

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

日 時 令和5年7月20日（木）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 9人
オブザーバー 1人
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
地域保健課長、医務感染症課長、健康政策課係長、健康政策課担当

（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 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】

委員9名中9名が出席しており、過半数を満たしているため、本会議は成立する。

議事（1）ワーキングの目的と進め方と現状（資料2～6ページ）

【事務局】

資料2ページをご覧ください。甲府市在宅医療・介護連携推進会議の目的と体系図について説明する。本会議は、医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域や自宅で、自分らしい暮らしを続けることができるよう、連携を進めることとなっている。

特に日常の療養、急変時、入退院連携、看取りの場面を意識した協議を進めていく。甲府市在宅医療・介護連携推進会議は、代表者会議を親会議とし、全体の方向性を検討する。今年度から医療機関連携、多職種の連携をさらに強化するため、新たなワーキングを4つ設置した。

病診WGは、目的を「休日夜間を含めた24時間体制のネットワーク形成」として検討したい。

5月に病病連携ワーキンググループ（以下、病病WG）、診診連携のワーキンググループ（以下、診診WG）が実施され、病病WGは、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、診診WGは、在宅医が1人でも増えるよう、地域間でのネットワークづくりを目的として実施している。多職種連携ワーキンググループ（以下、多職種WGと記載する）は、令和5年7月24日を予定しており、多職種間の連携について協議する。

資料をご覧ください。ワーキンググループの進め方について確認する。

病診WGは、第1回目は現状と課題の共有を行う。第2回目は課題に優先順位を付け、短期的な取組の検討を進める。第3回目は課題解決に向けた具体的な取組内容の検討を進め、次年度の取組の方向性を決めていきたい。それぞれの年間の予定は、資料の通りであるためご覧ください。

次に資料3ページをご覧ください。甲府市の現状について確認する。

甲府市の85歳以上の人口推移は2045年まで増加を続け、外来通院ができなくなる高齢者が増加するため、在宅医療と介護の需要は増えると予測される。これは全国的な傾向と同様である。人口の減少に伴い、担い手不足が懸念されている状況のフェーズとなる。地域別人口変化の分析ツールを使い、外来通院患者数が減少することも分かっている。

資料4ページをご覧ください。厚生労働省が令和4年度に実施した、人生の最終段階をどこで迎えたいか、についての調査である。調査対象は一般国民と専門職であり、「自宅」を希望されている方が、4割から6割となっている。

資料5ページをご覧ください。自宅を選択した理由、自宅を選択しなかった理由について取り上げている。左側が自宅を選択した理由だが、「住み慣れた場所で最期を迎えたい」、「最後まで自分らしく過ごしたい」、「家族と時間を過ごしたい」が主な理由となっている。自宅を選択しなかった理由は、「家族に負担がかかる」、「症状が急に悪くなった時に自分の家族も不安」、「急変した時に、医師や看護師の訪問を受けられるか不安」、「症状が急に悪くなった時に病院に入院できるかが不安」といった急変時の不安を訴える回答となっている。調査結果は後程をご覧ください。

資料6ページをご覧ください。甲府市における実際の在宅医療の状況は、自宅での死亡及び老人ホームでの死亡の割合を示している。経年で自宅、また老人ホームの死亡割合は増加傾向にある。自宅は、自宅の他「グループホーム」「サービス付き高齢者住宅」を含んでいる。老人ホームは、「養護老人ホーム」「特別養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」「有料老人ホーム」を含んでいる。

次に、訪問診療を実施する病院及び診療所の割合である。厚生労働省が3年に一度の特別調査で実施しているが、在宅療養支援診療所や、在宅療養支援病院以外の訪問診療している医療機関等も含む割合となる。

甲府市の現状、また国民のニーズについては以上である。

(質疑応答)

(なし)

議事(2) 病病連携WG・診診連携WGの報告(資料7ページ)

【事務局】

資料7ページをご覧ください。第1回目の病病WG、診診WGで挙げられた課題をまとめた。まず、病病WGで挙げられた課題をご覧ください。

課題は大きく4つ。1つ目は、急変時における各医療機関の機能分化、特に事前に取り決めのない場合、患者の状態が分からない、事前登録がない場合は状況が分からないといった意見があった。

2つ目に、ACPが十分詰められていないまま救急搬送がされる状況があり、医療機関では対応が難しいことがあるという意見があった。

3つ目に、介護保険施設での急変時、看取りの体制のあり方について検討が必要ではないかと意見があり、コロナ禍もあったため、クローズアップされてきたと思う。

4つ目に、転院時における介護等の生活支援情報に関する情報の共有不足について、医療機関同士での共有が必要ではないか。また、転院時、介護支援専門員(以下、ケアマネと記載する)から入院時に情報提供がされるものを、また次の医療機関に情報提供が繋がっているのかどうかという課題が挙げられていた。

その他、院内における情報連携、また院外との連携のあり方について課題に挙げられている。

次に診診WGだが、在宅医療は、外来診療よりも時間がかかる点で、外来診療数が減ると経営に影響が出ると懸念があった。また診療以外に、家族への対応や、本人の意思決定等に時間を要するため、対応のやりくりに苦慮する、医療関係者からの問い合わせの対応時間も多く含まれてくるといった意見が挙げられた。

また、在宅医療に関する医師同士の相談体制、専門外での診察、疼痛緩和等のコントロールについては、そのような相談が個人的なつながりに限られることがあり、専門の病院とも相談したいと意見が挙げられた。

また、かかりつけ医がシームレスに在宅で看取ることができることが理想という部分で、まだ看取りまでは難しいという在宅医がおり、別の医師に変えなければならないと意見が挙げられた。

最後に、在宅医療について患者や家族の理解が必要といった課題が挙げられた。この内容には、本日各ワーキングの委員にご出席いただいているため、補足をお願いしたい。

【座長】

病診WGは、病病WG、診診WGの共通で出席している委員がいる。ご意見はあるか。

整理すると、病病WGは、それぞれの病院独自の機能的な違いがあり、役割が多少違うのかなということ。また、課題2つ目、3つ目は看取り搬送である。望まれない看取り搬送をいかに行わないで済むようにするかというシステムが必要である。そして情報共有のことがある。

診診WGで挙げられた課題の「在宅医療は外来診療より時間がかかるとともに、在宅医療の実施により外来診療数が減ると経営に影響がでるのではないかと、との懸念がある」は、少し誤解がある。

在宅医療は外来診療より手間がかかることは間違いなく、多職種との連携調整や実際に患者宅に訪問し向き合うという面もあり、また、看取り等は大変さもある。在宅医療とは、そのような手間がかかるが、在宅を実施すると、外来が減ってしまい収入が減るとするのは、少しミスリードがあるのかもしれない。

先程事務局より、甲府市の現状の部分で説明があったが、今後高齢者が増加し、亡くなる方も増加する。その一方で外来は減少している。そのため、新規で開業する医師でも、外来のみで経営を維持することは困難になってくる可能性がある。

高齢化に伴い、通院が困難であることは、大きな要因だと思うが、外来だけではなかなか医療収入が得られない。そこを補填する意味合いの在宅医療ということはあるのかもしれない。

これは、いろいろなコンサルの見方の流れだが、できるだけ在宅診療を実施することで、医療収入を安定させることになる。在宅診療を行うことで外来診療が減り、それぞれ医療収入が減るといったことは少し違うのではないかと考えている。

その他、ご意見はいかがだろうか。

(なし)

議事（3）病診連携WGで取組む内容の協議（資料8ページ）

【事務局】

資料8ページをご覧ください。「病診連携ワーキンググループで検討すべき内容」で

は、改めて説明内容を記載した。

需要の増加、供給不足の見込み、在宅を希望する方は半数以上いること、家族介護者への配慮急変時への対応という面では、在宅療養をバックアップする休日夜間も含めた24時間体制の強化をどのように行っていくのか協議をお願いしたい。

次に「病診連携における現状の態勢（症例等）とそれぞれに期待したいこと」をご覧いただきたい。1つ目「『在宅療養後方支援病院』、『在宅療養支援病院』、『地域包括ケア病棟』等、病院では在宅診療をバックアップするための体制をどのように整えているのか（実績等を含む）」、2つ目「在宅療養を受けている方の状態が変化した場合、診療所では対応が難しく、病院に在宅診療のバックアップとして期待したいことはどのようなことか。（症例等を含む）」、3つ目「急変時等、受入れを行っている医療機関では、日常で関わっている診療所や訪問看護師、介護等関係者に期待したいことはどのようなことか。（症例等を含む）」について、急変時受入れを行っている医療機関では、日常で関与している診療所、訪問看護師、介護等関係者に、期待したいことは何か、受入れ側として連携にどのようなことが必要かご意見をいただきたい。

（質疑応答）

【座長】

本日の主な議題はバックアップ体制となる。在宅医療に関わらず外来診療も同様だが、患者に入院が必要なとき、スムーズに入院し治療するシステムが上手く確立できると、在宅医も安心して医療ができ、患者のためになる。

システムづくりとして、各医療施設、病院によっても対応が異なっていると思う。まず病院側から現状のバックアップ体制についてご意見いただきたい。

【委員】

当院は、地域包括ケア病棟でレスパイトを受けている。また、在宅療養支援病院である。当院から訪問診療に行くため、在宅医のバックアップにどれだけなるのかという点では、先日研修会で専門科（病院にある皮膚科、眼科等）のバックアップが少し明確となった。現在、体制を整えるために動き始めている。

急変時の受入れは、地域医療連携室が窓口になり、在宅医から連絡を受け、当院の医師が関わっている場合は、訪問看護師と密に連携をとっている。診療の予約体制があるため、何かあれば予約を入れ診療することになっている。

いずれにしても、その時医師の判断になってくるが、なるべく地域の在宅医からの要望、患者の状態を考慮し受入れている。

【委員】

当院は、地域包括ケア病棟があり、地域からの直接入院率を40%にする目標がある。院内の転棟ではなく直接地域包括ケア病棟に入院する人数を40%に保つということであり、積極的に地域からの入院を受けている現状である。

ただ、地域包括ケア病棟に入院すると、例えば食欲不振や発熱等、病気が潜んでいる場合は、直ぐに地域包括ケア病棟に受入れとはならず、検査が必要であれば一般病棟で受入れる。

しかし、40%を達成するため最近では地域包括ケア病棟で受入れ、何かあれば急性期に転院するという形を取らないといけない。開業医が診察後当院に紹介があり、経過を見ていくというような、ある程度治療方針が決定していると、入退院支援室から病院医に伝えることができるため、連携しやすいのではないか。

また、当院は同法人の診療所が往診をしている。かかりつけであれば、必ず受入れを行い、また往診を利用していなくても外来通院している患者の入院希望ば必ず受入れている。

また、35病院で連携し年3回以上、直接顔の見える連携をつくるため、連携スタイルを持ちながら医療機関に訪問し、何かあれば患者サポートセンターに電話をもらう周知をしている。ただし、必ず空床があり常に入院が可能という訳ではないため、少し迷惑をおかけしている部分がある。なるべく病床を空けながら、病院役割の遂行と、地域に患者を戻したいと思っている。

退院してから往診医が入るまでの間に、亡くなったという場合は、病院に救急車で搬送しなければならない状況があり課題である。退院日に、すぐ往診医が自宅に行ける状況であれば良いが、土日や家族の事情で急に退院になった場合、往診が入るまで4～5日間が空いてしまうことがあった。その点では、本当に本人・家族が望むような最期を自宅でできているのかという点で課題があると感じている。

【委員】

当院は、令和5年1月から在宅療養後方支援病院として機能し、現在18～20施設程の医療機関と連携している。4月以降は、12～13名程の入院患者がいる。入院患者の症例は、急性期の有害事象で入院患者と、プラスアルファのレスパイトの患者が半数近くであり、レスパイトの希望が多い状況である。

また、登録患者が入院する際、例えば、胆管炎や肺炎等同じ疾患で2～3回入院するケースが多いことを感じている。

当院には地域包括ケア病棟もあるため、後方支援でなくても、レスパイトという形で地域からの受入れを行っており、7割～8割程はレスパイトである。そのため、院内の患者が急性期病棟から地域包括ケア病棟に転院し、退院する場合があるが、現在は積極的に地域からの受入れをする方針で、県立病院や大学病院から依頼され、レスパイトの患者も多い状況である。

救急時の受入れは、診療科によっては1人医師のみの場合もあるため、実際にベッドが空床でも、二次救急の対応以外ではお断りをしなければいけない。今年、院長から病院医師にヒアリングがあり、積極的に受入れをしていく方針で、令和4年度の受入れ実績は全体で95%となっている。現在は病院全体で、95%を維持し、今後100%を目指し救急患者を受入れていこうという姿勢である。

そのため、当日の入院、転院時には、医療者を仲介すると時間がかかるため、昨年あたりから、当日の場合に限り在宅医から直接担当科のオンコール医師につないでもらい、医師同士で話をして、受入れる体制になっている。

入退院支援は、看護支援係が相談室におり、入院時からケアマネジャーや訪問看護師等、多職種の方と連携を図りながら、できるだけ早期の退院、在宅患者は在宅に戻すというシステムになっている。できるだけ入院期間が短めでベッドを回しながら、多くの患者を受入れていくような組織づくりとなっている。

【委員】

当院は在宅診療を行っていないため、受入れのみであるが、それが当院の役割と思っている。地域包括ケア病棟はもちろんだが、急変した場合には一般病棟で受入れていく。また、レスパイトを中心とした地域包括ケア病棟では、例えば、肺炎等は地域包括ケア病棟で受けている。受入れ率95%というのは、一般開業医、在宅医含めての数字であり、当院のスタ

ンスとすれば、バックアップ、バックベッドの形で積極的に行っていく方針である。

【委員】

当院は、在宅療養後方支援病院である。基本的に当院がかかりつけの場合、24時間365日対応をしている。外来看護師長やマネージャーが窓口一本化にしており、緊急時は必ずマネージャーが受け調整している。今年から、おおよそ月5～10名の緊急の受入れを行った。またコロナ病床も7床確保があり、当院が登録病院ではないが、相談があった際は対応している。

また慢性期の病院のため、入院してから亡くなる時までという印象を持つ家族も多いが、当院としても1ヶ月以内の退院、早期治療・早期退院で在宅に帰ってもらう方針をとっている。

当院には地域包括ケア病棟は無いが、介護医療院が2フロア114床ある。令和5年6月からショートステイも開始し、医療を含めた生活を組み立てる意味で、初日からリハビリテーション職員、看護師、介護士、栄養士、薬剤師も含め、自立支援を進める流れである。そのため、例えば在宅の中で少し誤嚥が出現し、食事を含め集中的に検討してほしい場合、1ヶ月の内1～2週間ショートステイを活用し、その中でアセスメント後情報提供している。これはレスパイトも同様であり、そういった意味で、バックアップ支援体制を作っている。

【委員】

当院は、地域医療支援病院である。地域の医療機関において対応困難な重症患者の受入れ、また二次救急で受入れが決まらない場合には第6号事案（受入医療機関確保基準）として受入れている。また、当院が主治医であり、在宅療養している場合は、往診医がいても、家族の希望や患者の体調不良時に入院の相談を受け、主治医と相談し入院調整をしている。

【座長】

病院がご尽力されており、各病院のやり方で、急変時、入院が必要な患者等を受入れていただきありがたい。コロナ流行時は仕方ないが、最近はベッドを探すのにあまり苦労することがなくなった。病院側の受入れは大変だと思いがたく思う。とは言え、在宅医としてさらに要望や問題点等あればお聞きしたい。

【委員】

診診WGにも出席し、いろいろな議論を聞いているが、やはり在宅医のパワーはまだまだ低い。先程甲府市の現状で、経年的に在宅死や施設死が増加し、おそらく病院死は7割を下回っていると思う。病院死が7割を切ることは1つの指標であり、政令指定都市では神戸市が一番早かったが、達成した自治体は少なく難しいため病院死は8割以上であった。10%を切り7割というのは、死亡者が多いからではないが、在宅医療が機能しているという指標と考える。

そのため、現状数少ない在宅医が頑張っており、数字上でも着実に上昇し、素直に自分達のことを褒めたいと思っている。ただし、後継の部分は、今まで在宅診療をやっていない医師、ライト層の医師を上手く巻き込み、興味を持ってもらい、少しでも在宅診療を開始し、後の面倒なことは積極的に在宅診療をしている医師に任せて良いといった、診療所同士のサポート関係、機能強化を図らねば結果先細りしてしまう。

病診WGの在宅医の中でも私が一番若いですが、在宅医も歳を取り、あと10年経てばほとんどが高齢者となる。2040年のことを考えると課題は多い。そこで、病診WG、診診WGでお願いしたいことは、在宅医療の機能強化であり、ひいては病院の機能向上だと思う。W

I N-W I Nの関係に持ち込み個々の負担を下げ、医療水準を上げることが目的であり、恐らくどのワーキンググループにも共通している。それをしっかり目指すことが、この場で議論する一番大事なことだと感じている。

緊急時の受入れは、個々の患者レベルでお世話になっていてありがたい。病院との連携のみではなく、難しいがん患者について、大学に急ぎの検査を依頼した際、時間はかかったが、いろんな状況を共有する中で、翌週にCT検査が実施できともありがたかった。病診連携でも、看護師達が様々な場所と連携を取り合い、連絡調整していると分かっているの、それはとても嬉しく、人と人が繋がると、顔の見える関係が確実に強くなり成果となっている。

在宅医療を振り返ると、やはり安易な病院への依頼があり、例えば先程意見があった望まれない救急搬送は多いと思っている。当診療所に限っては、ACPで意思決定支援を実施していた場合、ほぼ100%自宅で亡くなっている。だが、病院に搬送される患者は、大抵は本人より家族や独居の問題もある。例えば、精神疾患で介護者がいない場合は、病院に依頼したが、本人が調子が悪くなり入院してしまった。あとは、高齢者の老老介護である。90代の患者が病院で胆嚢を摘出したが、同居の60代の息子が精神疾患、妻は80代で要支援2であった。本人は要介護1だが認知症状が進行しており、そのような場合、病院に通院ができないため、薬だけもらって帰ってきている状況であった。そうすると、患者を診ていないため処方合っておらず、診療所側にも責任があると思う。そのような患者の場合自宅に大量の残薬があり、通院が大変であれば、有効な治療等の面でやっていき、在宅でのケアの質を高めていった上で、病院側の方に必要な情報を送る必要がある。

病院側に望むことは、まずは在宅医を含めた診療所の医師がそれぞれ水準をあげていくことである。また、もう一つ大事なものは出口戦略である。入院だけでなく、入院した患者がスムーズに退院し在宅に戻ることである。これは入院した段階で、退院に向けて一緒に考えていけるような、仕組みづくりがとても大事だと思う。ケアマネジャー等の役割も必要ではないか。

【座長】

出口戦略については、例えばフレイルになることをなるべく避けて欲しいということだろうか。

【委員】

出口戦略は、一言で言うとお互いが普段から連絡を密に取り合うことがとても大事だと思う。少しの取っ付きで家に帰れるが、上手くいかないと再入院となる。例えば、先日受け持った重症心不全の患者が、三次救急病院から退院したが、動かすことができないほどであった。病院側から適切な情報提供がなかったためか、患者を動かすことができないのに、ケアマネジャーは通所サービスを組み立て在宅医に相談してきた。それについては、事前に話し合いができていれば、通所サービスではなく、訪問サービスの形にする検討ができた。そこで失敗してしまうと、家に帰った途端に、また心不全の症状が悪くなり病院に戻ってしまう。

そのような部分で、出口戦略をお互いの共通の話題にする必要がある。例えば退院カンファレンスが機能しているのか、退院カンファレンスをせずに在宅に退院する患者もいる中では、ケアマネジャー等関係者が、適切な医療情報等をきちんと得て、理解して調節しているわけではないということ、病院側の方で分かってほしい。

【座長】

患者は、在宅医の方が、長年の付き合いでよく分かる状況だが、病院医は短期の関わりでも退院後のことを在宅医と相談のうえ、適切なケアにつなげて欲しいということであった。もう一つ、在宅医の機能を高めるために、病院に期待することは何だろうか。

【委員】

在宅医は、例えば点滴や在宅酸素療法等できる範囲で行っているが、患者の状态的に病院で治療した方が上手くいく患者はいる。在宅医が病院に紹介する患者は、そのようなつもりでお願いしているため、医療の必要性が高い患者は病院でスムーズに引き受けてほしい。

一方で治療する必要がなくなった患者や、終末期の患者等は当然在宅で診ていくべきだが、そのような患者が混在して病院に入院しているのではないかと思う。それについては、在宅医、診療所は申し訳ないと思う。

【座長】

補足すると、病院に依頼する場合、在宅医は入院治療が最善と考え依頼するが、実際に対応する病院医が、入院の必要はなく点滴し在宅に帰すことは結構ある。ただ、病態だけではなく、家庭背景や様々な事情を我々は把握し、入院が必要と考え依頼する。その点はなかなか想像しにくいかもしれないが、家庭のマンパワーの部分は病院医には分からないため、そこは我々在宅医の意を汲んでほしいと思う。

【委員】

だが、病院の入院対象でない患者を、在宅医から紹介していることも事実ではある。

【座長】

では、次の委員はいかがか。

【委員】

バックアップについては、現在受け持っている患者のほとんど100%は終末期患者であり、点滴や在宅酸素療法、看取りで病院に入院させることはない。特に、土日に救急車で来るということは、今はほとんどないと思う。ただ、施設の嘱託医をする場合、施設経営者と考え方が違うと、患者のケアマネジャーや看護師と共有していても、土日等に嘱託医が知らないうちに病院へ救急搬送しており、その患者は看取りであるのに、と後で知ることもある。そのような部分で病院には迷惑をかけている。在宅医の責任として、そのようなことが無いようにしている。

この会議の議題とは違うかもしれないが、受入れについて、まず紹介をもらうときの話だが、家族の介護力や経済力、社会的な問題等を考えた上で、紹介いただきたい。治療方法や効果があるものを使用したり、社会的な保障があっても家族に負担があり、家庭的に少し管理が難しいことも考えて紹介してもらえると良い。

この会議で発言することではないが、土日のバックアップ体制より、働き方改革で医療者も厳しい状態になり、むしろ別の話になる。救急にもう少しやってもら方がありがたいと思う。また、病院と診療所のコミュニケーションについては、私はコミュニケーション得意でなく、看護師とケアマネジャーに任せている。在宅医でコミュニケーションが苦手の場合は、医師同士でも分からない部分があり、専門の看護師やケアマネジャー等を使って上手く病診連携した方がスムーズに進むのではないかと思う。

また、在宅医療を増やすためには、在宅で看取るのは大変なため、公的な補助のような在宅医療特区など在宅に対する予算があれば少し増えるのではないか。

【委員】

私も少し前まで病院に勤務していたため、病院の考えと在宅の見方が違い、病院にいると周りが見えない部分がある。病院から出ると、家族など周囲の様々な関わりがあり、この部分が病院であるとなかなか見えず、出てきた時に苦勞するため、関わりの部分をどう求めるかということ。

退院時にそのようなところもいろいろ加味してやってもらっているのも分かるが、もう少しやっただけだとありがたい。在宅ありきで退院されてしまうと、全然方針が決まっておらず、退院してきてても皆意見が違い悩む中で、患者の状態が悪くなり、一方で病院からも手放されてしまい再入院ができず、改めて在宅医が病院を探すとこともあった。なかなか病院も余裕がないのは分かるため、大変と思うが、その辺りを少し見ていただくと、在宅医もやりやすいと思う。

恐らく、在宅医を増やすことと同じだが、最近開業した知人の医師から、24時間や夜間休日の対応等1人で対応するのはとても不安で大変といった話が多い。自分はこのような形で行っていると伝えるが、一歩を踏み出せない医師が意外といるのではないかと思う。そのような部分を、「このように支援体制がある、できる」と病院側と開業医同士のサポート体制が見える形だと、在宅医が増えるのではないか。また、少しずつでも増え、全体的な数も増えると、現在の在宅医の負担も少しずつ減ってくるのではないか。

本日、病院側の意見を聞き、患者を紹介する時も各病院の特徴があるため、そういうところで紹介していけば良いのかと、在宅医として考えさせてもらった。また、在宅で引き受けた場合は、基本的に在宅でできる限り診たいと思う。だが、患者にも考え方があり、やはり病院に行きたい、また考え方としては病院で治療をし、少し落ち着き在宅に戻る方が明らかに良い場合は、やはり入院をお勧めしたりする。在宅でなるべくできるところまで診てはいるが、入院が必要となった時に、どこの病院にお願いしたら良いか、今もまだ少し明確ではない。本日、そのようなところも考え、紹介すると良いのではないかと思った。

在宅で病院を探し段取りをすることは結構大変である。病院も同じだと思うがマンパワーがなく、恐らく診療所では医師が1人、看護師も限られた人数であり、在宅では問い合わせが多いため、それだけで1～2人取られてしまい、マンパワーが非常に足りなくなる。その中で、病院探しの面でももう少し負担軽減ができると、できる幅も広がる。その部分では、お金とは言わないが、確かに公的な支援が何かあれば、いろいろやりやすくなるのではないか。いろいろな支援体制を目に見えた形で見えないと、開業医や新規開業する医師が在宅にはなかなか手を出してくれないのではないか。

【座長】

病院側、在宅側からいろいろな意見を整理できた。ただ、本日のテーマのいわゆる急変時の受入れということに関しては、あまり今問題になっていない。それよりも病院側と在宅医側の意思疎通、情報共有が上手くいってないことがある。このことは、退院カンファレンスが充実してくると、ある程度解決するのではないかと思う。だが、必ずしも行われていなかったり、病院医が参加していないことが結構あり、在宅医と病院医のコミュニケーションをどのようにして改善していくかということが一つ大きな課題として挙がった。

今の議論を踏まえ、病院側からご意見はあるか。退院時カンファレンスは必須で実施されているのではないか。いかがだろうか。

【委員】

当院は、在宅依頼時は退院カンファレンスを開催することを、全ケースの中でやっしていこ

うと考えている。一方で、それが全て実施できるともいえない。カンファレンスの際には、ケアマネジャーを中心に参加者を集めてもらう等、調整するがその部分で上手くいかないことがある。

例えば、心不全で病状が悪くなり、入退院を繰り返していた事例を受け持っていた。退院時には、何とか自立できいつも退院するものの、悪化していることも分かるが、「前と同じサービスで良い、看ることができると家族が言え、病院側は前のままで退院させてしまおう。そうすると、また1週間後に入院してきて、病院側は、なぜ入院してきたのかということになる。そこで、治療を1ヶ月行い、退院後また2週間程すると入院してくるという状況。

このことは、先程の委員の発言のように、退院カンファレンスで在宅の情報共有をし、本当にそのサービスのままで良いのかと病院側が考えないと同じ事であると思った。病院医も、はじめは出席すると言うが、なぜかその日のその時間になると、急患や手術が入ってしまい出席できないこともある。そのため、上手く私達が調整できればと思う。

【委員】

退院カンファレンスは、コロナ以前より時間は短い、コロナの終息に伴い対面で行っている。また、当院の医師が往診する場合もあるため、往診医を含めて開催している。

確かに、退院カンファレンスは行っているが、往診医が参加は数年前の記憶である。開催時間が遅くなってしまい多職種で集まることができるかという点でも、17時以降で時間帯を設定することになり、少しハードルが高い。ただ、とても大事な事だと思っている。恐らく、病院医から紹介状の返答が書面的の場合もあるが、そういった機会に医師同士で話したり、生活面等の話が皆できれば良いが、ケアマネジャーがコーディネートする機会が多くなるため、在宅医につなぐという部分が少し弱いのではないかと感じる。

【委員】

他病院と同様に全患者必ず開催することはできていないが、在宅医や訪問看護を利用する場合は、基本的には開催する姿勢になっている。病院医は、コロナ禍2～3年程前までは退院カンファレンスする時に、病院医の参加はほとんどなかったが、最近は病院医にも絶対参加してもらいたいと思う。

入院時の状態や病態等、在宅の状況を全く知らない病院医がほとんどであるため、やはりカンファレンスに参加してもらい、大勢が患者に関わっているということ、私達も目で見て知ってもらいたい。そのため、基本的には担当の病院医の参加を考慮し日程調整をするが、患者の状態が悪くなり退院できなくなってしまう等、スタッフは退院カンファレンスの日程調整に苦勞する。院内外の医師や多職種との日程調整でタイミングが合わないことが結構ある。実際は、入退院支援の看護師が委員会を立ち上げ、患者の状況毎にどのような支援が必要かということも含め、月1回皆で話し合いをしている。

現在当院では面会制限中であるが、ケアマネジャーが一番大事な存在と考え、看護サマリーや入院時にも必ずケアマネジャーには来てもらっている。本来は患者もその場にいられば良いが、家族も入院時しか来ることができない状況のため、そこで在宅関係者、病院関係者、退院支援の職員で、顔を見合わせ、患者が入院時にどのような思いであるのかだけでもしっかりキャッチした上で、どのように退院カンファレンスに結びつけられるかと動いている状況である。

【委員】

当院は、他病院と比較し、在宅や施設への退院が増加しているが、全体の数として多いと

いう状況ではない。そのため、退院カンファレンスは全て実施できている。また、緊急や急変時の受入れの数も多くはないため、基本的に主治医が必ず参加している。

入退院支援の加算もしっかり数字として出しており、入院時に退院が困難だと予測できる方についても、退院に向けた支援をしっかりつくっていけるよう、数字の目標設定をしながら、支援を強化していく働きかけを行っている。

また、退院前の訪問指導がある。実際に在宅で療養する際、必ずリハビリテーション職員、看護師を含め、必要があれば医師にも同行もらう形で、退院前の訪問指導を必ず行っている。

当院は、慢性期病院であり、入院前からACPについて、必ず家族を含めて確認を取っている。そこで決まっても、患者・家族の思いは変化するため、どのような状況であっても在宅生活ができる可能性はあり、病院側から話をしながら、実際その思いに気持ちが向いた際に在宅支援に向け進めている。

【委員】

退院カンファレンスは、年齢ではなく、重症度や医療依存度が高い患者が多い。これまで在宅医に、急に患者が退院したいためお願いしますと、週末に依頼してしまったこともあったと思う。本日、在宅医の話を聞き、やはり病院で関わる看護師や医師は、在宅生活、療養生活を想像できない場合が多く、在宅調整をするときに、自分達が一方的に行うのではなく、分からない部分を相談しながら調整していくことが大切なのではないかと思い、今後活かしていきたい。

【座長】

退院カンファレンスは、退院後の患者の予後を左右する大事なカンファレンスである。ただ、確かに在宅側、病院側のフルメンバーが揃うには調整が大変であり、その面で苦労があると思う。だが、大事な会議であるため、ウェブ等で共有しながら充実させてもらいたいと思う。一つの効果は、病院医に在宅医療を意識してもらえるととても大事な機会だと思う。実際に在宅医療をしたことが無い病院医が多いと思うため、そもそものイメージがあまりできていない。そこで、退院カンファレンスで、大勢の多職種がいろいろな専門職を現場でやっていると分かってもらい、在宅に向けての目を持ってもらうことも必要だと思う。その部分を充実させていきたい。

また、看取り搬送はとても大きな問題である。本日は、看取り搬送の議論はしないが、いずれ解決する必要がある、時間をかけて議論したい。施設からの看取り搬送はどのようにすれば良いか、病院医も苦勞する部分だと思う。

【委員】

看取り搬送は施設の経営方針もあり、在宅医も口を出すことができない。できれば施設の担当者に、甲府市から関わりを作る機会を作っていただきたい。個々の現場で、実際に私達が言っても解決ができない状況。

退院カンファレンスはとてもありがたい。先日、受け持ち患者が突然手術となり、病院に出向き病院医と話をした。情報の開示だけではなく、お互いに感情で伝わるものがある。これを無くすと砂を噛むような思いで虚しい。本日の病診WGのように、顔を見て話をして、マスクはしているが少なくとも喜怒哀楽は伝わってくると思う。これをやっていないと自分達の仕事がとてもつまらない仕事になる。そのため、このような機会を広げていくということ必要と思う。

また、先程お伝えした心不全の患者のように、情報共有だけでなく、必ず教育の場になっ

ている。指導しようと言っただけでも上手くはいかない。例えば、「この状態は心不全の末期である、しかし脱水であり、点滴は浮腫む、点滴しないと脱水。」の患者は、恐らく先程言ったように救急搬送が必要なくても救急搬送に必ずなってしまう。だが、そのような視点で必ず誰かが言わなければならない、それに気づいていただくことが、ケアマネジャーや看護師、家族等になってくる。

そのため、教育と言うと偉そうだが家族への教育として、医療職が伝えることができる機会は恐らく退院カンファレンスしかない。それを活かすことが、病院側に非常に大きなメリットになるのではないか。不要な搬送が確実に減ると、病院側の負担が減るということを、病医師に、納得していただく機会を多く作っていくことができると良いと思う。

また、在宅に戻ってきた患者については、なるべく手紙を書きフィードバックしている。病院によっては、亡くなった困難事例について共同で振り返りをしており、とても良い機会と思う。その辺りは、一切お金にはならない。だが、困難な事例は病院側も同様であり、事例を共有して振り返る機会を作っていけないと、自分達の仕事が無味乾燥になってしまうため、そのようなことができればと思う。

【委員】

バックアップ体制の部分について。当院は、地域包括ケア病棟が3フロアあるが、地域包括ケア病棟に入院すると、同病名で60日間、3ヶ月以上空けないと再入院できない。また、地域包括ケア病棟に入院すると、急性期に転院後もう1度地域包括ケア病棟に転院できないというような縛りがある。そのため、在宅医から少し経過観察でも良いという形で紹介された時に、急性期の病院医は何か病気が隠れていたら困るということで、一般病棟に入ることがある。そのため、ある程度、どのような発熱で、どのような見立てで少し経過を診てもらいたいといった判断があると、レスパイトの形で地域包括ケア病棟に直接入院し、経過を見ながら時々病院ほぼ在宅というような形ができるのではないか。だが、一度急性期から地域包括ケア病棟に転棟後、急性期に戻ることはできるが、1回の入院中に、地域包括ケア病棟を2回行ったり来たりができない。そのような部分で、私達も受入れの相談を受けるが、地域包括ケア病棟のベッドは空いているが、なかなかそこに入れられない。

また、レスパイト入院は、病院の主治医がいなくならないため、そのような部分を医師同士で話してもらえると一番良い。そのようなシステムがあるため、地域包括ケア病棟を持っているが、上手く活用することができていないと感じる。

【座長】

病病連携で、ある病院の地域包括ケア病棟から、別の病院の地域包括ケア病棟へということはあるだろうか。

【委員】

あるが、やはり60日である。

【座長】

それは、仕方がないことである。

【委員】

地域包括ケア病棟の値段の中で、サブアキュート（重装備な急性期入院医療までは必要としないが、在宅や介護施設等において症状の急性増悪した状態）の受入れというのは確か要件に入ってくる。サブアキュートとは、入院する段階でこれが本当にアキュートではなくサブアキュートとは多分言えない。そのため、恐らく国がそれを誘導させるために施策したが、

私はそれを失敗だと思っており、早く変わって欲しいと思う。

【座長】

他にいかがか。先程退院カンファレンスは、在宅医が病院医と会い、「またこの次に具合が悪くなった時もよろしくお願ひします。入院が必要になった時はまた次もお願ひします。」とお願ひをすることも一つの目的である。

【委員】

地域包括ケア病棟は、本来は廃用（過度な安静が長期間続いたり活動性が低下することで、筋力低下や心肺機能の低下、うつ状態、褥瘡など、身体に生じた様々な状態）が進行してしまう患者に対し、廃用を予防してリハビリテーション（以下、リハビリと記載する）を行い家に帰る。慢性期病院は力を入れていると思うが、この機能を更に活用できる仕組みを病診連携の中で作ってもらいたい。廃用が進行するのは仕方がないが、先程の出口戦略では大事になる。これを課題とすると大変だと思うが検討してほしい。

【委員】

そのことは本当に思う。当院も、どのように廃用取り組んでいくのか、力を入れている。やはりリハビリと栄養の部分が欠かせず、少しの水で食べられなくなり、それが1～2日伸びると筋力が落ち生活能力を逸していく。どのように迅速に対応し、その次にレベルを戻して、また在宅に戻る期間を短縮できるかという点で、最初の早期発見・早期治療が重要になる。そういう意味でも、使いやすさからも、ショートステイを再度開始した。

当院では、例えば、入院初日からリハビリを実施し、管理栄養士が栄養に入り、訪問口腔ケアで口も診ている。また、当院の特徴的な体制ではあるが、24時間365日の生活そのものがリハビリであるという視点で、その機能強化に取り組んでいる。リハビリの有資格者が介護士になり、夜勤帯の対応や一つ一つのポジショニングを含め、リハビリの視点を入れる流れを取り始めている。ただ、このようなところをケアマネジャーにどのように理解してもらえるか、また介護医療院の機能をどう知ってもらえるかが当院の課題である。このような機能を知ってもらい、上手く活用してほしいことを、会議等いろいろな機会知ってもらいながら、在宅の生活をバックアップできるような機能を図っていききたい。そのことを、今後発信していきたい。

【座長】

受入れについて確認したい。委員の資料に、「開業医、介護施設、地域包括支援センター等の相談のための専用ダイヤルを開設し、二次医療として積極的な受入れを行っている」について、これは周知されているのか。

【委員】

周知されている。代表電話だけではなく、診療所・開業医からの直通番号と、通院患者はケアマネジャーからの番号が別々にあり、それぞれラミネートして入れている。診療所の医師のところにはこれからであるが、数年前にも入れさせていただいているため、ご利用いただきたい。

【座長】

委員の資料の「開業医の先生との間で、患者をリスト化している。リストにある患者は24時間必ず受入れを行うことを院内で徹底している」とあるが、このシステムについて教えてもらいたい。

【委員】

令和5年度より開始した。元々当院に主治医がいる場合、患者が退院する際は当院の病院医から開業医に依頼するため、24時間バックアップして受けるという体制であり、その患者をリスト化し、現在10人程度いる。そのため、病院の主治医と診療所の医師との間で、話ができるとリスト化する。中には、地域医療連携室の職員等が、この患者をリストに入れて24時間受けていただきたいと話をすることもある。がんの末期の方等で、在宅に戻るが最期は病院でということがあるため、そのような患者はリストに挙げている。

【座長】

2人主治医制であろうか。

【委員】

その通りである。2人主治医制のようなもので、これまで当院がかかりつけでなくても、今後当院に通院するということがあれば、その時にリストに挙げるようにしている。

【座長】

在宅医からこの患者をリストに挙げて欲しいと願うことができるのだろうか。

【委員】

可能である。希望があれば、地域医療連携室の職員が仲介に入り病院医に伝え、リストに挙げることもできる。ただ、今のところは、病院医の判断となっているため、医師同士の話でということになる。まだ大々的には謳っていないが、一先ず始めているところである。

【座長】

在宅療養後方支援病院の簡素カバーといったところか。実際には、とてもありがたいシステムだと思う。ぜひ、それは進めてもらいたい。

【委員】

先程委員から地域包括ケア病棟でのリハビリの話が出たが、現在当院では、50人の患者に2人のセラピーが入っている。例えば、急性期の治療を終えリハビリに移行という形で、地域包括ケア病棟に転院する患者がいるが、回復期リハビリと同じような訓練を引き続き行うことができず、患者が自発的に行う部分と、機能を落とさない部分の集団リハビリが現実である。他の病院の話もあったが、医療体制の面だけではなく、地域包括ケア病棟のリハビリはなかなか難しいため、それならば在宅に戻り、訪問リハビリを利用する方が、患者も動くのではないかということが現状ある。

【座長】

皆様から多彩なご意見をいただき、ありがとうございました。本日、挙げられた内容を踏まえ、課題整理を事務局に行ってもらい、課題に優先順位をつけつけながら、具体的な対応策について、次回協議を進めていきたいと思うがいかがか。

(異議なし)

議事(4) その他

【事務局】

病診WGで、どのようなことを議論するのが良いかという部分について、皆様の意見交換を踏まえ、ご意見いただきたい。これまでの話は、入退院時の取組が中心だったが、病診WGとして、今後どのような議論が必要であるか、ご意見があればいただきたい。

【座長】

病診WGの年3回の中で、このようなシステムができた等、取組について目標があれば良

いのではないか。この病診WGで何を取り組んでいくか具体的なご意見はいかがか。

【委員】

私の理解は、病診連携とは、それぞれ診療報酬に既に明記されている入退院支援室や、先程の退院共同指導など。私は面倒ということではなく、1500点で1万5000円もらえ、結構ありがたいため、声をかけて欲しいというのが本音である。遠隔診療、Zoom等、メディカルケアステーションの中で12人まで電話会議等ができる。恐らく甲府市内の病院であればメディカルケアステーションになっていただくと、iPad一つあれば、テレビ会議ができる。もっと気軽に話し合う機会を作っていただければ、遠隔診療でも1万5000円もらえる。在宅医は忙しいから絶対行かないとは言わず、必ず行く。

入退院カンファレンスを具体的に進めるための一つだろうか。

機器等を使い、必ず全員参加と完璧にしようとする大変であるため、参加できる人だけ参加して進めるということでも十分良いと思う。ぜひ、機器の通信等便利であるため、これからもお互いにリモートを活用していきたい。

【委員】

先程の意見に賛成である。

【委員】

診診WGでも挙がっていたが、甲府市で何をしてもらおうのかよく見えない。診診WGで言えば、どうやって在宅医を増やすのかといったような、何か形で見えるものが良いのではないか。カンファレンスで連携している等、言葉だけで連携しているというのではなく、どのようにやっているのかを他の開業医達に見える形で、このようなシステムになっていると形にしていくことではないか。こういったまとめ役を、甲府市でやっていただくと良いのではないか。

【委員】

退院カンファレンスのシステムの構築や、患者の対応、困難事例等も入れて、病診間での振返り等のシステムの構築ができると良いのではないか。

【委員】

病院医が在宅のをあまり知らないことがある。例えば、点滴を行っていたら家に帰れないので長期療養型病院だろう、とIC（インフォームドコンセント）が入ってしまうこともある。在宅医でどこまでやってもらえるのかイメージができず、病院側も退院支援にとっても苦慮することが多くある。

患者は家に帰りたいが、どのようにしたら自宅に退院できるか。バックアップをする時は、病院側からすると、施設から来た場合どのようにしてもらいたいかわからないが、それを汲み取るということや、施設の方針に沿った支援はあまりできない。そのため、その時の患者の病状を見て、点滴だけで帰れるのではないか、帰れないならばなぜそこに入れないのかという形になってしまう。私の立場から言うことではないが、「退院カンファレンスはなるべく病院医が参加しましょう」というシステムを作るのは難しいかもしれないが、病院医が在宅医に任せられる部分に気づくことができると良いのではないか。そのため、リストアップも、在宅医と病院医が1人の患者を挟み、いろいろな情報共有ができて、提携や契約ではなく、患者を診ましょうという意味で取組を始めてみたところ。とにかく、病院医の指示がないと患者の受入れができないため、そこが病院側としては少し悩ましい。

【委員】

先程委員が言った1500点というのは、往診の患者の場合の連携のカンファレンスの単価だろうか。

【委員】

在宅医側の点数である。

【委員】

往診以外でもではなく、かかりつけの往診の場合だろうか。

【委員】

正確には、在宅療養支援診療所が参加した場合の往診の報酬である。

【委員】

その患者が、診療所に通院するのではなく、医師が在宅に出向く場合の点数だろうか。

【委員】

そうである。

【委員】

在宅はかかりつけ医だけでは難しいと思う。やはり病院に入院され、退院後の往診に行く患者だけではなく、別のかかりつけの診療所に通うという患者でも、医師同士で情報共有ができると思う。そのため、在宅療養の中身ではなく、かかりつけだった患者が別の診療所に行く場合も、そういった情報共有の場を持つことができ、それが点数になると良いのではないかと。その患者が診療所に通うことができず、往診になる時がいずれ来ると思うため、直前になってから情報共有をするのではなくて、その前から少しでも何かできると良いと思った。

【委員】

病院医の感覚は、退院カンファレンスはほとんど不可能に近いような状況。現在在宅療養後方支援病院であることを、病院医に納得させるだけで大変であり、「必ずあなたの担当ですよ」と伝えるだけで精一杯である。そのため、現状は何とか受入れるだけで精一杯というのが正直なところである。

現在、何とか甲府市が回っているのは二次救急病院が頑張っていて、二次救急のシステムだけがまともなシステムだと思っている。だが、病院医が在宅を知らないのは事実である。一方で、在宅医は、病院のことを知っている。ただ、どのように在宅について教えるのか。診れば良いと思うが、なかなかそこが上手くいかない。そのため、受入れる体制をとるだけで精一杯だというのが、当院の現状と理解してほしい。

甲府市の二次救急は、3病院で、1病院が一部やっているが、二次救急が1ヶ月に9～10日ある。具合が悪くなったらとにかく二次救急で受入れる。

例えば、当院に通院していた患者の具合が悪くなり三次救急の病院に行き、翌日入院したが、1日で当院に転院することは多くある。そういう形で何とかつないでいる。その状況で、カンファレンスの充実が必要と言われてもなかなか大変なのではないか。その時間を合わせるのが難しい。内容は良いことで、良く分かるというのが前提だが、現状はなかなか難しいのではないかと。病院側の受入れ体制を作るだけでも結構大変なのに、という部分がどうしても出てきてしまうのではないだろうか。

【座長】

ありがとうございます。病院側は大変と思う。ただ、病院に大変な思いをして通っていらっしゃる方も、在宅に戻してもらえれば在宅医がおり、その分外来の負担が少なくなること、

もう一つは基本的には看取りまでというスタンスでやっている。

【委員】

当院は急性期病院なので、患者は退院することが基本。語弊があるかもしれないが、当院は亡くなるために受入れるところではないと思っている。

【座長】

恐らく病院の病院医が普段診ている患者が、そのような状態になった時に、在宅医がいれば、そこで看取ることができるということがある。

【委員】

看取り目的の入院は少し困るということがある。

【座長】

看取り目的の入院とならないよう、在宅医はそこをバックアップするということだろうか。

【委員】

当院は最終的に在宅に退院させるのが仕事だと思っているため、どうしてもその意識が抜けない限りなかなか難しいのではないかな。

【座長】

本来、病院医と在宅医はWIN-WINの関係のはずだが、現状は病院医は大変な思いをしていると思う。

【委員】

やはりネットワークをどのように構築していくのかが重要になってくるのではないかな。在宅医をどのように増やしていくかと考えた際に、24時間のバックアップ体制をしっかりとつくるのが、家族も含め、在宅で看ることの安心材料になっていく。実際いざという時に、かかりつけが無い患者の場合は、情報が無い状況で、慢性期の病院で診ることができる範囲は限られており、事前の情報共有などのネットワークをどのように広げていくのかが課題になる。また、緊急入院は限られてしまう部分もあるため、まず一旦は二次救急病院や参事救急病院で受入れ、誤嚥性肺炎や脱水、低栄養、慢性心不全の急性増悪等は即当院で診ることもできるため、上手く活用してもらいたい。

【委員】

お金に関する最近のケースだが、退院時に「こんなにお金がかかる話は聞いていなかった」と言われることがある。また、在宅でも家に帰り普通に暮らすためあまり医療費がかからないイメージを持つ方もおり、患者と家族の思いが違って「こんなにお金がかかるなら来てもらっては困る」と言われるが、病院から手放された後どうするのかということが多々ある。

「ご存知ですか？在宅療養」の冊子があったが、訪問診療では経済面の部分も訪問看護や訪問介護が入る等で変わること、具体的に病院の中でも話してもらおうと良い。最近、訪問に行き、現在利用しているサービスや、新たなサービス利用をすることで退院ができることや、お金の話を全部説明することがある。その部分をもう少し話してもらえると、受入れも円滑になるのではないかな。

【委員】

それは医療ソーシャルワーカーの仕事と思う。退院時は、情報量がとても多く、そこまで話が回らないのが現状なのではないかな。そのため、その部分は仕方ないと思いながらやっている。忙しい医師はさらに忙しくすることととても似ていて、仕事を沢山している人は加速

的に仕事が増える。そのため、在宅での全てを説明していると、恐らくここにいる在宅医は皆寝る暇がなくなるのではないかと思う。

【委員】

甲府市で患者向けの共通のお金に関する資料を作ってもらおうと、病院も在宅もやりやすいのではないか。

【委員】

パンフレットは作った。

【委員】

外来と比較すると、在宅療養お金はかかるが、入院よりは安いということだろう。

【委員】

その辺を、全て説明することは大変。何かその部分が資料としてあると良いのではないか。

【委員】

3割負担の方では、月に1回行くだけで4万円位かかるため、とても大変である。

【座長】

経済的な状況がそれぞれ違うため、それは大変だと思う。冊子「ご存知ですか？在宅療養」の中には、そのお金のことが少し書かれている。これも個別の案件なので、さまざまある中で代表的な形ではこの位といった内容である。

他に何かご意見はいかがだろうか。

(なし)

本日の協議を聞き、甲府市から感想等いただけないか。

【事務局】

非常に多く意見が出ていたのは、やはり退院カンファレンスで、双方の情報共有・意思疎通がいかに重要かということを改めて確認した。その中で、委員の言ったような、市民向けの資料提供の作成は、行政の役割の一つなのではないかと感じた。また行政側や、この会議だけでは当然解決しないのではないかと思うため、ここで出た課題等について、取り組むべき必要なことを少しずつ持ち帰ってほしい。例えば、退院カンファレンスへの参加や、在宅医にも、このような取組を多くの医師に知っていただく等、少しずつ波紋で広げていけたら良いのではないかと思う。

本日の意見を整理するとともに、次回までに皆様にも意見等をお伺いすることがあるかと思う。どのような取組が必要なのか、分担しながら進めることができれば良いと思っているため、よろしく願いしたい。

【事務局】

病診WGは年3回予定をしている。今回、課題を洗い出し、病診WGで取り組むべきことの検討をし、ある程度方向性を出したかったということがあるが、今、いろいろな意見を伺ったところである。今後、事務局で意見を整理し、段階的に取り組んでいけることを、病診WGの中で検討したいと考えている。今後どのような取組が必要なのか見えづらいこともあると思う。その際には、個別にご相談をさせていただきながら、また座長とも協議をさせていただき、次回に具体的な検討ができるような方向に持っていきたいと思うため、よろしく願いしたい。

6 閉会