

平成30年度第2回

東京都在宅療養推進会議ワーキンググループ

I C Tを活用した情報共有検討部会

会 議 録

平成30年10月1日

東京都福祉保健局

(午後 7時02分 開会)

○久村地域医療担当課長 それでは、定刻でございますので、ただいまより平成30年度第2回のICTを活用した情報共有検討部会を開催とさせていただきます。

本日は、お忙しい中、ご出席いただきましてありがとうございます。本日は、よろしくをお願いいたします。

では、着座にてご説明させていただきます。

まず、事務的なものでございますが、この検討部会の任期でございますが、先日ご連絡させていただいたところですが、この9月30日をもって満了というところがございます。また、引き続きお願いさせていただくということで、現在、委員委嘱のご依頼をさせていただいているところがございますが、まだ手続がおくれております。申しわけございません。そういった中で、まだ手続前ではございますが、本日開催ということでご了解いただければというふうに思います。

続きまして、本日の配付資料でございますが、次第の下段の配付資料に記載のとおり、資料1から3がございます。それから、参考資料1と参考資料2というふうなところと、あと、そのほか、今、土屋先生、英先生のほうから事前に資料いただいておりますので、説明の都度、ご参照いただきたいというふうに思っておりますが、一つ、クリップどめをしています「大塚医療ネットワーク」について」という資料につきましては、こちら、土屋先生からご提供いただいた資料でございますが、まだ公開されていない情報が含まれておりますので、会議終了後は、申しわけありませんが机上にお残しいたきますようお願いいたします。それから、今配付させていただきました「よりそいコール」という資料でございますが、こちらは英先生からのいただいた資料でございますが、その一番後ろについています2枚の患者サマリー情報、こちらのほうも、会議終了後、机上にお残しいたきたいと。それ以外は持ち帰っていただいて結構ということでございますが、ちょっとこの2枚だけはお残してください。

それからもう一つ、同じく、今配らせていただきましたけども、高齢者支援に係る情報共有多職種連携の仕組みの構築についてということで、品川区の資料、こちら、補助金関係の資料で東京都のほうに提出された資料なんですけども、ひとつ話題提供ということで、品川区のほうは区が持っている保有情報、介護の情報を、この医療介護のシステムと連結させたいな取り組みを行うということでございますので、こちらのほう、話題提供ということでつけさせていただいております。

すみません、ちょっと資料の配付等々がばらばらになっていて申しわけないんですけども、何かありましたら、その都度確認をお願いできればと思います。

あと、会議の公開でございますが、今回、会議録資料については公開というふうになっておりますので、よろしくをお願いいたします。

それでは、以降の進行につきまして、新田先生をお願いいたします。

○新田座長 お疲れさまでございます。前回、どこまで議論したか等も含めて、これから

事務局より話していただきますが、本日は20時30分に終えたいというふうに思っております。

中島課長代理さん、よろしく申し上げます。

○中島課長代理（地域医療連携担当） 地域医療連携担当の中島です。引き続き、よろしく申し上げます。

事務局からは、資料の3のほうをご説明させていただきます。

まずは、前回のご議論いただいた内容について改めて振り返らせていただきまして、いただいたご意見について改めて紹介させていただきます。資料の構成としましては、その後、東京都として、前回いただいたご意見を踏まえて、今後どういうふうに取り組んでいくかを検討させていただきましたので、紹介させていただきます。その取り組みに対して、今回の部会において皆様にご意見いただいて、ご議論できればというふうに考えております。よろしくお願いたします。

まず資料3の1のほうですけれども、ICTを活用した情報共有に当たっての標準項目やルールなどについてということで、第1回ICT作業部会での検討事項のところでございますけれども、（1）、まず検討する場面については、前回お示しさせていただきました三つの場面があるかなということでございます。地域の医療・介護関係者間での情報共有。それから二つ目、地域と病院の情報共有、その、それぞれ在宅療養患者さんの入院するときと退院して在宅移行するときという合計三つの場面において検討する事項、次ですけど、（2）で情報共有する項目を定める必要があるのかということ、それから情報共有に当たってのルールを定める必要があるかと、この二つの視点からご議論いただいたところでございます。

これについて、（3）ですけれども、まず、情報共有する項目についてのご意見の中では、これは新田先生からもご意見いただきましたけれども、情報共有する何か項目をたくさん定めるといふよりは、既に地域で在宅療養に関するICTを使った情報共有というのが一定程度進んでいますので、そのあたりで、まずは情報共有すべき最低限の項目を定めるといふことで、地域によって異なるシステムを使っているけれども一定程度までは運用上の共有化が図れるんじゃないかというご意見いただきました。

それから、このほうになりますけれども、情報共有に当たってのルールに関しては、規制をかけるためのルールというものではなくて、普及のためのルールといったような形にしてはどうかと。すなわち、例えばシステムの利用が効果的なケースだったりとか、その効果的なパターンのモデル例などを作成しまして、地域に提示できれば、ICTを活用した情報共有の普及につながるのではないかというご意見。

それから、非常に重要な視点として、土屋先生からもいただきましたけれども、情報の性質が、それぞれ内容によって異なるんじゃないかというのを意識しておく必要があるんじゃないかというご意見いただきました。すなわち、フロー情報とストック情報ということで、フロー情報については、いわゆる、そのICTのチャット形式もタ

イムラインで共有することでICTの普及を図っていくということとか、あとはストック情報については、ICTではなくて、紙媒体の連携シートを活用するとかいう使い分けができるのではないかというご意見もいただいております。

次、おめくりいただきまして、まずは多職種間のコミュニケーションを高めていくということが、まず第一歩だろうということで、そうなってくると、最初から細かな情報から共有するのではなくて、まずは日ごろのコミュニケーションに使っていくのはフロー情報、共有というのをICTで始めていくというのが、まず第一歩としてはいいんじゃないかというご意見。それから、情報の種類としては異なってまいります、カルテ情報などについてもICTを活用して地域の医療・介護関係者に対して情報共有することができないか、あるいはしていきたいなというご意見。それから、患者の生活が見えるような、いわゆる、我々のほう、どうしても多職種連携というと、我々職種がどうやって情報共有するのがいいか、やり方としてどういうのが効果的かというところに、視点が行きがちなんですけども、やはり、患者さんとご家族が安心して在宅療養生活を継続していくということが目標というか、目的の一つでございますから、そこを少し患者、家族の希望に応じて生活できるということを支援することが目的なので、患者の生活が見えるような、患者中心の情報共有の基本をつくっていくというのも重要な視点としてご意見をいただいたところでございます。

それから、またウに行ってしまうんですけども、現場での取り組みの話も少し頂戴したところでございます。ICTの情報共有については、全部の症例でICTを使うということはしてなくて、ひとり暮らしだったり、ヘルパーさんが頻回に訪問であったりとか、支援が必要だということで行っているところとかという患者さんで、即時性がある情報共有を頻繁に行う必要がある患者さんに対しては、ICTを活用して情報共有すると非常に効果的であるということで、そういった事例はICTを使っているけども、全部の症例でICTを使っているわけではないですよというご意見。それから、データ入力が多に多いシステムなんかだと、どうしても二度手間になってしまうとか、手間もかかってなかなか使いづらいと。医療介護連携に使うということであれば、チャット形式がメインのシステムが使いやすいなというご意見ですね。ただ、診療所同士の連携となりますと、患者の詳細情報まで共有し合うことが多いということで、そういったシステムのほうが細かい情報も共有するシステムのほうがよかったといったような現場のご意見も伺ったところでございます。

それが、前回の議論の内容になります。

○新田座長 ありがとうございます。

きょう、議論、これから土屋先生と英先生の取り組み含めて入る前に、これ、次の課題の論点整理のときに、地域で地域の医療・介護関係者のみでよかったんですけど。地域となると、地域って、地域包括ケアシステムとよく言うじゃない。そうすると、本人、家族って、あるいはこの場合は都民という話になるけど、そこを入れないで専

門職の医療・介護関係者の情報共有でいいんですかね。話をする前提で、ちょっと、これ話すと切りがなくなっちゃうので、どっかで切りますけども、どうでしょうか。地域で話す、ここに入れる場合ですよ。専門職だけの、介護者も含めて専門職だけのあれでいってしまうと、本当にそこが共有化すると、ちょっと限界が出てくるんじゃないかなと、ちょっと僕、今、改めて説明聞きながら思ったんだけど、どうですか。市民入れると、情報共有できなくなりますかね。都民と言いますか。

○土屋先生 もう、新田先生のおっしゃるとおりだと思っていて、ちょっと僕らのほうでも、連携の範囲というのを考えるときに、地域包括ケアシステムと、医療構想で言う医療連携というのは、ちょっと方向性とかベクトルが違うという話をされていて、縦の連携を医療連携としたときに、横の連携・面の連携を地域包括ケアの連携だろうと考えています。その地域包括ケアの連携が、実は同心円の二重丸の様な構造になっていて、内側に医療・介護の連携があって、その外側に生活連携というものがあって、その生活連携の中では医療・介護職だけでなく、やっぱり都民だったり、行政だったり、NPOだったり、ボランティアだったりというのが入らなきゃいけないだろうという話はしています。なので、二重丸という考え方が、多分わかりやすいかなと思います。同じ面なんですけど、ちょっと範囲が違っている。

○新田座長 ありがとうございます。

そうすると、今、まさにそうだというふうに思いますよね。どうですか、秋山さん。

○秋山委員 実際、このチャット形式のところに家族が入ってコミュニケーションしている方も、もうあるので、全てではないんですけど、その辺が、私も、ちょっとこの間、がん拠点病院で緩和ケアも入れてキャンサーボードというのをやっているんだけど、患者家族は傍聴もできないんですよ。だから、でも、イギリスなんかは、傍聴というか、同席しますかと聞かれて、同席しているという、そういう当事者が入るとするのは本来の話で、介護は、サービス担当者会議は本人や家族が必ず入るので、その辺のところを、今のような整理で入れておいて、心身連携のところの、その情報、本当は、それも患者情報は患者本人のものだというのが本来の考え方じゃないかなと、ちょっと思ったりもしますけど。

○新田座長 やっぱり、こういうのって公的なもので、東京都がやるときに、それ入れないでどうすると、また恐らく大きな問題になるだろうと思いますので、さっき土屋先生の、地域の中の二つの丸、これはお互いに、それぞれがもちろん、もう緻密な連携はしているんでしょうけど、言葉としては、ここの中にどう加えるということではどうでしょうか。向山さん、どうですかね。今の話、専門職連携だけでいいのという話なんだよね。

○向山委員 いやいや、やはり、私もちょうど、前回の議論の後に、周辺のケアマネの協議会とか話を聞いてみたんですね。やっぱり、メリットがある、あえて踏み込んで東京都としてするというのであれば、家族であるとか、そういった方の参加。ただ、

やっぱり障害とか考えると、結構難しい、現実には課題もあって、そのあたりをどう整理できるのかな。ご本人たちも見られるところと、やっぱりそうじゃないところというところが。今、ボイスカードとか、いろんなものを公表しようということなんですけども、マイナンバーポータルなんかで全体を見られるというところと、そうじゃないところというのは、少し分けられるかどうかなのか。

○新田座長 英先生、どうですか。

○英先生 ありがとうございます。

考えてみると、患者さんを見守る連絡帳、あれはまさに患者さんを診ながら、みんなが連絡して。あのイメージに近ければ、それ全然ありじゃないかなと思って、改めて、ちょっと今、先生に教えてもらったという感じですね。

○新田座長 迫田さん、どうですか。

○迫田委員 当然だと思います。

○西田委員 私もそうです。もちろん、もう、こういう問題にこれからは何でも、そういうふうに入れていかないとだめですよ。

○新田座長 じゃあ、この構図的な文章を含めて、これから検討する場合に、地域と入れる場合に、どういう言葉を入れるか、ちょっとまたこれから考えて、医療・介護関係者だけじゃなくて、ちょっと入れ込みましょうよ。もちろん行政も入るし、NPOも入るし、いろいろ入るじゃないですか。地域って、そういうものでしょうから。言葉をちょっと考えるということでもよろしいでしょうか。それを前提として、地域の検討をするということにします。

それじゃあ、次の課題に進行を進めたいと思います。よろしくお願いします。

○中島課長代理（地域医療連携担当） 早速、いろいろご意見いただきまして、ありがとうございます。

続いては、前回のご議論踏まえまして、東京都のほうで取り組みのほうを、こういうふうな方向でやっていきたいということを少しまとめさせていただきました。それが、次の資料で言いますと3枚目です。2の前の議論を踏まえた今後の取り組みに向けて検討する論点の整理というところをお開きください。

東京都の取り組みの方向性として、示させていただきたいんですけども、地域によって利用しているシステムが現在異なっていますけれども、情報共有における運用面の共有化を図っていくことで情報共有を円滑に行えるようにしていったって、ICTを活用した情報共有の取り組みを普及していくということを目的に進めてまいりたいと思っています。

まず、前回提示しました、検討が必要な情報共有場面の一つで、（1）地域の医療・介護関係者、患者さんとか団体も今後入っていくこととなりますけども、情報共有のときについてでございますけども、事務局としては、既にICTの取り組みが進んでいる、取り組んでいる地域が多数ございますので、東京都のほうから何か具現化する

ようなルールを作成するのではなくて、こういう共有することが望ましい最低限の項目を作成して示すにとどめまして、地域において必要に応じてカスタマイズできるようなものをつくる方向性でどうかというふうに考えております。

そこで、このアの情報共有する項目についてでございますけれども、本日のご議論いただきたいことというのを、この①と②で記載しております。二つございます。どのようにして最低限の項目を決めていくかということと、それから、ちょっと早速、土屋先生のお言葉をおかりして恐縮なんですけれども、フロー情報、すなわち流れていってしまってもいいような情報、蓄積が不要な情報と、それからストック情報、こちらは患者情報のうち蓄積していかないといけない情報、これら二つに分けるとして、どちらも最低限の項目を決める必要があるのかどうか。事務局としては、あくまでもストック情報については、ある程度、病院との連携であったり、地域内での連携で少し最低限の項目を示しておいたほうが利用しやすくなるのではないかと思いますけれども、とりわけフロー情報に関しては、本当にそのときのときどきの事情に応じてだったりとか、患者さんの状態に応じて、かなり情報共有で変わってくると思いますので、フロー情報のところは、もしかしたら、そういった最低限の項目というのは要らないのかもしれないなというところで、事務局としては考えてはおりますが、ご議論いただいてご意見いただければというふうに思います。

それから、続いてイの情報共有に当たってのルールについてでございますけれども、これを定める必要があるかという点でございますが、事務局としては、先ほども、ちょっと項目のほうでもお話ししましたけれども、義務化するような統一的なルールというのは、特に地域内においては、こちらもつくる必要はないんじゃないかなというふうに考えております。ICTを活用した情報共有を、さらに普及させるような事例集であったり、モデルのようなものをつくれないうふうに考えておりますけれども、ちょっと、ごめんなさい、資料上は矛盾してしまっているんですが、一応、前回、まだ結論が出てなかったかなとも思いますので、今回は、そのルールが要るか要らないかについて、改めて皆さんのご意見を頂戴できればというふうに思っています。

あと、その、ちょっとモデルの作成に関しては、ちょっと次の(3)のところでもお示ししておりますので、またそのときにご説明させていただきます。

この地域の中での医療・介護関係者間のICTによる情報共有に関してですけれども、地域によってやりとりしている情報が異なっているんじゃないかというお話もいただいております。先ほど申しましたフロー情報、すなわちチャット形式のようなやりとりで完結する日々のコミュニケーションが主体の情報と、それからストック情報、いわゆる患者さんの詳細情報、要介護度であったり既往歴であったりというもの、それから、地域によってはICTのシステムでは、あくまでもチャット形式でフロー情報のみ扱っているよという、前は西田先生のほうから、そういったご意見もいただきました。そういった地域もあれば、カナミックなどを使って、本当に細かい、患者さ

んの詳細情報までしっかり共有している場合もあるということで、このように、皆様に、お話を伺っただけでも使い方が、やはり地域の中でも異なっています。地域の中でというか、地域間で異なっているということで、またそれは、ばらばらだからどうかというところよりは、地域の実情に応じてルールなどを取り決めてやりやすい方法で取り組まれているんだろうなというふうにも思っております。したがって、そうなりますと、東京都のほうから、とりわけ地域内の在宅医療・介護関係者間での情報共有に関しては、何か義務的なルールを示すということをして、そのルールはなかなか普及しないんじゃないかなというふうにも、逆に、その取り組みを阻害しかねない可能性もあるのではないかなというふうにも考えてはいるところです。なので、地域の中での、その情報共有に当たってのルールというのは、余りちょっと要らないんじゃないかなというふうにも、ちょっと事務局としては考えてはいますが、ご意見いただければというところで記載しております。

ただ一方で、ちょっと個人情報の取り扱いであったりとか、あとは個人端末だとかというセキュリティーの対策などについては、どのように取り組んでいращやるのかとか、あるいは、項目に関しては、フロー情報とストック情報、どちらを共有しているのかとか、どちらをメインにやっているのか、あるいはしていないのかとか、そういった地域の実情が、ちょっとわからないと、なかなか部会のほうでも、こちらについては議論が進まないところもあるかなというふうにも考えておまして、ちょっとまだ詳細は決まっていませんけれども、今後、事務局のほうで、地域での情報共有に当たって、利用実態に関する評価みたいなものがちょっとできないかなというふうにも検討しております。このあたりについては、皆様から、ちょっとご意見いただければなと思っております。

すみません、長くなりました。（２）の地域と病院の連携についてでございますけども……。

○新田座長 これ、後にしましょうか。そのほうがいいように思いますね。順番にやったほうがいいですね。

今の話なんか、かなり、恐らく、皆さん、前回の議論を思い出していただきたいと思いますが、フロー情報と、先ほど土屋先生の話でストック情報、これは二つのカナミック等々、もう一つのところで違いが出てきていると。情報に関しても二つの情報の性質があってという話があります。そして、さらにもう一つ、メーカーで言うと別のメーカー、第三のメーカーももちろん出てきていると。そういう中で、今の話は、システムの統一という話と、内容の統一という話、ちょっと混在して、今、あったような。今、もう一度聞くと。だから、今の話は、ここで私たちが決めなきゃいけないのは、もちろんメーカー等の統一等は、僕は東京都等の仕事だろうなと。そこに要求していくと、いずれにしろ。いずれにしろばらばら、カナミックにしろ何にしろ、この辺のところは最低限必要なので、これのことをやってくださいということは、ここで



決めたものは決めて、その次にきちっと決められたものは必要だろうなど。それを、例えば、どの時点まででやるのかとか、日程の問題、かなりやっぱりあると思うんですね、さらに言うと。その中で、皆さんに議論してほしいのはここで、まず、やっぱり最低項目は必要だろうなど。皆さん共有する最低項目は必要だろうなど。それは何かというと、地域で、それもできてしまっている、やっているところもあるので、そこに新しいものを入れ込むと、また混乱するので、こういうのというのは、東京都広いので、なかなかでき上がらないので、ここで決められるのは恐らく最低限だけ必要なのが、恐らくつくるべきだろうなどというふうに思うので、まずそのご意見を少しいただきたいなど。そして、逆に言うと、今の最低限項目ですらつくる必要が、ここに書いてあるように、あるかという話が二つ目にある。最初の話と矛盾する話ですが。ということであります。

まず、そのあたりに頭を入れながら、統一的なルールというのを、ここで作成せずと書いてありますが、作成せずでもいいんだらうかと。作成せずじゃなくて、作成をするかどうかということで、さらにそれを普及モデルにすると、そんなことを、ちょっとここで、まず議論をしていただく。最低限の基本的な話の最低限を、ちょっと議論していただいた上で中身に入ってよろしいでしょうか。

○西田委員 その最低限項目というものは、私は全く必要ないと思います。最低限項目って、決めなくてもみんな同じことなんで、わかり切っているし、それプラス、ローカルルールというのがございますので、そのローカルルールを邪魔するようなものであってはいけないので、私は余り最低限項目は必要ないと思うんですが、システムの、例えば利用規約であったり、いろいろ情報共有に関する同意書であったりという、その入り口の部分のルールですね、それは、やっぱりひな形があったほうがいいです。というのは、私も、そのシステムを自分のところの医師会で導入するに当たって、そこだけ~~フ~~したたんです。だから、そういうもののひな形があればいいと思いますので、東京都なりの利用規約の手本みたいなものは作成したほうがいいと思うんですが、最低限項目って全く要らないと私は思います。

○新田座長 土屋先生、どうですか。

○土屋先生 僕も西田先生とほぼ同じ考えで、患者情報としての最低限の項目というのを設定することはしなくてもいいのかなというふうに思っています。ただし、ちょっとここにはまだ書いてなくて、どこかで議論が必要になるかどうかわからないんですけど、救急車呼んだときに、救急隊が知りたい情報というのがあるんですね。それさえ知っておけば、ちょっとどうにかつなげる。もしかしたら、そういったものを最低限の情報として載せておく意義はあるかもしれないとは思っています。ただ、医療と介護の連携の中では、そうやって、まず話やコミュニケーションをつくるというところをベースにしていくということを考えれば、最低限の項目というのは設定しなくてもいいのかなというふうには思っています。

○西田委員 ちょっと追加いいですか。

つまり、最低限項目をつくと、手間がかかって間口が狭くなるだけなんですよね。だから、今、土屋先生がおっしゃったようなこと当然あるんですけども、それは実際、自由なルールでやっていただいて、そのコミュニティーの中で、じゃあ救急情報が欲しいよねといったら、その人たちが、そこでつくればいいので、別にそれありきで全部統一する必要は全くないんですよ、先生。

○新田座長 英先生、どうですか。

○英先生 西田先生、土屋先生おっしゃるように、・・・そんなにつくる必要はないと思います。ただ、SNS、みんなどうやって使ったらいいかなって、モデルケースみたいな、そんなものがイメージでわくと、よいと思います。例えば、土屋先生がおっしゃったように、救急もイメージしてやられる場合もあっていいし、そうじゃなくて、もっとフリーな感じであってもいいし、本当に、うちみたいに三人主治医制みたいに目指す場合もあるし、いろんな場合があるんじゃないかと思うんで、それがわかりやすく提示されると、それはいいのかなとは思いますが。

○新田座長 使用ルールの最低限ですね。内容ではなくて。今の話はね。

○英先生 規約ですね。そうですね

○新田座長 西田先生と土屋先生が言ったのは、内容に関しては、今は要らないという話を基本的に言って、先生は使用ルールだというふうに。

○西田委員 私も、それを言った。利用規約とか、そういったものはつくったほうがいい。

○新田座長 じゃあ、迫田さん。

○迫田委員 私も全くそのとおりで、とにかくイメージとしては、チャットだったり連絡帳だったり、そういうことですよ。その方が何歳だとか、どういう病歴があるかとか、みんなもう全部知っている上での、家族も含めての、今こうだとか、ここが困ったとか、今日はこういうことがあったとかという、いわゆるフロー情報であるとするれば、全く必要ないんじゃないかというふうに、今伺っていて思いました。

○新田座長 なるほど。どうですかね、秋山さん。

○秋山委員 もちろんそうなんですけど、まず、一番最初に同意書、つまり個人情報に関することに関しての同意書は、やっぱり、利用規約。そこは要る。

○西田委員 利用規約も同意書も一緒です。そこら辺の導入部分のルールづくりは、つくっておいたほうがいい。

○新田座長 それを逆に言うと、最低限ルールって言葉が悪いんだね。内容じゃなくて、そのこと最低限ルールに含まれる……。

○西田委員 システムを動かすためのルールですね。

○迫田委員 そこに参加する人の……。

○新田座長 基本的な規範だね。ルールというより規範なのかな。ですかね。同意書も含めて。

- 西田委員 一般的に利用規約みたいな形。
- 新田座長 向山さん、どうでしょうか。
- 向山委員 利用規約、やっぱりないと、なかなか、そこでまたという違いが非常に大変になっちゃうのかと。

あと、先ほど土屋先生が救急の話がされていたと、ちょっと私も感じていて、八高連ですごくやってらしたのがありますよね。ああいう緊急のときにと、余り在宅濃厚じゃなかったという方もぱっと使えるというとする、間口広くできるのかなというのはいあって、あれは確かに。結構緩くつくったんですよね、八高連のほうでも。いろんな応用ができる。それは、モデル例のほうに入れてもいいんですが、ちょっと意識して扱ったほうがいいかなと思います。

- 新田座長 今、高齢者救急とか等々に、僕、出る機会が多いんだけど、病院救急隊は最低限のルールがほしいと、情報が。なぜかという、今、ひとり暮らし等々がふえてきて、運ばれても、ほとんど何もない状態で来ると。治療はしても、その次、どうしていいかわからないと。その人が、その後、誰に連絡するかという話で、内容では医療情報ではなくても、誰に、それも規約の中に入れるかどうかだよ、だから。
- 向山委員 東京ルールの上のほうに・・・ますよ。
- 迫田委員 これ、そもそもの目的が違います。
- 西田委員 それは、それこそ、先生、救急キットの話なので。
- 久村地域医療担当課長 救急キットの部分を、このICTを活用してできないかなというふうな、ちょっとアプローチもあって、そのあたりが、実は(2)の病院と地域の連携のところ。そっちのストックの話は、こちらもあるのかなと。
- 新田座長 そのところで一緒に話しましょう。了解です。

じゃあ、わかりました。今の頭を、大体基本的に、皆さん大体同意したんだけど、その病院との話も含めてということで、それで、その次に、ここで話していただきたいのは、土屋先生、豊島区医師会等の病院等含めての紹介を話していただけますか。

- 土屋先生 すみません、参考資料の2というものをめくっていただいたところなんですが、豊島区医師会、豊島区の取り組みというところと、課題とか提案といっぱい書いてきました。その中で、今、病院のことについてお話ししたいと思いますけども、大塚医療ネットというのも都立大塚病院と一緒にやっているようなものがある、今はその仕組みづくりという段階、10月22日から試用で運用を始めて、今後の本運用につなげていく今は、そういう段階です。

具体的に、どういった形で、その連携をやっていこうかということに関しては、「大塚医療ネットワーク」について」と書いてある資料になります。

図にあるところの右側の四角が大塚病院の中でのフロー。そこから、上から左のほうにぐるっと丸くなっているところが、在宅医療をやっている地域、連携医、ケアマネ、大塚病院を含めた連携の輪になります。その中の真ん中にあるのがMCSで、メディ

カル・ケア・ステーションを活用した情報共有というところでやっていきたいと思いますという流れを考えています。最初は、大塚病院としては疾患を絞って、程度によっては病院の中の地域貢献病床というのを使い、急性期の治療が必要になる場合には急性期病棟を、退院するときには地域包括ケア病床を使うこともあるだろうというようなことを、一応想定しています。

そのページの下のところのICT化についてというところに、MCSを活用した連携医・ケアマネ、大塚病院の医師・看護師による情報共有というようなことを書いておきます。

具体的に、どのタイミングでタイムラインをつくるとか、誰が入るということを、今、ちょっと練習中といったようなところもあるんですが、大塚医療ネットのフロー図、予約入院と緊急入院というのがありますが、その予約入院のほうになります。例えば、何かの疾患で胃ろう交換とかで、ちょっと入院させてほしいみたいなことを病院のほうに登録医が願います。依頼する段階では既にMCSのタイムラインができていると思うんですけど、診断情報提供書をつくったりしてMCSに登録した形で病院が入ってくる。病院で最初に入ってくる人は連携担当者になると思います。先生が直接入ってくることも可能だとは思いますが、病院内のネットワーク環境によって変わっちゃうので、まずは、その連携担当者、窓口の人が入ってきてやりとりをするような流れになると思います。そういった流れの中で、今度入院して、入院中にも必要な情報は先生のほうから依頼されて、担当者が書く、もしくは先生が直接書くようなことをしていきながら、それを在宅にいる我々が質問をしたりとして、後のほうで退院支援ということで退院調整を行っていくというような、大まかにこんな流れでございます。

先ほどのフロー情報とかストック情報ということもありましたが、ストック情報でいえば、ケアマネシートというのが既に利用されているものがあって、その2枚後になるんですけども、小さい字でいっぱい書いてある横判の入院時・退院時情報連携シートというのがあります。その表面のところは患者さんの氏名だとか住所だとか、介護度が幾つだとか、保険の内容の特記事項だとか、患者さんの家族関係だったり、キーパーソンだったり、そういったところを書くところ。あとは、日常生活がどんなふうを送っていたのかというのを書いたり、病歴を書いたり、そういった、いわゆるストック情報に近いことが表面になるかと思えます。

裏面が、今度は小さい四角がいっぱい書いてありますけども、これが入院前と退院時と書いてありますが、入院前と入院中、退院するとき、どういうふうに変わっていったかということをチェックしていく。歩行が自立だったのか、着がえは一人でできるのか、点滴はあるのかないのか、そういったような細かいことが書いてある、そういった情報シートというのがあるので、アナログでやる場合には、こういったものを使っていくといいでしょうということ。この紙に実際書いたものをMCSに張りつける

のもよし、エクセルファイルとして添付するもよし、そういったところで共有できればいいかなというふうなことを考えています。

ただ、その裏の入院前と退院時のときの変化ということに関しては、そこまで細かく書くのは大変だろうし、これこそ、実はフロー情報と言ってもいいのかなというところもありますので、表面のストック情報をベースにしながら情報共有していけばいいんじゃないかというふうなことを考えています。ただ、表面も結構細かいので、恐らくここまでは要らないし、最初は、多分書かないでもいいから、とにかく情報を送ってくださいみたいな流れになるのかなというような気はしています。

○新田座長 じゃあ、英先生も、ちょっと説明、ここでしていただけますか。

○英先生 前回、ちょっと新田先生に宿題を、いただいたというふうに認識して、うちでどういうふうに取り扱うのかということ、ちゃんと話し合っただけで、今、お手元に、当院における連携SNS運用についてというホッチキスどめのレジュメのほうを、まずちょっとごらんいただきたいんですけど、いろいろ院内で話し合った結果は、いろんな情報共有のやり方ありますが、SNSのほうが、セキュリティーが高いだろうと。ですから、今後、メールやファクスを、やっぱりSNSに切りかえていく必要があるのかなというのが1点。それと、あとSNSの利点は、やっぱり情報の共有化ができるということは理想なのかなということで、それに向かって、ちょっとどういうふうにするかを考えました。

まず一番最初、おめくりいただくと、新宿区医師会が目指す地域医療連携ということ、で三人主治医制について出ています。地域のかかりつけ医の先生と病院と、あと往診対応を専従するような専門医療機関ですね。ふだんは、かかりつけの先生が疾病管理、生活指導、主治医の意見書等、かかりつけ医が管理をされていて、いざというとき、例えば土日や夜間、在宅に緊急対応すると。入院したときには、専門病院のほうで治療あるいは入院等を行っていくということで、この三者が組み合わさることで地域はかなり安心して生活できる環境ができるんじゃないかと考えています。それを補完する意味で、2枚目ですけど、クラウド型の連携システムが必要なんじゃないかということで、今、情報共有化のためのシステムづくりをしていると。

ちなみに、私どもは、もともと「よりそいコール」と言って、3枚目ですけど、地域のかかりつけの先生が診てらっしゃる患者さん、あらかじめ登録をしておいて、何か急変のあったときに電話相談や往診対応しているという事業をやっています。

必要に応じてかかりつけの先生に結果を報告するというような形で、4枚目ですけども、実際に、今現在255名の登録患者数がいて、出動回数は、一年間で大体100回強ですかね、ことはまだ68回という形ですけども、行っているという状況です。

5枚目になりますけど、まず、当院でのITの利用状況とSNSの使い方なんですけ

ど、まず、現在、うちでパソコンに関しては全てログ管理ができるセキュリティー対策ソフトをインストールしたパソコンをスタッフに貸与しています。ですから、それ以外のパソコンでの利用は禁じています。あと、全てクラウド型の電子カルテと業務システムですので、一応パソコン上には診療等のデータが残らないような状況になっています。したがって、SNSも同様の運用にしていくことと、さらに電子カルテと接合して各SNSに直接接続できるようにしたらいいだろうというふうにしたんですけど、ただ、そこで非常に問題があるのは、今、SNSに投稿があると、そのメンバー全員に配信されるんですね。だから、ほとんど自分に関係しないものも結構入ってきてしまって、逆にメンバーとしてSNSに全員が投稿できるようにしなきゃいけない。例えば、常勤の先生や非常勤の先生合わせて複数名いますけれども、非常勤の先生が往診したときでも、このSNSに投稿できる。でも一方で、SNSに投稿があったからといって非常勤の先生まで全員受信しちゃったら、みんな混乱しちゃうんですね。ですから、まず発信は誰でもできるようにしたいということで、登録は私の名前でID、パスワードをする。誰でも私の名前でID、パスワードさえ利用できれば、それが使えるだろう。一方で、投稿があった旨のメールについては、ちょっと必要なスタッフだけが受信できるようにするというふうにしました。ちょっと運用上やっぱりこうせざるを得ないかなと。

あと、患者さんのカルテのタグにどの連携システム、例えばカナミックを使っているのか、MC Sを使っているのか、あるいはそのほかを使っているのかというのがわかるようにして、そしてそのタグをクリックすることで、それぞれのSNSに飛んでいくようにしようというふうにしたということですね。具体的には裏面です。

これが実際の我々の使っている電子カルテですけれども、M o v a c a l という電子カルテを使っていますけれども。患者さんの名前の横でちょっと小さいんですけど、この左側の絵の丸の真ん中に「きんと雲」という小さいタグがついています。このきんと雲というタグをクリックすると、この患者さんはきんと雲というSNSによって連携している人だということを認識してもらって、このタグをクリックすると、この場合はバイタルリンクが開きます。もし、カナミックというタグがついている場合は、カナミックをクリックすることでカナミックのタグが開くというような形での設定にいたしました。

したがって、こうすることによって、例えば、ある患者さんのところに往診に行って、これを情報としてみんなにフローの情報として共有しなきゃいけないといった場合、このタグをクリックして、その先生の名前ではないんですけど、僕の名前で入るんですけど、誰々というふうに名前を記載してもらって、そして入っていくと。もし、ここに何か投稿があった場合には、とにかく私とあと担当者だけにそのメールが行って、メッセージが行って、その担当者のほうから振り分けるというふうにするという形ですね。

ちょっと、かけ足になってしまいますけど、今回の診療報酬改定で継続診療加算、これは在支診以外の診療所がかかりつけの患者さんに対して、他の医療機関との連携で24時間の往診体制、連絡体制を構築した場合の加算ということで、既にこういった加算も診療報酬でできていますし、最後のページになりますけども、複数の医療機関が定期訪問診療することについても、月に1回限りとあったり、6カ月に限るとかいうこともございますけども、そういったことが既に診療報酬でも認められているんで、我々としては在宅専門とかかりつけ医療機関がこうやってコラボレートすることで、地域全体を支えるやり方が好ましいかなというふうに思っているところです。

あと、もう少し、机上に実際の資料をちょっと配付させていただきました。よりそいコール自体は、こういった緊急時の連絡先と、あと臨時の往診料の実際の費用負担ですね、1割負担の場合、3割負担の場合。それとあと同意書が、これだけの同意書です。結局、患者さんに書いていただくのはおひとり暮らしなのかどうか、緊急時の連絡先、かかりつけの医療機関、あと服用している薬の名前、それとかかっている病気の名前と介護保険の認定を受けているんだという情報とケアマネさんの情報ですね。あとはちょっと配付している資料ですので、どうぞ後でござらんください。

最後に、ちょっとこれ机上に残していただきたいんです、患者さんサマリー情報というのがあります。多分、これだけの情報では、やっぱり往診ができないんですね。ですから、まず申し込みはこれだけ簡単な情報でいただきますけど、その後、うちの担当員が実は聞き取りをやります。お伺いする場合もあります、電話で聞き取る場合もあるんですけど、そのときのサマリー情報がこれですね。詳細にいろいろ項目があるんですけども、特にやっぱり我々が知りたいのは病歴であったりとか、ADLとか。あとは、住所だとか地図情報とかですね、夜の往診をいきなり行くという場合もあるんで、このあたりの情報とか。あとケアマネさん等の連絡であったりとかですね、ちょっと内容消していますけども、これある程度入っています。全部が全部入っていませんけど。一応、こんなようなものは聞き取りで、後で多分これがストック情報という形になるんだと思いますけれども。

ただ、これはバイタルリンクの上では管理していません。バイタルリンクの上で管理しているストック情報は、あくまで診療情報提供書の張りつけとか、書類のレベルになってますんで、こういった項目立てはバイタルリンクには載ってないんで、あくまでも電子カルテの上でこういったストック情報は整理しているという状況です。

以上になります。

○新田座長 ありがとうございます。お二人の話の中で、どちらも重要な点がここに含まれているという感じがしましたが、今、英先生の最後の話で、先ほどの話とちょっと一緒に考えていきたいんですが、義務化するものは作成せず共有することが望ましいという話の中に二つの情報があるわけですよ、バイタルリンク等々に。そこは、入らなくて最低限のものという、その二つのこと言われましたよね。どういうこと。

- 英先生 バイタルリンクは、もうフロー情報のみなんです。
- 新田座長 フロー情報のみですね。
- 英先生 せめてストック情報入れるとしたら、それぞれの先生がもう診療情報提供張りつけるとか、そういう形なんです、張りつけ画面で。項目立てはないんですね、もともと。ですから、我々としては往診するときは、多分、電子カルテ見ながら、それぞれのドクターが往診しちゃうんで。電子カルテを往診した結果、電子カルテ上にはやっぱりストック情報載せとかなきゃいけないので、それを用意しておいて、往診した結果はフロー情報として、それぞれバイタルリンクにもう一回アップしていくというやり方です。
- 新田座長 土屋先生、大塚病院との中で情報共有するので、先ほど話がありましたけども、もちろんあれ医療情報にですね、ほとんど基本的には。
- 土屋先生 医療情報。
- 新田座長 ですよ。それは地域でも一緒に共有化するものなのか、そのとき、あとのみ、大塚病院との連携に対しての使うものなのか、どっちなんだろうかね。
- 土屋先生 入退院の前後に関しては、本当に大塚病院と医療機関というニュアンスが強いだろーとは思いますが。とはいえ、そういった医療情報が例えば介護の人たちも使いたくともありますし、採血の情報とかレントゲンの情報などを訪看さんは見られないので、そういった情報があると非常にうれしいということをおっしゃっていますので、やっぱり必要にもなってくるんだろーというふうには思います。
- 新田座長 大塚ネットワークのこの構図の中で「MCSを利用した情報共有」とありますね。それは、もう具体的に決めてあるか、あるいはそのときによるんですか。
- 英先生 そのときによる形によります。
- 新田座長 いや、基本的な先ほどの。いや、ここで検討しなきゃいけないのは、さっき最低限ルールは項目は定める必要はないと。その規範を定めるという話をした。
- 迫田委員 先生、今、これ（２）の話ですよ。
- 新田座長 （１）と（２）、ちょっと（２）も含めて。
- 迫田委員 今、（１）の話。
- 新田座長 （１）の中にちょっと戻りながら、ちょっと話をちょっと行きたいなと思っているんですが。（２）だけの話だと、今の話で行けるんだろーなというふうに思っているんですが。（１）の話がまだ中途半端なので。僕がそここのところ、もうちょっと理解したいんですが。（２）の話は医療情報等ですから、英先生の「等」の話はとてもよくわかる話ですが。（１）のこの情報という共有化の話は勝手にいいんでしょうか、という話。
- もう一回戻ります。その話。そうすると二重情報。例えば医療情報がまたあって、実は地域でもっと普通の中回っている情報があって、何か情報が、どうするんですか、それ。そんな別々にわざわざ分けるの。



- 土屋先生 MCS上では、例えば退院してきたときに、診療情報提供書が来るんです。看護サマリー、リハのサマリーというのも来ます。そういったものを僕らでMCSのタイムラインでカルテ張りつけちゃいます。フロー情報の中にそういったファイルが張ってあるんですけども、実は張ってあるファイルだけ見るページがあって、そのページを見れば診療情報提供書、介護サマリーとかいうのを閲覧することができるんですね。実は、そのフロー情報の中にもあるストック情報というのが、ファイルだけ見るページを見れば実はストック情報になっているんですね。そういうふうな形で、僕は分けるとわかりやすいという話を前回にもしましたけども、同じフローの中でも必要なものだけは引っ張り出して見ることができるというのが、そこがICTのよさなのだと思います。そういったことを考えると、そこ、情報を厳密に分ける。
- 新田座長 ことはできないよね。
- 土屋先生 ことはできないですし、実は厳密に分けなくても、ある程度のストックはされているという場合もあるんじゃないかなというふうに思います。
- 新田座長 もう一つ、じゃあICTというものの、それいろんな中に入れ込むから、中に情報が全部いずれにしても入りますよね。そこの中のさっきの話で最低限ルールは必要ないんだけど、実は入ってしまうという話ですよ。それを誰が。誰でも見られるんですか。誰でも、家族も含めて。
- 土屋先生 家族が入れるページと、専門職だけのページというのを切り分けて二つに分けています。ボタン1個で切り替えて裏表で見る感じにしています。
- 新田座長 わかりました。イメージで、恐らく今入退院だけの話に、病院との関係そういう話になるんだけど。日常性で、じゃあ、認知症の人がひとり暮らしで暮らしていますと。多いですよ、物すごく。その人たちは誰と情報を共有化して、どうするんでしょうかということの情報というのは、何が必要なんですか。何が必要で、それは勝手にその人たちに任すと変な言い方、上から目線じゃないんですけど、その人たちが必要なことをそこに書き込む、チャットでも何でもいいんだけど、それでいいだけの話ですか。
- これからふえるのは、東京はやっぱり認知症の人ですよ、大きな問題。それでひとり暮らしですよ。その人がいきなり病院に行くこともあるだろうけども、日常の中で何があれば皆さんが、何も情報必要でないのかどうかと、ちょっともう一回お聞きしたいんですね。その方たちが勝手に自分たちが知りたいことだけでやってくれれば、それで済む話ですかという話です。それだけ、最低限ルールも必要ないということは、そういうことでしょうか。さっき土屋先生、オーケーしたじゃない。西田先生の話も含めて。そんなことで僕はいいのと。実は皆さん賛成したんで、僕だけ、どうもよくわからないんです、はっきり言うと、それは。
- 秋山委員 この後ろのこれに認知症の方の服薬のこととかが事例でこれ載っている。
- 新田座長 じゃあ、これが。

○秋山委員 この辺の具体例を説明してもらったほうがよくわかるようなので。

○新田座長 説明、じゃあ、お願いします。

○土屋先生 これ、山下先生という先生の事例が幾つか載っかっていて、この中の一つが大塚病院との連携で、最後の事例がこの認知症の事例でこれは外来の認知症患者さんの服薬の話にはなっています。やっぱり認知症の患者さんって本当に薬飲んでいるか、飲んでないのかというのが医療機関では把握し切れなくて。そこに行っている訪看さんだったりとか、薬剤師さんだったり、本当にどれぐらい薬を飲んでいるかというところをチェックしてくれたりはしているんです。そういったところを、この人この薬飲んでいますよとか飲んでませんよなんていう話をMCS上に載っけてくれると、こっちもそういった薬の処方調節がしやすいというようなことはあります。実際に認知症の患者さんって今すごく多いですし、独居だとしたら、やっぱり医療、介護関係の人になってきてしまうし、行政の場合もちろんありますけど、そういった人たちが書き込む情報というのがやっぱり必要になってきます。

その情報というのは生活情報という言い方をするんですけども、例えば、この人はいつも出すチーズは食べませんとか、トイレットペーパーを壁に張りつけてあるのはこういう理由なので勝手に捨てちゃうと認知症の人が怒ったりするとか、そういうようなことが書いてあったりします。それはストック情報に入れるべきものでもないし、流れていっていい情報でもないかもしれないですけども、みんなに知っておいてもらいたい「生活情報」というような位置づけで僕らは見えて、そういうところが必要になってくるんだろうなと思います。そこに先生の言われたストック情報は必要ないのかどうかというのは、ちょっと何とも言えないなという気はちょっとするんですけど。

○秋山委員 この大塚医療ネットワークの中に入っているケアマネシートというか、この裏表のこれ。この4月からの診療報酬改定で入院時にケアマネジャーが3日以内に届けると、ケアマネさんに点数が入るというための形式のシートとほぼ一緒で。だから新宿でもこれを少し大きな字にして使うというふうに。やっぱりみんなルールを決めて、結構せっせと持って行っているとか伝えているんですね。これまでは直接行かなかいけなかったけど、行かなくてもとにかく情報は挙げたら点数もらえるという話になっていて。だから、せっせとこれは書いて。これってまさにデータベースでストック情報なわけですね。

だから、これが在宅で既にかかわっている人であれば入院時に行くんだけど、全く緊急で運ばれて、そこから初めて介護保険を申請みたいな人にはない。でも、それはどこでもないわけですね。そこで、病院でデータベースつくらないといけないけど、そのときに困るということですね。

これが適用するかどうかはちょっと別として。つい、この10月から新宿は65歳以上で希望すれば見守りのキーホルダーがもらえるわけですよ。それには、だけど、それ申請主義だから全部じゃないんだけど。

- 新田座長 見守り、何。
- 迫田委員 見守りキーホルダー。大田区でやっています。まさに先生の最初のこの紙とほとんど同じものを。地域包括支援センターに登録するんです。
- 西田委員 バーコードで読むやつ。
- 迫田委員 バーコードじゃないです。
- 秋山委員 バーコードじゃないんだけど。
- 迫田委員 私の母が登録しています。大田区では結構広がっていて、ひとり暮らしの人の多くはみんなつけています、バックなどに。自分に割り振られた地域包括支援センターに登録するんです。登録する内容は、先ほどのよりそいコールの一番最初のものとほとんど同じぐらいの情報で。
- 英先生 情報ですね。そのほうがいいというんだ、そこは。
- 迫田委員 その見守りキーホルダーに地域包括の電話番号が書いてあって、その後ろにその人の個人の番号が書いてある。だから、倒れたりしたらそれを。
- 英先生 地域包括に電話行って、この番号の人が倒れていますよ、みたいな。
- 迫田委員 そうするとさっきの情報が。
- 英先生 そうすると、この人がどういう人で、要介護が幾つぐらいでとかそういうのがわかります。
- 迫田委員 そうです。救急隊もだからそれを見ればいい。冷蔵庫にも登録してあることを示す紙を貼ってあります。
- 向山委員 情報の更新ってどうするんです。
- 迫田委員 毎年です。毎年必ず。大きいマンションだと登録会みたいなのを毎年開いています。
- 英先生 西田先生、さっき、先生がやっぱりストック情報の・・・必要なんじゃないかというご提案なんですけど。このSNSを例えば患者さんのお宅にある連絡帳というイメージだったら、多分、非常に患者さんにかかわっている人しか見ないSNSになるんで、確かにストック情報はそれほど要らないと思うんですね。ただ、救急に受診するとか、我々が今考えている緊急往診ということになってくると、ストック情報いるし、今の迫田さんの話のような。だから、どういうふうなSNS利用までによって。あと、もう一つは、このストック情報も紙でPDFとして張りつけているというストック情報もあるし、あと項目として入力しているストック情報もあるから。でも、多分、診療情報提供書みたいな形でストック情報は何らかの形であるんでしょけど、どういうふうに出すか。さっき土屋先生が、PDFはPDFで分けられるという、そういう閲覧性もあるという話もあったんで。多分そのあたり、ちょっとどういう利用の仕方なのかというのと、それからストック情報どこまで、どういうストックさせるのかというのをちょっと分けないと、イメージ湧かないのかなと思います。
- 秋山委員 これ、土屋先生のここの説明なかったですね。

- 土屋先生 どの資料ですか。参考資料2ですか。
- 秋山委員 そうです。参考資料2の。
- 迫田委員 参考資料2 ページ目と下の図です。
- 土屋先生 東京都医師会でちょっと前に出していた図なんですけども。上のこの病院は病院同士でネットワークを組もうというのがあります。それと東京総合医療ネットワークになるんですけども。それぞれのネットワークに各医療機関がぶら下がっているイメージが、その2段目の診療所と書かれたところに。各医療機関は、恐らく医療とか介護にかかわる連携に携わっているので、それはそれでSNSを利用したネットワークを。これは前回ちょっとお話しした医療連携と医療間の連携とちょっとエリアが違いますというところが、以前、当院でこういったイメージで書かれていたその説明の図になります。
- 西田委員 これでちょっと勘違いしちゃいけないのが、診療所と下の多職種というの、これ点線で結んであるけど、ここは結ばない。ここはマニュアルでやるということですよ。ここはつながない、当面はという。
- 土屋先生 直接つながっているわけではないんですけども、この図だと本当にイメージという感じです。
- 西田委員 つながっているような感じに見えちゃうんだけど、ここはつながってない。
- 久村地域医療担当課長 この診療所さんは地域のネットワークのほうに入っているほうでつながっていますよということですね。だから医療情報の中では、多分ここ、分かります。
- 新田座長 まあ、当たり前だよ、構図として。この構図そのものが変だよ。形としてはね、今の構図。わかりました。
- そうすると、今皆さん言われた、やっぱりそれぞれのどうもルールが必要ですね。というふうに。
- 今、もう一つは、東京都でやっている認知症レジスタンスシステムってやっているんですね。いわば登録して、BPSDを早期に発見してというのをね。モデル地区で武蔵野とか、国立ちょっと断りましたけども。だから、結果として何をやろうと必要情報量をみんな持とうとしているんですよ、いい、悪いにしろ。だから、それを、ただ、ここのICT化の中でどういうふうに張りつけていくかという話だと思うんですね、それは。だって、誰も何も知らない。進んでいるところは、例えばこのあれでこれ進んでいるからそうだけど、ほかのところはわからないよね、という話なんですよ。
- 向山委員 そうなんです。同じ圏域でいろいろ言葉が出てきても、イメージしているネットワークの範囲とかが違うんです。
- 新田座長 違いますよね。今の話の中で、皆、「ストック情報等」という言葉だけで、もう、ちょっと今、みんなばらばらのイメージで話しているような、僕イメージがするんだよね。というぐらいに混乱する中で、それはやっぱりちゃんとしたほうがいい

のかなど。そうしないと、このICTの統一なんかできませんよねという話になると思うんですよ。

もう一回そこで、英先生の、あそこのよりそいコールの話を、これさつき迫田さんが言ったけど、最低限の必要なおもしろい情報ですよ、これ。どうですか。

○迫田委員 私はまだ、もしかしかしたらついて行ってないのかなど。この(1)という、この地域の医療介護関係者の情報共有、つまりそれはある患者さんを中心にして、そこに関係者が情報共有するチャット、連絡帳のイメージであって、そういう意味ではみんなある程度その人についての情報を既に持っている、ストック情報を持っている上で、このフローの日々のことを書き込んでいくものというものを、それぞれ作りましょうというイメージと、(2)のその豊島の仕組みとか、英先生の仕組みというのは、どちらかという病診連携だったり、医療関係者中心の話で、そこに患者、家族が地域が入る必要があるんだろうかというのは、ちょっとクエスチョンマークかな。でも、もしかしたら、先生がおっしゃるように二つある必要はなくて、これが両方うまくまざったほうがいいのか、そこはイメージができません。

○新田座長 わかります。そのとおり、そこですね。そこ整理しないとイケません。そのとおりだと思います。

今の迫田さんの……。

○迫田委員 だから、今、皆さん、もう、この図がさっきの話で終わったみたいな感じだったんですが、そこもよくわからなくて。この一番最後の在宅医療にかかわる多職種というところが、(1)に当たるところなのかなと思って。ただ、これで一つの診療所じゃなくって、何か診療所も複数で、こういう線で結ぶんじゃなくて、緩やかな面のネットワークみたいなものなのかなと思って。(2)のほうは病院診療所プラス介護事業所みたいなのがネットワークなのかなと思ったり。何か納得しないまま、この点線がどうのというお話がちょっとわからない。しかもこれは単なるイメージなのか、これで進めようとしているのか、今どこかまで動いているのかというのちょっと理解できていません。

○新田座長 了解です。恐らくこれは豊島区医師会がこうやって出されたという程度で、まず見てください。私は、この構図は違うなと思っています。なぜかという、地域包括ケアに必要な電子カルテだというふうな、さつき僕話したよね。地域包括ケアというのは、やっぱり国の構図あるじゃないですか、あえて言いませんが。上の三つの葉っぱの中の話をやっているだけに過ぎなくて、本当は下のほうの本人の意識とか、地域の人たち、連携市民が必要じゃないですか。それがこのイメージでこれするなら大きな間違いだろうな。今、ここで批判をこれ以上しませんので。だから、先ほど秋山さん、ここ出されたんだけど、これ単に参考資料ということでやってください。まずはね。私はその方がいいと思います。

その上で、今、ちょっと迫田さんの問題点で意識に戻りたいと思うんですが。やっぱ

り（１）と（２）の話ですよね。ここの今、きょう東京都が出された地域における連携の（１）と地域と病院の連携と。地域病院の連携は、結構それぞれで、英先生のところもこの大塚ルールも、これはこれでなるほどなというふうに思うんですが。やっぱり地域の話がまだ整理されていないというふうに思いますので。どうでしょうか。どのようなICTの中で。これもう一回読みます。義務化するの作成する、これはいい、よろしいですね。共有することが望ましい最低限項目を示すこと、項目ですよ。これも意味を慎重にとってほしいんですけど。示すことにとどめ、地域の必要性に応じた適宜項目を追加するなどのカスタマがいい。これはこれでうまいこと書いてある文章かなと思ったんですけど、よく見るとですね。これでどうでしょうか。その上で、今、皆さんちょっとご意見をいただきたいなど。

最初に、もう一回お聞きしますが、地域というのは、もちろん医療も在宅にかかる、もう医療情報なんかは本当にわずかなもので、多くは生活情報というのが必要じゃないですか、そこはそこで。そういったようなことを含めて。まず、これやるんで10年先も含めて、東京都のICTの中で最初のこれ議論でございますから、本当にひとり暮らし、あるいは老々の中でどんなことを必要として皆さんが共有化すれば、都民にとっていいんだろうねと、安心する社会なんだろうねという、それですよ、したいのは、最終的には。情報共有ですから。ですよ。在宅医療を進めるというのは一つあるんだけど、一番は都民にとってどういう情報共有が必要かという、そういう話ですよ。ですよ、それでよろしいですよ。

○久村地域医療担当課長 東京都の保健医療計画の中、都民目線での医療情報というふうな切り口にしていますので。

○新田座長 という点で、もう一回ちょっと。ちょっとご意見、英先生。

○英先生 先ほどちょっと土屋先生もイメージとしてお話しされていましたが、二つのネットワークをつくられたという話ありましたよね。例えば診療情報提供書と訪問のリハの指示書とか訪問看護の指示書は、多分、家の連絡帳の中には置かないんですよ。ですから、それはそっちのネットワークに置いて、また家の連絡帳は本当に濃密にかかわっている人たち、そこのヘルパーさんであったりとか、きょう来た介護の人あるいは配達をした。だから、ある一つの人で二つのネットワークもしかして必要なのかなと思いつながら聞いたんですけど。つまり、さっきのこの（１）のパターンと（２）のパターンですか。そうじゃないと、ちょっと両方一遍にするのは、かなり難しいかなと思っちゃいました。

○新田座長 あるいは、その重なり合う、円が二つあって重なり合うんですよ、というようにことですね。

○英先生 先生は、もう既にやってらっしゃるみたいですね。

○迫田委員 家族に見せる分とそうじゃない部分。

○土屋先生 そうです。例えばAさんの患者さんのページがあったとして、通常は医療と

介護の職種が入っているタイムラインがある。タブで切りかえるだけで患者さんも入れるタイムラインに切りかえて、同じメンバーが患者さんのタイムラインにも入ってくる。そこにプラスして患者さんの家族がや、患者さんが招待した人が入れるというふうな仕組みになります。

○迫田委員 患者さんが招待した人が入れる。それいいですね。

○土屋先生 患者さんが招待しなければ、例えば僕らが多職種で連携していてもあのヘルパーさんどうしても入れたくないとかいう方には、患者さん側には入ってこなくなる。なので、患者さんのタイムラインのほうは、患者さんに選択権があり、管理者と患者さんが両方承認を出さないと入れないようにはなっています。

○迫田委員 患者さんにとってみれば、例えば友人の場合だったり、あるいは民生委員さんだったり、そういう人でもいいということですね。

○土屋先生 家族でももちろんいいですし、誰でも。

○秋山委員 その人支えればインフォーマルも含めたネットワーク。

○迫田委員 そうですね、インフォーマル……。

○向山委員 やっぱり、そこら辺も何か、先生、うまいネーミングというか。これやっぱり連携という言葉を使っていくと、どうしても過去のイメージになる。

もう一つは、あとは、きんと雲じゃないですけども、ローカルネームが飛びかかってしまって、なかなか入ってない人たちは伝わらないというのがあるので。何かそこがうまくできればいいなと思うんですけど。

○新田座長 前回もネーミングは、ここは連携から変えましょうということだから、これは皆さんの共通の宿題で、いいネーミングをお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 確認ですけど、最初、義務づけをしたら煩雑で進まないみたいな話がありましたけども。基本的に多分、選択の義務はしないはずなんです。例えば、こういうルールを推奨しましょうよね、こういうケースだったらこういうケースを共有しましょうよねというモデルを示すということになるのかと思うんですけども。

○西田委員 私もそう思います。

○久村地域医療担当課長 それでいいんですよ。だから、全く何も項目をつくらないというわけではなくて。

○西田委員 だから、また最初の話に戻っちゃうんですけど。利用規約なりは全体のひな形はあっていいだろうということ。それから、やっぱり既存のローカルルールが既にあるので、やっぱりさっき英先生……。

○新田座長 既存のローカルルールなんてないよ、そんなのは。

○西田委員 いやいや、各医師会であるんです。

○新田座長 いやいや、そんなの無いって。例えば多摩地区でどこにあるのかって探したってないよそんなの。先生のとこだけだよ。

○西田委員 いやいや、そんなこと。

- 新田座長 はっきり言って、ないってそんなの。
- 西田委員 そうですか。例えば西東京市だと、防災のネットワークとして、いろいろな施設使ったりですね。
- 新田座長 ただ、部分的にすぎないので、それをローカルルールがもうあるような感じで言っちゃだめですよ。
- 西田委員 じゃあ、それないとしましょうか。ないとして、それぞれ、ただの会話の手段として使っているところが多いわけですよ。だけど、先ほど英先生が言われたように救急搬送のときの情報であるとか、そういったプラスアルファの。あとは土屋先生が出されたような患者情報とかですね、そういったものを付加的にくっつけるかどうかということは、さっき英先生が言われたように、モデルとして幾つか提示してあって、その必要なものをそれぞれの地域で選んでいけばいいんじゃないかなと私はそう思うんですね。全部、これこれこれをやりなさいというんじゃないで。
- 新田座長 次の話が、だからそのモデルをなぜ出すのかというと、地域になかなかないからなんです。ないからモデルを出すんですね。それで、皆さんどうやって選んでくださいと、そういう話ですから。
- 西田委員 オプションとして出していけば。
- 新田座長 次の、きょうの検討事項の中身。ちょっと、まず、(1)もなかなか完成してないんです。少し、今の地域の話は、もうちょっとモデル模式化していただけますかね。そうしないとわかりづらいなと思いますので。ちょっとそこでやってください。
- それで、(2)の検討の地域病院の連携の中で、病院間、どのような情報を共有するのがあるか。というのは大塚のルールが結構あるので、これ参考にすればいいのかなと思う。それと英先生のルールと、それちょっとうまく兼ねながら、ちょっと考えたらどうかなというふうに思うんですが。
- それで、そのほかに、その中でルールとして定めておく事柄というのがあるんですが。今、土屋先生と英先生から例があって、もちろん英先生、調布とか等々あるんだけど、それ以外に何かあるのかなのか。ルールは必要ないのか、ということなんだけど、どうでしょうか。
- 今、今度(2)の項目に入っているんですけども、地域と病院の連携という。
- 英先生 (2)はあっていいんじゃないですか。(1)はあってもなくてもいいと思いますけど、(2)は僕はあっていいと思いますけど。
- 新田座長 了解です。そうすると、(2)はどのような方法で共有するのが望ましいかを検討しなきゃいけないということですか、今の話は。(2)はあっていいってどっちですか。
- 英先生 地域と病院の連携とか、救急との連携を考えたら、ネットワークについて言うと、やっぱり緊急時の連絡先とか、そういうのがないと、とは思います。
- 迫田委員 キーホルダー。



○英先生 そうです。それと同じような情報が必要ですね。

○新田座長 このことも、例えば脳卒中つくるときにも大変苦労したことがあるので、ここで大体基本的なものをつくってほしいなというふうに思うんですが。そして、それで改正というか必要になると。そのほうがいいかなと思うんですけど、土屋先生どうですか、その辺は。

○土屋先生 やっぱり、(2)は地域と病院の連携というのは、取り扱う情報が医療情報になってくるので、そこにはやっぱりルールが必要になってくるんだろうなと思います。ある程度ストック情報として、こういう情報は書いておくべきというのはあるのかなと思います。

○新田座長 わかりました。西田先生、それでよろしいですか。

○西田委員 はい。

○新田座長 じゃあ、ルールとしてストック情報を定めるということですね。そうすると、それでオーケーです。

(3)に入っていきますが、モデル例の作製という、今度なりますね、その場合の。地域と病院の情報共有と。その2番目のここに書いている、さっきの地域の話をもうちよっと少し詰めないと、モデル例になかなかいかないと思うんですが。地域と病院の情報共有等のモデル例は、これは土屋先生と英先生が出していただきましたが。逆に言うと、その課題から含めてモデル例を含めて出していくことはできますかね。いいことやっているなというイメージはするんだけど。でも、やっぱり出す以上、こういう課題があるとかいった先ほど説明もありましたけど、しないと次に進まないなと思うんですね。土屋先生のところも、大塚病院これやりましたと。物すごいいろいろな情報があって、これオーケーですと。じゃあ、これを進めるためにモデル例として、今は恐らくかなりののが進んだと仮定して、さらに広げるための課題とか、いろいろあると思うんですけど、どうでしょうか。

○土屋先生 今、事例検討会などで事例を集めて発表しています。うまくいかない事例も出してねとは言っているんですが、なかなか出てこないというのが正直なところですけど。そういった中で、やっぱり、こうならいいのにねという課題に対して、それだったらこういう事例があったよというようなものを出してもらおうようにしていたりしています。

例えば、先ほど認知症のひとり暮らしの話がありましたけども、どうやってその人の意思を反映させるかというところで、ACPが問題になってくる。認知症でも家にいたいとか、点滴嫌だとか言って暴れ出したりとかするので、そういったことは患者さんの意思になるだろうということで、そういうこといっぱい書いていって、タイムラインで共有したことで、ACPというところの彼女の意思というのを確認できたよということを、そういう課題をクリアしたという事例を提出したこともありました。

やっぱり、病院とのやりとりはうまくいかないよねという課題に対して、病院とうま

くいったよという事例を出してみたり、そういったような形での事例検討会をするようにしています。

○新田座長 かなりやられているので、かなり事例が集まってきそうですね、いい、悪いも兼ねて。

○土屋先生 山下先生の実例が記載されるページには、山梨県の~~上~~の話上野原市でやっている上條先生の実例も載っていて、今、事例集みたいなのをヒアリングして、どんどんインタビューしてつくっていくというような作業をしているので。作業をしているのはMCSをつくっている会社を中心にやっていますが、そういった事例集がもうちょっと溜まってくると、何か参考になるモデルケースみたいなのができるのかなという気がしています。

○新田座長 もう一つは、先ほどの話で全例をやっているわけじゃありませんよね、という話で。これも当たり前だと思うんで。どんな事例をやればICTで有効かと、そういうことも含めて皆に出して、こういう事例なら皆さんICTでというのが必要だと思うんですね。そんなようなことも含めてやらなきゃいけないのかなと思うんですが。秋山さんのところは、かなり長いこと見るじゃないですか。あれはICTを使っているの。

○秋山委員 緩やかに長い人は使っていない。

○新田座長 そういうことだね。

○秋山委員 そして、電子カルテに入れたものを振り返りですっと見るけれども、備考欄みたいに自由に書けるところに誰とどうしたかみたいなのは書き込んでいるので、スタッフが。そこを入れて、長いケースは見ていきますけど。どちらかというところ、これは非常に変化があるから、で、たくさんの人がかかわるのはチャット形式でやりとりしていると一々顔を会わせないのでよくわかるので、それを先生たちともやっているという。なので限定されています。

○迫田委員 それはどういう事例ですか。それはどういうケースが多いんですか。大勢がかかわってチャットすることによって。

○秋山委員 ひとり暮らしで医療処置が多く、変化があったときに緊急で呼ばれたりもするけれども、その間を帯状に入っている人たちとすき間のところに緊急に入った人が情報共有しないと、この人の続きが見えないみたいなころですね。だから退院直後の人だとかですね。

○新田座長 今、在宅の限界、暮らせない、家族の不安というのは、やっぱり何となく病院は全部で見回れるけど、在宅だとなんか孤立化するとか。逆に言うと、言葉が悪いんで、そういうことですね。今のような家族も含めてみんな入っているという共有化すれば、それは在宅限界を高めることができるんですか、という。

○西田委員 ICTですか。

○新田座長 ICTも含めて。安心感ですね。いや、単に連絡の手段でしかないのか、も

う一つは、こういうことを今、秋山さんやった退院直後もいろんな医療的ニーズが高い人も、家族から見ると、先生呼んでもなかなか連絡とれないとなると、実はこれが連絡がとれるのでですね。今、英先生がやっていたシステム化していると皆さん安心なんだけど、そのかかりつけ医の先生が、これがどんどん参入する場合に、そこに入っていて、周りがそれを支援するというところで利用価値はどうなんですか。いろいろ、前に書かなきゃいけないじゃないですか、東京都としてこういうことが必要ですね、こういうことが目的のためにか。モデル例をつくるにも含めて。余り関係ない。

○秋山委員 家族はいるけど遠くにいるとかで、ひとり暮らしの人で、退院直後は家族が出てくるけど、あとは引き払ってなくて、でも実際は一人だから生活支えるヘルパーさんが結構回数多く巡回とか使うから入っているんだけど。そのときの観察要点みたいな、ちょっとした一言とか、こんなこと言っているとかが流れてくると、看護がいたときにそれ踏まえて観察するとか。それで、それを医師がちらちら見ているとか。どうも薬の量があってないんじゃないかみたいなのが、そこまでは書かないけど、ちょっと何かそういうのをちょっとメモっていたりとかいう感じじゃないですか。そういう変化しやすいんだけど、ちょっとしたみんなが気づきを出さないと変えていけないみたいな。

○迫田委員 そうすると、今、そのお話だと、例えば退院直後で1カ月というのが、例えばその目標とすると、(2)の地域と病院の連携というのと、さっき言っていた(1)の家族も含めたチャットみたいなのが、やっぱり両方必要だということになりますね。さっき、だから土屋先生がおっしゃった切りかえられるみたいな。

○英先生 新田先生が問題意識として提示された在宅限界を高めるためにICTを活用できるのかという問題に関して、僕は活用できるというふうに思います。というのは、例えばかかりつけで外来に来ている認知症でひとり暮らしの患者さんで、例えばインシュリン使っていて、きょう4単位だったのをちょっと血糖コントロール悪いから6単位にすると、その人に言ったって何ら伝わらないんですね。それを、もし例えばSNSで薬剤師さんも入っている、ケアマネさんも入っている、そういうSNSにきょうから6単位にしました、皆さん、見守りしてくださいと言うと、やっぱり全然それが伝わるわけで、それを1個1個ファクスでやるとかメールでやるとかって、なかなかできないんで。やっぱりSNSを十分活用すれば、在宅限界ってもっと高まっていくんじゃないのかなというふうに期待します。できているとは言わない、期待します。

○土屋先生 僕も在宅限界は高まると思っていて。ちょっと一つ事例を時間が許せば話したいんですけど。東京都の難病の事例というのを僕最初に使ったわけですけど、それはかかりつけ医とか在宅主治医がいて、専門の先生と3カ月に1回はカンファレンスをするんですけども、3カ月に1回のすき間が埋まらない。やっぱり訪問診療になれてない在宅の人は専門医の意見をそのICTの中で聞けるというところは非常に助

かるなどは思いますし。そこで今度連携がとれていることを患者さんや家族が知っていることで非常に安心感を覚えているというような例もあって。MCSを使う前までは毎日のようにかかってきた電話がほとんどなくなってきて、家族も本当にそれで安心しているというようなこともありますし、やりやすくなっているんだろうなというのはあります。

また、さっき迫田さんのお話の中であった中で、やっぱり退院直後というのは（１）と（２）が関係する部分があるっての、そのとおりだなと僕も思っていて。実は大塚医療ネットワークも退院直後は大塚の先生はしばらく入ってもらおうようにしようかというような話はしています。もともとさっきの東京都医師会がつくった、あのわかりにくい図なんですけど、あれは医療連携と医療介護連携の間が仲介するのが診療所だよというイメージの絵なんですけども、実はその診療所だけじゃなくて、やっぱり病院もそこに、医療介護の連携に入っていくということは、今後は多分大切になってくるんじゃないかなという気はしています。

○新田座長 ありがとうございます。今の、きょうは（４）までは入らないことで、ポータルサイトの作製という（４）まで入らないつもりだったので、そのとおりで。モデル例の作製を含めて、今、いい話ができたと。ICTをここで検討事項でどのようにして事例を集めるかというのと、ICTを利用して情報共有する効果が高い患者等と話が今話されたというふうに思います。最終的に、（１）と（２）の関係どうするかというの、まだ、これ最後ですね。最後までちょっと決まらなさそうですね、それ別々にするかというのは。

ということで、土屋先生が結構いいモデル例を持たれているのと。土屋先生から英先生と、秋山さんももちろん持っているんで、そのあたりからいい例を出していただいてですね。今の皆さん話されたということでよろしいでしょうか、それは。ちょっと大変申しわけありませんが。

○秋山委員 これは。

○久村地域医療担当課長 そちら参考にしていただければということで、品川区のほうが今までの議論とはまた別の話になりますけど、品川区の保有している高齢者の情報も含めて、地域の多職種と情報共有していきましょうという取り組みを今年度から始めるということでございましたので、参考になればということでご提示させていただきました。

○英先生 ちなみにこれは何のシステムを使われるわけですか。MCSでやるのか、カナミックなのか。

○久村地域医療担当課長 何か新しいのをたしかつくるんですよね。

○秋山委員 何かこういう、もうちょっと何か立体的な図に、こちらもなればいかなみたいな。ちょっとこの図がいいかどうかは別だけど。

○久村地域医療担当課長 まず、全体をつくるんですかね、そのイメージをね。今、我々

が目指す、その二重丸みたいなところも含めて。患者間も含めて。

- 秋山委員 これは全員でもこうやって網羅されているんだったら使えますよね。
- 中島課長代理（地域医療連携担当） 品川区のシステムの会社は富士通だそうです。
- 英先生 だからヒューマンブリッジが必要ということですね。
- 向山委員 災害で今すごい問題になっているので、やっぱり。もう手上げでやってもだめで、やっぱり行政が主体になるので、また個人情報の壁にぶち当たったりすることになる。
- 久村地域医療担当課長 これは個人情報クリアしてやっているということですよ、品川区は。すごいなと思ひまして。
- 土屋先生 行政が個人情報の壁を超えていくことは大変ですね。この状況でICTシステムのセキュリティーがどこまで必要かということは大事なテーマかもしれません。
- 向山委員 それセキュリティーやっていたらどうしようもないですよ。本当は生命に直結するので、災害ってそこ乗り越えられるはずなのに、なぜか同意だ、同意だとなっていますよね。これがあるとすごいメリットは確かに。
- 新田座長 僕は国立・・・で研究ずっとやっていて、個人情報はなしにして全ての情報なんですよ。だから大したものだなと思って。本当ですね。恐らく、これができたということは法的にもどこか大田区はクリアしたんだと思いますよね。
- 久村地域医療担当課長 多分、それが今度国のほうがマスレコードを含めて医療も介護も個人の情報を集約して活用していきましようというところと、うまくはまればそうなるのかなみたいなイメージは持っているんですけども。データヘルス改革本部の取り組みでしたっけ。ちょっとそのあたりも見据えて少し整理が必要かなというところですよ。
- 向山委員 行政が実はすごい情報を持っているんだけど、そこがなかなか入っていかないというのは結構大きな課題なんですよ。
- 新田座長 それがね、今、・・・は皆さん入っていますよ。行政もそこはね。協力し始めましたから。

それで、きょう、もう半になりますので、そろそろ終了なんです。全体として、きょうの情報共有ということで（１）と（２）の。（１）をやっぱりどうするかというのはまだあります。（１）と（２）の情報をどう共有化するかと、それは単に（２）のほうはこれでまとまっていこうけども。だからもう少し事例を今やり始めたところ、やっぱり退院直後とか等々も含めて、やっぱり（１）の話も病院も含めて必要だろうなということも出てきているし。そのところは振り分けると。振り分けるといこともちろんあるでしょうから。そこをちょっと中島さんのほうで模式化していただいて、今の議論。必要だと思うんで、見える化しないと議論が進まないの、一緒に僕も考えますけども。

- 迫田委員 新田先生がおっしゃった、そのICTを使って在宅限界を上げるって、これ

がこれの目的だってはっきりどこかに書いてなかったですよ。

○新田座長 ないです。

○迫田委員 でも、多分そういうことですよ。

○新田座長 はい。

○迫田委員 だから、多分、ひとり暮らしの対応で……。

○向山委員 今まで出していたところが、これが在宅限界上がるわけですよ、恐らく。

○迫田委員 つまりICTはなぜ使うのかと言ったら、別にそのICTの会社のためでも医療側のためでもなくて、もちろん患者さんや家族のためなんだけど、患者さんのための意味は、これを使えば在宅で暮らせる限界を上げるんだと、そこはやっぱり共通の認識ということではないですよ。

○新田座長 了解で。土屋先生の話も、英先生の話も、限界を超えた中で恐らく例が出てくるだろうなというふうに思いますので、よろしいでしょうか。ということで、何とか部分、そこはそういうふうを書いてやっていただくと。

それで、次のスケジュールの案も含めて、事務局ちょっと全体に皆さんにイメージ化するために話していただきたいと思いますが。

○中島課長代理（地域医療連携担当） すみません、A3の1枚で参考資料ということでスケジュールのほうをつくってございます。参考資料1です。

○久村地域医療担当課長 この参考資料1と右上に書いてある資料です。

○中島課長代理（地域医療連携担当） 本日のご議論いただいたものもありますので、このとおりに行くかというのは、事務局でももう一度精査させていただきたいと思うんですけども。一応、簡易ポータルサイトが今予算折衝中でございますけれども、もし仮に医師会さんのほうで委託させてやるそのポータルサイトが予算が通れば、来年度、運用に向けて実施していくというところがありますので。それに合わせるとなると、こういった形のタイトになるかなとは思いますが。

一応、検討した案としては、一応今回が第2回目ということで、事例の紹介であったりというの、本日いただきました。またルールというのは要るの、要らないのかとか、項目のこととかコメントいただいたところがございます。12月にある程度、もう少し今回のこの議論深めさせていただきまして、第3回目ということで。これ、まだ予定です。これから日程調整させていただきますけれども、第3回目を今年中に1回できないかなというふうに考えています。

また、ポータルサイトの話については、ちょっときょうはしなかったんですけども。ある程度この時期になってきますと予算の経過なども見えてまいりますので、もし、そこで見えてくれば、ここでも検討したいなというふうに考えております。ある程度ルールのほうであったりとか、項目のこととかというのがまとまりましたら、ちょっと推進会議、親会のほうに報告をさせていただきたいと思っております。大体毎年2月ぐらいにやって、去年、大体2月ぐらいにやっているんですけども、ことしも2月

ごろに1回やって、そこで議論したいなというところもございます。

それから31年に入りましたら、もう一度第4回ということで、ちょっと項目のことだったりとか、ルールのことだったりとかというのをちょっと検討させていただいて。もし可能であれば、ちょっとそれら、今、机上で今お話ししている中なので、少し地域で実際やってみていただいて、試行的に何か実施をしていただいて、ある程度課題とかがどんどん見えてくると思います。そのあたりをまたもう一度まとめて、例えば31年の1月ごろに報告等をいただいて、第5回で、ある程度モデルとかというものを作成できないかなというふうに考えてはいるところです。そうすると、次の月の2月に会議がやって、そこでまた報告するという流れには、一応案としては考えてはおりますけれども。ちょっとやはりきょうのご議論踏まえて、もう少し時間をかけてやる必要がある部分については、もうちょっとお時間かけさせていただいてやっていきたいなというふうに思っています。

- 新田座長 今度は少しイメージを具体化して模式図して、その模式図書いたものをみんなでも検討して、これ違うよねとやらないと、ずれずれの議論になるとまずいので。そういうことでよろしくお願ひいたします。

今、言ったスケジュールでございますので、ぜひ、先ほども迫田さん言われた、やっぱり在宅限界を高めるためにICTをどう利用するのかという基本的なものです。それはもちろん最初の東京都の基本に入るわけですから、そのためにこの会議があるというふうに理解していますので。その意味で久村さんもよろしくお願ひいたします。

- 久村地域医療担当課長 ありがとうございます。私、第1回目も申し上げましたけども、できれば先ほど出た病一病、病一診の医療の連携と地域の医療介護も含めて多職種も含めた連携との橋渡しをここの取り組みでやっていきたいなというふうに思っているところなんです。なんで多分こちらのほうに病院も入っていただいて、診療所も入っていただいて。それが先ほど新田先生がおっしゃった脳卒中で一回パスをつくるときに、全都のパスをつくったんですけど、結局それぞれ運用がされていて、なかなか統一されなかったというところがあるんですけど。結構、この病院を巻き込むというのは、当然、やってらっしゃるところもありますけど、ある意味これからの取り組みになるとすれば、ここで一つポータルサイトというものをきっかけに、東京都としてつくれば、その脳卒中の・・・ではなくて、ある程度、都で共通の取り組みが進むんじゃないかみたいな思いもありますので、かなりちょっとハードル高いんですけども。我々のほうも努力したいと思っておりますので、引き続きよろしくお願ひいたします。

事務連絡ですけども、まず、本日の資料全般的に机上に残していただければ、ご郵送させていただきます。ちょっと回収という形にさせていただきたいのが、この大塚医療ネットワークについての資料と、それと英先生からいただいたよりそいコールの中の患者サマリーの2枚、こちらについては回収をさせていただきます。

- 迫田委員 これはいいんですか。

○久村地域医療担当課長 それはお持ち帰りいただいて結構なんですけども、ちょっとまだ品川区のほうにも全然公表するよとも言っていないので、あくまでも先生方のところでとめていただければというふうに思います。

以上で、第2回のほう終了させていただきます。じゃあ、また引き続き第3回以降続きますので、よろしく願いいたします。本日はありがとうございました。

(午後 8時45分 閉会)