

甲府市在宅医療・介護連携推進会議
第5回 病病連携ワーキンググループ
議事録

日 時 令和6年9月4日（水）午後7時～午後8時05分

会 場 甲府市役所本庁舎6階大会議室

出席委員 10人

欠席委員 1人

事務局 保健衛生総室長、生活衛生室長、健康政策課長、医療介護連携担当課長、
医務感染課長、地域保健課長、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 議事

【座長による出席者数の確認】

委員11名中10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）病院機能の明確化資料（案）の報告（資料1）

【事務局】

資料2ページをご覧ください。在宅療養をバックアップする病院機能の明確化のための資料（案）について、改めて目的を確認する。●高齢者の急性疾患等に対し、適切な医療が提供される必要があることから、入院が必要な患者の入院先がスムーズに決定されるよう、病院のバックアップ体制について明確化する。●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、地域包括ケア病棟の機能の明確化をする。●各病院機能を効果的に発揮するために、病院機能や強み、患者の受入れ条件や受入可能な症例等を明確化する。●在宅療養をバックアップする病院機能の明確化の資料は、作成後、診療所医師や訪問看護師、ケアマネジャー等の専門職が利用することを想定し、周知する。

資料構成は、A3サイズ1～4ページで作成した。p1「病院の基本的機能の説明」、p2「市内で病床を有する医療機関の病院機能の整理」、p3「高齢者の軽症・中等症の受入れが可能な疾患の目安」、p4「在宅療養者の入退院を支援する主な病棟・病院の機能として『地域包括ケア病棟』『在宅療養後方支援病院』の紹介」となっている。

資料3ページをご覧ください。進捗状況を報告する。7月～8月にかけて、本ワーキンググループ以外の市内の病院及び有床診療所に訪問し、資料作成の目的・協力等について説明しご快諾いただいた。

1点訂正があり、表の「対応者」を「訪問時の対応者」へ記載を変更した。窓口としてご対応いただいた方は資料の通りだが、内容については院内で協議をしてもらっている。

今後のスケジュールについては、9月に表記の統一をし、その後本ワーキンググループ以外の病院等に確認していく。10月頃にまとめたものをメール等でお示しし、第6回ワーキンググループで確定し、周知をしていきたい。

A3資料をご覧いただきたい。p1は病院の基本的機能として「入院にかかる機能」「在宅医療にかかる機能」を記載した。p2～p3は一覧表となっており、回答がまだの医療機関は空欄になっている。国立病院機構甲府病院は、当初「高度急性期機能」に●が付いていたが、外してほしいとご意見があり削除した。貢川整形外科病院は、整形外科であるため「急性期機能」の骨折について●となっている。湯村温泉病院は記載の通り。甲府城南病院は「急性期機能」について、相談での入院と一定数は救急で受けたいと補足で要望があった。甲府脳神経外科病院は、脳死系外科であるため記載はない。恵信甲府病院は、「レスパイト入院」に●があるが、2週間以上のレスパイト入院であれば受入が可能という注意書きがある。また、患者や介護支援専門員からの入院希望ではなく、かかりつけ医からの紹介状で受け入れ可能という要望があった。露木耳鼻咽喉科医院は、運営している施設内に表に開催のある疾患の患者はいるが、病床として受け入れていないため記載はない。

作成当初は▲という表記があった。理由として、湯村温泉病院は回復期病院であり検査ができないため、急性期治療の受け入れができないが、他病院で一通り検査ができていれば当日または翌日でも入院が可能となることから▲としたが、分かり易さを考慮し削除した。

【委員】

当院は「急性期治療」「回復期治療」「慢性期治療」全てに●が付いているが、補足させていただく。当院は、圧迫骨折や適応外骨折の受け入れができるが、整形外科がないことから、一度他病院で診てもらい保存的治療で良いと判断された後であれば可能ということになる。そのような意味合いで、●を付けるのかどうかはお任せしたい。基本的に日中相談を受ける中で対応することは可能である。

【座長】

条件がある場合は、※3や※4のように注意書きをした方が良いでしょうか。

あくまでも目安であるため、例えば、日中営業時間内であれば、かかりつけ医に連絡が行き紹介が来る形になる。夜間・休日は二次救急病院が優先されるため、あくまでも受入れることができるという参考になればと思う。

他にご意見はあるか。

(意見なし)

議事（２）転院における病病連携の在り方について検討

【事務局】

資料４ページをご覧ください。転院時における病病連携について、転院時の介護等生活支援情報に関する情報の共有が不足しているという課題があった。令和５年１１月２１日に開催したワーキンググループでは、

〔病院間の転院〕

- ・病院間でお互いの機能を理解し、受入れ後に互いの機能が発揮できるようフォローし合える形が良い。
- ・下り搬送を行う上で、各病院の機能や強みが明確になると良い。
- ・慢性期病院の中でも、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できるのではないかな。

〔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〕

- ・病院側の機能等を診療連携ワーキンググループにおいて診療所側に明確に示していく必要がある。

〔各医療機関における受入基準の見える化と情報内容や方法等の検討〕

- ・高度急性期から患者を受けた時に生活支援情報が少ないと感じた。どのような情報があれば下り転院につなげられるのか整理が必要。
- ・ケアブックを使うと情報共有がスムーズだと感じる。
- ・どんな状態なら受入が可能であるのか。

などの意見が挙がった。

優先順位３つ目の「転院時における病病連携」では、各病院ではどのような情報を必要としているのか、現状を含めて情報共有をしていきたい。

資料５ページをご覧ください。どのような場面で転院が起こるのかを図にした。日中と休日・夜間で分けた。日中について、入院は通常の予定入院と救急入院があり、高度急性期病院や急性期病院で受入れ、リハビリのための転院、長期的な治療が必要となる転院、在宅準備のための転院、有床診療所への転院がある。休日・夜間については、図の通りである。このような転院がある中で、高齢者が転院する場合に、その後の在宅等生活を見据えて、現状ではどのような情報提供がされているのか共有し、更に追加した情報連携が必要なのか意見交換していきたい。

資料６ページは、「初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価」の新しい加算について掲載した。

【座長】

委員の病院で患者を受けるという視点で、どのような情報が必要かについてご意見はあるか。

【委員】

当院は高度急性期からの急性期の受入れ、地域包括ケア病棟の受入れを行っている。病院医師からの紹介状について、既往と元々のかかりつけ医の情報をいただきたい。また、介護度、利用しているサービス、家族情報、本人の目標やゴール、例えば地域包括ケア病棟に入院した場合、本人がどのような形になれば在宅に帰れるのか、施設に入ることができるのかを共有できれば、円滑な連携ができ、後に受入れる病院も安心できる。

【委員】

当院は、慢性期病床と介護医療院という形である。紹介状は、既往歴、現病歴、内服薬の情報、暮らしの部分で医療・介護の保険情報、ケアプランなどケアマネジャーからの情報ももらいたい。また、ACPに関わるところで本人・家族からの情報があればもらいたい。

【委員】

他委員が言っていた内容に加えて、緊急連絡先があると良い。あとは、医療保険内容が分かれば情報をもらいたい。

【委員】

当院は、急性期病棟、地域包括ケア病棟がある。在宅療養については、在宅で診ている医師の情報が主となる。サマリーの部分ではキーパーソンの記載はあるが、以前キーパーソンとなっている方が意思決定ができず、結果異なる方がキーパーソンになった。そのため、キーパーソンは1名ではなく2名程いると良い。加えて、継続する必要がある看護の有無について記載があると良い。在宅でしていたこと、施設や転院する際にどのような看護を継続しなければならないのかを深掘りして聞かなければならないため、記載があると良い。

【座長】

各委員から共有してほしい情報が挙がったが、一般的に各病院で情報提供する際の様式が決まっていると思う。一旦各病院から出している情報提供様式を集めてはどうか。そのうえで、挙がった意見の情報が記載できるようになっているのか確認してはどうか。診療科によって異なると言われると難しいため、代表的なものだと検討しやすいのではないかな。

【委員】

様式は各病院ほぼ同じ内容である。診療情報提供書、ADL表、加えて添付する検査データは診療科医師によって異なる。主流になっているのはケアブックであり、項目が決まっている。項目ごとにインターネット上で各病院で入力し、三次救急の病院から連絡が来るような形であるため、ばらつきがあるようには感じていない。

【座長】

では1～2つ確認できれば良いだろうか。

【事務局】

ケアブックの中には、生活情報、既往歴、緊急連絡先、医療保険情報が入っているの
だろうか。

【委員】

ケアブックは基本的に個人情報に記載できず、名前、住所、保険証の情報などは載って
いない。例えば、後期高齢者保険で3割負担であることや、介護認定や介護サービス利用
の有無、病名、年齢など一般化された情報は記載できる。

【事務局】

個人情報以外の情報を補う形ということか。例えば、家族情報や緊急連絡先はケアブッ
クには載せられない。

【委員】

そのような場合は、特記事項があるということで口頭で伝え、後方で受け入れる病院が
手書きで記載するような形になる。

【委員】

看護サマリーの中に、入院の状況や家族情報などの個人情報に当たる部分が記載されて
いなければならない。現状、救急外来から直接転院する場合、看護サマリーはないため口
頭でやり取りをする形になる。

【座長】

項目があれば良いのだろうか。項目があり、この内容を口頭で伝えるという形にできれ
ば必要な情報を伝えることができる。どちらにしても基本的なベースがあると良い。加え
て、「口頭で伝える」という項目があれば良いと思う。

また、先程下り搬送の話があった。救急外来で診察を受け検査をし、診断を付けて、そ
のまま送るとというのが下り搬送という意味合いかと思う。一般的な転院と下り搬送と分け
て考えられると良い。

【事務局】

現在山梨県で統一されているものは、継続看護連絡票であり、看護サマリーは統一され
ていないという認識で良いだろうか。

【委員】

先程下り搬送の話があったが、外来から病棟に入る事例で、例えば当日地元の患者で入
院が必要な場合や、当院の病床の状況で搬送しなければならない場合、短時間で意見で挙
がっていたような情報を伝える必要がある。そのような部分でも、統一することができれ
ば受けてもらえるのではないか。

【座長】

まずは一般的に情報共有を行うべきものを整え、下り搬送時は、その中から取れる情報
を取り伝えていくような形で進めるのが良いかもしれない。

一旦は各病院で転院する際に使用している情報共有の様式について、事務局で確認してもらいたい。

次に、下り搬送について、三次救急の病院より情報提供をいただきたい。

【委員】

現在、救急患者連携搬送料の算定を行っているわけではなく、各病院にお願いに回っている状況である。令和6年6月より、救急救命外来に専属の退院支援看護師を配置し、7月時点では20件程お願いをしているところ。実感として、整形外科の患者が多く、二次救急の患者はかかりつけ医がいる場合は、かかりつけ医のいる病院に搬送するなどを行っている。当日お願いするということは難しく、1～2泊当院に入院しその後転院している患者が多い。今後救急患者連携搬送料の算定をしていく方向性も出ているが、様子を見ながら少しずつ進めている状況である。

各病院にお願いをする中で、受入れられる疾患について確認しつつ、当院からの受け入れが可能な病院のリストを作成し、メディカルコントロール協議会に報告し共有していく。

【座長】

救急患者連携搬送料は、三次救急病院が算定する形となるが、受ける側である二次救急病院から何か意見はあるか。

(意見なし)

夜間に病院で受入れ検査し診断を付け、入院させてほしいと搬送することが下り搬送じゃないかという話があったが、当院では翌日患者が落ち着いた状況で受入をしたいという意見があった。そのような部分は、二次救急病院と三次救急病院との話し合いになると思う。

議事（3）その他

(意見なし)

3 閉会