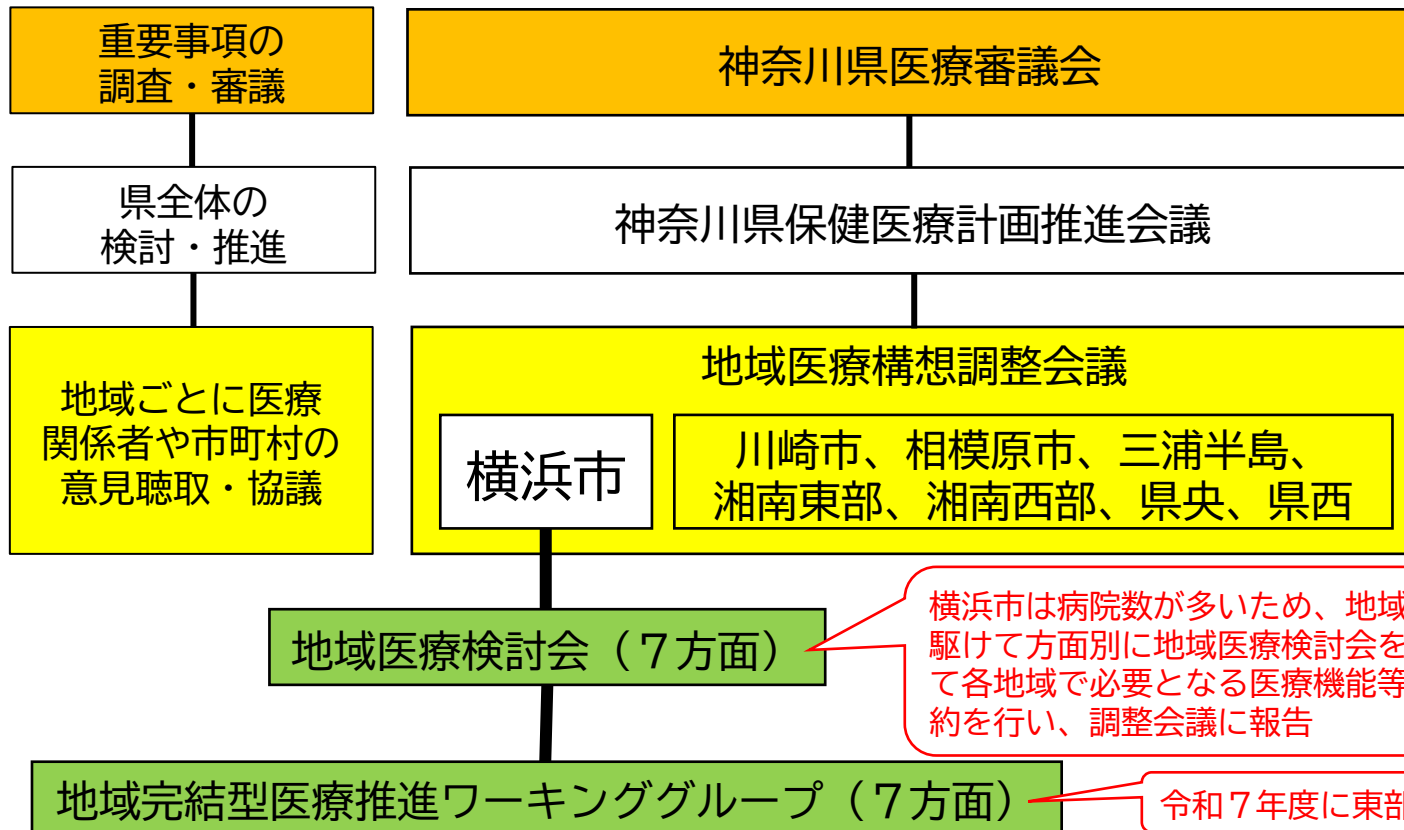


地域医療構想を進めるための会議体



明日をひらく都市
OPEN X PIONEER



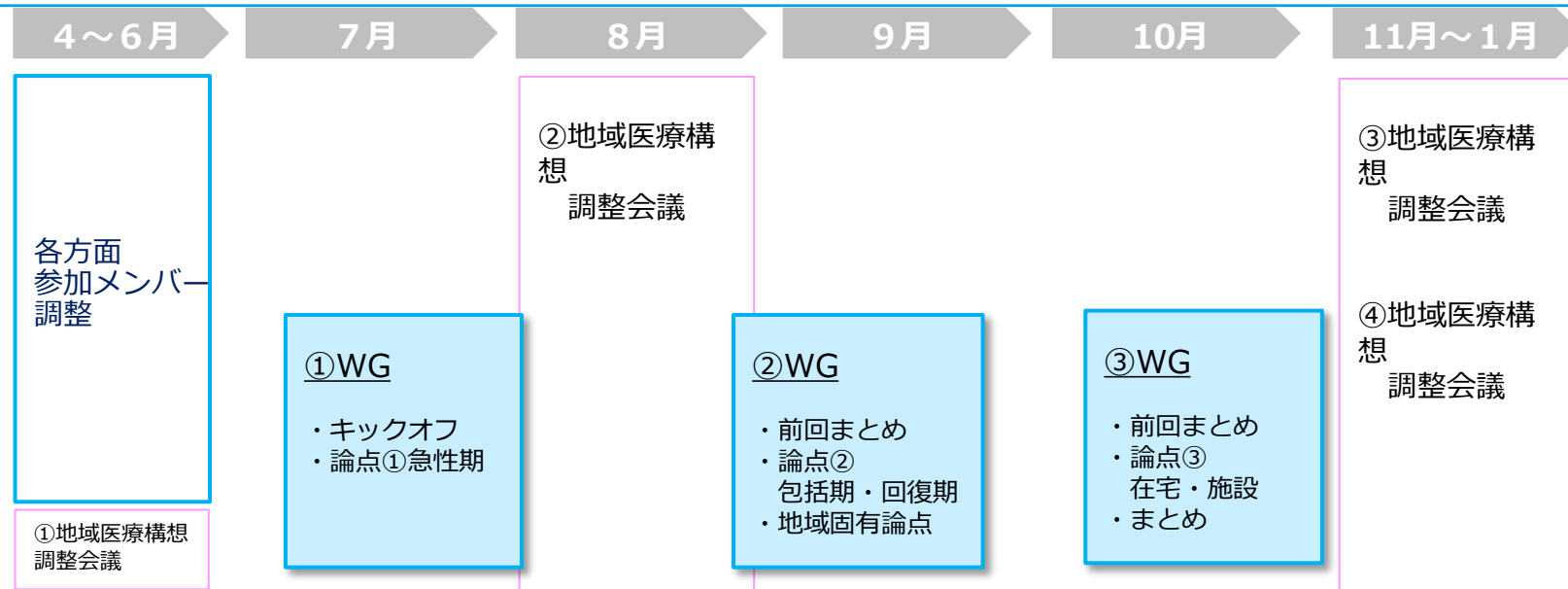
設置者は神奈川県知事
地域の実情に応じた
議論を行うため、市
と県が協力して運営

横浜市は病院数が多いため、地域医療構想調整会議に先駆けて方面別に地域医療検討会を開催し、2025年に向けて各地域で必要となる医療機能等について意見交換・集約を行い、調整会議に報告

令和7年度に東部・南部方面で試行実施

令和8年度 WG実施スケジュール(イメージ)

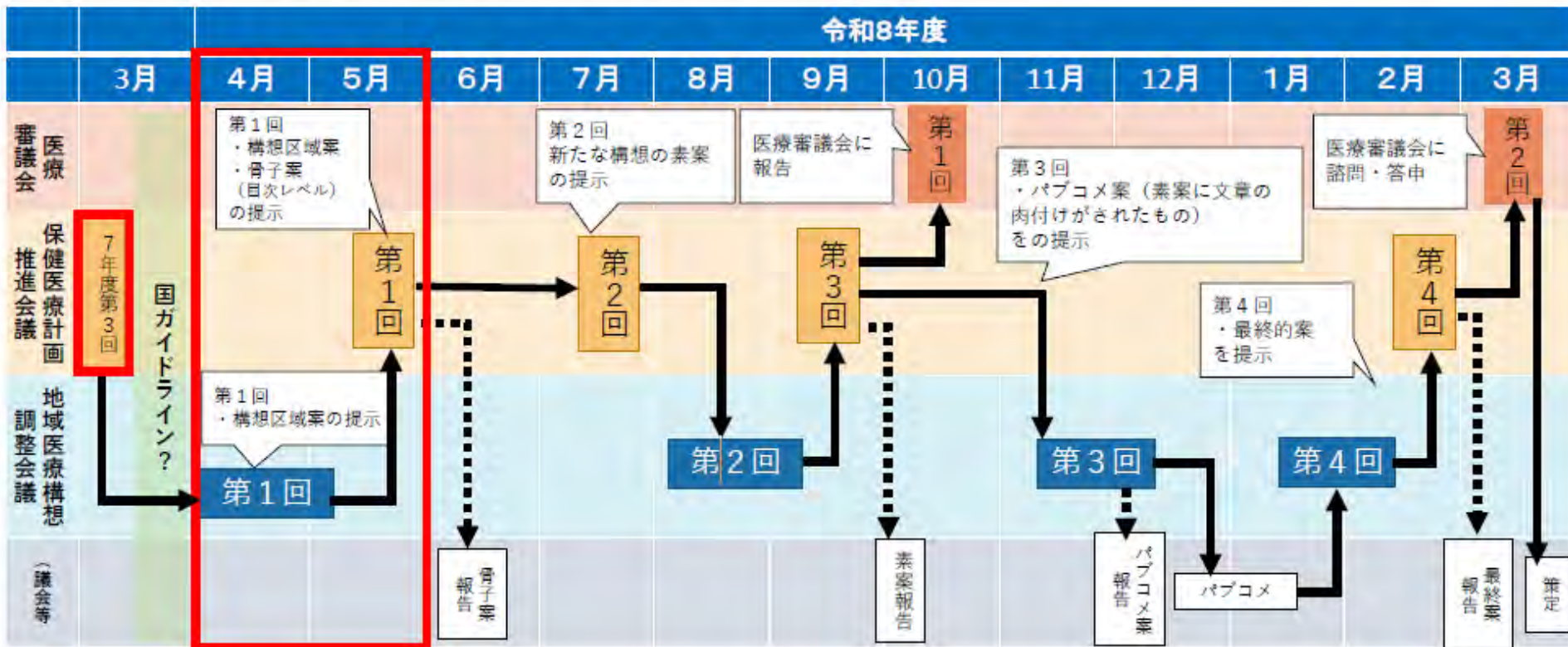
- ・ 令和8年度は、全3回*7方面で実施
- ・ うち2回については、地域医療構想調整会議「地域医療検討会」開催日程と同日を想定（2部構成）
- ・ 対面による会議開催を基本（オンライン環境の有無等については現在調整中）



【ご参考】 地域医療検討会：横浜は全市でひとつの構想区域ですが、7方面別に関係病院間で病床機能分化・連携等に関する議論をしています。
 東部：東部病院(鶴見区)、北東部：横浜労災病院(港北区)、北部：藤が丘病院(青葉区)、西部：西部病院(旭区)、
 南西部：横浜医療センター(戸塚区)、南部：南部病院(港南区)、中央部：市民病院(神奈川区)

1 令和8年度の検討スケジュール案

〔イ 新たな地域医療構想の策定スケジュール案〕



令和7年度 第1回東部エリア 医療・介護連携ワーキンググループ

日時 令和7年8月26日(火)
19時～19時45分
済生会横浜市東部病院

次 第

1 開 会

2 自己紹介

ご所属とお名前に加えて、皆様の施設や病院の特徴などを簡単に、お一人あたり1分程度でお話しください。

3 医療・介護連携ワーキンググループについて（横浜市から説明）

4 フリートーク

第1回のテーマ 急性期病院への搬送

施設や自宅で退庁が急に悪くなった方を、救急車などで病院に搬送する場面を想定

日頃感じていらっしゃる困りごとや課題認識、また好事例や工夫、今後に向けた「あったらいいな」など、それぞれのお立場から見ること・感じていることをお話ください。

5 その他(事務連絡)

次回
第2回医療・介護ワーキンググループ
令和7年9月下旬 開催予定

CITY OF YOKOHAMA

第1回東部圏域地域医療検討会 医療介護WG

2025年8月26日

明日をひらく都市
OPEN X PIONEER

○ 次第

- ・ ご挨拶
- ・ 自己紹介
- ・ 議題1:WG企画趣旨について
- ・ 議題2:コメント・フリートーク
- ・ 閉会・次回予告
- ・ アンケートのお願い

○ 議題1:WG企画趣旨について

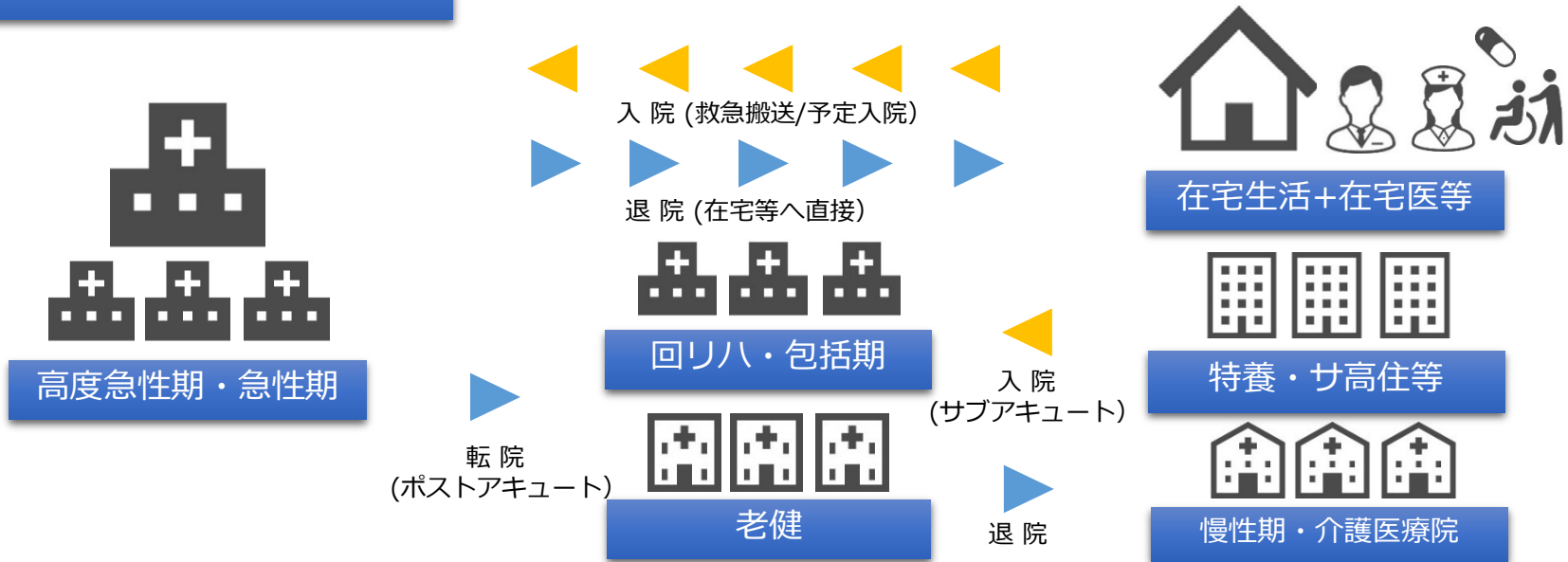
2040年を見据え「地域完結型医療」の推進を目指すなかで、今年度、2圏域[東部・南部]でワーキンググループによる議論をはじめます。医療・介護が連携し、地域一体となった議論の充実をねらうところですが、今回WGの企画趣旨と、その背景にある課題認識・関連データ、および皆様をお願いしたいことについて、ご説明します。

地域完結型医療の推進に向けて

背景 (2040年を見据えたシフトチェンジ)

- **ネットワーク型医療提供体制**を構築し、**それぞれ適所で医療提供**できることを目指す
 [提供側] 生産年齢人口減 → 現有資源のフル活用(生産性・効率性の向上)、ニーズと得意のマッチング
 [需要側] 量的・質的変容、さらなる高齢化 → 慢性・多疾患併存/看取り/治す医療と治し支える医療
- **病床機能間(高度急性期・急性期・回復期・慢性期、在宅)**の連携だけでなく、
医療・介護間(病院・在宅・施設)のシームレス・効率的効果的な連携までを照準とする議論が必要

地域完結型医療イメージ



<議論の視点・ポイント>

高齢者増にともなう医療需要増や求められる内容の変化が想定されます

- ・慢性多疾患の暮らしを支える医療 (在宅(施設)医療介護・多職種連携)
- ・急性増悪・手術検査等入院医療

それぞれの得意特徴・役割がシームレスにつながりながら、市民を支える地域完結型医療提供体制を横浜で進めるにあたり、課題整理や関係構築をどのようにすすめたらよいか



WG趣旨と皆様へのお願い

【WG参加者皆様へのお願い】

これまで地域医療構想の推進に向け、地域医療構想調整会議および7方面別検討会において、医療機関(病院)間の機能分化・連携を中心とする議論が行われてきたところですが、そのすそ野を地域全体にひろげ、「地域完結型医療」の実現に向けた議論の場にシフトチェンジしたい

- * 今後、市内全域で有意義で活発な議論ができるよう、その「枠組み」の在り方を模索しています。今年度2方面WGの先行実施を通じて、**論点・課題の整理**や**運用上お気づきの点・アイデア**など**それぞれの立場から見える「気づき」**について、率直にお寄せいただけると幸いです。

[実務担当者の課題感として…]

- ・ 本件は**地域医療・介護関係者「共通の課題」**だという認識の一致を、実感ベースで築きたい。
(…高齢化や医療需要の見通し(将来像)を見通したうえで、「お互いに大変(共感)」「そのうえで一緒に何ができるか(協調)」の醸成が肝要では)
- ・ 実は普段あまり考えたことのない**「相手方の困難や得意」**を、**どうやったら双方で理解・共感**できるか
(患者の送り手・受け手双方の思いがある。まずはヒザを突き合わせて話すことから、と考え、お声がけさせていただきました)
- ・ そのうえで、取り掛かるべき**「連携の結節点」**はどこで、課題は何で、**どうしたらいいか**(いわゆる論点・課題整理)の議論を深める
<地域ベースで、創造的・前向きに、主体的関わりをもって参画できる**「枠組み」のヒント**をWGを通じて検討したく思っております>

[参考] 関連データ・推計の紹介(別添資料)

議論をはじめるとあたり、いくつか基礎的なデータをまとめました。

全市統計のほか、区別にもデータを整理しましたので、あわせてご参照ください。

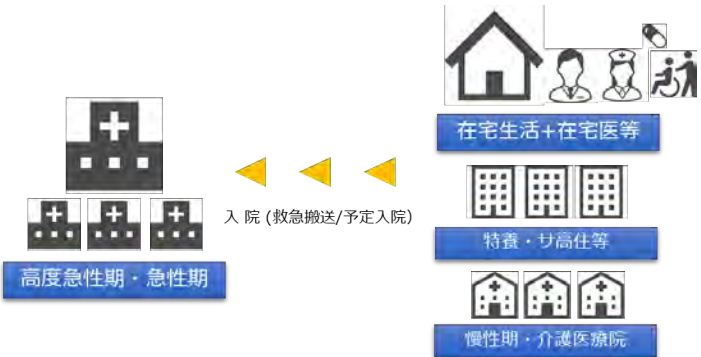
- 1) 方面別・類型別病床機能まとめ ……東部圏域方面別検討会参加病院の病床数まとめです
- 2) 高齢者施設まとめ ……特養・老健・介護医療院ほか、高齢者施設・住まいに関するまとめです
- 3) 将来人口推計……高齢化は引き続き進む(2040には鶴見区75歳以上4.2万人(1.34倍))
- 4) 将来世帯推計……加えて世帯も単身化が進みます。在宅医療介護連携や「ときどき入院、ほぼ在宅」の今後。
- 5) 救急搬送推計……高齢化に比例して、救急搬送需要も伸びていく(特に中等症・重症が伸びる)
- 6) 入院受療推計……高齢化に比例して、入院受療の伸長も想定(鶴見区で1.24倍の試算)
- 7) 入院患者流動……翻って東部圏域の医療機関では、現在これだけの患者を受け入れている(延べ約5万人)

今後の高齢化が想定されるなか、さらなる円滑な連携が重要では。

○ 議題2:コメント・フリートークについて

今後3回のWGにて、連携の各結節点における議論をお願いする予定としていますが、第1回の本日は、「急性期病院搬送」のシーンをテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から日頃皆様が思っている課題感やお気づきの点などを自由にご発言ください。

- …今回のフリートーキングを通じて、例えば、
 - ・実際に自院・自施設で生じている**困りごと・懸案事項**
 - ・また、逆に**得意**とすることや**貢献**できそうなこと
 - ・そのほか当地域における「在宅→急性期」「施設→急性期」をめぐる気になること・気づいたことなどについて、ヒントやキーワードをいただくと幸いです。



- 例えば…
- | | |
|--|--------------------------|
| [急性期] 14日で引継ぎ先が見つかるか心配 | [在宅(家族)] 治るまでしっかり診てほしい |
| [急性期] 治療方針立てづらい(不要?) | [在宅(家族)] とはいえ辛そう。心配。 |
| [急性期] 医療というか福祉的/生活的課題… | [在宅(地域)] ずっと独居。医療も介護も否定的 |
| [急性期] 看取り方針だったのでは | [施設側] いざとなると不安。親族も揺れていて |
| [急性期] 施設看護師に指示は仰いだ…? | [施設側] 夜勤看護師は判断つかず搬送で |
| [急性期] 土日は体制弱くて/若手宿直医で経験浅く不安定 | |
| [急性期・施設側] 患者情報伝送り事項や事案別の対応方針を予め共有できれば… | |

[東部方面] 医療・介護WG 参考資料集

資料1_方面別*4類型別病床数 (*R6病床機能報告(速報)より)

資料2_高齢者施設数まとめ (*R7.5老人ホーム等一覧より)

資料3_横浜市将来人口推計(2020国調ベース)

資料4_横浜市将来人口推計(世帯構成(单身)*65歳以上)

資料5_救急搬送推計(年齢別,重症度別 *R6搬送実績より試算)

資料6_入院需要推計(*R5患者調査(入院受療率)より試算)

資料7_方面別*患者流動状況 (*R6病床機能報告(速報)より)

【資料1】東部圏域＊4類型別病院一覧

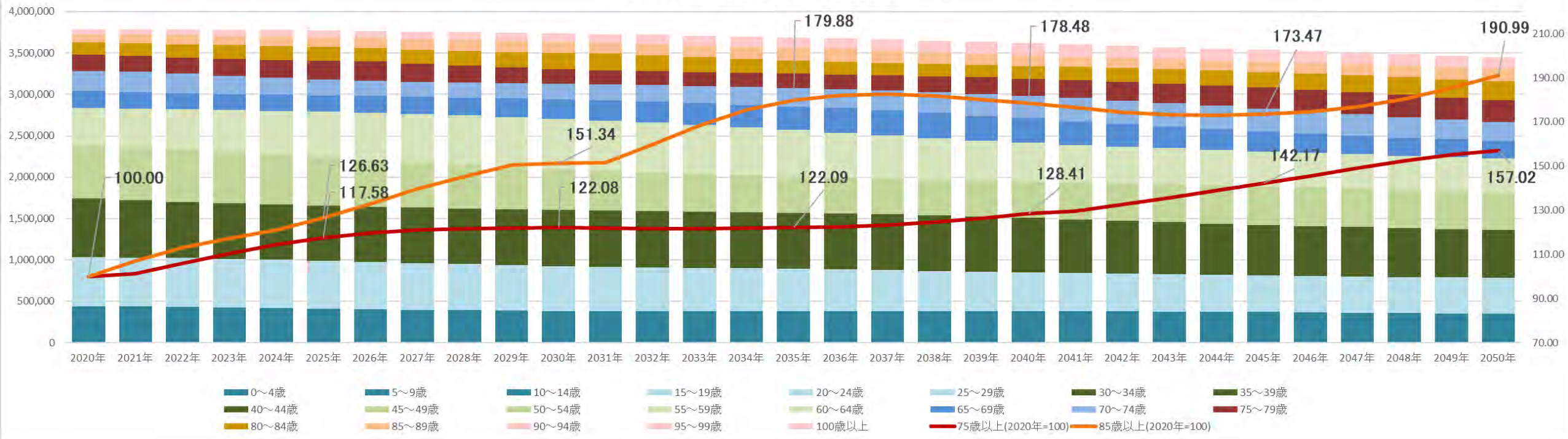
市区町村名称	病院名	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休	休	合計
横浜市鶴見区	済生会横浜市東部病院	425		87	0	0	0	512
横浜市港北区	菊名記念病院	21		195	0	0	0	216
横浜市神奈川区	大口東総合病院	0		162	0	0	0	162
横浜市神奈川区	神奈川県済生会神奈川県病院	0		145	36	18	0	199
横浜市鶴見区	汐田総合病院	0		104	220	0	0	324
横浜市鶴見区	横浜石心会病院	0		60	0	0	0	60
横浜市鶴見区	佐々木病院	0		57	0	0	0	57
横浜市鶴見区	平和病院	0		43	63	40	0	146
横浜市鶴見区	片山整形外科記念病院	0		38	0	0	0	38
横浜市鶴見区	鶴見大学歯学部附属病院	0		32	0	0	0	32
横浜市鶴見区	横浜鶴見リハビリテーション病院	0		0	114	114	0	228
横浜市神奈川区	神奈川県済生会 東神奈川リハビリテーション病院	0		0	106	0	0	106
横浜市鶴見区	ふれあい鶴見ホスピタル	0		0	102	108	0	210
横浜市港北区	大倉山記念病院	0		0	65	49	0	114
横浜市鶴見区	生麦病院	0		0	41	0	0	41
横浜市神奈川区	古川病院	0		0	0	98	0	98
横浜市鶴見区	徳田病院	0		0	0	60	0	60
横浜市鶴見区	森山病院	0		0	0	60	0	60
横浜市神奈川区	仁恵病院	0		0	0	40	0	40
		446	923	747	587	0	0	2703
		16.5%	34.1%	27.6%	21.7%	##	#	

【資料2】東部圏域・高齢者施設等まとめ

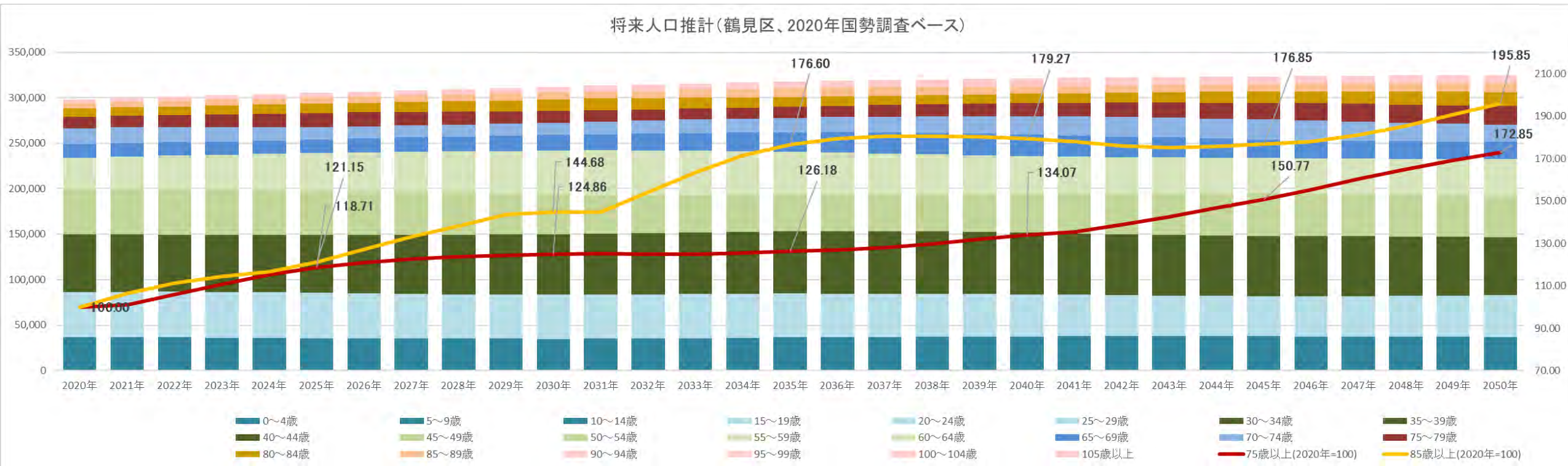
	鶴見区	鶴見区	神奈川区	神奈川区	港北区	港北区
	定員(人)	施設数(か所)	定員(人)	施設数(か所)	定員(人)	施設数(か所)
特養・従来型	341	2	346	3	0	0
特養・ユニット型	420	5	846	8	530	4
老健・従来型	50	1	519	4	592	5
老健・ユニット型	0	0	24	1	100	1
医療院	0	0	0	0	12	1
介護付有料	945	13	385	7	803	12
住宅型有料	401	18	679	13	555	14
サ高住	236	6	410	10	742	14
軽費	0	0	0	0	0	0
ケアハウス	0	0	0	0	0	0
養護	0	0	0	0	0	0
グループホーム	261	15	297	19	378	23
ショートステイ	0	2	0	0	0	2
小多機	247	9	323	12	221	8
看多機	0	0	0	0	58	2
	2901	71	3829	77	3991	86

【資料3(全市)】将来人口推計(2020年国勢調査ベース)

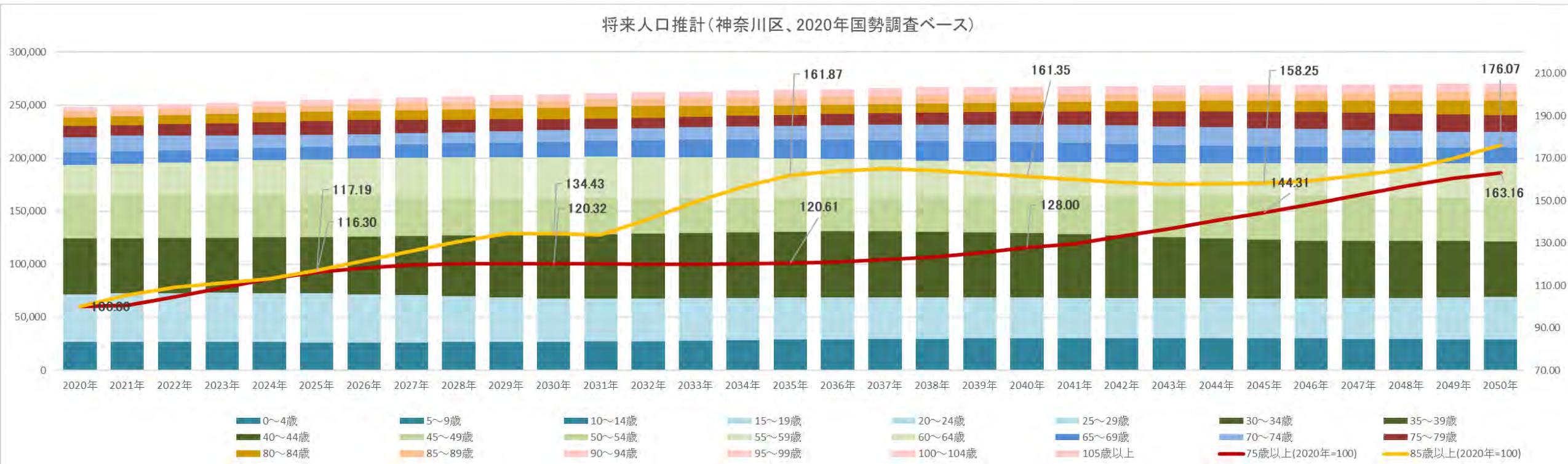
将来人口推計(横浜市、2020年国勢調査ベース)



【資料3(鶴見区)】将来人口推計(2020年国勢調査ベース)

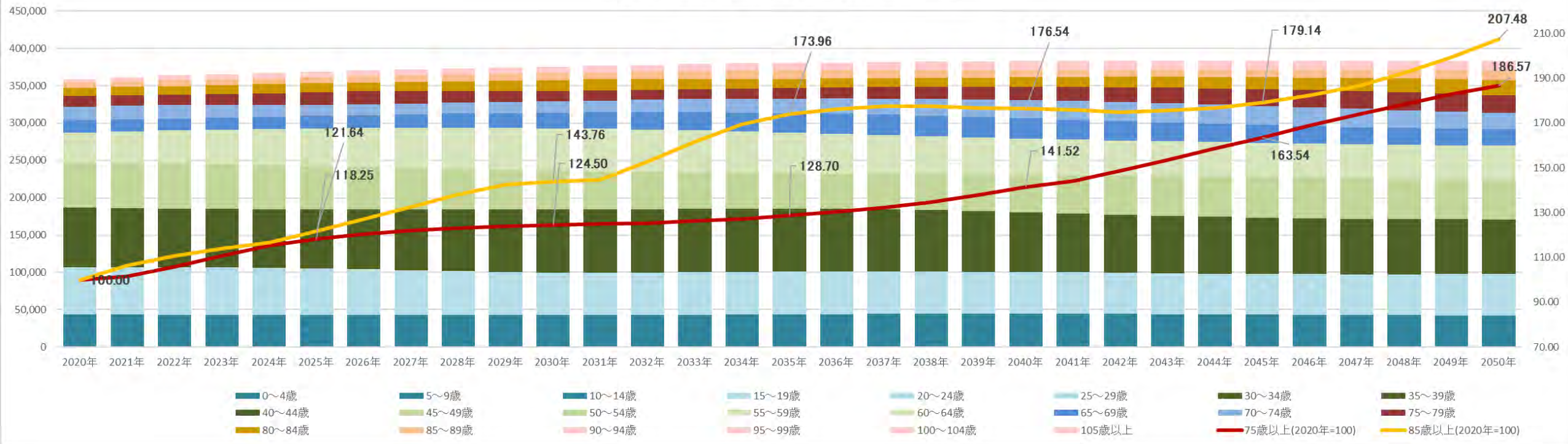


【資料3(神奈川区)】将来人口推計(2020年国勢調査ベース)



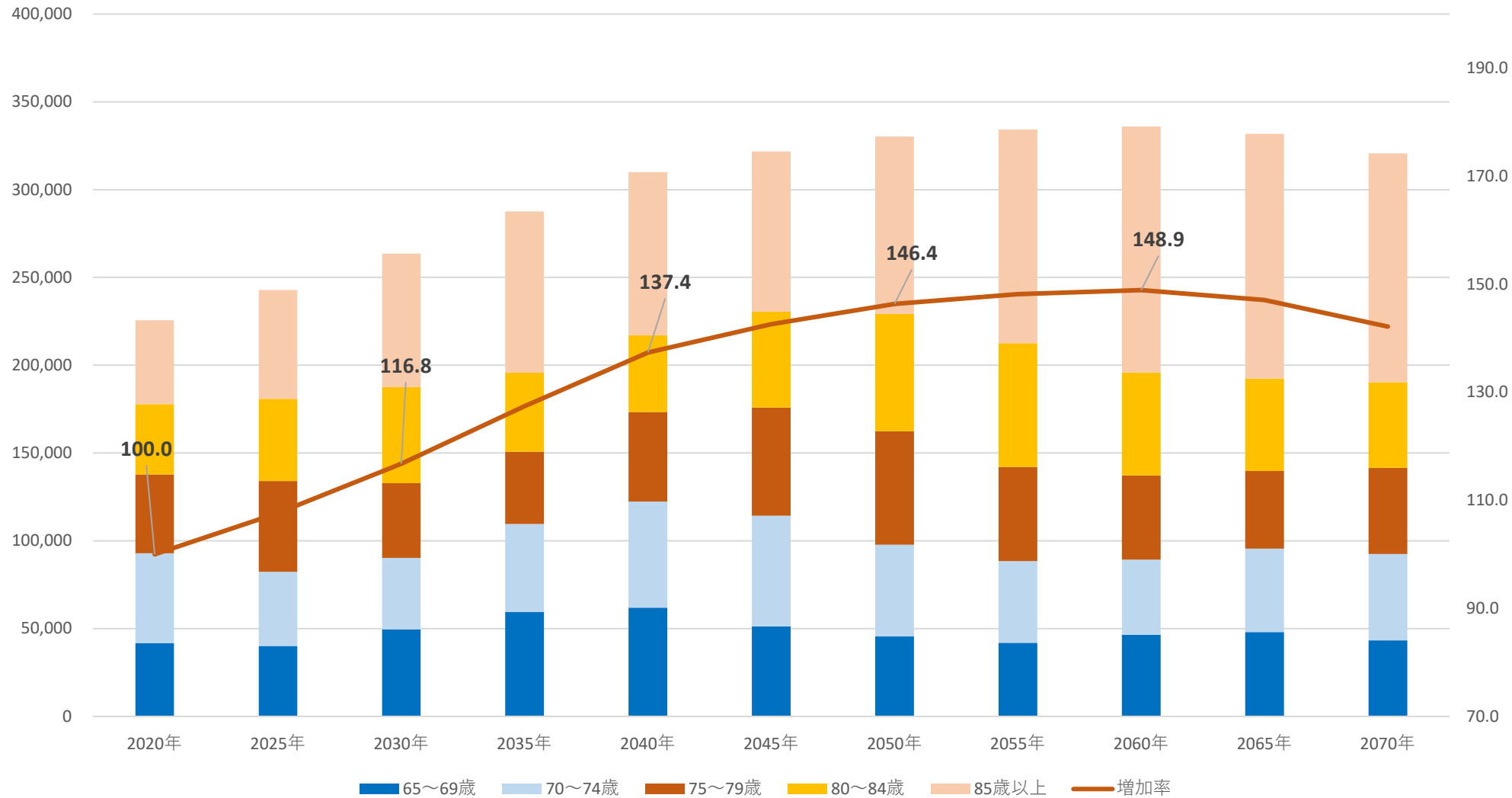
【資料3(港北区)】将来人口推計(2020年国勢調査ベース)

将来人口推計(港北区、2020年国勢調査ベース)



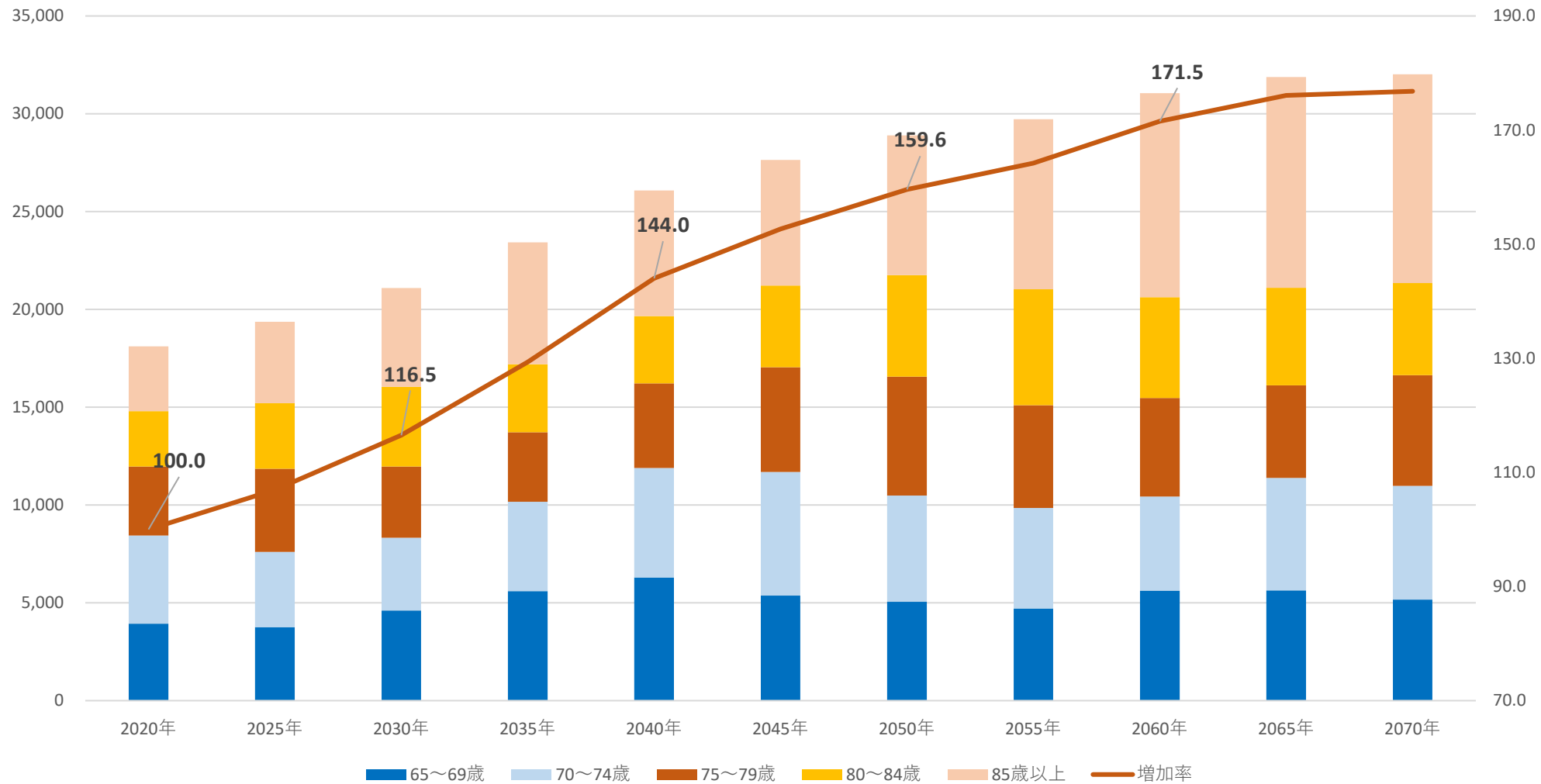
【資料4(全市)】将来人口推計・世帯類型(65歳以上*単身世帯)

将来人口推計 世帯構成(横浜市,65歳以上・単身世帯)



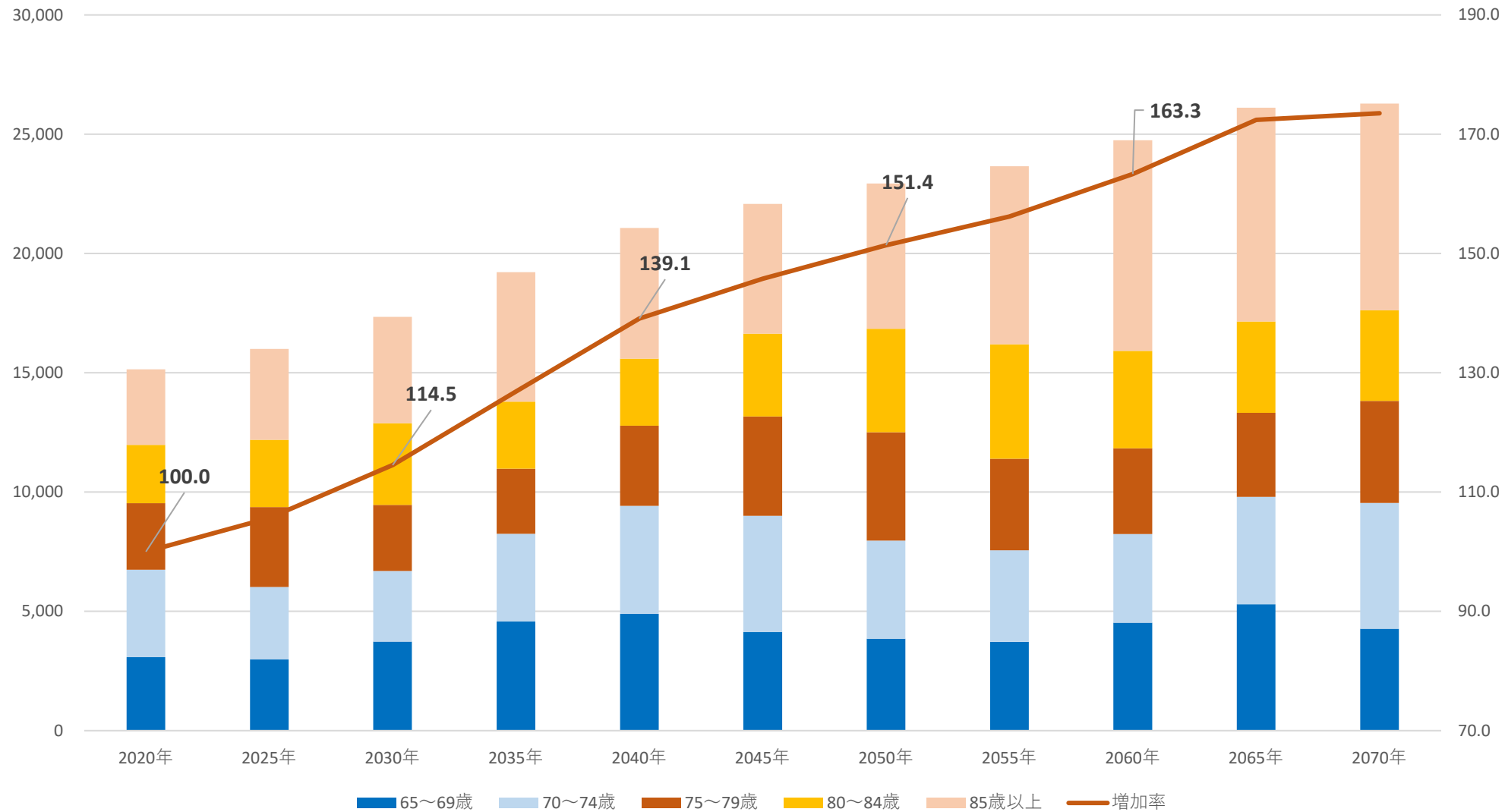
【資料4(鶴見区)】将来人口推計・世帯類型(65歳以上*単身世帯)

将来人口推計 世帯構成(鶴見区,65歳以上・単身世帯)



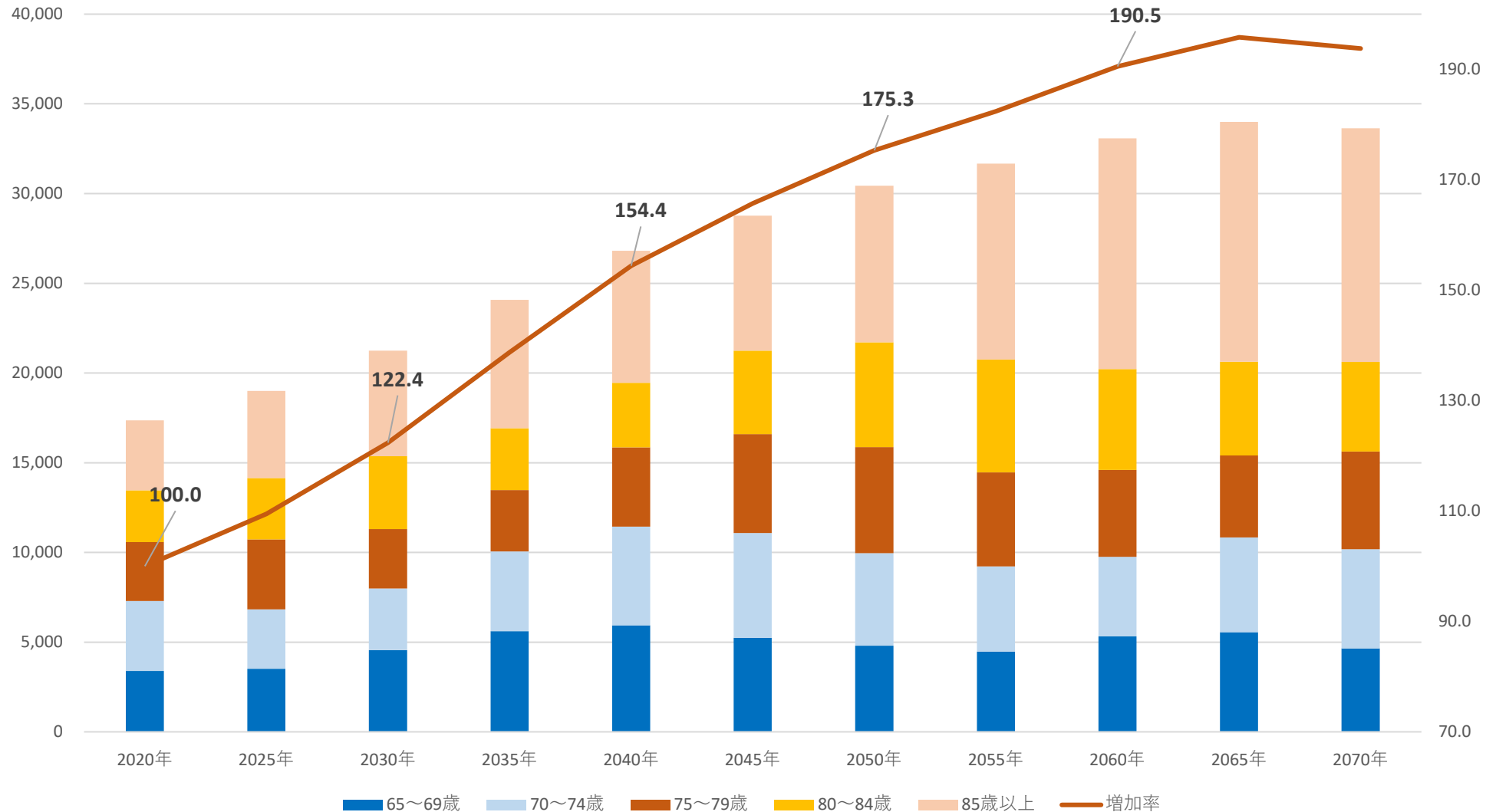
【資料4(神奈川区)】将来人口推計・世帯類型(65歳以上*単身世帯)

将来人口推計 世帯構成(神奈川区,65歳以上・単身世帯)



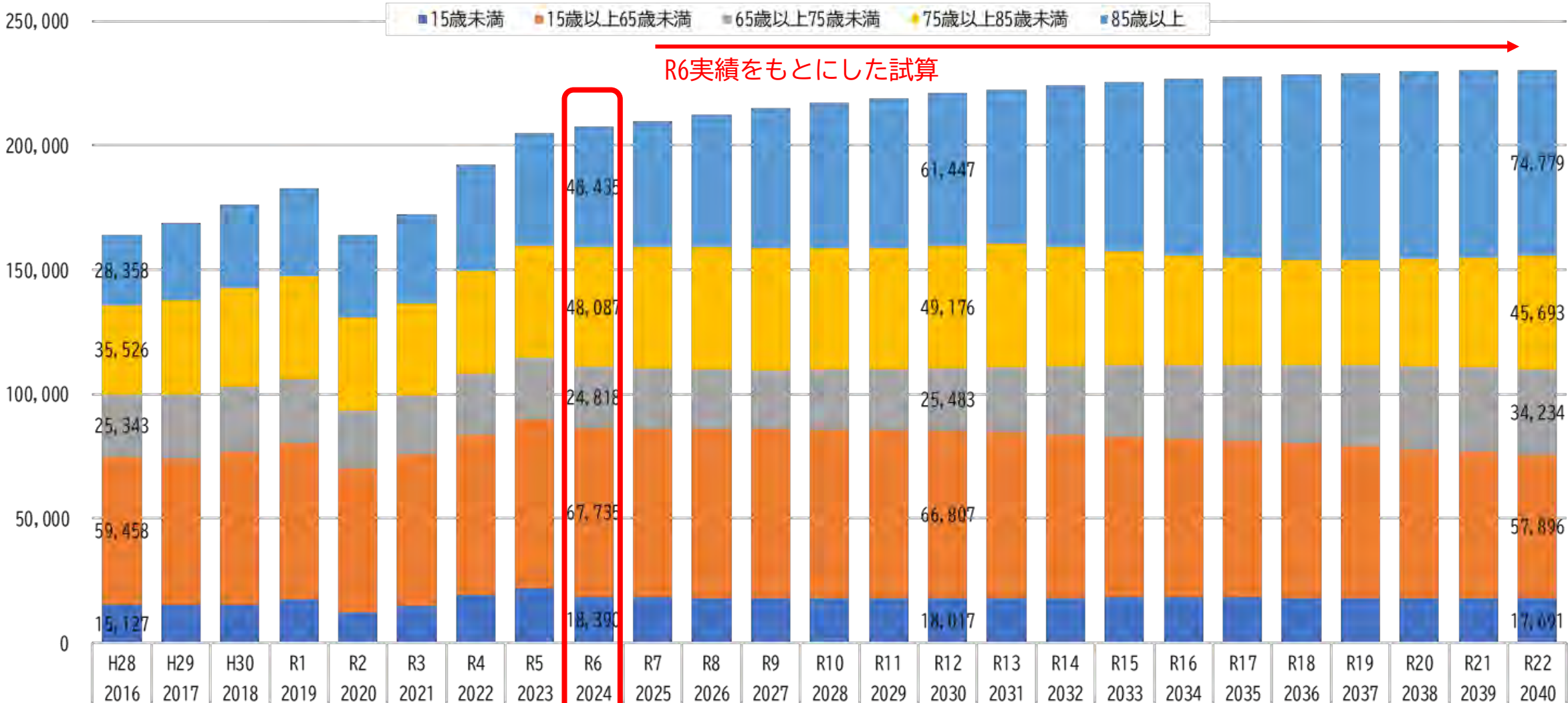
【資料4(港北区)】将来人口推計・世帯類型(65歳以上*単身世帯)

将来人口推計 世帯構成(港北区,65歳以上・単身世帯)

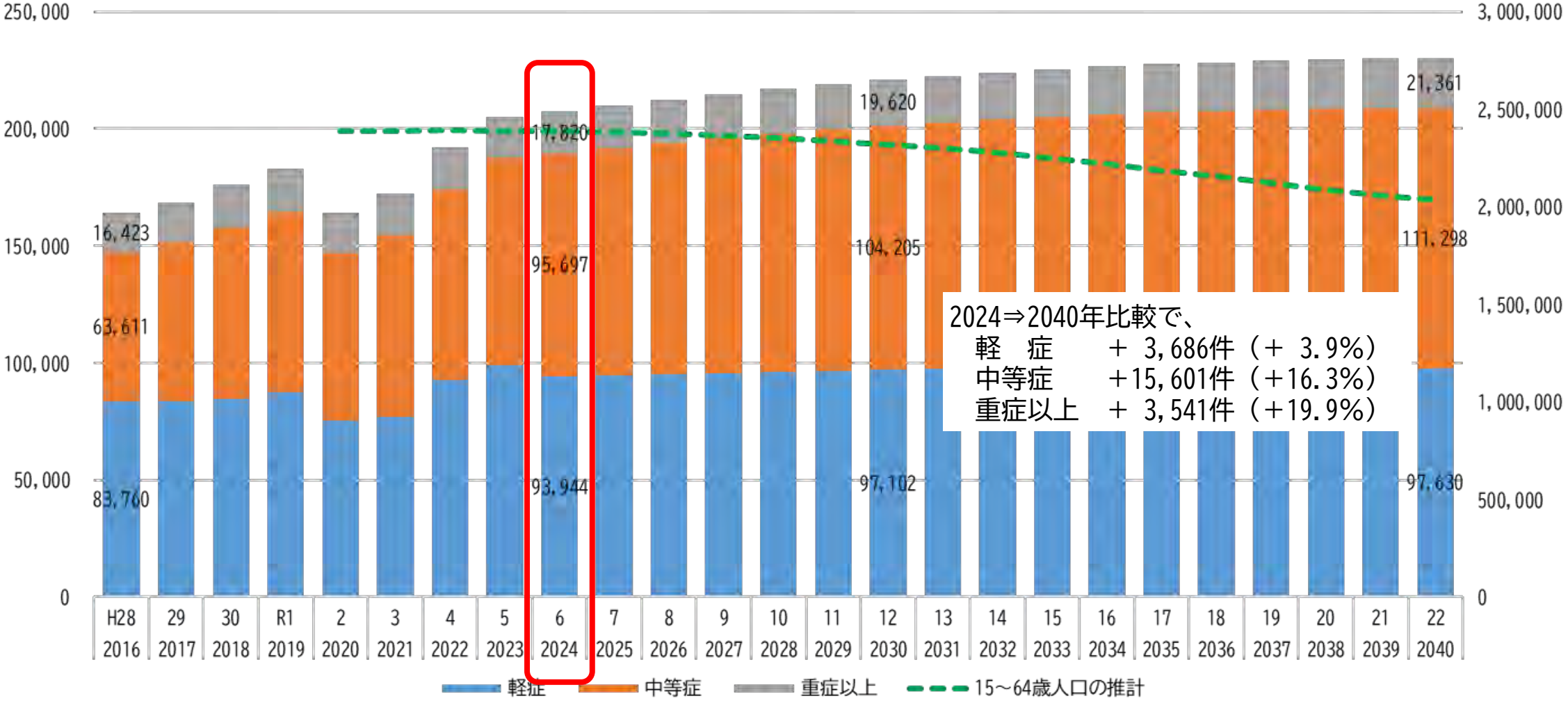


【資料5-1:救急搬送推計(全市)】年齢別搬送件数試算(R6実績*将来人口推計)

⑤年齢別搬送件数の推移と将来予測(横浜市)



【資料5-2:救急搬送推計(全市)】重症度別搬送件数試算(R6搬送率*将来人口推計)



【資料6】入院受療推計(試算)について

○ 推計の考え方

- ・ 横浜市将来人口推計(中位、2020年国勢調査ベース)より 性・年齢階級別推計人口を参照
- ・ 患者調査(厚生労働省、令和5年)より 神奈川県内の性・年齢階級別入院受療率を参照
- ・ 将来人口推計と入院受療率を乗じることで推計。
- ・ なお受療率については、R5調査時を据え置いて計算

<留意事項>

*入院受療率は、一般・療養・精神・感染症すべて含んだものとなっています。また急性期・回復期・慢性期の別もありません。

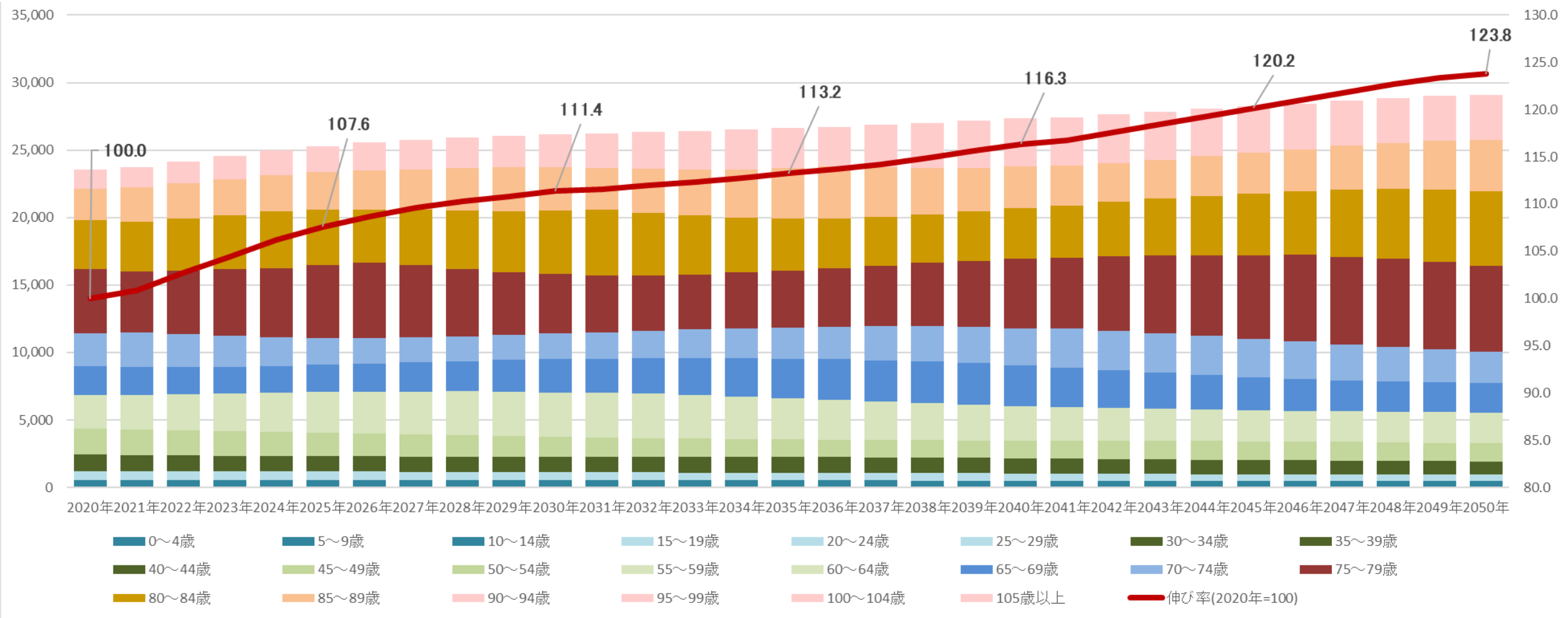
(=類型別の需要の推移・変動などの表現はできていないものです)

*受療率は10歳刻み(乳幼児期のみ0~4歳)、最高は「75歳以上」。さらに受療率が上がるであろう80歳、85歳、90歳時の受療率がまるめられている。

*なお全国平均受療率と比べ、神奈川県受療率は各年代ともに20~30%ほど低い傾向。

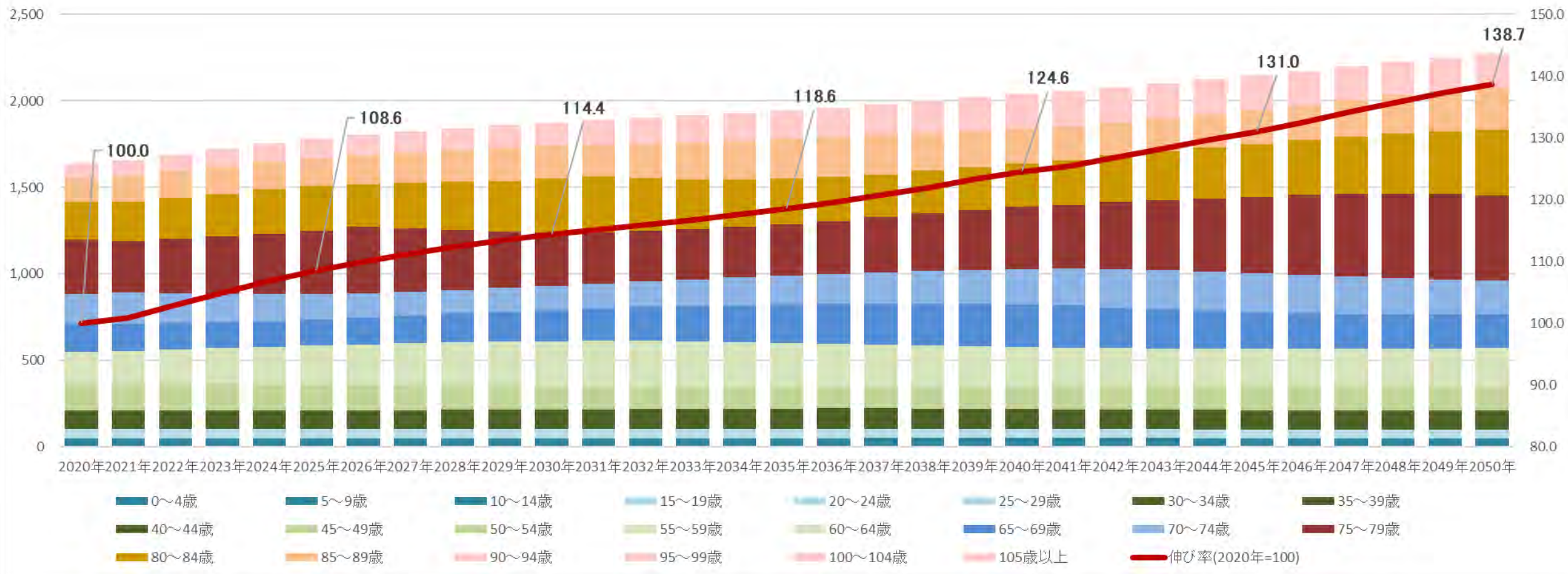
*受療率自体も低下傾向だが、例えば「75歳以上」について前回調査比で3~10%の低減が続く。

【資料6(全市)】入院受療推計(R5入院受療率*将来人口推計)



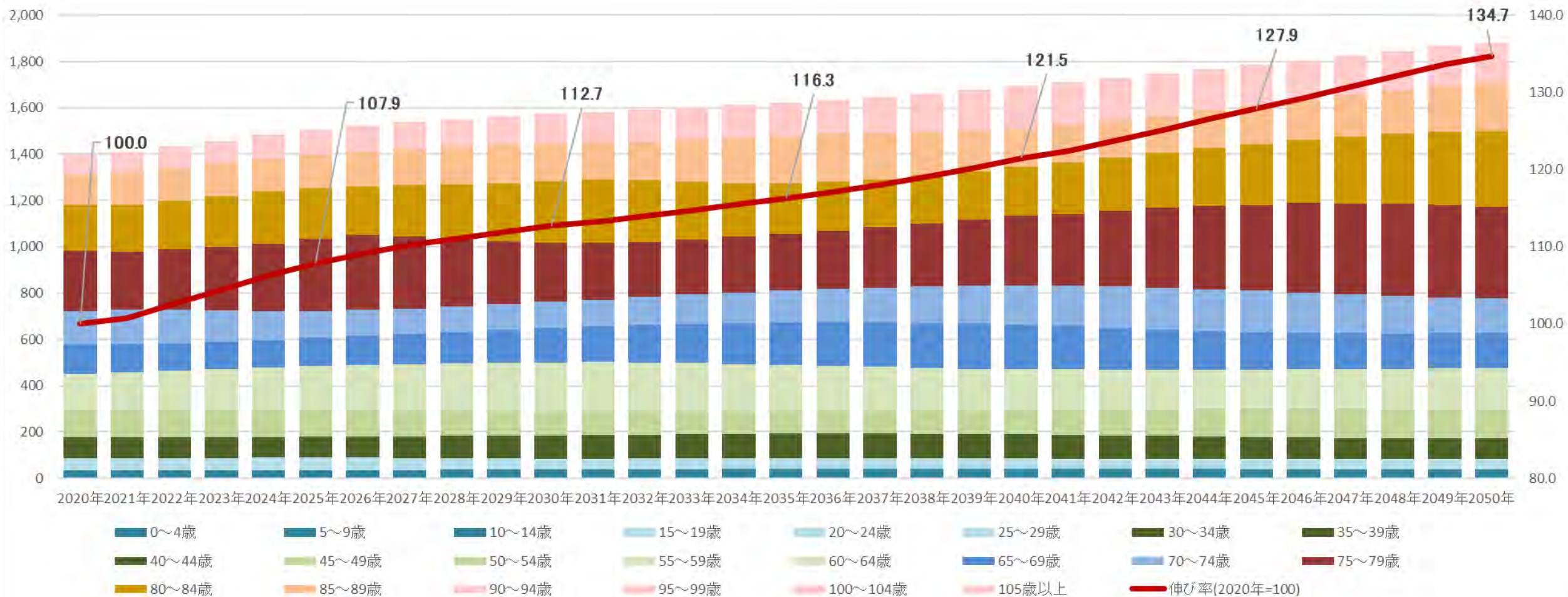
入院受療率(R5,性年齢階級別)に市将来人口推計(R3以降,性年齢階級別)を乗じ試算したもの
・横浜市将来人口推計(2020年国勢調査ベース)・入院受療率(令和5年患者調査(厚生労働省)より)

【資料6(鶴見区)】入院受療推計(R5入院受療率*将来人口推計)



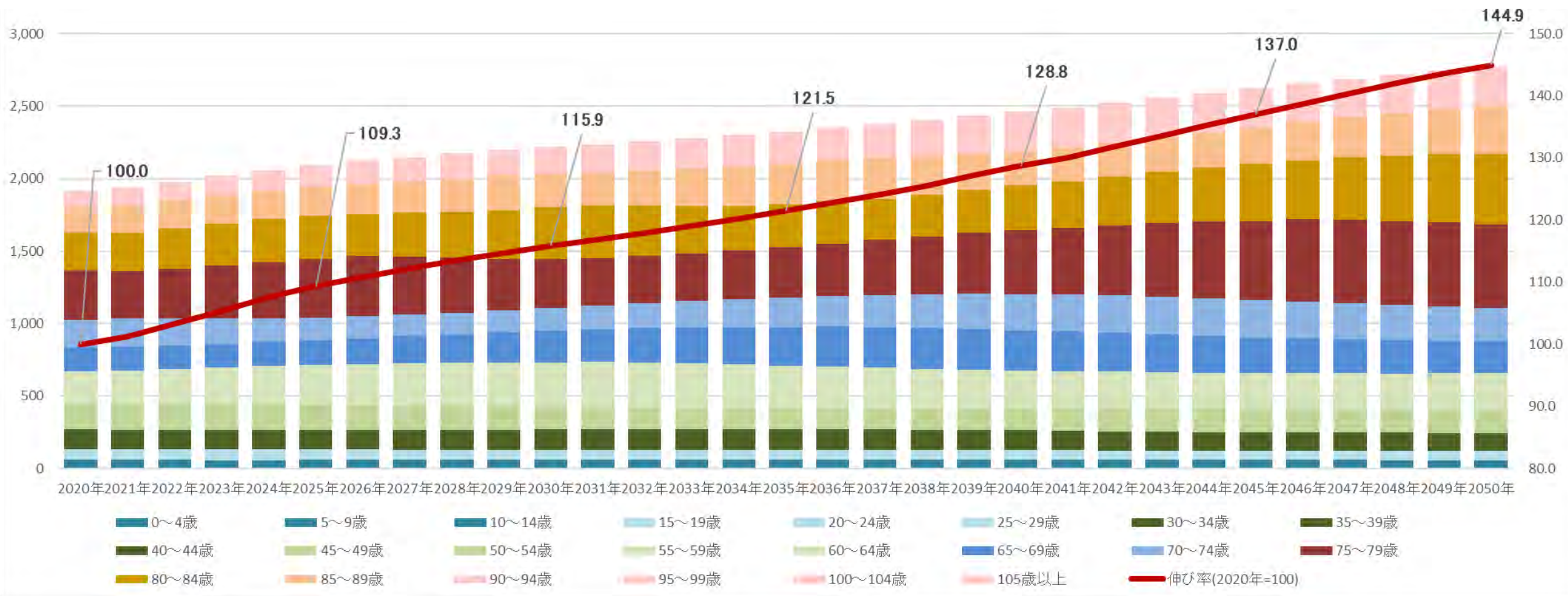
入院受療率(R5,性年齢階級別)に市将来人口推計(R3以降,性年齢階級別)を乗じ試算したもの
・横浜市将来人口推計(2020年国勢調査ベース)・入院受療率(令和5年患者調査(厚生労働省)より)

【資料6(神奈川区)】入院受療推計(R5入院受療率*将来人口推計)



入院受療率(R5,性年齢階級別)に市将来人口推計(R3以降,性年齢階級別)を乗じ試算したもの
・横浜市将来人口推計(2020年国勢調査ベース)・入院受療率(令和5年患者調査(厚生労働省)より)

【資料6(港北区)】入院受療推計(R5入院受療率*将来人口推計)



入院受療率(R5,性年齢階級別)に市将来人口推計(R3以降,性年齢階級別)を乗じ試算したもの
・横浜市将来人口推計(2020年国勢調査ベース)・入院受療率(令和5年患者調査(厚生労働省)より)

【資料7】病床機能報告データについて

データについて

- ・ 医療法に基づき、年1回病棟単位で都道府県あて報告するもの。 ＊一般・療養病床が対象
- ・ 当データは令和7年4月に県より提供いただいた速報版（令和5年4月～令和6年3月実績値）
（＝クリーニング前のもの。入力ミスや不整合等あり、参考としてご覧ください）
- ・ 各病院の7方面割り振りについては、令和7年7月調べ。複数方面に参加する場合は都度計上。

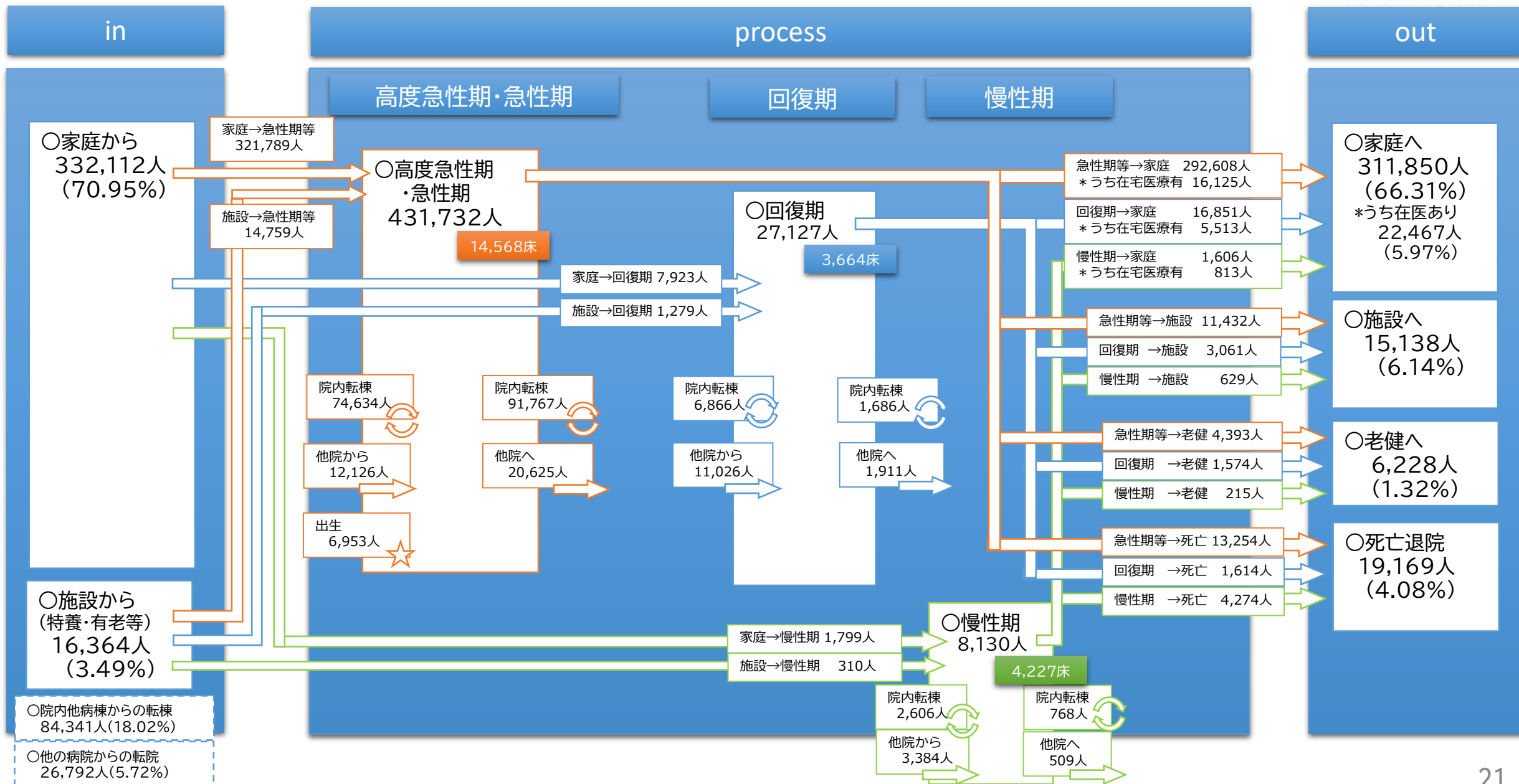
今回の資料は「入院経路」「入院元」「退院先」「うち在宅医療の要否」について整理したものです。

【資料7:患者流動状況データ(全市)】(R6病床機能報告より)

	(6) ①一般 病棟 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(42) ①新規 入棟患者数	(43) ①のう ち、 予定入 院 の患者・ 院内の他病 棟からの転 棟患者	(44) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院以外 の 入院患者	(45) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院 の患者	(48) ①新 規入棟患者 数	(49) 上記① のうち、 院 内の他病棟 からの転棟	(50) 上記① のうち、 家 庭からの入 院	(51) 上記① のうち、 他 の病院、診 療所からの 転院	(52) 上記① のうち、 介 護施設・福 祉施設から の入院	(53) 上記① のうち、 介 護医療院か らの入院	(54) 上記① のうち、院 内の出生	(55) 上記① のうち、そ の他
1高度急性期	3585	0	146220	89196	7032	49992	146291	35929	101638	2965	2852	2	2526	308
2急性期	10983	0	285440	182259	28270	74911	285441	38705	220151	9161	11902	3	4427	1091
3回復期	2414	1250	27125	22723	2296	2106	27127	6866	7923	11026	1278	1	0	31
4慢性期	1466	2761	8123	7434	437	252	8130	2606	1799	3384	299	11	0	24
5休床	203	0	1021	473	302	246	1022	148	600	256	16	0	0	1
6休床	9	0	88	88	0	0	88	87	1	0	0	0	0	0
	18660	4011	468017	302173	38337	127507	468099	84341	332112	26792	16347	17	6953	1455
				64.56%	8.19%	27.24%		18.02%	70.95%	5.72%	3.49%	0.00%	1.49%	0.31%

	(6) ①一般 病棟 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(56) ②退棟 患者数	(57) 上記② のうち、 院 内の他病棟 へ転棟	(58) 上記② のうち、 家 庭へ退院	(59) 上記② のうち、 他 の病院、診 療所へ転院	(60) 上記② のうち、 介 護老人保健 施設に入所	(61) 上記② のうち、 介 護老人福祉 施設に入所	(62) 上記② のうち、 介 護医療院に 入所	(63) 上記② のうち、 社 会福祉施 設・有料老 人ホーム等 に入所	(64) 上記② のうち、 終 了(死亡退 院等)	(65) 上記② のうち、そ の他	(66) ①当該 病棟から退 院した患者 数	(67) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 在宅 医療を必要 としない患 者	(68) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 自院 が在宅医療 を提供する 予定	(69) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 他施 設が在宅医 療を提供す る予定	(70) 上記① のうち、退 院後1か月 以内の在宅 医療の実施 予定が不明 の患者
1高度急性期	3585	0	146584	54809	79103	5613	308	344	1	1179	5052	175	91775	87736	392	3068	579
2急性期	10983	0	287883	36958	213505	15012	4085	3863	38	6007	8202	213	250925	223222	3118	9547	15038
3回復期	2414	1250	26735	1686	16851	1911	1574	1041	12	2008	1614	38	25049	17655	1657	3856	1881
4慢性期	1466	2761	8022	768	1606	509	215	222	70	337	4274	21	7254	5887	295	518	554
5休床	203	0	998	97	785	26	46	0	0	16	27	1	901	475	5	11	410
6休床	9	0	88	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	18660	4011	470310	94406	311850	23071	6228	5470	121	9547	19169	448	375904	334975	5467	17000	18462
				20.07%	66.31%	4.91%	1.32%	1.16%	0.03%	2.03%	4.08%	0.10%		89.11%	1.45%	4.52%	4.91%

○【参考】パス図



【資料7:患者流動状況データ(東部圏域)】(R6病床機能報告より)

	(6) ①一般 病床 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(42) ①新規 入棟患者数	(43) ①のう ち、 予定入 院 の患者・ 院内の他病 棟からの転 棟患者	(44) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院以外 の 入院患者	(45) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院 の患者	(48) ①新 規入棟患者 数	(49) 上記① のうち、 院 内の他病棟 からの転棟	(50) 上記① のうち、 家 庭からの入 院	(51) 上記① のうち、 他 の病院、診 療所からの 転院	(52) 上記① のうち、 介 護施設・福 祉施設から の入院	(53) 上記① のうち、 介 護医療院か らの入院	(54) 上記① のうち、院 内の出生	(55) 上記① のうち、そ の他
1高度急性期	446	0	22193	14759	1531	5903	22193	6032	15136	472	280	0	272	1
2急性期	923	0	20172	13178	1084	5910	20172	2925	15449	900	881	0	0	17
3回復期	471	276	6358	5465	399	494	6359	1463	2221	2459	204	1	0	10
4慢性期	230	357	792	665	83	44	793	136	180	470	6	0	0	0
5休床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6休床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2070	633	49515	34067	3097	12351	49517	10556	32986	4301	1371	1	272	28
				68.80%	6.25%	24.94%		21.32%	66.62%	8.69%	2.77%	0.00%	0.55%	0.06%

	(6) ①一般 病床 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(56) ②退棟 患者数	(57) 上記② のうち、 院 内の他病棟 へ転棟	(58) 上記② のうち、 家 庭へ退院	(59) 上記② のうち、 他 の病院、診 療所へ転院	(60) 上記② のうち、 介 護老人保健 施設 に入所	(61) 上記② のうち、 介 護老人福祉 施設 に入所	(62) 上記② のうち、 介 護医療院に 入所	(63) 上記② のうち、 社 会福祉施 設・有料老 人ホーム等 に入所	(64) 上記② のうち、 終 了(死亡退 院等)	(65) 上記② のうち、そ の他	(66) ①当該 病棟から退 院した患者 数	(67) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 在宅 医療を必要 としない患 者	(68) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 自院 が在宅医療 を提供する 予定	(69) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 他施 設が在宅医 療を提供す る予定	(70) 上記① のうち、退 院後1か月 以内の在宅 医療の実施 予定が不明 の患者
1高度急性期	446	0	22603	7292	13401	1240	21	67	1	209	366	6	15311	14541	13	509	248
2急性期	923	0	19878	2956	13841	1589	288	253	0	472	477	2	16922	11562	86	773	4501
3回復期	471	276	6319	386	3674	508	336	169	2	474	766	4	5933	4664	51	948	270
4慢性期	230	357	770	38	108	77	1	6	0	29	510	1	732	647	5	49	31
5休床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6休床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2070	633	49570	10672	31024	3414	646	495	3	1184	2119	13	38898	31414	155	2279	5050
				21.53%	62.59%	6.89%	1.30%	1.00%	0.01%	2.39%	4.27%	0.03%		80.76%	0.40%	5.86%	12.98%

令和7年度 第2回東部エリア 医療・介護連携ワーキンググループ

日時 令和7年10月1日(火)

17時半～

済生会横浜市東部病院

次 第

1 開 会

2 議題

(1) 前回の議事概要およびアンケートについて

(2) フリートーク1 「回復期病院への入退院」について

「回復期病院への入退院(ポストアキュート/サブアキュート)」のシーンをテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から、日頃みなさまが思っている課題感やお気づきの点などを自由にご発言ください。

* ポストアキュート (post-acute:急性期後):急性期治療後も、入院治療・リハビリが継続して必要な場合

* サブアキュート (sub-acute:亜急性期):(救急搬送によらず)中程度の医療ケアが必要な際の入院治療
回復期病院として大きく二つの側面があると思います、どちらでも構いませんのでコメントをいただければ幸いです

(3) フリートーク2 「サルビアねっと」について

「ICT を活用した情報の共有・連携の可能性～サルビアねっとでできたらいいな～」をテーマに、日頃みなさまが思っているお気づきの点などを自由にお聞かせください。

* 地域完結型医療の実現・地域医療介護連携の推進において、ICT 連携への期待は大きいと思っています。

今回の議論では、そのような「ICT 連携(サルビアねっと)の意義・期待」という総論としての所感や

この取り組みが実効性・有用性(実際に期待どおりに使われるか)持てるよう「課題感やアイデア」など

意見交換できたら幸いです(導入時の困りごと/利活用を進めるには/市民にもっと広めるには、など)

3 その他(事務連絡)

次回

第3回医療・介護ワーキンググループ

令和7年10月下旬～11月上旬 開催予定

CITY OF YOKOHAMA

第2回東部圏域地域医療検討会 医療介護WG

2025年10月1日

明日をひらく都市
OPEN X PIONEER

○ 次第

- ・ ご挨拶
- ・ 議題1:前回の議事概要およびアンケートより
- ・ 議題2:コメント・フリートーク「回復期病院への入退院」について
- ・ 議題3:コメント・フリートーク「サルビアねっと」について
- ・ 閉会・次回予告
- ・ アンケートのお願い

○ 議題1：前回議事概要 および アンケートより

第1回は「急性期病院搬送」をテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から、ご議論いただきました。具体的には、

- ・ 高齢者施設(特養・老健・有老ホーム)→急性期病院
- ・ 在宅生活(在宅医・ケアマネ・訪看・ケアプラザほか地域関係者)→急性期病院

のふたつのシーンを中心に、課題感や好事例をはじめ、多くのご意見をいただきました。

また、アンケートにもご協力いただきありがとうございました、こちらからもたくさんのご示唆をいただきました。前回は振り返るとともに、アンケートでいただいたコメントについても一部ご紹介します。

[キーワード] 信頼関係・リスペクト/相手のできないことを理解/こうあったらいいを伝える/
円満な施設・病院連携(日常の健康管理・予後管理と予定入院)/
「できない」を補ってくれる関係(夜間オンコール・相談・指示判断)/
情報共有(DNAR/本人・家族意思/関係支援者(主治医,ケアマネ等)/基礎疾患/服薬情報etc)

▽高齢者施設における医療対応と救急搬送

- ・ 看取りもやっているが施設単独では難しい。
 - ・ 救急時は**汐田総合病院が受けてくれて助かる**。他にも受入先は多数ある印象。
 - ・ 当施設(有老)では、皮膚科・眼科・精神科が入ってくれており、その方にあった医師を紹介。体調悪化時には**往診し入院如何も判断**してくれる。要入院時は往診医・事務局SW・施設相談員で調整している。
 - ・ **提携医は看取りにも対応**。またもともと自身の主治医にかかり続ける入居者もいる。
- (・ 往診医が多数入ると、施設側はマネジメントが大変ではないか →) そうでもない。
- ・ 夜間吸引がある場合は系列の他ホームを優先紹介することも。

▽高齢者施設における限界

- ・ 特養看取りも現実的・柔軟になってきており(きちんと退院させられるので)助かる。他方、特養に帰せないのは**夜間吸引**がある場合。
- ・ 介護職のたん吸引について約半数の職員が有資格者だが10cm程度が限界。
- ・ **嚥下困難**と**たん吸引**の問題があると施設に帰れない印象。1時間に1回となると難しい。

【◇ポイント1】病院連携が高齢者施設の支えになっている

[施設] 日中は施設看護師、また適宜往診医による訪問あり。

健康状態把握→救急によらず予定入院

夜間体制は弱い(看護師不在) →オンコール相談・指示、連携病院による支援

⇒ 【★検討の視点】**良好な施設病院間連携/関係構築のポイントとは**

- ・ 地域病院との日常的な連携やとりきめとは。
- ・ 信頼関係。ストレスフリーな連携は「お互い頑張っている」から。

▽救急搬送の受け手と送り手の気持ち

- ・在宅医が往診に入った際、心不全で本人が動けなくなったので病院あて入院依頼をしたが、**入院の必要はないと言われた**。在宅医療では対応できないから連絡したのに、**理解しているのだろうか**。
- ・特養から救急搬送を依頼したが、紹介状も何もなく「**何を見てほしいのか**」と苦言を呈された。施設は家であり、生命の危険を感じたから救急要請をただけのこと。**勤務医は在宅・施設を理解していない**。**相互理解をどうはぐくむかが重要**。
- ・**急性期治療する若い医師**は在宅のことがわからない。**救急の指導医**に頑張ってもらう必要があるのでは。
- ・介護側からみて、医療との連携はとりやすくなってきている印象はある。他方で、**入院していると思っていたがいつの間にか退院していた**ということもあり、**情報の共有は課題**。**共有が進めば地域側もできる対応が広がる**。

【◇ポイント2】病院勤務医へのお願い・困りごとと病院側の困りごと

▽在宅医療の実際を理解していない？

- ・在宅医が患者状況を伝えても、入院必要なしと断られた事例

▽特養・高齢者施設の実態を理解していない？

- ・医師・看護師が常時配置されているわけではない
- ・緊急入院が必要かどうか判断できなくて救急を呼んでいる
- ・施設も基本的には自宅と状況は変わらない
- ・入居者の状況を、的確に見立てて報告・相談することは難しい

▽他方で搬送先病院の思いとしても、

- ・本人・家族の治療意向がわからないと対応が難しい

⇒【★検討の視点】連携時の困惑・ストレスをどのように和らげるか

- ・相互理解・信頼関係の醸成。双方の「できる・できない」と「精一杯やったうえでのお願いだ」への理解
- ・EHRに記録を残せば解決できる問題もある？
- 情報共有のルール、インフラを整える

▽病院からの退院時連携でのコツ・困りごと

- ・退院調整が定着してきた。退院調整看護師が窓口となり介護状況や病状を施設に伝えられている。
- ・入院後、**入所者の退院メドが見えない**。急に病棟看護師から連絡が来ることも。院内の流れが特養からはわからない。
- ・ベッドを開けたまま、いつ帰ってくるかわからないという状況も（経営面でも）困っている

▽総括

- ・苦手なことを避けようとすることもあるが、相手のことを考えてできることをやろうとする人も多い。
- ・救急搬送を断るといふ風土は横浜独特。**うちでとらなくても他で誰かがやってくれる**という意識があるのだと思う。医療人としてそういう状況は恥ずかしいと思っている。そうでないものを作りたい。
- ・**根底には情報不足、何を求められているかわからない、ということがあるのではないか。**
- ・この地域には**サルビアねっ**とがある。元は医療だけだったが、介護情報も含め一元化した。患者がいつ退院するかとか、退院支援カンファレンスの進行状況も見ることができる。

【◇ポイント3】相互理解について

- ・特養・在宅（病院へ送る側）病院側（患者を送られる側）双方の「わかってない・わかってくれない」（前述）
- ・他方でお互い信用・信頼できている場合は、ストレスなく頼りあう/持ち場で役割発揮しあう ことができている（高齢者施設の予後管理* 予定入院(救急搬送せずに済む)、夜間急変時の安心(オンコール相談・診療・受入))

⇒ **【★検討の視点】医療介護間の「相互理解・相互信頼」をどのように醸成していくかは地域完結型医療にとっても根幹の問題**

◆情報の共有は課題。共有が進めば地域側もできる対応が広がってくる。

(◆逆に言えばすれ違いから対話を避けていく・諦めていく。信頼関係の構築を妨げる出来事をいかに減らせるか)

◆サルビアねっ(EHR)の利活用が浸透すれば解決できるかもしれない。ICT技術をうまく取り込めれば。

1 今回のワーキンググループに参加した率直なご感想をお聞かせください

YOKOHAMA

▽総じて

- ・ 日常的に連携している事業所からの話を聞いてよかった
- ・ 初めてお会いする事業所もいたので **関係構築の場** になった
- ・ **先生方の熱い思い** を聞くことができ貴重でした
- ・ 鶴見区の病院間は既に良好な理解ができているように感じた
- ・ **医師・責任者の皆様** が、多忙ななか地域の患者・利用者に寄り添い、問題をどう解決すべきかまで考えていると目の当たりに
- ・ **もっと相互理解が必要だ** と理解できたことも収穫だと感じました

▽会議運営上のご意見・コメント

- ・ 相互理解は大切。 **対面での会議** で **それぞれの事業所や病院の特徴をお互い知る** ことで、 **こちらからの関わり方も考えていくことができる** と改めて感じました。
- ・ これだけの人数であれば、 **もう少し話す時間が欲しかった** です。
- ・ **各現場での様子** をもう少し伺ってみたいと思いました。
- ・ 高齢者施設群が新たに加わった点は新しい視点。 **他方で論点設定に課題**、深まった議論にならなかった。
- ・ **普段顔の見えない領域での医療介護活動** に光を当てた議論ができればよい。
- ・ **介護分野から医療に相談・提案したいこと** や、介護の分野で知っておいてほしいことなど、お話ができればよい。HHやデイ事業所などにも範囲を広げて声をかけてもよいのでは。 ・ **救急隊** の声も直に聞いてみたい。

→ 事務局から (所感・ポイントと思われること)

- ・ **初回から各現場での率直なお話** をいただき嬉しく思います。**顔を合わせることで気づき・新たな発見等** のコメントも有難く思います。
- ・ 他方で、 **メンバー構成・規模感と時間配分の難しさ** を感じました
- ・ また医療連携論議に普段から慣れている方もそうでない方も **一緒に議論ができる論点設定・資料づくり** について、今後も研究を重ねてまいります。

2 次回取り上げてほしいテーマがあれば教えてください。

YOKOHAMA

▽ 高齢者住まい(有料老人ホーム・サ高住) 関連

- ・住宅型有料老人ホームを取り巻く環境。根底には慢性期病床の不足
- ・在宅医療分野で最近増加が顕著な有料老人ホームやサ高住の役割に光をあて、**それが果たしている役割**を確認したい
在宅医療で病院機能を代替しているのでは。全市で9500人受入とあるが、**相当な受け皿機能**ではないか。
国資料によると有料老人ホーム**退所理由の6割は死亡退所**。相当の施設内看取りが行われている。
高齢者施設をめぐる在宅医療の実態の見える化、顔の見える連携の推進を。
- ・住宅型有料老人ホームについて、種々の問題が報じられる一方でこれら施設を選ばざるを得ない状況もある、に共感。
「要介護度の低い方々の受け皿がない」「40～50代(高次脳機能障害)の特養入居への抵抗感」「比較的自由度の高さ」
など。その使い方やあり方次第ではこれらの方々のニーズを満たせる良い選択肢になりうるのでは。

▽ その他

- ・マイナ保険証の普及実態が知りたい。機器購入やメンテは病院負担。
- ・生活サポート等の病院利用実態 ・金銭上の困ったことはないか ・キーパーソン不在時の対応方法 など

→ 事務局から(所感・ポイントと思われること)

- ・有料老人ホーム・サ高住の増は引き続き顕著。**特養含め施設連携は重要テーマ**。
- ・(南部圏域事例) **日頃の健康管理と地域病院との信頼関係がしっかりしていれば、増悪する前に**予定入院で穏やかに医療にかかれる**もの**。救急搬送は年5回程度
- ・(南部圏域事例) **施設介護の実際(夜間看護師不在/医師が期待するような申送りは難しい/吸引・点滴常時は不可等/精一杯やっちはいる)**を知っていただけると有難い

2 次回取り上げてほしいテーマがあれば教えてください。

YOKOHAMA

▽ 医療介護間の情報共有、「サルビアねっと」の活用について

- ・ 医療介護間の情報交換がとても大切だと認識。サルビアねっとでの具体的な活用ルールなど話し合えれば。
- ・ 情報共有のためのツールや、他区事例なども聞きたい
- ・ 実態としては医療中心の仕組みに留まっていると感じる。いま現在できる医療介護連携の実利を具体的に紹介し、利用を呼び掛けてほしい。新たな地域医療構想を考えるうえでも、医療と介護をつなぐネットワークとして期待。
- ・ 病院、老健、高齢者施設がサルビアねっと経由で空床状況や費用情報を共有できれば、低コストでマッチングも可では
- ・ 地域に主治医がいてもバックベッドがないため救急隊が苦勞して病院を探す、ということもあります

→ 事務局から (所感・ポイントと思われること)

- ・ 地域完結型医療や医療介護連携を語るうえでサルビアねっとへの期待を改めて感じました
- ・ 特に介護方面(施設をはじめ)での利活用事例の共有・ヨコ展開が喫緊のテーマのひとつ
- ・ 利活用シーンアイデアも様々 (利用者情報共有、バックベッド調整、特養・SS空床情報の共有)
患者の送り手・受け手双方が「情報共有/調整」の論点で困る場面や改善アイデア等を議論できれば

3 その他、会議中に言いそびれたことなど、ご自由にご記入ください。

YOKOHAMA

▽市民理解・家族理解について

- ・遠方の家族や理解を得られない**家族との調整に難渋**。過度な要求が多く退院調整に困ることも。急性期転院の必要性、DPC、地ケア・回り八上限、往診や施設入所条件など、**医療介護の枠組みを理解してもらえよう啓発活動が重要**。今後の医療介護について、患者と家族にも理解を求めていく必要がある。

▽医療・介護間の相互理解について

- ・議論のなかで「介護施設のことをよくわかっていない」「相互理解に乏しい」等の発言があった。私は先日**特養等の見学**をさせてもらったところ、心拍確認はじめ全ベッドに機器導入されていたこと、実際の生活環境を見て理解できたり、利用者とお話する機会も得られた。**相互理解の一環で施設・事業所見学の機会もよいのでは**。
- ・救急搬送を断る事があることへの驚き、という話もあったが、**ケアマネも担当件数上限で断らざるを得ない**ことがある。介護現場も断らないで引き受けることができると安心して暮らすことができるのでしょうか。。
- ・「相互理解」はとても大切。連携は書面より対話、対話より対面がよいと思っており、今回のような**対面の会議**で**それぞれの特徴をお互い知ることができ、こちらからの関わり方も考えていくことができる**と改めて感じました。

→ 事務局から（所感・ポイントと思われること）

「相互理解」「信頼共感」について、両圏域を通じて沢山のコメントをいただきました。

- ・介護関係者/施設関係者はもっと医療提供体制について**知ったほうがいい**
- ・救急医「主訴は何ですか/どんな症状ですか」「本人/家族の意向は？」
- ・救急隊「**なんで救急要請したのですか**」
と言われ、介護・施設関係者が当惑しているということも、議論を通じて呈されました。「**わからないし/把握しきれないなか 精一杯やっている**」ことへの**配慮・リスペクト**や、同じように**医療者も地域介護関係者の何か苦手で・わからないのか、わからないところ**。「あたりまえ」という思い込みを越えて協調協力していくには、**が重要な論点**と感じました。第2回WGも引き続き閣達なご議論をお願いします。

【小括として】第1回WG「高齢者救急を誰が・どこまで・どうやって受けるべきか」の議論のなかで

OPEN & PIONEER

▽ 現在の地域医療（基幹病院・地域病院）の思いとして

- ・もちろん基幹的病院も救急がくれば受けるし、処置はする。でも本来どこまでやるんだらうという現場の声もある。
- ・地域の基幹的病院が、**尿路感染症などの高齢者疾患対応でパンクしてはよくない**よね。
- ・そういう疾患こそ、**われわれ地域の中小病院がきちんと受けられるようにならないといけない**ですよ

という「協力協調関係」のもとに地域医療はまわっている

▽ また、高齢者施設での医療対応の実際について、

- ・施設での日中の健康管理ができていれば、救急資源に頼らず**地域の連携病院に日中予定入院**できる。
- ・地域の連携病院も**イヤなかおせず受け入れてくれる**（特養わかくさ*若草病院のような）
- ・したがって、救急搬送に頼らざるを得ない事例は**年間5件程度**

など、**施設自身が日頃行っていること*地域病院の支援 がきちんとかみ合うと、お互い適切・効果的な医療提供が可能**

▽ 地域連携をめぐる総括として、根底に「信頼関係」「リスペクト」がキーワードとしてあがりましたが、

- ・ **できないことをお互いきちんと理解する**（高齢者施設やケアマネの限界を、(わかっていない)と突き放さず理解共感を)
- ・ **できること/できたらいいなを、理想ベースでも一旦声に出してみる**
（予後管理がもししっかりできれば、救急負荷も減るかもしれない。患者にとってもいいことかもしれない）
- ・ その積み重ねから、**信頼関係・リスペクト・共感協調 を育てていく**（←結局はこの有無がすべてを左右）

が（東部・南部圏域共通で）中心的な話題であり、医療介護共通の重要要因であると感じました。

明日をひらく都市

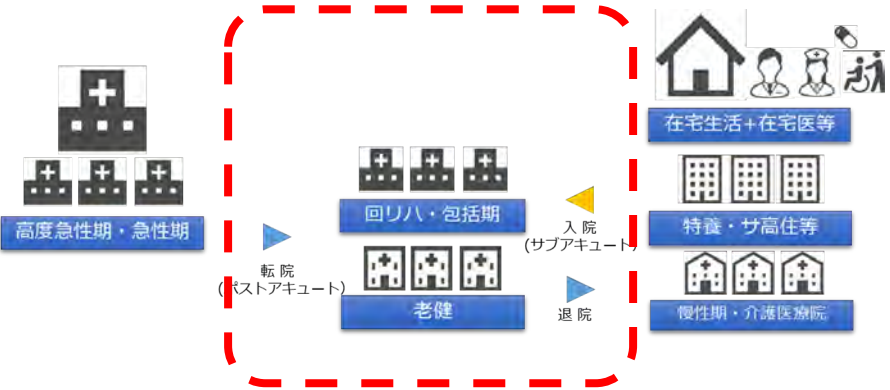
OPEN X PIONEER

YOKOHAMA

○ 議題2：フリートーク「回復期病院への入退院」について

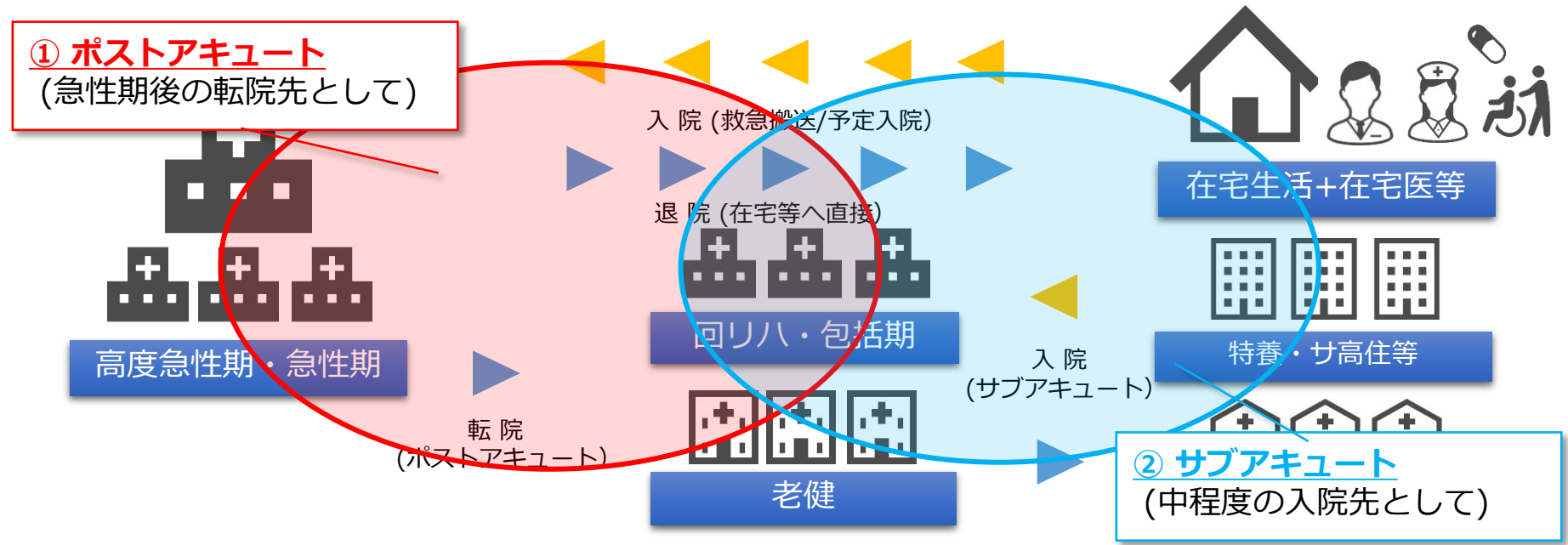
第2回の本日は、「回復期病院への入退院(ポストアキュート・サブアキュート)」のシーンをテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から日頃皆様が思っている課題感やお気づきの点などを自由にご発言ください。

- ・・・前回と同様に、フリートーキングを通じて、例えば、
- ・ 実際に自院・自施設で生じている**困りごと・懸案事項**
- ・ また、逆に**得意**とすることや**貢献**できそうなこと
- ・ そのほか当地域における「ポストアキュート・サブアキュート機能」をめぐる気になること・気づいたことなどについて、ヒントやキーワードをいただけると幸いです。



- 例えば…
- [急性期] 転院先調整が難航。術後3日目では 予後も在宅復帰如何も見えない。
- [在宅医] 急な入院に柔軟に応じてくれると安心。在宅医だけでカバーするのは困難。
- [施設] 日常の健康管理・予後観察はしっかりでも困った時はすぐ相談させてほしい
- [回復期] 申送り内容と実態が異なる・不信感
- [回復期] 在宅復帰率の維持が気になり。
- [回復期] 夜間休日でなければ対応できます。いつもきちんとしているので安心です

- **ポストアキュート (post-acute:急性期後)**：急性期治療後の入院治療・リハビリの場として。
 - …一般的に、手術など集中的な医療が必要な時期は、急性期病院で対応。医師・看護師も比較的手厚い配置。
 - 手術後など**一定の治療を済ませ、必要な医療ケアが落ち着いたら**、相応の体制の医療機関での受療が効率的（*診療報酬制度上、急性期病院は10～15日以内の退院が必要、**継続治療・リハが可能な次の医療機関確保が課題**）
 - **サブアキュート (sub-acute:亜急性期)**：中程度の医療ケアが必要な入院治療・リハビリの場として。
 - …(誤嚥性)肺炎、尿路感染症、脱水・低栄養、心不全等、急性期治療のような集中的な医療ケアは必要ではないが、**在宅・施設から一旦入院し、治療・回復を行うことが適当な場合等**。「ときどき病院、ほぼ在宅」（*在宅医療・施設生活のバックベッドとして、**(救急搬送ではない)一時的な入院加療**が必要なケースのイメージ）
- ⇒ いずれも回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟などが担っていますが、両側面があります。



○ 議題3:フリートーク「サルビアねっと」について

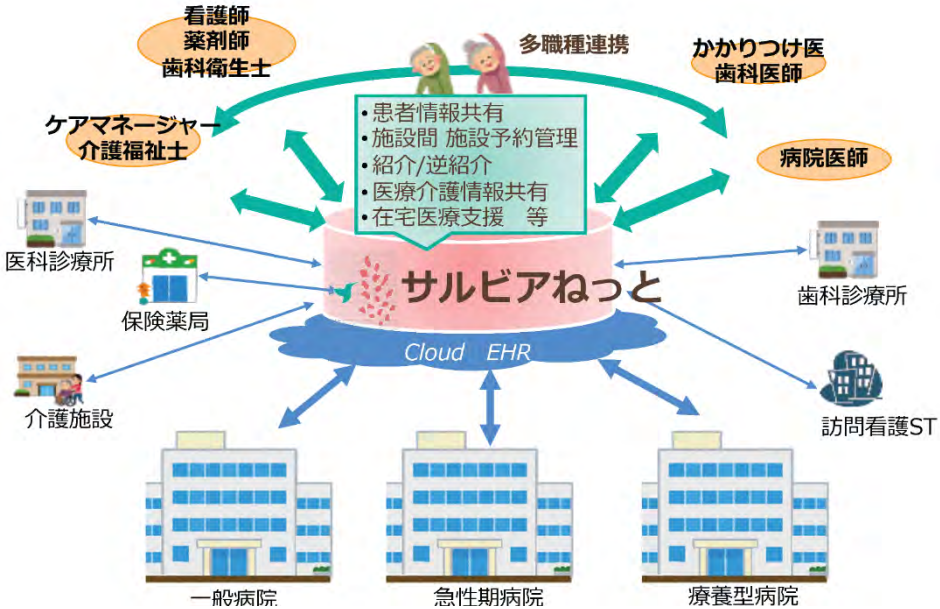
[残りのお時間がありましたら] 2つめのフリートークのテーマとして、
「ICTを活用した情報の共有・連携の可能性～サルビアねっとでできたらいいな～」をテーマに、
日頃皆様が思っているお気づきの点などを自由にお聞かせください。

.....

地域医療介護の重要な連携基盤・インフラとして、この取組がはじまって6年目を迎えます。
地域完結型医療の推進/地域包括ケアシステムの推進 双方の視点から、とても大切な取組となっています。

「(病院・診療所・施設・事業者等が) サルビアねっとを効果的に活用するためのヒントやアイディア」
「(市民のかたが)もっとこの取組について知っていただき、参加していただくためのヒントやアイディア」

などについて、ご意見・ご感想、お気づきの点などお話しください。



- 例えば…
 - 急性期からの転院調整時、こんな情報が事前にわかれば受け入れがよりスムーズになるのに。
 - これまで電話やFAX、紙でやり取りしている情報や資料、電子化できないかな。
 - 退院支援・在宅復帰のケアマネージャー・訪問看護・訪問リハ・福祉用具業者など多職種との調整に時間を取られる。
 - 退院後のフォローアップが行き届かない、服薬支援、栄養管理、こんなことが困っている。
 - 退院後の通所・訪問リハビリへの移行・引継ぎをスムーズにしたい。

○ 地域医療介護連携ネットワーク(EHR)の必要性・意義

高齢化による医療需要増加や生産年齢人口の減少が進行する2040年の到来に向け、医療・介護機関等が連携し、効率的で質の高い医療・福祉の提供を行う体制構築が急務。地域医療介護連携ネットワークは、デジタル技術を活用し効率的に多職種連携が可能な仕組み。

医療介護担い手メリット

“多職種によるシームレスな連携”

- ・(病院)退院調整がスムーズになり在院日数が減少/看取りを見据えた治療や情報提供
- ・(診療所)患者の再検査時に機器予約スムーズ/最新技術を参照し標準治療のレベルアップ
- ・(在宅医/訪看)サマリーに沿って一貫した診療/急変時の迅速な情報連携
- ・(介護)医療とつながり急変時も安心、入院時に普段の生活状況を共有
- ・(共通)加算取得により診療報酬/介護報酬がアップ

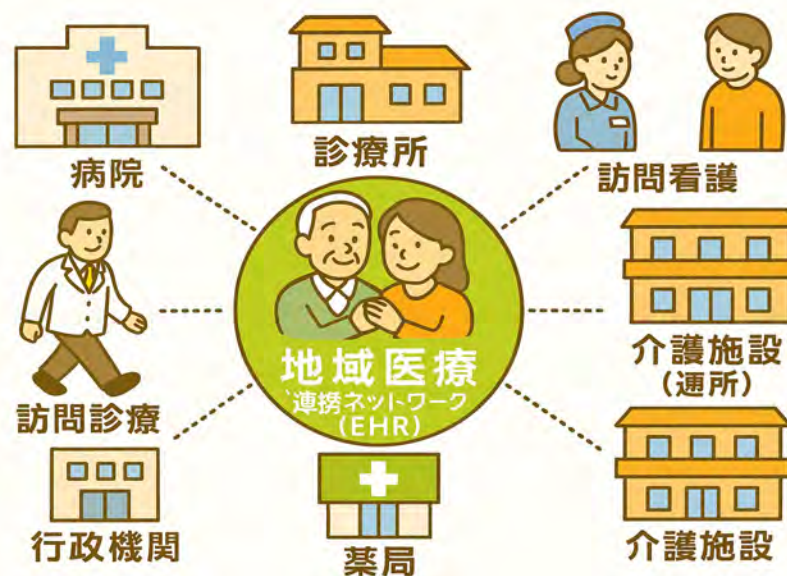
市民メリット “つながる医療、ひろがる安心”

- ・いつでもどこでも、大切な医療情報を、その場で共有できる
- ・自分では難しくて語れない病気のことも、正確に引き継げる
- ・心疾患、脳卒中など急な病気の時も、あなたに代わって伝えてくれる
- ・医療、介護、フレイル予防等、多方面からの切れ目ない支援により元気で長生き

社会的メリット

“限られた医療人材で地域を支え、安定した予後管理や終末期ケアを”

- ・医療/介護人材難の状況でも効率的に医療/介護サービスを提供
- ・重複投薬、重複検査の抑制により、医療費削減
- ・EHRによる電子情報共有により災害時等でもデータ保護、迅速な対応
- ・在宅生活が基本・必要時に入院・専門医療を提供、機能分化・連携による医療資源最適化





サルビアねっとで参照できる情報一覧

① 医療情報

主訴/病名/処方/注射/
検査結果/検索画像/
処置/手術
読影レポート/退院サマリー
看護サマリー/栄養情報提供書

② 患者基本情報

アレルギー/禁忌薬/薬品副作用/
身体情報/視力/聴力/血液型/
感染症 遺伝歴/既往歴/手術歴/
家族歴/家族構成/ジェノグラム/緊急連絡先
/ 入院歴/輸血歴/要介護度/生活情報

コミュニケーション
機能

③ 介護情報

ケアプラン/介護サービス利用記録/フエ
イスシート/介護画像

④ 温度板

バイタルデータ/検査データ/処方
時系列表示とグラフ

□サルビアねっと加入施設種別・区別内訳

R7.9.1時点

	施設数	内訳											
		病院	診療所	歯科	薬局	訪問看護	特養	老健	介護医療院	居宅介護支援	訪問介護	通所介護・リハ	地域ケアプラザ
鶴見区	114	10	32	7	43	10	4	1	0	5	1	0	1
神奈川区	54	4	24	0	13	9	0	1	0	2	0	1	0
港北区	70	3	29	0	25	5	0	3	1	1	1	2	0
他区	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
計	240	17	87	7	81	24	4	5	1	8	2	3	1

	鶴見区		
	参加数	区内施設数	参加率 (%)
① 病院（保険医療機関）	10	13	76.9
② 医科診療所（保険医療機関）	32	170	18.8
③ 歯科診療所（保険医療機関）	7	129	5.4
④ 保険薬局	43	117	36.8
⑤ 訪問看護ステーション	10	25	40.0
⑥ 特別養護老人ホーム	4	7	57.1
⑦ 介護老人保健施設	1	1	100.0
⑧ 介護その他（訪問介護、ケアプラザなど）	7		
計	114		

	神奈川区		
	参加数	区内施設数	参加率 (%)
① 病院（保険医療機関）	5	9	55.6
② 医科診療所（保険医療機関）	24	193	12.4
③ 歯科診療所（保険医療機関）	0	153	0.0
④ 保険薬局	13	110	11.8
⑤ 訪問看護ステーション	9	35	25.7
⑥ 特別養護老人ホーム	0	11	0.0
⑦ 介護老人保健施設	1	5	20.0
⑧ 介護その他（訪問介護、ケアプラザなど）	3		
計	55		

	港北区		
	参加数	区内施設数	参加率 (%)
① 病院（保険医療機関）	3	6	50.0
② 医科診療所（保険医療機関）	29	316	9.2
③ 歯科診療所（保険医療機関）	0	206	0.0
④ 保険薬局	25	160	15.6
⑤ 訪問看護ステーション	5	46	10.9
⑥ 特別養護老人ホーム	0	8	0.0
⑦ 介護老人保健施設	3	6	50.0
⑧ 介護その他（訪問介護、ケアプラザなど）	5		
計	70		

<施設数> ①～④：関東信越厚生局の指定一覧（令和7年9月1日） ⑤：関東信越厚生局の届出受理状況（令和7年9月1日） ⑥⑦：高齢者福祉保健施設一覧（令和7年9月1日）

医療・介護WG② 参考資料集

- ・ 国検討会等資料より（回復期病床に関する資料）
- ・ 東部圏域基礎資料（前回WG資料集より抜粋）

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

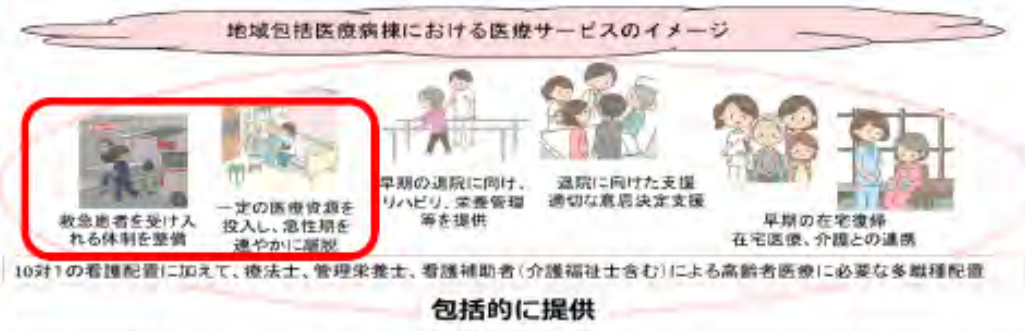
病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

高齢者救急・地域急性期機能について

○ 今後増加が見込まれる85歳以上の患者の急性期の入院に多い傷病名と、包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名を比較すると、一定程度共通しており、高齢者救急や一般的な救急において、在宅で療養を行っている患者の受入れ等の役割を担うこととされている地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟を有する医療機関での対応が重要となる。



85歳以上の頻度の高い傷病名 (※)

※ 急性期入院医療等を算定する病棟における傷病名

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少 (症)	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名 (※)

※ 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟における傷病名

傷病名 (上位15疾患)	件数	在院日数
食物及び吐物による肺臓炎	37,436	25.4
老人性初発白内障	35,243	3.0
腰椎骨折 閉鎖性	32,609	32.1
大腸<結腸>のポリープ	31,855	2.4
肺炎, 詳細不明	27,464	22.3
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	25,533	20.0
体液量減少 (症)	25,491	23.9
うっ血性心不全	23,860	24.4
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	22,183	32.8
老人性核白内障	21,242	2.8
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	21,009	29.3
尿路感染症, 部位不明	20,472	23.7
その他の原発性膝関節症	18,768	21.9
転子貫通骨折 閉鎖性	18,211	31.5
心不全, 詳細不明	15,952	26.3

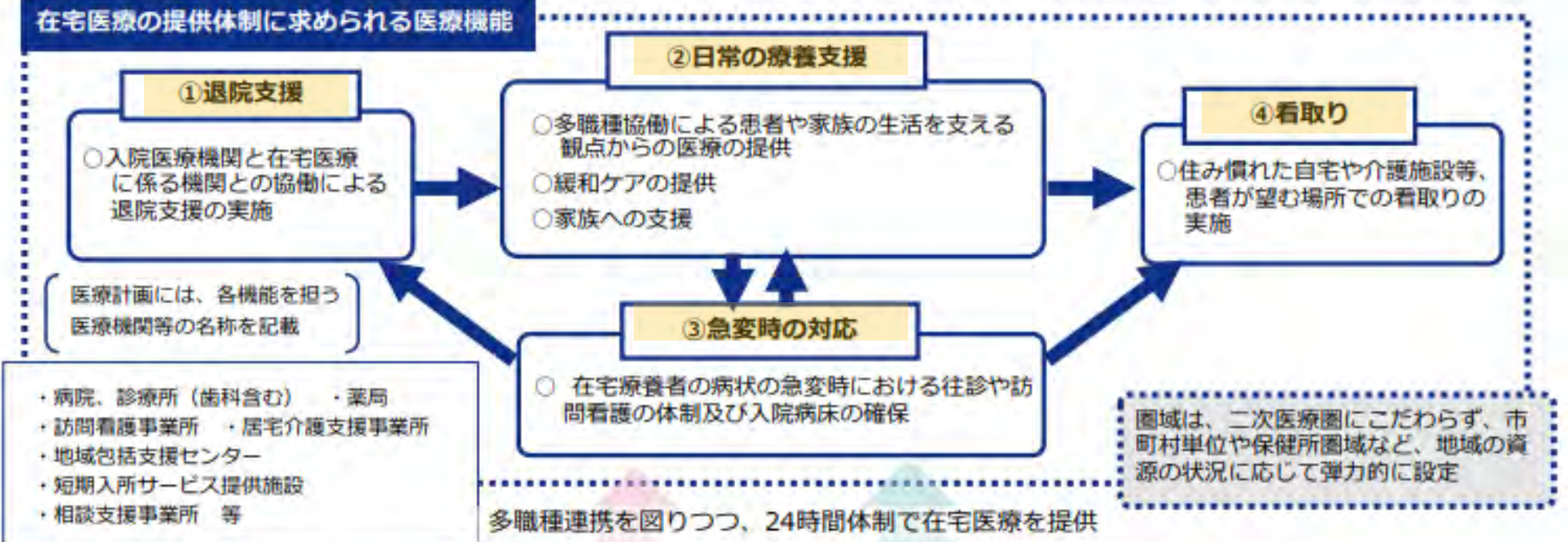
資料出所：2023年DPCデータ

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

明日をひらく都市
OPEN X PIONEER
YOKOHAMA

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

・市町村 ・保健所
・医師会等関係団体 等

【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））
社会保障審議会医療部会（令和7年7月4日、厚生労働省医政局）

【資料1】東部圏域＊4類型別病院一覧

第1回WG
参考資料より

市区町村名称	病院名	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休	休	合計
横浜市鶴見区	済生会横浜市東部病院	425		87	0	0	0	512
横浜市港北区	菊名記念病院	21		195	0	0	0	216
横浜市神奈川区	大口東総合病院	0		162	0	0	0	162
横浜市神奈川区	神奈川県済生会神奈川県病院	0		145	36	18	0	199
横浜市鶴見区	汐田総合病院	0		104	220	0	0	324
横浜市鶴見区	横浜石心会病院	0		60	0	0	0	60
横浜市鶴見区	佐々木病院	0		57	0	0	0	57
横浜市鶴見区	平和病院	0		43	63	40	0	146
横浜市鶴見区	片山整形外科記念病院	0		38	0	0	0	38
横浜市鶴見区	鶴見大学歯学部附属病院	0		32	0	0	0	32
横浜市鶴見区	横浜鶴見リハビリテーション病院	0		0	114	114	0	228
横浜市神奈川区	神奈川県済生会 東神奈川リハビリテーション病院	0		0	106	0	0	106
横浜市鶴見区	ふれあい鶴見ホスピタル	0		0	102	108	0	210
横浜市港北区	大倉山記念病院	0		0	65	49	0	114
横浜市鶴見区	生麦病院	0		0	41	0	0	41
横浜市神奈川区	古川病院	0		0	0	98	0	98
横浜市鶴見区	徳田病院	0		0	0	60	0	60
横浜市鶴見区	森山病院	0		0	0	60	0	60
横浜市神奈川区	仁恵病院	0		0	0	40	0	40
		446	923	747	587	0	0	2703
		16.5%	34.1%	27.6%	21.7%	##	#	

【資料7:患者流動状況データ(全市)】(R6病床機能報告より)

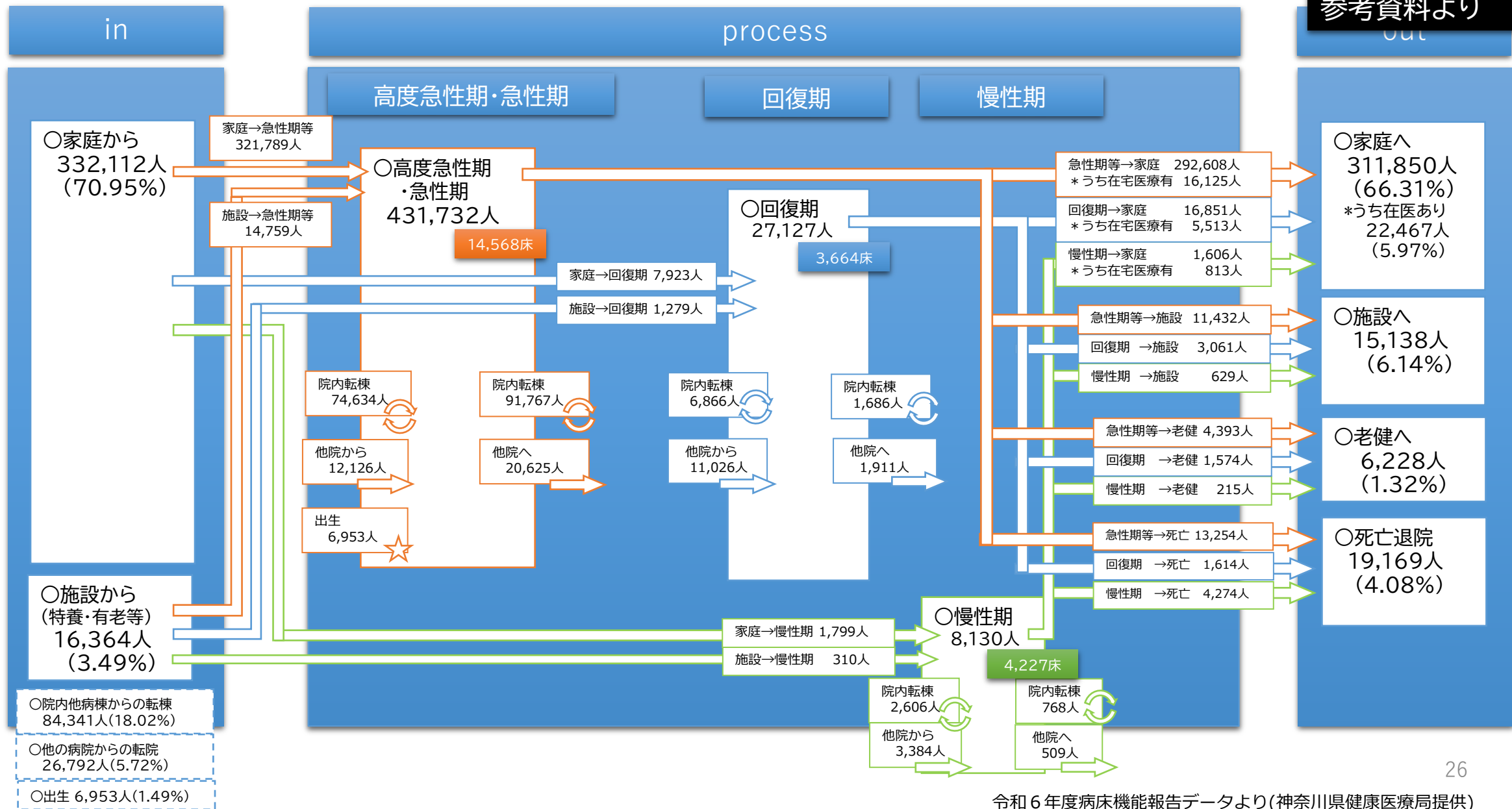
第1回WG
参考資料より

	(6) ①一般 病床 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(42) ①新規 入棟患者数	(43) ①のう ち、 予定入 院 の患者・ 院内の他病 棟からの転 棟患者	(44) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院以外 の 入院患者	(45) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院 の患者	(48) ①新 規入棟患者 数	(49) 上記① のうち、 院 内の他病棟 からの転棟	(50) 上記① のうち、 家 庭から の入院	(51) 上記① のうち、 他 の病院、診 療所からの 転院	(52) 上記① のうち、 介 護施設・福 祉施設から の入院	(53) 上記① のうち、 介 護医療院 か らの入院	(54) 上記① のうち、院 内の出生	(55) 上記① のうち、そ の他
1高度急性期	3585	0	146220	89196	7032	49992	146291	35929	101638	2965	2852	2	2526	308
2急性期	10983	0	285440	182259	28270	74911	285441	38705	220151	9161	11902	3	4427	1091
3回復期	2414	1250	27125	22723	2296	2106	27127	6866	7923	11026	1278	1	0	31
4慢性期	1466	2761	8123	7434	437	252	8130	2606	1799	3384	299	11	0	24
5休床	203	0	1021	473	302	246	1022	148	600	256	16	0	0	1
6休床	9	0	88	88	0	0	88	87	1	0	0	0	0	0
	18660	4011	468017	302173	38337	127507	468099	84341	332112	26792	16347	17	6953	1455
				64.56%	8.19%	27.24%		18.02%	70.95%	5.72%	3.49%	0.00%	1.49%	0.31%

	(6) ①一般 病床 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(56) ②退棟 患者数	(57) 上記② のうち、 院 内の他病棟 へ転棟	(58) 上記② のうち、 家 庭へ退院	(59) 上記② のうち、 他 の病院、診 療所へ転院	(60) 上記② のうち、 介 護老人保健 施設 に入所	(61) 上記② のうち、 介 護老人福祉 施設 に入所	(62) 上記② のうち、 介 護医療院 に 入所	(63) 上記② のうち、 社 会福祉施 設・有料老 人ホーム等 に入所	(64) 上記② のうち、 終 了(死亡退 院等)	(65) 上記② のうち、そ の他	(66) ①当該 病棟から退 院した患者 数	(67) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 在宅 医療を必要 としない患 者	(68) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 自院 が在宅医療 を提供する 予定	(69) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 他施 設が在宅医 療を提供す る予定	(70) 上記① のうち、退 院後1か月 以内の在宅 医療の実施 予定が不明 の患者
1高度急性期	3585	0	146584	54809	79103	5613	308	344	1	1179	5052	175	91775	87736	392	3068	579
2急性期	10983	0	287883	36958	213505	15012	4085	3863	38	6007	8202	213	250925	223222	3118	9547	15038
3回復期	2414	1250	26735	1686	16851	1911	1574	1041	12	2008	1614	38	25049	17655	1657	3856	1881
4慢性期	1466	2761	8022	768	1606	509	215	222	70	337	4274	21	7254	5887	295	518	554
5休床	203	0	998	97	785	26	46	0	0	16	27	1	901	475	5	11	410
6休床	9	0	88	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	18660	4011	470310	94406	311850	23071	6228	5470	121	9547	19169	448	375904	334975	5467	17000	18462
				20.07%	66.31%	4.91%	1.32%	1.16%	0.03%	2.03%	4.08%	0.10%		89.11%	1.45%	4.52%	4.91%

○【参考】パス図

第1回WG
参考資料より



【資料7:患者流動状況データ(東部圏域)】(R6病床機能報告より)

第1回WG
参考資料より

	(6) ①一般 病棟 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(42) ①新規 入棟患者数	(43) ①のう ち、 予定入 院の患者・ 院内の他病 棟からの転 棟患者	(44) ①のう ち、 予定外 の 救急医療 入院以外の 入院患者	(45) ①のう ち、 予定外 の 救急医療 入院 の患者	(48) ①新 規入棟患者 数	(49) 上記① のうち、 院 内の他病棟 からの転棟	(50) 上記① のうち、 家 庭からの入 院	(51) 上記① のうち、 他 の病院、診 療所からの 転院	(52) 上記① のうち、 介 護施設・福 祉施設から の入院	(53) 上記① のうち、 介 護医療院か らの入院	(54) 上記① のうち、 院 内の出生	(55) 上記① のうち、 そ の他
1高度急性期	446	0	22193	14759	1531	5903	22193	6032	15136	472	280	0	272	1
2急性期	923	0	20172	13178	1084	5910	20172	2925	15449	900	881	0	0	17
3回復期	471	276	6358	5465	399	494	6359	1463	2221	2459	204	1	0	10
4慢性期	230	357	792	665	83	44	793	136	180	470	6	0	0	0
5休床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6休床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2070	633	49515	34067	3097	12351	49517	10556	32986	4301	1371	1	272	28
				68.80%	6.25%	24.94%		21.32%	66.62%	8.69%	2.77%	0.00%	0.55%	0.06%

	(6) ①一般 病棟 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(56) ②退棟 患者数	(57) 上記② のうち、 院 内の他病棟 へ転棟	(58) 上記② のうち、 家 庭へ退院	(59) 上記② のうち、 他 の病院、診 療所へ転院	(60) 上記② のうち、 介 護老人保健 施設に入所	(61) 上記② のうち、 介 護老人福祉 施設に入所	(62) 上記② のうち、 介 護医療院に 入所	(63) 上記② のうち、 社 会福祉施 設・有料老 人ホーム等 に入所	(64) 上記② のうち、 終 了(死亡退 院等)	(65) 上記② のうち、 そ の他	(66) ①当該 病棟から退 院した患者 数	(67) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 在宅 医療を必要 としない患 者	(68) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 自院 が在宅医療 を提供する 予定	(69) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 他施 設が在宅医 療を提供す る予定	(70) 上記① のうち、退 院後1か月 以内の在宅 医療の実施 予定が不明 の患者
1高度急性期	446	0	22603	7292	13401	1240	21	67	1	209	366	6	15311	14541	13	509	248
2急性期	923	0	19878	2956	13841	1589	288	253	0	472	477	2	16922	11562	86	773	4501
3回復期	471	276	6319	386	3674	508	336	169	2	474	766	4	5933	4664	51	948	270
4慢性期	230	357	770	38	108	77	1	6	0	29	510	1	732	647	5	49	31
5休床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6休床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2070	633	49570	10672	31024	3414	646	495	3	1184	2119	13	38898	31414	155	2279	5050
				21.53%	62.59%	6.89%	1.30%	1.00%	0.01%	2.39%	4.27%	0.03%		80.76%	0.40%	5.86%	12.98%

【資料2】東部圏域・高齢者施設等まとめ

	鶴見区	鶴見区	神奈川区	神奈川区	港北区	港北区
	定員(人)	施設数(か所)	定員(人)	施設数(か所)	定員(人)	施設数(か所)
特養・従来型	341	2	346	3	0	0
特養・ユニット型	420	5	846	8	530	4
老健・従来型	50	1	519	4	592	5
老健・ユニット型	0	0	24	1	100	1
医療院	0	0	0	0	12	1
介護付有料	945	13	385	7	803	12
住宅型有料	401	18	679	13	555	14
サ高住	236	6	410	10	742	14
軽費	0	0	0	0	0	0
ケアハウス	0	0	0	0	0	0
養護	0	0	0	0	0	0
グループホーム	261	15	297	19	378	23
ショートステイ	0	2	0	0	0	2
小多機	247	9	323	12	221	8
看多機	0	0	0	0	58	2
	2901	71	3829	77	3991	86

令和7年度 第3回東部エリア 医療・介護連携ワーキンググループ

日時 令和7年 11月5日(水)
18時～
済生会横浜市東部病院

次 第

1 開 会

2 議 題

(1) 前回の議事概要およびアンケートについて

(2) フリートーク 「在宅医療介護・高齢者施設連携」について

今回は視点を少し変えて、「在宅医療介護/施設介護の現場では何が起きているか」「どのような体制で、どのような支援をしているか」などから、在宅生活・施設生活が円滑・持続可能なものであるための気づきや課題感などをご議論いただければと思います。

※・実際に自院・自施設で生じている困りごと、懸案事項

・得意とすることや貢献できそうなこと

・そのほか「在宅医療介護・高齢者施設連携」をめぐる気になること、気づいたことなどについて、ヒントやキーワードをお願いします。

(3) 令和7年度医療・介護連携ワーキンググループのふりかえりについて

WG を通じて ①得たもの・気づいた事、②今後に向け進めるべき具体的取組事項、③実際に前に一歩進んだ「成果」について、ひとことお願いします。

※次年度展開に向け、医療介護 WG の効果検証および成果の言語化にご協力をお願いします。

3 その他(事務連絡)

CITY OF YOKOHAMA

第3回東部圏域地域医療検討会 医療介護WG

2025年11月5日

明日をひらく都市
OPEN X PIONEER

○ 次第

- ・ ご挨拶
- ・ 議題1:前回の議事概要およびアンケートより
- ・ 議題2:コメント・フリートーク「在宅医療介護・高齢者施設連携」について
- ・ 議題3:令和7年度 医療介護WGふりかえり について
- ・ 閉会
- ・ アンケートのお願い

○ 議題1：前回議事概要 および アンケートより

第2回は「回復期入退院」をテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から、ご議論いただきました。
具体的には、

- ・ ポストアキュート連携：高度急性期・急性期病院→回復期病院（いわゆる下り搬送を含め）
- ・ サブアキュート連携：特養・有老ホーム、在宅 →回復期病院（救急搬送も含めた議論に）

のふたつのシーンを中心に、課題感や好事例をはじめ、多くのご意見をいただきました。

また、アンケートにもご協力いただきありがとうございました、こちらからもたくさんのご示唆をいただきました。
前回は振り返るとともに、アンケートでいただいたコメントについても一部ご紹介します。

[キーワード] 信頼関係・リスペクト/相手のできないことを理解/こうあったらいいを伝える/
基幹的病院と地域中小病院 それぞれの役割と相互補完関係への理解、信頼関係/
家族理解（速やかな転退院について/在宅環境調整 等)/DNARの考え方・教育
円満な施設・病院連携(日常の健康管理・予後管理と予定入院)/
「できない」を補ってくれる関係(夜間オンコール・相談・指示判断)/
情報共有(DNAR/本人・家族意思/関係支援者(主治医,ケアマネ等)/基礎疾患/服薬情報etc)

□ポストアキュート連携時の課題・気づき

▽(高度)急性期病院の現状 ～早期の転退院、下り搬送連携～

- ・ 3日以内の転退院を目指しているが(報酬算定される)、どんな患者かは**救急搬送を受けてみないとわからない**。
- ・ 当院の平均在院日数は8.4日、3日以内の転院を目指す、地域病院(港南台病院)とうまく連携できている。
(体制が薄い)地域病院で受けられない**夜間の救急対応**は、我々**中核的病院が(軽重問わず)受けることは役割**だと認識。
- ・ 下り搬送患者で、受けたら疥癬が発覚。4人部屋に1人しかいれらず経営へのダメージが大きかった。
(**わからないことがあるのは仕方のないこと**で、)発覚した際に、**すぐ送り元の基幹病院に相談すればよかった**。
- ・ 上り搬送依頼は極力受ける、当院の役目なので大丈夫。送り手・受け手双方の信頼関係が大事。
- ・ 退院したが家では無理なので**施設ショート**でという依頼も増えた。**家族側としては無理やり出させられた**という声も聞く。

▽転退院が長期化する要因 ～家族との調整・理解～

- ・ **家族の事情**で全く連絡が取れず困るケースがある。行政も関与してもらえると助かる。
- ・ 身寄りなしもそうだが、家族がいるが**一旦入院するとそのまま長期化**しようとする事案。
急性期での治療が終われば速やかに次の病院へ、という市民啓発が望まれる。粘り強くやるなかで効果が出ることも。
- ・ **転院先のほうが高額**、と言って急性期病棟に居続けることも

<家族理解に向けて>

- ・ 以前「**院内外泊**」の取組を聞いた。**退院前に院内の個室に家族が一泊してもらい、看護師と共に一緒に世話を**するもの。
障害児の事例だが、こうした他院の工夫も学んでみたい(他WGに参加するのも効果的かもしれない)
- ・ 試験外泊もあったが、**準備が大変**。酸素が保険適用にならないなど、**診療報酬対応されない**。

▽在宅復帰調整の困難事案

- ・ 自宅復帰時のポイントは**受入環境や介護力**、「本当に家で生活できるか」ということ。最近では**病院職員が一度自宅を見てもらい**、リハビリをしっかりとやって帰るケースが増えてきている。
- ・ **(時間だからと)そのまま退院させ・あとのサービス導入はよろしく**、と簡単にケアマネに言われることもあるが介護力がないところや、介護保険では対応できないものなど、難しい問題もある。
(そういう事案については、結局どうしようもないので、話し合い、どうにかして迎えられる環境を作るのが現実)
- ・ (ケアマネやケアプラザの言葉では本人・家族理解が得られない場合も) **医師や行政の言葉を借りることで**伝えることも。
- ・ **老々介護や金銭的問題**を抱える案件については、相手の話を聞きつつ、最低限の妥協点を探っていくことに終始。

▽DNARについて

- ・ **急性期病院に対し、受けた患者の着地点を全て決めるよう求めるのは難しいことと思う**(後方支援病床側からもそう思っている)
「DNARが取れているか」聞いてしまいがちだが、急性期9日間ですべてに対応できるわけではないだろう。
もっとポストアキュート病院が、なんでも受け入れる体制・姿勢にしていけないといけない。
- ・ 訴訟や債権等のリスク回避ばかり考えると、**安定な患者だけを選別するようになってしまう**。急性期はなんでも受けるのに。
- ・ **DNARの解釈が病院や職員によってバラバラ**なのも問題。“ある一定の処置をしても”ダメなら延命処置をしない、が本来だが。
DNARを以って何も処置しない、というのも家族の心情としてはありえないのでは(若手医師ほど理解が浅くなる傾向)
- ・ 施設も同様の課題感。職員教育は必要と感じている。**予め定めても家族も気持ちは変化するもの**、それもわかる。
- ・ **DNARは人によって違う**。夜間急変時に対応が問われるが、**当直医1人に責任・負担がかかってしまう**。

□サブアキュート連携時の課題・気づき

▽在宅・施設*入退院連携

- ・ 病院連携一般として、帰り先がわかっている患者は受けてもらえる印象。
それが**独居、老々、認知症**となるととても在宅に帰せない。ケアマネ探しから始めるとなると大変。
- ・ 施設→入院時に留意していることは、**どういう段階になれば施設に帰れるのかという共通認識**を持つこと。
当施設では、**退院時カンファには必ず施設看護師・相談員を呼んでもらっている**。この医療対応なら、**すぐ帰れますよ**と。
- ・ 入所者の急な高熱などの対応は、**基本的に日中のうちに、地域の中小病院（協力病院）に診てもらい**、対応できている。
- ・ 先日も**施設看取り**を行った。呼吸状態や様子でそろそろかとなり、**病院担当看護師に連絡したところ**、調整してくれた。
呼吸停止から30分で医師が来てくれた。**病院フォローがあるから安心**。
- ・ **在宅看取り期連携**について、在宅現場から家族にやりとりすると厳しいことがあるが、**予め退院前に医師から伝えて**いただけると**家族も覚悟ができて円滑な受け入れ**につながる。**老衰の家族受入れ**はさらに困難、ケアマネ・訪看も同席したカンファを。

▽情報連携関連で

- ・ **ショートステイ** 1件受け入れるのに、調整で半日はかかる。空き状況の確認、サービス担当者会議の開催などに加え、入所決定後も診療情報提供依頼で1～2週間、なかには担当者が忘れていたということも。ケアプラン作成も必要。
- ・ (退院→ショート依頼が増えているが) **急な依頼で、1週間で受け入れてほしい**ということも。なるべく受けるつもりだがやりとりが**電話・FAX、さらに折り返し待ち、土日**を挟むとつながらない、**など**。実務上の負担も大きい。
- ・ 面接や料金説明などで必ず家族が来てもらおう、そこがクリアできれば1週間以内で調整は可能。
- ・ **医療情報連携ネットワーク（サルビアねっと・さくらネット）**の取り組みにも注目している。

□ポストアキュート連携時の課題・気づき

▽ **基幹病院・地域中小病院間の役割分担・連携 (特に高齢者救急連携)**

- ・ **基幹病院が(症状の軽重関わらず)夜間・休日は一旦受ける、そのうえで速やかに転退院する**、という仕組みが動き出した。誤嚥性肺炎、尿路感染症など。今後圧迫骨折等も増えるだろう。現時点ではうまく機能していると思っている。
- ・ [汐田]10/1から地ケア 1 棟を **地域包括医療病棟に転換**した。東部病院で夜間受けた患者の3日以内搬送がベターな使い方。「東部に救急搬送したはずなのに、あっという間に汐田や県病院に転送された」はこういう背景から。ご理解を。
- ・ [平和]8月から **地域包括医療病棟に転換**。夜間は当直医が 1 人、救急応需はどうしてもマンパワーが必要なので **限界がある**。東部病院の早期退院フローのなかで、土日に東部で受けたものを、受け止められるようにしている。
- ・ 慢性期病床を担う当院としても、中軽度の入院需要はなるべく応じたい。が、今は常に満床で対応が困難。増床も厳しい。
- ・ 回り八・療養で、喀痰吸引回数が多い患者を積極的に受け入れている。が、看護師不足のため受け入れに制限をかけている。

□サブアキュート連携時の課題・気づき

▽ **高齢者施設*入退院連携**

- ・ 入所者のうち、吸引対応が必要なのは50床で2~3人。日中は看護師対応だが、**何かが起きるのは夜間帯**。夜間に判断するのは、オンコールナースと話しながら対応する **介護職員**。50人の入所者を 1 人で見ている。
- ・ 先日、夜間に病院搬送した際、**保険証がないと病院から怒られた**。通常は金庫保管のため、夜間は持ち出せなかったが。
- ・ 転倒で頭部を切り処置、帰る際に「なぜ介護タクシーを呼んでいないのか」と **家族の前で怒られ、その後トラブル**になった。
- ・ 朝何かが起きた場合などなるべく日中に病院に相談するようしているが、午後3時に転倒することもある。
- ・ **施設職員が適切な判断をすることへの難しさ**はわかる。**病院・施設お互いに理解しあっていく**ことだと思う。
- ・ (施設は迷いながら相談するが、何かポイントはありますか→) 特段の留意事項はない、**早めに相談いただければ**。点滴対応などでリカバリーできることもある。一報いただき、状況把握を早めできればと思う。

▽在宅*入退院連携、在宅療養連携

- ・ ケアマネとして直接判断する場面は基本的にはないが、ヘルパーから相談を受けた際は直接電話するように言っている。
- ・ 在宅生活は入院中と違い24時間看護師がそばにいるわけではない。訪看などスポットで使うもの。人のいない時間帯での動きが重要で、退院時カンファ等で情報共有できるといい。
- ・ 病院連携室での退院時支援時、誰に情報を伝えるか迷う。どのように地域に情報提供するといいか、考えながら連携している。
- ・ 鶴見区では「イエローノート」に病歴や連絡先等を記入する取組がある。医師会が起点となり必要と思う患者に渡すもの。ただ情報が古く更新されないままだったり、特養など高齢者施設まで広まっていないなど、課題もある。
- ・ 各区でそれぞれの展開があったりするが、18区で統一化の動きには抵抗があった。EHRによる連携でないと、という気もする。

□ サルビアねっと (地域医療介護情報連携ネットワーク(EHR))について

- ・ 在宅多職種連携や入退院支援、救急搬送時など、患者情報を一元的・タイムリーに共有できるEHRはこれからの重要ツール。
- ・ 一方で、使い勝手の問題や利活用メリット実例など、面的な広がりを進めるうえで課題も多い。
 - ・ 使えるシステムとなるには、加入施設数の拡大、登録者数の増 (検索すれば当たる) がキーとなる。
 - ・ 使い勝手の向上が必要 (患者情報閲覧に制限?、入力作業省力化、トライアルでは伝わらない など)
 - ・ 利活用メリットの訴求 (まだまだピンとこない →どこの病院にかかっているか、退院後の状況、コミュニケーションボード活用事例)
 - ・ 病院・施設職員への周知・浸透 (異動等が頻繁、かつEHR以外にも様々なレクがあり定着に課題。理解が追いつかない)
 - ・ 特に介護施設への周知展開が課題 (→利活用メリットの訴求、主治医意見書等基本情報共有如何、関係団体周知機会 など)
- ・ ほかに費用負担との見合いなど。利活用含め一緒に育てていく姿勢で協力できるといい。行政も一緒になって進めていきたい。

- ◆ 今回のワーキンググループに参加した率直なご感想、言いそびれたこと、その他気になるテーマなど、ご自由にご記入ください。

<自院の学び・気づき>

- ・ 基幹病院が本来機能を果たせるよう、**当院のような地域病院が高齢者救急の担い手**になるべき。院内協力すればできるはず。
- ・ 基幹病院が夜間は自院で受けると明言され印象的。さらに地域病院も自院の役割を話すなど、**分化連携を具体的に知れた**。

<連携時の困りごと（=受入困難と言われがちな理由） よりよい連携に向けて>

- ・ 転院受入時にDNARの確認を求められる。リスクヘッジの意味もあり。**DNARが明確だと受入率が高い印象**がある（受入側の設備・マンパワー・能力との見合い）施設・在宅も急変時に備え事前にまとめておくとスムーズになる可能性。
- ・ 病院→老健受入時の**薬価の問題**。急性期病院は新薬(高額)を使うが、**転院先は持ち出しになってしまい困難**を極めている。
- ・ 施設－協力医療機関連携においては「**リスペクト**」が非常に大切。施設からの相談や利用者意見に対し、事務長が真摯に耳を傾け対話をしてくださるからこそ、大きな不安なく信頼させていただいている。
- ・ 理想論ですが、行政が医療介護の全ての情報を集約し、患者の受入や転院等の対応をコントロールできる仕組みができれば。

<サルビアねっとについて（東部圏域のみ）>

- ・ 介護方面への拡張に向けて、**主治医意見書**は高齢者総合機能評価のエッセンス。ぜひ対応を。
- ・ 特に介護事業所の利用には一定のメリット（**時間短縮、効率化、費用対効果等**）が伴わないと時間がかかるのでは。
- ・ データのアップロードへの工夫を。使いづらさ。
- ・ 活用している病院における、実際の利用状況を聞いてみたい。

- ◆ 今回のワーキンググループに参加した率直なご感想、言いそびれたこと、その他気になるテーマなど、ご自由にご記入ください。

<サルビアねっについて（東部圏域のみ） 続き>

- ・ 薬情や診断名がわかることは、ケアマネ、ヘルパー、訪看、施設にとってとても有意義。普及検討にあたっては、介護側が必要とする情報と、妨げとなっている課題の聴取を進めるとよいと思う。管理者だけでなく職員レベルでの聞き取りを期待。
 - ・ 「イエローノート」と合わせて共に最適な形で活かせたらよい。活用勝手が良くなるようユーザー視点で深まるとよい。どちらのツールも繰り返しの広報と説明が大切だと思います。
- * このほか具体的な感想・提案・課題感など多数いただいております。サルビアねっ事務局と共有させていただきました。

<今後に向けた提案・アイデア（相互理解に向けて）>

- ・ 急性期医師にポストアキュートや在宅・高齢者施設の実情を理解いただけると、上り搬送・下り搬送の壁が低くなると考えます。ただ、まだ医学の研鑽に全てを注ぎ込んでいる時期に社会的要素まで研鑽する動機と時間の捻出は可能だろうか。啓発すべき対象をどこにするか、段階的な構想も含め戦略的にしぼりこんでいく必要があると考えています。
- ・ 病院の「施設側の事はよくわからない」は、施設の「病院側の事はよくわからない」でもあると思う。各病院の役割やあり方を、医療・介護相互に学ぶ機会を設けることが、連携につながるように思った。
- ・ 医療受診時に何でも答えられる職員ばかりではなく、施設内でそれぞれ連携・分担して対応している実態を理解してほしい。
- ・ 医療側に介護側の事情を理解してほしいが、われわれ介護側も医療側のことを理解すべき。病院も新採用医療者がいるということを理解できず、すべて正しいと思いがち。
- ・ 在宅生活を病院側にイメージしてもらえよう、ケアマネ側からわかりやすく情報提供できるよう、工夫していきたい。
- ・ 市民理解について。救急時の備えやACPなど、自身にも起こりうることとして市民全体で問題として考えられるとよい。

- ◆ 今回のワーキンググループに参加した率直なご感想、言いそびれたこと、その他気になるテーマなど、ご自由にご記入ください。

<WG運営へのご指摘・アイデア>

- ・ 時間的にタイトですね。
- ・ ポストアキュート・サブアキュート議論について、各機関の役割を担うための取組を話せたらよかった。
- ・ より地域全体で包括的な関わりを築けるよう、さらに幅広いメンバーに声がけしたり、考えを共有できる場を設けては。
- ・ 訪問診療により重きをおくクリニックや、ケアマネや訪問介護事業所などの地域の介護分野もよいかもしれない。
- ・ どの医療機関も人材確保に苦労されていると聞く。人材についても意見交換したい。
- ・ 独居・身寄りなし・認知症夫婦などの実態とその問題についても、聞いてみたい。
- ・ 立場も違えば意見も違うが、異なるたちばの方々の意見を知るだけでも有意義なこと。
- ・ 在宅側は病院機能への理解が不十分で、事前資料を読んで臨むが、発信するというより「そういう事か」と納得したり、近況を理解するような感じでいます。

明日をひらく都市

OPEN X PIONEER

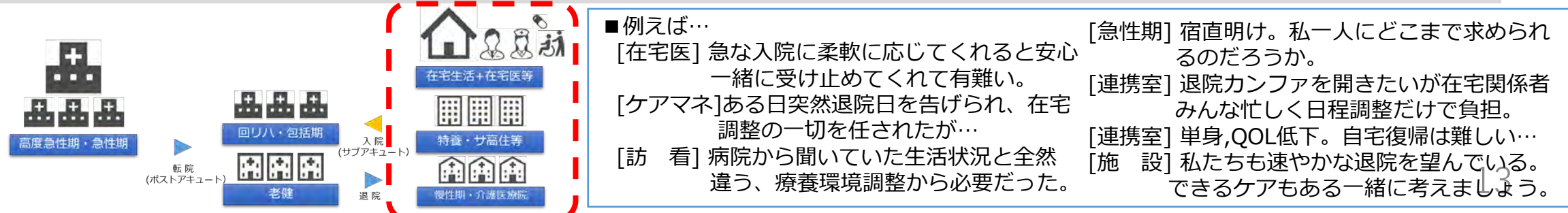
YOKOHAMA

12

○ 議題2: フリートーク「在宅医療介護・高齢者施設連携」について

第3回の本日は、「在宅医療介護・高齢者施設連携」のシーンをテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から日頃皆様が思っている課題感やお気づきの点などを自由にご発言ください。第1回・第2回では、病院機能およびその入退院連携という接点を軸に議論をいただきましたが、今回は視点を少し変えて、「在宅医療介護/施設介護の現場では何が起きているか」「**どういう体制で、どういう支援をしているか**」などから、**在宅生活・施設生活が円滑・持続可能なものであるための気づきや課題感など**をご議論いただければと思います。在宅・施設側からみた「病院医療の使い方/期待すること」が見えてくると幸いです。

- …これまでと同様に、フリートーキングを通じて、例えば、
 - ・ 実際に自院・自施設で生じている**困りごと・懸案事項** ・ また、逆に**得意**とすることや**貢献**できそうなこと
 - ・ そのほか「在宅医療介護・高齢者施設連携」をめぐる気になること・気づいたこと
- などについて、ヒントやキーワードをいただくと幸いです。

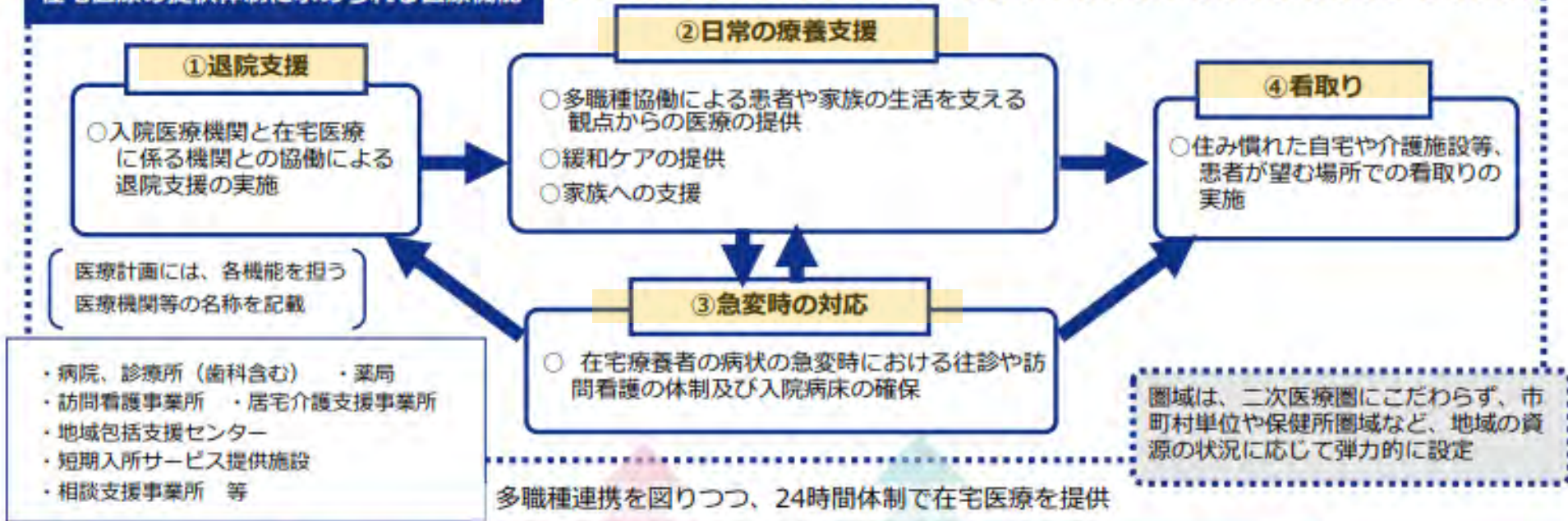


在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・市町村
- ・保健所
- ・医師会等関係団体 等



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

□議題3：R7WGのふりかえり

【ねらい・お願い】これからの地域完結型医療の実現に向け、全3回議論を俯瞰して振り返ります。
WGを通じて①得たもの・気づいた事や、②今後に向け進めるべき具体的取組事項、③実際に前に一步進んだ「成果」について、ひとこといただきたいと思ひます(事後アンケートも可)
→ 次年度展開に向け、医療介護WGの効果検証および成果の言語化にご協力をお願いします。

課題・論点		成果物(イメージ) ☆こちらについて、どの項目でも構いませんのでコメントをお願いします。		
		①気づき/論点・課題整理[Findings]	②取組・行動化[Action]	③成果・変化[Outcome]
総論 地域完結型医療の実現に向けて	<ul style="list-style-type: none"> ■ 都市部での「地域完結型医療」実現に向け、とるべき行動とは ・ 高齢化進展による医療需要の質・量的変化に、我々はどう適応していくか ・ 担い手不足のもと、既存の医療・介護資源で効率的・効果的な支援体制 ・ それぞれの強みを活かし・弱みを補いながら、地域全体/ネットワークで 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 信頼関係がすべての基本。お互いの役割を果たしあう相互信頼から、強みが発揮できる ・ 施設ほか連携でよりよくなる事例は多数 ・ 社会変化・生活支援の視点(独居,孤立,家族) 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ WG契機に継続的な顔の見える関係 ◇ 医療等協議体・事業への働きかけ(医療(調整会議他)、高齢施策etc) ◇ 介護等関係団体へ継続的アプローチ(福祉事業経営者会、老健協、在看協etc) 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 相互理解・信頼関係構築(一緒に悩んでくれる/ゴールは一緒) ◇ 地域完結型医療へ共通認識形成 ◇ WG7方面展開のフォーマット ◇ 医療・介護関係団体の理解獲得
①(高度)急性期からの速やかな転退院	<ul style="list-style-type: none"> ■ 高齢者救急需要増に、地域全体としてどのように対応していくか ・ 休日夜間は基幹病院、平日日中になれば地域中小病院へ。分担と連携。 ・ 救急患者の速やかな転退院の実現(基幹病院が詰まらないように) ・ 本人・家族理解獲得が転退院調整のひとつの論点。どう協力を得るか。 	<ul style="list-style-type: none"> □ 基幹と地域病院 一体となった分担・連携 ・ [下り搬送] 休日夜間は基幹、平日日中に地域へ ・ [ポストアクト連携] 在宅帰結を想定したムテラを ・ [退院調整] 社会的背景・在宅調整・介護連携 ・ [市民理解] 転退院への理解を得るには 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 相互理解と信頼関係醸成 ◇ 入退院支援・連携、PFMの推進 ◇ 市民理解醸成(医療機能分化・連携)(広報・啓発物、説明リールット検討) ◇ 市民理解 転退院への理解を得るには ◇ 病院間の連携協定締結 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 下り搬送理解促進(病院間等)(南部病院、栄共済) ◇ PFM院内検討促進
②入院需要増への解決策	<ul style="list-style-type: none"> ■ 高齢化による医療需要の質・量的変化に、病院や地域全体も適応を ・ 回復期・慢性期需要への対応[新規整備/病床の再稼働/生産性向上] ・ 回復期・慢性期需要への対応[急性期→回復期・慢性期への転換] ・ 在宅・高齢者施設等 医療機関以外での医療対応力の向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ [生産性] 連携時の手間・調整コストを下げたい ・ [機能転換] 地域医療需要を理解し転換 ・ 自院の求められる役割・ポジショニング ・ [施設連携] 日常ケアと病院連携で予定入院 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ EHR推進(後述④) ◇ 各種データ提供による見える化 ◇ 制度改正要望(地域包括医療病棟) ◇ 施設職員への医療研修 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ EHR参画拡大(後述④) ◇ 地域包括医療病棟転換事例(R8:平和,汐田) ◇ 高齢施策の検討推進(後述⑤)
③社会的背景ある患者への対応	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療以外の「社会的背景」要因での調整コスト増に、どう対応するか ・ 高齢・単身高齢者増による、退院調整コストの増(介護認定,家族,自宅環境) ・ 認知症高齢者への対応(治療方針,退院調整,支払いリスク) ・ 低所得者増によるサービス制限。支払い問題リスク ・ 家族・親族意向への調整(転退院拒否・長期化、退院時ケア日程調整) 	<ul style="list-style-type: none"> □ データ・実感の両面から見る地域医療需要 ・ 高齢・単身高齢者, 認知症高齢者の増加 ・ 低所得者の増加 ・ 家族・親族の意向との調整 □ 複合化する課題への対応(行政連携含め) 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 地域包括ケアとの連携強化 ◇ 退院前カンファレンスの推進 ◇ EHR推進(後述④) ◇ 福祉施策との連動(情報登録事業etc) 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 介護含めたEHR拡大(後述④) ◇ 医療・介護連携した身寄りなし高齢者等対応
④EHR・医療介護情報連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ■ 患者情報・生活情報を地域医療介護関係者で共有可能な基盤づくり ・ 「とどきき入院、ほぼ在宅」入退院連携はじめ情報共有基盤は必須 ・ 在宅療養、退院後予後管理、看取り期連携等、多職種連携の重要性 ・ 課題は山積(使い勝手/利活用メリット見える化/職員周知/…) ・ 加入施設増、登録者増、利活用増による「使えるEHR」とするには 	<ul style="list-style-type: none"> ・ [期待] 緊急対応ははじめ情報一元管理は有用 ・ [期待] 在宅訪問時の写真共有・相談など便利 ・ [期待] 退院予定日やカンファ日等もれず把握 ・ [課題] 使い勝手の改善、メリット見える化 ・ [課題] 特に介護方面の浸透、職員への周知 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ WG意見(実践ベース提案) ◇ WG関係団体へアプローチ(特養etc) ◇ 県基金新規事業提案 ◇ 加入施設へのインセンティブ再考 ◇ 職員周知・使い方レクの向上 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 利用者同意取得の推進(東部方式の汐田導入) ◇ 特養本格導入事例(新鶴見ホーム利用者参加) ◇ 南部圏域での展開着手
⑤高齢者施設の医療対応力向上	<ul style="list-style-type: none"> ■ 高齢化・単身化で施設需要は今後も高い。医療対応や緊急時連携あり方は ・ 特養・老健・有老ホーム等、終の棲家としての役割増。看取り含めた対応力 ・ 夜間看護師不在等、弱い体制下での効率的・効果的な医療対応とは ・ 予後管理、予定入院、不用意な救急搬送の予防。 	<ul style="list-style-type: none"> □ 地域病院連携で施設ケアを補完 ・ 日頃の健康管理と病院連携で適切な医療提供(熱発→予定入院、患者情報、退院時連携、看取り) ・ お互い信頼し協力しあう関係性醸成 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 予定入院や予後管理の仕組みづくり ◇ 夜間搬送含め適切な連携・申送り ◇ 退院連携(施設職員同席での見立て) ◇ ACPの推進、適切なDNAR運用 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 高齢施設施策の検討推進(医療機関連携の質的向上 介護医療院整備、他)
⑥在宅生活の確立多職種連携推進	<ul style="list-style-type: none"> ■ 在宅医療・介護多職種連携での地域生活支援において、必要なことは ・ 慢性・多疾患併存。病気と付き合いながらの暮らしを支えるには、 ・ 単身世帯、認知症等、社会資源(医療・介護等)を組み合わせた体制構築 ・ ACP等、家族も含めた「本人支援」。看取り期に必要な準備・支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人・家族理解の獲得(医師等の協力も有効) ・ 入退院連携の充実(退院日程未連絡,急な呼出) ・ 退院帰結(在宅生活)まで見据えたムテラを ・ 病院の適切な使い方を(*非医療職の限界) ・ 深刻な担い手不足(ケアマネ他)、時間がない 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 入退院連携・PFMの充実(多職種連携/在宅環境調整/家族理解) ◇ 地域7会議等多職種連携機会の活用 ◇ EHR推進、情報共有効率化(再掲④) ◇ 看取り期連携(家族の準備含め) 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ ACP推進 ◇ 介護含めたEHR拡大(再掲④)

□ WG実施状況(議論より抜粋)

□総論として:どの連携ポイントにおいても、「**信頼関係の有無**」が効率的効果的かつモチベーション高い医療介護提供において重要。それぞれの役割・強みを連携・補完しあう、ネットワーク全体で対応するなか**お互いの限界や役割を理解**のうえ、**それぞれ役割を出し合える関係**を。

□論点例2:高齢者施設連携

- ・市内高齢者施設から年間延べ16,000人が入院受療。特養173か所、有老サ500か所
- ・施設側の**日常医療管理**と**地域病院との連携**があれば、**救急資源によらず予定入院**で
 → 施設・病院・市民それぞれにとって望ましいあり方を



□論点例1:ポストアキュート連携の充実(基幹病院・地域病院の役割分担。入退院連携)

- ・**基幹的病院**は高度治療だけでなく、地域中小病院の弱い休日夜間もしっかり守る**地域病院**も、体制の整う平日日中に患者を受ける(下り搬送・後方支援)。
 それぞれの強み・役割を活かし、**地域(面)で受け止めていく**。連携と信頼関係。
- ・患者に関する**必要情報**の迅速・的確な引継(後方病院の「聞いていたのと違う」の予防)
- ・**本人・家族理解**の獲得。急性期病院滞在の長期化を避け、速やかな転退院を

□論点例3:地域共通の連携ツール

- ・**EHR**(地域医療介護情報連携ネットワーク)の実装により、効率的効果的**よりシームレスな関係性構築**。患者情報・生活情報の共有基盤整備が必要
- ・さらなる高齢化に向け、**医療介護多職種による入退院連携の充実**を

ほか、医療側のDNAR理解、転退院等に関する市民理解、など様々な論点がありました

□ ここまでの小括として

- 今秋、2方面で先行してWGを実施してきたところ、
 - ・ 限りある医療介護資源下で、地域全体で患者を支える「地域完結型医療の実現」に向けて
医療介護のすそ野を広げた議論は、引き続き重要。
(ヒザをつきあわせるなかでお互い関心・理解をもつ/実際の困りごとや好事例を紹介/地域全体をどうしていくかの議論に発展)
 - ・ また、それは 高齢化(医療需要の量的・質的变化)/少子化(生産年齢人口減)/单身化・孤立化 など
社会変化も背景として意識した議論であること
 - ・ 国の議論を並行して注視しつつも、取り組むべき具体的論点について、例えば
 - [共通テーマ] 信頼関係の構築 (お互い持てる役割を果たす)
 - [個別テーマ] 入退院連携・PFM/ 高齢者施設連携/ 在宅連携(ときどき入院・ほぼ在宅)/市民理解推進などが挙げられました。
 - ・ これら論点整理・課題把握のほか、関係機関それぞれが抱える課題・限界への気づき、
新たな取組への協力(EHR利活用・参画ほか)、地域における自院の役割・ポジショニング再認識等
「地域全体の視点」から見直し、動き出す機会となりました。

これら議論の成果を踏まえ、次年度実施方針について引き続き検討してまいります。

○ 参考資料集

明日をひらく都市

OPEN X PIONEER

YOKOHAMA

18

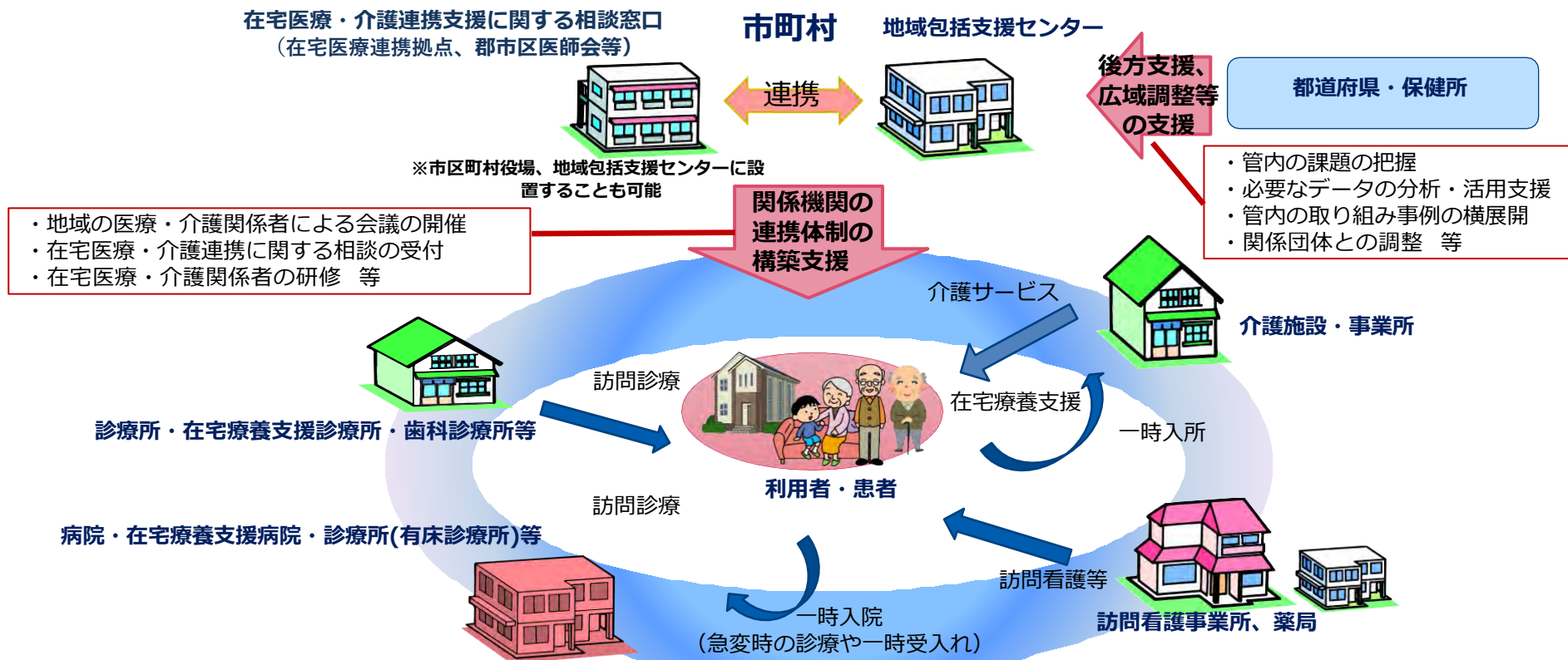
○「在宅医療連携拠点」と、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について
 ○「在宅療養支援病院・診療所」と、「在宅医療に積極的な役割を担う医療機関」について

項目	在宅医療連携拠点	在宅医療に必要な連携を担う拠点
根拠	介護保険法の地域生活支援事業	医療法に定める医療計画(都道府県策定)
設置時期	平成23年～(医政局事業)、平成27年～(地域生活支援事業)	令和6年度(第8次医療計画)
主な役割	○4つの基本機能(①退院支援、②日常療養支援、③急変時対応、④看取り)を支える体制の構築 ○地域の関係機関との調整・連携 ○多職種連携会議の開催 ○情報共有、研修、普及啓発 ○災害対応	
実施主体	横浜市(横浜市・各区医師会へ運営委託)※神奈川県下の市町村は両拠点を一体的に運営	

項目	在宅療養支援診療所・病院	在宅医療に積極的な役割を担う医療機関
根拠	医療法に定める診療報酬上の制度	医療法に定める医療計画(都道府県策定)
設置時期	平成18年(診療所)、平成20年(病院)	令和6年度(第8次医療計画)
主な役割	○24時間365日対応の体制(往診・訪問看護) ○緊急時の入院病床の確保 ○常勤医師の配置(3名以上) ○過去1年間の緊急往診や看取りの実績 ○地域ケア会議等への参加報告義務 等	○自ら24時間対応体制の在宅医療を提供 ○他医療機関への支援(夜間・急変時など) ○医療・介護・障害福祉との多職種連携支援 ○災害時対応やBCP(業務継続計画)の策定 ○地域包括支援センター等との協働 等
要件	厳密な施設基準あり	地域の実情に応じた役割設定
登録手続	厚労省への届出	都道府県医療計画への記載
市内届出数	診療所:408 病院:44	73医療機関(病院、診療所)

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 (※) 在宅療養を支える関係機関の例
 - ・ 診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等 (定期的な訪問診療等の実施)
 - ・ 病院・在宅療養支援病院・診療所(有床診療所)等 (急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施)
 - ・ 訪問看護事業所、薬局 (医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等)
 - ・ 介護施設・事業所 (入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施)
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



1 調査の目的

在宅医療の提供体制に求められる4つの機能の内、「退院支援」の実態を把握するため、市内ケアマネジャーを対象に、
 ①退院調整の状況
 ②「入院・退院サポートマップ」「もしも手帳」等のツールの認知度や活用状況
 等について把握することを目的として実施

2 調査の概要

- ① 調査対象者： 市内居宅介護支援事業所864か所に勤務するケアマネジャー約3,200人
- ② 調査の方法 郵送にて調査票を送付。事業所単位で郵送にて回収。
- ③ 調査対象期間 令和6年9月(1か月間)
- ④ 回収結果 回答事業所数 587/864か所(67.9%)
 回答ケアマネジャー数2,041件

<回答ケアマネジャー内訳>

職種	件数	割合	職種	件数	割合
社会福祉士	213	10.4%	薬剤師	4	0.2%
介護福祉士	1,508	73.9%	歯科衛生士	62	3.0%
他の福祉職	133	6.5%	(管理)栄養士	34	1.7%
看護師	98	4.8%	その他	37	1.8%
リハ職	13	0.6%	未記入	42	2.1%
あはき	32	1.6%			

3 主な調査の結果(調査時点はすべてR6年9月)

○1人あたり利用者数

利用者数	件数	割合
0人	8	0.4%
~10人	123	6.0%
~20人	142	7.0%
~30人	280	13.7%
~40人	583	28.6%
~50人	664	32.5%
60人~	230	11.3%

○1人あたり退院調整件数

調整件数	件数	割合
1件	647	66.8%
2件	221	22.8%
3件	75	7.7%
4件	14	1.4%
5件	7	0.7%
6件以上	4	0.4%

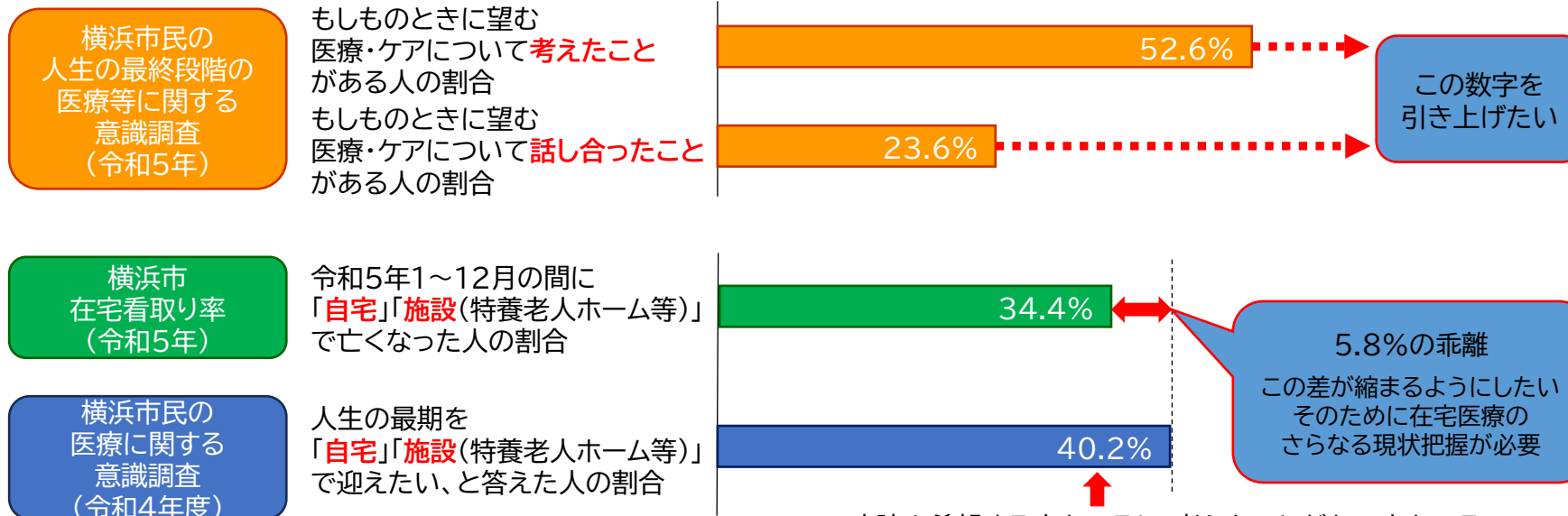
○病院からの退院調整の連絡有無

連絡状況	件数	割合
連絡あり	1099	76.8%
連絡なし	313	21.9%
未記入	19	1.3%
総数	1,431	100.0%

○病院からの退院調整の連絡の有無(疾患別)

疾患	総数	連絡ありの割合	疾患	総数	連絡ありの割合
1 神経難病	41	90.2%	8 心臓・血管系疾患	123	73.2%
2 整形外科系疾患(骨折・関節症・筋力低下等)	331	84.6%	9 呼吸器疾患	121	72.7%
3 脳血管疾患	140	84.3%	10 がん(末期以外)	82	72.0%
4 嚥下障害(誤嚥性肺炎)	51	82.4%	11 消化器疾患(肝胆膵含む)	116	64.7%
5 がん(末期)	145	81.4%	12 その他難病	5	60.0%
6 感染症(新型コロナ含む)	105	75.2%	13 泌尿器系疾患	56	53.6%
7 認知症	8	75.0%	14 その他	104	69.2%
			合計	1431	76.8%

		全市					鶴見区	神奈川
		R1	R2	R3	R4	R5	R5	R5
死亡者数		33,302	33,866	36,221	39,556	39,143	2,740	2,271
在宅看取り数(※1)		8,450	9,898	12,004	13,484	13,454	844	770
在宅看取り率(※1)		25.40%	29.20%	33.10%	34.10%	34.40%	30.80%	33.90%
対前年度(ポイント)		1.5	3.8	3.9	1	0.3	1.7	2.2
内訳	自宅看取り数	3,751	4,750	5,749	5,932	5,624	361	326
	自宅看取り率	11.30%	14.00%	15.90%	15.00%	14.40%	13.20%	14.30%
	対前年度(ポイント)	0.7	2.7	1.9	-0.9	-0.6	-0.4	0.7
	老人ホーム等看取り数	4,699	5,148	6,255	7,552	7,830	483	444
	老人ホーム等看取り率	14.10%	15.20%	17.30%	19.10%	20.00%	17.60%	19.50%
対前年度(ポイント)		0.8	1.1	2.1	1.8	0.9	2.1	1.5



病院を希望する人もいるし、考えたことがない人もいる。市民ができるだけ、自身の望む人生の最期を過ごせるようにACPの普及啓発も進めていくことが必要。

医療と介護の連携の推進（イメージ）

▶ これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、**実効性のある連携の構築**を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

・ **介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**

在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化

・ **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**

介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する

・ **介護保険施設等連携往診加算の新設**

入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価

・ **介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**

高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し

・ **協力対象施設入所者入院加算の新設**

介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

・ **地域包括診療料等の算定要件の見直し**

地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じることを追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携

(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- 協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
- 協力医療機関連携加算の新設
- 高齢者施設等感染対策向上加算の新設

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- 介護保険施設等連携往診加算の新設
- 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4) 入院調整

- 協力対象施設入所者入院加算の新設
- 退所時情報提供加算の見直し

(5) 早期退院

- 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

・ **診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**

以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化

- ① 入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
 - ② 診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
 - ③ 入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
- ※ 協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認

・ **協力医療機関連携加算の新設**

介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価

・ **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**

感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価

・ **退所時情報提供加算の新設**

入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価

・ **早期退院の受入れの努力義務化**

退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

・ **入院時情報連携加算の見直し**

入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実

・ **通院時情報連携加算の見直し**

算定対象に歯科医師を追加

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

■ 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする）。＜経過措置3年間＞
 - ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

■ 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

【基準】

- ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
 - ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

令和4年横浜市高齢者実態調査より（特養）

Q27.行っている医療処置

調査数	点滴の管理	中心静脈栄養	透析	ストーマ(人工肛門)の処置	酸素療法	レスピレーター(人工呼吸器)	気管切開の処置	疼痛の看護
100	26	4	3	69	71	2	3	24
100.0	26.0	4.0	3.0	69.0	71.0	2.0	3.0	24.0
		経管栄養	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	褥瘡(じよくそう)の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)	その他	医療処置は行わない	不明
		88	12	91	89	11	0	1
		88.0	12.0	91.0	89.0	11.0	0.0	1.0

Q28.入所(継続)を断る理由

調査数	医療処置	認知症	医療処置及び認知症以外	断ることはない	不明
100	84	30	17	9	2
100.0	84.0	30.0	17.0	9.0	2.0

Q28-1.何の医療処置を理由に入所を断ることがありますか

調査数	点滴の管理	中心静脈栄養	透析	ストーマ(人工肛門)の処置	酸素療法	レスピレーター(人工呼吸器)	気管切開の処置	疼痛の看護
84	58	77	59	2	11	71	66	24
100.0	69.0	91.7	70.2	2.4	13.1	84.5	78.6	28.6
		経管栄養	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	褥瘡(じよくそう)の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)	その他		
		8	40	1	5	7		
		9.5	47.6	1.2	6.0	8.3		

Q28-2.医療処置を理由に、入所(継続)を断る場合、いずれかの機関を紹介していますか

調査数	介護老人保健施設	介護療養型医療施設(介護医療院)	医療療養型医療施設	一般病床	どこも紹介していない	その他
84	28	38	49	27	19	3
100.0	33.3	45.2	58.3	32.1	22.6	3.6

Q36-1.看取り介護加算を算定していますか

調査数	算定している	算定していない	不明
100	74	25	1
100.0	74.0	25.0	1.0

Q36-2.看取り加算を算定していない理由

調査数	配置医の協力が得られない	夜間の看護師を確保できない	介護職員の負担が大きい	加算となる体制が取れない	その他	看取りの対象となった人がいない
25	5	7	3	18	2	1
100.0	20.0	28.0	12.0	72.0	8.0	4.0

Q37.利用者や家族の要望を積極的に取り入れるための取組

調査数	利用者に施設サービス計画を説明し要望を聞く機会を設けている	家族に施設サービス計画を説明し要望を聞く機会を設けている	利用者・家族と話し合いの機会を定期的に設けている	利用者の生活状況を記録し家族に連絡している	利用者・家族を対象に相談・苦情窓口を設けている	家族会を設置している
100	69	82	35	70	77	18
100.0	69.0	82.0	35.0	70.0	77.0	18.0

調査数	特に行っていない
4	0
4.0	0.0

■令和4年 横浜市高齢者実態調査より（老健）

Q26.行っている医療処置

調査数	点滴の管理	中心静脈栄養	透析	ストーマ(人工肛門)の処置	酸素療法	レスピレーター(人工呼吸器)	気管切開の処置	疼痛の看護
45 100.0	26 57.8	1 2.2	3 6.7	25 55.6	22 48.9	0 0.0	1 2.2	9 20.0
		経管栄養	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	褥瘡(じよくそう)の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)	その他	医療処置は行わない	不明
		38 84.4	18 40.0	40 88.9	33 73.3	7 15.6	0 0.0	1 2.2

Q34.入所者が亡くなる際に施設内で看取りを行っていますか

調査数	希望者全ての看取りを行っている	特定の条件がそろった一部の入所者のみ看取りを行っている	看取りを行う用意はあるが、希望者がいない	施設内では看取りは行わず、医療機関に移ってもらっている	その他
45 100.0	20 44.4	14 31.1	1 2.2	10 22.2	0 0.0

Q27.入所(継続)を断る理由

調査数	医療処置	認知症	医療処置及び認知症以外	断ることはない	不明
45 100.0	41 91.1	17 37.8	8 17.8	3 6.7	1 2.2

Q27-1.何の医療処置を理由に入所を断ることがありますか

調査数	点滴の管理	中心静脈栄養	透析	ストーマ(人工肛門)の処置	酸素療法	レスピレーター(人工呼吸器)	気管切開の処置	疼痛の看護
41 100.0	16 39.0	33 80.5	32 78.0	2 4.9	20 48.8	36 87.8	26 63.4	13 31.7
		経管栄養	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	褥瘡(じよくそう)の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)	その他		
		2 4.9	15 36.6	1 2.4	6 14.6	4 9.8		

Q27-2.医療処置を理由に、入所(継続)を断る場合、いずれかの機関を紹介していますか

調査数	介護療養型医療施設(介護医療院)	医療療養型医療施設	一般病床	どこも紹介していない	その他
41 100.0	20 48.8	25 61.0	12 29.3	5 12.2	10 24.4

■令和4年 横浜市高齢者実態調査より（有料老人ホーム・サ高住・認知症GH）

Q33.入所者が亡くなる際に施設内で看取りを行っていますか

調査数	希望者全ての 看取りを行っている	特定の条件が そろった一部 の入居者のみ 看取りを行って いる	看取りを行う用 意はあるが、 希望者がいな い	事業所内では 看取りは行わ ず、医療機関 に移ってもらっ ている	その他	不 明
335	178	111	6	24	8	8
100.0	53.1	33.1	1.8	7.2	2.4	2.4

Q33-1.看取り介護加算を算定していますか

調査数	算定している	算定していな い	不 明
335	173	145	17
100.0	51.6	43.3	5.1

Q33-2.看取り加算を算定していない理由

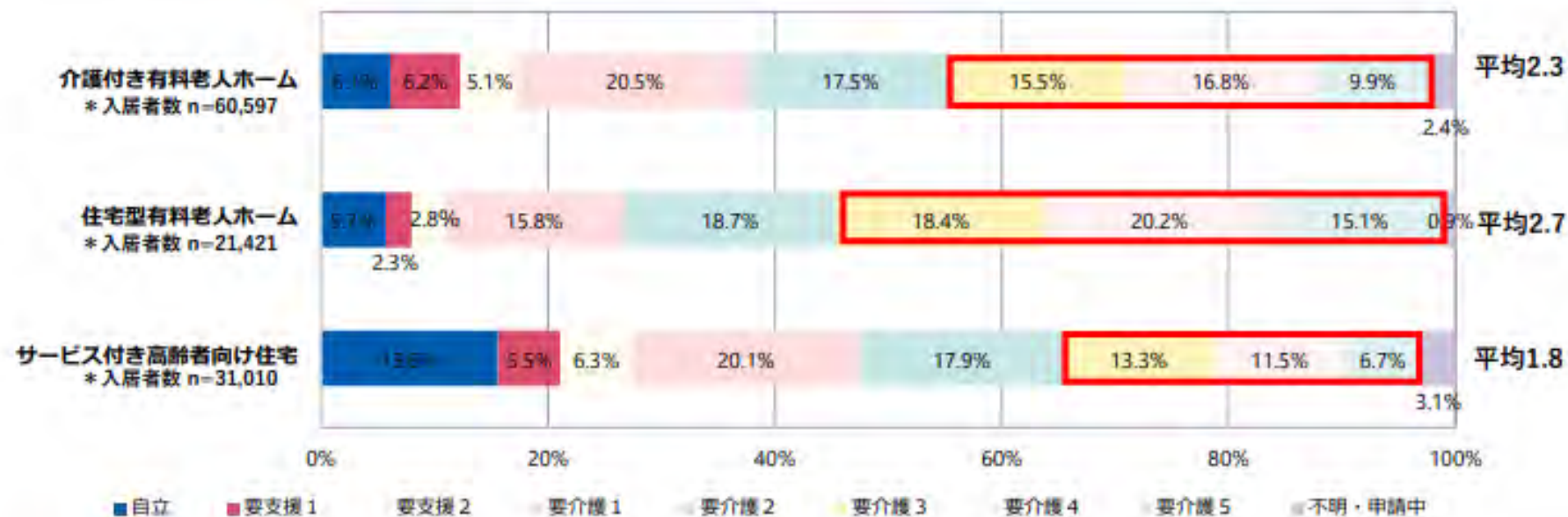
調査数	配置医の協力が 得られない	夜間の看護師 を確保できな い	介護職員の負 担が大きい	加算となる体 制が取れない	その他	看取りの対象 者がいない	不 明
145	10	37	29	53	26	22	12
100.0	6.9	25.5	20.0	36.6	17.9	15.2	8.3

Q40.医療機関とどのように連携していますか

調査数	入居者の健康 管理や処置に ついて助言を 受けている	往診をしてく れる医師・医療 機関がある	急変時の受入 れを依頼でき る病院を確保 している	提携病院があ り、一般的な入 院を受け入れ てもらっている	認知症の周辺 症状について 助言を受けて いる	その他	連携していな い	不 明
335	263	314	104	118	94	5	5	6
100.0	78.5	93.7	31.0	35.2	28.1	1.5	1.5	1.8

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の入居者の要介護度（令和5年度）

- 介護付き有料老人ホーム（※）の入居者のうち、
自立から要介護2までの軽度要介護者は約55%、要介護3～5までの中重度要介護者は**約42%**
- 住宅型有料老人ホームの入居者のうち、
自立から要介護2までの軽度要介護者は約45%、要介護3～5までの中重度要介護者は**約54%**
- サービス付き高齢者向け住宅の入居者のうち、
自立から要介護2までの軽度要介護者は約65%、要介護3～5までの中重度要介護者は**約32%**



※ 介護付き有料老人ホームについては、「介護専用型」及び「混合型」の合計

※ 特定施設入居者生活介護の指定を受けているサービス付き高齢者向け住宅(有料老人ホームに該当するもの)は、介護付き有料老人ホームに含み、サービス付き高齢者向け住宅には含まない。

※ 自立はゼロ、要支援1・2は0.375として平均要介護度を算出。

※ 令和5年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

明日をひらく都市

OPEN X PIONEER

YOKOHAMA

28

高齢者住まい（有料、サ高住）への入居前の居場所

・2014年と2024年の比較において、「病院・診療所」から入居する方の割合はいずれの類型も概ね変化なし。

2014（平成26）年

特定施設 (新規入居者数 n=2,063)	
	%
自宅、家族・親族等と同居	43.5
病院・診療所	36.7
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	6.7
介護保険対象の居住系サービス	5.7
介護保険対象外の居住系サービス	2.8
認知症高齢者グループホーム	1.0
特別養護老人ホーム	0.8
その他（不明を含む）	2.9

住宅型有料老人ホーム (新規入居者数 n=2,147)	
	%
病院・診療所	43.4
自宅、家族・親族等と同居	38.1
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	6.1
介護保険対象外の居住系サービス	4.9
介護保険対象の居住系サービス	1.8
認知症高齢者グループホーム	1.1
特別養護老人ホーム	1.0
その他（不明を含む）	3.6

サービス付き高齢者向け住宅(非特定) (新規入居者数 n=1,855)	
	%
自宅、家族・親族等と同居	50.9
病院・診療所	29.5
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	5.8
介護保険対象外の居住系サービス	5.7
介護保険対象の居住系サービス	3.1
認知症高齢者グループホーム	0.9
特別養護老人ホーム	0.8
その他（不明を含む）	3.3

出典：平成26年度老健事業「高齢者向け住まいが果たしている機能・役割等に関する実態調査」

2024（令和6）年

(新規入居者数 n=9,761)	
	100.0
病院・診療所	32.3
自宅	28.3
介護老人保健施設	5.3
特定施設の指定を受けている施設	4.1
特定施設の指定を受けていない施設	2.3
介護療養型医療施設	0.7
特別養護老人ホーム	0.6
認知症高齢者グループホーム	0.4
介護医療院	0.3
その他（不明を含む）	25.7

(新規入居者数 n=3,935)	
	100.0
病院・診療所	43.4
自宅	27.3
介護老人保健施設	4.8
特定施設の指定を受けていない施設	3.7
特定施設の指定を受けている施設	2.4
認知症グループホーム	0.7
介護療養型医療施設	0.6
特別養護老人ホーム	0.6
介護医療院	0.5
その他（不明を含む）	15.9

(新規入居者数 n=5,266)	
	100.0
自宅	40.7
病院・診療所	30.3
介護老人保健施設	4.0
特定施設の指定を受けていない施設	3.4
特定施設の指定を受けている施設	1.9
特別養護老人ホーム	0.7
介護療養型医療施設	0.5
介護医療院	0.5
認知症高齢者グループホーム	0.4
その他（不明を含む）	25.7

出典：令和6年度老健事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会（令和7年10月3日、厚生労働省老健局）

高齢者住まい（有料、サ高住）からの退去先

2014(平成26)年

死亡による退去の割合がいずれも増加。住宅型は36.6%から55.3%に増加し、内、居室における看取りが57.7%。

特定施設

(退去者数 n=2,063)	%
死亡による契約終了(※)	51.7
病院・診療所	18.2
自宅、家族・親族等と同居	7.0
特定施設の指定を受けている施設	6.6
特別養護老人ホーム	5.3
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	4.9
認知症グループホーム	1.3
特定施設の指定を受けていない施設	2.4
その他(不明を含む)	2.5

住宅型有料老人ホーム

(退去者数 n=2,147)	%
死亡による契約終了(※)	36.6
病院・診療所	23.7
自宅、家族・親族等と同居	9.1
特別養護老人ホーム	8.6
特定施設の指定を受けていない施設	6.4
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	5.9
特定施設の指定を受けている施設	4.2
認知症グループホーム	2.8
その他(不明を含む)	2.5

サービス付き高齢者向け住宅(非特定)

(退去者数 n=1,855)	%
死亡による契約終了(※)	29.8
病院・診療所	18.1
自宅、家族・親族等と同居	17.1
特定施設の指定を受けていない施設	7.9
特別養護老人ホーム	7.5
特定施設の指定を受けている施設	6.1
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	5.8
認知症グループホーム	4.1
その他(不明を含む)	4.2

出典：平成26年度老健事業「高齢者向け住まいが果たしている機能・役割等に関する実態調査」

2024(令和6)年

(退去者数 n=9,194)	%
死亡による契約終了(※)	59.2
病院・診療所	14.2
特定施設の指定を受けている施設	5.2
特別養護老人ホーム	4.7
自宅	4.1
介護療養型医療施設	2.0
介護老人保健施設	1.6
特定施設の指定を受けていない施設	1.3
認知症高齢者グループホーム	0.8
介護医療院	0.4
その他(不明を含む)	6.6

※内訳は、居室における看取り50.3%、居室における看取り以外10.6%、病院・診療所36.0%、その他3.2%

(退去者数 n=3,783)	%
死亡による契約終了(※)	55.3
病院・診療所	17.0
特別養護老人ホーム	7.6
自宅	4.3
介護老人保健施設	3.5
特定施設の指定を受けていない施設	3.1
特定施設の指定を受けている施設	2.7
認知症高齢者グループホーム	1.5
介護療養型医療施設	1.3
介護医療院	0.5
その他(不明を含む)	3.2

※内訳は、居室における看取り57.7%、居室における看取り以外5.4%、病院・診療所31.7%、その他5.2%

(退去者数 n=4,913)	%
死亡による契約終了(※)	43.1
病院・診療所	17.6
特別養護老人ホーム	8.2
自宅	6.1
特定施設の指定を受けている施設	5.9
特定施設の指定を受けていない施設	4.0
介護老人保健施設	3.7
認知症高齢者グループホーム	3.0
介護療養型医療施設	2.1
介護医療院	0.5
その他(不明を含む)	5.8

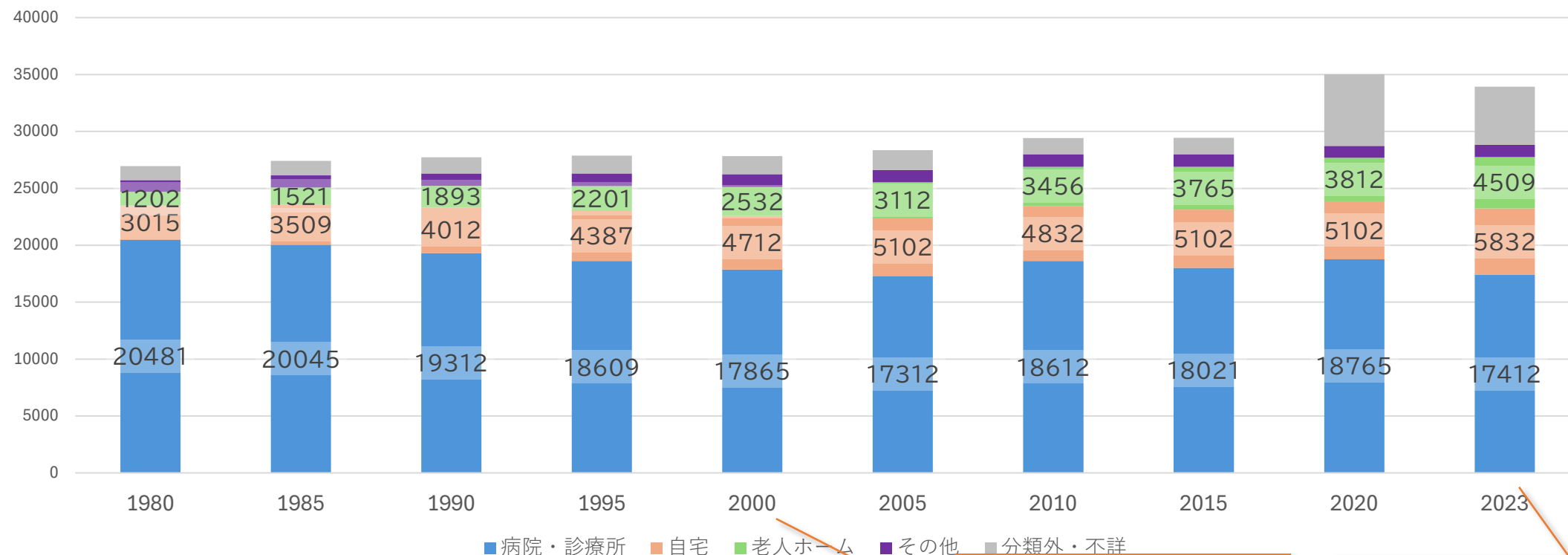
※内訳は、居室における看取り40.8%、居室における看取り以外5.3%、病院・診療所57.5%、その他6.5%

出典：令和6年度老健事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会（令和7年10月3日、厚生労働省老健局）

明日をひらく都市
OPEN X PIONEER
YOKOHAMA

○ 死亡場所別死亡者数(人口動態統計より)



■ 2000人口動態統計より

・病院診療所	17865 (68.1%)
・自宅	4712 (18.0%)
・老人ホーム	2532 (9.6%)
・その他	1135 (4.3%)
小計	26244
(ほか 分類外・不詳	1597)

■ 2023人口動態統計より

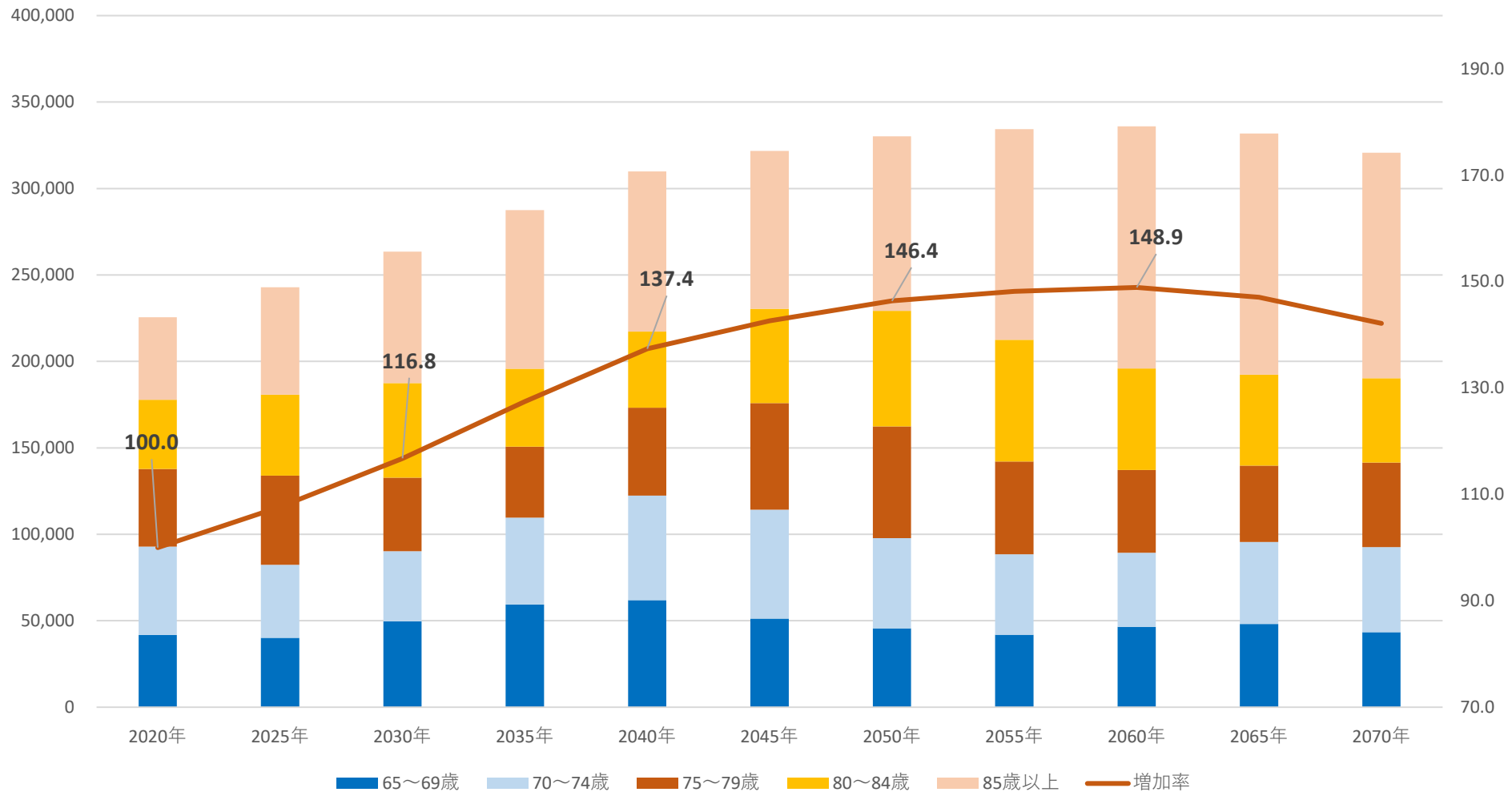
・病院診療所	17412 (60.4%)
・自宅	5832 (20.2%)
・老人ホーム	4509 (15.6%)
・その他	1077 (3.7%)
小計	28830
(ほか 分類外・不詳	5093)

【出典】

- ・分類別死亡者数(病院/自宅/施設/その他)：厚生労働省『人口動態統計年報』第5表(各年版)
 - ・実死亡者数：厚生労働省『人口動態統計年報』第2表「都道府県・指定都市別にみた死亡数」(各年版)
 - ・分類外・不詳：実死亡者数 - 分類別合計(※分類不能・記載漏れ等)
- ※ 本表に記載された死亡者数はすべて死亡発生地(死亡届提出地)ベースであり、横浜市外在住者による死亡も一部含まれる。

【資料4(全市)】将来人口推計・世帯類型(65歳以上*単身世帯)

将来人口推計 世帯構成(横浜市,65歳以上・単身世帯)



令和7年度 第1回南部エリア 医療・介護連携ワーキンググループ

日時 令和7年8月28日(木)
14時半～15時半
済生会横浜市南部病院

次 第

1 開 会

2 自己紹介

ご所属とお名前に加えて、皆様の施設や病院の特徴などを簡単に、お一人あたり1分程度でお話しください。

3 医療・介護連携ワーキンググループについて（横浜市から説明）

4 フリートーク

第1回のテーマ 急性期病院への搬送

施設や自宅で退庁が急に悪くなった方を、救急車などで病院に搬送する場面を想定

日頃感じていらっしゃる困りごとや課題認識、また好事例や工夫、今後に向けた「あったらいいな」など、それぞれのお立場から見ること・感じていることをお話ください。

5 その他(事務連絡)

次回
第2回医療・介護ワーキンググループ
令和7年9月下旬 開催予定

CITY OF YOKOHAMA

第1回南部圏域地域医療検討会 医療介護WG

2025年8月28日

明日をひらく都市
OPEN X PIONEER

○ 次第

- ・ ご挨拶
- ・ 自己紹介
- ・ 議題1:WG企画趣旨について
- ・ 議題2:コメント・フリートーク
- ・ 閉会・次回予告
- ・ アンケートのお願い

○ 議題1:WG企画趣旨について

2040年を見据え「地域完結型医療」の推進を目指すなかで、今年度、2圏域[東部・南部]でワーキンググループによる議論をはじめます。医療・介護が連携し、地域一体となった議論の充実をねらうところですが、今回WGの企画趣旨と、その背景にある課題認識・関連データ、および皆様をお願いしたいことについて、ご説明します。

WG趣旨と皆様へのお願い

【WG参加者皆様へのお願い】

これまで地域医療構想の推進に向け、地域医療構想調整会議および7方面別検討会において、医療機関(病院)間の機能分化・連携を中心とする議論が行われてきたところですが、そのすそ野を地域全体にひろげ、「地域完結型医療」の実現に向けた議論の場にシフトチェンジしたい

- * 今後、市内全域で有意義で活発な議論ができるよう、その「枠組み」の在り方を模索しています。今年度2方面WGの先行実施を通じて、**論点・課題の整理**や**運用上お気づきの点・アイデア**など**それぞれの立場から見える「気づき」**について、率直にお寄せいただけると幸いです。

[実務担当者の課題感として…]

- ・ 本件は**地域医療・介護関係者「共通の課題」**だという認識の一致を、実感ベースで築きたい。
(…高齢化や医療需要の見通し(将来像)を見通したうえで、「お互いに大変(共感)」「そのうえで一緒に何ができるか(協調)」の醸成が肝要では)
- ・ 実は普段あまり考えたことのない**「相手方の困難や得意」**を、**どうやったら双方で理解・共感**できるか
(患者の送り手・受け手双方の思いがある。まずはヒザを突き合わせて話すことから、と考え、お声がけさせていただきました)
- ・ そのうえで、取り掛かるべき**「連携の結節点」**はどこで、課題は何で、**どうしたらいいか**(いわゆる論点・課題整理)の議論を深める
<地域ベースで、創造的・前向きに、主体的関わりをもって参画できる**「枠組み」のヒント**をWGを通じて検討したく思っております>

[参考] 関連データ・推計の紹介(別添資料)

議論をはじめるとにあたり、いくつか基礎的なデータをまとめました。

全市統計のほか、区別にもデータを整理しましたので、あわせてご参照ください。

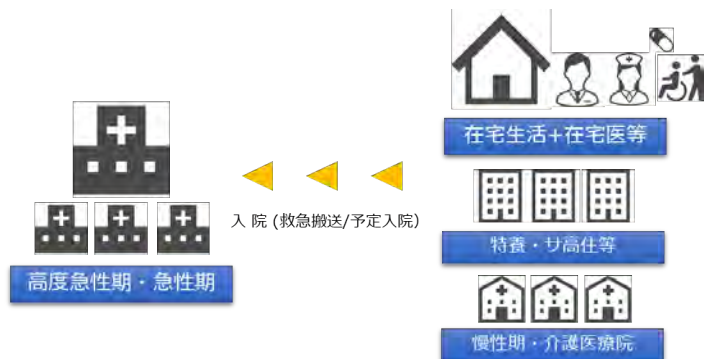
- 1) 方面別・類型別病床機能まとめ …南部圏域方面別検討会参加病院の病床数まとめです
- 2) 高齢者施設まとめ …特養・老健・介護医療院ほか、高齢者施設・住まいに関するまとめです
- 3) 将来人口推計…高齢化は引き続き進む(2040には港南区75歳以上3.9万人(1.15倍))、他方栄区は減少局面に
- 4) 将来世帯推計…加えて世帯も単身化が進みます。在宅医療介護連携や「ときどき入院、ほぼ在宅」の今後。
- 5) 救急搬送推計…高齢化に比例して、救急搬送需要も伸びていく(特に中等症・重症が伸びる)
- 6) 入院受療推計…高齢化に比例して、入院受療も当面高止まりか(港南区で1.05倍の試算)
- 7) 入院患者流動…翻って南部圏域の医療機関では、現在これだけの患者を受け入れている(延べ約6万人)

今後の高齢化が想定されるなか、さらなる円滑な連携が重要では。

○ 議題2:コメント・フリートークについて

今後3回のWGにて、連携の各結節点における議論をお願いする予定としていますが、第1回の本日は、「急性期病院搬送」のシーンをテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から日頃皆様が思っている課題感やお気づきの点などを自由にご発言ください。

- …今回のフリートークを通じて、例えば、
 - ・実際に自院・自施設で生じている**困りごと・懸案事項**
 - ・また、逆に**得意**とすることや**貢献**できそうなこと
 - ・そのほか当地域における「在宅→急性期」「施設→急性期」をめぐる気になること・気づいたことなどについて、ヒントやキーワードをいただくと幸いです。



■ 例えば…

- | | |
|--|--------------------------|
| [急性期] 14日で引継ぎ先が見つかるか心配 | [在宅(家族)] 治るまでしっかり診てほしい |
| [急性期] 治療方針立てづらい(不要?) | [在宅(家族)] とはいえ辛そう。心配。 |
| [急性期] 医療というか福祉的/生活的課題… | [在宅(地域)] ずっと独居。医療も介護も否定的 |
| [急性期] 看取り方針だったのでは | [施設側] いざとなると不安。親族も揺れていて |
| [急性期] 施設看護師に指示は仰いだ…? | [施設側] 夜勤看護師は判断つかず搬送で |
| [急性期] 土日は体制弱くて/若手宿直医で経験浅く不安定 | |
| [急性期・施設側] 患者情報伝送り事項や事案別の対応方針を予め共有できれば… | |

[南部方面] 医療・介護WG 参考資料集

資料1_方面別*4類型別病床数 (*R6病床機能報告(速報)より)

資料2_高齢者施設数まとめ (*R7.5老人ホーム等一覧より)

資料3_横浜市将来人口推計(2020国調ベース)

資料4_横浜市将来人口推計(世帯構成(单身)*65歳以上)

資料5_救急搬送推計(年齢別,重症度別 *R6搬送実績より試算)

資料6_入院需要推計(*R5患者調査(入院受療率)より試算)

資料7_方面別*患者流動状況 (*R6病床機能報告(速報)より)

【資料1】 南部方面＊4類型別病院一覧

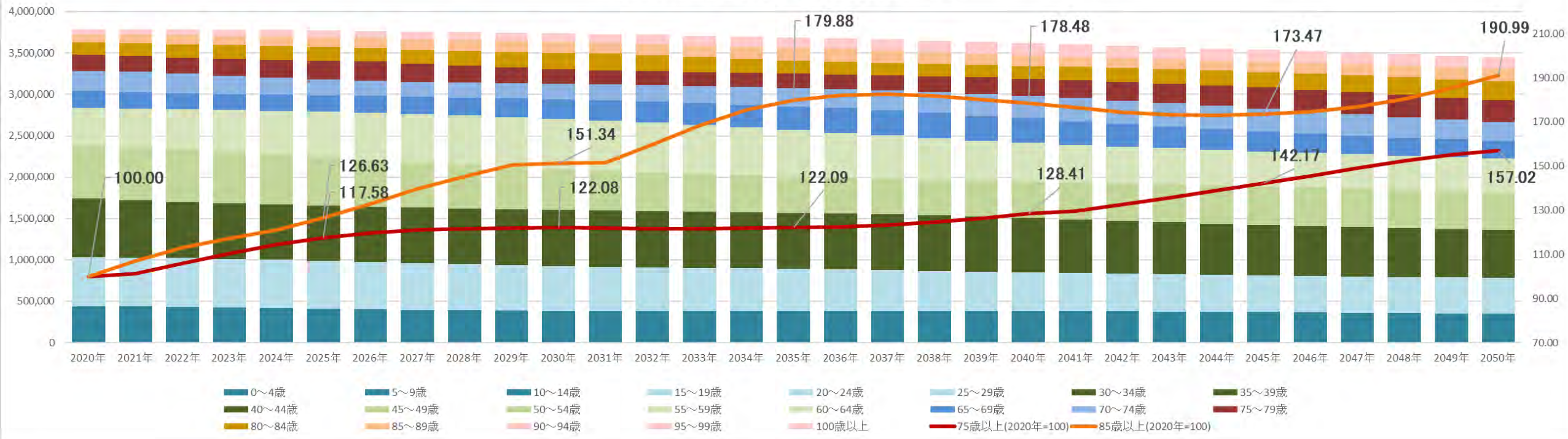
市区町村名称	病院名	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休	休	合計	
横浜市金沢区	横浜市立大学附属病院	612		0	0	0	20	0	632
横浜市金沢区	横浜南共済病院	545		20	0	0	0	0	565
横浜市港南区	神奈川県済生会横浜市南部病院	345		155	0	0	0	0	500
横浜市栄区	横浜栄共済病院	121		279	0	0	0	0	400
横浜市金沢区	神奈川県立循環器呼吸器病センター	6		173	0	0	0	0	179
横浜市磯子区	磯子中央病院	0		120	60	0	0	0	180
横浜市金沢区	金沢文庫病院	0		109	0	38	0	0	147
横浜市金沢区	金沢病院	0		105	45	0	0	0	150
横浜市磯子区	汐見台病院	0		93	70	49	13	0	225
横浜市港南区	港南台病院	0		77	0	0	0	0	77
横浜市港南区	長田病院	0		47	0	50	0	0	97
横浜市港南区	秋山脳神経外科病院	0		41	0	0	0	0	41
横浜市港南区	東條ウイメンズホスピタル	0		36	0	0	0	0	36
横浜市金沢区	神奈川県済生会若草病院	0		0	177	0	0	0	177
横浜市金沢区	横浜なみきりハビリテーション病院	0		0	144	80	0	0	224
横浜市港南区	よこはま港南台地域包括ケア病院	0		0	120	0	0	0	120
横浜市磯子区	関東病院	0		0	41	158	0	0	199
横浜市港南区	横浜医療福祉センター港南	0		0	0	170	0	0	170
横浜市港南区	横浜じんせい病院	0		0	0	50	0	0	50
横浜市戸塚区	十慈堂病院	0		0	0	29	0	0	29
		1629	1255	657	624	33	0	4198	
		38.8%	29.9%	15.7%	14.9%	##	#		

【資料2】南部圏域・高齢者施設等まとめ

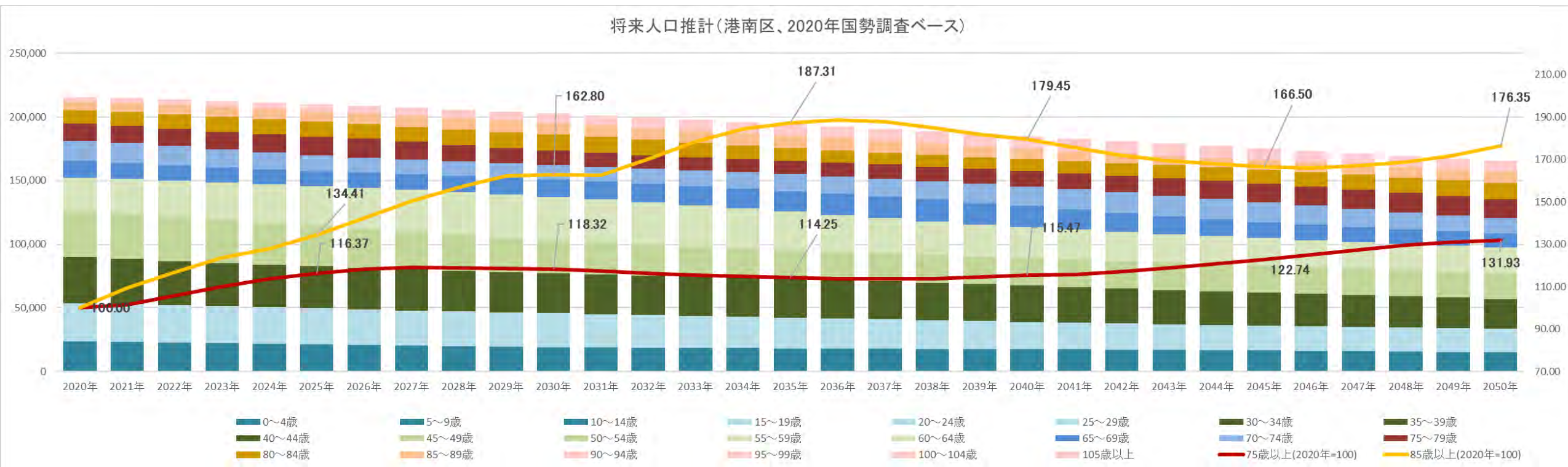
	港南区	港南区	磯子区	磯子区	金沢区	金沢区	栄区	栄区
	定員(人)	施設数(か所)	定員(人)	施設数(か所)	定員(人)	施設数(か所)	定員(人)	施設数(か所)
特養・従来型	424	4	287	3	420	4	212	2
特養・ユニット型	770	6	341	4	560	4	426	5
老健・従来型	440	3	270	3	534	4	339	3
老健・ユニット型	0	0	180	2	48	1	55	2
医療院	0	0	0	0	0	0	0	0
介護付有料	662	14	634	8	545	9	550	9
住宅型有料	310	10	115	6	262	4	212	8
サ高住	379	6	183	6	81	2	106	3
軽費	0	0	0	0	0	0	0	0
ケアハウス	0	0	0	0	0	0	0	0
養護	120	1	0	0	0	0	0	0
グループホーム	465	23	306	15	251	15	251	13
ショートステイ	0	0	0	0	0	3	0	1
小多機	193	7	129	5	171	6	160	6
看多機	58	2	0	0	58	2	47	2
	3821	76	2445	52	2930	54	2358	54

【資料3(全市)】将来人口推計(2020年国勢調査ベース)

将来人口推計(横浜市、2020年国勢調査ベース)

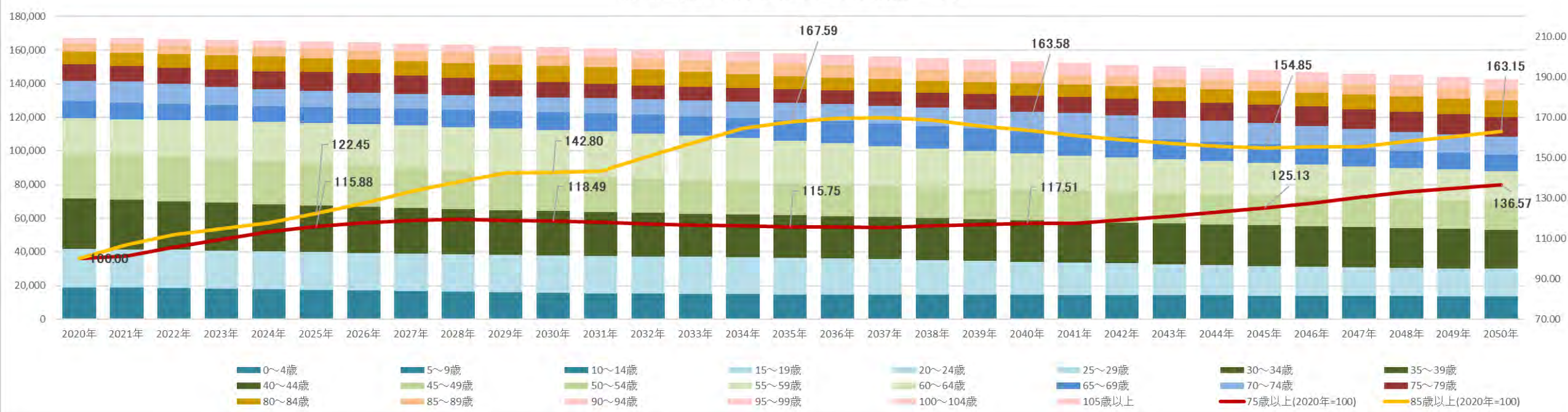


【資料3(港南区)】将来人口推計(2020年国勢調査ベース)

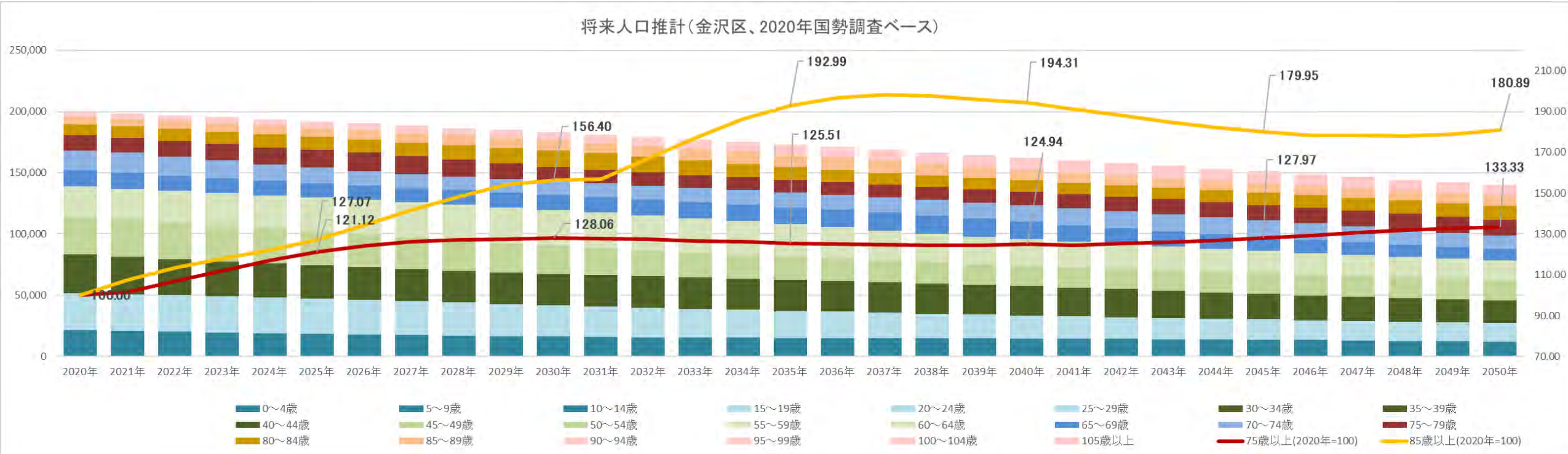


【資料3(磯子区)】将来人口推計(2020年国勢調査ベース)

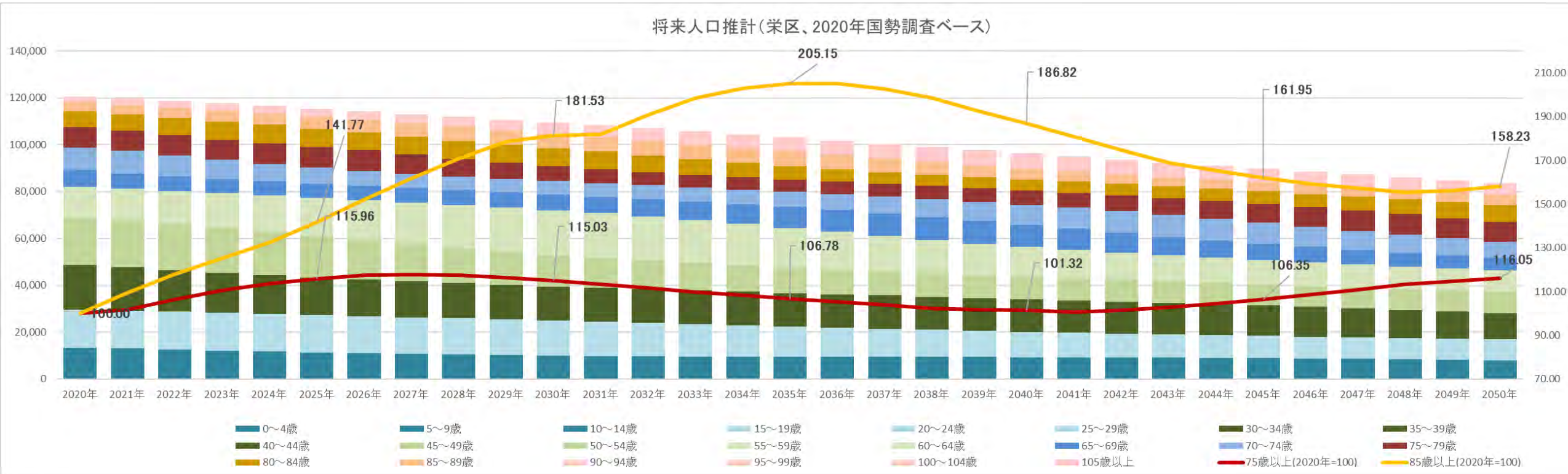
将来人口推計(磯子区、2020年国勢調査ベース)



【資料3(金沢区)】将来人口推計(2020年国勢調査ベース)

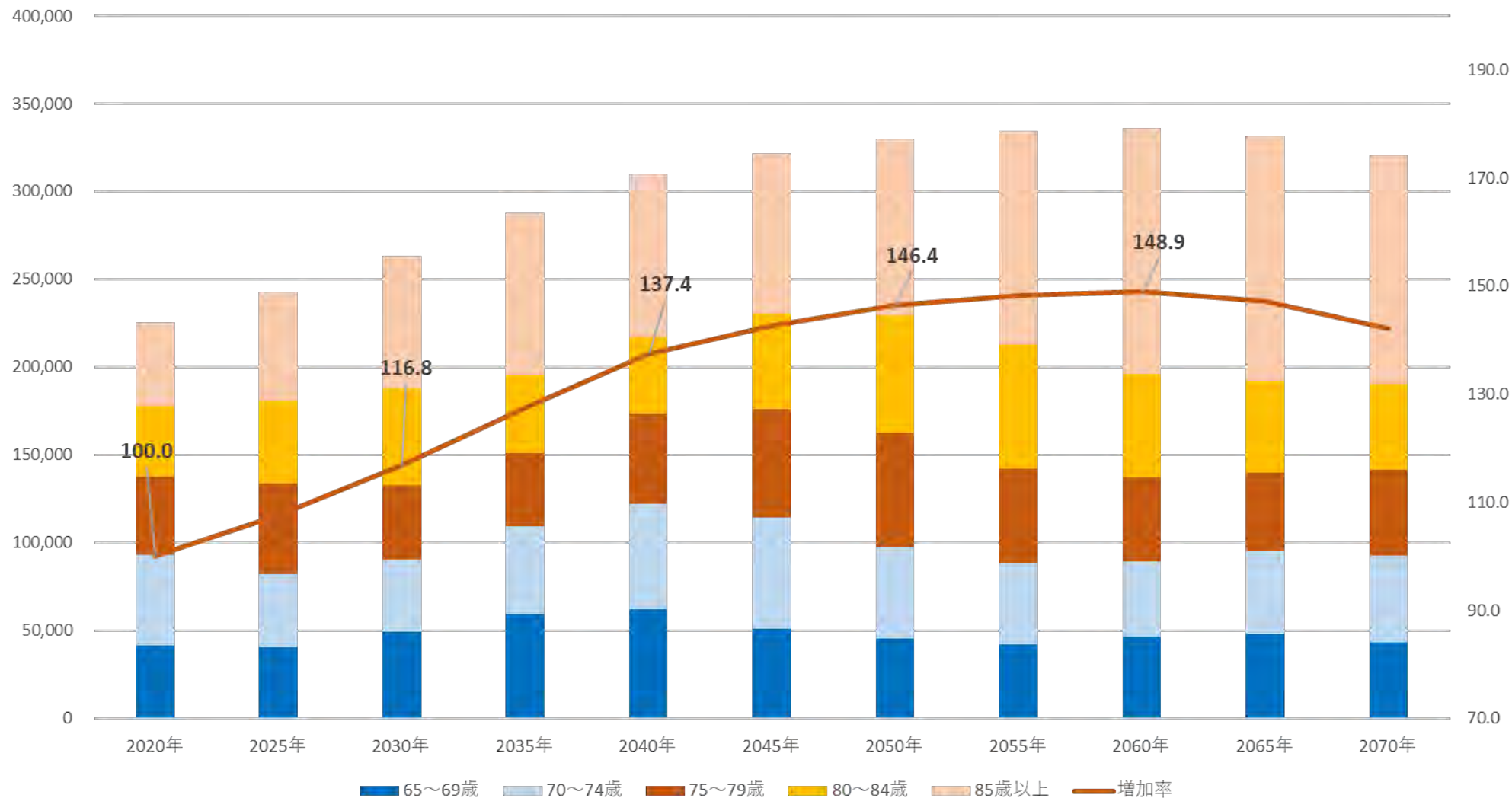


【資料3(栄区)】将来人口推計(2020年国勢調査ベース)

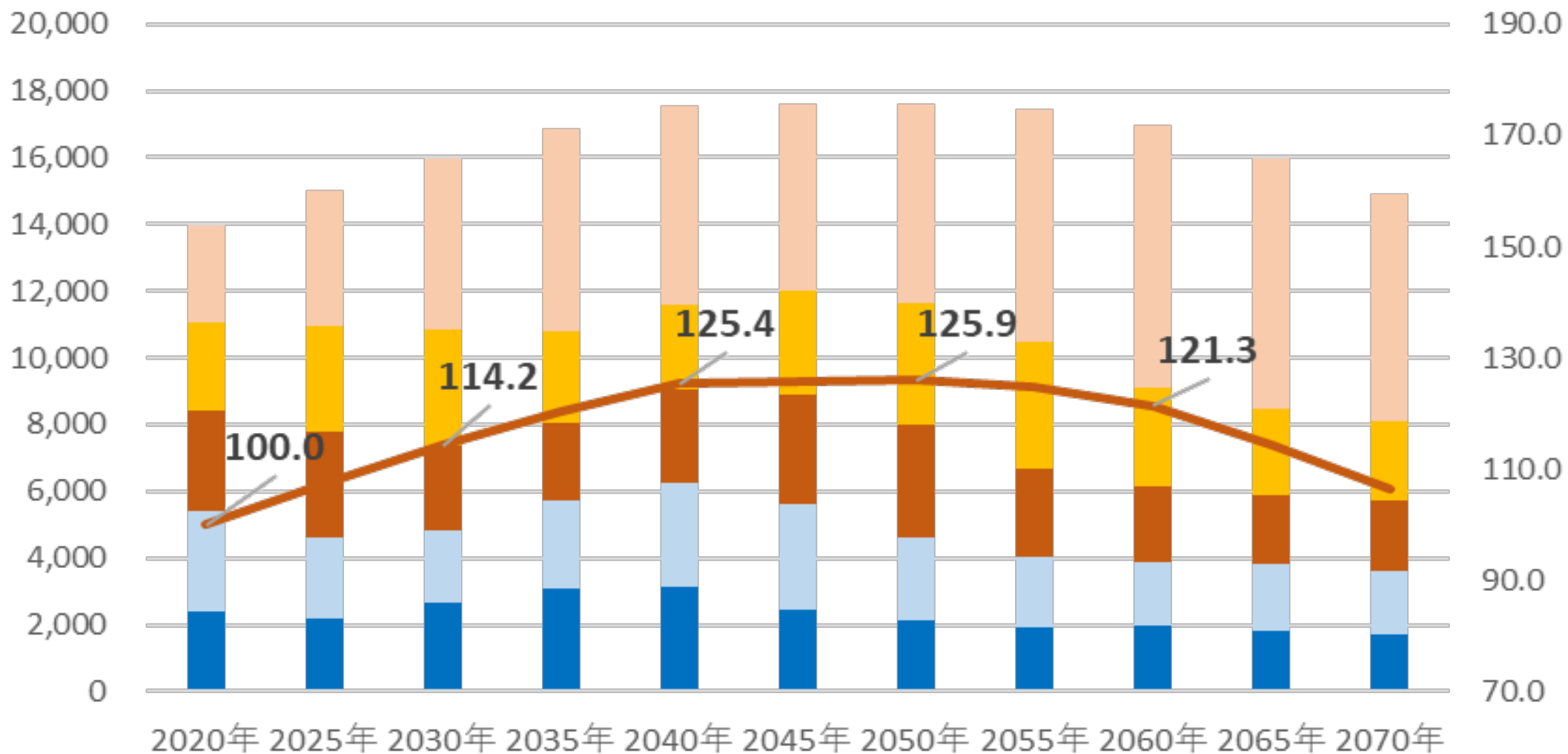


【資料4(全市)】将来人口推計・世帯類型(65歳以上*単身世帯)

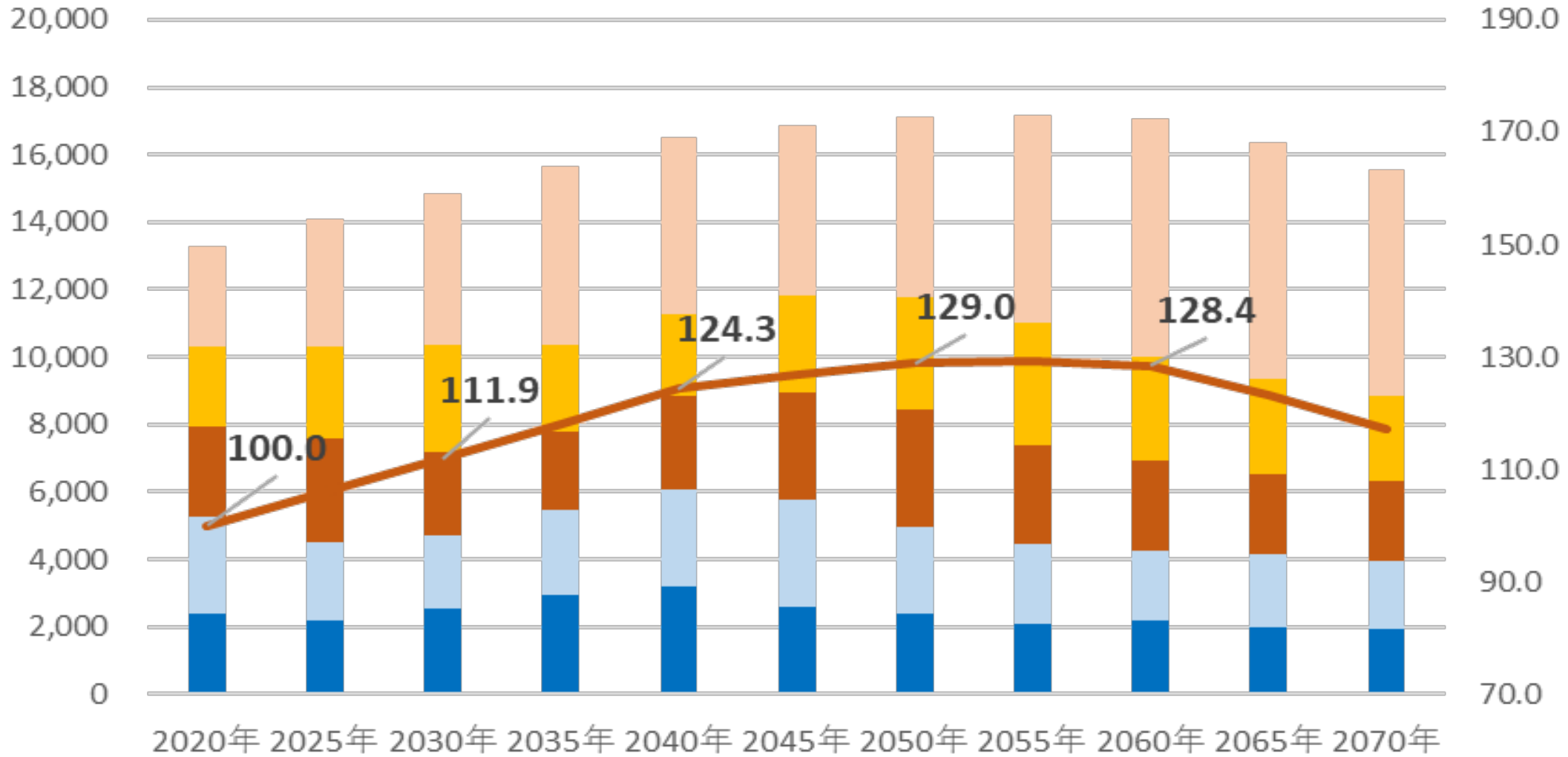
将来人口推計 世帯構成(横浜市,65歳以上・単身世帯)



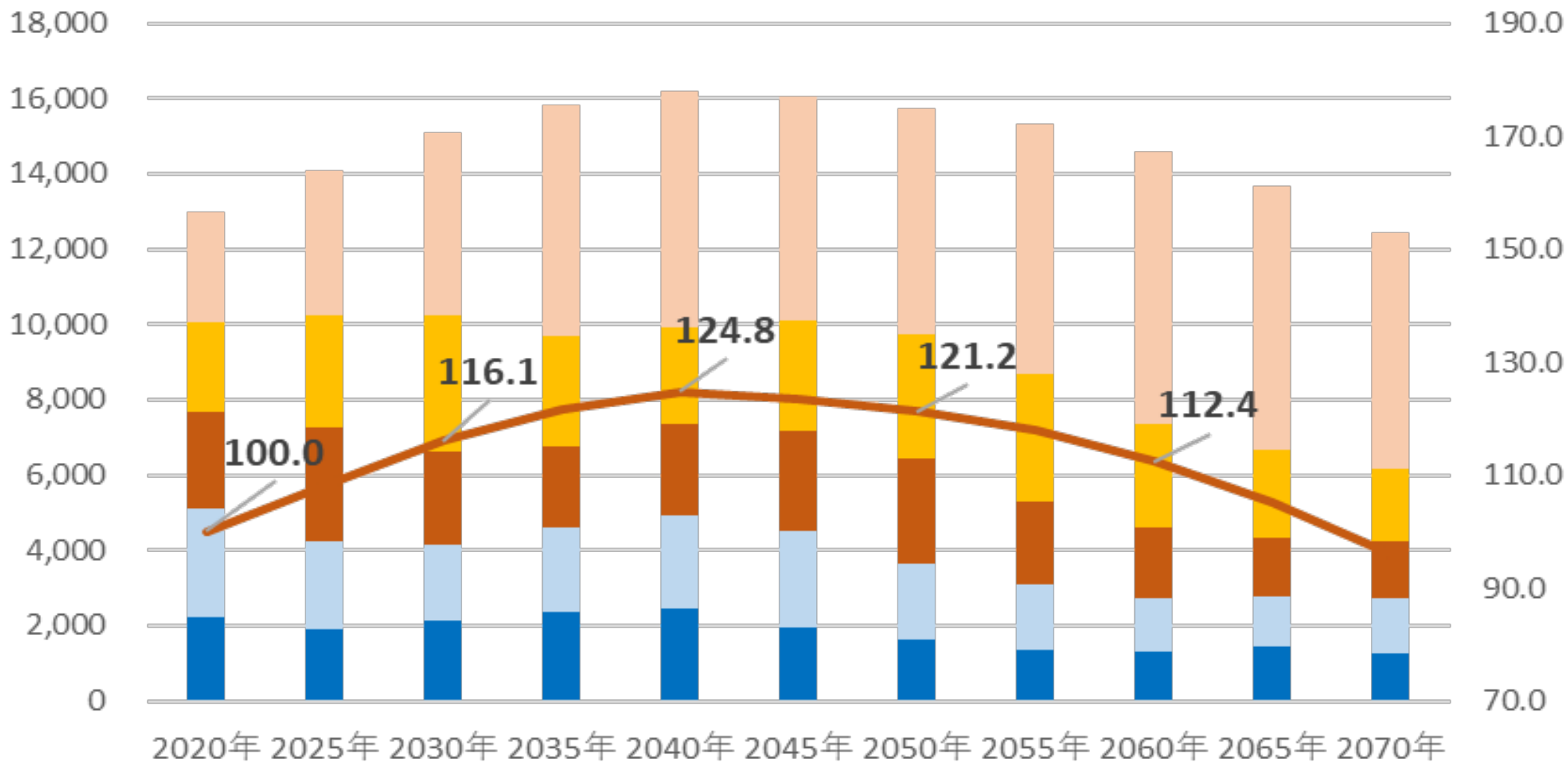
【資料4(港南区)】将来人口推計・世帯類型(65歳以上*単身世帯)



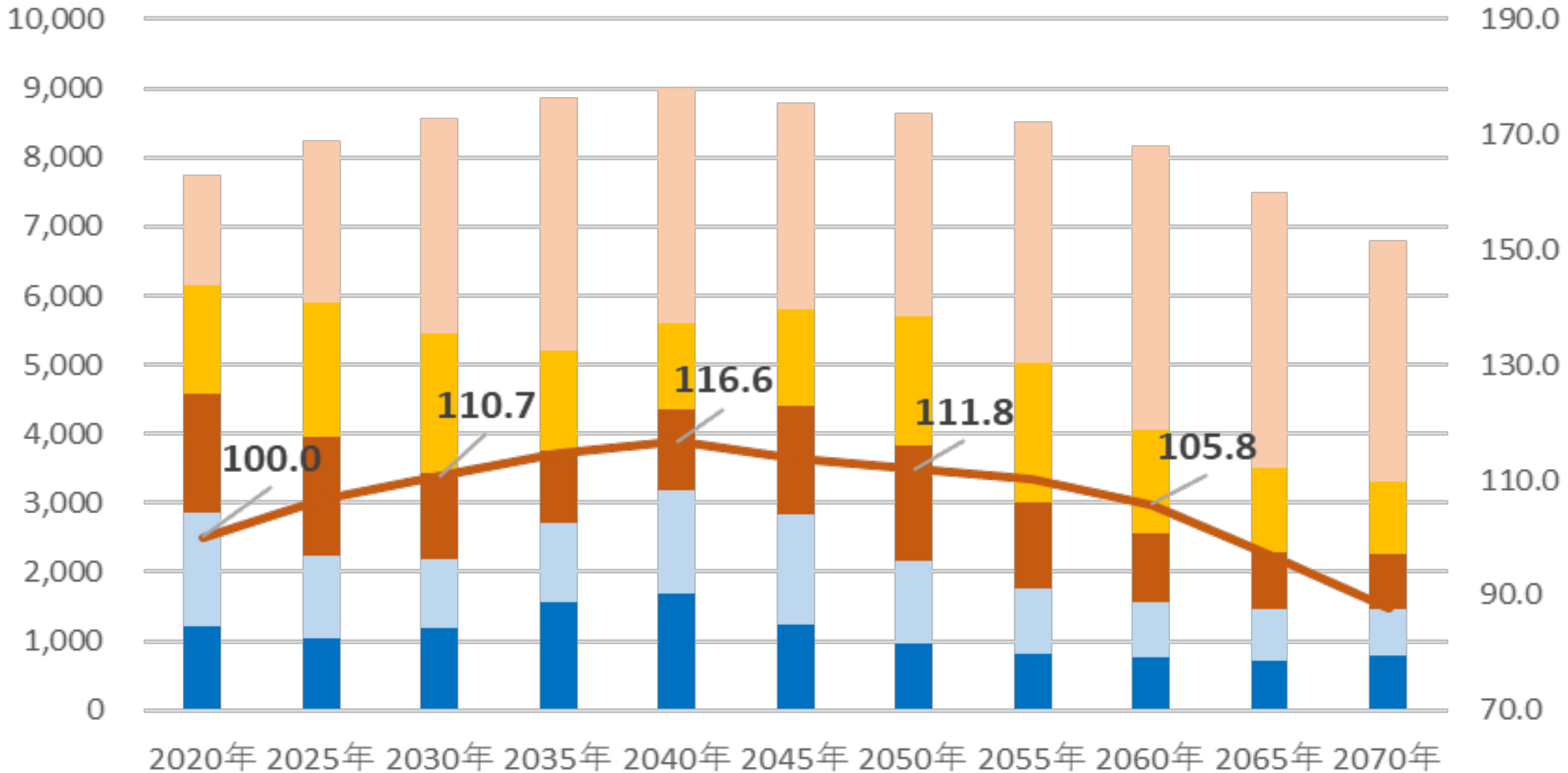
【資料4(磯子区)】将来人口推計・世帯類型(65歳以上*単身世帯)



【資料4(金沢区)】将来人口推計・世帯類型(65歳以上*単身世帯)

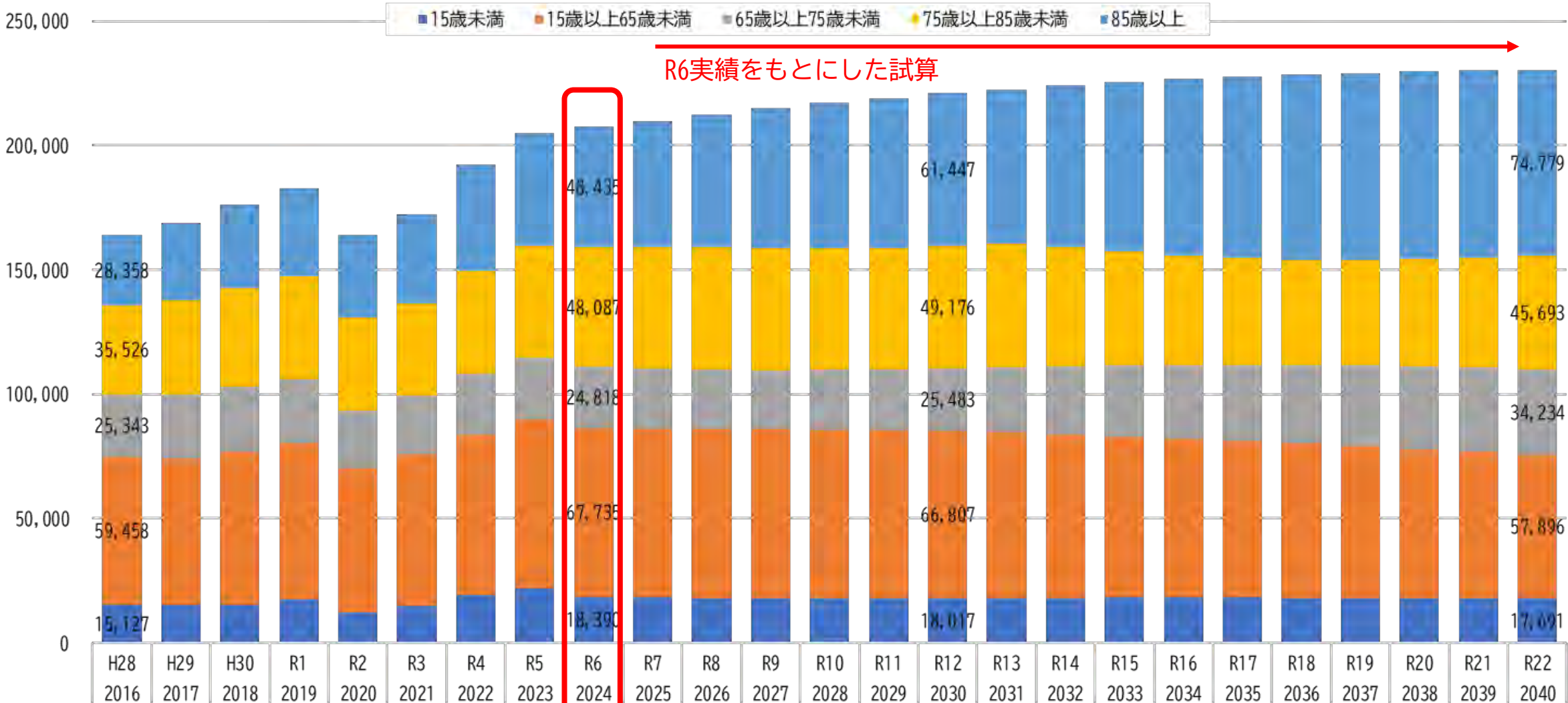


【資料4(栄区)】将来人口推計・世帯類型(65歳以上*単身世帯)

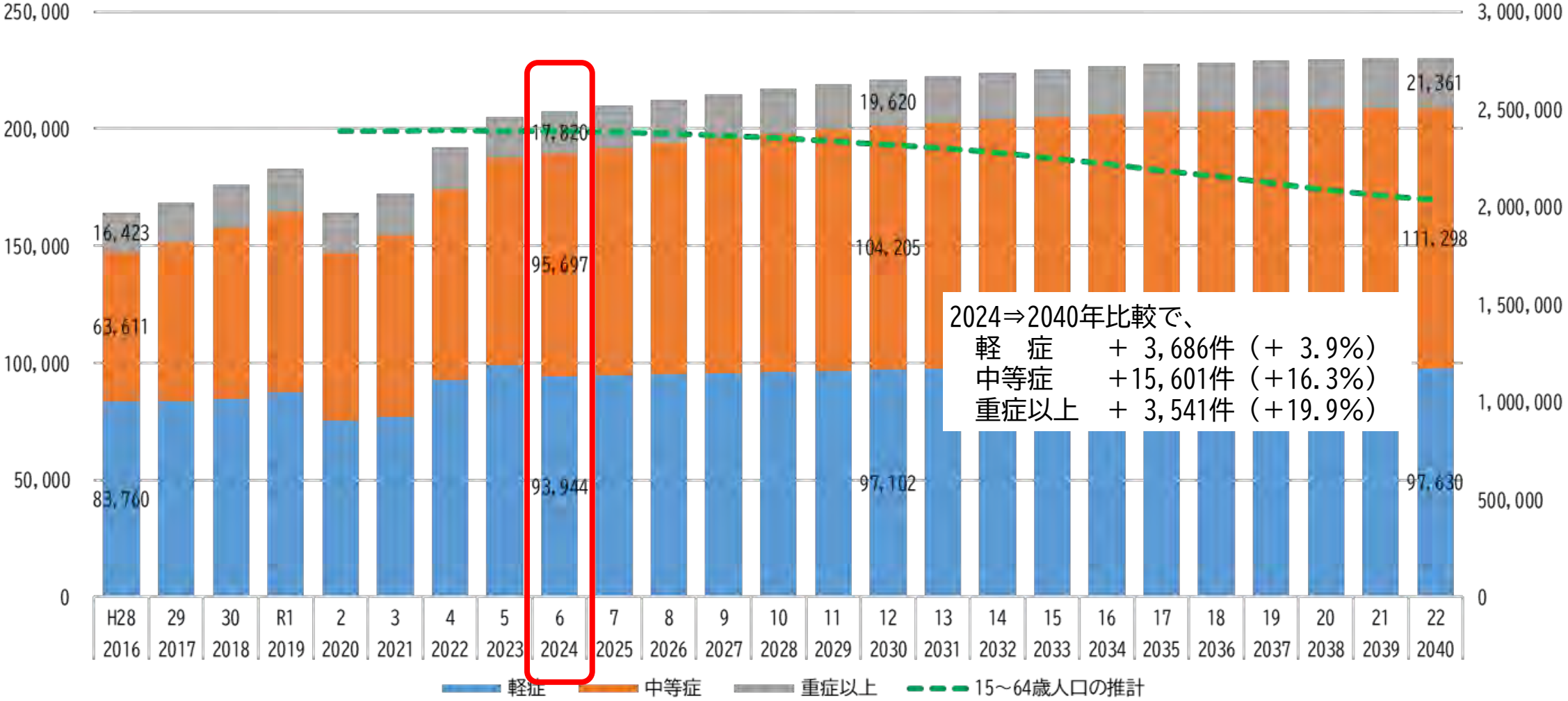


【資料5-1:救急搬送推計(全市)】年齢別搬送件数試算(R6実績*将来人口推計)

⑤年齢別搬送件数の推移と将来予測(横浜市)



【資料5-2:救急搬送推計(全市)】重症度別搬送件数試算(R6搬送率*将来人口推計)



【資料6】入院受療推計(試算)について

○ 推計の考え方

- ・ 横浜市将来人口推計(中位、2020年国勢調査ベース)より 性・年齢階級別推計人口を参照
- ・ 患者調査(厚生労働省、令和5年)より 神奈川県の性・年齢階級別入院受療率を参照
- ・ 将来人口推計と入院受療率を乗じることで推計。
- ・ なお受療率については、R5調査時を据え置いて計算

<留意事項>

*入院受療率は、一般・療養・精神・感染症すべて含んだものとなっています。また急性期・回復期・慢性期の別もありません。

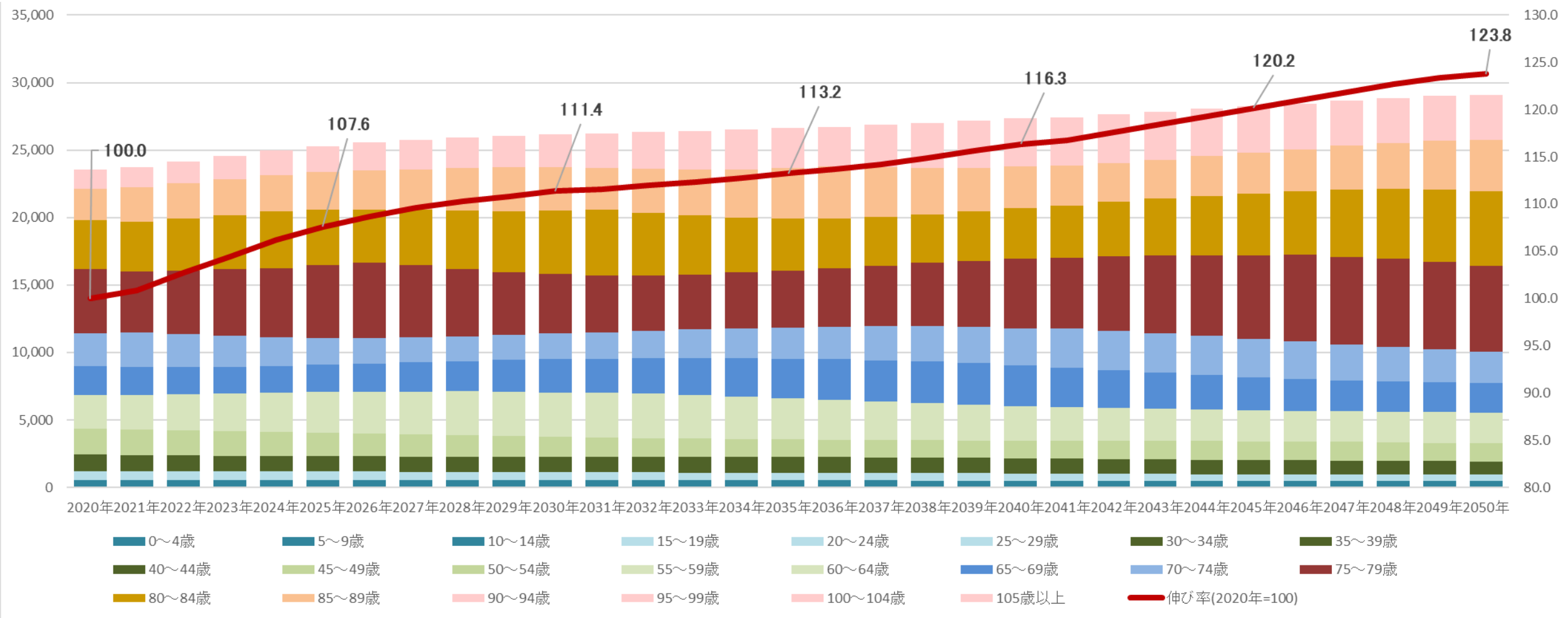
(=類型別の需要の推移・変動などの表現はできていないものです)

*受療率は10歳刻み(乳幼児期のみ0~4歳)、最高は「75歳以上」。さらに受療率が上がるであろう80歳、85歳、90歳時の受療率がまるめられている。

*なお全国平均受療率と比べ、神奈川県受療率は各年代ともに20~30%ほど低い傾向。

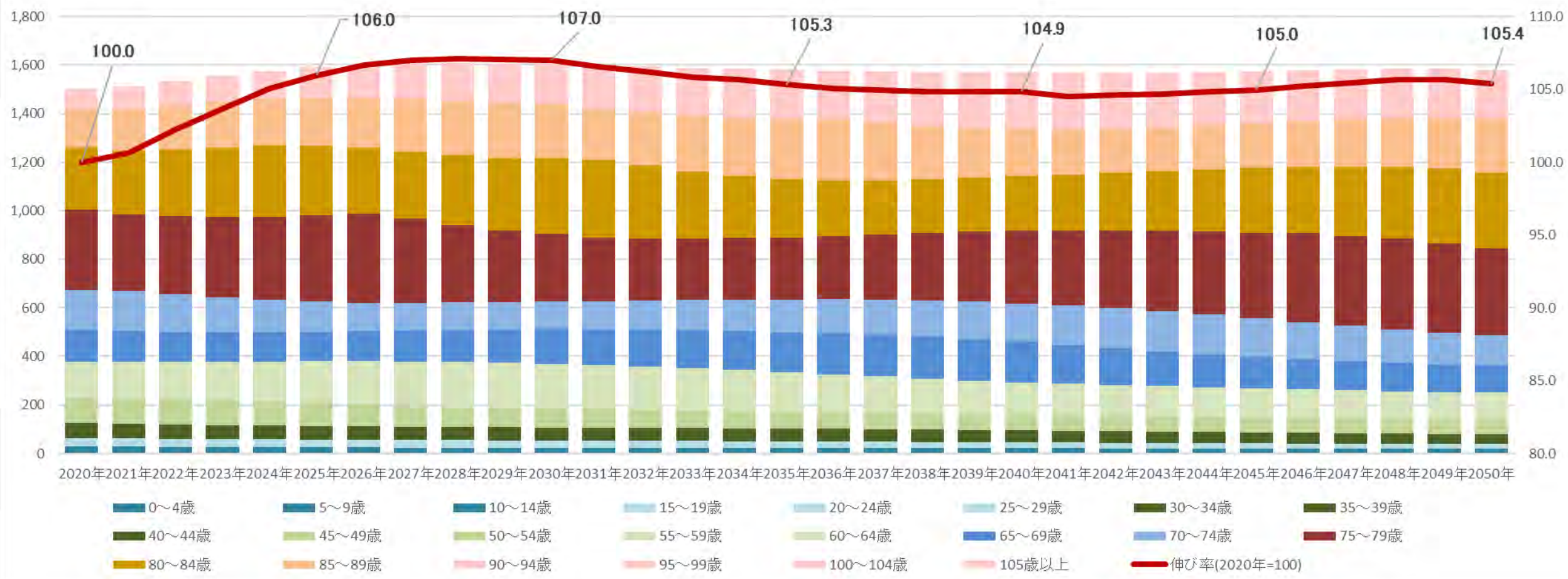
*受療率自体も低下傾向だが、例えば「75歳以上」について前回調査比で3~10%の低減が続く。

【資料6(全市)】入院受療推計(R5入院受療率*将来人口推計)



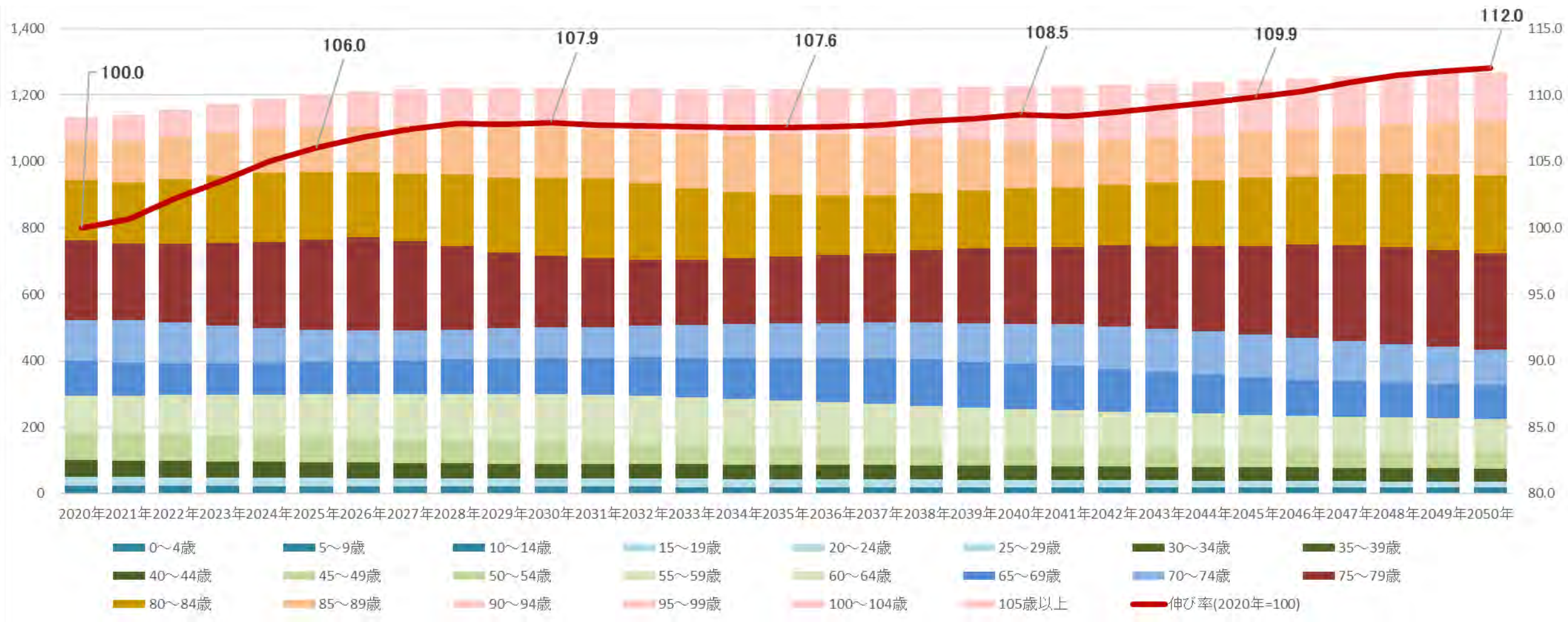
入院受療率(R5,性年齢階級別)に市将来人口推計(R3以降,性年齢階級別)を乗じ試算したもの
・横浜市将来人口推計(2020年国勢調査ベース)・入院受療率(令和5年患者調査(厚生労働省)より)

【資料6(港南区)】入院受療推計(R5入院受療率*将来人口推計)



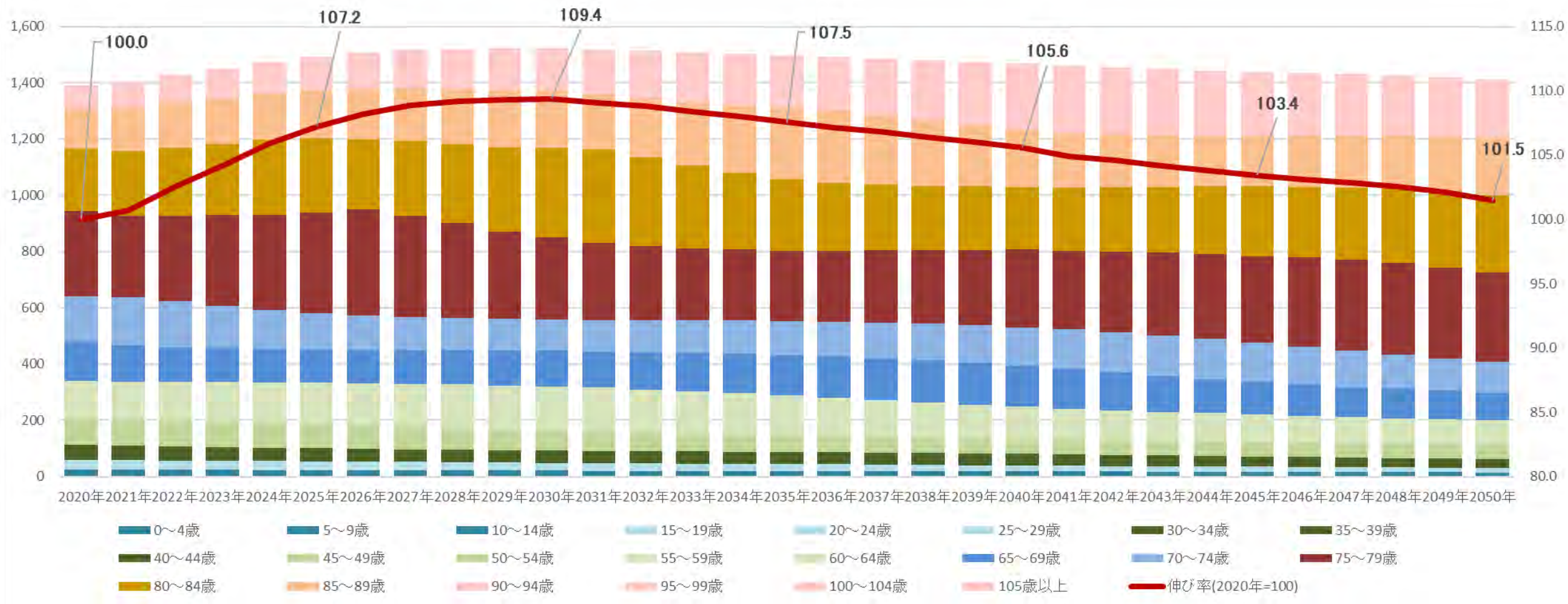
入院受療率(R5,性年齢階級別)に市将来人口推計(R3以降,性年齢階級別)を乗じ試算したもの
・横浜市将来人口推計(2020年国勢調査ベース)・入院受療率(令和5年患者調査(厚生労働省)より)

【資料6(磯子区)】入院受療推計(R5入院受療率*将来人口推計)



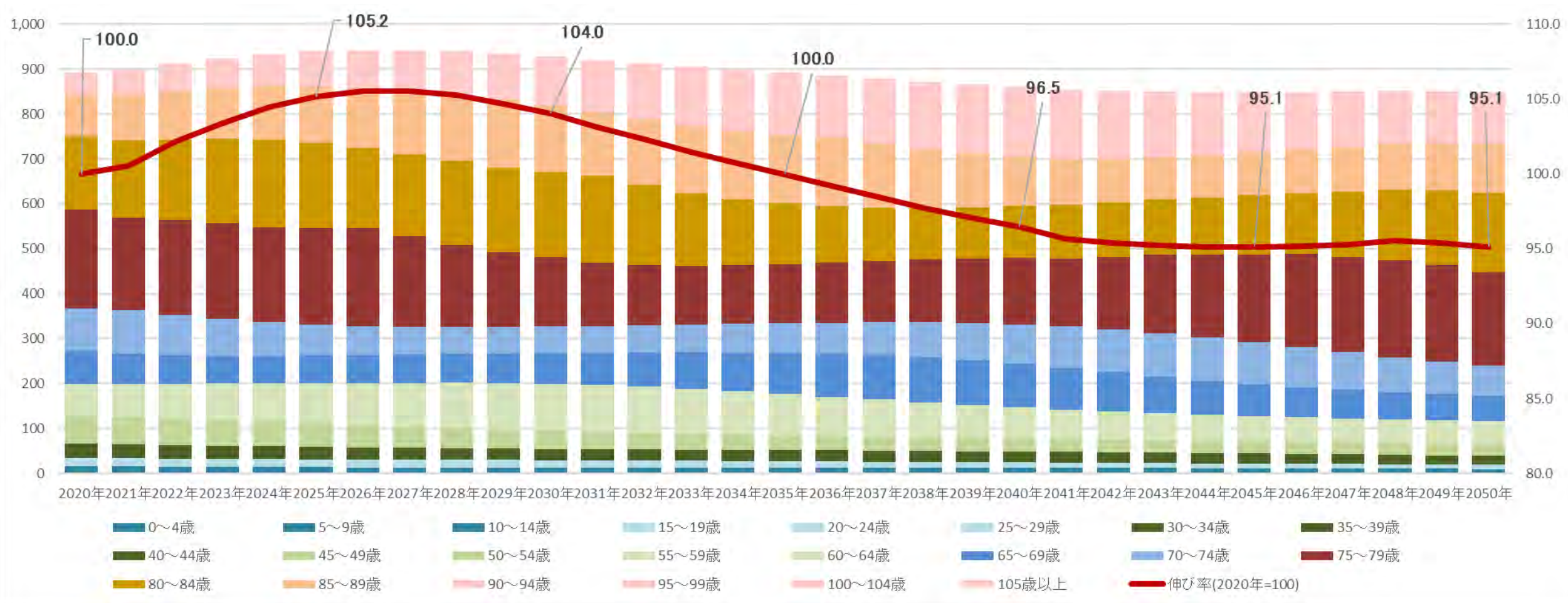
入院受療率(R5,性年齢階級別)に市将来人口推計(R3以降,性年齢階級別)を乗じ試算したもの
・横浜市将来人口推計(2020年国勢調査ベース)・入院受療率(令和5年患者調査(厚生労働省)より)

【資料6(金沢区)】入院受療推計(R5入院受療率*将来人口推計)



入院受療率(R5,性年齢階級別)に市将来人口推計(R3以降,性年齢階級別)を乗じ試算したもの
・横浜市将来人口推計(2020年国勢調査ベース)・入院受療率(令和5年患者調査(厚生労働省)より)

【資料6(栄区)】入院受療推計(R5入院受療率*将来人口推計)



入院受療率(R5,性年齢階級別)に市将来人口推計(R3以降,性年齢階級別)を乗じ試算したもの
・横浜市将来人口推計(2020年国勢調査ベース)・入院受療率(令和5年患者調査(厚生労働省)より)

【資料7】病床機能報告データについて

データについて

- ・ 医療法に基づき、年1回病棟単位で都道府県あて報告するもの。 ＊一般・療養病床が対象
- ・ 当データは令和7年4月に県より提供いただいた速報版（令和5年4月～令和6年3月実績値）
（＝クリーニング前のもの。入力ミスや不整合等あり、参考としてご覧ください）
- ・ 各病院の7方面割り振りについては、令和7年7月調べ。複数方面に参加する場合は都度計上。

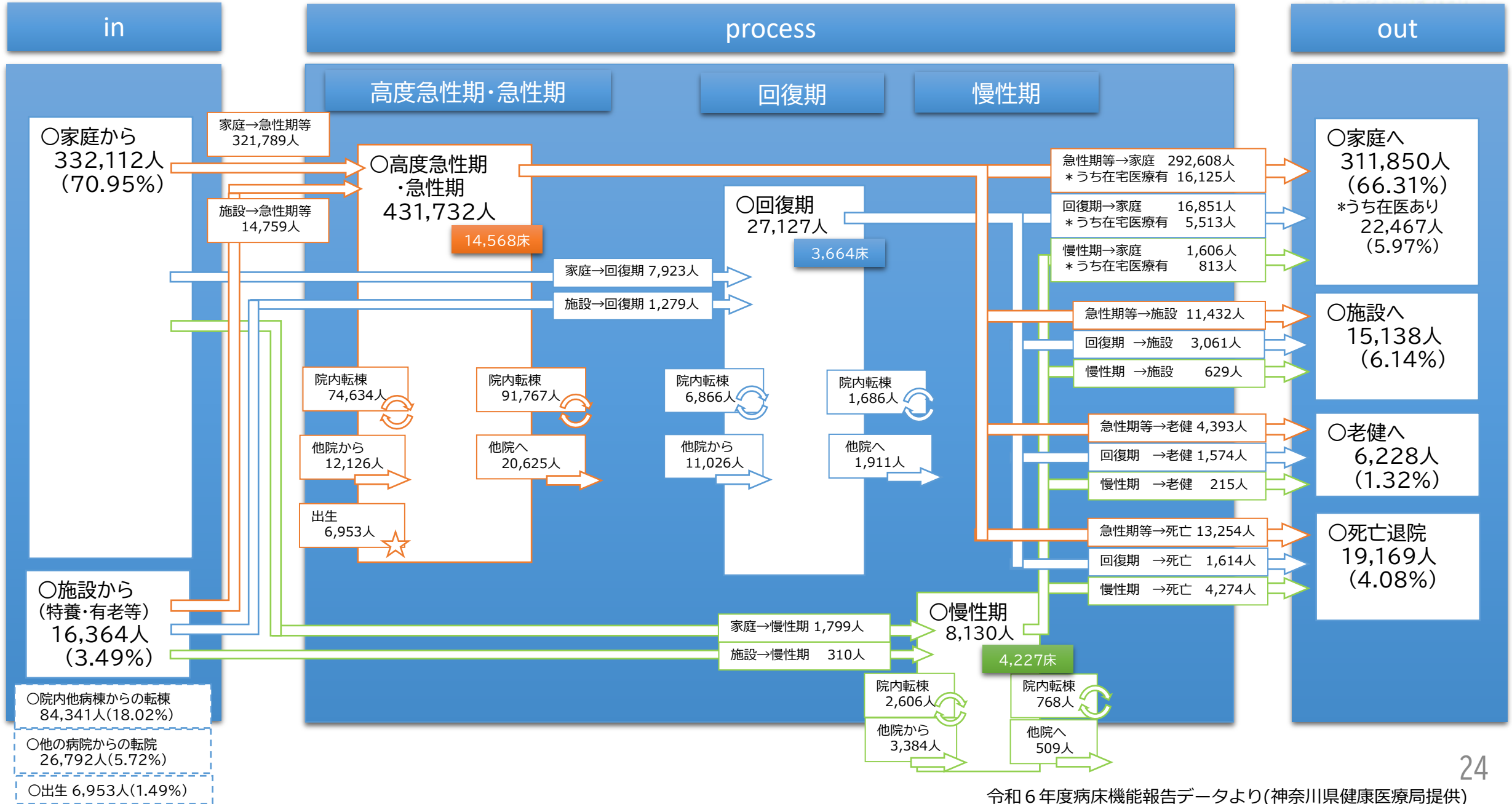
今回の資料は「入院経路」「入院元」「退院先」「うち在宅医療の要否」について整理したものです。

【資料7:患者流動状況データ(全市)】(R6病床機能報告より)

	(6) ①一般 病棟 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(42) ①新規 入棟患者数	(43) ①のう ち、 予定入 院 の患者・ 院内の他病 棟からの転 棟患者	(44) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院以外 の 入院患者	(45) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院 の患者	(48) ①新 規入棟患者 数	(49) 上記① のうち、 院 内の他病棟 からの転棟	(50) 上記① のうち、 家 庭からの入 院	(51) 上記① のうち、 他 の病院、診 療所からの 転院	(52) 上記① のうち、 介 護施設・福 祉施設から の入院	(53) 上記① のうち、 介 護医療院か らの入院	(54) 上記① のうち、院 内の出生	(55) 上記① のうち、そ の他
1高度急性期	3585	0	146220	89196	7032	49992	146291	35929	101638	2965	2852	2	2526	308
2急性期	10983	0	285440	182259	28270	74911	285441	38705	220151	9161	11902	3	4427	1091
3回復期	2414	1250	27125	22723	2296	2106	27127	6866	7923	11026	1278	1	0	31
4慢性期	1466	2761	8123	7434	437	252	8130	2606	1799	3384	299	11	0	24
5休床	203	0	1021	473	302	246	1022	148	600	256	16	0	0	1
6休床	9	0	88	88	0	0	88	87	1	0	0	0	0	0
	18660	4011	468017	302173	38337	127507	468099	84341	332112	26792	16347	17	6953	1455
				64.56%	8.19%	27.24%		18.02%	70.95%	5.72%	3.49%	0.00%	1.49%	0.31%

	(6) ①一般 病棟 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(56) ②退棟 患者数	(57) 上記② のうち、 院 内の他病棟 へ転棟	(58) 上記② のうち、 家 庭へ退院	(59) 上記② のうち、 他 の病院、診 療所へ転院	(60) 上記② のうち、 介 護老人保健 施設に入所	(61) 上記② のうち、 介 護老人福祉 施設に入所	(62) 上記② のうち、 介 護医療院に 入所	(63) 上記② のうち、 社 会福祉施 設・有料老 人ホーム等 に入所	(64) 上記② のうち、 終 了(死亡退 院等)	(65) 上記② のうち、そ の他	(66) ①当該 病棟から退 院した患者 数	(67) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 在宅 医療を必要 としない患 者	(68) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 自院 が在宅医療 を提供する 予定	(69) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 他施 設が在宅医 療を提供す る予定	(70) 上記① のうち、退 院後1か月 以内の在宅 医療の実施 予定が不明 の患者
1高度急性期	3585	0	146584	54809	79103	5613	308	344	1	1179	5052	175	91775	87736	392	3068	579
2急性期	10983	0	287883	36958	213505	15012	4085	3863	38	6007	8202	213	250925	223222	3118	9547	15038
3回復期	2414	1250	26735	1686	16851	1911	1574	1041	12	2008	1614	38	25049	17655	1657	3856	1881
4慢性期	1466	2761	8022	768	1606	509	215	222	70	337	4274	21	7254	5887	295	518	554
5休床	203	0	998	97	785	26	46	0	0	16	27	1	901	475	5	11	410
6休床	9	0	88	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	18660	4011	470310	94406	311850	23071	6228	5470	121	9547	19169	448	375904	334975	5467	17000	18462
				20.07%	66.31%	4.91%	1.32%	1.16%	0.03%	2.03%	4.08%	0.10%		89.11%	1.45%	4.52%	4.91%

○【参考】パス図



【資料7:患者流動状況データ(南部圏域)】(R6病床機能報告より)

	(6) ①一般 病棟 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(42) ①新規 入棟患者数	(43) ①のう ち、 予定入 院 の患者・ 院内の他病 棟からの転 棟患者	(44) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院以外 の 入院患者	(45) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院 の患者	(48) ①新 規入棟患者 数	(49) 上記① のうち、 院 内の他病棟 からの転棟	(50) 上記① のうち、 家 庭からの入 院	(51) 上記① のうち、 他 の病院、診 療所からの 転院	(52) 上記① のうち、 介 護施設・福 祉施設から の入院	(53) 上記① のうち、 介 護医療院か らの入院	(54) 上記① のうち、院 内の出生	(55) 上記① のうち、そ の他
1高度急性期	1649	0	55769	37318	1599	16852	55769	8692	44669	687	934	2	777	8
2急性期	1293	0	28106	16965	3140	8001	28106	3572	21206	1105	1879	0	326	18
3回復期	453	204	4621	3621	568	432	4621	794	1276	2247	295	0	0	9
4慢性期	389	235	886	877	1	8	891	435	61	381	9	0	0	0
5休床	33	0	407	175	127	105	407	0	367	32	7	0	0	1
6休床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3817	439	89789	58956	5435	25398	89794	13493	67579	4452	3124	2	1103	36
				65.66%	6.05%	28.29%		15.03%	75.26%	4.96%	3.48%	0.00%	1.23%	0.04%

	(6) ①一般 病棟 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(56) ②退棟 患者数	(57) 上記② のうち、 院 内の他病棟 へ転棟	(58) 上記② のうち、 家 庭へ退院	(59) 上記② のうち、 他 の病院、診 療所へ転院	(60) 上記② のうち、 介 護老人保健 施設に入所	(61) 上記② のうち、 介 護老人福祉 施設に入所	(62) 上記② のうち、 介 護医療院に 入所	(63) 上記② のうち、 社 会福祉施 設・有料老 人ホーム等 に入所	(64) 上記② のうち、 終 了(死亡退 院等)	(65) 上記② のうち、そ の他	(66) ①当該 病棟から退 院した患者 数	(67) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 在宅 医療を必要 としない患 者	(68) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 自院 が在宅医療 を提供する 予定	(69) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 他施 設が在宅医 療を提供す る予定	(70) 上記① のうち、退 院後1か月 以内の在宅 医療の実施 予定が不明 の患者
1高度急性期	1649	0	55751	11431	39660	2268	122	135	0	573	1531	31	44320	42610	73	1607	30
2急性期	1293	0	28468	3703	19873	1804	307	778	0	708	1231	64	24765	21655	504	869	1737
3回復期	453	204	4533	187	2861	237	280	142	7	543	273	3	4346	2937	759	394	256
4慢性期	389	235	882	91	86	86	35	69	18	35	460	2	791	639	53	41	58
5休床	33	0	412	2	399	3	0	0	0	7	0	1	410	0	0	0	410
6休床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3817	439	90046	15414	62879	4398	744	1124	25	1866	3495	101	74632	67841	1389	2911	2491
				17.12%	69.83%	4.88%	0.83%	1.25%	0.03%	2.07%	3.88%	0.11%		90.90%	1.86%	3.90%	3.34%

令和7年度 第2回南部エリア 医療・介護連携ワーキンググループ

日時 令和7年9月 26日(金)
15時半～
済生会横浜市南部病院

次 第

1 開 会

2 議題

(1) 前回の議事概要およびアンケートについて

(2) フリートーク 「回復期病院への入退院」について

「回復期病院への入退院(ポストアキュート/サブアキュート)」のシーンをテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から、日頃みなさまが思っている課題感やお気づきの点などを自由にご発言ください。

* ポストアキュート (post-acute:急性期後):急性期治療後も、入院治療・リハビリが継続して必要な場合

* サブアキュート (sub-acute:亜急性期):(救急搬送によらず)中程度の医療ケアが必要な際の入院治療
回復期病院として大きく二つの側面があると思います、どちらでも構いませんのでコメントをいただければ幸いです

3 その他(事務連絡)

次回
第3回医療・介護ワーキンググループ
令和7年 10月下旬～11月上旬 開催予定

CITY OF YOKOHAMA

第2回南部圏域地域医療検討会 医療介護WG

2025年9月26日

明日をひらく都市
OPEN X PIONEER

○ 次第

- ・ ご挨拶
- ・ 議題1:前回の議事概要およびアンケートより
- ・ 議題2:コメント・フリートーク「回復期病院への入退院」
- ・ 閉会・次回予告
- ・ アンケートのお願い

○ 議題1：前回議事概要 および アンケートより

第1回は「急性期病院搬送」をテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から、ご議論いただきました。具体的には、

- ・ 高齢者施設(特養・老健・有老ホーム)→急性期病院
- ・ 在宅生活(在宅医・ケアマネ・訪看・ケアプラザほか地域関係者)→急性期病院

のふたつのシーンを中心に、課題感や好事例をはじめ、多くのご意見をいただきました。

また、アンケートにもご協力いただきありがとうございました、こちらからもたくさんのご示唆をいただきました。前回は振り返るとともに、アンケートでいただいたコメントについても一部ご紹介します。

[キーワード] 信頼関係・リスペクト/相手のできないことを理解/こうあったらいいを伝える/
円満な施設・病院連携(日常の健康管理・予後管理と予定入院)/
「できない」を補ってくれる関係(夜間オンコール・相談・指示判断)/
情報共有(DNAR/本人・家族意思/関係支援者(主治医,ケアマネ等)/基礎疾患/服薬情報etc)

■議題1：医療介護WG①での議論メモ（8/28南部圏域① 一部抜粋）

▽高齢者施設における救急搬送（好事例として）

- ・ **できる限り昼間のうちに**見てもらうようにしている。
- ・ 有料老人ホーム界限は、夜間看護師はいないところも多い。当施設（SOMPOケア）も同じ、17時まで。したがって夜間看護師いない→**異変があれば、港南台病院と連携し即病院オンコール体制**を築いている。夜間にしりもちをついた、程度でも困ったらご連絡させていただいているが、丁寧に応対いただいている。
- ・ 港南台病院にとっても負担感ない。SOMPOケアもよくやっている。**信頼関係**。
- ・ このほか社内にコールセンターがあり、異変時にはドクターコールできる。
- ・ 特養での救急搬送は5件。大体は**既に様子が見えているので予定入院できる**。救急に頼る事例は少ない(特養)

▽高齢者施設における限界

- ・ 終の棲家なので基本は最後まで受ける意識だが、**吸引や夜間点滴管理が生じると**、特養でも難しくなってくる。
- ・ 介護士でも一部吸引できるようにはなったが、口先のみ少しだけ。結局意味がない。
- ・ そうなると一義的には**介護医療院**と考えるが、市内5か所と少なく数も増えない。経営も難しいと聞く。
- ・ 家族間の意思統一の困難。

【◇ポイント1】病院連携が高齢者施設の支えになっている

[施設] 日中は施設看護師、また適宜往診医による訪問あり。

健康状態把握→救急によらず予定入院

夜間体制は弱い(看護師不在) →オンコール相談・指示、連携病院による支援

⇒【★検討の視点】**良好な施設病院間連携/関係構築のポイントとは**

- ・ 地域病院との日常的な連携やとりきめとは。
- ・ 信頼関係。ストレスフリーな連携は「お互い頑張っている」から。

■議題1：医療介護WG①での議論メモ（8/28南部圏域① 一部抜粋）

▽救急搬送の受け手と送り手の気持ち

- ・救急に頼らざるを得ないと思いコールするも、救急隊から「なんで(この程度で)救急搬送なの？」と言われた。複雑な思いです。
- ・**独居高齢者**も増えてきた。エレベーターのない団地では(搬出の難しさもあり)救急隊に頼ることも
- ・**金曜午後の搬送依頼・入院依頼**が明らかに多い。電話をよく受ける(医療由来ではないのでは…)
- ・予防救急も大事だが、他都市で救急要請を見送り死亡した事例もある。必要と思ったら要請していいし、搬送すべきではある

▽病床機能分化と適切な使い方とは

- ・地元のクリニックから直接急患を受けるシステムを作っているが、搬送事例はだいたい高齢者。
肺炎や尿路感染等がほとんど。ウチでどこまでやるの？ってものもあるが（4月以降で40件ほど後方搬送している）
- ・施設からの搬送事例で困るものは、医師が患者を診ることなく**電話一本で送ってくる**ケース。
そういう送り方が増えてくると、**本来見るべき急患が見れなくなってしまう**。
- ・本来中核的病院頼みではいけない、**我々地域の中小病院**でしっかり受けられるようになるべき
- ・ケアマネ等介護関係者もこういう**病院の役割分担（急性期より地域包括医療病棟だ等）**を知ってほしい
- ・金曜午後の搬送依頼・入院依頼が明らかに多い。電話をよく受ける(医療由来ではないのでは…)

【◇ポイント2】相互理解について

- ・特養・在宅（病院へ送る側）病院側（患者を送られる側）双方の「わかってない・わかってくれない」（前述）
- ・他方でお互い信用・信頼できている場合は、ストレスなく頼りあう/持ち場で役割発揮しあう ことができている
（高齢者施設の予後管理＊予定入院(救急搬送せずに済む)、夜間急変時の安心(オンコール相談・診療・受入)）

⇒ **【★検討の視点】医療介護間の「相互理解・相互信頼」をどのように醸成していくかは地域完結型医療にとっても根幹の問題**

◆情報の共有は課題。共有が進めば地域側もできる対応が広がってくる。

（◆逆に言えばすれ違いから対話を避けていく・諦めていく。信頼関係の構築を妨げる出来事をいかに減らせるか）

▽地域介護・看護関係者から見える課題

- ・医療制度をきちんと理解できているケアマネは少ない。看護出身のケアマネは極めて少数、大半は介護福祉士。病院からはいろいろな条件を言われて、すぐに入院に繋がらずどこに連絡したらいいのか悩む。
- ・ヘルパーから、食べられない・動けないと連絡があった場合、予め訪問看護・訪問診療の先生が入ってくれていると助かる。
- ・従前からつながりがあり、またケアマネ等から情報を把握できている区民は救急時搬送もスムーズ。反対に地域とのつながりもなく未把握の独居高齢者が自宅で倒れているとの情報があった場合、どのように病院につないだらよいか悩む
- ・肺炎・脱水・尿路感染が多いのは同感。家族が見切れず病院にお願いしたり、診療所がバックベッドとなる協力病院を確保できず救急搬送させることも。また団地独居高齢者でエレベーターなく、搬出が難しく救急隊にお願いした事例も。
- ・どこまで治療するかも論点。点滴→むくみ、肺に水がたまるなど。
- ・DNARについて、看取り方針を話し合えている入所者はよいが、ショートステイ利用者の急変は誰も情報をもっておらず困る。搬送先病院からは「施設利用者のことなのだから」と問い詰められたが我々でもさすがに答えられない。結局は契約元の家族親族に問い合わせるしかないのだが、そういう実態を病院側も理解いただけると有難い。もしも手帳など、従前から話をしておいてもらえると助かる。
- ・施設から病院に搬送する際の受け手の医師としては、本人の意向やADLに関して家族がどう思うかを知りたいのだと思う。

▽まとめとして

- ・いまあるリソースでも、うまく協力し合えばきっとなんとかなる
- ・夜間休日は体制ある中核でもつ。様子が見えたら市中病院に転送する。という協力関係なのだと思う。
- ・利用者に対するリスペクト、家族、職員に対してのリスペクト。困難な事例に対して知恵を絞りながら一緒に乗り越えると、リスペクトにつながる。近い関係の中で力を合わせて乗り越えていくといい関係が作れるのではないかな。地域の方ともそういう連携を築いていきたい。

【◇ポイント3】地域で生活を担うケアマネ・HH等の困りごと

- ・ケアマネ等地域介護関係者に医療制度の分化・連携を知ってもらいたい（より本来的で適切な医療機関の使い方をしてもらえたら）
 - ・その反面、求めすぎても厳しい。
- ⇒【★検討の視点】どこまでは基礎知識で、どこからは専門職を頼るべきか

1 今回のワーキンググループに参加した率直なご感想をお聞かせください

YOKOHAMA

▽総じて

- ・ **南部地域の特性に関する共有をベース**に参加者間で認識・確認できるとよいと思いました。
- ・ 医療介護連携を進めるにあたっては**現場レベルでのメンバー**による議論が理想と思います。医療側は看護師・MSW、介護側は訪問診療・訪問看護、施設側は特養・老健など。
- ・ **本音のトーク**が聞いて興味深かったと同時に大変参考になりました。
- ・ 医療・介護の連携強化の必要性を感じました。
- ・ 医療と介護で視点が全く異なるということを認識。**医療>介護という図式**は否めないとは思いますが、**フラットな立ち位置で意見交換**することは新鮮。
- ・ 今後**それぞれの立場で困っていることを知り、各機関間で協力できる部分があれば、**そう考えられたらと感じました。

→ 事務局から (所感・ポイントと思われること)

- ・ **初回から各現場での率直なお話**をいただき嬉しく思います。
顔を合わせることで気づき・新たな発見等のコメントも有難く思います。
- ・ 他方で、**メンバー構成・規模感と時間配分の難しさ**を感じました
- ・ また医療連携論議に普段から慣れている方もそうでない方も**一緒に議論ができる論点設定・資料づくり**について、今後も研究を重ねてまいります

2 次回取り上げてほしいテーマがあれば教えてください。

YOKOHAMA

- ・「高齢者軽症救急」についての考え方、認識共有・議論
- ・災害医療も考慮した連携
- ・医療・介護の情報連携（情報ネットワーク）の構築
- ・精神疾患、重度認知症患者（入所者）に関する連携
- ・「医療体制に関する知識を、施設やケアマネの方々が持てるように」というコメントが、その通りと思いました。そういったマップ等があると助かります。
- ・介護施設でできること・できないこと等をお互い共有できる場、情報があってもよいかと思います。よほど連携の取れている医療機関以外では、都度細かく説明する必要があります。

3 その他、会議中に言いそびれたことなど、ご自由にご記入ください。

- ・「介護側は各病院の機能・役割を理解し、適切な患者搬送をお願いしたい」との意見について、その通りだと思います。介護側が病院の機能を正しく理解するにはどうしたらいいか、その方法について教えてほしい。
- ・今後は状況により、かかる病院を選ばないといけなんでしょうか。現実的には家族や本人が「(医療機能とは別の)その病院がいい/その病院でなければだめだ」と考えていると、難しいことだと思いました。

→ 事務局から (所感・ポイントと思われること)

「相互理解」「信頼共感」について、両圏域を通じて沢山のコメントをいただきました。

- ・介護関係者/施設関係者はもっと医療提供体制について知ったほうがいい
- ・救急医「主訴は何ですか/どんな症状ですか」「本人/家族の意向は？」
- ・救急隊「なんで救急要請したのですか」

と言われ、介護・施設関係者が当惑しているということも、議論を通じて呈されました。「わからないし/把握しきれないなか 精一杯やっている」ことへの配慮・リスペクトや、同じように医療者も地域介護関係者の何か苦手で・わからないのか、わからないところ。「あたりまえ」という思い込みを越えて協調協力していくには、が重要な論点と感じました。第2回WGも引き続き闊達なご議論をお願いします。

【小括として】第1回WG「高齢者救急を誰が・どこまで・どうやって受けるべきか」の議論のなかで

OPEN & PIONEER

▽ 現在の地域医療（基幹病院・地域病院）の思いとして

- ・もちろん基幹的病院も救急がくれば受けるし、処置はする。でも本来どこまでやるんだらうという現場の声もある。
- ・地域の基幹的病院が、**尿路感染症などの高齢者疾患対応でパンクしてはよくない**よね。
- ・そういう疾患こそ、**われわれ地域の中小病院がきちんと受けられるようにならないといけない**ですよ

という「協力協調関係」のもとに地域医療はまわっている

▽ また、高齢者施設での医療対応の実際について、

- ・施設での日中の健康管理ができていれば、救急資源に頼らず**地域の連携病院に日中予定入院**できる。
- ・地域の連携病院も**イヤなかおせず受け入れてくれる**（特養わかくさ*若草病院のような）
- ・したがって、救急搬送に頼らざるを得ない事例は**年間5件程度**

など、施設自身が日頃行っていること*地域病院の支援 がきちんとかみ合うと、お互い適切・効果的な医療提供が可能

▽ 地域連携をめぐる総括として、根底に「信頼関係」「リスペクト」がキーワードとしてあがりましたが、

- ・**できないことをお互いきちんと理解する**（高齢者施設やケアマネの限界を、(わかっていない)と突き放さず理解共感を)
- ・**できること/できたらいいなを、理想ベースでも一旦声に出してみる**
(予後管理がもししっかりできれば、救急負荷も減るかもしれない。患者にとってもいいことかもしれない)
- ・その積み重ねから、**信頼関係・リスペクト・共感協調を育てていく**（←結局はこの有無がすべてを左右）

が（東部・南部圏域共通で）中心的な話題であり、医療介護共通の重要要因であると感じました。

明日をひらく都市

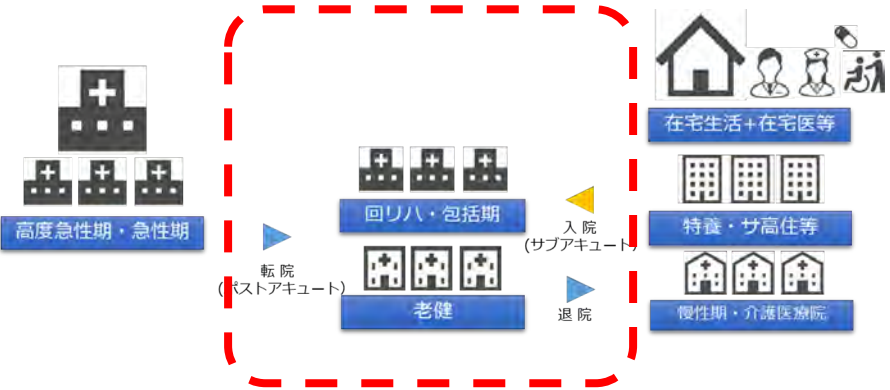
OPEN X PIONEER

YOKOHAMA

○ 議題2：フリートーク「回復期病院への入退院」について

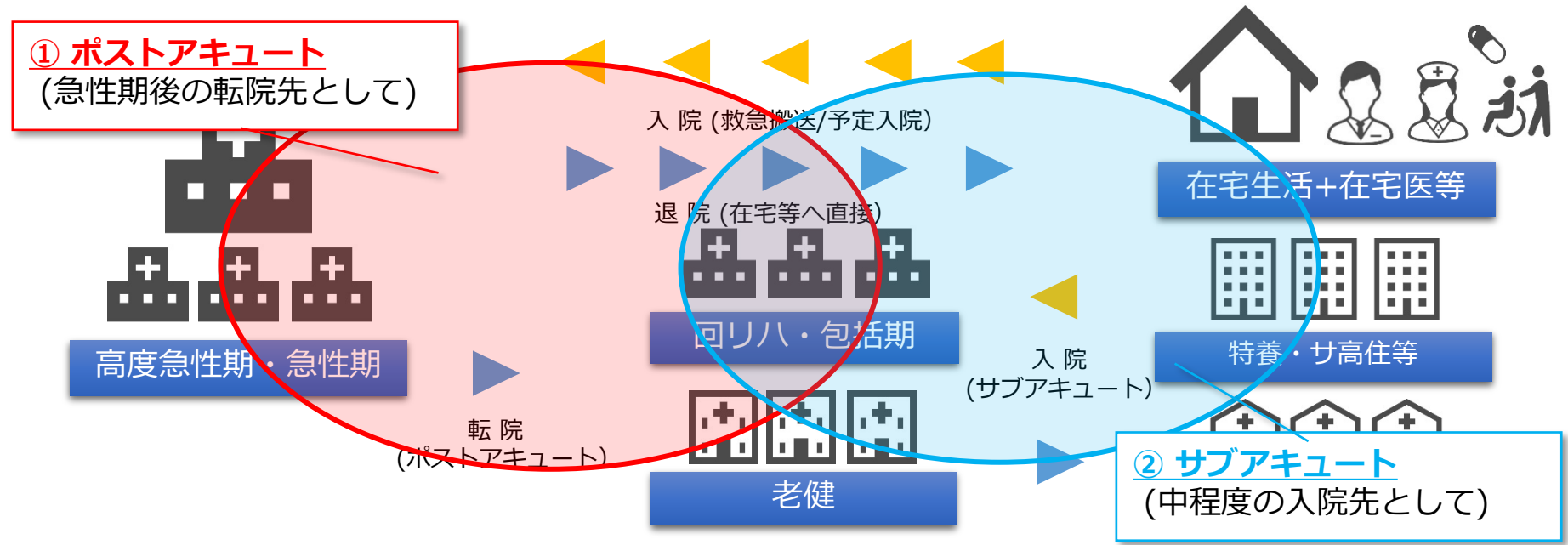
第2回の本日は、「回復期病院への入退院(ポストアキュート・サブアキュート)」のシーンをテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から日頃皆様が思っている課題感やお気づきの点などを自由にご発言ください。

- ・・・前回と同様に、フリートーキングを通じて、例えば、
- ・ 実際に自院・自施設で生じている**困りごと・懸案事項**
- ・ また、逆に**得意**とすることや**貢献**できそうなこと
- ・ そのほか当地域における「ポストアキュート・サブアキュート機能」をめぐる気になること・気づいたことなどについて、ヒントやキーワードをいただけると幸いです。



- 例えば…
- [急性期] 転院先調整が難航。術後3日目では 予後も在宅復帰如何も見えない。
 - [在宅医] 急な入院に柔軟に応じてくれると安心。在宅医だけでカバーするのは困難。
 - [施設] 日常の健康管理・予後観察はしっかりでも困った時はすぐ相談させてほしい
 - [回復期] 申送り内容と実態が異なる・不信感
 - [回復期] 在宅復帰率の維持が気になり。
 - [回復期] 夜間休日でなければ対応できます。いつもきちんとしているので安心です

- **ポストアキュート (post-acute:急性期後)**：急性期治療後の入院治療・リハビリの場として。
 - …一般的に、手術など集中的な医療が必要な時期は、急性期病院で対応。医師・看護師も比較的手厚い配置。
 - 手術後など**一定の治療を済ませ、必要な医療ケアが落ち着いたら**、相応の体制の医療機関での受療が効率的（*診療報酬制度上、急性期病院は10～15日以内の退院が必要、**継続治療・リハが可能な次の医療機関確保が課題**）
 - **サブアキュート (sub-acute:亜急性期)**：中程度の医療ケアが必要な入院治療・リハビリの場として。
 - …(誤嚥性)肺炎、尿路感染症、脱水・低栄養、心不全等、急性期治療のような集中的な医療ケアは必要ではないが、**在宅・施設から一旦入院し、治療・回復を行うことが適当な場合等**。「ときどき病院、ほぼ在宅」（*在宅医療・施設生活のバックベッドとして、**(救急搬送ではない)一時的な入院加療**が必要なケースのイメージ）
- ⇒ いずれも回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟などが担っていますが、両側面があります。



医療・介護WG② 参考資料集

- ・ 国検討会等資料より（回復期病床に関する資料）
- ・ 東部圏域基礎資料（前回WG資料集より抜粋）

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- ・「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- ・外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

- ・2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- ・新たな構想は27年度から順次開始
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- ・新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - ・これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - ・構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - ・必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - ・必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - ・既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

病床機能について

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。
- 将来の病床数の必要量の推計については、受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

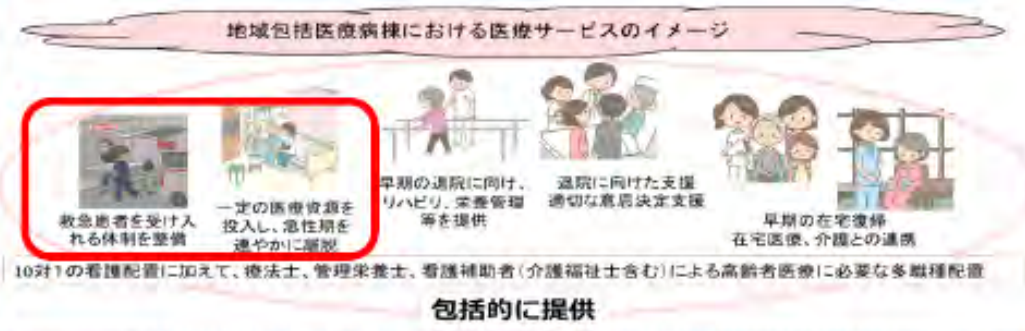
病床機能区分

機能の内容

高度急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能 • 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 • 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> • 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 • 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

高齢者救急・地域急性期機能について

○ 今後増加が見込まれる85歳以上の患者の急性期の入院に多い傷病名と、包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名を比較すると、一定程度共通しており、高齢者救急や一般的な救急において、在宅で療養を行っている患者の受入れ等の役割を担うこととされている地域包括ケア病棟や地域包括医療病棟を有する医療機関での対応が重要となる。



85歳以上の頻度の高い傷病名(※)

※ 急性期入院医療等を算定する病棟における傷病名

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折 閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少(症)	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折 閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

包括期機能と考えられる病棟に多い傷病名(※)

※ 地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟における傷病名

傷病名(上位15疾患)	件数	在院日数
食物及び吐物による肺臓炎	37,436	25.4
老人性初発白内障	35,243	3.0
腰椎骨折 閉鎖性	32,609	32.1
大腸<結腸>のポリープ	31,855	2.4
肺炎, 詳細不明	27,464	22.3
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	25,533	20.0
体液量減少(症)	25,491	23.9
うっ血性心不全	23,860	24.4
筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	22,183	32.8
老人性核白内障	21,242	2.8
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	21,009	29.3
尿路感染症, 部位不明	20,472	23.7
その他の原発性膝関節症	18,768	21.9
転子貫通骨折 閉鎖性	18,211	31.5
心不全, 詳細不明	15,952	26.3

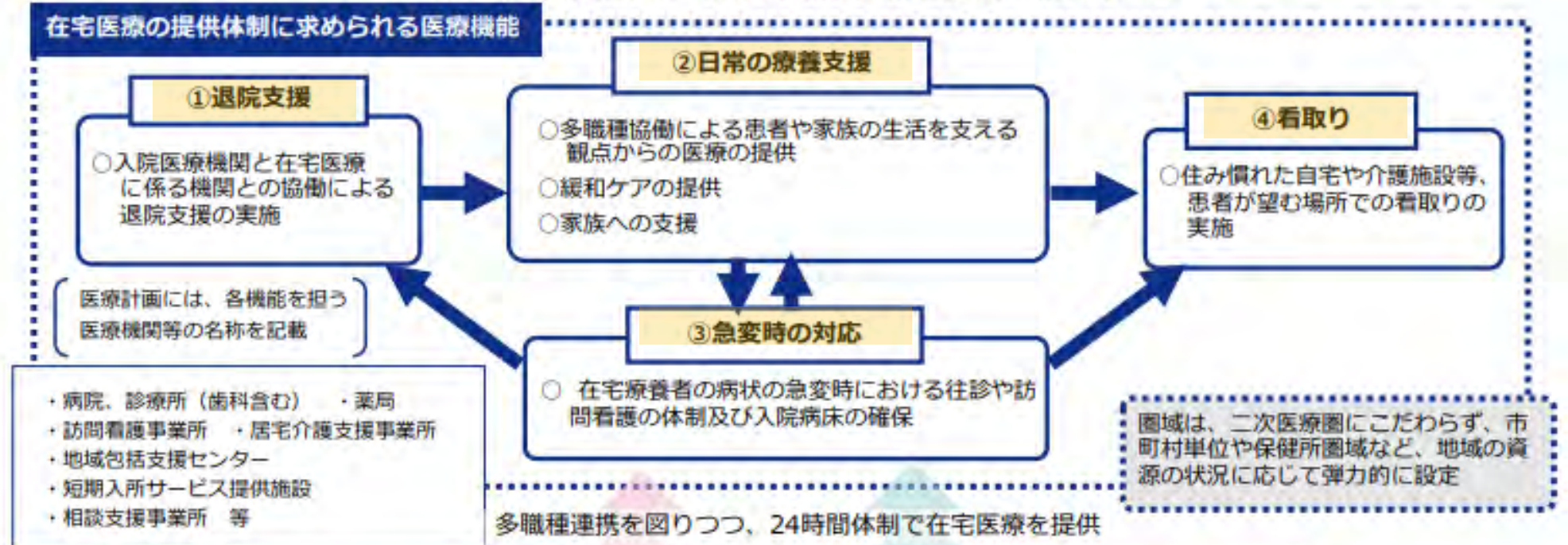
資料出所：2023年DPCデータ

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

明日をひらく都市
OPEN X PIONEER
YOKOHAMA

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院 等

在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

・市町村 ・保健所
・医師会等関係団体 等

【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））
社会保障審議会医療部会（令和7年7月4日、厚生労働省医政局）

【資料1】 南部方面＊4類型別病院一覧

第1回WG
参考資料より

市区町村名称	病院名	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休	休	合計	
横浜市金沢区	横浜市立大学附属病院	612		0	0	0	20	0	632
横浜市金沢区	横浜南共済病院	545		20	0	0	0	0	565
横浜市港南区	神奈川県済生会横浜市南部病院	345		155	0	0	0	0	500
横浜市栄区	横浜栄共済病院	121		279	0	0	0	0	400
横浜市金沢区	神奈川県立循環器呼吸器病センター	6		173	0	0	0	0	179
横浜市磯子区	磯子中央病院	0		120	60	0	0	0	180
横浜市金沢区	金沢文庫病院	0		109	0	38	0	0	147
横浜市金沢区	金沢病院	0		105	45	0	0	0	150
横浜市磯子区	汐見台病院	0		93	70	49	13	0	225
横浜市港南区	港南台病院	0		77	0	0	0	0	77
横浜市港南区	長田病院	0		47	0	50	0	0	97
横浜市港南区	秋山脳神経外科病院	0		41	0	0	0	0	41
横浜市港南区	東條ウイメンズホスピタル	0		36	0	0	0	0	36
横浜市金沢区	神奈川県済生会若草病院	0		0	177	0	0	0	177
横浜市金沢区	横浜なみきりハビリテーション病院	0		0	144	80	0	0	224
横浜市港南区	よこはま港南台地域包括ケア病院	0		0	120	0	0	0	120
横浜市磯子区	関東病院	0		0	41	158	0	0	199
横浜市港南区	横浜医療福祉センター港南	0		0	0	170	0	0	170
横浜市港南区	横浜じんせい病院	0		0	0	50	0	0	50
横浜市戸塚区	十慈堂病院	0		0	0	29	0	0	29
		1629	1255	657	624	33	0	4198	
		38.8%	29.9%	15.7%	14.9%	##	#		

【資料7:患者流動状況データ(全市)】(R6病床機能報告より)

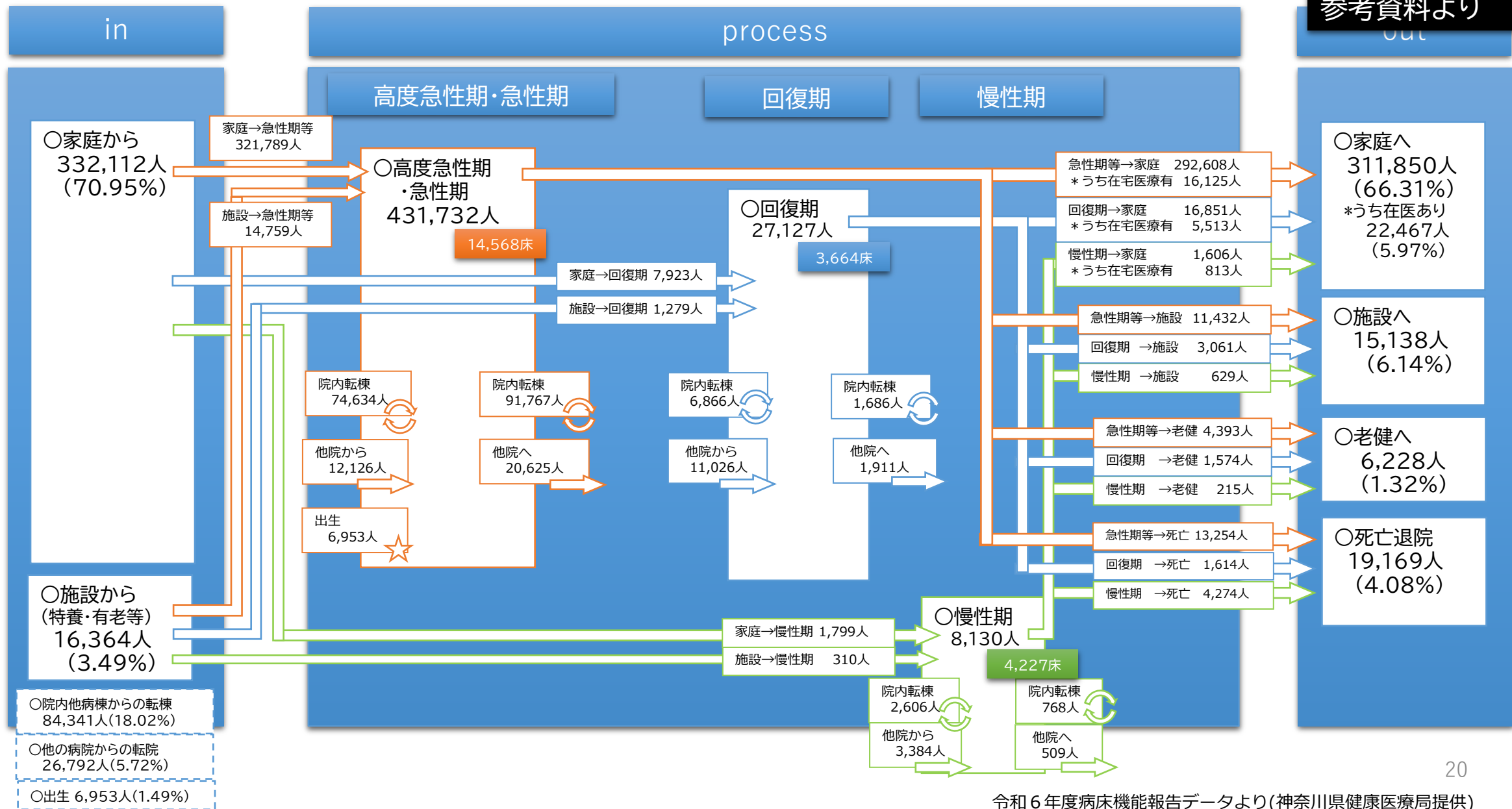
第1回WG
参考資料より

	(6) ①一般 病床 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(42) ①新規 入棟患者数	(43) ①のう ち、 予定入 院 の患者・ 院内の他病 棟からの転 棟患者	(44) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院以外 の 入院患者	(45) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院 の患者	(48) ①新 規入棟患者 数	(49) 上記① のうち、 院 内の他病棟 からの転棟	(50) 上記① のうち、 家 庭から の入 院	(51) 上記① のうち、 他 の病院、診 療所からの 転院	(52) 上記① のうち、 介 護施設・福 祉施設から の入院	(53) 上記① のうち、 介 護医療院 か らの入院	(54) 上記① のうち、院 内の出生	(55) 上記① のうち、そ の他
1高度急性期	3585	0	146220	89196	7032	49992	146291	35929	101638	2965	2852	2	2526	308
2急性期	10983	0	285440	182259	28270	74911	285441	38705	220151	9161	11902	3	4427	1091
3回復期	2414	1250	27125	22723	2296	2106	27127	6866	7923	11026	1278	1	0	31
4慢性期	1466	2761	8123	7434	437	252	8130	2606	1799	3384	299	11	0	24
5休床	203	0	1021	473	302	246	1022	148	600	256	16	0	0	1
6休床	9	0	88	88	0	0	88	87	1	0	0	0	0	0
	18660	4011	468017	302173	38337	127507	468099	84341	332112	26792	16347	17	6953	1455
				64.56%	8.19%	27.24%		18.02%	70.95%	5.72%	3.49%	0.00%	1.49%	0.31%

	(6) ①一般 病床 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(56) ②退棟 患者数	(57) 上記② のうち、 院 内の他病棟 へ転棟	(58) 上記② のうち、 家 庭へ退院	(59) 上記② のうち、 他 の病院、診 療所へ転院	(60) 上記② のうち、 介 護老人保健 施設 に入所	(61) 上記② のうち、 介 護老人福祉 施設 に入所	(62) 上記② のうち、 介 護医療院 に 入所	(63) 上記② のうち、 社 会福祉施 設・有料老 人ホーム等 に入所	(64) 上記② のうち、 終 了(死亡退 院等)	(65) 上記② のうち、そ の他	(66) ①当該 病棟から退 院した患者 数	(67) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 在宅 医療を必要 としない患 者	(68) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 自院 が在宅医療 を提供する 予定	(69) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 他施 設が在宅医 療を提供す る予定	(70) 上記① のうち、退 院後1か月 以内の在宅 医療の実施 予定が不明 の患者
1高度急性期	3585	0	146584	54809	79103	5613	308	344	1	1179	5052	175	91775	87736	392	3068	579
2急性期	10983	0	287883	36958	213505	15012	4085	3863	38	6007	8202	213	250925	223222	3118	9547	15038
3回復期	2414	1250	26735	1686	16851	1911	1574	1041	12	2008	1614	38	25049	17655	1657	3856	1881
4慢性期	1466	2761	8022	768	1606	509	215	222	70	337	4274	21	7254	5887	295	518	554
5休床	203	0	998	97	785	26	46	0	0	16	27	1	901	475	5	11	410
6休床	9	0	88	88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	18660	4011	470310	94406	311850	23071	6228	5470	121	9547	19169	448	375904	334975	5467	17000	18462
				20.07%	66.31%	4.91%	1.32%	1.16%	0.03%	2.03%	4.08%	0.10%		89.11%	1.45%	4.52%	4.91%

○【参考】パス図

第1回WG
参考資料より



【資料7:患者流動状況データ(南部圏域)】(R6病床機能報告より)

第1回WG
参考資料より

	(6) ①一般 病棟 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(42) ①新規 入棟患者数	(43) ①のう ち、 予定入 院 の患者・ 院内の他病 棟からの転 棟患者	(44) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院以外 の 入院患者	(45) ①のう ち、 予定外 の救急医療 入院 の患者	(48) ①新 規入棟患者 数	(49) 上記① のうち、 院 内の他病棟 からの転棟	(50) 上記① のうち、 家 庭からの入 院	(51) 上記① のうち、 他 の病院、診 療所からの 転院	(52) 上記① のうち、 介 護施設・福 祉施設から の入院	(53) 上記① のうち、 介 護医療院か らの入院	(54) 上記① のうち、院 内の出生	(55) 上記① のうち、そ の他
1高度急性期	1649	0	55769	37318	1599	16852	55769	8692	44669	687	934	2	777	8
2急性期	1293	0	28106	16965	3140	8001	28106	3572	21206	1105	1879	0	326	18
3回復期	453	204	4621	3621	568	432	4621	794	1276	2247	295	0	0	9
4慢性期	389	235	886	877	1	8	891	435	61	381	9	0	0	0
5休床	33	0	407	175	127	105	407	0	367	32	7	0	0	1
6休床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3817	439	89789	58956	5435	25398	89794	13493	67579	4452	3124	2	1103	36
				65.66%	6.05%	28.29%		15.03%	75.26%	4.96%	3.48%	0.00%	1.23%	0.04%

	(6) ①一般 病棟 許可病 床数	(8) ②療養 病床 許可病 床数	(56) ②退棟 患者数	(57) 上記② のうち、 院 内の他病棟 へ転棟	(58) 上記② のうち、 家 庭へ退院	(59) 上記② のうち、 他 の病院、診 療所へ転院	(60) 上記② のうち、 介 護老人保健 施設に入所	(61) 上記② のうち、 介 護老人福祉 施設に入所	(62) 上記② のうち、 介 護医療院に 入所	(63) 上記② のうち、 社 会福祉施 設・有料老 人ホーム等 に入所	(64) 上記② のうち、 終 了(死亡退 院等)	(65) 上記② のうち、そ の他	(66) ①当該 病棟から退 院した患者 数	(67) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 在宅 医療を必要 としない患 者	(68) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 自院 が在宅医療 を提供する 予定	(69) 上記① のうち、退 院後1か月 以内に 他施 設が在宅医 療を提供す る予定	(70) 上記① のうち、退 院後1か月 以内の在宅 医療の実施 予定が不明 の患者
1高度急性期	1649	0	55751	11431	39660	2268	122	135	0	573	1531	31	44320	42610	73	1607	30
2急性期	1293	0	28468	3703	19873	1804	307	778	0	708	1231	64	24765	21655	504	869	1737
3回復期	453	204	4533	187	2861	237	280	142	7	543	273	3	4346	2937	759	394	256
4慢性期	389	235	882	91	86	86	35	69	18	35	460	2	791	639	53	41	58
5休床	33	0	412	2	399	3	0	0	0	7	0	1	410	0	0	0	410
6休床	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	3817	439	90046	15414	62879	4398	744	1124	25	1866	3495	101	74632	67841	1389	2911	2491
				17.12%	69.83%	4.88%	0.83%	1.25%	0.03%	2.07%	3.88%	0.11%		90.90%	1.86%	3.90%	3.34%

【資料2】南部圏域・高齢者施設等まとめ

	港南区	港南区	磯子区	磯子区	金沢区	金沢区	栄区	栄区
	定員(人)	施設数(か所)	定員(人)	施設数(か所)	定員(人)	施設数(か所)	定員(人)	施設数(か所)
特養・従来型	424	4	287	3	420	4	212	2
特養・ユニット型	770	6	341	4	560	4	426	5
老健・従来型	440	3	270	3	534	4	339	3
老健・ユニット型	0	0	180	2	48	1	55	2
医療院	0	0	0	0	0	0	0	0
介護付有料	662	14	634	8	545	9	550	9
住宅型有料	310	10	115	6	262	4	212	8
サ高住	379	6	183	6	81	2	106	3
軽費	0	0	0	0	0	0	0	0
ケアハウス	0	0	0	0	0	0	0	0
養護	120	1	0	0	0	0	0	0
グループホーム	465	23	306	15	251	15	251	13
ショートステイ	0	0	0	0	0	3	0	1
小多機	193	7	129	5	171	6	160	6
看多機	58	2	0	0	58	2	47	2
	3821	76	2445	52	2930	54	2358	54

令和7年度 第3回南部エリア 医療・介護連携ワーキンググループ

日時 令和7年 10月 28日(火)
19時～
済生会横浜市南部病院

次 第

1 開 会

2 議題

(1) 前回の議事概要およびアンケートについて

(2) フリートーク **「在宅医療介護・高齢者施設連携」**について

今回は視点を少し変えて、「在宅医療介護/施設介護の現場では何が起きているか」「どういう体制で、どういう支援をしているか」などから、在宅生活・施設生活が円滑・持続可能なものであるための気づきや課題感などをご議論いただければと思います。

※・実際に自院・自施設で生じている困りごと、懸案事項

・得意とすることや貢献できそうなこと

・そのほか「在宅医療介護・高齢者施設連携」をめぐる気になること、気づいたことなどについて、ヒントやキーワードをお願いします。

(3) 令和7年度医療・介護連携ワーキンググループのふりかえりについて

WG を通じて ①得たもの・気づいた事、②今後に向け進めるべき具体的取組事項、③実際に前に一歩進んだ「成果」について、ひとことお願いします。

※次年度展開に向け、医療介護 WG の効果検証および成果の言語化にご協力をお願いします。

3 その他(事務連絡)

CITY OF YOKOHAMA

第3回南部圏域地域医療検討会 医療介護WG

2025年10月28日

明日をひらく都市
OPEN X PIONEER

○ 次第

- ・ ご挨拶
- ・ 議題1:前回の議事概要およびアンケートより
- ・ 議題2:コメント・フリートーク「在宅医療介護・高齢者施設連携」について
- ・ 議題3:令和7年度 医療介護WGふりかえり について
- ・ 閉会
- ・ アンケートのお願い

○ 議題1：前回議事概要 および アンケートより

第2回は「回復期入退院」をテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から、ご議論いただきました。
具体的には、

- ・ **ポストアキュート連携**：高度急性期・急性期病院→回復期病院（いわゆる下り搬送を含め）
- ・ **サブアキュート連携**：特養・有老ホーム、在宅 →回復期病院（救急搬送も含めた議論に）

のふたつのシーンを中心に、課題感や好事例をはじめ、多くのご意見をいただきました。

また、アンケートにもご協力いただきありがとうございました、こちらからもたくさんのご示唆をいただきました。
前回は振り返るとともに、アンケートでいただいたコメントについても一部ご紹介します。

[キーワード] 信頼関係・リスペクト/相手のできないことを理解/こうあったらいいを伝える/
基幹的病院と地域中小病院 それぞれの役割と相互補完関係への理解、信頼関係/
家族理解（速やかな転退院について/在宅環境調整 等)/DNARの考え方・教育
円満な施設・病院連携(日常の健康管理・予後管理と予定入院)/
「できない」を補ってくれる関係(夜間オンコール・相談・指示判断)/
情報共有(DNAR/本人・家族意思/関係支援者(主治医,ケアマネ等)/基礎疾患/服薬情報etc)

□ポストアキュート連携時の課題・気づき

▽(高度)急性期病院の現状 ～早期の転退院、下り搬送連携～

- ・ 3日以内の転退院を目指しているが(報酬算定される)、どんな患者かは**救急搬送を受けてみないとわからない**。
- ・ 当院の平均在院日数は8.4日、3日以内の転院を目指す、地域病院(港南台病院)とうまく連携できている。
(体制が薄い)地域病院で受けられない**夜間の救急対応**は、我々**中核的病院が(軽重問わず)受けることは役割**だと認識。
- ・ 下り搬送患者で、受けたら疥癬が発覚。4人部屋に1人しかいれらず経営へのダメージが大きかった。
(**わからないことがあるのは仕方のない**ことで、)発覚した際に、**すぐ送り元の基幹病院に相談すればよかった**。
- ・ 上り搬送依頼は極力受ける、当院の役目なので大丈夫。送り手・受け手双方の信頼関係が大事。
- ・ 退院したが家では無理なので**施設ショート**でという依頼も増えた。**家族側としては無理やり出させられた**という声も聞く。

▽転退院が長期化する要因 ～家族との調整・理解～

- ・ **家族の事情**で全く連絡が取れず困るケースがある。行政も関与してもらえると助かる。
- ・ 身寄りなしもそうだが、家族がいるが**一旦入院するとそのまま長期化**しようとする事案。
急性期での治療が終われば速やかに次の病院へ、という市民啓発が望まれる。粘り強くやるなかで効果が出ることも。
- ・ **転院先のほうが高額**、と言って急性期病棟に居続けることも

<家族理解に向けて>

- ・ 以前「**院内外泊**」の取組を聞いた。**退院前に院内の個室に家族が一泊してもらい、看護師と共に一緒に世話を**するもの。
障害児の事例だが、こうした他院の工夫も学んでみたい(他WGに参加するのも効果的かもしれない)
- ・ 試験外泊もあったが、**準備が大変**。酸素が保険適用にならないなど、**診療報酬対応されない**。

▽在宅復帰調整の困難事案

- ・ 自宅復帰時のポイントは**受入環境や介護力**、「本当に家で生活できるか」ということ。最近では**病院職員が一度自宅を見てもらい**、リハビリをしっかりとやって帰るケースが増えてきている。
- ・ **(時間だからと)そのまま退院させ・あとのサービス導入はよろしく**、と簡単にケアマネに言われることもあるが介護力がないところや、介護保険では対応できないものなど、難しい問題もある。
(そういう事案については、結局どうしようもないので、話し合い、どうにかして迎えられる環境を作るのが現実)
- ・ (ケアマネやケアプラザの言葉では本人・家族理解が得られない場合も) **医師や行政の言葉を借りることで**伝えることも。
- ・ **老々介護や金銭的問題**を抱える案件については、相手の話を聞きつつ、最低限の妥協点を探っていくことに終始。

▽DNARについて

- ・ **急性期病院に対し、受けた患者の着地点を全て決めるよう求めるのは難しいことと思う**(後方支援病床側からもそう思っている)
「DNARが取れているか」聞いてしまいがちだが、急性期9日間ですべてに対応できるわけではないだろう。
もっとポストアキュート病院が、なんでも受け入れる体制・姿勢にしていけない。
- ・ 訴訟や債権等のリスク回避ばかり考えると、**安定な患者だけを選別するようになってしまう**。急性期はなんでも受けるのに。
- ・ **DNARの解釈が病院や職員によってバラバラ**なのも問題。“ある一定の処置をしても”ダメなら延命処置をしない、が本来だが。
DNARを以って何も処置しない、というのも家族の心情としてはありえないのでは(若手医師ほど理解が浅くなる傾向)
- ・ 施設も同様の課題感。職員教育は必要と感じている。**予め定めても家族も気持ちは変化するもの**、それもわかる。
- ・ **DNARは人によって違う**。夜間急変時に対応が問われるが、**当直医1人に責任・負担がかかってしまう**。

□サブアキュート連携時の課題・気づき

▽在宅・施設*入退院連携

- ・ 病院連携一般として、帰り先がわかっている患者は受けてもらえる印象。
それが**独居、老々、認知症**となるととても在宅に帰せない。ケアマネ探しから始めるとなると大変。
- ・ 施設→入院時に留意していることは、**どういう段階になれば施設に帰れるのかという共通認識**を持つこと。
当施設では、**退院時カンファには必ず施設看護師・相談員を呼んでもらっている**。この医療対応なら、**すぐ帰れますよ**と。
- ・ 入所者の急な高熱などの対応は、**基本的に日中のうちに、地域の中小病院（協力病院）に診てもらい**、対応できている。
- ・ 先日も**施設看取り**を行った。呼吸状態や様子でそろそろかとなり、**病院担当看護師に連絡したところ**、調整してくれた。
呼吸停止から30分で医師が来てくれた。**病院フォローがあるから安心**。
- ・ **在宅看取り期連携**について、在宅現場から家族にやりとりすると厳しいことがあるが、**予め退院前に医師から伝えて**いただけると**家族も覚悟ができて円滑な受け入れ**につながる。**老衰の家族受入れ**はさらに困難、ケアマネ・訪看も同席したカンファを。

▽情報連携関連で

- ・ **ショートステイ** 1件受け入れるのに、調整で半日はかかる。空き状況の確認、サービス担当者会議の開催などに加え、入所決定後も診療情報提供依頼で1～2週間、なかには担当者が忘れていたということも。ケアプラン作成も必要。
- ・ (退院→ショート依頼が増えているが) **急な依頼で、1週間で受け入れてほしい**ということも。なるべく受けるつもりだがやりとりが**電話・FAX、さらに折り返し待ち、土日**を挟むとつながらない、**など。実務上の負担**も大きい。
- ・ 面接や料金説明などで必ず家族が来てもらおう、そこがクリアできれば1週間以内で調整は可能。
- ・ **医療情報連携ネットワーク（サルビアねっと・さくらネット）**の取り組みにも注目している。

□ポストアキュート連携時の課題・気づき

▽ **基幹病院・地域中小病院間の役割分担・連携 (特に高齢者救急連携)**

- ・ **基幹病院が(症状の軽重関わらず)夜間・休日は一旦受ける、そのうえで速やかに転退院する**、という仕組みが動き出した。誤嚥性肺炎、尿路感染症など。今後圧迫骨折等も増えるだろう。現時点ではうまく機能していると思っている。
- ・ [汐田]10/1から地ケア 1 棟を **地域包括医療病棟に転換**した。東部病院で夜間受けた患者の3日以内搬送がベターな使い方。「東部に救急搬送したはずなのに、あっという間に汐田や県病院に転送された」はこういう背景から。ご理解を。
- ・ [平和]8月から **地域包括医療病棟に転換**。夜間は当直医が 1 人、救急応需はどうしてもマンパワーが必要なので **限界がある**。東部病院の早期退院フローのなかで、土日に東部で受けたものを、受け止められるようにしている。
- ・ 慢性期病床を担う当院としても、中軽度の入院需要はなるべく応じたい。が、今は常に満床で対応が困難。増床も厳しい。
- ・ 回り八・療養で、喀痰吸引回数が多い患者を積極的に受け入れている。が、看護師不足のため受け入れに制限をかけている。

□サブアキュート連携時の課題・気づき

▽ **高齢者施設*入退院連携**

- ・ 入所者のうち、吸引対応が必要なのは50床で2~3人。日中は看護師対応だが、**何かが起きるのは夜間帯**。夜間に判断するのは、オンコールナースと話しながら対応する **介護職員**。50人の入所者を1人で見ている。
- ・ 先日、夜間に病院搬送した際、**保険証がないと病院から怒られた**。通常は金庫保管のため、夜間は持ち出せなかったが。
- ・ 転倒で頭部を切り処置、帰る際に「なぜ介護タクシーを呼んでいないのか」と**家族の前で怒られ、その後トラブル**になった。
- ・ 朝何かが起きた場合などなるべく日中に病院に相談するようしているが、午後3時に転倒することもある。
- ・ **施設職員が適切な判断をすることへの難しさ**はわかる。**病院・施設お互いに理解しあっていく**ことだと思う。
- ・ (施設は迷いながら相談するが、何かポイントはありますか→) 特段の留意事項はない、**早めに相談いただければ**。点滴対応などでリカバリーできることもある。一報いただき、状況把握を早めできればと思う。

▽在宅*入退院連携、在宅療養連携

- ・ ケアマネとして直接判断する場面は基本的にはないが、ヘルパーから相談を受けた際は直接電話するように言っている。
- ・ 在宅生活は入院中と違い24時間看護師がそばにいるわけではない。訪看などスポットで使うもの。人のいない時間帯での動きが重要で、退院時カンファ等で情報共有できるといい。
- ・ 病院連携室での退院時支援時、誰に情報を伝えるか迷う。どのように地域に情報提供するといいか、考えながら連携している。
- ・ 鶴見区では「イエローノート」に病歴や連絡先等を記入する取組がある。医師会が起点となり必要と思う患者に渡すもの。ただ情報が古く更新されないままだったり、特養など高齢者施設まで広まっていないなど、課題もある。
- ・ 各区でそれぞれの展開があったりするが、18区で統一化の動きには抵抗があった。EHRによる連携でないと、という気もする。

□ サルビアねっと (地域医療介護情報連携ネットワーク(EHR))について

- ・ 在宅多職種連携や入退院支援、救急搬送時など、患者情報を一元的・タイムリーに共有できるEHRはこれからの重要ツール。
- ・ 一方で、使い勝手の問題や利活用メリット実例など、面的な広がりを進めるうえで課題も多い。
 - ・ 使えるシステムとなるには、加入施設数の拡大、登録者数の増 (検索すれば当たる) がキーとなる。
 - ・ 使い勝手の向上が必要 (患者情報閲覧に制限?、入力作業省力化、トライアルでは伝わらない など)
 - ・ 利活用メリットの訴求 (まだまだピンとこない →どこの病院にかかっているか、退院後の状況、コミュニケーションボード活用事例)
 - ・ 病院・施設職員への周知・浸透 (異動等が頻繁、かつEHR以外にも様々なレクがあり定着に課題。理解が追いつかない)
 - ・ 特に介護施設への周知展開が課題 (→利活用メリットの訴求、主治医意見書等基本情報共有如何、関係団体周知機会 など)
- ・ ほかに費用負担との見合いなど。利活用含め一緒に育てていく姿勢で協力できるといい。行政も一緒になって進めていきたい。

- ◆ 今回のワーキンググループに参加した率直なご感想、言いそびれたこと、その他気になるテーマなど、ご自由にご記入ください。

<自院の学び・気づき>

- ・ 基幹病院が本来機能を果たせるよう、**当院のような地域病院が高齢者救急の担い手**になるべき。院内協力すればできるはず。
- ・ 基幹病院が夜間は自院で受けると明言され印象的。さらに地域病院も自院の役割を話すなど、**分化連携を具体的に知れた**。

<連携時の困りごと（=受入困難と言われがちな理由） よりよい連携に向けて>

- ・ 転院受入時にDNARの確認を求められる。リスクヘッジの意味もあり。**DNARが明確だと受入率が高い印象**がある（受入側の設備・マンパワー・能力との見合い）施設・在宅も急変時に備え事前にまとめておくとスムーズになる可能性。
- ・ 病院→老健受入時の**薬価の問題**。急性期病院は新薬(高額)を使うが、**転院先は持ち出しになってしまい困難**を極めている。
- ・ 施設－協力医療機関連携においては「**リスペクト**」が非常に大切。施設からの相談や利用者意見に対し、事務長が真摯に耳を傾け対話をしてくださるからこそ、大きな不安なく信頼させていただいている。
- ・ 理想論ですが、行政が医療介護の全ての情報を集約し、患者の受入や転院等の対応をコントロールできる仕組みができれば。

<サルビアねっとについて（東部圏域のみ）>

- ・ 介護方面への拡張に向けて、**主治医意見書**は高齢者総合機能評価のエッセンス。ぜひ対応を。
- ・ 特に介護事業所の利用には一定のメリット（**時間短縮、効率化、費用対効果等**）が伴わないと時間がかかるのでは。
- ・ データのアップロードへの工夫を。使いづらさ。
- ・ 活用している病院における、実際の利用状況を聞いてみたい。

- ◆ 今回のワーキンググループに参加した率直なご感想、言いそびれたこと、その他気になるテーマなど、ご自由にご記入ください。

<サルビアねっつについて（東部圏域のみ） 続き>

- ・ 薬情や診断名がわかることは、ケアマネ、ヘルパー、訪看、施設にとってとても有意義。普及検討にあたっては、介護側が必要とする情報と、妨げとなっている課題の聴取を進めるとよいと思う。管理者だけでなく職員レベルでの聞き取りを期待。
 - ・ 「イエローノート」と合わせて共に最適な形で活かしたらよい。活用勝手が良くなるようユーザー視点で深まるとよい。どちらのツールも繰り返しの広報と説明が大切だと思います。
- * このほか具体的な感想・提案・課題感など多数いただいております。サルビアねっつ事務局と共有させていただきました。

<今後に向けた提案・アイデア（相互理解に向けて）>

- ・ 急性期医師にポストアキュートや在宅・高齢者施設の実情を理解いただけると、上り搬送・下り搬送の壁が低くなると考えます。ただ、まだ医学の研鑽に全てを注ぎ込んでいる時期に社会的要素まで研鑽する動機と時間の捻出は可能だろうか。啓発すべき対象をどこにするか、段階的な構想も含め戦略的にしぼりこんでいく必要があると考えています。
- ・ 病院の「施設側の事はよくわからない」は、施設の「病院側の事はよくわからない」でもあると思う。各病院の役割やあり方を、医療・介護相互に学ぶ機会を設けることが、連携につながるように思った。
- ・ 医療受診時に何でも答えられる職員ばかりではなく、施設内でそれぞれ連携・分担して対応している実態を理解してほしい。
- ・ 医療側に介護側の事情を理解してほしいが、われわれ介護側も医療側のことを理解すべき。病院も新採用医療者がいるということを理解できず、すべて正しいと思いがち。
- ・ 在宅生活を病院側にイメージしてもらえよう、ケアマネ側からわかりやすく情報提供できるよう、工夫していきたい。
- ・ 市民理解について。救急時の備えやACPなど、自身にも起こりうることとして市民全体で問題として考えられるとよい。

- ◆ 今回のワーキンググループに参加した率直なご感想、言いそびれたこと、その他気になるテーマなど、ご自由にご記入ください。

<WG運営へのご指摘・アイデア>

- ・ 時間的にタイトですね。
- ・ ポストアキュート・サブアキュート議論について、各機関の役割を担うための取組を話せたらよかった。
- ・ より地域全体で包括的な関わりを築けるよう、さらに幅広いメンバーに声がけしたり、考えを共有できる場を設けては。
- ・ 訪問診療により重きをおくクリニックや、ケアマネや訪問介護事業所などの地域の介護分野もよいかもしれない。
- ・ どの医療機関も人材確保に苦労されていると聞く。人材についても意見交換したい。
- ・ 独居・身寄りなし・認知症夫婦などの実態とその問題についても、聞いてみたい。
- ・ 立場も違えば意見も違うが、異なるたちばの方々の意見を知るだけでも有意義なこと。
- ・ 在宅側は病院機能への理解が不十分で、事前資料を読んで臨むが、発信するというより「そういう事か」と納得したり、近況を理解するような感じでいます。

明日をひらく都市

OPEN X PIONEER

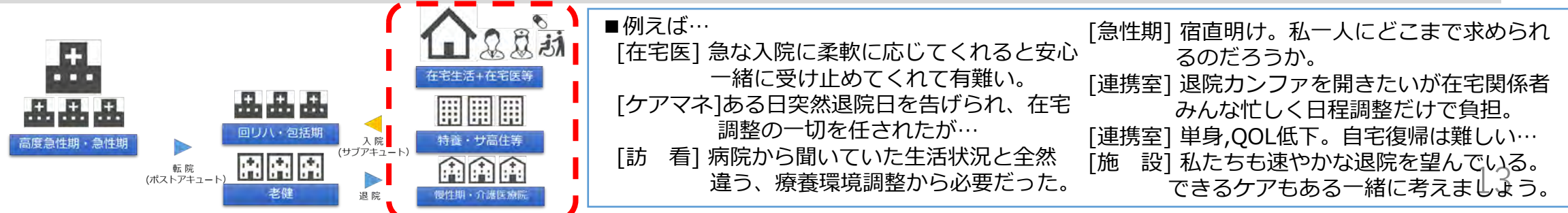
YOKOHAMA

12

○ 議題2: フリートーク「在宅医療介護・高齢者施設連携」について

第3回の本日は、「在宅医療介護・高齢者施設連携」のシーンをテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から日頃皆様が思っている課題感やお気づきの点などを自由にご発言ください。第1回・第2回では、病院機能およびその入退院連携という接点を軸に議論をいただきましたが、今回は視点を少し変えて、「在宅医療介護/施設介護の現場では何が起きているか」「**どういう体制で、どういう支援をしているか**」などから、**在宅生活・施設生活が円滑・持続可能なものであるための気づきや課題感など**をご議論いただければと思います。在宅・施設側からみた「病院医療の使い方/期待すること」が見えてくると幸いです。

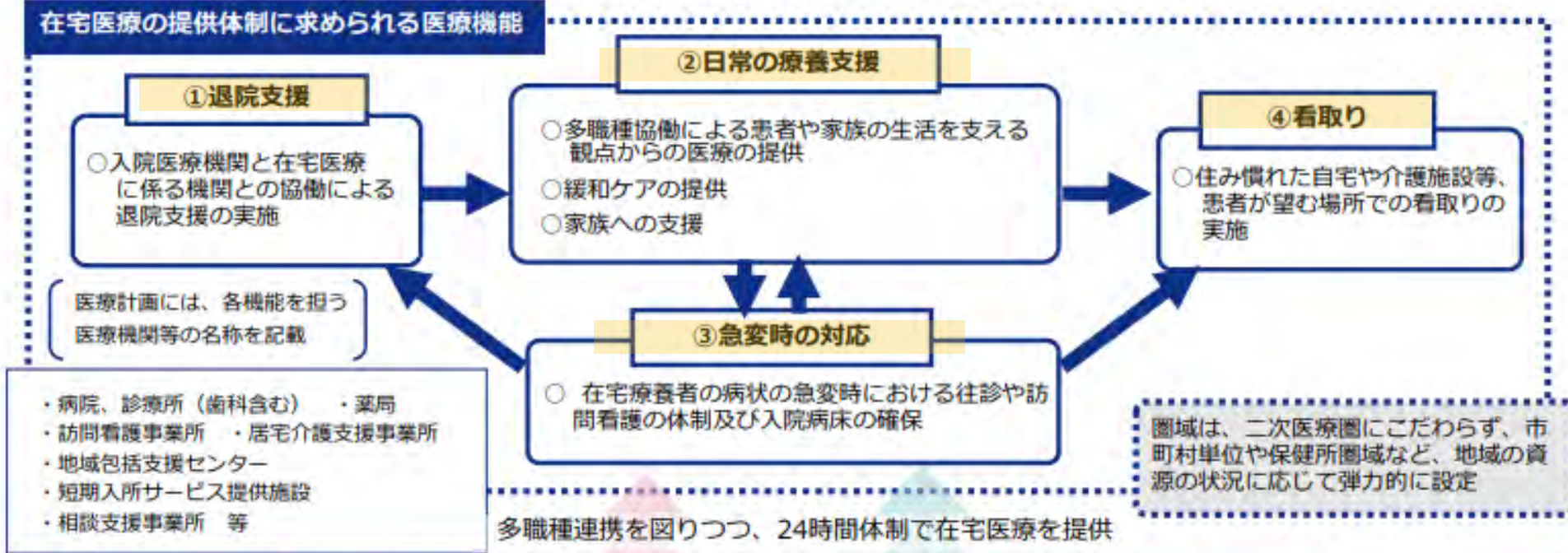
- …これまでと同様に、フリートーキングを通じて、例えば、
 - ・ 実際に自院・自施設で生じている**困りごと・懸案事項** ・ また、逆に**得意**とすることや**貢献**できそうなこと
 - ・ そのほか「在宅医療介護・高齢者施設連携」をめぐる気になること・気づいたこと
- などについて、ヒントやキーワードをいただくと幸いです。



在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載する。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・市町村
- ・保健所
- ・医師会等関係団体 等



【出典】「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日一部改正））

□議題3：R7WGのふりかえり

【ねらい・お願い】これからの地域完結型医療の実現に向け、全3回議論を俯瞰して振り返ります。
WGを通じて①得たもの・気づいた事や、②今後に向け進めるべき具体的取組事項、③実際に前に一步進んだ「成果」について、ひとこといただきたいと思います(事後アンケートも可)
→ 次年度展開に向け、医療介護WGの効果検証および成果の言語化にご協力をお願いします。

課題・論点		成果物(イメージ) ☆こちらについて、どの項目でも構いませんのでコメントをお願いします。		
		①気づき/論点・課題整理[Findings]	②取組・行動化[Action]	③成果・変化[Outcome]
総論 地域完結型医療の実現に向けて	<ul style="list-style-type: none"> ■ 都市部での「地域完結型医療」実現に向け、とるべき行動とは ・ 高齢化進展による医療需要の質・量的変化に、我々はどう適応していくか ・ 担い手不足のもと、既存の医療・介護資源で効率的・効果的な支援体制 ・ それぞれの強みを活かし・弱みを補いながら、地域全体/ネットワークで 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 信頼関係がすべての基本。お互いの役割を果たしあう相互信頼から、強みが発揮できる ・ 施設ほか連携でよりよくなる事例は多数 ・ 社会変化・生活支援の視点(独居,孤立,家族) 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ WG契機に継続的な顔の見える関係 ◇ 医療等協議体・事業への働きかけ(医療(調整会議他)、高齢施策etc) ◇ 介護等関係団体へ継続的アプローチ(福祉事業経営者会、老健協、在看協etc) 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 相互理解・信頼関係構築(一緒に悩んでくれる/ゴールは一緒) ◇ 地域完結型医療へ共通認識形成 ◇ WG7方面展開のフォーマット ◇ 医療・介護関係団体の理解獲得
①(高度)急性期からの速やかな転退院	<ul style="list-style-type: none"> ■ 高齢者救急需要増に、地域全体としてどのように対応していくか ・ 休日夜間は基幹病院、平日日中になれば地域中小病院へ。分担と連携。 ・ 救急患者の速やかな転退院の実現(基幹病院が詰まらないように) ・ 本人・家族理解獲得が転退院調整のひとつの論点。どう協力を得るか。 	<ul style="list-style-type: none"> □ 基幹と地域病院 一体となった分担・連携 ・ [下り搬送] 休日夜間は基幹、平日日中に地域へ ・ [ポストアクト連携] 在宅帰結を想定したムテラを ・ [退院調整] 社会的背景・在宅調整・介護連携 ・ [市民理解] 転退院への理解を得るには 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 相互理解と信頼関係醸成 ◇ 入退院支援・連携、PFMの推進 ◇ 市民理解醸成(医療機能分化・連携)(広報・啓発物、説明リール検討) ◇ 市民理解 転退院への理解を得るには ◇ 病院間の連携協定締結 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 下り搬送理解促進(病院間等)(南部病院、栄共済) ◇ PFM院内検討促進
②入院需要増への解決策	<ul style="list-style-type: none"> ■ 高齢化による医療需要の質・量的変化に、病院や地域全体も適応を ・ 回復期・慢性期需要への対応[新規整備/病床の再稼働/生産性向上] ・ 回復期・慢性期需要への対応[急性期→回復期・慢性期への転換] ・ 在宅・高齢者施設等 医療機関以外での医療対応力の向上 	<ul style="list-style-type: none"> ・ [生産性] 連携時の手間・調整コストを下げたい ・ [機能転換] 地域医療需要を理解し転換 自院の求められる役割・ポジショニング ・ [施設連携] 日常ケアと病院連携で予定入院 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ EHR推進(後述④) ◇ 各種データ提供による見える化 ◇ 制度改正要望(地域包括医療病棟) ◇ 施設職員への医療研修 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ EHR参画拡大(後述④) ◇ 地域包括医療病棟転換事例(R8:平和、汐田) ◇ 高齢施策の検討推進(後述⑤)
③社会的背景ある患者への対応	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療以外の「社会的背景」要因での調整コスト増に、どう対応するか ・ 高齢・単身高齢者増による、退院調整コストの増(介護認定,家族,自宅環境) ・ 認知症高齢者への対応(治療方針,退院調整,支払いリスク) ・ 低所得者増によるサービス制限。支払い問題リスク ・ 家族・親族意向への調整(転退院拒否・長期化、退院時ケア日程調整) 	<ul style="list-style-type: none"> □ データ・実感の両面から見る地域医療需要 ・ 高齢・単身高齢者, 認知症高齢者の増加 ・ 低所得者の増加 ・ 家族・親族の意向との調整 □ 複合化する課題への対応(行政連携含め) 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 地域包括ケアとの連携強化 ◇ 退院前カンファレンスの推進 ◇ EHR推進(後述④) ◇ 福祉施策との連動(情報登録事業etc) 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 介護含めたEHR拡大(後述④) ◇ 医療・介護連携した身寄りなし高齢者等対応
④EHR・医療介護情報連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> ■ 患者情報・生活情報を地域医療介護関係者で共有可能な基盤づくり ・ 「とどきき入院、ほぼ在宅」入退院連携はじめ情報共有基盤は必須 ・ 在宅療養、退院後予後管理、看取り期連携等、多職種連携の重要性 ・ 課題は山積(使い勝手/利活用メリット見える化/職員周知/…) ・ 加入施設増、登録者増、利活用増による「使えるEHR」とするには 	<ul style="list-style-type: none"> ・ [期待] 緊急対応はじめ情報一元管理は有用 ・ [期待] 在宅訪問時の写真共有・相談など便利 ・ [期待] 退院予定日やカンファ日等もれず把握 ・ [課題] 使い勝手の改善、メリット見える化 ・ [課題] 特に介護方面の浸透、職員への周知 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ WG意見(実践ベース提案) ◇ WG関係団体へアプローチ(特養etc) ◇ 県基金新規事業提案 ◇ 加入施設へのインセンティブ再考 ◇ 職員周知・使い方レクの向上 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 利用者同意取得の推進(東部方式の汐田導入) ◇ 特養本格導入事例(新鶴見ホーム利用者参加) ◇ 南部圏域での展開着手
⑤高齢者施設の医療対応力向上	<ul style="list-style-type: none"> ■ 高齢化・単身化で施設需要は今後も高い。医療対応や緊急時連携あり方は ・ 特養・老健・有老ホーム等、終の棲家としての役割増。看取り含めた対応力 ・ 夜間看護師不在等、弱い体制下での効率的・効果的な医療対応とは ・ 予後管理、予定入院、不用意な救急搬送の予防。 	<ul style="list-style-type: none"> □ 地域病院連携で施設ケアを補完 ・ 日頃の健康管理と病院連携で適切な医療提供(熱発→予定入院、患者情報、退院時連携、看取り) ・ お互い信頼し協力しあう関係性醸成 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 予定入院や予後管理の仕組みづくり ◇ 夜間搬送含め適切な連携・申送り ◇ 退院連携(施設職員同席での見立て) ◇ ACPの推進、適切なDNAR運用 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 高齢施設施策の検討推進(医療機関連携の質的向上 介護医療院整備、他)
⑥在宅生活の確立多職種連携推進	<ul style="list-style-type: none"> ■ 在宅医療・介護多職種連携での地域生活支援において、必要なことは ・ 慢性・多疾患併存。病気と付き合いながらの暮らしを支えるには、 ・ 単身世帯、認知症等、社会資源(医療・介護等)を組み合わせた体制構築 ・ ACP等、家族も含めた「本人支援」。看取り期に必要な準備・支援 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人・家族理解の獲得(医師等の協力も有効) ・ 入退院連携の充実(退院日程未連絡,急な呼出) ・ 退院帰結(在宅生活)まで見据えたムテラを ・ 病院の適切な使い方を(*非医療職の限界) ・ 深刻な担い手不足(ケアマネ他)、時間がない 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 入退院連携・PFMの充実(多職種連携/在宅環境調整/家族理解) ◇ 地域7会議等多職種連携機会の活用 ◇ EHR推進、情報共有効率化(再掲④) ◇ 看取り期連携(家族の準備含め) 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ ACP推進 ◇ 介護含めたEHR拡大(再掲④)

□ WG実施状況(議論より抜粋)

□総論として:どの連携ポイントにおいても、「**信頼関係の有無**」が効率的効果的かつモチベーション高い医療介護提供において重要。それぞれの役割・強みを連携・補完しあう、ネットワーク全体で対応するなか**お互いの限界や役割を理解**のうえ、**それぞれ役割を出し合える関係**を。

□論点例2:高齢者施設連携
 ・市内高齢者施設から年間延べ16,000人が入院受療。特養173か所、有老サ500か所
 ・施設側の**日常医療管理**と**地域病院との連携**があれば、**救急資源によらず予定入院**で
 →施設・病院・市民それぞれにとって望ましいあり方を



□論点例1:ポストアキュート連携の充実(基幹病院・地域病院の役割分担。入退院連携)
 ・**基幹的病院**は高度治療だけでなく、地域中小病院の弱い休日夜間もしっかり守る**地域病院**も、体制の整う平日日中に患者を受ける(下り搬送・後方支援)。それぞれの強み・役割を活かし、**地域(面)で受け止めていく**。連携と信頼関係。
 ・患者に関する**必要情報**の迅速・的確な引継(後方病院の「聞いていたのと違う」の予防)
 ・**本人・家族理解**の獲得。急性期病院滞在の長期化を避け、速やかな転退院を

□論点例3:地域共通の連携ツール
 ・**EHR**(地域医療介護情報連携ネットワーク)の実装により、効率的効果的**よりシームレスな関係性構築**。患者情報・生活情報の共有基盤整備が必要
 ・さらなる高齢化に向け、**医療介護多職種による入退院連携の充実**を

ほか、医療側のDNAR理解、転退院等に関する市民理解、など様々な論点がありました

□ ここまでの小括として

- 今秋、2方面で先行してWGを実施してきたところ、
 - ・ 限りある医療介護資源下で、地域全体で患者を支える「地域完結型医療の実現」に向けて
医療介護のすそ野を広げた議論は、引き続き重要。
(ヒザをつきあわせるなかでお互い関心・理解をもつ/実際の困りごとや好事例を紹介/地域全体をどうしていくかの議論に発展)
 - ・ また、それは 高齢化(医療需要の量的・質的变化)/少子化(生産年齢人口減)/单身化・孤立化 など
社会変化も背景として意識した議論であること
 - ・ 国の議論を並行して注視しつつも、取り組むべき具体的論点について、例えば
 - [共通テーマ] 信頼関係の構築 (お互い持てる役割を果たす)
 - [個別テーマ] 入退院連携・PFM/ 高齢者施設連携/ 在宅連携(ときどき入院・ほぼ在宅)/市民理解推進などが挙げられました。
 - ・ これら論点整理・課題把握のほか、関係機関それぞれが抱える課題・限界への気づき、
新たな取組への協力(EHR利活用・参画ほか)、地域における自院の役割・ポジショニング再認識等
「地域全体の視点」から見直し、動き出す機会となりました。

これら議論の成果を踏まえ、次年度実施方針について引き続き検討してまいります。

○ 参考資料集

明日をひらく都市

OPEN X PIONEER

YOKOHAMA

18

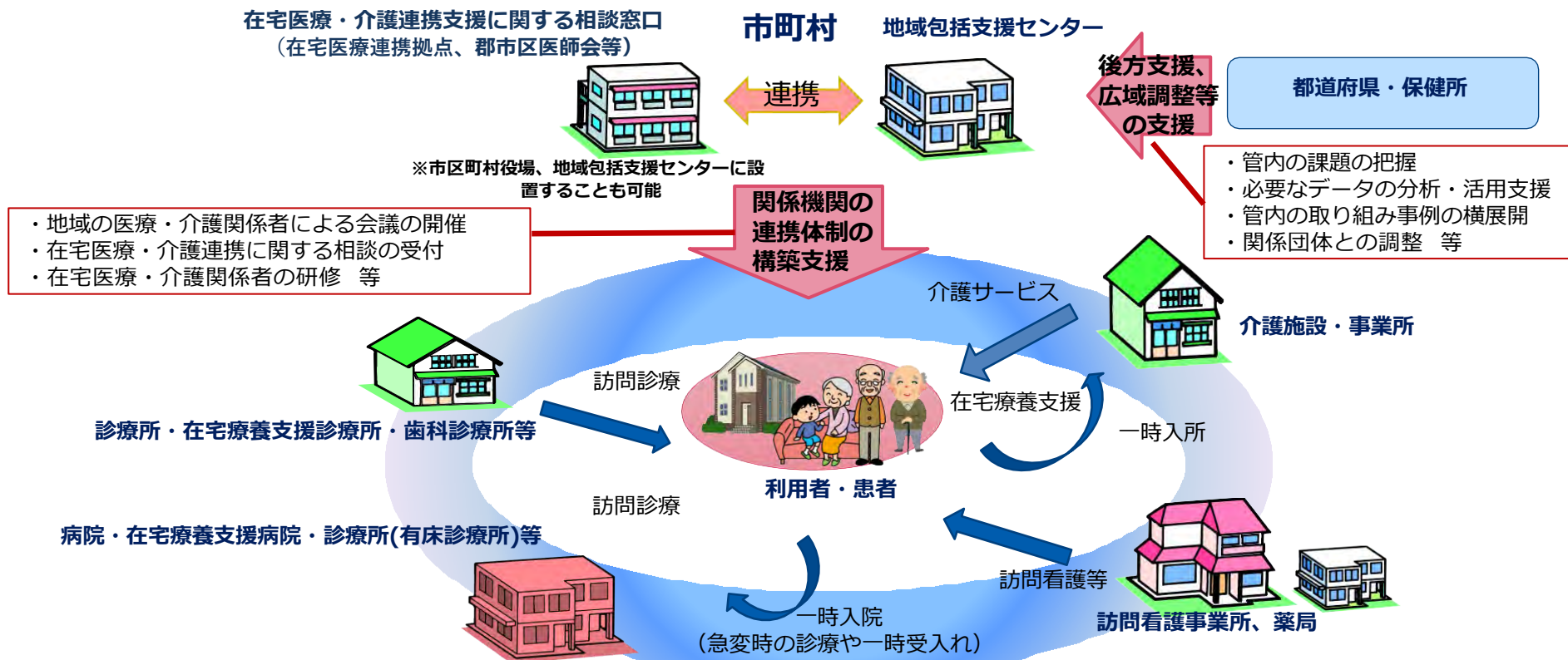
○「在宅医療連携拠点」と、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」について
 ○「在宅療養支援病院・診療所」と、「在宅医療に積極的な役割を担う医療機関」について

項目	在宅医療連携拠点	在宅医療に必要な連携を担う拠点
根拠	介護保険法の地域生活支援事業	医療法に定める医療計画(都道府県策定)
設置時期	平成23年～(医政局事業)、平成27年～(地域生活支援事業)	令和6年度(第8次医療計画)
主な役割	○4つの基本機能(①退院支援、②日常療養支援、③急変時対応、④看取り)を支える体制の構築 ○地域の関係機関との調整・連携 ○多職種連携会議の開催 ○情報共有、研修、普及啓発 ○災害対応	
実施主体	横浜市(横浜市・各区医師会へ運営委託)※神奈川県下の市町村は両拠点を一体的に運営	

項目	在宅療養支援診療所・病院	在宅医療に積極的な役割を担う医療機関
根拠	医療法に定める診療報酬上の制度	医療法に定める医療計画(都道府県策定)
設置時期	平成18年(診療所)、平成20年(病院)	令和6年度(第8次医療計画)
主な役割	○24時間365日対応の体制(往診・訪問看護) ○緊急時の入院病床の確保 ○常勤医師の配置(3名以上) ○過去1年間の緊急往診や看取りの実績 ○地域ケア会議等への参加報告義務 等	○自ら24時間対応体制の在宅医療を提供 ○他医療機関への支援(夜間・急変時など) ○医療・介護・障害福祉との多職種連携支援 ○災害時対応やBCP(業務継続計画)の策定 ○地域包括支援センター等との協働 等
要件	厳密な施設基準あり	地域の実情に応じた役割設定
登録手続	厚労省への届出	都道府県医療計画への記載
市内届出数	診療所:408 病院:44	73医療機関(病院、診療所)

在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 (※) 在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等 (定期的な訪問診療等の実施)
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所(有床診療所)等 (急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施)
 - ・訪問看護事業所、薬局 (医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等)
 - ・介護施設・事業所 (入浴、排せつ、食事等の介護、リハビリテーション、在宅復帰、在宅療養支援等の実施)
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



1 調査の目的

在宅医療の提供体制に求められる4つの機能の内、「退院支援」の実態を把握するため、市内ケアマネジャーを対象に、
 ①退院調整の状況
 ②「入院・退院サポートマップ」「もしも手帳」等のツールの認知度や活用状況
 等について把握することを目的として実施

2 調査の概要

- ① 調査対象者： 市内居宅介護支援事業所864か所に勤務するケアマネジャー約3,200人
- ② 調査の方法 郵送にて調査票を送付。事業所単位で郵送にて回収。
- ③ 調査対象期間 令和6年9月(1か月間)
- ④ 回収結果 回答事業所数 587/864か所(67.9%)
 回答ケアマネジャー数2,041件

<回答ケアマネジャー内訳>

職種	件数	割合	職種	件数	割合
社会福祉士	213	10.4%	薬剤師	4	0.2%
介護福祉士	1,508	73.9%	歯科衛生士	62	3.0%
他の福祉職	133	6.5%	(管理)栄養士	34	1.7%
看護師	98	4.8%	その他	37	1.8%
リハ職	13	0.6%	未記入	42	2.1%
あはき	32	1.6%			

3 主な調査の結果(調査時点はすべてR6年9月)

○1人あたり利用者数

利用者数	件数	割合
0人	8	0.4%
~10人	123	6.0%
~20人	142	7.0%
~30人	280	13.7%
~40人	583	28.6%
~50人	664	32.5%
60人~	230	11.3%

○1人あたり退院調整件数

調整件数	件数	割合
1件	647	66.8%
2件	221	22.8%
3件	75	7.7%
4件	14	1.4%
5件	7	0.7%
6件以上	4	0.4%

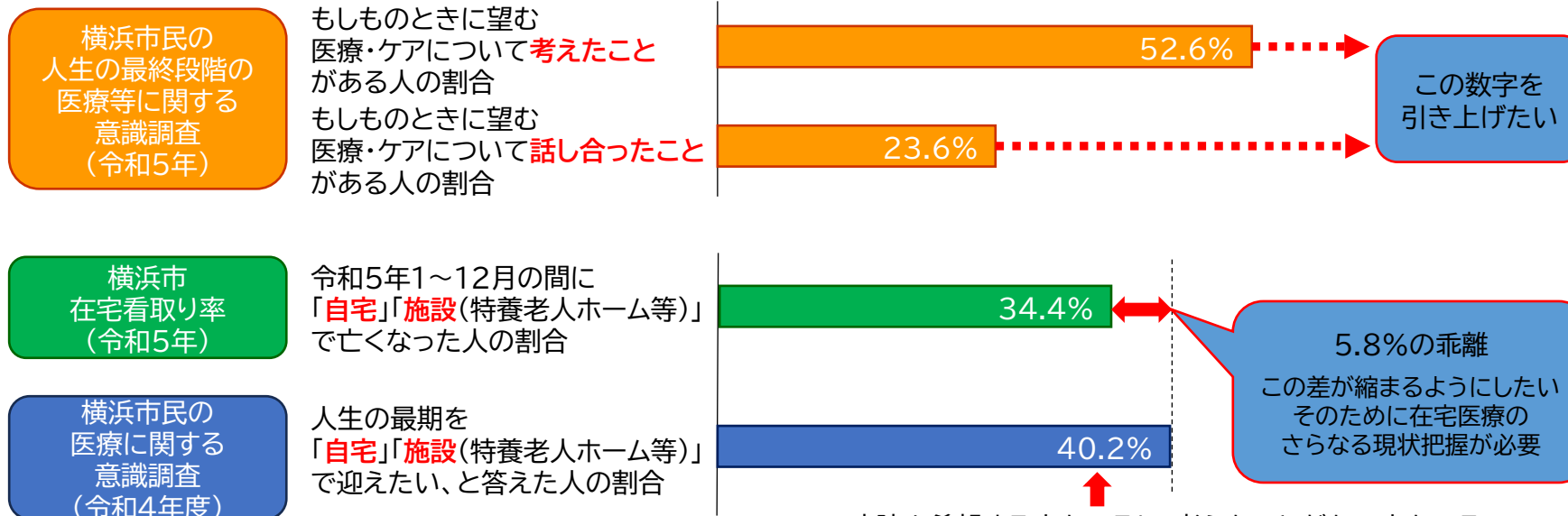
○病院からの退院調整の連絡有無

連絡状況	件数	割合
連絡あり	1099	76.8%
連絡なし	313	21.9%
未記入	19	1.3%
総数	1,431	100.0%

○病院からの退院調整の連絡の有無(疾患別)

疾患	総数	連絡ありの割合	疾患	総数	連絡ありの割合
1 神経難病	41	90.2%	8 心臓・血管系疾患	123	73.2%
2 整形外科系疾患(骨折・関節症・筋力低下等)	331	84.6%	9 呼吸器疾患	121	72.7%
3 脳血管疾患	140	84.3%	10 がん(末期以外)	82	72.0%
4 嚥下障害(誤嚥性肺炎)	51	82.4%	11 消化器疾患(肝胆膵含む)	116	64.7%
5 がん(末期)	145	81.4%	12 その他難病	5	60.0%
6 感染症(新型コロナ含む)	105	75.2%	13 泌尿器系疾患	56	53.6%
7 認知症	8	75.0%	14 その他	104	69.2%
			合計	1431	76.8%

		全市					鶴見区	神奈川
		R1	R2	R3	R4	R5	R5	R5
死亡者数		33,302	33,866	36,221	39,556	39,143	2,740	2,271
在宅看取り数(※1)		8,450	9,898	12,004	13,484	13,454	844	770
在宅看取り率(※1)		25.40%	29.20%	33.10%	34.10%	34.40%	30.80%	33.90%
対前年度(ポイント)		1.5	3.8	3.9	1	0.3	1.7	2.2
内訳	自宅看取り数	3,751	4,750	5,749	5,932	5,624	361	326
	自宅看取り率	11.30%	14.00%	15.90%	15.00%	14.40%	13.20%	14.30%
	対前年度(ポイント)	0.7	2.7	1.9	-0.9	-0.6	-0.4	0.7
	老人ホーム等看取り数	4,699	5,148	6,255	7,552	7,830	483	444
	老人ホーム等看取り率	14.10%	15.20%	17.30%	19.10%	20.00%	17.60%	19.50%
対前年度(ポイント)		0.8	1.1	2.1	1.8	0.9	2.1	1.5



病院を希望する人もいるし、考えたことがない人もいる。市民ができるだけ、自身の望む人生の最期を過ごせるようにACPの普及啓発も進めていくことが必要。

医療と介護の連携の推進（イメージ）

▶ これまでの新型コロナウイルス感染症への対応における取組も踏まえ、在宅医療を担う地域の医療機関と介護保険施設等において、**実効性のある連携の構築を促進する観点から、介護保険施設等と医療機関の連携に関する要件及び評価等を見直す。また、かかりつけ医と介護支援専門員との連携を強化する観点から、当該連携に関する評価を見直す。**

介護保険施設等と連携する医療機関

【在宅医療を担う医療機関や感染対策を担う医療機関等】

介護保険施設等との連携の推進

・ **介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを要件化**

在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院において、要件化

・ **感染症対策向上加算等の専従要件の明確化**

介護保険施設等からの求めに応じて行う専門性に基づく助言が感染対策向上加算等のチームの構成員の専従業務に含まれることを明確化する

・ **介護保険施設等連携往診加算の新設**

入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合についての評価

・ **介護保険施設等における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**

高度な薬学的管理を必要とする薬剤を処方した場合の「F400 処方箋料」を医療保険からの給付とする等の見直し

・ **協力対象施設入所者入院加算の新設**

介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等と平時からの連携体制を構築している保険医療機関の医師が診察を実施した上で、入院の必要性を判断し、入院をさせた場合の評価

地域包括診療料等を算定する医療機関

・ **地域包括診療料等の算定要件の見直し**

地域包括診療料等の算定要件に介護支援専門員との相談に応じることを追加する。また、担当医がサービス担当者会議又は地域ケア会議への参加実績又は介護支援専門員との相談の機会を確保していることを施設基準に追加

●：診療報酬 ■：介護報酬

(1) 平時からの連携

(カンファレンス等による入所者の情報の共有等)

- 協力対象施設入所者入院加算等の基準として規定
- 感染症対策向上加算等の専従要件の明確化
- 協力医療機関連携加算の新設
- 高齢者施設等感染対策向上加算の新設

(2) 急変時の電話相談・診療の求め

(3) 相談対応・医療提供

- 介護保険施設等連携往診加算の新設
- 医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し

(4) 入院調整

- 協力対象施設入所者入院加算の新設
- 退所時情報提供加算の見直し

(5) 早期退院

- 退院が可能となった場合の速やかな受入れの努力義務化

医師等と介護支援専門員との連携

介護保険施設等

【特養・老健・介護医療院】

協力医療機関等との連携の強化

・ **診療や入院受入れ等を行う体制を確保した協力医療機関を定めることの義務化**

以下の要件を満たす協力医療機関を定めることを義務化
 ①入所者の病状が急変した場合等に相談対応を行う体制を常時確保
 ②診療の求めがあった場合の診療を行う体制を常時確保
 ③入院を要する入所者の入院を原則受け入れる体制の確保
 ※協力医療機関との間で1年に1回以上入所者の病状の急変が生じた場合の対応方針について確認

・ **協力医療機関連携加算の新設**

介護保険施設等において、定期的な会議の実施による協力医療機関との連携体制の構築を評価

・ **高齢者施設等感染対策向上加算の新設**

感染対策向上加算を算定する医療機関等が行う研修に参加すること等や実地指導を受けることを評価

・ **退所時情報提供加算の新設**

入所者が医療機関へ退所した場合に医療機関に対し、生活支援上の留意点等の情報を提供することを評価

・ **早期退院の受入れの努力義務化**

退院が可能となった場合の速やかな受入れについて努力義務化

居宅介護支援事業所

・ **入院時情報連携加算の見直し**

入院当日に病院等の職員に対して利用者の情報を提供した場合について評価を充実

・ **通院時情報連携加算の見直し**

算定対象に歯科医師を追加

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

■ 介護保険施設について、施設内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行う体制を確保する観点から、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、介護老人保健施設、介護医療院

【基準】

- ア 以下の要件を満たす協力医療機関（③については病院に限る。）を定めることを義務付ける（複数の医療機関を定めることにより要件を満たすこととしても差し支えないこととする）。＜経過措置3年間＞
 - ① 入所者の病状が急変した場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合において、診療を行う体制を常時確保していること。
 - ③ 入所者の病状の急変が生じた場合等において、当該施設の医師又は協力医療機関その他の医療機関の医師が診療を行い、入院を要すると認められた入所者の入院を原則として受け入れる体制を確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、入所者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 入所者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入所させることができるように努めることとする。

協力医療機関との連携体制の構築

省令改正

■ 高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下で適切な対応が行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するために、以下の見直しを行う。

特定施設入居者生活介護★、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護★

【基準】

- ア 協力医療機関を定めるに当たっては、以下の要件を満たす協力医療機関を定めるように努めることとする。
 - ① 利用者の病状の急変が生じた場合等において、医師又は看護職員が相談対応を行う体制を常時確保していること。
 - ② 診療の求めがあった場合に、診療を行う体制を常時確保していること。
- イ 1年に1回以上、協力医療機関との間で、利用者の病状の急変が生じた場合等の対応を確認するとともに、当該協力医療機関の名称等について、当該事業所の指定を行った自治体に提出しなければならないこととする。
- ウ 利用者が協力医療機関等に入院した後に、病状が軽快し、退院が可能となった場合においては、速やかに再入居させることができるように努めることとする。

令和4年 横浜市高齢者実態調査より（特養）

Q27.行っている医療処置

調査数	点滴の管理	中心静脈栄養	透析	ストーマ(人工肛門)の処置	酸素療法	レスピレーター(人工呼吸器)	気管切開の処置	疼痛の看護
100	26	4	3	69	71	2	3	24
100.0	26.0	4.0	3.0	69.0	71.0	2.0	3.0	24.0
		経管栄養	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	褥瘡(じよくそう)の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)	その他	医療処置は行わない	不明
		88	12	91	89	11	0	1
		88.0	12.0	91.0	89.0	11.0	0.0	1.0

Q28.入所(継続)を断る理由

調査数	医療処置	認知症	医療処置及び認知症以外	断ることはない	不明
100	84	30	17	9	2
100.0	84.0	30.0	17.0	9.0	2.0

Q28-1.何の医療処置を理由に入所を断ることがありますか

調査数	点滴の管理	中心静脈栄養	透析	ストーマ(人工肛門)の処置	酸素療法	レスピレーター(人工呼吸器)	気管切開の処置	疼痛の看護
84	58	77	59	2	11	71	66	24
100.0	69.0	91.7	70.2	2.4	13.1	84.5	78.6	28.6
		経管栄養	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	褥瘡(じよくそう)の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)	その他		
		8	40	1	5	7		
		9.5	47.6	1.2	6.0	8.3		

Q28-2.医療処置を理由に、入所(継続)を断る場合、いずれかの機関を紹介していますか

調査数	介護老人保健施設	介護療養型医療施設(介護医療院)	医療療養型医療施設	一般病床	どこも紹介していない	その他
84	28	38	49	27	19	3
100.0	33.3	45.2	58.3	32.1	22.6	3.6

Q36-1.看取り介護加算を算定していますか

調査数	算定している	算定していない	不明
100	74	25	1
100.0	74.0	25.0	1.0

Q36-2.看取り加算を算定していない理由

調査数	配置医の協力が得られない	夜間の看護師を確保できない	介護職員の負担が大きい	加算となる体制が取れない	その他	看取りの対象となった人がいない
25	5	7	3	18	2	1
100.0	20.0	28.0	12.0	72.0	8.0	4.0

Q37.利用者や家族の要望を積極的に取り入れるための取組

調査数	利用者に施設サービス計画を説明し要望を聞く機会を設けている	家族に施設サービス計画を説明し要望を聞く機会を設けている	利用者・家族と話し合いの機会を定期的に設けている	利用者の生活状況を記録し家族に連絡している	利用者・家族を対象に相談・苦情窓口を設けている	家族会を設置している
100	69	82	35	70	77	18
100.0	69.0	82.0	35.0	70.0	77.0	18.0

調査数	特に行っていない
4	0
4.0	0.0

■令和4年 横浜市高齢者実態調査より（老健）

Q26.行っている医療処置

調査数	点滴の管理	中心静脈栄養	透析	ストーマ(人工肛門)の処置	酸素療法	レスピレーター(人工呼吸器)	気管切開の処置	疼痛の看護
45 100.0	26 57.8	1 2.2	3 6.7	25 55.6	22 48.9	0 0.0	1 2.2	9 20.0
		経管栄養	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	褥瘡(じよくそう)の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)	その他	医療処置は行わない	不明
		38 84.4	18 40.0	40 88.9	33 73.3	7 15.6	0 0.0	1 2.2

Q34.入所者が亡くなる際に施設内で看取りを行っていますか

調査数	希望者全ての看取りを行っている	特定の条件がそろった一部の入所者のみ看取りを行っている	看取りを行う用意はあるが、希望者がいない	施設内では看取りは行わず、医療機関に移ってもらっている	その他
45 100.0	20 44.4	14 31.1	1 2.2	10 22.2	0 0.0

Q27.入所(継続)を断る理由

調査数	医療処置	認知症	医療処置及び認知症以外	断ることはない	不明
45 100.0	41 91.1	17 37.8	8 17.8	3 6.7	1 2.2

Q27-1.何の医療処置を理由に入所を断ることがありますか

調査数	点滴の管理	中心静脈栄養	透析	ストーマ(人工肛門)の処置	酸素療法	レスピレーター(人工呼吸器)	気管切開の処置	疼痛の看護
41 100.0	16 39.0	33 80.5	32 78.0	2 4.9	20 48.8	36 87.8	26 63.4	13 31.7
		経管栄養	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	褥瘡(じよくそう)の処置	カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等)	その他		
		2 4.9	15 36.6	1 2.4	6 14.6	4 9.8		

Q27-2.医療処置を理由に、入所(継続)を断る場合、いずれかの機関を紹介していますか

調査数	介護療養型医療施設(介護医療院)	医療療養型医療施設	一般病床	どこも紹介していない	その他
41 100.0	20 48.8	25 61.0	12 29.3	5 12.2	10 24.4

■令和4年 横浜市高齢者実態調査より（有料老人ホーム・サ高住・認知症GH）

Q33.入所者が亡くなる際に施設内で看取りを行っていますか

調査数	希望者全ての 看取りを行っている	特定の条件が そろった一部 の入居者のみ 看取りを行って いる	看取りを行う用 意はあるが、 希望者がいな い	事業所内では 看取りは行わ ず、医療機関 に移ってもら っている	その他	不 明
335	178	111	6	24	8	8
100.0	53.1	33.1	1.8	7.2	2.4	2.4

Q33-1.看取り介護加算を算定していますか

調査数	算定している	算定してい ない	不 明
335	173	145	17
100.0	51.6	43.3	5.1

Q33-2.看取り加算を算定していない理由

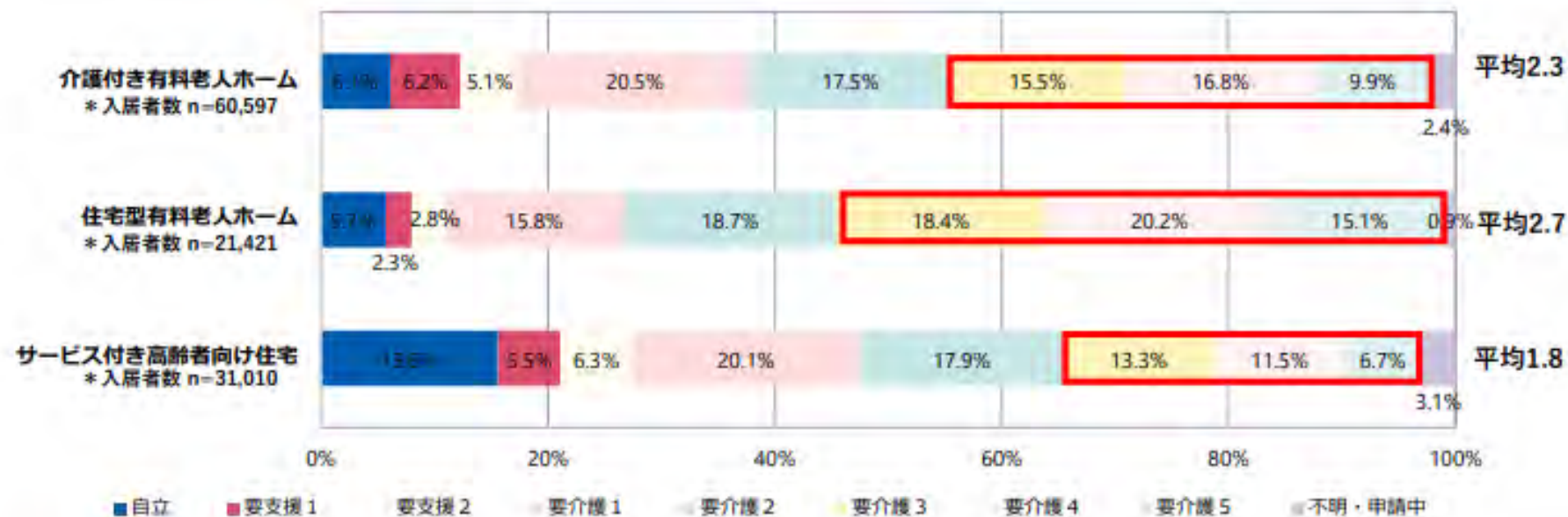
調査数	配置医の協力が 得られない	夜間の看護師 を確保できな い	介護職員の負 担が大きい	加算となる体 制が取れない	その他	看取りの対象 者がいない	不 明
145	10	37	29	53	26	22	12
100.0	6.9	25.5	20.0	36.6	17.9	15.2	8.3

Q40.医療機関とどのように連携していますか

調査数	入居者の健康 管理や処置に ついて助言を 受けている	往診をしてく れる医師・医療 機関がある	急変時の受入 れを依頼でき る病院を確保 している	提携病院があ り、一般的な入 院を受け入れ てもらっている	認知症の周辺 症状について 助言を受けて いる	その他	連携してい ない	不 明
335	263	314	104	118	94	5	5	6
100.0	78.5	93.7	31.0	35.2	28.1	1.5	1.5	1.8

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅の入居者の要介護度（令和5年度）

- 介護付き有料老人ホーム（※）の入居者のうち、
自立から要介護2までの軽度要介護者は約55%、要介護3～5までの中重度要介護者は**約42%**
- 住宅型有料老人ホームの入居者のうち、
自立から要介護2までの軽度要介護者は約45%、要介護3～5までの中重度要介護者は**約54%**
- サービス付き高齢者向け住宅の入居者のうち、
自立から要介護2までの軽度要介護者は約65%、要介護3～5までの中重度要介護者は**約32%**



※ 介護付き有料老人ホームについては、「介護専用型」及び「混合型」の合計

※ 特定施設入居者生活介護の指定を受けているサービス付き高齢者向け住宅(有料老人ホームに該当するもの)は、介護付き有料老人ホームに含み、サービス付き高齢者向け住宅には含まない。

※ 自立はゼロ、要支援1・2は0.375として平均要介護度を算出。

※ 令和5年度老人保健健康増進等事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

明日をひらく都市

OPEN X PIONEER

YOKOHAMA

28

高齢者住まい（有料、サ高住）への入居前の居場所

・2014年と2024年の比較において、「病院・診療所」から入居する方の割合はいずれの類型も概ね変化なし。

2014（平成26）年

特定施設 (新規入居者数 n=2,063)	
	%
自宅、家族・親族等と同居	43.5
病院・診療所	36.7
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	6.7
介護保険対象の居住系サービス	5.7
介護保険対象外の居住系サービス	2.8
認知症高齢者グループホーム	1.0
特別養護老人ホーム	0.8
その他（不明を含む）	2.9

住宅型有料老人ホーム (新規入居者数 n=2,147)	
	%
病院・診療所	43.4
自宅、家族・親族等と同居	38.1
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	6.1
介護保険対象外の居住系サービス	4.9
介護保険対象の居住系サービス	1.8
認知症高齢者グループホーム	1.1
特別養護老人ホーム	1.0
その他（不明を含む）	3.6

サービス付き高齢者向け住宅(非特定) (新規入居者数 n=1,855)	
	%
自宅、家族・親族等と同居	50.9
病院・診療所	29.5
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	5.8
介護保険対象外の居住系サービス	5.7
介護保険対象の居住系サービス	3.1
認知症高齢者グループホーム	0.9
特別養護老人ホーム	0.8
その他（不明を含む）	3.3

出典：平成26年度老健事業「高齢者向け住まいが果たしている機能・役割等に関する実態調査」

2024（令和6）年

(新規入居者数 n=9,761)	
	100.0
病院・診療所	32.3
自宅	28.3
介護老人保健施設	5.3
特定施設の指定を受けている施設	4.1
特定施設の指定を受けていない施設	2.3
介護療養型医療施設	0.7
特別養護老人ホーム	0.6
認知症高齢者グループホーム	0.4
介護医療院	0.3
その他（不明を含む）	25.7

(新規入居者数 n=3,935)	
	100.0
病院・診療所	43.4
自宅	27.3
介護老人保健施設	4.8
特定施設の指定を受けていない施設	3.7
特定施設の指定を受けている施設	2.4
認知症グループホーム	0.7
介護療養型医療施設	0.6
特別養護老人ホーム	0.6
介護医療院	0.5
その他（不明を含む）	15.9

(新規入居者数 n=5,266)	
	100.0
自宅	40.7
病院・診療所	30.3
介護老人保健施設	4.0
特定施設の指定を受けていない施設	3.4
特定施設の指定を受けている施設	1.9
特別養護老人ホーム	0.7
介護療養型医療施設	0.5
介護医療院	0.5
認知症高齢者グループホーム	0.4
その他（不明を含む）	25.7

出典：令和6年度老健事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会（令和7年10月3日、厚生労働省老健局）

高齢者住まい（有料、サ高住）からの退去先

2014(平成26)年

死亡による退去の割合がいずれも増加。住宅型は36.6%から55.3%に増加し、内、居室における看取りが57.7%。

特定施設

(退去者数 n=2,063)	%
死亡による契約終了(※)	51.7
病院・診療所	18.2
自宅、家族・親族等と同居	7.0
特定施設の指定を受けている施設	6.6
特別養護老人ホーム	5.3
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	4.9
認知症グループホーム	1.3
特定施設の指定を受けていない施設	2.4
その他(不明を含む)	2.5

住宅型有料老人ホーム

(退去者数 n=2,147)	%
死亡による契約終了(※)	36.6
病院・診療所	23.7
自宅、家族・親族等と同居	9.1
特別養護老人ホーム	8.6
特定施設の指定を受けていない施設	6.4
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	5.9
特定施設の指定を受けている施設	4.2
認知症グループホーム	2.8
その他(不明を含む)	2.5

サービス付き高齢者向け住宅(非特定)

(退去者数 n=1,855)	%
死亡による契約終了(※)	29.8
病院・診療所	18.1
自宅、家族・親族等と同居	17.1
特定施設の指定を受けていない施設	7.9
特別養護老人ホーム	7.5
特定施設の指定を受けている施設	6.1
介護老人保健施設・介護療養型医療施設	5.8
認知症グループホーム	4.1
その他(不明を含む)	4.2

出典：平成26年度老健事業「高齢者向け住まいが果たしている機能・役割等に関する実態調査」

2024(令和6)年

(退去者数 n=9,194)	%
死亡による契約終了(※)	59.2
病院・診療所	14.2
特定施設の指定を受けている施設	5.2
特別養護老人ホーム	4.7
自宅	4.1
介護療養型医療施設	2.0
介護老人保健施設	1.6
特定施設の指定を受けていない施設	1.3
認知症高齢者グループホーム	0.8
介護医療院	0.4
その他(不明を含む)	6.6

※内訳は、居室における看取り50.3%、居室における看取り以外10.6%、病院・診療所36.0%、その他3.2%

(退去者数 n=3,783)	%
死亡による契約終了(※)	55.3
病院・診療所	17.0
特別養護老人ホーム	7.6
自宅	4.3
介護老人保健施設	3.5
特定施設の指定を受けていない施設	3.1
特定施設の指定を受けている施設	2.7
認知症高齢者グループホーム	1.5
介護療養型医療施設	1.3
介護医療院	0.5
その他(不明を含む)	3.2

※内訳は、居室における看取り57.7%、居室における看取り以外5.4%、病院・診療所31.7%、その他5.2%

(退去者数 n=4,913)	%
死亡による契約終了(※)	43.1
病院・診療所	17.6
特別養護老人ホーム	8.2
自宅	6.1
特定施設の指定を受けている施設	5.9
特定施設の指定を受けていない施設	4.0
介護老人保健施設	3.7
認知症高齢者グループホーム	3.0
介護療養型医療施設	2.1
介護医療院	0.5
その他(不明を含む)	5.8

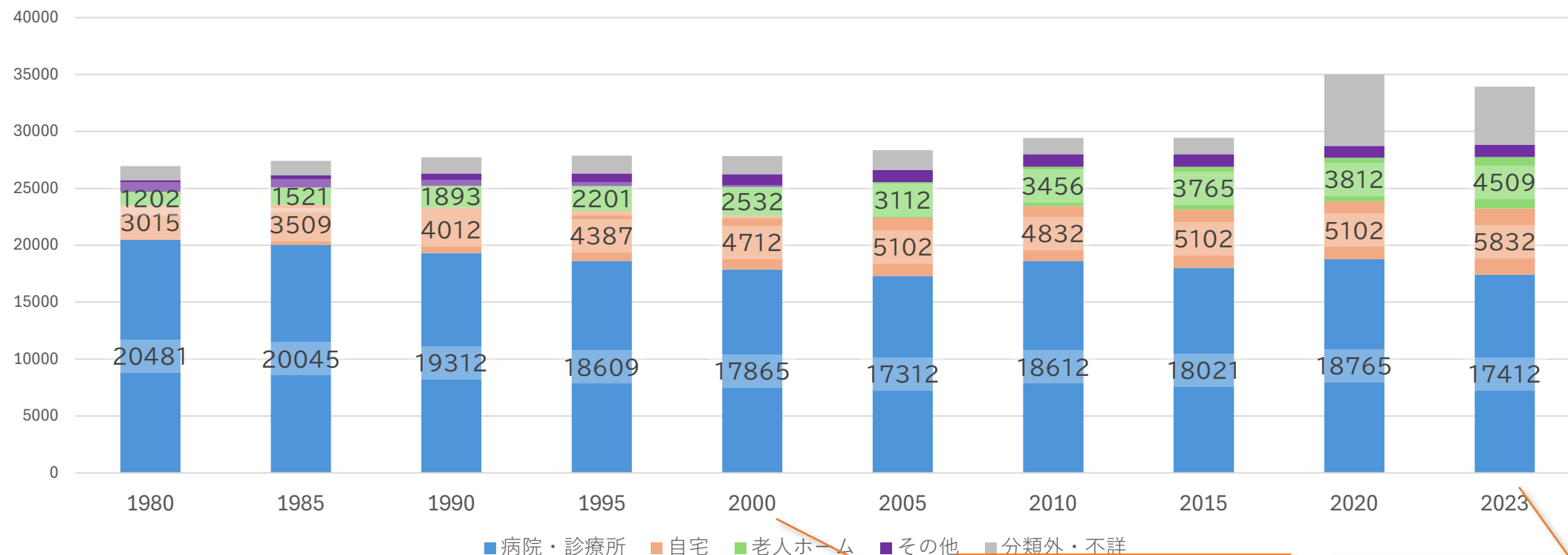
※内訳は、居室における看取り40.8%、居室における看取り以外5.3%、病院・診療所57.5%、その他6.5%

出典：令和6年度老健事業「高齢者向け住まいにおける運営実態の多様化に関する実態調査研究」

有料老人ホームにおける望ましいサービス提供のあり方に関する検討会（令和7年10月3日、厚生労働省老健局）

明日をひらく都市
OPEN X PIONEER
YOKOHAMA

○ 死亡場所別死亡者数(人口動態統計より)



■ 2000人口動態統計より

・病院診療所	17865 (68.1%)
・自宅	4712 (18.0%)
・老人ホーム	2532 (9.6%)
・その他	1135 (4.3%)
小計	26244
(ほか 分類外・不詳	1597)

■ 2023人口動態統計より

・病院診療所	17412 (60.4%)
・自宅	5832 (20.2%)
・老人ホーム	4509 (15.6%)
・その他	1077 (3.7%)
小計	28830
(ほか 分類外・不詳	5093)

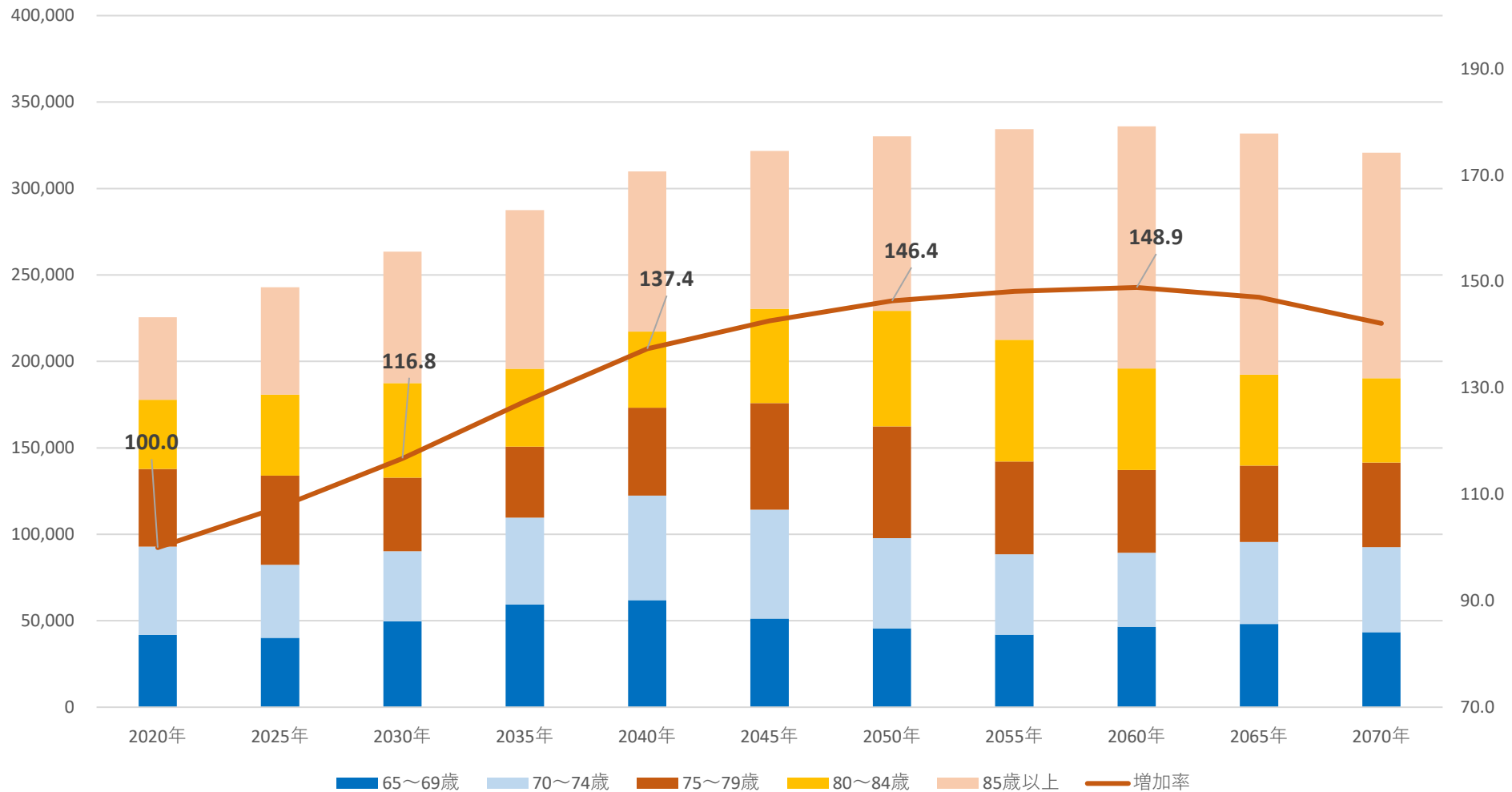
【出典】

- ・分類別死亡者数(病院/自宅/施設/その他)：厚生労働省『人口動態統計年報』第5表(各年版)
- ・実死亡者数：厚生労働省『人口動態統計年報』第2表「都道府県・指定都市別にみた死亡数」(各年版)
- ・分類外・不詳：実死亡者数 - 分類別合計(※分類不能・記載漏れ等)

※ 本表に記載された死亡者数はすべて死亡発生地(死亡届提出地)ベースであり、横浜市外在住者による死亡も一部含まれる。

【資料4(全市)】将来人口推計・世帯類型(65歳以上*単身世帯)

将来人口推計 世帯構成(横浜市,65歳以上・単身世帯)



第3回 東部/南部圏域地域医療検討会
医療介護WG⁺（議事メモほか）

2025年12月24日

○ 次第

- ・ 前回の議事概要およびアンケートより
- ・ お問い合わせ「WG資料等のご利用について」

○ 前回議事概要 および アンケートより

第3回は「在宅医療介護・高齢者施設連携」をテーマに、患者の送り手・受け手それぞれの視点から、ご議論いただきました。第1回(急性期)、第2回(回復期)の議論でもすでに話題にあがってきたところですが、現場視点であらためて日頃の気づきや課題感などをお話いただきました。地域医療・介護や施設関係者が、病院のどこに問い合わせたらいいのか、こんなレベルの問い合わせでもいいのか、またレスパイト利用に関する期待や使い勝手など、実務面含め多くのコメントをいただきました。

[議題3]R7WG振り返りでも、これまでの議論を俯瞰いただき、地域完結型医療の実現に向けて感じたことを、ひとことずついただきました。駆けあしの議論で大変恐縮ではありましたが、全3回を通じた論点整理や、行動・アクションの芽など、これからの医療介護を考えるうえでの貴重な示唆をいただきました。

[キーワード] 信頼関係・リスペクト/相手のできないことを理解/こうあったらいいを伝える/
基幹的病院と地域中小病院 それぞれの役割と相互補完関係への理解、信頼関係/
持続可能な在宅生活(人的・時間的・経済的・精神的余裕/レスパイト・ショートステイ)
家族理解(速やかな転退院について/在宅環境調整等)/DNARの考え方・教育
円満な施設・病院連携(日常の健康管理・予後管理と予定入院)/
「できない」を補ってくれる関係(夜間オンコール・相談・指示判断)/
情報共有(DNAR/本人・家族意思/関係支援者(主治医, ケアマネ等)/基礎疾患/服薬情報etc)

□在宅医療介護・高齢者施設連携

▽在宅増悪時の病院調整について ～誰に、どう相談したらよいか～

- ・在宅看取りについて、急変時の病院探しをすることがあるが、**肺炎や腎炎などで難しいことがある。**
- ・基本的にはいつも受けてくれる病院に連絡するが、例えば男性だとベッドが空いていないとかがある。
急性期病院ではなく、**最初から後方支援病院に連絡したいが、そのルートがはっきりしていない。** どうしたらいいか。
→連絡があったら、ベッドが空いている限り受けるスタンス。在宅医の判断で病院を選んでもらっていい。
→**病院側で一度評価をし、無理であれば高次の病院に調整するので、一旦連絡してもらっていい。**
- (在宅医が相談しやすいよう)もっと病院側からも伝える必要があると思った。
(病院の誰に言えばいいか→)**相談員**が外部からの連絡窓口。判断が難しい症例はドクターtoドクターでお願いしている。

▽レスパイト入院のニーズ ～誰に、どう相談したらいいか②～

- ・家族からレスパイトの入院依頼がある。地域の病院でレスパイト入院を受け入れてもらえるようになりかなり助かっている。
→実は5年前からやっている。地域の在宅医や訪看の間でまだ**全然知られていない**と認識、反省。
- ・**どの病院に連絡すればいいのかわからない**し、調整しにくい。どこでやっているかは仲間内で聞いて把握している。
- ・行政でまとめてもらえると助かる。**どういう人ならレスパイト対象かも**合わせて知りたい。
→まずはご相談いただければ。ベースは在宅生活で、それほど重篤でない方が、一定の負担を感じる時。力になれるかも。
→レスパイトという言葉に囚われすぎず「**本人の病状は安定しているが家族が休めるように**」というのでいい。
これをきっかけに検査なども考えられるので、本来の意味を超えて活用できるのでは。
- ・要介護4などになると1人では見ていけない。**こちらから仕向けないと、そういうシステム（レスパイト）は利用されない。**
- ・多くはないが定期利用している人はいる。**それがあから安心して介護が続けられる**という。

▽ 施設ショートステイ利用について

- ・（医療処置を要する利用者はいるか→）初めての人は普段の様子を見ていないので、医療的依存度が高い人の受入は少し難しい。
- ・ショートは在宅扱いなので、何かあった時にはかかりつけ医が施設に往診に来てもらう体制が取れば受けられる
- ・ショート→老健入所のパターンもあるが、状態が良くなれば自宅に帰るもの。ただ在宅での対応が難しい利用者だと、在宅復帰を尻込みするケアマネもいて退所が延びる事例も。ただケアマネが大変なのは重々承知している。
- ・新規依頼は月4～5件。施設側はすぐ受入可能だが、ケアプラン変更などケアマネが大変なのだと思う。うまくこなせるか否か力量さがありそう。

▽ かかりつけ医がない場合の医療連携について

- ・普段の在宅支援で困ったことはほぼない。利用者にはかかりつけ医がいてそこに連絡すると大体答えてくれる。
- ・（かかりつけ医がない相談事例は？）→民生委員からの紹介事例など初めての人も多い。ケアプラザでとれる対応としては協力医に相談すると診てもらえる。また、連携病院もありそこでも診てもらえる。

▽ 退院時連携、在宅療養移行時の家族支援について

- ・家族にも指導はあるが、病院を出ると頭が真っ白になってしまい、できなくなっていることもある。でもそこは（病院から丁寧に説明してもらえているので）そこに沿って指導している。
- ・処置に慣れるまでトレーニングが必要であれば、多めに訪問する。
- ・24時間処置であれば連絡を取れるようにしていて、訪問しなくても電話で相談できる安心感が在宅では必要。

□WGを振り返って

- ・病院には在院日数のプレッシャーがある、それを感じながら仕事していることを知ってほしい。
- ・電子カルテ共有は急務だと思う。有効活用している事例を聞く。EHR導入はぜひ検討したい。
- ・（後方病院の立場から）患者に関しては、一旦引き受けてから仕切り直そうと、そう考えるようにしている。DNARの考え方もそうだが、丁寧に患者と家族の話を聞きながらの仕切り直しでいいと思っている。
- ・いろんな視点から話を聞いたのはよかった。病院の機能を理解してもらえていなく、レスパイトや検査入院も、当然やっているものだが(知られていない)、病院からもっと周知をしていきたい。
- ・まとめに書かれていること自体は当たり前の印象を受けるが、実際に実行するには苦労する。法人内でもこのような会議を4年半ほど続けているが、行き違いや理解不足がいまだにある。地域ベースで同じことをやっていくのは難しいのだと思う。
- ・法人外の施設からコメントをもらい、互いに耳の痛いことをお互いに確認しあって、襟を正すことをやってきた結果が、顔の見える関係になれるのだと思う。
- ・病病連携会議はスムーズだが、病診になるとハードルが途端に上がる。施設・在宅になるとさらに上がる。こういう機会が必要。
- ・情報連携は重要。グループ内の特養との連携を図っていきたい。情報発信も必要だと思う。
- ・情報の共有化というこれからの課題があり、顔を合わせて話をする機会は貴重だった。
- ・気になったのは、病院を探す時に市HPを見るが、あまり更新されていない。新しくしてほしい。
- ・信頼関係が基本、はその通り。お互いを知る、そのために情報の発信と、受け取る力が必要。この場は有意義だった。
- ・有機的な連携、顔の見える関係は大事だと思った。SWが会議に出るといいという発言にも共感。ここでの共感を現場レベルで活かせるには、何かあったらとりあえず言って(施設長間での信頼関係はできている)というのもありだし、職員と一緒に解決したり、助け船になれるといい。定期的にこういう機会があるといいと思った。

- ・横浜市は大きく、まとめるのが大変だと思う。グループ内では他区にも拠点がある。情報があれば、同じ地域の仲間として紹介できるのでは。介護情報かながわで調べれば、責任者やサービスがわかるので、それが医療面でもあるといい。
- ・以前コロナ対応で苦慮しているときに、病院にはいろいろと相談にのってもらった。包み隠さず相談することで、信頼できる関係性を築くことができた。必ず答えてもらえる安心感が、医療連携につながっていると思う。
- ・話せる機会は助かる、地元ではこういう会合はない。特養は地域包括ケアシステムの中で考えているので、どう重ねていくのが難しいのだと思う。
- ・お互いの機能を知ることが重要なのはその通り。どうすれば、知れるのか、手段は行政に考えてもらいたい。
- ・情報連携では、多くの医療機関が入り、患者が増えないと、メリットは出てこない。初期システム構築には補助があるが、続けるとこの構築費用を通常の利用料から生み出す必要があり、そこをどうクリアするかが課題。開業医で電子カルテを導入できていないところは、レセプトの情報から入れることもでき、調剤薬局にはとてもメリットがある。訪問看護や医療、病院、診療所ではない施設・事業所にとっては、メリットがあると思う。
- ・会議を続けるなら精神科医療機関も入ってほしい。介護施設利用者の8割は認知症患者、精神医療分野の困りごともある
- ・病院と在宅がいかに連携できるか、スムーズなやり取りができるようになる方法を考える必要があると思う。ケアマネのほとんどは介護・福祉職、医療はハードルが高い。会って話をするのが、信頼関係を築けると思う。
- ・どこに、誰に連絡をすればいいのかわからない。そこを何か考えてもらいたい。社会的背景のある患者の対応は、対応できないケースがたくさんある。それぞれの役割を持って、対応していくシステムができるといい。
- ・毎回会議の内容を職員会議で伝えていて、理解を示す職員もいた。実務者レベルの会議もどこかでできるといい。
- ・顔を見て、話せたので、よかった。連携の大切さは十分わかった。

- PFMで後方支援病院へ移していく必要がある。DPCが始まってからは縛りが厳しく、大変だと思う。急性期から後方へ移る流れだが、急性期は人員も多く、費用も安い。
- EHRに関して、電子カルテ導入割合は48%と低い。費用がかかるし有益かどうかわからない。強制加入もすすめられない。急性期病院を回転させる必要性は、国きちんと啓発していくべき。
- 都市部での地域完結型医療の実現が必要で、病病連携で急性期を早く回すのは、次の急患を受けるためのもの。そのために、後方病院にお願いするが、患者が多い季節になると後方も混む。**最後の在宅までを一括して考えないと回らない。そのためのこの会議だと思う。**定期的にやるべき。
- ここから生み出すのは難しいと思うが、具体例を積み上げていきながら、連携が見えてくることもあると思った。
- 繰り返しやることで見えてくる問題もあり、そういう会議だと思った。新たな発見もたくさんあり、よかった。地域全体で広めなくてはいけない。なかなか全員で話せないなので、巻き込みながらだと思う。

□在宅医療介護・高齢者施設連携

▽在宅復帰時の課題と3つのパターン 病院連携室・ケアマネ・在宅医の見立て

- ・退院後の在宅復帰事例について、3つに分けられるのではと考える。
 - ① 介護者が積極的に家で看たいケース。人的、経済、時間、精神余裕がないと難しい。
 - ② 家族・本人が施設がどういうものかをわからないので、とりあえず家に帰りたいとするケース。
 - ③ 経済的に余裕がなく、施設に入れないケース。これは家に帰ると崩壊するパターン。高齢者同士の老老だと無理。家しか知らないパターンは、帰ると予想外のことが起こりがち。ADLが落ちているので、大体は以前と同じ生活はできない。そういう予測ができていない。そこが乗り越えられるかは「家族の余裕」だが、それをどれだけ事前に読めるかで施設か在宅かを見極める必要がある。本人や家族の能力を点数化するなどの必要があるのが課題。
- ・ケアマネがそれまで関わっていれば予測できる。病院の予測とイメージが合わないことも多く、在宅での生活をいかに共有できるかが重要だと思う。本人も自宅に戻ると自分のペースになり、その影響で在宅で看れなくなることもある。
- ・入院病院の患者には、ケアマネ不在で介入支援が必要な人が多い。その時は包括支援センターに相談。そこで全部解決できるわけではないが、近隣病院の包括に相談する。
- ・ケアマネがいない人で、医療依存度が高く、介護者が高齢だと、在宅は無理となる。でも頑張るという家族もいて、意外とできることもある。本人も表情が違う。介護者の介護力が足りなく不安なときは、訪問看護が入ってフォローする。
- ・看取りもあるが、1回では理解できず、訪問のたびに説明を重ねて理解してもらおう。
- ・初めてケアマネをつけるときに、家族の思いが病院と乖離していてなかなかサービスに繋がらないケースもある。
- ・「3つの課題・評価」は、病院ソーシャルワーカーの仕事だと思っている。人数が少ないが、ぜひSWを使ってほしい。

▽ 高齢者施設における困難事案

- ・ **若い人の老健利用**事例が難しい。経済的な問題やリハビリ施設が通い限定である等で行き場がない。奥様は子供の面倒もあり付き添えない。特養はリハがなく、住宅型有料は高額。老健でも**薬価が高く受けられないケース**もある。
- ・ 利用者は在宅から半分、病院から半分。**在宅酸素や胃ろうの人は難しく**、医療的処置のある人は受けられていない。
- ・ (有老ホーム)紹介会社や在宅クリニック等からの入居者が多い。事前面接の結果24時間看護師がいる施設を紹介する場合もある。
- ・ ロングショートには在宅困難事案もあり、なかなか帰りづらい。ショート利用は、入所前のお試しの場合と、本入所までの待機利用パターンでほとんど。
- ・ DNARでは病院に怒られたことがある。自施設で作成した医療同意書類がダメだった。
- ・ DNARは解釈がそれぞれ違う。多くの人は自身の問題として考えておらず、**いざとなると違うということが結局起こる**。
- ・ 生活保護基準で、特養も有料も受けられるという施設がいくつかある。従来型の特養だと受けてくれる。ユニット型だと難しい。

▽ 介護人材・支援者不足の現状

- ・ **ヘルパーがいない**というのが問題。去年の介護報酬改定で激減した。大手しか残っていない。介護職に就く人がいない。介護保険が始まった2000年頃と比較すると登録が半分。これが5年先にはどうなるか。
- ・ **ケアマネがなかなか決まらない**。足りているのか。困難ケースになるとケアマネ選定に遠方まで連携を取ったりしている。
- ・ **身寄りのない人**がとても多く、家族が遠方なので本人が希望しても施設に入れられないケースがある。後見人もすぐにはつかず、**お金があっても施設に入れられない人**もいる。区長申立て事例が増えているが、半年単位で時間がかかる。
- ・ お金がなくて独居の人は増えているが、家に帰ってもすぐ病院に戻ってきてしまうことが多い。
- ・ 身寄りがいっても、家族としての機能を果たせない人が増えている。認知-認知で、契約行為ができないこともある。外来で見かけたら、元気なうちに本人にアプローチするようにしている。そういう活動をつづけていこうと思う。

▽後方病床の現状

- ・現場スタッフの教育指導が重要。夜は非常勤医師でわからないことが多く、スタッフの不安が強い。DNARを聞いてしまうことが起きていて、これには医師の考え方もある。下り搬送応需が多いので在宅調整も多い、若いスタッフはどうしても時間がかかってしまう。リハビリの見立ても遅くなることもある。
- ・今は比較的スムーズに在宅復帰できている。ただ採用している薬が少なく、その人のために新たに薬を手配するのは難しい。
- ・急性期で治療の方向性が整理されてくるのであまり問題ないが、経済的理由で先にすすめないケースもある。単身で、自宅に通帳があり取りに行ってもほしい等言われても今はできない。行政と一緒に訪問してもらえるとありがたい。
- ・(回復期からの退院先について)療養・在宅半々。リース代が上がるのでそういう割合になる。
- ・レスパイト先があると助かる、という意見があったが、当院もやっている。
- ・地域包括医療病棟は条件をなんとかクリア。ほぼ満床、回転も速い。入ってくるのは、ポストアキュートのほうがいい。
- ・当院の地域包括医療病棟について、直接入院は2～3割。ほとんどが基幹病院からの下り搬送によるもの。

▽施設・病院連携について

- ・特養・有料との協力医療機関だが、契約をした施設に対して何をすればいいのか。要請があった時の受け入れは当然で、具合が悪い段階で、囑託医と連携して見に行くとかが必要なのか、違う専門分野で往診とか、果たすべき役割を検討したい。
- ・退院支援看護師、ケアマネ、SW、医療機関と家族の間に入る職種のレベルアップや処遇改善は大きな課題。政策誘導があるが、対立関係になることでやる気が削がれ、どういう支援ができるか行政含めて考える必要がある。
- ・身寄りなし問題については、行政措置的な手法も取り入れていかないと進まないと思う。
- ・今の状況を住民に理解してもらう必要がある。家族の理解は必要。市民理解を推進するような取組をやる必要がある。
- ・市民後見人という考え方も試行的に勉強しているが、相互扶助のようなことを進めないといけないのかもしれない。

□WGを振り返って

- ・このWGで出た内容は、いずれも**新たな地域医療構想**の中で議論してくタネだと思う。
- ・**イエローノート**の存在を、病院医師は知っているか。患者の看取りの場に立ち会いたくないという医師もいると思うが、そういうところにも啓発をしていくべき。
- ・サルビアねっとにも書いてあるが、**（そこに情報はあっても）見に行っていない。**
- ・救急時にイエローノートを持ってくる人の数も減っている。
- ・地域側でも聞かれることもある。**繰り返しの啓発**の取組が必要だと思う。
- ・**普段のちょっとした機会**を逃さず情報提供することが大事。**情報ツールやインフラはあるのに繋がっていないことへの対応を。**
- ・新たな地域医療構想に向けたものだが、ここで作っている**この関係は続けないとわからないと思う。**
知らないことが多い中で、どんな形の仕組みができるにしろ、**この会はキープすべきというのは強い思い。**
- ・横浜の病床数は人口あたり最も少なく、働いている人も少ない。これから絶対数は増えてくるので、**みんなの力で解決していくのだと思う。**

(1) 第3回のワーキンググループに参加した率直なご感想、言いそびれたこと、その他気になるテーマなど、ご自由にご記入ください。

<WGの感想と今後の在り方について>

- ・病院、クリニック、老健・施設、在宅まですべてが集まる初めての会であり、有意義であると同時に、**2040年に向けての地域医療構想を進めるためには、必須。**
- ・WGに参加させて頂き、まずは病院、施設、在宅**それぞれの立場での考えや現状を聞く事が出来た事**は良かったと感じました。
- ・このような多職種の方が一堂にあつまり議論をする事はとても重要な事だと思いますので、今後も続けて欲しいと思いました
- ・メンバーのうち**「在宅」の担い手**が少ないように感じました。ケアマネや訪介、通所等を増やすなどご検討頂けると助かります。
- ・**時間が本当にタイト**。毎回出てくる資料を十分に活用しきれない自分がいて（事前に目を通していますが）もったいないとも感じていました。**一つの議題にしぼり意見出しをしていくくらいでも良かったかもしれません。**
- ・**統計的な部分や現場感をミックスして考える良い機会になりました。**立場が違えば見え方も異なる。また困りごととも相反します。本当に、お互いの相互理解が重要だと思いました。今回の様な機会を継続することで（全ての関係者が納得感を持ってとは言いませんが）「その新しい取り組みは、こんなエピソードから出てきた事」や、「改善するために、まずはこの取り決め」などがわかり、広まりの速度や、関心の持ち方に変化が出ると思いました。

(1) 第3回のワーキンググループに参加した率直なご感想、言いそびれたこと、その他気になるテーマなど、ご自由にご記入ください。

<次の一步、アクションに向けて>

- ・対応や考え方に個人差（施設差）が大きいように思われる一方で、多数の代表が集まるのは難しく、意見集約の難しさを感じる。
- ・現時点では意見を集約して、何かを決めるという発想よりは、**定期的に集まり**、具体的な事例を出し合っ**て相互理解を深め**、その中から**ある程度一般的な問題点や対策が浮き上がってくれば**、**まとめる**といった手法がよいのかもしれない。
- ・問題提起をテーブル上に並べて共有することはできたと思います。次に、**問題点を分類して**、**どのように解決に結びつけるか**を考えなくてははいけないと考えます。分類の提案として、
 - ①相互理解の問題 → 周知方法を検討。顔が見えて言葉で伝えることが必要。文章で回しただけでは伝わらない。
 - ②システムの問題 → EHR(サルビアねっと)で情報を共有する
 - ③ヒトの問題 → 人財育成と人材確保
 - ④制度・財源の問題 → 議会への説明とアプローチ

(1) 第3回のワーキンググループに参加した率直なご感想、言いそびれたこと、その他気になるテーマなど、ご自由にご記入ください。

<気づいたこと・ご感想など>

- ・入院相談先やレスパイト入院が可能である事が、診・在宅で十分に知られていない事に驚きを覚えた
- ・第3回のワーキングで、患者（利用者）と医療機関・介護事業所・行政機関を結ぶケアマネジャーの役割は大変重要であると改めて感じました。ケアマネの能力によって適切なサービスを受けることが出来ると言えます。なり手が減少し、資格試験も緩和される方向にあるようですが、質の面で懸念があります。
- ・【ぎりぎり生活保護にならない低所得層の問題】訪問診療は結構高額。基本的に月に2回ですが、経済的に厳しそうな場合は月1回にしています。十分な診療・検査が行えない場合もあります。
- ・【人材不足の問題】訪問介護も24時間体制の訪問看護もナースコールを押せば直ぐに来ることではありません。特に老々介護等の場合は疲弊、挫折につながり本人の意に反して入院・入所となってしまうことを（特に末期がんの場合）多く経験しています。包括の主マネや医師会居介支のケアマネの成り手が無かったらどうしようかといつも不安に思っています。
- ・家族や介護者がいくつかのパターンに分けた話が興味深かったが、在宅へもどるか施設へ行くかはいろいろな要因が絡んでおり、もっと細かい分類にわかることもできるのではないかと感じた。例えば今でも施設へ入れることが後ろめたいと感じる家族も一定数いらっしやったり、経済的な面だけではなく身寄りがいないなどの理由で施設へ入りにくい状況も見られる。在宅か施設かどちらが良いかという話ではなく、それぞれに良い面悪い面があるので、そこを正しく知り判断できているかが重要だと思う。選択肢がないことが一番問題だと思うので、施設の数が増えるだけではなく、お金が無くても入れたり、身寄りがなくても入れるようなそんな施設の幅が広がっていくことが望まれる。

(2) 【議題3：R7WG振返り関連】①気づき・発見があった ②取組・行動につながった ③実際に成果となった（自院・自施設にとって、または地域そのものにとって）どのレベルでも構いませんので、率直なご感想をお聞かせください。

<総論 相互理解の構築とWG継続性>

- ・医療と介護、それぞれの立場から相互理解が必要であること。改めて地域一丸となっていく必要性等を再認識しました。
- ・対面で忌憚のない意見交換ができる場合は、相手を知ることができ大変重要だと感じました。
- ・関係性づくりのため近隣機関先への定期訪問は行っていましたが、反応はまちまちでどう連携していくか迷う部分もありました。今回のように定期的に顔合わせと意見交換できる機会があるだけでもお互いのことを知る有意義な場となりました。
- ・出来ること出来ないことはありますが、地域から私たち(高齢者施設)に求められること等、お互いの立場を鑑みた上での議論が進んでいくと良いと思います。
- ・在宅から施設まで幅広い業態を活かすため、定期的に自社グループ内で地域連携MTGおよび日常的な情報共有を強化しています。それによりグループ内での様々な提案をさせて頂くことがより可能になったかと思えます。地域という枠組みではそう簡単にはいかないかもしれませんが、お互いのことを知る(勉強会でも良いかもしれませんが)ことが第一歩であると感じました。
- ・①気づき「信頼関係がすべての基本」②取組・行動化「継続的な顔の見える関係」③成果・変化「相互理解・信頼関係構築」として整理されているが、これらは「当たり前のこと」との印象を受けがちだが、実際には大変「難しいこと」だと考えている。同じ法人内の事業所間でさえ、この「当たり前の事」に対する関係者間での誤解・行き違いの克服、信頼関係構築には、未だに苦労を続けている。これまで多くあった、「病病」の連携会合との比較では、「病診」になると相互理解の難易度が上がり、更に「病院と施設（つまり、医療と介護）、病院と在宅（ケアマネ）」では、その信頼関係の構築には、より多くの時間と努力を要するものと考えている。そのためにも、本WGのような、地域単位での「医療と介護」「病院と在宅」の連携議論の機会は継続的に必要と考えている。

(2) 【議題3：R7WG振返り関連】①気づき・発見があった ②取組・行動につながった ③実際に成果となった（自院・自施設にとって、または地域そのものにとって）どのレベルでも構いませんので、率直なご感想をお聞かせください。

<総論 相互理解の構築とWG継続性（続き）>

- ・立ち位置が違う機関の当事者が、それぞれの視点から問題点を発信することで、それに連鎖する機関の反応が見えました。さらに、それを客観的に見ている機関の反応も見えることで、問題点の一つ一つが影響している範囲（職種・地域・人数規模）を感じることができました。この体験を、各地区（7つのエリア）それぞれで、年1回でも共有できると、地域が強固になって行くように感じました。
- ・こういう場ができたことが大きな進歩に感じますし、これを続けていかないと意味がないと思います。医療と介護・福祉はまだまだ隔たりもありますが、以前に比べるとお互いを理解したり連携をとる機会も増えているように感じます。こういった会を通じて、少しでも相互理解が進んでいけば良いのではと思っています。

<病床機能、病院間連携・相互補完について>

- ・急性期病院においては、転院までに治療方針を無理に決めないほうがよい(転院先病院で患者家族と考える)という発想は今までほとんどなかった。ただしこれについては、施設によって考え方に差があると思われる。
- ・施設で早急に入院加療を要する患者が出た場合の多くは、亜急性期病院が対応していることを新たに認識した。今まではその多くを急性期病院が対応していると誤解していた。このことを踏まえて、急性期病院は主に夜間、休日の対応と昼間あるいは平日になった時点での、極力早い転院をお願いする流れを強化したいと思った。
- ・行政で各種施設名と、対応可能な患者や医療行為、連絡先の一覧を作成し定期的に更新してほしい。

(2) 【議題3：R7WG振返り関連】①気づき・発見があった ②取組・行動につながった ③実際に成果となった（自院・自施設にとって、または地域そのものにとって）どのレベルでも構いませんので、率直なご感想をお聞かせください。

<EHR・情報連携>

- ・地域完結型医療の推進にはEHRによる情報共有が大切と感じています。実験的に当院が担当している特養～病院間のやり取りを推進して行きたいと思っています。地理的な特性として他自治体と近く、EHRに参加できない医療機関が入り込み地域完結性を破壊することを危惧しています。
- ・サルビアねっと構築時に、今回のワーキングのように医療（急性期・回復期・慢性期）・介護・福祉、施設・在宅の関係者が集まり、患者の情報共有という視点から様々な意見交換を行い有意義であったと記憶しています。情報共有といった視点での協議も必要ではないでしょうか。
- ・EHR・医療介護情報連携の推進において、サルビアねっとへの期待がうすれてしまいましたが、会議に出席し、これではいけないと思い、自身の担当利用者において具体的な活用事象を所内カンファレンスで紹介した。また市民公開講座（350人規模）において「サルビアねっとのリーフレット」を配布資料として準備することにした。このことで少しでも周知が広がり、分母が増えるきっかけになればよいと考えている。
- ・また、公開講座では、イエローノートやわになるノートなど、ACPに繋がる部分へも寄与できればと考えて、会場にて実物紹介と、もしも手帳・救急カードの配布もすることにした。出来ることからコツコツと、繰り返し行うことは大切なことだと改めて反省した

(2) 【議題3：R7WG振返り関連】①気づき・発見があった ②取組・行動につながった ③実際に成果となった（自院・自施設にとって、または地域そのものにとって）どのレベルでも構いませんので、率直なご感想をお聞かせください。

<人材不足関連>

- ・人材不足はどの職種でも同じ課題かと思えます。その中でケアマネ不足、ヘルパー不足の話が出て、参加された皆様に現状を理解して頂いたのはとても有難いと感じました。
- ・医療職の方々から「訪問介護」の必要性や重要性を伝えて貰えると、勇気や元気がでて、誇りを持って業務に当たれると思います。現職の方々は勿論ですが、これからの担い手となり得る方々にも訪問介護の必要性を行政、医療職から伝えてもらえると嬉しいです。現在、団体として横浜市内の中学校に職業講話として訪問介護の魅力を伝える活動をしながら、将来の選択肢に訪問介護を入れた貰えるような活動をしています
- ・在宅においても人手不足は深刻。例えばマイナー科（耳鼻科・眼科・皮膚科など）の在宅診療を依頼したいときの資源がないというような問題もある。病院から医師を派遣してもらえるなど、必要とされる人材像の明確化と共有できるデータの見える化が進んだり、派遣できるような仕組みづくり（同業間の人との融通、保険制度の縛りの緩和など）が進むと違った景色がみえるか？

(2) 【議題3：R7WG振返り関連】①気づき・発見があった ②取組・行動につながった ③実際に成果となった（自院・自施設にとって、または地域そのものにとって）どのレベルでも構いませんので、率直なご感想をお聞かせください。

<WG運営上の提案・コメント>

- ・ 地域にどんな施設があるか、できること・できないことは何かを、急性期で一番知っているMSWの参加もあった方がいい
- ・ 高齢者の多くは何かしらの認知機能の障害(低下)をもっており、認知症専門の立場から精神科関係者がWGに加わることを希望
- ・ 地域医療構想の側面からは市内を7方面に分けて話し合いをするしかないと思いますが、介護の立場から言うとエリアが広いように思います。区単位でのワーキングを設けていただきたいと思います。
- ・ 医療側からの視点のテーマが多かったので、知識としては知らないことも多く実りがありました。反面、あまりこちらとは密接ではないテーマもありましたので、どのように話したらよいか悩むこともありました。様々な立場の方が集まるのでテーマ選定は難しいとは思いますが、テーマを事前に募集するなどがあっても良かったと思います。
- ・ 人数が多すぎるようには感じましたので、時間配分も難しく、少し話しづらいようにも感じました。ざっくばらんに話すのであればもう少し人数を絞っても良いのではないかと思います。

□ご参考に①: 各区在宅医療連携拠点のご紹介

【レスパイト対応可病院情報など、地域医療情報に関する議論がありました】

訪問看護) 家族からレスパイトの入院依頼はある。かなり助かっている。

ケアマネ) レスパイトできる病院は幾つかあると思うが、**どこに連絡すればいいかわからない**

→地域病院) 実は5年前からやっている。地域の在宅医や訪看に全く知られていないのは反省

ケアマネ) **どういう人が受入れ対象なのかも**、あわせてわかるといい。

→地域病院) レスパイトという言葉に囚われすぎず**「本人の病状は安定しているが家族が休めるように」**でいい

→地域病院) これをきっかけに検査なども考えられるので、本来的な意味を超えて活用できるのでは。

基幹病院) 行政など、どこかとりまとめしてくれないものか



⇒ [ご紹介] 各区在宅医療連携拠点に情報があるかもしれません！

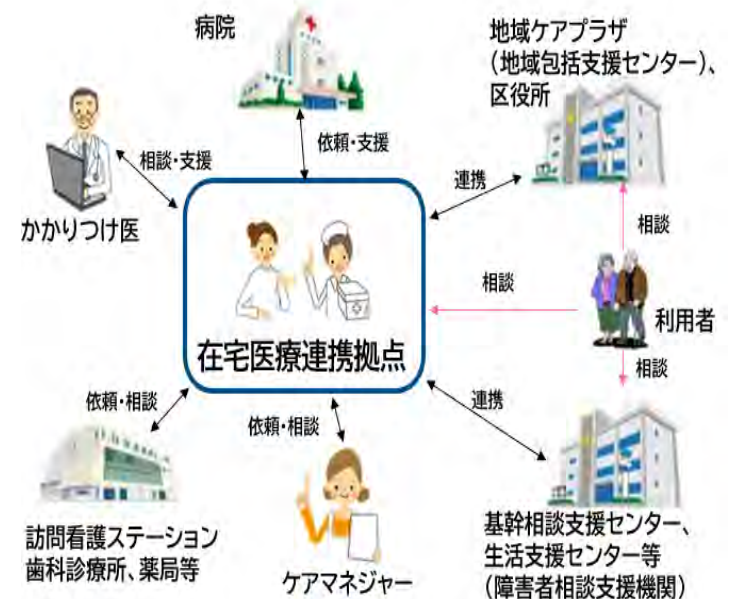
横浜市では、横浜市医師会と協働し、地域の医療機関と介護事業所等の連携を深め、切れ目のない在宅医療・介護サービスの提供体制を構築するために、各区の在宅医療連携拠点において、医療や介護に関する相談支援や医療・介護従事者の人材育成と連携強化、市民啓発等に取り組んでいます。

- * **区内の医療資源に関する情報をまとめており、レスパイトに関する問合せも対応できる可能性があります**ので、お困りの際は各区拠点までご相談ください。

【ご利用できるご相談例】 *病院・在宅医・ケアマネ・市民ご家族 どなたでもご相談いただけます*

- ・医療依存度の高い人が退院するが、療養の相談をしたい
- ・かかりつけ医や、往診可能な医師を探している
- ・区内の在宅医療資源について情報が欲しい (ほか)

<https://www.city.yokohama.lg.jp/kenko-iryo-fukushi/kenko-iryo/iryo/zaitaku/zaitakukyoten.html>



□ご参考に②: 病院の問合せ窓口検索について

【病院調整について ~誰に・どう相談したらよいか~】

在宅医) **最初から後方支援病院に連絡したいが、そのルートがはっきりしていない。** どうしたらいいか。

- 地域病院) 病院側で一度評価をし、無理であれば高次の病院に調整するので、**一旦連絡してもらっていい。**
- 地域病院) (在宅医が相談しやすいよう) もっと病院側からも伝える必要があると思った。
- 地域病院) (病院の誰に言えばいいか) **相談員が外部からの連絡窓口。**
- 地域病院) 相談員での判断が難しい症例はドクターtoドクターでお願いしている



⇒ [ご紹介] 各種医療機関情報提供サイトについて

病院の基本情報や連絡先（電話番号）を調べる際によく使われるサイトをまとめました。

「* * 駅から半径* km以内」等のような指定をすることで、地図上に視覚的に確認できるサイトもあります。

医療機関検索の一助になれば幸いです。

- ▽ 医療情報ネット(ナビィ) (厚生労働省) <https://www.iryuu.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2300/initialize>
- ▽ 医療機関情報検索サービス (横浜市医師会) <https://yokomed.com/>
- ▽ 横浜市病院協会 会員病院検索 https://www.yha-net.jp/hospital_search/
- ▽ 横浜市医療機関名簿 (横浜市医療局) <https://www.city.yokohama.lg.jp/kenko-iryo-fukushi/kenko-iryo/iryo/anzenshien/iryomeibo/iryomeibo.html>
- ▽ (参考・介護関係) 介護情報サービスかながわ <https://kaigo.rakuraku.or.jp/>

○ お問い合わせ「WG資料等のご利用について」

WGメンバーより「WG資料について、講演会や研修会、報告会などでの利用は可能か」というお問合せをいただきました。私どもとしましてもぜひご活用いただき、皆様の活動の一助にさせていただければ幸いです。

(地域完結型医療の実現に向けた「輪」が広がることについて、大変ありがたく思います)

⇒つきましては、

- ・ ご利用を予定される場合は、**事前に横浜市医療局までひと声**おかけください(電話でもメールでも構いません)
- ・ 全3回のWGで使用したスライドについて、パワーポイント形式もありますので、**データご希望の際はあわせてお申し付けください**
- ・ そのほかご不明点や資料作成、利活用に関するご相談などありましたら、随時お寄せください。

(※なお、「議事まとめ・アンケート抜粋」の資料については、WGを通じていただいた率直なご感想・コメントなどを、可能な範囲で共有させていただいたものになりますが、こちらについては**念のためご参加いただいた皆様限り**とさせていただきます。一部引用等をご検討の際も十分ご配慮をお願いします。)

今後ともどうぞよろしくお願い致します。



明日をひらく都市

OPEN X PIONEER

YOKOHAMA

24

○ ご参考:全3回WGのまとめに代えて

重ねてのお礼になりますが、このたびはWGへのご参加ありがとうございました。
東部・南部圏域の皆様におかれましては、他圏域に先駆けてモデル実施へのご協力をお願いさせていただいたところですが、各回たくさんのご示唆・ご意見・コメントをいただき、本当にありがとうございました。

まとめや結論を出すような性質の会議ではないのですが、
関係する協議会への取組状況の報告・共有のために、これまでの議論であがった論点をいくつかスライドにまとめたものがありますので、ご参考まで共有させていただきます。

ご高覧いただけますと幸いです、
今後ともどうぞよろしくお願い致します。

□議題3：R7WGのふりかえり

【ねらい・お願い】これからの地域完結型医療の実現に向け、全3回議論を俯瞰して振り返ります。
WGを通じて①得たもの・気づいた事や、②今後に向け進めるべき具体的取組事項、③実際に前に一步進んだ「成果」について、ひとこといただきたいと思ひます(事後アンケートも可)
→ 次年度展開に向け、医療介護WGの効果検証および成果の言語化にご協力をお願いします。

課題・論点

成果物(イメージ) ☆こちらについて、どの項目でも構いませんのでコメントをお願いします。

①気づき/論点・課題整理[Findings]

②取組・行動化[Action]

③成果・変化[Outcome]

総論
地域完結型医療の実現に向けて

- 都市部での「地域完結型医療」実現に向け、とるべき行動とは
 - ・高齢化進展による医療需要の質・量的変化に、我々はどうか適応していくか
 - ・担い手不足のもと、既存の医療・介護資源で効率的・効果的な支援体制
 - ・それぞれの強みを活かし・弱みを補いながら、地域全体/ネットワークで

- ・信頼関係がすべての基本。お互いの役割を果たしあう相互信頼から、強みが発揮できる
- ・施設ほか連携でよりよくなる事例は多数
- ・社会変化・生活支援の視点(独居,孤立,家族)

- ◇ WG契機に継続的な顔の見える関係
- ◇ 医療等協議体・事業への働きかけ(医療(調整会議他),高齢施策etc)
- ◇ 介護等関係団体へ継続的アプローチ(福祉事業経営者会,老健協,在看協etc)

- ◇ 相互理解・信頼関係構築(一緒に悩んでくれる/ゴールは一緒)
- ◇ 地域完結型医療へ共通認識形成
- ◇ WG7方面展開のフォーマット
- ◇ 医療・介護関係団体の理解獲得

①(高度)急性期からの速やかな転退院

- 高齢者救急需要増に、地域全体としてどのように対応していくか
 - ・休日夜間は基幹病院、平日日中になれば地域中小病院へ。分担と連携。
 - ・救急患者の速やかな転退院の実現(基幹病院が詰まらないように)
 - ・本人・家族理解獲得が転退院調整のひとつの論点。どうか協力を得るか。

□基幹と地域病院 一体となった分担・連携

- ・[下り搬送]休日夜間は基幹、平日日中に地域へ
- ・[ポストアクト連携]在宅帰結を想定したムテラを
- ・[退院調整]社会的背景・在宅調整・介護連携
- ・[市民理解]転退院への理解を得るには

- ◇ 相互理解と信頼関係醸成
- ◇ 入退院支援・連携、PFMの推進
- ◇ 市民理解醸成(医療機能分化・連携)(広報・啓発物,説明リフレット検討)
- ◇ 市民理解 転退院への理解を得るには
- ◇ 病院間の連携協定締結

- ◇ 下り搬送理解促進(病院間等)(南部病院,栄共済)
- ◇ PFM院内検討促進

②入院需要増への解決策

- 高齢化による医療需要の質・量的変化に、病院や地域全体も適応を
 - ・回復期・慢性期需要への対応[新規整備/休床の再稼働/生産性向上]
 - ・回復期・慢性期需要への対応[急性期→回復期・慢性期への転換]
 - ・在宅・高齢者施設等 医療機関以外での医療対応力の向上

- ・[生産性]連携時の手間・調整コストを下げたい
- ・[機能転換]地域医療需要を理解し転換 自院の求められる役割・ポジション
- ・[施設連携]日常ケアと病院連携で予定入院

- ◇ EHR推進(後述④)
- ◇ 各種データ提供による見える化
- ◇ 制度改正要望(地域包括医療病棟)
- ◇ 施設職員への医療研修

- ◇ EHR参画拡大(後述④)
- ◇ 地域包括医療病棟転換事例(R8:平和,汐田)
- ◇ 高齢施策の検討推進(後述⑤)

③社会的背景ある患者への対応

- 医療以外の「社会的背景」要因での調整コスト増に、どうか対応するか
 - ・高齢・単身高齢者増による、退院調整コストの増(介護認定,家族,自宅環境)
 - ・認知症高齢者への対応(治療方針,退院調整,支払いリスク)
 - ・低所得者増によるサービス制限。支払い問題リスク
 - ・家族・親族意向への調整(転退院拒否・長期化,退院時ケア日程調整)

□データ・実感の両面から見る地域医療需要

- ・高齢・単身高齢者,認知症高齢者の増加
- ・低所得者の増加
- ・家族・親族の意向との調整
- 複合化する課題への対応(行政連携含め)

- ◇ 地域包括ケアとの連携強化
- ◇ 退院前カンファレンスの推進
- ◇ EHR推進(後述④)
- ◇ 福祉施策との連動(情報登録事業etc)

- ◇ 介護含めたEHR拡大(後述④)
- ◇ 医療・介護連携した身寄りなし高齢者等対応

④EHR・医療介護情報連携の推進

- 患者情報・生活情報を地域医療介護関係者で共有可能な基盤づくり
 - ・「とどきき入院,ほぼ在宅」入退院連携はじめ情報共有基盤は必須
 - ・在宅療養,退院後予後管理,看取り期連携等,多職種連携の重要性
 - ・課題は山積(使い勝手/利活用メリット見える化/職員周知/...)
 - ・加入施設増,登録者増,利活用増による「使えるEHR」とするには

- ・[期待]緊急対応ははじめ情報一元管理は有用
- ・[期待]在宅訪問時の写真共有・相談など便利
- ・[期待]退院予定日やカンファ日等もれず把握
- ・[課題]使い勝手の改善,メリット見える化
- ・[課題]特に介護方面の浸透,職員への周知

- ◇ WG意見(実践ベース提案)
- ◇ WG関係団体へアプローチ(特養etc)
- ◇ 県基金新規事業提案
- ◇ 加入施設へのインセンティブ再考
- ◇ 職員周知・使い方レクの向上

- ◇ 利用者同意取得の推進(東部方式の汐田導入)
- ◇ 特養本格導入事例(新鶴見ホーム利用者参加)
- ◇ 南部圏域での展開着手

⑤高齢者施設の医療対応力向上

- 高齢化・単身化で施設需要は今後も高い。医療対応や緊急時連携あり方は
 - ・特養・老健・有老ホーム等,終の棲家としての役割増。看取り含めた対応力
 - ・夜間看護不在等,弱い体制下での効率的・効果的な医療対応とは
 - ・予後管理,予定入院,不用意な救急搬送の予防。

□地域病院連携で施設ケアを補完

- ・日頃の健康管理と病院連携で適切な医療提供(熱発→予定入院,患者情報,退院時連携,看取り)
- ・お互い信頼し協力しあう関係性醸成

- ◇ 予定入院や予後管理の仕組みづくり
- ◇ 夜間搬送含め適切な連携・申送り
- ◇ 退院連携(施設職員同席での見立て)
- ◇ ACPの推進,適切なDNAR運用

- ◇ 高齢施設施策の検討推進(医療機関連携の質的向上 介護医療院整備,他)

⑥在宅生活の確立多職種連携推進

- 在宅医療・介護多職種連携での地域生活支援において、必要なことは
 - ・慢性・多疾患併存。病気と付き合いながらの暮らしを支えるには、
 - ・単身世帯,認知症等,社会資源(医療・介護等)を組み合わせた体制構築
 - ・ACP等,家族も含めた「本人支援」。看取り期に必要な準備・支援

- ・本人・家族理解の獲得(医師等の協力も有効)
- ・入退院連携の充実(退院日程未連絡,急な呼出) 退院帰結(在宅生活)まで見据えたムテラを
- ・病院の適切な使い方を(*非医療職の限界)
- ・深刻な担い手不足(ケアマネ他),時間がない

- ◇ 入退院連携・PFMの充実(多職種連携/在宅環境調整/家族理解)
- ◇ 地域ケア会議等多職種連携機会の活用
- ◇ EHR推進,情報共有効率化(再掲④)
- ◇ 看取り期連携(家族の準備含め)

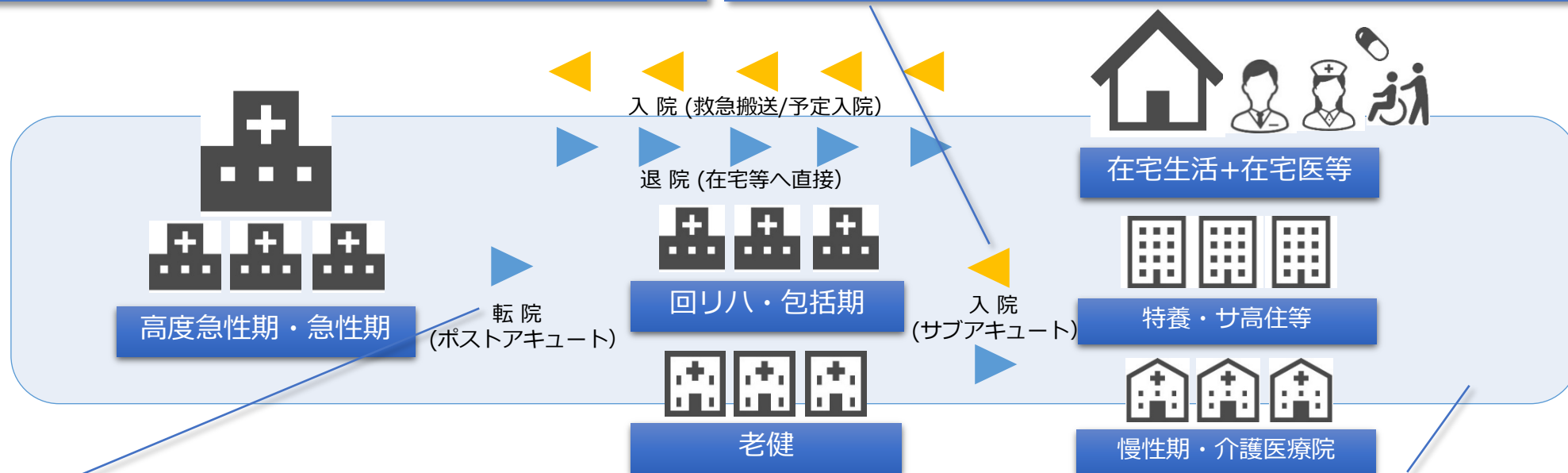
- ◇ ACP推進
- ◇ 介護含めたEHR拡大(再掲④)

□ WG実施状況(議論より抜粋)

□総論として:どの連携ポイントにおいても、「**信頼関係の有無**」が効率的効果的かつモチベーション高い医療介護提供において重要。それぞれの役割・強みを連携・補完しあう、ネットワーク全体で対応するなか**お互いの限界や役割を理解**のうえ、**それぞれ役割を出し合える関係**を。

□論点例2:高齢者施設連携

- ・市内高齢者施設から年間延べ16,000人が入院受療。特養173か所、有老サ500か所
- ・施設側の**日常医療管理**と**地域病院との連携**があれば、**救急資源によらず予定入院**で
 → 施設・病院・市民それぞれにとって望ましいあり方を



□論点例1: ポストアキュート連携の充実(基幹病院・地域病院の役割分担。入退院連携)

- ・ **基幹的病院**は高度治療だけでなく、地域中小病院の弱い休日夜間もしっかり守る **地域病院**も、体制の整う平日日中に患者を受ける(下り搬送・後方支援)。
 それぞれの強み・役割を活かし、**地域(面)で受け止めていく**。連携と信頼関係。
- ・ **患者に関する必要情報**の迅速・的確な引継(後方病院の「聞いていたのと違う」の予防)
- ・ **本人・家族理解**の獲得。急性期病院滞在の長期化を避け、速やかな転退院を

□論点例3: 地域共通の連携ツール

- ・ **EHR**(地域医療介護情報連携ネットワーク)の実装により、効率的効果的であり**シームレスな関係性構築**。患者情報・生活情報の共有基盤整備が必要
- ・ さらなる高齢化に向け、**医療介護多職種による入退院連携の充実**を

ほか、医療側のDNAR理解、転退院等に関する市民理解、など様々な論点がありました

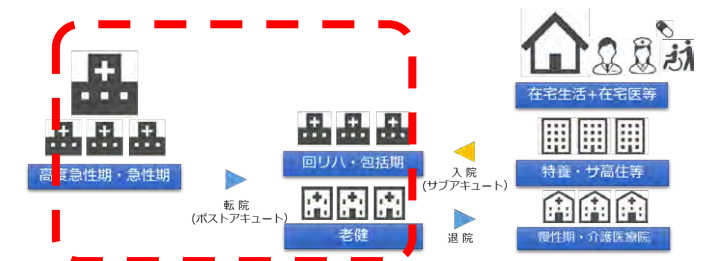
□ WG実施状況(議論より抜粋)

▽【ポストアキュート連携】後方連携(下り搬送)について【急性期病院*回復期病院】

- ・(高齢者救急需要増に対し、限られた体制下で、地域としてどのように臨んでいくか →)
「休日・夜間等、地域の中小病院では体制的に対応困難な場面は、疾患如何を問わず基幹で応じる」
「平日日中で受入体制が整い次第、速やかに地域病院に引き継ぐ」この双方の信頼関係が重要
- ・なかには、申送り時に聞かされていない課題があとから発覚し、対応に追われることもあるが、それも含めて、後方病床として応じられる限りの役割を果たしていく
(搬送元の急性期病院も、やるべきことはやっている、という信頼関係を前提に)
- ・「〇〇病院の〇〇さんの依頼なのだから、(事情はともかく)必ず受ける」顔の見える信頼関係

【連携の成果と課題】

- ★ 肺炎・脱水・尿路感染症など、中軽度の高齢者救急需要増を控え、
後方連携が安定・確実に機能するよう、関係性の構築・深化が重要
個別の病院間取り決めのほか、お互い役割を果たす「信頼関係」も



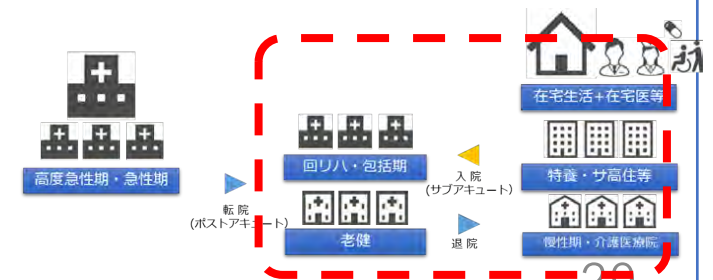
□ WG実施状況(議論より抜粋)

▽ [サブアキュート連携]病院連携が高齢者施設の支えになっている【施設*地域病院間連携】

- ・ 日中は施設看護師、ほか適宜嘱託医・往診医訪問で管理。だが夜間はどうしても弱い(看護師不在)
- ・ 増悪時の「オンコール相談・指示・訪問」のバックアップを得られることで、安心してケアできる
- ・ 連携先病院「施設のコールには必ず答える」「(施設は日頃から善処している、)我々もそれに応える」
- ・ 退院時カンファは相談員も同席。ある程度の医療対応が残っても早期退院に向け調整できる。

【連携の成果と課題】

- ★ 施設の日常健康管理 と 地域病院の支援・連携がかみあうと、救急資源に頼らず予定入院できる
- ★ 患者の様子・意向を予め送り・準備できる予定入院は、病院側も少ない負担で円滑に応じられる
- ☆ 治療後、「常時喀痰吸引」「点滴管理」等が生じた際に、施設側がどこまで応じられるか/次の場所をどう確保できるか(介護医療院・療養病床・一部高齢者施設)は継続した課題



□ WG実施状況(議論より抜粋)

▽ 救急搬送をめぐる、送り手・受け手双方のすれ違い

- ・それぞれ認識も対応力も課題感も異なる。お互いの限界を受け容れることなく、すれ違う。

地域として信頼し協力しあうには、越えるべき課題が多い。

[基幹的病院] 高齢者救急の多くは肺炎・尿路感染症。依頼があればもちろん対応するが、本来どこまで対応すべきなのだろうか

[急性期病院] 金曜午後の入院依頼が明らかに多い(週末対応を委ねたい?)、もっと早い時期に、妥当適切に相談できるはず。

[在宅医、介護職] 救急に頼らざるを得ないから要請するも、「なぜ(この程度で)救急なのか」と言われた。

[ケアマネ] 医療職出身のケアマネは少なく、きちんとした医療理解を求められても限界はある。入院調整も細かい条件を言われ困惑する。

[施設] 搬送先病院から「家族意向はどうか」「施設利用者のことなのに」と怒られた。短期入所者でDNARの確認も難しい現実を知ってほしい。

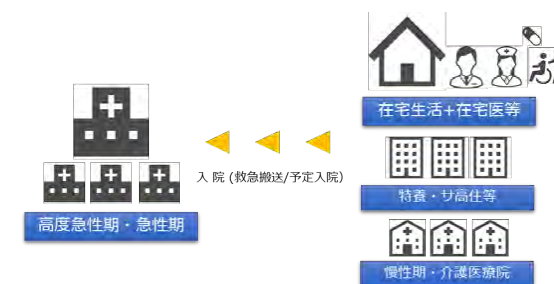
- ・それぞれの事情・限界を理解のうえ、**立場を越えて補いあえる連携**が日常的にできるには。

【連携の成果と課題】

☆ 増悪時の入院調整や退院時カンファなど、医療・介護多職種が顔をあわせる

機会は増える。独居高齢者など社会的支援が必要な事案も見込まれるなか

各役割・機能を十分に出し合い、一緒に解決していく連携体制が重要。



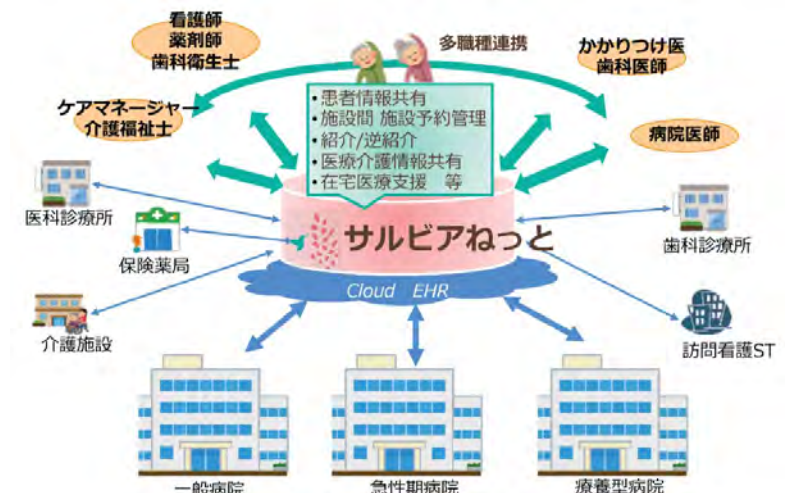
□ WG実施状況(議論より抜粋)

▽ ICTを活用した医療介護情報連携について

- ・ 鶴見区「イエローノート」があるが、古い情報のまま/18区共通でない等紙媒体ゆえの課題もある。
 EHR(サルビアねっと)は新たな情報共有ツールとして期待。病院・診療所・介護を越えた共有を。
- ・ コミュニケーション機能は**連携ツール**としても有用。写真を共有し搬送先を探すこともできる。
- ・ 一方で**使い勝手の問題**や**セキュリティ上の難しさ**、**院内医療職種への周知**(異動が頻繁で理解・浸透が追いつかない)、特に**介護分野での参加が遅れている**、など、面的な広がりを進めるうえで課題も多い。

【連携の成果と課題】

- ★ 在宅多職種連携や入退院支援、救急搬送時など、様々な場面で**患者情報を一元的かつタイムリーに集約・共有**できる。
 EHRはこれからの地域完結型医療にとって重要なツール。
- ★ **加入施設数の拡大、多くの患者獲得**が重要。利活用・連携事例のヨコ展開や使い勝手の改善など、メリットの見える化を。



□ ここまでの小括として

- 今秋、2方面で先行してWGを実施してきたところ、
 - ・ 限りある医療介護資源下で、地域全体で患者を支える「地域完結型医療の実現」に向けて
医療介護のすそ野を広げた議論は、引き続き重要。
(ヒザをつきあわせるなかでお互い関心・理解をもつ/実際の困りごとや好事例を紹介/地域全体をどうしていくかの議論に発展)
 - ・ また、それは 高齢化(医療需要の量的・質的变化)/少子化(生産年齢人口減)/単身化・孤立化 など
社会変化も背景として意識した議論であること
 - ・ 国の議論を並行して注視しつつも、取り組むべき具体的論点について、例えば
 - [共通テーマ] **信頼関係の構築** (お互い持てる役割を果たす)
 - [個別テーマ] **入退院連携・PFM/ 高齢者施設連携/ 在宅連携**(ときどき入院・ほぼ在宅)/**市民理解推進**などが挙げられました。
 - ・ これら論点整理・課題把握のほか、**関係機関それぞれが抱える課題・限界への気づき、
新たな取組への協力(EHR利活用・参画ほか)、地域における自院の役割・ポジショニング再認識等**
「地域全体の視点」から見直し、動き出す機会となりました。
- これら議論の成果を踏まえ、次年度実施方針について引き続き検討してまいります。

□ 最後に(最終回アンケートより)

これまで多くあった「病病」の連携会合との比較では、「病診」になると相互理解の難易度が上がり、更に「病院と施設(つまり、医療と介護)、病院と在宅(ケアマネ)」では、その信頼関係の構築には、より多くの時間と努力を要するものと考えています。そのためにも、本WGのような、地域単位での「医療と介護」「病院と在宅」の連携議論の機会を継続的に必要と考えています。



統計的な部分や現場感をミックスして考える良い機会になりました。立場が違えば見え方も異なる。また、困りごととも相反します。本当に、お互いの相互理解が重要だと思いました。今回の様な機会を継続することで(全ての関係者が納得感を持ってとは言いませんが)「その新しい取り組みは、こんなエピソードから出てきた事」や、「改善するために、まずはこの取り決め」などがわかり、広まりの速度や、関心の持ち方に変化が出ると思いました。



今後は定期的にやるべきだと思う。ここから(具体的取組を)生み出すのは難しいと思うが、具体例を積み上げていながら、連携が見えてくることもあると思った。繰り返してやることで見えてくる問題もあり、そういう会議だと思った。新たな発見もたくさんあり、よかった。地域全体で広めなくてはいけない。なかなか全員で話せないで、巻き込みながらだと思う。

