

大阪府医療審議会 第8回在宅医療推進部会 議事概要

- 1 開催日時：令和5年8月10日（木） 14：00～15：40
- 2 開催場所：ドーンセンター 5階 大会議室2
- 3 出席委員：7名（委員定数10名、定足数7名であるため有効に成立）
生野委員、木野委員、道明委員、中尾委員、
長尾委員、長濱委員、弘川委員
外部委員1名 濱田委員

4 議 題

議題（1）第8次大阪府医療計画（在宅医療分野）府域編（案）について

資料1 第8次大阪府医療計画（在宅医療分野）策定の考え方

資料2-1 第8次大阪府医療計画（在宅医療）府域編（案）

資料2-2 第8次大阪府医療計画（在宅医療）各指標及び目標値（案）

参考資料1 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」

令和5年3月31日付け医政地発0331第14号

厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

参考資料2 第7次大阪府医療計画：在宅医療・各指標の目標値の状況

参考資料3 大阪府医療審議会在宅医療推進部会設置要綱

事務局より説明。

<意見>

○在宅現場で緊急時等の困った場合は、訪問看護師や薬剤師、往診の医師に頼るだけでなく、重症の場合は、後方支援病院に頼ってもらっていい。

また、当院ではレスパイト入院の受入れも行っているが、利用者は少ない。

○在宅医療はかかりつけ医が主として行うのが基本。在支診があるが、1人の医師が昼夜すべて診るのは不可能。理想は、昼はかかりつけ医、夜や緊急時は在支病が受入れるといった仕組みづくりを進めるべき。在支病は診療所との連携を行おうとしているが、自院のことで精いっぱいの部分もあるので、医師会と病院協会の他、行政も支援してほしい。

（府）ご指摘いただいた連携が重要だと考えている。地域によって病診連携の範囲も内容も異なるため、第8次大阪府医療計画では、地域で連携の拠点を位置づけ、拠点が中心となって実情に沿った体制を構築していきたい。

○在宅医療は後方支援を行う機関の連携、つまり、多職種での顔の見える関係が重要。日ごろからの関係が連携に効果がある。

○精神科も診療所と病院の連携が大切だと思っているので、同じ尺度で仕組みづくりを進めていきたい。また、人生会議は医療・介護者には認知されてきたと思うが、一般市民へはまだ十分とは言えない。例えば認知症の講演会等市民が参加する研修会で周知するなど、平時から一般市民に考えてもらう機会を作り、医療・介護者が確認できる体制にしていきたい。

- 精神科の地域移行は大阪では早期から進められている。ただし、地域での受け皿（生活・サービス）に差があり、課題の共有が必要。
- 精神科訪問看護は増えており、診療報酬でも精神関係が最も多く、精神科に特化した訪問看護 ST もある。専門性が必要だが、実際に自立支援ができているのか、数だけでなく質を見ることが課題だと感じている。
- 地域医療支援病院では病院ごとに地域で話し合う場があるが、病院が拠点となる場合は、地域によって病院の数も違うので、1つの病院に負担がかからないよう地域ごとに支援の仕方を具体化してもらいたい。
ACP については、意思決定支援ができる看護師を育成しているが、その人材の活用の方法が明確になっておらず、活動しきれていない。急変時は、本人の望んだ対応につながるように ACP の普及は引き続き必要。

(府) 現在、選定を進めている連携の拠点が、地域の病院や関係機関を含めた会議や意見交換の場をもち、医療資源も含めた地域に必要な在宅医療について考えてもらいたい。拠点の想定としては、病院、診療所、訪問看護事業所、医師会等関係団体、保健所、市町村等を考えているが、地域医療支援病院に限らず地域の実情に合わせて検討していきたい。ACP については、府民へ直接啓発することが重要と考えている。育成した専門人材のさらなる活用についても検討するとともに、病院看護師の他、訪問看護師や介護職など、ACP について助言・相談できる人材育成も進めていきたい。さらに、次期医療計画の救急医療の章に ACP を踏まえた高齢者の救急医療について取組を記載する予定。

- 認知症サポーターと同様に ACP の認知度も低いが、府でも条例制定されたので、啓発を本気で取り組んでももらいたい。
- 資料 2-2 P. 19 退院支援について、患者は入院前には、かかりつけ薬局があり、入院時に服薬状況などのレポートを提出し連携している。退院時にも薬局薬剤師が連携することで在宅支援に入りやすい。24 時間対応している薬局や、医療的ケア児の対応や麻薬の持続点滴等、高度な対応を実施する薬局もあるので、地域で活用してもらいたい。また、訪問歯科診療についても患者の服薬管理は重要であり、訪問歯科医とも連携していきたいと考えている。
さらに、認知症サポーター養成講座を修了された医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師等について、認知症にかかる地域の普及啓発活動に活用してほしい。
- コロナ前まで人生会議等活発に普及活動していたが、一般の認知度が低いことに驚いた。ここが進まない则在宅看取りが進まない。介護専門支援員の更新研修で ACP について学んでいるが、利用者に対してどのタイミングで周知するかが難しい。教育分野からの啓発等があると一般の方への認知度があがるのでは。

(府) ACP について、学校の生徒や PTA 等に対する普及啓発についても条文に規定がある。教育庁や福祉部とも連携して進めていきたい。

○ACP 漫画冊子は子ども向けに教育現場で活用されることを前提に作った。学校ではがんに関する授業がある。ACP についてもがんと同様の一歩進んだやり方をすれば広がるのでは。P. 29 多職種間連携ではリアルタイムで情報共有できるものがないので、ICT を進めてもらいたいが、地域医療連携システムは二次医療圏で一つの構築なのか。

(府) 地域医療連携システムは、在宅現場で使われるアプリによる情報共有とは異なり、病院と診療所をつなぐ規模の大きなシステムで、国の構想をもとに進めているもの。システムが乱立するのを防ぐために、府としては二次医療圏に1つをめざしている。一方、在宅現場におけるスタッフ間での情報共有の ICT 導入については、別途補助事業もあり別物である。

(府) 小中高生のがん教育については、教育庁が担い、社会人大学生のがん教育は、健康医療部が担うなど、それぞれの年代にあわせた伝え方を行っている。小さい頃からの意識づけは重要なので教育庁と連携して取り組む。

○医療 DX は、それぞれ独自にやると互換性がなく使えなくなる。少額の補助金で進めるのではなく、国がビジョン持って予算をつけて進めてもらいたい。時間がかかっても完璧なものを作ってほしい。

(府) 国の動きも踏まえながら進めていきたい。二次医療圏ごとのシステムであっても、規格を統一すれば、府で統合できるようなガイドラインを想定しながら、システム構築を進めていきたい。

○ACP では、認知度を上げることは一番大事だが、どう具体的に進めていくが書かれていない。例えば、冷蔵庫に ACP の意向を貼っておけば、救急隊員が見つけて搬送せずかかりつけ医を呼ぶ。こういった流れがないために現場が困っている。在宅医療の中心は中核病院ではなく、診療所と 200 床未満の病院である。また、在宅医療は介護抜きで考えてはいけない。地域連携ケアシステムをもっと進めていかないといけない。

(府) ACP が実践されないといけないという思いは同じであり、次期医療計画にも位置づけて考えていきたい。現状、消防本部によって、対応方針を定めている所、定めていない所がある。また、ACP の意思表示があっても搬送する方針の署もある。最後はどのような対応をするかについて、消防とも認識を合わせる必要があるため、地域での医療・介護の実情について、在宅医療懇話会等の各圏域の会議で意見交換するとともに、圏域ごとのメディカルコントロール協議会等で意見を共有する、または、医療・介護、消防関係者がお互いの会議に必要なに応じて参加いただくなど、多職種間連携による在宅医療の充実を進めていきたい。

○心肺蘇生にかかる ACP については、本人の意思があっても、後で家族が訴える可能性もあり、蘇生しないとトラブルになるのではないかと、震えながら現場で対応している。証拠がないと現場では非常に困る。

(府) 他府県の事例では、様式を作り、関係者の支援のもと、家族も入って議論しながら書類に落とし、急変時には、かかりつけ医に連絡した上で、「蘇生しない」としているところもある。かかりつけ医など関係機関にはご協力をお願いしたい。

<審議結果>

本日の意見内容を踏まえて、第 8 次大阪府医療計画の策定を進める。