

開催日時：令和元年7月26日(金)14:00～15:45

開催場所：大阪市役所 201 会議室

出席委員：中尾委員(座長)、市原委員、片岡委員、梶山委員、西山委員、濱田委員、宮田委員、横手委員

関係部署：高山課長代理、小川課長代理、吉田課長代理、広瀬課長

事務局：竹内医務監、撫井保健医療企画室長、松本保健主幹、勝矢医務副主幹

森在宅医療担当課長、畑担当係長、古川担当係長、黒岩係員

議事次第：

1 開 会

2 議 事

(1) 前回委員意見に対する考え方について

(2) 平成30年度 区役所・相談支援室の取組み状況について

(3) 令和元年度局の課題に対する取組みについて

(4) 退院支援にかかる多職種研修会(4ブロック)の開催について

3 その他

4 閉 会

議事

<開会あいさつ> 森在宅医療担当課長

議題(1) 前回委員意見に対する考え方について

・事務局より資料 に沿った説明を行った。

<中尾委員>

- ・只今の説明に関して何かご意見、ご質問等ございますか。
- ・特に無いようですので、この方針でよろしくお願いたします。

議題(2) 平成30年度 区役所・相談支援室の取組み状況について

・事務局より資料 に沿った説明を行った。

<中尾委員>

- ・只今の説明に関して何かご意見、ご質問等ございますか。

<梶山委員>

・7ページの個別ケース相談について、その他の項目が318件とかなり多いですが、内訳やカテゴリー別の傾向等は出ておりますか。

<古川担当係長>

・コーディネーターより毎月報告をいただいておりますが、集計用紙のところで“その他”として計上しておりますので、現時点ではどのような傾向が見られるかまでは把握できておりません。申し訳ございません。

<中尾委員>

・何かこういったものがあるという可能性でもよろしいので、お答えいただけますか。

<竹内医務監>

・調べてまいります。（古川担当係長により回答）

<濱田委員>

・“ 1 区役所における取組みについて ”(イ)在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討について、介護施設等代表と訪問介護事業者連絡会が少ないですが、昨年より増加しているのは良い事かと思えます。しかし、この会議の名称が“ 在宅医療・介護連携推進会議 ”となっているように、これらの数をもっと増やす努力をしたほうがいいかなと思えます。何故少ないか理由はあるかと思えます。介護事業所が組織的に上手くできていないところもあるかもしれないですが、そのあたりも働きかけをしながら増やしていくべきかと思えます。

<中尾委員>

・どこの施設を代表に選んだらいいのかわからなく、そのまま止まってしまっているのではないのでしょうか。

<梶山委員>

・平成 30 年度の取組みということで、1 ページ下“ 健康局を中心に検討 ”の項目で二次医療圏では完結しないので隣接する市町村と広域連携が必要な事項について検討とあります。すでに検討されて何かしらのアクションはあったかと思えますが、大阪市の近隣市町村といっても南北に東と様々なので、具体的にどういった必要事項が出たのか教えてください。

<撫井保健医療企画室長>

・後にも報告させていただきますが、関係市町村との連携については、区単独で推進事業を進めております。まずは市内 4 つの基本保健医療圏での連携から進めていきたいと思っておりますので後ほど説明させていただきます。

<古川担当係長>

・先ほどの件につきまして、報告いただいている相談シートには、費用に関するところが見受けられます。恐らく医療に関することだと推測しますが、その他にも重複で計上されている可能性はあるかもしれません。

<中尾委員>

・(ア)(イ)(カ)(キ)事業に関して住之江区と浪速区から何かご意見等ございますか。

<高山課長代理>

・浪速区について、調べるべき箇所はいくつかございますが、多職種研修会や ICT を活用した多職種連携を進めております。それによってどういった効果をもたらしたのかは、関係者に集まっていただきこれから分析していきたいと思えます。分析したうえでより一層連携を図り、どこに対してアプローチしていくべきか考えていきたいと思えます。

<小川課長代理>

・住之江区では昨年より市民と専門職を対象に看取りについての講演会を開催しました。一部の委員を集めコア会議をしましたが、市民向けの講演会と専門職向けの講演会では、やはりアプローチの仕方が異なります。市民向けの講演会では専門職が物足りなく感じ、専門職向けでは市民に興味をもってもらえないため、それぞれ別々に開催しないと無理があるのではないかという意見が出てきております。ただ年間に何度も講演会をしたり、講師を招いたり人を集めるというのは、中々大変なので開催方法については検討していくべきということが今年度の課題です。

<中尾委員>

・実施したものについての評価をどのようにして次につなげるか、PDCA サイクルの部分で積極的に取り組んでいるとのことです。

<横手委員>

・在宅での看取りが減っているとお話がありましたが、取組み状況の表を見ても主治医・副主治医制の導入・推進

に関してバラつきがあります。これを大阪市として積極的に進めていくのか、今後どのようにしていくのかお聞きしたいと思います。というのも開業医の先生も高齢化しており、往診を辞めたり廃業になったクリニックも出てきております。やはり主治医一人ではかなり負担が大きいのではと現場では感じております。きちんとした体制がなければ、利用者や家族は安心して看取ることができないと思います。大阪市が医師会とどうタイアップして主治医・副主治医制を進めようとしているのか、ご意見を聞きたいと思います。

<撫井保健医療企画室長>

・以前も主治医・副主治医制についてはお話ししたかと思いますが、簡単にできるものではないと思っております。個人的な意見になってしまうかと思いますが、大阪市として進めているかという点、今は各区の状況で進められるところは進めて難しい区は他の取組みを考えていく必要があるのかと思います。対して医師会も個人的に主治医・副主治医制を取っているところもあれば、医師会が軸となって体制を取っているところもあると聞いておりますので、区の中でどのような形が望ましいか考えていただくのが一番かなと思います。やみくもに24区全てで進めてくださいといった形は取っておりません。

<横手委員>

・表にこういった形で出ておれば、当然区として取組む項目だと思いますが。

<撫井保健医療企画室長>

・この項目については、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制ということで国が例示としてあげてこられた項目の3つを示しております。他と比べると主治医・副主治医制については進みが悪いのは事実ですが、やってくださいと言っただけで簡単に進むものではないと考えております。

<横手委員>

・確かに地域特性もありますし一律に進めていくのは難しいかと思いますが、しかし、これを国が必要な項目の中に入れているということは、やはりそれが必要だからだと思います。そこは市として医師会へ協力を仰ぐなど、在宅看取りでは医者がないと絶対できないので、本気で大阪市として考えているのであれば医師会とどうタイアップするかは重要な視点かと思います。

<濱田委員>

・医者の立場から発言いたしますが、この制度はなかなか難しいです。実際、主と副をどちらが担当するのかという問題が出てきますので、やはりグループ診療という形になっていくのではないかと個人的に思っております。おっしゃることは非常に大事かと思いますが、焦ってしまえば潰れてしまいますので、医師の高齢化のなかでグループ診療を推進したりなどを地域の中でやっていくべきかと思います。浪速区は病院と地域連携がAケアカードで上手くいっている区ですので、そういった事例を示していただければいいかと思いました。

<中尾委員>

・医師会としては在宅療養支援診療所連携型を増やしていくことを区の医師会では考えております。その方々がグループ診療をとるのか主治医・副主治医制をとるのかはコーディネーターの考え方によると思います。全ての26地区医師会にそういった施策をやっていただくかについては、こうあるべきというのはなく現状各区に任せております。大阪府が進めている在宅医療総合推進事業でできるだけ在宅療養支援診療所、特に機能強化型に在宅看取りを見据えた部分を取り組んでいます。大阪府はその部分は地区医師会にお任せするより、医療機関にそういった体制を取りたいというふうな地区医師会が積極的に働きかけています。基本的には長崎のインターネットの部分を国では考えているかと思いますが、どちらかという点訪問看護ステーションとのタイアップのほうがよくでき上がっているかと思いません。

<片岡委員>

・医師会にお伺いしたいのですが、地区でグループ診療やグループ連携をとおっしゃっていましたが、具体的にはどういった取り組み内容で関わっていますか。

<中尾委員>

・基本的には連携型の在宅療養支援診療所を積極的に作っていくような部分で会員の先生に複数集まっていたら、

病院が一つ入っていただいて作り上げていただいています。

<片岡委員>

・機能強化型は連携しないといけないのはありますが、その形をとっているという事でしょうか。

<中尾委員>

・その形をとっていると思っていただけたらと思います。しかし上手くいっていない区もあります。やはり看取り件数にかなり縛りが出ましたので、それで脱落していく場合もあります。

<片岡委員>

・それはグループや連携の機能強化には付随するものですが、実際には現場で患者の情報を共有する際に ICT など導入されているかと思いますが、卓上では情報共有できても実際に医者が連携の活動をできているのか、いつもどのようにされているのかと考えております。

<中尾委員>

・私が把握している医師会では基本的に症例検討会のような会議を開いております。あと緊急で24時間対応しておりますので、電話相談の窓口をどこに置くのか、病院が相談窓口を一括で受けています。その人件費をどうするのかと言われれば、そのグループを構成している診療所が月々いくらか出しながら運営しております。そういった形でやっているところが体制的には一番長続きしています。長続きしないのは一人の先生の負担が大きい場合です。

<片岡委員>

・東成区でも随分前にやっていたみたいですが、あまり上手くいかなかったようです。お金を実際に動かすのが現実的な方法なのかも知れないですね。

<中尾委員>

・資料の3ページ下部、事業評価の項目となる8,9,10ですが、先ほど区のほうからもありましたが、やはりこれらはなかなか難しいと思います。言うのは簡単ですが、どうすればいいのかが分かりづらいために進んでいないのだと思います。局としてこの部分を区役所に対して目標設定と評価、進捗管理の具体的な設定など、以前私が“前回委員の意見に対する考え方について”で触れたように担当者が変わってしまうとの部分もありましたが、これが24区に浸透できるようどのように考えているのかお聞かせください。

<古川担当係長>

・担当職員の交代等につきましては、次の“局の課題に対する取組みについて”でも少し触れているので、まずは説明をさせていただきます。

議題(3)令和元年度局の課題に対する取組みについて

議題(4)退院支援にかかる多職種研修会(4ブロック)の開催について

・事務局より資料に沿った説明を行った。

<中尾委員>

・課題ごとにしましょうか。局の課題1“区役所・コーディネーターのスキルアップと連携”について何かご意見、ご質問等ございますか。

<濱田委員>

・大阪府では主治医意見書の予診票にかかる推進会議を行おうとしております。私から主治医意見書を書きやすいような何とかできないかといった意見を前回出しましたが、それが進んできているのではないかと思います。あまり難しいことを考えなくて結構ですので、主治医意見書を書いている時に思うのですが、私の提案としては“介護手帳”を作って、その人の大きな病歴と現状、どういった介護サービスが必要なのかといったことを書いた手帳があればいいかと思います。介護手帳を発行することで概ねのことが分かり、後の詳しいことは主治医が意見書を書く、あるいはケアマネが担う。誰にやってもらうかが問題ですが、医者は難しいのでケアマネが担当している人の簡単な情報を書き、介護を進めて連携できればいいかなと思いました。なにも介護手帳にはこだわりませんが、病歴などをもとに

連携すれば、よりスムーズになるかと思いました。

<中尾委員>

- ・医師会では主治医意見書を書く人のために、ある程度意見書の項目どおりにある程度の情報収集ができるようなツールを作っているところもあります。それを活用してよりよいものにしていけたらと思っています。
- ・認知症関係で弘済院と手帳のようなものを作っていましたよね。

<濱田委員>

- ・「介護予防 ポイント手帳」というものがありますよね。介護予防でボランティアがポイントを貯めるといったものです。私が言っているのはそこまでのものではなく、もっと簡単なものでいいかと思いますが。

<吉田課長代理>

- ・介護予防は在宅サービス事業グループで担当しております。おっしゃるとおりそういった手帳はございます。ご本人がどういった介護サービスを受けられているかといったことを、手帳にまとめるのがいいというご意見ですね。

<濱田委員>

- ・その人がどんなサービスが必要かというところです。必要なサービスがどれか、簡単に書いてある手帳ができれば、医療と介護を連携するうえで必要なと思った次第です。

<吉田課長代理>

- ・ご本人に書いていただくのでしょうか。

<濱田委員>

- ・自分で書けない人が多いので、ケアマネに書いていただきます。

<吉田課長代理>

- ・ケアマネの仕事は増えますよね。

<濱田委員>

- ・もちろん増えます。

<吉田課長代理>

- ・なかなかケアプランを作るのが大変というところに、更にご本人の状態を書いていただくのはできるかどうか。

<濱田委員>

- ・それは申し訳ないですが、主客転倒していますよ。この会議は何のためにあるのか。介護が必要な人のために医療との連携をする会議です。ケアマネがそれに努力するのはケアマネの仕事です。

<中尾委員>

- ・ケアプラン作成のところでアセスメントを作るので、きちりと主治医に渡していただければ更新申請等で書きやすいのかなと思います。そこに力を入れるのか、新たなものを作るのかは話が別だと思います。

<濱田委員>

- ・新しいことをする必要はないと思います。実際アセスメントも見ておりますから。看護師はご存知かと思いますが、看護師が患者を診たときに何が 필요한のか、看護プランを立てるのに10項目くらい書くものがあります、その程度のプランでいいのでそういったものを工夫して作ることにより前に進まないかなと思ったので発言しました。ものすごく詳しいものを作れと言っているわけではありません。

<横手委員>

- ・私もお話を聞いていてそういうものがあれば、経過も分かるしいいかなと思いました。ただ何をどうするかです。新しいものを作るのは不可能ですし、今でも膨大な書類と仕事が終わってもずっと支援経過を書いているような状況

で、利用者の状態もどんどん変わっていきますし、そういったものを残すと非常に負担が大きくなります。先ほど先生が言われたとおりアセスメント表を渡して、それを参考にすればコピーして渡すだけになるのかなと思います。ただアセスメント票が見やすいところもあれば分かりにくいところもあるなど事業所によって様々です。それをそのまま使ってもいいのであれば負担は少し増えるかもしれませんが、あればいいかなという理想とこれ以上負担を増やしたくないという気持ちと両方あります。

<中尾委員>

・基本的に生活面で支えているのは介護職なので、どのように医療的な問題に取組み見通しまでいってあげるかという部分もしっかりやっておかないといけません。この在宅医療・介護連携推進会議では医療職が多いのでその視点が欠けることもあるので、そこは注意しながらやっていきたいと思います。
・局の課題については、何かご意見、ご質問等ございますか。

<片岡委員>

・課題1に対する取組みの について、昨年に報告会を実施していましたが、各区それぞれの取組みがあり真新しいものや継続してされているものがありました。医療と介護の連携推進会議なので、医療と介護の話が大部分を占めますが、現場では医療と介護だけでは足りないものがたくさんあります。医療介護コーディネーターに関わるアンケートの内容に関しても医療と介護のことだけが出てきますが、果たしてそれだけで今後、どんどん担い手が減っていくなかで、先ほどの手帳の話もそうですが、その二本立てだけで現場が支えられるかどうか疑問に思います。今度29年度に設置された13区から報告がありますが、もちろん医療と介護が中心で、それに付随する生活を支援する基盤にはなくてはならないものがあるかと思えます。それらを活動報告のなかに入れていただければ、より現実的で分かりやすい報告になるかと思えます。趣旨が医療と介護の連携推進からはそれになってしまうかもしれないですが、今から業務を拡大するのはナンセンスなので、日々現場では努力の積み重ねでやっている面もありますし、もっと業務を簡素化し書類を少なくし、人が動きやすいかたちにして、医療と介護が全面的に担うかたちを少し変えていかなければならないと思います。前回の推進会議で、入院した方の余命が少なく財産の相続の話をしたかったのに、それを上手くサポートできていない在宅チームがあり、社会資源を活用して推進するべきという意見がありました。医療と介護の現場からしてみれば、余命が少ないから社会資源を紹介しなければならぬと思えますが、そこを本当にやるべきなのか疑問に思います。それは一般市民が余命関係なく、個人が自分のことだとしてしっかり捉えて生活すべきだと思います。医療と介護ばかりが力を尽くしても現場は上手くないので、できれば市民啓発というのをもう少し推進しないといけないと思います。

<中尾委員>

・ありがとうございます。その部分も踏まえた区役所の業務もちょっと入れながら、今のご意見等を踏まえて研修会に入っていただくということをお願いいたします。
・2ページ目の参加者アンケートで役に立たない14%というのはどういうことでしょうか。

<森在宅医療担当課長>

・この人数ですと1名だったと思います。アンケート結果によると新任の事務職の担当者が役に立たないとしておりましたが、理解できたと書いておりました。理由までは把握しておりません。

<濱田委員>

・理解できなかった人も1名いますね。

<撫井保健医療企画室長>

・また別の人かと思われます。役に立たないとしていた人は、理解できたと書いております。既に理解していたというふうに解釈しています。

<中尾委員>

・では局の課題2“行政区域を超える広域連携の課題整理と仕組みづくり”について何かご意見、ご質問等ございますか。

<梶山委員>

・市内病院の連携の窓口というのは、私の感覚で申し訳ないのですが、地域連携室というのが病院の中にきちんと位置づけられてきていますが、この場合の医療・介護関係者に対しての情報提供としては連携窓口になるのか、もしない場合でも退院支援ナースというのを置いていると思います。それも含めるとお互いが行き来すれば顔の見える関係にはなるかと思いますが、介護の方はわりとアウトリーチした活動は得意ですよね。病院の施設にいる看護師はなかなか地域に出ていくことが十分ではないので、色々な研修をしていただいているなかで、連携の窓口としての人たちがその地域の研修にどのくらい参加されているのか、この連携について抑えるべき点かと思いますが、そのあたりをお聞かせいただけたらと思います。

<撫井保健医療企画室長>

・この退院支援にかかる研修会については入退院支援をターゲットに絞って、そこに関わる人たちを中心とした研修会ということで、まずはその観点からやっていこうと進めております。

<梶山委員>

・4ページの病院の連携窓口一覧様式のところで窓口といっても一つくらいかと思いきや、入院、外来通院中の窓口など細かく設定されていますが、普通こういった感じで分かれているものなののでしょうか。地域連携室の中でも分かれているということでしょうか。

<古川担当係長>

・各区のコーディネーターからこういった情報収集をすればいいのか、各ブロックから1名ワーキングメンバーがいて、こういった情報をとるのか方針について検討しました。できあがったものを見ていると外来通院中、入院時、入院～退院前といった感じで時期によって連携の窓口が同じところもあれば、段階ごとに異なっている場合があるので、この一覧表を作成することでケアマネが一目でわかるような形にできたのではないかと思います。

<濱田委員>

・病院の立場からです。最近病院は患者を退院後にどうしてあげるのか、老人保健施設へ行くのか在宅治療をするのか、他の病院へ行くのかりハビリするのか退院後の場所探しに苦労しております。一方で入院前は救急で来るのはいいですが、全部専門分野になっていますので、この患者を受け付けられるかやはり専門的なところでないと受け付けられないとのことで、窓口の分化が非常に多いみたいです。困りますよね。社会情勢と連動していますので、難しいかなと思います。

<中尾委員>

・これは質問というより要望です。退院前カンファレンスに退院調整看護師がつきますが、その時に多職種でといった退院前カンファレンスが地域に帰ってという部分だと思います。口腔的なことだと歯科医師だと思いますし、薬のことなら薬剤師、訪問看護師、栄養士とそれぞれ分野で出てきますが、生活面で支援するときはやはりケアマネがきっちりした訪問介護や通所療養サービスをいれていくと思いますが、そのあたりの部分が見えてこないと思います。退院調整看護師と病棟主治医とかかりつけ医だけで調整しているような部分が見えてきていますので、多職種が本当に関わっていて、退院前カンファレンスからずっと繋がっていくよう、コーディネートするのは誰なのかまできちっとしなければならぬと思います。生活面はケアマネがすると思いますが、医療面についてはかかりつけ医がするのか、訪問看護師がするのかはケースによって異なるかと思いますが、そのあたりを踏まえた退院前カンファレンスをやっていくべきです。

<宮田委員>

・病院薬剤師は在宅に興味がないということが気になっております。こういった事業や退院支援に関わる職種として、薬剤師も積極的に入れるような形を作っていただくと、薬に関する情報提供もできます。入院時は薬局薬剤師、退院時は病院薬剤師がしっかり連携をとっていけるような、病院薬剤師がもう少し興味を持つような働きかけをしていただけたらと思います。

<市原委員>

・歯科医師会の方では病院歯科医会と連携し、また各地区の歯科医師会とも講師会や意見交換会を含めてスムーズに進んでいるかと思いますが。

<中尾委員>

- ・積極的にここの職種を関与させるような退院調整に持って行っていただければいいかと思います。
- ・では局の課題3“評価指標の検討”について何かご意見、ご質問等ございますか。

<宮田委員>

・7 ページ9)在宅医療サービスの実績について、訪問薬剤指導の実施回数が(?)となっており、医療のほうに打ってありますが、訪問薬剤指導は殆ど介護の居宅療養になります。このあたりの実績回数を見ていかないとなかなか結びつかないと思います。あと在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数ですが、届出数につきましては殆どの薬局がしております。こちらについてもこれだけでは判断できないかと思います。

<撫井保健医療企画室長>

- ・調剤加算の方が実績としては多いということですよ。

<宮田委員>

- ・そうですね。

<横手委員>

・取組み内容に住民の幸せ度とありますが、幸せ度の計り方というのがよく分かりません。これは満足度で をされているのかもしれませんが、これは看取りをすることを指しているのでしょうか。

<撫井保健医療企画室長>

・誰も在宅が幸せということにはならないと思います。本人が望む場所で最期ということですが、この生活満足度と書いているところは非常に主観的な書き方をせざるを得ないと思います。最終的には医療介護者の在宅療養数一つのアウトカム指標になるかと思います。

<横手委員>

・幸せ度とは色々な場面にあるかと思いますが、そこがなぜこういった形の評価になったのか気になったので聞いてみました。

<撫井保健医療企画室長>

・評価というのは一つの指標にしか過ぎないので、これですべてを測れるとは思っておりません。しかし、何も表すものがないとPDCAを回すのは難しいので、何かしらとっかかりがあり、それで検討していくというものに使っていただければと思います。やはり評価するのは指標と現場で感じている課題などが必要になってくると思いますが、何もなければ何が課題かというのも難しいので、例えば在宅療養診療所の数を見てここは少ないなどのところから入っていただければいいかなといった趣旨で指標を示しております。

<中尾委員>

- ・データとしては高齢者実態調査の部分で吸上げてくるということですよ。

<吉田課長代理>

・高齢福祉課のほうで高齢者実態調査を実施しておりますが、生活満足度のところで設問項目としては、現在の健康状態はいかがですかといった問で、良いから良くないまで5段階でお答えいただく形にしております。また生活満足度に関しても満足から満足でないまで4段階で設定しております。幸せ度に関しては、国の方で定められた調査票を用いて介護予防・日常生活圏域二重調査を行う予定です。まだ調査票が完成していないとのことで、国からは示されておりませんが、高齢者の第7期計画が策定された時の調査票からは大きく変わらないとのことです。その設問項目のなかで幸せ度について10段階で回答していただくかたちです。

<梶山委員>

・在宅医療・介護連携推進事業における指標の場所別死亡数について、様々なところで亡くなっていく人が増えてそこにはサ高住が位置づけされてくるのお話がありましたが、本当の姿は見えにくいかなと思います。サ高住等を含むことで在宅のなかの看取りが増えたといっているのかです。

<横手委員>

・位置付けは在宅なので在宅での看取りになるかと思います。

<西山委員>

・はじめてこの会議へ出席し私自身分からなかったところを勉強させていただきました。ちょっと難しいなと思いましたが、健康局の事業評価指標のところを首を傾げていたのが、検討するのは課題でありながら今年度についても検討することができる場所で留まっているのはそれでいいのかなと思いましたが、それは行政の対応の仕方かと思いましたが何も言わなかったことにします。今後は私も勉強させていただきながら発言させていただきたいと思しますので、よろしくお願いいたします。

<中尾委員>

・本日の議事はこれで以上になります。ありがとうございました。

<閉会>