

令和2年度東京都地域医療構想調整会議  
在宅療養ワーキング（北多摩南部）

日時：令和3年1月7日（木曜日）19時00分～20時22分

場所：Web会議形式にて開催

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、ただいまから北多摩南部圏域におけます東京都地域医療構想調整会議・在宅療養ワーキンググループを開催させていただきます。

皆様、私の声、聞こえますでしょうか。聞こえていたら、ちょっとサインを送っていただくとありがたいんですが。ありがとうございます。

本日は、新年早々、お忙しい中、また、非常にコロナ流行の中、ご出席をいただきまして、大変ありがとうございます。

私は東京都福祉保健局医療政策部で地域医療担当課長を務めております千葉と申します。議事に入るまでの間、進行を務めます。よろしくお願いいたします。

本日、早速なんですが、本日の配付資料でございますが、資料は資料1から資料4、それから参考資料1から参考資料5までを用意させていただいております。どうぞお手元にご用意をお願いいたします。

また、本日、ウェブ会議でございますので、ご発言の際には、恐れ入りますが、お名前をおっしゃってから、ご発言をお願いしたいと思います。

また、ご発言される時以外はミュートにさせていただきますと、ハウリング防止等々になりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それではまず、東京都医師会及び東京都より、ご挨拶を申し上げます。

まず最初に、東京都医師会を代表いたしまして、西田理事からご挨拶いただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

西田理事 皆様、こんばんは。お忙しいところご参加いただきまして、ありがとうございます。

在宅療養ワーキングも3年目に入るわけです。今まで医療と介護の連携といったところで焦点を当てて、いろいろ議論をいただいたところがございますけども、今回はこの新型コロナを受けて、新型コロナを一つのきっかけとして、地域包括ケアシステムをどう組み立てていくのかといったところも含めて、今の対策を考えていきたいと思っております。

先生方、ご存じだと思いますけども、本日の感染者2,447名ということで、大変なことになっております。それで、病院も私の圏域だと杏林、慈恵第三、それから多摩総でクラスター、中小規模の病院も数か所ありますね。かなり病院の機能が逼迫していて、待機が7,000人で宿泊者が864人ということで、今までは病院機能を維持するために我々ができることといったことを一生懸命考えてきたわけですけども、これからは病院に入れない、実際に自分たちで担当していかなくちゃいけないという状況になってきていて、じゃあ今までそこは十分議論されたかということ、あまり議論されていないと、率直に言うともう、そういうことだと思うんですね。

本日は事例を通じて、皆様方からいろいろご意見を頂戴するわけですけども、濃厚接触者である高齢者が、在宅で新型コロナウイルス感染症の治療をやっていくという状況で、我々に何ができるか、今後何が求められるかといったことについて、ぜひぜひ皆様方の忌憚のないご意見を頂戴したいと思います。

特に、在宅でということになりますと、これは医者だけが頑張っても話にならないことなので、各種多職種の委員の方々に、ぜひ積極的にご発言いただければと思っております。

では、そういうことで、議論を始めていきたいと思っています。本日はよろしく願います。

千葉地域医療担当課長 西田先生、ありがとうございました。

次に、東京都から福祉保健局技監、田中からご挨拶申し上げます。技監、よろしく願います。

田中技監 田中でございます。聞こえますでしょうか。本日、都庁のほうからオンラインで参加させていただいております。よろしくお願いいたします。

西田先生のほうからお話がありましたけれども、ちょっと本当に恐ろしい勢いで……おまして、2,400という事態になった……。そして、本日、緊急事態宣言も発出された中で、本当に……とおり、自宅待機になっている……自宅療養に……が非常に……状況になっておまして、昨年、この在宅療養ワーキングの内容等を……秋ぐらいの段階では、こんな事態になるとは思っていなかった……事前のアンケート……在宅で見て、濃厚接触者というような……なんですけれども、もはや患者さんご本人が感染したらどうでしょう……そういうことも真剣に考えていただかなければ……皆様、本当に……で、また……非常にいろんな対応される中、出席いただいて本当に思っております。……だとは思いますが、有意義な意見交換ができれば大変ありがたいと思います。

本日、どうぞよろしくお願いいたします。

千葉地域医療担当課長 それでは、本日の座長のご紹介をさせていただきます。本ワーキンググループの座長は、武蔵野市医師会の会長でいらっしゃいます田原医院院長、田原先生にお願いしております。田原先生、一言ご挨拶いただけますでしょうか。

田原座長 皆さん、明けましておめでとうございます。また、こんばんは。武蔵野市医師会の会長の田原でございます。

本日、在宅医療のワーキングということで、このコロナの問題に関しましては、様々な問題があるかと思えます。西田理事がおっしゃったようなことももちろんですし、それから本人が感染した場合、また本人が濃厚接触者になった場合だとか、それから介護サービスが停止や減少した場合に、在宅の方々は生命予後にも関わってくるだろうというような問題。さらに訪問した場合に、我々医師とそれから介護者、あるいは介護ヘルパーの方々との感染に対する認識のディスクリパンシーがちょっとあるように最近思っているということ、そういう問題。それからまたこういう在宅の方が入院してしまったり、そしてコロナになった場合のACPの問題、色々あると思いますが、本日はその中でも要点を絞って皆さん方と有意義なディスカッションをしたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

以上です。

千葉地域医療担当課長 田原先生、ありがとうございました。

それでは、改めまして、以降の進行は座長にお願いしたいと思います。田原先生、よろしく願います。

田原座長 それじゃあ、皆さん方、始めさせていただきます。

会議次第に従いまして、議事を進めてまいります。まずは東京都のほうから報告事項がございますので、よろしくお願いいたします。事前に資料が配られていますので、できるだけ要点を手短に願います。

中島課長代理 東京都の中島です。よろしくお願いいたします。

それではまず、報告事項として資料2とそれから資料3についてご報告させていただきます。お手元の資料2をご用意ください。もし、お手元に印刷した紙などが無い場合は、画面共有もしておりますので、そちらもご覧いただきながらお聞きいただければと思います。

では、報告事項の一つ目でございます。「多職種連携ポータルサイト」というものにつきまして、周知、報告をさせていただきます。

ポータルサイトにつきまして、前回のワーキンググループでも報告があったのですが、今回、昨年、おかげさまで正式リリースさせていただくことになりました。このポータルサイトを、改めての報告になりますけど、二つ機能があります。一つが「多職種連携タイムライン」というものと、それからもう一つ、「転院支援システム」というものがあります。

まず、資料2のほうをご覧いただけますでしょうか。こちら画面のほうですね。多職種連携タイムラインの紹介のチラシになります。

現在、ICTを活用した情報共有、いろんな地域で様々なシステムを使って活用いただいていますけれども、現状、例えば患者さんごとに、患者システムが異なるということで、地域をまたいで活動されているケアマネさんだったり、訪看さんだったり、情報の更新状況を確認するのが少し煩雑であるといった状況があります。

そこで、それぞれのシステムで、患者さんの情報が更新されたときに、このタイムラインにログインしておいていただければ、その更新の状況が通知で飛んでくるといような感じになります。

実際の画面をご覧いただければと思います。資料2をご用意ください。こちらのほうは実際のログイン画面になります。

1枚おめくりいただきまして、こちらが実際のタイムラインの画面になります。例えば、このタイムラインのほうにログインしておいていただくと、カナミックの患者さん、例えばですけど、こうやって同じチームの訪問看護師さんが情報を更新したときに、このタイムライン上に、この更新がなされましたよという旨の通知が来ます。通知のほうをクリックすると、このような形で、そのカナミックの患者さんの部屋に行くというような仕組みになっています。

したがって、このタイムラインにアクセスしていただければ、実際に自分が使っているシステムの中の患者さんの情報を適切に確認することができるというものになっています。

恐縮ですが、タイムラインの利用の際、ちょっとお願い事項がございますので、併せてお願いさせていただきます。資料2にもう一度お戻りいただければと思います。

この裏面をお開きいただきまして、そのタイムラインには、MCSですとかカナミックなどの書き込まれた患者さんの更新情報がどうしても出てまいりますので、そうすると、必ず患者さんからこのシステムの中で、自分の情報が使われていいですよという旨の承諾をいただいております。そこで2点、申し訳ないんですが、お願いがあります。

まず一つ目ですが、MCSとかカナミックなどで、患者さんの部屋とかと言われているようなものがあるかと思いますが、その患者さんの部屋を開設した人、管理者となっている方におかれましては、患者さんお本人に対して多職種連携ポータルサイトの中でご自身の情報、個人情報を使われてもいいですかということを聞いていただいて、口頭でも構いません。ご承諾をいただければと思います。

二つ目ですが、そのご承諾をいただいた後は、手間なんですけども、MCS、それか

らカナミックなどなどのシステムの中の患者さんの部屋の中に、新たにチェックボックスを各社につけていただきましたので、ご承諾いただいたら、ご承諾いただいた旨をチェックしていただければと思います。このチェックの登録をしていただけて初めて、このポータルサイトのタイムラインの中で、患者さんの個人情報のほうも反映されるような形になります。登録を行っていただかないと、実際、MCS、カナミックを利用して医療介護関係者の方々、一緒にチームになって参加していただいている方々がタイムラインを登録して利用いただいたとしても、担当患者さんの情報が反映されない形になってしまいますので、ぜひその点をご協力いただけますよう、よろしくお願いいたします。

次に二つ目の機能、転院支援システムのほうをご紹介させていただきます。資料2をご用意いただけますでしょうか。

これは主に病院のほうで使っていただくシステムになります。患者さんの転院の際に、このシステムを使って病院同士で患者の受入れに関するマッチングができるという仕組みになっています。

マッチングに当たりまして、このシステムの中で転院に向けた・・・を行いたいところを複数選んでいただいたり、検索していただくこともできます。それから、システム上からその病院に、受け入れてもらえませんかというアプローチをしたり、患者の情報をアプローチ先の病院とシステム上で共有したり、ラインみたいな感じでメッセージをやり取りしたりということも可能になっています。というものも、転院支援システムになっています。

今、紹介した多職種連携ポータルサイトですけれども、個人情報を扱っているんだけど大丈夫というところ、ご心配な方もいらっしゃるかもしれませんが、国などが出しています情報の取扱いに関する各種法令ですとか、ガイドラインのほうをしっかり制御した形のセキュリティー対策を打っております。システムを利用していただくときも、2段階認証を導入してやっておりますので、ぜひ安心して導入いただければというふうに思います。

また、このシステムはそれぞれ、先ほどの資料2のほうにもありますように、このような形で、QRコードを載せています。ここにアクセスしていただくと、各システムの説明について動画もつくっておりますので、ご確認いただけますので、ぜひお忙しいと思うんですけども、時間があるときには、ぜひご覧いただければというふうに思います。

続いて、報告事項が続きますが、資料3をご用意いただけますでしょうか。こちらのほうは、医療計画の中間見直しについてのご報告になります。

今年、医療計画の6年間のうちの3年目ということで、医療法に基づきまして中間の見直しを行うというものになっています。東京都のほうでは、こちらの記載のとおりの方針に従って、見直しを行うこととしています。こちらで在宅療養の分野のほうの中間見直しの内容につきまして、ご紹介させていただきます。

この資料の2枚目ですね。ご覧ください。

在宅療養については、まず介護保険計画なども一緒にありますので、在宅療養の必要量の見直し、それから現行計画が策定された後に変化してきた事柄だとかにつきまして、例えばICTの取組ですとかアドバンス・ケア・プランニングの取組などについて、内容の追加を行う予定でございます。

今回、在宅医療の必要量の見直しのほうがありまして、厚労省、国のほうの通知に基づいて、現在、改訂作業中の高齢者保健福祉計画のほうにおける介護サービスの必要量との整合を図るために、区市町村ですとか、それから関係団体様と協議の場というのを

開催することとなっています。今回、ちょっと協議の場につきましては、集合での開催ですとかというのは難しいので、書面で開催をさせていただきたいと思います。近日中に、協議の場の書面開催につきまして、書類のほうを送付させていただきますので、ご確認のほうをお願いいたします。

それから、報告事項は以上になります。

今回、ちょっと参考資料についても、すみませんが紹介させていただきます。

まず、参考資料1、在宅療養に関するデータのほうをおつけしています。それから参考資料2ですね。昨年度のワーキンググループの開催結果をまとめたものになっておりますので、ご確認をお願いいたします。

それから参考資料4ですね。すみません、参考資料4は、この画面じゃないんですが。ごめんなさい、申し訳ないです。参考資料4のほう、お手元の資料をご覧くださいと思います。今回、中間見直しのお話をいたしましたので、保健医療計画の抜粋版のほうもつけてございます。よろしくをお願いいたします。

以上、長くなりましたが、報告事項のほうを終わらせていただきます。

田原座長 はい、ありがとうございます。

それでは次に、議事に入りたいと思います。

今年度は新型コロナウイルス感染症に対応するために必要な取組をテーマに、患者さんや家族の希望に沿った支援を継続するために、自分だったらどう対応するかを話し合いながら、今後、感染症に適切に対応していくため、地域の中でどのように連携して取り組むべきかについて、参加者の皆さんと意見交換を行いたいと思っています。前回以上に、活発な意見交換をお願いしたいというふうに思っております。

それでは、東京都から意見交換の内容について、簡単にご説明をお願いいたします。

中島課長代理 それでは、資料4をご覧ください。今年度は、先ほどよりお話ししております新型コロナウイルス感染症への対応をテーマに、意見交換を実施いたします。今回、意見交換のときに、事務局側で統一的な模擬事例を作成させていただきました。この資料の中段の事例をご覧くださいませでしょうか。簡単にですが、ご紹介させていただきます。

あなたが担当している在宅療養中の患者さん、Aさんがいらっしゃって、同居の家族が配偶者のBさん80歳の方と、Cさんと孫のDさんです。今回、孫のDさん、それからお子さんのCさんの陽性が判明して、入院をしているという状況です。一方、在宅療養の患者さんAさんのほうも、PCR陽性が判明したんですが、医療機関、今もそうけども、病床が逼迫しているということで、Aさんは受入先の調整が、選定が困難になって自宅で待機しているという状況です。さらに現在、Aさんの介護ができる方はこちらの配偶者Bさんなわけなんですけども、PCRは何とか陰性だったということですけども、外出自粛などによって、ADLが若干落ちてきていると。Aさんの介護に当たっても、身体的な負担が大きくなっているというような状況です。こうした情報を入手したケアマネジャーさんが、担当の在宅医の先生や訪問看護師さんなどに情報を共有して、今後の対応を検討することになったという事例を設定させていただきました。

大変恐縮なんですけども、事前に、9月頃にアンケートという形を取らせていただいたんですけども、そのとき、在宅療養患者さんが濃厚接触者になったけど、陽性が陰性が不明など、在宅療養を継続することを想定した事例にしておりましたが、しかし現状、ちょっともうすぐPCRをやれば結果がすぐ出るような形なことがほとんどなので、先ほどご説明したように、事例を陽性が判明したけども、入院しないという条件というふうに変更させていただいております。よろしく申し上げます。

それでは、下段のほうに進んでいただきまして、「このワーキンググループで検討すること」をご覧ください。

一つ目は、患者さんや家族の希望に沿った支援を継続するために、自分だったらどう対応するか。その在宅療養患者さんが陽性者で、入院待機で在宅を継続するというような必要が出てきた場合に、多職種の立場から自分だったらどのように対応するか。特に地域の情報連携ですとか訪問診療、そういった訪問看護などのサービス提供体制について、主に意見を出し合っていたらと思います。

二つ目は、今後も感染症に適切に対応していくためには、地域の中でどんな仕組みが必要か、どのように連携していけばよいかというところをぜひご意見を出し合っていたらと思います。

その後、「まとめ」という形でお願いしたいと思います。

いつもワーキンググループの場合、グループワークでやらせていただくんですけども、今回はウェブ会議ということもありまして、全体協議の形で行わせていただきます。意見交換の進行のほうは、座長の田原先生にお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

田原座長 ご説明ありがとうございました。

それでは、早速皆さん方の意見を順番に聞いていきたいと思いますので、アトラダムにこちらからご指名をさせていただきますので、簡単に結構ですからご意見をいただければと思います。このワーキングで検討することといたしまして、在宅療養において新型コロナウイルス感染症に適切に対応していくために、地域の中でどのような仕組みが必要かを皆さんとともに考えていきたいということですが、まずは自分だったらどうするかということを考えていただきたいわけですが、患者さんや家族の希望に沿った支援を継続するためにどのようなことが自分だったらできるか、あるいはどうするかということについて、まずは在宅医の先生、あるいは地区医師会の担当理事の先生からちょっとご意見をいただきたいと思うんですが、いかがでしょうか。ちょっと出席者が、これ全員出席されているのかな。ちょっと分からないんですけども。北多摩医師会の吉川先生、いらっしゃいますか。吉川先生、いかがでしょうか。

吉川委員 私は北多摩医師会、狛江市のほうで訪問診療のクリニックをやっております吉川でございます。

この今、(1)の課題ということによろしいでしょうか。

田原座長 はい。(1)のほうでよろしく申し上げます。

吉川委員 ありがとうございます。実は私も狛江市のほうで、基幹病院の一つだけなんですけど、ちょうど本日、クラスター発生で全科救急ストップという状況を実際に今、体験しているところでございます。新型コロナの陽性患者が発生して、在宅にいるという場合に、受け皿がないという状況も現実になる中で、家で診るとして、サービスを使っている方もいらっしゃる方だとしても、いわゆる介護系のサービスにはもう完全にアクセスが遮断するのをやむを得ないというのがこれまでのいろんな事業所の対応でも実感しているところですので、やっぱりご家族と、あと医療職は少なくとも手は絶やさず提供し続けるというのが最低限必要なことかというふうに考えております。

田原座長 ありがとうございます。

続きまして、三鷹市医師会の高橋先生はいらっしゃいますか。まだお忙しい、お見えになっていないでしょうかね。

調布市医師会の新藤先生はいらっしゃいませんか。

それでは、調布市医師会の荻本副会長、いらっしゃいますか。いらっしゃいますね。

いかがでしょうか。

荻本委員 確かに今、吉川先生がおっしゃいましたけど、非常に難しい問題をはらんでいると思います。現実には、在宅医療を支えているのは介護系の方々であったりするんですけども、在宅医の役割というのは、ある程度限定的な部分があって、あとは訪問看護の役割は大きいと思います。医療職としては、訪問看護の事業所にしても、全部が均一ではなくて、大きなところから小さなところまであります。調布市では、在宅系の事業所に一度アンケートを取らせていただいたんですけども、このコロナに関して。やはり情報の少ないところから、しっかりしているところまでかなり幅が広いので、弱いところに十分な手当てをしていって、持続性を担保してあげるのが重要なんだろうなというふうには考えています。

個別に関しては、もう吉川先生がご指摘になったような医療からのアプローチを絶やさないように、できるだけ努力していくと。そこに尽きるんだろうとは思いますが、現状ではなかなかマンパワー的に難しいところもあるんだろうなと思うので、在宅の方と一般の方と、どのように力の按分をして、地域全体を眺めていくかという、そういうバランスを取りながらやっていかなきゃいけない状態なのかなというふうに考えています。

田原座長 ありがとうございます。

武蔵野市医師会の井上先生、いかがですか。こういった事例の場合はご自身、訪問について何かご意見があれば。

井上(俊)委員 武蔵野医師会の井上です。こんばんは、皆様。すみません、今、来たんで、ちょっと話をあんまりよく聞いていなかったんですが、1番でいいんですね。在宅患者が陽性になった場合ということですよ。

田原座長 そうです。どう対応していくかということですね。

井上(俊)委員 実際、陽性になった場合、やっぱり在宅でみんなが防御していくのは、僕は難しいと考えているんですが、その場合、どこかへやっぱり隔離するしかないのかなと思っているんですけども。今のところ、実際に出ていないので何とかなっているんですが、ヘルパーさん、それから訪問看護ステーション、それからクリニックもみんなおのこの防御対策は立てているんですが、やはり陽性になっちゃった場合、フルPPEで診察とか訪問に当たらないといけないと思うんですけども、その体制も十分取れていないと思うんですね、今の現状で。物も物資も足りない。そういった状況で、在宅で継続できるかというのは、私としては非常に難しいんじゃないかというふうに考えております。

田原座長 ありがとうございます。先生方の中で、これと同じような事例に遭遇された先生、いらっしゃるでしょうか。いらしたら。いらっしゃるいませんか。なかなか難しいですけど。いらっしゃるいましたらお声がけください。

じゃあ、ちょっとケアマネジャーとかの立場からちょっとお話をいただきたいんですけど、介護支援専門員、池野上さん、いらっしゃるでしょうか。

池野上委員 東京都介護支援専門員研究協議会の代表で来ました池野上です。よろしくお願ひします。

田原座長 こういった事例はどうでしょう。

池野上委員 まだ多摩のほうは、そんなにコロナというのはまだあれなのかなと思うんですけど、23区ではやっぱり物すごい勢いで出ているということで、その中で話が出ているのは、やっぱりケアマネジャー、あと介護系というのが利用者とか、あと濃厚接触者が出ってしまった場合には、やっぱりちょっともう医療アプローチしかできないとい

うところは話が出ていまして、私たち介護職として何ができるんだろうかというのはよく話合いに出ています。実際、第1波のときに、私の利用者も濃厚接触者で出まして、そのときはやっぱり医療アプローチのお願いをしていたんですけども、本当に何もできなかった私が出て、本当に窓越しから手を振るぐらいしかできなかった。毎日行っていたんですけど、窓越しから手を振って、大丈夫という話しかできなかったことがあったので、やっぱりこのコロナってすごく対応は難しいのかなと思ったところです。

以上です。

田原座長 医療的なアプローチはできたとしても、在宅の患者さんというのは、ほとんどの場合が、介護ヘルパーがついているわけですね。例えば独り暮らしを含めて、介護ヘルパーさんがもし、そのヘルパーに介護に入れなかったとなると、生活そのものが崩れてくる可能性があるだろうと思います。生活そのものができなくなると、今度はそれが生命予後に関わってくると思うんですけども、どうでしょうか。介護ヘルパーの方は入らざるを得ないと思うんですけど、それも制限されるという非常に難しい問題、ジレンマが出てくるわけですけど、そのことについていかがですか。どうお考えですかね。

池野上委員 一応、私の利用者の方は、やっぱり独り暮らしだったんで、食事が提供できなかったんで、家族と相談しながら家族のほうで対応するという話だったんですが、やっぱり家族もちょっとできないという部分があったので、私のほうで弁当を買って玄関に置いたりとかすることはやらせていただいたんですけども、やっぱりヘルパーステーション自体もコロナ対策というのがやっぱりできていないような気もしておりまして、あと保健所に話を聞くと、内容をお伝えすると、入らないでくださいと言われてしまったことも多々あったんで、そこら辺が今、ちょっと課題なのかなとは思ったりはしています。

田原座長 ありがとうございます。

ちょっと看護師さんの意見を聞いてみたいんですが、看護協会の池亀さんはいらっしゃいますか。いらしていますね。あれ、聞こえていないかな。

池亀委員 聞こえています。ちょっと電波の調子が悪いので、ビデオをオフにさせてもらっていますので、すみません。

田原座長 じゃあご意見を簡単に結構ですからおっしゃっていただけますか。

池亀委員 看護としては、非常に難しいケースだとしかちょっと申し上げられなくて、地域の先生方とできるところをやっていくというところ、やはり医療機関にお願いするしか、医療的アプローチを取らざるを得ないのかなとは考えますけれども。

田原座長 そうですね。そのほか、ご意見いかがでしょうか。

井上(俊)委員 いいですか。

田原座長 はい、どうぞ、井上先生。

井上(俊)委員 これは要するに、コロナの陽性患者が出たら、ヘルパーもみんな命がけで行けということですか。実際、僕らができるのって、陽性疑いの患者が出たら、検査するまで、陽性が陰性が判断するまでぐらいしか、在宅ではできないんじゃないかと思うんですよ。それ以上のことを陽性になってから、僕らもそうですし、ヘルパーさん、訪問看護師に在宅での介護をお願いするというのは、ちょっとこれは危険過ぎるんじゃないかと考えますが、いかがでしょうか。

田原座長 それは確かにそうだと思うんですけど、実際には入所できなかったり入院できなかったりする例が、もう幾らでも出てくるわけで、在宅の場合は、それをどう対応していくかということを考えていかなければいけないわけですよ。在宅医療というのは、基本的に入院をしないで済む方というか、入院をしなくてもいいのを済むようにする、

していくのが在宅医療なので、それはがんの末期であろうと、心不全の末期であろうと、感染症であろうと、それを考えていかなきゃいけないというのが今後の課題だというふうに思うんですね。

だから、現時点では井上先生がおっしゃるとおり、かなりの危険は生じるんだけど、それに対してどう対応していくかということをやっぱり今後、考えていかないと、在宅医療だからPCRが陽性か陰性かだけの判断で、あとは入所待ち、入院待ちだけではこの課題は解決していかないだろうと思うんですよ。いかがですか。そういったことで、何かご意見ありませんか。

井上(俊)委員 この間、やはり訪問看護ステーションと、それから在宅介護支援センターのほうに感染の対策の講演をちょっとしてもらったんですが、やっぱり彼らが考えているのは水際対策だけで、感染しちゃった後に、ずっと介護を家で続けるという視点で考えている事業所が少ない。というか、ほとんどないと思います。あるワンポイントで、感染が判明するまでのところは行けるといえるところはあるんですけど、そこから踏み込んでずっと在宅でコロナの患者を診ていくというのは、ちょっと現時点では難しいんじゃないかと思うんですけど。例えば、それでホテルに入れるとか、そういったところに収容してもらって隔離して、そこで診ていくというのが、やっぱり現実的ではないかというふうに思いますけども。

田原座長 先生、ホテル行かれたことあるかと思うけど、ホテルでは介護ができないんですよ。介護できない。

井上(俊)委員 ですから、そこで介護できるような仕組みをつくらなくちゃいけないと。個々の在宅でそれをやったら、もう感染の蔓延の危険が非常に出てしまって、普通に暮らしている介護を受けている人まで介護を受けられなくなっちゃうと思います。そんなにマンパワーがいっぱいあるわけではないので、今もう現状でコロナがなくても目いっぱい状況で、さらにコロナを在宅で診るというのは、僕は現実的ではないと思いますね。皆さん、いかがでしょう、その辺は。

田原座長 それは正論なんだけど、実際は診なきゃしょうがないんですよ。だから、診れるシステムをつくらなきゃいけない。例えば自宅の中に隔離部屋を造るとか、そういうようなことまで考えていかなければ、在宅の患者さんは見放されてしまいますよ。今現在、実際に待機されている方が3,000人とか数千人いるわけですよ。在宅以外でも。それに加えて、在宅で診れないとなれば、その在宅の患者さんをどうするかということ、一つの課題だと思いますけれども。

何か、ほかにご意見はありますか。はい、どうぞ、井手先生。

井手委員 府中市医師会の井手です。

とてもタイムリーな話題で、もう在宅の患者さんで出るのは時間の問題だとは思いますが、先ほど井上先生もおっしゃっていたんですけど、介護者というか、携わる人に感染させないというのはとにかく大前提にはなると思うので、井上先生がおっしゃっていたように、資材がやっぱりなかなか難しいんですね。いわゆる完全PPEになるようなものがやはり手に入りにくいですし、正直今は手袋も大分入手が何か逼迫している状態なので、そういったところは例えば行政ですね。東京都であったり、国のほうから何か支援があるのかというのは一つ聞きたいところなのと、あとこちらでも、府中市でも在宅をやっている人たちが、何かあったときの基準をつくらうという動きもあるんですけど、現実的にはもう入り口まで行って最低限必要なものを手渡しという形なので、ここに挙げられているケースの場合は家族がいるからいいんですけど、独居の人はすごくやっぱり困ってしまうと思うので、家族がいて家族が提供できる場合は、先生がおし

やっていたように、ホテルみたいに安否確認をしながら必要な物資を外部から供給するでいけると思うんですが、完全独居で、しかもかなり介護の必要度が高い方に関しては、やっぱり相当検討しないと在宅でということが難しくなるので、そういうケース・バイ・ケースで分けていく必要があるんじゃないかなというふうに今は考えています。

以上です。

田原座長 それでは、施設の方の意見を聞いてみましょう。介護施設、老健、一條先生、いらっしゃいましたね。一條先生、いかがですか、こういう例について。在宅の患者さんを受け入れるとかということ、どうでしょうか。

一條委員 現状、かなり免疫状態の悪い認知症の方を含めた人が大半を占めている施設の中で、もしコロナの陽性患者が入りますと、かなりのやっぱり20%、30%蔓延してしまうということを想定しなきゃいけないんですね。残念ながら、施設が陰圧でかなり隔離をできるような施設というのを持っているところはほとんどないと思うんですね。現状では、やっぱり陰性であるということを証明された人しかお預かりすることはできないというのが現状です。

デイサービスなんかでやっているところも、今もうかなりぎりぎりの状態で、熱がないかだとかそういう周りにPCR・・・中心として、こちらで受けるという形ですけども、かなりもう今、危険な状態になってきていまして、本当に今後、このまま通所サービスも含めて続けられるのかどうかということも、本当に一日、二日、そういう状態になっているんですね。

だから、理屈は分かるんですけども、もちろん介護のプロが集まっていますので、介護が必要な人には我々が中心になってやらなきゃいけないとは思いますが、現実には陽性患者が入るということは、もう絶対に避けなきゃいけないというのが現実なんです。だから、そういう意味ではもううちのダイレクトにそこに入って行く訪問をやっていらっしゃる方というのは、すごくそれぞれが危険を帯びるんですけども、施設としてもやっぱり入ってしまうと、全部がほかの人が同じ状態になってしまうということで、今、現実にはかなり本当にどうしたらいいかなというのが困って分からない状態です。

以上です。

田原座長 ありがとうございます。在宅医の先生方からはなかなか在宅で診ることは難しいだろうというご意見、そして老健施設の先生方からはコロナが陽性だとなかなか受け入れられないというご意見となると、どうなってしまうのかということで、非常に難しいことになってしまうわけですけども、こういうご自身でしたら、じゃあどうでしょうか。そういうPPEがあれば一応訪問を続けるということで、ヘルパーさんなんかも、例えば医者がPPEをつけてもヘルパーさんがマスクしかしていないなんていう状態だと話にならないので、やはりお互いにそれは勉強したり訓練をしたりしてやっていかなきゃいけないと思いますけども、そういう資材さえあれば、じゃあある程度は助けていくことができるでしょうか、どうなんでしょうか。

いかがですか、井上先生。それも無理でしょうか。

井上(俊)委員 例えば、うちで診ている患者さんが300人いるんですけど、もし僕がそこに行って私が感染したら、ほかのかかっている患者さんが全部診れなくなっちゃうわけですよ。まず、そこが一番嫌なところと、それから在宅でコロナに感染する場合、まずはデイサービスとかもありますけども、家族からの感染が一番多いんじゃないかと思うんですね。その場合は、ちょっとどうなのかなと思うんですが、家族が感染しちゃっていたら、もうその中全員感染エリアで、それはそれで全員在宅にいてもいいのかなとはちょっと思っているんですけども、ただそこで何ができるかという、

結局何するんですかという。呼吸器つけるんですか、それ吸引するんですかということになってきますよね。吸引とかになると、やっぱり非常に飛沫が飛ぶので、それもやっぱり怖い。だから、在宅医療でコロナを診るのに何ができるのかというのは、非常にちょっと疑問なんです。

田原座長 問題はやっぱり、介護が問題になるんじゃないですか。

井上(俊)委員 一番介護ですよ。そうすると介護……

田原座長 介護ができなくなることが問題になるんでしょう。そこをどうするかということですね。難しいですね。

井上(俊)委員 そうですね。かなり難しいと思います。

田原座長 小金井の齋藤先生、いかがですか。難しい問題です。先生なら解決策を知っているかもしれない。

齋藤委員 いやいや、知りませんよ。

僕も井上先生の意見に同意するんですが、本当にコロナ、自分でも今、コロナの検査なんかしていると、フルPPEでやるわけですよ。そういうことを介護の人たちにも全部やってもらって、それでも在宅という環境だと非常に感染してしまう可能性が高いだろうと思うんですね。介護施設、介護者のほうで感染者が出ると、ほかの利用者の方にうつしていくということになってしまいますから、まずは在宅の人が感染した場合は、もう医療施設に隔離するしかないだろうと思うんですけど、どうでしょうか。

田原座長 医療施設のそういう医療資源があればということですね。

齋藤委員 そうですね。ですからそちらをつくってもら。これだけ蔓延してくると、もう早急に多摩総にできたようなコロナ専門病院をつくってもらしかないんじゃないでしょうか。そっちのほうの手取り早いというか、感染を広げないという意味では重要。そして、在宅の利用者さんについてはさっき井上先生がおっしゃったように、ほとんど家族内感染でしょうから、家族がこの方にうつさないようにすることが大事。それから、在宅で生活している方はやっぱり高齢者、それから基礎疾患がある方が多いわけですから、重症化のリスクも非常に高いですから在宅で診ていくというのは、それ自体非常に危険なことだと思います。

ですから、非常に私はコロナ患者さん、コロナに感染した方を在宅で診るということには否定的です。

土谷理事 東京都医師会の土谷です。

田原座長 はい、どうぞ、土谷先生。

土谷理事 これまでの状況、今後の状況を考えると、1回この事例に戻っていただきたいんですけど、今、ディスカッションがありましたように、家族内でともに感染する。本当にこのような事例はこれからどんどん出てくると思います。今までは、実はこのワーキングでどういう形でやるかと話し始めたときも、陽性になっちゃったらもう入院だからそれで終わりだねという話ではあったんです。だけど、というかも現実的には陽性者が入院できない事態になっています。これはもう現実的にそれから目を背けることはできないという状況になってきました。陽性者は在宅でも入院できない。施設はもちろんもうほとんど入院できません。陽性者も在宅の人も入院できなくなる実態が、もう本当に今、目の前というか、もう現実起きています。それはもう本当に田原先生がおっしゃるとおりなんです。

それで、今ここでいろんなお話が出ましたが、他の地区ではどんな話が出たかというのを皆さんに少しお示ししたいと思うんです。私が聞いていたところでは、その解決策として二つあって、一つは介護チームを地域でつくる。そういう市がありました。そ

れは一つの事業所では組織できないので、実際にこういった形でできるか分からないですけれども、地区ごとにアウトリーチ型にヘルパーさんを集めて、協力体制を整えて、みんなでやっていく。輪番なのか、それは地区ごとであると思うんですが、そういった新たな感染対策専門の介護チームをつくるというのが一つありました。

それからもう一つは、逆タスク・シフティングとって、医療から介護にじゃなくて、逆に介護の仕事を医療側がやると。具体的に言えば、訪問介護ステーションがヘルパーの仕事をやる。そういうことを提案している地域もありました。

皆さん、現実的には本当に音を上げそうな、音を上げるというか、目の前にいる人を見放す事態が起きてくるかもしれないんですけども、そうならないように、そういった提案をしている地区がありました。参考までに提示いたしました。

以上です。

田原座長 ありがとうございます。それでは今、土谷先生からのお話もありましたので、今度は地域でどのように連携ができるかという話に移っていきたいというふうに思います。

西田理事 田原先生、いいですか。

田原座長 どうぞ、西田先生。

西田理事 この議論は時間があまりないので、焦点をちょっと絞っていただきたいんです。つまり、在宅で診られるか診られないかの話じゃなくて、もう在宅で診るしかないという前提の下に、じゃあどうしたらいいのかというところを皆さんで議論していただきたいんです。よろしくをお願いします。

田原座長 難しいですね。いかがでしょうか、じゃあ、どうぞ、荻本先生。

荻本委員 荻本です。ありがとうございます。

今、土谷先生が冒頭におっしゃいましたけども、特別なチームをつくる。私、今、何回か手を挙げさせていただいたんですけども、やれるとしたらそれしかないと思うんですね。医療職を介護の現場に投入した場合には、一定の割合で消耗率が出ると思います。感染者が当然中から出ると思う。その消耗割合をどれくらい計算して、その上で何人くらい、どれくらいのチームをつくるかという覚悟を持ってやるくらいじゃないと、多分無理だと思います。

例えば、病院とかでもコロナ病棟を持っているところは、その病棟専属のスタッフを用意していますよね。私の出身大学でも院内からCOVID-19チームをつくるために、いろんな課からスタッフを集めていますから、そういう形で慣れた状態にしてやってなんぼなんです。しかもPPEを脱ぐ場所もきちんと決まっていますし、そこは当然準汚染エリアで、その後にはクリーンなエリアに出ます。在宅の場合には恐らくクリーンも準クリーンもなく、その中で作業することになるので、消耗割合は通常の病院よりも高い可能性があります。ですから、そこら辺を考えてやるのであれば、もうチームをつくって編成してやるしかないのかな。もしやるのであれば、それしかないかなというふうには思います。

以上です。

田原座長 ほかにご意見ありますか。連携を含めて。

行政の方からちょっと意見を聞いてみたいと思いますが、三鷹市の方はいらっしゃらない。

府中市の鈴木、福祉保健部の鈴木さんですか、いらっしゃいますか。いかがでしょうか。今までご意見を伺っていて。

鈴木委員 行政といたしましては、今、ご意見があった、例えば特別なチームをつくる

ですとか、そういった部分での役割というのは非常に大きいのかなというふうに感じました。また、先ほど来、資材がそろわないというようなお話がちらほら出ていたんですが、そちらについても行政としてどのようなお手伝いができるのかなというふうに今、考えながらちょっとお話を伺っていた状況です。

以上です。

田原座長 調布市の方、いかがですか。いらっしゃらない。

松井委員 います。松井でございます。

私も今、いろいろご意見をお伺いしていたんですけど、非常に行政としてはなかなか難しい部分も正直あるなど。ただ、特別なチームということになっても、その補っていただける方をどう集めていくのか。どの施設も介護人材が充足しているわけではございませんので、そのやり方を含めては検討が必要になるのかなとは思っています。

ただ、今までお話を伺っていると、そういったことを本当に考えていかないと、今現状、調布市においてはまだそこまではないですけども、そういったところでどうやっていくのかというのは、今日ちょっと意見を伺いながら、逆に言うと、今日、この議題を出された東京都さんにも何か出された上での何かお考えですとか、何か方向性のある程度お持ちなのかというのもちょうと聞いてみたいなどは思っていたので、ちょっと何かあれば私も今日、参考にさせていただいて、市のほうでしっかり検討していきなさいけないのかなというふうには思っています。

以上です。

田原座長 ありがとうございます。小金井市さん、いらっしゃいます。

平岡委員 小金井市の平岡と申します。

小金井市では、6月に実際に市内の介護事業所の方に、コロナ、またはコロナの疑いがある方の在宅の支援をしていただける事業所、・・・していただける事業所はないかということでアンケートを取りましたところ、趣旨には賛同するけれども、実際はできないということで、事業所がゼロという結果になっております。そのことを受けまして、8月に、神奈川県が今現在やっている、陰性者及び陽性者を県で施設を確保して、そこに在宅の方を集めるという形の方法等が取れないかということで、東京都に去年の夏、ご相談をさせていただきました。

東京都では、やはり難しいということでご回答を頂きましたので、今は地域の病院の入院施設があるところで、何とかご対応いただけないかということで、1月の個室の確保というところで、契約に向けて準備はしているところでございます。

しかしながら、今回、・・・のテーマが変わったというところで、陽性の方はやはり保健所対応というところでは、基準としての委託の契約になる予定でございますので、今回のテーマというのは本当にテーマが変わった連絡を受けたときは、私も本当にどうしていいかわからないというところで、本当に皆様のご意見を今日、聞きたいという形で参加をさせていただいたところでございます。

以上です。

田原座長 ありがとうございます。

狛江市さん、いかがですか。

加藤委員 狛江市の加藤です。よろしく申し上げます。

今、皆さんのお話を聞かせていただいて、こういった現実的に対応することの難しさ、強く痛感しているところなんですけれども、先ほど医師会さんのほうから、在宅で診るためにはどういう対応ができるのかという視点で議論をという話をいただいたところなんですけれども、そう考えれば考えるほど、井上先生にお話しいただいたとおり、結論

としては難しいというふうにどうしても頭が向いてしまう、考えが向いてしまうという状況なわけですが、私どもも、実を言いますと、私どもも狛江市、在宅での介護をされている方に対して、おむつなどの支援を行う事業を展開しております。その中で、おしり拭きですとかゴム手袋、そういったものも含めて必要なものの支援というのをさせていただいているんですけれども、実態としては、具体的にゴム手袋が今、非常に入手が困難な状況になっておりまして、昨年末から入手困難を理由に支援を停止させていただいている状況にあります。これは実態として、昨年の10月ぐらいから、インドでの感染が爆発的に増えたという状況で、中国からほぼほぼ日本に品物が入ってこなくなったということで、業者さんにも願いをしても入手が不可能ということで、支援ができないという状況でございます。このゴム手袋については日本で作ることができないんだそうですね。製造工場がないということで。全て中国に依存をしている状況になっております。そうすると、状況がひどくなればなるほど、ゴム手袋だけではなく、一時期のマスクのように、医療機関をはじめ、必要としているところが入手することができないという状況も今後、十分考えられますし、そもそも介護の業界の皆さん、防護服を含めた装備品の着脱方法というのを、実はきちんとマスターしていないという実態もあるのではないかなというふうに思っております。着るほうはまだいいですね。問題は脱ぐとき。脱ぐ場所、脱ぎ方。これを間違えてしまうと、もういとも簡単に感染するというふうに考えたほうがいいとも言われていますので、そういった部分、私ども行政としてどこまでの部分を支援できるのかというのは実はこれまでも考えてきたところなんですけど、大変申し訳ないんですが、結論に至っていない状況にございまして、それは今後も続いていくのかなというふうに、ちょっともやもやした状態で、今、皆さんのご意見等も聞かせていただいたような状況でございます。

以上です。

田原座長 ありがとうございます。

今の狛江市さんのご意見は、実は私もずっと思っていることで、チームをつくったりすることはもちろん大切なんですけど、まずできることからやらなきゃいけない。その一番大切なことは、恐らく介護職のやっぱり感染対策を徹底的に、もう少しトレーニングしたほうがいいと、私は前から思っています。

ですから、武蔵野市医師会では2週間に1回ずつ、会員に対して防護服の着脱訓練をずっと半年以上やったんですけれども、同じようなことをやっぱり介護ヘルパーだとか、そういう方々にしっかりやったほうがいいんですね。そうするしかないんです。そういうことをやって決して無駄にはならないと思う。

やはり医療側と介護側にやはり感染防護に対する考え方というか、感じ方が少しやっぱり乖離があった。最近はどうか分かりませんが、当初はそういうふう感じた時期がありましたので、それは絶対やったほうがいいというふうに思っています。

武蔵野市の小久保課長、いかがですか。何かご意見。

小久保委員 ありがとうございます。

医療・介護連携といったところでございますので、行政としてはそれぞれ最前線で働いていただいている医療従事者、介護従事者の方が今、こういった状況なのかといったところをきちんと正確に把握していく必要があるかと思っております。ちょうどおとといなんですけれども、感染症の指定医療機関の院長先生にオンライン等々を併用して、ご講演をいただいたところでございますが、まさに今、医療崩壊の目の前にあるというような切実なご意見も頂きました。その中で、人材のところはかなり厳しい状況があるというところもあって、お話しいただいておりますので、先ほどの逆タスク、介護の仕

事を医師の皆様が担うといったところになりますと、本来業務ができなくなってしまうというようなところもありますので、その場合であれば、今、田原会長からもトレーニングという話もありましたけども、そういったところがきちんとできるように、環境整備も含めて、行政としてできるところをやっていくといったところが必要かと思っております。

以上です。

田原座長 、ありがとうございました。

どうぞ、西田先生。

西田理事 今回、オブザーバーで訪看が入っているので、訪看のちょっと意見を聞いてもらっても。

田原座長 はい。訪看はどなたですか。井上京子さん。井上さん、いらっしゃいますか。いかがですか。ご意見をおっしゃってください。すみません、気がつきませんでした。

井上（京）委員 調布市医師会訪問看護ステーションの井上といいます。よろしく願います。

在宅で診るというところで、最初に井上先生がお話しされたみたいに、今、水際のところではどのように対応するかということと、PCR検査をする結果が出るまでの間の対応ということと、あと多分、この人はもしかしたら持っている可能性も高いというところで、防護服というか眼鏡、飛沫防止とマスクとガウンと手袋とシューズカバーと必要時は暴露しそうなところはキャップもかぶって、陽性の人を在宅で事業所として、賛同する気持ちはたくさん、どこのステーションも持っているかと思うんですが、スタッフを出すということと、そのスタッフを1人出すということは、そのスタッフは専属にできればしたいなというふうな考えとか、いろいろ個々では思っていると思うんですが、やっぱり一事業所とか個人の事業所もあれば、私のところは医師会立ですけども、あと大手のところもありますし、そういうところで、やっぱり個々事業所で考え方が違うと思うので、いろんな意見をみんなで吸い上げながら、在宅でどこにも行くことができない人をどのようにサポートしていくかというところで、看護の役割は大きいのかなというふうには考えています。

.....けれども、よろしいでしょうか。

田原座長 ありがとうございます。貴重な意見をありがとうございました。

ほかに先生方、何かご意見。あるいは、ちょっと私、お話しただくのをお忘れの方がいるかもしれないんですけど、ご意見あれば伺いたいと思っております。いかがでしょうか。

皆さんからご意見をいただいて、大体のこと、この問題は難しいですが、ここで結論が出せるわけではないですし、東京都医師会のほうから二つばかりのご提案をいただきましたけど、それがいいか悪いかはまた別の話で、できるかできないかという問題もありますので、ここで結論を出すわけではないんですけど、一つには非常に在宅のところでそういう陽性者が出た場合には非常に困るということで、それに対してどう対応していくかということに関しては、医療的にはまず継続するにしても、なかなかそれをずっと診ていくのは難しいということになるだろうと思います。

そして、またそれに対して、陽性者に対してチームをつくって対応するというすばらしい意見もありますが、それが果たして現実問題としてどう組み上げてできるものかどうかということもありますし、医療側ももちろんですけど、介護側もやはり感染に対しては非常にナーバスなところがありますので、どのように対応していったらいいかという問題も非常にあります。これについて結論はありませんけれども、ただ診ていくしかないというところもあるんですね。もう現実問題として。もう入院も入所もできま

せんし、感染者は今、どんどん増えていて、私のような小さい診療所でも1日6件も7件もPCRやって、そのうち2件も3件も陽性者が出て、今日も6件、7件、8件とか自分のところでPCRやっていますけども、そういう中でもなかなか、保健所の方も、これはもうホテル入所だよといってもホテルに入れないような状態。ですから、在宅の方もそれもホテル入所をさせようと思ってもなかなかできないだろうというふうに思います。

ですから、それを在宅でどう診ていくかということをやはり工夫していくしかないですよ。だから、皆さん方と連携しながら工夫していくしかないだろうというふうに思います。

ほかにもいろいろ聞きたいことはありましたけれども、例えば施設のPCR検査はちゃんと進んでいるのかとか、それからテレワークが増えたんで、在宅している家族が増えたんじゃないかと思っているんですけど、そういったことで介護の問題はどういうふうにサポート、このコロナによって変わったところがないかとか、そういう問題もありますけども、今日のところは少しまとまりかけますが、こんなところで終わりたいというふうに思いますが、いかがでしょうか。何か最後におありでしたら。

井上(俊)委員 一つだけいいですか。

田原座長 井上先生、どうぞ。

井上(俊)委員 ちなみに、先ほどヘルパーさんとかパラメディカルの感染防護の訓練という話が出ましたけども、僕もそれは絶対に必要だと思っています。ただ、それを実質的にやれるんですかね。やるんだったら本当に、今まで僕、水際でも見ていて、僕らはもうこの人絶対コロナじゃないと思っているんで、結構適当な防御で入っていましたけど、でもみんなコロナにかかっているかもしれないと思ってやっている装備は、かなり甘いんですね。実際のところ、その辺のみんなのこの危機感のなさというか、MRSAと同じぐらいに考えているんですね。だから、ああいう防護で行って、感染防御ができるかといったら、あれは絶対ノーです。それをしっかりとちゃんと訓練をして、僕らも医師会で何回も訓練をやっていますけども、それでもやっぱりフルPPEを着てもやっぱりウイルス残っちゃうわけですよ。実際、蛍光塗料をつけてやってみると、直前に講義を受けたばかりの人が、もう要するに汚れが残っちゃっているような人が結構いるので、その辺のところを徹底して、防護服の訓練をやれるような体制ができれば、僕はそれはそれでいいと思います。ただ、現実的にそれができるかどうか分からないんですけども。

田原座長 それは現実的にできるんじゃないですか。そんなに非現実的な問題じゃないと、そう思っています。

井上(俊)委員 そうなんですか。そうしたらじゃあ、それすぐやってくれと思います。

西田理事 田原先生。

田原座長 はい、どうぞ。

西田理事 高橋先生、まだ発言いただいていないです。

田原座長 高橋先生、お見えになった。高橋先生、一番初めに当てたんだけど、いらっしやらなかった。一言お願いします。

高橋委員 申し訳ございません。ちょっと席を外しておりました。聞こえますでしょうか。

田原座長 はい、どうぞ。

高橋委員 ありがとうございます。いろいろ議論を聞いていて、私なりのちょっと意見をまとめたんですけども、やっぱり何人かの先生がおっしゃっていたように、チーム

をつくる必要があるとは思うんですね。今のちょうど、今、井上先生がちょっと疑問を呈されていた介護職に訓練するというのは、正直言うと数が多過ぎるので、そこに完璧にやるというのは結構難しいと思うので、それは理想形としてはそうだと、大元のところでは、例えば介護職の人が100人いたら、取りあえず専門職の10人にこれを訓練して、これを完璧にする。将来的には、その100人まで行けばもちろんいいですけど、今現状としては多分10人、その10%ぐらいが多分現状だと思うので、その10人が完璧にこなせるように、そんな形にして、在宅の方々は取りあえずどこかに集めなければいけないと思うんですね。在宅の全く大きな問題は効率の悪さだと思うので、もう感染とか感染を疑った時点で取りあえず集めて、そこにプロの集団のチームとして入れて、そこで診ると。何かそれをやりつつ、将来的には田原先生がおっしゃっているような介護職が完璧に防御できて、知識もというふうな将来像、自分たちの不安とかそういう知識がないからという、そういう問題で入れないんじゃないかと、もう大丈夫だと、自分たちはこれをやっているから大丈夫だといって自信を持って言えるような状態になれば、在宅で一人一人を診るような世界にできるかもしれませんが、現状は取りあえず強制的に集めて、そこでプロの集団が診てというような形なんじゃないかなと思っています。

以上です。

田原座長 貴重なご意見ありがとうございました。

それでは、最後に田先生ですかね。ご講評ください。お願いします。

西田理事 もう終わり。ほかにご意見は大丈夫ですか。

田原座長 吉川先生、じゃあお願いします。

吉川委員 すみません、狛江市の吉川です。

先ほど来のちょっとお話とは少しずれるんですけども、ちょっとさっきのケースに立ち戻って考えてみたことがありますので。この方は、介護者である息子さんやお孫さんが、既にコロナ陽性で入院しているケースだったと思うんですね。要は入院とか、あるいはホテルといった療養の場所の資源をどう使っていくのかという配分の問題もちょっとあるのかなと感じた次第です。

具体的には、ご家族、特にこの20代の方のお孫さんがもし重症でなければ、この方をすぐ退院させられてもいいんじゃないかと、家族が退院して、この方の在宅でのお世話に当たるといことも選択肢として本当はないのか。要は退院基準の問題。あと地域全体で、ベッドを早く空けて収容すべき高齢者をなるべく優先的に病院に収容するという運用の仕方は、検討の余地があるのかなと思いました。

もう一点は、ACPにも関わることなので、今すぐ地域住民の機運を変えろということとは困難としても、このご本人が在宅療養を希望しているという背景がなぜなのかという部分について、少し掘り下げることができれば、この方の積極的な選択と家族の了承の下で、仮に病状が今後、悪化するとしても、要はみとりも含めたお家の療養というのを選ぶと。それをどう支えるかというの、一つのやり方かなと感じた次第です。

以上です。

田原座長 ありがとうございました。よろしいでしょうか。

西田理事 あと、保険者の方はどうでしょうか。

田原座長 保険者の方。じゃあ、ご意見どうぞ。酒匂さん、いかがですか。

酒匂委員 こんばんは、酒匂です。

先ほどの服の脱ぎ方の教育みたいな話があったんですが、皆さんはそれは人間と人間が一緒になって教育されているんでしょうか。それとも、何か動画アプリかを見ながら

されているのでしょうか。どちらなのでしょう。

田原座長 医師会では対人で。少人数で集めて2週間に1回ずつやっていたけど。

酒匂委員 ああ、なるほど。私どもすかいらーくグループは3,000店ございまして、10万人が働いているんですが、10万人の教育というのは、当然上司から部下に調理などを教育すると同時に、全店にタブレット端末を置いて、そこに動画アプリを10分単位で一つ一つの単元が置いてあるんですね。ですから、素人でも動画を見ながら、着替えだとかおじぎだとか調理だとかというのができるようになっているんですね。それで全国コントロールしているんですね。だからそういうようなもの、動画を使ったり、アプリですかね。そういうものも導入されたほうが.....

田原座長 武蔵野市医師会の防護着脱訓練は、当然動画は使っています。

酒匂委員 ああ、そうですか。

田原座長 全部動画を配布した上で、それから実際の場でも動画を映しながらやっています。

酒匂委員 じゃあそれが全体で.....

田原座長 ただ、動画だけでは着脱訓練は無理なんですね。

酒匂委員 当然そうだと思います。人間と動画と兼ねておられればいいかなと。そこがちょっと確認できなかったものですから、質問させていただきました。

田原座長 ありがとうございます。

ほか、ご意見伺っていない先生、いらっしゃいますか。どうぞ、土谷先生。

土谷理事 東京都医師会の土谷です。

今、病院の現状を少しお話ししたいと思います。退院基準というのがありまして、今まで言われていたのは10日間、かつ症状がなくなって3日間、72時間過ぎたら退院していいよという話でした。ところがもうこの年末年始からは、実はそんなに長く入院させられていません。最近では、今、チャレンジングに3泊4日、年末ぐらいで始まっていたところなんですけども、それは病院によります。病院によりますけど、今はもうチャレンジングに2泊3日で、もうこの人は重症化しないだろうって、その見極めが非常にポイントになると思うんですけども、長く入院できなくなっています。それで、病床を何とかやりくりして、先ほど吉川先生からご指摘があったとおりで、退院基準の見直し、本当は厚労省から実際的なところを示す必要があるんだと思うんですけど、現実的にはそれでは病床を回せないということで、入院期間は実はあまりこれは大きな声では言えないのかもしれませんが、自宅療養に移れるように、退院を早めているのが現状です。

ですので、そういうふうに今、本当に病院もやりくりして、何とかやりくりはしているんですけど、それでもなお入院できない事態がもう詰まってきているというのが現状です。

以上です。

田原座長 ありがとうございます。

ほかに追加のご発言、ございますか。

西田理事 薬剤師会の先生に聞いていただいていいですか、先生。

田原座長 薬剤師会の先生、どうぞ。薬剤師会の先生、いらっしゃいませんか。篠原先生。

篠原委員 薬剤師会の篠原です。

先ほどから伺って、北多摩南部だと4大病院ですね。武蔵野、日赤、常林、多摩総、それから慈恵第三病院、それぞれもう病床がほとんどないような逼迫している状態だと

聞いておりますので、先ほどの2番のほうですね。やっぱり在宅で診るしかないという設定で、お話しいただきまして、それでそれぞれCOVID-19チームの編成とかいう中で薬剤師会としては感染防止対策、特に消毒の仕方とか、そういうような形のものの教育とか研修を先生方と一緒に啓蒙していったりしながらやっていかないと、COVID-19の患者さんは、なかなか受入れは難しいとだけ言っているでも話がなかなか先に行かないと思いますので、それぞれの先生方、医療者、介護の方々も協力して、そういう介護職の人たちに教育研修、またその中でまた研修した中で指導者をつくって、それでまた、下の方々に落とし込んでいくというような形が必要じゃないかと思っております。

以上です。

田原座長 ありがとうございます。

歯科医師会の先生はお見えになっていないですね。

西田理事 これで全員みたいです、先生。

田原座長 ありがとうございます。皆さん、貴重な意見をありがとうございました。ちょっと座長の不手際でなかなかまとまりがなかったですけど、いろんな意見が聞けて大変よかったと思います。

じゃあ、西田先生、最後にちょっとまとめてください。

西田理事 なかなかまとめるのも難しいかと思うんですけども、いろいろなご意見ありがとうございました。大変参考になりました。勉強させていただきました。

ただ、本当に今、この北多摩南部の状況を見てみると、かなり感染者指定病院がクラスターをつくって倒れちゃっていて、非常に危機的な状況です。自宅療養の若い人に対する医療支援ということも一方で大事で、自宅療養している方が突然亡くなったということもありますので、そこに医療をどうやってつけていくかということも大きな課題なんですけども。この場は高齢者ですね。もう入院ができない。施設も入れない。もう箱物はないという状況下で、どうやって診ていくのか。PPEもない。だけど、そこに人が寝ていれば、それは何か我々がしなければいけないわけじゃないですか。じゃあ、どうしていったらいいのかということ、やはり地域、地域の資源を考えて、各地域で十分議論して、それでチーム編成するなり、いろいろ教育システムを盛んにするなりということをやっているっていただきたいと思っています。

実は私が関わっている特養でも、大きなクラスターをつくってしまいまして、そこでも結局、なかなかすぐは病院に入れないので、施設で感染者を診ていかなざるを得ないわけです。濃厚接触者である施設の職員が、結局家にも帰れず、泊まり込んでなければPPEを使って、そういう人たちを診ている。そういう現状が今、もう施設では起きている。これと同じことがもう在宅も当然起きてくるのは、もうすぐの話だと思っていますので、ぜひぜひ各自治体、行政と医師会がしっかりタッグを組んでもらって、それから冒頭にも申し上げましたように、在宅療養というのは、メインはむしろ介護のほうです。介護がないと生活が成り立たないので、そういった業界の方たちもしっかりと入っていただいて、議論を深めて、議論を深めている場合じゃないのかもしれないんですけども、早急な対応をぜひぜひよろしくお願いしたいと思います。

私からは以上です。皆様、どうもありがとうございました。

田原座長 ありがとうございます。

それでは東京都の方に戻しますが、よろしいですか。

千葉地域医療担当課長 ご出席の先生方、関係者の皆様、長時間にわたりご議論いただきまして、ありがとうございました。また、大変貴重なご意見も頂きまして、本日はご議

論いただいた内容につきましては、きちんと記録を起こして、皆様に共有させていただきたいと思っております。また、他の圏域での議論の結果につきましても、皆様と共有をさせていただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、本日の北多摩南部地域に置けます在宅療養ワーキンググループを終了させていただきます。どうもありがとうございました。