

会議名：第一回北区地域医療会議在宅医療提供体制検討部会

日時：令和 5 年 3 月 30 日（木） 午後 7 時 30 分

場所：北とぴあ 7 階 第 1 研修室

出席者（敬称略）：増田幹生、大場庸助、藤井香織、宮崎国久、廣瀬瑞紀、(web)小平祐造、今泉貴雄、福田吉治、(web)横山健一、橋本明子、島崎陽子、大場栄作、前田秀雄、小畑正孝

オブザーバー：倉林企画課長、岩田高齢福祉課長

欠席者：新井介護保険課長

議題：

委員紹介

在宅医療に係る課題について

病院に係る課題について

資料：

資料 1：北区地域医療会議在宅医療提供体制検討部会委員名簿

資料 2：在宅医療にかかる課題

資料 3：病院にかかる課題

補足資料 1：地域医療会議（第 1 回、第 2 回）意見集約

補足資料 2：主な在宅サービスの概要

逐語録

藤野：それでは、お時間となりましたので、これより第 1 回の北区地域医療会議在宅医療提供体制検討部会を開催させていただきます。本日は年度末のお忙しいなか、それから大変お疲れのところお集まりいただきましてありがとうございます。私、地域医療連携推進担当課長の藤野でございます。議事に入りますまで進行を務めさせていただきます。よろしくお願いたします。着座にて進めさせていただきます。

まず初めに、開催にあたりまして福田座長より一言、ご挨拶をお願いいたします。

福田：はい。福田です、よろしくお願いたします。この会議は、親の会議であります、地域医療会議において、第二回の会議で提案がありましたので、それに合わせた部会の開催ということになります。最終的には、この部会で、在宅医療についての何らかの提案を、親の会議に提案させていただきたいと思っております。時間も開催回数も限られておりますが、

皆さん方から忌憚のない意見を承りたいと思いますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

藤野：ありがとうございます。続きまして、本日の資料の確認をさせていただきます。まず、次第です。次に資料の 1、検討部会委員名簿、資料の 2、A4 横の在宅医療にかかる課題、資料 3、A4 横の病院にかかる課題、補足資料 1 といたしまして、A3 の両面刷りのものがございます、第 1 回・第 2 回の地域医療会議の意見を集約したもの、補足資料の 2 として A4 横二枚綴りで主な在宅サービスの概要、最後 A4 縦の意見用紙、机上に配布させていただいております。不足等ございましたら事務局にお声かけくださいますようお願いいたします。

次に委員の皆様のご紹介でございます。資料 1 をご覧ください。今回の会議よりご参加の先生、委員の方がいらっしゃいますので、私からお名前を名簿順にご紹介させていただきますのでよろしくお願いいたします。名簿順によりよろしくお願いいたします。

(委員紹介 新規委員のみ紹介)

藤野：続きまして、会議の公開についてお諮りいたします。本部会につきましては地域医療会議と同様に、公開とさせていただきたいと存じますが、ご意見ございますでしょうか。ご意見ございませんようですので、公開とさせていただきます。本日は、事前に会議の実施につきまして周知を行っておりませんので、傍聴希望の方はいらっしゃらないようですので、このまま進めさせていただければと思います。

それでは、これ以降の議題につきましては、福田座長お願ひいたします。

福田：はい。それでは、早速次第に沿って、進めていきたいと思ひます。手元の資料 2 と 3 について、事務局から説明をしていただきます。いずれも、親会議の第 1 回・第 2 回の会議の中での意見から抽出したものであります。これから事務局の説明がありますけれども、ぜひ皆さん方にご意見をいただきたいのは、第 1 回・第 2 回の会議の中、あくまで医療全体で在宅医療に必ずしも、特化したものではございませんので、そこで出された課題ですね、新たなこれに載ってる以外の課題とか、そういうものがあるかどうかということとか、本当にこの課題でいいのかということ、それから右側に課題解決のための方向性というのがありますので、この方向性、いろんな課題解決のやり方が恐らくあると思ひますけれども、そのあたりについて、皆さん方に忌憚のない意見をいただきたいなと思ひているところで、では事務局から説明をお願いいたします。

(藤野課長から資料 2・3 をもとに説明)

福田：はい、ありがとうございます。課題、それから課題解決のための方向性と、取り組みの一例ということで説明をいただきました。何かご意見を。ではまず、増田委員から、何か最

初にございましたら、口火を切っていただいていた方がいいですか。

増田：基本的に公立の病院っていうのがないわけですね。ですからクリニックもみんな私立なんです、私立のところは何をお願いするかっていうと、なかなか難しいと思います。まず今日話し合うべきことは、人材不足面などの問題がありますけれども、どのようなインセンティブがあれば、新しく在宅をやっていただけるクリニックの開業が誘致しやすいか、それから、現在、在宅をやられている先生は、どういう条件のインセンティブがあれば、さらに規模を拡大したいか、それが現在小規模に在宅をやっていたり外来のみのクリニックが、どういうふうな協力体制があれば、少ないパイを増やせるかということが大事だと。病院の方に関しては、退院調整とかいろいろあると思うんですけども、どういったところでうまく渡せれば、在宅に持って来やすいか、慢性期・回復期にもって来ると思うんですけども。あともう一個は、病院施設が老朽化していますんで、いくつか建て替えをしたいと思っはいるけれども現状が難しいという病院もありますんで、その辺に何かしら、赤羽中央病院の例とかもそうですけど、区の方で土地を提供していただいて、そこに建てるっていう方法もあるわけです。その代わり、区の方から条件を出していただく、バスターとして条件を課すことで、地域包括のベッドを増やすとか、災害時医療に対応していただくとかいろんな条件も付けられておりますので、その辺も今現在携わってる先生にご意見を伺いたいと思います。人材に関して昨日も社会福祉事業団の理事会でお話したんですけども、北区もいくつか、公立の特養を持っていますけれども、人材確保が難しいんですね。なぜかという日本はもう本当に貧しくなってます。10年前では考えられないような状態で、例えば我々がオーストラリアに行った方が給料が良いから出稼ぎに行かなきゃいけないよ、日本はもう出稼ぎを、多くの人は島国でやっぱり状況がつかめないの東南アジアから人を入れればいかなって軽く思ってるんですけど、もう東南アジアから日本に人が来るのは難しいですよ。逆に日本人が海外に出稼ぎに行かなきゃいけないような国力になってますので、海外から色々人を受け入れてやってる施設でも、ベトナムとかフィリピンの良い人材はほぼ入れない。他の海外、他の国に行っちゃってます。日本語教育も充分じゃないですし、なかなか来ても難しい。試験の合格率が非常に低くなってしまいうんですけども、そういった国をкаろうじて補充しているって状況ですので、何とか海外だけに頼らない、自分たちで効率よくやってくことも大事だと思いますし、介護施設だけでなく訪問診療・訪問看護の現場でも同じ問題を抱えていると思いますので、そういったことを基礎としてお話をさせていただきたいと思います。よろしくお願ひします。

福田：はい、整理していただきましてありがとうございます。医療機関側の話と人材の話があると思いますので、今の増田委員のコメントを受けながら、もしよろしければどなたかから、それぞれ今日の課題とか方向性も踏まえて、いろいろとご意見いただければと思うんですがいかがでしょうか。宮崎委員、どうぞ。

宮崎：東京北医療センターの宮崎ですけれども、まずこの課題に沿ってちょっとお話をしていた

だきますけれども、まず時々入院ほぼ在宅の実現という、これは今後重要なと思います。今、北区と医師会とで行っている事業としては在宅へのお迎えに行くというような事業もやっております。それをもっと推進していく、認知して頂いてどんどんご利用頂くようなことも課題としてあるんじゃないかなと。実際には月にまだまだ一桁くらいの運用ですので、もっと増やしていけると思いますので、それもやると、もうちょっといいのかなというふうに思いますし、それと空き状況に関してはですね、入院もそうなんですけれど、主にはその急性期病院が、後方ベッドって言うておりますけれども、在宅には帰れないけど急性期医療資源はもう終わったと、医療介入は終わったというふうな方を受け入れる後方病院の空き状況がわかるようなのも必要だと思うんですね。少なくとも北区の中ではわかるようなものがあつたらいいんじゃないかなと思うんですけど。コロナは東京都の会議があつて、今後、5類に移行になったら、どこの病院がどれくらいコロナを受けられるかっていうのが、それぞれのクリニックから端末で見られるような仕組みがあるんですね。なんだそんなのあるのかつて、そんなのがもっと普通に受け入れ側が入力すればいいだけの話ですので、その仕組みがもうあるのであれば、それを利用すると、今まで言つてたのが結構解決するんじゃないかなつていう、ちょっと思いました。それとですね、カッコ3のACP(advanced care planning)のこと、毎回言うんですけど、実際にですねACPの話をして。最後は、蘇生しますか、もっと具体的に色々あるんですね、人工呼吸器に乗っけますか、気管内挿管しますか、心臓マッサージしますか、それが一般的なんですけど、さらに血圧を上げる薬使いますかとか、点滴しますかとか、いろいろあるんですね。分からないんです、言われても。何が分からないかという、その行為そのものが分からないのもあるんですけど、「他の人はどうなんでしょう」と聞かれるんですね。それがどういう価値観なのかということがまだ理解出来てない、つていうのが根本的な問題なんです。何となく、おばあちゃん延命措置いらないよつて言つてましたとか、そういうことで大まかに判断することも多いんですけど、若い先生になると、やっぱりもうちょっと細かく色々聞かれると、いやわかりませんつていうことになって、今後の普及に対してはそういうのも、そういう目線でちょっと、マニュアルなども作れるといいかなというふうに思つております。それでこの病床の確保に関しての事業に関しては、病床確保すると在宅から受け入れるための病床を確保するとか、そういう確保事業もいいんですけど、私はこのコロナの病床確保事業が非常に失敗だと思つているのは、実際の実態に伴わない、要は、実際に受けたことに対しての補助金とかそういう事業であるべきなのに、病床を確保することに対しての補助金という事業なので、受けない方がもらえるというふうになつちやつていた。そういうことが起こる、ということです。もしそういう、予算化が出来るのであれば、こういう、受けたことに対して受け入れました、在宅から紹介を受けましたということを推進するようなものとしては、受け入れたことに対しての補助金を出していただくというふうな事業の方が、なんかすごく分かりやすいかな、納得かな思つております。

福田：どうもありがとうございます。では、続きでお話をいただきますか。

増田：時々入院ほぼ在宅っていうのは、イメージ的に、二人主治医制みたいに、入院する時の病院と主治医、主治医まで行かないにしても、病院をある程度決めて日々生活してるのか、なんかあったら慌ててその時空いてるところを探すとかって、どっちが効率的とかか考えれば自明なんですけれども、実際どんなイメージで考えられていますか。

宮崎：二人主治医制というのは、実は10年以上前から、患者さんにカードを渡して、やってはいるんですけど、やっぱりなかなか普及しないんですね。なので確かにおっしゃるとおり、普及すれば、もっと患者さんも安心して、要は、うちの病院から離れると救急で受けてもらえないんじゃないかという不安とか、なんかあった時来れないんじゃないかっていう、不安があるので、なるべく外来を、病院変えたいっていう方がいらっしゃるので、そういう不安を解消する目的で二人主治医制っていうのを、出してはいるんですけどなかなか普及しないという状況です。おっしゃるとおり、これはいいことですね。

福田：では廣瀬委員、お願いします。

廣瀬：すみません、ちょっと少し話がそれてしまうんですが、当院でちょっと在宅医療のことに關して、スタッフの意見を聞いてみたんですけども、当院にいらっしゃる患者様、救急でいらっしゃる患者様、在宅医療はもう、そのご家族のサポートとかももうできなくなってどうしようもなくなって、別に具合が悪いわけじゃないのに救急要請をしていらっしゃる患者様が、結構いらっしゃったりですとか、あるいは他の疾患で入院されても、在宅医療に戻すことをすごく拒否をされるご家族の方が多いっていうのが、当院で感じている課題だと思っております。なかなか在宅のときに、これ以上在宅を続けることがご家族の意見がなかなか言えないというような状況にあるっていう事は、ご家族からもよく言われるところがあって、その件に關して何か介入ができないかなというのはちょっとそういう議題が挙がっておりました。例えばケアマネさんだけではなく、ケースワーカーさんとかソーシャルワーカーさんとかを、在宅の時にも介入していくと、もしかしたら少し改善するのではないかという意見が当院から出ておりました。

福田：重要な課題だと思います。介護も然りですけども在宅の見る力が家族以外ないというのは大きな問題だと思いますけれども、何かその点についてご意見ある方いらっしゃいませんか。よろしいですかね。では、今泉委員よろしくお願いします。

今泉：慢性期の今泉です。例えば時々入院ほぼ在宅っていうのは、今、制度上は多分介護保険の施設との関係をどう捉えるかってことが重要なと思うんですよ。病院として、入院を扱う以上は、どうしてもいわゆるショートステイとか、ミドルステイでの入院をお預かりするんじゃなくて、在宅で具合が悪くなった方の入院医療を担う、ということが考えられますので、先ほど宮崎先生や廣瀬先生がおっしゃったようにですね、病院の方で安定した患者さんを受け取るのが難しくて、入院したけども次の行き場がないっていう患者さんが、

こういう現状があると、今の地域包括ケアシステムの中では急性期の病院から慢性期、地域包括ケア病棟等に移行する流れと、そこからの介護施設に移動するっていう形の流れを、うまく作っていくことが時々入院ほぼ在宅に現実的に考えられるかなと思います。具合が悪い方が入院すると、なかなか本当に帰せない方がこれから増えて行くんじゃないか、病状が良くなったとしても北区の現状で言っても高齢者が 85,000 人ぐらいいるんですね、その中の三割ぐらいが、独居の方っていうと、これからますます増えてくる現状で言うと、やっぱり在宅の資源、これは介護資源を含めてどのようになっていくか、っていうことになるのかなって思いますので、近々介護保険の診療報酬が改定されて介護保険の制度の在り方も見直される中で、本当に在宅でより、お金がなくて介護で患者さんが増えていく中で、本当に急に具合が悪くなったらどうしようって患者さんがいて、ちょっとなかなかそういう先を見据えると、この課題は 2025 年度の課題ではなくて、もう少し 5 年 10 年というスパンで考えた時には、かなり深刻なのかなと思ってます。ちょっと自分自身の中でどういうように提案ができるかわからないんです。あと、人材も確かにかなり厳しくなってるかなって思ってます。新規の、医者の流れでいうと、開業という形にはなってくると思うので、開業医の先生たちが増えて、その開業医の先生たちが在宅医療を担う、もしくは若い先生たちがパートとして在宅医療の担い手として夜間とか支えてくださるっていう、そういう流れはあろうかなと思うんですけども、慢性期の病院で医師をリクルートしようとする、もうなかなか新たな担い手がない現状で、本当に今のある病院の中で本当に建て替えだけじゃなくて病院機能、人材という立場から維持できるのかどうか、そういうところがちょっと深刻な課題にこれからなってくるんじゃないかなと思います。

福田：はい、ありがとうございます。

増田：ほとんど語られることがないけど非常に大事な問題なんですけど、医療保険を使う介護保険を使うかって話が常に出るわけですね。コロナの高齢者施設クラスターが出て入院させられないで、しょうがないから高齢者施設で診たわけなんですけど、結局介護保険でお金出していないんですね。結局、施設医の先生とかが自己犠牲の精神でちょっと急場だからやったっていう感じで、この間先週日曜日、日本医師会の代議員会だったんですけど、やっぱりその十分な見返りがなかったじゃないかっていう話がコロナの時出ていた。今後 10 年後 20 年後このコロナと同じような状況が普通の介護現場で出てくるわけですよ。高齢者施設で病気が悪くなって、本来なら入院させたいけど入院出来ないから、しょうがないから高齢者施設で医療行為をしなきゃいけない状況っていうのは、やっぱり高齢者が増えてくると、特に東京の場合人口が減らないで高齢化率が上がっていますから、今の診療報酬体系で介護保険、医療保険で分けていっていいかというたとぶんそれは成り立たないんですよ。今度のトリプル改定でそこまで踏み込めるとは到底思えないんですけども、その財源の問題、特に高齢者施設で医療行為を行うときの問題っていうのは全く解決しないまま、今泉先生言われる通りすごい重大な問題だと思います。

福田：はい、ありがとうございます。小畑委員、お願いいたします。

小畑：私、在宅療養支援診療所で、法人としては1600名ぐらいの訪問診療の患者さんを診ています。その中で、訪問診療の新規開業を増やした方、増やす方針についてなんですけれども、数としてはここ十年かなり増えていて、ただやっぱり質のばらつきがすごくて、管理料が高いので参入自体は増えているんですが、結局、昼に定期訪問行くけれども、ちょっと調子悪いとすぐ病院に送っちゃうみたいな医療機関も増えているのが実際なので、結構そこを注意しないと、数だけ増やしても解決しないので。確か私が開業したのが2016年なんですけど、そのとき調べたデータだったら、在宅療養支援診療所の多分半分ぐらいは、年間一人もお看取りしてないんですよ、支援診療所な感じで。九割ぐらいが十人以下とかで、あと残りがこう、大規模なところが、何十人何百人とお看取りをしているという、結構偏っているんですが、やっぱりそういう割と高機能というか大規模な在宅医療の施設が必要なのは間違いないと思いますので、そういうところを重点的に支援して、やっぱり一人で在宅医療って医師の教育の中に基本的に入っていないので、一人でじゃあ始めようって、今まで病院で働いていたのに在宅医療を何か始めようって言うてもできないんですよ。私たちのところとか20代とか30代の医師を採用して、未経験の人を在宅医療、一人前にできるようにという、結局そういう人材がいまないので、自分たちで育てるしかないかなというところでやっています。あと、医療機関という意味では、地域として高齢者人口が増えていて、デマンド（需要）が急増して行くのに対応していく問題についての話だと理解しているんですが、デマンドに合わせて供給を増やすというところも大事なんですけど、デマンドを減らすっていう視点があって、例えば、私たち在宅医療をやっている、病院に結構心不全の調子悪い方で、月に一回とか数カ月一回とか入院を繰り返したりすると思うんですけども、そういう方たちも実際、在宅医療で家の方で管理すると、その後一年間入院しなくて済んだということがあるんですよ。入院のデマンドをかなり減らせてるはずで、肺炎とかも呼吸が安定していれば自宅での治療でほとんど済みますので、肺炎も恐らく半分以下には入院は減らせると思います。当然入院しないとリロケーションダメージとかも少ないので、そのまま自宅での療養の継続性が高まる。一回入院しちゃうと、リロケーションダメージが起こったり、その後いろんな施設を介して在宅復帰するまでにいろんな資源が必要なんです、入院しなくて済むならその方が圧倒的に良くて、そういうトータルでデマンドを減らす機能も在宅医療にはあると思います。ACPの面からも同じで、結構病院で亡くなるのに近い状態になってそういう説明をするのは、先ほど宮崎先生がおっしゃったように結構難しいというか、難しいんですが、在宅医療、その手前から割とちゃんと入っていてこの人がこうやって老衰の経過になっていくんだよというのをあらかじめ共有しておく、そんなに具合悪くなったときも病院行きたいというよりは、このまま家でお看取りしましょうという人が当然増えますし、なんか悪ければ病院行けばいいと単に思ったのが病院に行くと会えないというのもあって、自分はどうしたらいいのかってちゃんと考える人が増えたと思いますので、そういう意味でも在宅医療で割と近いところそういう医療従事者がいて、日頃からコミュニケーションが取れると、ACPの方の実効性が

高まるかなと思いますね。

福田：はい、貴重なご意見ありがとうございます。少しお伺いしたいんですが、訪問診療の人材を確保するという一方で、何か一番こうやったらいいんじゃないかみたいなことは、参入についていかがですか。難しい話ですけども。

小畑：そうですね。一番大変なのは、24時間オンコールしなきゃいけないっていうところが参入障壁になっていて、私たちのところは常勤医15人ぐらいいますので、週に一回とかやれば済みますから、それ以外の時間はフルで。開業医の先生とかが一人でやろうとすると、いつ呼ばれるか分からない状況になってしまうので、それがすごい参入障壁として一番高いかなと思います。

福田：デマンドを減らすというのがありましたけれど、それはやはり在宅診療の質の問題もあつたりとかするんですかね。

小畑：そうですね。結局元気なとかしか診ない人が増えると、むしろデマンドが増えちゃう可能性がありますので、すぐ病院へ送って、なんだこりゃみたいなのが送られてくるっていうのは、たぶん病院側からすると経験あるかと思うんですけども。お互いの信頼関係があると、このクリニックが送ってきたときはちゃんと診なきゃというのもあるし、いつもこのクリニックは変なの送ってくるなあっていうのもあると思うんですよ。

福田：はい、どうぞ。

宮崎：病状を知らない医師はそういうふうにする人もいて、そういうのは多かったですけど、うちの病院の話をするんですが、総合診療医で在宅のマインドを持ってる医師、若い医師は結構多いんですね。実は在宅とかクリニックで診ることの大変さっていうことがある程度理解していればそういうことはあまりないと思うんですね。もう一つ、先ほどの人材育成という意味で、今言ったような若い医師、在宅のマインドを持った総合診療医が内科医としていて、病院にいる時に、北区の事業として在宅の現場の先生と一緒に在宅に行くっていうような事業が実際あんまりやられていないんですけど、それは当院のそのマインドを持った医師なんかはすごくやりたがっているんで、情報共有とかですね、マッチングが絶対できると思うんです。その間を取り持つようなことをやっていただくと本当にいいのかなと思っていて、みんな志は色々いっぱい良いと思うんですね。ですから是非お願いします。

福田：少し人材育成という点では時間がかかるかもしれませんが、やはり大学の教育とか、初期研修とか、そういうときの教育もすごく重要だと思うんですね。だから早い時期から地域に出てというようなことをすることも重要だと思います。

増田：在宅医療の参入の方っていうのは、診療科で言えば総合診療医、家庭医とかそういう専門家なのかなと思います。開業の先生が参入する場合、その開業医の先生たちは例えば大学時代呼吸器とか神経内科とか、そういう専門のところが入ってくる。現実、新専門医制度が発足されて数年経ちますけれども、今、医学部を卒業する方が8000名ぐらいいて、総合診療医のなり手が2200人ぐらいしか、多分枠がないんですよ。そういう点で言うと本当に総合診療医というその力量、目指す方を増やさないと、なかなかすぐには在宅専門医の参入、難しいかなというふうに思います。ですので、開業医、そういう先生方の連携っていうのを地域で作る中で、24時間対応の負担を減らすっていうことも、選択肢を多く議論した方がいいのかなと思います。

福田：はい、ありがとうございます。遠隔で参加されています、小平委員、何かありますでしょうか。

小平：課題に合わせて考えていることをお話ししますと、まず、時々入院ほぼ在宅に関しましては、病院側の事情として大きいのは退院支援の問題だと思っています。退院支援がやはりうまくいかないとどうしても病院機能が発揮できずに、在宅の方につなげていくというのがうまくいかないっていうのがあって、病院としては治療や診療の機能のみならず退院支援で相当なエネルギーを消費しています。ですからその辺りをうまくどうやってこなしていくかっていうのが大事かなと思っています。例えば、退院の困難な症例ですね、無保険だったりとかあるいは後見人を付けなければいけないとか、こんなことになるんですね、二週間三週間っていう退院日数が付加されていくわけで、この辺りをうまく地域で病院の機能を損なわないように退院支援ができないかっていうことが大事かなというふうに感じています。そして在宅との、病院との、関わりの中でですね、在宅支援病院というのは枠組みありますけれども、そういったような機能を十分に持った病院ですね、これは中小の病院で構わないので、北区の状況に合っていますから、病院の機能が発揮できるように在宅支援診療所と両輪として地域の高齢者に対応するという視点が大事なんじゃないかなと思っています。それと、実際に高齢者で在宅に向かえる人がどれくらいいるかというのが、どうやって調べるかというのが難しいんですけども、診療の計画を立てるときにはどれぐらいの需要があるかということを知りたいとは思いますが、なかなか難しい。北区では二万何千世帯の独居老人がいると言うような話もございますので、そういう方あるいは家族がいても介護力が低い、そういう方がいったいどれくらいいるのかというのがどうやってわかるのかというのは、非常にその計画を立てる上では重要かなとも思っています。ただ、それを考えるときに患者さん自身のですね、介護の度合いが不安定と言いますか変化しやすいので、最初は家族がサポートできても二回目の入院以降はできなくなるかですね、非常に変化しやすいのでさらにその評価は難しいのかなとも思いますけども、だいたいどれくらい必要でどれくらい対応しなきゃいけないかっていうのはちょっと考えておいた方がいいかなと感じています。

福田：はい、貴重なご意見ありがとうございました。ではちょっと一旦、医療機関からの委員の方からの意見を一旦この辺りにしまして、こちらの大場委員から、お願いします。

大場庸助：歯科の代表ということで委員になって、口腔ケアのこととかそういうことに関連しているの、ここに居るものだと推測されますけれども、歯科の方で言うそうですね、ちょっと話があっちこっち行っちゃって申し訳ないんですけども、在宅医療に関わる問題としては私もそうですけれども、個人クリニックで訪問診療やるよという先生でも、年に自院の患者さんだけ考えるとまあ十軒ぐらいなのかなって感じも多いと思います。訪問歯科診療を標榜している、クリニックが大規模にやっていると、北区でも多いのかなと思います。先ほどちょっとお話ししましたが口腔ケアの問題で言いますとですね、多分訪問医が入られても、どちらかというやっぱり歯科の方はちょっと後回しになってくる可能性が高いと思いますけれども、ここ数年誤嚥性肺炎の死因が減ってきているということも聞きます。これは口腔ケアの概念がだいぶ浸透してきているのではないかなと思いますね。いろんなところに結びつくんですけども、一つは歯科衛生士さんが入るようなプロフェッショナルな口腔ケアをやるには、歯科衛生士の人材もやっぱり不足していると。それと今、歯科衛生士さんをやる器質的ないわゆる口腔ケアと、もう一つの機能的な方ですね、摂食嚥下機能とかを含めた機能的な口腔ケアを診てくれる歯科医師も、そうそう多くはない、という現状なのかなと思います。私一つ、北区のこの地域医療会議で申し上げたいと思ってたのはですね、私、今、滝野川歯科医師会の専務理事の立場で来てますけれども、滝野川歯科医師会で、北区から実は委託を受けて、滝野川歯科医師会が運営している北区障害者口腔保健センターというのがあるんですね。これは医療職の方でも知られてない方がいるということなので、ぜひ知っていただいてですね、もともとは昭和57年から立ち上がっているんですけども、実際にその訪問診療をやり始めたのはここ5・6年なんです。豊島区さんでもやってるように歯科衛生士をいっぱい雇い入れて、在宅あるいは老人施設の方に口腔ケアに行っているというのがあるんですけども、ここはまだあまり知られてないってこともあるかもしれませんが、要請があれば口腔ケアに伺える体制をとっておりますので、先ほど言いました摂食嚥下機能の方も診ることもできるという施設もありますので、これはぜひ皆さんにお知りいただいて活用していただければと思います。

福田：はい、貴重な情報ありがとうございました。よろしいですか。藤井委員お願いします。

藤井：北区薬剤師会から来てるんですけども、今までの会議でもあまり薬剤師薬局とか訪問薬局とかの立場であまり発言してなかったんですけど、医療資源の不足という意味では、薬局は基本的には診療報酬がとても低いのもあって、24時間夜中でも出動できますみたいな薬局っていうのは、例えば北区に薬局が200件前後あったとしても、その中の数十件、

数十件もいかない 20 件あるかないかぐらいの、とても一人で頑張ってるような薬局さんか、チェーンの大きい薬局さんぐらいしかできないっていう状態なので。やってるところも採算になってるかと言え、せいぜい 1 件行っても 5000 円とか 6000 円の中で人件費が全く払えていなくて、やればやるほど基本的にはマイナスになってるというような状況で、どこもやっているような状態なので、そういう意味ではきちんとやりたい、ってなれば、行政からの補助だったりとか何かしらの対策が必要なんじゃないかなって思うのと、そんな状態なので、中に麻薬を置こうとかクリーンベンチを置いておこうっていうような規模の薬局というのもそんなにはなくて、二件とか三件とかぐらいの中で、頑張っているという状況になります。あとは、私は薬剤師ですけど、在宅訪問の診療、在宅支援診療所のクリニックにも勤めてるんですけども、その中で結構医師のリクルートは、うちも苦しくてですね、全国で例えば転職活動しているのは例えば 60 人ぐらいしかいないって聞いているんですけども、その中のパイを奪い合っているような状態だと思うので、基本的には例えばどこかの大学さんとかと、さっき先生たちがおっしゃってたように、教育の一つとして行政からの補助とかも出ながら、研修という形で週一非常勤で勤めていただくとか、何かしらの対策があると少し違うんじゃないかと思って先ほど話を聞いておりました。

福田：ありがとうございます。何か薬局について先生方からご意見ありますでしょうか。小畑委員。

小畑：薬局、訪問が採算に合わなくて非常にこう少ないっていう話ありましたけど、結構大きい薬局のグループが板橋とかに結構大きい拠点を作っていて、広域に行くんですよね。で、基本的にはその患者さんを欲しいから営業に来るみたいな感じなので、その何て言うか。それで、導入に対しては足りないってわけでもないかもしれない、集約化されていれば多分採算が取れるので、そういう大きいところはかなり営業に来ます。患者さん紹介してくださいというように。だから必ずしも不足してるわけではないと思います。

福田：はい、ありがとうございます。よろしいですかね。では橋本委員お願いできますか。

橋本：訪問看護ステーションの方では、まずこの中の④のかかりつけ医と在宅専門医の連携の在り方の中で、ちょっと思ったんですが、在宅専門医の先生がかかりつけ医にこうしてほしいかなというところで、先生同士の連携というと、例えば癌は駒込で見てもらって骨折したところは明理会さんで見てもらって、心臓の方は足立区の病院で診てもらってという形で他科に掛かっている方もいるんですよ。こういったケースの場合、この方の主治医はちゃんと在宅の先生がいれば、在宅の先生が主治医となるんですが、そうではない時にどの先生が主治医なんだろうと。たまたま骨折をして、その入院中に褥瘡ができてしまって、その病院から指示書はもらうけれど、そもそものこの人の疾患っていうのは DM（糖尿病）だよな、やっぱりそしたら内科の先生かなとか、そういったところで、他科に掛かっ

ている場合に先生同士が連携をとっていただけたらとてもいいかなと思います。指示書一つお願いするにしても、私たちがその橋渡し役で、あの主治医の先生にあの内科の先生に褥瘡の指示を書いてとか、そういった形になればいいなと思っております。あとは、先ほど退院支援のお話になりましたけれども、退院支援はコロナ渦になって、担当者会議だったり退院支援の話し合いが zoom になってしまったりで、なかなかできないというのも一つの理由なんですけれども例えば退院された方に先生からどのような説明を受けましたかということで説明を受けたことを私たちはわかってるんです。でも、入院された患者さんはどのように受け止めているのか聞いて見ると、「あまり先生と話してなかった」「看護師さんとも話してなかった」というところが多いので、やはり忙しい中で退院支援に関わっていくのは大変なんですけれども、そういった支援の課題っていうのはすごい大きくて、大変なら大変なりにやはり在宅の方には一緒にお声をかけていただければ私たちも一緒にやっついこうというふうに思っていますので、そういったところで一緒に連携が取れたらいいなと思います。もう一つ在宅で言いますと、総合診療として内科の先生はいいんですけれども、婦人科だったり耳鼻科だったり、在宅の診療を受けている方って通院が困難なんですね。そんな特殊な科の診察診療が必要になった場合レントゲンを撮っていただける在宅診療のところもありますけれども、専門となると難しくて病院に来てくださってということで、そういったところはちょっと難しいなって日々思っております。もう一点、細かいことで言いますと、私たち訪問看護は先生からの指示書で動いております。指示書の中身や訪問看護報告書、計画書こういった書類が複雑で難しく、かなり細かくなって、読み込みが難しく、こういった書類にも私たちが注意していかなくちゃいけないかなというふうに思っております。長くなりますが、訪問看護の方は(1)の課題になりますと人材不足が一番の課題になっています。本当に看護師が少ないです。北区の訪問看護ステーションは現在協議会に入ってるステーションは 40 ぐらいあります。新しく加入しましたと言っても一年ぐらい経つと閉鎖しますっていうところもあります。その理由というのは看護師の不足で、40 ぐらいのステーションの中でおよそ 30%がサテライトになってます。なぜサテライトになっているかというやっぱり人が少ないからです。少ないステーションは常勤換算 2.5 人あればステーションができますので 2.5 人でユーザーさんを見ることになります。これでオンコールを持つのはやはり難しい。訪問看護に勤める看護師は大体病棟で勤めた看護師が子育てをやっていきながらなので、その中の看護師は常勤が数人で、あとは非常勤のパートさんが多いです。結局オンコールをとるのは常勤の看護師ということで、やっぱりそこらへんも負担が大きい。病院だったり病棟の中のように事務がいて、管理者がいて、という体制ではなく、そこのステーションの所長がすべて請求業務だったり連絡調整だったり、普通の訪問もするということで、管理者に負担がかかってるっていうのが実際のところなんです。そういったところに今回のコロナで一番在宅の看護師が思っているのが、コロナの傷病体制の手当がなかったという、病院との格差がありました。実際コロナの利用者さんのところに訪問し、軒下もない雨が降ったりする中で玄関前だったり玄関の中に入りながら PPE (個人防護具) をつけて、一人で訪問していました。訪問していたことが認められないことに不満の声がありました。あとは先ほどの人材不足の件で

は、訪問する看護師の方も高齢化しておりまして、だいたいステーションは 40 代の看護師がほとんどです。私のステーションの中では昨年度から新卒の看護師を受け入れるようになりました。母体となる病院の方も教育のサポートもあってということのできるんですけども北区の小さいステーションで新卒の看護師を育てるっていうのはやはり限界というか、まず無理な話なんですよね。そういったところで、やはり教育ができる何かがあればいいなっていうところが、協議会の中で意見が出ております。また、その教育をする中堅者の看護師がないのもそうなんですけど、育てたことがないのでその人たちも育てていかなきゃいけないというところが大きな課題になっています。協議会のステーションの中でみんなで教育する場だったり、そういった機会があると小さいステーションはありがたい、助かるというところなんです。あとは時々入院ほぼ在宅についてですが、在宅の方が入院する理由は別の疾患だったりショートステイだったり様々ですが、今在宅と同じようにリハビリが充分できてないとか、逆に入院したけれども弱って帰ってきたとかっていうことがあり、ショートや入院してる間でも同じようリハビリができるように整備を整えなければならぬところが問題かなというふうに思いました。あと、3 番の在宅の看取りのことにしましては、先ほど宮崎先生もおっしゃいましたが利用者さん、ご家族の方も「最後どうしますか」と漠然とした「延命治療しますか」という言葉だと分からないです。「何もしません」「胃ろうはあけません」と言っても段々衰弱して行く姿をみると何ができないかというふうになってしまう。その選択肢として点滴があるよとかやっぱりそういったことを提示しないと、ご家族の方にとっては全くそういった情報が何も無いまま「どうしますか」と聞くのは難しい問題です。私たちが訪問した際に「他の人はどうしてますか」「どんなことがあるんですか」「どういったことが延命なんですか」ということで質問が来ます。細かい説明をしたり、いつでも方針が変わっていいんだよっていうところでみんなで体制を作っていただけたらいいかなと思いました。

福田：はい、貴重なご意見ありがとうございました。医師もそうですけど看護師も人材不足というものも議論かなと思います。

増田：人材育成というよりも、ほぼセカンドキャリアの再教育でしょう。それに関しては最後に全員の話が終わってから話します。あと、働き方改革をどうするか、人材育成をどうするかって非常に重要な問題で、この施策の中に盛り込めるような余地があればと思うので全体が終わってから話しましょう。

福田：ありがとうございます。では、島崎さん。

島崎：十条高齢者あんしんセンターの島崎です。私は地域の中で高齢者に関わっておりますけれどもやはり色々思うところは、ときどき入院ほぼ在宅の実現というのが本当にできたらいいなと思っています。さきほど橋本さんおっしゃったように、いろいろな科にかかっている患者さんっていうのが、現状としていらっしやって、じゃあ誰が中核となって、「我こそ

が主治医なんだ」と全部を取り仕切ってくれる先生がいるのかなっていうと、すごく悩ましくて、それは介護保険の申請の時にも、私たち非常に悩んでいるところです。誰に意見書をお願いしたらいいかっていうところがあります。きちんと患者さんが「主治医はあの先生ですよ」「入院するんだったらその病院のあの先生ですよ」ということがしっかり決まっていると、開けてくるところがあるのかなっていう思いがしています。ただ非常に、一般の人たちも含めてですけれども、高齢者のみならず、特に後期高齢者になったらなおさらなんですけど、どのタイミングで医療に医者に掛からなきゃいけないかという判断が、なかなかできない方が多いと思うんです。自己判断をして自分で薬局に行って、薬を買って帰ってきて、それで治ればいいやって言う人もいたりします。高血圧や糖尿病であったとしても一回か二回病院に行って、それで治ったよってというような安直な人たちも結構います。そういう人たちをどういうふうにして、適切な医療に繋げるかというところで、本当に地域包括支援センターの職員が日々奔走しているところでもあります。本当に大変になっちゃったときに私たちが医療につながってという役割をしていますけれども、非常に大変な思いをしています。先ほど先生がおっしゃっていましたが本当に独居高齢者であると、きちんとした判断が自身でもできないですし、介護力はほぼないと考えて対応にあたった方がいいかなというふうに思っております。老々介護だから家族がいるから、とかそういうことがあったとしても決して介護力は高くはないなあっていうような思いでいます。そういった時にやはり地域の中でやっぱりこう医療に詳しい人がいて、このタイミングでちゃんと病院にかかった方がいいよと助言できる人であったりとか、そのアシストをする人がいないと、本当に重症になってから医療にかかるっていう人も多くなっていうふうに感じています。そこを、私としては区民全体含めて、医療に対する情報提供をしていただいたいかなというふうに思っています。それにつながるその ACP(advance care planning)の普及なんですけど、ACP は非常に幅が広くて、本当にざっくりとした、「最後は何もしないでいいよ」といったところから、点滴はどうするのかとか、本当に細かい具体的などころから非常に幅が広いんです。やはりそのところも、まだ頭が本当にしっかりしている若い段階からやっていくべきなんじゃないかなっていうふうに思っております。本当に高齢者だけではないなというふうに思っています。そうなった時に医療機関からのアプローチも非常に重大だなというふうに思いますし、私としては行政サイドからのアプローチも非常に大事なんじゃないかなっていうふうに思っています。

福田：はい。では、大場委員。

大場：ケアマネジャーの会の大場と申します。よろしく申し上げます。大きく三つのことで発言したいと思います。在宅に係る課題の中に、まず(2)ですね、この点で地域のケアマネの仲間が奮闘しているなかで苦労しているのは、医療処置が必要な短期的なレスパイト入所、入院先の確保だと思えます。介護保険のショートステイというのは毎月申し込んで、リピートしながら使えることによって在宅をなんとかできる方が多い一方で、経管栄養、IVH(intravenous hyperalimentation)、気管切開その他諸々の医療処置が必要な方、特に

このコロナ禍では、介護施設でのショートステイがかなり厳しくなっていたのを実感します。老健もなかなか厳しいということも伺っています。医療処置も必要な方々が、その手技を学んだ中で、そして地域の訪看さん含めた方々の支援で支えていく一方で、是非定期的なレスパイト入院が出来れば、もう少し地域の介護力が高まるんじゃないかなというふうに思っています。今回私たち仲間の中で、この近隣の病院さんに対してですね、こういった方々の入院はどうですかと聞くと、「自分のところで見てる方だったら構いません」とか、「そもそも受け入れは厳しい」という話だったりとか様々かかってきます。個別に相談しながらどうにか、定期的な入院をお願いしてるんです。こういったことが、一つの情報としてまとまっていて、定期的にお願ひできるような、病院さんの方でも受け入れ条件が整っていくことができたなら時代は変わってくるんじゃないかなって思います。もちろん介護施設の場合でも、職員体制やスキルを高める中で医療的処置ができるっていうのは必要かも知れません。その議論をしながら、病院さんの方でも教えていただければと思います。続いて二つ目(5)のところですがいくつか見出しが出てきていますけれど、やはり実感するところでヤングケアラー、例えば20代の方が80代の方を見てるって例もあります。多重ケアというのか、両親を子供さんが泊まり込んでみる、とか甥姪が看るとか、様々な例が散見されます。そういったことを含めてこう実情を、(2)の右のほうではニーズ把握調査としていますが、地域医療会議として、そういった大きな調査をできるか議論の余地があるでしょう。北区では、介護保険制度が一年後に改正されます。それに向けて準備を取り組む中で、高齢者向けの幅広いアンケートを、これから高齢期を迎える方々の意向調査をしています。そういったことも含めて活用しながら独自に取り組むことになれば、区が取り組んでさまざまなデータを元に議論するというダブル集計的なこともできるんじゃないかなって期待しています。三点目です。(1)の部分に絡むんですが、担い手を整える一方で、働き続けていただく、または専門職の求められるスキルを高めていくという部分では、ケアマネジャーで言うと事業所数が減ってしまっていて、北区版ハートページが発行されましたが7年前115箇所あった介護事業所が、今回の名簿では90箇所を切っています。たまたま届け出を忘れた事業所というのものもあるかもしれませんが、二割ぐらい減ってきて、統合するよりも、小さい一人二人の事業者が半分以上の中で、もうやっていけなくなったというところが少なくないですし、高齢化という部分では、私たちの場合、新卒でやるということが難しく、5年以上の他の職種の経験を得てくるわけですが、制度が始まったときのように看護職です、ケアマネですという方々が相当減っていくことを考えると、介護現場からヘルパーを経験してその後、ケアマネというところを目標とする方が多かったものの、最近実感するのは、ケアマネジャーの仕事はきついと、元の職に戻る、それは仕事の負担の経験だったり、または収入との関係で折り合いがつかなくなったり、というさまざまな理由があるんですが、それからいかに長く続けていただけるかどうかということはケアマネジャーの会の中でもしっかり議論しながら、どうしようかと考えているところです。そこではよく、病院さんからのケアマネジャーの依頼の中に、「看護職のケアマネさんを」と言われることなんですね。医療のことをわかっている、スキルを持っているケアマネであれば、連携はできるわけですが、やはりどうしても資格にこだわる方々もいるわけで、

そこはどうかクリアしていくかということも問題となっていますし、その点でケアマネジャーのスキルアップということも、しっかり捉えながらも、それを含む在宅の専門職の方々というのは、この会議の事務局である地域医療連携推進担当課、他方、みなさんの方でご準備いただいている北区在宅ケア担当が10周年を迎えます。一方でまた病院で働く方々が退院支援ができる、それはソーシャルワーカーや退院支援調整の看護師だけに求めるわけじゃなくて、その病院から地域を見ていける、そういった見立てを持てるような職員さんをどう育てるかということは、個々の病院さんや法人さんだけに任せられない部分がある中で、北区での在宅で言えば、在宅ケア担当が元気に頑張っています。ぜひ病院で働く方々の質向上に向けてどうされるかということで、垣根を越えた、研修含めた中で、北区でこそ、ここで働いていけば、いろんな研修システムが在宅でも病院でも様々なところでチャンネルがあって、元気に働き続けるんだっていうことを作っていったらと願っています。大きなこと言ってるかもしれませんが、オンラインも定着する中で、いろんな仕掛けを作っていけば、垣根を超えるんじゃないかと思っています。

福田：はい。貴重なご意見ありがとうございます。

宮崎：ちょっと教えていただきたいんですけど、レスパイト入院に関してなんですけど、勉強不足ではあるんですけど、老健のショートステイトではダメなんですか。入院でないとダメなんですか。要するに介護している方を少し楽にさせる時間を設けることですよ、意味合いとしては。それは入院でないといけないのか、老健の短期入所ではダメなのか、ちょっと教えていただきたいんですけど。

大場：私の説明不足で、ダメではないと思います。ぜひお願いしたいと思っていますが、実感するのは、足りないんですね。老健さんだけでは。

宮崎：老健も今すごく空いているような状況が多いと思うんです。これも、先ほどの後方病院のベッドが無いという話と同じで、コミュニケーションエラーというか、そういうことかと思えます。入院もいいのですが、やはり老健の利用の方が本来の目的だと思うんです。ですから、老健がダメならしょうがないのですが、急性期病院をレスパイト入院で埋めちゃうと、逆にちゃんと受けなければならない患者を受けられなくなってしまうというのが起こってしまいます。

福田：オンラインで横山委員が入っていますの。お話しすることができますか。資料を見ながらご意見があればと思っています。

横山：すみません、他の会議に出席していて本当に最後の方しか聞いていないので、なんとも言えないんですけど、東京都の方では、在宅医療推進するために、前は一人診療所の先生たちも含めて24時間夜間対応をしようじゃないか、それに対して助成をしようという動きが

あってですね、いろんな区の方の意見とかも出ていたんですが、今現在、北区で訪問診療の担い手不足については実感はないのですが、訪問診療の在宅をやっている先生も多いですし、まあそこが結局はうまく繋がってない、コミュニケーションエラーみたいなものだろうなあというふうに考えています。医師会としてですね、要は患者さんの対応はそれぞれの先生に任せるとして、ケアマネを含め多職種とのコミュニケーションをいかにうまくやるかと、24時間で介護職の方達の不安っていうのは、夜間とか休日にそのお医者さんと繋がらないこういうところに尽きると思っているんで、そこを少しこう掘り下げてですね可能であれば、その多職種の人たちが24時間連絡が取れる窓口を作れないものかは考えております。動き出すかどうかは別なんですけれども、外部委託のようになるのですが、今も訪問看護ステーションの方にお任せして相談窓口みたいなものができているんですが、それとは別に、きちんとした多職種連携用の窓口を作って、24時間利用として対応しますよ、ということができないかなと大それたことを考えているんですけども、日中でも多職種の人が困ったら、そこにつなげて、往診とかにつなげるようなシステムが作れないかなというふうに、今考えておまして、動くかどうかちょっとまた別問題なんですけど、そういうことを今考えているところです。休日夜間の問題というのは、医療職にとっても常に問題になるので、そこを皆さんの職種に繋がられるようなシステムができればいいなと思っています。コロナ禍も終わったことですし、動く予定がありますので、また何かの機会に、それについては動き出しがあったら、アナウンスしたいなと思っています。(4)の課題にしか答えられないのですが、休日夜間24時間ということについてちょっと動き始められたらいいなというふうに考えています。潜在的なニーズがある程度材料に繋がってないその高齢者に対しての、医療体制をなんとか作れないかなというふうには常に考えております。いろんな方と他の職種とつながりながらうまくシステムができればなというふうには考えております。

福田：はい、どうもありがとうございます。あと、前田委員よろしいですか？

前田：多くのご意見ありがとうございました。すみません、事務局じゃないんですけど。お話を聞いて感じたのは、全体的に言って、行政の視点からいうと、北区内に医療施設や人材を確保していくかということになると思います。さまざまな分析等を考えると、一つは、定着のための経営の支援の方法がないか、同時に人材の支援と確保をできるのではないかと思います。様々な職種の方のお話をお聞きして、在宅の分野というのは、その職種の一つのキャリアパスとして、初期的な技術を得た中で習得していくという部分がありますから、こういったキャリアパスをどうやって北区の中で実現していくのかということを感じました。看護師の方では区で再就職フェアというのを行って、人材を確保しようということを行っておりますけれども、北区の立場から臨床や大学教育の中で在宅の教育を充実してくれとは言える立場ではございませんので、総合診療の考え方や、地域の中での看護という考えをお持ちの方にいかにこちらに確保するのかという仕掛けを作ることが必要かと思いました。この点では今いろいろな先生からお話がありましたけれども、それぞれがネ

ネットワークを作ることがいいことだということはみなさんすでにおわかりのことですが、それをどう実現していくのか、誰がそれをやるのかというところですね。横山先生の話にもありましたが、グループ診療を誰が行っていくのか、育てていくのか、病診の連携についても、どこがマッチングさせていくのか、あるいはそうした関係機関のなかでの情報共有というのをどうやっていくのか、そこらへんの仕組みを北区内で作っていくことができれば、推進できるのではないかという考えでして、今言ったようなことがすべて行政でできるかというのは厳しいところがありますが、そういうところを目指して北区における地域医療を推進できればと考えたところでもあります。以上です。

福田：はい、ありがとうございます。最近社会的処方とかですね、リンクワーカーとかそういうところにもつながるかなと思いますが、そろそろ時間になりつつありますけれども、増田委員。

増田：働き方改革が始まると、本当にきつくなってくると思いますよね。僕はそろそろ前期高齢者なんで、医者になって40年近いですけども、自分自身はあの過労死レベルを超えなかった月は40年間一回もないので、僕はいいんですけども、この前も日本医師会の代議員会で出たのは、労基が厳しく言ってスタッフ8時間で返せと。経営者は働き方改革の対象じゃないですよ。だからスタッフみんな帰って病院の先生は週7日当直して18時間ずつ働くとかそういうこともあり得るわけです。そういうことをしないようになっていう話になってましたけれども、実際にこういう状況は訪問看護の方でもありましたけど、責任者が残業してっていうのが起こる。人材確保というのは大事なんですけど、先ほども小畑委員が言われたように、医学部の教育の中で本当にはないですよ。医学部の教育どころか、外科の病棟で働いてた看護師さんが、明日から訪問看護やれって言われても、まずできないですし、医者だって同じですよ。だから、そのセカンドキャリアとして新たな教育システムっていうのは、あるといいんですけど、地域医療振興財団は結構、外科の先生を高齢になってから、僻地をお願いするのに再教育してっていうのをしていますよね。再教育システムが区の中でできれば、新しく今まで在宅に通ったことない人が就職しても、ちょっと教育をして見学とか教育をして、だんだん現場に入っていくってことも可能だと思います。勤務医は全然在宅とか地域に関わっていないという話を前からしてたんですけど、コロナによってファーストドクターのバイトとかで結構若い先生、すごいバラツキがあつてとんでもない先生がいるんですけど、質にばらつきがあるんですけど、ファーストドクターのバイトとかを通じて結構訪問診療とか地域医療に関わる機会が増えてるんで、そういう人たちを上手くリクルート、教育すれば使えるようになるのかもしれないです。ただ最初から総合診療を目指してあの在宅マインドを持った人はまあ全然問題ないです。その教育のシステムを区の中で少しアシストするようなのがあればいいかなと思うんですけど、宮崎先生、具体的に地域医療振興財団はどんなことをやっていますか？

宮崎：東京北医療センターでやってます。今までには、泌尿器科のキャリアの60代の方が一年

間研修されて、青森の診療所に行っています。今年、一年間は小児救急をやられていた 50 代の医師が 4 月から奥多摩の診療所に行っています。

増田：一年間働いてもらって？

宮崎：そうです。一年間外来とかで働いてもらっています。

増田：それは必要ですよ。

福田：働き方の話があるんですけど何かその点についてどうですか。

増田：看護師さんの教育でこういうのあったらいいとかありますか？

橋本：看護師の経験が 10 年 15 年あろうと訪問看護は全然違うので、そういった時には例えば再就職した場合、その方が就職してもすぐに訪問に回れる訳ではなく、一人前に回れるのに最低でもやっぱり一ヶ月から三ヶ月はかかるんです。その時の人件費それを小さなステーションでその方の人件費を担うのってとても大変でそういったところで研修費もそうなんですけども人件費を助成ができたらいいなかなって思いました。

増田：それは区の方でも検討課題に入りますよね。

前田：東京都の事業で教育ステーションという事業をして、ある程度大規模な訪問看護ステーションがそうしたセカンドキャリアや、初めて訪問看護に関わる方にそのステーションの方で一定程度研修、勤務していただいてから小さなステーションに行くという制度がございます。ただ、なかなかそこまでの大規模なステーションが少ないというところがあるんですけども、そういうシステムを近くで少しアシストするとか、そういうことがあると思います。このように、この分野は結構いろんな形で国や東京都がいろんな支援をしていますが、なかなか現場の中でも定着していかないというところで、そこを区の範囲で地域として、アシストして行くと言うのも一つの方法かと思っています。

橋本：その制度に関しても、すごい審査が厳しくて、ステーションで一回しか取れないとか、新卒はいいけれども、既卒採用の場合は何割か減ってしまうということで、使い切れてないというところなんです。既卒は何も補助が使えないというところがあります。

福田：はい、ありがとうございます。

増田：区の方で三ヶ月給料保障すると今まで経験のない人を採用したときに、その間はきちんと研修をしてもらって現場で訓練をして、その後は区内の戦力として働いてくださいってい

うのはまあいい考えですよ。検討してください。

福田：いろいろと具体的に出てきましたけれども、島崎委員。

島崎：言ったらキリがないかもしれないんですけど、看護学校看護大学は今年度から新カリキュラムになっておまして、在宅、地域看護の部分では2単位、単位増えています。教育は増えています。なので、だんだんと臨床より在宅に重きを置いているんだと、厚労省の指示どおりに動いているんだと、教育機関は動いているんだというふうには感じています。実際、うちのセンターでも、実習生を受け入れたりとか、あとは個人的に大学に講義に行ったりとかしてまして、在宅をやりたいなというふうに考えている看護職もすごく増えてるなと感じています。ただ定着って言う所になると、なかなか難しいのかな、逆に、病院だけではなくて、いろいろ広がってきているので、いろんなところで看護職という役割が果たせるってところでは、目先が変わってしまって、なかなか定着しないのかなというふうに思ったりします。地域包括支援センターの医療職は、基本は保健師もしくは経験のある看護師になりますので、やはり何かしら経験を経てからこの職に就くって方が多いです。本当に病院とか訪問看護とまたちょっと違うってところでは、馴染むまでに非常に時間がかかるんですね。馴染んでも、本当にその人がこの職にやりがいがあるかなって感じてくれるかどうかっていうのが、なかなか難しいので、包括も医療職だけではなく、他の職種もなかなかこの仕事にかけてみようと思える人ってなかなかなくて、定着が難しいところです。なので、今の訪看さんみたいに行政の方で少しバックアップがあったりすると、ありがたいなと思ったりします。また、包括の仕事は、どんどんどんどん増量してますので、そういった意味でも人員を増やしていただくとか、何かちょっと厚い手当があつたりするとありがたいなと思っています。

福田：はい、ありがとうございます。

増田：それでは最後、病院の老朽化と病床の問題について。

福田：はい。

増田：小畑先生からどうぞ。

小畑：医師の教育のところですが、先ほどちょっと藤井さんも言っていましたけども、急性期の先生が週一とかでも在宅医療に行くって言うことがすごい有効で、それは教育にもそうだし、病院とのつながりが実際強くなるので、安心して頼めるようになりまして、私たち小児在宅医療、子どもの在宅医療やってるんですけど、子どもでは慶応大学の医局と派遣契約を結んでいて、やりとりがすごいスムーズになるんですよ。在宅医療と病院との繋りのアンマッチな部分を埋めるっていう意味でも、マインドを持った医師を育てるっていう意

味でも、すごい有効だと思いますので、人件費とかは出なくてもいいですけど、マッチングみたいなのとかをやってもらえると、地域としてはかなりスムーズに動けるようになるかなと思います。

増田：急性期病院の先生、出したいと思いますか？是非協力してほしいと思いますが。

廣瀬：正直なところ、我々も人材不足といいますか、本当に人が足りなくて、全く手が回っていないというような現状です。

増田：週1回見学みたいな感じで。

廣瀬：うちの病院の場合はちょっと厳しくて、宮崎先生のところでは分かりませんが。

増田：屋台骨を揺るがしてしまう。

宮崎：今度、じゃあどこに行くかとなると、どこにお世話になるかという問題になってくると、色々調整していただかないといけないと思うので。

小畑：調整を公的にやってくれた方がいいですよ。

宮崎：多分そこが重要だと思います。

増田：北区では、先ほど大場委員の方から言われたように、北区在宅ケアネットというのがあって、もう10年ぐらいになるんですが、いろいろと研修会をやっていて、そこでの報告を伺った方が現状わかるのかなと。というのも、医師の研修というのは、最初の2-3年は良かったんですが、なかなか医師が研修に出れていない。2-3か月ぐらいの研修会では毎週の研修というのがあるんですけど、なかなか集まらない状況を打破しないと、急性期の病院から在宅の診療への研修に向かない現状なのかなと思いました。

福田：はい、ありがとうございます。そろそろ時間も。

島崎：包括には北区のサポート医という役割を果たしてくださっている医師がいて、本当に助かっています。ただ、そこも枠がすごく少ないので、もし人員を増やしていただけるとありがたいなというふうに思っていますし、実際に新規の訪問診療をやってますという営業なんかもいらっしゃるんですけども、私たちはどうしても本当にその先生たちが信頼できるのかどうかというのは、まったく未知数なので、どうしても馴染みのある医師会に入っている先生に頼んでしまうので、どうしても偏ってしまっていると思うんですね。さっき小畑先生が言ったように、うまくマッチングするとか、顔の見えるような環境とかを作っ

ていただけるといいのかなと思いました。

増田：サポート医というのは、一圏域一人です。二人いた方がいいということですか。

島崎：そうですね、もし増やしていただくと、地域の実情をわかっていただけたりするかなというふうに思いますし、包括の中で起きている実情であるとか、こういったところ困ってるんだっていうのがわかる先生が増えてくれるといいなと思っています。

増田：サポート医として任命しているのが区からの依頼で、区からお金を出しているので、増やすんだと、それは区の役割なので、区の方と是非検討していただいて。人材を育成したいという先生は多分いると思うので、区の方のシステムで一圏域一人を二人にしるとか、それは可能かと思えますので。すぐに対応可能な医師が見つかるかどうかは別として。

島崎：はい、お願いします。

福田：はい、では、病院に関わる課題についてが、少しご意見が少なかったようではございますけれども、既存病床の有効活用であるとか老朽化とか、その点について何かご意見がある方ありますか。

増田：ここにいらっしゃる病院の先生は、自分のところで、充足しているわけではないですけども、ほか老朽化して建て替え希望の病院が区内に2-3はあるんですよ。その病院にある程度の条件を付ける代わりに、区の方でできることは、土地を提供するということだと思います。他の区でもやっていますから、区内の医療資源を増やすという意味では、有効かと思えます。

福田：何か。前田委員。

前田：増田委員からもありましたように、いくつかの区で、老朽化というよりも、むしろ、区において必要な医療は何かということを中心に、それに応じていただける医療機関に対して一定の便宜を図ろうというような試みというのがいくつか行われています。一方で、増田委員から老朽化のお話がありましたけれども、北区、今までの統計資料にありますように、病床数としてはですね、区西北部医療圏においては少ない方ではない。ですので、区としては、できるだけしっかり今の病床を維持していこうというふうな方向で考えているところであります。ですので、病床の維持と、病院の病床の機能の区分でいくと、もう少し、急性期、回復期というのが増床されることが、今日のお話しにありましたような、「ほぼ在宅、時々入院」ということを達成していきますので、賛同していただける医療機関に対して、一定の支援を行っていくのは今後の方向性としてはあり得るのかなと思っておりますので、その具体策としては課題がございますので、今すぐここで結論は出ないんですけれど

ども、そうした行動というのは、病院に対しては有効な方策だと考えております。

福田：はい、ありがとうございます。親会でもこの点については議論があるかと思いますが、いかがでしょうか。何か事務局から委員に確認しておきたいこととかありますか。よろしいですか。

藤野：はい、十分ご意見いただきました。

福田：本当にいろいろ皆様方から、それぞれの立場から多くの意見が出されたのかなと思いますので、これを元にしなから課題の整理と方向性等をまとめていくことになると思います。