

甲府市在宅医療・介護連携推進会議
第8回 病診連携ワーキンググループ 議事録

日 時 令和7年11月6日（木）午後7時～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 10人

オブザーバー 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10名が出席しており、本会議は成立。

【座長】

今回はオブザーバーとして市内の介護老人保健施設（以下、「老健」という）の嘱託医に来ていただいた。老健の嘱託医との交流もない中では、実際にどのような医療等が行われているか等知らない。今回をきっかけに老健を身近に感じてもらえると良いと思う。まずオブザーバーより老健について説明をいただきたい。

【オブザーバー】

老健は介護保険サービスの対象の施設で、入所者は要介護1以上になる。老健の目標はリハビリや栄養管理、医療も行いADLの改善を図ることになる。大きな目標は在宅復帰を目指すことだが、在宅復帰できる方はそうはいない。入所者100名に対し1名の常勤医師が必要である。

在宅復帰率が最も評価される。ベッド回転率や集中リハビリの実施、各種専門職の配置、介護度4～5の入所者数や吸引の回数等を点数付けし、超強化型、在宅強化型、加算型、基本型、その他型と5つのタイプに分けている。超強化型は介護報酬が高い。在宅復帰を目指すことと、特別養護老人ホーム（以下「特養」という）と同様に重症者の介護が期待されておりその両方を評価する制度設計である。昨年度より当施設も超強化型になった。

当施設は、ベッド数は100床で稼働率は92～96%である。赤字にならないためには、このぐらいの稼働が必要である。入所者は10名/月前後で、在宅復帰率は20～30%程になる。リハビリをし在宅復帰や有料老人ホームに移れる方は約3分の1である。50%目指したいが実際は難しい。特養等の待機は50%、長期入所は20～30%になる。看取りは2名/月程だ。介護度4～5の方が約半数だが、在宅復帰は難しいため当施設で看取る方向になる。

施設の性質上、介護やリハビリ、看護が中心のため医療の出番は少ない。尿路感染症や誤嚥性肺炎、皮膚疾患等が多い。歯の悪い方が多く、毎週歯科医師に来てもらい治療している。心筋梗塞や脳梗塞の方は非常に少ない。既に抗凝固薬や抗血小板薬を内服している人が多いことが要因だろう。転倒・転落は日常的にあるが骨折は少ない。骨折が強く疑われる場

合は、市内の病院に入院している。肺炎や心不全、消化器疾患等で老健では対応ができない重症例も時々であるが、本人や家族の希望を聞き、希望があれば転院していただいている。積極的な治療を望まない方は最後まで診るようにしている。

協力病院が近くにあり助かっている。協力病院での受入が難しい時は、患者の症状に合わせて市内の病院に依頼をしている。病院に依頼する方は5名/年程だと思う。病院も入院期間を短くしたいと思うため、回復後は早期に引き取る方針にしている。

施設の方針としては、特に介護度1~2の方はリハビリを進め在宅復帰を目指してもらう。介護度4~5の方は、できるだけ苦痛なく過ごせるよう多方面で配慮している。また多くが85歳以上の高齢者なので、積極的な医療（胃瘻、中心静脈栄養、経管栄養、カテーテル検査等）は進めていない。老衰や回復困難な脳梗塞の方は、施設で積極的にお看取りする方針である。家族とのコミュニケーションは大事にしている。また本人がしっかりしていれば本人の想いも大事にし、状態が変化した際には適宜ACPを行っている。

【座長】

老健の嘱託医としての働き方は、どのような形であるか。

【オブザーバー】

月・水・金曜日は午前9~午後5時、火・木曜日は半日の勤務である。回診や処方箋を出すこともありカルテは週1回記載している。施設にいる時間も長く、前職では集中して本を読むことができなかったが、今は集中して本を読む時間がある。その点で充実した毎日である。

【座長】

どの程度の医療的処置をしているのか。

【オブザーバー】

医療的処置は、点滴や転倒し皮膚を切った方の縫合をする。挿管や中心静脈栄養はしない。診察は触診や聴診で行っている。心電図はできるがレントゲンは撮れないため、肺炎と心不全の区別が難しいが長年の経験を生かし対応している。場合によっては市内の病院に対応を依頼している。重症時に病院の受け入れ体制があるため、医療面で深刻に悩むことはない。

【座長】

老健の嘱託医が集まる場等、老健同士の横の繋がりはあるのか。

【オブザーバー】

年に1回老健大会があり各施設での発表がある。そこで他老健に質問する機会があるが、横の繋がりはない。老健を幾つかのグループに分け、土日のオンコール体制等で協力していけるといいが、当施設では休日は県内の病院にアルバイトを依頼しておりその体制の必要がない。

【座長】

病院との連携もできており、入居者の急変時の対応もほぼ問題ない。がんの末期の入所

者の対応で外部医師の訪問診療や往診に来てもらうことはあるか。

【オブザーバー】

麻薬等の使用ができないため、がん末期の方等は入所の段階で取らない。外部の医師に来てもらうことは歯科だけになる。

【座長】

看取りを積極的にされている。その際の対応は全て嘱託医が対応しているのか。

【オブザーバー】

概ね自分が対応する。夜 10 時に呼吸が止まった時は翌朝に対応することが多く、夜中の対応は少ない。亡くなった時に家族へ連絡するが、すぐ自宅に連れて帰りたい言われることもないため、翌朝お見送りをしている。

【座長】

A C P の具体的な場面としては症状が変わったときや入所時か。

【オブザーバー】

A C P は入所時に形式的に書面で行っているが、変化もあることなので、その都度家族と相談する。

【座長】

3 月に開催された在宅医療シンポジウムで、老健におけるショートステイの役割について老健施設協会常務理事が話されていた。老健は今まで在宅復帰を目指しリハビリをしていたが、最近それ以外に、在宅支援として在宅の患者を一時的に預かり治療することもあるようだ。重症の方は病院に入院だが、尿路感染症や肺炎、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全等、1 週間程で在宅復帰できそうな方を積極的に受け入れ、老健で 1 週間程治療し在宅に戻すことが行われており、積極的に進めていきたいという話だった。在宅の現場で困るのは、軽度の肺炎や、尿路感染症、脱水症状等で、入院程ではないが少し加療をしてもらえる施設があれば良いと思っている。「医療ショートステイ」と言われているがいかがお考えか。

在宅医療シンポジウムでは、医療ショートステイに適している条件を挙げている。一般的に老健ではベッドの稼働率が 8 割程で空いていることが多い。またリハビリ職がいるため、入院後に急に身体機能が低下することを防げる。また常勤の医師や看護師がおり医療体制がある。短期の急性期増悪などに対応していただけるとありがたいと思う。

【オブザーバー】

医療ショートステイは初めて聞いた。当施設にもショートステイ機能もあり、通常冬や農作業の繁忙期に利用している。治療を目的にした受け入れは、老健の役割とは異なる。

【座長】

老健には平成 3 年頃からショートステイの考え方が出てきており、保険も付くようになった。平成 6 年から要件が拡大され、1 週間から 10 日と期間が伸びている。緊急時だけでなく、

計画的に利用する等レスパイトを含めて計画的な受け入れもされている。法的にも整備されてきたところだ。

【オブザーバー】

ADLが低下し老健でリハビリをしながらADLを上げるという考えは分かる。介護保険を使うと思うが、介護保険を使用して医療行為をするということか。

【座長】

医療保険の総合医学管理加算を使用する。

【委員】

老健に入所中の医療費は利用者の自己負担、老健の中の施設側の負担で薬等は決められている。老健は外部の往診が最も行いにくい施設と認識している。特養では亡くなる30日前の施設の総合管理費や訪問診療費を算定すると、概ね2万点の医療費が発生し、ターミナルケア加算や看取り加算を含めると20万円程の収入になる。老健の場合は医療費としての収入は基本的にないのか。その場合経営的に考えると大変だろう。

【オブザーバー】

県内の老健で医療ショートステイを行っているところはあるか。

【座長】

最近の制度なので県内ではないだろう。医療保険で対応でき利用できる薬も多い。これは総合医学管理加算という医療保険でターミナル加算も認められる。経営的にも収益となる可能性がある。それ以上に在宅患者が困った時に、気軽にお願ひできる施設として老健があるとありがたいと思っている。

議事（1）令和7年度 病院と診療所等との顔の見える合同勉強会

【座長】

2025年に団塊の世代が後期高齢者になり。医療と介護が必要な高齢者が急増への危惧が以前よりあり、国から在宅医療介護推進の提示があった。本市でも医療介護連携の取組を行っており、4つのワーキンググループで、在宅医療介護に関する取組を検討している。本ワーキンググループでは、病院と診療所の連携強化のため合同勉強会を昨年度より開始した。

【事務局】

合同勉強会は、病院の医師と診療所の医師のコミュニケーションを多く図りたく始めた。入院患者の円滑な退院に向けて、病院と在宅医療等との顔の見える関係づくりと連携の促進と、病院と在宅医療の実情を知り、退院支援や在宅医療のイメージに繋げることを目的としている。今年度は市立甲府病院に開催主体として実施し、参加人数は60名だった。内訳は医師が16名、看護師が34名、医療ソーシャルワーカーが9名、心理士が1名だった。

病院から在宅療養へというテーマで、がん患者の事例を通して、改めてそれぞれの役割や課題を話し合う内容だった。事例発表とグループワークを行った。グループワークやアンケートでは病院から診療所に対しては、コミュニケーションを取り、いつでもすぐ連携ができる関係にしたい、気軽な関係を作りたいという意見をいただいた。診療所から病院には、個々の在宅生活をイメージした退院支援を期待したい、必要時在宅側と情報連携を繰り返し、ズレを減らしたいという意見が

聞かれた。

【座長】

これだけ医師や看護師が集まる機会はない。病院で開催することで、病院の医師が大勢集まり、良い顔の見える関係づくりができたと思う。来年度以降も市内の医療機関で行う予定だが、主催した病院より何か補足等あるか。

【委員】

当院の医師や看護師に地域の診療所について知って欲しいという思いがあった。当院より 10 名程の医師が参加した。各診療科 1 人ずつ参加してもらえて良かった。

【委員】

病院と在宅のスタッフが直接話し合う機会はあまりない。貴重な機会が退院カンファレンスだが、中々行うことが難しい状況があるので有意義な時間だった。また、退院時共同指導を行った事例があれば、来年度以降の事例検討でも出していただきたい。退院時共同指導料は、退院後、病院のスタッフが主治医や訪問看護師と一緒に自宅に伺い、情報共有や必要な指導を共同で行うもので、医療保険制度上で算定できる。このような制度活用し、普段の診療から一緒に関わることが増え、合同勉強会をきっかけに活用に対する機運が高まると良い。その前に退院カンファレンスを充実させていくことが第一歩になる。退院時共同指導を行っている病院はあるか。

【委員】

自宅への訪問は難しいが、訪問診療の医師や看護師に来てもらい、病院医師とスタッフで多機関協働指導加算を取ることはある。ただ、急性期病棟でしか算定できない。患者のメリットを考えると活用できるとよいと思う。数としては多くない印象である。

【座長】

他にはいかがか。

（意見なし）

議事（２）高齢者施設における看取りに関するアンケート調査（０：４３：３３）

【事務局】

資料 2 に基づいて説明する。本市でも在宅看取りと高齢者施設における看取りも増加している。今後さらに高齢者施設での看取りの増加が見込まれるため、ＡＣＰの取組が重要になる。このため、高齢者施設における急変や看取りの状況の実態を把握し、課題を明らかにすることで今後の施策に反映することを目的とアンケート調査を実施した。調査期間は、令和 7 年 8 月 1 日～31 日、調査対象施設は、高齢者施設と医療機関、甲府市消防本部とした。施設の種類は、記載の通りである。調査方法は調査依頼を郵送し、ウェブによる回答とした。3 ページにはアンケートの回収率を示している。

本調査の概要は、様々な種類の高齢者施設があるが高齢者が生活する場では、急変や看取りに対応する可能性はある。生活支援を基本とする高齢者施設で急変や看取りには、医療的判断を踏まえた対応を行う必要があることから、医療と介護の連携は重要であり今回はその対応の実態把握を目的としている。「施設での看取りを希望する人を受け入れているか」という質問に、「受入れている」

が 76%、「原則受入れていない」が 17%、「その他」が 7%だった。「原則的に受入れていない」の理由には、看護師や継続的な介護をする職員を配置していない、平日の日中は看護師が常勤しているが、夜勤帯は介護経験の少ない当直職員も含め 1 人で対応するため適切な介護ができない、職員の体制上出来ない、24 時間体制が整っていない、医師の協力体制が取れていないという回答であった。また「原則的に受入れていない」と回答した施設が受け入れを可能にするために必要なこととして、介護職員のターミナルケアの知識の向上、24 時間介護サービスができる施設にする、又は外部の介護サービスの利用し 24 時間のサポート体制があれば可能という回答だった。

5 ページをは令和 6 年度の看取りの実績である。看取りの実績「あり」が 67%、「なし」が 33% だった。看取りの件数は平均で 6.5 件、介護医療院を除くと 4.7 件となっている。中央値は 2 件で介護医療院を除いても 2 件だった。最大件数は介護医療院で 137 件、高齢者施設では介護老人保健施設の 32 件が最大である。最少件数は 0 件である。また外部の看取り支援の希望については、「利用してみたい」が 64%、「利用したくない」が 36%だった。「利用したくない」理由には、嘱託員の対応で既に十分、現状で問題がない、連携が図りづらいと思うから、事前の情報連携が複雑化することが心配、看取りの職員体制がとれていないという回答だった。

6 ページには回答を大項目別にまとめた。施設の概要、職員体制、入居者の状況では、職員体制では医師や看護師と 24 時間連絡がとれる体制では、連絡が取れる体制があるは医師が 7 割、看護師が 8 割だった、休日等は連絡が取れないは医師で 13%、看護師で 2%だった。入居者の状況は、資料をご覧ください。

意思決定支援では、入所時に ACP の説明を行っている割合が 6 割程度だった。看取りに関する希望の確認をしているが 7 割程度、家族と施設が集まって話をしているが 8 割程度だった。定期的な意思確認については 2 割程度となっている。また、施設からほかの医療機関や施設へ移る際、話し合いをした内容を引き継いでいるかは、9 割ができていると回答している。本人の意思を推定できる人の確認は 9 割程度ができていると答えている。

7 ページは看取り、救急搬送、退所についてだ。終末期の急変対応を含めた看取りに関する指針を作成しているのは 7 割弱だった。看取りに関する研修会の実施は 6 割弱、相談できる医師がいるは 9 割程度でだった。救急搬送の状況では、年間の救急搬送は中央値が 4 人、施設内で看取りを希望したが救急搬送した件数の中央値は 2 となっている。終末期の急変の対応の指針があるは 6 割強、心肺蘇生術など延命処置に関する患者の意思表示は、全員にあるが 5 割強、なしが 3 割、把握していないが 1 割だった。協力医療機関の確保は 9 割が確保できており、協力医療機関との連携に課題がないと答えたのが 7 割弱だった。退所者の状況は、どの種類の施設でも死亡の退所者はおり、死亡による退所者は、施設基準で医師・看護師の配置義務がある施設では、自施設内の看取り件数はやはり高い傾向にあった。一方で配置義務に限らず同じ種類の施設でも、看取り件数の最大値と最小値の差があることが分かった。

8 ページで高齢者施設の回答の結果をまとめた。高齢者施設の多くが意思決定について、本人や家族の意思を確認し記録に残している。本人の意思を推定できる人も 9 割程度が確認できており、もしもの時のために備えを行っていると回答している。一方で意思確認の更新は、状況が悪化した

時に行う傾向があった。終末期の急変時の対応の指針は、7割程度が作成している。看取りに関する相談先は9割があると回答しており、協力医療機関の確保も9割できていた。看取りに関する職員研修の実施は6割程度、また延命処置に関する意思決定表示は5割程度だった。施設で看取りを行う上での課題は、職員体制、職員の知識、医師の確保、本人・家族・施設とのACPが挙げられていた。嘱託医と連携する外部の医師による看取り支援は6割が希望をされている。死亡による退所は、施設基準で医師・看護師の配置義務がある施設では、自施設での看取りが多い傾向にあり、配置義務に限らず、施設の看取りの件数は最大値と最小値に大きな差があった点をまとめとした。

9ページは病院の回答になる。病院側は、救急・救命搬送時に患者や家族がどこまでの治療を求めているのか、急変前の意思確認を知りたいと感じている。また退院先施設に対しては、速やかな受入れを求めている。高齢者施設からの救急搬送後の転帰別件数では9割が入院で、それ以外はDOA（到着時死亡）またはCPA（心肺停止）、そのまま施設に戻った方もいたという状況だった。

10ページでは甲府市消防本部の回答になる。65歳以上の救急搬送は6割程度を占め、その内高齢者施設からの救急搬送の8割程度は軽症・中等症の患者だった。救急隊は、軽症等への体制強化、嘱託医との連携、急変時の対応に備えて日勤帯と夜勤帯との連携体制、職員間での情報共有の体制整備等を期待していた。「救急要請」することは、つまり「救命」を目的としている。看取りを行っていない施設ではあらかじめ医療機関との連携体制を考えておくことや、急変時の対応として医療情報の更新や既往歴、内服も含めた情報提供を希望されていた。また、DNARは家族と施設での取決めはあるが、書面の提示はほとんどな。現場で家族に確認を行うと、救命処置の開始に遅れが生じるため、書面はすぐに提示できる状態にして欲しいという意見もあった。

11ページでは、アンケート調査の全体を通しての課題と取組をまとめた。今後施設内で急変や看取りを経験する可能性があるため、ACPの実践や更新等がより必要である。また意思確認や文書の準備をし、引継ぎを実施していると回答する高齢者施設は多い一方で、救急隊が医療機関に繋ぐ際の課題には、患者情報の更新、職員による患者状態の把握、嘱託医等の見極めの対応が挙げられており、必要な情報に齟齬がある可能性と、医療機関にスムーズに繋がっていない状況が生じている。各施設において、改めて急変時やの看取りの対応状況を振り返り適宜見直す必要がある。また、必要とする情報について救急隊と医療機関、施設ですり合わせる必要がある。3つ目、高齢者の救急搬送の多くが軽症、中等症の患者であった。高齢者の急変時の初期対応について、嘱託医や一次救急といった適切な医療の利用や、施設内での初期対応の在り方について検討が必要と思われる。4つ目、施設により嘱託医やかかりつけ医の対応に限界があるため、積極的医療機関を中心とした看取りの支援体制を活用し、高齢者施設での看取りを地域で支える体制を検討してはどうか。5つ目、医療機関は高齢者施設の種類ごとの、人員体制や対応が異なること理解しながら、医療機関と施設側とのコミュニケーションを図ることが必要と感じている。6つ目、高齢者施設で、看取りに関する知識や対応スキルの研修をさらに充実させることで、看取りの対応の拡大につながる可能性がある。また、看取りの件数は人員配置に限らず、対応件数には偏りがあったため、理由の把握に努めていきたい。

アンケート調査を踏まえ委員から課題や感想、今後の取組の方向性などの意見を頂きたい。

【座長】

今の報告について何か質問があるか。なければ意見や感想を一言ずつ頂きたい。

【委員】

施設により配置が異なること等を当院の職員も把握してないため、その点の理解が必要である。また、ACPができているとの回答が多いが、救急搬送で来院する患者との差異を感じた。

【委員】

施設側の回答で看護師と意思決定の内容を引き継いでいるが9割とのことだが、救急隊の回答を見る中では、引き継ぐ側と引継ぎを受ける側の温度差があると思った。

【委員】

私たちの感覚以上に、高齢者施設で看取りの対応が進んでおり、体制を整えている施設やACPを実施している施設も多いというのが率直な感想になる。日頃退院支援をしている私でさえも、思った以上に、できているという結果になっているため、救急医療の現場の医師や看護師は、より乖離を感じると思う。このアンケート結果を医療機関の救急に携わる医師や看護師に実態を知っていただき、ズレが解消できると良い。ACPも各施設で取り組んでいることが明らかになったが、それが救急医療の現場には、何らかのツールやデバイスで届いておらず、伝達されてない現状も明らかになっている。救急医療に移った際に高齢者施設でのACPの内容が、現場に届く仕組みが進展していくと良い。

【委員】

当院は介護医療院を持っており、入所時にACPを行い意向確認をしている。最初ACPを行い、最期までに想いを再確認できているかという点、途中でACPを取れてない部分もある。なるべく意向に沿うよう状態確認をしながら、記録に残している。あと、日々のコミュニケーションで、主観的情報として、患者や家族の言葉を少しずつ看護記録に残している。また意思疎通の変化や入所時の思いの変化に関する記録をなるべく残し、意向に沿えるようにしている。外来ではわたしの想いのノートを渡ししながら、入院や入所になった時に備えACPの確認を進めている。

【座長】

介護医療院の看取りの数が1か所で137件とかなり多い。看取りの対応は負担になっているか。また、現場でそういう声は上がっていないか。

【委員】

夜勤の人数は少ないため大変だが、多職種で対応しながら、本人の想いに沿うように対応してい

る。自宅に帰りたいとなった時には、本人の状態が悪くても在宅の看取りに切り替えている。徐々にスタッフの意識も変わってきている。看取りの件数が多いが一人ひとり丁寧に対応している。

【座長】

老健は在宅復帰という目標があるが、介護医療院は看取りまでと謳っており、看取り目的の入所も多いのだろう。

【委員】

病院に救急搬送された方は自宅でのC P Aなのか、施設でのC P Aなのかの区別がつかないことが多い。高齢者施設には、救急搬送時にD N A R（蘇生措置拒否）等の内容を患者と一緒に送って欲しい。A C Pの内容もあれば良いが、A C PとD N A Rは異なるためD N A Rがあるとよい。

【オブザーバー】

医療機関の回答では90%が入院になっている。90%のうちで重症以外の患者もいるのであれば、それなりに救急体制が取れているのではないか。しかし消防隊本部の回答を見ると軽症が21%、中等症が64%、重症は12%であり、軽症患者を救急要請している印象も受ける。消防と病院で傷病程度の捉え方に差があるのか。

【事務局】

消防からは全国統一の傷病程度の基準で回答を頂いている。入院される方が軽症や中等症でも、施設では見られずそのまま入院ということもあり得るとイメージした。

【オブザーバー】

様々な施設があるため医師が常駐している施設では重症、医師が対応してない施設は軽症ということと思った。病院の受け止め方として入院が90%は、施設の救急搬送の仕方はそれなりに上手くできているように思えた。

【委員】

印象的にはこんなにできているのかという思い。実際に自分が行く施設でも、ACPは入所以来更新されてないこともある。在宅の患者は頻回に意思確認を行うため、病院に送る時は情報を速やかに共有し、最期の情報を伝えている。グループホームを回る時もあるが古い情報の時がある。また以前は「何もしない」と言っていたが、何かあると「フルコースで処置をして欲しい」と言われる時もある。その逆もあり意思確認はどの程度行うのか、行っていく必要があるのか考えている。今回の結果は、“一応一通り行っている”として回答している施設もあるだろう。そのため救急隊からも速やかに意思確認ができないという問題が出てきているのではないか。その点で医師としてきちんと関わっていかねばならない。

【委員】

他の委員と同様、事前の予想と異なっている印象がある。施設の経営者の考えもあり、嘱託医の立場では強く言えないこともある。不要不急の搬送を防ぎたいと思っても、施設の決まりに意見できない部分もある。回答していない施設に問題があるではと思う。

【委員】

回答のない4分の1の施設を無視して良いのかという点が課題である。回答のない施設が、十分な意思決定支援や看取りをしているのかと思う。令和7年8月27日の中央社会保険医療協議会の資料によると、全国の死亡者数は年間約170万人いる。病院死亡割合は平成17年で約80%、自宅は約10%だった。2023年のデータでは、病院死亡割合は64.4%、老人ホームは11.5%、自宅は17%になっている。自宅にはサービス付き高齢者向け住宅やグループホームが含まれている。老人ホームや自宅での死亡割合が増えている中では、様々な理由で救急搬送される患者がいるが、一生懸命行っている施設が増えており、そこに協力する在宅医や嘱託医が増えてきているのではないかと思う。本県でも同じ傾向になっていると期待している。県内や市内の死亡場所の推移を補足されると、施設の頑張りが分かるかもしれない。

またこのデータは在宅医療学会にも十分出せる。行政が実施した調査として、地域での看取りや積極的医療機関の施設への看取り支援の取組で努力していることを、堂々と伝えられる内容である。高齢者数と看取りの件数は増加しており、病院側も忙しく施設も頑張っても対応しても不足がある時もある。施設も含めどのようにしたらターミナルの期間を互いにサポートして、より質の高い看取りを実現するためにも大事なデータである。在宅側だけでなく病院側にも引き続き病診連携の中で、質の高い看取りやターミナルケアができるかを一緒に考えていただきたい。

【座長】

以前より医療機関から、看取り搬送を減らさないと病院機能がもたないと言われてきた。2040年までは亡くなる方が増え、死亡の場所は高齢者施設が1番の受皿となる。高齢者施設と連携して看取り体制ができれば良いということでこの取組がスタートした。結果には様々なバイアスが含まれているため、その点は理解し今回の結果を活かしていきたい。

【事務局】

この結果は、在宅医療介護連携の代表者会議の議長にも報告した。議長からは、軽症・中等症の救急搬送が多い点が気になったため、今後は施設と協力医療機関の連携強化が必要ではないかとの意見を頂いた。また施設には介護スタッフが多く配置基準も異なる。急変が発生した時にまず病院に相談できる関係が築け、必要であれば救急搬送をする等の体制が取れば、変わるのではないかという意見であった。

【座長】

確かに軽症・中等症の方が多く、看取り搬送の件数は多くない。その点の対処が必要になる。協力医療機関との協力関係は9割ができているという結果であり、先ほどから指摘されているが矛盾があると思う。また今後の取組に活かしていきたい。

議題（3）その他

【事務局】

委員より新しく開設した病棟について報告がある。

【委員】

令和7年10月から地域包括医療病棟を立ち上げることができた。地域包括ケア病棟が今まで50床×2病棟100床あったが、そのうちの1つの病棟を地域包括医療病棟にした。主な施設基準として、救急搬送が全体の15%、在宅復帰率を80%以上になるため、院内での転棟が基本的にできない。療養病院への転院もできないため回復期リハビリ病院や一部の老健、在宅に退院となる。そのため病診連携の中で、在宅へ結びつけることが大きいと思っている。高齢者の救急を支えることが大きな枠組みにあり、病気を抱えながら在宅に戻る高齢者をどう支えるかということになるため、365日リハビリや栄養士や薬剤師も常駐しており、かなり手厚い医療ができ、自宅に帰すことをサポートできる病棟だ。一方で地域包括医療病棟は在院日数が平均21日の中では、スタッフも緊張感を持ちながら対応している。

またADLの低下率も入院時より5%未満なので、リハビリスタッフもその辺を見通しながら行っている。1番大変なのは医療看護必要度だ。A項目・B項目・C項目とあり、A項目では、一定数の重症の患者を受け入れ治療をする内容（輸注ポンプでの薬剤管理や、酸素療法に加え痰吸引があること、麻薬の管理、6時間以上のドレナージや、抗がん剤の治療、輸血等）になる。またB項目はADL状況で、月に何%以上獲得が必要という厳しい中身になっている。C項目は手術になる。

医療看護必要度を一定保たないと要件が満たせない。急性期病棟も抱えているため、そちらの医療看護必要度も取る必要がある。病棟でバランスを見つつ患者をどの病棟に入院させるのが良いか、見極めている。入院が長くなる方もいるため、短期間の入院を受け入れながら、病棟全体の在院日数を下げている。急性期、地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟とのすべてを診ている医師もおり、協力なしにはできない。介護認定の見込みはあるが申請手続きが進まない方が困る。介護申請から認定があり、在宅復帰の調整まで1か月程かかるため、そのような方は地域包括医療病棟には向いていないという判断になる。ある程度の道筋の中で受け入れていているが、相談しながらやっていければと思っている。適宜相談していただきたい。

【座長】

地域包括医療病棟の開設で選択肢が増えたことは良い話だ。寝たきりの肺炎はどのような対応か。

【委員】

肺炎の場合は酸素療法の有無や誤嚥性と細菌性によって変わる。細菌性肺炎で抗生剤と酸素しながら、介護度も上がるか維持できるかという点を考慮し、急性期との医療看護必要度を見ながら対応する。誤嚥性肺炎は繰り返しの中で、経口摂取や胃瘻の検討が必要になり、経過が長くなる見込みがあるため、病棟の状況を見ながらの判断になる。

【座長】

我々がお願いするにしても、病院の中でどの病棟になるか決めていただけるということか。

【委員】

もう少し治療をしたい等の医療の視点があれば、意図を汲みつつ在宅復帰も考えて決めていく。

【座長】

期待している。他にご意見はあるか。

（意見なし）

3 閉会