

甲府市在宅医療・介護連携推進会議
第9回 病診連携ワーキンググループ 議事録

日 時 令和8年1月30日（金）午後7時～午後8時30分
会 場 甲府市役所本庁舎6階 大会議室
出席委員 8名
欠席委員 1名
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、地域包括支援課主事

（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9名中8名が出席しており、本会議は成立。

（1）令和7年度甲府市内の施設における看取りに関する調査を踏まえた今後の取組

【事務局】

資料1の2ページは、高齢者施設（以下、「施設」という）における看取りに関する調査結果を踏まえた今後の取組として示した資料になる。

3ページでは、今後の取組における論点を急変時と看取りに分けて整理した。

急変時では、1つ目に救急隊や医療機関は施設からどのような情報があると良いと考えているのかを明らかにし、施設側に伝えていくことはできないかという点で、救急隊や医療機関と施設の間で、齟齬がありそうだという結果が出たため、この辺りを検討してみてもどうかという内容になる。2つ目は、施設からの救急搬送は軽症・中等症が8割であることが明らかになったことから、施設における初期医療の体制について、協力医療機関等の実効性のある連携体制を含めて再確認を頂くためにはどのような働きかけができるのかという点になる。3つ目は、第8回の病診連携ワーキンググループ（以下、「WG」という）で、オブザーバーとして介護老人保健施設（以下、「老健」という）より説明いただいたが、軽度の肺炎や尿路感染症、脱水症等で入院程ではないか、少し加療を行ってもらえる施設があると良いとして、他県の老健の医療ショート事例について紹介があった。本市でも、市内の老健と医療ニーズの受け入れの可否やその範囲について、相談してみてもどうかという点になる。

看取りでは1つ目に、積極的医療機関の看取り体制を周知し、活用希望のある施設のニーズを把握するためにはどのようなことが必要かということで、今後、ニーズを拾い上げていくためには、何ができそうかということ論点にした。2つ目は、ACPを実践してもらうには、急変や看取りを見据えた、意思確認が必要であり、身体状況に合わせた更新が必要になる。ACPの実践のためにはどのようなことが必要かという点を論点とした。3つ目は、介護施設の職員からの意見で、職員の看取りに関する知識や技術を高める取組はどのようなことが必要かということ論点とした。

4ページは、施設ごとに医療との連携体制が異なるため整理した。特別養護老人ホームや老健等は、施設長、介護職員、看護職員、配置医師がいることが基本になるためこ

のような形で医療の体制を整えている。ケアハウス、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等では、施設長、介護職員、特定施設の指定を受けているところは、看護職員の配置義務があるようになっている。また、小規模多機能型施設と看護小規模多機能型施設は、看護職員の配置が義務になっている。白い星印がついている施設は、協力医療機関を定めることになっている。国の想定としては、在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院、後方支援病院、地域包括ケア病棟を持つ病院としているが、それ以外でも良いとなっている。

5 ページでは、協力医療機関についてである。例えば特別養護老人ホームの運営に関する基準では、第1項に、①～③の全てを満たすような形での協力医療機関を定めること、となっており、施設は各指定保険者に届け出ることになっている。①～③を1つの医療機関だけで定めなくても、複数箇所の協力医療機関を定め①～③を満たすことも可能になっている。

6 ページでは、医療機関と介護施設との連携を示しており、厚生労働省の新たな地域医療構想等に関する検討会で使われた資料になる。増加する高齢者救急への対応として、老健を含む介護施設や在宅等での適切な管理や医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築、情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な病院につなげるための対応力の強化が重要とされている。資料にも記載があるACSCs（適切な介入により入院を防ぐことができる状態）という考え方は、外来診療を受ければ入院を回避できる疾患とされており、高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全、脱水、COPD等が挙げられているようだ。右側のグラフには、介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携について示したものになる。「緊急時の対応の連携がある」と答えている施設は、救急搬送が少なかったということを示している。このグラフは令和4年度に特別養護老人ホームにおける、医療対応協力医療機関との連携の実態を把握した資料になる。

7 ページは、老健の医療ニーズへの対応についてまとめた。こちらも国の資料になるが、左側のグラフが老健の対応している処置等になる。右側のグラフは、看護小規模多機能型居宅介護の提供しているケアになる。多様なニーズに対応していることが分かるグラフになっているため、参考程度にご覧いただきたい。

8 ページは、老健における医療ニーズに対応するための報酬と対応可能な医薬品等を示している。総合医学管理加算は、ショートステイで算定ができる10日間を限度とするものとなっており、疾患は特に限定されないものになる。所定疾患施設療養費は、入所の方に対して、算定がされるもので、病名としては肺炎や尿路感染症等の規定がある。左下の表は、施設での医療保険で対応できる医薬品等についてである。

9 ページでは、軽度の医療ニーズを有する利用者の受け入れを老健に相談する前提として、老健の機能を理解・整理し、受け入れの可否を機能面から判断するための論点を整理している。また、この議論を進めるにあたっては、当事者である老健の職員と一緒に進めていく必要があるという点では、本WGへの参加の打診をしていきたいと考えている。

確認しておくべきことは大きく5つ、①は老健の基本機能との整合性についてである。在宅復帰支援施設として位置づけられているため、その役割を損なわないような形で医療ニーズの受け入れを考えていく必要がある。②は医療ニーズとして一時的

な医療なのか、恒常的な医療なのか、医療処置の内容とか頻度とか継続性に関する点について、③は多職種体制での対応の可能性で、病院とは異なり医療職がいても非常に少ない人数で対応しているため、施設の医療職の業務負担はどうなのかという点、④は老健の類型や運営方針との適合性についてである。基本型～超強化型と類型があるため、累計との整合性があるのか、施設の運営方針との乖離がないかという点だ。⑤は受け入れ条件の明確化で、施設ではどこまで対応可能か等、そういう点は、きちんと施設側の話を聞きながら、検討を進めていく必要があると整理した。

説明は以上になるが、本日はアンケート結果をもとに論点整理をした。広い施設の中での看取りとか急変時の体制をどのように作り、医療との連携を図っていくのかということ、また軽度の医療ニーズの方の受け入れが老健で可能なのかということの議論を進めていきたい。本日はその点について意見を頂きたい。

【座長】

この後第2回在宅医療シンポジウム動画の一部を見ていただき、この議論に繋げていきたい。

(第2回在宅医療シンポジウムの動画を視聴)

【座長】

施設との連携を考えると、施設で困っている症例に対して、我々はどうバックアップができるかを考えがちになる。しかし、我々が困っている時に施設がどのような対応をしてくれるのかを考えた時に、医療ショートのようなものは非常にありがたい。軽い肺炎や脱水、尿路感染症等、本来なら入院まではいかない症例が、入院になってしまっているケースは結構多いのではないかと。そのような時に老健で対応してくれると、心強い上にリハビリスタッフや栄養士がいる中で、ADLや認知機能をケアしながら治療が可能なのは、急性期病院ではないことであるため、医療ショートがあるとありがたい。

ただ前回のWGでオブザーバーより話があったとおり、老健でもそのような取組自体も知られていない中では、普及するまでに時間がかかるだろう。事務局からの説明と今の動画についての質問を受けてから議論に入りたいがいかがか。

【委員】

医療ショートは、今後普及してくれば非常に有効だと思った。ただ、老健が強化型や超強化型を運営する上で、医療ショートの受け入れが1つの要件になっているとか、メリット、インセンティブがあるのか。

【事務局】

類型の指標に在宅復帰率はあるが、この医療ショートに関する加算や指標は特にはないと思う。超強化型はベッドの稼働率が高いため、効率良くベッドを使える場合があるかも知れないが、推測になるので実際に老健の運営者に聞く必要がある。

【委員】

地域包括ケア病棟では、3か月間に9名、緊急入院させなければならないという要件があ

り、それを満たすために緊急入院を推進していたりする。医療ショートも、老健の要件やメリットがあれば地域に普及するかなと思った。説明を聞く中では10日間という期間で確実に在宅復帰率が上がるため、回転を早めるために医療ショートを上手く活用しているのではと感じた。

【委員】

1日の報酬が275単位とあるが、これは通常の老健での1日の利用料をプラスし275点の加算が取れるという意味か。急性期病院のベッド代に比べると非常に安い。重症度や緊急度と、実際の報酬のバランスを見た時に、老健側にどの程度メリットがあるのかが気になった。

【事務局】

市内に5か所老健があり、そのうち1か所の老健の事務長に直接話を聞いた。医療ショートの考え方を聞いたところ、「できると思う」との返答だった。ただ、類型が5つあり、超強化型は稼働率が非常に高い。あとは施設の考え方にもよるが検討はできるのではとのことだった。今回話を聞いた老健は、稼働がなく、また看取りも引き受けている施設だったため、空きがある等、条件付きで対応が可能という返事だった。話を聞いた老健の事務長が、他の老健にも聞いてくださった。どこまでの合意なのかは不明だが、1か所は検討可能、1か所は対応不可、2か所は検討するというような状況だった。

【座長】

実際は管理者のマインドによる部分もあると思う。管理する医師の裁量にもなるため、現状ではなかなか普及しづらいと思う。そういう意味でも、次回以降のWGに、老健の管理者や事務長に出席していただくと良いかも知れない。このWGで医療・介護連携を中心にやってきた中で、このような制度があるということが見えてきたため、ここから発信していくのが良いかも知れない。

【委員】

胃薬は在宅や介護施設に戻る場合は薬剤として処方されるが、老健の場合は食事代がまとめてとなり、食費を別に払わなければならないことが生じる。また、心疾患を繰り返している方でサムスカといった高価の薬を使用している方は、老健の中の入院費の中に入るため、その薬をやめることができるかという相談がある。中にはその薬で微妙に調整している方もおり、そのような場合難しいという印象もある。老健でも様々な薬を使えて良いと感じた部分もあるが、時々使えない薬もあり大変な時がある。

【座長】

今あまり使われていない薬が多いため、医療保険で使える薬が増えてくれると良い。

【委員】

薬剤に関しては、抗悪性腫瘍剤処方管理加算や在宅中心静脈栄養法加算等の、指導管理料に定められている薬剤に限っているように思われる。先程話に出たサムスカは、指導管理料に含まれない。推測になるが、その点で限定されていると思われる。

【座長】

他に質問はあるか。次に、施設に対する看取りに関するアンケート調査を踏まえた今後の取組として、どんな取組が良いか。

【委員】

今回の施設における看取りに関するアンケート調査と連動する形で、令和7年11月に積極的医療機関より、施設向けの看取り支援の説明会をした。活用の意向を示した施設のうち1か所から、終末期の入所者の対応をお願いしたいと相談があり、主治医の紹介という形で対応した。約120施設に周知したが、1件という結果だったため、周知方法もだが、施設向けの看取り支援が、施設側にニーズとして刺さらず、多くの施設は「このようなことはしなくても良い」と思っているのではないかと感じる。今回のアンケート調査では、外部の医師による看取り支援について、3分2の施設が「活用したい」と回答していたが、実際の説明会への参加人数等を見ると、アンケートと実態に差がある。より多くの施設に周知し参加を促す取組を、今後も定期的に続けていく方法を検討したいと思う。

【座長】

より広く施設にアピールすることが必要だと思う。その支援体制は看取りに限定しているのか。

【委員】

看取り支援に限定している。

【座長】

救急の現場では、看取り搬送よりも、軽症・中等症の方の救急搬送に困っている。そこをバックアップ体制の中で解決できれば良い。看取り以外にも軽症・中等症の方への対応という方向性の検討が必要になるのではないかな。

【委員】

かなりハードルが高いと思う。実際にグループホームにいた大動脈弁狭窄症の患者が胸痛を発症し、自分のクリニックの患者の診察を後回しにして対応したことがあったが、検査や処置をして、心筋梗塞ではないと判断するのに2〜3時間かかる。そうすると、このような対応を休日等にすることはできないという医師が実際に多くなると思う。意識消失等で、呼吸や循環動態等に懸念がある場合、多くの施設で救急車を呼ぶことが多いだろう。ただ様々な検査をする中で、何も問題がなかった場合も多い。私もそのようなことが無いように、できるだけ対応しようと思うが、対応にはかなり労力を要する。この対応を、積極的医療機関や協力医療機関でするようになったら大変である。

【委員】

より広く周知したいのは当然だが、信頼関係がないとできない。11月の研修会も、施設に周知しても利用の意向を示した施設が少なかった。積極的医療機関に興味のないところから、無責任に患者を送ってもらっても、責任は持てない。経営者や施設の医師等との信頼関

係が持てないと前には進まないと思う。

【座長】

救急隊の方からは、「軽症・中等症の方に1～1.5次医療の対象の患者が8割占めており、救急機能を阻害している場合がある」という声がある。施設ごとに対応は異なるが、施設での看取りを今後広めていくために、施設の介護職員に特化した説明会ができると良いだろう。

【委員】

前回も施設の介護職員に特化した説明会を行った。施設には嘱託医もいるため、その医師にも参加を促した。

【座長】

現在は施設とは顔の見える関係にない。いきなりは難しいが、地道に様々な機会を捉え、施設とも関係を構築していく必要がある。

【委員】

先程の発言のとおり、信頼関係の構築しかないと思っている。前もって終末期と分かっている方の支援等、分かりやすいケースから事例を積み重ね、その中から今後緊急時を含めた相談体制にしていく方が、現実的だろう。そのため、施設と診療所や、施設と病院の顔の見える関係づくりが信頼関係に繋がる。困ったらすぐに病院に送る施設もあるが、その施設の担当者と、何を問題として共有していくのかも、病診連携の中に組み込んでいくと良いのではないか。施設も大変なことも多いため、その大変さに気づかないと入院時の連携が上手くいかないと思う。

【座長】

様々な策を講じる中で、施設等の関係を構築していくのだと思う。顔の見える関係の構築は難しいが、続けていかないと先に進まない。まずは看取り支援として、バックアップ体制をつくるのが、1つのきっかけになるのではないか。

【委員】

協力医療機関は施設との協力関係が大事になる。アンケート調査からは8割程の施設が既に協力医療機関を確保できているということで良いか。

【事務局】

協力医療機関の届け出は毎年度必要だが、令和6年度出して令和7年度は出していない施設も何か所かあるようだ。実態が不明な部分もある。

【委員】

いくつかの施設の協力医療機関になっているが、それぞれの協力医療機関と施設の間の具体的な活動状況についての確認が必要なのではないか。最低年1回の対応方針等の確認が必要だが、MC S等を活用しながら施設で入居者の情報共有が行われている施設もあれ

ば、ほとんど施設と連絡を取り合っていない協力医療機関もあると思われる。この点で適切な連携が取れているかが、軽度・中等症の患者の救急車の利用ということにも重なってくると考えられる。施設と協力医療機関の医師に向け、モデルケースを示しながら、連携を推進していくようなことをお願いできればと思っている。

【座長】

資料 1 の 4 ページで白い星マークがついた施設は、協力医療機関との連携が求められている。令和 8 年 3 月 31 日までは努力義務で、年に 1 回以上、入所者の病状に急変が生じた場合の対応を、施設と医療機関と協議する会議等を行うように言われている。令和 8 年 4 月から厳格化されると言われているがどうか。

【事務局】

厳格化される方向である。

【座長】

現在は努力義務の期間だが、既に 7 割の施設が協力医療機関を確保できていることに驚きである。どのような医療機関が協力医療機関になっているのか情報提供をお願いしたい。

【事務局】

病院や診療所もあり、市外の医療機関と協力医療機関にしている施設もある。法人で医療機関があるところは、法人の医療機関が協力医療機関になっている場合も多い。

【座長】

2 割の施設はまだ協力医療機関を確保できていないということで良いか。

【事務局】

市内の施設の実態は不明だが、令和 5～6 年頃に国で協力医療機関に関する調査をしている。その中で実態が伴わない施設と協力医療機関もあるということは問題視されていた。一方で配置医師の対応が難しい時は、協力医療機関で電話相談や往診の体制を整えている等、実態が伴っている施設と協力医療機関もあるという結果が出ていた。

【座長】

医療・介護の連携は、今後義務化されていく。それが連携という意味では良い方向に進んでいるだろう。

【事務局】

地域医療構想の検討会の中でも、介護との連携が焦点化されているものがある。介護施設との連携に関して協力医療機関は、介護保険施設からの患者を受け入れる体制を整備している。高齢者の救急、地域急性期機能を評価する指標として、救急車の受け入れ件数だけでなく、介護保険施設から患者を受け入れた場合も考慮する必要があることで、救急を頼らずに、しっかり連携を取っていることへの評価については、議論に上がっている。

【委員】

先程、信頼関係の話も出たが、協力医療機関に関する打診があり、今年の4月以降、その締結の場に出向いて話を聞いた。施設の相談員と、病院で年に1回話をして締結しているが、現場で一番困るのは、施設の方から協力医療機関であると言われても、その施設にいる人の情報が病院になくカルテがない人もいる。その人がどの程度意思決定ができるのか、代弁者は誰かという情報もない中で、急変し病院に運ばれてきても、協力医療機関病院では、本人がこれまでどのように生きてきた等の情報はない。その状態で病院に運ばれると、救急の場合は積極的な治療をすることが前提になるため、その点の確認から始まったりする。施設の職員が一緒に来ても、入院となると家族を呼ぶことになり、実際は病状説明や、本人が意思決定できない場合には、やはり代弁者は誰なのかということになる。信頼関係は、協力医療機関の契約を結ぶだけではできない。病院として受け入れるには、その人のことを知り、受け入れる形を取りたい。現在、施設によっては、指示書やもしもの時に関する書類を持って来てくれる所もあれば、キーパーソンが不在のため後見人が金銭管理している場合もあり、状況は様々である。情報共有する上で統一したものがあると、施設側も求められていることが分かり、病院としても対象者をお預かりする時に、どこまでどんな治療を望まれているのか、本人に話を聞けない場合、窓口が誰なのかが分かるものが事前にあるとより連携しやすい。

【座長】

各施設のそれぞれのフォーマットで、ACPのような取組を行っている。ただ施設ごとなので、情報が多いものもあれば、足りないものもある。“この情報があれば対応できる”という共通のフォーマットがあり、施設からの救急要請の際にも提示されるようなものがあると良いと思う。アンケート調査でもそのような意見があった。

【事務局】

施設から医療機関に送る時の情報の齟齬は、診療情報提供書や看護サマリーはあるかと思うが、どこまで治療したいか等の背後の想いは届いてなさそうである。別紙は、参考資料として、特別養護老人ホームと老健より頂いた、急変時・終末期の看取りについての説明事前確認書等になる。どこの施設も入所の時に（全員ではないようだが）書類で確認を取るが、更新はできていないことが課題と話していた。これを病院に提示をするのかという質問には、「何とも言えない」という反応だった。中には、緊急時医療情報書をまず渡し、その中にDNARについての意思表示をしたものを出す施設もあるようだが、施設でもある程度は確認をしつつも、医療情報のみを渡しているという印象を受けた。

【座長】

入退院マニュアルとして、統一的なフォーマットを中北保健所管内で作ったと思うが、非常に分かりやすく、必要な情報を過不足なく伝えられている。救急対応時に、同様のものがあれば本当は良い。次年度以降、そういったものの作成も視野に入れていく必要もあるかも知れない。

また、施設で看取りができない理由の一つに、経験やノウハウがないことが挙げられている。この点は看取りの研修を現場の方に集まってもらい研修会やっていくことが良い。

【委員】

病院と施設の相互理解が十分ではないという課題が、今回のアンケート調査から明らかになった。看取りができない施設から救急搬送されて、それを無理に看取りができない施設に戻すのは不可能ということは承知しているが、看取りができる施設なのに、看取り体制の話し合いが不十分なために、病院で看取りをしたり長期療養型施設に送ったりすることは、本来は望ましいことではない。このWGの中でも、病院と診療所が合同勉強会を行い、双方の理解を促進するような取組を行っており有効だと感じている。介護施設の機能や役割を十分に理解できるような勉強会があると、相互理解がさらに推進されると感じた。

【委員】

今回のアンケート調査から、看取りや急変時においてもこの意思決定支援の過程が大きな影響を与えるということが明確になった。その点の確認が不十分で特に受け入れ病院側では、非常に負担になっていることがはっきりしている。昨日のステップアップ講座に参加し勉強になったが、入所時に通り一遍のことをやるだけでは、ACPの内容としては決して十分でない。具体的な情報を病院に送れるよう、よりACPを咀嚼し、それぞれがもっと実践できるような形を目指していく必要がある。施設はその点の情報がなく、困っていると思われる。昨日のような研修会も有効だが、実際の事例を共有する等、施設・病院・在宅の支援者が一堂に参加できる研修会の企画を検討していけると良い。

【委員】

医療ショートは、老健がそれ自体で完結しているような形なので、これからのキーになると個人的には考えている。また、訪問看護ステーション併設のサービス付き高齢者向け住宅が全国的な問題になっており、そのような施設は繋がりを作りにくい部分があるため、どのように連携していくかがこれからの課題ではないか。

【委員】

救急隊との情報交換や、使う使わない別としても情報共有する上でのひな形があると、上手く連携できると思う。それぞれの施設が様々なパターンで入所時に確認を取っていることが改めて分かったが、救急搬送時にそれらを持って行っても見やすいものと見にくいものがある。細かい情報を書いたものを、全て救急隊や病院に渡しても、一刻を争う時に全ての情報見ることは難しい。そのため、何かひな形を作り、救急現場や病院で上手く活用できるかを詰めてみても良いのではないか。

また、医療ショートは広まらないだろうという印象。積極的医療機関の中で、施設に協力していく上でも信頼関係が必要になる。看取りはできても、細かな対応まで行き着くには、かなりハードルがあると感じている。1つ1つ事例を積み重ね、上手くいかなかった実績を含め共有し、議論ができれば良いと思う。

【委員】

当施設では、有料老人ホームに入る機会が増えてきたが、まず入所の段階でACPが普及していないと思う。そこができていないため、看取りの経験もなく、上手くいかないと感じる。この点はノウハウのある私たちが伴走する形で、勉強会等で伝えていかないと厳しいの

ではないか。看取りとACPセットで、少しずつでも知識や技術を普及していかななくてはいけないと思った。

【委員】

資料1の3ページにある、急変時と看取りの違いを施設の方がどう判断し、対応しているのかを、受け入れる病院側としては最も知りたい。看取り患者だから、何か生じた際にはそのまま施設での看取りで良いのか、急変なのか老衰の過程なのかの判断が難しいため、救急車を呼ぶ判断になってしまうのだろうと、受け入れ側としては感じる。

昨今、地域の病院が人手不足で病床を休床したり、閉鎖したりすることが非常に多くなっている。医療従事者も減ってきている中では、こういう患者を受け入れ、すぐに施設に帰れない状況が発生した時に、いつ、どのような過程で帰っていくのか、どこで過ごしていくのが、その人にとっての幸せなのかを考えると、今までは病院で受け入れる方向で考えてきたが、病院から施設に戻るところも考えていかないと、上手く循環しなくなり、病院に患者が溜まっていくことが容易に想像できる。

【座長】

皆さんから様々な意見を頂いたが、最終的に行き着くところはACPになるのではないかな。大変な課題だが粛々と取組を続けていくしかないと思う。

今回をもって今のメンバーで行うWGは最後になる。このWGの良い点は、しっかり形になっていることである。目的や課題を挙げ、それに対する解決策を考えることができています。今日の意見を整理し次回以降の議論の資料にしていきたい。

他に意見はあるか。

【他委員】

意見なし

(2) その他

なし

3 閉会