

甲府市在宅医療・介護連携推進会議 第1回 診診連携ワーキンググループ 議事録

日 時 令和5年5月24日（水）午後7時～午後9時
会 場 甲府市役所本庁舎4階大会議室
出席委員 11名（市内8医療機関、市内4訪問看護ステーション）
欠席委員 1名（市内1医療機関）
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、医務感染症課長、
地域保健課長、健康政策課係長、健康政策課担当者

（司会：医療介護連携担当課長）

- 1 開会
- 2 福祉保健部長あいさつ
- 3 委員及び事務局職員紹介
- 4 座長及び副座長の選出
- 5 議事

【座長による出席者数の確認】

委員12名中11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。

議事（1）ワーキングの目的と進め方（資料1）

【事務局】

本ワーキンググループについては、甲府市在宅医療介護連携推進会議 代表者会議をはじめとして、より専門的な検討をするための5つのワーキングがあり、その中の一つである。

目的は、今後、高齢化の進展による在宅医療・介護ニーズの増加に対応するため、在宅医が一人でも増えるよう、在宅医療を提供する診療所等のネットワークづくりに関する協議を行う。具体的には、急変時、看取り等の場面や、休日夜間を含め24時間対応できるネットワークづくりの検討を行う。

本年度の予定では、年3回を予定している。第1回目（本日は、現状と課題の共有と今後の取組の方向性についての検討、第2回目（10月予定）では、取組内容の具体化、第3回目（R6.1月予定）では、次年度の方向性について確認したいと考えている。

本日の議題は、資料下の枠内に記載している。

在宅医療に関する各医療機関及び訪問看護ステーション（以下、ステーションと記載する）の強みと実施状況（議事（2））では、本日まで出席の各委員の皆さまは、在宅や介護施設で訪問診療をされていらっしゃる先生や有償診療所でバックアップいただいている先生方にお集まりいただいているため、その現状について共有させていただきたい。

甲府市における在宅医療に関する課題（議事（3））では、各委員の状況も踏まえつつ、全体としての課題についてご意見をいただきたい。皆さまから事前に頂いた課題等をまとめた事前配付資料2も参考にいただきご意見をお願いしたい。

在宅医療を支援するために必要な取組の検討（議事（4））では、議事（3）の内容を踏まえ、どのような取組が必要か、忌憚のないご意見をいただきたい。

目的と進め方については以上。

続いて、本日ご欠席の委員からいただいている現状とご意見についても、事務局より読み上げさせていただきます。

- 1) 当院は強化型在宅支援診療所(連携)を標榜している。当医院に2名、当法人クリニックに1名、連携している医院に2名、計5名の医師で連携している。
 - 2) 学会等の出張、旅行、日曜日、祝日、夜間などはこの5名で緩く対応しているが、もちろん他の医療機関からの不在時の相談にも応じている。
 - 3) 当院には法人内にステーションもあるが、法人外の多くのステーションとの連携も行っている。
 - 4) 当院の訪問範囲は半径16km以内の広さに渡り、近隣の訪問は5%以下。地域をブロック化して連携する方法は実情に合致しないと思う。
 - 5) 市内の有志の医師による当番制も以前に試みたがうまく実践されなかった。しっかりした制度をつくるというより、緩く連携し、お互いをカバーする方法がよいのではないかと思う。
- 以上のとおり、事前にご意見をいただいたため、ご紹介させていただいた。

(質疑応答)

(なし)

議事（2）在宅医療に関する各医療機関及びステーションの強みと実施状況

【座長】

各医療機関及びステーションでの在宅の取組等を、委員よりご紹介いただきたい。

【委員】

当病院は整形外科を専門としており、在宅医療を実施している患者は1名いらっしゃる。その方は、2週間に1回程度、膝に注射を打つ訪問診療や、訪問リハビリテーション（以下、訪問リハと記載する）等リハビリを中心に行っている。また、有床診療所のため、自宅で診ている患者の急変時の対応として、骨折等で動くことが困難な方の受け入れを行っている。

【委員】

当院は内科・循環器科で標榜しているが、一人に対応しており、在宅療養支援診療所の届出をしている。実際には、午前、午後の外来診療の間の昼間と、水曜午後の休診時間帯に在宅患者を10人強程度と、老人ホーム3～4か所で訪問診療を行っている。基本的には、かかりつけの患者で、在宅が必要になったケースを主に診ているが、医師会から依頼がある場合もその時々で検

討し対応している。どうしても診療できる時間が短いため、人数が限定されることが時々あるのが現状である。また、在宅で看取るということは委員の意見にもあったが、数年前に当番制で行ってみたものの自分の患者は基本的には自分で看取ることを、それ以前から現在まで対応しており、年間10例程度でそれほど多くはない。そのため、個人で時間を作り実施している状況である。

【委員】

当院も、内科・循環器科の外来がメインで、訪問診療は水、金曜日の午後対応している。現在はグループホーム3件、有料老人ホーム1件、サービス付き高齢者住宅1件、高齢者シェアハウス1件で計50人程度、個別で20人程度を担当している。年間20人程の看取りを行っている。私と他2名の医師の3人で連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の施設基準をとっている。また、医師会の在宅医療相談室では、在宅医に対するバックアップとして、様々な仕組みを作り、在宅医療を行いやすいような形にシステムを作る立場にもある。

【委員】

当院は、私と副院長の2名で診療しており、在宅療養は基本的には私に対応しているが、副院長は皮膚科が得意なため、皮膚科で依頼される訪問診療が少しある。また、訪問は基本的には当院から近い場所のみであるため、昼休みに対応できる範囲で月に10数件程度に対応している。また、関係性として、かかりつけ患者や、一部、総合病院から紹介があり、看取りを年間数件行っている。その他、老人保健福祉施設やサービス付き高齢者住宅での看取りもあるが、月1件あるかないかでそれほど多くはない。夫婦で開業している病院であるため、在宅は私が行ける範囲で行っている状況で、困ったら患部の写真を撮り副院長に相談することがある。当院の特徴としては、皮膚科を診ることができること、また近い場所で元々診ているところをお願いされることが多く、できる範囲で対応しているのが現状である。

【委員】

当院は、内科系と外科系の医師で診療している。午前中は基本的には外来、午後から訪問診療に回るが、訪問診療を主体にやっているのは私ひとりである。内科ではいろいろな問い合わせも多いことや、外来の検査等もあるため、そちらは内科の先生に対応してもらい、二人で分けをして担当している。また、内科の先生にも数名の訪問診療を担当してもらっており、私も外来を半分やりながら、昼から訪問診療に出かけ午後いっぱい対応し、夕方にはクリニックに戻り、また患者の診察をする状況。人数に制約もあるが、月曜日から金曜日は法人の施設とグループホームを何件か訪問診療している。また、当院は医療法人の一つで、ステーションと整形外科とリハビリテーション病院があり、ある程度環境が揃っている中で行っているため、いろいろな面で頼みやすい、動きやすく、ざっくばらんに話しやすい点がメリットだと感じている。もちろん他のステーションとの連携もと、依頼があれば基本的には断らず受け入れる方向で対応している。

恐らくこれから課題になるが、いろいろな患者を他の先生方も診ておられるため、専門外にな

ると、躊躇する場面や悩む部分も多く、断らないで診ているつもりだが、対応に悩むことも時々あり、そのような場面で相談できる場が広がると、在宅診療を行う先生が増えるのではないかと感じている。

【委員】

当院は、現在は訪問診療を行っていない。サービス付き高齢者住宅の訪問診療を行っていたが、先月先方から断られたばかり。理由として、診療に行けない、電話がつながりにくいことがあり、すぐに対応できない訪問診療の難しさを感じたところ。日中は、午前・午後とも外来診療と内視鏡検査を行っており、日中は在宅診療を受ける余裕がない状況である。

【委員】

当ステーションは、訪問看護師が8名いる（常勤4名、非常勤4名）が、非常勤4名は週2日勤務で、実質常勤換算すると6名程度と小規模である。そのため、年間看取り数も15件前後で、基本的には依頼があれば断らない姿勢で対応しているものの、看取りを何件も抱えきれない面があり、緊急を要する場合の依頼は、他のステーションと2か所に関らせていただくことをお願いする場合もある。

【委員】

訪問看護指示書をいただくのは、同法人の病院・診療所からが半分、他からが半分であり、法人内で連携しているが、法人外の先生方とも連携している状況。看護師は常勤8名、パート職員2名の大規模ステーションのため、重症度の高い方や医療依存度の高い方は極力断らず対応していきたいと思っている。看取りについては年々増えており、2年前は年間10件に満たなかったが、現在は20件近くである。

【委員】

山梨県看護協会で運営しているステーションであり、県内に7か所、甲府市内に3か所ある。職員は、常勤6名、非常勤10名で、この内作業療法士が1名おり、訪問看護からリハビリスタッフが行き、リハビリをさせていただいている状況であるため連携はできている。現在、利用者は年間平均で約140名、看取りは年間15～18件位を対応している。基本的には、依頼がきたら断らず対応する方向だが、依頼が重なると対応しきれないこともあり、地域にもよるが、同法人のステーションを紹介する等の対応をしている。ALS患者や人工呼吸器をつけている患者は、1か所のステーションで毎日対応することは難しいため、複数のステーションと連携して対応することもある。

【委員】

当ステーションでは、5年程で職員が増えてきており、現在全員常勤で15名になる。ステーションの中では、年齢層が比較的若い職員が多くなっている。依頼は法人の方針で基本的に断らず、時には無理な訪問の組み方もあり、コロナ禍の3年間は、病院から明日帰りたいといった急な依頼も断らず受けていたものの、職員の疲労が溜まってしまった状況がある。現在は働き方改革として、職員もいきいき長く働くことができるよう環境づくりに努めているところである。ま

た、同法人内のクリニックがあることが強みになっており、看取りや様々な在宅の利用者と関わって頂くことが多く、現在160～180名の利用者がいる。

【座長】

当院は2015年4月に開業し、今年で8年になった。昨年1年間で、往診と訪問診療をのべ2500回程行っている。ピーク時の3000回超から2割程度減っている。看取りはピークで約100名、昨年は74名だった。受け持っている患者は、在宅が約50名、介護施設利用者が約70名で、比較的がん患者が多く、がん患者の内在宅で亡くなる方は6割を占める。在宅緩和ケア充実診療所の施設基準を取得しており、看取りだけでなく、モルヒネ等を含めたがんの注射剤使用が要件になるが、こちらも積極的に行っている。緩和ケアに関しては、大学病院やがん拠点病院等の緩和ケア研修会（PEACE）があり、各病院の先生方と連携し、年4回の研修会に協力している。

【座長】

皆さんから、それぞれの施設の現状や強み等を話していただいたが、ご意見、ご質問、感想等はあるか。

【委員】

当院は20年前に開業し、地元のニーズもあってすぐに在宅医療を始めた。当時の在宅医療は、当然大学でも習わず、以前勤めていた病院にいた時にも知らなかったため、手探りで始めた。当時、何名かの医師等と一緒に作った勉強会が「甲府在宅ネットワーク」で、現在も、この会がずっと続いている。徐々に在宅医療を行う先生が増えてきたと思うが、消化器の先生方が少ない傾向だと思う。本日は消化器専門の委員がご参加くださったが、ぜひいろいろな在宅患者に関わってくださると心強いと思う。参加くださってよかったと思っている。

【座長】

他に、それぞれの施設に確認したい、聞いておきたいことなどはないか。

（なし）

議事（3）甲府市における在宅医療に関する課題（資料2）

【座長】

ここでは、甲府市の課題を、皆さんがそれぞれの施設で取り組まれている中で課題として感じていることに置き換えてお話いただきたい。

【委員】

在宅医療をされているのは、内科の先生が中心であると思うが、その中で私は運動器を中心に診ているため、運動器のリハビリの重要性を感じている。一人の患者を一人の医師が診るのではなく、整形外科的なことで相談したいことがあれば気軽に相談できるシステム等ができると思う。当院では、老人保健福祉施設、特別養護老人ホームの訪問診療や看取りも対応しているが、在宅を中心にずっと診ている患者は、日ごろ関わっている患者で何かあった時の対応に限

られており、在宅診療をされている内科の先生からの相談を受ける機会は少ない。そのため、その様な連携が頻繁にできるともっとよくなるのではないか。

【委員】

当院は年間に約10例の看取りをしているが、がん患者に関わる機会は少なく、麻薬を使用する機会はあるが、自分自身の中で経験が蓄積されない感がある。その他、様々なことを経験するが、蓄積されない中であるため、コロナ禍前には開催されていた講習会等、いろいろな知識を深める機会があるとよいと思う。また、一人で診療をしていると、訪問診療も限られた昼間や休みの時間帯に対応することになり、近隣の患者や当院かかりつけの患者に範囲が狭まってしまうことを日常的に感じている。もう少し広く対応したいと感じていても、外来診療も対応しながらで難しい場面があるため、この辺りがうまくいく方法があるとよい。

また、最近、「甲府在宅ネットワーク」の代表を務めるようになり、コロナ禍で停滞していた活動を少しずつ再開している。6月終わりには、WEBと対面で両方できるような会を計画しており、多職種の交流や学習の場になればよいと思っている。詳細はホームページをご覧ください。

【委員】

昔は近所の診療所の先生が普通に在宅診療、看取りまでやっていたが、最近はそれができず、大部分の人が病院で最期を迎えることになる。しかし、多くの人たちは自宅で最期を迎えたいという希望があることは、国や県でも同じ結果になっているが、それが実現できていない。このことは、かかりつけ医が外来からシームレスに在宅に移行し、最期まで看取る形が当たり前になれば、普通に在宅医療そのものは特別な医療ではなくなると思うが、そこができていないことが問題である。在宅に一所懸命に取り組んでいる先生と、在宅をしないと決めた先生は一切在宅医療には目を向けてくれないという二極化が問題なのではないかと思っている。これに対して、「甲府市在宅医療相談室」はできるだけそのような障壁をなくそうと、試行錯誤して対応しているが、なかなかうまくいかないのが現状。ここを打破しないとうまくいかないと思うため、いろいろ考えていきたい。

また、先ほど委員からお話があった、診療科間の連携について。甲府市医師会で今年2月にアンケート調査を実施し、在宅主治医になってもよいと回答のあった医師会員は甲府で19名いた。併せて、在宅主治医とはいかないが、協力医(サブ)として参加していただける先生が5名、また相談のみであればよいという先生も20名ほどいる。このように、実はいろいろな協力体制ができる環境にあるが、それが実践されていないのが現状である。

【座長】

この話自体が取組の議題につながるものだと思う。「甲府市在宅医療相談室」では既に議論を進めているところだが、この場でも委員の皆さまからこの件について忌憚のないご意見をいただきたい。特に、複数の医師が関わる調整の部分については、後ほどステーションの立場からのご意見をいただけたらと思う。

【委員】

当院は、クリニックのみであり、ステーションの併設や入院等に対応できないため、バックアップがない中、訪問診療をやっている。実際は、外来の延長で、車で5分位の距離の範囲で依頼され対応しているため、甲府市全体の問題と言われると正直分らず、狭い範囲での対応に限られ、他関係機関と連携がうまく取れていないのではないかと考えている。ステーションに依頼することはあり、その患者についてはやりとりするが、診診連携は数が少なく、できる範囲でしかやっていない。今後、自らが勉強しどのような診診連携がとれるのかが、これからの課題である。今は在宅診療は困らない程度に数が少なく、看取りも年10件程度のため困難はないが、今後、増えていくのか、自分で制限して対応していくのか。コロナ禍においては、病院では最期一緒に居られないため、急遽家に帰ってきたという方2人程の看取りを依頼されたが、2～3日の内に亡くなってしまった患者もいた。今後、こういった看取りも含め増やしていくのかどうか、診診連携の取り方も勉強しながらできることを見極めていきたいと思っている。

【委員】

個人的には、甲府市の問題がどのようなところにあるのか明確になっていない部分がある。そのため、甲府市への要望も明確にならない。在宅医療をやる先生を増やそうということについても、私の考えに誤解があるかもしれないが、現在の若い開業医の先生の中には、病院が嫌で出てきた先生もいるかもしれない。私は、在宅医療が好きで、病院の制限に縛られることが嫌で出てきた方であり、現在も在宅医療の対応をしていて嫌な思いは全くない。ただ、自分の知識のない部分が物足りなく、申し訳なく思っており、そこは勉強し、連携をとりながら患者のデメリットにならないようにする必要があると思っている。可能であれば在宅ももっとやりたいと思っているが、医療法人の中におり、どうしても収益等のことも言われてしまう。在宅医療の実施により、外来診療数が減少すると経営に影響が出るのではないかと懸念する方もいることから在宅だけに注力できないという点が根本にあるのではないかと。

私は在宅医療にどんどん対応したいと思っはいるが、外来診療も対応しながらであり、バランスの問題がある。また、訪問診療をしているどの先生もそうだと思うが、ある程度在宅医療を行っている（在宅患者に関する問い合わせについて）頻繁に病院に電話がかかってくるため、その対応をすると外来診療が滞ってしまう。時には、スタッフの一人は在宅患者からの電話を持ち、その対応に付ききりという日もある。在宅診療の支援は難しい面もあるが、現場で対応されている先生方はそのような部分での苦勞もあると思う。外来診療とは異なる在宅の流れがあり、そこを確保しながら、半日ずつでも外来と並行することは大変な部分がある。その点で見ると、自分の専門的なところに特化して対応した方がよいと思ひ、在宅をやりたいという先生は少ないのではないかと。このような部分を打破して、いかにして多くの先生に在宅をやっていただくのかという点が難しいところである。現在、在宅をやっている先生方の中でも大変な部分はあると思うため、少なくともその先生方の中だけでも、少しでも連携を進めていき、さらに周りの先生たちを引き込んでいくことがよいのではないかと。

【座長】

とても大事な指摘が入っていたと思う。経営の部分は、なかなかこの場では話しにくい内容もあるかと思う。在宅医療は患者の意思決定や家族との関係性、記録等の時間も必要となるため大変な部分がある。

【委員】

確かに経営面という意味でも、私も新規開業しまだ2年であり、採算性ではどうなのかという点はある。一方、本日も患者70名の内、内視鏡検査が10件という状況の中で、どうしても訪問に向ける力がないということが大きい。また、やりがいもありや重要な仕事だとは思いますが、例えば遠くにいる親戚からのクレーム等ストレスに感じることも多々あると思う。コロナの検査もそうだが、ネガティブな印象も正直ある。現在、在宅診療医を増やしたいという目的の中、なかなか前向きにやりたいという気持ちが起きないのが正直なところである。

【委員】

他委員の方のお話を聞き、私は訪問看護師で医師ではないため、どれだけ大変かを知らずにいた。また、在宅の先生方が増えることが、私を含め訪問看護師の願いであるが、いろいろな課題があることを感じた。甲府市の在宅医療の課題を言葉にするのは難しいが、先ほどのお話をお聞きして思ったことがある。お忙しい先生方に電話をかけるのは患者だけではなく、私たち訪問看護師も多く電話をかける場面がある。そのため、本当に電話で相談する必要性があるのか、しんげんネット等を使い連携すればよいのかといった緊急性の見極めをしっかりと上で連絡をとらないと、先生方のお仕事に支障が出てくることも感じ、この点が訪問看護師の課題なのではないかと思った。また、日ごろ、具合が悪い時等はファーストコールを看護師にしてもらおうことをお伝えしているが、発熱等で慌ててしまい、家族が先生に直接電話をしてしまうこともあるため、その部分でも訪問看護師の関わり方が課題だと思っている。

訪問看護師になり25年以上になるが、ファーストコールをまず訪問看護師にもらい、その上で先生方につないでいけるような体制をしっかりとっていくことが必要だと感じている。また、施設勤務の看護師の方から聞いた声だが、訪問診療に来てくださっている先生に電話をかけた場合、夜間は来ることができず、どうしても朝まで待たなければならないという事例があるとのことだった。施設では夜間は介護士だけ、看護師はオンコールで出勤する体制の場合があり、訪問看護師が入ることのできない施設もあるため、そのような所では大変な面があり、システムがきちんとできるとよいのではないかと思った。

【委員】

甲府市の課題と言われるとすぐには浮かばないが、先生方は外来診療をしながら在宅診療をされているため、看護側もできるだけ夜間・休日に連絡をとっての対応とならないよう、早い内に、先を見ながら指示をいただく等努めている。しかし、どうしても難しいご家族であったり、急を要する対応の場合は連絡せざるを得ず、連絡してよかったのだろうかと思いつつ対応している状況。同法人内にある他市のステーションの話を知ると、他市に比べ、甲府市には在宅を専

門にしている先生や往診をしてくださる先生が多く、いろいろな診療科で診ていただけるため、恵まれているとは思っている。例えば、皮膚科で往診対応がなかった時には、寝たきりの方を病院に連れていく方法から考えていたため、近隣の市町村に比べると資源は充実していることを感じる。

【委員】

当ステーションは、ステーション単体で運営しているため、同じ法人の病院、診療所と連携する形ではなく、いろいろな総合病院やクリニックの先生、看護師とやり取りする中で、それぞれの先生方との連携の仕方が様々ある。その意味では、しっかり確認をしておかないと、夜間休日の緊急時に患者や家族が困ってしまったり、トラブルの元になってしまうため、どのような緊急体制をとるか等、予め確認には細心の注意を払っている。また、元々総合病院の先生がかかりつけだった方が通院が困難になった時に、訪問診療してくださる先生を探すことになった場合、引き受けていただける先生を見つけることが大変である。私自身、以前の勤務していたステーションや当ステーションでは、周りに訪問診療してくださる先生が比較的多く、ありがたいことに対応していただけている。その一方で、病院の看護師から往診可能な医師紹介の相談をされた場合、地域的な面で先生を紹介することができなかつたり、指名できない面もある。また、医師会の「在宅医療相談室」では、在宅医を育てていくことを目的のもと運営されているかと思うが、相談をしても、なかなか新しい先生がと連携することが難しい。先生方のお話をお聞きすると、クリニックの診察をしながら訪問診療することの大変さやご苦勞を改めて感じたところではあるが、今後、病院に入院することがなかなかできず、在宅での看取りも増えてくる中では、在宅医が少ないことは大きな課題になってくると実感している。

また、先ほどお話にあったが、皮膚科や眼科、耳鼻咽喉科等に行きたいが行くことのできない患者がいるため、これら診療科に往診していただける先生がいるとよいと常々感じている。訪問診療してくださる先生は、全てを診て薬を出してくださる先生もいらっしゃるが、これは診ることができないと言われることもあり困ってしまう現状あるため、この部分ではうまく連携が取れるとよいと思う。

また、訪問看護の依頼が来て、初めてクリニックの先生に訪問看護を依頼する場合、訪問看護が必要なのかと言われ、なかなか訪問看護指示書を書いていただくまでに時間を要したケースも散見される。訪問看護とはどのようなものなのか在宅医療での役割について、もっとアピールしていくことも私たち自身の課題だと感じる。このような部分で、先生と訪問看護師の役割分担をしながら連携できるともっとよいのではないかと考えている。

【委員】

甲府市の在宅医療の課題になるかわからないが、自分の経験の中での失敗談をお話したい。かかりつけの内科の先生から訪問看護指示書を出してもらい、看護師が定期的に訪問していた糖尿病の患者が自宅で転倒しけがをした。かかりつけでない整形外科受診の結果、毎日処置が必要なため訪問看護指示書を書くと言われたが、この際、一人の患者に二か所の医療機関から

指示書が発行できないことを説明した。本来であれば、整形外科の先生からかかりつけの内科の先生に情報提供していただく等、私はその部分をきちんと詰めればよかったのかもしれないが、当時まだ経験が浅く連携ができなかった。結果、その方は車の運転が難しく、毎日の通院は難しい状況だったが、タクシーで通院をしたことがあった。そのケースに関しては、普段診ている先生からの指示で、恐らく訪問看護が毎日行けば全く問題なく変化なしであったが、制度上の壁があったことや、どのようにして訪問看護が間に入り、先生同士の連携を伝えたらよかったのかについて難しかったと思う事例だった。

【座長】

ここまでで、委員の皆さまから確認しておきたいこと等はいかがか。

(なし)

いくつかキーワードが出てきたと思うため、ピックアップさせていただく。

まず、在宅医療は内科医が中心になりやってきたと思うが、整形外科医や皮膚科医等、内科医以外の専門の先生が、自分自身の専門外の先生たちと具体的にどのように連携していくかが、今年度の取り組むべき課題の一つだと思う。

また、外来が忙しい先生にとって、距離や時間の制約がある。特に病態が変化した時すぐに対応できなかったり、夜間に患者の容態が変わった時にすぐに行くことができないことは、在宅支援診療所は基本的に24時間対応することがルールであるため、それができていない場合は問題であるが、時間や距離の制約の中でどのように対応していくかということ。

また、経営の話が出たが、薄利多売の経営をするかといえばそれは難しい。時間と手間の仕事であり、電話連絡や対応は私たちのクリニックでも一番エネルギーをかけているところで、実際に午前中は電話対応だけに時間を要すこともある。

先ほどのお話にあったが、クレーム等の対応をすることも大変で、同じような話を繰り返し同じ患者や家族にしなければならぬことはある。あとは、ステーション側からも出た意見だが、連絡や情報提供の時間がある。以前からも言われてきていることだが、しんげんネット等の活用で多かれ少なかれ画期的で役に立つ共有手段はあるが、それでも尚、電話のタイミングや、患者から在宅医に電話をするのか、ステーションになるのか。実際に今日も患者から私宛に電話がかかってきたが出られず、ステーションからかけ直してもらったケースがあった。

このような内容が、次の議事(4)在宅医療を支援するために必要な取組の内容に入らないかと思う。

議事(4)在宅医療を支援するために必要な取組の検討

【座長】

ここからは、順番にではなく、ブレインストーミングのように皆さまからご意見をだしていただきたい。まず、専門外の協力体制についてご意見はいかがだろうか。

【委員】

まだ周知されていないが、「甲府市在宅医療相談室」で持っている情報では、既に様々な専門医の先生方（整形外科、消化器内科、神経内科、皮膚科、小児科）5名から協力可能と申し出ていただいている。これが活用されると問題解決の糸口になるかもしれない。

【座長】

制度的な範囲で、専門外でも訪問診療がとれる。情報提供書を送れば、半年間、月に一回だが、訪問診療専門の先生が診療した時に一緒に指示を出すことができるため、これをまず活用することが一つあげられる。

また、診察は必要だが、情報提供書があれば、それを元に確実に特別訪問看護指示書を作成できるため、これらを活用する方法があるのではないか。この部分の取組で、例えば、訪問リハは敷居が高いと思いがちだが、専門医の立場で、こうしたら内科の先生方もやりやすいのではないかといったことがあれば、甲府市も巻き込み検討したい。私自身も、訪問リハは大切だと思っているが、正しく運用できていないのではないかと思うこともある。

【委員】

当院では理学療法士が定期的に訪問する形をとっている。正確な実績をお伝えできないが多くの人数を訪問リハで対応しており、その中で内科にかかっている患者の対応に関してはあまり相談されることはなく、現状ではリハビリを中心にやっている中で問題点はない。定期的に何かがあれば、1度受診してもらい指示を出し、引き続き訪問してもらおう形である。また、訪問リハから通所リハビリテーションに、逆に通所リハビリテーションから訪問リハに移行する方も一定数いる中、利用者の急変時には、積極的に当院で診ている。例えば転倒してしまった、腰が痛くなってしまったという患者には、当院では有床の受け皿があるため、そちらで受け入れることにしている。

【座長】

在宅患者も何人かお願いしたことがあったと思うが、依頼する在宅医の問題として、課題や現状での具体的な取組はあるだろうか。

【委員】

こちらから訪問リハを依頼したことはないが、リハビリテーション病院に入院後、在宅に帰り、今までリハビリをしていたところから訪問リハに移行し、リハビリを継続することはある。その際、定期的に診療情報提供書を書くよう依頼され、その記載を通してやり取りした経験は数例ある。ただし、どこにどのように依頼すればよいのかが、今までの経験上ないため、依頼の流れや依頼先がもう少し明確になるとよいと思う。

もう1点は、精神科の先生と併診している有料老人ホームの施設の例がある。最初にこちらから紹介状を書き、最近では診察を月に1回してくれている。病状がどのように変わったかについて、診療情報提供書を書き続ける必要はあるが、そのまま継続しているところがある。

【座長】

先ほどお話した、訪問診療を算定できる項目を一つずつ、精神科の認知症の周辺症状でとる等

の方法もある。

訪問リハについては、ステーションのように同法人内で、それ以外と取り扱いが違うところもあるが、同法人に整形外科があるところはその点では簡単だと思うが、実際に、連携していく上でほしい情報等あるだろうか。

【委員】

訪問リハでは、3か月に1回受診をする必要があり、訪問リハを続けるうえでの高い壁になっている。患者の状態によって、受診が次第に難しくなり、リハビリ職員に自宅へ来てもらっている状況で外出が難しいケースが多いなか、3か月に1回受診の必要があることは、リハビリを入れるネックになることがあると、介護支援専門員等から話を聞くことがある。

また、当ステーションは、訪問リハもあり、ステーションからのセラピストの訪問もあるなか、血管障害の方で状態が横ばいの方等、患者の目標やどこを協議するのかが曖昧なまま漫然と訪問リハを続けていくことがある。看護師も入りながら理学療法士と一緒に目標設定をするよう気をつけている。

【座長】

かかりつけ医応用研修をとった医師であれば、リハビリの先生方に同意書を送るだけで、リハビリの先生が診察をせずに訪問リハに関する指示書（訪問看護指示書）を発行することができるが、そうすると報酬が減る。それが大変なため、実際には診察をあまり省略しないよう示している。お話したように、病院に来るよという先生が多いのが実際に、往診していただけるリハビリの先生がいると嬉しい。

また、ステーションからの理学療法士、作業療法士の方について、大事なところだが、診療報酬改定の中の議論でいろいろ問題が出てきたところ。恐らく甲府市内はないかと思うが、ステーションの名前でスタッフの半数以上は理学療法士というステーションが問題になったこともある。先ほどの話にあったように、何のための制度の改定か、誰が評価やリスクを判断するのかという点が曖昧になりすぎているのではないか。

その他、リハビリ以外の話題でもいかがだろうか。

【委員】

訪問薬剤療養管理指導あるいは訪問栄養療養管理指導も大事なことだが、財政的な背景はそれぞれ違うものの、必要なものを必要なだけ入れてしまうと、どんどん費用負担につながってしまうため、現実的に難しいところ。また、先ほど話にあったが、訪問看護の必要性を疑問視される問題について。私が在宅医療を始めるにあたり、訪問看護師を必ず入れてもらうことを条件にしている。そうでないと、直接問い合わせ等がどんどん来るが、訪問看護師が入ってくれることにより、大抵のことは訪問看護師のところで解決してくれている。そのため、夜中に具合が悪くなり在宅医が呼ばれることはほとんどなく、大抵のことは看護師のレベルで対応してくださり、おかげで夜はゆっくり休むことができる。このようなことを、在宅医療を対応していない先生はご存じなく、在宅医療を始めるとひっきりなしに連絡がくるのではないか、大変なことになって

しまうのではないかというイメージを持たれているかもしれないが、実は、訪問看護師の皆さんが素晴らしい対応をしてくださっているため、そうではないということをここでお伝えした。

【座長】

当院では年間100人位患者を診ているが、ほとんどが時間外、夜中の往診、診療途中に呼ばれる緊急往診もある。先ほどご意見に、時間や距離の問題も出されたが、一人でやっているとその部分が大変である。恐らくここに今回の診診連携の持つ意味があると思っている。詳細は省略するが、私も懸命に働いたものの、病気になり入院したこともある。一人で頑張ることにも限界があり、休む必要があるが、それでも電話対応が土日まで続くと疲弊することもある。そのような時に後で、雑な電話対応をしてしまったのではと反省することもある。この辺りの状況は、恐らく在宅医になりたくない1番の理由だと思う。

先ほど、委員から、病院が嫌だったからフリーになったという話もあったが、現実としてその辺りはどうしたらよいだろうか。在宅ネットワークでの輪番制の取組は実際にはうまくいかず、緩い連携でよいのではないかとのご意見も委員からあったが、今後の方向性として何かご意見はないだろうか。

【委員】

現実的な話として、私たちはしんげんネットを使っているため、そこでグループを作り、少なくとも在宅に関わっている。

例えば、基本は輸血はしなくて済みそうだが、どうしても必要があった際に、在宅では輸血が難しいため困ったときに何かご存知だろうか、といった簡単な質問等を投げかけることができるコーナーを作ることができるとよいのではないか。しんげんネットで在宅をやっている先生方のコメントができるため、そこに投げかけると誰かが返事をしてくれるといったもの。まずは、このようなものが広がることで、少なくとも現在、在宅をやっている先生たちが安心してできるようになると、入ってきてくれる周りの先生たちもその様子がわかり、在宅をやってくれる先生も増えてくるのではないか。これはネットワークではいかがだろうか。

【委員】

今月の甲府市医師会の理事会で承認されたため、「在宅医よろず相談グループ」ができる。これは甲府市の医師全体が見ることができるしんげんネットであり、そこに疑問点を出すと、知っている誰かが答えるというものが近々始まる。

【委員】

私もぜひ活用したい。これが広がり、少しでも楽にできるようになることで、それをさらに広めていくことができるとよいと思う。

【委員】

しんげんネットに、疑問点や問題点を投げかけることが大切で、そこまでいかないレベルの問題をどうするかという点がある。

ここで、9年前に医師会で試みた輪番制の話をしたい。昔からの問題であった、24時間36

5日の部分をクリアすれば皆で在宅ができるのではないかと、ということで受け皿を作った。当時すでに在宅をやっていた8名の医師をリクルートして、土日に8名の内1名が当番で対応することにした。義務化はせず2か月に1回の当番とし、もし当番日に対応できない時には、最終的に有床診療所で引き受けることとして、スタートした。しかし、半年経過した時点でも利用者が0であった。その理由として、自分に対応できないときに、輪番の先生に迷惑をかけてしまうといった遠慮があり、それならば在宅をしないということにつながってしまったのではないかと。このことから、受け皿があるだけでは必ずしも有効活用につながらず、結果として、この試みは1度も機能しないまま半年で終了した経過がある。そのため、この方法ではなく、別の方法を検討することが必要である。

【委員】

私も当時その取り組みに参加した。その当時も今も感じていることだが、「この医師に最期看取ってもらいたい」という患者の思いがあり、他の先生にお願いする気持ちにならないという面がある。恐らく病院の中でも自分の受け持ちの患者が亡くなる時には同じ感覚であった。この部分をどのように変えていくか、患者と主治医との関係性の問題も考えた方がよいのではないかと。ここが一番大きく、家族との対応の問題や家族の思いや、後のトラブルになる問題もある。システムの問題だけではなく、患者、家族と医師の関係性の問題も考える必要があるのではないかと。

【委員】

在宅を行っている中で、お互いにバックアップしあうことは、主治医以外の別の医師が関わる可能性は必要なことなのではないかと。自分に関わるできないときがあるが、別の医師がいるということが、バックアップ体制であるため、その点は在宅医療を始める際にとる承諾書に記載している。私の場合は、3箇所連携しているため、その3箇所の名前を入れ、当然私が一義的に関わるが、万が一私がどうしても行くことができないときは、他の医師が来ることは可能性として知っておいていただくことの承諾を得ている。この点は、どのような連携をとることにしても、自分が行くことができないことを想定しての対応であるため、在宅医療を始める最初のところで承諾を得ることになると思う。

【座長】

在宅療養支援診療所を説明する文書の中に、在宅療養支援診療所を担当する医師と担当クリニック名、ステーション名を必ず明記し、それを渡すときには担当医師名、クリニック名、電話番号が記載されたものを渡している。担当医師が来ることができない場合は、代理として他の医師が来るかもしれないということも、制度的に入れることになっている。

時期は不明確だが、少し前に、新潟市で行っている「看取り隊」の話聞いた。新潟市立病院が窓口になり、休日時間外に救急外来担当の看護師が窓口になり、不在の医師がいた場合は往診のできる医師から割り振りするという取組があった。在宅の医師だけでは調整が困難な場合は、そのような形で病院が窓口となり調整機能役割を担っている自治体もある。また聞いた話では、

諏訪医師会では9名で機能強化型在宅療養支援診療所を作り連携対応している。月1回会議の必要があるが、月1回の医師会の会議とあわせて行い、その中で情報共有する等の方法で実施しているとのこと。

【委員】

3～4年連携しているが、実際のところ、他の医師が出動した実績はあるだろうか。

【座長】

今のところ他の患者のところに看取りに行ったことはない。

【委員】

私が機能強化型在宅療養支援診療所で連携を図っている医師は年間100名、もう一名の医師はもっと看取っている、私も10～20名看取りの対応をしているが、連携を組んでいる中でも、他の患者のところに出勤していない。しかし、自分に何かあってもいつでも連携があるということで、大きな安心感がある中で在宅医療ができています。このことから、連携を組んだからといって、お互いがとても忙しくなるということではない。

【委員】

訪問看護の方面からはいかがだろうか。他にも、ステーションとの情報共有、連絡に関すること等の話が出されている。限られた時間であるが、他にいかがだろうか。

【委員】

それぞれに大小の問題や事情がある。私はまだ始めたばかりで知識不足な点もあるが、患者に対しての窓口は介護支援専門員が中心になって対応してくれるが、診診連携はどこに相談するかと言えば、現実にはない。他のクリニックや訪問看護の状況は一つのクリニックでは把握しきれないため、個人や法人ではなく、甲府市が窓口になり把握し、実際に何かあった時に相談できる窓口があると助かる。訪問リハに関しても、話を聞くとやりたいと思う方もいるが、どこに相談したらよいかわからない。私は総合病院にいたため、そちらの先生と話をすることはあるが、先ほどのような窓口はないため、甲府市に期待したい。

【委員】

その部分については、甲府市と甲府市医師会が一体となり、甲府市医師会が請け負う形で、「甲府市在宅医療相談室」という窓口を設けている。そこには甲府市も連携して、月に1回はミーティング等を行っている。

【委員】

個人的な意見としては、コロナのホームケアの折に、私もしんげんネットに参加していたが、診療の片手間のできるのではないかという印象。例えばチャット形式等のIT化を進めることも一つの方法ではないか。隙間時間にチャットでの返答であれば協力できるため、消化器内科としての知識を還元することができる。また、センター化、専任化、訪問専門病院を作る等、大きな規模で行い、医師もアルバイトや短期間限定での参加等であれば、協力することができるのではないか。もしかすると、それであれば勤務医等も参加しやすいのではないか。

【座長】

新型コロナの折には、東京でもそのようなことが全く行われていなかったが、コロナが落ち着き、在宅の緊急報酬のところをバックアップすることが治療側ではまとまっている。東京は既に分業化が進んでいるところ。

まとまってはいないが、時間も過ぎているため、ここまでのところを事務局で整理していただき、必要があれば各委員に確認のうえ、次回の協議に向けて準備を進めたいが、委員の皆さまはよろしいだろうか。

(委員からなし/事務局へ進行交代)

【事務局】

一度でこの様な話がまとまるとは思っていないため、繰り返し会議を重ねるなか、新たな方針が見えてくればよいと思う。本日出たご意見を事務局でまとめさせていただき、共通部分もあろうかと思うため、座長とも相談のうえ、優先順位を決め、取組み方法を深めていきたい。今後もよろしくお願ひしたい。

6 閉会