

甲府市在宅医療・介護連携推進会議 第1回 病病連携ワーキンググループ 議事録

日 時 令和5年5月16日（火）午後7時～午後8時30分

会 場 甲府市役所本庁舎4階大会議室

出席委員 10人（市内5医療機関）

欠席委員 0人

オブザーバー 2人

各医療機関の院長（初回のみ出席）

事務局 福祉保健部長、健康支援室長、健康政策課長、
医療介護連携担当課長、医務感染症課長、健康政策課係長、
健康政策課担当者

（司会：医療介護連携担当課長）

- 1 開会
- 2 福祉保健部長あいさつ
- 3 院長・委員及び事務局職員紹介
- 4 座長及び副座長の選出
- 5 議事

【座長による出席者数の確認】

委員10名中10名が出席しており、過半数を満たしているため、本会議は成立。

議事（1）ワーキングの目的と進め方（資料1）

【事務局】

初めに、甲府市の令和5年度における取組、ワーキンググループの位置づけ・進め方について、

資料1で説明する。

令和5年度甲府市の取組について、甲府市では3本の柱で実施していく。（資料2ページ）

1つ目、切れ目のない提供体制構築に向けたネットワーク形成支援は次の3点ある。

1. 顔の見える関係づくり交流会の継続実施、また地域包括支援センターのエリアに沿った顔の見える関係づくり交流会を実施していきたい。全市版については、令和5年11月14日（火）夜に実施予定である。今年度から実施している「心肺蘇生を望まない方への対応プロトコル（D N A Rプロトコル）」について、山梨県立中央病院 高度救命救急センターの岩瀬医師に話題提供いただきながらグループワークを進めていく。

2. 介護資源が不足する地域を含め、今後増大する在宅医療・介護の需要に効率的に対応できる

よう、ICTを活用した圏域内の医療介護の資源について確認できるようなシステムを導入する。このシステムは、住民向け、関係者向けに、介護施設の空き情報や、在宅医療の実施状況等について確認できるものとして、令和5年11月からの運用していく。

3. 本会議を含むワーキンググループを設置し、具体的な連携体制について協議を進めていく。

2つ目、医療・介護人材のスキルアップ・確保・定着支援は次の3点ある。

1. 在宅医療介護連携における基礎的な講座、ステップアップ講座を実施する。基礎講座は令和5年10～12月の内、3日間（各日半日）を1コースとして実施予定である。ステップアップ講座は、令和5年9月13日（水）にオンライン形式で実施予定。内容は、看取りに関するもので、神奈川県めぐみ在宅クリニックの小澤竹俊医師のご講演を予定している。

2. 在宅医療・介護連携の意義や現場での働き甲斐等に関する映像（動画）を作成し、周知を図っていききたい。

3. 単身者や親族を頼ることができない高齢者が安心して医療・介護を受けられるよう、身寄りのない高齢者支援の事例集の作成を考えている。

3つ目、住民向け普及啓発及び意思決定支援は、在宅療養やACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する住民向け普及啓発として、ACPのノートを作成し、周知をしていきたい。

次に、病病連携ワーキンググループの位置づけについて説明する。（資料3ページ）

甲府市の在宅医療・介護連携推進会議は、代表者会議を親会議とし、医師、看護師、介護関係者の方20名で構成されている。甲府市の在宅医療・介護連携についての全体の方向性の協議と、取組の評価を実施する。

病病連携ワーキンググループと記載されている部分が、本グループである。病診連携を見据えた在宅医療のバックアップ体制に関する協議を行っていただきたい。

診診連携ワーキンググループは、在宅医が一人でも増えるよう、地域間での診療所等のネットワークづくりを検討している。

病診連携ワーキンググループは、病病連携ワーキンググループ、診診連携ワーキンググループを含めた24時間体制のネットワーク形成、病診連携を見据えた検討を進めていきたい。

資料右側の多職種連携ワーキンググループは、医療介護関係者の相互理解、市民の方・家族介護者の方への支援について検討していきます。

次に、甲府市の在宅医療介護連携モデル（イメージ）を示す。（資料4ページ）

患者を中心とし、かかりつけ在宅主治医、在宅主治医をバックアップする診診の医師、また訪問看護ステーション等多職種の水平連携、急変時の受入れ先として医療機関に垂直連携といったイメージです。資料右側には、行政側の役割について記載した。

次に、病病連携ワーキンググループの進め方について。（資料5ページ）

目的は、今後、高齢化の進展による在宅医療・介護ニーズの増加に対応するため、入退院支援や急変時の在宅医療のバックアップ体制等に関する協議を行い、急変時、看取り等の休日夜間を含めた24時間体制のネットワーク形成など、病診連携の体制強化につなげたい。

令和5年度の病病連携ワーキンググループは、3回を予定している。

第1回目（今回）は、現状と課題の共有を、第2回目（10月予定）は、課題に優先順位をつけ取組内容の検討を始め、第3回目（令和6年1月予定）では、取組内容の検討と次年度の方向性について確認していく。

本日の議題について、各委員・病院から意見をいただきながら進めていきたい。

P6以降は、参考資料として添付したためまたご覧いただきたい。

【座長】

事務局より説明があった目的などを踏まえ、本ワーキンググループで在宅医療をバックアップするために必要な取組を検討していく。

議事（2）入退院連携ルールの活用状況

【座長】

資料1 5ページに、本日の議題が3つあるが、初めに、「中北圏域 入退院連携ルール」（以下、入退院ルール）をどの様に活用しているか、医療機関ごとにご説明いただきたい。

【委員】

当院は、入退院ルールは、患者の支援の流れに組み込んである。当院も「中北保健福祉事務所管内在宅医療・介護広域連携会議」の委員となっていたため、当院の患者支援センタースタッフに周知し、入退院ルールの流れに沿って、患者が入院した時点で介護支援専門員等に連絡を行っている。

【委員】

当院は、私自身は入退院ルールを本日初めて認知したが、本日出席の看護師に確認したところ、病棟にはこの入退院連携ルールが置いてあり、恐らく看護師長は存在を知っている様だが、現場では活用していない現状がある。

【委員】

当院は、入退院ルールの流れに沿ったマニュアルで支援を行っている。また、医療連携課医療連携係には、入退院支援看護師がいるため、看護師が中心になり退院支援スクリーニング等を使いながら、病棟看護師と連携し実施している。

【委員】

当院は、入退院ルールは大いに活用している。中でも、入退院ルールに記載されている参考資料2「病院スタッフが入院時に共有したい情報」、参考資料3「ケアマネジャーが退院時に共有したい情報」を参考にしながら退院支援を進めている。当病院全ての職員が把握しているかは不明であるが、入退院ルールを参考にしながら入退院支援を進めているところである。

【委員】

当院では、所属する医療ソーシャルワーカーが、中北保健福祉事務所の会議に出席し、入退院

ルール策定部長を務めた。令和元年5月に第一版を出し、それから約4年が経過している。当時、入退院ルールを発出・周知していたが、新型コロナウイルス感染症（以下、新型コロナ）が流行し、その中で「中北保健福祉事務所管内在宅医療・介護広域連携会議」が中断していた経過がある。しかし、その後入退院ルール第一版を評価し、入退院ルール第三版を作成したことにより、病院との連携がかなり円滑になった、「情報が取りやすくなった」と介護支援専門員から評価を受けている。その後も複数回にわたり更新をしており、コロナ禍においてはカンファレンスが重要と捉え、オンラインを活用することが追加されている。ただし、作成から4年が経過したことや、各病院の地域医療連携室含め担当者が次第に入れ替わっているため、入退院ルール自体を知らない職員がいるのが現状なのではないか。当院は、入退院ルールのダイジェスト版（A3ポスター）を地域医療連携室に掲げ、日々細かい部分も忘れないようにしている。介護支援専門員だけでなく、行政とも連携しながら、介護保険を申請する際には地域包括支援センターや市役所窓口事前に連絡をしてから、患者家族に申請してもらうことで、より円滑な申請につながるということもあるため、今後も上手く活用されるとよい。

【座長】

入退院ルールを確認したが、入院後の手順は記載のとおりである。病院職員が入退院時に共有したい情報について項目が記載されているが、項目が書いてあるのみで、どの様に評価するかについては記載されていない。また、記載するシートが掲載されていないのも特徴的だが、他の富士東部や峡東、峡南では同じような入退院ルールのツールとして入院時情報提供書・退院時情報記録書を使っている。

【委員】

ツールについても検討を進めたが、中北圏域では新しいツールは煩雑になるため、あえて作らず、あくまで共通の認識を作り、意識を変えながら改善していくというところに、当時は重きを置いたためツールの記載はない。

【座長】

山梨県内でも、他の圏域ではほぼ同じツールを使っているのではないか。

【委員】

厚生労働省から介護支援専門員が患者の情報を記載するシートの形式は決められており、入退院ルール作成時から現在もスタンダードに使用されていることから、既存のシートを中心に使用してもらい、病院が引き継ぐタイミングで受け取り、連携を推進していこうということが協議された。

【座長】

ツールについて中北圏域の入退院ルール内に掲載がなかったため質問した。ルールや手順については、流れに沿っていたためよいと思う。病院では当たり前の流れとして認識していたため、その意味では活用されている状況なのではないかと感じた。各委員の意見を伺った上で、活用している中での問題点を共有する予定であったが、入退院ルールというより手順が書かれたもの

であるため、この点に関してはまた後ほど、協議させていただきたい。

議事（3）各医療機関から現状と課題の共有（資料2）

【座長】

事前に各委員からいただいた各項目※の現状と課題について説明をいただきたい。また、各項目※以外にも課題・問題点があればご発言をお願いしたい。

※①日常時から地域の在宅医の先生や訪問看護ステーション等との連携（定期的な勉強会等）

- ②急変時の受け入れの際、困難となる状況とその具体的な状況
- ③入院前に在宅医の先生や訪問看護ステーション等と連携する具体的な取組
- ④入院中に在宅医の先生や訪問看護ステーション等と連携する具体的な取組
- ⑤退院後に在宅医の先生や訪問看護ステーション等具体的な連携の取組
- ⑥地域での看取り支援の取組（ACP等）について具体的な取組
- ⑦上記以外の取組、病診連携を推進する上で病院間で検討すべきと考えられる課題

【委員】

①：当院に通院されている患者が在宅サービスを利用している場合、入院決定時や外来受診時に必要に応じて、往診医、訪問看護ステーション、介護支援専門員、地域包括支援センター等と密に連絡し情報共有や介入を実施している。今年度は後方支援病院、訪問看護ステーションと事例検討を実施していく予定である。また、院内の多職種連携として、外来患者数が多い中での適時情報共有の実施については課題の一つとして捉えている。

また当院は地域医療支援病院として、月1回、地域の医療関係者を対象とした「地域連携研修会」を実施している。

②：在宅で往診医がついている患者がこれまで通りの在宅療養が難しいと判断された場合に、当院に搬送されてくる場合があるが、急性期の治療適用がなく、入院対応が困難な場合がある。課題として、各医療機関の機能分化を進めていく必要性があげられる。

③～⑤：入院前から患者の情報を把握し、入院前から入院、退院後までをサポートしていく流れであるPFM（パーシェント・フロー・マネジメント）を使用し、患者の支援をしている。そのため、日常時、入院前、入院中、退院後の各連携については当院のPFMに沿っており、在宅サービスを利用している方は、往診医、訪問看護ステーション、介護支援専門員、地域包括支援センター等と密に情報共有し、介入を実施している。

⑥：退院前にACPに関する情報は、各在宅サービス担当者へつなげるようにしている。

【委員】

①：地域の在宅医とは、オンラインを活用し笛吹市医師会と甲府市医師会の先生方と意見交換会の実施（年1回）、広報誌とメールを活用した当院の情報発信、地域連携勉強会の実施（コロナ

禍によりオンラインで年2回実施)、訪問看護ステーションとは、総合相談センター内の看護支援係が中心となり訪問看護ステーションと連携をとっている。介護支援専門員とも早期からできるだけ情報を共有したく、入院時から連絡をとり情報をとっている。課題として、在宅医の先生方と対面で会う機会が少なく、情報共有・意見交換の場が少ない。甲府市医師会の医師とも対面で意見交換会を行っていたが、コロナ禍で3～4年開催できていない。

②：担当診療科によって医師の数に違いがあり1人で診察している科もあるため、タイムリーに救急の受け入れ体制が困難な場合がある。しかし、医師同士で助言しながらできるだけ受け入れることができるような体制づくりをしている。

③～⑤：以前は看護支援係が入院前の情報収集を行っていたが看護師の人員の関係もあり、入退院支援加算2は算定していず、入退院支援加算1を算定している。そのため、入院前からではなく、入院時に外来から看護支援係に連絡をもらい、入院する病棟が決まっていれば、入院する病棟の看護師長と外来と看護支援係で連絡をとり、入院時から患者家族と話をする場を持ち、想いを確認しながら訪問看護ステーションや介護支援専門員等に連絡をさせてもらい、早期から情報共有しながら退院に向けて支援している。その中で、退院前・退院後訪問として、訪問看護ステーションと、患者宅で情報共有する場もあったが、コロナ禍の影響でここ3年の間は訪問件数も減っている。しかし、そのような取組を今後は積極的に行っていきたい。

⑥：ACPに関する具体的な取組は現在行っていない。

⑦：病院の医師と地域医療機関の医師との情報交換をどのような方法で行っていくかである。今回の病病連携ワーキンググループで知り合えたことで、連携を深めながら、できるだけ他病院とも連携をとり、当院としてどのようなことを実施していけばよいか検討していきたい。病診連携ワーキンググループも同様の状況と思う。また、当院は地域医療連携室に看護師が1名のみ在籍している。そのため、外部からの情報が入ってきにくく、内部でも対応に悩むこともある。地域医療連携室の看護師同士の連携も今後深めていくことができるとよいと考える。

【委員】

②：急変時は当院がかかりつけ病院の場合や、当院の訪問看護を利用されている場合は受け入れを行っているが、高度な治療を要する場合には、急性期に対応できる病院へ搬送依頼を行っているのが現状である。

③～⑤：当院は慢性期病院ということもあり、複数の病院を転院して入院する高齢者がとても多い。疾患も、多疾患を抱えており、さらに高齢者特有の低栄養、脱水等を抱えている患者も多い。当院に来る段階で、在宅や施設が難しい患者を受け入れることが、流れとして比較的多いが、一番大切なのは入院前の面談からACPの説明をし、本人家族の想いをしっかり聞き取っていくことであり、ツールを活用しながら行っている。そうした中、高齢の患者で栄養コントロールやリハビリをしっかりと行うことで状態が良くなり、自宅に帰ることができる患者もいる。そのため、入院前の面談に入退院支援看護師が介入しながら、計画に基づき病棟と連携をとりながら退院に向けての支援を行っている。入院後間もなくは在宅に帰るイメージがつかない家族も多いが、

その際には、患者の評価を進めながら不明な部分に関して家族に説明をしたり、介護支援専門員がついていれば、早期から入院中の様子を見てもらったり、早めに退院に向けた支援に入ってもらおうといった流れをとっている。

⑤：情報共有の部分では、当院の常勤の医師と訪問看護は、タイムリーに連携し情報共有している。医療・介護連携サービス MeLL+（メルタス）という電子カルテ上で情報共有し、在宅生活の様子を確認するシステム上で行っている。

⑦：病院同士の役割や強みの違いを話しながら、救急体制や看取りについてお互いの連携方法を検討していきたい。

【委員】

①：当院ではこれまで研修会を継続していたが、コロナ禍により実施できなかったため、令和5年度から、ハイブリット形式で研修会等を再開していく予定である。また、去年は院長・看護部長の交代もあり、70件近い開業医訪問を行いながら顔の見える連携を作っている。今年度も継続していく予定である。

②：なるべく受け入れる体制を整えているが、空床がない場合や当直医の専門性として、患者に適したところという部分で受け入れできない場合がある。また、独居の患者や、家族と連絡が取れない場合は受け入れができないこともある。急性期病院であるため、治療に関する同意を得る部分を重要視している。

③～⑤：地域医療連携室に医療ソーシャルワーカーが3名、看護師が1名いるため、細かく密に情報交換をしている。中でも合同カンファレンスは病院の中で開いてよいとのことで、会議室を使いながら、なるべく患者家族、地域住民と一緒にできる体制をとっている。なお、退院後については、今年度より当院の主治医の判断で24時間対応が必要な患者さんは「要受診および入院対応患者」としてリスト化し、時間外当直医がどの様な診療科であっても必ず受け入れできるよう対応している。これは、在宅医と当院の主治医との約束の中でも作っており、在宅医に依頼したり、訪問看護を入れた場合にもその患者については24時間受け入れていくことを始めており、常に最大で10名程度の患者がリストに挙がっている状況である。

⑥：当院は急性期病院であるが、急性期に入院して患者の思いが上手く汲み取れない高齢者特有の部分を確認するよう関わりながら退院支援を行っている。退院後の外来通院や他の訪問看護ステーションにつなぐ場合はモニタリングをしており、必ず地域医療連携室で対応している。

⑦：他委員も発言していたが、各病院でできること、できない事様々あるため、病院同士で情報共有し、互いの役割が理解できると在宅からの患者を皆で受け入れることができるのではないかと。

【委員】

①：医師の体制、同法人の診療所で在宅診療を行っている情報を提供している。また、開業医や訪問看護ステーション、地域包括支援センター、施設等からの相談専用ダイヤルを開設し、タイムリーにやりとりできるよう努めている。受け入れ窓口は主に患者サポートセンターで、医療ソ

ーシャルワーカー・看護師・心理士がおり、認知症の患者や経済的困難で受診できない患者についても、窓口で相談を受けている。開業医から相談を受けるが、入院が必要な場合や社会保障制度を使う場合についても支援している。

②：救急ベッドが満床で受け入れができない場合もあるが、現在は新型コロナ患者の入院を受けながら、二次救急病院として積極的な受け入れを行っている。

③～⑤：当院はレスパイトで利用できる地域包括ケア病棟が100床あり、開業医、訪問看護ステーションから、介護者が病気になる等による受け入れ要請があり、今後も在宅療養生活が継続できることを目指し、サポート体制をとっている。訪問看護ステーションとの連携については看護サマリーを活用している。新型コロナの関係で積極的に面談できなかったが、今後は体制を整えていく予定である。

⑥：意思決定支援は、ガイドラインに基づき進めている。特に地域包括ケア病棟では、臨床倫理カンファレンスも含め、意思決定支援のサポートをしている。

⑦：タイムリーな情報共有がなかなかできないため、当院としても介護、病院、診療所も含め、できる限り連携がうまくできる仕組みづくりができるとよいと考えている。

【座長】

病院ごと対応の違いはあるが、自院がかかりつけ病院である患者の受け入れに関しては各病院が同じように対応されている。課題となるのが、休日夜間・時間外の患者の扱いに関してである。②が一つ目の課題であるが、急変時でも自院がかかりつけ病院の場合、A病院のように10名程度は必ず受け入れる場合や、後方支援病院で必ず受け入れるという場合は良いが、かかりつけ病院が無い患者の急変時の扱いが問題である。以前から診療している患者については、情報があるため、各病院も円滑に対応しているが、かかりつけ病院が無い患者の受け入れや、患者の情報をどのように収集・共有していくのが課題ではないか。

また、①の在宅医、訪問看護師、介護支援専門員等と、医療機関との意見交換会や、事例検討会のやり方に関しては、二つ目の課題である。

⑥のACPに関しては、難しい問題であるため、まだ時間がかかるのではないかと。

一つ目の課題である「自院がかかりつけでない患者の受け入れが発生した場合、患者の基本情報が無い場合をどうするのか」に関して、困ったことや、搬送された場合の対処を実際どのようにされているのかという点について、各委員からご意見をいただきたい。

【委員】

当院は三次救急を担っており、平時より山梨県内全域から来る状況がある。救命救急センターに、休日・時間外に、施設入居者や、在宅で訪問看護を利用しているが地域の病院に受け入れができなかった患者等、ゴールデンウィーク中も救急隊からかなりの数の患者が当院に搬送された事例がある。ACPがされていなかったり、急変したことで動揺してしまい、とりあえず入院となることがある。**(積極的な延命措置の希望の有無)**この部分の棲み分けができることで、機能分化も変わってくるのではないかと。当院では、その様な患者がかなりの数いるのは事実である。

また、二次救急病院で受け入れられず、二次救急の患者と三次救急の患者を同時に当院で受け入れている問題も発生しているため、両面で問題があるのではないかと。

【座長】

B病院は二次救急も行っているが、三次救急が中心であるため、一般的な救急は受け入れにくい状況だろうか。

【委員】

第6号の基準（受入医療機関確保基準）により、二次救急病院まで全て断られた場合、三次救急の適用でなくても当院で受け入れる決まりとなっている。そのため、他病院で受け入れができない患者の場合、最終的に必ず当院で受け入れている状況である。そのような患者が入院された場合、かかりつけ医から翌日等に情報をもらっている状況である。

【座長】

事前に提出された資料に「機能分化」という言葉が出てくるが、具体的にどのような体制があると良いだろうか。

【委員】

病病連携だけの問題ではないと思うが、高度急性期病院の三次救急を担っているという一つの大きな役割は、地域包括ケアシステムの中で当院の役割と捉えている。しかし、先ほど例に挙げた患者を、他県のように中核の病院で一旦引き受けて診てくれるような仕組みがあれば、病院の急性期、慢性期病院等のそれぞれの機能分化の役割ということになる。

【座長】

「機能分化を進める」という意味が、そのような内容だと理解した。そのうえで、機能分化の中でどの様にしたいだろうか。

【委員】

病院に受診しておらず、診療所を受診している患者の急変時は、その地域の二次救急病院が診るべきだと思うが、三次救急に搬送されるということは、なぜ受入れを断ったのか、役割分担をしていく上で確認することが必要である。もちろん、二次救急病院が満床で受け入れられないと言えば、最終的に三次救急の適用でなくても当院に搬送される。例えば、施設入所者が急変し、発熱している場合、本来は二次救急病院だが、当院に搬送されている現状がある。当院が二次救急当番の場合は受け入れるが、それ以外の時に三次救急の役割を果たすため、役割分担をしっかりとできないだろうかという意味合いである。

【座長】

他委員も、三次救急の役割は理解しているが、二次救急に搬送されてきても三次救急に送る事例がある。三次救急の役割を理解していない訳ではなく、自院では受け入れができない場合は依頼をしていると思われる。

【委員】

病病連携の内容から逸れるかもしれないが、例えば、自院が二次救急当番日だが、救急車が4、

5台連なってしまい対応できない時に、救急隊から電話がかかってきた場合は、申し訳ないが受け入れることができないと答えることがある。この課題は、病病連携というより、二次救急の適用ではないが救急車を要請し救急外来が溢れてしまい、その対応をしなければならないため、本来対応すべき二次救急の患者の対応ができなくなってしまうといった医療体制の問題である。救急車を誘導する等の体制構築をしなければ救急の場は回らない。病病連携の意味では、二次救急の際に、診療所にかかっている患者が搬送されてくることは日常茶飯事である。その時は、患者が持参したお薬手帳や、患者が何の病気か同行者に聞いた内容で治療するしかなく、どこの病院も同じ状況である。その患者情報を多職種で共有するならば、甲府市の切れ目のない提供体制構築に向けたネットワークというところで、在宅の患者を全て甲府市が取りまとめ登録し、患者情報（持病、飲んでる薬）がどこの病院でも確認できるようなカルテシステムを構築しない限りは難しいのではないか。

【委員】

他委員が所属している病院の中で、当院は機能が異なる（慢性期病院）ため、機能分化について申し上げるのも失礼な部分もあるかと思う。そのうえで、急変時は高齢者で、発熱しSpO₂（酸素飽和度）が低下したため救急車を呼び、三次救急ではなくてもよい状態なのに搬送されるといった事例が多いのではないか。高齢者の急変時は、誤嚥性肺炎と尿路感染症、心不全の急性増悪が自院でも多いと意見があり、患者の治療は機能的には慢性期病院で、当院でも十分対応できる。ただし、当院では夜間外来受付を実施しておらず、看護師もいないため、本当にかかりつけの患者のみの対応となっている。実際にどのような患者が救急搬送されているのか、どのような割合が多いのかという部分が把握できると、機能分化の意味で、「この状態であれば他の病院でもよいのではないか」という感じがわかるのではないか。また、現在介護施設に入所している高齢者が多いが、介護医療院は夜間も医師が常駐しているものの、老人保健施設や特別養護老人ホームは夜間嘱託医がいない。介護施設入所者の休日夜間の急変時は、救急車で搬送すればよいという形に概ねなっているとすれば、そのような患者が二次救急に搬送されてしまう。甲府市内に介護施設は多く存在するため、入所されている方をどのようにプロデュースするのか対応しないと、今後高齢化率の増加、施設入所者が増加するなか、何かあれば医師がいないため搬送する認識になってしまうと、さらに問題が大きくなる。そのため、その部分の棲み分けが必要である。例えば、当院の機能としては、介護施設に入所する方で、一般的な慢性期で対応できる救急の部分は受け入れていきたい。ただ、その部分についてはできるだけ連携をとっておく必要もあるため、介護施設側にも働きかけ、つなぎを作っておく必要がある。

今回、介護施設で新型コロナのクラスターが多く出ており、行政からも各施設に対して、何かあったら病院等へ入院できる体制や連携するよう指示が出ている。しかし、一旦終息すると常に連携する施設はほとんどない。その点は、日頃の介護施設の取組み方もあるのではないか。新型コロナ対応の部分は、次の流行に備えてどうするのかというプランを行政から伝えてはいるが、積極的に施設と病院でつながっていることはあまりない。介護施設側の今後の考え方を、政策的

に何かで強制していくのかどうか。完全に看取りであればよいが、入院施設や入院対応等看取り以外の事例の日頃からの連携、紐づけがしっかりとできると良いのではないかと。

【委員】

介護から診療所への受診、それから病院という様に医療介護は全部つながっている。そのため、情報の連携をとっていくことがないと、大きな枠だけを調整しようとしても、前に進むことができない。細かい部分をどう埋めていくかが現実的に必要なことである。例えば当院の場合も、常勤医が約25名であるが、二次救急では外科、内科の医師一人ずつで対応している状況である。一方で働き方改革等様々なことを要求されている状況もあり、その中でどう対応していくか検討している。二次救急病院が多く受け入れることができればよい、ということでは解決しない部分もある。そのため、大きな枠として財政や人員があれば改革につながるのかもしれないが、現状の中でできることとしては、細部をどう詰めていきどのように情報共有をしていくかである。また、介護施設、診療所、病院の情報共有をどのようにして細かく詰めていき、その流れを少しでも改善に向けていくことができるかどうかという点であると思う。

【委員】

現状では、時間外に体調不良になった場合は二次救急病院に搬送するしかない。今後、二次救急として受け入れ可能な救急センターが開設されるわけでもなく、そこで治療した後、急性期、慢性期、回復期しかないため、患者に合った病棟に、いかに甲府市内で円滑に転院できるか、または在宅に帰せるかというところを体制化したい。昔、どの病院に何床ベッドがあるかということ、救急の方で作ろうとして失敗したことがあり、長く見ているといくつか体制化を試みては、曖昧のままといった歴史がある。少子高齢化も含め、ICTを活用し、例えば、三次救急に患者が入院したら、円滑に慢性期や回復期に転院できるような体制を作るといったシステムが一番効率的ではないか。個人情報との関係で患者の細かい情報がお薬手帳以上に共有できるシステム作りをぜひやっていただきたい。

また、ACPは、100歳近い方が施設や在宅で急変し、救急隊も心臓マッサージをして一所懸命病院に搬送し、その後、家族と連絡がとれたら心臓マッサージを止めて、という患者が何十人も診ているが、やはり自分の親族がその様な形で最期を迎えたら切ないと思う。一方で、メディカルコントロールをACPの資料で作ったと思うが、それでもハードルが高い。この部分も、映像（動画）やACPのノートを作成するだけでなく、市民が十分活用できる形のものを作ってほしい。ここは病病連携の場であるため、いかに円滑に患者が最適な病院に行くことができるのかに重きを置いていただきたい。

【座長】

現状から、前もって情報があり連携している患者では、二次救急病院で診るしかないという状況である。ある情報の中で何とか治療し、そのまま良くなるまで診る状況がある。例えば、二次救急病院の患者が別の二次救急病院に行くということがあがあるが、それは仕方がないと思っている。その後、情報共有する際に、患者が転院できる状況であれば当初の二次救急病院に転院でき

ればよいと思うが、それは病院間の連携になる。最終的に三次救急に依頼することもあるが、この様な現状の病院間の連携はできていると感じる。ただ、現状について、働き方改革も含め、もっと良い方法がないかを今後考えていく必要性はある。

ACPは、患者に言いにくいものであるが、高齢の患者への教育、話をするということをやっている病院もあるが、この点はなかなか進まない。今後、病院でACPに関する話をするかどうかも含めて検討していただきたい。

課題となるのは、これらの部分になるのではないか。患者の情報に関しては、大きなデータサーバーを作り常時データを保存していくことも難しく、現実的ではないため、この点についても何とか対応できると良い。また、介護施設と医療機関との連携には、多くの課題があると感じている。介護施設と連携し協定を結んだ場合も、介護施設の数もとても多く、入所している患者の情報を全て把握することは難しい。連携対応ができる医療機関は少ないと思われ難しいのではないか。

議事（4）病病連携 WG で協議すべき課題の検討

これまでの協議で挙げた課題は3点あり、1点目は、現状の二次救急の対応について良い方法がないか、2点目はACPの問題、3点目は介護施設の問題である。その他、問題点として挙げられるものはあるだろうか。

【委員】

これまでの協議のなかで、「転院」が一つのキーワードになるのではないか。この場は病病連携ワーキンググループであるため、病院の機能分化にも重なるが、現状、三次救急に搬送された患者が円滑に後方支援病院に転院できているのか、二次救急病院から回復期リハビリ病院や療養型病院に円滑に転院できているのか、各病院でどの様な困難さを抱えており、何が円滑なのかという点が、恐らく病院間で明らかになっていない現状がある。そのため課題を挙げるならば、患者の搬送先をしっかりと機能分化し、その後適切な医療機関に転院することができているのかを検討することではないかと思った。

【座長】

救急の問題と、転院する問題である。落ち着いた段階でも途中でもよいが、そこで円滑に転院できるかも含めての問題もあるのではないかと思った。

【委員】

ACPは、昨年度、代表者会議の中で、市民の普及活動について具体的に何か形にした方がよいのではないかと案により作業部会を立ち上げ、「わたしの思いノート」の作成に至った経過がある。ただし、「わたしの思いノート」に書くことが大切なのではなく、医療介護従事者が、常にACPを意識しながら支援していくことで、ある程度ストーリー性が見えると急変時の切迫感も違うのではないか。その部分が、現状、医療機関、介護施設でも、最初から施設側と患者でACPをどうしていくかといった部分のストーリー展開ができていない問題がある。ACP

の問題は、高齢化社会の中でどれだけ浸透しているかで、急変時における課題も変わってくる。確かに、D N A R プロトコルの運用を山梨県から示されているが、どのように浸透させていくか課題である。当院では、結果的にD N A Rが多いが、そこに至るまでの過程はやはり時間を割く必要がある。様々なタイミングがあると思うが、患者の入院時は必ずある程度ストーリーを描いており、急変時や、最終的な終末期になったときにやることになる。やはり、初めて地域包括支援センターが関わる時、初めてかかりつけ医になった時等、元気なうちにA C Pを意識して、タイミングごとにそれを重ねていく必要がある。地道な作業ではあるが、全ての医療介護従事者が意識しないと浸透しない。誰かがやってくれるものでもなく、行政が声をかけても流してしまうが、高齢になる医療介護に関わるため、そこに携わる医療介護従事者が常にA C Pを意識していることは、病院、診療所、施設に関わらず大事である。常に意識することや、繰り返し話していくことがA C Pだという理解が当院でも苦労しているところだが、周知をしてすぐに理解できるものではないと考えている。

【座長】

A C Pは今後の課題だと思っている。医療介護従事者がA C Pをどうこうというより、高齢者に対し、A C Pをいかに理解してもらうかが難しいと思う。その辺りは、病院間の問題だけではなく、市民の意識改革が大事である。難しい問題だがよろしく願いたい。

また、入退院ルールについて、活用するためにはどうしたらよいかという点だが、手順は従来のものでよいが、情報提供書を統一した方がよいのではないかということが、私の意見である。これについてはいかがだろうか。

【委員】

入退院ルールの中で、現場で課題になっていることがある。入退院ルールの出発点になっているのが、介護支援専門員と病院との連携から始まった経過がある。緊急で入院する際、介護支援専門員は慌てて情報提供書を救急病院へ持っていき、病院はその情報を基にA C Pや治療を行うことになる。また、在宅に帰るときには、きちんと介護支援専門員と連携がとられるが、ここで、転院をする場合がある。転院時は病病連携になるが、現状では患者の情報提供書は患者とともに引き継がれない。しかし、介護支援専門員は、転院時も病院間で連携されていて、情報提供書やA C Pを行った内容がつながっていると思っている。そこで、転院先で介護支援専門員との連携が遅れており、病院から再度情報提供書をもらいたいと依頼する場面で、介護専門員から「最初の病院に情報提供書を送ったが、何度も送らないといけないのか」と意見が挙がっている。個人情報の問題もあるため、安易に患者の許可も得ず転院先に情報を渡すことが難しいが、転院時の情報提供が山梨県内でも曖昧になっている。また、最初の病院でA C Pが行われていたが、転院先でそれが引き継がれず繰り返し行われたいという点がある。

【座長】

入院時の患者の情報を、転院時にどのように引き継ぐのかについては、現状は引き継ぐべきところを引き継いでいない。この問題に関しては、ツール作りが必要なのではないかと。一方、入退

院ルールに関しては、Q&Aのような形で、事例ごとに蓄積していくとよいのではないか。今の問題の場合で言えば、「転院の際に情報が伝わらないがどうしたらよいか」に対して、その場合はこうしようと話し合ったという回答を、Q&Aに出すこともよいのではないか。実際にQ&Aをやっている所もある。今のような事例は、一つ一つをまとめなければならず、事例集をQ&Aの形で残していくこともよいのではないか。

ここまで、多くの意見が出たが、まとめると4点である。1点目は、二次救急が中心になり受け入れを担っている現状をどうするのかについて、2点目はACP、3点目は介護施設との連携、4点目は入退院ルールに基づいた考え方について、であろう。これらの4点について、これから次回以降話し合っていきたいが、その他にご意見はあるだろうか。

(なし)

本日は課題の共有として、各委員・病院から意見をいただいた。改めて、課題の整理等を事務局にお願いし、次回以降協議を進めていきたいが、いかがだろうか。

(委員の合意)

それでは、各委員に同意をいただいたため、事務局は課題の整理をお願いする。

議事 (5) その他

【座長】

その他、委員の皆さまからご意見はいかがか。

(委員からなし/事務局へ進行交代)

【事務局】

座長から事務局にて整理をとのことで、今後の協議事項は3点ある。1点目は救急の面で、救急搬送先の受け入れの役割分担について、また転院時のあり方も含めて整理していきたい。2点目はACPについて、市民向け普及啓発とのセットであるが、医療従事者も日頃からACPを考えることができるような環境整備を考えたい。3点目は介護施設との関係である。本日挙げた意見を、事務局で整理させていただき、そのうえで、次回以降何を中心話し合っていくのか相談していきたい。長い取組になるため、病病連携ワーキンググループを積み重ねていく中で、各病院の機能、役割を共有し、患者にとって一番良い形で受け入れられるような体制づくりにつなげていけたらよい。引き続きどうぞよろしくお願ひしたい。

【事務局】

次回開催は令和5年10月を予定している。先ほど挙げた項目の具体的な取組内容についてご検討いただきたい。

6 閉会