

甲府市在宅医療・介護連携推進会議

第2回 病病連携ワーキンググループ

議事録

日 時 令和5年11月21日（火）午後7時～午後8時10分

会 場 甲府市役所本庁舎4階大会議室

出席委員 9人（内1名代理）

欠席委員 2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、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 座長あいさつ

3 議事

【座長による出席者数の確認】

委員10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。

**議事（1）ワーキンググループの意見及び取組の方向性と病病連携ワーキンググループで
取り組む内容の検討（資料1）**

【事務局】

資料1をご覧ください。第1回目病病連携ワーキンググループ（以下、病病WG）で
挙げた課題を確認し、そこから考えた取組（案）を示す。案以外に必要なと思う取組があ
れば、ご意見をいただきたい。取組について、優先順位をつけながら協議を進めていき
たい。

資料2ページをご覧ください。

第1回病病WGで挙げた課題について確認する。病病WGでは、「急変時の受け入れにお
ける各医療機関の機能分化（特に事前に取り決めがない場合）」「転院時の介護等生活支援
情報に関する情報の共有不足」「院内における情報連携に課題」等が挙がっていた。

病診連携ワーキンググループ（以下、病診WG）は、「在宅医療のバックアップ体制とし
て、病院における体制や強みについて、入院の相談をする側の診療所医師にもわかりやす
く提示をする必要性があるのではないか」と課題が挙げた。

資料3ページをご覧ください。ロジックモデルで整理し、左側に課題、右側に取組
の方向性を記載した。中央は、課題の要因と根拠を記載した。

「急変時に在宅療養患者を受け入れる病院は、病院の機能と患者の状態が合っていない
と覚ることがある」は、「各病院の役割機能を知られていない、もしくはわかりにくい」

状況から、「在宅療養患者の受け入れがスムーズに決まらない」ため、「在宅療養患者の状態に合わせて病院を選択できるとよい」と考えた。取組の方向性（案）は、「①高齢者の急変時に対応する各病院の対応可能な範囲を明確化する」、「②急変時の医療機関ごとの強みについて、医療介護関係者と共有をする」とした。

「院内における情報連携に課題がある」は、「外来患者が多く、外来と入院等のタイムリーな情報共有が難しい」状況から、「医療情報に限らず、外来通院時から生活状況について把握されるとよい」と考え、「③ACPも含めて、院内の患者像を共有する取組」とした。

「転院時、介護等生活支援情報に関する情報共有が不足している」は、「医療情報が中心となり、生活支援情報については、伝える内容に不足がある」状況から、「過不足のない情報提供がされるよう、情報提供内容について共通認識されるとよい」と考え、「④病院転院時の各医療機関における入院基準の見える化と情報内容や方法等の検討」とした。

資料4ページをご覧ください。資料3ページの取組をイメージ図とした。「在宅療養者を支えるバックアップ体制」は①と②。「院内の情報連携」は③。「転院時における病病連携」は④とした。

現状の取組は、「院内情報連携」のと取組は、在宅療養を周知するための市民向け出前講座と、「わたしの思いノート」を市民と医療介護者向けに作成している。

資料5ページをご覧ください。病病WGの委員となっている皆様の病院の機能を一覧とした。改めてご確認ください。

資料6ページをご覧ください。今後の取組の方向性は「高齢者の急変時に対応する各医療機関の対応可能な範囲の明確化」「急変時の医療機関ごとの強みについて関係者との共有」「院内の情報連携の取組」「転院時における病病連携」について優先順位をつけ協議を進めていただきたい。現状で優先順位（案）を資料7ページに記載した。優先順位について、提案とは異なる意見があれば、またいただきたい。内容について、ご意見をいただきたい。

【座長】

病病WGの目的は、在宅医療のバックアップをするための必要な取組を検討するということが一つの大きな目的である。それを念頭に置き、方向性と優先順位についてご意見をいただきたい。事務局から、前回、皆様から挙げた課題をまとめていただいた。それに対し、取組（案）が示されたが、第1回病病WGをまとめたものであるため、提示された取組（案）でよろしいか。この提案以外に必要ではないかと考えられるものがあればご意見をいただきたい。

【委員】

ロジックモデルの課題に3つ挙げられているが、それぞれ一つずつ検討することが良いの

ではないか。病院によって、前回と同様の部分と共有する部分もあるのではないかと考えている。例えば①では、在宅療養患者を受け入れる病院について、当院は高度急性期病院と急性期病院であり、かなり違ってくるのではないかと感じているが、どのようにしていくだろうか。

【座長】

前回病病WGにて、機能分化ということが出されたため、そこがベースになっていると思う。病院ごとに特色や強みがあるため、紹介する側は、「当院はこのような病院であり、このような機能を持っている」と説明をしなければいけない。病院の機能に、高度急性期、急性期、回復期等、様々な分類があるが、整理したうえで提示しなければ、全て三次救急の病院を紹介すればよいのだろうかということになってしまうため、選択肢としてこのような特色や強みがあるということを出した方がよいのではないかと、という点が課題の最初の部分である。

【委員】

平日と夜間休日対応では、できる機能が変わってくるのではないかと感じるが、いかがか。

【座長】

夜間休日と日常の体制は、どの病院も全て違うと思うため、分けて考えるべきだと思う。ただ、大きな括りとしての機能があり、それから平時の取り扱いと、夜間休日の取り扱いと、救急担当時の取り扱いも含まれてくるのではないかと考えている。その他にはいかがか。

現状、課題を3つに分け、大きく4つの取り組みになっているが、この分け方はいかがか。

【委員】

まず、今回の第1回病病WGのものを整理すると、大まかにこの項目であろうと感じている。

【委員】

前回、機能分化の部分が見える化されることで、特に高齢者の救急搬送等に対して、下り搬送の部分も含め進めていかなければならないと思う。各病院の受け入れ可能な機能や、病院の強みがある程度明確になっているとスムーズな判断にもつながり、そのような取組があるとよいのではないかと。また、病診WGでも意見があったが、看取り搬送をどのように整理していくのかである。病病連携はどのようにしていくかとなった時、施設側の取組についても、実際に課題となっている。

救急搬送の内訳として、施設からの救急搬送がどの位あるかといった実態調査ができると、改めて数字で現状がわかるのではないかと。そのなかで、施設とどのように連携し、実際に救急の必要があった時に、救急搬送なのか、協力医療機関とやりとりができるのかと

いう部分は、今後も進めていかなければならない部分である。機能分化として、強みを明確にしていくことが必要になると感じる。

ACPは、「わたしの思いノート」が作成されたため、ACP＝DNARではないことを前提とし、診察や、現段階からできることを考えるなかで、共通のツールを情報共有の場とし、何かあった時にも判断できるものがあり、今後活用されるような体制を作っていくことができるとよい。何かあった時の判断材料の一つになるという部分で、進めていくことができる取組とを感じる。

【座長】

では、この項目に関しては問題ないだろうか。

【委員】

取組として進めていくことができると良いと感じている。

【委員】

4つの取組の分け方でよいと思う。ただ、「高齢者の急変時に対する各病院の対応可能な範囲の明確化」と、「各医療機関における受入基準の見える化」の部分は、内容が重なる部分もある。そのため、ルール化と明確化と書いてあるが、それぞれをしっかりと明確化したうえで、どのようなルールをつくっていくのかにつなげていく形でもよいのではないかと。

病診WGでも、ACPが十分に詰められないままでの救急搬送されてしまうという部分について、地域に向けてどう推進するかという取組があった。この病病WGの中のACPに関して、「院内の患者像を共有」と書いてあるが、その部分を、このノートを使いながらどのようにやっていくのか。病診WGと、病病WGそれぞれの取組が同じようなところと違う部分もあるのか、詳細は私にも不明だが、その部分をもう少し具体的にしたいうえで、実施につなげていくことがよいのではないかと考えている。

【委員】

4つの分け方で大きな問題はないと思う。だが、診診連携ワーキンググループ（以下、診診WG）、病診WG、病病WGがあるなか、共通の部分もあると思うが、あくまでもここは病病WGであるため分けて考え、病院間の連携をどのようにしていくかというところ。

ACPも、病院間の連携をするうえで、地域住民にどこまでわかってもらうようにしていくかというところがある。このことについては、まず職員がわかっていないと、病病WGの時に、当院ではないということが起こる。当院でも、二次救急の対応ではない時に、二次救急病院に行ってくださいということになる時もあるが、果たして当院の役割なのか、違う二次救急病院の役割なのかというところは見極める必要がある。現場を見るなかで、恐らく救急隊でもそのようなところを見極めると思うが、受ける医師がその役割を理解していないため「全部二次救急だろう」と判断したり、二次救急病院になっても「当院はその担当医がいないから違う」と判断しているところが、病病連携の中で問題になるのではないかと考えている。高度急性期のところが、二次救急になった時にどうするか、ま

た高度急性期のところが二次救急になった時に、どういうものを手助けしてもらうのかを、①②で考え、搬送される患者はどうかというところが③④につながると思うため方向性はこのままでよい。

病病WGでも詰めていかないと、第1回目に話したように、急性期のところや、急性期でも大きな病院に患者が集中してしまい、本来診ることができる患者を診ることができないという状況になると思うため、これでよいと思う。

【委員】

①～④については問題ない。病診WG、診診WGのところだが、病院がどのような機能を持っていて、どのような強みがあるのかということ、またそれを理解したうえで、支援をしてほしいところもあったと思う。それに対し、機能を明確に提示していくことが必要ではないか。また、強み・機能を医療関係者と共有することにつながるため、その部分は明確に提示できるようにしていけたらよい。また、三次救急について、ベッドが満床でも、軽い肺炎で搬送されてきてしまうという意見を挙げていたが、そのような状況を見ると、二次救急、三次救急等、お互いにその機能を発揮できる取組を病病連携でできたらよいのではないかと考える。具体的にはこれからだが、その部分を発揮できるとよい。お互いでの認識の共通ということになる。また、二次救急と三次救急は広域の部分も関わってくるため、広域の救急等でも病院から機能を提示していくことも必要なのではないかと考える。

最後に、ACPの取組については、「わたしの思いノート」を前から取り組んでいると思うが、なかなか定着しないということもあるため、どのように取り組んでいくかということを考えていきたいと思う。方向性は問題ないと思う。

【座長】

全体的に、取組の方向性はこれでよいのではないかと考える。ただし、内容に関して、先ほど言ったように、平日の機能が充実している時と、夜間休日時は分けて考える必要がある。また、どこまでを自院は診たいのかということ。急性期病院はある程度のところまでしか診ず、その先は他病院へ転院させたいと考えているため、その部分に少し加えられればよいのではないかと考えた。そのため、少なくともこの取組そのものはこの項目でよいと思う。

次に4つの方向性について、初めから全てを並行して取り組んでいけるわけではないため、優先順位について意見を伺いたいがいかがか。各委員の話から、病院の機能の明確化が一番重要になるのではないかと考えるが、そのことを踏まえ、もう一度ご意見をいただきたい。

【委員】

先ほどの意見で出たように、やはり各病院の役割・機能のところを明確にしながら、③④の情報共有や、ACPの本人の意思や思いも含め、取組をしていくことができるとよいのではないかと感じる。

【委員】

まずは機能分化の部分を明確化できればよいのではないかと。ACPは、考え方になると思うが、ライフステージで日々の選択をしなければならないタイミングというのは、急性期、慢性期、回復期のいずれであっても、そこで支援しているということは間違いはない。本来であればACPにつながるころだと思うが、取組をしていないわけではなく、どのように「わたしの思いノート」等、共通のツールを反映させていくかに関して、機能分化を明確にしていき、取組を考えていくことが必要である。

当院では、急性期での救急搬送受け入れがほとんどない状況だが、取り組んでいることとして、ACPの話を、外来を含め全ての患者に行っており、それが当院の役割ではないかと感じている。

できることを後回しにするという考えはなく、当院の役割として今できることをやらせていただく。そのなかで、この「わたしの思いノート」等共通のツールを今後使っていくところで、できることがあるのではないかとと思う。

【委員】

皆様と同様に、機能分化を明確にしていくという点、またそれぞれの強みが何かという部分を、まずは病院同士それぞれが確認しあい、そのなかで診療所、かかりつけ医に、おろしていくことができるという点。そのような部分を医師が早く知りたいとのご意見があったと思うため、そこを明確化していくことである。

ACPは、当院では職員の意識付けがまだできていないところがあるため、他の病院でどのように取り組んでいるか情報共有しながら、当院はどのようなことができるのかといった部分を一緒に考え、まずは院内で深めていけるよう協働でできるとよい。

【委員】

やはり優先度が高い部分は、機能分化ではないか。そこに持ってくるためには、院内に持ち帰り、院内での共通理解をして、病病WGで共有することが大事だと思う。そのため、このスケジュールにあるように今年度情報の整理ということで、勝手に決めてはいけないと思うため、まずは院内での理解を得ることだと思う。

ACPを院内に広げていくということは、各病院でこのツールを必ず使う等、方向性が決まれば、各病院で進めていくことができる。④についても、高度急性期から患者を受けた時に、やはり介護情報が少ないため、最初の入院先に共有されているケアマネジャーからの本人情報を一緒にもらえるとありがたいと思うことが多々ある。そのため、機能分化について協議しながら、どのような情報があれば受けやすいかを検討し、情報の整理をしながら共有していくとよい。また、患者・家族やケアマネジャー等に全く同じことを聞いていると思うが、その場合、ACPの意識が職員の中で薄く、やはり医療が中心になってしまうため、一緒に整理し、優先的に機能分化に着手していくということによりと思う。

【委員】

①②④は共通する部分があり、機能分化を明確にしていくことが優先ではないかと思

う。高度急性期の機能を果たすことには、当院でも急性期病棟があれば地域包括ケア病棟もあるため、その部分をサポートする機能も果たしていかなければならない。「転院時における病病連携」とあるが、当院ではケアブックを導入し情報の共有がスムーズだと思っているため、クラウドを使うことの有効性があるのだろうと思う。スムーズで重なることなく情報も守られ、相談も増えつつあるため、ツールを活用する必要があるのではないか。

A C Pは、意思決定支援はやはり在宅での意思決定支援で、入院してからについては、その状況や家族のその時の思い、病態がどのような状況で運ばれるかによって変化する。そのため、その場の意思決定支援をどのように実施していくか、病院として一緒に考えていけるとよいのではないか。

【座長】

皆様の意見から、病院の機能を明らかにすることが優先であり、情報収集を最初にやるべきと思う。そのうえで、病院間で患者を移動する際に、どの時点で転院するか、どのような状態であれば受け入れることができるのかといった情報が必要になる。受け入れについては急変時が問題だが、どう受けるか、また治療後転院する時にどのようにするのかという2点である。

私個人の意見だが、A C Pは医療介護関係者が決めるのではなく、あくまでも患者が決めることであり、医療介護関係者は支援することしかできない。そのため、やらないということではなく、ゆっくり進めていけばよいのだが、病院の中で上手くいくかはわからない。A C Pは、円滑に進められると思っていないため、どのように進めるのかを、検討することがよいと思うため、最後に検討していく事項かと思う。

病院の機能分化は、平日と夜間休日時、また患者の状況に応じてどのような患者を受け入れるのか、受け入れることができるか。受けなければいけないではなく、受け入れたいかということを確認しなければいけない。それは、決めるのではなく、確認しなければいけないと思っているため、病院ごとに、どのようなことがよいのかについて話をまとめていくことが必要なのではないか。優先順位は①→②→④→③という形であるがよろしいだろうか。内容については、この場決めるわけではなく、各病院の意見を全部まとめたうえで話しあわなければならない。

【事務局】

全体の取組は、座長より説明いただいた。

A C Pは、委員から意見があったように、各病院の独自の積極的な取組は共有することで、お互いの取組の参考になる部分もあると思う。病病WGで取り組んでいく順番とすれば、座長にまとめていただけた通り思う一方、A C Pは大事なところであるため、情報共有等は並行して進めていくことができるとよいがいかかがか。

【座長】

今A C Pをやらないと、今後様々な難しい問題が広がってくるため、並行してという

形。全て並行しているが、わかりやすいところからやっていくという形であろうか。さらにACPは、情報収集し、情報提供をしながら協議する形でよろしいか。

（異議なし）

本日は、取組内容の検討と、どのように進めていくかだが、詳細はこれから検討していくこととなるか。

【事務局】

今後、役割機能分化を検討するにあたり、どのような取組が考えられるかについて、各病院からメールで意見をいただきたい。その前に、本日まだ時間が早いこともあるため、現段階で各病院で機能分化・役割の明確化について、具体的にどのような取組をしていけばよいのか、意見を挙げてもらい、一度事務局で整理し、整理したものの共有したうえで、改めて意見をいただきたいがよろしいか。

【座長】

本日は、自分達の思い、病院はこのような病院だということを出してもらう。

【事務局】

機能分化や、今後どのような形で具体的に明確化してくとよいのか等の手法、また今後どのように整理していくかについて検討していく形になると思う。どのように中身を明確化していくか等について、意見をいただきたい。

資料5ページに一つ例示させていただいた。在宅をバックアップする機能では、療養機能としては外来、入院、在宅があるが、急変時で見ると入院が主となるため、「入院医療に関わる機能」は、制度的には「高度急性期機能」「急性期機能」「回復期機能」「慢性期機能」である。「回復期機能」の一つとして「地域包括ケア病棟」があり、在宅復帰を見据えた支援をする機能であるため、在宅にも関わる機能と考えている。また、「在宅医療に係る機能」は、「従来型・機能強化型在宅療養支援病院」のように、病院で自ら在宅医療も提供する機能や、「在宅療養後方支援病院」のように、自ら在宅に行かないが、かかりつけ医と連携をして必要な時には受け入れるという機能もある。そのため、このような入院や在宅等の制度的な区分けを土台として、各病院の取組を含め、積み上げていけるとよいのではないか。加えて、平日と夜間休日では機能が違うといった意見が挙がったため、様々な形や方法で各病院の強みを明確化していくと思う。

事務局が皆様と意見を整理するなかで、このように整理をしたらよいのではないかという意見があれば、この場でいただきたい。

【座長】

在宅医療に使う機能で言えば、甲府市内には在宅療養後方支援病院、従来型の療養支援病院、機能強化型在宅療養支援病院、地域医療支援病院で、直接在宅医療で使う名称ではないが、地域医療全般に関わっていく意味の病院だという位置付けになるか。4つの区分けをするとそのようになると思うが、各名目に応じた方法について明確ではない。やはり

このような病院だということが、一つの切り口になるのではないかと思います。そのうえで、どのような機能かと言われると難しいだろうか。

【委員】

現在も病院は機能を果たしているが、その機能を提示するのに、例えば、在宅療養後方支援病院であるが、「在宅療養後方支援病院はこのような病院です」と明確にしたいため、それを教えてくださいということか。在宅のバックアップを目的とすれば、病院として何ができるかということ伝える形でよいだろうか。

【事務局】

現在病院に勤務している方は、機能の名称を聞き、ある程度どのような病院かイメージできるが、在宅医や医療介護従事者は機能の名称を聞き、その際にどこまで診ることができるのかについて統一した理解があるのかということが一つある。また、機能分類があるにも関わらず、状態像が合わない患者が入院する状況に課題を感じていることについて、どのような整理をして明確化できれば、そのような流れにならないのかということ。

各医療機関の機能に対し、救急搬送で来るパターンや、直接在宅医から外来に電話相談のパターン等、様々なルートがあるだろうが、「患者の状態像と病院の機能が合わないため、この機能を持った病院に相談した方がよいのではないか」とつなげるためには、何を明確化したらよいのか。

このことは、事務局では説明が難しいため、皆様から各病院の機能を言語化してもらえと課題の解決に向かうことができるのではないかと。その点はいかがか。

【座長】

病院間は、名称で何となく機能を理解することができる。一方、実際はどうかという話。また、在宅医療をやっている在宅医に理解してもらわないと意味がない。

【事務局】

現在は、在宅医の判断による指示や、患者や家族が困って救急搬送するパターン、介護支援専門員が懸命に複数電話であたり相談するパターンもある。そのため、例えば、医療機関は、誰からのどのような情報がきちんとこの病院につながれば良い、といった流れがあると、整理されて届くのではないかと。まずは、地域で働いている専門職に、各医療機関がどのような機能を持ち、どのようなバックアップができるのかを、わかり易く伝えられるとよいのではないかと。

ただし、輪番制もあり夜間休日の体制は状況が変わるため、その際はどのようにしたら良いかについても、どのように整理をするのかが整理されるとよいのではないかと。

目的は在宅医療をバックアップするための取組である。そのため、在宅医や診療所医師が、本人に入院が必要になった時に、どの病院に最初をお願いをすれば、スムーズに入院ができるのかという判断基準になるもの。「この病院に依頼すれば受けてくれるだろうか」と、見て判断ができるようなものを作っていきたい。その際にどのような項目、内容にしていく

とよいのかを検討をしていただけたらと思う。

【座長】

難しいことである。二次救急等そのような時であれば、決まった病院に行くしかない。だが、平日日中に、どこに入院すればよいかとなった時に、急に受診して受けいれてくれるかどうかである。

例えば、甲府市内の二次救急病院、三次救急病院に受診し、すぐに受けてもらえるかどうかは、行ってみないとわからない。その余力の有無は、その時の病院の状況によるため、「受けることができる」ということと、「受ける」とは、全く意味が違うだろう。

当院では、余程のことがないと、平時にお断りするということはないが、それでもやむを得ず断ることはある。どうしても余力が無いということで断るため、言語化することはとても難しい。一番やりにくく、一方でわかりにくい部分でもある。その部分を具体的に出すということはなかなか難しいのではないか。

【委員】

在宅のバックアップということで、在宅医が判断しやすいよう機能の明確化ができないかということであるが、実際の在宅医の具体的な声はどのようなものがあるのか、また、現在その部分がわからないことで困りごとがあるということか。

【事務局】

最終的にいずれかの病院で受入れてもらっているようだが、時間がかかる理由や、お願いした病院から断られているかという部分まではわからない。ケースによってはスムーズに入院先が決まる場合もあるようだが、なかには1～2時間調整に時間がかかってしまったという声を聞くことがあり、その辺はどうにかならないのかといった意見がある。ただし、その理由については、病院からも説明がないようであり、事務局でも現状把握できていないという実態がある。

【委員】

そもそも、病病WGの位置付けが少しわからない部分がある。今議論している内容は、病診WGで本来話し合うべきではないかという印象がある。もちろん在宅医に困難感があり、いずれかの病院で診てほしいという状況はよくわかるが、その部分は病診WGで議論すればよい中身ではないか。

病病WGの部分では、一旦受けて上り下りのところでどのような連携をしていくのかということが、病病WGの本来の中身ではないだろうか。その点では、先ほどの①～④の方向性と絡めると、少しずつれているのではないかという印象を受ける。その点は甲府市としてはどのように考えているか。

【事務局】

先ほど委員の皆様から意見をもらった4つの取組の方向性については、案を修正する必要がある。病病WGで挙げた課題と取組は、これから具体的に協議していく方向で

よいが、どのようなことが整理されると病院が機能を発揮し、状態像にあった患者を診ることができるのかという部分についてではないかと思う。だが、その部分ではないということであれば、病病WGでは病院間の転院についてや、ACPについて協議をするということになるだろうか。

【座長】

病病連携をするにしても、病院の下地がわからないと無理だと思うため、もちろん病診WGもその役割が主たる目的であるが、病病連携をするためには、病院の機能がわからないと上手くいかないのではないかと考えた。そのため、病病WGで協議したことを、また病診WGで協議するのかということになってしまう。在宅医の対応であるが、病院間でも情報共有しておかないといけないのではないか。そのうえで病病連携があるのではないかと思う。そのため、最初の段階で話し合うにあたり、病病WGで協議すべきだと思い提案した。

【委員】

そのような意味であればよい。

【座長】

あくまでも病院は在宅医療を進めるためのバックベッドである。委員の病院が在宅医療をやっていないとすれば機能としてはバックベッドしかない。そのような機能があり、そのうえでどうするかという話。そのため、やはりここは機能を明らかにする必要性はあると思う。

【委員】

座長の意見通りと思う。現場では、互いに役割が違っており、互いが役割を発揮できるよう互いのフォローアップ、連携が必要なのではないか。例えば、高度急性期に行き、一旦すぐに受け入れ、そして空ける。また診てもらい、また受ける。そして、また在宅に行く。という流れを病病連携でつくり、強みを各々が活かすことができるように補うシステムづくりが、在宅のバックアップになっていくのではないか。

【座長】

最初の受け口がどこになるかは別として、その後の動きをきちんと知っていれば、病病連携で明らかにできるのではないか。そのため、在宅医に病院側がわかりやすいような機能を提示することは、一方で病病連携にも必要なことなのではないかと思う。

【委員】

本当にその通りだと思う。そのうえで、診療所医師や病病連携でも、その病院の機能がわかりやすい形で提示ができ、その場で素早く選択でき、支援の依頼ができる流れをどのようにつくるのかとなった時に、わかりやすく明確化した形にするために、どのようにしたらよいかという話である。

現段階で難しいことは、何かあった時には、その病態を判断してもらうため、まず一旦

救急で受けてもらわなければならない実態があることである。その点は、当院は機能強化型在宅療養支援病院であり、その対応はできないことになる。ただ、慢性期の当院であれば、例えば1回、誤嚥性肺炎や尿路感染、心不全急性増悪等と診断がつけられると当院で診ることができる。下り搬送をする時に、そのような患者の状態であれば「当院で診ることができる」とわかれば、判断材料として当院を使ってもらえることができる。また、患者が急性期の救急搬送につながらない時に、診療所医師が診断しながら、例えば当院を思い浮かべるとなれば連絡をもらい、二次救急、三次救急に行かず、当院で対応可能できることをしていく。

本来、急性期で受け入れをする患者、しなければならない患者がスムーズに対応できるよう、当院のような慢性期の病院が特に機能を明確化し、しっかり出していき判断してもらおう。それが平日・夜間休日も対応可能かどうかを各病院がしっかりと打ち出せていけば、何かあった時に依頼をかける判断にもつながり、スムーズにつなげていくうえでの情報共有もできる。診療所医師も、病院間の連携でも、円滑につなげていくことができるのではないかと。先ほど委員が、一度病院へ持ち帰り病院として内容を検討したい、と言ったように、今すぐ話せるところと話せないところがあると思うため、病院の方針については、病院内で話し合う必要がある。

【座長】

あくまでもこの協議は、在宅医との関わり・つながりが全くない患者の話である。かかりつけで診てもらっている病院であればそこに行くだろう。問題は、かかりつけ病院がない場合に、どこで受けるかである。

一方、夜間休日に急変すると二次救急に行くしかないため、選択肢がわかりやすい。だが、平日日中にどこを選択するのかという時に、病院の機能が皆同じで、どこに行っても同じだとすれば、アクセスが一番良いところに最初に電話をするのではないかと。その他、その在宅医と関係構築ができているところや、患者の自宅に近いところの感覚でしか選択方法がない。そのため、例えば、北部の人が当院に受診するということはあまり考えておらず、北部であれば北部に近い病院が最初に選ばれるのは当然と思う。個人的に、そのような選択をするのではないかと。また、家族がいる場合、本人の意識がある場合は希望があるかもしれないが、希望があればそこに行けばよい。その点では、日本はフリーアクセスなのでそのように思う。

【事務局】

次回、何をどのように明確化していくのかという部分で、たたき台になるようなものが必要である。本日挙げた意見を整理し、次回会議の開催までの間に、メール等で各病院に問い合わせをしながら情報収集し、事務局で一旦まとめ、たたき台となるようなものを作成できるようにしたい。

在宅から入院する救急の段階だけではなく、一旦受け入れた後、転院をして最終的には

在宅に帰していくという一連の流れを考えた時、先ほど病病WGと病診WGの役割の話があったが、病病WGの主たる目的は、病院同士の連携であると思う。最初に救急の問題があるため、病診WGの意見を聞かなければならないという点はある。受け入れた患者を、状態や希望を踏まえ、適切な形でつなぎ、最後は地域に帰していくという部分で、うまく各病院の役割や機能、あるいは強みを見える化していくことができるとよい。

事務局でどのような整理をするのかについては検討させてもらい、次回病病WGまでに事務的に相談をさせてもらう。またその間に、各病院の中で様々な検討があると思うが、それらを踏まえながら進めていきたい、よろしくお願いいたします。

【座長】

救命の受け入ればかり考えていたが、普通は受け、状態を回復させ在宅医に帰するのが一番素直なパターンである。病院間の転院時のイメージは、結構ばらつきが大きい。どのような時に移せばよいのかといった部分はグレーゾーンで、本当はもっと移したいが、移せないことがある。その部分は少し検討しなければならないだろうと思う。あくまでも、その機能は病病連携のための機能で協議することであり、診て在宅へ帰すことが普通のパターン。それができない時はどこかへという形になるのではないか。今この場でどのような形でまとめたらいかがかわりにくいため、時間をかけて、メール等で皆様の意見を聞きながら協議をしていきたいがよろしいか。

（異議なし）

病院機能の話について、具体的には難しい話であるため、なかなか話は進まないが、今後とも継続して検討するという形で、事務局にお返しする。

議事（２）その他

（意見なし）

4 閉会