

**会 議 名：**第2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6月14日(水) 午後7時30分

**場 所：**北とぴあ 15階 ペガサスホール

**出席者（敬称略）：**増田幹生、大場庸助、藤井香織、廣瀬瑞紀、小平祐造、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：**倉林企画課長、関谷高齢福祉課長事務取扱福祉部参事

**欠席者：**宮崎国久、横山健一、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

今後のスケジュール

**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：在宅医療に係る課題

資料3：病院に係る課題

資料4：今後のスケジュール（案）

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1回）意見集約

補足資料2：第1回北区地域医療会議在宅医療提供体制検討部会議事録

当日配付資料：令和2年医療施設静態調査集計結果

**逐 語 録：**

佐藤：本日はお忙しい中お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。ただいまから、北区地域医療会議、在宅医療提供体制検討部会の第2回会議を開催します。私は、4月から地域医療連携推進担当課長を務めさせていただくことになりました佐藤です。どうぞよろしく申し上げます。議事に入るまで私のほうで進行させていただきます。まずは、お手元に本を置かせていただきました、こちらの紹介をさせていただきます。先ほど増田会長から受け取りましたので、増田会長、よろしければ、内容につきまして一言よろしいでしょうか。

増田：（増田会長より配布いただいた本について、ご紹介いただいた）

佐藤：増田会長、ありがとうございます。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きたいと思っております。どうぞよろしく申し上げます。

福田：本日もよろしく申し上げます。第2回ということで、あとはスケジュールにありますけれども、この検討部会は3回で終了となる予定です。今回、いろいろなアイデアや

方向性を出すべき重要な会議になりますので、よろしく申し上げます。

佐藤：ありがとうございました。次にお手元の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、一番上の次第の他、右上に資料番号1から4までの4種類と、参考の資料としまして補足資料1と2、ならびに今回第2回部会の意見用紙です。また、当日追加配布資料1点の、以上9点を配布しています。不足等がありましたら事務局までお申し付けください。

次に委員のご紹介です。恐れ入りますが資料1をご覧ください。今回、年度を越えまして追加または変更になっている委員の方々がいますので、その方のご紹介をします。初めに追加となりました委員の方のご紹介です。今回第2回検討部会を開催するに当たりまして、年度内のビジョン策定の議論をより一層深めていくため、事前に福田座長、増田副座長とご相談をさせていただいた結果、新たにお1人の方に委員に就任していただくこととしました。その他、人事異動によりまして、区の委員ならびにオブザーバーが変更になっていますので、順にご紹介をします。恐れ入りますが、お名前をお呼びしますので、ご起立の上、一言ご挨拶をお願いします。

まずは新たに学識経験者として委員にご就任いただきました、公益財団法人結核予防会審議役、前田秀雄先生です。

前田：前田です。よろしく申し上げます。

佐藤：ありがとうございます。次に、新たに北区保健所長に着任しました尾本光祥所長です。

尾本：北区保健所長、前田の後任の尾本です。どうぞよろしく申し上げます。とても大事な課題を、こうしてこのビジョンを作るといふ、目的もあり、皆さまとお話し合いができればとてもありがたいです。どうぞよろしく申し上げます。

佐藤：次に行政側のオブザーバーとして、今年度高齢福祉課長に着任しました福祉部参事の関谷幸子参事です。

関谷：4月に高齢福祉課長に着任しました関谷です。医療との連携が非常に大事だと思っていますので、いろいろとご意見を聞かせていただきたいです。どうぞよろしく申し上げます。

佐藤：最後になりました。先ほど申しました、事務局としまして、4月に地域医療連携推進課担当課長に着任しました佐藤已喜人です。その他の委員の方々につきましては変更等ありませんので、恐れ入りますが、資料1をもちまして今回のご紹介は割愛させていただきます。

次に本日ご欠席をされている委員の方々です。宮崎委員および横山委員の2名からは、事前にご欠席のご連絡を頂いています。また、オブザーバーの新井介護保険課長も所用のため欠席です。欠席者は以上です。出席委員は13名と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。それではこれ以降は議題に入りますので、進行は福田座長、よろしく申し上げます。

福田：それではお手元の次第に沿って進めます。今回は、先ほども言いましたように第2回

ということですので、1 回目にはいろいろ議論いただいたことを事務局のほうで取りまとめたものを資料として配布しています。それに基づいてさらに方向性を検討して、より具体的なアイデアを皆さん方に出していただきたいと思います。

それでは、事務局から説明していただいてよろしいでしょうか。

佐藤：次第と順番が前後しますが、先に資料 4 の今後のスケジュールにつきましてご説明をさせていただき、その後に資料 2 および 3 についてご説明をします。

福田：どうぞお願いします。

佐藤：今後のスケジュールは資料 4 です。こちらは今年の 2 月に親会議でもお示しをしていますが、パブリックコメントあるいは北区基本計画等と足並みを揃えさせていただきました結果、策定自体には変更はありませんが、途中経過につきまして変更をしていますので、今回の第 2 回地域医療会議在宅医療提供体制検討部会にてご報告をさせていただきます。

現在は地域医療会議の部会ということですが、上から 2 段目の黄色枠のところ、令和 5 年度第 2 回部会で 6 月中旬ごろ、というところです。本日こちらの部会で後ほど検討したご意見等をいただきまして、これからの調整になりますが、来月下旬に第 3 回部会を開きます。検討部会としましてはここで終了とします。こちらは 7 月下旬の際には、医療環境調査の結果につきましても概要報告をできる見込みです。そちらで頂きましたこの検討内容につきまして、次に一番上になります、地域医療会議第 3 回は 9 月下旬です。こちらにビジョンの素案の素案のような形で、骨格のようなものをお示ししたいと考えています。そして、そちらの骨格などを含めまして皆さまにご意見を頂きました後、第 4 回は 11 月下旬で、素案の作成をします。一番下の部分になります。こちらの素案の作成の第 4 回を経まして、素案は完成という形になります。パブリックコメントにつきましては、その後 12 月に議会にいったん報告等をさせていただきまして、パブリックコメントに入ります。1 月になりましてパブリックコメントが終了します。2 月にパブリックコメントの議会の意見聴取等をさせていただきまして、最終案の作成です。そして地域医療会議第 5 回にて、ビジョンの策定という形になります。令和 6 年度以降につきましても、ビジョン策定後の課題検討、あるいは情報共有ということで、定期的に地域医療会議を実施していきたいと考えています。事務局からは以上です。

福田：ありがとうございます。スケジュールについて何かご意見等がありますか。これからはなかなかタイトなスケジュールになりますけれども、皆さま方、ご協力をよろしくお願いします。

それでは、資料 2 と資料 3 を使って説明を、在宅医療に関わる課題と病院に関わる課題ということで、続けて事務局からお願いします。

佐藤：それでは資料 2 をお願いします。こちらは在宅医療に係る課題の資料です。こちらの資料につきましては、第 1 回の 3 月も同様の資料を配布していますが、今回の資料 2

は前回の検討部会を經まして、課題および施策検討の方向性としてより具体性がある内容となっています。なお、資料そのものにつきましては、皆さまのご意見を基に事務局側でお示ししたものです。今回補足資料としまして前回の議事録を参考資料として付けていますが、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、本日の検討部会の中でご指摘いただければ事務局としては幸いです。繰り返しになりますが、資料2は左側の課題に対し施策の方向性が明確になってきているものでして、具体的には、(1)の訪問診療、看護、介護の担い手不足につきましては、訪問診療医の育成として在宅医療を現場で学ぶ仕組み作り、訪問看護師の育成としましては、新規採用者の研修期間中の事業者支援などが必要といったご意見を頂きました。(2)、時々入院、ほぼ在宅の実現では、適切な訪問診療による入院需要の適正化や、多職種連携による24時間連携体制の確保、あるいはグループ診療のプラットフォームの構築などといった、より具体的なご意見を頂きました。その他、(3)自宅での看取り対応や、(4)のその他といった課題につきましては、お示しのとおりです。

次に資料3をお願いします。こちらは病院に係る課題です。こちらにつきましては、先ほどの資料2と比べまして、前日も皆さまからご意見を頂くお時間がかなり限られてしまったこともありまして、ご意見自体は少なくなってしまった状況です。従いまして、資料は前回の資料と同様の内容となっています。事務局としましては、本日はこちらの資料3においても皆さまからのご意見を頂きたいと考えています。

なお、この資料の中で右下に赤字記載をしていますこの項目は、病床数の維持確保といったより大きなテーマを持っています。事務局としましては、本日の検討部会における議論を3回目を踏まえまして、親会であります地域医療会議においても広くご意見を頂きたく、検討したいと考えています。雑ぱくではありますが、事務局からの説明は以上です。

福田：ありがとうございます。それから追加で、当日追加配布資料があります。これは医療施設調査の分析をしたものです。これについては帝京大学の中川さんをお願いします。

中川：中川です。お願いします。お手元の資料の、右側に当日配布資料と書かれている、令和2年度医療施設静態調査の調査結果をご覧ください。調査月は令和2年の9月の1カ月間です。コロナの感染状況は、このころは東京都全体の1週間の感染者数が1,200人程度といった、割と落ち着いた時期における調査です。

まず図の1と2は、在宅医療患者訪問診療を行った診療所40カ所についての記述で、上下の図における施設番号は対応しています。エックス軸を右に行くほど、常勤医師数が多くなるように配置しています。北区の訪問診療の75%は診療所が担っているということが分かります。また半数以上の診療所は、常勤医師数が1名という現実も見えてきます。

続きまして図3は、訪問診療を行う診療所における在宅看取り件数の分布を示してい

ます。40カ所の診療所中、30カ所では「お看取りなし」とのご報告でした。ただし、これは年間の一月平均を出しているわけではなく、9月の1カ月間に看取りがあったか、なかったか、ということを知っていますので、その点をご承知おきください。続きまして2ページ目と3ページ目です。こちらは病院票の記述です。北区内にある療養病床と一般病床を持つ17施設についての記述です。こちらでもAからQの施設番号は、どの図でも同一の施設を示しています。図の4は月末病床利用率です。令和2年9月の末日は、平日の水曜日でした。一般病床については、コロナのため病院病床確保の影響があると思われます。図6は、介護保険における在宅サービスのうち、診療と療養患者の、居宅療養管理指導と訪問リハビリテーションの件数を記述しています。図7は、往診件数および在宅患者訪問診療件数の記述です。

施設番号についている青い丸ですが、こちらは築年数が30年を超える病院を示しています。減価償却資産の耐用年数等に関する症例によりますと、病院建物の耐用年数は39年とされています。よって、青印の病院は、この先10年以内に建て替えを迎えると予測されます。北区内にある療養病床を100%とした時、21%の療養病床が10年以内に建て替えを迎え、一般病床では25%が10年以内に建て替えを迎えます。訪問診療につきましては、施設DとEで北区内の全ての診療所と病院が行う方針の20%と、訪問診療の10%を担っています。

福田：ありがとうございます。では、これから皆さん方はフリートークでいろいろご議論いただきたいと思います。先ほど言いましたように、第3回でまとめることとなりますので、今回はこういう課題や方向付けのいろいろなアイデアを出し、皆さんにご意見を頂く最後の機会です。重要な機会となりますので、忌憚のないご意見を頂きたいです。

まずは増田委員、何かありますか。

増田：この間、資料3についてのディスカッションの時間があまりなくて取れなかったというところなのですが、資料2に関しては大体この間に出尽くしています。資料3ではディスカッションをするにあたって、できることとできないことがやはりあると思います。今、静態調査でお話があったように、老朽化している病院が多いというのが北区の中の事実です。それで建て替えに入って、病床を確保します。いろいろな問題があるのですが、赤羽中央病院は北区の学校の跡地を使って移設しました。

そういうのも方法としてあるのですけれども、区としてはどの辺までフレキシビリティがあるのかです。他の区で話を聞くのは、隣接した公園と病院の土地を交換して、もともと公園のあったほうに病院をつくったという、要するに土地の交換です。あとは、売却する、無償貸与するなどがあります。区の方で、遊休地というわけではないのでしようけれども、廃校になった学校などをある程度区で統廃合をしていきます。その辺がどのぐらい区としてフレキシビリティがあるかによって、恐らく病院の経営状況も含めて変わると思います。その辺も区としての考えや状況を教えていただき

たいです。

倉林：企画課長の倉林です。よろしくお願いします。企画課は、区全体の施策や全体計画の統括をしている部門です。そうした中で、学校の跡地についても企画課で所管をしていますので、私からお答えをします。

今、増田先生からご紹介がありましたとおり、赤羽中央病院につきましては赤羽中学校の跡地に移っていただいています。北区の学校跡地の利活用のスキームでは、学校跡地は地域の方の共有の財産だという取り扱いになっています。跡地の利活用については、専門の委員会に地域の方の代表や学識の方にお入りいただきまして、その中で方向性を定めていくというものです。旧赤羽中学校の活用については、その検討会の中での方向性として、医療の関係などが地域に必要であるという取りまとめになったものですから、結果としてこちらに赤羽中央病院がお入りになったというところで

です。他の学校跡地につきましても、例えばその地域の医療の需要など、総合的な観点の中でお入りいただく可能性はあるとは思っています。その時に、先ほどの土地の交換、無償で貸し付ける、あるいは有償で貸し付けるなどにつきましても、赤羽中央病院は定期借地という形になっていますので、一定の経費を区に対してお支払いいただいています。例えば土地の交換のようなものも、検討が必要ですがあり得ると思っています。

福田：ありがとうございます。

増田：必要な医療資源は病院の病床だけではないです。介護施設も包括も、あと保育所もそうです。そういったものも含めて総合的に考えることは可能なのでしょうか。

倉林：結論から言うと可能です。赤羽中央病院も、当時ちょうど保育所の待機児童の問題が非常に大きかったものですから、同じ敷地の中に民間の保育施設が入ってまして、そこに連携する形で病児保育も行っていただいています。ですので、学校跡地利活用計画の策定において、そのエリアの需要として、例えば特別養護老人ホームや、今回の会議の中では訪問看護の話もだいぶ出ています。そのような必要があるといった場合に、いくつかの機能を併設するなど、そのようなことも理屈上は可能です。ですが、計画策定の際には、その地域の皆さまや学識経験者の見識も踏まえた上での利活用になっていると考えています。

増田：ありがとうございます。

福田：ありがとうございます。この部会や親会でそのあたりを、どこまで踏み込んだものをビジョンとして掲げるかというのもあるとは思いますが。今の議論について、新しく委員になられた元保健所長の前田委員、何かありますか。

前田：私も一応赤羽中央病院の移転の頃には関わっていたところです。先ほど、今回もあえて当日配布資料のところで築30年以上ということをお伝えいただきましたのも、そうした今後の課題について踏まえたところでマークがされているものだと理解をし

ています。

先ほど企画課長から地域のニーズを踏まえた、というお話がありました。ただ、今回これまでの経緯の中でも、北区では決してこれまでのとおり病床数を増床しようというよりは、今のものを維持しようというところです。ただ、一方で、これはもう既に皆さんはご存じかもしれませんが、万が一この老朽化によって現地建て替えがままならないということで、その病床を返上した場合は区西北部医療圏全体でこの病床数を分け合ってしまうということになって、結果として地域の医療資源が減少してしまうということになります。そういう意味では、地域にこれから新たに病床のニーズがあるかというより、この地域においての医療のニーズを確保するという視点がくることになりしますので、課題としては跡地利用について、より重要なテーマであると考えています。

ただ、一方で、この課題の（２）にあります既存病床の有効活用というところにも関わってきますけれども、やはり一定程度区としての便宜を図って、金額的には土地交換等で全く財政的には負担はありませんけれども、やはりそういった便宜を図る代わりに、この区の医療の方向性にかなった形での病床を整備していただくことが必要になってきます。これも多くの方はご存じですが、先ほども増田会長がお示された他区でのさまざまな事例においては、やはりそうした観点から、病床の種別等についてはこうした地域医療会議等で示された、区としてあるべきバランスに沿った形で整備していただくよう促していくことが必要になってくると思っています。

福田：ありがとうございます。この点については、また親会で議論を進めたいと思います。それ以外に何かありますか。

今泉：病床のことですが、北区は比較的中小の病院が多く集まっています。中小病院は一定規模の病院に比べて、やはり経営的な困難の差は少し抱えている感じです。そうすると築 30 年という病院は、多分変遷に入ったころの医療計画で、右肩上がりの計画が立てられた時期だと思います。だいたい病床が機能分化してきて、地域包括ケアの中でやはりポジショニングを意識する中では、中小病院はなかなか立ち位置が難しい。建て替える体力があるのかという感想を正直持っています。それはまず、今後の経済危機がどうなるか分かりませんが、やはり建設費の高騰で、過去 10 年間は同じ建物を作るにあたって 3 割ぐらい上がっていると思います。

あとは、人が集まるのかという問題もあります。やはり人が集まらないと始まりませんが、医師だけではなくて看護師などいろいろ集めるのは難しいです。中小病院は、急性期よりは療養などの慢性期の病院になるので、そうすると医療の質の中では一番そこが困難になってきているところだと正直感じています。

福田：貴重なご意見をありがとうございます。今ちょうど病院に関わる課題などが出てきています。この①のところですか。病床の空き情報の共有化や、病院間や病診間の連携という点について、前回も今のシステムのご意見をいろいろ伺ったという話がありまし

た。この点で補足などはありますか。病床の空き状況の情報がうまく活用されているかという点です。

増田：病院間同士で病床の空き情報も活用するような状況は、コロナの時は別ですけども、普段はどのくらい生じているのでしょうか。それぞれの病院で解決してしまっているところもあります。コロナで逼迫した時ですと、要するに、入院するベッドがないという状況がありましたが、普段だとどうですか。ある程度すみ分けているという言い方は適さないかもしれませんが、やはりそれぞれの病院によって得意、不得意の分野があって、医師の側も専門医の配置も刻々と変わってきますので、それに応じて対応をしています。救急はともかくとして、救急以外だと病院の間で連絡を取っていますか。取る必要自体があるかどうかです。

廣瀬：やはり夏場はあまりないのですが、冬の繁忙期になりますと、救急外来で出た患者さまですぐに入院させないといけないという時に、当時ベッドがなくて近隣の病院に依頼することがありました。そこで初めて空いているかどうか分かる状況です。「空いている」と救急隊も含めて事前に分かっていたら、空いているところに最初から運んでいただけるのが理想的だと思います。そこは、やはり患者さんが来てしまってから自分のところで探し始めるというのが、現実としては起きています。ただ、夏であればベッドが空いていますので、よその医療機関のベッドの空き具合を確認することはあまりないです。

増田：病院同士だとクリニックから入院が必要な患者をお願いする時は、電話をして、「今は病床が空いていません」と言って他を当てることが多いです。確かにこの見える化をしているとそれはいいので、今はコロナが5類になって、コロナだけですけれども、病床をある程度見られるシステムはネットで出来上がっていますので、それを拡張できればお互いに助かります。ただ、病棟だけ空いていればいいというわけではありません。その科の専門の先生がいる、手術できるかも問題ですけども、病棟と病床だけの問題ではないけれども、確かにもう少し見える化ができるといいというのは意見的には同じです。病院間でも、診療所間でもそうです。小畑先生は在宅をやっていて、入院が必要な時は個別に当たっていく感じですか。

小畑：そうです。何かシステムティックに共有されているということは基本的にはないです。病院によっては、「今は何床空いています」と毎日送ってきてくれます。緩和ケア病棟は割とそのようなところが多いですけども、急性期に関してはあまりないです。病態に応じて、この病態だったらここにまず聞いてみよう、駄目だったら次を聞いてみようという感じで、結構手間はかかっています。

増田：探すほうとしては、欲しい情報は区単位でそういうものがあつたほうがいいのか、もう少し広く区の西北部など、そのようなエリアぐらいであつたほうがいいのか。

小畑：そこは広いほうがいいのかもありません。割と区の境界に住んでいる方がたくさんいる



ので、そうすると区内だけとなると、本当はこちらのほうが近いのということ結構あります。板橋区のほうが近かったということはよくあります。

福田：ありがとうございます。地域包括の観点や訪問看護の観点から、病院への搬送など、そのあたりで困ることなどありますか。橋本委員、何かありますか。

橋本：実際に訪問をしていて入院が必要な場合は、やはりその利用者さんのかかりつけのところにまず相談をします。その病院に空きがなければ、やはりそちらのほうから紹介していただきます。

福田：では、今のところはある程度回っている状況ですか。

橋本：そうです。回っているのが実際のところ。あとは、入院とはまた別にステーション同士では、今このぐらい空いている、このような利用者さんは受けられる、受けられないというのは、ステーションの中では共有しています。

福田：それは何かシステムとしてそういうものがあるのですか。

橋本：そうです。アナログなのですが、何回か更新していきながらやっています。その時も最初の課題は地域で分けているので、必然的にすみ分けをしているというのはあります。

福田：ありがとうございます。この辺の連携についての議論はこのあたりでよろしいですか。他に何かありましたか。

廣瀬：よろしいですか。

福田：はい。

廣瀬：もし本当に見える化をやっていくのであれば、何科の病棟が空いて、何の手術が対応できるかというのを、逐一われわれ救急隊員の方に送っていてですね。救急を受け入れる病院から救急隊に出している情報を皆さんが見られるようなシステムが構築できると、スムーズな患者さんの受け入れや搬送にはつながると思います。もしそういったシステムが簡単に作れるのであれば、やってもいいのかなとは思いますが。

福田：それは、今救急の情報があって、それをもう少し広く共有するということですか。

廣瀬：はい。逐一、何の手術は受けられる、何の病棟は空いているという形で、必ずリアルタイムで救急隊のほうに上げるのです。恐らく二次救急医療機関以上のところは全部やっていると思います。そういうものが皆さんに見ていただくと、送る時にあまり困らないのではと思います。

福田：分かりました。具体的なアイデアとしては、ありがとうございます。よろしいでしょうか。では資料2に戻ります。在宅医療に関わる課題ということで、そこに課題と方向性が示されています。ここに示されていないけれども、もう少し他の重要な課題がある、あるいは方向性の中でこういうところが重要など、より具体的に挙げられることがありましたらご意見を頂きたいです。いかがでしょうか。どうぞお願いします。

今泉：慢性期代表の今泉です。在宅医療に関しては、常勤医師の数の資料で把握できる形に

なっていますが、在宅医療を支える上では訪問看護の数と規模がやはり非常に重要で、訪問看護を地域密着でやっていますので、そこら辺が北区内でどのくらいあるのか、規模はどうか、それはどういう連携でやっているのかというのが、やはり重要な課題だと思います。

在宅医療をやっていると、一応在宅医が 24 時間 365 日対応するにしても、連携する訪問看護がかなり密に熱心に取り組んでいるところであると、こういった医者の方は楽をさせていただくような感じになります。防波堤としてまず看護師に対応していただいて、そして看取りなど最後のところで医者が行くという感じになります。在宅医療を考える時には、クリニックの先生たちがなかなか看取りもできない、定期的に行っていらっしやらないというところをカバーする上でも、訪問看護の実態調査は必要な課題だと思います。

福田：ありがとうございます。訪問看護や介護などがありましたので、橋本委員、何かありますか。施設や、この②の訪問看護師の育成等について、何かご意見がありましたらお願いします。

橋本：医師不足もそうなのですが、やはり看護師も不足です。あと看護師の非常勤の子育て組で、なかなか 24 時間の携帯を持ってないという看護師も多いです。もともと少ない常勤の看護師で 24 時間の携帯を持っているのが現状です。ただ、やはり在宅看取りということで、お家で最後までという方は、コロナの影響もあるのですが、最近はかなり多くの方がおうちで過ごしたいと言われています。なので必然的に、昨年度も私たちのステーションでも、お家で看取られている方のケースはどんどん増えています。やはりここで支えられるというところが総合ステーションの強みだと思っています。ただ、やはりそこには職員の育成や、職員の数というのが本当に一番大きく響いていると思います。

あとは在宅看取りを支える側と、そしてやはり医療連携がとても大事なのですが、その中で先生の死生観と家族の死生観です。やはりそこら辺で何回も話し合い、情報共有をしていくという、その場もすごく大事だと思っています。先生によって、家族によって、どのような最期を看取るのか、どのように支えるのかは、やはりケースバイケースで全然違います。そこら辺は先生と密に連携を取り、情報を取り合えるようなシステムがすごく大事だと思っています。なかなかお忙しい中ですが、先生と話し合う時間が設けられたらいいと思います。

福田：医師のことは、また後ほど少し改めて話題にしたいと思います。その新規採用者の研修期間中の事業支援などのニーズは、どれくらいあるのでしょうか。

橋本：当ステーションの中では、昨年度は新卒ではなく既卒で受け入れた職員が現在 3 名いらっしやいます。その中で 1 人が常勤です。やはり職員が独り立ちするまでに大体 3 カ月くらいかかります。その間の研修費だったり人件費だったりというところで支援があったらいい、というところからのお話です。

福田：今そのような支援は、実際にはないですか。

橋本：東京都からの支援はあるのですけれども、やはり既卒だと少し金額が違います。ただ、利用できるのは1ステーション1回だけということになっています。

福田：ありがとうございます。せっかくマイクがそちら側にあるので、地域包括、あるいは介護のほうで、人材確保の点で何かありますか。

島崎：これは本当に、人材確保が課題中の課題です。特に地域包括支援センターは多職種の集団になるので、1人が欠けるとものすごく大変になります。私は看護師として地域包括支援センターにいますけれども、看護師も、病院で働く看護師、訪問看護で働く看護師、地域包括で働く看護師と、やはり全然ジャンルが違っていています。もちろん経験がある看護師でないと地域包括支援センターに配属はできないです。それか保健師という形になるのですが、なかなか定着しません。働いてみたけれども少し違っていたというところが多くて、やはりそこら辺の教育も、どうやったらその人が一人前になっていけるのかというところの継続性や、そういった人材育成がなかなかないまま、常にこの追われている感じがしています。それは介護の業界も一緒に、なかなか定着をしていかないところが本当に課題です。

ただ、区としての取り組みも少しずつしている様子もあります。中学生向けに「ヘルパーさんはこのような仕事をしています」というリーフレットを北区でご用意していただいている、それを中学校に配布しています。そのような取り組みをしていますし、私たちも看護実習生を多く受け入れることによって、実際の現場を見ていただくところから興味を持っていただき、いずれは勤務に就いていただきたいという思いで、そのような仕事もほぼオプションな感じでやっているところです。ですので、その芽が出るまでにはまだ時間がかかると思っています。

福田：大場委員、何かありましたらお願いします。

大場（栄）：ケアマネジャーの会の大場です。よろしくをお願いします。人材確保に直接つながる話ではないかもしれませんが、医療介護の職種に就く皆さんがやりがいを持って長く続けていけるという部分では、いろいろな要素があるでしょうけれども、例えばここに出てくる（2）と（3）に関わるでしょうけれども多職種連携ということで出てきます。情報共有と多職種連携という部分での、その仕掛けの部分で北区は持っています。

ケアマネジャーの場合、35件の件数を持って月1回の訪問という言い方をされますけれども、月1回の訪問で済む方は少ないです。毎月の訪問以外に、例えば通院と一緒にいく、お迎えに付き添う、一緒に外出するなどの事情がある。金融機関に行く、区役所を回るなど、さまざまな仕事が付いてきます。そういうところの隙間の部分を埋めていく役割でも、結構介護職は使われます。要は、事務所にいない時間があるわけです。なので、1日のうちの半分以上はいない中で、電話ではつながらない、ファックスは一方的な筆記になってしまう。それは大事ですけれども、やはり

MCS(Medical Care STATION:医療介護専用コミュニケーションツール)を含めた情報共有の仕掛けを思い切って作っていかないと、大事な判断ができません。

ケアマネジャーでいえば、この情報を持って、医師につなげれば、ドクターが判断する際にこれは大事な情報でしょうという時に、一方通行ではなくて、グループを作ってMCSのような形がもっと普及されれば、それぞれからいろいろな情報が入って、的確に判断できます。そのような動きがいつも顔合わせをしていなくてもできるようなことを、介護士の側でももっと使えるように普及していくことが、やりがいと定着にも繋がってくると思っています。その点での検討も必要だと思います。

福田：具体的な形が必要だと伺いましたが、具体的な形をもう少しお話しいただいてもいいですか。

大場（栄）：今、医師会さんと取り組んでいますけれどもMCSを、ぜひもっと普及できるようなことを願っています。

増田：人材育成に関して、どこの業種でも同じなのですが、経営的なこともありますので、ぎりぎりの人数でやっています。そうすると、自分が体調が悪い、親の介護がある、子どもが病気だと、いろいろなシチュエーションがあるのですが、ここで休むと周りに迷惑をかけるからと、やはり日本人なので我慢をしてしまいます。

この前の日曜日に、日本医師会で若手医師をどのようにに育成していくかというシンポジウムをやったのですが、僕たちのころは卒業生の1割ぐらしか女性はいませんでした。今は4割ぐらいが女性です。要するに、女性の力をなくして医療は成り立たちません。ただ、女性の場合には、やはり自分のキャリア形成の間で出産と育児もあります。いろいろな問題があるわけです。そこをどうサポートするかという意味で、やはり今までのやり方だと無理です。それは多分、他の業種も同じだと感じています。

やはり印象的だったのは、5人チームの5番目ではなくて、5人チームの6番目として考える。皆さんの置かれている状況は違います。お子さんが小さい人もいますし、親の介護をしている人もいます。なので、多少は他の人から不公平だという意見は出がちなのですが、人材育成をしていく上では、経営的に厳しくなるのですが、そのようにしてゆとりを持って、5人チームの6番目の人材として考えるということです。

あと、育成の時には最初からエキスパートではないです。明日から、採用してすぐに実際に働く、携帯電話を持って全部対応をするというのは、まず無理です。やはり育成の過程においても同じことが言えます。その辺をどうサポートするかというと、やはり経営的なことが関わってきます。北区独自でやるというのならば、訪問看護師でも、ケアマネジャーでも、医療職でも、そのような育成システムの中である程度ゆとりを持たせるなどです。あとは、実際に現場で働くようになって、そうやっているいろいろなことに対応をして、気兼ねなく休めるという言い方は変ですけども、必要な時はきちんと休めるようにするのです。

働き方改革もありますので、そういった観点に持っていかないと、やはり今までのように、体調が悪くても我慢をして働けば何とかなるとみんなが我慢をしていくと、本当につらい人も休めなくなります。それで離職が増えるのです。やはりその辺の方向をそろそろ変えていく必要があります。個人では変わらないです。働き方や経営のシステムの中で、ある程度そのような流れをつくっていくのがやはり大事だと感じました。それは医師だけの問題ではなく、全ての職種で共通の話題だと思います。

福田：ありがとうございます。働き方のようなことで、訪問介護や包括などでいかがですか。

島崎：働き方では介護の現場、特に特別養護老人ホームなどの現場だと、やはりシフト制で夜勤もありますので、お休みがなかなか取れないという話も聞きます。包括としてはしっかりお休みが取れていますし、時間外のやりくりもみんなで助け合っているという形です。そこに関してそれほど職員が我慢をしているという状況ではないです。ただ、この仕事の内容がすごく多岐にわたるので、1人の人にいろいろなスキルを求められます。そこがやはり1年や2年ではすぐにはできません。1人の人が成熟するまで、本当に5年、10年ぐらいかかります。その間にどんどん離職されてしまうところが本当にもったいないです。なので、どうしたら魅力がある仕事と意識してもらえるのかというところが、非常に課題だと思っています。

福田：橋本委員は何かありますか。

橋本：ステーションの場合は、だんだん職員も若い職員になってきているので、私ぐらいの年代の職員、その時の時代よりは、コロナもあったので具合が悪かったらすぐに休むなど、結構子育てやおうちのことを優先に考えている職員も多いと思います。その分、そうではない年代の人には少し不公平だと思うところもあるでしょう。そのような声は時々聞かれます。先ほどおっしゃっていたように、訪問看護もいろいろな経験をしていく中で育っていくので、長い目で見ていきながら、いずれお仕事を続けていく中で日数を増やして行って、いずれは常勤でと。そのあたりでやりがいを見つけて、長く働いていけるように大事に育てているというところではあります。

福田：ありがとうございます。では、医師のほうにいきますと、小畑委員がいろいろと詳しいのではないかと思います。人材育成や、そのような現実の話があればお願いします。

小畑：状況としては、多分概ね似たような感じだとは思っています。当院の場合は割と規模が大きいので、例えば5人医師がいるうちの1人が休んでも何とかなります。それが、普段1人か2人のところで1人休んでしまうと、どうにもなくなります。前のお話にもあったように、やはりある程度の大規模化や組織化は必要だと思います。あとは人材確保のことという、医師の場合は紹介社が入ることが多いです。そうすると、1人採用するのにまず数百万円かかります。300万円ぐらいかかります。1人を採用するだけで、看護師でも多分100万円弱ぐらいかかると思います。その人がどのくらい続くかも分かりません。医師の場合、ハローワーク経由はあまりないですけれども、例えば女性医師バンクなどは紹介料を取らずに紹介してくれます。そちら経

由だと助かります。そのような公的な組織に登録をされていて、紹介会社を通さないで採用するだけでも、経営に対する逼迫度は結構変わると思います。

そのような女性医師バンクだったら、「少し時短だけれども常勤を再開したい」などという方が登録をされているので、結構応募が来ます。育成までに時間がかかるのは一緒ですし、キャリアの中で、看護師と同じように一言で看護師といってもいろいろな働き方がありますが、割とニッチなことだとは思いますが。医師も一緒に、病院で働くほうが圧倒的に多くて、訪問診療をやりますという人は数%しかいない中で取らなくてはいけないというところがあります。また、これは経営の問題で採用できないというのはそれほどなくて、どちらかというところとどんどん採用をして育てる。そして、その分ニーズはそれなりに拡大するので、その分患者さんを受けていきたいという感じだと思います。

福田：小畑委員のところはかなり人数も増えているということです。先ほどの当日の追加の資料を見ても、結構1人の常勤の先生方が頑張っているところもあると思いますけれども、先生のところでは、一般的な仕組みとしてこのような訪問診療を、在宅医療をやる医師を育てる、あるいはマッチングさせる仕組みとして、何かアイデアはありますか。

小畑：他のものと一緒で、どういう仕事かと理解していただくのが大事です。前回の会議でもあったように、病院の先生もある程度訪問診療の経験を、研修医の時だけではなくて週に1回は非常勤で訪問診療があるなど、そのようなものをもう少し一般的にすると、病院との連携もスムーズになりながら、どういう仕事かということも分かります。ある程度経験を積んだら訪問診療もやってみよう、という医師が増えるのではないかと思います。

福田：ありがとうございます。病院の先生方はいかがですか。

今泉：病院のほうですが、やはり紹介会社のところは何とかならないかと常に思っています。あと後継者育成ということでは、増田会長がおっしゃるように、病院は何といても女性医師をいかに取り込むかが重要な課題です。働き方改革ということがあって、私たちの世代もなかなか残業という概念がなかった中で、これから残業などの課題が出てきます。女性医師が子育てをしやすい職場は、9時から5時のところで時間が交渉でき、勤務内で終わるといったところになります。そうすると、比較的、病院では医師のところはうまくできるのですが、そこで日曜日や当直というところがどうしても男性医師に負担がきます。

関連すると、私どもの病院は女性医師が多くて、その中でも自前で当直医を確保できたので、女性医師が多くなるに従って、当直医をパートという形でやるようになってきました。今度は働き方改革で、当直をどう確保できるかという課題になってきました。病院の問題でいうと、多分これから働き方改革がどのように個々の病院に降ってかかってくるかが、大きな課題になってくると思っています。

福田：小平委員、何かありましたらお願いします。

小平：医療スタッフは、育成が非常に時間がかかって大変なのですが、在宅で医師でも看護師でもよろしいですが、今北区で取り組まれている育成のプログラムはあるのですか。

佐藤：北区のプログラムとしては作られていないです。

小平：例えば足立区などは、医師の育成にお金を出しています。1人に何千万という話ですが、学費を出すことにも取り組まれています。そこまではいかないまでも、やはり北区がこの医療のスタッフを育成するためのプログラムを出してもいいのではと思いました。圧倒的にどこの医療の現場でも、その考えは先ほどからお話がたくさんあったところです。今後見込まれる在宅医療のニーズが北区の中でどれぐらいかというのは、見えてはいません。そういうことを見据えて、恐らく感覚としては、たくさん育成しないと全然足りてこないのではないかという実感があります。そのあたりの将来需要を明らかにして、それに対応する人材を確保する計画を立てていくのがいいと思います。そのためにもプログラムのようなものを作るのは一つの手だと感じました。

福田：ありがとうございます。廣瀬委員、何かありましたらお願いします。

廣瀬：病院の医師が在宅医療に関わることは、やはり私個人として必要だと思っています。やはり現状、うちの病院でいいましても常勤が40名なのですが、40%弱の方が女性の医師で、残りの先生でも時間外の勤務はできないという方がいらっしゃいます。現状うちの病院では循環器内科、心臓血管外科、脳神経外科の先生方が当直をしていて、フルで夜間も働いていて、実は今時間外労働が2,000時間になってしまっている状況です。在宅をやろうとした場合には、その時間外労働をたくさんやっている医師ぐらいしか動けないです。現状は、今はとてもできないです。他の先生方は、今の勤務が限界でできないということで、現状はできないのですが、当院としては在宅医療だけをやる医師をリクルートしていくことを今は検討しています。将来的にはそういった方を別枠でリクルートして、病院から在宅医療をやったらどうかと検討を始めているところです。

福田：それは実際にリクルートを始めていますか。

廣瀬：まだ始めていません。

福田：検討を進めている段階ですか。

廣瀬：はい。

福田：小畑委員、何か意見はありますか。

小畑：医師確保とまた別の切り口になりますけれども、今医師会でもこれから取り組むように、地域で当直負担を、夜間の負担を共有しようということをやっています。そうすると開業医の外来中心でやっている先生も訪問診療に取り組みやすくなって、夜間は私たちのような当直体制を持っているところがやる、というのが必ず必要になると思います。医師会でも補助金を出して体制構築をしようというお話があります。まだ具体化はしていないながらも、それできちんとした仕組みが必ず必要になると思います。

ので、そのようなものが大事だと思います。

増田：東京都と東京都医師会の話で、北区は在宅の当直体制もそうですし、あと在宅医療塾  
とって、今まで在宅に関わっていなかった先生に勉強をしてもらおうという取り組み  
など、結構いろいろやっています。

少し話がずれますが、先ほどの話で、看護師さんは結局、病棟で働く人と比べて、訪  
問看護をやっていると多岐にわたる知識が必要です。それが1年や2年働いて、いき  
なりエキスパートになるわけではないです。ChatGPTやAIが進歩してくると、われ  
われも日常生活で少し分からないことがあるとYahoo!知恵袋で探して、こうやれば  
いいのかとYouTubeを見ながら機械を直すことができます。そのような感じで、  
人工知能やネットからの情報が結構入ってきています。そのようなものが充実すると、  
やはりいいです。

あともう一つは、練馬の「おうちにかえろう。病院」という、すごく異色な病院があ  
ります。僕が東京都の地域医療構想調整会議の座長なので、区の西北部の状況を常に  
把握しています。「おうちにかえろう。病院」というのができて、医者が3人ぐら  
いしかなくて300床で、機械もほとんどなくて、ここは何をやる病院なのかという  
と、急性期医療は一切やらない。それから、もしかしたら入院患者の体調管理もあまり考  
えていないかもしれないです。要するに、病院という名前は付いているけれども、後  
方施設で、家に帰る前のワンステップをお手伝いする病院なのです。

世の中には、そのようなものが必要な気がします。普通の病院に入院するのと同じ値  
段でやるのが適切かどうかは分かりませんが、急性期病院や療養型から家に帰るまで  
の間に、そのようなリハビリ的な施設は確かに今までありませんでした。それを稼働  
して1年ぐらいたちますが、「おうちにかえろう。病院」の噂は、うまく稼働してい  
るなど、小畑先生は聞いていますか。

小畑：私の大学の先輩の安井先生という在宅医療をやっている先生がつくった病院です。あ  
まり詳しくは分からないのですが、増田先生がおっしゃるように、在宅移行のために  
直接は帰れない方を家に帰す準備をする病院だと私は認識しています。ただ、今の慢  
性期の病院などがうまく機能すれば、その役割を十分果たせると思っています。急性  
期から一回慢性期にいて、それから在宅にという、そのほうが多分設備もあります  
し、リハビリもできると思います。

増田：慢性期から在宅にいく時にご家族の抵抗にあって、在宅にいかないで高齢者施設にい  
く人などは結構多いではないですか。

その人たちが全員家に帰ると言っているわけではないですけれども、多分その辺のノ  
ウハウが、そのようなものに特化した病院があったほうが確かにいい気がします。

増田：今泉先生のところや梶原診療所などは、それに近いことを今までやっていたんですよ  
ね。

今泉：うちの病院は地域包括ケア病棟を持っていますけれども、それが先ほど言ったような



在宅へ帰す機能です。ただ、実際に在宅に帰すだけというよりは、感覚としては、以前と比べては急性期からやっと落ち着いたけれどもまだまだ医療が必要です。地域包括ケア病棟などでは、転院された方が全員おうちに帰れるか、もしくは落ち着いて施設に帰れるかという、やはり病状が安定せずになかなか帰せません。あるいは、そのまま亡くなってしまうという方も一定はいます。そこは慢性期のところでのジレンマです。

あと少し補足ですけれども、ゼロからの人材育成ということはないですが、北区は在宅ケアネットという研修会を10年以上やっています。それが在宅の入り口という意味合いだと思います。そういったものをどんどん活用するのがいいと考えています。

小平：先ほどの「おうちへかえろう。病院」ですが、私の病院とも連携があります。そのニーズはどこにあるかという、急性期病床の患者さんが次のステージに、回復期、あるいは地域包括ケア病床に行く時に、いろいろな状況が整っていないと転院は難しいです。その条件をあまり細かく言わずに取ってくれるのが、「おうちにかえろう。病院」だと思います。その条件が整わないと転院できないというのは、急性期病院にとっては在院日数が延びるし、本来の目的である病床が利用されなくなってしまいますのでよくないです。

なぜその準備が整わないかという、急性期に入院した時に介護などのニーズが発掘されてくるわけです。今までは何とか独りでやってきたけれども、やはり限界がきて急性期病院に運ばれてきたという患者さんが多いです。介護の状況が整わないと転院できないので、では急性期病院でそこを整えよう。そのようなことで非常に時間がかかります。それが問題で「おうちにかえろう。病院」のようなニーズが生じると思うのです。

ですから、その在宅導入時というのは非常に時間も人手もかかります。それと社会資源を導入するのにすごく時間がかかります。介護認定や、社会的に病院を整えたり、後見人が必要だったりします。そこをスピードアップしていただくようなことを、区としてやっていただければ非常にありがたいです。

例えば介護認定で2週間も3週間もかかってしまうと、その間ずっと急性期病院にいるわけです。そのあたりのことを何とか工夫できないかというのが、私どもが考えて希望するところです。

関谷：高齢福祉課長です。介護認定につきましては、介護保険課でないとは直接は分からないところではあるのですが、なるべく早く認定結果を出せるようにということで工夫して進めています。やはり人数も大変たくさんいらっしゃることもありまして、認定結果が出るまでの日にちがなかなか縮まらないのが現状です。区としてもなるべく早く、規定の原則30日を出せるようには工夫をしているところです。

小平：急性期病院の入院日数は10日ですから、全然スピード感が違います。そのあたりのギャップを何とかしてほしいです。

廣瀬：小平先生がおっしゃったことを全く同じように感じています。ぜひ短縮できますようによろしくお願いします。

小平：例えば入院中の方を少し優先するなど、いろいろ工夫をしていただくとありがたいです。

今泉：急性期から在宅へということでしょうけれども、多分急性期から慢性期への移行という課題にも置き換えていいと思います。そうすると先ほどの病床の連携というところでは、急性期と慢性期のところですか。例えば、慢性期のところがどのぐらいベッドが空いているのかという情報が医療機関を通して伝えられたほうが、多分病床の有効活用になると思います。そういう構築は今でもすぐにできる課題だと思っています。

小畑：急性期から慢性期に退院して、それから在宅へという。やはりその「おうちにかえらう。病院」ではなくても、王子生協病院のようなところはあると思うので、割とスムーズにいくと思うのです。私も赤羽在宅クリニックを開業する前に王子病院にいて、その体制をつくりました。王子病院でまずいったん受けて、急性期からの転院をしてもらって、その間に在宅の準備をして、在宅医療をそのまま継続するのです。慢性期に在宅医療と病院の両方を分かっている人がいれば、できると思います。

うちの近くの赤羽岩淵病院はもともと訪問診療をやっている病院なので、やはりそういう機能も高いし、病床も空いていると思います。そういう機能があるところは幾つかあって、それをうまく使えばいいのだけれども、うまくマッチしていない感じがします。

増田：急性期病院は少ないと思うのですが、自分のところで在宅部門を持っていたり、包括のベッドを持っていたりするところは、やはり移行しやすいです。逆説的な言い方をすると、どの急性期病院も自前はおろか、自前でなくてもサテライトの在宅クリニックを、事情をよく知っているドクターが独立して作るなどです。僕は聖路加国際病院にいて、外来部門も病院にしては不採算性なので、結構外来をサテライトで出してたんですね。循環器と。アメリカ式の取り組みですけども、それはそれで意味がありました。それと同じように、在宅に興味がある先生がいたら在宅クリニックをやって、タイトに連携をしていくとかなり流れがよくなりそうです。

小平：地域包括ケア病床は、基準の1というのは病床のアウトリーチとしての訪問診療を持っています。ですから、そのような機能を持った病院がたくさんあればいいのですが、例えば急性期に特化した病院だと、やはり先ほどのような問題が生じます。今病院の機能の話をしてみると、地域密着型の地域連携型病院では、やはり中小規模で多機能な病院が高機能であり、一番地域医療に適していると言われていています。先ほどお話があったように、急性期と高齢者救急と地域包括ケア病床を持っている、訪問診療を同時に持っているなど、そのような多機能の病院です。そのようなところがうまく活用できれば、地域の高齢者にとっては非常にいいのではないかと考えられています。在支病といわれますが、在宅支援をする中小規模の病院を何とか支援をして、有効に

活用していくのが、地域の高齢者医療を支えるには非常に有効だと考えられていますので、ご参考にしていただきたいと思います。

今泉：高齢者医療を考える上で重要なのですが、今の一番の課題は、認知症の患者さんをどうやって支えるかということになってくると思います。先ほども地域包括ケア病棟や、回復期があるという話をしましたがけれども、この方を自分たちの病院で受け入れるかどうかという課題に当たるのは大体認知症の患者さんです。認知症の患者さんは、在宅に帰すのはなかなか難しいこともあります。そもそも転倒や誤嚥などのリスクを抱えているので、高齢者が増える中で、骨折や脳卒中などの身体の病気もありますが、認知症で骨折した、認知症で脳卒中を起こしたという患者さんを、どうやって帰すのかは大きな課題です。病院での受け入れも重要なのですが、どのような患者さんが増えるかという予測も必要だと思っています。

福田：認知症のことが出ましたので、そのことで何かご意見がある方はいらっしゃいますか。この前、資料の2の中でも認知症に特化したことが出たのですが、何かこのあたりで方向性や課題解決のためのご意見などがあればお伺いしたいのですが、ありますか。

小畑：認知症の方ですと、環境を変えないことが一番本人の状態が安定します。そのような意味では、何かあって入院となると余計に状態が悪化するので、在宅医療の充実が認知症の方こそ一番結果として医療資源が少なくて済むと思います。病院に行くとかかなり手間がかかりますので、ある程度、肺炎なども家で治療をすることです。肺炎や心不全などは家で全然治療ができると思いますので、なるべく入院をさせないほうが全体の資源としては少なくて済むと思います。

福田：貴重なご意見をありがとうございます。島崎さん、ありますか。

島崎：認知症については、本当に早期発見、早期治療といわれていますが、なかなか早期に受診に結び付けるのが困難です。ですが、そこがすごく要になると思っています。入院のタイミングで認知症を発症してしまう方も結構いらっしゃいます。そこから、病状のコントロール以前に、「病院では管理できないので帰します」と言われてしまうと、それはそれで在宅ですごく困ります。病気の治療をどう在宅で継続しながら認知症もみていくのかというのは、すごく困難です。そうすると、もっと前の段階で患者さんが気が付いてくれる、家族が気が付いてくれるというところでは、本当に検診のように受けられるチャンスはないのだろうかと思っています。そのようなきっかけがないと、なかなか能動的に脳の検査を試みようという人は少ないのが現実です。包括としてはその辺を推し進め、MCIの人を見つけては認知症の初期治療につなげるなど、一生懸命やっています。

増田：問題点として、早く見つけても他の病気のように進まないわけではないと思います。早く見つけるメリットは、この人はMCIで将来認知症になるから、それに対してどう対応していこうかと、ご家族を含めて全体のチームのフォーメーションができるかできないか、という意味なのでしょうか。

島崎：そうです。それもありますし、例えば MCI であれば認知症を先送りにできます。薬も早期から投薬すれば、本当に進まない人は進みません。長く維持できる人もいます。そうすると自分の将来的なところも考えることができるという人たちもたくさん見ているので、早期に治療や発見をしていくことがすごく大事です。MCI レベルですと、どちらかという生活習慣がうまくできていません。例えば栄養不足や、睡眠がきちんとコントロールできていない方で、一時的な物忘れや妄想的なものが出てくる人たちもたくさんいます。その段階で早くすくい上げれば重くならないと思います。なので、そのようなチームを組織して、すぐにケアをするのがすごく大事です。

増田：認知症かかりつけ医も何十人もいますし、あと平原先生のところのオレンジほっとクリニックなど、受診できるところもあります。多分、ご家族がその気になって連れていけば、きちんと対応できる体制は北区では整っていると思うのですが、ご家族が全然気付いていない場合があります。おじいちゃんやおばあちゃんを独居や老老介護で放っておいて、それで入院をした時にいきなり事が露呈します。大慌てになって、対応ができなくて、「そのようなことを私に言われても困ります。先生、何とかしてください」と、僕もしょっちゅう娘さんや息子さんから言われます。

やはり覚悟を決めて、子どもやきょうだいの間でも、うちのおじいちゃんとおばあちゃんが今このような状態だから、今後はどうしようかと、いろいろ話し合う時間があれば対応もできるでしょう。その辺について、区でも少し広報で「認知症でお困りの方は」など、かなりやっているとは思いますが。多分娘さんや息子さんがいる方は、少し物覚えが悪くなっただけで、MCI でも全然何でもない人をたくさん連れてきます。ご家族と一緒に暮らしている方はかなり気にしていますので、きちんと区の広報を見て連れてこられています。おじいちゃんとおばあちゃんだけで、老老で住んでいるという方の場合には、確かにその網には引っかかってきていないようです。

島崎：認知症に限らずですが、どのタイミングで医療にかかるのかという見極めが、なかなか一般の方は難しいところだと思います。

今泉：認知症ですが、北区は高齢者が 8 万 5,000 人ぐらいでしょうか。3 分の 1 ぐらいが独居の方という実状です。認知症で困るケースは、かかりつけ医がいない患者さんです。今、北区で実態調査をやっていますので、かかりつけ医がいない高齢者がどのぐらいいるかという数値は出ていると思います。確か自分の覚えだと、75 歳以上の方でかかりつけ医のいない方は 2 割という感じです。そのような方が、やはり独り暮らしでかかりつけ医がいないと生活が破綻します。公団に入っている方も電気が止められ、ガスが止められ、そこから包括に連絡があるという方が、一番対応が困難です。これから認知症の政策自体は重要な課題だと思います。

これは事務局にお願いしたいのですが、区の人口が 2040 年には何人ぐらいかという仮の数字があると思うのですが、そこで人口分布のピラミッドを描くと、85 歳以上の方が大体何人いるという数字が出てくるはずで、85 歳以上の方の認知症の割合は

大体 20% ぐらいの数字が出ています。そうすると、現在と比べて 10 年後は認知症の方がどのぐらい増えるか。今の数より 2,000 人ぐらい多いなど、それぐらいの数が出てくると思います。そのような形にしないと、本当にその対応は今後の大きな課題だと思えます。

増田：困っている方でいうと、高齢者あんしんセンターの方が付いてきて、いろいろやっていただいて何とかサルベージしているのですが、数が増えてくると足りません。高齢者あんしんセンターの人員配置は、区のほうで考えていますか。今の数では、5 年、10 年後には全然足りなくなってきました。

関谷：三職種以外に増やしているところですが、現状高齢者あんしんセンターにさまざまな業務をお願いしている部分もあります。何らかの対応は必要だということは認識をしています。ただこの場で、人数を増やす、今後どうする、というのは、まだそこまでの検討はできていない状況です。

福田：ありがとうございます。歯科のほうから、今の話を聞いて何かご意見はありますか。

大場（庸）：滝野川歯科医師会の大場です。今までの議論を聞いて歯科は、歯科診療所は小規模なところが多いです。経営的にも何人も抱えることはなかなか難しいです。結果的に訪問診療に出るのは、自院の患者さんが在宅になった場合というのが主になっていると思えます。

第 1 回の時にお話しましたが、一応歯科医師会としては口腔保健センターで歯科衛生士を雇い入れて、そこから口腔ケアに行くという形を取らざるを得ないと思えます。そういう意味では歯科衛生士も本当に人材不足で、他の看護師さんよりも女性の離職率がすごく高いです。離職して子育てが終わっても、なかなか復職するのが難しいです。復職支援もいろいろやっているのですが、なかなかそこまでいっていないのが現状です。日本歯科医師会も東京都歯科医師会も、われわれに訪問歯科をどんどんやるようにと依頼が来るのですけれども、今言ったように、口腔ケアに歯科衛生士を行かせるのは協力ができると思うのですが、われわれが訪問歯科に行くのは機材をそろえるだけでもかなり高額です。補助があるのですけれども、その辺のことを考えると、人材育成にも、その機材をそろえるのも、北区でも支援があると助かります。

福田：今の補助はどこから来るのですか。

大場（庸）：東京都と東京都歯科医師会から 3 分の 1 ずつの補助、あとは自院で、3 分の 1 を負担する制度になっています。

藤井：薬剤師会の藤井です。薬剤師は、前半に出ていた人手不足のところは、人手不足なのですが、あまり深刻ではないと思っています。というのは、薬剤師の数自体はそれほど必要がなくなってくると思います。配達やオンラインなど、いろいろなものの普及で減っていくと思います。外来で薬をもらう方自体がだんだん減ってくると思うので、その薬剤師が在宅に転向していけば、特にそこは心配だとは思っていません。今うまくかみ合っていないのがやはり医師と同じで、365 日 24 時間という体制を店舗ご

とにつくれるところばかりではありません。お互いにヘルプし合う体制がないと難しいだろうということで、あまり参入できているところが少ないのだと思います。ただ、人材自体はいるとは思っています。

後半に出てきていた認知症のお話ですが、外来薬局が割と認知症の方をスクリーニングするのが得意だと思います。それまでずっと通えていた方がだんだんお話がおぼつかなくなってきたり、あとは、割とクリニックや病院でお話しするよりもゆっくり話せる環境で変化にも気付きやすいです。私が薬局に勤めていた時も、地域包括やご家族につなげている機会は割と多かったです。外来薬剤師はそのようなところが得意だと思います。薬剤師は、今かかりつけ薬剤師も結構躍起になってお客さんを取ろうとしていますので、そのようなシステムが何か役立つだろうと思っています。

福田：ありがとうございます。いかがでしょうか。課題や方向性については一通り話が出たと思いますが、他にも追加でありますか。

前田：かなり課題が出されているのですが、その中で、例えば先ほどの病院の建て替えの際の事業は、最初の頃から何回も言っていますけれども、例えば厚労省あるいは国が近代化事業で一定の補助を出すことになっています。それから病床の転換についても、療養型に転換するという事業があります。先ほどお話があった多機能型の病床に転換するというのであれば、そのような制度があります。

それから前回も言っていたような訪問看護師の教育ステーションの事業等についても、東京都のほうで事業があるということです。ただ、いずれも十分かと言われると、十分ではありません。そう受け止められているし、施設の共生事業をうまく活用していかないといけません。区としては全く新たな事業を一から立てるのは、やはり区の立場ではとても困難ですが、このような国の事業なり、都の事業なりを活用して、その活用を支援するのか、あるいはそこに若干区としての上乗せをするのか。こうして議題になったことは、ほとんど国としても区としても推進すべき方向性として方向を同じくしていますので、うまくそれを活用する方法があると思います。

例えばその辺の活用の仕方については、医療コンサルのようなことをやってあげることです。そのような費用も助成になります。そこまでお金を出さないのであれば、WAM(Welfare And Medical service network system)のような福祉医療機構でそうしたコンサル事業もしています。その辺の事業を活用しながら、円滑に処理を受けながら北区に地域医療が根付く方向に展開していくところを、区として総合的に支援する体制をつくるのが重要だと思います。いずれにしても単独でできることではありませんので、ぜひそれも活用しますし、できれば次までに、都と区と国にどのような補助制度があり、それがこれにどう活用できるのかということも、広報情報として共有するのがいいと思います。

福田：貴重なご意見をありがとうございます。既にいろいろな事業があるということで、そのあたりの整理も必要だと思っています。

増田：北区だけでできることと、東京都という話がありましたけれども、今度の日曜日に東京都医師会の外部委員会で理事の選挙があります。東京都は医師会が五十幾つあって、東京の医師会の理事は14人です。僕の記憶している限り、北区から東京都医師会の理事は出たことがないです。今回、僕が東京都医師会の理事に入り、病院協会から小平先生も入ります。同じ区から2人理事が出ることはまずないのです。小平先生が、今このお話にもあった病院のいろいろな問題の窓口で、突破口になると思うので、その辺も北区の将来に対して小平先生がいろいろ活躍をして、どんどん道を切り開いてくれると思います。

選挙ですけれども、定数で立候補は締め切っていますので、来週から北区は2人が東京都医師会の理事になります。今日の議論であったことを東京都のほうにも戻して、なるべく北区でがっちり取れるようにと考えています。

福田：素晴らしいニュースをありがとうございます。他に何か最後に言っておきたいことがありましたらお願いします。

小畑：発言が多くなって申し訳ありません。結局人材育成でも、どこもやると取り合いになるだけになってしまって、やはり全体の効率化が必要です。医療資源はそれほど増えません。基本的には全体としては増えないはずで、需要がまだ増え続けるところでどうやって対応していくかという問題です。

先ほどの病院の議論にあったと思うのですが、病院の機能の調整がある程度必要だと思っています。多分、民間病院の経営は結構厳しいところも多いと思います。厳しいけれども、立ち位置がうまく決まらなくて、需要はあるはずなのに効率的に経営ができていないところなどは、割と多いと思います。先ほど言ったように、廃院になってしまったら多分ベッドも返上しないといけなくなって資源自体が減ってしまうので、その経営の効率化です。経営体制を刷新する、別の事業者を入れて効率的に経営をする、そのようなことも考えないといけないと思います。

福田：貴重なご意見をありがとうございます。他にいかがですか。よろしいですか。ではいったん事務局にお返ししたいと思います。

佐藤：貴重なご意見を頂きましてありがとうございます。補助金についてなど若干宿題のようなものもありました。そういったことも含めまして、頂きましたご意見は次の第3回に反映させていただきます。資料3の病院のこと、あるいは資料2の在宅のこと、本当に前回以上にご意見を頂きました。ありがとうございます。

(事務局より2点事務連絡)

福田：以上となりますが、最後に何かありますか。

小平：東京都医師会のほうに参加することになりました。医師会は区と国と層構造になっていますので、区の本場の現場のお話をまた東京都のほうに出ていって話して、理解をどんどん深めていくのが重要なことだと思います。そのような役割が期待されていると思います。頑張りますので、ぜひいろいろご意見がありましたらお願いします。

福田：ありがとうございます。よろしく申し上げます。ではこれで終了します。ありがとうございました。