令和８年度第１回ＪＣＨＯ病院新宿地域協議会議事概要

日　時：令和 8 年 6 月 30 日（火）13：00 ～ 14：00
場　所：JCHO 東京新宿メディカルセンター　本館地下 2 階　第 1・2 会議室
出席者：迫村委員（新宿区医師会）
　　鈴木委員（健康部健康政策課地域医療係）
　　田中委員（新宿区榎町高齢者総合相談センター）
　　秋山委員（白十字訪問看護ステーション）
　　津吹委員（新宿区箪笥町管内町会連合会役員）
　　山田委員（新宿区町会連合会）
　　東京新宿 MC　：　関根委員、川畑委員、吉浪委員、小野委員
　　東京山手 MC　：　橋本委員、宮田委員、野村委員、笠井委員
司　会：東京新宿メディカルセンター院長　関根信夫

議事概要

１．開会

〇関根委員

本日は本当にご多忙の中、ご参集賜りまして誠にありがとうございます。最近は台風もありますし、地震も続いています。この二病院のために、貴重なご意見を賜っております。最近のトピックを両病院から発表していただきますので、ぜひそれも踏まえまして、忌憚のないご意見を賜ればと思っております。それでは本日よろしくお願いいたします。

２．委員の紹介（各委員より自己紹介）

３．両施設の取組について

〇東京山手メディカルセンター

笠井委員：スライド資料により説明

〇東京新宿メディカルセンター

小野委員：スライド資料により説明

4．意見交換

〇山田委員

いつもお話を聞いて、地域との連携が本当にありがたいと思っています。近所の方々とお話しすると、在宅で治療したり、最後は自宅でという方が案外多いと思いました。新宿区ではかかりつけの先生、そこから病院と、この連携がすごくうまく取れていると実感しておりますので、老後のことはあまり心配しなくていいと楽観的に思っておりますので、今後ともぜひよろしくお願いいたします。

○津吹委員

日頃より地域活動にご理解、ご協力いただきましてありがとうございます。9 月に地元の中学生たちが職場体験を新宿メディカルでさせていただくことになりまして、本当にありがとうございます。お子さんたちが医療に関心を持っていただき従事したいと思っていただけることが、非常に我々地元としてありがたいと思っております。また、7 月には神楽坂阿波踊りという一大イベントがあります。今年は小学校、幼稚園、保育園のお子さんたちが一同に 5 分以上で千人以上踊るというギネスに挑戦します。また、牛込消防署の開所百周年の記念イベントがあります。火災は減っていますが、救急搬送はもう高止まりが止まらないということです。地域に福祉施設も結構増えてきておりますので、救急搬送が増えているのではないかなという懸念があります。また、地域としての課題が、ご高齢になると地方の施設に入ってしまって、住宅地が売りに出てアパート化や、民泊施設になるという課題が非常に今、地元でも抱えているところでございます。高齢者医療が進み地元で最後までいられるという意識が高まると、非常にありがたいかと思っております。

○迫村委員

山手メディカルも新宿メディカルも同じ方向を向いていると感じます。やはり高齢者の救急のニーズが大きいです。75 歳以上の方の救急搬送が増えていて、不安で救急車を呼ぶ高齢者が多く、対応していただくとありがたいというのは一つあります。また、かかりつけ医としては、そういう高齢者を一人でも減らすというのが開業医の仕事かと思うので、夜間でも電話のコールを受けることをしていこうと思っていて、医師会でも啓発していきます。

先ほど出口戦略の話で、新宿メディカルの話題であった地域包括ケア病棟が利用率が少なかったのはなぜかというのを考えたいと思います。2 ヶ月ぐらいかけて地域に戻すイメージでしたか。高齢者は病院に入ってしまうと ADL が落ちてしまうという現実があって、入院関連機能障害が起ります。どちらかというと地域包括ケア病棟の考え方ではなく、なるべく急性期を早く済ませて地域に戻すという考え方にシフトしていくのはどうでしょうか。我々在宅側としては、それを受け入れられる訪問看護もあるし、訪問リハも入るし、管理栄養士も入るし、病院で動けるようになってから家に帰すということでなくてもいいですよね。

小野先生の整形外科的な疾患は、ある程度足腰がしっかりしてリハが必要だと思いますが、内科系の内因性の疾患は割と早く地域に戻していただいて、それで地域でリハをするみたいなコンセプトで動いていただくといいのではないでしょうか。それにやはり情報共有が大事なので、ICT をしっかりしていくみたいな形ができるととてもいいと思いました。

○吉浪委員

迫村先生、貴重なご意見をありがとうございました。当院の地域包括ケア病棟は、通常だと一般病床からの転棟、レスパイト、ポストアキュート、サブアキュートなどのニーズがあるかと思います。ただ、当院の場合、41 床の中に精神科の病床（医療法上の精神病床ではない）を持っており、大部屋に精神科と精神科以外を同室にできないといったベッドコントロールの困難さがあります。そのため、稼働率が 60%前後と低いことがあり、どちらのニーズもありますが共存が難しかったっていうことも一つの

理由としてありました。リエゾン機能はしっかりと維持していきますが、精神科病床はこの度をもって終了となりました。

〇秋山委員

迫村先生がかかりつけ医としてなるべく早く家に帰した方がいいというのはその通りです。超高齢者は、訪問看護が入っていて、急性症状が出て入院の際に、致し方ないですが抑制がかかり、誤嚥性肺炎の疑いが少しでもあったら食事が止められ、口からのリハが遅れていくとなりがちです。ですので、自宅に帰り、看護、介護がもう少し手厚く入って、フランスでは在宅入院と言いますが、帰ってからのケアの充実を図ることで早く回復をしていきます。特に 85 歳以上の方は要介護率が一気に上がるので、口腔ケアを病院ならではとして多職種が関わって、回復を目指していただきたいです。

さらに、新宿は一人暮らし高齢者が多く、私たちも一人暮らしの方のところにも伺いますが、介護保険、医療保険だけではなくて、地域のリソースやインフォーマルサービスだけではなく、ボランティアさんやご近所さんの力を引き出して見守りしていただくとかがないと、特に 85 歳以上の徐々に進む老化の過程を支えきれないということがあります。訪問するだけではなくて、声かけやどなたが関わっているかを情報収集しながら、チームが組めるようにしたいです。本人の意向とは別に施設に入所するという姿をたくさん見ているので、口腔リハができる機会を少しでも増やしていただいて、返していただければありがたいです。

最後に一つだけ新宿メディカルに質問ですが、先ほど救急を断らないための具体策のところで、救急隊からの応需要請の対応を、看護師から聞き取りし毎日振り返りというのがスライドの中にありました。私はとても感心したのですけれども、この結果はどういう内容が上がってきて、どういう利点があったか聞きたいです。

〇小野委員

ご質問ありがとうございます。毎日の振り返りというのは、例えば理想は全要請を受けることですが、実際にはお断りすることもあります。どういった患者さんをお断りしたのか、こういう患者さんは受けられたか、他の対応があったかなどを全患者さん、全要請について毎日振り返って共有しています。

〇吉浪委員

ご質問いただきありがとうございます。救急を断らないための具体策として、看護師が電話を取るハードルについては、段階的に準備をしました。電話対応のストレスは今も続いていますが、外部からは当院に電話がしやすくなったとか、救急担当の先生方が、看護師が困ったことやこんな時はどうすればよかった等の話し合いの場を設けていただいています。タイムリーに問題解決していただいているので、看護師のアンケートの結果でも、大変で不安も強いが、やりがいが増えたという結果が得られています。

〇秋山委員

このスライドの下に当直帯の職員体制で看護師が 2、3 人になっているのは少ないのでしょうか。

〇吉浪委員

夜間は、夜勤看護師２人ですが、遅出が１人おります。時間が余る時もありますが、土曜や日曜の昼間は患者数が多い傾向があり、増員する時もあります。救急外来と ICU を一元管理しているので、応援がすぐに出せるよう傾斜配置していること、患者数は季節性にもよると思いますので、柔軟な対応ができればと思います。

〇秋山委員

訪問看護で伺っている方を、緊急で受診しそのまま入院するところに立ち会いますが、ストレッチャーを 1 人で操作しながら検査に向かう姿を見ますので、大変だと思いながら頑張ってらっしゃる姿を見ておりますので、応援しております。

〇野村委員

秋山先生から誤嚥性肺炎の方のお話があり私達も問題視しておりまして、摂食看護認定看護師が一名います。これまで病棟配置をしておりましたが、コンサルが積極的に行われておらず待ちの姿勢に限界を感じまして、今年から外来に配置いたしました。高齢者救急の受け入れの際にいち早く介入し、件数も増えてきていますのでまた頑張っていきたいです。

〇田中委員

病棟再編というお話を今聞きまして、地域包括ケア病棟へのレスパイト入院は連携がうまくいっており、地域の高齢者を支えていただいていつも本当に感謝をしていました。いろんな事情があり在宅に舵を切るっていうのはよくわかりますが、受け皿的に不安なところがあります。治療だけでは終わらない生活機能回復が必要というところで、なかなか在宅だけでは難しいケースもあります。その受け皿がどのくらい小さくなっていくのかがちょっと不安なところです。

また、病院と地域の連携がより大切になりますが、直前の退院の連絡や、情報不足のまま退院というケースが非常に目立ってきています。事前にその辺の情報交換がお互いにできれば、スムーズに退院に向けて準備ができますので、どのぐらい入院して、その状態によっては地域につなげるという決まりやルールはありますか。

〇吉浪委員

ご意見ありがとうございます。ご迷惑をおかけしていることも多々あるのだなと思いながら拝聴しました。退院調整というところでは、患者さん一人一人に応じて、長期の入院などは特に日々カンファレンスをしながら進めています。退院許可と退院日の決定はずらしながら、ご家族のご都合もかかわるので、突然というのはあまりないという印象です。

〇小野委員

個別のことは不明ですが、退院調整委員会がありまして、全入院患者さんの入院日数を確認しています。長期になりそうな患者さんはチェックして、具体的な退院は各病棟になってしまいますが病棟ごとにある程度決まりがあります。例えば我々の脊椎関連ですと標準の入院期間２週間になりますが、 ２週間で退院できそうにないような患者さんは、事前にソーシャルワーカーに相談しまして、できるだけ早くから

連絡を取り合うようにしています。ただ実際、突然状況が変わったりしますので、全員が理想的に進んでいるわけではないと思いますけれども、病院全体としては全体を把握して、あと個別は病棟でとしています。

また、レスパイト入院に関してですが非常に申し訳なく思っております。これまでレスパイト入院の患者さんはだいたい月に 10 名ほど入院されておりました。ただなかなか 10 人を上回ることはなく、一方で地域包括ケア病床が 41 床で、なかなかこれを地域からのニーズだけで埋めることが難しかったです。そうなるとやむを得ず、一般急性期病棟からの横滑りで本来の事情とは違った使用方法になり閉鎖ということになりました。今後は、都立大久保病院や JCHO 高輪、城東など地域包括ケア病棟を維持している病院もありますので、振り分けていくことで患者サポートセンターは動いております。

〇野村委員

課題は本当に多いです。入院時にはスクリーニングを行って、退院後の支援が必要な方をアセスメントし、退院支援看護師やソーシャルワーカーの支援を受けながらと心がけてはいるのですが、当院は一般の急性期のみなので、やはり生活者として患者さんを見ることに弱い部分があるところは課題視しております。

〇田中委員

ありがとうございます。具体的にそのお互いの情報を、病院は治療、高相センターは生活というところでお互いに病気以外の情報である、例えば家族の介護力、経済的なことを共有して、退院に向けて準備を整えたいと思います。

〇野村委員

本当に大事な情報になりますのでありがたいですし、実際にご自宅に赴く機会もだんだん増えてきております。実際に見ることが一番大事ですのでその機会も大事にしていきたいと思っております。ありがとうございます。

〇田中委員

新宿メディカルは認知症サポーターの養成講座を、職員の方向けに実施しておりましたよね。今年も養成講座の予定があると聞いております。山手メディカルのミニミニ講座は特に認知症のことがテーマにあればうれしいです。またキャラバンメイトという認知症サポーター養成講座の講師の研修があります。専門職であれば講師になれますので、ぜひスタッフの方に講師になっていただいて、外来の患者さんやご家族へ指導いただければ嬉しいです。私たちと一緒に合同で地域で行っても結構ですし、そういった今後啓発ができれば、非常に地域とのつながりが早いと感じます。

〇野村委員

ありがとうございます。新宿メディカルと違って、まだ山手メディカルは職員の中でのサポートは弱いところがありますので、院内の方の啓発といったところも進めていきたいと思います。

○田中委員
　そうですね。医療職以外でも認知症の正しい理解とか特徴とか、ちょっと知識があれば、初回の対応は混乱せず、不安にならずに、スムーズに対応できてよろしいと思います。

○鈴木委員
　在宅療養支援については、高齢者保健福祉計画という計画の中で、緊急時入院病床の事業として取り組んでいます。計画は 2009 年からスタートしていて、2040 年問題が言われている中で、一人暮らし高齢者が多く、今まで積み重ねてきた事業ですごく連携が取れてきていると感じています。
　今時点の課題としては、やはり住み慣れた地域で最後までという ACP の啓発はすごく大事です。昨年実施した調査でも、ACP について知っていますかという質問で、65 歳以上の高齢者の方の 80%以上は知らないと言っている結果で、これは三年前の結果も同様でした。この仕事をしていると広がってきていると思っていたのですけど、まだまだと感じております。今日は人生会議の冊子を配布しました。必要がありましたらご連絡ください。
　また、災害医療の話で本日チラシを 3 枚配布しました。昨年の 12 月 15 日から医療救護所の体制が新しくなりまして、8 カ所の病院の前に緊急医療救護所、災害時保健室 10 カ所の周知をしているところです。それぞれ体制変更や災害時保健室の役割、それから、平時の主に医療に関した備えとか、応急手当のことをごく簡単に書いたチラシを作りまして、避難所の訓練や健康教育などで周知を進めていきたいです。まだまだ知らない方がたくさんいると思いますので、機会がありましたらぜひご利用ください。
　あと、緊急医療救護所の訓練については、昨年度 3 カ所で実施しました。今年は新宿メディカル含め、5 カ所で実施したいです。今年度 1 カ所目の聖母病院が先月終わったところで、来月が大久保病院で実施予定になっております。

○関根委員
　いろいろとありがとうございました。あの、これは昨年度の訓練は山手メディカルで実施したところで、今年度は当院です。当院も防災対策室を新たに立ち上げまして、準備も進めているところでございます。

○迫村委員
　私の外来で 80 歳過ぎている方で、新宿メディカルや山手メディカルで、90 日処方とか、 120 日処方という方がいます。フレイルが進んできているので、かかりつけ医が関わるにはその処方の一部は、かかりつけ医から 30 日分出せるようにしたいです。本当に具合悪くなってから病院に搬送されるまで、かかりつけ医の前に現れないということを防止できるといいです。

○関根委員
　はい、大変貴重なご指摘ありがとうございます。はい、それではちょうど時間になりました。本日は貴重なご意見ありがとうございます。それでは最後に、閉会のご挨拶ということということで橋本院長、よろしくお願いします。

５．閉会

○橋本委員

先日、地域医療保健体制整備協議会に参加しましたが、その時にやはり問題になったのは、在宅一時在宅管理、緊急時入院の制度です。各病院でベッドが混んでおらず、それに伴って、高齢者の方々の緊急的な入院を受け入れて、在宅や家庭に戻すことが増えているとは思います。ソーシャルハイリスクの患者さんが増えているので、出口をどうするかという、急性期病院では得意とするところをどうしていくかというところが今後は問題になるであろうと感じます。今後の連携のもさらに強化していって、当院と、新宿メディカルのようないわゆる急性期病院の役割というのがますます重要になると思います。今後ともよろしくお願いいたします。どうも本日ありがとうございました。