

開催日時：令和2年3月6日（金）14:00～16:00

開催場所：大阪市こころの健康センター 会議室

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

関係部署：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) 令和元年度上半期 区役所・相談支援室の取組み状況について

(3) 令和元年度 大阪市高齢者実態調査結果について

(4) 令和2年度 事業の課題に対する取組みについて

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①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。
- ・来年度に向けて検討をよろしく願いいたします。

●議題（2）令和元年度上半期 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②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。

<藤井委員>

・6 ページについて、平成 30 年度 個別ケース相談のグラフは最大値が 600、令和元年度上半期は半分の 300 ですが、ケース相談数は同じペースで増加しているのでしょうか。事業を通してこの数は増やしたいという意向なのか、同じくらいのケースで連携が続けられればいいのか、この件数を見て取組みがどういったふうに評価されるのかお聞かせください。

<古川担当係長>

・ありがとうございます。病院の地域連携室からの相談内容を見ていると、退院されるにあたりどういったサービスに繋ぐのかあたりが多いのかと思われ。相談件数自体も多く頂いておりますので、ここについては増やすという

より、このくらいのペースでご相談を頂けたらと思っております。相談件数が少ないところに関しては、相談支援室の周知を引き続き実施する必要があると捉えております。

<藤井委員>

・この経過を踏まえてここの連携は強化していきたいなどございますか。

<古川担当係長>

・歯科と薬局・薬剤師については、件数が少ないと思います。在宅で見るにあたり歯科医師や薬剤師の果たす役割が大きく、多職種連携という視点で見ると少し寂しい数字になっているようなので、力を入れて周知して違うケースにも入っていけるような取組みに繋げていければと考えております。

<中尾委員>

・歯科は地域ケアステーションを独自に持っていますので、そちらへ相談が流れている可能性はあります。

<市原委員>

・地域ケアステーションの立ち上げから関わっておりますが、実際相談の問合せはありましたが、そう多くはありませんでした。

<中尾委員>

・それではこの相談窓口について、歯科に関してももう少ししっかり周知する必要があるということですね。

<濱田委員>

・2 ページ (イ) の部分ですが、前回は指摘したかと思いますが、介護施設等代表、民生委員の参加が少ないです。民生委員については4倍増なので良いかもしれませんが、この会議名称が“在宅医療・介護連携推進会議”である以上、福祉局がどのくらい協力しているのかお教えてください。

<吉田課長代理>

・福祉局の推進会議への協力ということで、所管が別部署になっており今すぐお答えすることができませんが、それぞれの区でどういったメンバー構成で会議を開催されているのかということもあります。ご指摘頂いているように、地域包括支援センターを含め介護に関わる方が、この会議に出席するのは大切なことだと思いますので、健康局と調整させて頂き、会議に出席できていないのであればメンバーに入れていただくなり、出席していただくように、促してまいりたいと思います。

<中尾委員>

・東住吉区などは介護施設の部会を独自に立ち上げています。そこで議論はしても推進会議には出席しないなど、下部組織のようなことになっている区もあれば、別枠になっているところもあります。区の特性を調べたうえで、濱田委員の質問に答えて頂き、健康局と福祉局が連携をとっていく方向性でお願いいたします。

<西田委員>

・この在宅医療・介護連携推進事業が地域福祉推進プランに位置付けられている区もあるかと思われます。住吉区の地域福祉推進プランの中では協議されています。介護関係になると介護施設連絡会のようなものがあり、地域福祉専門部会に参画している委員の先生がおられます。在宅医療・介護連携が区の施策としてどこに位置づけられており、地域福祉推進プランでどこまで進められているのか、区の現状を見る際の指標になるかと思います。現状どうなのでしょう。

<中尾委員>

・恐らくその担当の方は本日参加しておられないかと思われませんが、如何でしょうか。

<森在宅医療担当課長>

・各区において、地域福祉推進プランでどこまで進められているかについては把握できておりませんが、各区で運営方針を定めており、在宅医療・介護連携については約半数が挙げております。

<市原委員>

・地域ケアステーションについての補足説明です。各区での温度差は当然ございます。それぞれの歯科医師会でパンフレットやリーフレットを作成して配布するなど、ステーションの紹介を行っております。また様々な会議へ出席しパンフレットを配付するなど地道に周知を続けております。相談件数の少ない区もあれば、相談の多い区もございません。

<梶山委員>

・現在それぞれで指標を作って各区の状況を掲載して頂いておりますが、説明をお聞きすると未着手でも別の形で頑張っているなど、一律にこの指標だけで表現するとその部分が表では見えづらいと思われました。区の特徴や頑張りについて、分かるような形の表現を今後検討して頂きたいです。

<森在宅医療担当課長>

・ご意見ありがとうございます。確かに区の頑張りがこの数字だけでは見えない部分が多いと思います。調査の仕方を含め検討させていただきます。

<中尾委員>

・国のほうが在宅医療に関して主治医・副主治医制やグループ診療を提案しておりますが、【参考資料】令和元年度（上半期）在宅医療・介護連携推進事業 取組み状況（概要）の（ウ）について、“主治医・副主治医制の導入・推進に向けた取組”の項目は殆ど“1：H30年度以前に実施している”か“4：現時点では未着手”の回答ですが、この“4：現時点では未着手”はどういった理由で未着手なのかお聞かせください。こういった点に大阪市からの支援があれば取組むというような意見があるのでしょうか。一度直接的に聞いて頂きますようお願いいたします。

<森在宅医療担当課長>

・確認できる範囲で聞いておきます。

<中尾委員>

・もう一点確認なのですが、【参考資料】令和元年度（上半期）在宅医療・介護連携推進事業 取組み状況（概要）の（ウ）の平野区に関して、殆どの事業が未実施なのですが、こういった状況なのでしょうか。

<撫井保健医療企画室長>

・直接具体的にお聞きしてないのですが、この区についてはなかなか進んでいない状況と認識しております。

<中尾委員>

・訪問看護ステーションとの連携など他の区は比較的实施しておりますが、基本的に平野区については未実施の“4”が多い気がするのですが。

<片岡委員>

・申し上げにくいことはあるかと思いますが、先ほど中尾委員のおっしゃった訪問看護ステーションとの連携については、なかなか上手くいかないということを訪問看護ステーション協会でも聞いております。この理由については分かりません。多くが個別には活躍されているかと思われませんが、恐らく医介連携としては活動できていない数字なのかと思われまます。私はこの数字を見て、決して平野区ができていないという評価にはならないかなと思います。

<古川担当係長>

・追加です。資料の表ではこういった表現になっておりますが、区の医介連携会議を使いながら、医療職と介護職で連携が取れていないのはどこかといったことを話しながらエチケット集等を作り周知したり、この（ウ）についての取組みは区で取組んでいる状況は把握しております。

<片岡委員>

・表の数字からは読みとりにくいですが、区役所の医療と福祉の連携が取りにくいという話を平野区からお聞きしたことがあります。それでも平野区という広い範囲の中で、うまく活躍されているところが非常に多いのも現状です。

この医介の項目の中だけで推進していくことが今後、次年度に向けてもこの項目だけを推進するのが本当にいいのか、どこかで一度評価すべきだと思います。先ほど藤井委員からお話がありました、相談件数についても、例えば⑫区民の数も令和元年度については300件を超えるかなという予測はできますが、この医療と介護の推進を例年続けて区民から約300件の問い合わせが来るということは、1区につき約15件かと思います。その数字をどう評価していくのかということも今後検討していくべきだと思います。それは医療や介護に関係する職種だけがコーディネートして連携していくわけではなく、ここに区民が入っていないといけないと思います。そのあたりの検討をした方がいいかと思います。

<森在宅医療担当課長>

・ご意見ありがとうございます。相談支援室の業務は、基本的に医療と介護の関係者からの相談窓口ということで委託をしております。区民については実情に応じてという形になってきますので、評価となると外れるのかなと思います。区民が飛び込みで来られたりする場合があるようで、そういった数字でするので寧ろ多いのではないかと思います。

<片岡委員>

・医療と介護の関係職連携ですが、この事業がどこを目指していくのかがとても大切で、医療と介護・福祉に関するものだけで連携することが、最終的にどんな効果を生むか把握できているかということ、地域住民は入っていませんが、地域住民をしっかり自律させないと、最終的な目標には到達しないと思います。例えば各区として独自にこういったことを進めたいという意見が、コーディネーターの会議の中で出てきているのか、決められた内容だけの研修会をしているのではなく、そういった意見が各区で出てきていないのでしょうか。

<森在宅医療担当課長>

・今のところそういった意見は出てきておりませんので、今後検討させていただきます。

<中尾委員>

・区役所が相談窓口となってある程度受け止めているということもあるので、相談窓口で区役所から情報提供するのもいいかと思います。おっしゃる通り相談窓口の対象が医療と介護の専門職及び団体なので、そこに区民が入ると評価が変わってくると思います。

・人生の最終段階に向けてのACPという部分が在宅医療・介護では必要なのではと思いますが、これを看取りに関するもので括られると非常に少なくなると思います。やはり人生の最終段階に向けてある程度のステージごとでこういった議論や話し合いをすればいいのか、それが医療職、介護職及び家族がという部分を拾えるような感じにして頂ければと思います。看取りとなると終末期の話になりますので。

・これから2025年、2040年に向けて認知症は避けて通れないと思いますので、認知症に関することをどう拾い上げていくのかということもご検討よろしく願いいたします。

●議題(3) 令和元年度 大阪市高齢者実態調査結果について

・事務局より資料③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。

<横手委員>

・データを見て頂ければ分かるかと思いますが、地域によっても異なりますが、男性の独居の利用者が非常に多いです。大きな問題を抱えている利用者が多いです。そういった人たちに寄り添おうと思うと、時間が足りなくなります。時間が足らないと記録に追われます。記録さえ揃っていれば実施度は問題ありませんが、いいケアをしているかどうか寄り添っているかどうか、行政から見れば記録しか判断できないというのもよく分かりますが、本当に疲弊してしまってケアマネジャーを辞めてしまう人も出てきております。きちんとやってもらいたいから様々な書類が増えていくのも分かりますが、こういう現状をどうすればいいのかというケアマネジャーの悲鳴のようなものが聞こえてきます。大阪市の実態調査を踏まえた上で、市町村としてどうするのかということも前向きに考えていただければと思います。ヘルパーは加算がついて給料は上がっていきますが、ケアマネジャーは加算が取れても仕事に見合っているかどうか、それならヘルパーの方がいいといった声も聞こえてきます。お金にまつわる感想は言いづらいですが、正直な気持ちとして非常に負担が大きくなっているという現状があります。アンケート調査では出てこない、そういった

現状や実態を知りたいと大阪市として思っているのであれば、アンケートの取り方を考えて頂ければと思います。

<梶山委員>

・高齢者実態調査結果のなかでケアマネジャーに聞いた回答という認識をしたうえで、例えばスライド番号14の連携で困ったときに相談できる窓口について54.6%のケアマネジャーが困っているという現状です。先ほど在宅医療・介護連携に関するコーディネーターの活動についてご報告があったところで、まだまだこの部分が認識されていないということで、この数字はどのように捉えればよろしいでしょうか。

<勝矢医務副主幹>

・スライド10で相談支援室の認知度についてケアマネジャーにも質問しておりますが、相談支援室を知っており更に利用した方が3分の1程度、知っているが利用したことがないという方が4割強、知らないが今後相談したい方が2割ということで、利用したことがない方や知らなかったが利用してみたいという方が結構おられますので、こういったところが利用できるようなかたちで、今後普及啓発できればと思います。

<梶山委員>

・ありがとうございます。やはりこのあたりのデータを考えるとまだまだ認知度が低く、利用のしにくさがあるという事も考えるべきだと感じました。

<中尾委員>

・医療施設調査は平成29年でしたが、この実態調査は31年ということで少し変わってきているかもしれません。ケアマネジャーにとって少し敷居の高い相談窓口かもしれませんので、なんとかしていかないといけないかと思います。

<濱田委員>

・少しは認知度が広がってきたのかと思われそうですが、やはり言葉が難しいです。私は老健施設で主に働いておりますが、ご高齢の方へ説明するときは中学生や小学生に話をするようにしなさいと、指導しております。話しているほうは説明した気でも、聞いているほうは殆ど分かっていないということがあります。そのあたりを注意して、分かりやすく説明することが大事だと思います。横手委員からもお話がありましたが、記録の量が多すぎるとどこかで手を抜くということも考えられます。例えば、病院は薬を多く処方しますが、老健だと少なく簡素です。なにかしらの簡素化・工夫が今後必要なのかなと思いました。

・このデータは非常に素晴らしいと思いますので、これらのデータからこの委員会としての今年度の意見をまとめてみてはいかがでしょうか。市民とのコンタクトをできるだけ持てるような形に委員会の意見をまとめて市長や担当者に、福祉局と健康局の連携をとるべき等含めて提案してみてもはいかがでしょうか。

<中尾委員>

・文書の簡素化について、行政の届け出については簡素化するよう国は動いているようです。ケアマネジメントの文書に関してはまだ簡素化できていないようですので、そのあたりはケアマネ協会の方から働きかけて頂ければと思います。

<藤井委員>

・スライド11に関して、先ほど横手委員と濱田委員よりお話がありましたが、本人の理解・意思決定や家族の理解・意思決定など、このあたりの対応に苦勞して在宅を続けていくのが難しくなってくるといった感覚を、私も病院の現場で働いて全く同じ印象を受けます。如何に分かりやすく今の制度やこれから使っていきたい制度、困っていることに対してどういったものがあるか、分かりやすく示せる資料づくりに追われる時間が多いです。きっとそれも記録の一部になっていると思いますので、高齢者や困りごとのある人がよく使う制度のわかりやすい資料を行政で作って、準備していくのもサポートになると思います。実際続けていくのが難しくなってくる家族の経済力・介護力などが挙がっておりますが、これも日々仕事をしているなかで全く同じだと思っております。例えば色々な介護サービスを使いたいがお金がない、金銭的に困窮しているだけでなく、金銭管理ができないということで安心サポートや生活困窮者自立支援事業の家計管理など、医療・介護連携だけでなく医療・福祉連携をもつてしないと、在宅生活が整っていないという現状があるといった実態を証明しているデータだと思います。今後在宅医療が長く続くことを支援するときに、福祉サービスや福祉資源との連携がどう図られていくのか、なかなか福祉の資源も数が限られており、しんどい部分はあるかと思いますが、そのあたりも合わせて解決していければいい方向に行く可能性があると思います。

またご検討頂けますとありがたいです。

<勝矢医務副主幹>

- ・藤井委員に頂いた意見をもとに検討させていただきます。

<中尾委員>

・行政も縦割りなので、こういった複合的な課題に対して話し出すとなかなか難しいですよ。専門分科会のほうでもこの意見を取り入れてもらえるようしましょうか。

<吉田課長代理>

・ご意見頂いているように市民がお困りの時に福祉サービスや福祉サービス以外の、例えば医療をどんな形で受けられるのかということ、どれだけ分かりやすく伝えるかというのは、恐らく健康局と福祉局の問題だけではないと思います。あらゆる場面で市民が必要としている情報を分かりやすく、且つ的確に伝えることは本当に重要なのですが、我々も実態調査の報告書を作成する中で難しいことだと日々感じております。当然地域包括支援センターでこういった相談をお受けできるか、高齢者福祉のセクションでこういったサービスが受けられるといった冊子がありますが、できるだけ分かりやすく作ろうとするものの、非常に膨大な量となり結果見にくいといったことになってしまいます。連携室もそうですが、実態調査には載っていませんが、地域包括支援センターの認知度も3年前に調査を実施したときに比べそう変わらない状態で、約40%弱です。認知度そのものを上げていかなければならないのですが、実は“地域包括”という言葉自体も高齢者にとって分かりにくいというものもあるかと思えます。ある方から“高齢者の安心相談センター”という名称にしてはどうかというご意見を頂いたこともあります。大切なことなので、健康局と福祉局の連携はもちろんです、頂いている意見は常に我々も意識して、市民周知やこれから策定していく計画を作りたいと思っております。

<横手委員>

・地域包括ケアシステムというのは、在宅での生活を継続していくシステムの構築だと思えますが、日本の在宅生活の継続というのは家族の介護力があってこそその部分が非常に大きいと思えます。90.2%の方が苦慮している課題として挙げておりますが、その家族をどう支援していくのかというところが、地域包括ケアシステムの非常に大事なポイントになるかと思えます。家族の介護力を支援するところは、介護職やヘルパーの存在だと思えます。ところがこの実態を大阪市がどのくらい把握しているのかいつも思っておりますが、もうヘルパー事業所が閉じているところも多いです。それは何故かということを考えて頂きたいのですが、まず事業所自体が高齢化して継続できないということでの閉鎖や、若い人の参入がないといったことが現状です。私たちがそういった声を実際に聞くこともあります。介護保険制度として、事業はあるが働く人がいない、資源がないという現状を大阪市としてどれだけ危機感を持っておられるのか、切実な問題になるかと思えます。施設も在宅も介護に携わる人も人手不足、ケアマネジャーがプランを立てても事業所がない、必要などころに人を配置できないといった現状を知って、来年度の事業に生かすなり、地域包括ケアシステムが本当の意味で実っていくのかということを考えて頂きたいと思えます。

<片岡委員>

・医介の推進会議からは外れるかもしれませんが、先ほどのケアマネジャーの切実な思いが出てきているデータがあり、本人や家族の意思決定で苦勞することや家族の介護力もそうですが、ケアマネジャーが対象とする対象者の問題として捉えているが、もっと広い視点で見ると全体を危機管理として捉えるのかどうかだと思えます。現状コロナショックで、人が減りヘルパーが、出勤できずに週3回サービスを受けていた独居老人が週1回受けられるかどうかという生活をしている状態が、巷では蔓延しております。そこに危機管理を抱くかどうかです。ある意味反対から見るとマネジメントを抜本的に見直す必要があります。マネジメントを見直して、週3回も本当は不要なのではといった評価をするときなのかと、前向きな捉え方もできるかと思えます。できない、不足しているといった現状ではありますが、ないものはないので、今後高齢者が増えていくことでサービスを増やしたり、いいサービスを増やしてもそれを担う人がいなくなるという結果は誰しもが分かりますので、そこを危機管理として捉えるのではなく、今後人が少ないところに向かってどうマネジメントするのが大切だと思えます。今までのマネジメントでは私はだめだと思えます。いいサービスや色んなサービスは受けてもらいたいです、それが叶わない現実が迫ってきているので、できないではなく、できる観点から視点を変えた前向きな捉え方ができるのではないかとこの会議で発信させて頂きました。

<中尾委員>

・ありがとうございます。大切なことだと思います。今後恐らく南海トラフなど大規模災害が起こった時にサービスが提供できない時にどうするのかといった部分を含めて、在宅医療も考えていかなければならないと思います。

●議題（４）令和２年度 事業の課題に対する取組みについて

・事務局より資料④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。
・転倒して大腿骨を頸部骨折された方が、急性期の病院で整形外科的に手術されます。約１週間急性期リハをして、その後回復期リハへ移ります。ただ同じ医療圏で完結すればいいのですが、クリティカルパスが別の医療圏に移ってしまっていることがあって、回復期リハから在宅に帰るのですが、そこがうまく繋がらないといったことがあります。それが脳卒中のクリティカルパスでも言われておりますし、医療的には綺麗に流れてリハも進んで動いているのですが、在宅に戻られてからの療養生活がうまくいかないということです。遠いところで回復期リハをやっているのに、在宅療養に帰ったら１週間でリハが止まってしまっているのに、急に悪くなってしまうなど色々なことがあります。この入院の多職種研修会がありますが、基本医療圏だけでなく広く募ってやっていかないと、市民に合ったものにはならないのかなと思います。そのあたりの対象者も考えて頂きたいです。医療圏内における病院同士のクリティカルパス、連携については、地区医師会に聞いてもらえれば良いと思います。それを踏まえてやっていただければと思います。

<梶山委員>

・ACP について、入退院支援にかかる多職種研修でもかなり重要になってくるかと思いますが、全然ご存知ない住民もいます。専門職の中でもいわゆるエンド・オブ・ライフのような捉え方をしている方もおられるので、利用者が経過していくうえで意思決定支援を場面ごとに行う必要があります。そういった視点も来年度の研修に加味して頂ければと思います。

<中尾委員>

・多職種研修会の内容については、また考えて頂ければと思います。

<藤井委員>

・急性期・回復期で在宅に帰るときの連携について、大阪脳卒中医療連携ネットワークの運営に携わっております。脳卒中に関しては、障がいを負って社会復帰ということもあるので、障がい支援をしていただくサービス機関の方とネットワークを形成しておりますが、ここに在宅医療・介護連携支援コーディネーターが加わってなにかスムーズになる可能性があるのであれば、是非ご一緒させて頂きたいと思いました。

<中尾委員>

・在宅医療のコーディネーターに関しては、急性期の病院だけでなく回復期の医療機関にも、大阪市から情報提供をして頂ければと思います。
・一番この会議でご議論頂きたいのが、課題３の評価指標なのですが、高齢者実態調査や医療施設調査などを踏まえ、何かご意見ございますか。

<勝矢医務副主幹>

・今後のスケジュールとしては、来年度の第１回推進会議で評価指標（案）の作成を検討しております。評価指標をもとに会議でご意見いただき、一旦評価指標を作成させて頂きます。その後、第１回 医療施設調査が平成２９年度となっておりますので、評価指標をもとに第２回 医療施設調査の調査項目を検討する段取りで進めていきたいと思っております。せっかくの機会ですので何かご意見いただければと思います。
・医療施設調査のお話をさせていただいたのは、資料３-２でアンケートが必要と記載している部分です。大阪市がさせて頂いたアンケート調査になりますが、そのあたりを評価指標へ反映していきたいと思っております。

<撫井保健医療企画室長>

・評価指標で全てが表されるわけではありませんが、事業進捗が見えないと言われているなかで、如何にうまく活用

していくかで、実感として表せる一つの指標となると思っております。ただ既存の調査において、こういったことを指標にしてくれれば、現場の人たちのやる気につながったり、自分の取組みを反映できるなど、そういった指標があるのであれば、是非ご意見頂きそういったものを反映していきたいです。現在は国の在宅介護の指標から出しておりますが、もっと現場の人からのご意見があるかと思っておりますので、是非ご意見頂き指標の整理に活かしていきたいです。

<藤井委員>

・指標について感じたことなのですが、今年度であれば相談窓口がないので困っている人が多いが、こちらの取組みで全ての病院の窓口を作ったことをうけて、困難さがどのくらい減ったのかどこに活きたのか、または残念ながら活きなかったのか、理由を含めて取組みに関しての評価を頂いて、また次にといったことがあるといいかなと感じました。先ほどの資料3-1と資料3-2の医療・介護・住民・区役所の一覧を連動して考えたところ、縦割りだから難しいということは承知のうえで、やはり今お金のことや家族のケアを考えると医療・介護だけでなく福祉とも繋がっていかないとまぐ継続支援、サポートできないということもあるかもしれません。福祉との連携がどのくらいとれているのかといったものも、もし指標になるのであれば、例えばですが生活困窮者自立支援事業に、今週だけでもうちで4件も新規のご相談をさせて頂いているので、医療から生活に戻す時にはそういった視点なしでは立ち行かないということもありますので、そういったことも指標の一つになるのかなと感じました。

<中尾委員>

・その点も踏まえて次回の検討会議の時に出して頂ければと思います。
・この3月で外来医療計画を策定されるということがあり、基本的には医師確保の問題と同じですが、在宅医療が要件の中に入っており、これから先新たに開設される方については、在宅医療をする意向があるか全くないかのデータも出てくると思います。在宅医療懇話会で孤立死が多いとよく挙がっております。やはりなかなか発見されないなどあるかと思いますが、そこがこの在宅医療・介護連携が推進されることで数を減らせるよう警察と連携をとるなど、そういったものも指標にして頂ければと思います。

●議題（5）その他（第2回大阪市『在宅医療・介護連携相談支援室』活動報告会の開催中止について）

<中尾委員>

・ありがとうございます。
・では今回の会議が今年度最後ということですので、何かご意見頂ければと思います。

<藤井委員>

・新型コロナウイルスの感染対策に関することで、在宅医療・介護連携にも関わるところでご相談させて頂きます。いま医療機関は感染された人の治療を、平時と変わらず治療が必要な人が利用できるよう、空床を確保していくといった役割が与えられております。治療が終わった人は退院支援、介護連携等を経て、復帰していくといった支援をするのは変わりません。医療機関に来られる方でこれまで介護保険を使ったことがない、あるいは使っていたが治療を経て具合が悪くなり介護保険の新規申請や部分変更申請をして、訪問調査を経て退院支援をさせて頂くことがあります。ちょうど一昨日、訪問調査員の管理者よりご相談頂きまして、この時期に病院へ調査に行くのが怖いとのことでした。それは自分が菌を媒介してしまうのではないかとといった可能性もありますし、顔近づけて話すことでお互いに感染リスクがあるといった不安を抱えないといけないということで、それに対して何かいい方法はないのかといったご相談でした。医療機関としては、調査をするところはできるだけ換気ができるような広い場所でということで、環境を整えていくといった、医療機関ができる協力をさせて頂きますし、調査員も体調管理や感染対策をして、お互い協力して感染リスクや不安を軽減しようということになるかと思っております。今回、厚生労働省のほうで介護保険の更新申請に関するものは、自動更新ということで調査不要という方針が出ているかと思っておりますが、新規申請と区分変更についてはそういった方針がありません。これまで通り訪問調査等をしなければなりません。お互い協力してもなお不安があるといった状況ですので、更なる感染リスクの軽減といったあたりで、調査の一部を医療機関に一部委託、場合によってはすべて委託などをして短期間で調査するなど、お互いのリスクや不安を軽減する協力関係の方針を共有しながら、在宅医療・介護連携がスムーズに進むことがなにかできないかと思ってお話をさせて頂きました。

<中尾委員>

・介護保険課の管轄ですので、こういった話が出たと一度持ち帰って頂ければと思います。

・この3月までは訪問調査についてはケアマネジャーしかできませんが、今度の介護保険制度の法律改正によって他の職種の方もできるようになります。原則、大阪市もその方向で進めていきたいとおっしゃっていましたが、今の段階では指定事業者に限定するかと思います。ただ医療機関に入院して、新規申請の方についてどのように訪問調査を行うのかについては、もう一度きっちり介護保健課と話をすべきだと思います。

<横手委員>

・私からのお願いは、今までの会議の中で縦割りだからできないといった言葉が、何度も出てきたかと思っています。縦割りだからできないではなく、できるようにするにはどうすればいいのか、縦割りの問題をどう解決していけるかといった視点で考えて頂ければと思います。

<市原委員>

・歯科に関しては先ほどから申し上げているとおり、相談件数が少ないという課題があります。そのなかでも歯科の特性的なものがあるのではないかと思います。すべての歯科医師が訪問歯科診療に対応できるわけではありませんが、そのなかで重い機材もあれば年齢的なものもあります。しかし、歯科医師会全体で人材育成や機材の提供を行っておりますので、またご相談頂ければと思います。

・もう一点がそういった医療機関に入院や入所をして、退院にあたってケアマネジャーや様々な職種が入ることにより、今までのかかりつけの歯科医師がさせて頂いていたお付き合いが残念ながらできなくなってしまう事例が多数ございました。

歯科のほうでも注意して取り組んでいきたいと思いますので、皆様にもご協力をお願いしたいと思っております。

<梶山委員>

・やはり2025年、2040年になると後期高齢者が増えていくというところで、65歳を高齢者としてこちらの調査では扱われていますが、それぞれ65歳、75歳、85歳に向けてのアプローチはどんどん変わっていくと思います。昔は65歳以上を一括りにして高齢者、その次の段階で75歳から後期高齢者というかたちで考えてらっしゃると思いますが、人生100年と言われているので、そこはもう一つ85歳以上も考えていただき、身体もこころの様子も家族の状況も変わってくるので、連携を考えるうえで新たな社会構成というのを加味したかたちでこの推進会議でも検討されていけばいいと思いました。

<片岡委員>

・今までの概念や信念体系があって今があるのかと思いますが、これからの時代は私が第1回目の推進会議の時にも申し上げましたが、やはり包括行政でなければシステム自体が動きにくいということもあります。我々現場にいる多職種と呼ばれる専門職もこれだけ連携ができてきておりますが、専門性に特化した部分と、ある意味専門性から逸脱した部分で活躍できなければ今後の時代はやっていけないかと思っています。まずは大元の包括行政になっていただければと思います。

<西田委員>

・私も縦割りではもうなんとかできる状況ではないですし、地域包括ケアの進化によって地域共生ケアという国の施策が進められるなかで、大阪市でも総合的な見立ての場ということで、いわゆる生活困窮のあたりで複合課題を取り扱う仕組みがモデル的に始まっています。やはりそこにも今日のお話にあった生活困窮の問題、それにまつわる医療問題が総合的に協議される場が始まっていくなかで、市のなかでは縦割りで進んでいってしまうことでは、すべてがセレクト化してしまい、結局総合的に物事が進まないという状況になりかねないと思います。それもすべて現場に下りてきている仕組みです。地域包括ケア、在宅医療・介護連携、認知症ケアそして総合的な見立て、これもすべて縦割りで下りてきているなかで地域包括ケアシステムがそろそろ制度疲労を起こして、一定の人間でしか進まない、広がりを見せないような状況になりかねないと思います。そこをやはり行政のなかで横串で取組む内容も必要かと思うので、今後ともよろしく願いいたします。

<濱田委員>

・在宅医療は私病協とは関係ないと、時々理事会で言われますが、一旦在宅医療に帰った方がまた戻ってくる病院には違いありません。ただ在宅へ帰った途端、違う病院へ意図的に回されることが、時々理事長から出る不満です。しかしこの主題の“在宅医療・介護連携”ということは、今おっしゃった医療と福祉が連携しなさいというテーマと同じだと思います。この委員会が中心になってそういった連携、縦割りから横糸をうまく結びつけるようなかたちに持

っていければ、どんなにいい事かと思います。この会議にもう4年参加させていただいているので、非常に勉強になりますし、いい意見が出ているので感謝しております。

<竹内医務監>

・私もとても勉強させて頂きました。日々縦串ではなく横串をということで、あらゆるところに何とか横串を刺せないかということで、苦勞をしております。今回先生方にご意見頂きまして、この会議が次にどういったご意見頂けるか、或いは前回頂いた意見にどんなお返しができるのか、そういったことを常に真剣に取り組んでおります。その都度いいやり取りをさせて頂いてきたと思っております。福祉も保健もすべての部分を含めて、これがコアになるのかなと思っておりますので、引き続きお力添えを頂きたいと思っております。実はコロナ対応でここ1週間ほど保健所はじめ健康局のメンバーをフル動員しております。毎日結構な数の検査が動いており、そのなかで陽性の方がぼつぼつ出ております。その中で一番気になるのは、症状のない方で検査をすると陽性になったという方が出ております。その時に皆さんの顔を思い浮かべますが、医療施設で勤務している方、或いは保育所で勤めている方から出ます。そうなるとその施設そのものが非常に大変になります。だからといってすべてを封鎖するわけにはいきませんので、一番大事なことは職員に自分自身の健康や危険なところには出向かない、お預かりしているお子さん、利用者さんとのタイミングでどの方の接点があったのか、把握するようお願いしておりますので、出ないことが一番いいのですが、この状況になるといつ自分のところに来るかある程度覚悟はした方がいいかと思っておりますので、十分ご注意くださいようお願いいたします。

<松本保健主幹>

・この間の議論を聞かせて頂きまして、地域の連携というのが非常に大事だということが改めて認識できました。区役所も日々頑張って連携をしようというかたちで取り組んでおりますが、現場それぞれに様々な課題がございます、ご協力なしでは連携は深まっていかないと思っております。様々なご意見を現場でも聞かせて頂きまして、区での活性化でもさらに図っていくべきだと思っております。是非引き続きよろしくお願い申し上げます。

<吉田課長代理>

・今日出席させていただきまして、縦割りという言葉を決意しました。連携という言葉は、私は高齢福祉課におりますが、数年前は障がい福祉の仕事をしており、基幹相談支援センターというものがありません。高齢の方には地域包括支援センターというものがありませんが、ここでも連携という言葉は出てきております。なかなか支援者同士のコミュニケーションがうまくとれない、お互いに押し付けられてしまうことがあるということをお聞きすることがあります。我々職員でもそういったことはあります。それぞれの仕事の役割を分担しておりますので、その組織機構が縦割りであるというのは、それが組織だと思っておりますので、縦割りが悪いということでは、私は思いませんが、実際に発生したいわゆる縦割りへの対応は、人それぞれでひも解いていかなければならないと、なんとなく全般的に連携していこうというのでは、本当の連携はできていかないと思っております。区の方でも色々出てくるとは思いますが、その一つ一つの連携が結びつくように課題を一つずつ丁寧に対応していくべきだと強く思っております。

・令和2年度に現在の高齢者保健福祉計画・介護事業計画が満了します。令和3年度からの向こう3年間の計画をご議論いただく年度です。なにかと皆様にご意見頂かなければならない場面も出てくるかと思っておりますが、しっかり作って参りますので、どうぞご協力をお願い申し上げます。

<中尾委員>

- ・委員の先生方と行政と問題点に関して共通認識が取れた部分があるのではないかと考えております。
- ・本日の議事はこれで以上になります。ご協力ありがとうございました。

<閉会>