

**甲府市在宅医療・介護連携推進会議**  
**第7回 病病連携ワーキンググループ 議事録**

日 時 令和7年6月19日（木）午後7時00分～午後8時20分

会 場 甲府市役所本庁舎6階大会議室

出席委員 9人

欠席委員 1人

事務局 福祉支援室長、地域包括支援課長、医務感染症課長、地域保健課長、  
地域包括支援課課長補佐、地域包括支援課担当、地域包括支援課担当

（司会：地域包括支援課長）

1 開会

2 議事

**【座長による出席者数の確認】**

委員10名中9名が出席しており、過半数を満たしているため、本会議は成立。

**議事（1）令和6年度病病連携WGの取組報告**

**【事務局】**

資料1・2ページをご覧いただきたい。本会議は、医療と介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた地域や自宅で自分らしい暮らしを続けることができるよう、本市における在宅医療・介護の連携推進を目的に設置された。①日常の療養②急変時③入退院連携④看取りの、4つの場面を意識した医療介護連携に関する協議を実施している。甲府市在宅医療介護連携推進会議の代表者会議を親会議とし、その下に4つのワーキンググループ（以下「WG」と言う）を令和5年度より設置している。病病連携WGは、病診連携を見据えた在宅医療のバックアップ体制に関する協議を行う場としている。

3ページでは本WGの取り組みの方向性についてまとめている。

4ページをご覧いただきたい。当初の課題を確認する。当初は①急変時における各病院の機能分化が必要、②在宅医療のバックアップ体制として病院の体制や強みを診療所の医師などにもわかりやすく提示をすることが必要、③転院時の生活状況、生活支援情報等の不足、④ACPを含めた院内の情報連携の不足、が課題に挙げられていた。

5ページをご覧いただきたい。まず先ほどの課題①②では、病院の機能の見える化の資料を作成し配布した。資料は①高齢者の急性疾患等の増加に対し、適切な医療提供がなされ、病院機能に合わせ入院先がスムーズに決定されるよう、病院のバックアップ体制についての明確化、②在宅復帰を促す機能が重要であることから、地域包括ケア病棟の機能の明確化、③患者の需給条件や受け入れ可能な症例の明確化、④診療所の医師や訪問看護師、ケアマネージャーなどの専門職が利用することを想定し周知すること目的とし作成した。市内の病

院、診療所、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、介護保険施設に配布した。資料は12月頃更新予定。資料の活用状況と併せてアンケートの実施を検討している。

続いて6ページをご覧いただきたい。③転院時の生活状況、生活支援情報等の不足については、転院までの様々な患者情報の流れについて整理した。初期診療後の救急患者の転院搬送による連携について本WG委員からは、「病院間でお互いの機能を理解し、受け入れ後に、互いの機能が発揮できるようフォローし合える形がよい」、「下り搬送を行う上で各病院の機能や強みが明確になると良い。スムーズな判断に繋がる」、慢性期病院からは、「誤嚥性肺炎、尿路感染症、脱水、骨折等の対応ができるることを知つてもらえると下り搬送でフォローできるのでは」という意見があった。この点が各病院の看護サマリーの共有や転院時の情報提供の流れについて確認を行い、病院機能を活かした病院間の連携が必要であることを再確認した。また、短期間で調整する場合があり、把握できる情報には限界があるという点は、患者状況の変化や情報提供のタイミングによって、情報内容に濃淡が出るということを、相互に理解し補完し合うことが必要ではないかという話があった。書式の統一は行わず、在宅復帰をイメージした治療における情報提供を各病院が努めるという形でまとめている。

7ページをご覧いただきたい。病院におけるACPの取り組みは、患者像を捉えACPを進めるために必要な取り組みは何かという話があった。各病院のACPの取り組みは資料の通りになる。

令和6年度の病病連携WGの取り組みについては以上になる。補足があれば委員よりお願いしたい。

**【座長】**

令和6年度の取組について、追加や質問、意見はあるか。

**【他委員より】**

意見なし

**議事（2）他のワーキンググループの主な取組**

**【事務局】**

資料2をご覧いただきたい。

診診連携WGの取組を説明する。診診連携WGでは在宅医が1人でも増えるよう、地域で診療所同士のネットワーク形成を目的に実施している。①在宅医療に関する医師の業務負担感が大きい②地域住民及び専門職の在宅医療に関する実情の理解不足③在宅医療は個人のネットワークで対応する場合が多いが、対応には限界がある、という3つの課題が挙げられている。

課題①では、複数の医師による24時間365日のオンコールによる、看取りのフォロー体制の検討を始めた時に、県の医療計画がスタートし積極的医療機関の話が進んだ。積極

的医療機関については参考資料をご覧いただきたい。医療計画に位置づいた積極的医療機関が甲府市は2か所選定され、2グループ体制で開始している。後は2グループの医療機関以外の医師も支援体制に入る形で拡大をしていくかという点と、高齢者施設の看取りも対象にしていくのかを今後検討予定。また、医師の業務負担感は医師をサポートする訪問看護ステーションとの連携が重要になる。診診連携WGに訪問看護師も委員にいるため。具体的な取り組みを今後検討していく。また新たに在宅医療に参入する医師向けの支援として、医学生に向けたアプローチを検討する話が出ており、山梨大学地域医療学・総合診療学講座の教授に相談をしながら進めていきたい。課題②では、既存の事業で行政が実施をしていく。課題③では、甲府市医師会が実施している、専門科外相談サポート体制の周知を考えている。

続いて病診連携WGの取組を説明する。病診連携WGは、休日夜間を含めた24時間体制のネットワーク形成支援を目的としており、①在宅療養の実際が本人家族に理解されないまま、在宅医療が導入されている、②医師が参加する退院カンファレンスが少なく、医師同士のコミュニケーションが不足している、③院外との連携のあり方について検討する機会がない、④看取り搬送、⑤ACPが十分に行われないまま、救急搬送される方がいるという6つが課題に挙がっている。令和6年度は、課題①では、リーフレットを作成し病院外来等へ配布した。課題②③では、病院と診療所等との合同勉強会を実施した。課題④では、今年度の夏頃、高齢者施設を対象にアンケート調査を実施する予定。

続いて多職種連携WGの取組を説明する。多職種連携WGでは、多職種の相互理解を深めるとともに、利用者、その家族を支えるための取り組みの協議を目的としている。

課題は主に、①専門職のACPの理解が不足、②ACPのタイミングや想いの傾聴方法、専門性を活かした支援が難しい、③多様なニーズ、問題を抱える世帯が増えていることによる支援困難感が増している、④各専門職における役割や専門性の理解の4点が課題に挙がっている。令和7年度は、ACPと事例検討の2つに作業グループを分けて検討していく。ACPは、広報に特集ページを組み、市民の方へ周知を図っていく取り組みを検討している。また事例検討は、顔の見える関係づくり交流会の企画に日頃の業務を反映しながら、準備をしたという経過になっている。

### 【座長】

他のWGの取組について報告があった。各委員より質問や意見あるか。ACPは当院でも、人生の最終段階の意思決定支援の指針作成のため院内WGを立ち上げた。患者とスタッフで、ACPのきっかけとしてA4用紙1枚で実施できるようにした。他の病院のACPの取組はいかがか。

### 【院長】

専門職が“日常の療養”、“入退時連携”、“急変時”、“看取り”という4つの場面を中心に、色々なプロセスの中でACPが必要であることや、日々の業務の中で患者に向き合うことの意味づけを理解することが難しい。当院では入院中に亡くなる方や、病院で最期を送る

方、在宅看取りの方も多く見ていることもありACPを大事にしている。実際に感じることは、今は元気な方から重度認知症の方等、ACPや意思決定支援が必要な場面は日々存在する。専門職がこの意味を理解し実施していくことが課題だと思う。最後のDNARの部分は、大体の方が「心肺蘇生や胃ろうまでしなくていい」となるがそこまでたどり着く行くまでのプロセスの、選択肢が幾つもある中でのACPが本当のACPだと思う。それには患者を前にしながら、皆で話すことを繰り返すしかないと感じている。また在宅療養では、在宅医がACPを積み重ねていくことになる。高齢者施設の場合は一概に言っても様々な種類があり、その施設ごとの機能も違う。この点をどのようにしていくかを今回のアンケートを受けて、体制を施設に対して周知を図っていくと良い。それぞれの施設に対し、利用者はどういうふうにしていくのかという意識づけをしていただきながら、そういうバックアップ体制の中で看取りができるようになれば良いと思う。今年度のアンケートは非常に有意義なこと。結果を受けてまた方向性が出てくるだろう。

#### 【委員】

当院では令和5年度まず座学によるACPの院内研修会を行い、ACPの意義を院内で共有した。令和6年度は、次のステップとしてACPの想いのノートを、まず自分たちが書いてみて、実際に患者や地域住民に配る時の注意やポイント等を体験しよう、という内容で実施した。ACPは知識だけではなく技術が必要だと感じる。面談技術がとても必要なので、患者とACPのことを話すという、実践的な展開が必要だと思う。今後の課題とすると、実践を伴うような研修会があるといいなと思っている。厚生労働省では年1回のE-FILDという研修会を行っており、知識と技術の両方が学べる。この研修に出るとかなり知識と技術が上がるなと思う。ただこの研修への参加の有無で現場では、ACPができる人とできない人の差が生じる。この溝を埋めることも、かなり重要だと思う。

#### 【座長】

どのぐらいの患者にアプローチしているのか。

#### 【委員】

大きく分けると外来部門、入院部門、相談室っていう3つのセクションで、日々行われている。数で示すことは難しいが、わたしの想いノートを配布数が日々増えている。

#### 【委員】

臨床倫理委員ではDNARや弁護士の書類や指針を整えている。弁護士的な視点で見ると、医療を施さなかった方が問題という方向になってしまう。法律の縛りもあるところで、本当の意味で生きたACPとDNARができているのかと思う。高齢者の救急搬送が多い病院だが、高齢者施設から初診の患者が突然運ばれてくる。どこまでの治療をやつたらいいのか悩むというのが現場の声としてある。

協力病院という立場で今年度からいくつかの施設ともやりとりをしている。その時に施設の相談員に話す中で、本人やご家族がどこまでの治療を望んでいるのかという情報を、

医療スタッフに引き継ぐときに必ず伝えてほしいことを伝えている。また突然生命の危機では、「出来ることは、全てやってほしい」という思いになる家族が多い中。その中で現場としても、「どこまで治療をするのか」と確認しながら対応をしている。施設側に入所時の本人の意向を確認しているかと聞くが、確認している施設もあれば、確認していない施設もある。また確認しても、それは本人の意思がどこまで反映されているのか、家族の意思ではないかと言うこともある。書式も施設ごとなので高齢者施設へのアンケート調査の中で反映できると良いと感じる。

#### 【委員】

当院では、他病院と一緒に人生の最終段階における意思決定ガイドラインを作成して、周知を図っていくということを行っている。日々の中での意思決定支援っていうところは、ある程度元気な高齢者もいる一方で、心臓等の手術をどんどん行っているような状況。その中では日々の関わりの何気ないことが意思決定支援だねというところを、出発点としてやり始めている。その延長に治療をどうするか、最終的に治療が終わったらどうするのかというところを医師、患者、家族とともに看護師が中心なって考え、それを記録に残しながらチームの中で共有して、具体的な支援につなげていくという状況。ACPについて勉強会の実践はまだない。

当院は救命センターがあり、施設からCPAで運ばれてくる高齢者もいる。中にはそこまでやらなくてもよかったなという患者もいる。高齢者の意思確認のため施設と連絡をとっても不明確なことや、遠方の家族の判断を待つ場合もあり非常に悩ましい症例が結構あると感じている。高齢者施設に対しアンケートをすることは病院としてもありがたい。

#### 【座長】

ACPでは家族と本人が思っていることにかなり解離がある時がある。そういう場合、当院では臨床倫理チームが病棟に出向きチームとして話し合うという体制が整った。入院が長くなってしまって困るのは、施設から来た方がどこまで治療を行うかがわからないところもある。ある程度救命ができると次は行き先がなく、入院日数が非常に長くなるという問題がある。それなりに安定すると行き先が中々なくいつも困る。その辺のことを考えシステムを構築していただけたらと思う。

#### 【委員】

脳卒中や癌患者を診ているが、高齢化と独居高齢者が多いことを実感する。独居高齢者が救急車で搬送されると、脳卒中の場合は中等症以上だと自分で判断することもできない。ACPは、元気な時から本人の意思を家族と確認し、意思を形成していくプロセスだと思うが、脳卒中の場合、突然自分で判断できない人が運ばれてくるため、どう考えていくのか難しさを感じる。結局家族と話し合いをしていくしかないが、切迫している状況なので時間をかけることができない難しさを普段感じている。

#### 【座長】

先ほどA C Pの証拠を残さなければいけないと発言があったと思うが、詳細を教えていただきたい。

【院長】

診療報酬項目の中にA C Pの実施がある。その項目はA C Pに対するガイドラインの作成や取組をしているというと頃で良いだろう、例えば、カンファレンスのプロセスは記録に残っているので、それをA C Pの実践とすれば大丈夫だろうと思う。

2024年度の高齢者救急の現状と対応については、国や学会が合同で声明や提言を出している。その点が高齢者施設に伝わると良い。実際に救急搬送があると対応せねばいけないが、様々な学会から高齢者医療に関してのガイドラインが出ており、最後の最後まで治療しなければならないという訳ではなくなってきている。正式なガイドラインの中でも、そのように謳われるようになってきているので、決してすべてが延命せねばならないというわけでもないとは思う。

【座長】

A C Pを当病院で入院患者にやろうと言っているのは、「考えるきっかけにして欲しい」というのが一番にある。C P A（心肺停止）や脳卒中で意識がない時は自分で考えることは困難。比較的に元気な時から、もしもの時を考えてくださいということになる。あくまで生きるためのもので、死ぬ時ためのではないということを伝えていく必要がある。

### 議事（3）在宅医療・介護連携における各病院で感じる課題

【座長】

在宅医療介護連携における各病院で感じる課題についてご発言いただきたい。

【院長】

本WGの出席は3回目だが、よりプラスアップされて非常にわかりやすくなっている。今度は高齢者施設にアンケートを行う予定ということで感謝している。A C PやD N A R（蘇生措置拒否）について検討しているが、中々組織としてまだ動けていない。他の病院の取組を見つつ、ステップアップしていきたい。個人的には特にD N A Rは1度で決めないというが、何か月に1回見直すといった明確なものもないため、その辺が非常に難しいと思っている。各WGの取組を通じて、人生の最期が望まない救命救急をされる人が1人でも減ればいいと思う。また今年の年末年始のような状況では病病連携、病診連携もすぐにパンクし、救急隊や現場も困ることを繰り返している。行政がそこに介入し、スムーズに患者が治療できるような体制をとっていただけたらと思う。

【院長】

連携の重要性が検討されていて、病病、病診、診診連携という形で進められている。今年の年末年始のような状況の中で、情報共有ができる体制が各病院でどういう状況にあるのか、どういう形で受け入れができるのかというようなことを、各病院が全体的な評価を

することが難しくなっていると思う。大きなシステム作りになると思うが、様々な医療機関で共有することにより、連携が保てるような形がとれれば良いと思う。実際に急性期病院からの患者を受入れている。その時に具体的な情報共有が上手く行え、病院同士の意志疎通、ドクター同士も会話できるような、安定した連携が持てれば、受入れる方としても安心できると思う。その辺りの連携がやはり重要だと思う。全体的に包括的なシステムづくりと、個々の症例においての情報共有が大切だと思う。

#### 【委員】

当院では在宅に戻る方が増加している。転院する上で様々な病院に協力していただいているが、数値で見てみると在宅も多かったということがわかった。急性期病院のため在宅のことを医師や看護師も詳しくなく支援が滞ってしまうことがある。その点は院内で、さらにプラッシュアップしていかなければいけない。日々の連携では周囲の病院の皆様方に、下り搬送等々受け入れていただきおり感謝申し上げる。今後も引き続き連携の方よろしくお願ひしたい。

先程も出たが感染症が蔓延した時のベッドコントロールが非常に苦しい。当院が一杯だと、周囲の病院も本当に苦しい状況なので、行政の協力も引き続きお願いしたい。

#### 【座長】

当院の問題点は、病院同士であれば転院。転院の問題で受け入れなくてはいけないが、お金の問題もあり難しい。急性期病院からの転院は医師同士の連携でうまくやっていると思う。また当院も冬の感染症の流行期では病床の不足や、看護師不足という問題もあり、ベットコントロールが上手くいかないためその辺りが、何とか上手くいけばいいと思う。また在宅医療に関しては当院の医師も知らない人が多い。在宅医療について話す機会も本当に少ない。その点は今回の合同勉強会等で在宅診療をしている医師や、訪問看護師と話しながら知っていくと良い。自身が大学にいた時は、学生を在宅医療現場に送り込んだ。説明するよりも現場を見聞することで、在宅医療に関して興味持ってくれた。急性期病院であっても知ることは大事なので、明日の合同勉強会のような研修がある良い。

#### 【院長】

当院は在宅療養支援病院であるが、本当の意味で在宅療養を支援する病院になりたいと思う。在宅療養者の支援に力を入れていこうと、今年度は在宅の方のオンコールを受けるような体制を作った。実際に下り搬送等で、当院で受け入れてもいいのにという方がいても、ベッドの空きがない時がある。元気になって完璧な状態にして自宅に帰すわけではなくても、自宅でも治療継続できるような在宅診療ができる体制づくりとして、居宅介護支援事業所を再開し在宅を強化している。現在の急性期病院の滞りを、何か当院としてお役に立てないかというところで、在宅部門に力を入れている。

#### 【座長】

様々な問題・課題があるため今後もこのような情報共有ができればと思う。

## **議事（4）今後の病病WGグループの方向性**

**【事務局】**

今後の本WGの方向性について説明する。3年間、本WGで取組をしてきた中では、新しい課題は概ね終了したと捉えている。そのため来年度は病診連携WGと病病連携WGを、病診連携WGにまとめていきたいと考えている。院長には、次年度初回の病診連携WGにご参加をいただきたいと思う。引き続きお願ひしたい。

**【座長】**

先ほど情報交換したが、今後はより在宅医療との関連性が必要になってくると思う。病病連携WGに関しては1回休止する形で良いと考えている。これについて意見はあるか。

**【他委員より】**

(意見なし)

## **議事（5）その他**

**【座長】**

何か他にありましたらお願ひしたい。

**【院長】**

先程高齢者からの救急搬送について話がでたが、施設とACPについて話し合う機会を設けることはできるのか。

**【事務局】**

現在、施設も含め研修会の案内をしているが施設の勤務体制の問題もあり、施設からの参加は実際少ない状況にある。

**【院長】**

おそらくそういう施設は家族と話し合いができるおらず、病院に搬送されてくることが多いと思う。やはり家族のことを考えると、職員も話し合いができるなければ、対応してくれる病院に、診てもらうという発想になることは当然だと思う。本人や家族が考えるきっかけを作ることが非常に重要だと思う。

**【事務局】**

病診連携WGで当初委員から、施設の方にWGに出席していただき、現状を共有し合うほうが良いのではという意見をいただいた。アンケート結果を踏まえ、何らかの形で医療機関と施設で意見交換や、施設にはACPについて改めて伝えていきたい。

## **3 閉会**