

**甲府市在宅医療・介護連携推進会議
第10回 病診連携ワーキンググループ 議事録**

日 時 令和8年6月4日（金）午後7時～午後8時30分
会 場 甲府市役所本庁舎4階 大会議室
出席者 委員9名、病院長5名
事務局 7名 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、
地域包括支援課係長、地域包括支援課主任、地域包括支援課主事

（司会：地域包括支援課長）

- 1 開会
- 2 自己紹介
- 3 座長・副座長の選任
- 4 議事

（座長による出席者数の確認）

委員9名中9名が出席しており、本会議は成立。

議事1 病院と診療所等との顔の見える関係づくり合同勉強会

（事務局）

資料1「甲府市在宅医療・介護連携推進会議 第10回病診連携ワーキンググループ」の2～3ページに基づき説明した。

まずこれまでの病診連携ワーキンググループ（以下、「WG」という）の経過を振り返りたい。

2ページについて、本市では令和5年度より、医療・介護連携の切れ目のない提供体制の構築のためのネットワーク形成支援として、「日常の療養」「急変時」「入退院」「看取り」の4つの場面を「面」で支える地域づくりを目指し、4つのWGを設置し協議を進めてきた。令和5年度は、課題の抽出と共有、課題に対する取組の優先順位付けを行い、令和6年度からは、具体的な取組の検討、令和7年度は取組を形にしてきた。本WGでは、「休日夜間を含めた24時間体制のネットワーク形成支援」を目的に取り組み、課題としては、在宅療養が理解されていないこと、医師同士・院外との連携のあり方、高齢者施設（以下、「施設」という）での急変時の対応や看取り搬送、十分にACPが行われないまま救急搬送されることが挙げられている。課題に対する取組として、在宅療養のリーフレットの作成と配布、病院医師と診療所医師の合同勉強会、ACPの普及啓発をこれまで行い、昨年度は「高齢者施設における看取りに関するアンケート調査」を行った。

3ページの「病院と診療所等との顔の見える関係づくり合同勉強会」は、①入院患者の円滑な退院に向けて、病院医と在宅医の顔の見える関係づくりと連携の促進、②病院職員が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つなげる、という目的で令和6年度より始めた。主催病院は持ち回りをお願いしており、今年度で3回目の開催。今年度のテーマは「再入院・重症化を減らす連携とは何か～入院前から退院後までの情報の途切れを埋めるには～」とし、6月26日（金）19時から開催する。病院・診療所・訪問看護ステーションに加え、医学生にも周知をした。主催病院以外の医師にも参加していただけるよう、各病院の委員からも声かけをお願いしたい。

(座長)

訪問看護ステーションも含めた連携をしていきたい中で、この合同勉強会を行ってきた。主催病院から追加の説明はあるか。

(委員)

補足は特にない。できるだけ多くの医師や看護師に参加して欲しい。

(座長)

実際に参加すると勉強になることが多い。周囲への声かけをお願いしたい。

議事2 高齢者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について

資料1「甲府市在宅医療・介護連携推進会議 第10回病診連携ワーキンググループ」の4～6ページに基づき説明した。

昨年度「高齢者施設における看取りに関するアンケート調査」を行った。そこから出た課題としては、ACPの実践・内容の更新が必要であること、高齢者の救急搬送の多くが軽症・中等症の患者であることから、急変時の初期対応のあり方について検討が必要であること、高齢者施設での看取りに関する知識・対応スキルを上げることが挙げられる。

その課題を急変時や看取りに分けて論点を整理したものが5ページである。急変時では、1つ目に、救急隊や医療機関は、高齢者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、高齢者施設側に伝えていくことはできないかということ、2つ目に、高齢者施設における初期医療の体制について、協力医療機関との実効性のある連携体制を含めて、再確認していただくためにはどのような働きかけができるかということ、3つ目に、積極的医療機関の看取り体制を周知し、活用希望のある高齢者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、4つ目に、軽度の肺炎や尿路感染症、脱水症状等で、入院する程ではないが少し加療をしてもらえる施設があると良い、として他県の介護老人保健施設の医療ショート事例の紹介があった。甲府市でも市内の介護老人保健施設に、医療ニーズの受け入れ可否やその範囲について相談してはどうか、という点を論点として整理した。

看取りでは1つ目に、ACPを実施してもらうには、急変や看取りを見据えた意思確認や、身体状況に合わせた更新が必要であり、実施のためにはどのようなことが必要かということ、2つ目に、職員の看取りに関する知識や技術を高めるための取組はどのようなことが必要かということ論点として整理した。

資料6ページは、本日の検討事項である。急変時については、①高齢者施設における初期体制の強化、②軽度の医療ニーズのある利用者を介護老人保健施設で受け入れを行うことの可能性について、当該施設と協議すること、看取りについては③高齢者施設の職員を対象とした看取りに関する研修、④高齢者施設のACPの取組の推進について検討したい。また次回のWGに、介護老人保健施設（以下、「老健」という）職員をオブザーバーと呼び、現場の意見を聞くことを考えている。

具体的な検討内容を事務局で考えた。①「軽症・中等症の方への対応の体制」は、対応を見直せば受け入れ可能なのか、スキルの問題なのか、協力医療機関との連携体制やバックアップ体制を考えていかなければならないのか、「嘱託医の夜間・休日の対応について」は、嘱託医が機能するためには、そ

の働きかけや何かサポート、バックアップが必要なのか、その点を確認する必要があると考えている。

②「医療ショート」は、施設が手上げしていない以上は難しいが、そもそも受け入れられるのか、受け入れ可否に課題があるのかの確認が必要と考えている。③は研修会を実施するかどうか、実施する場合の内容や講師、実施時期等についてご意見をいただきたい。④は普及啓発の手段として、通知やチラシ等が考えられるが、老健職員にも課題等を聞きながら検討したいと思う。また、ACPを行うにあたり、フォーマットがあればという意見も以前のWGで出ているため、その点も意見を伺いたい。

本日は①～④を検討し、今後の内容の方向性を考えていく。次回のWGで老健職員の意見も聞きながら、その後具体的に進めて行きたい。次回に向けた検討材料を集約し、取り組む優先度、具体的な内容、スケジュールのイメージがつけばよいと思う。また、次回WGには、老健職員だけでなく、介護老人福祉施設協議会を招くことも考えている。参加を依頼する上で、どこの施設が良い等があればご意見をいただきたい。

(座長)

WGで議論していることは、積極的医療機関の対応と重なる部分がある。今は急変時の看取りの対応をしているが、軽症・中等症でも対応できないかという議論がなされている。在宅側とすると極力、病院にお世話にならないように対応しているが、どうしても病院に対応をお願いしなくてはならない時もあり、患者の判断で病院に行ってしまうこともある。その点も含め病院側で考える対応があればご意見いただきたい。

(委員)

昨年度の甲府市のアンケート調査と連動する形で、昨年11月に甲府市医師会で積極的医療機関の研修会を開催した。市内の全ての高齢者施設に説明会の周知を行い、施設の看取り支援を行うことを説明した。参加施設の中から連携の意向があったのが、120箇所の施設中4箇所で、実績として結びついたのが1箇所だった。周知の仕方に問題があったのかも知れないが、施設に声をかけても、説明会に来てもらえない。

実績のあった1箇所は市内の診療所に通院していた方で、訪問診療は受けていない方だった。経過としては食事が一切取れなくなり、訪問診療という形で引き継いで、約1週間で亡くなった。積極的医療機関での支援を開始するにあたり、家族に十分に説明し、積極的な治療はしないことになったため、積極的医療機関でも施設看取りに関わったが、そのような体制による対応がなかなか進まないと思っている。

5月26日に施設を含めた支援者に、看取り以外の往診支援の説明会をした。急変時の対応になるが、今年の6月の診療報酬改定から往診前の情報連携が、在宅療養支援診療所に関しては査定が厳しくなった。往診の依頼時は前日までの情報提供が必須になる。また継続的な連携として、ICTを活用し、継続して見ていくことになる。また、必要時、主治医と話し合い、急変時の対応や薬剤の準備に加え、処方ハードルが高い医療用麻薬の対応まで必要になるならば、事前の情報共有をし、実際の対応をどこまでするのか等の確認作業が必要になる。その点は試行錯誤しながら、積極的医療機関の活動を行うことを考えている。

実際は病院に搬送せずに済むケースが多いと思う。施設と協力医療機関は、急変時等にどのような対応をするか、最低でも年1回、話し合うことが義務化されているが、それでは不十分だと感じてい

る。その点を明らかにして欲しい。

(院長)

施設で急変があった時、当院は第6号基準（受入医療機関確保基準）というルールがあり、どの病院も受け入れができなかった場合、当院に搬送される。救急隊からの聞き取りでは、なかなか他の医療機関で受け入れてもらえず、最終的に当院に搬送されていることが多い。その後、転院依頼をしてもなかなか受け入れ先がなく、特に施設から搬送されてくる患者は、入院期間が長くなる傾向がある。その点の体制を整備していただきたい。施設入所者の家族は急変時には病院に搬送して欲しいという考えを持っていることが多いと思う。本人、家族を含めたACPやDNARの検討をして欲しい。

(座長)

ACPについて記載した書面が、施設によって内容が異なると受け入れる病院側が困ってしまう。ある程度統一したフォーマットの作成の必要性についても、昨年度のWGで意見が出たため、その点が現実的になると良い。WGの委員が所属する医療機関では、施設やグループホームへの対応がある程度進んできていると思う。ただ実際に積極的医療機関として対応する中ではあまり進んでいない。そこを我々でサポートしていけば、広めていけるのか意見をいただきたい。

(委員)

老健職員をオブザーバーとして呼ぶことには賛成だが、嘱託医を配置している老健や特別養護老人ホーム（以下、「特養」という）の往診の仕組みと、それ以外の医師がいない施設では、往診の仕組みが異なり、後者は通常訪問診療になる。その点は分けて考えた方が良い。また施設ごとに医師の関わり方が異なる。私に関わる中では、老健や特養は、緊急時の看取り以外はサポートが難しい。有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（以下、「サ高住」という）、グループホームは「往診時医療情報連携加算」の活用で、ほぼ全例関わる事が可能。施設ごとの往診の仕組みを分けて考え、充実させていくことを検討して欲しい。

(座長)

施設側の事情もあるため、施設に対しアプローチをしていくことの難しさを感じている。看取りに関する研修会を繰り返していくしかないのかとも思う。

(院長)

当院もグループホームと有料老人ホームの協力医療機関として関わっている。定期的に訪問診療をしているが、医師が常駐していない施設では、入所者が比較的軽症で「医療処置を必要としない人」と施設側が捉えており、医療と介護の線引きをしている印象がある。

また、入所者に対し、様々な話を十分にしていない実態が明らかになった。通常の外来や自宅への訪問診療では、家族が付き添うことが多く、そこでコミュニケーションを取ることができる。しかし入所者の場合は、職員が対応するため、病院側が「家族と話をしたい」と伝えない限り話す機会がない。本人とのやり取りはあるが、家族の意向を聞くことが難しい。施設側がACPを最期や死のイメージで捉えてしまっていると、入所者が一見普通に暮らしている状態であると、ACPが日常生活

の延長線上にあることとはなりにくい。病院側で出来ることは、介護保険の申請時や施設入所時等のターニングポイントで、今後のことを繰り返し一緒に考えていくことだと思う。協力医療機関として当院は、連携窓口を設置している。相談に対し、窓口担当者が処方薬の飲み方を伝える対応もある中では、薬局の協力も大きいと感じている。

(座長)

施設では、遠方の家族と全く会えず、電話も繋がらない方もおり、急変時の対応に問題を抱えている。個人的にはその点も、道筋を持ち対応し始めているが、全ての施設に手が届かないのが実情である。私の対応している施設で、徐々にでもやっていけば良いが、他の施設にも協力していくとなると、課題が満載である。自分の担当施設を対応しきれていない中、他の施設にどう対応したら良いのか難しいと感じる。

(委員)

施設の協力医療機関の届け出はどこが把握しているのか。

(事務局)

長寿介護課である。

(委員)

特養、老健、介護医療院は協力医療機関の設置が義務だが、サ高住や有料老人ホーム、グループホームは努力義務のため協力医療機関がない施設もある。協力医療機関を決めているのであれば、医療機関と施設で最低年に1回、ACPや急変時の対応について、話し合う必要があるが、その点が曖昧になっている可能性があるため、そこを突き詰めていくしかないだろう。

(委員)

当院もいくつかの施設の協力医療機関になっているが、現場に則したレベルでないと感じる。施設から体調不良で急に来院しても、カルテや情報もない中で受診相談になる。協力医療機関のため、受け入れはするが、その方の人となりや意思表示・意思決定はできるか、代理者は誰か等の情報収集から始まる。現場レベルでの協力医療機関がどうだったのかという点が気になる。また、特養には嘱託医がいるが、定期的な処方をするのが主な役割の場合が多く、急変時は病院へ送るよう指示したり、「嘱託医が診療中だが、こんな状況で困っている」という相談が連携室に来ることがある。医師同士の連携のため、嘱託医から相談するよう伝えているが、訪問診療をしている医師と、特養等で嘱託医として勤務している医師とで対応が異なる。その点を分けて対応を考えていくことが必要だと思う。

(座長)

市から嘱託医との連携のあり方を伝え、動いてもらった方が我々現場の専門職が伝えるよりも、より伝わるだろう。

先ほど話が合ったように、「患者の情報がない、既往歴すら分からない」ということが起こらないよう、最低限必要な情報を提示しておき、施設側もきちんと送れる情報を作っておく必要があることを

市から伝えることで施設側にも動いてもらえるのではないかと思います。それができると救急搬送があった際には、病院側も受け入れがしやすくなると思う。受け入れ先がないから受け入れたが、「この人がどういう人か全く分からない、家族とも連絡が取れない」となると受け入れた側が困るため、きちんと情報整理ができるようなフォーマットを一緒に提案できると良いと思う。

(院長)

入所者の情報がないと、病院側としても受け入れにくい場合があると思う。努力義務の施設を含め、市内の施設で、協力医療機関を決めている施設がどのくらいで、病院側がどのくらい受けているという具体的なデータがあると議論しやすい。

(事務局)

担当課ではないので、この場でデータの提示は難しい。

(座長)

協力医療機関でも、年1回の話し合いや、施設との方向性の共有が曖昧になっているところもあるだろう。曖昧な部分と市で把握している部分を整理すると、連携の課題が見えてくるかも知れないため、WGでアプローチができることを検討できると良い。

(院長)

当院も協力医療機関として施設との連携の手続きを書面上で交わしている。ただ、手続きを交わすことが義務のような状況になっており、それ以上施設との具体的な連携・取組は行っていない。急変時の初期対応等、施設とも積極的に連携ができれば良いと思う。

入院後に元の施設に戻れるかという点では、現実的に難しいこともある。入院期間が2週間以上になると、元の施設に戻れなくなってしまうこともある等、様々な問題が出てくる。協力医療機関と施設との連携に関しては、踏み込んで対応していかなければならない。

(院長)

今、話のあった委員の病院では、協力医療機関になっていることを職員に周知し、対象の施設から依頼があったら受け入れる形となっているだろう。施設から年間、何件受け入れているかのデータがあると参考になると思う。

(院長)

データは今、持ち合わせていない。職員には年1回、協力医療機関の施設を示したり、外来の担当科に周知したりしている。その施設からの救急の受け入れはできる限り行おうと思っている。軽症・中等症の方を施設の中で対応するとか、病院に依頼する等の施設との連携の体制づくりは、我々としてもまだ踏み込めていない。

(院長)

当院には第6号基準の方が多く搬送される。特に年末はどこも受け入れが難しく、下り搬送の調整にも時間がかかる。協力医療機関が現実的にどのくらい、施設からの救急搬送を受け入れているのかというデータがあると良いと思う。

(院長)

当院も何箇所かの施設の協力医療機関になっているが、現状として、上の方での手続きはしていても、個々の患者に対しての対応まではできていない。甲府市だけのことではないが、嘱託医が不足しており、県外の嘱託医が月に1～2回だけ来るという施設もある。何か緊急の状況が生じても嘱託医も分からないのが現状だろう。

当院も協力医療機関の患者は受け入れるようにしているが、平時は良くても感染症の流行期にはベッドの空きがなくなる。どこの病院も受け入れが難しくなり、第6号基準になっているのではないかと。平時と感染症の流行期では状況が異なるため、お互いに連携しながら対応しなくてはならない。

理想は在宅で過ごし、時々必要な時に入院し、最後は在宅での看取りというのが良いと思う。入院時に病院としてはいかに情報を得て、また在宅医に還元しながら一緒に診ていくことが良い。当院としてはその辺りも含めてしっかりやっていきたい。

(座長)

施設にもよるが、入所者が入院してもその後の退院時の受け入れ先も含めて方向性を考えている施設もあれば、その後のことは病院に丸投げという施設もある。そういったところも何らかのフォローをしていく必要があると思う。

後方支援でお世話になっている病院もある。最初は後方支援病院として職員に受け入れの理解を求めることが大変だっただろうが、最近はお願ひするとすぐに対応してもらっており、在宅側とすると非常に有難い。

(院長)

軽症・中等症と判明した時は、診療所に通院するか、訪問診療で診てもらえれば良いだろう。当院も協力医療機関になっているが、施設とは連絡を取っていない状況である。施設や嘱託医から依頼された際は、ほぼ受け入れるようにしている。そのため、入所者には必要最低限のACPをしておいた方が良いと思う。亡くなる時のACPではなく、生きるためのACPだと思っている。少なくともキーパーソンがいるかないか等の確認は、入所時に必要なこと。今の救急体制の中で当番日以外の対応はどの病院も厳しい。施設には最低限、キーパーソンの有無の確認とACPは行った上で入所して欲しい。

(座長)

ACPのフォーマットの延長で、必要な情報は何かを施設に周知する等の、研修を積み重ねていくことが大切。個別で施設にアプローチをするのは難しい。これをしたから全部受け入れてくれるというものではないため、顔が見える関係構築のために会議や研修会を積み重ねてやっていくしかないと思う。

(委員)

ACPには広い意味のACPと、いざという時にどうするか、「日常の療養」「急変時」「入退院」「看取り」の4つの場面によっても異なると思う。ACPなのか、その先のDNARなのかもだが、1つは事前確認書のように、訪問診療のチームが介入したタイミングで、経口摂取ができなくなった時や心肺停止した時にどうしたいか等、延命治療に関する意向を、本人や家族に聞く取組を現場では行っている。その後の意向の修正も可能だが、一度そのような場を設けることで、急変時に受け入れる病院側も参考になる。訪問診療を行っている医師で、そのような取組を行っている方がいれば知りたい。

(院長)

甲府市が中心となり、わたしの想いノート（以下、「ノート」という）を作成しているため、ノートをもっと活用すれば良いと思う。本人の名前、家族構成、延命治療、かかりつけ医やケアマネジャー等について記載できる。改めて共通のフォーマットを作るより、ノートをさらに活用するべきではないか。例えば施設に入所する際は、ノートを全員に渡して書いてもらい、入院時には持ってきてもらうようにすれば良いのではないか。

(委員)

今回の診療報酬改定で事前の情報共有が厳しくなり、看取りでも情報共有が必要になる。急変時の対応も基本的にその枠組みの中で行われる。積極的医療機関の運用を試行錯誤する中で、実際に関わった事例をWG等で共有し、ACPの問題や、救急搬送のタイミング、普段関わっている嘱託医や協力医療機関の取組の問題が抽出されると良い。

（積極的医療機関の往診支援や看取りの支援を）制度的なところで大きな枠組みに持っていくことは難しい。実績のあった1件も昨年の11月で120施設を対象に説明会を行ったうちの1件。実績を1件ずつ増やし、積極的医療機関や他の医療機関との連携を経験した施設の職員を育て、その経験をまた別の医療機関や施設に還元するというふうに循環して行わない限り、理想だけで終わってしまう。ACPをきちんと行っている施設もあり、昨年の11月の説明会では当院が関わっている施設の取組を紹介した。施設の取組を聞き、「自分の施設でも入居者の最期にきちんと伴走しよう」という仕組みを考えていける施設が増えない限り現状は変わらない。1件でもそういうことができる施設を増やすことが必要。そのために、積極的医療機関を含め、具体的に動けるシステムを作り、回していくことが重要と思う。

(座長)

様々な意見が出たが、施設へのアプローチは課題が多い。今ある様々な資料を一つ一つ活用していくというのも良いと思う。活用する中で内容の見直しや活用方法に関すること等を、議論できればそれが広がっていくと思う。このあたりが、これからの議論の課題や目標で、極端に言えば、ACPをしっかりと行う施設を増やすようなことが目標になってくるかと思う。

今回、様々な意見や課題が挙がったため、それらをどう整理していくかが今後の取組になる。病院側とも様々な意見や現状を共有できたことで、実際どのように動いているのかが見えてきたと思う。次のWGでは、老健側より実際の現場の状況を聞いても良いだろう。その中でノートのようなツール

を活用する上で、何か課題があつて活用できないのか、マニュアルがあれば活用できるのか等を聞き、他の施設に働きかけができるとう良い。また、実際に積極的医療機関と連携して施設看取りをした施設の職員に話を聞いてみるのも良いと思う。

(委員)

先日の積極的医療機関の説明会で共有したのは、有料老人ホームの入所者で主治医は外来のみの対応だったということ。そのような場合では必ず需要があると思う。その事例では、施設の担当者も熱心に対応をしてくれたため、機会があれば話をしてくれると思う。似たようなケースでは、同じ対応が行えることを伝えるだけでも、実績が徐々に増える可能性があるため、それが積極的医療機関のやるべきことだと思う。

(座長)

事務局から他に詰めておきたいこと等はあるか。

(事務局)

課題が根深く施設側の事情も聞かないと分からないが、施設ごとで違う点も多いと思う。施設に聞いた方が良い内容については、事務局で本日の意見を踏まえ整理していく。

以前より、市の方で積極的に施設に介入した方が良いのではという趣旨の意見もあったが、市としては周知をどうやっていくかは課題だと思っている。施設にどう伝えたら、当事者意識を持って話を聞いてくれるのかという点から考えないと、上手くいかないと感じている。この立場では指導監督という形で施設に介入することはできる部分とできない部分がある。また、診療報酬に関することは、制度で言えば、立場上難しい。その一方で、伝えた方が望ましいことを周知していくのは、やっていかなければならないことだと思っている。ACPではノートを活用について意見をいただいたが、今後の議論の中で、何を施設側に伝えていくと上手くいくのか、どうアプローチをしたら良いのかについても、引き続き意見をいただきながら進めていきたい。

(座長)

この議題に関して、他に意見はあるか。

(特になし)

議事3 その他

(事務局)

当日資料で在宅療養のパンフレットを配布したが、今後内容の改訂を検討している。病院や診療所でパンフレットを活用する中で、変えた方が良い点や意見があれば、事務局に教えていただきたい。

今年度も「顔の見える関係づくり交流会」を7月14日(火)18時から県立図書館のイベントホールで開催する。今回は「高齢者の施設と住まい～本人の想いと暮らしを繋いでいくために、私たちにできることは～」というテーマで、6つの種類の高齢者施設の代表者を招き、一般的な高齢者施設の役割や機能、医療との連携について説明してもらう。このWGでも施設でのACPが話題になった

が、在宅で行ったACPを施設に繋いでいくことができると良いと感じた。案内を各医療機関に送付するため、ぜひご参加いただきたい。

(座長)

本日は、病院長がいるため、MCSについて伝えておきたい。在宅医療の現場ではしんげんネットを活用し、支援者間で情報共有をしている。患者の中には、病院の外来と訪問診療を並行して利用している患者もいるため、病院医師とも情報共有を一緒にしていきたい思いがある。しかし、病院医師としては、個人的にはMCSを活用しても良いと思うが、病院のルール上、病院としての利用は難しく、病院医師との連絡や連携が取りにくいと覚えることがある。メールでやり取りしている病院医師もいるが、MCSでは、より情報共有がしやすくなり、外来の診察時にも生かせると思う。病院でもMCSを活用した情報共有を、検討していただけるとありがたい。

5 閉会