

令和7年度 大阪府南河内在宅医療懇話会 議事概要

日時：令和7年11月5日（水）午後2時00分から午後4時00分まで

開催場所：南河内府民センター 3階 講堂

出席委員31名

（委員定数 36 名、定足数 19 名であるため有効に成立）

坂口委員、高井委員代理、木下委員、倉岡委員、藤本委員、松向寺委員、宋委員、吉本委員、下村委員、 笹部委員、 稔委員、 奥委員、 遠山委員、 船多委員、 磯野委員、 島岡委員、 國貞委員、 伊原委員、 寺元委員、 村井委員、 山尾委員、 萬谷委員、 時岡委員、 眞日本委員、 永岡委員、 中條委員、 土橋委員、 田中委員、 澤多委員、 中島委員、 阪井委員

■議題1 在宅医療に必要な連携を担う拠点等の取組について

資料に基づき、大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課から説明

【資料1】在宅医療において必要な連携の拠点等の取組状況について（府域における補助事業の申請状況の報告）

【参考資料1】医療計画における在宅医療の指標及び各圏域の参考指標の状況
(南河内二次医療圏)

■議題2 南河内圏域における在宅医療において必要な連携の拠点等の取組状況について

資料に基づき、藤井寺保健所、富田林保健所から説明

【資料2-1-1～6】南河内圏域における在宅医療において必要な連携の拠点等の取組状況について

【資料2-2】南河内二次医療圏における「積極的医療機関」一覧表

在宅医療に必要な連携を担う拠点（以下「連携の拠点」と表記）の課題について各医師会から説明

○ICT 活用の停滞について

ICT は訪問件数が少ない医師には有利だが、外来と訪問診療を行う医師には負担が大きく、特に訪問件数が多い医師は難しい。診療情報は訪問看護、介護情報はケアマネで集約してほしい。

○積極的医療機関の不足について

当市では、在宅医療後方支援病院は2件のみ。ブルーカード制度は導入済だが、活用件数は減少傾向。24 時間対応は進んでいないので、在宅医療を担う医療機関を増やす必要がある。

○ブルーカードシステム「病状急変時システム」運営の停滞について

当市では、年間平均 60 件登録だが、活用は 20 件程度。非稼働の登録者がそのままになっているなど、毎年の更新が滞っていることが問題。

○多職種連携会議における医師の参加意向の低下について

令和6年度の事業を振り返って、今年度、アンケート調査を医師会員に実施した。多職種連携会議に参加したいという回答は 16%にとどまった。会員の求めるコンテンツや魅力的な仕組みが必要である。

○医師と介護職との会議、講演会の開催方法と時間設定について

介護職は平日勤務時間内での開催を希望。土曜午後は時間外で参加困難。一方、医師は午前診と午後診の間の時間しか対応できず、2時間程度の講演会は負担が大きい。

○地域連携の課題について

当圏域は大きな病院がなく縦長の地形。今後は圏域のまとめが必要と考えている。

○在宅医師の高齢化と若手不足について

開業医・在宅医ともに高齢化。若手医師に在宅医療を担つてもらう仕組みが必要。

(質問)

○人生会議について、病院が実施する研修会の中に取り入れるなど、連携の拠点と病院とが一緒に取り組んでいけば、もっと早く展開ができるのではないか。

(保健医療企画課の回答)

○今年度、9月に実施した病院プラン調査における「在宅医療に必要な連携を担う拠点」との連携状況について、連携の拠点の存在を知らない病院もあり、そこが課題であると認識している。今後の在宅医療のニーズ拡大に伴い、一緒に進めていただければと思う。

■議題3 在宅医療における連携の課題について(意見交換)

(御意見)

○訪問歯科診療の理解不足について

訪問歯科診療の目的は、「安全に食べるための口腔ケアやトレーニング」だが、患者からは診療室レベルの治療(虫歯治療など)を求められる場合もある。実際に訪問しても虫歯治療等ができないのであれば「不要」と言われるケースもある。

○往診対応できる歯科医師の不足について

・在宅ケアステーションに訪問歯科診療の依頼があるが、往診できる歯科医師が少なく、一人に集中している。

・在宅診療には担当部署を設けて対応しているが、現状難しい状況がある。

○他職種と薬剤師との連携について

薬剤師が単独で訪問するケースが多く、他職種と同行できれば業務内容が変わる可能性がある。もっと多職種と簡単に連絡が取れる方法が望まれる。

○薬局の役割分担について

・多くの薬局は朝9時から夜8時まで開業していて、1人薬剤師の薬局では訪問困難。本人以外に家族への説明が必要な場合、時間調整が難しい。

・在宅医療に取り組む薬局と外来薬局とを区別したリストを医師会・歯科医師会に情報提供予定。

○地域で終末期対応のルール(救急搬送や蘇生の有無)を整備する必要性について
病院でも在宅医療を実施しているが、ACP の普及には家族理解・時間確保が必要。東

京では、(ACP による事前意思確認を尊重する体制の構築による)かかりつけ医との連携による救急隊の心肺蘇生中止が可能な仕組みを整えている。終末期の心肺停止の時に救急車呼ぶかどうかの取り決めができたらよい。

○在宅医療と有料老人ホームの課題について

在宅医療は「地域で連携し、患者を診ること」が基本だが、有料老人ホームでの囲い込みが全国的な課題。有料老人ホームの診療件数・訪問看護件数が在宅医療に含まれ、在宅医療の統計が膨らんでいる。

○ACP(アドバンス・ケア・プランニング)と DNAR(蘇生措置拒否)の違いについて
若手医療従事者に浸透しておらず、行政を交えて啓発が必要。

○ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の普及について

ACP の最後の詰めができていないと、在宅でトラブルになることがある。地域で ACP に関する市民向け講座や調査を実施している。

○訪問栄養の環境整備について

機能強化型認定栄養ケアステーションを活用し、訪問栄養の環境整備を行っている。食事形態の適応・不適応ということで、訴訟がおきており、その対応には多職種連携が必要である。

○在宅歯科の必要性について

人材育成のために研修をしているが、歯科衛生士のマンパワーが足りない。また、在宅歯科の必要性は高まっているが、要望が少ないと感じている。

○入院時連携と退院支援について

入院期間が短縮され、退院までに環境整備が不十分なまま退院するケースが増加。「どんな状況で退院できるか」「どんな支援が必要か」を明確化し、在宅移行を円滑にしたい。また、介護保険申請について、目的を理解した申請を促す必要があると感じている。

○介護予防事業について

効果的な事業を行うため、介護予防事業の見える化に取り組んでいる。介護予防事業(フレイル予防)の参加率の低下、特に男性の参加の低下が課題である。

○ICT 活用と情報共有について

・ICT で情報共有は進んできているが、情報を絞ることが共有のしやすさにつながると考える。

・ICT の導入をしているが、実際に運用までは到達していないのが現状であるため、今後活用に向けて医科と連携を図って行くべきと考えている。

・MCS は在宅医療に関わるメンバーで、すでに既存のネットワークを活用しているところもあるため、新規導入は難しい面がある。

・医師へ月1回情報提供書を送付しているが、急ぎではない相談時に電話や FAX で連絡しても返事がなく、細かな情報共有が困難。

■議題4 地域医療介護総合確保基金事業(医療分)について

資料に基づき、大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課から説明

【資料3】地域医療介護総合確保基金(医療分)について

【参考資料2】地域医療介護総合確保基金事業一覧

(質問、意見等) 特になし

■議題5 その他

資料に基づき、大阪府健康医療部保健医療室保健医療企画課から説明

【資料4】「人生会議の日」に向けた大阪府の取組等について

(質問)

○末期医療に関するACPのマニュアルはあるが、脳死や心疾患などの治療の選択など具体的な ACPマニュアルはあるのか。脳死になった場合、どのような治療を望むのかなどの ACP があった方が、本人の意志に沿った医療やケアができると考える。

(保健医療企画課の回答)

○一般的なACPの取り組み方を記載したものはあるが、府として治療の場面に応じたマニュアルは作成していない。地域の MC 協議会で話し合いがなされているのかもしれないが、把握できていない。