

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
(区西南部)

日 時：令和5年12月25日（月曜日）午後7時30分～午後8時30分

場 所：Web会議形式にて開催

○道傳地域医療担当課長 それでは定刻となりましたので、区西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、ご参加いただきまして、本当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、どうぞよろしくをお願いいたします。

今年度は、Web会議での開催としております。円滑な進行に努めさせていただきますが、会議中、機材トラブル等が起きる可能性もございますので、何かございましたら、その都度ご指摘いただければと存じます。

本日の配布資料ですが、次第下段の配布資料に記載のとおりです。資料1から資料3までと参考資料1から3までをご用意しております。

資料につきまして、万が一、不足等がございましたら、恐れ入りますが、議事の都度、事務局までお申し出ください。

本日の会議でございますが、会議録及び会議に係る資料につきましては、公開となっておりますので、よろしくをお願いいたします。

また、Web会議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Web会議となりますので、お名前をおっしゃってからご発言くださいますようお願いいたします。また、ご発言の際には、画面の左下にありますマイクのボタンにてミュート解除してください。また、発言しないときには、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、東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。

平川副会長、お願いいたします。

○平川副会長 はい、聞こえますでしょうか。

東京都医師会担当副会長、平川でございます。

本日は、こんなクリスマスの日にお集まり、ありがとうございます。

後ほど、お話もあると思いますが、今回のワーキンググループにつきましては、何とか来年の新しい医療計画に、このワーキンググループでの議論を、あるいは結論を組み込みたいということで、かなり開催の日時がタイトになってしまい、年末も押し迫ったこの時期までもワーキンググループの会議を行っておりますことを、まず最初におわびします。

また同時に、日ごろから東京都医師会の様々な事業についてご協力、心より感謝申し上げます。

今日は、先ほどの開催されました、いわゆる協議の場を受けて、この地域の特性というものの、医療面、あるいは介護面の特性を理解していただいた上で、今日ご出席されております区の代表の方々、そして地区医師会の代表委員の方々、さらには他職種サービスの方々、さらには保健所、オブザーバーの方々が、ぜひ今、このコロナ禍、そしてコロナを経過して今の状況について、肌で感じることを積極的にご発言願いたいと思っています。実り多い会になることを祈っております。

今日は、最後までよろしくお願い申し上げます。失礼いたします。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。

引き続きまして、東京都より遠藤部長、お願いいたします。

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

本日は、大変ご多忙の中、本ワーキンググループにご参加をいただきまして、大変ありがとうございます。

平成29年度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し、今年で7年目でございます。

これまでワーキンググループでは、在宅療養に関する地域の現状課題、今後の取組についてご議論いただいております。今年度につきましては、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たいと考えております。

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医療の現場における変化をこのたびの意見交換でぜひ総括をしていただき、ご自身の地域における今後の在宅療養体制構築の一助としていただければありがたく存じます。

あわせて、東京都では、今年度、6年に1度の保健医療計画の改定を進めているところでございます。今回の各圏域の議論の内容も踏まえまして、来年度からの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。

非常に短い時間ではございますが、ぜひ活発な意見交換となりますよう、積極的な発言をお願いしたいと思います。

本日は、どうぞよろしくお願いをいたします。

○道傳地域医療担当課長 それでは、本日の座長の紹介をいたします。

本ワーキンググループの座長は、榎林神経内科クリニック院長、榎林洋介先生をお願いしております。

榎林座長、一言、お願いいたします。

○榎林座長 皆様、こんばんは。私、目黒区医師会で在宅医療の担当理事をしております、榎林と申します。

診療スタイル的には、午前中に外来をやって、午後は往診をするという、昔のちょっと町医者の方に近いようなスタイルでずっとやっているのですが、今回、ご指名いただきましたので、本日の座長をさせていただきます。よろしくお願いをいたします。

○道傳地域医療担当課長 榎林座長、説明ありがとうございます。

それでは、以降の進行は、榎林座長をお願いいたします。よろしくお願いをいたします。

○榎林座長 それでは、会議の次第に従いまして、議事を進めさせていただきます。

今年度は、区市町村ごとの在宅医療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からもお願いいたします。

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をいたします。

それでは、私から、資料についてご説明をさせていただきます。

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いたしました。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、こちらが例示されておきまして、令和2年3月の計画策定時におきましても、本在宅療養ワーキンググループを通じまして、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、こちら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、ご協力をいただきまして、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、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。

参考資料の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いた圏域ごとのご意見でございます。

参考資料の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、こちらにおける外来医療計画についての議論の中で提供いたしました医療提供状況の地域差、こちらに係るデータのうち、在宅療養についての抜粋データとなっております。

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

以上、3点の参考資料を踏まえて、資料2に戻りまして、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医療を取り巻く状況で変化した点は何か、変化した点を踏まえて在宅療養に関する地域の状況においてどのような課題があるか、こちらについて事前に調査のほうに回答いただきました。

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、資料の3となっております。こちらの回答者と回答内容が明確に結びつかないように、あえて番号しか振っておりません。分かりにくくて申しわけございませんが、こちら、ご容赦いただければと思います。

この事前調査の回答を踏まえまして、参加者の皆様には、令和元年度時点での地域の在宅療養の課題を受け、コロナ禍を経た上で、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、参加者間のご意見、ご質問等、意見交換をして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。今回、グループワークではなく全体討議の形で行いますので、意見交換の進行については、座長の檜林先生にお願いをさせていただきます。よろしく申し上げます。

○檜林座長 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ございますでしょうか。大丈夫ですかね。

そうしましたら、それでは本日のテーマである区市町村ごとの在宅医療に関する地域の状況の意見交換を始めたいと思います。よろしくお願いたします。

お顔の見えない先生は、ビデオをよろしくお願いたします。

さて、ご発言されたい先生、いらっしゃいますか。大丈夫ですか。

じゃあ、口切ということで、私、地区医師会代表としてもここに参加しておりますので、ちょっと資料3を拝見しながらお話をしたいと思うのですが。

この資料の中で、私が目黒区と書いてしまったので、私が書いたところだけは皆さん

にお分かりになると思って、それを説明したいと思うんですが。

まず、コロナ前のことと今の比較ということを考えますと、まず、目黒区の場合は、在宅医療をやっている先生方が、コロナの前辺りから医師会に入られる先生がだんだん増えてきていて、それまではちょっと既存の開業医の先生たちと在宅を専門に行う先生たちの関係がいまいち希薄だったところが、若い先生方、積極的に医師会に入っていたことでだんだん認知されてきたんですね、地域の。

そういう背景がちょうど生まれ始めたころで、私が在宅医療を始めたころは、まだ僕は医師会に入っていたんですけども、まだ在宅医療というものに関するご理解が、一般の先生とのちょっと乖離してるところがあったので、関係を調整しながら具体的には患者さんの移動を伴うときにどういうふうに納得していただきながら在宅に移行していくかということで、結構苦心していた時期がございまして、そのような意味ですと、目黒区の場合は、コロナが在宅医療のチームと医師会の既存の医師会の関係をよくするために、実はすごく役に立っていただきまして。

まず、デルタのころ、在宅やっている医者が患者さんの家に突撃往診に着くと。そのミッションが全部在宅医療やっているお前らがやれみたいな形で、医師会の上のほうから来たり、目黒区からも要求されたりもしまして、10人以内のチームだったんですけども、LINEみたいなメッセージャーを使って地域の情報交換、例えば今日は、ここで、こういう人がいるけれども、お互いカバーし合えるかとか、あと酸素供給装置がちょうど不足したころがあって、それがどこの業者さんにはあるよとか、そういうチームの中で仲間をしっかりと持つことで、それぞれの孤立して不安にならないような体制が作れたのはありました。

あと、やっていた活動を、僕はちょうど理事をやったものですから、逐一、執行部に報告をしながら、こういうことをやっていました。ということで、だんだん、執行部の中でも認知をされてきて、そのうち一般会員の方から若い先生方の在宅の専門のところに患者さんを紹介することにあんまり抵抗がなくなって、そういうふうにだんだん変わってこれたかなというのは思っております。

目黒区は、最近そういう感じでやっております。

ほかの区の先生方、いかがでしょうか。ご指名をしてもよろしいですか。

まず、ドクターからちょっとお聞きしたいと思うんですけども、世田谷は山口先生ですかね。いかがでしょうか。

○山口委員 ありがとうございます。玉川医師会の山口です。

コロナで、多分在宅医のポジションがちょっとよくなったというのは、私も感じているんですけども。

私のほうで、この会議で、実はかねてからお話させていただいているのが、恐らく世田谷区は在宅医自体はすごく人数もいて、資源も豊富なのかなというふうに実は感じてはいるんですね。訪問、例えばコロナ対応なんかもある程度できたのかなというふうに自負しているわけですけども。

一方で、訪問看護師さんの体制というのを以前からちょっと危惧しておまして、これは世田谷区は、訪問看護師の数とか、訪問看護ステーションの事業所の数が物すごく多いというふうに理解しているんですけども、その分、一つ一つの訪問看護ステーションに所属している看護師さんの数というのは少ないといいますか、要するに大きなところにまとまっているというわけじゃなくて、非常にいろんな株式会社も含めて分散しているような状況がありまして、そうなってくると、いわゆる訪問看護師さんの24時間365日の体制というか、各ステーションのほぼ管理者というか、大体若いやる気の

ある看護師がやっているんですけど、そういう方にほぼのしかかっているというような状況が結構見て取れるんですね。

実は、私どものクリニックも訪問看護ステーション併設であるんですけども、二人の若い看護師さんが24時間365日やっているというのが正直なところで、もちろん日中はそれよりも数いるわけですけども、夜の対応になるとその二人に頼るしかないみたいな状況があったりとかいうのがありまして。

最近、例えば医師のいわゆる訪問診療とか在宅医療の24時間365日の体制を強化しようという事業を、今、東京都のほうでもしてくださっていますけれども、同様に訪問看護に関しても同じようなシステムというのがあると、私どもの例えば医療法人立の訪問看護ステーションであるとか、そういったところは非常に助かるのかなというふうに感じております。コロナ前からそういったことはあった。

例えば、以前八王子医師会の例を聞いた気がするんですけども、八王子医師会は夜の当番の先生が医師会の在宅医療が決まっていますと聞いたら、訪問看護師さんが必ず患者さんのうちにおいて、それで当番の先生が呼ばれるというふうに聞いたんですね。恐らく八王子の訪問看護ステーションの訪問看護師さんというのは八王子市内に住んでいるんじゃないかなと思うんですけども、世田谷で結構やっていると、訪問看護師より我々のほうが先に患者さんちに着くというのが結構多いんですね。何ていうか看護師さんは割と世田谷区じゃなくて他の地域に住んでるのかなというのがあります。こういうところがちょっといわゆる世田谷区特有の課題になってきているんじゃないかなというふうに感じております。

以上です。どうもありがとうございます。

○榎林座長 山口先生ありがとうございました。

続きまして、渋谷区医師会の代表の内藤先生、いかがでしょうか。

○内藤委員 ありがとうございます。こんばんは。

私、この回、ワーキンググループに参加するのは今年からなものですから、4年前に詳しくどういうお話がされたかはちょっと存じ上げなくて申しわけないんですけども、私も30何年間在宅やっていますけれども、一つ感じることは、コロナをきっかけにやはり営利目的とってはちょっと差し障りがあるかもしれないけれども、雨後の筍のように在宅専門医がたくさんできたなというふうには思っております。

ただ、医療資源が増えることとしては非常に喜ばしいことですので、渋谷区は特にそういう施設が多いものですから、今後そういった先生方とかと協力して、区のための在宅医療のシステムを構築していきたいというふうに考えています。

また、そういった先生方が医師会に入るとするのは、本来は医師会に入らなくてもそういった先生方できるはずなんですけれども、恐らくコロナ後のことを見据えて、またサテライトになるために医師会に入らないといけないわけですから、また、その他の各種検診事業等にも触手を伸ばされてるのかもしれないけれども、逆にそういったこともうまくこちらとも利用して、協力して考えていきたいというふうに考えております。

よろしく願いいたします。

○榎林座長 どうもありがとうございました。

あとは、在宅医代表として目黒の白木先生、何かご意見ございますでしょうか。

○白木委員 ありがとうございます。目黒医師会の白木でございます。

先ほど、榎林先生がお話ししてくださったとおり、目黒区もこのコロナをきっかけに随分と変わりました。

もともと令和元年時は、在宅医があんまり市民権を持てなかったというような状況も一部あったんですけれども、やはりコロナを通して在宅医の仕事が、ある程度、皆さんに理解をさせていただいて、今はある程度、発言権も持っているような状況だということ。

二つ目に、以前と比べたら在宅専門医だけじゃなくて、実際、外来をされている先生方も一部在宅患者さんを見てくださっていると、そういうクリニックの先生も同時に増えてきていると。そういう状況ですので、以前、目黒区というのは周りの他区に囲まれてるような地形ですので、ほかの区の先生方が目黒区の患者さんを見てくださっていて、目黒区自体の在宅医の先生があんまり目黒区の患者を見れなかったというような状況だったんですけれども、いってしまえば自給自足率というか、そういう自給自足率も上がってきていて、ある程度、そういう資源も目黒区内で完結はまだ行きませんが、できるようになってきつつあるというような状況が環境が大きく変わってきたのかなと思います。それぐらいですかね。

ただ、同時にそういう変化によっていろんな課題が出てきているということも事実でありますので、それはまた後ほどお話ししたいと思います。

以上です。

○榎林座長 どうもありがとうございます。

続いて、我々と非常に密な関係にあるのは、やっぱり訪問看護さんだと思うのですが、今日、訪問看護ステーション協会の方はご欠席なんですかね。そうしたら、先に看護協会の代表の塘地様にお話伺ってもよろしいでしょうか。いらっしゃっていないんですか。

○塘地委員 すみません。塘地です。

○榎林座長 すみません。よろしくお願いします。

○塘地委員 よろしく申し上げます。

私ども、看護師、病院の立場から申しますと、やはり在宅に向かって当院はリハビリテーション病院なんですけれども、在宅復帰をする患者さんが多くいらっしやいまして、その患者さんたちが、やはり地元の先生のところにお返しするといったところで、やはりご近所の先生方の情報はかなり把握できていますが、県外などにお戻りになる患者さんについては、やはり情報が少ないといったところもあります。

先ほどからもご意見の中に、そういった情報共有のところが非常に重要になるということでありましたので、看護協会としても地域包括ケア委員会がありまして、その中でも、そちらの問題点については、看護協会のみならず医師会の先生方とも訪問に関わる方々とも共有していきたいというところでございます。

以上です。

○榎林座長 ありがとうございます。

私から、ちょっと一つ質問をさせていただいてよろしいですか、塘地様に。

目黒区は、回復期のリハビリテーション病院がないんですね。

例えば区内の病院で骨折の治療をさせていただいて、その後、回復期に行くと、区を離れちゃうんですよ。離れた後、回復期リハの病院さんたちが目黒区の医療機関をあんまりご存じないようなところもあるみたいで、結局違うところに帰ってしまったりとかですね。そういうのが前にたまにあって話題になっていました。

例えば、連携室とかというのは、前の前の元の主治医のところまでの考えをおよびながらコーディネートされるのでしょうか。

○塘地委員 その病院さん、それぞれかもしれないけれども、地域包括ケア委員会の中や各病院の中では、在宅に戻る際には、必ず元の先生のところにお返しするという基本は皆さん推奨されているかと思っておりますが、そうでもない場合もあるといったとこ

ろですよ。

○榎林座長 どうもありがとうございます。

続きまして、現場に近い順というとケアマネジャーさんかなと思うのですが、介護支援専門員の研究協会協議会というんですか、代表の佐藤様、いかがでしょうか。

○佐藤委員 ありがとうございます。

先ほど来、続きの話になりますが、コロナ以降、退院、在宅でお看取りというか、がん末期でもどんどん自宅に戻すというような状況がある中で、目黒区はやはり訪問を専門にしてくださっている先生方の数が少し増えまして、先ほど白木先生、おっしゃったような自給自足じゃないですけど、区内で完結する形が大分見えてきたかなと思っています。

加えて、訪問看護ステーションさんも意外と力量があって、COVIDのときにも果敢にチームでケアに入るというような仕組みをでき上がっていましたし、なかなか盛り上がっているなというような実感は得ました。

先ほど、山口先生がおっしゃっていた訪問看護の24時間体制強化の部分なんですけれども、やはり在宅は病院ではありませんので、やれることの限界はあると思うんですが、逆に質問ですが、24時間体制、どこまで看護の力を必要とされているのでしょうかということをおっしゃって先生方にお尋ねさせていただきたいと思っております。よろしくお願いたします。

○榎林座長 ありがとうございます。

じゃあ、また目黒の状況から白木先生、いかがですか。ナースに24時間体制でどういう期待をされるか。

○白木委員 今までのコロナのときも、訪問ナースのお力を一部借りて、例えば在宅患者さんのところに入ったときに、点滴が必要な場合は訪問ナースにつないでやってもらうというのは一部あったんですけども、そういう意味では24時間、やはり今後コロナだけじゃなくて、もう実際、平時で24時間患者はこれから見ていくと、がん末期の人も見えていくという場合でも、やはり24時間体制というのは非常に看護の24時間体制は必要なのかなと僕は思っています。ただ、それを実現するには、非常に大きなハードルが幾つもあるって、例えば、ドクターで輪番制を敷いてコロナのときはやっていたんですけども、看護さんのほうでも輪番制を敷いてもらって、そこにアドオンして見ていくというスタイルが簡単にはちょっと構築しにくいのは想像に難くないと。

あと、情報共有ツールをやる、必ずそれをつくらなきゃうまく共有できていかないので、それをつくらうと思っても、コロナのときはLINEのグループングでやっていたんですけども、そこに看護さんは一切入れていなかったの、個別に電話をしていた状況でしたが、今後、それをいろいろ考えると、やはりLINEのグループでつくるよりは、もっと大きなそういうしっかりとした情報共有ツールですよ。MCSとか、そこら辺でしっかりと情報が漏れないような形でいろんな多職種を入れてやっていくということが必要になると思うので、そこはちょっとまたいろいろと課題があるのかなと思っています。以上です。

○榎林座長 ありがとうございます。コロナのときみたいに、急ごしらえのチームとまた別に、もともと24時間の契約で見ていく人たちのチームってまた違うんだろうなと思うんですけども、恐らく先ほど山口先生がちょっと世田谷区内に人が足りないかなとおっしゃっていたのは、コロナは別とした話ですかね。ずっと見ていた人の24時間部分と考えてよろしいんですか。

○山口委員 私、いいですか。玉川医師会の山口です。どういう期待というか、例えばで

すけど、どういう事件が起こるかという、これはもちろんコロナ前からなので、昨日今日の話じゃないんですけれども、訪問看護ステーションというのは、割と株式会社立で要するに地点がいっぱいあってというところと、あるいは、割と地域密着で小ぶりにといいますか、単発でやっているところと、大きく二つに分かれるかと思います。

いわゆる株式会社立の何店舗もある大手の訪問看護ステーションさんですと、24時間体制ということでは、例えば、今はどうか分かりませんが、渋谷に当直室があるんですね。当直室に看護師さんがいて、そこから多分24時間体制でやっているんだと思うんですけれども、こんなことばかりじゃないんですけれども、過去に、例えば、本当はそちらの訪問看護ステーションのほうに患者さんが吸入をしてくだささいというようなご相談をどうも夜したらしいんですが、その訪問看護ステーションの当直の看護師さんから電話がかかってきて、私はちょっと行けないので、先生が代わりに行ってもらえませんかと言われたことがあったんです。もうちょっとどこか言いたいんですけれども。最低限、看護師さんがいわゆる平時のことですね、だから。コロナじゃなくて、平時の部分で、看護師さんが、例えば患者さんから何か看護的な処置をしてほしいということで呼ばれて、それに対して、応需ができないというようなところというのが、いまだにあるという。

一方で、じゃあどういふところがそういう患者さんを24時間で見ているかという、意外と小さくてやる気のある看護師さんが数人でやっていますみたいな訪問看護、要するに小さい訪問看護ステーションのほうで、そういう方を見ているんですね。それはいいんですけれども、今度そうすると、要するに大変過ぎちゃうんですね。看護師さんたちが大変過ぎてしまって、要するに何年かやると、ちょっと疲れたと言って辞めちゃうとか、そういうようなことも現実ちょっと起こり得るのかなと思っていて、そういう意味で、私は看護師さんに別に24時間を求めているわけじゃないんですけれども、むしろ何というんだらうな、誰かはやってほしいんですね。全ての訪問看護ステーションが24時間、365日やれということよりも、例えば、世田谷区内の訪問看護ステーションがある程度組織化して、それこそ医師会みたいな組織で、24時間、365日をしてくれれば、多分そういった問題は解決するんじゃないかと思っていて、すごくだから、ニーズがいっぱいあるわけじゃないんですけども、誰かやってほしい。そんな感じの思いを持っております。以上です。

○榎林座長 ありがとうございます。その件に関して、渋谷の内藤先生はいかがでしょう。訪問看護さんに在宅。

○内藤（淳）委員 私のところの例で申しますと、バルーンが入って、例えばバルーンの交換は当然ドクター、私がやるわけですけれども、途中の膀胱洗浄などは訪問看護の方々にやっていただいています。膀胱洗浄を例えば週に2回ぐらい必要な方が今いるんですけれども、一々医者が行かなくても、看護師さんが非常にやっていただきますし、材料はこちらで全部お渡ししてやっていただく。そういう使い分けが当然あると思うんですね。あと、点滴の交換もそうなんです。また、恐らくご家族、うちでは看護師さんのほうが、いろいろと生活指導だとか、日常の相談がしやすいように思えるんですね。もちろん私も気安く相談していただけるようなふうに常に心掛けてはいるんですけれども、やはり看護師さんのほうが温かみがあるというか、非常に食事のことでも何でも相談がしやすい。非常にそういった意味では助かっています。

あとは、ちょっと話がそれるかもしれませんが、24時間対応というからには、その24時間、誰かがアラートを出す状況にあるという前提なのかもしれませんが、私、常日ごろ患者様に申し上げているのは、患者様もご家族も夜は寝る時間であると。とに

かくぐっすりお休みくださいと。朝起きて、何か急変であるとか、何かあった場合は、その時点でご連絡いただいて全然問題ないんですよというふうに、でない、先ほど看護師さんが潰れるという話がありましたけれども、24時間連携をするために、24時間アラートを出すために、ご家族が交代で起きているみたいなことを計画されるご家族がいるんですけれども、それをやったら、まずご家族が潰れてしまいます。というふうに、私は常日ごろ感じております。以上です。

- 榎林座長 どうもありがとうございました。私もちょっと話させていただくと、特に24時間部分でナースに何を期待するかというと、一見急性期状態みたいになることが時々ありますよね。酸素が下がってきたりとか、熱が出たりとか。そういうときに、とりあえずその治療が全部在宅でできるわけではなくて、まず見極めのために誰かが最初に行かなきゃいけない。そのときに協力していただければいいなと思うんですね。

ただ、患者さんの背景で、そういうリスクが起きやすいような人、人工呼吸器がついていて、管がいっぱい入っていたりとか。そういうところには、さっき白木先生もおっしゃっていた動きのいいところ、そうでもないところは、例えば認知症で、身体的には落ち着いているけど、ご家族が疲弊しているとか、そういうところには、そういうケアがお上手なステーションとか、僕自身はちょっと使い分けをしています。

あとは、24時間部分で、最近薬剤師さんが結構夜中でも薬を運んでくれたりとか、そういうところもあるんですけれども、薬剤師会の小林様、この辺はいかがですか。最近はどういうニーズが、24時間の部分であるか。

- 小林委員 24時間対応をするということに当たっては、今日も実は厚労省のほうで議論があったところをごさいますして、今後、休日、それから夜間の対応方法については、まだまだ検討が必要だということところです。

薬剤師はみんなかかりつけ薬剤師であるというような気持ちを持っておりますので、何かあった際には、ご相談いただければ、対応する気持ちを持ったものはいるということをごさいます。

ただ、先ほどから先生方のお話を伺っておりますと、例えば、医師の場合には在宅医という言葉があったり、看護師の中では訪問看護師というような言葉があるんですけれども、そういった職種の方がいらっしゃるんですけれども、薬剤師の中に、例えば在宅薬剤師ですとか、訪問薬剤師という言葉のついた薬剤師はいないわけなんですね。というのは、在宅に特化した薬局、それから薬剤師というのはなかなかいない。制度上、そういうのがないというのが現状なんですね。在宅を頑張っってメインでやっている薬局はあったとしても、それだけに特化してはいけないというのが薬局の現状でございます。なかなかそこが難しいところかと思っております。

在宅で言いますと、かかりつけ薬剤師の部分というふうに考えますと、その患者さんが在宅になる前から外来で処方箋を持っていらしているようなころから、ずっとずっと関わっていて、なおかつ在宅になった場合も続けて関わっていきたいというふうに薬剤師は思っているのが現状かと思っておりますので、ぜひそういったシステムができたらいいなというふうに考えているところですよ。

そうになっていった結果として、もっと24時間対応というのも進んでいくのではないかなというふうに考えています。また、この24時間対応に関しましては、地域で連携するような方向性で現在検討が進んでいるところをごさいます。以上です。

- 榎林座長 ありがとうございます。薬剤師さんというのは、例えば、我々が夜中にどうしてもお願いしちゃうことがごくまれにあるんですが、夜間対応料金みたいなというのは、コストで取れるんでしょうか。保険ではきっとまだついていないんですよ。

- 小林委員　そうですね。ただ、時間外といったところでの加算は取れるようなところでは、ありません。
- 榎林座長　分かりました。いつもありがとうございます。
- 小林委員　ありがとうございます。
- 榎林座長　続きまして、その後、入院をさせていただく病院協会様のほうからも、その辺の在宅医療に関する受け入れの体制ですとか、連携の仕方とかについてお話しいただければと思うんですが、内藤先生、いかがでしょうか。
- 内藤（誠）委員　ありがとうございます。内藤病院の内藤です。いつもお世話になっております。

当院では、地域包括ケア病床という病床を持ちつつ、訪問診療ももちろん一緒にやっているんですけれども、やはりなかなか24時間体制というものをつくること自体、そういう話し合い自体もかなり昔からありますし、それから、先ほどもちょっと出ておりましたけれども、やはり自分がずっと見ている患者さんが、いよいよクリニックに来れなくなったときに、その先生が行って差し上げて、長くつながっていくという、それが本来の訪問というか、在宅診療かなと思うんですけれども、コロナのときに結構若い先生たちが訪問診療を始めまして、逆にちょっとワンポイントみたいにはなるにしても、若い先生たちが夜に動いてもらって、渋谷区内は新規の若手の先生が多かったものですから、それで何とか支えてこれたというのはすごく大きかったです。

でも、そういう先生方でも、例えばやはりがんの末期で、突然振られて、見切れないと病院のほうに一回紹介していただきまして、こちらのほうで、ある意味では、もう最期を看取っちゃう場合もありますし、それから、がんではなくても、非常に状態が悪い方、ちょっと一回リセットするみたいな感じで少し体制をつくって、また在宅にお戻りするといったような形で、ある意味では、24時間体制を直接支えるわけではないんですけれども、在宅の先生方が非常に困ったときに、つなぎとして病院を使っていたいて、それでまた在宅にお戻りして、最後まで診ていただくとか、そういったようなことが逆に最近をよく見られています。渋谷区外からもちょっと食べられなくなっちゃったんだけど診てほしいということで、2、3週間診せていただいて、リハビリをしてからお返しするというようなケースも結構多くなっています。そういうことによって、先生方も自分も訪問診療に行っていますけれども、安定した方を診ているほうが、やはり夜間呼ばれることもあまりないと思いますし、訪問に力を入れていく方でも、あまり疲れてしまった、参ったというよりは、つなげていける、そういうような支えが、病院なんかは今、特に中小病院にそういう体制ができていくんじゃないかなというふうに私は思いますし、既に中小病院はそういうところが一つの生きていく道かなということで、みんな病院協会の仲間も考えていますので、一緒にご協力させていただければと思っています。以上です。ありがとうございました。

- 榎林座長　どうもありがとうございました。非常に心強いお言葉だと思います。それでは、今現場の先生方を中心いろいろとお話を伺ったんですが、こういうのが気になって、区市町村の代表の方、どうでしょうか。在宅医療というイメージが少し沸いていただいたかと思うんですけれども。また当てちゃいますね。じゃあ、当てやすいので、目黒区の保坂様、いかがでしょうか。
- 保坂委員　目黒区の福祉総合課長、保坂でございます。榎林先生はじめ、白木先生、皆様方には日ごろよりお世話になっております。

資料の参考資料3にありますとおり、やはり先生方が特に目黒区の状況をこれまでお話ししていただいているとおり、訪問診療所であるとか、訪問看護ステーションの数、

また、看護職員の数は、前に比べて増加傾向が見られるということで、そういった意味では、先生方が先ほどお話ししていただいているとおりに、医療資源としては増えつつあるのかなというところを感じております。

また一方で、目黒の場合、5万5,000人のいる高齢者のうち、一人暮らしの方が約2万人ぐらいいまして、特に身寄りのない方とか、やはり親族と疎遠になっている方も今後増えていくということで、今ちょうど団塊の世代の方が75歳前後ということで、これから数年後、特に在宅療養に関しては、相当数そういった方が増えてくるのかなと見込んでおります。今後の在宅療養を進めていく上で、やはり医師会をはじめ、本日の関係機関の方と連携を行政のほうもしっかりと図っていきたいと考えております。私からは以上となります。

○榎林座長 どうもありがとうございました。続きまして、世田谷の小泉様、いかがでしょうか。

○小泉（輝）委員 はい、皆様、こんばんは。世田谷区の保健福祉政策部、小泉です。よろしく申し上げます。

世田谷のほうですけども、行政の視点からということで、特に今、来年スタートいたします第9期の高齢介護計画というのが区のほうでつくっておきまして、これはどこの自治体もそうかなと思うんですが、その中でやっぱり在宅のテーマを重点ということで、今回力を入れていくということで掲げています。今日ご出席いただいています、玉川の山口先生ですとか、世田谷の太田先生と、両医師会とも、いわゆる東京都のほうが進めようとしている在宅の24時間のところの取組を区としても支援できないかということで、この前ちょっと両医師会ともお話をさせていただいて、そこにも来年度以降引き続き支援させていただきながら、取り組んでいこうということで、区としても考えているというところがございます。

また、区内の資源として、この在宅療養に関する診療所などの数も、世田谷区はそもそも人口が多いところで、医療機関も多いというところもございますが、在宅の看取りとか、そういったところでちょっとほかにはない自治体で、死亡小票・・・ということで、今回お答えしたところ、備考欄にもちょっと記載していますけども、練馬区さんがそういった調査をされたということで、在宅の実態を把握するというところで、世田谷区のほうでも今年から新たな取組ということで、この調査を始めましたので、こういった実態把握もしながら、いろいろと情報提供をしながら、両医師会とも一緒になりながら、在宅のところを取り組んでいきたいというふうに考えてございまして、今回まとめのほうを出させていただきました。以上です。

○榎林座長 ありがとうございます。ちょっとまた少し皆様とは違う立場でお仕事をされている老健の先生、小泉様が来られているんですけども、例えば、在宅医療というフィールドとの関わりで、今老健施設というのはどんな役割がありますでしょうか。前とは変わってきたところとかございますでしょうか。

○小泉（孝）委員 小泉です。私は老健をやっているんですが、医師会のもやっておりますので、医療についてもやっぱり常に考えながら老健を運営しているものですから、ただ、老健ってやっぱり医療ができない。入所者は安定した方がやっぱり入るという施設ですので、安定した方をお預かりしてやっていますので、なかなかやっぱり急変したりとかというのはありますけども、私が一人で、一馬力で夜中の急変とかも全て診るというような形で、ちょっと対応できないときには、病院にお願いするという形でやらせていただいているんですが、最近、やっぱりコロナ後ですけども、かなり在宅医療の先生に退所後とか、退所前から、入所するときからですけど、在宅の先生からの紹介で施

設に入所される方が増えていると思います。ちょっと具体的には、やっぱりご家族がちょっとの期間、やっぱりもう在宅で見ていくのがかなり大変になってきたというようなことで、老健を使われる方が増えてきているような印象があります。

また、老健のほうからも、結構やはり医療が使えないというようなことはあるんですが、やはり看取りをしていったりとか、そういうのに特化していったりというところが少しずつ増えていて、ただ単に老健って一時的に預かってもらうところというだけじゃなくて、いろんな立場で医療が、医者もいますし、看護師もいますし、理学療法士、作業療法士もいるというので、やっぱり総合的に医療をしながら診ていかれる施設ではあるので、やっぱり地域の先生方と協力しながら、ちょっとやっぱり体力が落ちたりとか、そういったときには老健を使っていたりとかというような、今老健の中でも、少しずつ自分たちの立ち位置というのを真剣に平川先生と一緒に考えているところであります。以上になります。

○榎林座長 どうもありがとうございました。そうしましたら、保険者の代表の今井様、全体の中で、お金を出していただける側としてはいかがでしょうか。

○今井委員 健康保険協会の今井でございます。よろしく申し上げます。

そうですね。私どもの保険は、どちらかというと被用者保険でして、現役で働いている方が加入している保険ということになります。ちょっと在宅療養というところとは、あまりなじみがないというか、あまりそこまで行っていない方がほとんどというところなんです。ただ、ちょっとこのコロナ禍を経て、皆さんの生活様式というのが大分変わってきたというのは実感してまして、主に予防をメインにやっているの、健診を受けてもらいますという活動をよくやっているんですけど、今までは会社の近くで受けていたというのが、もう会社のほうから自宅の周辺の健診機関で受けてくださいという指示が出て、住んでいる地域でもうそういうのを全部やっているという方がかなり増えてきているという話は聞いておりますので、ちょっと在宅療養という観点ではないんですけども、もう既に自分の医療も含めて、地域で解決するような形ができているのかなというのは、ちょっと感想として思いました。以上でございます。

○榎林座長 どうもありがとうございました。最後にオブザーバーの太田先生、全体の議論をご覧になっていかがだったでしょうか。

○太田委員 今日は、貴重ないろいろなお話をいただきましてありがとうございました。非常に参考になりました。地域の調整会議のときもコロナ禍の中でやっぱり一番問題だったのが、病院の中の入口と出口の問題ですよ。急激に患者が増えることで、入口がパンクして、今度は出口が詰まってしまったと。コロナは終わりましたが、今後高齢者医療、2040年まで来る高齢者医療の中で、今度はこれが緩やかな立ち上がりの中で同様なことが起きてくるという中では、やはりベースとなる在宅であったり、地域でその患者さんをどういうふうに支えていただくかという面では、この在宅療養ワーキングは非常に重要だと思いますし、今日の意見は非常に重要だと思います。

私がちょっとここで話を聞いて思ったのが、かかりつけ医という中での24時間対応というものと、一方で、もう一つ東京都の地域の中の一次医療としての在宅というところというのが、必ずしもイコールではないんじゃないかと。かかりつけ医の先生にしてみたら、自分で24時間診てやっていく、これはこれでいいんじゃないかと思うんですけども、一方で、かかりつけ医イコール必ずしも24時間でないという、区民・都民の考えも一部あるでしょうし、先生の考え方もあると思いますので、これはぜひかかりつけ医の先生方における、その24時間という面と、一方で、地域で支える一次医療としての在宅医療という面でのネットワークづくり、ここを二つにかけてやっていくとい

うのは一つの方法ではないかと。まさにこの地域で持っていくというところで考えると、今回の東京都の在宅療養の24時間の推進事業というのは、かかりつけ医というところプラスアルファの地域で支える一次救急医療というところになってくるかなと、私はちょっと考えています。

ですので、ぜひその辺を含めて、今後、またご議論いただいて、いろいろとご教授いただければと思います。

東京都の地域医療構想の病床、2025年に関しては、ほぼ東京都のほうの病床に関しては、都の考える指針の数に相当するものとなりましたので、病床に関しての機能は、これ以上今は大きな変動というのは多分ないんじゃないかと。あとは、情勢に応じて変動して来るという面では、あと今度は地域の中の体制づくりがメインになるのではないかと。その地域の中の体制づくりとしての重点医療機関、そして保健医療計画になってくると思いますので、そこを生かすという意味でも、ぜひ先生方のご意見をいろいろといただければと思います。私からは以上です。ありがとうございます。

○榎林座長 どうもありがとうございました。全員の先生方にご発言いただいたんですけども、老健のことなんかもあって、平川先生、一言お願いしてもよろしいですか。

○平川委員 ありがとうございます。

○榎林座長 ちょっと音が遠いみたいです。途切れ途切れになっています。

○平川委員 聞こえ方は変わりませんか。

○榎林座長 つながったり、つながらなかったりな感じです。

○平川委員 そうですか。ちょっと電波の具合が悪いのかな。今はどうでしょう。

○榎林座長 今は聞こえています。

○平川委員 老健によっては、医療の質が大分下がるものですから、まずはそこを先生方のお近くの老健の医療がどこまで提供できるかということ調べられると、まさに先ほどお話しされましたように、太田先生が言ったように、先生方の一つのポケットとして、脱水のときとか、認知症のスケールを測り直してみようかというときに、ショートステイを使ったりして、先生方の奥座敷として老健を活用してもらえれば、老健は必ずご自宅に戻すという使命がありますので、先生の手元を離れてどこか風船が飛んでいくようなことはないと思いますので、ぜひその辺りを選択肢の一つにしてもらえればと思います。よろしく願います。すみません。

○榎林座長 どうもありがとうございました。

そろそろお時間となりました。ちょうど25分までということなので。皆さん、本日は大変活発な意見交換をありがとうございました。そろそろお時間となりますので、意見交換はこの辺りで終わらせたいと思います。

感想を述べよということなので、述べさせていただきますけれども、各地域でそれぞれやり方は違うのかなと思いますが、やはりコロナを経て、少し在宅医療のポジションが上がったという失礼なんですけれども、認知されてきた背景はどこでもあるのかなということと、あとはやっていた人間的には、多分先ほど一次医療的な、普段診ていない在宅が必要になったときのチームと、あとは普段の24時間を前提とした普段の在宅医療を一緒にたにされると、恐らく体制が壊れてしまうんじゃないかなと思うので、そこは別途のやり方とか、あとはスタッフも考えていかなきゃいけないのかなというのはやって思いました。私からは以上でございます。

それでは、本日予定されておりまし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。

○道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。最後に、東京都医師会より、本日の

講評をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

- 西田理事 医療介護福祉担当理事、西田です。本当に遅い時間までありがとうございました。活発なご議論、大変私も勉強になりました。中で、山口先生が言っておられた、看護師、ほかのお話なんですけども、やはり今回の経験を踏まえてというか、診療所同士、以前多職種連携というの盛んに言われてきましたけども、今ここに来てやはり診療所同士、あるいは訪問看護ステーション同士といった、同職種のネットワークが、地域のネットワークが非常に大事だ、求められているんだということを本当に痛感しています。

なかなか訪問看護ステーション同士の連絡会というのは、私が聞いたところによると、スタッフを取られちゃうとかということもあって、なかなか進んでこなかったんですね。だけど、この時期に来て、結構連絡協議会なんかも活発化していると思います。東京都の訪問看護ステーション協会の支部というのもありますけど、あれはなかなかあまりうまくいってなくて、やはり地域、地域で自分たちで組んでいくのがいいかなと思っています。

ちなみに私は調布市なんですけども、訪問看護ステーション協会ができてから、かなり看看連携が進んでいて、例えば、重度の患者さんに対して、複数の訪看ステーションが入るというケースがすごく増えてきている。それで、24時間体制を補完し合っているというような感じが見受けられています。先ほど薬剤師の先生もおっしゃっていましたが、これからは薬薬連携というところもすごく大事なのかなということを本当に感じました。

全体的な話なんですけども、令和元年と比較して変化した状況ということでご議論いただいたわけなんですけども、今回のコロナで法的に外出しちゃいけない患者さんに対する医療提供体制、これが電話だったり、オンラインであったり、アウトリーチ方針だったりということだったわけなんですけども、これがそのまま患者の身体的な理由で受診できない、外出できない患者さんへの医療対応にある意味すごく活用できるというか、非常時と平時の違いということとはよく指摘されますけども、今のこの社会構造の急激な変化に注目すれば、ある意味2060年ぐらいまでは非常時という考え方もできるわけですよ。

そういう中で、そうした背景をもとに、今回先ほども出ていましたけども、東京都の在宅医療推進強化事業というのが走り始めています。この圏域は、目黒区も世田谷区も渋谷区も全て参画されて、DX加算のところも使っておられます。ぜひ、今後しばらく稼働させて、取組状況を先生方皆さんと共有できるような場を、全都的なそういう場を東京都と協働してまた準備したいと、企画したいと思っておりますので、その際はまたよろしくお願いいたします。

本日は本当に熱心なご議論をありがとうございました。今後ともご指導をよろしくお願いいたします。

- 道傳地域医療担当課長 ありがとうございます。
- 佐々木理事 じゃあ一つだけ。東京医師会の佐々木です。今お話の出た在宅医療推進強化事業なんですけども、そこに医療情報のそういうツールとして、幾つか医師会でいろんなシステムを使おうという意見があります。いろんな機能強化が必要なんですけども、それに対して、協働して、相談して、機能強化が図れないかということで、先日アンケート調査を実施させていただきましたので、ぜひともいろいろとご意見をいただければと思います。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 ありがとうございます。それでは、本日は長時間にわたりまして、ご議論いただき、また必要なご意見を賜り、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ます。
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。
本日はありがとうございました。