

会 議 名：第3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8月9日(水) 午後7時30分

場 所：北とぴあ 7階 第一研修室

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、今泉貴雄、福田吉治、橋本明子、島崎陽子、大場栄作、尾本光祥、小畑正孝、前田秀雄

オブザーバー：関谷高齢福祉課長事務取扱福祉部参事、新井介護保険課長

欠席者(敬称略)：小平祐造、横山健一、倉林企画課長

議 題：

令和4年度医療環境調査報告書について

部会での検討結果のまとめについて

資 料：

資料1：令和4年度医療環境調査報告書

資料2：部会での検討結果のまとめ

資料3：取り組み事例及び関連補助制度等一覧

資料4：部会での検討結果による区の施策

補足資料1：北区地域医療会議在宅医療提供体制検討部会(第2回)意見用紙まとめ

補足資料2：第2回 北区地域医療会議在宅医療提供体制部会議事録

補足資料3：在宅医療等に係る補助制度の事例

補足資料4：地域医療連携推進担当課の取り組み

逐 語 録：

佐藤：本日はお暑い中、また、お忙しい中お集まりいただき、本当にありがとうございます。

ただ今から、北区地域医療会議在宅医療提供体制検討部会の第3回会議を開催します。それでは開会に当たりまして、福田座長より、一言ご挨拶を頂ければと思いますので、よろしくお祈いします。

福田：本日は暑い中と言いますか、不安定な天気の中お集まりいただきまして、ありがとうございます。今回は第3回になりますけれども、本日で検討部会は終わりということで、本日まとめて、親会であります北区地域医療会議に報告することが予定されていますので、皆さま、どうぞ活発なご意見をよろしくお祈いします。

佐藤：ありがとうございます。それでは本日の出欠状況について、ご報告させていただきます。本日、小平委員と横山委員よりご欠席のご連絡を頂いています。また宮崎委員より、遅参する旨をご連絡頂いています。オブザーバーですが、本日は企画課長の倉林は所用のため欠席となります。出席委員は12名で過半数を超えていますので、本日の会議は定足数を充足していますことを、ご報告させていただきます。次に、配布資

料の確認をさせていただきます。資料につきましては、お席にもありますが右上に資料番号を振っている資料 1 から資料 4 までです。その他、補足資料の 1 から 4 と、合わせて第 3 回、地域医療会議の意見用紙を配布させていただいてまして、全部で 9 点となっています。不足等がありましたら、事務局までお申しつけをお願いします。以降は議題に入りますので、進行は福田座長よろしくをお願いします。

福田：それではお手元の次第に沿って、進めさせていただきたいと思います。早速、議題の 1 です。令和 4 年度医療環境調査報告書についてです。皆さま方のお手元の資料 1 になりますけれども、よろしくをお願いします。

佐藤：それでは、こちらの資料 1 は、報告書の概要策定にご協力をいただいています帝京大学の中川さんより、ご説明させていただきます。

中川：よろしくをお願いします。

令和 4 年度北区医療環境調査報告書をご覧ください。本調査は、北区地域医療会議における参考資料とすることを目的とし、実施しています。冊子の構成は大きく 2 つに分かれており、医療環境調査と北区地域医療会議の親会と検討部会の議事録をまとめた部分の 2 部構成となっています。4 ページ目から始まります医療環境調査の部分は、会議にてすでに報告されています国保と後期高齢者の診療報酬データを利用した分析、また、医療施設静態調査、一般診療所票と病院票の分析、医療環境調査として、在宅医療に関するサービス資源について、分析を追加で記述しています。

子細な内容について、ご説明します。まず 8 ページ目をご覧ください。8 ページからは、北区の人口推計と、2020 年ならびに 2035 年の人口ピラミッドの比較をしています。2035 年には労働世代のシュリンク(縮減)と、特に 85 歳以上の高齢女性の増加が印象的な図となっています。また会議でも、度々、高齢者の独居の問題が出てきますので、次のページの図表 1-4-3 に高齢者世帯独居割合の比較を、左側に東京都 23 区、右側に北区で示しています。一番色が濃いものが、65 歳以上の独居世帯となっています。都内 23 区と比べますと、北区ではやや多い印象です。

続きまして 10 ページ目、在宅医療を中心に、北区の医療資源について区西北部と比較しています。13 ページ目の図表 2-2-4 を見ますと、訪問診療を実施している病院・診療所の施設数は、75 歳以上の人口 10 万人あたりで比較した場合、北区はやや他区よりも少ない印象を受けます。また 2019 年までの 4 年間では横ばいで、大きな増減なく推移しています。次の図表番号 2-2-5 では、歯科訪問診療の実施機関の推移を示していますが、こちらは数としては多いながらも、減少傾向であることが分かります。もう一つ後ろの図表番号 2-2-6 では、施設数ではなく、実際に訪問薬剤管理指導を受けた患者の数を比較しています。こちらは、北区では高い水準にあることが分かります。

続いて 15 ページ図表番号 2-3-1 では、訪問看護ステーションの数の推移を、2021 年までの 7 年間、区西北部の各区と比較しています。北区以外の区では、この 7 年間

に 1.4 倍から 1.7 倍増加していますが、北区では減少傾向にあることが分かります。続いて 17 ページ、図表 2-4-1 に、介護施設の数を一区西北部で比較しています。北区ではどの施設においても平均的な分布ですが、訪問型介護施設数はやや他区と比べ、少ない傾向にあります。18 ページ、図表 2-5-1 では、自宅死の割合を比較しています。年々増加傾向ではありますが、やや低い傾向かと思われます。次の図表 2-5-2 では、老人ホーム死の割合を示しています。北区では、老人ホーム死の割合が高いことが分かります。

続いて 56 ページ北区における新型コロナウイルス感染症の状況を記述しています。区から提供を受けた国保と後期高齢者のレセプト情報を分析しました。期間はデータの都合上、令和 2 年 4 月から令和 4 年 3 月までとなっています。今回は重傷者の抽出の部分と、入院および重傷者の治療が、どれぐらい北区内の医療機関で行われたかという視点で分析しています。

図表を見ていく上でご注意いただきたいのが、75 歳以上の後期高齢者においては、北区民のある程度はカバーされていますが、国保は加入率が令和 1 年の時点で 21.5% となっていますので、北区民全体を記述できていないことを念頭にご覧いただきたいと思います。また重傷者の定義ですが、今回は入院の上、集中治療室もしくは救命救急入院料 2 と 4 が加算されている患者、および、人工呼吸器管理を受けた患者、ネーザルハイフロー使用患者、ECMO 使用患者、いずれかに当てはまる者を、重傷者としてカウントしています。

まず、今回の分析において注目したい結果ですが、図表 6-4-1 を開けていただきまして、COVID-19 感染症関連検査を実施した医療機関の所在地の分布です。主に PCR 検査が該当しますが、この検査を受けた医療機関がどこにあったかの記述です。半数以上が北区であることが、この図から分かります。

続きましてその次のページ、図表 6-4-2 で、入院先医療機関の所在を示しています。第 4 波あたりから、入院先が二次医療圏外である割合が増えていっていることが分かります。その次の図表番号 6-4-3 で、重傷者の入院先を示しています。重傷者は二次医療圏外の病院での治療率が非常に高いことが、この図から読み取れるかと思えます。この COVID-19 感染症の重傷者に関する記述は、今後、発生届や保健所での疫学調査の内容と合わせて分析を深める予定で、令和 5 年の報告書に盛り込む予定としています。

以上が、これまでの会議で説明していなかった部分の説明となります。

福田：どうもありがとうございます。

いろいろとデータがたくさんありますので、この場ではなかなか難しいかもしれませんが、何かご意見はありますか。コロナについては、こういう分析はなかなか今まで見たことがないように思いますけれども、前田委員は何かありますか。

前田：今、先ほどお話があったとおり、この国保 KDB との連携が、なかなかこういった形

のデータがありませんので非常に貴重と思います。できればこの後でさらに死亡小票との分析も絡めて、コロナ禍でお亡くなりになった方、この重症といわれる方のものが分析できたらより深まるのではないかなと思います。実際、私が保健所に勤務していた頃の感染者ですので、その実感からしますと、重傷者がこれほど少なかったかな、ともあります。この重傷者の把握も、もう少し違う方法もあるのかとは考えています。

福田：ありがとうございます。

先ほど説明があった、訪問看護ステーションの数や常勤看護師数が、他と比べてかなり少ないのですね。そのあたりは印象等、委員の皆さま方の把握している状況と比較して、何かご意見はありますか。少ない中で、皆さま方が頑張っている状況かと思えますけれども。よろしいですか。もし、また何かご意見等がありましたら、今ほぼ出来上がった状況ですけれども、まだ案の段階ですので、何かありましたら修正等をいただきたいと思いますのでよろしくお願いします。

では、次の議題に入りたいと思います。部会での検討結果のまとめについてです。資料が2から4までありますけれども、説明をお願いします。

佐藤：それでは資料2から4につきまして、説明をさせていただきます。

まずは資料2をお願いします。こちらは部会での検討結果のまとめです。第1回、第2回と検討会を重ねまして、委員の方々から頂きましたご意見等を基に、結果をまとめさせていただきました。なお、前回の検討会後に頂きましたご意見等は補足資料1、2、議事録につきましては補足資料2として参考資料を付けていますので、ご自身の意見と違う趣旨の記載となっていた際は、大変申し訳ありませんが、本日の検討会の中でご指摘いただければ、事務局としては幸いです。

資料の2に戻りますが、内容自体は、前回までの資料と大きく変えているものではありません。左側から各諸課題、それを重点課題という形でまとめまして、課題に向けた取り組みの方向性です。そして、各委員から頂きましたご意見として、重点課題ごとに、太字の矢印で取り組みの事例の形にまとめさせていただきました。今後、北区で取り組む施策の参考としたいと考えています。なお、資料の中ほどの斜めの点線の矢印は、諸課題は強弱ありますが、結局はすべての取り組みの事例と、相互関係にあることをお示したイメージ図です。

次に資料3です。お手数ですが、合わせて補足資料3と4をお願いします。前回のご議論の中で、補助制度についての質問を頂きました。医療補助制度ということで、ほぼ東京都の事業ですが、今回、補足資料3としまして一覧をお示ししています。合わせまして、北区ですが、地域医療連携推進担当課の実施事業につきましても、補足資料4で、お示しをさせていただいています。

お手数ですが、資料3にお戻りをお願いします。今回、資料3の記述は、左側に皆さまから頂きました取り組み事例ごとに、補足資料3の補助制度と、補足資料4の区

の実施事業をそれぞれお示しさせていただいています。区の関連事業ですが、主だったものを少しご紹介させていただきますと、資料 3、A3 の 2 ページ目裏面の中ほどにあります在宅療養相談窓口事業は、病院や地域医療機関、ケアマネジャー等からの退院支援を中心とする専門相談に応じ、関係機関と調整を行う専門職のための相談窓口を実施しています。

窓口自体は、現在、あすか山訪問看護ステーションに設置してありまして、昨年度の相談実績は 34 件でした。その下の在宅療養支援員研修は、令和 2 年度から開始しました人材育成モデルとしまして、区内の訪問看護の方を対象としたものですが、昨年度まではコロナで中止していました。今年度からは再開したいと考えています。こちらにも実施そのものは、あすか山訪問看護ステーション様をお願いしていました。

3 ページ一番下段にあります協力支援病床確保事業は、在宅療養中の高齢者の病状悪化の際、かかりつけ医の判断の下、速やかに短期の入院治療につながるよう、区内の医療機関に病床を確保しまして、在宅療養生活の継続を支援しています。こちらは、昨年度 10 名の方が利用してありまして、この事業はレスパイトとしての役割も担っています。

A3 の次の 3 ページです。一番上の在宅療養推進会議につきましては、医療機関や介護職など、多職種による在宅療養を推進するための会議体を毎年実施しています。こちらは部会もありまして、ACP の普及啓発に向けた取り組み等も行っています。

次に中ほどの北区多職種連携研修事業につきましても、医療機関や介護職など、多職種で組織されました北区在宅ケアネットにより運営される、多職種連携研修事業を区で支援を行っています。こちらは専門職が相互に理解を深め、相談体制を強化しています。資料 3 の説明は以上です。

最後に資料 4 です。今後開催する予定の地域医療会議です。こちらの部会のいわゆる親会には、これまでの部会での検討結果とともに、区の施策についても具体的な案としてお示しをしたいと考えています。それに向けた資料です。繰り返しとなりますが、これまでの部会でのご意見として、取り組み事例がまとめられたことを受けまして、それを基に 1 から 4 の柱に分けて、区の施策を検討していきたいと考えています。

その中で、一番下の④、こちらの在宅療養関連事業の普及啓発は、先ほど、区の既存の事業でもお伝えさせていただきましたが、ACP をはじめとした在宅療養関連事業普及啓発としまして、すでに在宅療養推進会議や在宅ケアネットによる多職種研修、区民に向けた講座等を推進していますので、その中で今後とも強化を図っていききたいと考えています。

具体例としましては、取り組み事例の⑧です。これは資料 2 の下あたりにあります、取り組み事例の⑧、⑨、⑫が該当するととらえています。その他、①人材確保、②連携体制の整備、③病床の確保の今後の区の取り組みにつきましては、それぞれの柱ご

とに、これまでの取り組み事例を踏まえながら、優先順位も合わせまして、この後、委員の皆さまからご意見を頂ければ幸いです。

以上、資料 2 から 4 につきましては事務局からの説明は以上となります。よろしくお祈いします。

福田：どうもありがとうございます。

今日は最終的な取りまとめということで、私の理解では資料 4 の人材確保策、連携体制の整備、病床の維持・確保に、何らかの提案を行うことが、一つの目標かなと思っています。私も大変驚いたのですけれども、すでにいろいろな取り組みが行われていると思います。まず、今の事業の状況などで、もう少しこういうところがあったほうがいい、実際にはあまり活用されていないなどが、もしあれば、少しご意見を頂きたいと思うのですけれども。

増田：結局一番の問題は人材確保に関することです。それぞれの病院・クリニック・事業所はいわゆる民間ですので、実際にどのくらい余裕があるかが課題です。いくら給料を上げて募集しても、給料も含めた勤務条件が悪いから人が来ない場合もあると思います。経営をどれだけきちんと支えていけるかが大切です。これからインボイスもありますし、他には圧倒的に光熱費を含めるランニングコストの上昇が経営を圧迫しています。これは職種にかかわらずどの事業所も切実な問題です。

そういった状況で人材を確保するには勤める方もやはり東京在住で、光熱費も上がっています。要するに今までと同じ給料では生活の維持ができないと言った状況にあります。人材確保に関して、痛みを伴う支出といいますか、ある程度経済的な補助を公的資金、税金など受益者負担の意味で確保していかないといけないような難しい実情だと思うのです。

特に看護職でも訪問看護は人が集まりづらいです。介護も同じだと思いますし、薬剤師さんでも病院薬剤師は集まりづらいなど、同じ職種の中でも差異があります。医者でも同じです。やはり外科系、それから救急が多いところには人が集まらないです。言い方が悪いかもしれませんが美容皮膚科や美容整形では同じような仕事をして、10倍ぐらい医療報酬を取っていますから。そういうところはいくらでも人材確保にお金を費やせるでしょうけれども、真面目にコツコツやっているところはなかなかそうはいきません。やはりこういう会議の中で、どう補助をしていくかを考える事が大事だと思っています。

福田：ありがとうございます。

今、訪問介護と看護の話が出ましたので、既存の事業も含めて、ぜひ何かご提案などがあればと思っているのですけれども、大場委員や島崎委員はいかがでしょうか。

大場(庸)：今、歯科も、増田先生のおっしゃったことと同じように、人材確保に関しては、多分、個人の診療所等は大変難しいですし、この取り組み事例を見ても、やはり補助制度としては、区でやることはなかなか難しいと感じています。

物価高騰に関しての補助金などは、都でもやってくれましたけれども、今後なかなか入ってくる当てもありません。医療も介護も同じですけれども、現場はやはりある程度、コツコツやられているといいますか、統制経済の中でやっているようなものですので、そこはどういう形の補助のあり方がいいのかは別として、非常に難しいところです。区でも考えていただけるのがありがたいかと思います。

橋本：訪問看護ステーションでも、このデータのように、やはり少ないのは変わらないです。やはり増田先生が言ったとおり、看護師の世界でも、美容外科に新卒で行く方が圧倒的に多くなっています。

あとは負担のところなのですが、ちょっと話が変わるかもしれません。先ほどの経済的なことでは、ユーザーさん自身もやはり負担が大きくなっていて、2割、3割負担の方などは訪問看護を減らすことも多いですし、実際、ふたを開けてみると、訪問看護の利用料も払えない方も、結構増えている実態になっています。

島崎：十条高齢者あんしんセンターの島崎です。この人材確保については、本当に難しいと思っていますので、何とも言えないです。

福田：今、関連事業でいろいろなことが行われていますけれども、その利用状況や効果などは合わせて、いかがでしょうか。

島崎：私たち地域で働く医療職としましては、現在行われています在宅ケアネットの研修で、多職種と連携を取る、そこで、また知識を深めるなどのチャンスがあります。その在宅ケアネットの研修はもう非常にスキルの高い内容ですので、ついていくことに必死です。その意味では、本当にそういった勉強する機会が与えられているのは、北区で働く者にとっては、恵まれているのではないかと思っています。

福田：ありがとうございます。

大場（栄）：北区ケアマネジャーの会です。ご説明ありがとうございました。

妙案は浮かばないのですが、介護職の方々は、特に女性の方の占める割合が大きいですから、そのライフサイクルといいますか、学校を出て、就職して、結婚されてという中で、今はもちろん男女それぞれが同じ役割とありますけれども、女性にとって、特に子どもさんを育てながら続けられるかどうかなど、希望に沿った受け入れ先が確保できるのか、仕事のやり方が合わせられるのかも細かに気を付けて、工夫しないと、定着は難しいでしょうし。あとは島崎さんのお話したところでは、この地域医療会議と担当課の皆さん、そして在宅ケアネットが連携する中で、この何年も繰り返した事業の検証や見直しを通じて、例えばですけれども、コロナ禍の3年間の取り組みや、そこで作ってきたスキルの見直し、または医療・介護の連携に関わるさまざまなシートや標準的なシートの扱いとかそれらがICTを含めて、ぜひ多職種協働で見直されて、よりいいものづくり上げていける部署になれば、それがまた北区で働けるやりがいにつながってくるように思います。

福田：ありがとうございます。

せつかくですので、一言ずつ、皆さまにお話を頂ければと思います。

宮崎：東京北医療センターの宮崎です。人材確保の意味で、病院が、今非常に苦しんでいる状況をお話しますと、お金です。もう明らかです。看護師への財源が非常に不十分であること、あとベースアップをしなければいけないこと、そのベースアップに伴う財源が全く示されていないことで、大変苦勞しています。

看護師などもそうなのですが、特に苦勞しているのは看護助手さんです。なかなか来ないです。どうしてかと言いますと、もうお金です。完全に他の職種に行かれます。介護職などのほうが、割がいいのです。もうこれは完全にお金だけの問題です。そこを、ここで言ってもなかなか難しいかもしれないのですが、それに対しての補助などがやはり必要です。これはもう喫緊の、今、われわれが苦しんでいるものです。

また光熱費です。当院で、電気代がおそらく 2 億円ぐらい上がります。当院の利益は、コロナ以前でいいますと、せいぜい年間で 1 億円から 2 億円以下です。それが全部、電気代で持っていかれる状況です。その補助が数千万円は出ますけれども、まったく 2 割程度分しか出ないということで、非常に苦しんでいる事実はあります。そもそも診療報酬の話をしていいますと、全国一律であり、物価に伴うことは、前からずっと発信しているのですが、なかなか改善されない問題があります。どうも、いろいろなところからこれは発信されているのですが、北区は出せないかもしれませんが、そういう問題があることを、ぜひ発信していただきたいと思います。本当にこれは、例えば当院も 24 時間の保育所として、職員確保などをやっていて、働き方改革やいろいろなことに女性医師が働きやすいなど、いろいろなことに取り組んでいるのですが、その保育士の確保ができません。どうしてかと言いますと、お金が安いと。もう本当にその条件だけなのです。お金さえあれば、いろいろな人材はきっと確保できるのです。ただ、その財源がまったくありませんので、もう結構厳しい状況が続くのではないかと。看護師や看護助手が足りないために、うちはまだ大丈夫なのですが、病床を減らさなくてはいけないところも当然出てきますし、そうすると、医療もままならないかというちょっと懸念を、最近かなり危機感を持っています。

福田：ありがとうございます。

ちょっと今、人材対策の補助や光熱費の増加への補助の話が出てきましたけれども、区としてはいかがでしょうか。ちょっとここで、こういうものに関する事業が、そもそもあるのか、それとも、対応できる事業の可能性があるのかどうかです。

佐藤：物価高騰に関する質問の状況ですが、今現在、東京都で助成が公表されました。9 月以降申請を受け付けすると伺っています。一方で北区としましても、物価高騰に関しては、やはり今回、病院を対象とした医療機関向けには、病院ならびに介護施設等は特定予算を組んでいます。6 月に補正予算が可決されましたので、今後、病院に対す



る物価高騰は対応していく予定ですが、現状では東京都の状況を見させていただいています。

東京都の状況を見ますと、同様の補助を申請した場合は、東京都の助成が出ないという、どちらかを選ぶ選択式になっている場合がほとんどなのです。区としては東京都の状況を見させていただき、こちらは病院のみになってしまうのですが、物価高騰の対応をする予定です。

福田：宮崎先生、何かありますか。

宮崎：現在何が行われているかは、私たちも情報を仕入れているのですがけれども、もうそれはまったく不十分です。そういうことを発信して、ぜひ守っていただきたいという気持ちを込めてお願いします。

福田：人材確保以外の連携体制や、病床の維持確保についてでも構いませんので。

廣瀬：明理会中央総合病院の廣瀬と申します。

人材確保のお話につきましては、宮崎先生がおっしゃったことと、ほとんど、もうわれわれも感じていることが一緒なのですけれども。当院はまず、看護師さんに関しては、自前の看護学校があつて、そこから新卒の方がたくさん入ってくるのです。その看護師さんは、ちょっと覚えたら美容に転職しようというプランを持っている方がもともと多くて、1年目と2年目に、われわれが一生懸命教えてできるようになったと思うと、すぐ美容に移っていく方もいらっしゃいます。現状は、医療を成り立たせるために派遣の看護師さんをたくさん入れて、高い給料を払って、何とかやっています。

医師の人材確保についても、非常に苦労しています。うちの病院ですと、循環器や脳神経外科はドクターがある程度いて、医療もきちんとできているのです。そういったところは応募もたくさん来るのですけれども、あまり回っていない診療科にはドクターが入ってこないのです。おそらく、人数が少ないところに入ると大変との考えもあるのでしょうか。当院としては、業者を使ってリクルートを進めているのですけれども、そこを使って応募してくるドクターは、なかなかとんでもない給料を要求してきます。到底、当院では雇えない給与ですので、採れないのが現状です。

今やっている医師のリクルートは、いろいろな大学に派遣をしてもらうよう、お願いをしに行っているところです。もちろん大学からの派遣に関しても、お金をかなり払わなければいけませんから、非常に経営的にも厳しい状況になりそうです。

あと、事務の方もなかなか入ってくれません。事務の方は、やはり給料が安いからのようですけれども、なかなか入ってくれなくて、仕事が回らないのが現状です。

本当に、こういうことをこの場で言っているのかどうか分からないのですけれども、何らかの補助を頂かないと、うちのような中規模の急性期病院は存続も厳しいのではないかと、最近は考えています。すみません。具体的な対策はないですが、現状はそのようなところです。

福田：ありがとうございます。

今、看護師の派遣や医師の紹介などもありましたけれども、そういうものを区として、何か実際に行うなどの可能性はあるのでしょうか。

佐藤：こちらの資料4にお示ししたとおり、現時点で具体的な施策はないのですが、はっきりしていることは、北区におきましても、施策を進めるためにはどうしても予算が必ず必要となります。従って、ゼロベースで予算を組み立てて、始めること自体はなかなか苦しいと思っていますので、優先度などはあると思うのですが、東京都で行っている補助を最大限活用して、使い勝手の悪い部分を、区が補う形などの支援方法を工夫していくことで、実現していきたいと考えています。

福田：ありがとうございます。

今泉：王子生協の今泉と言います。慢性期としてお話しします。

先ほどの先生方の人材についての問題提起については同じですのでお願いしたいと思います。違う点から言いますと、本当にできる点は、電気・ガソリン代の高騰に対する補助が、直近ではできる課題かと思えます。例えばLEDを買うための補助をするなどです。デイサービスなども、ガソリン代が高騰していて、なかなかそれで回れないというしわ寄せがきています。電気、ガス、ガソリンなどの状況もまた検討していただけないかと思えます。

短期的にはそうですけれども、長期的には、やはり慢性期としての病院が、人材が集まらない場所で、いつまで病院として成り立つかはちょっと心配な点があります。慢性期の病院は、明理会さんや北医療センターさんと比べて、扱う疾患、病気が限られている中でなかなか人が集まりにくい、特に研修医などが集まりにくい状況があります。その中で、どのように存続できるかと。搬送などの問題もありますし、なかなかあとは夜間や休日の人材も含めて難しいですので、病院のやり方としても救急ができないなどの問題が出てくるかと思えます。そこに対して、どうやっていただけるかはやはり検討課題かと思えます。

あと、人材というところでは医師会からもそうですけれども、やはり新たに、在宅医療を担う医師や看護師を見つけるよりは、まず今いる施設の先生方の連携の中で、どうやって在宅での訪問診療率を上げるかなどの議論をしていただいてもいいのかと。在宅で言いますと、夜中や休日の拘束の問題もあります。新しい人材を見つけるよりは、今いる人たちに対してそこを区で連携・援助してやっていく、在宅ケアネットの研修会とか北区との連携が必要なのかと思っています。

あと、ちょっと話が変わってしまいますけれども、人材では、例えば地域包括ケアセンターの勤務の境界について、多分、財源が限られた中で職員を確保することは難しい課題かと思えます。そういう点では、地域包括ケアセンターは、何でも屋になっていないかという懸念があります。地域包括センターの機能をもう一度見直して、どういところでどういう仕事を割り振るのかというのを連携の形でやっていかないと。

例えば医療機関で言いますと、困ったケースは何でも地域包括ケアセンターに丸投げする形ではなくて、自分たちでできる研修を改めて考えるなど、何かできないかと思えます。

なかなか人材と連携を、やはりこの部会では検討する必要があるかと思えます。

福田：ありがとうございます。

今、地域包括ケアセンターの話が出ましたけれども、何かありますか。

島崎：今泉先生がおっしゃったことは、本当にそのとおりで、どんどん国から示されている事業の中に、この部分は地域包括支援センターと、その文言が入っている場合が多く、私は看護職ではありますが、地域包括支援センターに望まれることとして、地域づくりもやっていかなければいけない、いろいろなケースも対応していかなければいけない、本当に何でも屋的な存在であると。ただ、こういう何でも屋的な存在は必要だろうとは感じていて、私たちはそういった社会と接点を失った人や、病院嫌いな方々のサポートを日々やっているわけですが、そこをすくい上げていく場所がないといけないかと。

その時に、すごく医療機関との連携が非常に大事かと日々の中で感じています。地域包括支援センターの業務の中身は、王子高齢相談係や、長寿支援課など行政のサイドでも、業務の見直し、振り返りは必要と思っていますので、どこかのポイントで、そういったところを行政主導でやっていただきたいと思っています。

福田：ありがとうございます。

では、小畑委員。

小畑：在宅医療の人材確保の話をしたと思っていたら、在宅医療を行う上で、絶対必要な病院のほうが、そもそも存続が危ういお話を聞いて、今、すごく不安になっています。在宅医療をやる上で、何かあった時に病院と適切に連携できることはすごく大事です。在宅医療だけをやっても仕方ありませんので、それは先生方がおっしゃったように、しっかり援助が必要なところはしていただきたいと思いました。

以前お話が出たかと思いますが、なかなか新しい人を呼び込むことが難しいし、取り合いになってしまうので、結局、そんなに効率的にはできないと思っています。では、今ある資源が適切に効率的に使われているかと言いますと、やはり不十分どころがあって、急性期病院に患者が滞留している、なかなか医療につながらないなどたくさんあると思うのです。そこがスムーズに行けば、同じリソースであっても、地域の医療を支えやすくできると思っています。在宅医療にわれわれが介入することで、繰り返し入院していた人がしないで、安定して暮らせるようになるなどの事例はいくらでもあります。以前にお話が出た在宅ケアネットなどもありますけれども、なかなか病院の先生はそんなに来てくれないところもありますので、地域のどこの病院にどういう機能があって、どこの在宅医療にはどういう機能がある、在宅医療自体がどういうことができるのかなどを、急性期の先生方に特にご理解いただければ、多分も

うちよっと早く紹介して在宅で過ごすことができ、地域の医療資源の効率化ができるのではないかと考えています。

そういう意味では、以前に出た急性期医療の先生と訪問診療側の交流があると、新しく在宅医を養成するよりは、効率良くできるのではないかと考えていますので、ぜひやっていただきたいと思っています。

福田：今の点をもう少し具体的に言うと、どのようなアイデアが。

小畑：基本的に、急性期病院の先生たちのキャリアは大学から始まりますので、訪問診療にそれほどなじみがない人が大半なのです。もともと興味のある人以外は、多分なじみがなくて。ただ、急性期から退院して、今度は家で診る時に、在宅医療があったほうがいい場面はすごくあるのですけれども、急性期の先生があまりその機能を理解していないなどすると、そこまで分からなくて。結構、重症な人ですから、自分が診なければいけないと思って、自分の外来に通うのですけれども、やはり外来だけでは診きれなくなって入院するなどが、多分、結構あって。そういう在宅医療自体の機能をもうちょっと理解してもらえる場があったほうがいいことが、まず一つです。

あとは、地域でそれをやることによって、実際に研修に来ていただくと、当然、顔の見える関係になりますので、紹介がすごくしやすくなって、お互いにスムーズに連携が取れるようにはなると 생각합니다。同じ地域であっても、あまり顔が分からないと紹介しづらいなどがあると思いますけれども、実際に研修に行くなどすれば、それがかなりスムーズになるかとは思っています。

福田：急性期担当の方どうぞ。

宮崎：小畑先生、ありがとうございます。

実は、病院と在宅の総合研修事業を、また再開するようになっています。

当院から在宅に医師が行くなどの事業を、また再開します。

その時のお話で、今、当院などもそうですが総合診療医が多く、非常に在宅に興味を持っている者も多いのでそのあたりは大丈夫なのですが、意外と、転院調整などを決める時に、医者が決めているように思っているかもしれませんが、実はリハビリなどのセラピストの意見が、結構、大きいということが、何となく話に出まして。実際に退院カンファレンスをやりますとリハビリの意見が結構大きいのです。今、医師は患者さんがどれぐらいの状態になっているか、あまり知らないこともあります。そのあたりはセラピストがしっかりしていて。ぜひ、医師だけではなくて、このセラピストが在宅の現場などに行って、どれぐらいの状況なのか、先ほど小畑先生がお話をされたどれぐらいのことができるのかという理解を深めることが大事かと。そこを上げようかとの話を、今、詰めています。

今泉：そういう研修会があると助かるなという思いがある一方で、多職種連携というところで、病院などの大きな規模のところはいいのですけれども、訪問看護などの小さな事業所でやろうとしますと、どの時間帯で、そういう研修会をやるかが大きなネックに

はなってくるかと。結局、開いている時間にそこで研修会に出ると、そこで収益と云いますか、先ほどの財源どうのこうのという話がありましたが、研修会に対して区の方から援助いただければ、研修を受けやすいのではないかと思います。

増田：確かに若い先生の場合在宅医療に触れるチャンスはあまりないと思います。北区医師会では帝京から来ている研修医の先生に在宅に触れるチャンスを作ろうということはやっていますし、宮崎先生のところの東京北医療センターでは、研修医の総合診療の人气がすごいですよね。

宮崎：家庭医志望もいます。

増田：医師のセカンドキャリアで外科の先生で引退した人が、今度、家庭医としてやるための再教育を地域医療振興財団が一生懸命やっています。そういったところを、区で少し補助するシステムもあっても良いかと考えています。また急性期の病院の先生を、小畑先生の在宅のクリニックに見学というよりは、1か月勤めていただくなどの機会があれば、この地域の在宅に興味を持っている先生や、今は興味を持っていなくてもこれから持つ先生が増えていくと思います。区の事業として、それをやることは結構意味があるかと思います。他でまったくやっていないわけではないのですけれども、今の北区のような高齢地域では特に、そういう事業をやることは非常に重要かと思えます。

それからもう一つです。話を聞いていて嫌になってしまうのですけれども、トリプル改定が迫っています。本当にわれわれは、もう特殊な状況におかれている業界です。普通の会社は原価が上がれば、売値は値上げします。小麦だって、オイルだって、食品だって上がっています。医療業界は原価の上乗せすらできないわけです。電気代が1割上がれば売値を上げるのは当たり前です。資本主義です。でなければ、赤字になってつぶれますから。でも、それすら対応できないのはすごくおかしいことです。結果、医者などは、他の職種に今さら移るつもりもありませんので諦めているのですけれども、人材確保の視点では事務系や看護助手さんは他の職種に移りますし、看護師さんは下手をすると海外に行きます。この少子化に重ねて日本よりも海外に行って働いたほうが給料がいいと。

そういう状況になっています。それでもこのシステムをこのまま続けていく本当に医療制度が崩壊してしまいます。国民皆保険制度を存続させるためには、医療機関が崩壊してしまわないように東京都医師会でも日本医師会でもいつも話題になっています。すべてが統制経済の中で、我慢しろという。少なくとも光熱費が上がったら、その分パッと売値に反映させないと、赤字が増えるだけです。それを我慢しろと言われても我慢のしようがないのです。

お金のことは限界があると思うのですけれども、他には先ほどの在宅ケアネットは非常に効果を上げています。それをもう少し拡張していく方向というのは、今日の会議の中で出た意見ですごく有益だったかと思っています。さらに職種を広げて、事

業の拡張を考えていただければと思います。

福田：ありがとうございました。

先ほど訪問診療医の研修について、何か区としての取り組みのお話がありましたが。

増田：看護師の研修も意味があります。医者だけではなくリハビリも、看護師も、ある意味、事務も同じです。在宅でやっているところは、医者と看護師だけで行っているわけではなくて、それ以外にマネージャー的に事務の方がついて行って、その方がコーディネートする在宅クリニックは結構あります。

人材育成の意味では、医者と看護師だけで何とかすればいい話では全然ありません。事務系も含めて、全体で人材確保できないと良いものができません。在宅診療ではこういうことを行なうと内容が分かれば興味を持っていただける方もいると思います。

福田：ありがとうございます。何か区から、このことでありますか。

佐藤：ありがとうございます。人材確保はいろいろな形で尽きないと、すごく参考になりました。その中でも、在宅の先生が交流するための部分の支援は、区としては考えられるものだと正直に感じたところです。合わせて、人材確保に関しては先ほども言いましたけれども、区ですべてを持ち出すのはなかなか難しいですので、東京都の支援を活かしつつ、使い勝手を考慮して、隙間を埋める形です。具体的に言えば、訪問看護師さんの育成です。前回も出ていましたが、新任訪問看護師さんの育成事業です。これは東京都さんですと1回分しか使えないなどの使い勝手があるかと思っておりますので、こういったところを区が補っていくことが、一つあるのかと感じています。

福田：ありがとうございます。

人材確保もいろいろと出ましたけれども、連携体制の整備、病床の維持確保です。この病床は病院の病床です。訪問看護ステーションなども含めた、他の施設の維持確保の意味も含めて、いかがでしょうか。

佐藤：区でイメージしていますのは、現時点では、今後、病床が老朽化等になって維持確保できない場合において区の敷地も含めた活用をあくまでイメージはしています。ただ、親会での意見もあるかと思っておりますので、幅広く意見を聴取しまして、区としましては、施策の方向に合致する案件は、地域医療会議で整備に係る意見聴取を行った上で、支援を行っていく必要があると考えています。

前田：この人材育成の話をしてしますと、結局、日本全体で生産年齢人口が減ってきます。給料の問題というよりは、まずは人がいなくなってしまうとなかなか厳しいと思うのです。その中で、ある意味では、今いる職員の方が離職しないように、まずしっかり食い止めることが大事かと思っておりますし、それは少し前におっしゃっていた、訪問看護師の育成事業で、訪問看護師さんも来ては辞められることがあるようにお聞きします。この分野に関心を持って訪問看護なり、介護なりに来られた方が、お辞めにならないということが大事です。それと、この分野では一度、仕事を諸般の事情で離職されているけれども、また復活すると。それは確か人材フェアか何かで、北区でも募集はさ

れていますよね。そういう時に、北区もそういう方を優先的に保育園の入園などして確保などすれば、ひょっとしたらうまくいくのかもしれないです。まず、そういう潜在的や、今ある人材を何とかしようとするのが大事と思っています。

あと、今いる方がより快適に、という言い方は難しいのですが、その診療なり看護なり介護なりが、よりスムーズに行えるシステムをつくることです。

最後に、冒頭に話があったこの病床について、増やそうなどは、北区は絶対思っていないと思いますけれども、やはり今ある病床をしっかりと確保することです。つまり後ろ向きではないですけれども、増やすよりは、まずしっかりと確保していくことに重点を置いていく。その中で、いかにそのシステムをしっかりと、効率的に実施していくかに尽きるのではないかと感じました。

福田：そうですね。

宮崎：すみません。いいですか。お金が安くて辞めてしまうのです。いや、それは本当にそうなのです。そこが問題なのです。ですから、モチベーション等の意味では、医師や看護師は十分あると思うのですが、やはり看護助手さんや保育士さんなど、もう本当にタスクシフトで、なるべく看護師や医師の業務、事務などを何とかお願いするほうが、今、ちょっと問題なのです。もちろん医師と看護師は慢性的な状況にありますが、そこは本当にお金なのです。その時給がいくらという、ちょっとしたせめぎ合いで辞めてしまうのです。本当に、このところ、ずっと感じる事なのです。お金の話ばかりですみません。

前田：国の制度上、そういう職種は全然相手にされていないと言いますか、施策の対象にされていないですよね。

宮崎：そうです。それも問題です。

前田：そこはやはり医療界の先生方が、決して専門職だけではないと強く言って、そういうものの確保について支援があるといいということはお話されていると思うのですが、

宮崎：本当に、タスクシフトを進めていきなさい、働き方改革ですと言いながら、おっしゃるとおり、そこがないのです。

福田：ありがとうございます。

増田：人材確保の点では、突拍子もない意見になるかもしれませんが、人口は流出もありますし流入も多いです。例えば都とか地区の医師会などや行政と連携して、流入する人は北区で働いてくださいと、その窓口になる仕組みができないかと思うのです。やはり医療職は専門職ですので、例えば地方から来る時も、ネットなどでいろいろと調べて、お金の高い条件のいいところを探すのです。

ですから、地区の医師会とか行政との連携を取って、他から流入する時には北区にこういうものがありますと紹介窓口になる仕組みがあると有用です。更にそれに対して、例えば北区で働いてくれれば補助をしますとかは魅力があります。現在の状況で

は先ほどの他の先生方のご意見がありました。人材派遣会社経由で来ていただいて、一人の就職に医療機関から何十万、医者の場合は何百万と紹介料の支出が出てしまうのです。人材派遣会社以外のルートで人材獲得できたら良いと思います。医師だけではなくて看護職とかりハビリなど、いろいろな職種でも同様です。

この会議とは直接関係ないのですが情報提供も大切です。医療業界にはいろいろな職種があります。それで今、准看護師の資格があるわけですが、多くの学校は経営に行き詰まっています。北区も廃校してしまいました。今年度の東京都医師会からの東京都に対する予算要望を、大詰めで原稿が出来上がって、8月末に東京都に持っていきます。まったく現在の法律の裏付けはないのですが、准看護師の養成学校と介護士の養成を合わせ「(仮称)療養看護介護福祉士」という、いきなり法律にない資格をつくったらどうかと提案しています。いわゆる准看護師と介護福祉士の養成学校を合体した形で要するに准看護免許を持って、介護ができる資格をつくと、そういう人たちは在宅の看護師で活躍する場があり、かつ介護もできるということになります。まず養成する学校からつくって、資格をつくろうと提案しています。実現すればまた一つブレイクスルーになるかもしれないです。

現場ではそれぞれの資格でいろいろなハードルがありますよね。確かに、そういう意味では、准看護師と介護士を養成の段階から組み合わせることは、すごく結構いいかと思うのです。

福田：ありがとうございます。

前田：私は北区に来る前に渋谷区にいました。今、廃校になったのですが、その当時は渋谷区の看護学校で公共政策の講義をしていました。一番驚いたのが、本当に生徒、学生のほとんどが介護職出身です。やはり介護をしていて、もう少し医学的なことを身に付けたい、あるいは身に付けたことを活かして働きたい。介護職で看護師になりたい方々が非常に多い。授業では、昔は新卒の人が看護学校に行くと、話を聞いていない人もいましたが、今はしっかり講義を聞いているのです。そういう意味では、介護職の方が、さらにキャリアアップしたいと思っている人がいると実感しています。

福田：今、北区に看護学校などはないのですか。

増田：北区医師会で以前はやっていたのですが、卒業生が区内に定着しないのが現状でした。卒業してすぐ他の区に行ってしまうから、他の区のためにやっている形になります。昔は都内に30ぐらい看護学校があったのですが、今は10ぐらいは残っていると思います。どこも経営が行き詰まってしまうし、渋谷区のようにモチベーションの高い人が来てくれるといいのですが、そうではない人が来ますと国家試験の合格率も低いです。授業中に話を聞かないなど何のために来ているのかという事になりかねません。

正看護師と准看護師は、少し難しい部分がありますよね。うちのクリニックでは、准看護師でも、正看護師でも、まったく条件に差を付けずに働いてもらっています。



そういう意味では、准看護師の学校がどんどん減っていますので、介護士と准看護師を組み合わせて、もともと介護をやっていた人が免許を取って、看護師の免許を持つのは非常にいいと思います。そういう需要は今後必ずあると思いこの話が出てきました。

福田：なかなか北区で作るのは大変そうですね。帝京大学と連携するなど、可能性としてはあると思っていますけれどもいかがですか。大学は地域枠など、いろいろなものがあります。そういうものも使いながらというものはあると思います。

佐藤：今後、介護士さんは、人材不足になってしまう部分もあると思います。キャリアアップの意味では、とてもいいお話だと思います。具体的にというのは、今はお伝えできませんけれども、また福田先生ともお話をさせていただければと思います。

福田：連携については、何かご意見がありますか。先ほどから医師との交流などがありましたけれども、追加で何か、医師だけではなく、いろいろな意見もあると思うので、いかがですか。

小畑：連携は、もう皆さん使っていますが、MCS がかなり普及してきています。在宅医療をやる上で、例えば訪問看護、ケアマネジャーなど、在宅医療に関わっている人たちの中での連絡の取り方は、かなり効率化され、スムーズになって密度も上がったと思うのですが、病院はどうでしょうか。当院ですと、すごく重症な人は、病院も一緒に入ってもらって、その人の在宅経過なども逐一報告して、病院の先生から MCS を通して指示が出るなども、患者さんによってはあります。

宮崎：残念ながら、病院ではあまり使っていないです。

小畑：そうですか。

宮崎：多分、私などの一部だけです。

小畑：そうなのですね。以前は病院自体、結構ブロックされていて。その担当の先生が入りたいと言っても、病院は認めませんと。少しずつ、多分良くなってきていて、入ってくださる先生が増えてきた感じです。

福田：そのあたりの活用、今後のことについてはいかがですか。

宮崎：なかなか病院の医師は、継続性が難しいと感じています。

小畑：確かにそうですね。

宮崎：ただ、そうは言っても、もうやらないといけないのです。どちらかと言いますと退院してしまうと、その人がどうだったかという話には、正直言いましてあまりならないかと。入院期間中に一生懸命との感じです。

小畑：ありがとうございます。

増田：医療連携で、地域包括では結構困ったケースがあるではないでしょうか。地域包括で困ったケースがあった時に、この人の相談をどうするかなど、また身近な問題では介護保険の主治医意見書を誰に書いてもらうかなど、その意味では、もうちょっと医療機関の情報があつたほうがいいかなと思っています。あと困っている方が受診して

いる医療機関の先生が親切か不親切かで、かなり話が変わるかと思います。そのあたりで、どういう連携に関する情報があつたらいいなどのご意見はありますか。

島崎：先ほど小畑先生がおっしゃったように、病院と在宅支援とのネットワークや顔合わせなどが深まれば、私たちが、例えば小畑先生に相談した時に、そういう患者さんだったらここへ連れて行ったほうがいいなどのアドバイスを頂けるかが一つあります。あと、私たちは自分の地域の中で、どういう医療機関があるのかを、しっかり押さえています。それは区が作成した在宅療養ハンドブックに基づいて、そういった困ったケースが現れると、そこからひもといて、どこだったら受け入れてくれる、どこだったらこの人のお家に近くて行きやすいかも含めて、情報をキャッチするなどしています。

あとは地域を回っていく中で、新しくクリニックができると、必ず挨拶に行っています。そこで気になるのが、医師会などに入っていないお医者さんやクリニックがあると、そういった時に、そこを頼ってしまっているのかどうかは、私たちはちょっと不透明です。利用者さんから情報を聞いてから、そのクリニックの方をお願いするなどがありますので、そういった情報などが得られるとありがたいかなとは思っています。

あと、今、北区でやっているサポート医がありますので、本当に困難で、どこにも連れて行けないし大変だという場合は、活用させていただいています。そこでかなりフォローできている状態だと思っています。サポート医がまたそういった、逆に地域の情報を、時々発信してくれるなどもあってもいいかと思うなどしています。

増田：医師会に入会しているかいないかは多分関係なく、信頼できる先生でしたら医師会員でなくてもどんどんお願いしていいです。ただ、医師会に入っていたほうが、いろいろな情報やネットワーク、在宅ケアも含めて、その流れに乗っていますから、ある意味ではやりやすいかもしれないと思います。きちんとした先生だったら、医師会員、非会員かは多分関係ないのかと思っています。

ただ、北区医師会は圧倒的に、全国でも群を抜いて組織率が高いです。いろいろと努力しています。基本的にはよほどのことがない限り、内科系の先生は入会しているはずなのです。皆で力をあわせてやっていくことで、いろいろな通達や情報もありますので、やはり医師会に入っていたほうが、その流れには乗れるかと思っています。

医師会に入っている医師が全員きちんとした医者かと言いますと、親切な人もいればそうでない人もいますので、会員、非会員はあまりこだわらなくても大丈夫だと思います。

島崎：ありがとうございます。本当にまったくそのとおりと感じるころがあつて、新しいクリニックで、まだ医師会に入っていない先生方は、本当にオープンしたてですと、非常にウエルカムですので、親切に優しくしていただいています。あとは、認知症の安心ナビの中では、物忘れ相談員と書いてありますけれども、実質やっていない先生

もいるなどして、利用者さんからクレームが来ることもありますので、やはり医師会のことはあまり考えないでおきたいと思います。

増田：開院するからには医師会のことを理解はしていると思いますので、入らないのには理由が何かあるのか、いずれ入ろうと思っているのか。よその医師会と比べて、北区は入会費も安いですし、すぐ入れます。断るなどは一切しないようにし、フレンドリーなところですよ。

あと、認知症に関して一つ気になるのが、これから新しい薬が出ます。ただ、新しい薬は誰にでも使えるわけではなく、使う時には定期的にMRIを撮るなど、結構大変なのです。金額も高いですし。けれども、週刊誌などを読んで、包括に来る方や訪問看護をやっているいろいろな方から、こんないい薬ができたならうちの家族にも使ってと必ず話が出ると思います。そのあたりの情報共有は、今後もしっかりとやっていきたいところです。

島崎：よろしくお願いします。

福田：ありがとうございます。

いかがですか。いろいろと意見が出て、なかなかここでまとめるのは難しいですので、また事務局で、今日持ち帰ってまとめて、親会に行く前に、もう一度皆さま方に聞いたほうがいいのかと思うのですけれども。いかがですか。何かもう一言、二言、言っておきたいことがあればと思っているのですけれども。また事務局から、何か、こういうところに意見がほしいなどありましたら。

佐藤：ありがとうございます。

人材確保については繰り返しになりますが、やはり先ほどの補助がある訪問看護の部分で、まずできることからやっていきたいとは思っていますし、在宅医療を増やしていく時に必要になる穴を埋めるなども含めて、今後、検討はしていきたいと思っています。連携体制の整備については、先ほど在宅ケアネットのお話がありました。この拡充もご意見としてありましたので、在宅ケアネットに拡充できるかを含めて、お話しはしていこうと思っています。

もう一つ、連携体制の整備につきましては、取り組みの事例の中で、話題としてありましたが、資料2を見ていただければと思っています。

この取り組みの方向の中で、下の段にあるのですが、多職種連携による24時間オンコール体制です。これは在宅療養の部分になりますが、実は東京都の補助がある事業です。なかなか区だけで出来上がるものではないのですが、連携体制の整備の部分では、区ではこういった補助金を活用したものも、考えていきたいと事務局では考えています。

③の病床の維持確保につきましては、繰り返しになりますが、やはり親会での意見聴取等もありますが、拡充ではなく維持確保をしていくために、病院への必要な支援は考えていきたいと思っています。

福田：前の会議で議論が出たのかもしれませんが、この多職種連携の24時間オンコール体制の確保は、具体的にどのようなことですか。

佐藤：これは具体的な話として、委員の方々からも出てきたものです。補助金一覧を見ていただけたらと思います。資料3の中に関連補助制度が出ています。

増田：代わりに説明します。コロナで、夜の救急がすごく大変で、ファストドクターや悠翔会などにも手伝ってもらいながら、夜の救急体制、在宅訪問往診体制が、かなり普及した。それを今後レガシーとして残していこうと、東京都の医師会や小畑先生などが一生懸命やっていたいのですけれども、一人の医師で完全24時間カバーは難しいのです。24時間カバーするために、自分が行けない時に誰かに代わりに行ってもらうシステムをつくっていかうと、東京都医師会でまとめて、東京都から補助金を出してもらいます。それで、最初の枠は8区域だけだったのですけれども、実際は二十何区域が手挙げしましたので、東京都が予算を組んで、補助金は出すから各区域で全部やる仕組みを作ってほしいと言う事になりました。北区も手を挙げており、小畑先生と横山先生が中心になってやってくれているのですけれども、いろいろなパターンがあって、北区は、そのファストドクターなどに頼まず、独自でお互いの力を出し合ってやっていかうとの方です。他地域ではファストドクターに委託する医師会もあります。

基本的に普段診ている主治医がいて、患者さんが、夜調子が悪くなった時や、長期休暇などもありますから、そういう時のバックアップ体制を24時間まで拡充できるようにとこれから始まる事業です。

福田：小畑委員はいかがですか。

小畑：それを作るには、DXなどカルテが共有されていないと、普段どのような人か分からなくて役に立ちませんので、クラウドのカルテを複数の医療機関で共有できるようにカスタマイズする費用と、それを運営する費用に関して、申請をしている状態です。それを今、医師会がやってくれています。

増田：一番大事なのは、東京都の補助は3年間だけです。3年後には東京都の補助が終わりその後は区でやってくださいと東京都は言っています。その時点で、「もうそんなお金は出せないです」と言うと、せっかくだいいものを作っても3年で終わってしまいます。4年目からは、どれくらい実績をつくるかにもよりますけれども、区が引き受ける事業になりますので、今後検討をお願いします。

佐藤：ありがとうございます。実はそれも踏まえた上で、われわれとしては、区でやっていくこの施策の一つとしてとらえたいと考えています。

小畑：実際に患者さんから見ても、普段、外来に通院していて、通院できなくなったらこの先生が訪問してくれる体制が、一番安心だと思います。ただ、外来の先生はなかなか24時間コールできないですね。それをこういう事業でカバーすることは、いいことだと思います。予算をしっかりとつけていただければ、私たちが中心になってやり

ます。

福田：ということで、よろしいでしょうか。

佐藤：ありがとうございます。

福田：そろそろお時間となってきましたけれども、事務局としては、大体、今日もある程度聞けたかと思えます。いかがですか。何かまとめができそうな。

佐藤：いろいろなご意見を賜りまして、ありがとうございました。なかなか、できることとできないことがあるかと思えますが、広くご意見を賜ったことが、とてもありがたいと思っています。

繰り返しになりますが、今回の部会のまとめとしては、あくまでも取り組みの部分、この区の部分までは、基本的にはまとめの中には入っていませんが、やはり親会に提案していくためには、具体的な方法も含めた提案についても、出していけたらと思っています。人材確保、あるいは連携体制、病床確保のすべてを網羅するのはなかなか苦しいかと思いますが、今、頂きましたご意見を、座長、あるいは副座長とお話をさせていただきまして、皆さまにご報告をした上で、今後10月以降親会がありますので、そちらに、まとめの一つとして持っていきたいと思っています。

福田：ありがとうございます。その他はよろしいですか。

それでは最後、増田副座長から。いろいろと情報を頂きましたが、追加で何かありましたら、よろしくをお願いします。

増田：こういう会ですので、愚痴のこぼし合いのようになってしまうところはやむを得ないのですが、少ない予算を生かせるような、いろいろなすごくいい施策やアイデアが次々出てきています。今後もよろしくをお願いします。どうもありがとうございました。