

甲府市在宅医療・介護連携推進会議  
第3回 病診連携ワーキンググループ  
議事録

日 時 令和6年1月22日（月）午後7時～午後8時30分  
会 場 甲府市役所本庁舎6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、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、健康政策課担当

（司会：医療介護連携担当課長）

1 開会

【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。

2 議事

議事（1） 取組の優先順位の確認

【事務局】

資料1 2ページをご覧ください。取組内容について再度確認させていただく。

第2回病診連携ワーキンググループ（以下、病診WGと記載する）で共有した病院と診療所を中心とした取組についてのイメージは5つである。入退院時における病診連携の取組では「①本人・家族に在宅療養がわかる資料の作成」「①家族背景を含めた退院前カンファレンスの充実、病院主治医と在宅主治医による意思疎通の機会の充実」、日頃からの病診連携の取組では「①院外との研修や症例検討、交流会等を実施」、急変時、看取りを視野に入れた地域での取組では「③ACPの普及啓発の取組を実施」「②介護施設等における医療との連携体制の強化」となっている。

3ページをご覧ください。優先順位の確認で、①②③の順位付けとなっている。

1番目に優先順位が高いのは「本人・家族が在宅療養に関する具体的なイメージが持てる資料等の作成」「院外との研修や症例検討、交流会等の実施」「退院時カンファレンスの充実に向けた取組」の3つである。「退院時カンファレンスの充実に向けた取組」は病診WGで詳細を詰めていくことが難しいため「院外との研修や症例検討、交流会等の実施」と併せて、退院時カンファレンスを進めるためにはどのような取組が必要かを検討していく。2番目に優先順位が高いのは「介護施設等における医療との連携体制の強化・ACPの取組」である。3番目に優先順位が高いのは「ACPの取組に関する働きかけ」である。

【座長】

各取組と優先順位の説明があったが意見はあるか。

（意見なし）

【事務局】

資料1 4ページをご覧ください。第2回病診WGの再確認である。「地域住民が在宅療養について具体的なイメージを持てる資料について」「退院前カンファレンスの充実について」「院外との研修や症例検討、交流会等の実施について」「介護施設と医療の連携につ

いて」「ＡＣＰの取組について」まとめた。「院外との研修や症例検討、交流会等の実施について」は、病院医に退院後の状況を知ってもらえる機会となるよう研修会を実施し、委員の病院から開始するとご意見いただいた。

資料１　５ページをご覧ください。優先順位が高い３つの取組の課題と論点を整理した。「在宅療養の具体的なイメージが持てる資料の作成について」は、主に「在宅療養を始める前のイメージと実際に大きな乖離がある。」「経済的負担が分かる情報提供が必要」ということ。「退院時カンファレンスの充実について」は、主に「病院医の出席が少ない」「病院主治医と在宅主治医による医師レベルでの顔の見える関係が必要である」「『家族の介護力』『経済力』『世帯が抱える問題』等を踏まえ、退院前準備を行う必要がある」ということ。「院外との研修や症例検討、交流会等の実施について」は、主に「在宅の実情を知ってもらうことで、病院と地域における対応可能な範囲（限界）等の相互理解につなげてはどうか」ということ。

資料１　６ページをご覧ください。各々の取組内容についてご意見をいただきたい。

１つ目は、「ご存知ですか？在宅療養」冊子（以下、冊子と記載する）を改訂していくこと。実際の在宅療養のイメージを伝えるためにはどのような情報があると良いのか、ご意見をいただきたい。

２つ目は、事例検討会を行う委員の病院よりの情報提供いただけるため、委員から説明をお願いしたい。

３つ目は、どのようなポイントを押さえながら退院時カンファレンスを実施していけば良いのか意見交換をしていただきたい。

## 議事（２）具体的な取組の検討

### ア 本人・家族が在宅療養についてわかる資料の作成

#### 【座長】

本日は３つの取組について重点的に意見交換をしていきたい。

１つ目は「在宅療養がわかる資料作成」だが、住民にとって在宅療養はまだまだ周知されていない部分が多いため取り組んでいきたい。既存の冊子は、甲府市医師会と甲府市が協働で作成した。当初はコロナ禍であり、在宅医療懇話会が開催できないため、市民向けに資料を作成する案であった。他市町村のものを参考にしたが、字が多く住民に分かりにくい印象であったため、甲府市では図を多く活用しながら必要な情報を盛り込んだ。これを基本案としブラッシュアップをしていきたい。

まず私から１点確認したい。冊子４ページに「生活を支えるさまざまな機関」とあり、左下に「リハビリテーションでは…」が記載されているのは、６～７ページにもリハビリテーションのことが記載されているため違和感がある。そこには、介護保険を利用する手前の、甲府市で実施している介護予防・日常生活支援総合事業（以下、総合事業と記載する）を紹介するのが良いのではないかと。ただ総合事業サービスはたくさんあると思う。実際の参加につながるのが良いと思うが、総合事業を知らない方が多いのではないだろうか。事務局はいかがか。

#### 【事務局】

総合事業サービスの中には、住民同士の助け合いのようなものも含まれる。現在、介護予防事業で介護保険制度にあたるもの、甲府市独自で実施しているフレイル予防や社会参加を

促す事業がある。介護保険制度にあたらない、甲府市独自の事業を記載していく形で良いか。総合事業は、元気アップ高齢者（基本チェックリストに該当した方）、要支援１・２の方が利用でき、地域包括支援センター（以下、包括と記載する）がケアプランを作成し利用をしている。介護保険制度と重なる部分があるため、整理して掲載する形で良いか。

【座長】

甲府市独自の細かいサービスは私たちには不明な部分がある。オレンジカフェ（認知症カフェ）等はいかがか。

【事務局】

オレンジカフェは認知症に関する施策の事業の一つであり、認知症当事者を支える目的や認知症自体の普及啓発が目的である。例えば、相談窓口の紹介などを記載するのはいかがか。

【座長】

そのような記載でも良いのではないか。

【委員】

改めて冊子を見ると、３ページに多職種が記載されているが、６～７ページにも同じようなことが記載されている。そのため、削れるところを決めてから内容を構成し直す方法もあるのではないか。

【委員】

当院の患者支援センターの地域連携室職員に冊子について意見をもらった。実際に活用する方が高齢者と想定すると、内容は充実しているがページ数が多いため、もう少し簡素化できると良いのではないかと意見があった。

【座長】

要点を絞り分かりやすくした方が良いというご意見だと思う。冊子は、一から作り直す必要があるか検討していきたい。実際に高齢者が使用する場合、膨大な情報量だと分かりにくくなってしまう。ただ、介護する側の世代が使用の場合は情報量があっても良いと思う。どこをターゲットに作成するのかで変わってくると思う。例えば、大切な要素のみをＡ４判１枚にして、別に付けるのも良いのではないか。

【委員】

独居の方とキーパーソン・家族がいる場合では異なる。また、家族は自分達の仕事との両立という視点で見ると、一週間のサービス利用の流れが図式化できると良い。冊子のＱ＆Ａには費用について記載されているが、一週間や一か月の長期的なプラン内容で、どのように仕事ができるか、どのようにショートステイを利用するか等の図があると分かりやすい。ケアマネジャーもプランを使用して説明をしていることが多いと思う。

【事務局】

先程のご意見は、ノートのような形で家族や病院、在宅で関わる支援者が記入できるイメージか、「例えば～」というモデルがあるイメージのどちらか。

【委員】

モデルがあっても良い。だが、介護度によってサービスや費用が異なる。家族が支える部分があるが、家族が自宅にいる際はヘルパーの利用ができないこともあるため両方あった方が良い。

【事務局】

サービスの利用ができる部分と、家族が支える部分について記載があると良いか。

【委員】

そのようなすみ分けができるとイメージしやすいのではないか。

【オブザーバー】

サービスを利用する側からすると、例えば、3 ページに「入院中の病院から在宅療養へ」「おうちで生活中に在宅療養が必要となる場合」とあるが、誰がどこにどのように説明するのが分かりにくい。住民からすると、病院の相談室やかかりつけ医から情報提供を受け、そこからケアマネジャーが決定していくと思うが、最初にどこからサービスにつながるのかが分かりにくい。また、「ご本人・ご家族の意向にもとづいて在宅療養の方針を決める」とあるが、これは誰が決めるのか。記載されている多職種の誰が中心となるのか、薬剤師や訪問看護師が中心になる訳ではないと思われるが、かかりつけ医が決める訳ではない。ケースバイケースで変わらと思うが、全体的な流れが分からない。冊子を見た本人・家族が、最初にどこに相談をすれば良いのか、初歩的な部分が分かりにくいと感じる。

【座長】

冊子を使用し、「甲府市出前講座 ご存知ですか？在宅療養」を行ったが、委員が言ったように、最初にどこに相談すれば良いかを別紙で配布した。主治医がいる場合、いない場合、入院している場合、していない場合で書いてあるもの。大事な部分であるため、そのように掲載しても良いと思う。

【オブザーバー】

そういったものがあると分かりやすいのではないか。

【座長】

今後冊子をどのようにしていくか。中身の修正か、一から作り直すか。また、不要な部分も削ることも必要か。医療や介護の制度は複雑な部分が多く、また施設等の内容も入ってくると膨大な情報量となる。少し暗礁に乗り上げてしまったらどうか。

【委員】

対象を絞ることが一番大事ではないか。具体的には、介護保険を利用し始める方で良いのだろうか。自立している人には縁の無いような話ではないか。そうすると、70 歳代くらいの方が対象となるか。

先程委員が言った内容と同意見になるが、最初にどこに行けば良いのかをはっきりと記載すると良いのではないか。そして追加になってしまうが、どのような介護施設があるのかあると良い。グループホームや特別養護老人ホームなど、違いが分からない方もいるのではないか。施設は申込から入所まで時間がかかることは分かっているため、削ったページに介護施設サービスを入れても良いと思う。

【座長】

2 ページの「住まい」の部分を充実させるということか。

【委員】

例えば、市民は通所サービスやショートステイの内容の区別が難しいのではないか。「住まい」の部分に「サービス付き高齢者住宅」「有料老人ホーム」の記載があるが、特別養護老人ホームが入っていないため、情報として入れても良い。

【オブザーバー】

ケアマネジャーはどこから関わるのか。どのように選ぶことができるのか疑問である。

【座長】

要支援認定の場合は包括、要介護認定の場合はケアマネジャーとなる。

【オブザーバー】

そのような情報は全て自分で集めるのか。

【座長】

その部分は、病院医やかかりつけ医が行うのではないか。ケースバイケースだと思う。

【委員】

基本は包括が中心となり、本人の状況によっては病院の地域医療連携室が紹介をすることもある。

【オブザーバー】

ケアマネジャーが話し合いを行い、介護施設に行くのか、在宅サービスを利用するのか話し合うということだと思う。ケアマネジャーの力はかなり大きいと思うため、どこで本人に関わり話し合うのか、どこで決めていくのかが分かりやすい方が良い。包括が先に関わるのであれば、先に記載するなどの工夫が必要である。

【委員】

確かに、要介護3の認定結果では介護施設やショートステイを数か月利用するなどの方法もある。介護施設では施設のケアマネジャーとなるため、居宅介護支援事業所のケアマネジャーから切り替わる。入院中では本人・家族の状態を見て在宅に帰ることができるのか、帰ることができないのかを選択をすることもある。ケアマネジャーに焦点を当てても異なる場合がある。

【座長】

先程の意見交換のように、私たち専門職であっても難しいため、市民に理解してもらうことは無理があり、私たちが目指しているところは在宅医療介護があるということ、通院・入院だけではなく自宅や施設という方法もあること。それ自体も認知が行き届いていない。突き詰めていくときりがないため、在宅療養を知ってもらうことが目的となる。

大事なことは、先程委員からも話があったが、例えば、2ページ「住まい」の部分にグループホームが無く、「介護」の部分に「デイサービス」などの住民に馴染みの言葉が記載されていないのは分かりにくい。住民が知っていることを、取り込んでいかないと結びついていかない。例えば「在宅系サービス事業所」の記載が「デイサービス」に修正されるだけで気が付ける。そのような部分を見直すべき。

厳密にケアマネジャーがどのように変わり、手続きをするのかや、各介護施設の機能や、どのような条件で入所できるのかを入れ込むと、大変分かりにくいものになってしまう。在宅医療介護を知ってもらい、最低限の部分を抑えてもらえることを目指したい。そのために改訂していくことになる。

【委員】

各世帯に毎年配布される「こうふ 医療・介護情報」を家族に見せながら説明をすることが多い。細かい内容は「こうふ 医療・介護情報」を活用し、そこまでのつながりになるのが冊子になるのではないか。全て図式化することは難しいため、そのように感じた。

【事務局】

委員から話があった「こうふ 医療・介護情報」は、甲府市内の医療機関・介護関係機関が一覧になって載っているものである。前半の部分に、介護保険とはなにか、サービスの種類や施設の種類の種類が載っている。冊子は「在宅療養とはなにか」に特化したものであるため、

細かい内容は載っていない状況である。

【座長】

様々な施設があり、なぜこんなに種類が多いのかと思う程である。私は各施設を冊子の中で細かく紹介すると混乱してしまうのではないかと思う。

【委員】

先程座長が、最初の相談先を別紙で配布していると言っていたが、冊子3～5ページの重複している部分をまとめ、2ページ程度で全体の流れが見て分かるように記載してはどうか。例えば、入院をした場合は地域医療連携室に相談する、在宅にいる場合は包括に相談するとし、電話番号を載せるなど、簡略化したものを変えるだけでも良い。

私は、6～7ページ「在宅療養を支える様々な職種・サービス」はとても良いと思っている。甲府市で「在宅療養普及啓発動画」を作成しYouTubeで公開したと思うが、当院の職員が「在宅に関わる12職種ってなにがあるんだろう」と言っていたため、職員で視聴をしたら「歯科衛生士も関わっているんだよね」「栄養士も在宅に行けるのか」と感想があったため、どのような職種が関わってくれるのかが分かるページはとても良いと思う。

もし、配布する対象を70歳以上とする場合、8～9ページ「在宅療養を支える私たちの体験記」は文字が多く読みづらい。病院にて、導入として活用するのであれば、職種の役割が記載されているため、8～9ページのように文字で記載があるが、絵だけでも良いのではないか。

【座長】

「甲府市出前講座 ご存知ですか？在宅療養」では使用するときは、まずは理想形である地域包括ケアシステムの部分で、どのような職種が関わっているのか3ページを見てもらい、このような大勢の人たちを多職種と言い様々な医療・介護従事者が関わっていること、そのような多職種がどんな役割をしているのかを6～7ページを見てもらう建付けになっている。ページ数は多いが順を追って分かってもらうような形になっており、理解がしやすいのではないかと考えている。

8～9ページ「在宅療養を支える私たちの体験記」も、このような内容がないと、どのような場面で制度を理解したりするのかが分かりにくいのではないかと思います、様々な立場の疑似体験を入れた。たくさんの量でなくても良いと思う。

実際に冊子を配布し、何か反響はあるのだろうか。無ければ、どの程度分かりにくいのか評価が難しい。基本的にはもう少し分かりやすくなれば良いと思う。

【事務局】

皆様の意見を伺い、大きな方向性として、「ご存知ですか？在宅療養」のダイジェスト版のようなものを作成していく必要性が高いと感じた。不足部分を補っていく視点も必要であるが、それよりも、これから在宅療養を考え必要とする方に説明できるような資料を、冊子をベースに作成していくことが良いと思うがいかがか。

【座長】

そう思う。冊子とは別にソフト版を付けるのも良い。「想いのマップ」はダイジェスト版がある。

【事務局】

今回「わたしの想いノート」を手帳サイズで作成している。冊子も本日いただいたご意見を踏まえながら、コンパクトな形で分かりやすいもので作成をしていきたい。漠然としたイ

メージよりも、実際に今から医療と介護を使って在宅で生活していく方が、在宅療養のイメージをできるような冊子を作成したいと考えている。先程ご意見いただいたような一週間のプラン内容や、家族が支援する際に使用できるサービスがイメージできるような冊子にしていきたい。概要版は、既存の「こうふ 医療・介護情報」があるため、冊子はもう少し在宅療養に踏み込んで、枚数が多くならないものがあると良いのだろうか。

#### 【座長】

そのように思う。1枚の絵を見て、在宅療養を考えたいとなった時に、冊子を見る形が良いのではないかな。

#### 【委員】

家族は入院してから退院するまでの間に本人の様子を見ずに、「トイレができないと自宅には帰れない」「自宅はだめだから施設に」と考える方が多い。実際に自宅に帰って何が困るのかを考えたときに、本人の様子を見て初めてどのような動作ができるのかの具体的になる。家族は健康な時期の本人とギャップを感じるため、この部分を支えてもらえると帰れそうとイメージできると良い。また、本人は家族に迷惑をかけたくないと思っているため、本人もイメージができると良い。

現在の冊子は、本人向けや全体的に知ってほしい印象であるため、どこに焦点を絞って作成するのかだと思う。ダイジェスト版で、その部分が表現できるかは分からないが、家族はそのような思考過程で病気と生活をすり合わせ、本人の入院生活を見ており、そこが結びつくようなものになると良い。

#### 【委員】

根本的な話だが、以前冊子をもらい見てみたが、ほぼ活用していない。委員が言ったように、入口が分からないため、このような多職種がこのようなことを行っているというイメージで終わってしまう印象である。私は冊子の中で6～7ページが大事だと思っている。この中で、「療養者の日常を支えます」という部分が大事である。家に帰れるか帰れないかは、日常が過ごせるかどうかであるため、その部分が小さすぎる。コンパクトな絵と短文で見やすいが、そこに厚みが出ると、「これなら家に帰れる」「こんなサービスが使えるんだ」と分かると活用できる。

あとは、入口をシンプルにできないと思うが、患者と関わるなかで包括やケアマネジャー、在宅医療相談室など様々なところに相談している現状がある。イメージ的には、こんなことをしていますという宣伝のみで終わっている印象。そうすると、内容を見直し、高齢者と家族が週間予定をパッと見られるようになれば分かりやすく、実際に活用しやすい。

#### 【委員】

委員からもご意見があったが、冊子を誰が見るか、冊子に目を向けられるかというところ。率直な感想だと、在宅療養とは何かという部分から入るが、2ページ目に「在宅療養と地域包括ケア体制」と難しいタイトルになった途端に急に分からなくなる感じもある。そうすると、題名もどうかと思う。もう少しシンプルに考え、自宅で両親を看るとなったときに、可能であるのかが入ってくるような題名だと目を向けやすいと感じる。また、3ページと6～7ページは似ているため、3～5ページは整理できるのではないかな。

11ページのQ&Aも、金銭的な部分や緊急時にどこに連絡をしたら良いかは心配な部分であり、家族からもよく相談を受けるため残しておきたい。

8～9ページ「在宅療養を支える私たちの体験記」は5種類載っており、文章が多くなっ

ている。先程委員も言っていたが、自宅に帰る際に「本人のトイレはどうしよう」「トイレに行けなかったら」という患者が多い。日常生活支援をどのように行ってもらえるのか、家族はどこまで看なければならぬのかという話は現場でも多く聞かれる。このような部分が、体験記やケアプランのモデルを掲載する際に載ってくれば良いのではないか。例が載っていると、更に目を向けやすい冊子になるのではないか。

#### 【座長】

病院に入院している患者は、退院後どうするかが一番気になる問題であり、在宅療養に移行する入口の一つである。突然寝たきりになるのではなく、外来に通院しながら徐々に落ちていくこともあるが、病院からのご意見も取り入れていきたい。

皆様からは、冊子を一から作り直した方が良いというご意見が多いと思う。いずれも、10ページ「人生会議」の部分は「わたしの思いノート」に変更する必要がある、冊子そのものの改訂は必要である。改訂しつつ、分かりやすい別紙を付ける形で良いだろうか。一から作り直すとなると、時間がかかってしまう。事務局で意見をまとめてもらい、代案や具体的なプランを出してもらいたい。大体の方向性は見えたためよろしくお願いしたい。

### イ 院外との症例検討や交流会等の開催

#### 【座長】

病診WG内でも度々話題に挙がっているが、医師レベルでは、病院医と在宅医のコミュニケーションが難しい。在宅医は病院に勤務していたため、病院の事情を理解しつつお願いをしているが、病院医はほぼ在宅経験が無いため、その部分について意思の相違があると思う。これを突破するには、病院の中で在宅医を含めた多職種が集まる研修会を開催し、病院医にも在宅を知ってもらう機会を設けてはどうかと話があり、委員の病院にお願いをしたところである。では、事例紹介をお願いしたい。

#### 【委員】

当日配布資料をご覧ください。

院外との事例検討会であるため、在宅医と病院医（主治医）の関係性があるような事例であり、在宅に退院してからも在宅医と病院医が関わりながら支援をしている1例である。事例概要は「高度急性期病院から長期療養型病院への転院調整目的で当院に転院した事例。病院医は経口摂取量が進まないため栄養管理方法を検討し、長期療養型病院への転院について家族にも説明をしていた。家族の『ずっと自宅で見てきたため、本当は自宅に帰りたい、でも帰れない』という想いを病院職員が聞き取り在宅へつなげていった。」事例である。

詳細は配布資料に記載してあるが、令和4年度に新型コロナウイルス感染症を発症した際に状態が悪化し亡くなることを伝えられていたが、自宅で看たい希望があり在宅に帰った。訪問診療・訪問看護を導入し療養していたが再入院となってしまう、本人は食事摂取ができなくなってしまった。嚥下障害はないが、本人が「いらない」と言い、食欲不振・脱水となり、転院調整目的で当院に搬送された。当院では個別対応食とし毎食1割程度摂取していたが、病院医は栄養管理が必要であるため胃ろうか高カロリー輸液の指示を出した。家族から看護師・医療ソーシャルワーカーに「できるだけ家で看たい」という話があった。地域の診療所医師（かかりつけ医）が平日日中のみの対応であり、訪問看護ステーションが24時間対応では無かったことが問題として挙げられたため、その部分の体制を整えて在宅に帰った。家族からは「私たちの希望が全部詰まったサービスです。諦めないで良かった。家で見てい

けます。」と聞かれた。まだ退院したばかりであり、訪問診療等様々なサービスを導入し生活を継続している。

この事例を選出した理由は、当院の病院医は高度急性期から決まっていたことを引き継ぐとする意識があり、転院してきた患者は転院するという考えがあるなか、家族の想いは病院側がしっかり聞いていかなければ、踏み込んでいけないものであり、在宅の状況を伝えてもらうことによって、「環境整備ができれば在宅でも生活することができる」ことに気がついてもらえと思ったためである。

資料裏面をご覧ください。目的は、病院と在宅が連携し多職種が関わって支えた事例について意見交換し、在宅の状況を病院医に分かってもらうことである。当院でも複数回研修会を開催しているが、事例をチームから提供してもらい紹介すると、段々と意見交換ができるようになった。病院医からも「このような想いで関わった」という話や、在宅医や多職種からも想いを語ってもらうことができれば良いと考えている。

**【座長】**

よくある症例かと思うが、病院で経口摂取ができなくなってしまうと胃ろうやIVH（中心静脈栄養）等になってしまうと思う。在宅で食べたいものを食べて進める形で療養をしていくと、食が進むことが日常的にある。そのようなことを、病院医に理解してもらえると良い。

症例について何か質問はあるか。いつ頃開催予定か。

**【委員】**

病診WGで進めていく内容であるため、事務局と日程調整をしていきたい。当院としては、いつ頃でも開催可能である。

**【座長】**

病診WGの時間内で決めることであり、口火を切ってもらいご苦労していただいた。では、今回は委員の病院で実施することとなるが、順次他の病院でも開催できれば良い。時期的なものは事務局と相談してもらい形が良いか。周知の方法等も大勢の皆様に参加してもらえよう工夫できれば良い。

**【委員】**

ハイブリット型の開催にしないで良いか。

**【座長】**

ハイブリット型でも、なるべく大勢の病院医に周知してもらいたい。

何か意見はあるか。

**【委員】**

この取組自体は、病院医に在宅療養や連携について知ってもらう目的があるが、1つ引っかかっている。患者が入院した早い段階で急性期の病院医と在宅医がカンファレンスを実施するのは別の取組となるのか。第2回病診WGで委員から、在宅医は患者が入院した際、早く退院をしてほしい想いがあるが、急性期の病院医は「ここまで治さないと在宅に帰すことができない」という相違があると分かり、その部分が埋まると良い。その相違を、この取組でどのように解消していくのか。

**【座長】**

ご意見はとてもよく分かる。実際、在宅医と病院医のやり取りはほとんどない。何度も入退院を繰り返し、やり取りができている患者であればあまり課題はない。一般的にはなかなか

か難しい話であり、在宅医と病院医の価値観の違いがあること。そのため、在宅医療の経験がない病院医との考え方の違いを埋めていく意味合いもある。胃ろうもIVHもせずに元気になることが、今回の症例で言える。必ずしも胃ろうやIVHをしなくても良いという理解につながれば、不要な禁食や安静を減らすことができると思っている。

【委員】

第1回目の取っ掛かりであるため、また順番で症例を回していただき、ディスカッションできればと思う。

【委員】

運営の方針について質問がある。先程、ハイブリット型の話があったが、外部の病院医や在宅医は、ディスカッションに参加するのか、主に事例に関わった関係者がディスカッションをしているところを見る形になるのか。今後持ち回りになるところで、どのように事例検討会を運営していくのが良いのか教えていただきたい。

【委員】

時間設定と、内容の詰め方によると思う。このような概要で行うが、どちらにピントを置くかによって異なる。今回は、病院医に在宅のことを知ってもらう目的であり、在宅ではこのように対応をしている、このような考え方があるという内容のため、ディスカッションは質疑応答などのフリートークや、参加者に感想を述べてもらう形になる。

【座長】

流れの構成によるかと思う。感染症の状況にもよるが、できれば対面で参加者同士が顔を合わせながらできた方が良い。なかなか参加できない等難しい場合はハイブリット型でも良いが、基本対面が良いと思う。

その他に何か質問はあるか。

(意見なし)

では、その次の議事に移る。

## ウ 退院時カンファレンスの充実に向けて

【座長】

退院カンファレンスが行われていない実態を踏まえ、どのように退院時カンファレンスを進めていくかである。退院時カンファレンスは開催する前提にはなっておらず、今後はなるべく必須という形にしていければ良い。また、病院医、在宅医、多職種が揃った上で行うのが理想であるが、なかなかできない事情がある。そもそも退院時カンファレンスを招集するのは主に病院の地域連携室の医療ソーシャルワーカーだろうか。

【委員】

多いのは患者のケアマネジャーが、入院の際に「退院時カンファレンスを希望します」と意向を示す形になっている。

【座長】

「希望しない」にチェックが入ってしまうと開催されないのか。

【委員】

その通りである。「希望する」際に、病院の地域連携室からケアマネジャーに相談し、ケアマネジャーが地域包括支援センターや介護福祉士等の意見を吸い上げてくれている。

【座長】

前回もそのような意見があったと思う。そこで「希望しない」ということになると、退院

時カンファレンスは開催されなくなってしまう。そうすると充実させるのは難しいか。

【委員】

だが、ケアマネジャーのほとんどは希望している印象がある。レスパイト入院の場合は、繰り返している患者が多く開催しないこともある。だが、当院の場合はケアマネジャーが「希望する」としていても、入院期間が短く、開催できないまま退院してしまうこともある。

【座長】

数日の入院であれば、必ずしも開催しなければならないわけでもないだろうか。

他に意見はあるか。

【委員】

時間等はどうにもならないと思うが、困難事例は退院カンファレンスを開催する必要がある。退院するのが困難であり、病院内、在宅でも調整が必要な場合である。あとはケアマネジャーが退院カンファレンスの招集をする際に、在宅医に声がかからない場合がある。そのようなケースで、退院後に医療的な部分で苦労した経験があった。その部分については、病院側からもケアマネジャーや医療者（病院医・在宅医）に参加を呼び掛けてほしい。困難事例は開催必須とし、退院カンファレンスの開催に至らないものは臨機応変で良いと思う。

【委員】

私が入院につなぐ患者は重症な方が多く、病院での入院期間が短い、または在宅に退院しその日の内にお亡くなりになることもあり、現実的に全ての患者で退院カンファレンスを開催することはない。

別の話になるかもしれないが、患者の予後について家族とトラブルになることがよくあるため、その部分はよく話し合っておく必要があり、病院でもそのように配慮してもらえるとありがたい。

【座長】

必要な症例については、退院カンファレンスを開催してほしいと思う。また必要なスタッフには声を掛けてもらいたい。声を掛けてもらえても、どうしても参加できない場合もあるが、その部分はお互い様としたいと思う。

退院カンファレンスについては、ケアマネジャーにも病院にも全体的に周知をしていかなければならない。甲府市在宅医療・介護連携推進会議（代表者会議）でも、課題として挙がっているため意識付けをしていく必要がある。診療報酬的なインセンティブもついているため、ぜひ活用し充実させていきたい。

【委員】

当院は退院支援調整専属の看護師がおり、患者 1 人 1 人を受け持ち、どのように退院までフォローしていくかをケアマネジャーとやり取りしている。専属看護師が退院カンファレンスに力を入れており、開催時期や参加者を決め、悩むときは全体で話し合い、どのような方針で進めていくか検討をしている。そのため、地域の支援の実情を知り、顔の見える関係づくりを進めるために事例検討会をするのであれば、退院カンファレンスを経て在宅に戻る症例や、事例検討会の場を活用し、どのように退院カンファレンスに持っていけば良かったのかを確認すれば、現場の看護師も理解を深めることができる。

現場で実働をしていると、自分達のことばかり見てしまい、他の病院がどのように退院カンファレンスまで支援し開催しているのか不明なことが多く、病院独自のスタイルで開催している部分もある。当院は、退院カンファレンスのフォーマットを作成し進めており、協働

で行ったことを記録に残し、退院時共同支援加算を算定している。そのような病院独自の取組をフィードバックし、他視点から評価してもらう場がないため、事例検討会を活用し在宅医等から助言をもらえれば、現場はとても助かる。

退院時カンファレンスを充実させると言っても、言葉だけではなかなか伝わりにくい部分がある。そのため、事例検討会や症例でこのような内容を盛り込んでも良いと思う。

【座長】

もちろんその通りである。退院時カンファレンスの内容を知ってもらうことも必要であり、また退院時カンファレンスが開催できていないところで、さらに開催を充実させる体制を作っていく必要がある。そのためには、ケアマネジャーや病院、在宅医も意識を持っていかなければならない。

【委員】

往診をする必要がある患者は、退院時カンファレンスを開催した方が良いが、往診が必要でない患者も含めて考えた方が良いのか。

【委員】

退院後、在宅医が関わる事例は大体が困難事例かと思う。

【座長】

今の課題は、本当に退院時カンファレンスが必要な症例で開催されていないということである。

【委員】

病院が患者の状態を把握しており、その後も通院が継続できる場合は良いが、通院困難の場合は、大抵病院に戻ることはできないため、しばらく積極的な支援が必要となるため協力していきたいと思う。

もう一つは、委員が言っていた診療報酬についてである。あまり病院は活用をしていないと思うが、退院後訪問指導料を算定したことがあるだろうか。病院の看護師が、患者が退院後に訪問看護師に同行し、訪問して患者の様子を確認するものである。

【委員】

当院は新型コロナウイルス感染症流行前は実施していた。

【委員】

退院後の様子を知ることができる貴重な機会であり、さらに病診連携や看看連携にも関わってくるため、病院の地域連携室の看護師はそのようなものを活用しても良いのではないかな。もちろん動員は必要かと思う。

【座長】

継続看護もあるため、その部分も大事かと思う。前回の病診WGでも挙がっていたように、病院医と在宅医が、退院後の患者宅に一緒に訪問できればいいが、現実的にはなかなか難しいところがあると思う。

他に意見はあるか。

(意見なし)

本日の議題にはないが、介護施設との連携について事務局より報告をお願いしたい。

【事務局】

介護施設の実情を知る機会がないという意見があり、甲府市も把握する必要性を感じていた。そのため、1月より介護施設へのヒヤリングを実施し、介護施設における医療との連携

がどのように行われているか、どのような課題があるのかを確認している。令和5年度は7か所の施設を対象としている。診療報酬や介護報酬の改定もあるため、令和6年度以降も継続する予定である。

現状は4か所実施している。施設からは「入居者で医療との連携が必要な場合は誤嚥性肺炎・転倒による骨折・発熱による意識レベルの低下が多く、入院の相談をしたい」「緊急時は家族や嘱託医と相談後に搬送の判断をするが、なかには『軽症であるため本当に搬送・入院の必要があるのか』という対応があった」「なかなか搬送先の病院が見つからず30～50分経過してしまう」「施設により異なるが、月1～2人の看取りがあり、看取りの際は状態の変化があった時点で家族に連絡し、丁寧に説明をしながら対応しているが、家族も本人の状態をイメージできずに治療に繋がたいと話し、その部分のタイミングが難しい」という意見があった。

ヒヤリングの内容は、次回の病診WGで整理したものをお示ししていきたい。また、病診WGに施設の方に参加していただき、直接意見交換できる機会を検討していきたい。

【座長】

高齢者施設は大きな受け皿になっているため大事なことである。また、これまで高齢者施設の方との意見交換をする機会はなかったため、これを機に実現できると良い。

その他皆様から意見はあるか。

(意見なし)

### 3 閉会