

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

日 時 令和7年1月31日（金）午後7時～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 10人（内1名はオブザーバー）

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、健康政策課係長、
健康政策課担当、健康政策課担当
生活衛生室長、医務感染課長、地域保健課長

（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10名中10名が出席しており、過半数に達しているため、本会議は成立。

議事（1）病院と診療所との合同勉強会の次年度予定

【事務局】

資料1 2ページをご覧ください。前回、開催の医療機関を決めていただいたが、改めて、次年度の取組について確認する。

合同勉強会は今年度から開始し、当初の課題は、退院前のカンファレンスに医師の参加が少なく、医師同士のコミュニケーションが不足しているということ、退院後の様子が十分に分からないということであった。合同勉強会の目的は、①入院患者の円滑な退院に向けて病院と在宅等との顔の見える関係づくりと連携の促進、②病院と在宅医療の実情を知り、退院支援や在宅医療のイメージにつなげるということ。

令和7年度は、市立甲府病院が実施医療機関となり、開催の時期は6月を予定している。開催通知は、次年度4月頃に発送する形にしたいと思う。アンケート結果は資料の四角内をご覧ください。

続いて、市立甲府病院から、合同勉強会について共有をお願いします。

【委員】

当日配布資料をご覧ください。令和7年度第2回病院と診療所との合同勉強会の企画案を載せた。開催日時は6月の第2または第3金曜日の夜を考えている。ねらいは、病院スタッフと在宅医療機関スタッフとの顔の見える関係性の構築、また病院から在宅への退院のタイミング、在宅から病院へ入院を依頼したいタイミングを共有し、実践へ結びつけること。また病院医師、また看護師に在宅医療や在宅療養を知ってもらう機会とすることである。目的は令和6年度同様に入院患者の円滑な退院に向けて、病院と在宅医療等の顔の見える関係づくりと連携の促進を図る、病院と在宅医療の実情を知り、退院支援や在宅医療のイメージにつなげるということである。

テーマはまだ詳しくは決まっていないが、病院内で話し合った結果、病院から在宅療養へ、がん患者の事例を通して、それぞれの役割や課題について意見交換していきたい。

内容は、事例紹介を当院の退院支援看護師から行い、病診WGで作成した在宅医療に関する

る資料の紹介を行っていききたい。グループワークの方が50分間、アイスブレイクは今年度好評であったとのことで、次年度どのようにするかご意見をいただきたい。

事前に司会進行、書記、発表者は決めておき、会場の広さから1グループ6名程度で8グループが限界である。病診WG委員はファシリテーターとして参加していただきたい。総人数は大体50人程度と考えている。

参加対象者に介護職も含めてはどうかなど院長とも検討したが、今回は市内の病院、診療所、訪問看護ステーション等の、医師、看護師、医療ソーシャルワーカーと、職種を限定する形とした。

【座長】

次年度は6月に開催だが、その前に病診WGがあるか。

【事務局】

今回の病診WGから合同勉強会までに、1回病診WGがある。

【座長】

次年度委員が変わる可能性もあるため、具体的なことはそこで最終決定すれば良いか。市立甲府病院は地域連携研修会が盛んに行われており、おそらく病診WGの医師は、そこで在宅の話をしていると思う。そのため、在宅医療のことは医師、看護師に馴染みがあるのではないかと思います。

【委員】

前回、山梨病院で開催した際、医師がたくさん参加し、医師同士の顔の見える関係ができたという声があったため、当院も院長から声をかけてもらい、1グループに1名当院の医師が入るようにしたい。

【オブザーバー】

病院医師は在宅医療を知らない方が多いため、当院で開催するのであれば、当院の医師に教えていただきたいと思う。私自身はそこが目玉だと思っている。

アイスブレイクの担当者や時間を決めてもらえると全体の時間を決めやすい。

【座長】

前回アイスブレイクが好評だった。次回もいかがか。

【委員】

承知した。緩和ケア研修会で行っている方法とほぼ同じである。自己紹介1分、他己紹介30秒であるため、6人であれば3組に分かれて、全体で10分くらいだろうか。

【オブザーバー】

では、その予定とさせていただきます。

【委員】

自己紹介と他己紹介があるため、私を含めもう一人協力をいただきたい。

【オブザーバー】

承知した。

【座長】

今後は委員となっている病院が順番で開催していく形になると思う。それぞれの病院がある程度裁量を持って、特徴を出して実施していけると良い。参加者については、市立甲府病院で考えていただき、それに従うということで良いと思う。

議事（２）在宅療養をわかりやすく伝えるための資料の検討

【事務局】

資料１ ３ページをご覧いただきたい。当初の課題は在宅医療介護を導入するときに、実際と本人・家族のイメージが乖離しているということ。そこで在宅療養をわかりやすく伝えるための資料を作成していく流れとなった。

赤字の下線の部分について、資料の方に反映をさせていただいた。４ページ右側は以前、理学療法士や作業療法士、訪問看護師という記載をしていたが、市民にイメージ分かりやすくするため、薬剤師、看護師、リハビリ職という表現とした。

排泄、歩行補助は、福祉用具貸与・購入のみの記載であったが、ヘルパー・看護師を追記した。

５ページの「本人の想いを道しるべに」は、「高度な医療望むかどうか」「医療的な面を家族と話をする」を追記した。また

５ページの右下は、当初は「医療サービス」という記載だったが、「外来通院費」と変更した。また、「訪問診療費５，０００円」のみ記載していたが、「介護サービスに加え、在宅医療を利用」と追記した。できる限り介護サービスと医療の費用が分かる形で、記載を変えた。本日ご意見をいただき、ある程度完成の資料とさせていただきたい。

【座長】

当初は令和６年度中に完成する予定があったため、本日最終的な議論として配布する形になる。

【委員】

確認だが全部４ページになるのか。表紙は別にあるのか。字が若干小さいような気がしたがいかがか。

【事務局】

A３両面で折り込む形となる。

【委員】

４ページの「ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）」とあるが、地域包括支援センターではなく居宅介護支援事業所とした経過はなにか。左のページに地域包括支援センター窓口の記載があるため記載があると良いと思った。

【座長】

５ページの「外来通院費（目安）」の金額はこれから記載するのか。

【事務局】

整形外科などで、このような患者が外来通院した場合の費用をクリニック確認する予定である。

【座長】

整形外科であると、疾患や何日通院したのかで変わると思う。内科では、平均のレセプト単価が８５０～８６０程度で、１割では大体１，０００円くらいである。整形外科については不明だが、高齢者の外来通院は通常そのような金額ではないか。

【オブザーバー】

いくらかいくらかと幅を付けても良いのではないか。

【座長】

４ページ 在宅医療相談室の所在地の「甲府市医師会『管』内」を『館』にしてほし

い。また、5 ページの「ケアマネジャー」を「ケアマネジャー」としてほしい。また、3 ページの文章に空欄が入っているため修正してほしい。

甲府市は128町村あると思うが、自分がどの包括エリアなのか分からないことがある。町村名を全部入れるのはやはり難しいか。

【事務局】

どの包括エリアか分からない場合は問い合わせが来ることがある。

【座長】

QRコードがあり若い人はさらに深くまで知ることができる、高齢者はこの紙を見て調べられるということで、この案を最終案として良いか。

(異議なし)

議事（3）介護施設における医療との連携の進め方

【事務局】

資料1 6 ページをご覧ください。第4回病診WGと同様の資料になる。介護報酬と診療報酬の改定に伴う協力医療機関との連携状況等を確認する必要があるため、改めて、複数の施設へヒアリングを実施し、病診WG委員と施設関係者との意見交換について検討してはどうかというところであった。

7 ページは、第4回病診WGで挙げた意見である。ご意見を踏まえ、事務局で検討し今後の方向性について記載した。ヒアリングの実施は一部の施設であり、全体の課題を明らかにするため、介護施設に対するアンケートを実施してはどうかと考えた。

目的は記載の通り。対象施設は皆様からご意見をいただきたい。調査時期は、令和7年9月頃には遅くとも実施をしたい。調査内容は、次年度の病診WGで案をお示しする。

8 ページをご覧ください。高齢者施設の看取りに関する調査を、複数の保健所で実施をしていたため、まとめて記載をした。アンケートの結果は「人員不足」「看取りの経験や知識が少ない」「看護師が常勤ではない」「医師がすぐ来てもらえるか心配」「家族とのコミュニケーション」が主であったと見受けられた。

施設での看取りが増えていくため、その部分の課題をアンケート調査という形で進めていくかご意見をいただきたい。

【座長】

看取りに関しては高齢者施設で看取られている、あるいは病院に搬送されるということが多いため、やはりここは目を背けていけないと思う。

【委員】

施設によって全く体制が違うため、うまく分ける必要がある。例えば、グループホーム、サービス付き高齢者住宅、特別養護老人ホームでも異なる。一緒くたにすると実際的な話にならないのではないかな。

例えば、グループホームは、介護保険で訪問看護が入れない施設である。看護師が全くいない施設がある。一方で、グループホームの中で看護師を雇っていると、できることが変わり、点滴などに対応してくるところが実際にある。現場を把握した上で課題を抽出していかないとぼやけてしまうのではないかな。

看取りにうまく対応しているグループホームはあるため、ぜひ研修の場などで経験をしている施設の知見を取り入れると良いのではないかな。

【座長】

施設によって性質が大分異なる。一旦は現状の調査ができると良い。

【事務局】

委員からも話があった通り、他のアンケート調査でも、どのような種類の施設なのか、どういう職員体制なのかは調査をしていたため、入れていく予定である。

【座長】

他保健所のアンケート結果を見たが施設によって異なっている。ただ、看取りを実施したところは「やってよかった」「患者家族からも喜ばれた」という結果である。一方で、看取りに対する不安や経験がないことから、「できるのだろうか」という思いになる。施設職員も実際は看取りまで患者を見届けたい思いがある。施設の方針で、看取りはしないと断言しているところもあると思う。

来年度、アンケート案をお示しいただき議論していきたい。また今後積極的医療機関を含めて、看取りや急変時に対応していくことになるが、そこに高齢者施設を入れるかどうか検討する必要がある。

他にご意見はあるか。

(意見なし)

議事（４）その他（積極的医療機関に関すること）

【事務局】

別添１をご覧いただきたい。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関の設定について」という県の資料である。在宅医療体制について、第８次医療計画が今年度から示されている。今後の在宅医療の需要の増加に向け、地域の実情に応じた、在宅医療の体制整備を進める。「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を医療計画に位置付けられ、山梨県の医療計画でも明記された。「在宅医療に必要な連携を担う拠点」は、山梨県で各市町村を位置付けている。「積極的役割を担う医療機関」については、４ページをご覧いただきたい。「積極的役割を担う医療機関」の目標は４つである。５ページは積極的医療機関に求められる事項が記載されている。

山梨県では、在宅療養支援病院、診療所、在宅療養後方支援病院の中から選定することとなり、各医療圏域に県の医師会等に選定が依頼されている。中北圏域２つ、甲府市２つ、峡東圏域２つ、峡南圏域１つ、富士東部圏域２つとなり最大９ヶ所設置がされる。甲府市医師会でも、２医療機関選定する協議を進めていただいている。また、協力医療機関に①から⑫の医療機関と体制を組んでいくことで進めている。基本的には１人の医師が患者を診ていくが、看取りについては、主治医が行けない場合、協力医療機関の医師がフォローをするという体制となる。

【委員】

病診WGの委員が所属している医療機関にはほとんど声を掛けている。

在宅医療機能は別添１　２ページの①から④の機能があり、それぞれ積極的医療機関が推進していることを前提としている。看取りは１つの医療機関だけでは対応が不安という場合に、積極的医療機関がサポートする形ではじまっている。他の部分については、やはり急変時に往診することがハードルが高い。山梨県内ではどこの地域でも同様であり、保険やカルテの部分が難しいと聞いている。そのため、まずは看取りをサポートするという

ところ。

資料の協力医療機関は、あくまでも看取りのサポートをしても良いと手挙げしたところを記載した。総合病院では、病院医が在宅に出向き看取りを行っていることが少なく、まずは在宅で看取りを行っている医師がいる医療機関に限定し声を掛けさせてもらった。

甲府市は2つの積極的医療機関を設置することとなっているため、4月からは2つのグループでルールづくりを行っている。MCS（しんげんネット）で全体グループを作成し、どちらのグループに依頼をすれば良いか分かるような仕組みにしていきたい。施設での看取りについては、声掛けができていないが、ニーズはあると思っている。また、急変時の往診についてである。私自身も、年末年始にインフルエンザの施設内クラスター等で、普段診察をしないところも対応した。そのような部分では、ルールなどの策定が進んでいない。また、在宅の分野での病診連携をどのように進めていくかを、次年度の4月から2年間かけて、協議やルール作りを定期的に行っていきたい。

【座長】

先ほども挙がっていた2040年問題で、高齢化となりたくさん亡くなる中で在宅医療は進んでいかなければならない。だが、在宅に参入するのが難しい診療所は、24時間365日の対応がネックとなっている。その部分をバックアップするシステムを作り、在宅医療をある程度形にしていきたいのが国の方針であり、予算を投じて取組をスタートしたということ。

甲府市では2つの積極的医療機関が設置され、さらにサポートする形で12か所の協力医療機関があり、それ以外の医師が診ている在宅患者の看取りや急変時にサポートする体制を目指していく。今回は、とにかくシステムを作ることが一番の課題であるため、看取りに限定した形で行う。さらに開始時は、2つの積極的医療機関、12か所の協力医療機関の中での助け合いということになる。まだまだ限定的な形だが、今後軌道に乗っていく過程で広げていくもくろみで4月から開始する。

【委員】

追加だが、ぜひ病院の委員方にご意見をいただきたい。理由は、この体制を病診連携に活かしていきたいが、その部分が漠然としている。具体的に、在宅医の立場として、どのように病院に貢献ができるのかが大事だと思っている。例えば、病院に外来通院している患者や施設入居者は、どうしても病院から出向いていくのが大変な部分があると思う。そのようなところを、在宅医が病院医に代わり、在宅や施設に訪問するニーズがあるのかなど。例えば、亡くなった患者を病院に搬送する看取り搬送が起こるが、事前に患者の情報があれば、患者が在宅で亡くなった場合、訪問診療で対応できれば良いと思う。そのような病院側のニーズを明らかにしていきたい。

【オブザーバー】

確かに、亡くなった患者が搬送されてくることはある。日中はあまりないが、休日夜間、とくに二次救急の当番になっているときは多い。当院で診ている患者であれば対応していきたいが、施設等で亡くなった場合、在宅医で対応をしてもらえるのであれば判断してもらえるとうれしい。

【座長】

老衰やがんの終末期でターミナルとなっている患者は、在宅医が診断し死亡診断書を記

載できると良い。そこは在宅医の役目だと思う。病院医師には別の助かる命を助けていただきたい思いがある。ただ、現時点ではMCSに情報が上がっていることが前提であり、訪問看護師が介入していなければならない制限がある。いずれ病診連携の発展として、視野にいれることは必要である。

【オブザーバー】

当院では、日中や平日は困ることはないが、問題は非救急日に搬送されてくると難しく、その際は二次救急へ、となる形が多い。搬送される患者が、必ずしも在宅医療を受けているわけではなく、また施設等で困って搬送するという形が多いため、その部分で在宅医に協力してもらえるとありがたい。

【委員】

その部分の看取りをサポートする仕組みは、その医療機関の非常勤医という形を作ろうと思う。とりあえず病院と在宅医で契約を結び、例えば、A病院の患者が亡くなった場合、A病院の非常勤医として訪問するという形になる。そうなると、診療報酬の算定や医療保険の関係はA病院の規模で済むため、互いに非常勤雇用契約を結ぶ形にする。厚生局に確認すると、看取りが発生した時点ですぐに雇用契約を行えば問題ないということになっているが、後になると事務的なところが問題になる。ギブアンドテイクではないが、そのような部分を積極的医療機関で行えれば、お互い役に立てる関係になるのではないかな。

【座長】

この体制をはじめするにはかなり条件があり、敷居の高い体制ではあるが、とりあえずは上手くスタートさせることが目的であるため、順調に進めば様々な問題解決しながら広がっていききたい。より多くの施設や病院にご利用いただけるような制度になれば一番良い。

話は変わるが、積極的医療機関の役割にはBCPも求められている。これについてどのように考えているのか。

【委員】

在宅療養支援診療所は、BCPの策定が施設基準として、原則求められてる。ただ、甲府市の場合は連携して行っているため、連携の枠組みでBCPを共通化していくことが大事だと思う。例えば、在宅酸素を使用している患者について、実際に停電になった際どのように対応するのか。そこに病院が加わっているのかは大事なかなと思う。

【座長】

本当にACPやBCPは大変である。私もBCPの研修会に参加したが、災害についても様々であり、全国的なものから局所的な災害がある。また、災害の種類や大きさと、時間、季節によって異なり、考えるときりがないという問題がある。それでも、ある程度備え、用意ができる部分もあるため、知恵を出しながら、少しずつ考えていきたい。

【委員】

看取りの話から少し変わるが、2040年問題をどのように連携し、協力し合い助け合いながら対応していくのかという中で、当院は機能強化型在宅療養支援病院・単独型から、今年の1月に連携型に切り換えた。診療所医師と協力体制を作りながら進めていきたいと思い、今回協力医療機関に加わり、さらに進めたいと考えている。そのような中では、医師や看護師の体制についてさらに強化を図っていかなければ、その体制にどれだけ当院が準備し対応できるのかという問題になるため、現在動きは始めているところ。実際に、訪問看護ステーションの所長の経験がある看護師が、在宅に力を入れていく。看護師

の人数を少し増やすなど、しっかりと構築していきながら協力医療機関として連携を進める段階である。

ただ、教育の部分で、現在も院長を中心にケースを通して在宅生活から看取りまで、どのように介入していくか人材育成を行っているが、人材が変わる中でもその部分の質を保っていきたいと思う。その部分について、実際に在宅の経験がある診療所医師と共に経験する機会や、ケースを通してという中で当院の職員も活用していただきながら、診療所医師方にご指導をいただきたい。実際に、今まで当院独自の情報共有ツールがあるが、しんげんネットは慣れていない。院長を含め各管理者は加入し、まずは情報共有のツールに慣れるなど、当院としてクリアしていきたい。

当院だけの問題というよりは、診療所医師方にもご協力いただきながら進めていきたい。それが一番当院としても力をつけることができ、協力体制の中で質の高い支援につなげていける。そのような面で、病院側にご指導いただくことが多いと思うがよろしくお願ひしたい。

【委員】

基本的には、看取りが年間10件、時間外などの緊急訪問が10件程度あると、機能強化型在宅支援病院・診療所を取得することができる。甲府市では、機能強化型在宅療養支援診療所は2グループである。連携する医療機関は、確か9か所程度は問題ないため、ぜひ件数をクリアしていただき、連携型のグループを広げていくのも1つの案である。確か、長野県諏訪市の医師会では、9医療機関が連携している。大きく連携できると、休日の当番や自分の不在時に、他の医師に協力してもらえるため、スケールメリットを活かすことができる。連携医療機関であれば診療報酬を算定できるため、活用していただきたい。

【委員】

少し前に、新型コロナウイルスとインフルエンザの流行が重なり、二次救急の業務でも、救急外来のベッドが満床であったり、日中から救急搬送を受け入れることができないなどがあり、二次救急の時にそのような状態ではいけないと感じた。私も診療所医師から「連日点滴をしており、今後入院をさせてもらいたいけどどうしたら良いか」と相談を受け、最終的に患者の容態が悪化し、別の病院に救急搬送された。今後ますます連携していない個人の診療所など、今助けてもらいたいという患者がたくさんいるため、本当に緊急的な部分を進めていくことも大事だと思う。まずは看取りの部分であるが、ここから幅広く利用できるようなになると良い。

【座長】

最近では、感染症が少し下火になり、多少余裕が出てきたなと思う。私の患者も高齢で新型コロナウイルスに感染したが、病院はどこも満床で入院ができなかった。薬を処方し、場合によっては在宅酸素を使用したけど、在宅で診ていくしかないと思腹をくくり在宅で診ている。だが、次に本当に容態が悪化した際に、二次救急が受け入れられなくなってしまったとき、どうなってしまうのだろうと思う。いくら病院とはいえ、ベッド数は限られており、当然このような可能性はある。異常事態の時には、その時に対応できるやり方でやっていくしかないと思った。

【委員】

現状では、褥瘡でも病院に入院できない状況になっており、皮膚科でデブリードメント

し、在宅で様子を診ていくことがあった。そう考えると、今後本当に在宅で過ごすための医療が求められていると感じた。私も作成したパンフレットを活用しながら、一人ひとりのケースと向き合っていきたい。

【オブザーバー】

病院としては、自分の病院のことを考えてしまう。現状は、高齢者で基礎疾患がありその疾患の悪化、新型コロナウイルス、インフルエンザの患者が多い。二次救急の時は、とくに大変で救急車が6台並び驚いた。二次救急の時は、必死になってベッドを確保し受け入れなければと思った。また、100歳以上で新型コロナウイルスに感染し、10数か所受け入れを断られ、再度搬送されてきたことがあり、当院は在宅のバックベッドとして機能しなければならない。山梨大学医学部附属病院や山梨県立中央病院は高度医療であり、がん患者が多いため、当院は良性疾患を対象とし、多く受け入れていきたい。実際は、外科系の患者はそこまで多くないが、内科系の患者がとても多い。その部分が結構厳しいと感じる。

【委員】

在宅療養後方支援病院になり3年が経過し、現在の患者登録者は100名近くになる。そのうち亡くなったり、施設入所となり対象外になった方を除くと、実際30～40名ほどである。そのうち大体15名ほどが入院になり、月1～2件緊急要請がある状況。疾患は肺炎や尿路感染、胆管炎を繰り返している方がいる。看取りの方もいるが、年に数名であり、大体は入院後在宅に帰っている。レスパイトは、介護者の疲労や看る人がいないという理由で、長くて10日間で在宅に帰っており、入院する患者のうち3割程度である。緊急で搬送される形ではベッド満床で断る方はおらず、医師の協力を得てベッドを確保していた。現在はベッドは確保していないが、登録患者を病棟で受け入れることができる体制となり、医師は暫定主治医となり、できる限り迅速に入院ができるようになっている。また、21医療機関と連携をしており、そのうち10件の医療機関とやり取りをしており、甲斐市や南アルプス市からも患者が来るが、ほとんどは甲府市や笛吹市である。そのような患者が安心して入院ができ在宅に戻ることができるよう、皆さんの意見を聞きながら整えていきたい。

実際に何かあれば、「こうしてほしかった」「このような状況であればこうしてほしい」などをお伝えいただき、院内の病院医師に返していきたい。また次の合同勉強で、院内の病院医師とコミュニケーションをとっていただくなどをしていただければと思う。

【委員】

当院も現在はベッドがなかなか空かない状況である。受け入れの相談をもらうが、なかなか円滑に入院ができない状況が心苦しい。待っている件数も多く、空いたら次という形で常に満床の状況である。今後緊急時の入院患者をどのように受け入れていくのは課題であり、いかに迅速に在宅に帰っていきながら、新しい患者を受け入れる循環について進めていきたい。まだまだ課題がある中で、連携型を組ませてもらう診療所医師方と共に、支援の強化をさらに進めていきたい。

また、時々入院ほぼ在宅をどういうふう to 実現していくのかは、診療所医師方に病院をどう使ってもらうかを含めて、入院入所しているうちから医師に来ていただき、実際の入院の状況や退院できる状況も含め、どのような連携が図れるか考えながら円滑な在宅療養を目指していきたい。

【委員】

病院と診療所の顔の見える関係づくり勉強会は、当院でもたくさん病院医師が参加したが、やはり自院の医師に偏ってしまった。ぜひ開催病院ではない病院医師が、市立病院に行き、市立病院医師や診療所医師と病診連携ができれば良いと思った。

介護施設における実態調査は非常に興味があり、当院でも退院調整する際に、施設から入院した患者の医療依存度が高く、その時に病院医師が気にかかるのが、施設が看取り体制を取っているのかである。その部分が分からず、その都度、地域連携室を通じて施設に確認をし、ケースバイケースで退院調整をしていくが、このあたりの実態分かれると、病院における退院調整がスムーズになる。データが全て公開されるか不明だが、共有ができれば非常に有効だと感じた。

積極的医療機関は、当院も協力医療機関として手を挙げた。背景として、年末から現在まで、ここ10年ないくらいに空きベッドがない状況が続き、非常事態だと感じた。ただ単に、連携や共同では収まらない病院と病院、病院と診療所の付き合いが重要である。当院として何ができるのか分からないが、まずは協力医療機関となり、できることをやっていこうという思いである。当院は在宅療養支援病院であるが、他病院ほど訪問診療ができていない現状ある。だが、一部の病院医師ではあるが、訪問診療という形で協力したり、バックベッドで受けるという強みがあり、救急外来や空いているベッドを通じて、診療所医師の助けになりたい。

【委員】

他委員も言った通り、当院も今までにないくらい病棟が逼迫しており、院長が会見を開いた状況ではあったが、現在も逼迫した状況が続いている。当院は三次救急であり、救急の患者は必ず受け入れたいところがある。だが、6号事案（受入医療機関確保基準）では、他県から1時間半くらいかけて搬送されてくる患者がいる。また、厚生労働省から許可を得て、定例病棟を一般病棟の患者に開放しており、何とか年末年始は感染症などによる患者を受け入れている。

とにかく、山梨県内の患者が困らないように体制を組み工夫している。看取りに関しても、CPA（心肺停止）になりそうな患者を、自宅など生活をしているところで、看取ることができれば良い。患者のために、どこで最期を迎えるかを大切にし、三次救急のストレッチャーの上ではなく、ACPを深く市民にも理解してもらい、どこで最期を迎えたいかの話を進めていきたい。

【座長】

他の病院が受け入れられなければ、必ず受けなければならないというプレッシャーもあるかと思う。

【委員】

20件近くの病院に断られたということで、県境圏域を越えて連絡を受け、受け入れている患者もいる。

【委員】

他委員も言った通り、年末年始は患者が多く、お正月も正直全然ない状況であった。その際には病院にお世話になり、市立甲府病院では消化器内科の医師から肺炎の方の報告書をいただき、大変さがよく分かった。今回は、新型コロナウイルス流行時よりも大変だった印象があり、病院2～3件当たって受け入れがされなかった際は、もう腹をくくり本人

と家族に話をし、在宅でがんばれるところまでがんばると決めた患者もいる。

診療所医師のマンパワーでできるところと、どこで搬送をするのかなどの整理をしなければならないと考えている。ただ、まだ整理ができるほど余裕があるわけではないため、どこかで整理して、病院医師とうまく連携し「このような場合はお願いする」などを積極的に考えていかなければならない。

【委員】

積極的医療機関の部分は制度として未完成な部分があり、やってみないと分からないところがある。また自分達の負担になっても、長く続かない制度になってしまうと思う。まずは、予定された看取りというところからはじめ、広げていければ良いと考える。

もちろん施設からの看取り搬送は減らしたいと思い、施設によっては経営者や嘱託医が分からないなど、様々な施設がある。そういう意味では、アンケートを行い施設にとって必要なことをしていきたい。

【委員】

連携の話を継続的に行っているが、連携といっても連携の質が問われている。統合していくところは、やはり統合していく必要があり、具体的には共同主治医という形を取っていくしかない。病院も診療所もマンパワーがなく、1足す1を2ではなく、3にするようなイメージしかない。時々入院ほぼ在宅でも、両方の主治医が信頼してもらえるような情報共有が求められている。

また、年末年始に起こった問題では、12月30日の休日に入った段階で、とある甲府市外の施設からインフルエンザのクラスター対応を依頼された。その施設は53人入所しており、25人がインフルエンザに感染し、7人は診察を終え2人は肺炎で入院し、残りの患者の対応をしてほしいという依頼であった。救急外来は一気に18人診ることができないと断りがあった様子。そのため、診察をしたことがなかったが往診した状況である。施設でクラスターが発生すると、救急外来が大勢を診ることは不可能であり、恐らく今後もこのようなことが起こる可能性がある。

BCPに関わってくるところでもあるが、施設で集団感染が発生した場合の個別の対応について、嘱託医だけでカバーしていくは大変である。やはりこの辺りはイメージしながら、今後助け合いを考えなければならない。今後の施設の話し合いで、一緒に考えてもらいたいと思う。ただ、本来は施設の協力医療機関という体制が、昨年4月から始まっている。協力医療機関になっても良いと回答があっても、施設と病院はどのような形で実践的な話をしていけば良いのか分かっていない部分がある。クラスターが発生したときに、協力医療機関が対応すれば、大変な状況にはならないと思う。

個別対応で、特定の医療機関が利用できる仕組みではなく、しっかりとルールを作って、これも在宅医療の1つと思って皆さんにもがんばっていただきたい。私自身もがんばってきたい。

【座長】

冬場は肺炎や心不全が多い時期であり、それに加えてはじめて新型コロナウイルスとインフルエンザが重なったことで特別な年であった。BCPに取り組まないとなかなか難しいところもある。

私も先ほど、100歳以上の高齢者が入院という話をしたが、患者をあえて入院させたいとは思っていない。できれば在宅や施設で治療をしたいと思うが、家族が「入院させな

いと困る」と言うと、医師としてもどうにもできない。病院にも説明しながら入院を依頼するが、診療所医師が「入院はしない」と言い亡くなってしまうと、それも問題になってしまう。ケースによっては裏事情が実はあるということをご理解いただきたい。

他に意見はあるだろうか。

(意見なし)

3 閉会