

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

日 時 令和6年2月15日（木）午後7時～午後8時30分
会 場 甲府市役所本庁舎7-2会議室
出席委員 9人
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、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（内1名代理）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）取組の優先順位の確認（資料1）

【事務局】

資料1 2ページをご覧ください。第1回、2回の病病連携ワーキンググループ（以下、病病WG）を通して、取組内容を4つに整理した。「①高齢者の急変時に対する各病院の強みの明確化」「②急変時の医療機関ごとの機能について医療介護関係者との情報共有」「③転院時の各医療機関における受入基準の見える化と情報共有する内容や方法等の検討」「ACPによる本人の意思決定支援を含めた院内の患者像の共有」とした。

資料1 3ページをご覧ください。第2回病病WGの主な意見について振り返る。「①高齢者の急変時に対する各病院の強みの明確化」については、「地域からの受け入れ」と、「病院間の転院」について意見が挙がった。

「地域からの受け入れ」は、

- ・病院の特徴や強みを整理して提示すると、紹介する側（診療所医師等）が理解しやすい。
- ・各病院の機能などを明確化した上で、次にルール化を検討できると良い。
- ・本WGでは、病院間の連携として役割分担を整理し、病院スタッフに理解してもらう必要がある。

「病院間の転院」は、

- ・病院間で互いの機能を理解し、受け入れ後の互いの機能が発揮できるよう、フォローし合えると良い。
- ・慢性期の病院の中でも、誤嚥性肺炎、尿路感染、脱水、骨折等の対応はできることを知ってもらえると、下り搬送でフォローができる。

などの意見が挙がった。

「急変時の医療機関ごとの機能（強み）について医療介護関係者と共有」は、

- ・病院側の機能を、診診連携ワーキンググループにて、診療所側に明示していく等の必要がある。

と意見があがった。

資料1 4ページをご覧ください。「休日夜間を含めた24時間体制のネットワーク形成支援の課題と検討の視点」について整理した。

本日は「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」についてご意見をいただきたい。

資料下線部について、訂正がある。

○在宅の高齢者の急変は、「救急搬送が『適切』とは限らない」と記載したが、「救急搬送が『だけ』とは限らない」に訂正していただきたい。

○在宅療養者における入院が必要となる症例をイメージして検討する。

○病院は日中と休日・夜間では対応が異なるため、違いが分かるよう整理をする。

○医療介護関係者に分りやすく、明確にできることで、高齢者の状態が悪くなった場合に、在宅側が病院を選ぶ際の目安につながる。そのためには、どのような対応可能な範囲を明確化できるのか、を検討する。

資料1 5ページをご覧ください。

優先順位は、これまでの皆様のご意見を踏まえ優先順位①～④とした。

「高齢者の急変時に対する各病院の機能の明確化」を①とし、令和5年度は情報の整理を行う。令和6年度は明確化とし、「②急変時の医療機関ごとの機能について医療介護関係者と情報の共有」に向け段階的に進めていきたい。また、「③各医療機関における受入基準の見える化と情報共有する内容や方法の検討」は、令和6年度に情報の整理とルール化を進めていきたい。④は「ACPによる本人の意思を含めた院内の患者像の共有」とした。優先順位の確認については以上である。

【座長】

事務局から説明があったが、病病WGの目的は、在宅医療をバックアップするための取組が一番で、それを検討することが大きな役割になっている。そのため、それを念頭に置きながら、皆様のご意見をいただきたい。

検討すべきことが4つにまとめられているが、資料1 5ページの①～④の優先順位で良いかを最初に協議したい。

最初に「①高齢者の急変時に対する各病院の機能の明確化」を検討するということが良
いか。ACPはとても難しい問題なので少し後回しとして、急変時・高齢者救急が必要な
際も、どのような対応をするのかということは大事だと思うため、それを確認したいと思
う。何かご意見はあるか。

(意見なし)

優先順位はこの通りで進めていく。

議事(2) 高齢者の急性疾患に対する適切な入院医療の提供に向けた各医療機関の機能 (強み)の明確化

【事務局】

資料1 6ページをご覧いただきたい。救急医療体制について、日中と休日夜間のとは
区別し整理をするために、図式化したものである。

「高齢者の急変(例)」を中央部分に記載した。高齢者の急変に多い疾患は誤嚥性肺炎と
尿路感染症、脱水等となり、右側は休日・夜間の一次、二次、三次の救急となっている。
左側が日中、基本的にはかかりつけ医・嘱託医から紹介緊急時の入院相談・救急搬送とい
う形で各医療機関に相談があり、救急搬送となる流れになっている。

左側緑色の表は、病床機能の報告を県に各病院が行っているものであり、例えば、県立
病院は、高度急性期が284床、急性期が254床、慢性期が14床となっている。市立
病院は、★マークが地域包括ケア病床の所有で、☆マークが在宅療養後方支援病院とし
た。吹き出しで記載したのは、地域包括ケア病棟の了承の届け出数となっている。また、
本日出席している委員の病院は資料の通りである。病病WG委員となっていない19床以
上の病院については表の通りである。

青色の矢印「翌日転院？」は、これまでの協議の中で意見があった「救急で受け入れた
後の下り転院の流れについて、どのようにするのか。」を表記した。

資料1 7ページをご覧いただきたい。「在宅高齢者の急変時受け入れにおける各病院の
機能の見える化の進め方」の案である。

2つ目の●「在宅医療と介護の連携を進める上で、適切な医療提供の下で在宅復帰を促
す機能が重要であることから、まずは地域包括ケア病棟について、その機能を効果的に発
揮するために、各病院の機能や強み、患者の受入条件や受入可能な症例等を明確化し、他
の病院や在宅関係者に分かりやすく示すことを目指してみてもどうか」について、資料の
下の方に、地域包括ケア病棟の例として、外に向けて出す場合の条件や、入院のパターン
等を記載した。

左下緑色の枠は、地域包括ケア病棟の条件として、「入院の日数は保険診療上は最大60
日」「在院日数が上限に達した場合は前回の退院から3ヶ月、がん・難病は1ヶ月空ける必
要がある」を記載した。また、地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名を記載すると診

療所医師や地域住民にもイメージしやすいのではないかと思います、誤嚥性肺炎や、腰椎圧迫骨折等のように記載した。

右下紺色の枠は、地域包括ケア病棟に入院して退院するまでに、どのような形になれば退院となるのか、患者によって違うと思うが、例えば、「このような形で発熱し、熱が下がったら退院です」「肺炎を起こし発熱し、治療後、体力が低下していたらリハビリと在宅復帰に向けた準備をしていきます」などを表記し、地域包括ケア病棟の入院対象になる患者のイメージを伝えてはどうかということで例を示した。例以外にも、皆様の各病院で標榜されている科や、病院の強みがあると思うため、地域包括ケア病棟について検討し、さらにつけ加える強みがあれば明確化できると良い。

参考資料は、第2回病病WGで示した病院の機能と診療報酬の改定について抜粋し記載した。

本日配付した資料は、診療報酬改定についての情報が公開されたため関連するものを配布した。参考にご覧いただきたい。

皆様に各病院の強みの明確化をどのようにしていくと良いのか、ご意見をいただきたい。

【座長】

事務局から説明があったが、高齢者の急変時や、急性疾患に限定したい。それ以外の病気もあるが、とりあえず地域包括ケア病棟や回復期病棟のものに関しては、やはり高齢者の一番の問題であるため、その部分を中心に考えていきたい。

その中で、地域包括ケア病棟が一番鍵になるところだと思うため、地域包括医療病棟は少し置いておきたい。地域包括ケア病棟を有する病院の機能について、利用にあたっての条件や病気等が資料1 7ページに記載されており、概ね記載のある傷病名だと思っている。もちろん急性疾患のため、急性期病棟に入院させても良いと思うが、国では地域包括ケア病棟または地域包括医療病棟に入院させると言われているため、それらを中心に「このような内容でどうか」という案も含めた形でご意見をいただきたい。

例えば、当院では、地域包括ケア病棟があるが、現時点では、全てを地域包括ケア病棟に入院させているわけではなく、一旦急性期病棟に入院させている。他病院も同様かと思う。その中でも誤嚥性肺炎や、腰椎圧迫骨折、大腿骨転子部骨折、尿路感染症等が多く、その他、大腿骨頸部骨折、脱水、慢性心不全も含め様々な疾患の患者を入院させている。

一方で、当院でも受入れやすい傷病や、受けにくい傷病があるのが実情である。地域包括ケア病棟が協議の中心になるが、要点の一つとして日中の対応がある。休日夜間は二次救急が対応することになっているため、平日の日中にどうするべきなのかを中心に意見をいただきたい。「当院はこのようなことが得意だ」といったことがあれば、ご発言いただきたい。

【委員】

当院は少し前までは、急性期病棟に入院してから、地域包括ケア病棟に移動という患者が結構いた。現在は資料1 7ページに記載のある発熱、点滴などは、地域包括ケア病棟に入院している。骨折等は必ず急性期病棟に入院し移動する形になっており、腰椎圧迫骨折でも一旦は急性期病棟で診てもらう形になるが、概ね、脱水、点滴、軽度の発熱、食欲低下は直接地域包括ケア病棟に入院している。ただ、地域包括ケア病棟は入院日数が長いので、回転がそれほど早くなく、多く入院できない面もある。

【座長】

詳細や具体的な対応までではなく、各病院の現状・傾向として、多い疾患等で結構である。

【委員】

地域包括ケア病棟で受入れにくい傷病もある。資料1 7ページに整形外科疾患が複数挙がっているが、基本的には手術しない症例と、リハビリテーション病院に転院しない症例を受入れている。当院は在宅復帰率80%以上を目指しており、現在下限が72.5%である。転院する可能性のある患者が地域包括ケア病棟に入院すると、在宅復帰率の絡みがあるため、基本的にリハビリテーション病院に転院しない患者を受入れている。また、手術しない症例を受入れるといった特徴がある。

【委員】

当院は、地域包括ケア病棟がないため、地域包括ケア病棟として対応はしていないが、誤嚥性肺炎、尿路感染症、廃用症候群、脱水、慢性心不全等の患者を受入れる体制はできている。当院は機能強化型（単独）在宅療養支援病院（以下、「在宅療養支援病院」と記載する。）であるため、特に当院がかかりつけ病院の患者は、その場で判断し緊急の受入れが可能である。細かい検査等は難しいため、一旦本来の救急要件で相談をもらい、その日のうちにとということであれば平日の日中は対応可能になっている。また退院支援として、緊急で受入れた患者の半数程は1ヶ月以内に退院し、在宅に戻る支援も機能として持っている。介護医療院が2フロアあるため、もう少し長く継続して支援が必要な患者であれば、介護医療院に移動をしている。

【委員】

地域包括ケア病棟は2フロアで全100床ある。その中で多い疾患は、整形外科疾患は手術がない患者と腰椎圧迫骨折であり、あとは尿路感染症である。軽度の肺炎は基礎疾患によって、病院医師と相談しながら受入れている状況である。慢性心不全は当院がかかりつけ病院であり、再発を繰り返している患者は受入れるが、その他はほぼ急性期で順番に受入れる形になっている。また、当院の特徴はレスパイト入院（家族・介護者の休養を目的とした短期入院）を積極的に受けている。在宅支援の面でレスパイトも、介護施設の介護支援専門員等に伝えている。

【委員】

最近では腰椎圧迫骨折で安静が必要な患者の受入れをお願いしたいということが多い。当院の整形外科は、手術が必要な患者を優先的に受け入れているため、そのような患者を地域包括ケア病棟に入院させたい場合、現在のベッド数では受入れが難しく、また、整形外科は現在対応できる数が一杯であり、そのような患者の受入れが難しい。

当院は、在宅療養後方支援病院であり、登録している患者が入院したい場合は急性期が多いが、本来の目的であるレスパイトも多い。そのような場合、当院では確実に何床とベッドの確保はしていないが、在宅療養後方支援病院である以上は、できるだけ受け入れている。そのような患者を優先的に受け入れると、腰椎圧迫骨等の患者を診るベッドが不足している現状がある。

【委員】

当院は、三次救急であるため内科的な救急疾患を含め、全ての患者を受け入れている。例えば、当院で急性期の治療は必要ない腰椎圧迫骨折で、安静のみ必要だという患者を地域包括ケア病棟に受け入れる相談をした時に、地域包括ケア病棟では受け入れてもらえないことがある。その部分で、受け入れがスムーズに進んでいない現状がある。

【座長】

県立病院は、地域包括ケア病棟がなく、高度急性期で三次救急を中心に実施しているが、二次救急も担っている。どちらかというと、三次救急が主であるため、日中、他に受け入れる病院があれば、そちらの病院で受け入れるのが良い。その際、手に余り困るときは、三次救急をお願いするという形が良いのではないかな。

地域包括ケア病棟がある病院が協議の中心であるが、例えば、委員の在宅療養支援病院は、かかりつけ患者であれば最初の搬送先でも良いという形だが、他の病院は下り搬送（症状が軽快な場合の転院・転送）で受けるといった形か。そのような部分を加味した形で進めるしかないのではないかな。

整形外科疾患については、手術が必要か不必要かによって、大分話が異なり、腰椎圧迫骨折は手術ができないため、地域包括ケア病棟で受け入れても良いのではないかな。ただし、手術がすぐに必要な大腿骨頸部骨折、大腿骨転子部骨折等はどのようにしているのか、逆にこの資料1～6ページにあるような病院に聞いてみるのが良いのではないかな。病病WGの病院だけで全て賄うというような大それたことは考えていないため、皆様でやれる部分を検討していきたい。

再度言うが、日中の受け入れは、電話をかけてもらう形で判断してよろしいだろうか。概ね、皆様の地域包括ケア病棟で対応しているところが今後も中心にならざるを得ないのではないかなと思う。

今後の考え方であるが、日中に受け入れやすい疾患を挙げるか、この状態は困るというものを挙げておいた方が良いということもある。例えば、整形外科疾患では、「本病

院では△。すぐに手術できる約束はできない。受入れられるときもある。」という形か。また、「腰椎圧迫骨折は順番にやってもらおう」という形か。このように各病院の受入れやすい疾患、受入れが少し難しいという疾患を出せば良いのではないか。例えば、在宅療養支援病院の場合、病院がかかりつけになっている患者であれば急変時の受入れは良いという形にするのか、誤嚥性肺炎、尿路感染症、脱水等は受入れる形にするのか、受入れ対応の範囲表記は各病院の判断になってくると思う。

これまで第1回、第2回に渡り協議をしている。本日は意見を挙げてもらったが、令和5年度はここでまとめとし、事務局から皆様の各病院や、資料1 6ページに記載のある病院に確認する形で良いか。

事務局から、思いつく疾患を資料1 7ページに挙げてもらったが、この他にも疾患例についてご意見はいかがか。例えば、意識レベルの低下はどうか。受入れてもらえなければ患者・家族、施設は困るが、二次救急の病院は地域包括ケア病棟では受入れられないと思う。意識レベルの低下であると脳卒中の可能性もあり、これは急変であり急性期に近い。誤嚥性肺炎、尿路感染症、脱水、腰椎圧迫骨折、大腿骨頸部骨折に関しては比較的分かりやすい傷病名である。この他に何か多い疾患はあるか。

【委員】

大腿骨転子部骨折、大腿骨頸部骨折は手術適応ではないという理解で良いか。当院では、この骨折であると、まずは手術を意識するため、直接地域包括ケア病棟に入院させることはないため、排除した方が良いのではないか。

【座長】

腰椎圧迫骨折だけは良いかもしれないが、大腿骨頸部骨折に関しては、超高齢者以外はほとんど手術の適応となる。

【委員】

ただし、非荷重・免荷で長時間様子を見ないとならず、手術適応ではないと判断され場合は地域包括ケア病棟の使命である。また、回復期やリハビリテーションの対象ではない疾患、例えば、足首の骨折や手の骨折で介護困難といった患者の場合は、地域包括ケア病棟で受入れる必要があると思う。

慢性心不全は悩ましいところで、内服コントロールや、慢性心不全に伴う副次的な脱水等で受入れる場合があると思うが、患部の治療の適応になる場合は急性期、主病変の問題の場合は急性期に入院パターンが多いと思う。

【座長】

廃用症候群はどうだろうか。

【委員】

廃用症候群は疾患ではないが、当院は神経難病の患者を受入れることが多い。もちろん急性増悪、低血糖でコントロールする場合には急性期だが、神経難病で歩けずリハビ

リテーション目的や、投薬で様子を見る場合は、地域包括ケア病棟で受入れる患者が多い印象である。

【座長】

神経難病を入れるかどうかは難しい。二次救急で受入れることにすると、大学病院は助かるという話は聞いている。

【委員】

高齢者が増加し、複合的に疾患が絡んでいる患者が多くなっている。例えば、今回は腰椎圧迫骨折だが、基礎疾患は心臓が悪い場合、なかなか受入れてもらえないのではないかと。傷病名のみで区別してしまうのは難しく、恐らくその後で困ってしまうのではないかと思う。皆様のご意見を聞きたい。

【座長】

ある程度分かりやすくしなければならないのではないかと思う。そのため、合併症があり、その症状が発症したときにどのように対応するのかとすると、そのような疾患は受入れないとなってしまう。そのため、傷病名で簡潔に区切った方が判断しやすいのではないかと。

診療所医師は「このような基礎疾患があるが、今はこのような状態である」と送ってくると思うため、基礎疾患で区分すると、どの病院も受入れが難しくなり困るのではないだろうか。

【委員】

実際、地域包括ケア病棟を持っている委員はいかがか。

【委員】

実際に、外来でも発熱や誤嚥性肺炎、尿路感染等はトリアージしなければならない。当院は、外来で明確にすることが必要で、複合的な疾患があるのはよく分かり、腰椎圧迫骨折の場合でも、高齢者は基礎疾患をいろいろ持っている。だが、一旦地域包括ケア病棟で受け入れ様子を見ながらすみ分けている部分がある。もし、急性期の治療が必要であれば、急性期に転院することも考えており、実際そのように対応をした患者もいる。そのため、皆様が分かりやすいものが良いのではないかと。

【座長】

分かりやすいように区切るのが良いのではないかと。細かい条件を決めると、受入れができない状況になるのではないかと。高齢者は複合的な疾患がある患者が多いため、基礎疾患よりも、今一番何の治療が必要かを考えた方が良いのではないかと。

当院は、状態が悪く治療が必要なケースは急性期病棟で受入れ、その後地域包括ケア病棟に移動するのが現状である。そのため、現在は直接地域包括ケア病棟で受け入れていない状況である。どちらかといえば、一旦急性期で受入れ、そこから地域包括ケア病棟へ移動する形が多い。

【委員】

当院もそのような状況である。

【座長】

複合的な疾患を持っている場合は、特にそのような対応かと思う。

【委員】

当院は、地域包括ケア病棟で受入れるのが難しい現状である。恐らく病院医師の認識もあり、一旦急性期病棟で受入れ、そこから地域包括ケア病棟に移動するという形になっている。地域包括ケア病棟に直接入院する場合は、当院がかかりつけの患者であれば、主治医が当院の病院医師であるため問題ない。だが、当院に初診で搬送され地域包括ケア病棟で受入れた場合は、当院は順番に主治医になるような体制をとっているため、腰椎圧迫骨折で搬送された患者を循環器の医師が診たり、時には内科・呼吸器、整形外科の医師が診るといことがある。順番に主治医になってもらっているため、複合的な疾患が、主治医となった医師の専門科外であると受入れが難しい場合がある。そのため、当院がかかりつけ病院でカルテがある患者は地域包括ケア病棟で受入れるが、当院がかかりつけ病院でない患者は難しい部分がある。

【座長】

当院の在宅療養後方支援病院の入院は、1年間で月に1～2人程度である。他の病院の状況は分からないが、当院は、内科の病院医師が順番にローテーションし暫定主治医に決められているため、そのような形でやるしかないと思う。

他にご意見はあるか。

【委員】

傷病名で受けてしまうと、誤嚥性肺炎のため地域包括ケア病棟を選択して、日中は地域包括ケア病棟に搬送・入院することになるが、例えば、状態が悪く酸素投与が大容量必要であったり、サクション（痰がからんで吐き出せない場合や気管に物を詰まらせてしまった場合などに痰の吸引をすること）が必要な時に、受入れなければならない可能性はあるが、その部分を傷病名で区分して良いのだろうかと思う。やはり患者の状態によって適応を分けた方が分かりやすいのではないか。だが、確かに診療所医師に分かりやすくするには、傷病名で区分する方が簡明という考えも分かる。

【座長】

誤嚥性肺炎はほぼないと思うが、状態が悪かった場合、そのような患者は三次救急にお願いします。そのため、傷病名で区分するのは分かりやすいのではないか。「複合的に疾患を2つ3つ持っている」といった形でお願いをされても、主症状は何か、今一番問題なのはどれかという形で受入れるしかない。そうなると、傷病名で区分するしかないのかと思った。それ以外は要相談である。その程度しか分けようがないのではないかと感じた。もちろん状態に応じて診ることができれば良いが、地域包括ケア病棟とは、その

ような病棟である。

【委員】

地域包括ケア病棟を持っている病院は、大体急性期病棟も持っている。要するに、診療所医師や地域の医療機関に向けて、地域包括ケア病棟とは「このような疾患の患者が入院できます」ということを、現時点ではあまり公にしていない。そのため、地域包括ケア病棟はどのような患者が入院するのか、診療所医師が分かっておらず、とりあえず当院も急性期病棟で受け入れて、地域包括ケア病棟に移動させるという対応を今まで行っていた。だが、今度は緊急入院を地域包括ケア病棟で受け入れていこうという話だと思う。そのため、とりあえず誤嚥性肺炎や腰椎圧迫骨折であれば、地域包括ケア病棟を持っている当院に紹介しようと当院に電話が来たり、紹介状が来ることになる。そうすると、病院医師が診て「この場合は急性期病棟だ」「重症であるため三次救急に相談しよう」ということを外来では行う。傷病名で紹介して困ることもあるが、その方がすっきりするのではないか。

【委員】

今委員が言った通り、傷病名だけでは難しい部分もあるが、傷病名はあくまでも例とし、間に「地域包括ケア病棟の対象患者」を入れる必要がある。地域包括ケア病棟の立ち上げ時によく言われたのが、「急性期治療終了後、もしくは軽微な治療をするもの」という表現であった。その部分の解釈が病院によって異なるが、傷病名だけを見ると「この傷病名の治療をするための病院」というように誤解される可能性がある。そのため、この間に「治療終了後または軽微な治療」という表記があり、最後に傷病名を例とすると、肺炎であれば肺炎後といった表現の方が分かりやすいと思う。また、地域包括ケア病棟は最終的に患者を受入れる病棟だと思う。そのため、原則急性期病棟ではなく、回復期病棟でもなく、療養型病棟でもなく、ショートステイも受けられず、どこでも受け入れられない患者となった時に地域包括ケア病棟になるため、その大前提も抑えると分かりやすいと思った。

【座長】

先程言ったように、当院では患者を急性期病棟受入れているため、その感覚である。急性期病棟をバックに持っている病院がやはり受けやすいのではないかと思う。恐らく地域包括ケア病棟だけ持っている病院はなく、急性期病棟を持っていて、あとは地域包括ケア病棟という形か。受入れる側とすれば、急性期病棟で受入れるため良いのではないかという判断ではないか。診療所医師や在宅医療を行っている医師は「誤嚥性肺炎なので」と紹介してくると思うため、それはそれで分かりやすいのではないかと感じたがいかがか。

あくまでも病院に電話をかけてくる時の選択の目安にしてもらえると良いのではないか。本当に具合が悪くて亡くなりそうなどC P A（心配機能停止）もあるが、高

齢者のCPAはどうか。CPAは三次救急に搬送しており、当院（二次救急）にも何人か搬送されてくる。それはやむを得ないだろうと思っており、それは記載ができないため、傷病名でないとすればレスパイト位だろうか。レスパイトは地域包括ケア病棟の対象患者になると思う。ただ、本当に傷病名で区分して良いのかということは何回も考えたが、送る側はそれ位しか判断基準がない。高齢者で傷病名がないと、搬送先の判断に困る。そのため、1度実施してはどうだろうということを、各病院と資料1 6ページに載っている他の病院にも聞いてみてはいかがか。

【委員】

率直な疑問だが、甲府市内の地域包括ケア病棟がある病院は、全て急性期病棟があるが、地域包括ケア病棟に入る時に傷病名がつくということか、急性期病棟や一般病棟で一旦受入れ、その後傷病名がついてから上がるのか。

【委員】

病院なので、全て傷病名が付くのではないか。

【委員】

診療所医師からの紹介状の時は、「疑い」という形で出されて、傷病名が分からないのではないか。

【座長】

確定診断を付けてからでないと診ないという訳にはいかない。そのため、疑いでもそれは仕方がなく、結果的に違っていてもそれは良いと思う。そこまで厳密にしなくても良いのではないかと思う。

「この傷病は当院では受入れが難しい」ということであれば、三次救急を含め、診ることができる病院に転送させれば良いのではないか。二次救急の機能を持っているのは、病病WG委員の病院以外にも甲府市内にあるため、聞いてみる価値があるのではないか。「この傷病は当院では受入れが難しい」という病院があれば、それはそれで良いと思う。各病院がどのように対応しているのか、確認はできるのではないか。逆に言えば、二次救急で受入れていた患者の詳細を確認できれば良いと思う。

今、地域包括ケア病棟を中心に協議したが、これをベースに考え、病院の機能を考えた方が分かりやすいのではないか。少なくともこの在宅医療介護連携のことに関して言えば、これが一番わかりやすいのではないか。そのため、今後の進め方として、本日の協議をベースにどのように進めていくかということが良いか。

【事務局】

挙げた意見を整理し、高齢者は複合的な疾患があり心配だというご意見もあったが、まずは目安となる傷病名を提示しつつ、さらに「急性期治療終了後」もしくは「軽微なもの」といった注意書きで、地域包括ケア病棟で必ずということではないことを入れた表記をするという形だろうか。また各病院で、診療科の特性もあり、その部分はなかなかこち

らでは分かりにくい部分である。そのため、各病院と傷病名を記載し、○、×をつける等たたき台を作成し、皆様に確認してもらい支障があれば修正していきたいと思うが、そのような対応で良いか。

【委員】

資料1 7ページの2つ目の●を検討していると思うが、①は問題ないが、②は在宅療養支援で診たときに、「傷病名が付けば受入れられるが、最初の搬送先として捉えられると困る」という話もあった。その部分が、②の救急搬送で受けた後の転院の病院間連携ということになる。その部分も明記できるような形で、例えば、最初に三次救急の病院に入院した患者が、翌日や翌々日に、当院の地域包括ケア病棟へ転院したいというお願いを受けたことがある。そのような部分も確認してもらえると、①②③と段階を踏みながら進んでいけるのではないか。

【事務局】

そのような意見も反映させていただき、皆様に提示したい。また、今後の協議になるが、受入れの流れや転院については、ルール化につながるため、その点は別に協議してもらい、まずは病院の機能の明確化についての整理をさせていただきたい。

先程、座長からも話があった通り、病病WGの委員だけで決めるという訳にはいかず、病病WGである程度明確化したものを作成し、病病WGにご出席いただいていない甲府市内の各病院にも声をかけご意見を聴取し、追加していきたい。

【座長】

今回はそのような整理で良いか。傷病名で区切るというのは、少し出過ぎたことかもしれないが、それ位しかやりようがないため、目安として使ってもらえるようにしたい。在宅療養を行っている診療所医師に提示するにはそれがベストだと思う。

他にご意見はあるか。

(意見なし)

議事(3) その他

【事務局】

方向性として、在宅医療介護連携の内のワーキングであるため、高齢者の急変を受入れ、在宅あるいは施設に戻していくところを念頭に置く。また一旦は急性期で受ける場合もあるが、地域ケア病棟で何ができるのかというところを中心に、目安として傷病名を使いながら、各病院の強み、あるいは少し苦手なところも含め、明確化をしていきたい。息の長い取組として方向性を一つずつ決めながら、また対象の病院等も病病WGに出席している病院に限らず少しずつ拡大していきながら明確化を図っていったら良い。

基本的には診療所をバックアップするために、どのような体制をつくっていけば良い

のかということで協議をしている。最終的に、診療所医師が患者を入院させたい場合に、日中に円滑に入院させられるような目安になるものをつくっていく形になる。次回は、たたき台となるフォーマットを作成し、内容について適切かどうかを詰めていただき、内容も埋めていけるのかどうかを確認する作業になる。また次回からよろしくお願ひしたい。

4 閉会