

○井上専門官 それでは、定刻となりました。ただいまから第3回「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」を開催させていただきます。

構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中、御出席くださいますこと誠にありがとうございます。

議事に入ります前に、本来であれば、構成員の皆様方の御紹介と事務局の紹介をさせていただくところですが、時間の関係上、構成員名簿及び省庁関係者出席者名簿の配付をもって紹介に代えさせていただきます。

本日は、新型コロナウイルス感染症対策の観点から、オンラインによる開催とし、傍聴は報道関係者のみとさせていただきます。

まず初めに、発言の仕方につきまして説明させていただきます。

御発言の際には、手を挙げるボタンをクリックして、座長の指名を受けてからマイクのミュートを解除し、発言をするようお願いいたします。

なお、手を挙げるボタンがない場合には、画面に向かって挙手をお願いいたします。

発言終了後は手を挙げるボタンをオフにするとともに、再度マイクをミュートにするようお願いいたします。

また、座長から、議題などに賛成かどうか、異議がないかを確認することがあった際、賛成の場合には、反応ボタンをクリックした上で賛成ボタンをクリックするか、または、カメラに向かって頷いていただくことで、異議なしの旨を確認させていただきます。

本日は、長内構成員は御欠席との御連絡をいただいております。

また、オブザーバーとして、総務省消防庁救急企画室の小塩救急専門官に御出席をいただいております。

次に、資料の確認をさせていただきます。

事前に、資料、参考資料、構成員名簿、省庁関係出席者名簿をお送りさせていただきますので、お手元に御準備くださいますようお願いいたします。

カメラ撮りのため、構成員の皆様におかれましては、ビデオをオンにさせていただきますようお願いいたします。

なお、冒頭のカメラ撮りにつきましては、ここまでをお願いいたします。

(冒頭カメラ撮り終了)

○井上専門官 それでは、以降の進行は田中座長をお願いいたします。よろしくお願いたします。

○田中座長 構成員の皆さん、こんにちは。

議事に入る前に、代理出席についてお諮りします。

本日の会議に当たり、大三千春構成員の代理として、徳島県美波町役場福祉課主査 西口英樹参考人の御出席をお認めいただけますでしょうか。

(委員首肯)

○田中座長 ありがとうございます。

また、事務局より「在宅医療・ケア提供機関の事業継続計画」について、慶應義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室山岸暁美参考人も御出席の連絡を受けております。

早速議事に入ります。資料の「在宅医療における急変時対応及び看取り・災害時等の支援体制について」を取り上げます。事務局より資料の説明をお願いします。

○中西補佐 座長の田中先生、ありがとうございます。

それでは、事務局から資料に沿って御説明のほど申し上げます。

まず、資料の2ページ目及び3ページ目でございます。こちらは医療計画の全体像における在宅医療の位置づけについてお示ししてございます。

続きまして、資料4ページ目でございます。在宅医療の体制についてでございます。在宅医療の提供体制に求められる医療機能のうち、本日はこの赤枠で囲んでおります急変時の対応、看取り、さらにそのほか、日常の療養支援のところの右上の箇所を追加記載させていただきました災害時における提供体制について御議論いただきたいと思っております。

続きまして、5ページ目、本ワーキンググループにおけます今後の検討事項についてでございます。本日御議論いただく該当箇所につきましては赤字のところをハイライトしてございます。また、本ページの一番下の○の箇所でございますけれども、これは新型コロナウイルス感染症の自宅療養者の医療提供の状況を踏まえた在宅医療提供体制の在り方というところでございます。こちらにつきましては、感染症予防計画の中で主に議論が今なされているというところも踏まえまして、このように括弧書きとさせていただきます。

続きまして、6ページ目、本ワーキンググループの検討スケジュールについてでございます。本日の検討事項の箇所、こちらも赤字でハイライトしておりますけれども、本日のテーマを含めた各検討事項について、1巡目の議論を通じまして現状と課題の洗い出し、そして、論点出しを行います。さらに夏以降でございますけれども、2巡目の議論を通じまして議論の取りまとめ、さらに年明け、指針の作成という形を予定してございます。

続きまして、7ページ目からは「在宅医療における急変時対応の現状・課題、取組について」の内容となっております。

続きまして、8ページ目でございます。これは我が国の人口動態の推移をお示ししております。御案内のとおり、既に総人口につきましてはピークを過ぎております。さらに生産年齢人口の減少が続く中、高齢者の増加がしばらく続くことが予想されております。

次に9ページ目でございます。左側の図でございますけれども、年齢とともに要介護認定率は増加し、特に85歳以上でその傾向が顕著となっております。次に右側の図でございますけれども、2040年頃までは85歳以上人口の増加が見込まれておまして、今後ますます在宅や介護施設におけます要介護高齢者の増加が見込まれているといった状況となっております。

次に10ページ目でございます。これは平成29年の患者調査によります訪問診療の患者数

についてのデータとなっております。左上の訪問診療受療率につきましては、特に75歳以上で急激に増加となっております。左下の全国での訪問診療患者数の合計についての推計でございますけれども、こちらは2040年以降にピークを迎えることが見込まれております。右側の二次医療圏別の訪問診療患者数の動向につきましては、多くの二次医療圏で今後も訪問診療の患者数は増加し、40年以降に多くのところでピークを迎えるだろうと見込まれております。

続きまして、11ページ目となっております。在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の届け出数の推移をお示ししております。左側は在支診でございますけれども、いわゆる従来型及び機能強化型を合計した在支診全体の届出数は近年おおむね横ばい傾向となっております。その一方、右側でございますけれども、いわゆる在支病の数は増加傾向となっております。

続きまして、12ページ目でございます。左側の図は救急出動件数及びその搬送人員の推移についてお示ししております。新型コロナの影響等により減少したと思われ令和2年を除きまして、経年的に増加傾向となっております。また、右側の図は救急搬送における年齢区別の結果をお示ししておりますけれども、赤枠の部分の高齢者の割合が増加傾向にございまして、その中でもさらに75歳から84歳、そして、85歳以上の割合が増加傾向を示しております。

続きまして、13ページ目でございます。地域の診療所において在宅医療を維持・推進する上での課題といたしまして、まず1番目、マンパワーの確保が挙げられました。さらにそれに続きまして患者の急変時等に対応するための後方支援体制の整備というのが課題として挙げられております。

続きまして、14ページ目となります。在宅医療では24時間診療体制の構築・維持、そして、患者の急変時等に対応するための後方支援体制の整備・確保、そういったものが課題とされております。そういった中で、グループ診療によるバックアップ体制や夜間輪番制等の医師の間での相互協力、そして、多職種連携に基づきます水平連携、さらには急変時に入院を要する在宅療養患者のための垂直連携の仕組みを構築している地域での取組事例となっております。水平連携や垂直連携の構築に当たりましては、自治体をはじめとする関係機関による協議・調整がなされ、そして、さらにICT等を活用いたしまして多職種連携の推進・強化が図られているというところでございます。

そして、本ページの一番下の箇所でございますけれども、急変時対応におけます論点といたしまして、在宅療養患者が住み慣れた地域で最期まで過ごせるよう、ICTを活用した診診連携・病診連携、そして多職種連携の体制整備や、また、在宅療養患者における後方支援機能を有する医療機関等への入院ルールづくり等を含めて、地域全体でどのように考えるか、といたしております。

続きまして、15ページ目からは「在宅医療における看取りの現状・課題、取組について」の内容となっております。

次に16ページ目となります。左側の図は年間死亡者数のこれまでの推移と今後の推計をお示ししております。年間死亡者数につきましては2040年頃まで増加傾向が見込まれておりまして、40年時点で年間170万人程度が見込まれております。右上の図につきましては、死因の推移をお示ししてございます。その中でも近年の特徴といたしまして、老衰のところが増加傾向となっております。右下の図につきましては死亡場所の推移をお示ししております。近年では、特に介護施設等や自宅での例が増加しておりますが、やはり医療機関での死亡がまだ多い状況となっております。

続きまして、17ページ目でございます。国保データベース、KDBを用いまして、在宅等における看取り機能の推移を示しております。看取り加算、在宅ターミナルケア加算の件数を算定している医療機関数は増加傾向、そして、そのレセプト件数も増加傾向となっております。さらに右上のところでございますけれども、65歳以上の死亡者数におけるこれらの加算を算定した件数の割合も少しずつ増加傾向となっております。

続きまして、18ページ目になります。左側の円グラフでございますけれども、人生の最期を迎えるときに生活したい場所についての調査結果となっております。自宅や介護系施設等の療養の場、生活の場を希望されている国民が半分弱の割合となっております。それに対しまして、右側の図は実際にお亡くなりになられた場所の推移を示しておりますが、近年では自宅や介護系施設での死亡がやや増えてはいるものの、多くが病院でお亡くなりになっているという状況でございます。

続きまして、19ページ目となります。これは心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数調査の結果をお示ししております。心肺蘇生を望まない傷病者に係る救急出動件数は、令和元年及び2年におきまして各々5,359、5,538件となっております。これら2年間での比較において心肺蘇生を中止している事案の割合の増加、そして、救急搬送した事案の割合の増加、さらにかかりつけ医への連絡が取れた事案の割合の増加が見られましたが、心肺蘇生の継続や医療機関への搬送となった割合は相対的に高い状況となっております。

続きまして、20ページ目となります。これは都道府県における管下の市町村に対する在宅療養患者の救急搬送ルール等に関する支援体制の調査結果でございます。在宅療養患者本人の診療情報、DNAR等の情報を関係職種で共有できるようなルールやツール等の作成、在宅患者の救急搬送について受け入れ先医療機関の指定等を含む連携ルールの作成、消防機関と都道府県との間でのDNAR等の方針が示されている在宅患者の救急搬送の取り決めの状況は、いずれもまだ十分とはいえない状況です。地域における在宅医療、救急医療等の関係者間の連携体制の構築の支援や調整が課題と考えられます。

続きまして、21ページ目となります。救急医療情報収集・搬送ルールに関する取組例となっております。左側、東京都八王子市の救急医療情報キットにおきましては、もしものときに医師に伝えたい項目を設けまして、例えばできるだけ救命・延命してほしいですとか、苦痛を和らげる処置なら希望する、なるべく自然な状態で見守ってほしい等の回答欄を設けております。また、右側の愛知県岡崎市における救急要請搬送時のルールにつきま

しては、氏名、緊急連絡先、そして、疾患等の基本情報のほか、DNAR等についての記載欄も設けております。

続きまして、22ページ目となります。左側は東京消防庁の取組となっております。心肺蘇生を望まない傷病者への対応につきまして、下記に示しております運用条件を満たした場合、救急隊から在宅医やかかりつけ医等に連絡し、心肺蘇生を中断する。また、在宅医やかかりつけ医等、または家族等に傷病者を引き継ぐといったルールを策定しております。また、右側の静岡県静岡市の取組におきましては、グリーンカードシステムなるものを用いまして、在宅・看取り当番医制を構築した取組でございます。

続きまして、23ページ目でございます。在宅患者に対する看取り機能強化のために現在取り組んでいる施策となっております。左側は人生の最終段階における医療・ケア体制整備等事業でございますけれども、こちらは医療・介護専門職を対象に、人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の相談に適切に対応できる人材養成に取り組んでおります。また、右側は地域医療介護総合確保基金を用いました在宅看取り体制構築への活用事例となっております。

続きまして、24ページ目となります。看取りにおける論点といたしまして、望まれない救急搬送事例が報告される中、在宅療養患者に対しまして引き続きACPの普及の取組を進めるとともに、在宅医療機関及び救急医療機関、消防機関との情報共有や連携の強化、その中に救急搬送時のルールの策定等も含まれますけれども、そういったものを地域全体としてどのように考えるかとしております。

続きまして、25ページ目からは「在宅療養患者における災害時の支援体制について」の内容となっております。

続きまして、26ページ目、これは第7次医療計画の「在宅医療の体制構築に係る指針」におきまして、いわゆる災害関連の記載事項を赤字でハイライトしております。日常の療養支援の項目の中で、在宅医療に係る機関に求められる事項の一つといたしまして、災害時にも適切な医療を提供するための計画を策定することとの記載をしております。さらに在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項の一つといたしまして、災害時等にも適切な医療を提供するための計画を策定すること以外に、ほかの医療機関等の計画策定等の支援を行うこととの記載がございます。

続きまして、27ページ目になります。これは医療機関における業務継続計画（BCP）策定の状況についてお示ししております。

1つ目の○でございますけれども、こちらは平成24年3月の通知におきまして、医療機関は災害対策マニュアルの作成やBCPの作成に努めることといたしております。また、災害拠点病院等では指定要件の一つにBCP策定が規定されているところであります。

そして、一番下の○の箇所でございますけれども、全病院におけるBCPの策定率は、平成30年12月時点で25.0%となっております。

続きまして、次の28ページ目となります。こちらは在宅療養支援病院等におけますBCP

の策定状況について、令和2年度の厚生労働科学特別研究事業の中で調査を行っております。在支病、在支診のうちBCPを策定しているところの割合は、それぞれ32%、11%でありました。

続きまして、29ページ目となります。こちらはBCPを策定していた在支病、在支診につきまして、地域の関係医療機関等との連携を踏まえた内容が含まれていたのは、それぞれ50%、41%で、さらにその下側、物資の流通事業者や医療機器メーカーとの調整や事前の取り決め等が含まれていたのは、それぞれ37%、28%でありました。

続きまして、30ページ目でございます。そのような中で、令和3年度に厚生労働科学特別研究におきまして、本日、参考人として御発表いただくことになっております山岸先生を中心に、在宅医療版の業務継続計画、BCP策定に係る研究を行っていただいております。そして、その中で在宅版BCP策定の手引きを策定いたしました。これまでの入院医療機関を主眼としたBCPとは異なりまして、在宅医療の特性や課題を踏まえた内容となっておりまして、その詳細につきましては、この後、山岸参考人から御発表いただきます。

続きまして、31ページ目となります。在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業といたしまして、令和4年度からBCPの試行的策定及び在宅版BCP策定に関する手引きの作成について、モデル機関を対象に行います。さらに令和5年度からはBCP策定促進に向けた研修会の実施を通じまして、さらにその裾野を広げていくことを検討しております。

最後に32ページ目でございます。在宅患者におけます災害時の支援体制における論点をお示ししております。

論点の1点目でございます。在宅医療機関でのBCP策定率が低いことや「在宅医療の体制構築に係る指針」上で、在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項を踏まえまして、まずはこういった積極的役割を担う医療機関が自らBCP策定を進めてはどうかとしております。

2点目といたしまして、当該医療機関が周囲の在宅医療を担う医療機関や事業所との連携及び相互の医療機能を補完する視点を含めたBCP策定を進めることについてどう考えるかといたしております。

駆け足となりましたが、事務局からの御説明は以上となります。

○田中座長 ありがとうございます。

続いて、参考資料「在宅医療・ケア提供機関の事業継続計画」について、山岸参考人より資料の説明をお願いいたします。

○山岸参考人 皆様こんにちは。慶應義塾大学公衆衛生学教室の山岸と申します。本日は貴重な機会を賜りまして、誠にありがとうございます。

私のほうからは、近年、医療介護などヘルスケア領域でも大きな注目を集めているBCPについてお話しさせていただきたいと思っております。

BCP、一般的な定義としましては、ここにありますように、災害などリスク発生時に業務を中断しないために、また、万が一中断した場合でも、できるだけ早期に重要機能を再開

させるために、平時から戦略的に業務継続について準備をしておくこととあります。

BCPの知見はかなり日本からも発信がありまして、一番下のポツを見ていただきますと、BCP策定によりPDD、これは防ぎえた災害関連死のことですけれども、この約半数を阻止できる可能性があるという報告もあります。つまりBCPは有事対応に実効性を持つツールとして非常に注目されております。

BCPに関して最も多くいただく質問として、BCPと災害対応マニュアルの違いは何なのかということがあります。ここにお示ししましたように、私たちは多くのリスクと隣り合わせで生活しています。災害対応マニュアルとは、これらの各リスクに対して、それが起こったときに直ちにどうするかという緊急初期対応の行動について示したマニュアルのことをいいます。

地震と感染症では初期対応、緊急対応が全く異なりますので、リスクごとに対応をマニュアル化する。これが災害対応マニュアルになります。一方、BCPに関しましては、訪問看護なり、外来診療なり、各機関の重要中核業務が中断した際に、またはしそうな際に代替手段、ほかの手段を使っていかに業務継続をするかという点で検討されるものになります。つまり地震で被災してスタッフの多くが出勤できない、または感染症に罹患して出勤できないなど、その原因が何であれ、訪問看護や診療を継続しえない、難しくなった状況のときにどう対応するのかの計画を立て、また、その計画を有事にスムーズに遂行するために平時から何を備えておくべきかという検討も併せて行うものがBCPとなります。

一般的にリスクが生じると、そのリスクに対応する災害マニュアルに沿って緊急対応を行いながら、BCPを発動するかどうかを判断します。

BCPはもともと一般企業、特に製造物販業の領域で進化してきたものでした。ですので、そのまま医療をはじめとするヘルスケア領域に当てはめるわけにはいかないと考えています。大きな相違点としてここに挙げましたように、発災後、需要が高まり、かつ緊急性があること、また、時間とともに需要が変化すること、それから、個別性の高い対人サービスであること、また、公益性が高く専門性が高いこと、さらに地域社会性の中で役割や機能が決まること、最後に、自機関の業務継続が患者・利用者・住民の命や生活の継続に直結すること、こういったことがヘルスケアの特徴として挙げられると思います。これらを鑑みたBCPを策定していくことが求められると思います。

このスライドは、在宅医療提供機関のBCP策定に当たっての課題、考慮すべき事項として9点挙げております。時間の関係で全ての紹介は割愛いたしますけれども、特に小規模事業体が多いということ、また、1人の療養者に複数の事業者が関わること、また、システム上の課題としては、日常的には地域包括システム、つまり基礎自治体主幹の中で医療・ケア提供を行っているけれども、医療に関する窓口は基礎自治体にはないなど、こういったことが挙げられると思います。

これまで多くの訪問看護や診療所、病院の先生方とBCP策定を御一緒してきましたけれども、安否確認はどこも課題として挙げられる案件になります。まず、安否確認の優先順位、

これは基本的には医療機器装着の方を優先するのがデフォルトかと思いますが、しかし、こうした医療機器を使用されている方の中には、自ら、または家族や近隣の方の力を借りて安全を担保できる方もいらっしゃいます。

その場合、この図でいうとBの方、つまりお一人で判断が難しい状態にあられる精神疾患の方であったり認知症の方、また、独居、または独居に準ずる介護力の低い利用者さんのほうの安否確認の優先順位を上げるべきではないかという考え方もあります。ですので、個別性を鑑み、各機関で安否確認の順番の考え方を平時から共有しておくことも非常に重要になってくると思います。平時からこれがないと、有事にどの順番で安否確認をしましょうかと話し合っていたのでは、どうしても対応が後手になってしまいます。

また、安否確認と一言で言っても、人によって得ようとする情報が異なるということも判明しました。こういった何を情報として得るのか、また、その得た情報を関係者にどのように共有するのかについても自機関、また、その方に関わるほかの事業所、また、行政との情報共有も多くの地域で挙がる課題になります。

BCPの策定のステップですけれども、お示ししたとおりの8ステップを御提示しています。これが詳細になるのですけれども、タイムラインとしては上から平時、発災直後、それから、業務が中断しそうなとき、してしまったときとなりますけれども、ステップ2、3がいわゆる災害対応マニュアルの策定ステップ、それから、ステップ4、5、6が業務が中断した際、またはしそうな際にどうするかにフォーカスしたBCP策定になります。また、BCPは一度つくって終わりではありません。訓練をして評価し、改良していく、このプロセスこそが重要になります。したがって、これがステップ7になります。

また、先ほど医療・ケア提供機関は小規模事業者が多い、つまり自機関のBCPだけでは有事対応で十分機能しないということもいえると思います。したがって、やはり平時からの近隣の医療・ケア提供機関との相互協力交渉や協定が必要となりますので、連係型BCP、さらには地域全体の医療・ケア継続について考える地域BCPへの着手、これがステップ8となります。こういった構成になっています。

繰り返しになりますが、ヘルスケア領域のBCPを我々はこのように3つに分けました。まずは、もちろん自機関のBCP策定に着手することが重要で、また、一度つくって終わりではなく、訓練を実施し、見直し・改善を加えるというサイクルを回していくことによって、BCPによるアウトカムの向上を図っていくことが大前提になります。しかし、実際の災害において患者の搬送、診療の場所の確保等も含め、地域全体の連携なしには医療提供を継続することはできません。また、医療だけでなく、介護福祉機関においても発災後のケアサービスの継続は大きな課題で、いわゆる災害弱者、要配慮者への対応を含め、平時よりさらなる連携の重要性が増します。

連係型BCPとは、例えば訪問看護、訪問診療に関して言えば、ほかの機関からの代替訪問であったり、またはその診療ごと、例えば透析患者さんのネットワークであったり、がんの診療連携なども含む、そういった連携型のBCPがあります。さらに地域BCPとして、地域



を面と捉えて地域全体の医療・ケアの継続と早期復旧を可能とする。それから、各機関のスタッフ、患者、利用者のみならず、多くの住民の命と健康と暮らしを守ることを。これを目標とする地域BCPへ発展させていくということで3つに分けています。また、この3つのBCPが連動することで、さらにその実効性が高まると考えております。

この先の3枚のスライドは、先ほど中西補佐から御紹介いただいたとおり、昨年度の下半期に医政局地域医療計画課の特別研究の枠を活用させていただきながら作成した在宅医療を提供する病院、診療所、そして、訪問看護のBCP策定の手引きからの抜粋になります。具体的なBCPのイメージとして御覧いただけたらと思います。

一般企業のBCPは、BCPの目標復旧時間というのがBCP発動のトリガーになるのですが、なかなかヘルスケア領域の場合、目標復旧時間のみにトリガーを依存することは難しいということが言われていまして、我々はエスカレーションロジックモデルというものを採用しています。要はあらかじめ考えられる被害の重大性によって、緊急事態や対応を幾つかのステージに分類しておくというものです。

例えばこの図にありますように、ステージ1に関しては基本的に初期対応、緊急対応を記した災害対応マニュアルで対応可能な状況。

それから、ステージ2になると、BCPを発動するのですが、例えば自機関の縮小可能な業務であるとか、一時中断可能な業務を縮小や一時中断することによって優先業務に注力する、つまり自機関内の調整で対応可能な状況。

それから、ステージ3になると、やはりここもBCPは発動して、でも、もう自機関だけでは何ともいえないので、自機関を超えた地域の医療・ケア機関との連携により対応可能な状況。

それから、ステージ4、もうこれは考えたくない事態ですが、自機関からの診療及びケアの継続が困難で、例えば入居施設、また、入院施設に関しては行政や消防、また、外部支援機関と連携して、スタッフ及び患者、利用者の避難を考えなければいけない状況と分けています。

実際に災害が生じた場合には、該当する被害ステージにおける判断や対応を行って、また、対応ができないと判断された場合には、より上位の対応に移行していくこととなります。つまり被害レベル、ステージを設定し、それぞれのステージで対応戦略を検討しておくことで、有事の際の対応に関し、臨機応変な意思決定を支援するツールになっています。

長くなりましたが、まとめに入らせていただきます。ここにありますように、在宅医療・ケア提供機関の業務継続が患者・利用者・住民の命や生活の継続に直結することから、各機関は有事に際し、具体的にどのように医療やケアを継続するかの計画、つまり機関型BCPの策定を行ってはどうか。

また、各機関のBCP策定のプロセスで、地域の組織間で協力しないと解決しえないこと、また、協力することで限られた資源を有効に活用できることが明らかになってきます。特に災害時等の有事で不足する各機関の医療機能に関して、連係型BCPの策定を通じて、地域

の機関間でその機関を補完できるようにしてはどうか。

3つ目、連係型BCPの策定推進は、平時の在宅医療・ケア提供、そして、地域の医療介護連携の推進において、ふだんから積極的役割を担う在宅医療・ケア提供機関等が担うことが望ましいと考えます。

さらには地域を面として捉え、その医療やケアの継続に関して考える地域BCPの策定を目指してはどうかと思います。地域BCPの検討テーマの例ですけれども、先ほど申し上げた安否確認、それから、有事の際の医療、それから、ケア機能の分担、連携、それから、情報の集約、共有、発信、そして、地域全体での訓練の実施等が挙げられます。

研究班の昨年の特別研究のホームページを開設いたしまして、ここから手引き、テンプレート、それから、シミュレーション訓練のキットを開発しましたので、それもここから入手できるようにしております。まだ公開して10日目ぐらいなのですが、もう既に4桁のダウンロード数を記録しております。今年度、これからこの策定した手引きやツールを使っただけの研修が展開されるとお聞きしていますので、こうしたツールを使って、より多くの機関がBCPを策定し、患者さんや利用者さんの命や健康を守っていただけたらいいなと考えております。

以上になります。ありがとうございました。

○田中座長 山岸参考人、厚労科学特別研究の報告をありがとうございました。最後のページの資料はなかなか興味深いです。ぜひダウンロードしてみましよう。

では、ただいまの2つの説明について御意見・御質問等がございましたら、皆さんからお願いします。

角野構成員、どうぞ。

○角野構成員 1つだけ質問です。最初の資料の13ページ、地域の診療所における在宅医療を維持・推進する上での課題で、在宅医療に携わる医療従事者の確保とありますが、具体的に、ここでいう医療従事者について、ちょっと教えていただきたいと思います。

○田中座長 事務局、お答えください。

○中西補佐 事務局でございます。

こちらの13ページ目の一番上のところ、医療従事者（マンパワー）のところでございます。こちらは主に調査対象といたしましたのが、特に診療所と医療機関となっております。そこにつきましては、いわゆるドクターの数が中心となっております。

○角野構成員 いわゆる在宅医療に携わる医師が少ないということですね。

○中西補佐 おっしゃるとおりです。

○角野構成員 ありがとうございます。

○田中座長 鈴木構成員、お願いします。

○鈴木構成員 論点に対して意見と質問です。

まず、14ページの論点1になるとと思いますが、これに対する意見です。かかりつけ医の往診から始まった我が国の在宅医療は、本来の自宅だけでなく、サービス付き高齢者向

け住宅や住宅型有料老人ホームなど、新たな在宅の受け皿の急速な増加に伴って、その需要は拡大しています。まず、地域性に応じて日常生活圏域以上、二次医療圏以下の在宅医療圏域を設定し、診療報酬上創設された在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院が自ら在宅医療を行うとともに、かかりつけ医の在宅医療を患者ごとに緩やかなグループをつくり、多職種連携で急変時の一時的な入院を含む24時間365日の支援体制を、2011年の医政局モデル事業から始まり2015年から介護保険の地域支援事業となった、在宅医療介護連携推進事業を利用して構築することが求められています。

診診、病診、多職種連携ではICTの活用が重要で、私が医師会長を務めている茨城県では、メディカルケアステーションや電子連絡帳などが使われています。入院先としては有床診の在支診、在支病、在宅療養後方支援病院などが考えられますが、日頃からのネットワーク構築が重要であり、そのためにはいわゆる在宅医療連携拠点、在宅医療に必要な連携を担う拠点の活用が必要です。しかし、本県では43%の市町村において、地域包括支援センターに直営、または委託で運営されていることが明らかになっており、特に社会福祉法人に委託されている場合、入院ルールなどを作成するためにも、その活性化が課題となっています。

第8次医療計画の策定に向けては、各二次医療圏単位の地域医療構想調整会議の中に、在宅医療の部会かワーキンググループを設置し、在宅医療圏ごとの協議が進むようにする必要があります。

次に24ページの論点2についてです。在宅での看取りが増加する中で、望まれない救急搬送を減らすためには、在宅医療機関においてもACPの作成を普及する必要があります。ACPの様式については、できるだけ内容を全国で統一し、可能な限り紙ベースでなくICTを活用して、タブレットやパソコンなどからアプリケーションやウェブでの入力やクラウドサーバーによる管理を可能として、救急医療機関や消防機関等も閲覧可能にすることが求められます。アプリケーションも利便性を高めるために、できれば全国統一し、プラットフォームを統一化することが必要です。ACPについては、日頃からの同居家族や市民への理解を深める啓発活動も重要です。

次に32ページの論点3についてです。災害時の在宅医療体制を考える前提として、まず、平時の在宅医療体制が構築されていることが必要です。これは新型コロナウイルス感染症における在宅医療体制においても同じと考えられます。災害時には特に司令塔が必要であり、平時から医療計画に在宅医療において積極的な役割を担う医療機関と在宅医療に必要な連携を担う拠点を明確にしておく必要があります。

その上で、まず、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関からBCP策定を進め、在宅医療に必要な連携を担う拠点と協力して、小規模事業者や単独事業者のBCP策定支援を行い、災害時の地域包括ケア体制を構築していく必要があります。また、在宅医療において積極的な役割を担う医療機関は、BCP策定を通じて地域の在宅療養後方支援病院や災害拠点病院などとも災害時の連携体制を構築する必要があります。このためには、行政や医師会

の支援が必要であり、特に非公開となっていることが多い市町村が作成した避難行動要支援者名簿については、平時からかかりつけ医療機関に開示と情報提供がなされ、個別避難計画は策定段階から在宅医療機関が関与し、必要に応じて情報提供を受けられるようにしておく必要があります。さらに医療機器によってはICTの活用により、災害時に備えた様々な機能が付加されているので、BCP策定に当たっては各医療機器メーカーの情報提供も必要です。例えば在宅酸素の端末にはGPS機能がついており、メーカーは停電か通電しているか、また、どこに避難しているか、避難先も分かるシステムが既にできています。

次に質問です。私の病院のある二次医療圏内には東海第二原子力発電所がありますが、先ほどの話を聞いていますと、原子力災害も含まれるのではないかという気がしてきました。原子力災害時のBCP策定も必要かどうか確認したいと思いますので、よろしく願いいたします。

以上です。

○田中座長 論点に関する具体的な提言をありがとうございました。

山岸参考人、お答えいただけますか。

○山岸参考人 御質問ありがとうございました。

リスクごとに立案する災害対応マニュアルに関して、原子力発電所の事故の場合の緊急初期対応をどうするかということを考える必要があると思います。

一方で、BCPはオールハザードですので、原因は何であれ、たとえ原子力発電の事故によるものであっても、地震であっても、業務が中断したときにどうするかということですので、やはりBCPはオールハザードとして中断したときどうするか、また、そのために平時から何を備えておかななくてはいけないのかという点で検討しておく必要があると思います。ですので、初期緊急対応のマニュアルを原子力発電の事故版でつくる。BCPはオールハザードですので、原因にかかわらず中断したときにどうするかというところでプランニングしておくということが重要になると考えます。いかがでしょうか。

○鈴木構成員 ありがとうございました。

原子力災害は特に対応が難しいと思いますので、いろいろな御支援をよろしく願いいたします。

○田中座長 続いて、松本構成員、お願いします。

○松本構成員 ありがとうございます。

まず、14ページの論点でございますけれども、今回、柏市と長岡市がモデル事例ということで取り上げられています。この2つの市については、これまでも数多くの市町等で参考にされてきたと思いますけれども、そういった参考にいたしますと、各地域の実情に応じてアレンジされたり、また、別の仕組みを構築していると思います。このどの部分が取り入れられて、どの部分が真似できなかったのかという情報を共有することが地域の体制整備に役立つと思いますし、また、柏市と長岡市のモデルの最新の状況がどうなったのか、要するに、その後うまくいったところと、あるいは逆にうまくいっていないところと、実

際にあつたら、そういうところも出していただけると地域で非常に役に立つと思いますので、できる限り、それらの把握に努めていただきたいと思います。

それから、24ページ目の論点ですけれども、患者の意思に沿った救急搬送を実現させていくためには、論点に書かれた在宅医療機関及び救急医療機関・消防機関に加えて、介護保険施設や有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅との連携が必要になると思います。例えば救急医療の会議に地域包括ケアの関係者が参加したり、その逆もあつたりするなど、ぜひお互いに連携を深めていただきたいと思います。

21ページ、22ページは様々な事例を取りまとめられています。それぞれの事例では、消防庁や東京都医師会の強いイニシアティブがあつて、救急隊からかかりつけ医に連絡が取れたのが9割を超えているという話も伺いました。今後も先進的な取組をさらに集めて紹介していただきたいと思います。

最後に、32ページの論点ですけれども、在宅医療版のBCPについて手引きを作成していただけるのは非常にありがたいと思います。在宅医療を行っている地域の診療所などでは、手引きに基づいて改めてBCPをつくり直すというのは、マンパワー的にはなかなか難しいところもあるのかと思いました。可能であれば、手引きというよりは備えるべきものとか、整えておくべき体制などを明示した診療所ですぐに使えるようなマニュアルがあるといいのではないかと思います。

以上でございます。

○田中座長 松本構成員、具体的な御提案をありがとうございます。

次に、島田構成員、お願いします。

○島田構成員 在宅を積極的にやる診療所がBCPを作成する過程で、自ら災害時を想定した点検を行うことというのは非常に重要だと思っています。思い返せば、東日本の震災、私は東京でしたけれども、計画停電というのが始まりまして、やはり電源の確保というのが非常に重要だったと思います。病院と異なり、診療所は電源喪失を想定をしていませんでした。

それから、質問も含めてなのですが、27ページのところに人工呼吸器を使用している患者さん、災害時にはいわゆる搬送先、入院先を計画と書いてあります。計画停電のときにも同様のことを当院も行いましたが、在宅医療で使っている人工呼吸器は、そもそも御自宅でも使えるような機器であるので、実は必ずしも病院に収容しなければいけないということには限らないと思うのです。

一方で、災害であると、介護ヘルパーとかの動きがとまるために自宅療養が難しいという介護上の問題なので、介護施設とかも含めて自宅で使える人工呼吸器を持ち込んで、そこで生活するなど、幅広い視点が必要だろうと思います。

熊本の震災のときには、医療機器を持った方が避難所に行こうとしたら入れてもらえなかったと、そういう方はちょっと難しいと、困るということで、結局は避難所の中にそういう医療機器を使っている人が収容できるものを幾つか用意したりしたので、多分、この

BCP策定の中で、診療所だけでできない、行政が関わるべきことというのがいろいろ出てくるだろうと思います。

加えて、ガソリンの供給が医療機関に優先的に行われることがなかったので、私たちも往診車を走らすことができなくなることが起きました。在宅酸素の事業者さんは一生懸命電源がとまる場所に濃縮のボンベを届けてくれたのですが、ここもやはりガソリンがないことには届けるという物流ができないということで、こういうことも非常に重要だろうと思っています。

それから、BCPを策定すると同時に、例えば電源確保、当院もそういうバッテリーとか発電機とかをいろいろ用意していますけれども、そういうことの助成制度も併せて進めていただくと、よいのではないかと思います。

以上です。

○田中座長 経験に基づく発言をありがとうございました。

佐藤構成員、お願いいたします。

○佐藤構成員 実は歯科診療所のほうで在宅を行っているところが、在宅療養支援病院のほうに入院等のお願いをした際に、なかなか調整がうまくいかなかったという報告も一部受けているのですが、やはり病院の中に歯科が併設されているかどうかというのも大きな問題なのかなと感じているのです。やはり在宅療養支援病院でも通常の病院と同様に歯科の設置が2割程度なのかどうか、これを一つ教えてほしい。

もう1点、そもそも在宅療養支援病院は歯科診療所からそういう要請があった際には、お受けしていただけると理解してよろしいのか。

その2点をお願いいたします。

○田中座長 2つの質問にお答えになれますか。

○中西補佐 事務局でございます。

1点目の質問でございます。在支病に歯科が併設されているかどうか、それは何割かという御質問だったと思いますけれども、今、数の割合のところの数字を持ち合わせておりませんで、また後ほど調べさせていただければと思います。

○佐藤構成員 2点目はいかがでしょうか。

○中西補佐 佐藤先生、2点目の質問を恐れ入りますが、もう一度お願いします。

○佐藤構成員 いわゆる在宅療養支援病院は、基本的に在宅医療の歯科診療を行っている診療所からの要請も受けていただけるという理解でよろしいでしょうかという質問でした。

○中西補佐 それは災害時においてという意味でございますでしょうか。

○佐藤構成員 全身的な問題があったとか、そういう必要性が出た場合も含めての話です。

○中西補佐 ありがとうございます。恐らく急変時でありますとか、そういった状況を想定されていると理解しました。

もちろん必要に応じて支援体制を受けておられる、あるいはもともと関係性があるというところであれば、そういった受け入れというのは当然考えられると思います。ただ、そ

の状況によって、やはり入院医療機関におかれましてもベッドの状況でありますとか、そういった事情というのは多分にあると考えられますので、それも状況に応じて受け入れると、無理なら、また地域において、ほかの医療機関と調整を図るというスキームになっているのかと想定されます。

○佐藤構成員 理解しました。

○田中座長 次、荻野構成員、お願いします。

○荻野構成員 私からは、14ページの在宅医療連携に係る論点と、32ページにございますBCP策定に係る論点について意見を述べさせていただきたいと思っております。

まず、14ページでありますけれども、ICTを活用した多職種連携の体制整備等を含め、「地域全体でどのように考えるか」と論点が示されているところであります。14ページに地域で有効に機能している在宅医療連携モデルが示されておりますが、医療資源としての薬局を忘れずに入れていただき、かかりつけ薬剤師を含めて研修会、協議会等への参画を確保していただきますようお願いいたします。

入院までに服薬していた薬だけではなく、調剤情報・服薬上気をつける点などを医療機関に引き継ぐこと、また、病院で提供されていた薬物療法を適切に地域の薬局が引き継ぐこと、そして、それを円滑に地域に戻す、このようなことにかかりつけ薬剤師が取り組んでおります。このような多職種連携、施設間連携には引き続き薬局薬剤師も関わっていきけるようにしていきたい。このような連携が全国で当たり前に行われるようにしていきたいと思っておりますので、取りまとめにおいてもぜひその方向で記載をいただきたいと存じます。

医師はもとより、看護、介護者との情報連携の中で、患者の病状や療養生活上のことを把握することが重要であり、また、在宅医療では医薬品の管理の問題がよく発生しますが、薬剤師がきちんと関わることで看護師や介護職が本来業務に集中でき、また、薬に起因する問題点を共有することで在宅患者のよりきめの細かい薬学管理が可能となり、療養生活の質の向上につながると考えています。

続いて、32ページの論点でございますけれども、在宅医療において積極的役割を担う医療機関が自らBCP策定を進めていただくことは大変ありがたいと考えております。また、当該医療機関が周囲の在宅医療を担う医療機関や事業所との連携及び相互の医療機能を補完する視点を含めたBCP策定を進めることについては、在宅医療に参画している薬局のBCP策定にとって大変ありがたいことだと考えています。

薬局でも災害時や新興感染症発生時のBCPの策定に取り組んでいるところでありますけれども、患者への連絡体制や主治医や患者に関わるチームの多職種との連絡体制等を含めたBCPをつくるように取り組んでいることをご紹介させていただくとともに、医療機関側のBCPにも患者に関わる薬剤師との連絡体制も含めてお考えをいただきたいと思っております。ぜひチームの視点でBCPを日頃から相互に備えていけたらと考えておりますので、よろしく願いを申し上げます。

私からは以上です。

○田中座長 薬局の立場からの御発言、ありがとうございます。

田母神構成員、お願いします。

○田母神構成員 3つの論点に関しまして、意見を申し述べたいと思います。

まず、14ページの論点の1点目でございます。在宅療養をされている方々が住み慣れた地域で療養を続けるための連携の必要性については、全く異論がないところでございます。

資料の13ページに、訪問診療についての結果をお示しいただいておりますけれども、本会で訪問看護に関連しまして令和3年度に都道府県に対する質問紙調査を実施させていただきました。35の自治体から回答いただいております。その中で、訪問看護のサービスの整備に関する課題として、都道府県からの回答が多かったものが3つありまして、事業所の規模の小ささ、訪問看護の従事者の確保、3つ目に事業所の地域偏在ということと50%以上の自治体が、ここが課題であると回答いただいております。この3つの点は急変時の対応に関しても基盤となる点でありますので、重要な御意見をいただいたと思っております。

今回の論点で示されておりますICTの活用でありますとか、多機関連携ということは賛同するところでございます。また、それに併せて医療計画で既にストラクチャーの指標例として挙げられております訪問看護の従事者数、機能強化型訪問看護ステーション数、あるいは24時間体制の訪問看護ステーションの数といったところについて、各都道府県で指標として挙げていただきまして、推進策を実施いただくことが非常に重要であると考えております。

また、急変時対応も含めまして、夜間・休日の対応を強化するために複数の訪問看護ステーションでの連携の仕組みなども必要であると考えております。訪問看護ステーション間の連携とともに医療機関との連携も含めた体制の構築が重要であると考えておりますけれども、訪問看護に関しましては、医療保険で1人の利用者に対して複数の訪問看護ステーションが関わるということについては基準が設けられておりまして、一定の制約があるところでございます。そうした点も課題でございますので、ぜひ御検討いただきたいと考えております。

論点の2点目についてでございます。訪問看護では、利用者の在宅療養の開始時点から意思決定支援、そして、看取りまで継続して利用者家族を支えているというところでございます。繰り返しになりますけれども、状況の変化に対応するための24時間の対応体制の構築、24時間連絡相談を受けることができる体制の整備のためには、事業所の努力だけではなく、やはり医療計画の中でも重要なものとしてしっかり位置づけていただく必要があるのではないかと考えております。

3つ目のBCPについてでございます。BCPについて訪問看護では介護報酬、そして、今回の診療報酬の改定におきまして、既に義務づけというところになっておりまして、現在は努力義務でありまして、令和6年度からは義務ということに決まっております。厚生労働省からはガイドラインなども発出されておりました。また、先ほどの資料にもございませ



たけれども、自治体によっては既にBCP策定に関する研修を開催している場合もあると思いますが、やはり訪問看護ステーションは規模が非常に小さくなっておりまして、私どもで聞いている範囲では、やはり策定上のマンパワーの制約もありまして作成がなかなか進んでいない状況もあると聞いておりますので、先ほどの厚生労働省の資料にもありましたような研修や作成支援というところの機会をぜひ拡充して設けていただけると大変ありがたいかと考えております。

また、事務局の資料で自治体内での連携の仕組みという例をお示しいただいておりますけれども、現状、地域によって様々な主体がこういった連携を構築されていると思います。多様な在り方というものを尊重しつつ、平時からの連携構築とともに、災害時に利用者の状況や事業所の状況を遅滞なく行政等につなげ、必要な人や物の支援が得られるような仕組みづくりが重要であると考えております。

最後に山岸先生、感想になるのですがけれども、ホームページで公開して掲載していただいているような枠組みや資料が非常に参考になると思います。私どもの聞いている範囲では、事業所間の連携というのは、先生のおっしゃるとおり、訪問看護などでも重要になってまいりますので、特に連携協定でありますとか、実際に必要になるような具体的な情報についても、ぜひ今後も拡充して御提供いただけるとありがたいと考えております。

以上でございます。

○田中座長 研究に対する御要望もありました。ありがとうございます。

増井構成員、お願いします。

○増井構成員 私からは論点1について申し上げます。資料1の11ページで在支診と在支病の届出数の推移をお示しいただいております。2040年以降も在宅患者数が増加することを踏まえれば、もう少し伸びしろがあるのではないかと考えております。地域包括ケアシステムの構築に向けて、地域において様々な職種が顔の見える関係になって連携が進み、その上で在宅医療を担っていただく関係者の数が増加するように、厚生労働省においては一段と進んだ対策をお願いしたいと考えております。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。

診療所数の伸びがちょっと足りないという御指摘でした。

島田構成員、再び手を挙げられましたね。

○島田構成員 今、増井先生がお話になった同じ11ページですが、データの出し方も含めてお話をさせてください。確かに在宅療養支援診療所は横ばいと言えますが、その中で、前回の会議でもありました積極的に在宅医療をやっているところがより患者もたくさん診ているということですので、この機能強化型のところに着目すべきだと思います。

そうしますと、平成28年、機能強化型は2つ合わせて2,914、これが令和2年には3,507ということで増えているのです。もちろん在支診全体を増やしていくことは重要ですが、働き方改革等々を考えますと、機能強化型という単独、もしくは連携で医師を3人以上確

保して、それで365日24時間の体制、それから、小さな診療所への支援というのをやっていかないと、在宅医療の診療所のドクターが疲弊してしまうということもありますので、ここに着目してやっていくのはいいのではないかと思います。

また、今年の診療報酬改定で在支診と在支病の違いをもう少し出していったほうがいいのではないかと、病院はベッド機能とか検査機能を持っているので、そういうことが後方支援につながることになるだろうと思います。

それから、19ページ目のところに、消防庁の心肺停止の方の連絡の一番右下の表で、この表だけを見ると、連絡のついたかかりつけ医が半分のように見えてしまっていますが、これはちょっと違うのではないかなと思うのです。というのは、そもそも救急隊がかかりつけ医に連絡をしていないが35%入ってしまっていて、本来はかかりつけ医へ連絡を取ったうちのどれだけがつながったかを見るべきです。そうすると、連絡をすれば83%はかかりつけ医につながっているのです。だから、本来やるべきは、救急隊もかかりつけ医に連絡する、もっと前に言うと、かかりつけ医が誰かが救急現場でもすぐ分かるようにすることが重要ではないかと思います。

同じく診療報酬改定で、この4月から在支診と在支病の届出要件に、新たに適切な意思決定支援の指針を策定することが入りました。これはまさに患者さんの、どのような治療を受けたいか、こういう場合は延命治療を受けたくないとか、そういうことを決めていくものなので、これは恐らく後押しになっていくと思います。あとはそれをどのように情報共有するか、これはICTと紙で展開するもの、在宅医療のお宅を考えると、その両方が必要であろうと考えています。

あと、看取り数のところで、17ページにターミナルケア加算とか看取り加算の数の推移を挙げていますが、これだけで統計を取ると盲点があります。といいますのは、現在の診療報酬では、例えば初診で行くとそれは往診扱いで、それで予定した次はいついつに行きますよという穏やかな往診、これを訪問診療といいます。この訪問診療が入った場合に初めて、このターミナルケア加算とか看取り加算という医学総合管理料の算定が可能になってくるのです。

例えばコロナ禍では病院で家族が見舞いに行けないために、家に引き取って家で最期を見てあげようという依頼が非常にたくさん入りました。そうすると、ほぼ1回目初診で診て、もう翌日には具合が悪くて臨時で往診をして、連日行きますのは臨時で往診の扱いなのです。そのまま看取ると、実は本当にハイケアな濃厚な看取り医療を提供しているのに、ターミナルケア加算とか看取り加算というのが一切算定できない制度になっているので、自宅での看取りを推進していく観点であれば、その辺りの診療報酬などのところも変えていく必要があるだろうと思っております。

以上です。

○田中座長 統計の見方並びに保険局側への注文もありがとうございます。

角野構成員、お願いします。

○角野構成員 確かにこのBCP、先ほどのお話のとおりですし、よく理解できました。

ただ、このときに連携型、機関型もそうですけれども、まずそれぞれのところが、こういう手引きができて4桁のアクセス、ダウンロードがあったということで、本当に対応できるのかなという不安が一つ。

それから、特に連携型とか地域型となってくると、一体どこがそれをコーディネートしてやっていくのかということなのです。ですから、その辺り、私どもとしては、やはりそれは場合によっては市町村、あるいは少なくとも保健所がしっかりすべきことかと思えます。そうなってくると、やはり地域の保健医療計画の記載においても、ただ単に連携型BCPとか地域BCPが要ります、これをつくりましょうではなくて、どこがちゃんとそこをハンドリングしてやっていくべきなのかというところまで書き込む必要があるのかなと思います。

もう一つは、ACPのことなのですが、今日の流れの中では、ACPというのが何か最期、その瞬間、人工呼吸器を使うかどうか、延命するかどうか、それだけがACPのように思ってしまうのです。本来ACPというのは終末、最期までどのような生き方をするのか、その人がその人らしくどのように生活するのかというのを本人の意思を基に皆でそれを共有して支援していこうというのがACPだと思うのです。

ですから、極端なことを言えば、最期の最期まで、そういう生活を送って、そして急変しました、救急車で病院に運ばれました、そして、亡くなりましたといっても、これは最期にいい生活をしているわけだから、いいのですよ。そこまでは生活というのを全く無視して、いかにも最期、本人が、もうそのまま死なせてくれと言っていたら、それを全うするのが重要であって、そうでないのは駄目というような、何かその瞬間だけを捉えてACPということを考えているように思えてならないのです。

ですから、最期の救急の問題とか、そこらを記載していくときには、その点はもう少し気をつけないと、要は最期だけ本人の意思であるとか、それを尊重しましょうぐらいだったらいいのですが、ACPという中で捉えてしまうと、ACPに対する誤解が生じるのではないかという危惧がちょっとあります。

以上です。

○田中座長 問題提起をありがとうございました。

馬屋原構成員、お願いいたします。

○馬屋原構成員 私のほうからは、まず、在宅医療における看取りに関しまして、精神科の視点からお話しさせていただきたいと思えます。

精神科かかりつけ医にとりましても、人生の最終段階における関わりへの関心はどんどんと高まっております。一方で、多くの場合、必然的に精神疾患と身体疾患、例えば繰り返す肺炎とか悪性腫瘍が、ともにかなり深刻な状況で重なり合っている場面に集約するため、在宅看取りの枠の中ではどうしても、入院受け入れの後の身体的な症状の経過、予後を踏まえての看取りとなってしまうことが多いのも事実です。

在宅での看取りには、本人の明確な意向の確認や、サービスがいろいろ入っていても御

家族の絶え間ないサポートを要するが、残念ながら、それらは重度の精神障害者の方々にはなかなか求めにくいというのが実態であります。

そこで論点2に関しましては、例えばグリーンカードのような意思表示ツールは、精神疾患においては病相と病相の間の寛解期、進行性の疾患であれば、軽症段階で作成されるように、より啓蒙が進んでいくことがどうしても必要だと思われれます。

なお、純粹な在宅での看取りとは言えないかもしれませんが、特別養護老人ホーム等での精神疾患と重度の身体疾患が併存する利用者に対しまして、精神科医が看取りにコミットする効用について御紹介したいと思います。

囑託医が一般に内科医・外科医の一般科医師であることが多く、経口摂取困難、嚥下困難等が生じて終末期が近づきますと囑託医を悩ませるのが、処方され続けている向精神薬をどのように扱っていくかという問題になります。果たして中止していいのか、どのような病状悪化が懸念されるのか、逆に活気や食欲を回復する可能性も期待できるのかなど、いろいろなものが見通せない中で、精神科医がコンサルテーションに関与することによって向精神薬の適切な中止や減量が進めば、御本人や御家族、そして、囑託医の先生にもより見通しが立ちやすくなり、安らかな終末期を迎えることができる、そういうことを経験しております。

そして、在宅療養患者における災害時支援体制でありますけれども、この論点3に関しましては、やはりマンパワーと自己完結できる機能を多く持っている在支病等が、まず、BCP策定を進めていくことに関しましては極めて自然なことであり、賛成いたします。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。

高砂構成員、お願いします。

○高砂構成員 3つの論点に関する意見と、山岸先生にお願いが1つございます。

まず、14ページなのですがすけれども、訪問診療医を中心とした連携モデルというのが地域の中でもあるのですがすけれども、なかなかそこがそれ以上拡大されないというか、地域全体での推進が遅いように思っています。今回、新型コロナウイルス感染症の感染拡大で、様々なICT化というのが推進されたので、この機会に、ぜひこの在宅医療連携モデルというのも推進していただくよう、御協力をお願いしたいと思います。

24ページに関して、望まれない救急搬送事例というのも訪問診療など、地域包括ケアシステムが推進される中で減ってきているように感じてはいるのですがすけれども、まだまだ救急医療機関と消防機関など、地域でのネットワークづくりというものが十分でなく、情報共有というのがなかなか難しい状況にあるのが地域の現状でございます。

望まれない救急搬送ではなくて、例えば停電において、昨年クーラーが使えなくなったことによって、患者さんを地域の医療機関に搬送する、しないというような状況になられたときに、救急隊の対応をすぐに行っていただけないという状況であり、そういう状況をちゃんと踏まえ、救急搬送時のルールというのをつくっていかないといけないなと思って

おります。

32ページの論点に関しましては今までの先生方と同じで、なかなかBCP策定というのが地域の中で進んでいないという現状があり、老健事業の中医協の資料では、訪問看護ステーションにおいても、知らないと答えているステーションも3割ぐらい認められるという状況がございました。ぜひBCP策定に関して推進していただきたいと思います。そのためには、山岸先生の御発表いただいた内容は、とても様々な地域BCPのところまで、いろいろなツールをおつくりになられているということで興味がございます。ぜひこれのつくり方に関して、YouTubeなどで配信していただけるよう、御協力をお願いしたいと思います。

以上です。

○田中座長 ありがとうございます。

山岸参考人にもさらなる発展を期待する言葉がありました。よろしく申し上げます。

時間になってまいりましたがいかがでしょうか。よろしいですか。

一当たり、意見のおありの方は発表いただいたようです。様々な役に立つ我々の参考になる御意見をありがとうございました。

では、以上をもちまして本日の議論を終了いたします。

最後に、事務局から連絡事項があれば申し上げます。

○井上専門官 事務局でございます。

本日は、一般傍聴の制限をしていることから、議事録につきまして可能な限り速やかに公表できるよう、事務局として校正作業を進めてまいります。構成員の皆様におかれましても御多忙中とは存じますが、御協力いただけますようお願い申し上げます。

また、次回のワーキンググループにつきましては、詳細が決まり次第、御連絡させていただきます。よろしくお願いたします。

それでは、本日のワーキンググループはこれまでとさせていただきます。大変お忙しいところ、誠にありがとうございました。