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

日 時 令和6年8月22日（木）午後7時～午後8時15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 2人

事務局 10人

保健衛生室長、健康政策課長、医療介護連携担当課長、生活衛生室長、
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

（司会：医療介護連携担当課長）

- 1 開会
- 2 新委員の紹介
- 3 議事

【座長による出席者数の確認】

委員12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する。

議事（1）「新たに在宅医療に参入する医師への支援」「診療所と訪問看護ステーションの連携支援」の実施内容の検討

【事務局】

資料1 2ページをご覧ください。第4回の診診連携ワーキンググループ（以下、診診WG）で挙げた意見を「市民・多機関等への協力・連携・周知」、「訪問看護師との連携」、「24時間365日のサポート体制」に整理した。

「市民多機関等への協力・連携・周知」は、「・在宅療養後方支援病院は、病院内で『在宅医療』について病院医に普及啓発を行い、訪問診療等についての視点を広げていってほしい。」

「・何かをきっかけに在宅医療に興味関心を示す医師はいるため、継続して発信をしていく必要がある。」「・患者側から、かかりつけ医に『自宅に来て診てほしい』と発信してもらうことが効果的である。」などが挙げられた。

「訪問看護師との連携」は、「・訪問看護師から、訪問診療を実施していないかかりつけ医に訪問診療をお願いすることで、医師と訪問看護師の連携や訪問診療につながる。」「・診療所医師が訪問看護をお願いする際の窓口や、どのような方法、どのようなステーションがあるのか、現在訪問看護を引き受けることができるのかの有無等について、詳細な情報発信があると良い。」などが挙げられた。

「24時間365日の困難感をサポートする体制構築」は、「・在宅医療の『24時間365日が大変』という課題をサポートするために、例えば甲府市の2グループ・6診療所がチームとなり体制を作るのはどうか。」「在宅医療に興味を持ってもらっても、受け皿が整ってなければ、在宅医の確保・継続につながらないため、体制構築が必要である。」などが挙げられた。

資料1 3ページをご覧ください。こちらは本日お配りした、※差し替えの資料をご覧ください。前回の意見を踏まえ、「新たな在宅医に参入する医師向け支援」と「訪問看護ステーションの連携支援」について、【新たに考えられる取組】について整理した。対象は前回と同様に、「医学生・研修医」「病院医」「診療所医」となっている。

「医学生・研修医」に向けた【新たに考えられる取組】は、「・SNS等を使用した在宅医療の普及啓発について検討する」こと。「病院医」に向けた、【新たに考えられる取組】は、「在宅医療を知るための医師向け研修会等の開催について、既存事業の対象者を拡大すること等を含めて検討する。」こと。「診療所医」に向けた、【新たに考えられる取組】は、「・24時間365日の不安を解消する体制を検討する。」こと。この部分は診診WGの優先3にも挙げられているため、議事(2)で深めていきたい。「診療所医」に向けた【新たな取組】として、「・県看護協会より訪問看護ステーションについて診療所医師に周知する」「・患者から、かかりつけ医による在宅医療の希望があった場合、患者と関係性ができている医師が訪問診療を行えるよう、訪問看護師との連携で医師をサポートできることを伝える。」とした。

続いて資料1 4ページをご覧ください。前回意見があった「機能強化型在宅療養支援診療所に協力を得て、訪問診療をはじめる医師の『24時間365日の不安』を解消する体制のイメージ(案)を提示した。

イメージは、患者・家族から夜間・休日を含む緊急時に、訪問看護ステーションに連絡(ファーストコール)があった場合、主治医に連絡が付かない場合又は対応ができない場合は、機能強化型診療所チーム(以下、チームと記載する)に連絡し、チームの医師が往診を行うというもの。患者によっては、訪問看護を導入していない方もいるが、訪問診療が入っていて訪問看護を導入していない患者が少ないのではないかということ、訪問看護師と診療所医の連携を促進することを考慮し、図のようなイメージとした。

【協議事項】1つ目は、3ページの「医学生・研修医」「病院医」「診療所医」に向けた【新たな取組内容】について、実施の可否や方法、内容についてご意見をいただきたい。2つ目は、4ページで先程説明させていただいた体制のイメージについて、ご意見をいただきたいことと、訪問看護ステーションから主治医と連絡が取れない時などにどのような体制があると良いのかをご意見いただきたい。3つ目は、実際に体制を運用していく場合にどのようなルールを設けるのが良いか、現場でやり取りをしている皆様からあった方が良い決め事などを教えていただきたい。

資料1 5ページは、他県の24時間365日体制を記載した。千葉県柏市は主治医-副主

治医制をとっている。副主治医の選定は、在宅療養支援診療所の医師または「在宅・プライマリケア委員会」という月1回行われている委員会の中で調整されている。栃木県は、訪問看護ステーションが仲介役となり、患者からファーストコールがあった場合、2つのICTを使用し患者の情報を共有している。東京都板橋区は、医師会の連携拠点が仲介役となり副主治医を選定している。

資料1 6～7ページは第3回診診WGの資料を掲載しているため参考までにご覧いただきたい。

【座長】

資料1 3ページの新たな取組について何かご意見はあるか。

【委員】

在宅医療の意識は学生の頃から持つことが大事である。「既存の取組」は、甲府市医師会では学生や研修医を受入れ、細々であるが同行研修を行っている。この部分が充実すると良い。「新たな取組」の「SNS等を使用した在宅医療の普及啓発について検討する」は具体的にどのようなことを想定しているのか。

【事務局】

具体的に実施することについては、今後皆様からご意見をいただきながら検討していきたい。第4回で診診WGで「医学生・研修医」に向けては「SNSや動画を使用したものが良いのではないか」という意見があったため、これらを活用し在宅医療に興味関心を持ってもらえるような発信をしていきたいと考えている。

【委員】

既存のものまたは新しい動画でも、在宅医療に関係するものを発信していくイメージか。例えば、医学生のカリキュラムで言えば、地域医療学でアピールするということか。

【座長】

「医学生・研修医」に向けてではあるが、「看護学生」についてはどのような様子か。

【委員】

看護学生は、在宅医療に重きが置かれはじめており、在宅医療に関する実習が増えてきている。看護大学の中でSNSを活用しているかは不明だが、在宅看護サークルのようなものがあると聞いている。

看護協会では、在宅看護研究会というものがあり、年2回研修会を開催し細々ではあるが看護学生が参加してくれるというつながりはある。

【座長】

診療所医師の中で、同行研修等を行っている方はいるだろうか。

【委員】

山梨大学医学部の地域医療学の先生より、実習の受入れについて確認があったためお引き受けする。もう一つ社会学という部分でつながりがあったが、先生が変更となり、その部分是不

明である。

【座長】

大学側に、在宅医療について普及したいというときの窓口があれば、アプローチが進むのではないか。

【委員】

一度顔つなぎのためにも、在宅医療相談室等の研修会に来てもらい話をし、意向を伝えるのも良いのではないか。

【座長】

事務局の方から大学に向けて、「甲府市では『医学生・研修医』に向けてこのように取り組んでいきたい」と伝えていくしかないのではないか。

【委員】

少なくとも、甲府市で在宅医療に関するイベントを開催する時は、山梨大学医学部地域医療学の先生に声を掛けてみると良いのではないか。

【委員】

数年前に保健学の山縣先生から在宅医療のみではないが実習を受入れていた。その時に訪問診療に同行してもらった経緯がある。できれば実際の在宅の場に医学生に来てもらうのが良い。

【座長】

まずは山梨大学医学部の地域医療学の先生に連絡してみて、というところだろうか。

他に意見はあるか。

(なし)

議事（２）「複数の医師同士によるフォロー体制」の取組（案）

【座長】

４ページのイメージ（案）をご覧いただきたいが、このイメージになった経緯として、例えば、訪問看護師が患者の緊急時に主治医と連絡付かず困ったことがあるのではないかとと思う。その場面で対応に困ったことや、医師につながる際にどのような流れだとスムーズか、ご意見をいただきたい。

【委員】

患者の緊急時に、主治医と連絡が付かず困ったという事例はあまりない。ただ、訪問診療をしている主治医は連絡が付くが、外来に通っている患者の主治医（外来のみ行っている）とは連絡が付かない。そのような場合は、訪問看護指示書に「休日・夜間の急変時の対応」という項目があり対応方法が記載されているため、それに沿って対応をしている。

【委員】

一度だが、看取りをする患者の主治医と連絡が付かず宿泊で対応をした。その他は、事前

に「休日・夜間の急変時の対応」を主治医と決めて対応をしており困ったことはない。

【委員】

訪問診療をしている主治医は、連携が取れており連絡が付かないことはない。その他、訪問診療をしていない診療所医師や病院医は、「休日・夜間の急変時の対応」を事前に決めて対応している。外来に通っている患者の主治医（外来のみ行っている）の中には、緊急時連絡しても良いと指示を受けているが、その際に連絡が付かない場合は救急に回している。右往左往することはあまりない。

【委員】

時には診療所医と連絡が付かない時があるが、すごく困るということはない。

【座長】

看取りの時（亡くなった時）に連絡が付かないのは困る場面だろうか。そこまで活用件数が多い体制ではないが、起こったときに困るケースの対応に役立つ。あくまでも、新しく在宅医療に参入を目指す体制であり、例えば、訪問診療をしているが1人の患者のみを診ている場合などである。その部分を増やしていくことと、診療所医師1人で24時間365日を縛られることを無くしていきたい。実効性のある体制にするためにご意見はあるか。

【委員】

やはりこの体制のニーズはほとんどない。私も機能強化型在宅支援診療所として、他診療所と連携しているが、他の主治医の代わりに往診をしたことはない。ただ、これから在宅医療に参入する医師のセーフティネットがあると良い。

体制について細かい事柄を決め、がんじがらめに体制を作るのは徒労に終わる。イメージ（案）のように大雑把に決めておくのが良い。他県の参考にもあるが、どこが窓口になるなど細かく決めるのも大変である。副主治医制は日常から副主治医となる患者のデータを持っていなければならない、また輪番制は当番の時に必ず対応できる状態にしなければならないなど、非常に負担が大きくなる。患者の情報は訪問看護師が持っているため、チームのいずれかの医師に連絡を取り一緒に訪問してもらうのが良い。私は非常にざっくりとした体制がいいのではないかと思う。

【座長】

委員の言う通り、詳細にルールを決める必要はないが、イメージを共有しておく必要がある。例えば、このような事例はサポートができる等共通認識を診診WGで作っていきたい。

どこが問題点であるのか共有ができているか。質問はあるか。

【委員】

私の診療所は、機能強化型療養支援診療所ではないため、患者を一人で診ている。今、機能強化型在宅支援診療所は何か所あるのか。

【座長】

甲府市は5診療所、2グループである。

【委員】

ニーズが高くないのであれば、体制があるだけでありがたい。また、患者の情報が訪問看護ステーションから上手く伝達してもらえれば良い。患者情報の共有が一つの問題になる。そこが解決できれば、チームに力を借りて訪問診療を行っていききたい。

【委員】

この体制の場合、患者が必ず訪問看護を利用している必要がある。そうでなければ、患者情報が全くなく初診の対応となってしまう。患者から訪問看護師、訪問看護師からチームに連絡をしてもらい対応する。チームは「誰が」というより「誰かが」対応できるように、くらいで良い。そのため、甲府市にはチームがありバックアップ体制が整っていると、全ての訪問看護ステーションが理解しておく必要がある。

【座長】

この体制は訪問看護ステーションにかなり依存した体制になる。今まで訪問診療を行っている医師だけでなく、新規参集する医師を含め、訪問看護側はいかがか。

【委員】

この体制は訪問診療をしている医師に限っているのか。外来診療をしている医師は含まれるのか。

【座長】

外来のみの医師は含めていない。外来の場合、地域包括加算を算定していれば24時間電話を取る義務がある。

【委員】

私の患者で地域包括加算を算定しているが、必ずしも訪問看護を利用しているわけではなく、むしろ利用していない患者の方が多いのではないか。

【座長】

外来患者で訪問看護を利用しているのは少数だろうか。そのため、体制をはじめる際は外来患者を除いた方が良いのではないか。もう少し踏み込むと、この体制が必要な患者は、突然亡くなってしまった時や救急搬送の対応ができない看取り、発熱しており点滴や抗生剤投与が必要など事例に限られてくる。協議事項③に係るが、どのような患者、どのような場面で体制を運用していくのが良いか考える必要がある。明らかに、脳梗塞や心筋梗塞の場合は診療所医師に繋がらなかった場合、救急搬送する選択肢もある。イメージとしては、救急搬送に至らないが待てない状況だろうか。そのような部分が対象者になることを想定している。利点として、訪問看護師のバックアップになること、訪問診療に新規参入する医師の力になることの2本立てか。

既に機能強化型在宅支援診療所の認可を受けている委員はいかがか。例えば、突然訪問看護師から連絡があり、別の患者の対応が可能であるのか等いかがか。

【委員】

セーフティネットとしての役割は一定数ある。ただ、今すぐ診療所医師に連絡しなければならない状態の場合、救急要請することの方が多。そのため、例えば看取りや新型コロナウイルス感染症で入院することが難しい場合に機能することはあり得る。

体制自体があることは良いことと思う。また、年に何回も運用される体制ではないため、機能強化型在宅支援診療所の医師はチームになってくれるのではないか。私も2つの診療所と連携しているが、実際に他2診療所医師の代わりに訪問診療を行ったことはニーズは少ない。運用がはじまれば、例えば、「〇月〇日に学会に行かなくてはならない」となった時、あらかじめチームに一報お願いできれば良い。そのように運用できれば、セーフティネットの役割になる。

【委員】

私は訪問診療を行っていないが、委員方からこの体制のニーズがあまりないことを聞き、問題がどこにあるのかと想像していた。だが、セーフティネットの体制を考えてもらえることは、非常にありがたく良いことである。また、在宅ではなく、老人保健施設や特別養護老人ホームなど入居者を診ていて困るのは看取りの時だが、私の診療所は複数の医師がいるため問題はないと思っている。

【座長】

委員の言う通り、特別養護老人ホームの看取りも課題がある。介護施設との連携に関するとは、診診WGで進めるのが良いか。

【事務局】

病診連携ワーキンググループでは、病院と介護施設との連携について議題に挙がっている。

【座長】

介護施設の部分は、施設関係者を含めて協議していく必要がある。そのため、別の機会やワーキンググループで取り上げてもらうという形で良いか。

【委員】

診療所医師としてはこの体制はとても助かる。最近新たに開業する医師から、訪問診療を行う行わないにかかわらず「もう休めなくなるなあ、今の内に休みを取るか」など戦々恐々とした発言を聞く。

気になる部分は、実際運用する場合チームが2つしかないところ。新規参入する医師はとても助かるが、チームとして依頼を受ける医師方はいかがか。メリットになる部分があるのかということや、ニーズが少なくても突然依頼が来るのは負担ではないか。この体制を運用する前提で話を進めて良いのか。

【座長】

この体制に協力してくれる医師がどの程度いるかにもよるだろうか。

体制のイメージについては、他に質問・意見はあるか。

(なし)

協議事項③の部分について、最低限必要なルール等意見はあるか。

私が考えていることは、依頼を受けたチームの医師は往診対応となること、可能であれば後付けでも良いので患者の主治医から情報提供書を受けると良い。また、学会や夏休みなど事前に長期的な休みが分かっている場合は、主治医から訪問看護ステーションに情報を伝え、訪問看護ステーションからチームの医師に情報共有してくれるなどができるが良い。また、チームの医師側が対応が難しい日を事務局で把握し、チームの医師同士で共有できたり、訪問看護ステーションへの依頼の順番などが決まっているのが良い。

他に意見はあるか。

【委員】

極力ルールは少ない方が良い。ルールを決めるとどうしても次の当番を意識してしまい、休みをどのようにしようかなどを考える。年に1回活用されるかどうかの体制で縛られたくはない。また、機能強化型在宅支援診療所の場合、必ず誰かには連絡が取れるため、患者の家との距離や過去にこの機能強化型在宅支援診療所と連携したことがある等の理由で端から連絡するでも良い。緩やかに運用していくのが長続きする現実的な方法ではないか。

細かくルール化するならば、患者の対象を決めることや、ほとんど看取りの事例であることを考えると看取った後の報酬で緊急往診加算と謝金1～2万円にする、恐らく死体検案書になるためそれらの共通認識を持つておくことだろうか。

【座長】

私が過去に経験した事例では、保険請求ができなかったため、相手の主治医から10割分の実費を受け取った。

【委員】

委員の言う通り、できるだけ細かいルールを設けない方が良い。また、訪問看護ステーションがチームの中で医師を探したり、その前後の対応を行うため負担があるのではないか。

【座長】

対応が必要になりそうな患者がいる場合は、あらかじめ主治医からチームの医師に診療情報提供書を渡せると良いか。また訪問診療を行う際患者宅の住所が分からず困ることがある。

【委員】

診療情報提供書の事前提出は依頼する側の主治医には負担ではないか。また、ある程度予測できていれば、そもそも休み調整することができる。今は患者が思いがけず亡くなるなど、突発的な事例に対応できると良い。訪問看護ステーションには患者の情報があるため、その部分の共有が大切ではないか。

【委員】

チームの医師の連絡先が明確になっていれば、最初にかけて繋がらなければ次にかけることは構わない。患者情報は訪問看護師がもっているが、常に紙ベースでもっているわけでは

ないため、医師からどのような情報が欲しいのか伝えてほしい。

【座長】

今後体制を進め連携していくにあたり大切なことは、訪問看護ステーションと診療所医師の互いの顔の見える関係である。主治医が不在の時にお願いをする医師との情報交換や相談しやすさが重要ではないか。また、新規参入する医師とチームの医師との関係性がまだまだであると、情報共有が上手くいかない場合もあるため、交流の場を設けていく。あとはしんげんネット（メディカルケアステーション）などで、グループの部屋に入ることができればタイムリーに情報共有ができる。場合によっては、訪問看護指示書しかない場合もあるが、その程度でも情報共有することは大切である。連絡先の明確化については、事務局がチームの医師一覧を作成し訪問看護ステーションに周知するのが良いか。また、主治医には事前に長期休みが分かっている場合は、あらかじめお願いをするだけでも良い。

【委員】

私が他都市で病院医をしていた時、その病院付属の診療所の患者に緊急対応が必要な場合、病院の救急を担当している医師が往診し看取ることがあった。ある患者では、新型コロナウイルス感染症で在宅酸素療法（HOT）を導入する際、在宅酸素の導入のコストをどこでどのように算定していくのかが混乱した。そのため、コストの部分は誰がどのように算定するのかを決めておいたほうが良い。

緊急時は夜中のことがあるため、患者の自宅がどこか分からない時がある。この体制であると、訪問看護師と一緒に訪問してくれるのか。その場合は、紙ベースの情報共有ではなく、その場で共有ができれば良いのではないか。訪問看護師が主治医じゃない医師が訪問しても、患者との関係をつないでくれればうまくいくのではないか。

連絡先は、例えば患者の家や訪問看護ステーションから近いところからなど、ざっくりと決めてあっても良いのではないか。

【座長】

様々な意見が挙げたが、事務局はいかがか。

【事務局】

挙げた意見の整理させてもらい、実際の運用の部分や、診診WGは甲府市内全ての機能強化型在宅支援診療所の医師が出席しているわけではないため、どの程度協力してもらえるのか声を掛けていきたい。

【座長】

このような体制を周知していく場所は、甲府市医師会や山梨県訪問看護支援センター、他にも介護支援専門員も知っておく必要があるため介護支援専門員協会があるか。

他にご意見はあるか。

【委員】

今は夏休みやお盆の時期だが、主治医から「緊急時に自分が行けない時は〇〇に電話をし

て」と事前に伝えてくれるがそのようなイメージで良いのか。先程も言った通り、主治医と連絡が付かなくて困ったという事例はほとんどない。ある程度道筋を立てておいてくれる医師がほとんどである。

【座長】

在宅支援診療所の条件は24時間365日電話が繋がるというものである。だが、そうはいっても繋がらないことや、在宅支援診療所でない医師は時間外に電話をでることが必須ではない。一番は患者や家族が困らないような仕組みにしておくのが大切である。また、この体制の共通認識を持つ必要があり、診療所医師や訪問看護師が意見交換していく場が必要。

【委員】

実務的には運用回数が少ないが、ただ、これから新規参入する医師にすれば動機付けになる。そのため周知が大事だと思う。

【座長】

運用した事例ができれば、成功事例の共有もしていきたい。

他にご意見はあるか。

(なし)

4 閉会