

**第37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27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8年3月17日（火）午後1時30分から午後3時30分まで

場 所：障害者会館A+B（3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活動概要について

【資料第1号、別紙】

（2）今後の在宅医療検討部会ワーキンググループの運営について

【資料第2号】

（3）令和7年度東京都在宅療養研修事業「在宅療養推進研修」の報告について

【資料第3号】

（4）かかりつけ医・在宅療養相談窓口の委託先変更について

【資料第4号】

（5）夜間休日往診強化事業の実施について

【資料第5号】

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、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、黒川隆史、
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

<オブザーバー>

寺崎仁、稲垣安沙

<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37回文京区地域医療連携推進協議会在宅医療検討部会及び第27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。

先日、在宅医療の勉強会で、医療連携・病診連携は垂直連携、地域包括ケアシステムというのは水平連携という説明がありましたが、まさにこの会がそうだろうと思います。

地域医療連携推進協議会は、病診連携を基としてつくられたものなので、やはり専門職を中心とした垂直連携。特にこれをつくったときは、看看連携を強く意識して、大学病院等との代表はソーシャルワーカーではなく、退院調整ナースを指名し、加えて、訪問看護ステーションの方々と顔つなぎをしようという強い意志でした。そこから約3年後、地域包括ケア推進委員会のほうでも部会が必要となり、こちらは地域包括ケアシステムから、さらに地域共生社会を目指す方向性に今なっていますので、障害の担当の方も当部会のワーキンググループにも入っていただき、水平連携でやっていきたい。その両方兼ねている会議ということを強調したいと思います。

それでは、部会員の出欠状況について、事務局よりお願いします。

<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：では、寺崎会長、ご挨拶よろしくをお願いします。

寺崎オブザーバー：地域医療連携推進協議会の会長を務めております寺崎です。

近年、地域医療構想が大きく変わり、中小病院の役割が、鮮明になってきたという背景もあって、医療と介護の連携がまさに非常に重要だということで、高齢者の医療、さらには介護を含めて考えていくべきだと思います。

そのような日頃携わっている方々が連携を密にすることで、いろんな困難を乗り越えることができるのではないかと思いますし、あと大事なことは、実は高齢者救急等に関しては、これからは文京区の役割が非常に重要になってきます。令和7年度の活動として、文京区内にある中小病院、地域に密着した形で運営されている病院を訪問しまして、今後のご意向を伺いながら、地域の高齢者救急等にもどのように関わっていただけるかというようなことを話し合いました。次回からは、地域医療連携推進協議会のメンバーにも正式に加わっていただいて、高齢者救急等をはじめとした地域医療の問題について、地域密着的な部分の検討を進める枠組みをつくったところです。

引き続き、一層緊密な連携関係をつくってやっていければと思っています。

田城部会長：地域医療計画は都道府県がやるべきものではありますが、在宅医療・地域医療に関するところは、連携拠点が区役所の中に置かれるなどと直接的に関与しています。当部会は制度に応じて介護保険と医療法の両方の法律で管轄されている組織ということになります。

それでは、本日の資料について、事務局よりお願いします。

＜鈴木地域包括ケア推進担当課長より、配布資料の確認＞

2 報告事項・議事

田城部会長：それでは、議題（１）「在宅医療検討部会ワーキンググループ活動概要について」、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１号・資料第１号別紙の説明＞

田城部会長：圏域が四つあるうちの大塚地区にフォーカスして、特に生活支援、

区民の目線でということを意識し、グループワークを行いました。

一番びっくりしたことが、外国人が多いということです。他にもいろいろな現状が浮き彫りになったということが一つの気づきでした。

商店街のイベント時、三師会の方々をお呼びすることがあるなど、文京区はソフトパワーがかなり充実しているということが分かりました。ただ、それが単発で、連携がされていないと感じます。地域包括ケアシステム、地域共生社会を目指し、ソフトパワーを中心にボトムアップしていくことが、大事であると思いました。

ワーキンググループにも参加いただいている高松主査、石川係長、お願いします。

高松福祉保健政策推進担当主査：非常によかったと思ったのが、水平連携の部分です。1回目から6回目までを通し、講演の開催やイベントでのコラボが行われるなどと、地域の中で水平連携が大きく進んできたことを実感しました。今後、区民の方々も巻き込みながら、ソフトパワーをつくっていくことがさらに重要になっていくと思いました。

石川福祉保健政策推進担当主査：ワーキンググループに参加させていただき、現場で患者さんや住民の方々と接しておられる方々同士のやり取りが、既に活発に行われているのを目の当たりにしました。今回、大塚地区をモデルとして開催されていましたが、こういう仕組みが他圏域にも広がっていくと在宅医療の推進につながるのではないかと強く感じました。

何よりも区側も、ご相談に来るのを待っているだけではいけないということを強く実感したワーキンググループでもありました。

森岡部会員：勉強不足で申し訳ないですが、ソフトパワーとはなんですか。

田城部会長：「ソフトパワー」はインフォーマルで人と人とのつながりを重視し、形にならない、固形物を使わない人間関係や、制度・権力によらない民間の自然発生的なものを指すと捉えています。

これは、法律や制度、税金に基づき運営される行政の会議体のようなハードなものとは対照的です。商店街の皆さんが自然発生的に行うイベントのように、民間が自発的に行っているのも、まさにソフトパワーだと考えています。そのような意味でこの言葉を使いました。

では、議事（２）「今後の在宅医療検討部会ワーキンググループの運営について」、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２号の説明＞

田城部会長：これまでのワーキンググループで良い話し合いの土壌ができており、今後も発展的に進めたいと考えています。

以前、医療計画は都道府県の役割が強かったですが、在宅医療や地域包括ケアシステムにおいては、基礎自治体である市区町村が直接担うべきという制度の流れに変わってきています。そういう文脈で、文京区が東京都に対して、地域医療計画の中で在宅医療において積極的な役割を担う医療機関として、久保部会員と石垣部会員の医療機関を推薦された、という形になっています。改めて、民間の力、いわゆる「ソフトパワー」が重要になる時代だと感じています。

それでは、どうぞ。

三輪部会員：資料第１号で、ワーキンググループの活動概要についてご報告いただきましたが、このワーキンググループでの活動はこれで終了となり、令和８年度からまた新しいワーキンググループを立て直し、その際には在宅医療における状況の把握だったりとか、災害時の対応等をワーキンググループ内で話し合っていくという理解でよろしいでしょうか。

鈴木地域包括ケア推進担当課長：まず、内容については、全圏域に関わるもので、部会長と相談をし、検討しながら進めます。具体的な視点は来年度以降の課題となるため、現時点では申し上げられませんが、例えば防災など、テーマに応じて関係者を呼ぶことも含めて考えていきたいと思っています。

三輪部会員：資料第１号の活動の概要についてご報告いただいたときに、個人的に非常にわくわくしまして、これがとても実現していったら、とてもよい地域になると思ったので、ワーキンググループが終わってしまうのは非常にもったいないと感じました。

田城部会長：ワーキンググループを完全に断ち切るわけではありません。メンバーを再編し、大塚地区で得られた知見を区内全体に広げていきたいと思っています。また、地域医療計画や介護保険計画の見直しも踏まえ、在宅医療・地域包括

ケアに加えて、共生社会、生活支援、就労といった幅広いテーマを話し合う形に少し変えていきます。

これまでの2年間計6回のワーキンググループは一旦取りまとめとなっており、ある意味、全面的な刷新と捉えています。

では、議事（3）「令和7年度の東京都在宅療養研修事業『在宅療養推進研修』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号の説明＞

田城部会長：参加された診療所医師2名というのは各医師会、文京区医師会と小石川医師会の在宅医療担当理事のお二人の先生とお伺いしております。

まず、文京区医師会の吉田部会員から、報告をお願いします。

吉田部会員：今回「フレイル対策は地域づくり」というテーマで参加させていただきました。普段は訪問診療で要介護の方を診ることが多いため、フレイル段階の方と接する機会は少ないです。

しかし、東京都のフレイルサポーターを育成するなど制度がある中、私自身の診療でも、高齢の患者さんの家族も含め、通院し続けられる体づくりにはフレイル予防・対策が不可欠だと感じていましたので、今回のグループワークは大変勉強になりました。

この研修を機にフレイルサポート医も取得しましたので、フレイルの観点からも地域に貢献していきたいと考えています。

田城部会長：それでは、小石川医師会の久保部会員、お願いします。

久保部会員：吉田部会員からもお話があったように、フレイル段階の患者さんは医療機関を受診するよりも手前の段階にいることが多く、医師がどこまで関われるか、また全ての診療所の先生がフレイルに関心があるわけではない点が課題です。そのため、吉田部会員のようにフレイルサポート医の取得に積極的な先生方を核に進める必要があると思います。

また、医師の力よりも保健師さんの力がより重要だと感じました。他区では保健師が複数名研修に参加している事例もあり、文京区の保健師さんたちも非常にやる気のある方が多いので、そうした方々を巻き込むことで、フレイル対策はよ

り前進するのではないかと思います。

田城部会長：フレイル対策、要介護となる手前の段階で介入することで、少ない費用で大きな効果を得るものです。リハビリテーション前置と同様に、できるだけ早い時期に手を打つことで、要介護状態になった場合のコストを抑え、最終的に要介護になるとしても、その人数や期間を最小限に留めるための積極的な投資と位置づけられます。

文京区では口腔フレイルについて、歯科医師会の先生方がプログラムを組んでいたかと思いますが、取り組み状況はいかがでしょうか。歯科医師会の渡邊部会員、平井部会員、どうぞ。

平井部会員：約30年前、文京区のご協力を得て、口腔フレイルの実態調査を計7,000人に行いました。

その後は4年に一度、抽出調査をしていました。そしてこの調査は全国で展開されている「8020（80歳で20本以上歯がある）」運動にもつながります。

ただ、「8020の人はみんな元気で、社会性があり、すごいね」で終わってしまうことが多く、調査しても結果は同じとすると、やっている側もモチベーションが下がってしまう時期もありました。

しかし、約7年前に、20年以上経った今、当時の調査対象者の方々がどうされているのか、追跡調査を実施しました。

そうしたら非常に面白い結果が判明しました。

健康寿命から平均寿命の期間について、厚生労働省のデータでは男性は平均9年、女性は11年程度であるのに対し、我々の調査では平均2年を切っていました。非常によく言えば「ピンピンコロリ」さらに言えば、要介護期間が3か月以内という方が非常に高い割合を占めていました。つい最近までスーパーで見かけたような方も多く、この結果には驚いています。

ただ、ここで一つ補足させてください。「歯が20本ないと駄目なのか」「入れ歯だと駄目なのか」という話になりがちですが、歯科医師会としては強調したい点があります。全国の「8020」調査の結果、結局のところ、よく食べられる人は皆、同じ結果でした。入れ歯であっても何でもいい、きちんと食べられているかどうか重要です。今後もこの点を研究し、全国の歯科医師会にも追跡調査を呼びかけています。結果が良くてよかったな、で終わらせるのはもったいないです。

フレイルの期間が圧倒的に少ないのだから、「ちゃんと食べられるようにしようね」というメッセージを伝えていきたいと考えていますところに持っていきたいかなと思っています。

田城部会長：どうぞ、渡邊部会員。

渡邊部会員：資料第3号の「不健康期間も長い」という現状認識は歯科においても、食べられなくなると急激に健康が落ちるという点では共通しています。

ただ、イベント等には自分の健康に自信のある元気な方が多く参加し、良い結果を出されます。

しかし、本当の問題点は、そうじゃない方のところに隠れているんですが、本当に支援が必要な、元気でない層へのアプローチが非常に難しいのが現状です。

先ほどソフト・ハードの話がありましたが、歯科のハードは入れ歯などの道具であり、使いこなすことが重要であり、そのためにはソフト面の馴染みある歯医者さんとの信頼関係が不可欠と感じています。平井部会員が気づかれたとおり、元気な人ばかり来て、よかったね、で終わってしまうことが多く、それだけではもったいないです。いきなり担当が決まるのではなく、あの先生が自分の担当と分かるような、信頼に基づいた人間関係を築けるサポート体制ができれば良いと思います。

平井部会員：専門家の中川部会員にも一言、お願いしたいです。

中川部会員：当院でも、オーラルフレイルの検診を始めており、院内ポスターや他科からの紹介で実施していますが、現状、健康意識の高い方が多いです。しかし、口そのものは健康でも、脳卒中や認知症、パーキンソン病等が絡んでくると、すぐに食べられるものが制限される方もいらっしゃることに気づきました。結論はまだ出ていないんですけども、文京区民の方にフレイルやオーラルフレイルを広く知っていただく方法を模索中です。文京区にも協力いただき、健康相談からの紹介という流れも細々とは続けていますが、制度的な仕組みが必要なのか、現在勉強中です。

歯科医師会の先生方ご指摘のように、健康志向の高い方々は、現状維持で良いケースが多いという印象は持っております。

田城部会長：おっしゃるとおり、こうしたイベントには、元気で自信がある方が参加される傾向があり、しかも同じ方が繰り返し来られるという課題は常にあり

ます。この問題に対し、次回は誰か別の人を必ず一人ペアで連れてきてくださいますようお願いをするなどの工夫があります。

あと、他市のフレイルサポーター養成講座では、65歳以上の男性対策として、退職後、自宅でくすぶりがちな男性にフレイルサポーターのリーダーになってもらうという、非常によく練られたプログラムがあります。

それから、在宅医療関係では、がんの化学療法を行う際に口腔チェックが必須となるため、歯科の先生方との接点も今後ますます増えていくと思います。

では、フレイルに関して有識者委員の石垣部会員、お願いします。

石垣部会員：日本在宅医療連合学会では飯島先生と多職種でQOL指標をつくる事業を現在進めており、来年度はそれを実装する予定です。

その結果の一部なのですが、QOLの指標として、どの職種としても重要だと考えているのは食事、食べることという結論が出ております。今、オーラルフレイルという話をしましたが、もう少し広く食べることに焦点を当てることで、事業にもつなげていけば、非常にいいものができるのではないかと感じています。

食事は、笑顔にもつながるということでありますし、機能面で言えば、歯科の先生あるいはリハビリテーション専門職の方々とも関連してきます。そこには、栄養学の問題も出てきますし、そうすると、看護ともつながってくる。さらに、美味しく食べるということになると、その料理を作る、地域のレストランや食堂を経営する方々にもつながってきますので、幅広の活動へと展開していけるのではないかと考えております。

そういった意味で、来年度以降の方向性の中に、ぜひ、食支援や食べること、オーラルフレイルを包括的に盛り込んだテーマも組み入れていただけると、すばらしいものができるのではないかと感じました。

田城部会長：日本在宅ケアアライアンスでも食べるということは四つの大きなテーマの一つになっています。全身フレイルや社会的フレイルを防ぐためにも、長寿ふれあい食堂やフレイルサポーター養成講座などを通し、どうしてもひきこもりになりやすい僕も含めた高齢の男性を救っていただきたいと、切望いたします。

それでは、（４）「かかりつけ医・在宅療養相談窓口の委託先の変更について」、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４号の説明＞

田城部会長： 文京区の二つの医師会にお願いした経緯は、約20年前、特に小児を中心とした救急の受診行動が社会問題として取り沙汰された時期がありました。その際、日本医師会が中心となってかかりつけ医推進事業が全国的に展開され行政と医師会が連携し推進しました。かかりつけ医推進事業で始まった事業で、現在、「かかりつけ医・在宅療養相談窓口」という名称に残る「かかりつけ医」の部分は、この事業がルーツとなっています。

そのため、かかりつけ医相談窓口を担当されていた看護師の方に依頼し、在宅療養に関する窓口業務も兼任いただく形で始まりました。

では、これまで 13 年間務めてこられた名取部会員から、ご退任のご挨拶をお願いできればと思います。

名取部会員： 部会長から言っていただきましたように、10年余り相談窓口をさせていただきました。

部会には各大学病院の方が多くいらっしゃいますが、この約10年間で大きな病院における退院支援や患者サポート体制が格段に充実したことを実感しています。私たちが相談窓口を始めた当初は各病院で地域連携の担当が明確ではなく、地域との連携や高齢者あんしん相談センターとケアマネジャーとの繋がりについての問合せが多々ありました。また、最近の相談件数の減少は相談者自体が減ったのではなく、病院側の退院支援機能が充実したことで、そちらに相談が流れるようになったためと感じています。

それでも、当窓口には、患者さんやご家族からの個人的な相談は絶えずありました。やはり誰かに何かを相談したい。明確な結論がでない相談も多かったですが、誰かに話すことでご自身の中で解決の糸口を見つけるケースも多く、その際には傾聴することに徹して対応させていただきました。

この度、内部事情により、窓口業務の委託先を変更することとなりましたが、先日引継ぎもさせていただきましたので、今後ともよろしく願いいたします。

長い間ありがとうございました。

田城部会長： 小石川医師会の久保部会員から、補足はありますでしょうか。

久保部会員： 当初この窓口ができたときは、問合せ件数も結構多かったと伺って

いるんですが、この1年は、最近はどんどん件数も減って、この1年は月2回しか電話が鳴らないような月もあったりしました。相談件数の減少に付随して、スタッフもモチベーションが保てなくなり、退職してしまったということもありました。

問合せ内容も、あまり重要とは言えないような内容であることが少なくなかったので、我々としては、窓口の役目はもう果たし終わったのかなというふうに考えておりました。

今後は、本事業を引き継いでいただくに当たって、今後は何かまた問合せ件数が盛り返してくるような、何かそういう施策をしていただけるのかとか、また、もし問合せ件数が増えなかったとしても、この窓口事業をそれでも続けていくのかというのは、我々としては心配に感じております。

田城部会長：今日は、4月から窓口を担当していただきます、看護師の稲垣さんにも来ていただいております。4月以降のことも含めてご挨拶と思いますので、まず、角川部会員にご紹介をお願いします。

角川部会員：昨年度から私ども看取りを見据えた在宅医療介護連携推進事業の委託ということで、暮らしの保健室やケアを学ぶ講座などを実施しております。

そしてこの4月から、新たにかかりつけ医・在宅療養相談窓口事業業務を受託することとなり、引き継ぎを受けた次第です。

稲垣がメインの相談員を務めますが、うちのセンター長以下、看護師、保健師の免許を持つ者が総勢5名で対応いたします。このうちの2名は訪問看護の経験があり、1名は長年退院支援部門で退院調整看護師として従事してきた者ですので、尽力していきたいと考えています。

名取部会員が築き上げてこられた盤石な体制をまずは、その体制を引き続き円滑に行い、文京区民の皆様方が相談窓口を見失うことのないように努めてまいります。

先ほど久保部会員から話があった、相談件数減少の原因についてはこれから詳しく探っていきたいと考えておりますが、まずは、初年度はしっかりと窓口を開設し、業務を遂行していくことに注力します。翌年度以降を見据えて、様々な施策を打ち出していきたいと考えております。

それでは、稲垣のほうからご挨拶させていただきます。

稲垣オブザーバー：先日、名取様より引継ぎも受けまして、さらに身の引き締まる思いでございます。

基本的には、グローバルナーシングリサーチセンターのオープンラボを拠点にしながら、相談を展開してまいります。

区民の皆様、専門職の皆様をはじめ、全ての方のお手伝いができるよう頑張っております。今後とも、ご指導のほどよろしくお願いいたします。

田城部会長：医師会からは離れますが、文京区でもこの相談窓口を継続できて、よかったと思います。

それから、相談件数が減少傾向にあるのは、他区でも見られる時代の流れのため、その分、相談内容の質も少し変化してきているのではないかと考えています。病院の退院調整ナースの方と訪問看護ステーションを直接つなぐ連携は重要ですが、区民の方、特に患者さんご自身やご家族、それから、ケアマネジャーや介護福祉系の方、病院となじみのないような方を稲垣さんが、つまり看護職の方がつなぐ役割を担ってくださる。ここに大きな意味があると考えています。

それでは、特にご質問。どうぞ。

吉田部会員：受付は電話だけですか。それとも、ファクスやメールでも相談可能ですか。

稲垣オブザーバー：電話、ファクスどちらも受け付けていますが、メールは現在対応していません。

田城部会長：それでは、続きまして（５）「夜間休日往診強化事業の実施について」事務局より説明をお願いします。

<鈴木地域包括ケア推進担当課長より、資料第５号の説明>

田城部会長：10分の10、都から補助金が出るというお話があり、財政的な負担は直接ないかもしれませんが、あくまでも主体は区です。文京区が小石川医師会に委託するという区の仕事ということになっていきます。

久保部会員、既に東京都からの補助金事業を行っていただいておりますが、4月以降の抱負についてお願いいたします。

久保部会員：これまで、外来診療を行いながら訪問診療をやっている先生は多忙

を極め、夜間の緊急往診に対応できないという現実的な課題がありました。また、これから訪問診療を始めようとする先生にとっては、24時間365日、一人で対応するというのは負担が大きく、訪問診療を行うことの障壁となり、そういうクリニックがなかなか増えないということが問題になっていました。一人の医者が日中診療に加え、夜間も対応することは体力的に無理があるため、コロナ禍以降、夜間は往診代行業者を利用するクリニックが増えてきました。そして、令和8年6月にある診療報酬改定では、往診代行業者を利用するための規約が明記されることになりました。

このことから、国としては、往診代行業者を使ってでも訪問診療を行うクリニックを増やしていきたいと考えているのだと理解しています。

文京区においても、私や吉田部会員のように多くの訪問診療を手がけている医師はおりますが、それ以外のクリニックでは、なかなか新しく訪問診療を始めてくれる先生は医師会の中にも少ない現状があります。そのため、この制度を使って新たに訪問診療を始めてくれるクリニックが増えてくれれば、区民の人たちの利益にもつながるのではないかと考えております。

田城部会長：久保部会員のご活躍のご様子は、株式会社オンコール社のホームページに、久保部会員のインタビューの記事お写真が出ておりますので、ご関心のある方は調べていただき、そちらも参考にいただければと思います。

小石川医師会だけではなく、文京区医師会にもこの制度を広く活用していただければと思いますけれども、吉田部会員いかがでしょうか。

吉田部会員：この制度に関しまして、発足時から文京区医師会としましても、協力体制を整え、動いているところですので、今後も継続して参加させていただきたいなと思っております。

私のほうも、今回制度の概要にあるに「在宅療養支援診療所等」という点について、在宅診療を専門としている医療機関は診療報酬上でも24時間管理に対する点数が設けられているとおり、24時間管理体制を整えていることが当然の前提となっています。しかし、そうではない一般の外来診療の先生方の中には患者さんに直接、携帯電話番号を教えて緊急対応されている方が多くいらっしゃいます。そうした先生方にも、休養時間をつくるという意味でも、この事業を積極的に活用していただきたいと考えています。また、現在、在宅診療を行っている先生方

でも、一人で24時間の対応を続けることは大変ですので、積極的に参加いただけるように、周知に努めていく必要があると感じています。

それから、この制度のタイトルは「夜間休日」となっていますが、昼間の緊急対応に関しても、同じ課題が言えるのではないかと考えております。そして、先生方だけではなく、訪問看護師の方々も苦勞されていますので、この事業の延長線上には訪問看護師の方々へのサポートという意味での事業も、将来的には必要になってくると思います。

佐藤部会員：私たち訪問看護師も24時間、土日・休日なく、年末年始もなく、区民のためにと思っ走って走っております。

そういった意味で訪問看護事業が、縁の下の力持ちとして頑張っているところは皆さんご承知のことと存じます。昨年、令和7年12月に指定訪問看護事業における医薬品の取扱いについてという通達が出まして、今、訪問看護ステーションには薬剤、衛生材料等は置くことができません。ですので、そこに置いてあるなら出しといてよと簡単におっしゃる先生方も少なくないのですが、基本的に、ステーションには衛生材料や点滴などを置くことができない決まりになっております。

今回の通達は、おそらく厚生労働省としては災害時や休日・夜間対応できる薬局がないような地域を想定していると思いますが、等張性輸液と低張性輸液に限って、訪問看護ステーションに置いて良いという内容です。

これについて、基本的には医師会、薬剤師会、看護師等による適切な研修を受けた上で、保管場所等の管理等が確実にできるのであれば、厚生労働省に届け出ることによって実施して良いという通達になっています。

もちろん、文京区の医療体制等は比較的充実していると思いますので、私どもステーションがそこまでを担う必要があるのか、あるいは全く必要がないのかどうかも含めて、チャレンジしてもいいのかなというふうに、令和8年度を迎えるに当たって考えております。

また、皆さんにご報告できるようなことがありましたらご報告しつつ、夜間体制についても、協力できることがあれば協力していきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

田城部会長：令和8年度に診療報酬が改定されますので、在宅療養支援診療所体

制が変化する可能性があります。

他区では全く違った在り方をしています。看護師会の方が夜間休日診療所に向し、在宅医療の往診依頼の電話を取って、当番の医師会の先生に看護師会の方が連絡をする。何かがあれば看護師会の方が、調整役をして医師会、薬剤師会、歯科医師会を動かすという同じ夜間休日往診強化事業でも中身は大分違うあり方を行っています。

また、電子カルテシステム、情報共有のところにお金を使っているようです。

では、有識者の石垣部会員、お願いします。

石垣部会員：夜間・休日や緊急時の対応については、国も力を入れている分野だと認識しております。

少し複雑な部分もありますが、やはり今後薬剤師会の先生たちとも、協力関係を構築していくことは、非常に重要だと考えています。

先日、日本在宅医療連合学会が、厚生労働省からの委託事業で、特定行為研修を修了した看護師さんの活用ガイドを作って、順天堂でシンポジウムを開催いたしました。最近増えているのが、在宅慢性期の特定行為研修を受講した看護師です。こういった看護師と連携することで、事前に手順書を発行して、緊急時の対応などを明確にしておけば、看護師が自主的に動けるようになります。これは、医師の皆様にはあまり知られていない状況です。そのため、ダイジェスト版を作成いたしましたので、先生方にぜひお配りして、地域の特定行為研修を受けた看護師の方々を積極的に活用して、安心して安全によい在宅医療が提供できる体制を地域で構築していただければと願っております。

田城部会長：特定行為研修の話が出たので、少しだけ宣伝させてください。放送大学もこの分野で、共通科目を担当しており、医者がやるべき行為を看護師がやるということではなく、医者に代わって決められた手順書の範囲内であれば、看護師が自ら判断をして特定の医療行為ができる、診療の補助としての位置づけです。

今お話になったようなことも、今度の新しいワーキンググループで制度のことも少し考えて、地域医療計画や介護保険の医療介護連携推進事業というようなことに関する意見というようなことを出すというようなことを考えておりますので、今のお話は、ぜひぜひワーキングで詰めて、具体化していければと思います。

3 その他

＜鈴木地域包括ケア推進担当課長より、当日配布資料「ACPに関わる在宅医療講演会アンケート集計結果概要まとめ」の説明＞

田城部会長：3年間、ACPをテーマとした在宅医療講演会を続けてきましたが、参加人数は年々増加し、参加者の年齢層も均一化が進んでいます。特に令和7年度は、石垣部会員のお力添えもあり、40、50代といった比較的若い世代の方々にも多数ご参加いただき、高齢者だけでなく幅広い層の方々に関心を持っていただきました。また、医療の専門家の方々も聴講されており、参加者の皆様からは高い満足度をいただきました。

文京区が撮影をした映像はY o u T u b eに保存されており、区民の方々にも見ていただいています。3年分続けて見ると非常に価値がありますので、ぜひ、皆様にも見ていただきたいと思います。

また、令和6年度に講演いただいた平原先生は今年、他区の区民公開講座でもお話いただいております、人選は適切だったと思います。

ACPについて、一般区民の方に浸透していないというのは事実ですが、もう1つ忘れていけないのが病院、特に大学病院のような急性期病院の方々への浸透です。放送大学で授業を行い、レポートを書かせると、特に大学病院のオペ室やICUに勤めている看護師の方々から「在宅医療のことは全く知らなかった。こんなすばらしいものがあるんですね」というレポートが提出されることがあります。これは当然で、オペ室やICUにいる方々は在宅医療との接点が少ないためです。この点については、医者の教育はもちろんのこと、看護教育においても課題があると感じております。大学病院勤務の部会員もぜひ、皆さんご自身と仲間で見てください。皆さんの教育資料としてもご活用をいただきたいと思います。

石垣部会員、感想をお願いいたします。

石垣部会員：3年にわたったACPのシリーズ、令和7年度に担当させていただいて、とても光栄に思いました。

区民の方々からの質問に関しまして、やはり医療的・技術的な問題だけじゃな

くて、生活につながる事、お金の事なども含めて質問があった点がとても印象に残りました。そういった多岐にわたるご質問にもきちんと向き合ってお答えしていくということが、我々の努めだと感じました。

田城部会長：医療だけでなく生活支援についても、講演をしていかななくてはいけないのかなという気もしてきました。

では、次回の部会について、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、7月頃に開催を予定しております。

田城部会長：他にご質問はございますか。

井関部会員：かかりつけ医・在宅療養相談窓口について、一市民と考えたときに、相談方法がファクスと電話に限られ、しかも、平日の昼間という限られた時間のみの受付となると、働いている方には相談しづらい状況があるのではないかと感じています。そのため、今後メールアドレスの導入やSNSを活用するといった形で区民の方の声を拾い上げていただけたらと期待しております。

田城部会長：ごもっともなご意見だと思います。

ただ、これは契約や金銭的な問題も絡んでくるため、現在の予算や契約の範囲を超えて対応をお願いするとなると、ボランティアや手弁当での対応になってしまいます。ただ、もともとある、グローバルナースングリサーチセンターや様々な施設が存在するため、それらを組み合わせていくことで対応の幅を広げられると考えています。

角川部会員、何かありますか。

角川部会員：どのような相談体制が良いかを検討した際、メールやSNSの活用も考えたのですが、今回、私たちが初めて担当させていただくということで、いい意味の前例踏襲で、まずはこれまでの良い点を引き継ぎつつ、切れ目なく4月からスタートするということを最優先させていただきました。

でも、契約の範囲中では、最大限にできることを検討しています。また来年度以降、検討できたらというふうに思っております。

田城部会長：メディカルケアステーションや、SNSといった様々な形で、ソフトパワーじゃありませんけど、つながっていくんだろかなと感じています。そうした点も今後のワーキンググループでお話いただければと思います。

4 閉会