

**第36回文京区地域医療連携推進協議会在宅医療検討部会 兼
第26回文京区地域包括ケア推進委員会医療介護連携専門部会 要点記録**

日 時：令和7年12月23日（火）午前1時30分から午後3時08分まで

場 所：第二委員会室（24階）

<会議次第>

1 部会長挨拶

2 報告事項・議事

（1）在宅医療検討部会ワーキンググループにおける検討状況について

【資料第1号】

【資料第1号 別紙1】

（2）令和7年度在宅医療講演会の実施結果について

【資料第2号】

（3）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」

の報告について

【資料第3号】

【資料第3号 別紙】

3 その他

4 閉会

<出席者> 名簿順（敬称略）

文京区地域医療連携推進協議会在宅医療検討部会 兼

文京区地域包括ケア推進委員会医療介護連携専門部会委員

田城孝雄部会長、石垣泰則、角川由香、久保雄一、吉田有法、渡邊文秀、
平井基之、新井悟、中野千草、西奈緒、宮本千恵美、森陽子、柳澤陽子、
中川量晴、佐藤美雪、足達淑子、早川恵、小川原功、名取芳子、三輪加子、
森岡加奈絵、佐々木慎児、井関美加、寺崎仁（オブザーバー）

<事務局>

鈴木地域包括ケア推進担当課長

<傍聴者>

0人

1 部会長挨拶

田城部会長：ただいまから、第36回文京区地域医療連携推進協議会在宅医療検討部会兼第26回文京区地域包括ケア推進委員会医療介護連携専門部会を開催します。

<鈴木地域包括ケア推進担当課長より、新部会員の紹介>

森部会員：東京大学医学部附属病院地域医療連携センター師長の森と申します。よろしくお願ひいたします。

<鈴木地域包括ケア推進担当課長より、出欠状況の報告>

田城部会長：親会である地域医療推進協議会の寺崎会長にご挨拶いただきたいと思います。

寺崎オブザーバー：皆様、初めまして。文京区地域医療連携推進協議会の会長をしております寺崎です。どうぞよろしくお願ひいたします。

文京区での地域医療連携の取組は既に20年近くの積み重ねがあるということですが、高齢化の状況に合わせて少しずつ連携の形も変わってくるということで、新たな取組も行っているところです。

皆様方の中心的な課題である高齢者の在宅医療について、大都市部はこれから本番というような状況の中で、皆様方のお力を借りなければいけないことが非常に増えていき、大きな課題を皆様方と解決していかないと考えていますので、引き続き田城部会長の下に、皆様方のご協力を今後ともよろしくお願ひいたします。

<鈴木地域包括ケア推進担当課長より、配布資料の確認>

<鈴木地域包括ケア推進担当課長より、参考資料2の説明について>

2 報告事項・議事

田城部会長： それでは、議事（１）「在宅医療検討部会のワーキンググループにおける検討状況について」、事務局よりご報告をお願いいたします。

<鈴木地域包括ケア推進担当課長より、資料第１号・資料第１号別紙の説明>

田城部会長： 文京区は四つの圏域に分かれています。そのうちの大塚圏域をまずモデル地区として、診療所の先生や訪問看護ステーションの方、それから地域包括ケアシステムは生活の場で医療・介護、その他を提供するということもありますので、地域支援者や社会福祉協議会の方、それから地域共生社会ということでも高齢者だけではなく障害者も含めてということになりますし、65歳以上は障害者の方も介護保険優先になっていますので、障害分野の方に入ってください、地域の歯科医師もメンバーとして入っていただいております。

角川先生、学識経験者プラス大塚地域の立場としてコメントございますか。

角川部会員： 「のっかる」意識でという辺りでは、花屋と連携して高齢者の歩行距離を延ばしてみようという取組もやられていたようですので、新たにというよりは既存のものを生かして、何か取組ができないか、そしてその取組に、私たちが協力できたらよいなと考えておりました。

田城部会長： 議事（２）「令和７年度在宅医療講演会の実施結果について」、事務局より報告をお願いいたします。

<鈴木地域包括ケア推進担当課長より資料第２号の説明>

田城部会長： それでは石垣先生、コメントをお願いします。

石垣部会員： 当日は暑い中でしたけれども、たくさんの方々にお集まりいただき、ありがとうございました。フラットな形でお話できたというのは、とてもよかったと思います。一方的な話で終わりではなく、その後の区民参加者の方々との交流が、私の中でも心に残りました。

今回の緩和ケアに関して吉田大介先生にお願いしたという背景には、私のところのコーラルクリニックと東京在宅ケアクリニックは、地域連携の連携医療機関でいつも一緒に活動させていただいているためです。そのため、あうんの呼吸でお話が進められたのはよかったのではないかなと思います。

今回このようにご評価いただいて、とてもうれしく思います。また引き続きこういった取組を進めていただきたいと思います。ありがとうございました。

田城部会長：ACPに関しては、3年連続で在宅医療講演会のテーマとして取り上げていますが、なかなか広まらないこともあるようですし、あくまでもプランニングなので、何かにサインしてもらったら終わりとか1回人生会議を開けば終わりではなく、絶えず続くということになるかと思いました。

SNSを使ってACPをやるという方法が他区でも行われていますので、将来そうなっていくのではないかなとは思っています。

議事(3)「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」の報告について」、事務局より報告をお願いします。

<鈴木地域包括ケア推進担当課長より、資料第3号・資料第3号別紙の説明>

田城部会長：やはり外科医を志望する人が非常に減っている。直ぐに美容医療へ進む方も多く、そうすると一般外科でがんの手術ができないんじゃないかというお話が、最後のポイントですよ。

阿部さんが出席されていますが、同じ事務所の佐藤部会員、何か聞いていますか。

佐藤部会員：今後の取組のところにも、訪問看護という言葉が出てきておりました。コロナのときも、あるいは今現在文京区の中で行われている認知症ともにパートナー事業のような医療と認知症の部分、疾患が診断された以後の困っている方たちに、事前的に手を差し伸べるというようなところに訪問看護が今実際に起動していますので、今後こういった予防的な、間に入って動けるような役割として訪問看護が期待されているというところは、私たちも責任を感じておりますし、上手に使っていただきたいし、私たちも動きたいなと強く思っているところであります。

田城部会長：地域医療構想会議は本来、第1回目は2025年に向けて人口動態と罹患率から患者さんの予想を行い、合わせて必要な病床数を議論する場でした。今度は2040年に向けて新しく第2次の地域医療構想で、また将来を予測した適正な病床数に病院を収束させていくということだと思います。大都市、都内23区等では、療養病床は絶対に足りなく、基本的に在宅で療養か、特別養護老人ホーム、お金のある方は有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅になると思います。地域医療構想区域の在宅医療も介護保険の保険者が市区町村単位なので、文京区が主体性を持ってやっていく方向性かと思います。

鈴木課長も行政として出席されていますが、改めて何か追加することはありますか。

鈴木地域包括ケア推進担当課長：在宅医療というものについては個人的にも、私の職種の立場としても考えさせられるものがありました。

その中で、外来主治医とケアマネジャーの連携が上手くいかず、退院した後にケアマネジャーが在宅医をつけてしまっていたという話が出ており、連携は喫緊の課題と感じます。踏み込んで我々が考えていかなければいけないということを感じました。

田城部会長：話題になった中の一つで、外来主治医の方の紹介で病院に入院して、退院するとき在宅医療が必要になったので、他の在宅医療の先生がつき、情報共有されていないことが昔はありました。

部会員には看護師の方もいらっしゃいますので、中野部会員、日本医科大学付属病院では退院支援や外来主治医と在宅医療担当医がもし違うような状況になった場合にどうされているかお話しいただければと思います。

中野部会員：私は今、病棟の管理しております、退院調整は連携して関わっているところですが、やはり以前は入院された患者さんを直接地域の訪問診療におつなぎしてお叱りを受けるというようなことは時々あった印象がございます。

最近はソーシャルワーカーの人数も増えてきておりますので、今病棟に1人ずつ、2病棟に1人担当がおりますので、かかりつけ医に相談を行いながら、地域にお返ししているという現状だと思います。

ただやはり大きな病院ですので、退院後にケアマネジャーさんから訪問診療を入れたいというような相談もあります。病的には安定しているけど、お一人暮

らしや認知機能の問題等で支援が必要と思う患者さんがいらっしゃるけれども、ご本人が希望されない方もいらっしゃると思います、そういった方たちをどうやって地域につなぐかというところは退院支援部門でも現場でも、課題かなと思っています。

田城部会長：日本医科大学付属病院では、2看護単位に退院支援のソーシャルワーカーがいるということは、入退院支援加算をきっちり算定していると思うんですけども、算定率はどれくらい分かかりますか。

中野部会員：正確な数字ではお返事できないですが、入院・退院支援加算2のときよりも1のほうが算定数は増えていると、ソーシャルワーカーから聞いたことは記憶しております。

田城部会長：1か月に退院される患者さんで何人ぐらい加算取っているか、肌感覚で分かれますか。

中野部会員：院内で大体1,000人ぐらい入院の方いるのですが、支援が必要な患者さんは約2割と思っています。

田城部会長：続きまして、東京科学大学病院の西部会員、お願いします。

西部会員：我々も入退院支援加算2を算定しておりますけれども、退院調整看護師と医療ソーシャルワーカー、外来療養支援の看護師がいますので、連携しながら地域診療所の先生とかかりつけ医、病棟で診ていた医師とつないでという形でやっています。

以前よりはかかりつけ医ともやり取りしながら、複数の科をかかっている方は地域様々な診療所をお願いすることを行い、患者さんのニーズを聞きながら支援させていただいています。

田城部会長：入院前後で主治医が変わるということは、特に在宅医療専門にやっているクリニックに引き継ぐことはありますか。

西部会員：そうですね。入院以前の先生に一応承諾を得て行っています。

田城部会長：続きまして順天堂大学医学部附属順天堂医院の宮本部会員、お願いします。

宮本部会員：外来での患者さんは大体かかりつけ医と一対一のことが多いですけども、在宅中に状態がおかしいなといったときに、ケアマネジャーさんが導入してくる例が多いという印象はあります。

入院のときにかかりつけ医が誰なのかということをお必ず確認をしますので、当院としては在宅で診てくれていたかかりつけの主治医にお伺いを立てて訪問診療を入れていいかとか、確認をしているような状況ではあります。勝手に入っていくことはあまりないように、退院調整の教育をしています。

そのため、退院支援は入院してきたときに必ず連携先確認をしながら行っているという状況です。

田城部会長：続きまして、東京大学医学部附属病院の森部会員、お願いします。

森部会員：当院でも外来主治医と入院主治医が違うというところで、情報不足があることは多く症例があります。なおかつ在院日数が先月でも10.5日という短期間の中でどう支援をしていくかが課題になっております。そのため、平成30年度から地域医療連携センターを立ち上げ入院前支援などを開始しまして、そこできかに情報収集するかというところを、今強化しています。

地域医療連携センターでは入院支援と退院支援の部門が分かれておりまして、そこで連携の取り方や入院前にいかに患者さんからの情報収集をしてそれを共有するかというところが課題でもあり強化していきたいと考えております。

田城部会長：定時入院じゃなくて緊急入院の場合はどうされていますか。

森部会員：そこが課題でして、今入院前支援を行っているのが定時入院の患者さんだけになっております。緊急入院の場合はやはり情報収集が漏れることが多いので、入院のときに病棟の看護師での情報収集という形でできるだけ指導を行っています。

田城部会長：昔、東京大学では退院するときに在宅が必要な場合は患者さんの病態に合わせた訪問看護ステーションを先に選んで、その訪問看護ステーションが懇意にしている在宅医療の先生を頼っていくというやり方で、看護看護連携がメインでした。最近では在宅医療されている先生もどんどん増えてきていますし、いろんなところもあると思いますけれども。

続きまして、がん・感染症センター都立駒込病院の柳澤部会員、お願いします。

柳澤部会員：当院では、基本的にはかかりつけ医からのご紹介で当院に来るので、訪問診療が必要となった場合には、できるだけかかりつけ医と外来主治医の下で連絡を取っていただいて、訪問診療のほうに切り替わるという方が多いです。

中には訪問診療を入れたほうがいと医師と看護師たちも思っているが、ご

本人がなかなかそれを承諾してくれないというケースがあります。そういうときには、ケアマネジャーや高齢者あんしん相談センターなど地域と連絡を取り、対応しています。

佐々木部会員： ケアマネジャーをやっております。12月に3名の新規を受けましたが、主治医と連携が取れていなかったケース、連携が取りにくいケースの方でした。全員回復期リハビリテーション病棟からの退院ですが、突然倒れ、救急搬送されリハビリを経て退院となりました。①救急搬送された事が、主治医に伝わっていません。搬送された病院と回復期のみの連携。②元々、呼吸器内科（癌）、膠原病・リュウマチ内科に係っていたが、脳梗塞により今後脳神経内科にも受診する事が決まっていたが、退院時には今後の主治医に関しては決まっていない。③ご家族から、退院後も回復期に係りたい意向があり回復期に確認すると対応できないとの回答。次に救急搬送された、病院へお願いすると話があったが、確認頂くと対応は出来ないとの回答。結果、地元の以前から見て頂いた先生にお願いするが、情報が伝わっていない。

このようなケースがあり、状況により難病や訪問看護指示、介護保険上の主治医を決めるときは一筋縄にはいかない事もあることを実感しました。

田城部会長： ありがとうございます。本当にそういう症例もたくさんあると思います。

大学ですと、ベースラインに難病とか慢性期の疾患、膠原病があつて、そこに発がんが加わって、フォローしている間に心筋梗塞や脳卒中になった時、それぞれ別々の外来に行ってくださいになりがちではあります。

確かに急性期病棟に入ってそこから回復期病棟に行つて、そこできっちり情報提供されていないと初めのことが全く分からず、リハビリテーションのことだけしか書いていない指示書が出てくるとかということになるのは本当に僕も数々経験積みました。病院ごとの、急性期病棟から回復期病棟へ移動した際の引継ぎもしっかりしなきゃいけないと感じます。

逆に大学病院から他地域の回復期リハビリテーション病棟に行つてまた文京区に戻つてくるときに、似たようなことがあるだろうなと思いました。

そういう意味では地域連携クリティカルパスを確立させ、病院ごとにばらばらに持っている連携パスを、地域全体へということになるかもしれません。

訪問看護ステーション、もしくはほかのケアマネジャーの方からありますか。

森岡部会員：最近、新しくできた、訪問看護ステーション等訪問診療の営業にいらっしゃる方が非常に多いです。

かかりつけの意見書は院長の名前だが、実際に訪問診療を行っているのは違う先生であることがあるので、サービスとしてはプランニングができていても、それが上手に回る訳でもないということを実感します。だから訪問事業所の数があればいいというわけではなく、24時間訪問診療を受け付けてくださるのは良いが、知らない先生が訪問することは、在宅での安心感につながるかという点は疑問に感じています。

三輪部会員： ケアマネジャーが訪問診療を手配するのは急に状態が悪化されて入院し、介護保険を申請したケースが多いです。そのため、ケアマネジャーとしては新規のご利用者様ということが多いと思います。

そうなってくると、以前どこの病院にかかったというのは初めの時点では分からず、まず病院を探すところから始めるべきですが、恐らくその情報を持っているのが、紹介を受けた病院のほうではないかと思います。そのため、まずは外来の主治医とケアマネジャーの連携というよりは、入院先の病院とケアマネジャーの連携のほうが重要ではないかと思います。

加えて、既に訪問診療と訪問看護が決まっているケースがあります。医療保険を用いて、訪問診療や訪問看護が入っても介護側のケアマネジャーは知らないことも多く、連携が重要になってくるのかなというふうには思います。

ケアマネジャーは退院支援を行って、在宅に戻ったら精神的にも肉体的にも大体の方が落ちてしまうため、再度入院しなくていい状態に極力整えたいと思うので、訪問診療を入れることが多いです。

そのため、外来の先生と入院先の先生との連携をまずしていただけると非常にケアマネジャーとしてもありがたく、加えてケアマネジャーと入院先の先生が連携できるとよいと思います。

中川部会員： 私どもは基本的に依頼をいただいた上で訪問しますので、大体3分の1が在宅医療されている医師の先生方からで、3分の1がケアマネジャーや看護ステーションから、3分の1がご家族から直接という割合になっていますが、いずれにしても在宅の主治医の先生方と連携が取りやすい形になっています。

ご家族から直接依頼いただいた場合も、ケアマネジャーや主治医の在宅医の先生方がいらっしゃる方が多いですので、そういうサポート体制に乗せていただいています。

一方で、病院歯科問題と私が勝手に呼んでいるんですが、中小病院の歯科は全国的に見ても25%以下しかなく、基本的には75%の病院では歯科の治療や口腔ケアが入院中には受けられないという体制になっています。そういう病院には訪問歯科、歯科衛生士さんに行ってもらわないと、口腔の管理ができないという形にはなっています。

先日療養病院の院長から、私どもの訪問を医師の訪問診療と同じだと思っていますので、歯科の訪問も病院って来られるんですかというようなお話をいただいて、歯科訪問診療という形ですので病院に伺うことができますよというお話ししました。やはり在宅や施設もそうなんですが、病院への、歯科訪問診療も増えていけると、もう少し口腔の管理が進むのかなと個人的には思っています。

足達部会員：全身管理をすることで医科の先生とケアマネジャー、訪問看護は結びついてくるんですけど、なかなかその中で歯科を呼んでいただけないということがあります。また恒久性の病気だが、何か急変があつて大学病院に来たときに口内の問題が見つかり、私たちが患者さんに問題意識を促す文書を渡し、自宅に帰ったときにつなげてほしいと思うんですけども、なかなかそこで止まってしまって、また在宅に戻ったときにぷつぷり歯科が切れてしまうということをよく聞きます。何とかそこに歯科がうまく入れる仕組みや、ケアマネジャーにお声かけてもらえるような仕組みができるといいと、個人的には感じております。

田城部会長：先日、日本地域包括ケア学会にて、在宅と施設では低栄養の方が非常に多いとお話がありました。人間の尊厳として口から食べるということもあるんですけど、それ以上に感染症予防としても低栄養は避けるべきだろうと感じ、これからは益々食支援の時代だとお話をお伺いしていました。

3 その他

石垣部会員：東京都は多摩地区と区部では大分様相が違います。多摩地区の患者さんたちは比較的広い家があります。一方、区部では居住スペースが狭く、障害が生じるとそこの家に住めなくなる患者さんが非常に多く、そういった方々の生

活支援をどうするかというところは、大きな問題ではないかと思えます。

病院に入院して10日間あまりの中で、医療連携、医療支援は可能ですがけれども生活支援まで考えるとなかなか家に戻せないということがあります。したがって、退院後の主治医の問題だけではなく、治療と生活の両方をサポートする体制をつくっていくべきだと思います。

高齢者の場合、マルチモビディティ（多病併存）の問題等があり、東京都医師会、あるいは区の医師会の先生方も総合医の育成、すなわち総合的医療が提供できる医者の育成に努めています。

一方、専門性の高い疾患を抱えた患者さんへの対応について、文京区は非常に医療資源が豊富なので、しっかりした医療連携をすることで担保できます。患者さんが家に帰っても総合的な診療は在宅医やもともと主治医の先生がきちんとサポートし、何かあったときの専門的医療は病院の先生方が対応する。このような医療連携の在り方が、医療関係者や介護従事者のみならず、区民の皆様にも理解されるといいのではないかと思います。

患者さんに安心しておかけいただける医者について我々医師が考えていかなければいけないことだと思います。これまで在宅医療をはじめとして医療体制については医師や関連職種を中心に考えられていましたが、これからはサービスを受ける側である患者さんや、高齢者の方々が決めていくことが重要ではないかと考えています。

それから在宅医療における栄養に関することですが、現在薬剤費を削るために処方箋で処方できる栄養剤の保険外しが検討されています。これは製薬会社とも連携して、本当に必要な患者さんがいるということをアピールしていければと思っています。

文京区の医療連携はしっかりしたものが構築できていると思います。一方、まだまだ生活の部分とか主治医のキャッチアップが足りないところも多々ありますので、この会を通じて区民の皆さんに発信して、区民の皆さんの理解を進めていくための広報等も進めていきたいと思いました。

最後に、地域の中で多世代、年寄りも子供もごちゃ混ぜという取組はとてもいい取組だと感じております。

田城部会長： 先進地域では複数の在宅医療の先生が診療科別に関わるという在宅

医療の専門分化等も進んでいるようです。

では、次回の部会の開催について、事務局からお願いします。

鈴木地域包括ケア推進担当課長：次回の部会についてですが、来年3月頃に開催を予定しております。

4 閉会