

甲府市在宅医療・介護連携推進会議
第6回 病病連携ワーキンググループ
議事録

日 時 令和7年1月9日（木）午後7時00分～午後8時00分

会 場 甲府市役所本庁舎6階大会議室

出席委員 9名

欠席委員 2名

事務局 保健衛生総室長、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、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）各病院の機能明確化資料の内容決定

【事務局】

資料2ページをご覧ください。当初の課題、取組の方向性は資料の通りである。別紙1については、皆様にメールで確認させていただきながら、本WG以外の医療機関にも確認した最終的な形となっている。本日最終確認をいただいたところで、資料記載の医療・介護関係機関へ郵送する。

【座長】

何かご意見はあるか。

【委員】

とても明確になっており、分かりやすくできていると思う。

【委員】

前回もお伝えさせていただいたが、当院ではとくに整形の関係だが、基本的には診断・治療がなかなか難しいところがある。保存的治療の対象であることが分かれば対応ができる。この資料が配布される中で、（入院相談について）窓口とのやり取りもあると思うが、まずは全体的に分かりやすいと感じた。

【委員】

病院の機能が明確化されることで、とくに居宅介護支援事業所から「どこに相談をしたら良いのか分からない」と連絡が来るため、資料ができてありがたい。また他職員からも

病院の強みが明確になりありがたいという声があった。

【委員】

明確化がされ、とても分かりやすくなった。質問だが、療養型病院の「2週間以上のレスパイト利用」の部分は、2週間以内は利用できないということか。

【事務局】

その通りである。2週間未満であると、患者の状態が分かりにくいということがあるため、2週間以上を条件にしたいと伺っている。

【委員】

当院では打診することの方が多い。とくに回復期治療、慢性期治療のところで受けられる疾患は病院によって異なるため、資料ができたことでスムーズに進めることができる。

【座長】

個人的には代表的な6つの疾患で分けられていることが良いと思う。では、この資料を配布するということで良いか。

(異議なし)

議事（2）転院における各病院の情報提供項目の共有と取組の検討

【事務局】

資料3ページをご覧ください。当初の課題、取組の方向性、WG委員からの意見は資料の通りである。改めて、転院までの患者情報フロー図を作成した。(フロー図参照)

4ページをご覧ください。前回、各医療機関の看護サマリーを共有してはどうかという方向になった。別紙2に各医療機関の看護サマリーの項目を整理した。様々な情報が共有される中で、今回は『生活情報の不足』とは①どのような情報が必要であるのか。②どのような方法(タイミング・場面)で情報提供されるのがよいのかについて意見交換を行いたい。

【座長】

今回は看護サマリーを中心に情報提供をいただいた。ご覧の通り、各医療機関に特徴やバラつきがある。疾患や身体情報の部分は概ね重なっているが、生活状況の情報については、幅があるのではないかと挙がっており、そもそも生活情報とはどのようなものが必要なのかを確認していきたい。

【委員】

看護サマリーは転院してくるとき、事前に受け取るものというより、転院時に持ってきてもらうという形になる。どの病院も事前にかくというのは難しいのではないか。病棟として事前にもらいたい情報はADL、IADLである。ADL表も病院によって様々であり、例えば、動きや医療的処置、認知機能や身体抑制の有無の部分など。患者がどんな動きを取れるのかで、病室の環境調整や個室が必要なのかなど、こちらがどのように患者を受け入れ

る体制を取る必要があるのか調整する必要がある。今回各医療機関の看護サマリーを見たが、そこまで大きな違いはない。ADL の部分は日常生活自立度で記載しているところが多いが、プラスアルファで（治療上必要な一時的な）身体抑制や認知機能などの部分について共有ができると良い。病院の中では、あまり ADL 表を修正追記することがない。看護サマリーは記録印が必要であり、随時修正追記が入るが、ADL 表まで目が行き届かないのが当院の現状である。

【委員】

一番は、受け入れや受け入れてもらう時のタイミングの判断があると思う。基本的には ADL 表でやり取りをすることが多い。看護サマリーを全て埋めて記載するには時間がかかり、後程送ることが多い。そのような場合は、例えば、ADL や医療依存度などを診療科の医師に相談し、そこでトリアージを行い情報共有を行っている。そのため、ADL 表と看護サマリーはタイミングが違ってくる。ケアブック（転院先を探すシステムのこと）は、当病院でも発信できるシステムを導入したため、よろしくお願いいたします。

【委員】

前提として、当院から他病院に転院することは役割機能としてあまりなく、医療的な部分で、当院で対応できないような場合に相談をさせてもらい情報共有を行うことがほとんどである。当院に入院する患者は、退院または看取りの支援をすることが多く、看護サマリーはあるが、転院に向けての看護サマリーとして使用はあまりなく、資料に記載のある情報と、その他の詳細は文章で記載し情報提供をしている。例えば、退院する際にケアマネジャーに情報提供する際、看護サマリーだけでは十分伝えることができないため、退院前の訪問指導や介助指導の具体的な部分は写真付きで別紙で付けている。ケアマネジャー等は、写真を見たり、実際に一緒に実施してみるなど具体的な退院後の生活のイメージと一緒に構築していくというプロセスを踏んだ方が、タイムリーに在宅支援が進みやすい。

【委員】

送られてくる情報として、「診療情報提供書」「ADL 表」「看護サマリー」「ケアブック」「口頭での情報」があり、これらが入り組んでいることと、タイミングが異なるところが難しいと思う。最初に「紹介状」「ADL 表」「ケアブック」の情報が連携室に届く。看護サマリーは転院時に後追いで送られ、前に送られて来た情報と必ずしも同じではなく、相互に補っていくものであり、相互関係を整理する必要があると感じる。当院の中で、転院時に欲しい情報は「家族への医療処置の指導内容の進捗状況」である。これは流動的であり、高度急性期が在宅療養後方支援病院に転院調整をかけ、実際に患者が搬送されてくるまでは、短期で来る場合と 2 週間ほど経過して来る場合がある。この間に家族にどのような指導が進んだのか、家族力、介護保険の調整（新規申請や区分変更等）、ケアマネジャーとのやり取りでは、例えば施設希望であればどのような施設を探しているのかなど、時間軸と共に動く調整のやり取りの情報が届きにくい。最終的に看護サマリーに記載されてい

る場合、記載されていない場合があり、このような詳細な情報をどこに載せて共有するのかが課題ではないか。

【座長】

様々な情報がばらばらに送られてくるため、情報をまとめるのはなかなか難しいと思う。また、家族への指導内容や家族力は、どのように記載をするのかを標準化するのが難しく、自分達が普段使っているの記載の仕方で伝わるのかも問題である。ただ、実際に情報共有ツールがないと困る。生活情報というテーマで意見交換をしたがなかなか一筋縄ではいかない。この場で挙げた情報の項目を一つにするというよりは、今後の参考にしていただきたい。

【委員】

実際に看護サマリーは最後でないと送ることができない現状がある。挙げっていた「診療情報提供書」「ADL 表」「ケアブック」で患者の全体像が分かるように送っていききたい。また、委員が言っていたように、時間軸でかなり動く情報がある。その部分は、漏れがないように、院内で統一して送っていききたいと思う。

【座長】

今回は各病院でどのような情報をやり取りしているのかを共有するという形としたい。この議題については、流動的なところがあるため今後も必要があれば、どのように進めていけば良いかも含めて検討していききたい。

議事（３）患者像を捉えて ACP を進めるために必要な取組は何か

【事務局】

資料 1 5 ページをご覧ください。当初の課題は「ACP 含めた院内における情報連携の不足」が挙げっていた。委員の皆様からのご意見は資料をご覧ください。検討の視点は「本 WG ではどのような取組を行うか。」「限られた時間の中で、ACP の実践を考える必要がある。」「変化のあったタイミングで ACP について考えられると良い。」「院内で取り組めることを各病院で検討してはどうか。」という方向性で考えた。

6 ページをご覧ください。病院における ACP の取組事例をまとめた。資料に載せたものが全てではないが、聞き取った範囲で記載した。（詳細は資料参照）病病 WG での取組となるか、各病院での取組となるかは検討が必要だが、ACP の取組についてご意見をいただきたい。

【座長】

ACP は漠然としたものであり、なかなかまとまらないと思うが、アプローチの仕方等についてご意見はあるか。

【委員】

当院で看取りをする患者は全体の 6 ～ 7 割であり、「最期まで」というところで大勢の患

者を看ている。そのうえで元気なうちから何ができるのかを、当院が一番お伝えできるのではないかとということで、ACP とフレイル予防の普及啓発活動を積極的に行っている。具体的には、チームを立ち上げ出前講座や地域住民と企画をしながら進めている。

また、一人ひとりの職員の ACP に対する意識が「最期の瞬間何を選択するのか」になりやすい。だが、本来の ACP の支援は「今この瞬間から最期の時までどのように生きていくのか、どういう風に生活していきたいと考えているのか」を情報収集しながら、本人の想いを実現するために、どのような支援ができるのかを常に考え実践していくことである。その部分の意味合いを間違えないようにしていかなければならない。

当院では、院長が職員に ACP について研修会を開き、知識の整理や実際にどのようなプロセスを踏んでいくのかを実践している。また、病棟ごとの管理者が中心になり、カンファレンス等で ACP の考え方や個別性の支援など日々の支援の中に取り入れていけるように進めている。ただ、介入する管理者によりずれてしまうこともあるため、その時は臨床倫理 4 分割法を使用し、整理できるようにしている。

実感として、地域住民は ACP について「知らない、聞いたことない」という方が多い。当院では外来でノートを説明したりなど、患者と関わる場面で ACP を普及啓発している。草の根活動だが、できるところで地道に進めていきたい。

【委員】

取組というよりは、患者が受診した際に「想いのノートを持っていますか？」と確認はできるが、もう一步踏み込んで患者や家族と話すことはできていない。

【委員】

当院では、ACP という言葉は大分普及されていると思う。だが、実際にできているのかと言われると、看護職だけの問題ではなく、医師や多職種を含めて考えていかなければならない。どこから手を付けるかとなったとき、まずは看護部が進めてみるというところで、先日健康政策課職員に講師となってもらい研修会を行った。ただ、業務過多が問題となる中、研修会の頻度も減らす方針になっており、その際にどのように普及するのが良いかという話になった。ノート自体は患者相談室の入口に置いてあり、患者の手に届く位置に置いてあるが、冊子が減っている感じはしない。案として、各診療科の入口に設置し、職員も患者も患者相談室に立ち寄らなくても手に取れるように、触れる機会を増やすことを検討している。

【委員】

先日県央ネットやまなしで開催した「みんなで集めた ACP のかけらをどう活かすのか」（ステップアップ講座）を職員に呼びかけ研修を受けた。やはり ACP とは何かを多職種含めてしっかりと浸透させることからはじめ、ノートは職員全員に 1 冊配布し、まずは自分で書いてみることにした。また、地域住民が当院に入院する際、ノートを持っている人がいない。お薬手帳と合わせて持っていることができるようにしていきたいと思った。

【委員】

当院では、職員に向けて年1回研修会を開催している。効果を実感したのは、今年度開催した研修会で、ノートを書き職員が書くという内容である。研修を受ける職員は事前にノートを記載し、記載してどのように感じたかをグループワークで意見交換した。「患者に渡したことはあるが自分は記載したことがなかった」「実際記載すると記載できないところが多かった」という意見や、ノートを記載したうえで家族を看取った経験談を語り合うなど、職員が実際に経験してみるということの効果が高いと思った。今後は院内だけでなく、地域住民を含めてみんなで記載してみるということができれば良い。

【座長】

ノートを書くにあたり1回考えることが大事なので、山梨病院の取組は良いと思った。城東病院では職員がノートを記載するような取組はいかがか。

【委員】

全職員に配布した。自分自身の想いの内を理解することが、職員の経験として必要と思いノートを書く取組をした。出前講座の時もノートを配布し、記載する意味や内容を伝えた。ノートを記載することに抵抗がある住民もいると思う。しかし、自分が今後大切にしたいこと、やりたいこと、大事にしていきたいことを表現する機会には中々ない。自分のことを一旦表現するという形で1回ノートを使うことを提案すると、「面白いね」と言いながら記載してくれる。ACP・わたしの思いノートという固定概念でなく、好きなことを表現するという切り口で入っていいと良い。普及啓発の中での工夫が必要と感じる。

【座長】

1回自分で書いてみるのが一番。急性期入院時にそれを読めば、今時点での思いが多少分かり、治療方針にも影響するのではと感じた。在宅や病院にかかる前の状況でないと意味がないと感じる。病院ではノートの提示はできるが、病院でこうした方が良いという提案は難しい。ACPの取組事例として挙げてもらった。ACPに関して病院としては、まずは1回書いてみることを提案すること。それを基にして病院として治療ができればいいのではと感じた。

議事（4）その他

（意見なし）

3 閉会