

甲府市在宅医療・介護連携推進会議  
第7回 診診連携ワーキンググループ  
議事録

日 時 令和7年8月6日（水）午後7時～午後8時30分  
会 場 甲府市役所本庁舎9階研修室2  
出席委員 9人  
オブザーバー 1人  
欠席委員 2人  
事務局 7人 福祉支援室長、地域包括支援課長、医務感染症課長、地域保健課長、  
地域包括支援課課長補佐、地域包括支援課担当、地域包括支援課担当

（司会：地域包括支援課長）

- 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）医学生・研修医の在宅医療に関する学びの現状を知り、「新たに在宅医療に参入する医師向けの支援」について考える。**

（事務局）

これまで診診連携ワーキンググループ（以下「WG」と記載）では、新たな在宅医に参入する医師向けの支援として、医学生・研修医、病院医、診療所医、住民と対象別に既存の取組の整理と新たに考えられる取組を検討してきた。医学生や研修医への働きかけについては、SNSなどを使用した在宅医療の普及啓発について検討はどうかという意見と、山梨大学 総合研究部 医学域 臨床医学系地域医療学・総合診療学講座の教授に1度話を伺ってはどうかという意見が挙がっており、今回オブザーバーとして本WGにご出席いただいた。現在の医学生・研修医の在宅医療に関する学びや、在宅医療に対するイメージ、等を共有していただき、今後の取組についてご意見をいただきたい。

（オブザーバーより）

地域医療総合診療講座では在宅や救急、地域のクリニック等の大学の実習以外の様々な医療の形を1年生から3年生の間で紹介している。熱意がある時期に、オムニバス講義と並行して、在宅医療に関する部分では、県内の在宅医に在宅医療の面白さを講義していただいている。熱意のある在宅医の講義は医学生にはインパクトがある。

また山梨県の補助金で在宅医療体験実習を、1年生から6年生を対象に行っている。毎年看護学生を含めて20名程が参加している。県内の医療機関に1～2日行き、実際に在宅の現場を訪問している。在宅医療では、感染症など季節によって異なる疾患への対応を学ぶため、夏と冬といった対照的な季節での参加を推奨している。甲府市でも在宅医療を体験する場所を提供していただければ、ぜひお願いしたいと思う。甲府市は人口が多い地域と少ない地域があるので、地域ごとの在宅医療の違いを見せていただくと学生の参考になると思う。

1年生の時に様々な診療科の医師がアピールをするが、在宅医療は“きついのではないかな”、“24時間365日対応”というイメージを持っている。在宅医療を複数人の医師で対応し、また医師自体のQOLも保たれているという例があれば、興味関心を持つのではないかな。高齢化社会だが、「人口と高齢者数の減少により医師が余る」ということを学生の時点で言われている。在宅医療で一生仕事ができるかという点にも不安がある。その辺がクリアになると良いと思う。また地域の基幹病院に勤務する内科系の医師が、退職後その病院と連携し在宅医療をしているというスタイルがあると、学生には非常にインパクトがあると思う。

(委員)

様々な方法で便利な仕組みを作り参入しやすいようにしているが在宅医療に参入する医師が出てこない。学生時から在宅医療という1つの大きな分野を知ってもらい、面白さも理解に繋がれば、選択肢として浮かぶのではないかと。学生を巻き込むことが必要だと思う。学生の中には命に関わらない、時間に追われない職場を選ぶ思考があるかもしれないが、在宅医療はきつい経営しているのではないと思っている。在宅医療は先進的な技術を駆使する医療とは違うが、亡くなっていく人を診ていく、寄り添っていくという医療が、在宅医療の大きな魅力だと感じる。学生にもその点を理解していただけると良い。大学の講座の中でも様々な仕組みを作っていただき、徐々に学生に浸透していけば良いと思っている。

また在宅医療の世界では、様々な交流会や研修会を行っている。そこに学生にも参加していただき、学んでいただける仕組みを作っていきたいと思っている。

(座長)

医学生、看護学生に共通するイメージや問題点があると思う。まず、興味を持っていただくことが大事なのではないか。

(委員)

以前に比べ、地域医療や在宅医療の講義を聞く機会は増えている。ネガティブなイメージを持つ人もいる一方で、【直在（初期研修を修了した後に、後期研修を経ずに直接在宅医療の現場に進み活動する医師を指す）】という言葉もあり、それほど厳しくないと捉えている若手の医師や学生もいる。在宅医療が分からないという学生がほとんどなのではないか。現場を見てもらう機会を増やすことが一番良いのではないかと思う。在宅医療や総合診療では低学年の学生の方が、飲み込みが早い場合がある。研修医の時に在宅医療に興味が減るように思う。低学年の学生と研修医へのアプローチも考えていかなければならない。研修医の2年目の夏頃に専門科を決める。自分自身、入院中と退院してからの患者の姿を見て在宅医療の魅力を感じた。研修医にも在宅医療を経験してもらえらる機会があると良い。

(座長)

緩和ケア研修会では、2年目の研修医に参加していただいている。2年目の研修医だと、グループワークで、入院患者が在宅に戻る時、どのような退院調整をしたら良いかと話をする、一生懸命考えてはくれるが、主治医意見書も書いたこともなく、在宅で使える資源を知らない。介護保険サービスなど、在宅医療や介護の現場で行っていることがイメージできると良い。また、甲府市の顔の見える関係づくり交流会には、地域の多職種の方が参加するので、医学生や看護学生にも参加していただけると良い。来月からの基礎講座も学生が興味を持つ内容があると思う。興味のある学生には参加していただきたい。在宅医療の魅力の1つに、多職種と協力しながら問題を解決していくところにあると思う。多職種とコミュニケーションを取り、助け合いながらやってくことに、やりがいを感じている。そのような点を学生に知ってもらえらる機会があると良い。

(委員)

整形外科医を希望する学生が、在宅医療に興味を持つことはあまりないと思う。内科系の学生が、将来的に在宅医療に関わっていくことがほとんどだと思う。高齢化社会の中では、リハビリで予防していくことが大事なテーマになっており、当院では訪問リハビリを中心に行っている。若手の理学療法士が積極的に、訪問リハビリをしているが、非常にやりがいがあると言っている。クリニックに来る患者を診ることも魅力的だが、介護予防という意味で訪問リハビリをやっていくことを希望する理学療法士も増えている。

(委員)

若い方たちは一面的に見えて、多様性があり、やりたいことや考えていることを持ってい

ると感じる。技術的な側面で高みを目指そうという姿勢の医師には、在宅医療という選択は出てこないと思う。患者の生活を含め、ずっと診ていくという視点が育つような形の中で、将来的に在宅医療を選択という側面があると思う。在宅ネットワークのように日常的に行っている場面に、参加する機会を作るのも1つの方法だと思う。そのような場への参加から、学生らが在宅医療を選択していくと思う。多角的な方法を考えていくことが必要。

(委員)

現代の若い人は考え方や価値観が以前と異なる。一概には言えないが学生～研修医時代、専門医になってからもアプローチし、交流会への参加等を通じて在宅医療に携わる医師を少しずつ増やすしかないと思う。別の話かもしれないが、“直在”や若い医師がバイト感覚で在宅医療を行っている話も聞く。真面目に行っている医師がきちんと評価してもらえる場も必要。

(委員)

学生にはとにかく知ってもらい、感じてもらうことが何より必要。我々がやっている交流会にも参加していただきたい。具体的な提案として、講演会や研修会のポスターを学内に掲示していただきたい。興味を持ち参加してくれる学生がいると思う。今の学生はカリキュラムがハードで時間がないかもしれない。低学年で時間に余裕があれば参加していただき、参加した学生から広めていただくと良いと思う。

(座長)

訪問看護も看護学生や若手にも興味を持ってもらうという共通課題があると思う。学生や若手に体験してもらいたいことなどあったらご意見をお願いしたい。

(委員)

多角的な視点は大事だと思う。看護学生の実習は、看護ステーションでも行っていると思うが、訪問診療時に看護学生が来ても良いのではと思った。

(座長)

訪問看護ステーションの視点で、在宅医療を見るのも大きな学びだと思う。

(委員)

在宅医療の研修期間が3週間に延び、看護では地域にシフトしていく動きも大きくなっている。新卒でも働く場はあるが、大勢の入職があるわけではないのが現実。常に携帯電話を持ち、1人で行って判断し、緊張した夜を過ごすことは覚悟がいる。特に結婚、出産、子育て期には重荷である。若い看護師の定着には、ライフステージに応じて、上手に役割分担をしていくことが大事だと感じる。新卒の研修期間の中で、病院と訪問看護ステーションの相互で実習するシステムもカリキュラムとしてある。

(委員)

山梨県看護協会では、新卒で訪問看護ステーションへの就職をここ何年も取り組んでいる。今年度は新卒の看護師が1名、昨年度は2名就職している。訪問看護ステーションを就職先に選んだ理由は祖父母が在宅医療を受けていた等、自身の経験が大きい感じる。そういう経験をしている学生は、在宅医療の実習でその気持ちが強くなるが、新卒で訪問看護ステーションに就職することはハードルが高く、病院経験後に就職することも難しい。

訪問看護ステーションは24時間、365日で電話当番もあり、就職へのハードルが高いと感じる。訪問看護師や患者の様子を見たりすると、在宅医療の魅力は伝わるが、結びつかないジレンマを感じている。病院看護師にも在宅医療のことをわかってもらい、在宅医療も今の病院の機能がわかるという相互研修もしている。病院と訪問看護ステーションを行き来し、それぞれの職場を体験できるようなシステムがあると良い。コロナ禍以降、病院も訪問看護ステーショ

ンも看護師不足がある。互いに上手く機能すると良いと思う。

(委員)

訪問看護への就職に戸惑う理由としては、“24 時間のオンコール”と“1 人での訪問”が大きい。1 人での判断ではなく、多職種から情報収集や相談を行い、判断するのだと説明するが、中々伝わらない。“24 時間のオンコール”も毎日ではないとは伝えるが、大変なイメージが先行してしまう。訪問看護ステーションも、新人訪問看護師を育ていかなければいけないと思うが、独り立ちするのには時間がかかる。訪問看護ステーションの人材不足もあり、独り立ちするまで育てることも難しい。

(座長)

24 時間体制の維持は本当に大変だと思う。医学生や研修医は、自分自身の生活を考えると、1 人の医者が 24 時間 365 日在宅医療を継続していくことは現実的ではないと思っている。これまでのWGでは、1 人で対応している在宅医の支援として、出張や休日夜間で診られない時に、他の医師が代わりに往診して、手助けをする看取り当番を考えていた。急変時の対応はハードルが高いので、当初患者が亡くなった時だけ代わりの医師が看取るという話をしてきた。昨年県から第 8 次医療計画に伴い積極的医療機関の設置が求められ、今年 4 月から、甲府市では 2 か所が積極的医療機関になり、この会議に参加している委員全員が協力医療機関になっている。9 つの在宅療養支援診療所と、2 つの積極的医療機関、合わせて 11 医療機関が 2 グループに分かれ、看取りの当番体制を始めている。この 2 年間で看取りだけではなく、急変時の対応や施設の看取りの対応等を考えていく。一番大きな進歩は、積極的医療機関の 2 箇所の医療機関と非常勤医師の契約を結んだこと。それぞれのクリニックの非常勤医師として、看取りを行う形に体制が整った。医師同士が普段から情報共有を行い、訪問看護師にも協力を得る形で相互援助できる仕組みを作った。将来的に在宅医療は、24 時間 365 日ではなく、当番制にすることで自分も頑張らなければならない時もあるが、きちんと休みも取れるという形にできると考えている。

(事務局)

在宅医療について知る機会を作っていくこと、個々で活躍している方々の横の繋がりを、地域の中で作っていくということが重要だと改めて確認できた。行政や、甲府市医師会の取組に学生も参加していただき、徐々に広がっていくと良いと思う。

(座長)

オブザーバーにも顔の見える関係づくり交流会のグループワークを体験していただきたい。グループワークは、多職種の方の話が聞けて世界が広がるので非常に楽しい。学生が参加しても面白く感じるのではないか。その辺をアナウンスするだけでも、変わってくるのではと思った。

(委員)

先ほど病院と訪問看護ステーションを行き来し、相互の研修ができると良いという提案があったが、病診連携ワーキンググループには、各病院の看護師の代表が来る。継続看護という中では、患者の退院後の様子は病院看護師も興味を持っている。病診連携ワーキンググループで提案したいと思う。

(座長)

協力し合えることがあれば良かったと思うがいかにか。

(オブザーバー)

卒前教育で医学生全員が在宅医療を体験することは難しい。まずは希望者を増やしていく

ための努力が必要。在宅医療の実習に行くと学生の評判は良い。特に低学年の学生は、医学の講義への関心が強い。また在宅医療はその場で検査ができないので、視診、聴診、触診等で判断しているということを学生に伝えていただき、所見をとらせていただくと学生の満足度は上がると思う。研修会等の周知もだがそういう体験をした学生の方が参加しやすい。体験した学生を増やすことが必要である。

大学としては在宅医療体験実習に学生を出す努力をしていく。高学年はカリキュラムが忙しくなる。低学年の時に検査に頼らないスタイルを見せていただくと良いと思う。臨床実習4～6年生で71週間ある。そ総合診療実習で、県内の病院で、プライマリケアを学ぶが、病院と在宅医療がリンクしているところはあまりない。市中病院でプライマリケアを学ぶことに加えて、在宅医療を学ぶ機会があればいいと思う。在宅医療や総合診療、プライマリケアを希望する医学生も一定割合いる。そういう医学生に訴えられるものがあると良いと思う。

## 議事（２）在宅医療のすそのを広げるための連携を検討（事務局）

積極的医療機関の看取り体制は、積極的医療機関と在宅療養支援診療所、在宅医療支援病院からの協力医療機関のみとフォロー体制を絞り開始しているが、中には1人で在宅医療を行っている医師もいる。今後支援の拡大を検討していき、将来的に協力医療機関が増えてお互いが支えられるよう、フォローの範囲を拡大していきたい。医師会でも積極的医療機関に関する協議の場があるが、本WGでは地域の中での積極的医療機関の役割や、在宅医の負担軽減のためのフォロー体制、新しい在宅医の増加に向けて積極的医療機関の役割などを検討していきたい。積極的医療機関の現状、委員の先生が感じられる課題等あれば共有していただきたい。

（座長）

県内では、9ヶ所に積極的医療機関を設置予定だが、現在運用が開始している7ヶ所の積極的医療機関の状況をまとめた資料もご覧いただき、ご意見を頂きたい。

（委員）

仕組みとしては良いスタートを切ったと思うが実績がない。背景には、事前に急変した患者が、MCS（ICTを活用したコミュニケーション）に登録されてなければいけないからではないか。主治医と連絡さえ取れば、MCSに情報を上げなくても看取りや、問題が生じることはないと思う。MCSに関するの条件を取り除き、主治医と連絡が取れたときはこの限りではないということにしていきたい。在宅医が一番困るのは、安定した経過を辿っていた患者が、主治医が不在の時に急変して亡くなった時。そのような症例は、当然MCSにあがらないため、この仕組みは使えないことになってしまう。

（座長）

MCSは1つのツールであるが、まずはコミュニケーションが大事。主治医と積極的医療機関の間に、緊急時にすぐに相談できるような信頼関係を作っていかなければ、依頼が来ないのではないかと考える。4月に積極的医療機関の説明会を行い、70名程の多職種に参加があった。主治医が不在で患者が急変した時に、訪問看護師や介護支援専門員から積極的医療機関に連絡できるよう様々な接点を作っていくことが大事。主治医間の連絡だけでは、連携として弱いと思う。医師も含め、チームとしてやっていく方が良いのではないかと考える。施設の看取り調査をしているが、そちらでもニーズが発生してくるだろう。積極的医療機関の役割や、制度の周知を繰り返していくことが必要。今はMCSを中心とした仕組みにしているが、とにかく一度連絡をいただく形で、この制度を活用してもらえそうな形になれば良いと思うがいかがか。

（委員）

訪問看護師がその日にどこに連絡を取れば良いか、公開されてない。まずはそれを決めなくてはならないと思う。当番表は積極的医療機関の中では、MCSで見ることが出来るが、公開

はしていない。施設での運用については、協力医療機関が嘱託医をしている施設から始めることになると思う。10月までに、公開する幅を広げて良いのではないかなと思う。

(野員)

段階を踏むことも施設の看取り対応も1つのステップだが、そこにMCSの条件が入ると使いにくい仕組みになってしまうと思う。機能強化型在宅療養支援診療所の枠組みで、助けることはすでにできている。MCSを使うのか、機能強化型在宅療養支援診療所の枠組みで行うか考えると、機能強化型の方が使いやすく、そちらを利用する流れになってしまう。積極的医療機関を広げるのであれば、主治医と連絡が取れたときは、MCSを利用する条件は取り除いていかなければならない。

(座長)

協力医療機関になっている委員はいかがか。

(委員)

初めて診る患者の看取りの対応としては、医師が一人で訪問し診断するより、いつも看ている訪問看護師に間に入ってもらえると対応しやすい。経験を積むことが必要。患者の簡単な病名や経過などの情報を共有できるシステムを作れると良い。

(委員)

日頃からよくコミュニケーション取っている訪問看護師から情報を得た上での対応についてもよくわかる。不安もあるが実績を積んでいけば良い。

(座長)

看取り時に全く知らない医師が突然現れることは、家族にとってもストレスだと思う。先ほどMCSに頼らない仕組みをという指摘があったが、MCSに頼らないのであれば、主治医から依頼された医師に、十分な情報が伝わっていなければならない。患者の家族に対して、不適切な対応を取ってしまうようなことが1度でもあると、依頼された医師自身も嫌な気持ちになる。可能な限り協力する医師や訪問看護と連携を取り、十分な情報を共有しなければ難しいと思うがいかがか。

(委員)

いつ急変するかわからない高齢者と接している。あらかじめ予測してMCSに上げておくことは大変である。現在担当している高齢者全員をMCSで共有することは、現実的ではない。主治医からの情報が一番大事だと思う中では、遠方にいても、主治医と連絡が取れることもあるため、主治医と相談し死亡診断や死亡時刻を確定するということが良いのではないかな。実行性がないシステムで終わってしまうことを危惧している。

(委員)

積極的医療機関が始まった経緯は、主治医が不在時に看取りがあった場合、主治医が困ってしまうということだった。主治医が遠方にいても、主治医と家族に連絡が取れ、看取りで良いという両者の思いが一致するのであれば、協力医が死亡診断したとしても問題にならないのではないかな。病院で救急当番医が看取っても問題ならないのと同じだと思う。初めて診る患者で、家族から「何でこのようになってしまったのか」と言われた時に困るが、その点は主治医から一報いただきたくことができれば、MCSがなくても良いと思う。ただしそのような体制にするにはステップが必要。

(座長)

主治医の事前説明や意思決定支援が重要だと思う。主治医が不在の時には、協力医がいる

と伝えるだけでも助かる。突然亡くなる患者に関しては、主治医が想定してない死因がある可能性もあるため、上手くコミュニケーションを取らないと難しいと思う。主治医と長期間連絡が取れない時は、積極的医療機関等に相談するという、日頃からのコミュニケーションを促すための仕組みとして、MCSという形を作ったが、連絡手段は何でも良いため、とにかく相談をしてくださいと窓口を広げていく仕組み作りが大事。訪問看護とも協力し主治医が長期不在する事が分かっており、亡くなりそうな患者がいたら、とりあえず積極的医療機関に一報をいただくといいという、仕組みが上手くいくと思うが訪問看護はいかがか。

(委員)

主治医が不在時は常に関わっている訪問看護師が、患者や家族の間に入り医師や家族に状況を伝える役割を担っていかなければならないと改めて感じた。

(座長)

主治医が不在時の対応や看取り以外の急変時対応、訪問看護師から等、様々な現場でのニーズがあるはず。引き続きWGの中でもフィードバックをお願いしたい。

### 議事(3) その他

(事務局)

資料の4ページと参考資料1、2をご覧ください。前回のWGで訪問診療を行っている医療機関のマップ等、わかりやすい資料があると良いという意見をいただいた。現在マップはないが、医療介護情報検索システムで、訪問診療を行っている医療機関の一覧を見ることが可能である。現在住民向けサイトで訪問診療や往診が可能な医療機関として登録されている医療機関が甲府市内で8件、関係者向けサイでは37件である。適宜ご活用いただきたい。また年1回、一斉調査を行っている。一般公開が可能かという欄があるので、可能であればチェックを入れていただきたい。

(座長)

何か意見はあるか。

(他委員より)

意見なし

閉会