

**甲府市在宅医療・介護連携推進会議**  
**第2回 病診連携ワーキンググループ 議事録**

日 時 令和5年11月9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 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、健康政策課担当

（司会：医療介護連携担当課長）

- 1 開会
- 2 健康支援室長あいさつ
- 3 座長あいさつ
- 4 議事
- 5 閉会

**【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）第1回WGで挙げられた課題と考えられる取組の方向性（案）**

**【事務局】**

本日の会議では、主に2点についてご協議いただきたい。1点目は病診連携ワーキンググループ（以下、病診WG）の取組の方向性。2点目は取組の優先順位。2点について事務局で案を作成したため説明する。

資料1 2ページをご覧ください。ワーキンググループで挙げた課題と、ワーキンググループで取り組む方向性の案である。他ワーキンググループの課題と取組の方向性は参考資料をご覧ください。また、各ワーキンググループの課題と取組の方向性は、代表者会議で共有した。参考資料の縦軸は各ワーキンググループでどのような課題・取組が挙げたか、横軸はその課題・取組をどのワーキンググループで検討していくかで整理した。各ワーキンググループ第2回目から、取組に優先順位を付け協議を開始していく。

資料1 2ページをご覧ください。第1回ワーキンググループで挙げられた課題である。「在宅療養のイメージが本人や家族に不十分のまま、在宅療養が導入されることがある（経費や家族間の相違）」「退院時カンファレンスで、病院医師・在宅医師の意思疎通が重要だが、医師同士の意思疎通が十分に図れていない」「ACPが十分詰められていないまま救急搬送される方がいる」「介護施設での看取り体制の在り方」「院外連携の在り方」の5つを病診WGの課題とした。続いて、病診WGの取組の方向性案である。大きな方向性として2点、①「病院連携を促進するための取組」②「急変時や看取りを視野に入れた地域での取組」とした。①では、「在宅療養にかかる費用、家族介護の範囲等、本人・家族が在宅療養の基本・心構えが分かる資料が必要」「退院前カンファレンスの充実に向けた取組が必要」「病院主医師と在宅主医師による意思疎通の機会の創出が必要」「院外との研修や症例検討等の実施が必要」、②では、「地域における日常時からのACPの取組」「望まない救急搬送を減ら

すため、介護施設等における医療との連携体制の強化」。これら6つを取組の方向性案とした。

資料1 3ページをご覧いただきたい。ワーキンググループで挙げた課題をロジックモデルで整理した。左側に課題、右側に取組の方向性案を記載した。課題から取組の方向性案をどのように導き出したかの資料となっている。

資料1 4ページをご覧いただきたい。取組をイメージしやすいよう、連携場面のイメージ図に取組の方向性案を落とし込んだ。場面は「入退院時における病診連携の取組」「日頃からの病診連携の取組」「急変時、看取りを視野に入れた地域での取組」と大きく3つに分け記載した。

資料1 5ページをご覧いただきたい。これまでのまとめである。病診WGの取組の方向性はこのように整理したという資料である。これに優先順位を付け、具体的な取組について協議していきたい。

資料1 6ページをご覧いただきたい。今後の取組スケジュール案を記載した。優先順位により、スケジュールは変更するが、このスケジュール案は優先順位を検討する際のたたき台としていただきたい。

繰り返しとなるが、本日は取組の方向性案を元に優先順位と具体的な取組内容があればご協議いただきたい。

資料1 7ページをご覧いただきたい。今後具体的な取組を検討していく際の参考として、他都市の取組事例を記載したためご確認いただきたい。

#### 【座長】

ただいまの説明について質問はあるか。

(なし)

本日は6ページの今後の取組スケジュールに沿って話をすすめていく。ロジックモデルはとでも分かりやすく整理されており、最終的に5つの取組の内容が示された。本日の限られた時間内で全て議論したいため円滑な進行にご協力をお願いしたい。

#### 議事 本人・家族が在宅療養に関する具体的なイメージができる資料等の作成

まず、本人・家族が在宅療養について具体的なイメージができるような資料の作成とあるが、3年程前に甲府市医師会と甲府市で「ご存知ですか？在宅療養」という市民啓発資料を作成した。初めてこの資料を見た方はいるか。主に事業所や外来患者に向けて勧めている。1回改訂し、例えばP11「在宅療養についてのQ&A」に「在宅医療・介護にはどのくらいの費用がかかるのか？」という項目を追加した。在宅療養を利用する本人・家族の関心の大きいところである。他にも、図で説明することをポリシーとしており、多職種がどのような役割で関わっているか、また5つの体験記(事例)を掲載した。これがどの程度活用されているかは不明だが、非常に分かりやすく作られていると自負している。これが基本としてあるという前提だが、更に上回るものを作成するかどうか。または、必ずしも必要な場所に渡っているのか不明であるため、そこを充実させていくのかを議論したい。

資料1 7ページに横須賀市の取組がある。これを参考にしたいと思うが、この資料を本日持参したためご覧いただきたい。字が多いように思うが、かなり丁寧に記載されている。資料を作成することは予算が必要だが、予算の準備はいかがか。

#### 【事務局】

予算の準備はこれからである。

【座長】

数十万から百万程かかると思うが、作成すると決まれば実現可能という理解で良いか。

【事務局】

そのような理解で良い。

【座長】

横須賀市のような媒体もあるため参考にしてほしい。

他委員から何かご意見はあるか。

【委員】

甲府市の「ご存知ですか？在宅療養」の方がコンパクトで見やすく良い。字がたくさん記載されていても読まないことが多い。例えば、インフルエンザの問診票ですら記載漏れをする方が多い。このような土台があるため、これを活用し再改定しても良いのではないか。

【委員】

委員と同意見である。甲府市と協力し作成したものがあるならば、それを活用していくのが良い。

【委員】

とても分かりやすいと思う。だが、当院には置いておらず、どこで「ご存知ですか？在宅療養」をもらうことができるのか教えていただきたい。

【委員】

とても良い資料だと思う。ここまでの土台ができているため、新しいものを作成するというより、再度見直す形が良い。甲府市で新たに「わたしの想いノート」を作成したため、「ご存知ですか？在宅療養」の中に出てくる「想いのマップ」が変更になると思うが。在宅療養に関わる費用の部分も、前回意見に挙がっていたため十分かと思う。裏面の相談窓口一覧に包括支援センターも掲載されておりとても良い。

【委員】

患者にしおりを渡し、介護申請の方法や料金表を見ながら説明する際に、「ご存知ですか？在宅療養」を併せて渡すことでより分かりやすいものになる。週間スケジュールを患者と確認しながら情報収集することもあるため、これを土台として進めていくのも良い。

【オブザーバー】

非常に分かりやすく良い。文字が多いかと思ったが、横須賀市と比較すると甲府市の方が良い。大体皆項目の題字しか見ないため、当院に置いてあるが残っている。これをベースに更新していければ良い。

【委員】

当院に置いてあるが、使用したりしなかったりである。使用した方に感想を聞いたことがないため、どのように活用されているか現状は不明である。患者は高齢者が多く、見易くイラストが付いており、誰が見ても分かりやすいものになっているため、「ご存知ですか？在宅療養」を活用していければ良い。

【委員】

他委員と同意見であり、イラスト付きで非常に分かりやすいため、「ご存知ですか？在宅療養」を活用していきたい。具体的な事例の記載があり、Q&Aは身近な内容となっている。また、裏表紙にかかりつけ医やケアマネジャーが記載し共有できるようになっているのは、

情報提供の資料以外の役割も果たしている。ぜひ、活用していきたい。

【座長】

概ね高評価をいただき、作成した甲斐があった。今後「ご存知ですか？在宅療養」を更新する形としていきたい。また、先程「想いのマップ」を甲府市で新たに作成した「わたしの想いノート」に変更のご意見があった。「わたしの想いノート」を紹介するようなページと、自分が在宅療養をはじめる際にどこに連絡をしたら良いか一目で分かるページがあると良い。

本日初めて「ご存知ですか？在宅療養」を見た委員もいるかと思うため、一度持ち帰り意見があれば次回以降いただきたい。できるだけ作成にお金をかけず部数を増やし配布していければ良い。

事務局の方はいかがか。

【事務局】

そのような方向性で進めていただきたい。

## 議事 退院前カンファレンスの充実に向けた取組

【座長】

退院前カンファレンスの充実に向けた取組だが、まずは病院から現状の説明をしていただきたい。

【委員】

当院では、患者に在宅医や訪問看護が関わっている場合、声を掛け退院前カンファレンスに参加してもらっている。だが、やはり問題となっているように当院の病院医が参加できていない状況。参加する予定であっても、急患等の対応に追われ参加できていない。また、資料1に退院時共同指導の記載があるが、加算について「病院医師がカンファレンスに参加すると加算がつく」「このように私達は加算をとっている」と病院医と話をすることがない。そのような部分の話を院内で進めていかなければならない。

【委員】

退院前カンファレンスは、退院することを見据えた中身となるため、当院では地域包括ケア病棟での取組となる。病院としては退院時共同指導料等の算定はしていない。ただ、参加する訪問看護等在宅の関係者は加算が付く中身であるため、病院医の多忙と病院の加算とはならないため、モチベーションは落ちていると思う。

連携している病院同士の中で挙げた話題だが、入院して間もない1～2週間の患者・家族に病状説明を行いながら、介護連携加算としてケアマネジャーや訪問看護にも入ってもらい、まず疾患を治すより患者の生活に合わせ、どこまでADLを上げていくのか、早期にゴールを共有できると良い。急性期で入院した際の1～2週間で開催できると、ゴールを共有しやすく、病院医も患者を疾患から見のではなく、生活から見ることができ、どこまで回復することが良いのか、生活を見据えた治療方針に変わっていく。

「退院前カンファレンス」という名であると、退院が近いように思えるが、入院後1～2週間の急性期にいる間に、そのような場があると良いという意見もあるため進めていきたい。

【委員】

当院では、退院が決まっている患者の退院1週間前に行うが、突然退院する場合は当日に行う場合もあるため、退院前カンファレンスをいつ頃行うかということに関しては、調整す

る看護師の力量になってしまっている。また、どの病院でも同様だと思うが、参加する医師と参加しない医師がおり、参加する医師は必要性を理解しており積極的に参加している。参加しない医師は声を掛けても参加しない。まずは、院内へのスタッフへの退院前カンファレンスの必要性をどの病院でも強化していくべきか。中身に関しては、退院時共同指導料をとっているため、その項目に特化した内容となっている。

病診WGの中で、カンファレンスの中身か、スタッフへのアプローチか、どこを強化し充実させていくのかを統一した方が良いと思う。全体で行っていくことと、各病院で行っていくことがずれていってしまう気がしたが、上手く表現できず申し訳ないがそのように思う。

#### 【委員】

当院では、入院後そのまま看取る患者が多く、実際に当院はそのような役割もあるため対応している。最近では、在宅から入院する患者は月5～10件程、緊急入院は月5～10件程で内在宅から緊急入院は3～5件程であり受入れができています。在宅への退院は、死亡退院を除き大体80%以上退院支援ができています。

退院前カンファレンスは全て実施する方針であるが、病院の主治医が必ず参加している。緊急入院は数的に少ないため、自宅への退院調整の部分で、ケアマネジャーや訪問看護、サービス事業所等在宅の関係者の参加や、本人・家族が安心安全に在宅で過ごすことを考えた情報共有等をカンファレンスの中で実施し、在宅へつなげていくことを意識したチームアプローチに取り組んでいる。介護連携指導料は基本的には100%とるという目標を掲げシームレスに進めている。

#### 【座長】

主治医は在宅医の場合でも参加ができていますか。

#### 【委員】

現状では、当院から退院する場合、当院の病院医が主治医になることが多い。在宅医が参加する場合もあるが、数としては少ない。基本は当院がかかりつけ医になることが多い。

#### 【委員】

当院でも、自分達でアセスメントし、地域の関係者にカンファレンスの参加の投げかけるのが良いと考えるが、個人の力量によっては、地域から依頼があった場合にカンファレンスを開催することが多くなっている状況。

病院医の参加率は、医師によって差はあるが、お声掛けをして手術等重なってなければ比較的多くの医師が参加している。積極的に参加を促していく必要は今後もある。

#### 【座長】

ありがとうございます。在宅医側からご意見はあるか。

#### 【委員】

私自身はなかなかカンファレンスに参加することができないが、当院に勤務している日当医師は往診専門のため、予定が合えば退院前カンファレンスに参加している。また、参加できない場合は、必ずトータルサポートマネジャーが参加している。

#### 【委員】

今月の日経ヘルスケアに、10月4日の中央社会保険医療協議会の資料が掲載されていた。在宅部門の部分で、退院時共同指導料の課題が議題として挙がっており、病院側と訪問診療側でいわゆる意思決定支援がしっかりとされていないということが、問題として指摘されていた。この辺りが診療報酬会議で病院側にも在宅側にも良い方向に改訂されるのではないかと

と期待している。お金を貰えるから頑張るというわけではないが、国は意思決定支援を病院・在宅の両方で進めてほしいと伝えており、不要な救急搬送を減らし、適切な看取りを推進したいということがあるのではないかと。我々が考えている課題と一致していると思うため、前向きに頑張っていきたいと思う。

【座長】

今発言にあった退院時共同指導は、改訂されることで手厚くなりそうか。

【委員】

この議題が出たということは、多分国は推進したいのではないかと。あくまでも可能性の話であり、楽しみにしているところである。連携強化という部分は、どのステージでも進めてほしいと考えているのではないだろうか。そのため、私達も頑張っていくという気持ちである。

例えば、在宅療養後方支援病院や在宅療養支援病院が、特定の介護施設から依頼を受けることを推進するなど。医療・介護連携はその辺りの話も出てくるのではないかと。退院前カンファレンスは連携の非常に大切な鍵となるため継続して行っていくことや、お互いに学習し合うような場を作っていくのが良いのではないかと考えている。具体的な事例がないと皆イメージができないと思うため、成功事例や反省事例を出し合う機会と作っていく。裾野を広げていくような活動が大切だと思っている。

【座長】

ありがとうございます。今圧倒的に病診連携が上手くいっていないとされており、特に病院医と在宅医の連携が薄い。互の理解が弱いと思うが、国としては取組に対し診療報酬を付けて進めているが、お金の問題だけではなく、病院側も在宅側も良い情報交換ができるため、ぜひ進めていきたい。

今思ったことだが、誰が退院前カンファレンスを行うと言ってくれるのか。病院の地域連携室や、患者のケアマネジャー等なのだろうか。在宅側から行うということはないと思うが。

【委員】

入院時にケアマネジャーからもらう情報提供書に、退院前カンファレンスの希望の有無を記載でき、必ずそこに「希望あり」と意思表示がされる。

【座長】

ケアマネジャーが「希望なし」と記載すれば、カンファレンスは行われなかったということか。

【委員】

そういうことになる。逆に「希望あり」と記載されていても、行われなかったこともある。

【委員】

ケアマネジャーがそれについてどこまで理解をしてやっているのか。あまり分かっていない方もいるのではないかと。

【座長】

その場合は困ったことになってしまうが。流れとしては、ケアマネジャーが退院前カンファレンスを希望し、病院の地域連携室で調整し行われるということと理解した。

【委員】

どの病院でも入退院支援加算をとっていると思うが、病棟に入退院支援担当職員がおり、その担当が病棟師長や看護師と連絡調整し進めている。それが地域連携室か、患者サポートセンターなのかは各病院で異なる。必ず病棟担当者がおり、その担当が進めているところで



ってくれば協力できる。あまり大々的に行っても難しいため、会議室等でも良いのではないか。

【委員】

資料では、今年度内容を検討し、来年度実施し日頃からできるようなベースを整えるイメージかと思う。病診WGで、病院側と在宅医が参加しているため、同じようなテーマで事例検討を計画的に実施できれば良いのではないか。例えば、2月が当病院であれば4月、6月と別の病院で行うような形。各病院での実施では、年1回か開催しない可能性もある。甲府市で計画的に声を掛けてもらえると開催しやすい。

【委員】

かなり準備は大変かと思う。

【委員】

そう思う。そのため、開催しても事例は1つか2つ程度となってしまう。やり方もあるため、医師は大変かもしれないが、持ち回りという形で計画し毎年実施していけると良い。症例はどここの病院でも持っているためいかがか。

【委員】

今イメージしたことだが、そのような研修会を zoom で配信し、それを病院医に見てもらえば良いのではないか。

【座長】

確かに、各病院で開催してくださいと言うのは簡単だが、実際具体的にどのように行っていくのかは明確ではない。だが、最低限の当事者である病院医、在宅医、訪問看護師、病院のワーカー等も入り、1つの事例を通して検討を行うと、案外病院医は退院後のことをご存知ない可能性もあり、また顔の見える関係づくりにもなる。とりあえず症例1つ選んでもらい、まずは委員の病院から実施してみたいかがか。時期は無理のない範囲で、委員の病院の会議室で事例検討を行う。後に様々な病院で開催していく形で良いのではないか。次回病診WG具体的に決めていければ良い。

その他ご意見はあるか。

(なし)

続いては、ACPに関してだが、議題が大きき議論が尽きない可能性があるため、これは最後とする。

## 議題 介護施設等における医療との連携体制の強化・ACPの取組>

【座長】

介護施設等における医療との連携体制の強化については、ACPも関与してくる。これについては、今看取り搬送が問題になっていると思う。介護施設に限ったことではないが、望まれない看取り搬送が起こり、受入れる病院が大変であり、救急医療に差し支えることになり、実は本人も望んでいなかったということがあり得る。今年度の顔の見える関係づくり交流会は、その辺りがテーマとなっている。意思決定支援の部分で、心肺蘇生を救急隊がどのようにするかという討論となりそうか。

そもそも看取り搬送をする前に、防ぐことはできないかということ。資料を配布するが、魚沼市の看取り隊についてである。魚沼市の取組では、在宅で主治医がいない患者や施設に看取る医師がいない場合、患者が亡くなった際、訪問看護師がファーストコールを受ける。

主治医がいる場合はここで主治医に連絡がいる。だが、主治医と連絡が取れない場合、訪問看護師等が看取り隊を要請する。看取り隊は、在宅医が登録しているが義務や輪番制にしておらず、都合が合えば行く、都合が合わない場合は行かないという前提となっている。そのため、誰も都合がつかなければ行かないことがあり得るが、そこは承知の仕組みである。都合が合う在宅医は、患者の自宅や施設に出向き、身元確認を行い死亡診断書あるいは死体検案書を書く可能性もあるが、そのようにして看取り搬送を防ぐという取組である。

これには足枷となる問題が2つある。1つは看取り隊に登録している在宅医が1人～2人であると負担が増してしまうため、大人数いると良いが、そのような医師がいるかどうか。2つ目は看取り隊を差配する拠点の病院がないと、どこに連絡して良いのか混乱してしまう。魚沼市の場合は市立病院が担っており、看取り要請が来た場合、当直の看護師が登録している医師に1人ずつ電話し、都合が合う医師に要請をかける。そのような取組が可能であれば、看取り搬送が減らせるのではないかと聞いている。

施設については、病院併設の施設であればその中で解決するが、高齢者施設によっては、配置医がいなかったり、配置医が看取りをしないと決めていることもあるため、救急要請し看取り搬送となってしまう。ただ、甲府市医師会からも特別養護老人ホームや老人保健施設等は、医療と別建てで考え敷居を下げて、医療が入れる仕組みを作ろうと要望があり、要求を出しているところ。

これについていかがか。

#### 【委員】

私は機能強化型在宅療養支援診療所をとっており、これまでほとんどないが、自分が看取りに行けないときは、連携している別の医師に頼む形となる。先程の看取り隊の話は、この連携ができない在宅医向けという考え方で良いのか。私も委員等もそうだと思うが、自分達でなんとかできてしまう。単独で、どことも連携しておらず在宅療養支援診療所でもない医師向けなのか。

#### 【座長】

本来であれば看取り隊を利用するようなことはないが。

#### 【委員】

基本的にはないと思う。そのようなことがあれば私達は厚生局に通報されてしまう。病診WGに出席している在宅医は天災でも起こらない限り看取り隊にお世話になることはないのではないか。

#### 【委員】

嘱託医がいる施設で、嘱託医が看取らないとした場合に行くことはある。

#### 【委員】

実例だが、ある患者が在宅で亡くなっており、連携しない診療所で診ていた主治医が海外に行き飛行機で連絡がつかないときに協力したことがあった。私が診ていた患者ではないため、結局死体検案書を出さなければならない。そういう事例を、なくすことができる仕組みがあれば良いと思う。その辺りは、訪問看護のニーズがとても高いと思う。医師はあまり困っていないのではないかと。

#### 【オブザーバー】

看取り隊の登録は、在宅医もそうでない医師も登録している形と思うが、訪問診療をやっ

ていない嘱託医の介護施設で亡くなった場合どうするのかという話になってくる。訪問看護師が受け市立病院にという流れになっているが、大体は主治医に連絡が取れるため、あまり例としてはないのではないかと。もし、市立病院で担うとなれば、当直業務が増えるということに関して、いかにスタッフに受入れてもらえるかということ。病院医に在宅のことを理解してもらいやすいよう、どのように伝えるのかと似たような問題である。

この取組があれば便利であると思うが、登録医がどのくらいいるか、どのような順番で要請が来るのか等で波紋がありそう。看護師のハードルも高くなってしまっているのではないかと。

【座長】

恐らく件数は少なく、年に数件程度だろうか。だが、このような取組があることで、多少在宅医療がやりやすくなるのではないかと。万が一の時にも補うことができるシステムが1つでもあれば良いと思う。また、手を挙げる在宅医がどのくらいいるかということだが。

【委員】

機能強化型在宅療養支援診療所をとっていない医師にも、機能強化型在宅療養支援診療所ができるようなバックアップできる連携体制があれば良いと思う。ただ、インセンティブは作ってほしい。問題として、保険診療的に算定できない可能性がある。実際に私の事例では検死となったため、往診料や看取り加算をとることができず、その部分は、本来の主治医が実費で負担してくれた。大体実費で5万円程になり、そのような部分が曖昧では困るため、事務的な部分は決めておいたほうが良い。

【委員】

私も同意見である。

【座長】

そのような詳細な部分はたくさんあるが、概ねそのような取組が可能であるかという意味合いで提案した。だが、これについては山梨県が取組をはじめ、予算を出そうという方針になっていると思うため、その辺りとの兼ね合いもあると思う。

【委員】

施設の方に予算を掛けるという話ではなかっただろうか。山梨県では、拠点を置くという話で、看取り隊とはまた少し違うイメージを持っていた。

【座長】

そのような取組がはじまっているということも視野に入れていきたい。

【委員】

看取り隊から少し話が逸れるが、介護施設との連携の部分で配布した資料を見てほしい。介護施設と病院・診療所が連携するところに加算が付きそうという話である。今介護施設から緊急の往診依頼について、制度的に整っていないのは機能強化型在宅療養支援病院である。理由は、機能強化型在宅療養支援病院の認定要件に介護施設・高齢者施設との連携が必須となっている。ただ、山梨県には現在機能強化型在宅療養支援病院はなく、在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院であるため、制度的に一致していない。これは来年の4月に何らかの形で算定されることになる。イメージは、高齢者施設からの不要不急な救急搬送を減らす部分かと思うが、少なくとも亡くなったら介護施設に往診してくれる医師がいてほしいということが運用としてあるのではないかと。ACPからやや外れると思うが、この部分を話し合っておくことも大切ではないかと。病診WGのみで解決できる問題ではないため、ぜひ他のワーキンググループでも取り上げてもらいたい。

【座長】

今病院死以外で一番多いのは、高齢者施設かと思う。だが、高齢者施設と話をする機会はなく、このような会議にも施設側は出席していない。

【委員】

全国的に見ると、機能強化型在宅療養支援病院が看取り、入退院調整を含め7割対応しているのが現状。在宅療養後方支援病院は2割以下、在宅療養支援病院は3割くらいであり、算定がされていない。そのため、その辺りを診療報酬改定で上手く後押しできれば、山梨県でもそのように対応ができるのではないかな。

【座長】

そのような制度の上で連携が組めれば良いが、現実には二次リンパに埋まってしまう。

【委員】

その通りである。無法地帯のようなもの。

【座長】

施設のことは、ブラックボックスの印象である。良い方法を模索しているが進まないのが現状である。例えば、高齢者施設の代表者に会議に出席してもらい意見を聞くのも良い。施設によっては多く看取っているところもあるが。

事務局としては高齢者施設との連携の部分はどのような考えか。高齢者施設の許認可権は甲府市で持っているのか。

【事務局】

中核市移行は甲府市で持っている。

【座長】

施設側と話し合う機会を設けるのはいかがか。

【事務局】

その部分については検討していきたい。

【座長】

少しの接点をつくり、お互い顔の見える関係ができればと思う。

続いてACPについてである。

議題 ACPの取組に関する働きかけ

【座長】

ACPについては、国も人生会議といい力を入れている。以前このような会議で、孔明な医師が「ACPとはなにか？」と聞いており驚いた経験をした。私達はこのような仕事をしているため、ACPは当然当たり前となっているが、実際は全く浸透していないような現状である。それを会議の場で打破しようということは難しいが、細々と市民向けの研修会でACPを取り上げたり、出前講座「ご存知ですか？在宅療養」ではACPのことを伝えている。

出前講座「ご存知ですか？在宅療養」は皆様は知っているだろうか。在宅療養について記載のある教材を使用し、解説し、ACPの話をしている。ACPの出前講座を独立して1つ作ってはどうか。

【委員】

意思決定支援相談員の研修が細々と続いている。確か県立病院の医師が講師となり行っていたかと思うが。2020年頃だったかと思うが、コロナ禍でありマスクをしながら外で実

施していた。教える側になるとしたら、恐らく勉強した方が行わないと整合性や継続性が取れないと思う。私も3年前に研修を受けた、本人との意思決定の妥当性の評価等かなり難しい内容であった。もし本気で実施するとしたら、時間はかかると思うがプログラムを作ったほうが良い。私自身も力不足ではあるが、見よう見まねで行っていても、本当のところは伝えきれないのではないか。ACPの研修会を開催できる資格を持っており、講師になれる医師は山梨県には数名で、山梨県内にはあまりいないのではないか。

#### 【座長】

私は違う意見を持っているが、そもそも研修会等の難しいことが必要なのかと思う。理路整然としたプログラムを組まなければ、ACPを広げられないのだろうか。もっと身近なことから入るという視点で、例えば、終活があるが、葬式や財産のことなど割と考えやすいことから始まる。そこからの介入でも良いのではないか。最終的に自分はどのような生活をしたのか、どのような最期を迎えたいのか。「死ぬ」ということを考えると、日本人は「縁起でもない」という考えになってしまうが大事なことである。

一つの教材としては、「わたしの思いノート」に沿って進めていけばACPにつながる。理路整然としたものであると、ハードルが高くなってしまおうと思う。どのようにしたらいいものか。

#### 【委員】

研修会だけではないが、そもそもACPがなぜ大事とされてきたのかは、2000年にサポートスタディで意思決定支援のプログラムを行ったことで、不要な終末期医療が減少したということから。それまでは、いわゆるリビングウィルであったが、リビングウィルは半数程の意見でひっくり返ってしまうということがある。アメリカで行われたサポートスタディでは、基本的には研修を受けた看護師が患者に対し話し合いや相談を行った。最低限知識や経験のある方が行うのが望ましいと思う。

委員の発言通り、堅苦しいもので行うことではないが、基本的な部分を抑えていかないと、異なった理解で広がってしまう。面倒であるが、質の部分を担保しなければならない。

#### 【座長】

質等以前の問題であり、あまりにもACPの認識が弱いと思う。様々な場所でACPの話題が出るが、市民に届いていないのは事実である。ただ今後も継続をしていくしかない。

まだ「わたしの思いノート」はできていなかったらどうか。

#### 【事務局】

完成している。

#### 【座長】

そのようなものから勉強しながら、普及していくのが良いと思う。

#### 【委員】

少し話が逸れるが、先日「中央ほうかつ管内顔の見える関係づくり交流会」に参加し、甲府市の地区担当保健師がALP（アドバンス・ライフ・プランニング）の話をしており面白いと思った。厳密なACPとは異なるが、若い元気なときから人生を計画する癖をつけておけば、その後のACPという考え方も円滑に理解することができる。

#### 【委員】

先程の介護施設のACPと関連するが、介護施設から高齢であり徐々に食事摂取できなくなり発熱しているため受診させてほしいと緊急で入院相談を受けることがある。その際に、

相談を受けた職員が、かかりつけ医や嘱託医とどのような話になっているかと確認する。受診すれば治療や処置は行うが、どこまで行うかは救急の医師が決めるのではなく、施設の職員はその部分が曖昧になっていることが複数あり、病院から家族やキーパーソンに確認しておいてほしいと返す。

いざというときにどうするのかという話は、私の感覚だと、その辺りの年齢であれば考えているものだと思っているが、そうではない場合もある。そのように思っているが、急に発熱し食事摂取できないと受診したいという家族は多い。一人ひとりや若い人はそうだが、やはり介護施設の職員とかかりつけ医・嘱託医・施設医と日頃からどのような話になっているのかが、見て分かるようなカルテがあると良い。

#### 【座長】

大概事前指示書のようなものができていない、またその段階で患者の意思表示ができないことが多いということ、そこで家族の意向が決定的なものになってきている。我々からすると、そのような場合は家族の意向に沿うことになると思う。老衰であり仕方ないという方もいるが、見捨てないでほしいという家族もおりジレンマを感じる。あとは、呼吸困難や心不全等どの程度の症状であるかだと思う。この状態のまま看ることができないということもある。

#### 【委員】

先程配布した日経ヘルスケアの現状と課題の資料にもあるが「ICTを活用している患者は、急性不安対応目的の入院等が減り、容体が急変した際の入院先として緩和ケア病棟や地域包括ケア病棟が多かった」とある。ACPはその場の1回の話し合いで決まるものではなく、在宅に関わる医療者は日常的な診察と医療通話のなかで、とにかく心配であれば連絡がほしいと伝えている。そのような部分をどう評価するのかは、また継続的にやっていきたいと思う。

委員の発言を聞き思ったが、試行錯誤でやっていくしかない。最初から結論ありきではないため、トライアルアンドエラーで、事例検討会で一つ一つの事例を丁寧に検証することや、共同で行う研修会でACPの題材を必ず入れる等、そのような形で互いの経験を共有していき、地道に行っていくしかないと思う。ただ、各々共通したACPの価値観がないと上手くいかない。

#### 【委員】

先日、山梨県看護協会の「希望する最期を迎えるために」という研修を受けた。その中で、ACPという言葉の理解が全体的に統一されていないため、病院医はDNARを取ることがACPだと思っていると話があった。私達にとっては、点滴等しなくても良いと判断した患者が救急搬送されてくる判断してしまうが、患者や家族はどのように思っているのか分からない状況があるため、その部分は合わせていかなければならないと思う。

また、看護師が患者に進んで意思決定の確認をとっていくことが必要という研修内容であったが、病診WGでACPのどのような取組を行うべきかについてだが、「わたしの思いノート」は代表者会議のメンバーで出前講座を行っていくと思う。そうすると病院医との意思統一をしていくことが良いのではないか。当院医師も、患者カルテにDNAR「する」「しない」と記載し、患者がどのような状態でも入院中はその指示が通ってしまう。看護は変化するものと捉えているが、その部分はずれてしまうため、病院に向けたACPの取組が良いのではないか。

委員の発言通り、患者も理解していないが、病院の職員も理解していない方がいるため、「わたしの想いノート」を土台として同じような事例・研修を行っていくのが良い。

【座長】

取組のほとんどはACPにつながっている。そのため、病院の研修でも当然ACPは取り上げられる。繰り返しながら互いの認識を上げていくことが必要か。

【オブザーバー】

ACPや「わたしの想いノート」については、患者個人の話であり、どれだけ病院や診療所でやっても、患者本人のことであるため患者側が変わってくれないと困るため、ここで話し合っても難しいのではないかと。もちろん医師や看護師への普及は必要だが、患者の意識が変わらなければどうしようもない。この病診WGで結論がでるのだろうか。

少し話は逸れるが、病診WGに参加している在宅医の委員は病院医の経験があるため、病院と在宅の違いをよく分かっている。だが、病院医は在宅のことが分からず、在宅医がどのようにしてほしいのか伝わらない。例えば、連携が浅いときは、患者の診療情報提供書しか送られてこない。そのため、病院医がどこまで治療をすれば良いのか伝わらない。医師レベルでどのような情報が必要かすり合わせできていない、またそれが言葉にできていないと難しい。横須賀市の取組のように、訪問診療に同行すれば分かると思うが、そのような機会もない。点滴のみで良いのか、完治するまでなのか、また完治するまでだと、QOLやADLが顕著に落ちてしまい入院が長引いてしまう。

その部分の話題を病診WGで話し合うべきではないか。ACPは言葉を理解してもらう必要はあるが、医療従事者が言っても患者が変わってくれなければ意味はなく、その部分で「わたしの想いノート」が使われれば良いと思う。

【座長】

オブザーバーの発言のように、在宅医と病院医の意識のずれはあると思う。

【オブザーバー】

在宅医は、在宅も病院も経験しているため理解がある。病院医は病院の経験しかないため、分からないのも理解できる。

【座長】

私の患者で、病院に行って、在宅に戻りまた病院に入院する方がいた。病院では、点滴治療し帰ってきているが、それは全く患者のためになっていない状況である。在宅医が病院医にお願いしたいことは、今の肺炎や心不全等の急性期の病気を治してもらいたいこと、なるべく早く退院させてほしいということである。例えば、絶飲食の期間を短くする等、膀胱バルーンを抜去してほしいなど。

在宅医も在宅で診療を行っていて、そのような考えに至っているため、そのような部分を病院医に理解してもらいたい。共通理解を持つためにも、在宅医と病院医で意見交換するべきだが、今までもそのような機会はない。病院側も、在宅医に言いたいことがたくさんあると思う。そのような本音の話ができるよう、その一助として新たにはじまるかもしれない病院内のケースカンファレンスをはじめていき、いつかは病院医との忌憚のない意見交換をしたいと思う。

【委員】

病院の機能はとても大事だと思う。私は病院がしっかりと機能するために、在宅があると考えており、噛み合わないことはあるが、機能が違うからこそお互いが補完し合うことが大

切と思う。だからこそ、退院前カンファレンスが地道な関係づくりに必要である。話をしたことがある医師であれば、手紙が来ただけでその医師の顔を思い出せばなんとなく親近感が湧く。そこが第一歩だと思う。どんな時でもコミュニケーションで上手くいかないことはあるため、互いがネガティブに考えない。考えることは、病院が大変、在宅が大変という前に、山梨の医療がこれ以上大変にならないよう、互いが協力する以外に良い解決方法はない。人口減少が進む中、2040年頃になると患者数も減るため、協力しなければ近いうちに互いの経営が成り立たない状況で共倒れになってしまう。それがそれぞれの課題解決の最終目的のように考えている。今だけでなく、10年先のことを考え良い未来にしていこう、自分達の後輩の若い医師が夢を持てるような医療環境にしてあげたい。自分が歳をとったときに、誰にお願いしたら良いのか不透明であり、病院も在宅もダメとなるとどうしたら良いのかと思うため、本音だがそのために良くしていきたい気持ちもある。病院と病院の関係性もあるため、これからはじめていければ良い。

#### 【委員】

今病院に勤務している医師は、時間的にも大変かと思うが、在宅はこんなことをやっているのだと知るために、まずは見てもらうことが一番話が早いと思う。

#### 【座長】

在宅医や外来としては、入院が必要な時に調整してもらい、治療してもらえることが一番関心が高い。最終的に看取りができる人は在宅医が引き受け、病院医はできるだけ在宅に戻してもらう、症状が軽度な患者は外来で診るというような役割分担をやっていくことが、互いのため、患者のためになると思う。

時間も限られているためまとめるが、「ご存知ですか？在宅療養」の資料は更新し活用していく、退院前カンファレンスは充実させる方向で在宅医も参加できるよう調整してもらう、研修や症例検討は仕組み・制度して委員の病院からはじめていければと思うため、次回内容を検討していく。ACPは継続課題として今後も検討していき、介護については看取り隊のことも視野に入れながら検討していきたいと思う。

## 6 閉会