどこの区でもそうなんですけど、どこの区市町村でもそうなんですけど、施設系は極めて少ないです。外から来てもらっていることがほとんどなんです。

ちなみに、足立区はどうかというと、居宅については86.8%、かなり高いです。足立区に住んでいる人は足立区の医療機関から受けています。同一建物も65%でこれは断トツに高いんですね、足立区。葛飾はどうかというと、葛飾は居宅については83%、これもすごい高いです。居宅については41%くらい。ですから、居宅については地元

の医療機関が結構来ています。ですけど、施設系についてはすごい少ないんですね。特に、荒川区については11%しかないのです、このあたり、ディスカッションしていただけるといいなと思っています。コメントつけ加えです。

○和泉座長 ありがとうございます。

ほかにご質問のある方はいらっしゃいますか。

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は、座長である私も参加することとなっております。よろしくお願いいたします。

じゃあ、よろしくお願いいたします。

(グループワーク)

○和泉座長 さて、どのグループでも今、白熱して議論がなされているところかと思えますけれども、時間になりましたので、発表に移りたいと思います。

すみません、1グループ5分程度でお願いします。

では、Aグループのほうからよろしくお願いいたします。

○浦田委員 葛飾区医師会代表の浦田といいます。よろしくお願いいたします。

葛飾区としては、葛飾区内での在宅とかの割合とかも高いので、今は足りていると思うんですね。また、在宅支の数も都内では高いほうなので、なかなか足りているんじゃないかという意見もあるんですけれども、でも、2025年ですか、それまでには、大体在宅の方が1.5倍になるということが予想されるので、マンパワー的には足りなくなることは明らかなんです。

それで、では、そのマンパワーをどうするかということに対して、こちら、いわゆる医師だけの、医師をふやすというのはもうほとんど、この25年までには無理なので、今、それなので、結局医師だけではないところからの援助というか、力をかりられないか、訪問介護とか、看護の力をかりて余り医師が行かなくても済むような状態にするとか、いわゆる診察しないと処方できないということで、その点、そういう規制緩和みたいなのができないか、訪問看護の報告である程度の処方ができるようにならないかとかいう話も出ましたけれども、あと、長期処方を解禁させてもらって、ある程度、それで訪問介護、訪問薬剤師を通じてその管理を医師と一緒にやっていけないだろうか、それで回数を減らせないだろうかということが一つあります。

また、ACPを推進してもいいのではないかと、24時間来てくれというのは、はっきり言って医師の負担が多過ぎるということで、推進してもいいのではないかと一つあります。

また、いわゆる行かなくても済む状態になれば、少しは楽になるのではないかと、いわゆる今の制度で言うと、オンライン診療ですね、そういうものが少し活用できるような状態にはならないだろうかという話も出ております。

また、そういう行くのではなくて来てもらう、そういう活動もいいのではないかと。いわゆる病院、救急車を活用しているケースだとかですね、そういうものは利用して来てもらうとか、焼け石に水かもしれないですけど、そういうことをやれるようにするのもいいのではないかと意見が出されました。

以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。続きまして、Bグループの発表をお願いいたします。

○堀委員 荒川区です。荒川区の高齢者福祉課長の堀と申します。

Bグループでは、先ほどの訪問診療のデータからもありますように、区外からの診療所、あるいは施設に対して来るお医者様が区外の診療機関が多いといったところがまず

課題としてあります。この場合、やはり荒川区の医師会との連携が取れないということがありますので、この医療の担保というところが、どこまでできるのかというようなところが課題なのかなというふうに思われます。また、この診療のところで日本全体で団体のようなものをつくって、その担保ができていかないだろうかということも話し合われました。

やはり荒川区の中で今、訪問診療を専門に行っている診療所が6機関あるんですけども、ちょっとこれだけでは足りないだろうというところがあります。ただ、この訪問の専門の医療機関と、それからふだん訪問されている先生方、24時間をされていない先生方と連携をさらに強めていく必要が今後あるのではないかとということも出ています。

あと、施設ですけども、やはりこの施設のところには、区外からの医療機関がかなりかかわっていて、荒川区内だと11%しか区内の医療機関がかかわっていないんですけども、そうすると、入院のときの連携が今かなり取りにくいということがありまして、その際、医師から医師への相談ではなくて、相談員や看護師からの紹介というところがあって、実際の患者さんがいらっしゃると、紹介されたときの状況とかなり違って、大変になるといったようなこともあるということが出されています。

ですので、あとは今後の対策としては、まず、区内の医療機関を使ってもらいたいということもあるんですが、それには医師会とケアマネジャーさんとの連携が今後さらに重要になってくるのではないかとということで、区内では荒川区でも医師会でも、今、医療と介護の連携というところで、会議などでグループワークなどを行っていますけど、さらにそれをやっていきたいというところと。

あと、病院に入院されて退院する場合に、荒川区だと、医療と介護の連携シートというものを使ってはいるんですけども、区外に今入院される方も多いというところで、それがなかなか使えないので、実際は当日に退院が知らされて、なかなか介護にうまく乗っていかないというようなこともあって、区、東京都全体ですとか、日本全体で同じようなシートを使って、介護がうまくいかないかというようなことも出されました。

以上です。

- 和泉座長 ありがとうございます。続きまして、Cグループの発表をお願いいたします。
- 千ヶ崎委員 足立区地域包括ケア推進課長、千ヶ崎と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

C班、足立区でございます。まず最初に充足に関してなんですけれども、データ上は充足しているように見えるよねという話で意見は一致しました。ただ、私は正直、行政の人間で現場のことを知らないの、皆さんどうですか、体感的にはということでは、病院はあるはあるんだけど、例えば休眠している診療所があったりだとか、在宅を掲げていても、なかなかすぐに動けないような、そういった診療所もあるのではないかとというような意見が出されました。

あとは、意見としては、やっぱり人材の不足ということにどう対応していくのかということがやっぱり課題として出されました。これは介護のほうでもそうですし、医療のほう、看護師等、医療のほうでも人材の不足をこれからどうケアしていくのかという話でございます。

それから、あとはいろいろと意見が出て、私なりに頭の中でまとめたことと言いますと、やっぱり、キーワードというか、キーワードは連携の仕方、当たり前のようなんですけど、連携の仕方に全部収まっていくような話ばかりなんです。例えばそれは法が

統一化されていないということであったりだとか、連携ですよ、ここ。それから、例えば病院から診療所、診療所から病院への患者の受け渡しのときの課題、これも連携だと思います。

それから、どういう病院がこういった患者さんに対応できるのかという情報をすぐに教えてくれる場所が欲しいと、これも情報の連携、連携の情報を与えるという意味ですよ、連携ですよ。

それから、そういったことですよ。だから、連携の話はどうやって課題を解決していくのかということが、中心、どの話を切っても連携が出てきます。

私、正直感じたのは、ここにいる先生方と、足立区の医師会の中で、しょっちゅう顔を合わせている先生も中にはいらっしゃるんです。ですが、やっぱり現場の話を聞いても、本音を言うと、行政の人間はわからないところが結構あるんです。その人たちに仕組みをつくらせても、きっとロクなものではないだろうと正直思っているんです。

これはすごく根が深くて、行政の人に仕組みをつくらせても、本当にロクなものにならない。だったら、じゃあどうやってつくるのかという、そこの議論もしないといけないのかなと思っているんです。国がやるべきこと、都がやるべきこと、区がやるべきこと、それぞれ役割って違うし、だけど、国と都と行政とで余り話す機会もそんなにないです、正直。だから、自分たちは何を今やるべきなのか、東京都さんに何をやってほしいのか、国に何をやってほしいのかという、そういう意見の連携も取れていない、そして、先生方がふだん思っているようなことを我々が聞いても、わかる部分はあるんですけど、わからない部分もある。なので、そういう仕組みのところからもう一回構築しないと、だめなんじゃないかなと、きょうこの議論をやっていて思いました。

だから、正直、表向きにはいろんな人材だとか情報のフォーマットの統一化だとか、そういう表向きの議論の必要だと思います。そういう課題もたくさんあると思います。だけど、本質的な、誰が何をしてどうやって向かっていくのというところの仕組みの議論というのを、少しやるべきかなというふうに思いました。すみません、勝手なことを言って。よろしいでしょうか。

○和泉座長 ありがとうございます。各グループ、活発な意見交換をありがとうございました。

そうですね、病院をどうするかというのではなくて、今回の場合は在宅療養をどうするかという、そこから何か議論の活性化ができないかということでグループワークを行ったわけですね。各グループのほうで一つ言えたのは、やっぱり1.5倍にふえていくという、訪問診療の需要について、やっぱりふえると厳しいということで、一つ足立区のほうで言われた人材の不足への対応をどうするかというところが、不足をどうして対応していくかということがやっぱり問題だろうと。

荒川区さんのほうで、区外からが多いということでの医師会との連携ですよ、連携がキーワードということで、医師会との連携をどう取っていくかと。逆に言えば、連携がしっかり取れていればいいのかもしれないし、区外からでもいいのかもしれないけど、逆に区外からとか、都から行くとやっぱり連携が取れないことが問題であるという、それが一つまた病診連携というところの部分も、やっぱりここに戻っていくんじゃないかなということでの意見でした。

あと、訪問科近くのほうであったのは、訪問診療のほうの需要が厳しいという状況の中でも、もっと訪問看護もそうだし、歯科のほうとか薬局を含めて、ほかのほうで何かできないかどうか、もっと盛り上げていけないかどうか、だから、そういうところがどうなっているかというのも資料としてほしいというか、という状況を把握していく必要

があるのかなというところが話だと思えます。

どうもありがとうございました。私からは以上です。ありがとうございます。

すみません、続きまして、最後にもうちょっと時間なんですけど、東京都から東京都多職種連携ポータルサイトというのが仮称であるんですけど、それについての情報提供がございました。お願いします。

- 東京都 それでは、今から参考資料3のほうをご説明させていただきたいと思えます。ご用意をいただければと思えます。

この在宅療養ワーキンググループですとか、あと、このグループの親会に当たります地域医療構想調整会議で、在宅療養患者さんのICTを活用した情報共有につきましては、いろいろな課題ですとか、ご意見をいただいていたところなんです。例えば、各地域でおの今異なるシステムを使っているところと業務が少し煩雑になるんだよねというような課題ですとか、あとは、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ったような課題やご意見をいただいております。そうした皆様のご意見を踏まえまして、今、東京都医師会様と一緒に検討を進めておりますのが、この多職種連携ポータルサイトの取り組みでございます。

多職種連携ポータルサイトにつきまして、具体的な仕組みをこのスクリーンのほうでご紹介させていただきたいと思えます。

まず一つ目、このサイトのほうは二つの機能を設ける予定でございまして、まず一つ目の機能が多職種連携タイムラインについてです。この真ん中の大きな四角がございしますが、これが東京都がつくるシステムだと考えていただければと思えます。現在、地域で使われている多職種連携システムA、B、Cと、これがいわゆるMCSですとか、あとはカナミックといったものになりますけれども、例えば訪問に行かれたヘルパーさんだとか、この連携システムA、MCSの中で患者さんを訪問したらこういう状態でしたよというようなことを患者さんの部屋の中で情報を更新したときに、そうするとこのタイムライン上でこのような形で通知が来るようになります。そうすると、ここの通知の内容を確認したいなというときには、この通知をクリックしていただくと、このシステムの中の情報共有に使っている患者さんの部屋のほうに移ることができると、そこで患者さんの更新の情報を確認ができるというような仕組みになっています。

これがあると、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すとか、そういったところでもこうした情報を取得するときの煩雑さというのが軽減されて、より病院でのMCSですとか、カナミックといったシステムの導入が促進されて、地域の病院のICTを活用して情報共有の充実につなげられればなというふうに考えているところでございます。

この一番下のところにタイムライン2というのをごらんいただけますでしょうか。あるんですけども、これは関係団体、在宅療養に関する関係団体からのお知らせが表示されるような仕組みを考えております。

二つ目の機能でございしますが、これが転院支援に使っていただきたいと考えている機能でございます。これは転院患者さんのいる病院、ここでは転院元病院と呼びますが、と受け入れる側となる病院の双方で受け入れ患者さんのマッチングを行う機能です。まずこちらもスクリーンをごらんいただければと思うんですけど、転院患者さんのいる転院元病院が受け入れの候補となる病院を検索しまして、転院予定の患者さんの情報をこの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形ができます。検索結果から今出てきているこの病院が出てきて、その患者さんの情報をこの病院たちと共有をして、この病院と転院調整をしたいなというところに、この青い矢印になりますが、アプロー

チをするという形になります。そのアプローチに対して、受け入れ側の病院のほうから個別調整可ですよというような旨の返答をシステム上からも行うことができるという仕組みを考えています。

また、先ほど患者さんの情報を共有した、この情報を元に受け入れ側病院から転院元病院のアプローチ、こちらのほうの矢印も可能な仕組みと考えています。その後、それぞれ転院の詳細な条件などを個別調整をしていただきましたら、マッチングが成立するというような流れで考えています。

この同じポータルサイトの中に、この二つの機能を設けることで地域のシステムですとか、ポータルサイトを病院の方にもご活用いただきまして、ぜひICTを活用して、地域の医療介護関係者さんと病院とで連携の充実を図っていききたいなというふうに考えているところでございます。

すみません、駆け足になりましたけれども、ポータルサイト、こちらのほうが完成いたしましたら、また改めて皆様にご説明させていただく機会を設けさせていただきたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

資料の説明は以上です。

○和泉座長 ありがとうございます。最後に、東京都医師会より本日のご好評をいただきましたと思います。よろしくお願ひします。

○土屋理事 東京都医師会の土屋です。活発な討論をありがとうございます。講評というほど偉そうな話はしませんけれども、きょうは区東北部だったのですが、他の圏域と比べて、随分、余り聞かない話と申しますか、目新しい話が多かったように思いました。それは議論が進んでいた証拠なんだろうなと思って聞いていました。

東京の訪問診療は需要もふえますけれど、支える側もいるわけなんですね。地方のお話をすると、関東においても、例えば群馬県とかの先生と話してみると、訪問診療の医療需要がどんどんふえるのはもうわかっている。計画もそれに見合わせて、訪問診療をやる先生をふやしていかなければいけないと、計画は立てるというんですけど、実際は訪問診療やっている先生が減っているんですと言われてます。だから、今皆さんは医療需要がふえるから、葛飾においては違いましたけど、医者もそこそこいるしというのは、これは日本の中でも実はすごく恵まれた地域にいる、私は医療を提供する側ですけど、受ける側も実は恵まれた地域にあるということをまずお話ししたいなと思いました。

その中で葛飾区は医療需要が今足りているけど、将来は不足するだろうという話はほかの人たちは、割とこのまま何とかやっていけるんじゃないかなというのが多かったんですね。そんな中で葛飾区は不足するかもしれないから、それに対してどうやってやっていくというのはすごくいい話を聞かせてもらったなと思ってます。

特に、訪問診療の数を減らすとか、自分たちの存在を否定するというのは、けど、本来医療はそうだと思うんですね。最終的には自分たちがやったことで、相手がよくなりましたからと言って、卒業していくのが医療だと思うんですけど、最近では最後まで本当に死ぬまで診るということなんですけど、そういう構えが本当はなければいけないと思うんですけど、そういったところまで葛飾の先生たちは、皆さんは踏み込んでやっているんだなと思って、心強く思いました。

それから、荒川区については、やっぱり外から来ているという意識が皆さん共有できたんじゃないのかなと思ってます。それについて、冒頭に西田先生が言ったように、持ち帰って、これどうすると、特に、まとめでおっしゃっていましたが、施設のほう、その連携というのは非常に、私たちも危惧、東京都医師会も危惧しているところです。よくあるパターンが、施設の中でぐあいが悪くなって、担当の先生に電話したけど担当

の先生は遠くの人で、じゃあ救急車を呼んでくださいと言って、それで終わってしまうって、だったら地元の先生がやっぱり一回診てというほうがいいんじゃないのかなと、それは誰もが思うところだと思います。移設系については、やっぱり危惧している。

それから、あと足立区は行政の限界ですね、行政の限界、これはなかなか本音を言えないところですけど、よく言ってくれましたねと思いました。荒川区もそうですけど、医師会との連携、行政と医師会の連携、これからやっていかないといけないと思うんですね。在宅において、何で連携、連携と言っているかということ、これはやっぱり構造的な問題で、病院にいて医療の情報はどこに集まってくるかということ、自然と医師に集まってくるんですね。そういう構造にしているわけですが、医療というか病院は。そうになっているんですけど、じゃあ、診療所だってそうですね。診療所の先生に処方が集まるような構造に皆さんしているはずなんですね。だけど、在宅というのは違うんですね。自然と医師に集まってこないんですね、情報が。だから、医師は情報を取りにいかないといけないし、ほかの人たちは情報を取りにいかない。だからこそ、在宅こそ連携しなければいけない。一番やらなければいけないのは医師だと思うんですけど、そういった中で情報だけではなく、連携をいかにやっていくかというのは、これは在宅医療における、これからも消えることのない課題だと思っていますので、そのあたり、皆さんと一緒に頑張っていけたらなと思います。

きょうは遅くまでありがとうございました。

- 和泉座長 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ので、事務局にお返しいたします。
- 久村地域医療担当課長 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、これまでも出てまいりましたが、現在都が作成を進めております外来医療計画の在宅医療に関する地域の意見ということで、まとめて記載を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の部分につきまして、見直しを予定しておりますので、そういった見直しの部分の中でも参考とさせていただきたいというふうに思っております。

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。