

令和3年度第2回  
東京都在宅療養推進協議会  
会議録

令和4年3月17日  
東京都福祉保健局

(午後 7時00分 開会)

○千葉地域医療担当課長 皆様、大変お待たせいたしました。定刻となりましたので、まだちょっと入られていない委員の方もいらっしゃるかもしれませんが、ただ今から令和3年度第1回東京都在宅療養推進会議を開会させていただきます。

皆様にはご多忙のところご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

私は東京都福祉保健局医療政策地域医療担当課長の千葉と申します。

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。よろしくお願いいたします。

すみません、今、第1回って申し上げましたけれども、第2回の間違いでしたね。すみません。第2回の在宅療養推進会議でございます。よろしくお願いいたします。

初めに、本日の会議資料の確認をさせていただきます。お手元の資料をご確認ください。資料は本日、資料1から資料7まであります。資料7まで。すみません、繰り返します。資料は資料1から資料7まで、参考資料は参考資料1から参考資料3までとなっております。

関係する議事のたびごと、事務局から資料の確認と概要をご説明させていただきます。また、画面でも共有をさせていただきます。

今回はペーパーレスの取り組みの一環といたしまして、資料をデータ形式でのみお送りさせていただいております。ご不便をおかけいたしますが、どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、会議の公開についてでございます。本会議は会議、会議録、会議に関する資料等につきまして、公開となっておりますので、あらかじめご承知おきをよろしくお願いいたします。

また、ウェブ会議でございますので、ご協力いただきたいことが何点かございます。まず、大人数でのウェブ会議となりますので、ご発言の前に、まずお名前をおっしゃってからご発言いただきますよう、よろしくお願いいたします。

また、ご発言の際には画面の左下だと思っておりますけれども、ちょっと皆様の画面ではどうなっているか、多分左下か、上かになるかと思っておりますがご発言以外の場合には、ハウリングの防止のためにミュートのまま会議にご参加をよろしくお願いいたします。

次に、本日の推進会議の出席状況の報告をさせていただきます。今、入られたのはどなたなのかな。

○○ 宮崎先生になります。

○千葉地域医療担当課長 宮崎さん。はい。本日はご欠席のご連絡をいただいております方が3名いらっしゃいます。資料1の委員名簿の専門職の欄、中ほどにございます国立市の葛原委員、2つ下に行っていていただいております杏林大学の呉屋委員がご欠席、それからずっと下に行きまして行政機関の一番上、台東区の高木委員がご欠席のご連絡をいただいております。

それから専門職の欄のところの飯島委員、それから関係団体の西田委員、都立病院の芝委員については、後ほど入られるかと思しますのでよろしく願いいたします。

本日は、まだちょっと入られていないかもしれませんが、傍聴のご希望の方、マスコミの方ですけれども、何名かいらっしゃる予定になっております。その方々は、お顔は出さないでお名前だけでご参加の予定でございますので、よろしく願いいたします。

事務局からは以上でございます。では以降の進行につきましては、会長にお願いしたいと思っております。新田先生、どうぞよろしく願いいたします。

- 新田座長 それでは新田ですが、進行を進めたいと思っております。お手元の次第に従いまして進めてまいりたいと思っております。まず1つ目ですが、切れ目のない在宅医療の体制整備支援事業についてでございます。まず事務局から説明していただき、その後委員の皆様から質問、意見を述べていただきたいと思います。

それでは、事務局から説明よろしく願いいたします。

- 豊島 はい。東京都医療政策課の豊島と申します。どうぞよろしく願いします。それでは資料を、私からは資料2から4について、ご説明をさせていただきます。資料のほうを画面で共有をさせていただきます。

資料2についてですが、切れ目のない在宅医療体制整備支援事業を来年度、東京都で新規で予定している事業となります。既に第1回、11月に開催させていただきました第1回在宅療養推進会議でも皆様にご意見いただいたものになります。参考資料1から3が、11月に開催した会議資料をそのまま配付しておりますので、よろしければ適宜ご参照いただければと思います。

では、資料2の3ページ目をご覧くださいと思います。こちらは、はじめにということで、まず導入部分を書かせていただいております。今回、プロトコルの概要版を、前回の参考資料2として本日お配りしているものから肉付けをした形の内容を提示しているような内容になりまして、目次としてははじめにと、地域医療体制に関する分析、切れ目のない支援体制構築とさせていただきます。内容の柱については、大きく変更はしていない状況になります。

はじめにというところでは、今回のプロトコルでは、地域で切れ目のない在宅医療体制を行政が主体的に地域の方々と協力して構築をすることを目的に、東京都が作成しましたということを書かせていただいております。また、国の中でも切れ目のない在宅医療体制ということは手引きでは書かれておりますが、そこについて、技術的支援の充実を目的に作成したものですということをご説明させていただきます。はじめにの下から3行目、現時点では概要版ということを書かせていただいております。

続きまして、2番の地域医療体制に関する分析というところなんですが、こちらは分析方法というよりは、分析とはというようなことを書いているような内容になっております。2段落目、医療と介護の連携体制を構築していくに当たって、地域にどのよう

な社会資源があるのかということ把握するのが非常に重要であることは、在宅医療に係る各種データを活用した区市町村の取り組み支援事業など、東京都の事業でもしっかりと出ているところではございますが、今回切れ目のない在宅医療体制を検討していくに当たっては、実現できないものについては、そこでもう取りあえず可能性を検討しないだとか、そういったことの議論を避けるために、分析ということは実現可能なものに近づけていくような手法であって、地域に必要な医療体制を検討する前に分析をすることではないというような位置付けにしております。

次のページをご覧ください。今、どなたかがロビーに入られたので、少々お待ちください。3番の連携体制の構築というところになります。こちらが、実際に区市町村さんの中で取り組んでいただきたい内容になります。内容としましては、ステップ1からステップ4までありまして、そのステップ1から4の内容については、前回ご提示したのから大きく方針としては変更しておりませんで、申し上げましたとおり、内容について膨らませて、しっかりと肉づけをしたものになります。

こちらのステップ1が、切れ目のない在宅医療体制とは何かという定義付けですね。こちらをステップ1として位置付けをさせていただいております、下のほう、ポイントと書いてありますが、地域の方々と切れ目のない在宅医療体制って何だろうねということを検討するときには、こういうことに留意していただきたい、こういうことに留意して検討を進めるといいのではないかというふうに、事務局案を示させていただいております、このポイント3つを踏まえて、それについてどうだろうねということを検討していただければいいのではないかと、考えているところではございます。

続きまして、ステップ2ですね。ステップ2が先ほど検討した地域に必要な切れ目のない在宅医療体制ということに基づいて、どういうふうに多職種が連携していけばいいのかということ、全体像を作成するというステップになっております。ここは、もちろんどうしてもマンパワー的にとか、いろいろ地域の医療資源的にとか、難しい部分というのが各区市町村さん、それぞれの状況であるかとは思いますが、行政機関が中心となって、行政の立場からまずは必要だと思われるものを全て盛り込んでいただく、できないものはまず盛り込まないということではなくて、ひとまず行政として、地域の医療体制を充実させていくためには、こういうことがあるといいよねということ盛り込んでいただくようなステップを想定しております。

ポイントとしましては、抽象的な連携のイメージ図ではなく、プレーヤーである地域の介護従事者がどういうふうに連携をして、どういうふうに在宅療養をしている方を支えていくのかという動きが具体的に分かるものというものを、ポイントに掲げさせていただいております。

ポイントの(2)番でも、ひとまず必要だと思われる要素を盛り込むことを意識して作成してください、というふうに書かせていただいております、あくまで実現できるかできないかはまず置いておいて、しっかりと地域に必要な体制を行政機関として検討

していくというのが、このステップになります。

続きましては、ステップ3になりまして、先ほど行政機関として必要だと思われる、こういうものがあるといいよねと考えられるものを、しっかりと考えていただいたものをたたき台として、地域の医療介護従事者の方々と、実際にそれが可能なかどうか、それがあるとどういふ方が支えられるのかといったことを念頭に置きながら、実際に訪問看護ステーションの方々と居宅介護支援事業者の方々と連携していくような体制を、区市町村が中心となって進めていくことをステップ3と位置付けております。

ポイントとしましては、次のページに移っていただきまして(2)番ですね。やはり、医療と介護の連携というものは不可欠でございますので、介護保険制度だけでなく、診療報酬制度も踏まえて検討を進めるようにしてくださいということも、留意事項として挙げております。

一応、ここまでが行政機関と地域の医療介護従事者の方々との連携体制の整備ということで位置付けておりまして、ステップ4は実際にそれを動かしてみるようなルール作りを位置付けております。

実際に連携体制を作ったときに、ルール作りを進める上での留意事項と書かせていただいておりますが、情報共有していくということについても、何をいつ、誰にどうやって情報共有していくのかといったようなことを、地域に新たに入ってきた医療介護従事者にも分かるような形で、ルール作りを行っていただければと考えておりまして、その他にも住民への普及啓発、多職種で在宅療養している方を支えていくことが重要だということをも住民に普及啓発することも、この項目でしっかりと取り組んでいただければと考えているところでございます。

続きまして最後のページになりますが、今回冒頭で申し上げましたとおり、このプロトコルは概要版ということで、実際に区市町村さんの中でこれをたたき台としてやっていただいた後に、東京都としてしっかりその内容の聞き取り等をさせていただきまして、ブラッシュアップしていくことを考えておりますので、今回の概要版では効果検証ということで、最後に区市町村さんにこういう項目でご意見をいただければということをも、提示させていただいております。

続きまして、資料3に移らせていただきます。こちら、資料3は、ごめんなさい、ちょっと文字が小さいんですが、それぞれのステップで東京都のほうで、どのようなことに留意して検討していただきたいかという、取り組みのポイントを例示させていただいております。それらに対する対応や検討結果を、区市町村さんにそれぞれの項目についてご意見をいただければと考えておりまして、そのための簡単なものではございますが、ワークシートのようなものを作らせていただいたところでございます。

1番右の欄のグレーの網掛けのところは、現在の事務局での想定の記事例ということで、こういうふうな内容が想定されるのではないかというものになりますので、ご一読いただければと思います。

一応、今回のプロトコルの内容を概要版として、かなり前回の参考資料2よりかは膨らませた内容にはなりますが、あくまで区市町村さんの中でのたたき台として、これどおりにやらなければいけないというものではございませんので、その点をご留意いただきつつ、後ほどご意見いただければと考えております。

本日、ご意見いただきたいポイントが資料4になりまして、24時間体制の検討を進めるに当たって、課題と想定される事項や留意事項、特に事務局でここがポイントなのではないかと、各ステップで挙げたポイントのようなところも、ちょっとこういうものを盛り込んだほうがいいんじゃないかとか、それはちょっと違うんじゃないかとか、そういったことについてご意見いただければというところ、あとは、介護報酬及び診療報酬等について現状、感じている課題等も少しご意見いただけると、大変ありがたいなと考えているところでございます。

また、次年度からの新規事業になりますので、その他の事業全般についても何か疑問点やご意見があれば、ご指摘いただけるとありがたいなと思います。簡単ではございますが、東京都事務局からの説明は以上になります。何か。

○新田座長 ありがとうございます。今回の新しい切れ目のない在宅医療の体制整備支援事業について、説明をしていただきました。前回も事務局から説明していただいて、まだまだ皆さんの中でどういうものかというのが見えない中で、今日はさらに少しまとめて進む中で、まとめていただいたものであると思っております。今日のご意見いただきたい事項で2点ほどが書いてありますが、まず絶対、まずこの後、具体的に入っちゃいますが、全体的な課題の疑問点等で結構ですから、ご質問ご意見等があれば伺いたいと思いますが、よろしいでしょうか。遠慮なくおっしゃってください。

高松先生。

○高松委員 東京都薬剤師会の高松です。ご説明ありがとうございます。今、プロトコルを見せていただいたのですが、薬局の役割が全く入っていないんですね。プロトコルのステップ4のところ、薬剤の緊急対応の場合の連携フロー（処方箋対応）のところは薬剤と書いてあるのですが、地域包括ケアシステムでも、薬局は必ずその中に入ってますし、医療や介護のところでも医薬品の提供に関わることが多いと思うので、今、このプロトコルの中にその薬剤師の役割、薬局の役割というのをしっかり落とし込んでいただかないと、各市区町村で計画を立てるときにはそれが漏れてしまう可能性があります。ですので、そこは必ず明記していただかないと、東京都内での標準的なサービス提供に格差を生じる可能性がありますので、それはぜひお願いします。

以上です。

○新田座長 貴重な意見、ありがとうございます。了解しました。はい。他にご意見ありませんでしょうか。

○豊島 清水先生。お願いいたします。

○清水委員 はい、清水です。プレゼンありがとうございます。聞こえていますでしょ

うか。大丈夫ですね。いろいろな言葉の定義なんですけど、この文章の中に地域という言葉が入ってきます。それから、今までの全体の流れからすると行政区というね、それぞれの区市町村のことなんですけど、私の場合はちょうど行政区域の境目、目黒区なんですけど、隣は世田谷と大田区と、すぐもう一緒なんです。ですから、そういう意味では医療機関を中心に考える場合、患者さんを中心に考える場合で、いろいろなそういう組み合わせができると思うんですが、基本的に今はそれぞれの行政区の中で区が中心となってまとめるということによろしいんですね。そうしませんと、具体的に後、やるときに、私目黒区で世田谷の方とか大田区の方にも行きますんで、そういう折り合いのところですね。その辺はどんなふうにかえたらよろしいでしょうか。よろしくお願ひします。

- 新田座長 貴重な意見、ありがとうございます。今回の切れ目のない在宅医療体制整備事業、清水先生が言われたように、行政区を中心にしてモデルでプロトコルの概要を作っていくたいと思っておりますから、この場合の地域という言葉は行政区と考えていただければと思いますが、千葉課長、どうでしょうか。
- 千葉地域医療担当課長 今、ここで言うところの地域というのは、新田先生がおっしゃるとおり、基礎自治体である区市町村だと我々は考えておりますが、一方で清水先生がおっしゃるように、そもそも医療機関が、いわゆる区堺とかに寄っている場合もございますし、交通機関によって密接に絡み合っている行政区同士というのはあると思ひます。実際、東京はそういうことが多いと思ひますんで、そういうところは次の段階として、複数の行政区による連携体制ですとか、そういうのも今後は視野に入れてやっていきたいと思ひしております。
- 清水委員 ありがとうございます。段階的によろしくお願ひいたします。ありがとうございました。
- 新田座長 時間軸でやっていけば、病院を含めた時間軸だと超えざるを得ないという、当たり前のことが起こりますので、まず今の段階では、千葉課長のような。
- 豊島 では、先に佐藤先生。
- 新田座長 分かりました。
- 佐藤委員 訪問看護財団の佐藤です。ありがとうございます。実は私どもは、たとえ一人暮らしで病気があっても、障害があっても、本人の意思があれば在宅看取りをしたいと思ひていますが、最近、ある区で警察の方も含めた怪文書といったらいいのか、一人暮らしの在宅死は認めませんって、そういう文書が出てしまったんですね。それで私ども驚いて、その確認をしているところですけども、自治体が目指すべき姿として、たとえ一人であっても、病気や障害があっても、自宅で看取りができるということを目指してもよろしいのでしょうか。困難な事例として、そういう人たちは施設に行くことを、決めるということもあるかもしれないですけども、連携体制の構築の中でその辺のことを確認させていただきたいです。

石川県では、一人暮らしでも最後を看取って、そのときには市の生活支援課などが、

一緒に最後のお掃除なども含めて最後を支えるという、そういう仕組みがありますから、その辺のところを東京都はどのようにお考えかを教えていただきたいです。

- 新田座長 分かりました。では千葉課長、お願いします。
- 千葉地域医療担当課長 はい。佐藤先生、ありがとうございます。ちょっとその怪文書といのは私、存じ上げていないんで何ともあれなんですけど、東京都は先生方ご案内のとおり、地域医療計画でございます東京都保健医療計画において、誰もが望む場所で暮らし続けていく、そして最後を迎えるというのを大原則としてございますので、一人暮らしだから、2人だから、介護者がいるから、いないから、高齢だから、費用があるから、ないからとか、そういうのは全く関係ございません。本人が望むところでというふうなことを大原則として考えております。それは、多分これからも変わらないと私は考えております。
- 佐藤委員 はい、どうもありがとうございました。
- 新田座長 どうもありがとうございます。今の千葉課長が言った基本原則は、この在宅医療推進会議がずっとそれ、やってきたことですからと思っておりますが、よろしく願いいたします。

他にご意見ございますか。

- 豊島 佐々木先生が。
- 佐々木委員 よろしいでしょうか。聞こえていますか？
- 新田座長 聞こえていますよ。
- 佐々木委員 はい、すみません。東京都医師会の佐々木です。ちょっと基本的なことでもう一回確認したいんですが、資料2の最初のところで、はじめにのところで、行政が主体的に地域の医療関係者と協力して構築するんだと、その行政が主体的とありますね。4ページのところに従来在宅療養、在宅医療・介護連携推進事業のことが書いてあるんですけども、各地でやっている事業というのは、これまでは区からの委託によって、地域の医師会とかが逆に主体となってやってきたというところがあるんですけども、今回はそうではなくて、行政が音頭を取って行政が進めていくという形でという解釈でよろしいでしょうか。
- 新田座長 はい、どうぞ。千葉課長、よろしくお願いします。
- 千葉地域医療担当課長 はい。佐々木先生、ご質問ありがとうございます。先生がおっしゃるとおり、基本的に事業のプレーヤーというのは先生方ですとか、訪看の方々ですとか、薬局の方々ですとか、プレーヤーは皆さんそうだと思います。ただ、今回のこのプロトコルは皆さんと連携を取って、目指すべき姿を作って、それを共有して、課題を抽出して、その課題に対して取り組んでいくというふうな、その何て言うんですかね、流れ、みんなをまとめて意見を集約したりですとか、検討したりする流れを区市町村主体でやっていただきたい、そういうことでございます。

ですので、実際にやるのは当然、区役所や市役所の人が在宅訪問とかするわけではご

ざいませんで、プレーヤーはもちろん違いますけれども、いわゆる総合プロデュース的なことをやっていただきたいと、そういうふうなことでございます。

- 新田座長 佐々木先生、よろしいでしょうか。
- 佐々木委員 はい。なかなか、その区市町村の行政に、それがなかなかできるかどうか、ちょっと不安、心配なところはございます。
- 千葉地域医療担当課長 先生、それを全て区市町村が一から百まで考えろというのは、それはもちろん無理ですので、考える上でもそれぞれ地区の先生方ですとか、関係者の看護や薬局や介護の方々とも協力しながら、皆様知恵を出し合いあってやっている、その事務局として、やっぱり区市町村はきちんと中心となってもらいたい、そういう意味でございます。
- 佐々木委員 了解しました。
- 新田座長 もちろん、ここにも区市町村から来ていらっしゃるんですが、ちょっと意見を伺いましょうか。江戸川区の石原さんですか。
- 石原委員 はい。江戸川区、石原です。意見。
- 新田座長 行政が主体となって全部、そういう話ではないんですけれども、どうぞ、石原さん、どうぞ。
- 石原委員 はい。行政が事務局となって、多職種の方をまとめて連携しながら在宅療養を進めるという、理想については分かるんですけれども、具体的にどのような形でこの事業を進めていけばいいのかというところが、今の段階では見えてこないです。

以上です。

- 新田座長 ありがとうございます。どうぞ、千葉課長。
- 千葉地域医療担当課長 もちろん、それはこれを、自分たちが作っておきながら何なんですけど、ちょっとふんわりしたところに今、概要版がなってますので、当然実際には何からやっていこうかというのを、このモデル事業におきましては、我々東京都とモデル事業をやっていただける市区町村さんと協力しながら、じゃ、こういうところからやっていきましょうとか、お話し合いしながらやっていくと考えております。

実際にプロトコルを完成して、周知させていただくときには、それが分かりやすいようなプロトコルになるように仕上げていきたいとは思っております。

- 新田座長 石原さん、分かりましたか。もともと、区市町村において医療介護連携等、10年間ぐらいやってきているはずで、さまざまな事業をですね。そういったもので新しくやるということを行っているわけじゃなくて、改めてそういったことを整理しながら、切れ目のない在宅医療ということで取り組んでいただくということで、その今までのいろいろなさまざまなデータを、活躍してるかというと活躍してない、データを読み切れていない、さらに言うと区市町村におかれても本当に連携ができていくかという、まだまだ未知なところがありますので、もう一回そういったような事業の中に行政が入っていただいて、その概要というか、そういうことをやっていただきたい。そのよ

うなイメージだというふうに思いますが、よろしいでしょうか。

○石原委員 分かりました。

○豊島 今、東京都看護協会の佐川先生が挙手されています。

○新田座長 東京都看護協会の佐川先生、よろしくお願ひします。

○豊島 佐川理事、ミュート解除できますでしょうか。ちょっと今、佐川理事、応答がないようですので、他に何か、他の先生方いらっしゃれば。

○新田座長 千葉さん、佐川理事、まだ応答がないようですので。

○豊島 井出先生もいらっしゃる。

○千葉地域医療担当課長 そうですね、先に井出先生。

○新田座長 井出先生、よろしくお願ひいたします。

○井出委員 恐れ入ります。私、南多摩圏域と云って、八王子、多摩、稲城、町田、日野の5市の地域リハビリテーション支援センターという都の事業をやっている、理学療法士の井出と申します。今までの議論をお聞きしまして、在宅医療と同様、地域リハビリテーションも、小児もいれば難病の方もいれば、後遺障害を持った障害者の方もいれば、若い方もいれば、高齢者もいる、認知症もいるという、そういう枠組みでやっていますが、やはり5市のご担当の方も非常に苦勞されておまして、案件によってはこれは障害福祉、案件によってはこれは高齢者、高齢福祉、案件によってはこれは介護保険分野ということで、やはり担当部署がそれぞれありまして、市によって連携の枠組みを作ったとしても、市の場合も任期が3～4年で移ってしまうという根本的な問題がありまして、そういったところは苦勞が多いのを見て取れるんですね。

私もそういった事業によってご担当のところに行って、ごあいさつして、こういう案件なんですよということをやりますが、市のほうも構造的にそうなっているんで、やはり自分たちがこういうところに問題というか、問題というか、そういうところがちょっと壁になっていると、よくよく、もう百も承知であって、そういったところをカバーしていくには、やはり医師会のお力というのが大きいのかなと、そういうふうに思ったりもしております。

ですので、それを行政の壁というのを何か補完するものが在宅医療、小さいお子さんからいろいろな方が在宅で療養されておりますので、そこをサポートする、人口呼吸器がついている人はこう、難病はこう、難病だったら保健所も入ってくる、いろいろなことがありますので、そこら辺も東京都の医療政策部のほうで少しもんでいただいて考えてもらうにも、根本的なその解決しにくい問題と、そういった職能を使えば解決できる問題が、もしかしたら整理できるかもしれないなと思いましたが、発言させていただきました。ありがとうございました。

○新田座長 リハビリということの大変貴重なことで、これはもう行政単位だけでは解決できないということも多々あるということが、まず一つあるのと、もちろん市町村は言われるように、いわゆる職員交代、2年ぐらいで交代するので、次、それが受け継いで

いないと、こういったようなことはずっと言われております。その中であえてということも、こういったような計画をしなければいけないのは、大変苦悩するところでございますが、千葉課長、何かそこで意見が、もちろんそういうことを了解の上でやるわけですが、どうでしょうか。

○千葉地域医療担当課長 今、ここでこうしていきますというのは、なかなか言えないんですけども、基本的にはやっぱりここをこういうふうな事業を使って、皆さんが現場で悩んでいらっしゃることですとか、利用者さんにとって課題となっていることというのは、どんなことであっても課題として取り上げて、少なくとももう少しうまくいく方法とか、もうちょっと何かできるんじゃないかというのは、やっぱり考えていきたいなとは。すみません、曖昧な答えで申し訳ございません。

○新田座長 ありがとうございます。そりゃ、もちろん言われるように、医師会を含めて多職種連携をきちっとやらなきゃいけない話でございますので、医師会だけじゃなくて看護も含めて、リハも含めて、またあるいは介護も含めて連携しないとできない話だと思っておりますので、よろしく願いいたします。

○豊島 では、すみません。

○新田座長 山口さん。

○豊島 そうですね。

○新田座長 どうぞ。すみません、山口先生。

○山口委員 すみません。東京都保健医療公社の山口ですが、少し的外れになってしまうのかもしれないんですけども、これは行政単位というお話でしたけれども、行政単位の中で、一つの連携の大きな連携のグループを作るような形なんでしょうか。それとも、先ほど井出先生が言われたような形の、例えば疾患別のグループを幾つか作っても構わないということなんでしょうか。イメージがちょっと沸かないところがありましたので、そこだけ教えてください。

○新田座長 はい。

○千葉地域医療担当課長 まさに連携の話だと思うんですが。

○新田座長 そうですね。これは山口先生、地域単位でいうと、一つは提供側としては、まずかかりつけ医等の基本体制があるだろうと、まずそこが有りますよね。在宅医療の提供者として。かかりつけ医だけでは機能しないために、訪問看護とも一体的な対応ということがあって、そこでまず病態像とか疾患別で出てきた場合には、さらなる広がりが必要だろうと。その広がりを見据えないと、いわゆる切れ目のない連携はできないだろうと。

先ほど誰か発言がありました。やっぱりその地域で暮らすその人を最後まで、結果として看取りがあったとしても、そこまでどのようにつながっていくのかということに対して、いわゆる提供側と受け入れる人たちの病態像と言ったらいいのか、状態像で言ったらいいのか、その辺の概念像もきちっと作っていかないと、この話は進まない

だろうなど。そこで、そこが行政がそのことを考えるのはなかなか難しい話ですよ、そこで言うと。そういう中でやっぱり地区の医師会等にも協力していただきながら、やっていくという話になるかなと。あるいは、そこに関係する病院にも協力していただく。いわゆる病院との連携もこれ、とても重要なので、その辺りは行政、地区行政、離れるかも分かりませんよね。もちろん、東京の辺りだと。その辺りのところを、それを考えるのは次のステップだろうなどというのは、事務局と話していたところで、まず基本体制を作り上げましょうという話まではしておりましたが、千葉課長、僕の間違いでしょかね。

- 千葉地域医療担当課長 いや。我々としては山口先生がおっしゃられたように、疾病別の体制というのは現状では考えていないんです。ベースとして全体的な在宅医療を支える仕組みというのを、作っていきたいと思っております。

ただ、当然やっぱりこれからがんの患者さんが増える、そうすると多くの方がきっとこの後は在宅療養に移行して在宅で看取りを迎えるという方が、今までの病院だけで済むということはないと思いますし、やっぱりそうすると、がんの体制については、こういうふうにしたほうがいいねというのはあると思うんです。抗がん剤を使う人、使わない人、看取りが近い人、そうでない人、そうすると当然、関わっているような薬局の方々ですとか、リハの方々ですとか、いろいろな方が関わってくると思うんです。

でもそれというのは、やっぱり疾患別のだけを作ると、ちょっと特殊なものになってしまいますので、ベースを作ってから、またそれぞれの地域の状況に応じて、例えばがんの、脳卒中の、心臓のとか、認知症のとか、そういうふうな形のバリエーションを作っていくのがいいのではないかと、今は考えております。なので、次のステップかなとは現在では考えております。

- 山口委員 ありがとうございます。実際に、病院から在宅の先生にお願いするときに、やはりそれぞれ得意の分野があったりするというのもございましたので、ちょっと質問させていただきました。どうもありがとうございます。

- 新田座長 ありがとうございます。

- 豊島 佐々木先生。

- 佐々木委員 ありがとうございます。佐々木です。これは質問というよりは、お願いなんですけれども、資料2の6ページのところにKDBデータを基にしてという文言があるんですけれども、東京都の在宅療養ワーキンググループとかに出ていますと、その地域の在宅医療をどこの医療機関がやっているかとか、そういう非常に興味深いデータを出してくれているので、ぜひとも地域での課題抽出のためにも、東京都が持っているそういうデータをぜひとも地域に還元していただいて、議論が進むようにいろいろなデータをいただければと思います。よろしくお願いたします。

- 新田座長 貴重な意見だと思います。今、千葉課長がうなずいていますので、当然なこととしてデータ、そのデータ分析を実はいわゆる市町村行政ですするというのは大変な作

業なんですよね。だからその作業も含めて、やっぱり協力体制を作らないといけないんだろうなと。佐々木先生が言われたように、そのところは東京都も協力しながらやっていかないとはいけないだろうと思っていますので、千葉課長、よろしくお願ひいたします。よろしいでしょうか。

○千葉地域医療担当課長 はい。

○新田座長 ということで、佐々木先生、ありがとうございます。

○豊島 すみません。先ほど佐川委員からマイクが、ミュートが外せなくて発言ができませんとのお話がございましたので、もしよろしければチャットでご質問等をご記入いただければと思いますので、お手数ですが佐川委員、お聞こえでしたらお願ひできればと思います。

○新田座長 チャットで、分かりました。もう一つ、佐々木先生の質問でいうなら、医療のそこでのデータと介護保険データをこれ、兼ね合わせないとなかなかいいものが出ないと、この難しさもあるんですね、これは。地区行政というのは介護保険データをしっかり持っているわけですよ。医療に対するもののデータは、なかなかそれを地区行政、地区の行政の人たちがそれを分析する力がないと言ったらいいのか、なかなか難しいものがあって、これは大変な課題を佐々木先生、出していただいたなと思いますが、それを何とか乗り越えないといけないなと思いますので、貴重な発言だと思っています。よろしくお願ひいたします。

他にありますでしょうか。この中で介護報酬、診療報酬について、何か現状感じている課題というのがあるんですが、何か疑問、何か感じている課題を持たれている方。はい、どうぞ。佐藤美穂子先生、よろしくお願ひいたします。

○佐藤委員 はい、ありがとうございます。24時間体制の検討を進めるに当たってというところなんですけれども、やはり夜間、早朝、深夜、ここで訪問看護に行くときに、ほとんどの人は1人で対応しているんですね。2人で行くということになると本人、家族等の同意が必要となってきます。それで、この本人、家族の同意を得るに当たっては、家族あるいは本人が暴力とか暴言とか、さまざまなそういう状況があったり、認知症であったり神経科疾患だったりして、なかなかその同意が得られないんですね。

医療も介護も必ず同意を得ることになっているんですが、この同意を得る方法として、何か第三者機関みたいなところが、この方の場合には2人訪問が妥当だと、そしてその訪問したときには、同行訪問加算をちゃんと算定できるということを認めてもらいたいなというのが1点です。

それから、ステーションって小規模のステーションが多いですから、1つのステーションで24時間対応体制って、本当に負担が大きいし、管理者がいつも携帯当番をしているような状況も見られます。そこで医療保険では今回連携をする、自治体とか医師会とか、そういう看護協会のところとかが名簿を持っていて連携できるような仕組みがあれば、2つの訪問看護ステーションが24時間対応体制を行ってもいいですよと、そう

いう報酬改定がありました。

ところが、この2つのステーションが訪問看護として入るには、2つのステーションが入るといふ、がんの末期とか難病とか、あるいは管が入っているような人、そういう人しか2カ所に訪問看護の指示書が交付されないんですね。通常は1カ所しか指示書が交付されない。そういう状況の中で、2カ所が連携して24時間対応しても、電話を受けた人は指示書がなければ、訪問看護ができないんです。そういうところで、はたと困ってしまして、がんの末期だったら2カ所、主治医から指示書が出るから2カ所が交互に行くし、電話を取った人が行けるんですけども、そうじゃない方が大半の場合には、どうしてもその連携といってもできないことが、非常に課題になっております。

以上2点、何とかしていただく方法、方策があれば教えていただきたいと思います。以上です。

○新田座長 はい。これは大きな診療報酬上の課題なので、もちろん東京都の仕事を超えているような課題でございます。

1点目の、例えば2人の同室の、入るといふことは、後に報告がありますけれども、皆さん1人対応で大変いろいろなことが起きていることがありますので、まずは考えとして、一つの方向性の中で、また考えなきやいけないなと思っています。

○佐藤委員 はい。ぜひ皆様でご検討いただきたいと思います。私たちも24時間頑張っておりますので、よろしく申し上げます。

○新田座長 はい。他にご意見ありますか。飯島先生、途中から入られましたね。西田先生も途中から入られて。

○飯島委員 飯島です。遅くなりました。もうちょっと先生、全体像を聞かせていただいて、またコメントをさせていただきたいと思います。すみません、遅くなりました。

○豊島 今、すみません、佐川先生がチャットでご質問いただいていたいました。読み上げさせていただきます。

昨年度まで行政機関にありましたが、在宅療養の方は高齢者だけではなく、医学的ケア児の方、精神障害者の方、難病の方などですが、対象者によって担当する部署が異なってきます。今回のプロトコルを取り組むに当たっては、行政という一くくりになっていますが、行政の関係各課も連携が必要ということになりますね、というご発言になります。

○新田座長 今の話は、先ほど井出先生の話した内容と類似しますよね。もちろん、この医療的ケア児等々の担当部署ってどこにあるのって、地区行政だと本当に障害者部門になるよねと、だけど医療ケア児になると、なかなかちょっと大変だとか、そういったことも含めてあるわけですね。こういうふうに対応部門が違う中で、地域行政ってどうするんだよというのが、先ほどの石原さんの悩みかな、私たちもどうしたらいいのか、そういう話ですね、そこはと思いますが、石原さん、もう一度発言よろしくお願いたします。

○石原委員 はい、石原です。そうですね、江戸川区の場合も高齢者は介護保険課、障害者は障害者福祉課、医療的ケア児は健康部のほうで、がんとかもですね。それぞれ部署が異なっておりまして、在宅療養というくくりになっていないんですね。心身は精神、それぞれの在宅になっている理由ごとに担当が分かれておりますので、まず市内の連携というところからして考えていかないといけないかなと思います。

以上です。

○新田座長 ありがとうございます。江東区の笠間さん、どうでしょうか。

○笠間委員 はい、江東区の笠間です。お疲れさまでございます。今、石原委員がおっしゃったとおり、やはり私のほう、地域ケア推進課長としておりますが、部門としてはやっぱり高齢者の地域ケアだけなんですね。障害者は障害福祉部、精神ですと保健相談所という、やっぱり行政の縦割りの部分がどうしても多ございまして、24時間のいろいろな部門をまとめていくというのは、やはり行政の中では、まずそこが一番大きい関門かなと考えてございます。

以上でございます。

○新田座長 ありがとうございます。多摩市の金森さん、どうでしょうか。

○金森委員 多摩市、金森です。聞こえますでしょうか、大丈夫でしょうか。すみません。今、お二人の課長がお話しされたように、多摩市におきましても在宅医療・介護連携推進協議会、高齢福祉課というところで高齢者を中心ということで、ネットワークがしっかりできております。やはり医療的ケア児ですとか、障害に関しましては障害福祉課というところがやっているというところになります。多摩市においては、この私の所属している健康推進課のほうで一度、区市町村の在宅療養推進事業の補助金を使わせていただいて、地域医療連携構想的なものを少し、レセプトの分析等もさせていただいて作ったところがございますが、やはり市内の連携というところが、ちょっといまひとつ、まだ進んでおりませんし、ちょっとコロナの関係でなかなかそういったところも進みにくくなったという現状がございます。

なので、やはり市内の連携をどういうふうにまとめていくのかという、どこがまとめていくのか、どういうふうにやっていくのかというところを、まず各基礎自治体のほうで考える必要があるのかなと思います。

○新田座長 もうひとかた、東大和の石嶋さん、どうでしょうか。

○石嶋委員 東大和市、石嶋です。すみません、遅くなりました。今、3人の委員の方、それぞれおっしゃったことと、当市においても全く同じような状況になっておりまして、私、高齢介護部門で地域包括ケア推進を担当しておりますことから、今回在宅医療、介護連携という部分では、音頭を取ってやらせていただいているところなんですけれども、そういう障害の部門ですとか、あとは健康課の部門ですとかとの連携というところを図った上ででない、なかなか音頭を取って行政の立場から必要だと考えられる全体像を意識して、作成していくところが正直、課題かなと感じております。

以上でございます。

○新田座長 ありがとうございます。宮崎委員が挙手されて、宮崎委員、よろしく願  
いいたします。

○宮崎委員 よろしくお願ひします。1点まず確認させていただきたいのですけれど、  
ここで議論されている切れ目のない連携体制というところの想定の中に、例えばグルー  
プホームに入所されていた方が、「看取り期になってきたよ」ということで、自宅療養  
に切り替えていくケース、その方向性も含まれているものでしょうか。

○千葉地域医療担当課長 この中に入ると思ひます。

○宮崎委員 はい。今、そういったグループホームにいる方を、スムーズに受け入れてい  
くための連携体制という枠、そういう視点というか発想自体が行政側にイメージとして  
あまりなかった場合、議論から抜け落ちてしまう可能性があるところが気になりました。

「もともとの立てつけとして、グループホームには元気な方しかいないよ」とか「デ  
イサービスも同じく、元気な方しかいないよ」というような思い込みがあり得ます。

現状では「かなりもう、看取り期の方なのだけれども、致し方なくそこで受け入れて」  
いて、現場の介護スタッフも、ご家族も、「この先どうして行ったらいいのだろうか」  
と、身動き取れないケースがあるように感じています。そういったときに、グループホ  
ームのケアマネさんですと、居宅ケアマネさんではないために、地域包括との連携、バ  
ックアップを受けられな、情報が入っていかなくて、孤立化してしまうケースがあるよ  
うに思っているのです、ぜひそういった、抜け落ちてしまいがちなケースにも、行政サイ  
ドから目が行くような流れに作っていただけると、非常にありがたいなと思ひました。

以上です。

○新田座長 一方だけじゃなくて、逆方向もある話ですよ、それはね。ということも含  
めながらということで、貴重な意見、ありがとうございます。先ほどの行政の方たちの  
話の、やっぱり一つ問題はこれ、この話は在宅医療を推進するために、行政が一体ど  
こになるのかということで、ずっと担当部署がない中で進めてきたんですね、一方でい  
うと。

一方で、例えば地域包括ケア推進なのかどうかということも含めて、その中で大体や  
られているわけですが、そこに医療ケア児推進法ができて、さらにまた違ったのが入っ  
てきたと、障害のですね。そこで行政の中で、じゃ、それを誰がそこを2年間するのか  
と、また地区としては悩ましい話で起こってきて、こういう中で進めるという、とても  
地区行政、皆様の意見、とても分かる中で、さらに解決策を持っていかなきゃいけない  
という、それを乗り越えない限り、これは進められませんので、今日参加の4人の委員  
方、またさらなる、今の現状は分かりましたが、さらなる解決法として何がいかも含  
めて、また後ほどでもいいですから提案していただければ、何か。石原さん、どうした  
らいいのかなと悩みの表情ですが、よろしく願ひいたします。よろしいでしょうか。

他に何かありますでしょうか。これで大体時間が5分過ぎましたが、次の報告事項に

移らせていただいて、また後ほどご意見があればということにいたします。では、報告事項1から2について、事務局から説明していただきます。よろしくお願いいたします。

○豊島 東京都医療政策課の豊島です。皆さん、たくさんのご意見ありがとうございます。報告事項に移らせていただきますので、再度資料を共有させていただきますので、少々お待ちください。

私から、資料5についてご説明をさせていただきます。こちらは、在宅医療に関わる医療介護従事者に対する利用者からの暴力等に関する緊急調査、実施概要及び速報値という資料になってございます。このたび東京都では、在宅医療に関わる医療介護従事者の皆様を対象に、在宅医療の現状把握のため、利用者から医療介護従事者に対する身体的、または言葉による暴力についてアンケート形式で実態調査を行いましたので、実施概要とアンケート内容について、ご説明をさせていただきます。

調査対象の方は、在宅医療に関わる医療介護従事者、調査方法につきましては、東京都共同電子申請届け出サービス上にて、皆様にアンケートをご周知の上、実施をさせていただきました。

実施に当たりましては、一覧表になってございます関係団体の皆様に、各所属の会員様にご周知いただくなど、年度末の大変お忙しい中、ご協力をいただきました。改めてお礼をさせていただきます。ありがとうございます。回答期間につきましては、令和4年の先月2月9日から2月23日水曜日までの15日間という、大変短い中ではございましたが、回答総数1977名、大変多くの方にご回答いただきました。

次のページが、アンケートの内容になってございます。質問事項としましては、皆様の属性、あとは身体的な暴力を受けたことがあるのか、またそれほどこで受けたものなのか、暴力とは利用者本人からなのか、またご家族からなのか、またその後どのような対応をしたのか、それによってその暴力はなくなったのか、なくならなかったのかということ、身体的な暴力と言葉による暴力を分けて、それぞれ調査をさせていただきました。

また最後に皆様のご所属の組織内で身体的、または言葉による暴力行為に対して、何か相談体制や予防策を講じていますかという質問をさせていただきまして、それについてもどのような体制を取っているのかということ、自由記載で皆様からご意見をいただいたところでございます。

6番と7番が速報値となっております、身体的な暴力を受けたことがありますかというのが、回答1977件中455件、23%、言葉による暴力を受けたことがありますかというのが、1977件のうち952件で、48%と約半数となっております。詳細な内容については、まだ集計中でありまして、今回は速報値ということで、ご提示をさせていただきました。

ひとまず報告事項1についての説明は以上となります。

○新田座長 ありがとうございます。本当に短い間の中で、在宅療養に関わる医療介護従

事者の方が、いかに言葉による暴力がほとんど半数ですよね。身体的な暴力も23%で、かなりの数字を示していました。何かご意見、これをまず報告事項にさせていただいて、さらに分析をこれからまたしていきたいと思っておりますので、その分析も含めてご意見等があったら、ご意見をお願いしたいと思っております。よろしくお願いたします。

恐らくこういった、何だろう、アンケートってこれ、東京都が初めてかなと思っております。在宅支援協会で全国統計のアンケートをやりましたが、それはそれで医師向けでございましたので、多職種の中でアンケートというのは、看護協会もやったのかな、ちらっと聞いていますが、こちらのアンケート結果だと思っております。何かご意見ありましたら、よろしくお願いたします。

どうぞ、飯島先生。

- 飯島委員 ありがとうございます。アンケート結果、興味深く拝見させていただきました。これはあれですよね、48%ぐらいの人がって、ほとんど半数の人たちが、少なくとも言葉の暴力は受けているということで、その価値観もまちまちなんでしょうが、よくあるケースは、大体この類のこういう言葉を浴びせられているとか、例えば善かれと思ってこうやってやっているのに、それをちょっとマイナス方向で解釈されて、何でこんなこと、やるんですかみたいなことを言われるとか、何かパターンというのが見えないんでしょうか。それとも、ただ48%とか、そういう数値だけのあれでしょうか。
- 新田座長 ありがとうございます。千葉課長、よろしくお願いたします。
- 千葉地域医療担当課長 先ほども豊島のほうから申し上げましたが、詳細な分析はこれからですので。
- 飯島委員 これからですか、はい。
- 千葉地域医療担当課長 私の印象だけ申し上げますと、かなりの数がやっぱり認知症の方からの。
- 飯島委員 なるほど。
- 千葉地域医療担当課長 バカヤロウとか、何やっているんだとか、いわゆる暴言。
- 飯島委員 そういうことですか。
- 千葉地域医療担当課長 もう一つ多いのは、不当な要求による暴言。何でできないんだ、やれよというふうな圧迫というか、脅迫とは言わないですが、そういうふうなこと。
- 飯島委員 脅迫の一步手前のようなね。
- 千葉地域医療担当課長 非常に数が多かったという印象があります。
- 飯島委員 なるほど。ありがとうございます。次なる追加解析を待ちたいと思っておりますけれども、今日のこのアンケート結果の速報を聞いたときに、ふと頭の中をよぎった話題がこれ、約10年ぐらい前の話なんです、あるんですね。このアンケートを答えているのは、いわゆるいろいろな医療とか介護のプロフェッショナルなので、例えばひどく進んでしまった認知症の方が何かワーって言っちゃったときには、認知機能低下だから、まあ、こういうことはあるだろうねなんて、ちょっとうまくカモフラージュでかわすと

いうことは、プロフェッショナルでできると思うんですが、やっぱりそうじゃない方々が、何て言いますかね、理不尽な言葉をかけてくるというところは、とってもつらいなとは思うんですね。

その10年前にちょっとよぎったというのが、いつかはやりました、QOLならぬQODという、クオリティオブデスに関して、ある海外の調査団がいろいろな全世界の国々に対して、いろいろな物差しが入った大規模サーベイをやったと。それで、当然医療制度とか、まちまちなので、同じ物差しで比べられても困るということもあるんですけども、そのクオリティオブデスという形でのランキングをつけたというのがあったんですね。ちょうど地域包括ケアシステムという概念が出て、ちょっとたった頃だったと思うんですけども。

ちょっと僕のうろ覚えなんですけれども、日本が何か20位台、24～25位ぐらいをうろついていて、お隣韓国、中国が三十何位とかいうところで。この二十何位をいいだ、悪いだと言ってしまうしょうがないんですけども、その調査団からちょっとしたコメントがそれぞれ出ていたと思うんですね。これはアドバイスではなくて、単なるその大規模サーベイから見た冷静なコメントみたいなやつが出ていて、日本に対してどういうコメントが出ていたかという、これも的確に覚えているわけじゃないんですが、ニュアンスからしますと、医療レベルとか医療システムが非常に世界のトップクラスであると、日本は。すごいもう世界でトップクラスのそういうレベルにも関わらず、国民にここまでありがたがられないのも珍しいみたいな感じの、ちょっと皮肉っぽいような、これを、ちやかされているというよりは、そういう結果でしたよみたいな感じのことを言っているんですね。

何か今日のこれを聞くと、ちょっとそれがすっとよぎってしまって、やっぱり当事者の現場の方々は、やっぱり汗かいて頑張っている。善かれと思ってやっている、それがちゃんと、そんなにプラスに妙に褒めてもらう必要はないんですけども、正当に評価されれば、またそこにちょっとした笑顔でももらえれば、ありがたいわけなんですけれども、こういう理不尽なほうにということになっちゃうと、やっぱり普段の努力が何かマイナスで返されるとつらいなというのがあって。

でもそこら辺も、プロフェッショナルスタッフなので、そういうときもあるよ、そういうケースもあるよなんて言って、うまくごまかしたり、うまく消化しながら、また次なるケースに行っていると思うんですけどもね。何かそんな話題が10年ぐらい前にあったなというのを、ふと思い出して、そこがいわゆる地域包括ケアのまた第2ステージの、ちょっとした課題みたいな部分なのかなと思った次第なんです。すみません。ちょっと雑談風の話提供で申し訳ございませんでした。

以上です。

○新田座長 ありがとうございます。まさに一つ、視点ですよ、それはね。

佐藤美穂子先生と清水先生と西田先生に、現場側の意見で恐らく、意見を伺いたいん

です。まず佐藤美穂子さん、どうでしょうか。はい、どうぞ。

- 佐藤委員 ありがとうございます。日本の看護って、世界から比べても素晴らしいと私たちは思います。何となくヨーロッパ辺りではビジネスライクというか、そういう状況での看護をよく見学など行ったときに見受けますので、日本の看護は素晴らしいというのが、まず第1点です。

それから、私たちの財団の管理者に聞いてみますと、結構もう何件もそういうのがあって、それは自分たちだけで解決できなければ、2人で訪問したり、あるいは地域のケアマネジャーさんたち含めた担当者会議で、関係者で会議をもってやったり、それからどうしてもこれはお断りせざるを得ないという状況のときもあるという、解決方法をいろいろ考えています。

ただ、私は思うんですけれども、もっと最近ひどくなっていると思います。ストーリーがいで今、私どもも弁護士にどう相談しようかと悩んでいるようなケースもあるし、それから防犯カメラが設置されているところが、お宅が結構あって、日中独居の方の場合ですね。訪問看護師やヘルパーさんが行ったときに、どんなことをしているかを後で見るとか、それから訪問した看護師を写メで撮って、それを拡散しているとか、すごく最近はそのようなものを使った暴力とか暴言以上の、本当に私たちを不安に陥りさせるような内容が増えてきていることが、実態としてあります。

私たちもどうすればいいのかと今、検討会をこれから持とうと、もう一度アンケート調査をしようと考えているところです。

- 新田座長 貴重な話をありがとうございます。清水先生、どうでしょうか。

○清水委員 聞こえますでしょうか。

○新田座長 はい、どうぞ。

- 清水委員 実は私もここ数年、在宅の患者さん、ご家族、あるいはそれを取り巻く人たちの中で、やはりちょっと心の問題が出てきているのかなと思います。やはりこれ、コロナの影響がかなりありまして、それに対して対応しているうちに、いろいろなことが疑心暗鬼になってしまったということが一つです。

それからもう一つは、私の場合は訪問診療を始めるときには、必ずいろいろな関係、家族関係とか、それからそのサービスの提供とか、経済状況がどうかということも全部チェックをして始めますので、それほどトラブルは、そういった意味のトラブルはないんですけれども、ただ訪問看護師の方からお伺いすると今、表に出てこないんですがセクハラの問題もあるんですね。入浴サービスをしているときに、ちょっと何ですかね、妙な手が出てくるとか、でも一生懸命やらなきゃいけないということで、それこそ泣きながらとは言いませんが、やはり仕事をしていくということもあります。

ですから、それを逆に言えないということもありますので、そういう意味では、私、10年前までは私のところから訪問看護を専門を入れてやっていたんですが、なかなか個人の診療所でそういう在宅専門の方を雇うというのは、場合によってはゼロになっち

やうこともあるので、それをどうやってキープするのは難しいので、そういう意味で10年前からは、もう地区の8つの訪問看護ステーションをうまく振り分けをしながら、お願いをしています。

逆に言うと今、在宅医療、在宅療養が成り立っているのは、やっぱり訪問看護師さんがいろいろなレベルで見えていただいて、すぐにいろいろご連絡をいただいているということで、非常に助かっています。ですから医者レベルとしては、やっぱりキーパーソンをきちっと捉えて、それからそれぞれ情報をお互いノートに書いて残しておく。先にそういった何か兆しとか、何か怪しいというような感じがあれば、皆さんで共有して次には解決するというふうに、もう具体的に個別にやらざるを得ないかなと思っています。

ここだけで、場合によっちゃ、ちょっとメモを残してはほしくないんですが、今まで性善説で私は訪問診療も含めて、善かれ善かれと思ってやっていたんですが、どうもそこに第三者的なことが入られると性悪説的な、あるいは我々、リスク管理をせざるを得ないような状況も出てくるということです。ですから、だからと言ってやらないわけじゃないんですが、かなりのリスク管理、それは当然、感染症はあるんですが、それ以外に対人的なリスク管理ですね。これも最近必要かなと思っています。

やっぱり、看取りの最後も天寿を全うされた、よかったということで、最初は皆さん、泣いていらしても、1週間後には、ああ、よかったと、これで皆さん、納得できたねという形を目指してはいるんですが、でもそこで、やはり従来の関係者じゃない方が入ってくるとか、いろいろ問題もありますので、とにかくそういったいろいろな取り巻きの情報を整理して、やっぱり日々訪問診療、訪問看護は必要かなと思っています。

以上です。

○新田座長 ありがとうございます。西田先生、いかがでしょうか。

○西田委員 そうですね、このアンケート結果については、このようなものだろうと、私は思っていました。一方で、今回のこういう事件があって、こういうアンケートを取って、非常にその在宅医療の場、在宅ケアの場って1対1のことが多いじゃないですか。だから、そういう中でのリスクを非常に重視するようになってしまうということの、ちょっと危惧しています。何て言うんですかね、人それぞれの考え方ってあって、我々は善かれと思って善行だと思って一般論的なところを提示するわけですが、それが相手からすると、とんでもないことだったりするわけですね。そういったことをどれだけうまくこなしていけるのか、こちらがプロとしてですね。そこら辺のコミュニケーションスキルというのが、実は我々、あまり足りていないんじゃないかと、むしろそっちを私はすごく感じています。

それからちょっと、最初のほうの議題については、すみません、私、遅刻しちゃって、一言。

○新田座長 2人意見がありますので、後ほどまた。

○西田委員 はい、分かりました。

○新田座長 宮崎委員、どうでしょうか。

○宮崎委員 はい、ぜひ市民啓発で、こういった調査結果のデータを踏まえ、市民に対する現状認識の啓発ですとか、どういう形でケアチームというものと向き合っていくのがよいのかの啓発の取り組みも、していただきたいなと思いました。こういったデータがあると、市民も理解しやすくなると思いました。

もう一点は、先ほど飯島先生がお尋ねになられていた、どういう内容なんだろうというところは、私も伺いながら、「実はBPSD対応がうまくいっていないケースも含まれているのかもしれないな」と思いました。“プロフェッショナル（なのでBPSD対応は上手くいっているの意味）”と先生はおっしゃっていましたがけれども…、一方でそういうスタッフもいるのではないかとも思いました。

家族の側からしますと、在宅チームというのは全体で在宅チームという認識になるので、例えば訪問ヘルパーさんが、ベテランの方が来てくださるケースではなくて、すごく新米の方が入って、BPSD対応がうまくいかなかった、それはその方のスキルの問題だとしても、家族からすると「何だ、このチームは」という形で、他のメンバー、ドクターであったり、訪問看護師さんであったりについてもネガティブなイメージがついてしまうというリスクもあるかと思えます。そういう意味では専門性、対応、コミュニケーションの専門スキルを伸ばしていくという取り組みの両方が、非常に重要なトピックと感じました。

以上です。

○新田座長 秋山さん、どうぞ。

○秋山委員 2点あります。詳細はこれからだということなのですが、本人というのと家族というのが交互に質問肢の中に入っていて、ちょっとこれが分かりにくくなっていますが、最後の6番、7番でそれが全部一緒にはい、いいえに今、集計されているんですけども、私としては家族からのさまざまな暴言というのは、結構スタッフはちょっと理不尽なというか、そういうことが結構多くなってきていて、何でこんなに怒られなきゃいけないのかとか、そういうことが結構多くなってきています。決してケアの質がどうこうというよりも、ちょっとやっぱり切れやすくなっているとか、怒りやすくなっている状況というのがあって、ご本人よりも家族の側の率が高いんじゃないかなと思います。大まかでもいいから、そこら辺が分かっただけというのが一つ。

それから全く違う観点で、さっき宮崎さんもおっしゃっていましたが、利用者側からの在宅での、逆に暴力を専門職から受けたというような、そういう意見を吸い上げていくのも一つ、多くはないと思うんですけども、そういうこともある。両方を提示しないと公平じゃないかもしれないなとちょっと思い、工夫は要ると思うんですが、何かそういう窓口とか、それもあってもいいのかなと思いました。

以上です。

○新田座長 アンケートです。どこまで含めて考えてなきゃいけないと、そういう話かな、よく分からないんですが、私。

○千葉地域医療担当課長 そっちについては、やっぱり基本的には在宅相談窓口ですとか、そういうのがありますので、やっぱりそこは我々あえて、外しました。

○新田座長 今の利用者側からの話は、地域に在宅相談窓口があるので、やっぱりそこからきちっとした声を聞くということで、今回はあえて外したということでご了解ください。よろしく願いいたします。

いろいろ貴重な意見ありがとうございました。現場で抱える問題は大変だと思っておりますが、西田先生、全体としての何か質問があるということだけれども、何かありますか。

○西田委員 すみません。最初の議事のところなんで、ちょっと感じたことなんですけれども、地域ごとの在宅医療のシステム作りみたいな話のところですよ。例えばAという在宅患者さんに対して、1人の在宅医がいて、ケアマネジャーがいて、看護師がいて、ヘルパーさんがいる。この多職種連携というのは、いろいろな制度でつながっているわけですよ。指示書があるし、ケア会議があるし、例えばですね。それプラスコミュニケーションということなんですけれども、それがなければ在宅医療は成り立たないわけです。

何が言いたいかというと、ある程度そこはできていると思うんです、私。ただ問題なのは、その横のAさんという患者さん1人の縦はできているんだけど、そのAさん、Bさん、Cさんそれぞれの患者さんの横がつながっていない、だから、うまく言えないんですけれども、在宅医療の屋台骨がしっかりしていない。ここはずっと多職種連携、多職種連携って叫ばれてきたんですけれども、私はむしろ同職種連携だと思っています。

例えば、継続した医療の中で、在宅療養に入っていった患者さんに対して、昼間はかかりつけ医が継続して、夜間対応はそういう職種のドクターが見ていくのか、あるいは在宅療養に移った時点で転院するのかなとか、そういった医療間の連携が議論されていないということが、私、今は一番問題になっているんじゃないかなということ、医師会の立場ということもございまして感じています。

ということと、あともう一つは先ほど医ケア児の話とか、障害の話とかというのが出ました。それぞれが行政の中で縦割りなのももちろん、ものすごいそういう状況だと思うんですけれども、一方でこの仕組みというのが、私はやはり高齢者の話だと思っています。障害の在宅、特に高齢化した知的障害のある方、それから医ケア児もそうですけれども、それぞれすごい課題を抱えています、これはそれぞれで、もうちょっと深く議論をしていかないといけないことが山ほどあると思うんです。マイノリティとして少し議論が立ち遅れていると思うんです。だから、それぞれきちっと議論をした上でまとめていかないと、最初からごっちゃにして話をすると、私は何も進まないんじゃないかなというふうな印象を持っています。

すみません、以上です。

○新田座長 いやいや、ありがとうございます。とても分かりやすい、分かるような話ですよね、それはね。基本的には個別的にはみんなできているけれども、本当に地域全体でできるようになるのはなかなか難しいと。それは同職種連携ができていないからとか、あるいは同職種でも、僕は同職種連携もまだまだそこは足りないなと思っているんだけど、それも含めてそのところの概要の議論にしてほしいんです、そこはと思います。

もう一つは、医ケア児の話は言われたとおりで、医ケア児の中の議論でずっとやってきているんですね、これね。厚労省の規格も医ケアの小児の在宅と高齢者と訪問看護という3つに分けて、さらに分かれるような議論をしてきた中で今、医ケアの法ができた。じゃ、そこは小児科医だけでできる話かという、違いうだろうと。もっと地域性を持った話だろうという議論に最近はなりつつあって、小児の地域包括ケアという概念も出てくるんですね。小児の地域包括と地域包括は高齢者とちょっと違って、教育とか、いろいろなことが入ってくる中で、そこで地域という概念が出てくる。

というふうに、議論としてはまとまりつつあるような、一方ではね、先鋭的な議論としてはですよ。この東京都の中でも今、今日の皆様の意見を聞いて、一方、そういう中でもまとめていかなきゃいけないなと思います。西田先生、貴重な意見ありがとうございます。最後に、一方でまとまる意見だと思っていますので、ありがとうございます。

それでは皆さん、今日。どうぞ、誰でしょうか。

○豊島 看護協会の佐川委員が。

○新田座長 佐川委員、どうぞ。

○佐川委員 すみません、聞こえますでしょうか。

○新田座長 聞こえますよ。

○佐川委員 ミュートがやっと外れました。どうもご迷惑おかけしました。先ほどチャットでお送りしまして、今回の調査について、看護協会の看護職からは、大変昨今の事件で心配になっていたところを、タイムリーな調査をしていただいたという感謝のご連絡をいただいております。東京都様には本当に感謝しております。どうもありがとうございます。

調査の対象について発言いたします。看護職は保健師、助産師、看護師と分かれています。今回の調査対象職種が看護師だけでした。わかりにくいことなので、やむを得ないと思います。保健師はいろいろな方の訪問に行く仕事です。何十年か前に保健師が訪問先での刺され事故が起こったことがきっかけで、地域の保健師を対象とした暴力に関する実態調査を行いました。どういった暴力を受けているかという実態調査をした経験がございます。保健師はかなりの割合で身体的な、暴言も含めて受けていることが分かりました。今回、看護師が限定でしたので、職種ごとの特徴は出てきにくいのかなと思いますが、今回の調査については大変期待しているところでございます。ご報告を楽しみにしております。よろしく願いいたします。

○新田座長 すみません。ありがとうございます。先ほど、ごめんなさい、地域行政の人

の意見を聞かなかった。実は地域包括ケアの担当している保健師さんたちが、やっぱり入って大変な暴力を受けているという話も、結構たくさん聞いております。それは地域行政として対応、大変だと、今度は行政の立場でその暴力に対応していくと。このようなことも含めて、あるというふうにももちろん存じておりますが、また後ほど、またこれはいろいろ練っていろいろ考えていきたいと思っております。よろしく願いいたします。ありがとうございます。

何か千葉課長、意見ありますか、今ので。大丈夫ですか。

- 千葉地域医療担当課長 調査の話ですか。この調査はもうご案内のとおり、ここには書いていないですけども、埼玉県のあの事件を受けて調査をしたものでございます。私も病院で長く働いておりましたので、病院でこういうことがあると、大体私なんかそんなんですが、事務の人、呼んできてと言われて、呼ばれる事務の人がいるので、そういう人が介入していろいろ組織的な対応ができます。

ただ、在宅の場合においては、なかなかそれが、いろいろな多職種の人が入っている。それから小さい事業所の方もいらっしゃる。入るときには実際1人で入ることが多いということと、それから何かあったときにどこかに相談できるですとか、バックアップしてくれる人とかが、ちょっと薄いんじゃないかというのがありまして、今回調査をさせていただいて実態を把握した上で、何かできることがあるんじゃないかというのを考えているところなんです、基本的には、利用者の方も必要な支援を受けられて幸せになっていただく、サービス提供する側の従事者の方もやりがいを持って働いていただくという、みんなが幸せになるような方法を、考えていきたいなとは思っておりますので、これは駄目だとか、こうするべきだとか、そういうふうな、がちがちでやらないで、いろいろな方の意見を聞きながら、優しい感じのものを作っていきたいと思っておりますので、今後も皆様からご意見をいただいたりとかすることがあるかと思っておりますので、ぜひご協力をお願いしたいと思っております。

- 新田座長 よろしく願いいたします。1点報告事項があったので、少し時間がぎりぎりになりましたが、高齢対策推進課からの報告事項でございます。高齢社会対策在宅支援課からの報告、よろしく願いいたします。
- 井床 すみません、医療政策課の井床と申します。ここから、私のほうから説明させていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

高齢部からのと、あともう一件、私ども医療政策課のほうの来年度の事業の全体について、ご説明をさせていただきます。まず資料の6、令和4年度在宅療養推進に向けた都の取り組みということで、こちら、画面共有したものをご覧ください。

こちら、当課にて実施する予定の在宅医療関連の事業について、一覧にてお示ししたものでございます。2点説明をさせていただきます。1点目が、この資料の左側中ほど、新規事業、新規と書いてあります。切れ目のない在宅医療体制整備支援事業について、こちら、記載してございます。こちらについては、先ほど来話していただきました、区

市町村さんがもう主体となりまして、地域の実情に応じた連携体制を構築するために、都がプロトコル、手順書を作成し、支援するというところで、先ほども皆様からご意見いただき、今、手順書の概要版を作っているところでございます。令和4年度来年度につきましては、モデル事業の実施ということで、幾つかの区市町村さんで、この概要版の手順書のステップに基づいて連携体制の構築に取り組んでいただきます。その後、このモデル事業について評価、検証を経た上で、手順書の完成版を策定し、これを全都へ還元したいと考えております。つきましては完成版の策定までの間に、また来年度以降も皆様からご意見いただく機会もあろうかと思っておりますので、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

もう一点、2点目がもう一個、1つ上でございます、在宅人工呼吸器使用者療養支援事業についての報告でございます。こちら、在宅で人口呼吸器を使用される方に対して、停電時等に必要な自家発電装置等の物品を、区市町村が貸与または給付する際に際しての購入費用を補助する事業となっております。昨年の2月に実施をいたしました、この在宅療養推進会議において、令和4年度から本事業の対象品目として蓄電池を追加することについて、皆様からご意見をいただきました。その後の調整の結果、少し前倒しをいたしまして、本年度令和3年度の12月から蓄電池を追加して、実際には実施してございます。ご意見をいただいた皆様への周知が事後となってしまう、恐縮ではございますが、令和4年度以降来年度以降についても、こちら、対象品目を広げた形で本事業を実施してまいりますので、よろしくお願いいたします。

なお、こちらについては、あくまでも区市町村さんへの支援、補助事業となっておりますので、区市町村のほうで広くご活用いただきたいということで、これまで区市町村の保健衛生部門の他に、障害福祉の関係ですとか、保健所の方が集まる機会を見て、この周知、蓄電池が追加されたことについては周知を図ってまいりました。今後も折りを見て、この事業の周知とさらなる活用につなげてまいりたいと考えております。ここまですが資料6の説明となります。

続いて資料7、こちら、令和4年度在宅介護医療共同推進に向けた取り組み案ということで、こちらは高齢社会対策部在宅支援課にて、来年度実施予定の事業の一覧となっております。今回はちょっと在宅支援課の担当が不在でして、資料提供のみとなっておりますが、こちらの資料に関して不明な点ですとか、確認事項等ございましたら、この会議終了後で構いませんので、ご連絡いただければ担当の課よりお答えさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

報告事項は以上となります。新田先生、よろしくお願いいたします。

○新田座長 少し時間がちょっとたちましたが、報告事項を今、貴重な報告でございますが、何かご質問等ありますでしょうか。既にこの中の内容を新規事業も含めて皆様で議論させていただきましたが、さらに今の報告に対してご意見があればと思います。

○高松委員 東京都薬剤師会の高松です。時間が押しているところ、すみません。先ほど

の暴力等に関する緊急アンケートですが、今回、事件をきっかけにこういうアンケートを取られて、実態調査されるのはすごくいいことだと思うんですね。ただ、こういうことは常態的に起こっていると思いますので、緊急調査だけで終わらずに、継続してきちっと状況を把握されたほうがいいのかなと思っております。

いつも、その患者さんのところに行くときに、じゃ、誰が行くと、みんな、ひやひやしながら行くような患者さんに遭遇するケースもありますし、それぞれ個別の対応をしなければならぬと思うのですが、実態調査としては終わらせないで、継続して行うべきと思いましたので、それだけちょっと意見させていただきました。

以上です。

○新田座長　また意見を承るということによろしいですか。ありがとうございます。他にありますか。よろしいでしょうか。8時半の予定で、少し過ぎましたが、皆さん貴重なご意見ありがとうございました。なお、またこうした意見を反映して、新しい新規事業も進めていければと思っております。それでは事務局にマイクをお返ししたいと思います。よろしく願いいたします。

○千葉地域医療担当課長　新田先生、どうも進行をありがとうございました。皆様、長時間にわたりまして、また大変貴重なご意見たくさんいただきました。ありがとうございました。

また本日、これが終わった後、追加のご意見やご質問等々ございましたら、後ほど皆様のお手元にメールで意見書の様式を送らせていただきますので、何かございましたら書き込んでいただいて、お送り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。

今回いただきましたご意見を基に、プロトコルを修正いたして、来年度からのモデル事業に取り組んでいきたいと思っております。本当はモデル事業をこことこことやりますというのを、ここで言えればよかったんですが、まだ区市町村さんから色よい返事をもらえていないので、事後になりますけれども、またご報告させていただきたいと思っております。

それから暴力に関する調査、今回速報値ということで出させていただきました。改めてきちんと分析したものをお示しするとともに、それに対してどうしていけばいいのか、それからまた高松先生からもありましたけれども、今後調査を継続していくにはどういう形がいいのか。今回、団体さんを通じて調査していますので、回答者は分かるんですけども、回答率というのが分からないですとか、回答者の属性というのもちょっと見えにくいですとか、暴力をした人のその属性、例えば認知症がある人なのか、認知症がない人なのか、そういうことも分からないとか、そういうのがありますので、ちょっとその辺を皆様からご意見いただきながらと思うんですが、大規模な調査になればなるほどお金も時間もかかるので、じゃ、ずっとやっていきますともなかなか言えないし、すぐやりますとか、なかなかちょっと言えないんですが、また皆様のご意見を伺いながら、きちんとやっていきたいとは思っております。

さらにさらに、来年度以降になりますと、医療計画の改訂の時期も迫ってきておりますので、そういったご議論もまた準備を着実に進めながらやっていきたいと思っておりますので、また大変お忙しいとは思いますが、ご協力いただければと思います。

今年度の東京都在宅療養推進会議は今回が最後でございます。次回は来年度となりますけれども、また開催時期が決まりましたらご連絡させていただきますので、引き続きどうぞご協力よろしく願いいたします。

それでは以上をもちまして、令和3年度第2回東京都在宅療養推進会議を閉会させていただきます。どうもありがとうございました。

(午後 8時35分 閉会)