

大阪府医療審議会 第10回在宅医療推進部会 議事概要

- 1 開催日時：令和7年2月20日（木） 14：00～15：40
- 2 開催場所：大阪赤十字会館 401会議室
- 3 出席委員：8名（委員定数10名、定足数6名であるため有効に成立）
加納委員、木野委員、杉原委員、津田委員、長尾委員、
長濱委員、弘川委員、宮川委員
外部委員1名 前川委員

4 議題

議題（1）部会長の選任について

宮川委員を部会長として選任（全会一致）

議題（2）令和6年度 在宅医療にかかる取組について（報告）

資料1 令和6年度在宅医療の取組について

事務局より説明。

<意見>

○病院と介護施設とで定期的に話し合いの場を持っているが、なかなか病院から退院できないといった課題があると聞く。特にコロナやインフルエンザの流行により、余計に難しくなっているのかもしれない。病院と介護施設の連携はうまくいっていると思う。

○地域差はあるが、私どもの地区医師会の中では、当病院と診療所の先生とで在宅医療の相談会を行っているため、普段からの連携は進んでいると認識している。一方、サ高住や有料老人ホーム、医師会に入っていない一部の在宅専門の先生方との関係はできていないため、どうしていか議論しないといけない。

今後増える在宅患者のほとんどが有料老人ホームやサ高住の患者になる。自宅の在宅患者であれば、様々な制度を作りやすいが、そういった施設患者が増えていく中、それにまつわる医療機関や介護施設がどのように動いているか、どのように関わっていくか議論する必要がある。

また、在支病と後方支援病院との違いを理解する必要がある。後方支援病院は在支診とカルテを共有し、いざという急変時に救急で受けるといった在宅医療のあるべき姿。在宅医療においては、後方支援病院がいかに頑張るかが1つのポイントになる。

○第8次医療計画は、従来の地域包括ケアシステムを強固に、かつ、積極的医療機関、在宅診療所、後方支援病院、さらに地域のそれらを支える病院という輪を広げていくという流れである。

救急対応として、病院の体力があるかという話が出てきている。昨今の非常に厳しい状況の中、スタッフをそろえる等、対応できているのかという意見がかかりつけ医からでてきている状況。

○急性期の高齢者医療・高齢者救急を担っている二次救急病院について、大阪府では救急車の75%近くを民間が受けている。そのため、ほとんどの急性期病院は、昨年度から経営が苦しい状況。昨年行われた診療報酬改定で状況が良くなると期待したが、そうではなく、今後、経営難が広がっていくと予想する。こういった状況なので、行政からも支援いただければありがたい。

○診療報酬改定で問題が広がった。手術を主として行っている病院にはあまり問題ないが、地域でコミュニティ病院として内科系の患者や高齢者を診ている病院は、重症度や看護必要度が取れない状況。前の診療報酬でいうA～Cの項目の内、どれだけ介護が必要か示すB項目が外れた。患者を入院させながら、看護必要度を計算し維持する必要があるが、患者を受け入れれば、どんどん重症度が減っていき維持できなくなり、大変な問題となっている。

○医師会としても病院が大丈夫か懸念している。特に大阪府は一人世帯の高齢者が多く、緊急で倒れた際も、治療すればその後も地域で頑張って生活できる方も大多数いる。診療報酬や行政からの補助がなければ、経営が成り立たないところまできている。経営が維持できないと、地域医療が維持できず、第8次医療計画もおそらく成り立たないので、行政もしっかり対応してほしい。

議題（3）令和6年度 第8次大阪府医療計画の取組状況と次年度の取組について

資料2 令和6年度 第8次大阪府医療計画に対する取組と評価（PDCA）

事務局より説明。

<意見・質問>

○訪問歯科診療の拡充に向け、育成に支援してもらっているが、今後も重要と考えているので、引き続きお願いしたい。また、第8次医療計画になって、連携の拠点と歯科診療所の連携が重要と考えるが、まだまだ進んでいない状況のため、課題として認識してほしい。

（府）連携の拠点による取組は始まったばかりで、各圏域でどのような取組を行うか検討しているところ。一部の圏域の在宅医療懇話会でも歯科との連携が必要であるとの意見があり、連携の拠点を中心にどういった連携体制を組むか検討いただきたい。

○看護師育成の取組の中で「精神」が出てきているが、行政の認知症に関する会議では、ACPの話題が出てこない。非常に大事なポイントのため、そういった会議で発言をするが、「ない」で終わってしまう。在宅医療推進部会では、ACPが非常に大

事で話題としても出てくるし、講習会等も開かれているので、認知症の方でも何か連携が取れないかという思いがある。

医療介護連携事業については、多くの市町で実施主体は医師会が担当しているが、医師会に入っていない医療機関も最近では多い。実施主体が医師会となると、限られた枠組みとなってしまうと思うが、どのように考えているか。

(府) 福祉部では、医療職者（医師、看護職員、歯科医師、薬剤師、病院勤務の方、病院勤務以外の訪問看護ステーションや介護施設に従事する方）に対して認知症対応力向上研修を実施している。その中で認知症患者の意思決定支援の内容も含めているが、分量的にみるとACPまでは行きついていない状況。そのため、次年度、意思決定支援に関する新事業を企画しており、その中で医療職・介護従事職者に対して展開することを計画している。

非医師会員については、どこの圏域でも出てきており、地域によっては、拠点でも課題と認識された上で、非医師会員へのアプローチも計画として進めているところがある。非医師会員も巻き込んだ在宅医療提供体制を進めていただきたい。

○大阪では訪問看護ステーションが全国一多い。そのほとんどが株式会社立で、サ高住についている訪問看護ステーションも出てきている。そういったところは、訪問看護ステーション協会に入っているのか。

○2200を超えるステーションがあるが、会員施設は1100弱。実態調査の訪問件数や看護師の常勤換算数から見て、サ高住などをまわっている事業所かどうか見えてくるが、そういった事業所は非会員事業所が多い。災害等のことも考えると、会員に入ってもらいたい、そういった事業所は、限られたところにしか行かないので、地域とつながる必要がないとの回答が返ってくる。今年の調査では、会員から7割、非会員からは5割の回答があり、その中で、医療的ケアに取り組んでいる事業所は、会員事業所が多いというデータであった。人生会議を実施していない事業所においては、業務が忙しいというのもあるが、進め方が分からないという医療者がまだまだいて、データでみると、非会員の事業所に多い現状。大阪府の研修事業等は、会員・非会員関係ない事業だが、そもそも参加されないというイメージである。

○拠点の取組に関して、非会員の先生方へ協力を求める方向性で進めていると思うが、まだまだそのステージに至っていないところもたくさんある。様々な協会や組織では少なくとも顔の見える関係で地域に貢献していこうと考えているはず。ノーマルスタンダードとしてこうあるべきという方向性はあるが、その中で、どう連携するかが大事であり、推し進めていく立場にある。また、良い取組を行ったとしても、対応できないところが出てくると負担に耐え切れなくなるという懸念がある。様々な指摘があるので、行政として、施策において、意見を反映していただきたい。

○気になるのは、ACPである。看取りなど、自施設の看取り加算などになるため、救急病院で今晚危ないと伝えたと連れて帰ってしまうサ高住が出てきている。あるべ

き姿を行政が発信しないとACPはそういったところのお墨付きとして利用されるなど、府民が不幸になってしまう懸念があるので、それを踏まえてしっかり議論していく必要がある。

○看護協会には地域包括ケア会議という委員会があり、そこで様々な方と現状の把握や、11支部に分かれて看看連携を中心に連携を協議しているところ。

令和3年に大阪府から「地域包括ケアシステム（在宅医療）構築のためのロードマップ策定マニュアル」が作成された。どのようにロードマップやアクションプランを立てるのかわかりやすいので、協会としては11支部でこれに沿ってそれぞれ4つの問題に対して地域在宅医療の推進を進めているところ。医療計画において、マニュアル策定事業の内容が出てきていないが、評価や取組等あれば、教えてほしい。

（府）地域包括ケアのロードマップ作成事業は、当初3市町をモデル地域として当グループで実施したが、その後、地域包括ケアの部分については、担当の所管が変わり、継続しての実施には至っていない。また、地域包括ケアの部分は市町村事業となり、市町村へのサポートは福祉部がしっかりとやっていると聞いている。

○非常に分かりやすく作ってあるので、各市町村や二次医療圏内で連携を図りながら地域課題に取り組む際に、このロードマップを参考ツールとして使ってはどうか。

（府）ロードマップで出たノウハウや成果品は福祉部とも共有し、役立てるように働きかけていく。

補足として、ロードマップ作成事業は、令和2年度、市町村の地域包括ケアシステムを推進するための支援、具体的には、各市町村が在宅医療や医介連携をするに当たっての課題等を分析して今後どのような計画を実行していくのかというロードマップを作成するための支援ができないかということから、3地区をモデル地域として選り事業を実施した。本来であれば令和2年度の年度末に、作成したマニュアルに基づいて、全市町村への展開として説明会等も案内していたが、コロナの全盛期であったため中止し、地域包括ケアシステム構築の参考にするためホームページへ掲載したという経緯がある。その後、コロナが落ち着いて、福祉部が行っている各市町村向けの研修事業に、在宅医療推進グループも参画し、ロードマップに記載のある考え方、現状分析、各市町村の課題等、特に4つの場面ごとに課題分析して、かつ、どういったアクションをしたらいいのかというPDCAの回し方の研修をやっている。そのように、市町村の方に向けて、研修会の中で説明するという形で令和2年に策定したロードマップ作製事業を活用しているところである。

議題（4）在宅医療にかかる来年度の主な取組について

資料3-1 令和7年度 連携の拠点及び積極的医療機関の取組促進にかかる研修

資料3-2 令和7年度 在宅医療体制強化事業

資料3-3 令和7年度 人生会議の取組
事務局より説明。

<意見・質問>

- 地域包括支援センターが各地域で高齢者を対象に様々な活動を行っているが、ACP活動につながるような取組はされているのか。
- (府) 地域包括支援センターについては、要望に応じて資材提供を行ったり、研修をされる際の講師派遣の依頼があれば紹介したりしている。
- それらは資料3-3の事業概要(2)の市町村が行うセミナー等の開催支援に含まれているのか。
- (府) 市町村が行うセミナー等の開催支援は、補助金を交付する事業であり、地域包括支援センターへの支援とは異なる。
- 地域包括は地域の要の一つ。いろんな研修をそれぞれの地域の特色でやっているが、ACPに関してはその協力も得られないと進んでいかない。ACPを進めるためには、関わる全てのところにアプローチしていかないと進まない。また、ACPは難しいところがあるので、正しい進め方で行わなければ誤解を招く可能性があり、認知症の会議でなかなか進まないのは、違う方向性で勘違いされる危険性があることだからだと思う。いろんな方面に渡っての支援なり、援助がないと進まないの、協力いただければありがたい。
- 当協会で行っているACP支援人材育成に施設からの参加が少ない。救急搬送について、在宅の場合、かかりつけ医がしっかりついているので、情報共有しやすいが、施設の場合、特に夜間に救急搬送するよう言われることが多い。看護職が施設長である特養では入所者全員に人生会議を行っているところがあり、また、配置医師がしっかり機能を果たせば、救急に搬送させるなどなくなるのではと思う。福祉部の方から人生会議の研修開催について周知してもらったが、多少は増加したが参加が伸びないところ。在宅にかかわる人だけでなく、特別養護老人ホームや有料老人ホームなどの人の意識を変えていかないといけないので、周知に協力していただきたい。
- 本当に大事なのはACPの進め方だと思う。受診抑制に繋がるような普及の仕方は、間違った普及で、治すべき医療は治し、看取るべき看取りはACPに従うなど、区別をしっかりと必要がある。色々な情報も含め、サ高住のあり方も問われているので、確認しながら進めていく必要がある。
- 顔の見える関係があれば、多くの人との協力を得ながら、患者が人生をどう過ごしたいか、また、家族がどうあるべきかと考えているのかなど、方向性がわかってくる。しかし、施設の場合、閉鎖された空間のため、しっかりとしたアプローチが大事になる。いいものを周りで進めてもその中に入らないと進まないの、様々な団体が知恵を絞っているの、行政としても協力をお願いしたい。

議題（５）地域医療介護総合確保基金について（報告）

資料４ 地域医療介護総合確保基金（医療分）について
事務局より説明。

<意見>

○難病患者は非常に長期的なサポートが必要。経過が非常にゆっくりで、状態が良くなったり悪くなったり非常に不安定な状況なため、その都度サポート体制が密接に関わっていく必要がある。特に災害時は、その人に合わせたサポートをしなければ救えない状況もある。サポーター事業は、看護職としても色んな課題に対して支援できることにつながるため、是非とも協力してやっていきたい。

○在宅の難病患者が、災害発生時、どのように病院と連携していくか、また、自宅に帰る際、病院内でどのようなサポートがあったのか認識してもらったうえで自宅に帰ることが大事。疾患性のものが非常に増えてきているので、継続してしっかりやる必要がある。

健康危機管理、危機的な、例えばコロナパンデミックや南海トラフ等が起こった場合の連携、病診連携なり、地域での連携なりあると思うが、訪問看護ステーション協会としては何かあるか。

○大阪府での災害体制として、発電機・蓄電池を設置する設置ステーションがある。2018年の台風により、大阪府下で長時間停電が起こったことで、人工呼吸器のバッテリーが切れ、また、バッテリーの切れる時間はどれもほぼ同じであることから、一時的に救急搬送される患者が増加したため、救急車の本来の活動ができなかったことから始まったが、これは病院に行くなというわけではなく、ある程度自助で対応しつつ、自宅で電気の回復を待つなり、避難所に行くまでの時間を稼ぐ意味を持つ。昨年度より大阪府と連絡体制の訓練を行っている。これまで大阪府とステーション協会とで災害時の連絡が繋がっていなかったため、どこから地域の発災情報を確認すればいいかということにつながった背景があるが、訓練すればするほど、課題が満載である。平時でもうまくいっていないものが、実際にできるのか不安だが、医療職はリスク管理が本能的にできるので、何とかなるとは思っている。

人工呼吸器患者に関しては、地域で個別避難支援計画を立てているが、進んでいる地域とそうでない地域があり、また、発電機・蓄電池の補助事業がない地域もあるので、設置ステーションの発電機・蓄電池をうまく活用してもらいたいと考えている。事業所で発災した際の情報共有をどうするか、事業所の被災状況や地域の被災状況を把握できるようホームページを使って報告体制等取っているところだが、このメンバーで一斉につながることはなく、一部孤立感を感じており、医師会等も含めて、災害時の連絡体制が課題になっていると思う。

○在宅医療の強化体制として、敷居を低くして、よりこまめなという体制になった。そのチームだけでは必ずしも対応できず、様々な問題が出てくることに対して、関係

団体等から意見等が出てくると思うので、しっかり吸い上げを行う必要がある。

○小児の在宅医療を担当しているが、研修会で医療的ケアを必要とする子どもと母親が地震にあったというシミュレーション漫画を作ってくれた。その場面を想像すると、地域の中で、住民同士の助け合いがとても重要であると感じる。発災したからといって、医療従事者やケアワーカーたちも被災者であるため、すぐに集まって医療的ケアを提供できるわけではない。最初の発災、24時間、48時間、72時間までを自助互助で耐え忍ぶことが重要。単に医療や介護の話ではなく、地域づくりや社会づくりという視点が一番大事。

○ACPにしても、地域への啓発が言われているが、ホームページを見る人などはおそらく少数派。地域包括ケア、介護、看護、ヘルパーを含め、地域の診療所、薬局のパンフレットを見てというのが、現状である。特効薬というものはないので、そういった方々へ周知を続け、会議などに集まっていただき、輪を少しずつ広げていくことが大事。また、今回、市町村の話が上がってこなかった。市町村は要ではあるが、担当者が変わると温度差が変わるといえることがある。普段から在宅をしっかりとやられているという地域は、データとしてはないが、うまくいっていると感じている。

○非常に難しい問題が多数あるが、発災時の発電機等について、予算計上するなどの対応をしている。また、全国で防犯体制等に関する講座を行っている、地域に根差した町会の自治会長に2年連続語り部として来ていただいたりしている。いいことがあったらそのような形で手助けやマニュアル作りの努力をしているところ。

その他

<意見>

○今後の在宅医療推進において、病院や各地域の診療所等、多職種連携が必要である。大きな病院では退院支援室というところにケースワーカーや看護師が配置されていることが多い。そういった方向けの研修に平成30年3月に大阪府が作成した入退院支援の手引きを活用しているが、内容が古くなってきており、現在の診療報酬等に対応できていないので改定をお願いしたい。

(府) 本手引きは、平成30年、医介連携事業が市町村事業となる際、病院と在宅チームに使ってもらえるように策定したものである。現在は、市町村が独自で入退院支援の手引きを作っていて、市町村のホームページを見てもそれが分かる状況。今年度、手引きの改定を検討したが、市町村事業として何年も継続している状況のため、PDCAを回す事業マネジメントの部分で市町村を支援するという形を検討している。

○大阪府の立場からすれば、標準的なものを示すことが重要。平成30年に策定されたものが7年たっても使われているということは、素晴らしいこと。良いものは良いまま、内容を新しくすればよいのでその方向性で検討いただきたい。