

前回懇談会（7月21日）における協議のまとめ（詳細）

「1 日常的な療養支援」

（1）医療供給体制の量的質的整備

○在宅医の人材確保

- ・在宅医療を行う医療機関を増やす方法として、1つは医師会として新規開業の医師に情報の提供などを行って、始めてもらうのも良いかと思う。
- ・看取りはまだ先だが、脳血管障害で月1回の往診が必要など、これまで外来で診てきた患者が何らかの理由で在宅医療の必要性が出てきた場合には、なるべくかかりつけ医が在宅医療を数件でもできるような体制を多職種と連携しながら構築できればいい。

○訪問看護師の人材不足

- ・今の在宅医療は、医療依存度が高い方、病状が深刻な方等が増加しており、長期間ブランクのある看護師は、対応が困難と感じ辞めてしまう。また、子育てが終わった50代の看護師は正職員として病院に戻ることから、経験のある訪問看護師がいない。

○薬剤師の人材育成

- ・卒業してすぐに調剤薬局に就職する薬剤師もおり、在宅で必要な中心静脈栄養等の知識がない薬剤師が多いので、研修をして対応していこうと考えている。また、無菌調剤の施設も増やしていく必要があると考えている。

（2）関係機関との連携（多職種連携）

○精神科（通院）等、複数の主治医がいる場合の連携

- ・在宅診療を受けている方でも、精神科だけはタクシーで通院しているなど、複数の医師が関わっているケースも多く、薬については1か所の薬局が管理するが、医師同士の横の連携が難しく大変なこともあるので、そういった連携があればいいのではないか。

○歯科医師・薬剤師の役割の理解や連携の必要性等について

- ・歯科医師は、患者の食の支援や看取りまでのQOLの維持を担えると考えているので食の支援が必要となった場合には、歯科医師会に声かけをしていただきたい。
- ・歯科医師は一人で開業しているものが多く、現状は日中の空き時間に訪問している。かかりつけだった患者が入院し、退院した後在宅で続けて診ているケースや、かかりつけではなかったが、歯科医師会経由で紹介され、在宅の対応をしているというのが現状。
- ・実際に在宅訪問をしているのは4割程度。宣伝が少ないということもあるが、訪問看護師が薬のセット等にも対応していただいているところもあるので、薬局が出来ることは薬局にと役割分担ができるといいのではないか。

（3）レスパイトケアの必要性（家族の支援）

○医療的ニーズの高い患者のレスパイトケアの受入先が必要

- ・在宅医療をやっていくうえで、看護小規模多機能型居宅介護等をレスパイトケアに活用できるのであれば、大変ありがたい。

「2 急変時の対応」

(1) 24時間・365日の医療供給体制（緊急往診体制等）

○24時間・365日の医療供給体制への負担

- ・夜中に急変する可能性等は少ないが、通院はできない方達を開業医が1か所で5人でも担当されると、多くの患者を在宅で診られるようになると思う。看取りが近くなってきたら在宅医療を専門にやっている機関に引継ぐという形もあると思う。
- ・開業医から病院に繋げ、退院時にまた同じ開業医に戻り、その患者の夜間急変回数が増加する状態になった場合には、在宅医療を専門にされている医師に繋いだというケースが3件程度続いたので、このような連携があってもいいのではないか。
- ・在宅医療の裾野を広げるには、24時間365日の対応をどうにかしていくしかないが、そのためには、医師のグループ化が必要になるのではないか。
- ・救急医療の素地をもった医師が在宅医療にシフトチェンジしていただくこともあればいいのではないか。

○訪問看護師のファーストコール体制

- ・医師会加入の診療所は、概ね1人で開業をしているため、24時間365日の対応をするのは難しいことが多い。訪問看護師がファーストコールを取ってくれて、どうするかを判断してくれる体制があると対応しやすい。
- ・訪問看護ステーションの規模は様々で、個人で開業しているところはかなり少ない人数でやっているが、定期訪問スケジュールがびっしり組まれる状況にある。その中では、看護師がファーストコールですぐに動けないということが多々ある。
- ・ファーストコールは看護師にと期待されているが、患者の状態によっては医師を呼ぶ方が適切な場合もあり、2度手間になると思われるときは、医師に直接電話をしてもらうようお伝えすることもある。

○薬局の夜間調剤対応等の負担

- ・夜間にオーダーが入る可能性もあり、薬局も一薬局だけで頑張ろうとすると負担が大きくなるので、グループ化をしていくことが大事になってくると思われる。

(2) バックベットの確保の必要性

○急変時の受入先の確保

- ・特に夜間・休日に急変した人の入院ベッドがあるとスムーズ。急変時に空きベッドがないために、救急車でどこの病院でも良いからというのは良くないので、できれば連携関連した病院で診ていただけるとやりやすくなると思う。
- ・急変時には病院が受け入れてくれるといった受け皿が必要になってくる。

「3 退院支援」

(1) 連携

○退院時カンファレンスへの参加

- ・歯科医師会からも、退院時カンファレンスには出席するようにと声かけをしているが参加できていないのが現状。

「4 看取り」

(1) 市民の意識

○在宅医療という選択肢や最期の迎え方についての意識

- ・ 癌が無い方の誤嚥性肺炎についてはどこまで治療をするのかというのは難しい問題。高齢者は肺炎を繰り返すということを理解し、入院せずに在宅で最期を迎えるという選択肢もあることについて市民啓発が必要。
- ・ 歯科医師会としても、誤嚥性肺炎の予防だけでなくある程度限界の時期には誤嚥性肺炎が繰り返されるものということの啓発も必要。
- ・ 行政としても、今後、人生の最期についての啓発が必要。

○看取りをする患者の家族への説明

- ・ 看取りで一番大変だと思うのは、家族への説明。

(2) 独居高齢者の看取り

○24時間の介護体制の整備

- ・ 家族による介護がなくても、24時間の訪問介護サービスや訪問看護で十分対応できる。独居高齢者が増えることを考えると介護のマンパワーが必要。
- ・ 遠くにいる家族や親戚が来た時に、本人の希望に沿った看取りをするための理解を求めていくことにはかなりの労力を要する。看取りは家族の理解が一番のポイント。