

開催日時：平成29年10月20日（金）14:00～15:45

開催場所：大阪市役所 地下1階 第8共通会議室

出席委員：中尾委員（座長）、市原委員、岸本委員、立石委員、中川委員、濱田委員、西田委員、
宮田委員、横手委員

オブザーバー：池田委員、久我委員、多田委員、広瀬委員

事務局：竹内医務監、撫井保健医療企画室長、藪本保健指導担当部長、岡本在宅医療担当課長、
勝矢医務副主幹、揚担当係長、藤井担当係長、黒岩係員

議事次第：

1 開 会

2 議 事

（1）平成29年度 高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業について

（2）健康局における課題の進捗状況と今後の取り組みについて

3 報 告

（1）在宅医療懇話会について（報告）

（2）高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（報告）

4 そ の 他

5 閉会

<開会あいさつ> 岡本在宅医療担当課長

- 議題（1）平成29年度 高齢者等在宅医療・介護連携に関する相談支援事業について
・事務局より資料1、2に沿った説明を行った。

<委員>

- ・各委員から相談支援室に対してご希望やご要望はあるか。

<委員>

・コーディネーターへの要望というより、コーディネーターへの支援がまだまだ不足している。
コーディネーターが複数人であればよいが、単独で活動しているところもあり、私自身もコーディネーターから直接相談を受けている。4番の『関係機関との連携強化』等についてだが、区役所との連携が不十分とある。こういったことがあること自体、この事業を推進するにあたってあり得ない。高齢者に対してどうやっていくかについては、各区での支援をもっと強化していかないと、事業自体進まない、特にコーディネーターが個人で進めるというよりも、その支援体制の部分強化するように、健康局のほうから働きかける必要があるのでは。

<オブザーバー>

・相談室との連携ということで、当区は平成28年8月からコーディネーターが配置されている。やはり最初、区役所との連携というより、区内の全医療機関、ケアマネなどとの連携が、お互いを知らないためになかなか進まなかった。コーディネーターが積極的に各機関の集まりに出掛け、最近では大正区医師会のホームページの中に在宅支援相談室のサイトを別に設けた。その中で様々なところと繋がっていき、病院連絡会も立ち上げた。コーディネーターニュースも定期的に発行している。

11月に区のほうで、在宅医療・介護連携の講演会も予定している。その周知も区役所と相談室がホームページに掲載し連携して取り組んでいる。それはコーディネーターが推進会議の委員でもあり、実務をすすめていく際のワーキングチームのメンバーでもあるので区役所と連携が図れている。

これはあくまで大正区の現状で、各区それぞれの形で取り組んでいる。

<事務局>

在宅医療・介護連携については8つの取り組み項目ということで、国が定めている。項目について、区で取り組む項目、また専門性の高い項目については、コーディネーターが相談支援室で担当している。取り組み項目それぞれ分散した形にはなっているが、大阪市が主体的に取り組むのが不可欠であり、一体となって取り組む必要がある。コーディネーターや区職員の実務者研修については、合同で実施することで課題や情報共有の場面を増やしていくために実施している。地域によってうまく連携を取れていない区、また区によっては連携が十分でない区もある、それについては意見を聞きながら調整していきたい。

<委員>

コーディネーター研修の時に、コーディネーターと区役所の職員と一緒に参加している。しかし、コーディネーターも退職するし、区の職員も異動があるので、個人レベルだけで話をしていると継続しない可能性もあるため、ご配慮いただきたい。

<委員>

コーディネーターが半年若しくは1年活動したなかで、意見の取り上げはどの程度できているのか。その意見をどのように取り入れて前に進めていくのか。

<事務局>

今回、報告書という形で定期的に把握している部分と、一方で毎月の連絡会を通じて、様々なグループワーク、意見交換をしている。しかし、実質区役所との連携については、難しい部分も非常にうまくいっている部分もある。地域の中で包括支援センターの連携など区によって様々である。まだ検討段階だが、アンケート調査も実施予定である。毎月の連絡会を通じて、コーディネーターが進めていく中で問題となる部分について、報告書とは別途で聞いていかなければならない。

<委員>

区との連携はいけるかもしれない。しかし、コーディネーターは実際、医療機関や患者との間に挟まっている。結構悩みが多いとは聞いている。その悩みを取り上げてここに活かすのが、市の仕事かと思う。現段階では一年間ほどでうまく纏まっていると思う。

<委員>

関係機関の連携強化等のところだが、区役所が絶対責任もってやらなければならないところと、医師会がやるべきところがあると思う。きちんと整理してあげないと、コーディネーターは誰に託したらいいのか分からない。病診、診診の連携が出来ていないなんて、区役所へ言っても動くはずがないことなので、やはり医師会からだと思う。そのあたりを振り分けしてあげないと、コーディネーターが大変かと。関係団体との顔の見える関係ばかりクローズアップされていて、区民目線での問題点がでてきていないが、これはコーディネーターがまだ関係機関との連携とか、区民からは相談を受けるくらいしかないからかもしれない。市としても、市民サービスだと思ってほしい。

<委員>

区民からの相談も受けることを推奨されているのか。関係機関からの相談が主にと聞いたような気がしたのだが。

<事務局>

基本的には関係機関からの相談を受けるようにしている。おそらく医師会のほうで今まで取り組まれてきたなかで、市民がこの窓口で電話をしたら、例えば皮膚科の先生どこにいるか教えてくれるかなど、既存の活動のなかでご存知の方が結構いるという部分でのご相談があって、その相談がきた時には断るとかではなく、関係機関に必要であれば繋いでいくというようなかたちでさせてもらっている。必ず断るといような感じではない。ただ、周知の対象としては医療と介護の関係者だけというかたちになっている。

<委員>

ただ区民目線でというところへいくと、繋いだだけで終わりではなく、そのあとの評価にまで行なわないといけないうと思う。評価まで行う予定があるのか、この資料のなかでは読み取りにくい。

<事務局>

それは毎月の連絡会のなかでもコーディネーターからも声が出ており、スキルという部分について、相談があって相談を返した、そのあと実際どうなっているかまで把握しないと、自分がした相談に対する評価ができないと。それもコーディネーターによってはどこまでしているか違うので、連絡会でも随時話し合っていかなければならない。また振り返るという意味では、コーディネーターだけで振り返るのではなく、関係機関も交えて振り返る機会があればいいという声も上がっている。コーディネーターのなかでどういったかたちで、自分たちの事業を評価していくかについても少しずつ声が出てきている。

<委員>

往診医の紹介というのがコーディネートのなかで多いようであるが、往診医を不適切に紹介してしまった場合、例えば、在宅看取りなのに緊急往診しない医師であったり、オピオイド使用できない医師であった場合、後に、その修正をかけるのが難しい。コーディネーターに聞くと、紹介後どのように経過されたか（うまく行っているのか）など、そこまでの情報は得られていないと。紹介後どうなったのか、事業の相談内容もこれだけ「往診医の紹介」にかたよっているのであれば、そこも評価のための何らかのシステム化を図ればいいのではないかと。

<事務局>

コーディネーターと話し合っ決めていきたいと思う。

●議事（2）健康局における課題の進捗状況と今後の取り組みについて

- ・事務局より資料3に沿った説明を行った。

<委員>

「考えられる対応策で何か取り組めることはないか」のところでは、3番、4番とあったが、ステーション協会からすると行政主導で手伝ってもらえるのは大変有難い話である。ステーション協会では、現在、基金事業を使って教育ステーションを設置している、各ブロック地区に1か所だが、今年度はもっと広めるつもりだ。教育ステーションでは、地域にある病院との連携を進めている状況ではあるが、行政主導ではないがために窓口や連携の会を開いたりするのは難しい。少しでも行政の支援をもらえるのはステーションの立場でやりやすい。市の方からステーション協会へ何らかの要望等あれば、協会としても動きやすいのではないかと。

2点目は、在宅医療・介護連携推進事業における指標（案）の3）要介護者の在宅療養率と10）場所別死亡数・率、これらのデータの取り方だが、例えば有料老人ホームやサ高住を別にできないか。また、看取り率も純粋に自宅で亡くなっているのか、施設についても特養・老健なのか、有料老人ホーム・サ高住で亡くなっているのか、そのあたりのデータが探しても見つからない。そういったデータの取り方ができるのか、できるのであれば尚よいかと思われる。最後に、在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージを、是非に各区の評価で数値化してほしい。

<事務局>

サ高住等の数値化については、なかなか指標として出していないのが実態であるが、調べてみて数値を出したいと思う。行政として何ができるのか、具体的な相談をすすめたいと思う。

<委員>

施設の件でサ高住、有料老人ホームの話がでたが、これは在宅看取りになるかと思う。在宅看取りが自宅なのか、どの在宅か明確にすべきである。絶対のデータは難しいが、ある程度のものであれば有難い。

<事務局>

サ高住が在宅か施設かになると、在宅の区分になるかと思われる。

<委員>

厚生労働省があいまいにしまったので、みんなが困っている話である。その中で調べるのは難しいかと思われる。

<委員>

基本的に施設系サービスと居宅系サービスといわれていたものが、急に居住系サービスが出来上がり、そこで老人福祉法で管理されていた老人ホームが高齢者住まいの方の「サ高住」というところが出来上がり、その結果こうなっ

しまった。大阪府の介護支援課のほうがサ高住の実態を複数の市町村で調べたところ、介護サービスを提供していると特定施設入居者介護になり市町村も把握できるが、それをしていない或いは無届の施設が何をしているか情報を掴めない状況である。一方、「サ高住」への医療ではどうなのかというと、そういった枠組みがないので全く分からない。市レベルで出すには、サ高住を一つ一つ調査しないといけないので、それは難しいかと思われる。

<委員>

ひとつの想定であるが、例えば大阪市東淀川区に在住している認知症高齢者が、自宅前で転倒、大腿骨骨折をした。そして急性期の病院に運ばれた。手術は成功したが、認知機能の低下によるBPSDが非常に酷く、吹田市の弘済院に移った。弘済院のほうである程度認知機能は回復し自宅に帰れるが、かかりつけ医がない。この事例はどう動かすのか。

<事務局>

東淀川区の患者の場合、吹田市の弘済院の退院調整窓口が、東淀川区の相談支援室へ連絡をされるとと思われる。ケアマネを持っていれば、その患者のケアマネのところへ連絡はいくが、ケアマネもかかりつけ医もない場合は、相談支援室に連絡が入るかたちである。

<委員>

基本的には相談支援室が窓口だと考えればいいのか。

<事務局>

地域包括支援センターに入るほうが非常に多いかと思われる。患者の病状等で医療の部分の比重が大きい場合は、相談支援室に入るケースが増えてきている。そういったところで地域包括支援センターとの連携を、本人が住んでいる区で、とっていくかたちかと思われる。

<委員>

相談支援室の相談支援員との個人的な流れみたいなイメージがあるが。

<事務局>

近隣市町村でそれぞれ取り組みが異なり、相談支援室をおいているところ、地域包括支援センターになっているところ、また市直営でされているところがあるかと思われる。個人ということになっているが、そのあたりの情報を近隣市町村に十分提供して、情報のやりとり間の一定のルールを設けるなど、お互い認識しあうのは前提とすべきである。

<委員>

課題整理と仕組みづくりについてだが、地域包括支援センターとの連携の位置づけができていないかと思われる。認知症対策などになると、共同して取り組んでもいいのではないだろうか。現状で地域包括支援センターなどと連携できているのか知りたい。

<事務局>

相談支援室の設置時期がことなり、それにより区によって差がある状況である。この地域包括支援事業についてもそれぞれ4事業あるなかで、それぞれが一体的になって地域を面で支えていく連携は必要である。地域包括支援センターの職員や訪問看護ステーション又は相談支援室など、自分の区に帰ってくる患者の連携をしっかりとる体制を今それぞれの区で進めてもらっている状況かと思われる。

コーディネーターもマニュアルを作成しているが、例えばこういうふうに地域の関係機関と連絡会議をもって連携を深めていくみたいな、そういう事例もいくつかある、その中で当然地域包括支援センターなど様々な施設がある。特にチェックリストみたいなかたちになっていたが、非常に貴重な意見なので、会議の開催状況などそのあたりを一度分析してみようかと思っている。

<オブザーバー>

大正区の例になるが、住民啓発と多職種の研修という部分があり、講演会以外に大正区の場合、年2回多職種が集まる研修がある。区が主体になるが、ワーキングチームで動くので職種によっては相談室から声をかけてもらうほうがいいところは相談室から、地域包括支援センターから声をかけてもらうほうがいいところは地域包括支援センターからと分担を決めながらみんなで開催している。ずっと27年度から毎年2回ずつやっている、この頃は多職種研修のアンケートも相談室と共有している。薬局の薬剤師や訪問歯科の歯科医も来てくれる、その多職種研修に参加するこ

とによってテーマはなんであれ、チームに分かれてのワーキングになるので、顔を合わせることによって、顔見知りになりちょっとずつ相談できるようになってきている。

<委員>

先ほどのケースだが、東淀川区のコーディネーターに連絡が入った場合に、重度の認知症があったとすると地域包括支援センターに連絡が入り、地域包括支援センターが居宅支援事業者に連絡をして地域包括支援センターと居宅支援事業者が弘済院のほうに行く。行って退院のカンファレンスがあり医療ニーズが高くなると恐らく地域の方で地域ケア会議を開く。その時にコーディネーター主催で地域ケア会議もありかと思うし、地域包括支援センター主催でもありかと思う。現場はどこが軸になるか、そこで押し問答するのが実際のところかと思う。結構足を運んで、関係機関を集めて、役割分担をしてというところが形づけられることによって、イメージし易くなると思う。その役割分担をコーディネーターや地域包括支援センターのなかできちんとすればもっとスムーズな連携になると思う。医療ニーズの高い人であればコーディネーターのほうである程度医療コーディネートして、生活支援のところは地域包括支援センターが担うというかたちで、その為に日々いろんな連携会議をしたりしている、そこをもう少しはっきり考えられる対応としてマニュアルに落とし込むことで、コーディネーターの負担が少しでも軽くなる。結局、誰がどうするのという話が現場は多い。

<委員>

家に帰ってくるとなると、介護保険を動かすのはケアマネジャーになる。そこにいれてもらえないと在宅を受け皿として調整することが現実問題できない。こういった事例はあると思うので、ケアマネジャーの立ち位置や役割をいれて考えてもらいたい。

<委員>

このミクロの話で連携やっていく場合と、市レベルで機関同士の連携をしていく場合があるかと思う。ミクロのレベルであれば、退院調整にケアマネがいき動いて行ってしまっているというのがあるのと、ケアマネがないから相談支援窓口のほうへ病院が話をもっていく話かと思われるし、色々な要素があるかとおもうので、そこを踏まえてやっついていかないと医療面だけでやっついていくなると恐らく現場に戻ったときに受入が難しいのかもしれない。一つ一つミクロから攻めていき、ストラクチャー、プロセス、アウトカムへもっていくべきである。

●報告（1）在宅医療懇話会について（報告）

- ・事務局より参考資料1に沿った説明を行った。

<委員>

介護保険の包括的支援事業のなかのひとつで在宅医療・介護連携推進事業が出てくるのだが、対象がどうしても高齢者というイメージになりがちだが、在宅医療懇話会のところは基本的に神経難病の患者や小児の医療的ケアが必要な子供たちにどのように在宅医療を提供していくのか、踏み込んだ議論をしているかと思う。

いつも質問しているが、この推進会議と懇話会はどういう位置づけなのか。

<事務局>

在宅医療・介護連携事業は高齢者を対象としており、個々の事例に対応できる仕組みづくりを実際に携わっているひとたちと検討する場である。在宅医療懇話会のほうは基本的に地域医療構想の推進につながるものということを考えているので、その中で病床機能と合わせて在宅医療の受け皿をボリューム的にも作っていくという、全体像の仕分けである。

●報告（2）高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（報告）

- ・事務局より参考資料2に沿った説明を行った。

●その他 生活支援体制整備事業について

- ・事務局より参考資料4に沿った説明を行った。

<委員>

退院調整に関する色々な研修をしているが、未だに地域の姿が見えないという看護師が多く、地域実習の希望も多い。会議等で様々な区の取り組みをされるときに、病院や看護師への声かけなどしてもらえないか。広域連携の資料などを見ていて、退院窓口が状況をわかっていない問題など挙がっていたが、例えば病院の看護師は入院をした時点で、退院計画に走る状態で忙殺されている。なかなか地域状況の把握は難しいと思う、区の方から地元の中小大病院への情報提供をしてほしい。

<閉会>