

吹田市地域医療懇談会の今年度の進め方

1 昨年度の議論のまとめ (p3～6)

昨年度、4 回懇談会を開催し、現状把握から課題の抽出、対策の方向性をご議論いただいたまとめをp3～6にお示しています。

2 検討すべき対策の柱と進め方のイメージの修正について (p7～8)

今年度の進め方について各関係機関とご相談していく中で、特に病院連携室の対応の均てん化については、もう少し広い意図をもって、患者の状態に応じた機能を持つ病院への転院や在宅医療への移行の円滑化、また急変時の入院受入れ等の推進にもつながるような、病病連携及び病診連携の促進のための取組みの中で、今年度設置する作業部会等の機会において、病院の課題やニーズ把握をもう少し掘り下げるような進め方をした方がいいのではないかとのご意見を頂戴しました。

それを踏まえまして、「検討すべき対策の柱」の分類と進め方のイメージについて一部修正したうえで推進します。

また、その「検討すべき対策の柱(修正版)」と「対策の方向性」の関係性を、p3～6の表の右列にお示しています。

3 今年度の地域医療推進懇談会の進め方

上記の修正を踏まえたうえで、「検討すべき対策の柱(修正版)」について、以下のような検討の進め方をしていきます。

1 在宅医療を支える連携体制の構築

① 医師の在宅医療に対する負担軽減のための連携体制の検討

- 医師会で従前から、医師の連携体制の在り方やバックベットの在宅医療の推進にかかる課題に対して、高齢者対策委員会等にて議論されていることから、引き続き医師の連携体制の在り方についてもご検討いただき、その進捗について今年度の第 2 回懇談会(秋ごろ予定)でご報告いただく。

② 訪問看護の事業所間の協力支援体制の構築(ネットワーク化等)

- 事業所連絡会訪問看護部会や、部会への未加入事業所も参加している任意のネットワークの機会等にて、改めて訪問看護に係る課題や対策等について意見聴取をさせていただき、第 2 回懇談会(秋ごろ予定)でご報告する。

③ 病病連携・病診連携等の促進

急変時における入院受入れ体制の検討(バックベッドの問題)

○ 急変時の入院受入れについては、病院の機能(高度急性期や急性期など)によっても考え方や課題が異なる可能性があることから、高度急性期病院以外の病院の、入院受け入れの体制上の課題や、受入に対する率直な意見聴取、また具体的な対策案の検討等を目的として作業部会にて協議する。

○ 急変時の入院受入れ体制の検討について協議いただく作業部会の概要は次のとおり。

<構 成 員> 病床機能報告で急性期病床の報告がある病院等(懇談会委員の病院以外)の地域連携に携わっている医師等(協和会病院、大和病院、徳洲会病院、平海病院、井上病院)、吹田保健所、吹田市医師会、在宅医 (計8人)

<回 数> 2回程度(6月末、8月末予定)

<部会の組織> 部会長を置かず、進行は市が実施

<協議内容> 急変時入院の受入れにおける現状及び課題の抽出、対策の方向性について

情報共有による連携促進の工夫(地域連携パス・ICTの研究・医療資源のリスト化)

○ 疾病別でなく高齢者全般に使用可能な地域連携パス(案)について、事務局でもう少し具体的なイメージをもってから、今年度の第2回懇談会で協議いただき、必要時作業部会でも協議いただく。

病院連携室の対応の均てん化

○ 患者の状態に応じた機能を持つ病院への転院や在宅医療への移行の円滑化、また急変時の入院受入れ等の推進にもつながるような、病病連携及び病診連携の促進のための取組みの中で、今年度設置する作業部会等の機会において、病院の課題やニーズ把握をもう少し掘り下げる。

2 医療関係者等の理解や知識・スキルの向上

○ 今年度第1回懇談会にて、各団体がこれまで取り組んできた内容及び今年度の取組み予定についてご報告いただく。また、今年度の取組み結果や進捗について、今年度の第2回懇談会(秋ごろ予定)でご報告いただく。

○ 特に、各病院での取組みには、他の医療機関にも広がっていくことが望ましいことから、その取組みの成果も見ながら、そういった取組みを広めていくためにどうすればいいか、といったことも考えながら今年度は実施をしていただきたい。

3 市民への啓発・情報提供

○ 今年度第1回懇談会にて、今年度市が実施する地域医療推進に関するシンポジウム等の市民啓発についてご助言をいただき、その実施結果についても、今年度の第2回懇談会でご報告する。

○ また、シンポジウム以外の市民啓発の取組み案や、市だけでなく各機関で重層的に取り組めそうなことはないか等についてもご協議いただく。

「在宅医療推進の環境づくり」議論のまとめ(現状把握～検討すべき対策の柱)

	現状及び問題 (現状と目標との差異、困った事柄)	課題 (問題を解決するためになすべきこと)	対策の方向性 (課題を克服するために必要な行動内容)	検討すべき対策の柱	
1 日常的な療養支援	(1) 医療供給体制の量的質的整備	○在宅医療を実施する診療所が少ない ○診療所医師の在宅医療についてのイメージが薄い ○在宅医療処置の対応困難な診療所が多い ○夜間・休日の対応に対する不安や負担がある	○在宅医療を実施する診療所の増加 ・診療所医師の人材育成(在宅医療についての理解の促進、必要な医療処置や知識の向上等) ・診療所医師と在宅専門医の連携体制構築	○診療所医師への研修の実施、新規開業医への情報提供等(今後の医療需要の動向を踏まえた在宅医療の必要性、在宅医療の現状と必要な知識・技術、かかりつけの患者から在宅医療を始めるような勧め等) ○診療所医師と在宅専門医との役割分担・引継ぎ等のしくみづくりの検討(状態が不安定になってきたり看取りが近くなったら在宅専門医に引き継ぐなど) ○複数の医師による連携体制の構築の検討	2 1-① 1-①
		○在宅患者薬剤管理指導料届出薬局は多いが、実際実施している薬局は4割程度 ○在宅医療の知識が薄い薬剤師の存在 ○無菌調剤施設の充足具合が不明	○在宅患者薬剤管理指導の実績の増加 ・薬剤師の人材育成 ・薬剤師の薬剤管理指導に対する必要性の理解促進 ○薬剤管理指導(無菌調剤)の必要量の把握	○薬剤師の人材育成のための研修 ○無菌調剤施設必要数の把握(現状及び将来の必要量の推測)	2
		○現状は要望に対応できているが訪問診療を実施する歯科医師が少ない	○訪問歯科診療を実施する歯科医院の増加 ・歯科医師の人材育成 ・口腔内チェック及び口腔ケアの必要性についての理解の促進	○歯科医師の人材育成のための研修(新規開業医への情報提供等)	2
		○小規模及び開設5年未満の訪問看護事業所が多く、小規模ほど負担が大きい ○事業所連絡会の加入率が約5割 ○訪問看護事業所によって、ネットワーク構築等に対する意識にばらつきがある ○ネットワーク構築等を目的に部会で集まっているが、参加者も減り、顔なじみばかり。 ○医療ニーズの高いケースも増え、一人での判断も求められるなどから、訪問看護師のなり手がいない ○特定医療行為ができないために24時間対応ができない事業所もある ○研修の機会があっても参加できているか分からない	○訪問看護の事業所間の協力支援体制の構築(ネットワークづくり) ○訪問看護師の人材確保 ○必要な体制確保及び看護の質の向上のための、系統立てた研修の実施	○事業所連絡会訪問看護部会の加入促進と活動の活性化(顔の見える関係づくり) ○潜在看護師発掘のための取組みの実施 ○地域の病院等において、受けやすい訪問看護の研修の工夫(特定医療行為の研修等)	1-② (1-②) 2
		○精神科(通院)等、複数の主治医がいる場合の医師の連携が不十分な場合あり ○病院医師と診療所医師との連携が不十分な場合あり ○医師同士の連絡として、診療情報提供書等の作成が負担	○医師同士の連携体制の構築(複数の主治医がいる場合や病院医師と診療所医師の連携) ○ICTの活用	○ケースカンファレンスの開催や診療計画の共有等の工夫 ○ICTの活用について他市事例等研究(病院と診療所間、医療機関と訪問看護等の事業所間など)	1-③ 1-③
	(2) 関係職種間の連携	○訪問看護の服薬管理と薬局との役割分担や連携が必要 ○訪問看護と歯科医との連携が不十分 ○口腔ケアの必要性について、在宅医療及び介護関係者の理解が低い ○訪問看護についての病院医師の理解度が低い	○歯科医師・薬剤師・看護師等連携促進のための、顔の見える関係構築(多職種連携体制の構築) ・医療・介護関係者における各職種の職域・職能の理解促進 ・訪問看護と薬局の役割分担と連携の促進 ・訪問看護と医師・歯科医との連携促進	○多職種へ向けた情報発信や交流・相互理解の場の設定(在宅医療介護連携推進事業との連携)	在宅医療・介護連携推進事業
		○在宅医や訪問看護事業所の24時間対応等の情報が分からない ○医療関係者とケアマネ等との連携が十分でない	○在宅医や訪問看護等の医療資源情報の一元化と共有 ○医療関係者とケアマネ等との連携の円滑化(在宅医療・介護連携)	○在宅医や訪問看護等の医療資源情報(訪問診療実施可や24時間対応可等)のリスト化・マップ化、相互理解のための交流等の設定 ○在宅医療・介護連携推進事業との連携	1-③ 在宅医療・介護連携推進事業
		○病院の連携室によって、医師への連絡取次ぎ等の対応に差がある	○病院の連携室の対応の均てん化	○病院連携室同士の交流や情報交換の場の設定	1-③

		現状及び問題 (現状と目標との差異、困った事柄)	課題 (問題を解決するためになすべきこと)	対策の方向性 (課題を克服するために必要な行動内容)	検討すべき対策の柱
2 急変時の対応	ケア(3)の必要レスパイト(家族)	○医療ニーズの高い患者のレスパイトケアが必要(家族の負担が大きい)	○レスパイトケアの受入先の確保 看護小規模多機能型居宅介護の設置勧奨 レスパイト的な検査目的等の短期入院への理解促進	○検査目的等を兼ねた短期入院の受入れについて、病院の理解促進	1-③
	(4)市民の意識	○いざという時のために、診療所でかかりつけ医を持つことを進めるが、大病院志向がある ○6割台(64.3%)の人が自宅療養を希望しているが、8割弱(78.6%)の人が自宅療養の実現は難しい・希望しないと答えている ○自宅療養が困難な理由は、家族に負担がかかる(67.7%)が一番多い。一方で、経済的負担がどれほどかわからず不安(43.3%)、自宅療養についての情報が少なく想像できない(33.8%)という情報不足による不安が存在する	○在宅療養や在宅医療等についての市民の理解促進	○在宅療養や在宅医療等について、行政及び各機関主催の市民啓発の実施	3
	(1)給体制(4時間・緊急・3診6体制等)の医療供給	○24時間・365日の医療供給体制への医師の負担 ・夜間・休日、年末年始、外来診察時間内等の対応についての不安 ○訪問看護師のファーストコール体制に対する訪問看護師の負担(人員体制も厳しく、定期訪問で予定が埋まっている中での対応) ○薬局の夜間調剤対応等の負担	○診療所医師の負担軽減のための医師の連携体制の構築 ○訪問看護師の負担を最小限にしたファーストコール体制の構築 ・診療所医師と訪問看護師の役割の明確化 ・急変時対応が必要な状態像についての患者側の理解の促進 ○薬局相互の連携体制の構築	○医師の連携体制構築の検討 診療所医師と在宅専門医との連携・引継ぎ 複数の医師による連携(グループ化や代診医師) 急変時対応に対する救急医の協力体制構築の可能性の検討 など (病院の救急医の登録制度による、在宅患者の24時間対応の支援) ○医師会勤務医部会等の活用による、病床機能分化・連携と関係付けた在宅医療の供給体制の検討	1-① 1-①
	(2)バックベットの確保の必要性	○急変時の入院を受け入れてもらえないことへの診療所の不安感 ○急変時の入院が長期入院になるのではとの受入側の不安感 ○バックベッドのための空床確保は困難 ○誤嚥性肺炎等、入院受入れ側の一部の医師に係る負担についての不安 ○入院の基準や定義にばらつきがあるのではないか ○入院患者の医療必要度の問題(軽症ばかりの受入れ困難) ○在宅医療の場合、登録医制度が機能していない	○急変時入院の受入れの円滑化 ・在宅医療における急変時の入院について、診療所及び病院両者の理解促進 ・急変時入院の受け皿の増加 ○在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域医療支援病院の増加	○診療所及び病院(院長・医師)に対する在宅医療の理解促進のための情報提供・啓発 ○病院医師と診療所医師(在宅医)とで情報共有や事例検討などの場の設定 ○一旦病院で診ていただき、入院困難であれば別の病院へ搬送するような対応の検討 ○高度医療が必要な方は一旦急性期病院へ入りそこから高度医療病院へというしくみ ○登録医制度の効果的運用の検討 ○病床機能分化・連携と関係付けた在宅医療の供給体制の検討	1-③
者(3)急変施設の入所対応	○施設入所者で、最期は蘇生等受けたくない意思表示していても、急変時に嘱託医が救急搬送を指示されるケースがあるが、在宅医のように急変時に施設に行き対応するような体制ができていくべきではないか。 ○施設入所者の急変時に、医師も看護師もいない場合に判断するのは難しく、やむを得ず救急車を呼ばざるを得ないのも無理はないのではないか。	○施設入所者の急変時の対応について、医師から起こり得る状況や対処方法等についての事前説明や、嘱託医による対応	○施設の職員に対する急変時の対応についての心構え等についての啓発	2	

		現状及び問題 (現状と目標との差異、困った事柄)	課題 (問題を解決するためになすべきこと)	対策の方向性 (課題を克服するために必要な行動内容)	検討すべき対策の柱
3 退院支援	(3) 市民の意識	○患者や家族の、急変時対応についての知識不足	○急変時の対応に対する患者や家族の理解促進	○急変時の対応について、行政及び各機関主催の市民啓発	3
	(1) 入院医療機関の職員対応	○入院医療機関職員の在宅療養や在宅医療についてのイメージや知識が薄い ○入院時介護保険の情報等とっているが退院支援に活かしていない ○マンパワーや在院日数の短縮等で、見通しを持った退院支援に大きなパワーが必要 ○高齢者の経済的問題から在宅医療と介護保険両者の費用負担が厳しい	○入院医療機関職員の在宅療養を見越した適切な退院支援の実施 ・入院医療機関職員の在宅療養や在宅医療についての理解促進 ・経済面も配慮した退院支援の実施	○入院医療機関職員への在宅医療についての理解の促進 (医師、病棟看護師、退院支援担当者の人材育成、情報提供・研修、ビデオ視聴等)	2
	(2) 連携	○診療所医師の退院時カンファレンスへの参加が少ない ○急性期病院と回復期病院、かかりつけ医との顔の見える関係が十分できていない ○退院時カンファレンスが開かれられない場合もある ○各診療所医師の退院時カンファレンスへの参加意向が分からない ○逆紹介率が紹介率ほど高くない入院医療機関もある ○退院時他科受診され薬が一元化されていない ○在宅医療に係る機関の24時間体制等の情報を網羅したものがない、随時更新が必要 ○療養病床への転院が必要な方の受入先の調整に苦慮している(療養病床が少ない)	○円滑な院内連携及び病診連携のもとでの適切な退院支援の実施 ○病院医師とかかりつけ医との連携体制の強化 ・院内連携の円滑化 ・病診連携の円滑化 ・退院時カンファレンスの適切な開催及び、医師や薬剤師等医療関係者の退院時カンファレンスへの参加 ○かかりつけ薬局の定着促進 ○訪問看護や在宅医等の医療資源情報の一元化と共有 ○病床機能分化・連携の促進の動向を見据えた在宅医療の推進	○病診連携及び退院支援促進のための地域連携パスなどのシートの検討 ○退院支援のフローチャート等による円滑な退院支援のルールづくり ○在宅医や訪問看護等の医療資源情報(訪問診療実施可や24時間対応可等)のリスト化・マップ化、適正な情報の更新 ○病床機能分化・連携の現状及び課題等の把握など、地域医療構想の進捗状況の把握と患者の状態像に応じた退院支援や在宅医療の体制整備等	1-③ <small>在宅医療介護連携推進事業</small> 1-③
(3) 市民の意識	○退院支援に対して入院継続を望む患者や家族の存在 ○従前からかかりつけ医がいない患者がいる	○地域完結型医療への理解促進 ○かかりつけ医の定着促進	○退院支援の目的や地域完結型医療、かかりつけ医について、行政及び各機関主催の市民啓発	3	
4 看取り	(1) 看取り給付体制の整備	○診療所医師の看取りに関する知識やイメージ、経験がない ○独居高齢者の看取りについて、医療だけでなく、24時間の介護体制がないと厳しい ○看取りが近くなったとき、今後起こる変化についてきちんと家族に説明しないと、病院への搬送を希望されてしまうこともある。 ○施設入所者で、最期は蘇生等受けたくない意思表示していても、急変時に嘱託医が救急搬送を指示されるケースがあるが、在宅医のように急変時に施設に行つて対応するような体制ができていくべきではないか。	○診療所医師の看取りに関する知識や技術の向上 ○24時間の介護体制の整備 ○看取りが近くなったときの、病状変化等の家族への丁寧な説明 ○施設入所者の最期の医療の受け方についての意思確認の必要と、その意向に応じた施設側の対応	○診療所医師に対する看取りについての症例検討や情報提供・技術的支援等 (看取りに必要な知識や技術、患者家族への説明、連携についてのノウハウ等) ○在宅看取りのための介護供給体制の整備と医療介護連携の推進 ○施設の職員に対する看取りについての心構え等についての啓発	2 2
	(2) 市民の意識	○在宅医療や在宅看取りについての情報が少ない ○自分や家族の最期の迎え方についての意識(死生観) ○最後の医療の受け方についての意思確認の必要性 ○人生の最期を自宅で迎えたい人は5割弱(44.9%) その埋田は、任み慣れた場所で最期を迎えたい(68.1%)、家族との時間を多くしたい(45.1%)、家族に看取られたい(39.8%) ○人生の最期について6割台(63.8%)が家族と話したことがない	○在宅医療や在宅看取り、また自分や家族の最期の迎え方についての市民の理解の促進	○在宅療養や在宅看取りという選択肢、また最期の迎え方について、行政及び各機関主催の市民啓発(お薬手帳を活用した啓発等) ○自分の最期の迎え方について(蘇生処置を受けるかどうか)の市民啓発と、事前の意思確認	3 3

「かかりつけ医等の定着促進」議論のまとめ(現状把握～検討すべき対策の柱)

	現状及び問題 (現状と目標との差異、困った事柄)	課題 (問題を解決するためになすべきこと)	対策の方向性 (課題を克服するために必要な行動内容)	検討すべき対策の柱	
かかりつけ医等の定着・促進	(1) 病院と診療所との連携	<p>○循環型連携において、急性期病院と回復期病院、かかりつけ医との顔の見える関係が十分できていない(複数の医師にかかっている場合など、知らない間に薬が増えている等)</p> <p>○逆紹介率が紹介率ほど高くない病院もある</p> <p>○逆紹介の際など、地域の診療所の情報(データやマップ)がない、病院独自で収集しても情報の更新が大変</p> <p>○インターネットでの診療所の情報提供システムは、情報の更新が容易だが、市民や診療所の一部はインターネットが身近でない方もいる</p>	<p>○普段はかかりつけ医が診て、必要時専門病院でフォローしていくという循環型の医療連携の強化(診療計画の共有や日常の連携の工夫等)</p> <p>○円滑な紹介・逆紹介の推進</p> <p>○地域の診療所についての情報の集約と共有、市民への情報提供(リアルタイムな情報で、更新の負担が少ない診療所情報の集約、病院や市民が利用しやすい方法で、欲しい情報が入手できる情報提供のしくみ)</p>	<p>○循環型医療連携促進のための地域連携パスなどのシートの活用</p> <p>○患者に対する循環型医療連携についての丁寧な説明や、診療所についての情報提供</p> <p>○地域の診療所情報の集約と情報提供のあり方についての検討(情報収集の方法や更新方法、提供する情報の内容、情報提供の方法等)</p>	<p>1-③</p> <p>3</p> <p>1-③</p>
	(2) 市民の意識	<p>○診療所が開いている時間帯に病院の救急外来に受診されるというように、診療所と病院の役割について理解されていない方もいる</p> <p>○大病院志向のある方の存在</p> <p>○救急医療の相談先や受診先を知らない人43.9%</p> <p>○医療機関に役割分担があることの認知度51.7%</p> <p>○かかりつけ医がいる割合55.3%</p> <p>○かかりつけ医がある人の7割が市内の診療所でもかかりつけ医を持っているが、病気になった時に、場合によっては選定療養費を払っても大規模病院にかかると考えている人が多い</p> <p>○大病院をかかりつけ医としている人の理由は、高度な機器での検査やたくさんの診療科があるからなどの大規模病院特有の理由ではなく、前から診てもらっているからという理由が一番多い(58.9%)</p> <p>○かかりつけ薬局を決めている割合38.2% かかりつけ薬局を決めていない理由として、かかった医療機関の近くの薬局に行く方が便利という理由が一番多い(69.5%)</p>	<p>○かかりつけ医を持つことの意義や医療機関の機能分化・連携についての理解の促進</p>	<p>○医療機関の機能分化・連携や、かかりつけ医を持つことの意義等について、行政及び各機関主催の市民啓発の実施</p>	3
		○健康への無関心者、生活習慣病等の放置者、かかりつけ医のいない患者の存在	○かかりつけ医をもつきっかけづくりや、健康への関心を高めるための働きかけ	○健診受診の勧奨と、健診をきっかけとしたかかりつけ医を持つことの勧奨	3
		○かかりつけ医を決めるうえでの情報が得にくいのではないか(専門科目や連携病院等)	○市民に対する地域の診療所の情報提供	○市民に対する地域の診療所の情報提供のあり方についての検討(提供する情報の内容や提供方法等)	3
		○お薬手帳が活用されていない(薬の一元管理がなされていない)方もいる	○お薬手帳活用の理解促進と、それによる、かかりつけ医と専門病院、他科の医師同士の連携促進	○お薬手帳の必要性やメリット等についての市民啓発の実施	3

目指す姿と検討すべき対策の柱

目指す姿

- 将来の在宅医療の医療需要に見合った在宅医療の供給体制の整備
- 医療関係者及び多職種連携により、安心して質の高いケアの提供体制の構築(※)
- 在宅医療やかかりつけ医等についての市民理解の促進

(※)在宅医療・介護連携推進事業とあわせて推進

これまでの議論で出された「対策の方向性」を、今後検討すべき対策の柱として、以下のように再編(主な項目について記載)。

1 在宅医療を支えるバックアップシステムの構築(面での支援体制の構築)

- ① 医師の在宅医療に対する負担軽減のための連携体制の検討
(医師のグループ化等による連携や引継ぎ等)
- ② 訪問看護の事業所間の協力支援体制の構築(ネットワーク化)
- ③ 急変時における入院受入れ体制の検討(バックベットの問題) 等

2 医療関係者の連携促進のための取組み(つながりや連携の強化)

- ① 情報共有による連携促進の工夫(地域連携パス・ICTの研究・医療資源等のリスト化)
- ② 病院連携室の対応の均てん化(交流や情報交換の場の設定)

※多職種間の職域・職能の理解促進(訪問看護と薬局の役割分担・訪問看護のファーストコールの負担等)や顔の見える関係づくり、退院支援のフローチャートづくり等については、在宅医療・介護連携推進事業として推進

3 医療関係者等の理解や知識・スキルの向上

在宅医療や在宅療養、在宅看取り等についての知識や理解、技術の向上
(診療所医師・病院医師・病院看護師・退院支援担当者・薬剤師・歯科医師・施設職員等)

4 市民への啓発・情報提供

適正な病床機能やかかりつけ医、在宅看取りという選択肢、最期の迎え方等について、市民啓発や情報提供のあり方の検討

目指す姿と検討すべき対策の柱（修正版）

目指す姿

- 将来の在宅医療の医療需要に見合った在宅医療の供給体制の整備
- 医療関係者及び多職種の連携により、安心して質の高いケアの提供体制の構築(※)
- 在宅医療やかかりつけ医等についての市民理解の促進

(※)在宅医療・介護連携推進事業とあわせて推進

これまでの議論で出された「対策の方向性」を、今後検討すべき対策の柱として、以下のように再編(主な項目について記載)。

1 在宅医療等を支える連携体制の構築

① 医師の在宅医療に対する負担軽減のための連携体制の検討
(医師のグループ化等による連携や引継ぎ等)

② 訪問看護の事業所間の協力支援体制の構築(ネットワーク化)

③ 病病連携・病診連携等の促進

急変時における入院受入れ体制の検討(バックベットの問題)、
情報共有による連携促進の工夫(地域連携パス・ICTの研究・医療資源等のリスト化)
病院連携室の対応の均てん化 等

③・・・修正(案)部分

※多職種間の職域・職能の理解促進(訪問看護と薬局の役割分担・訪問看護のファーストコールの負担等)や顔の見える関係づくり、
退院支援のフローチャートづくり等については、在宅医療・介護連携推進事業として推進

2 医療関係者等の理解や知識・スキルの向上

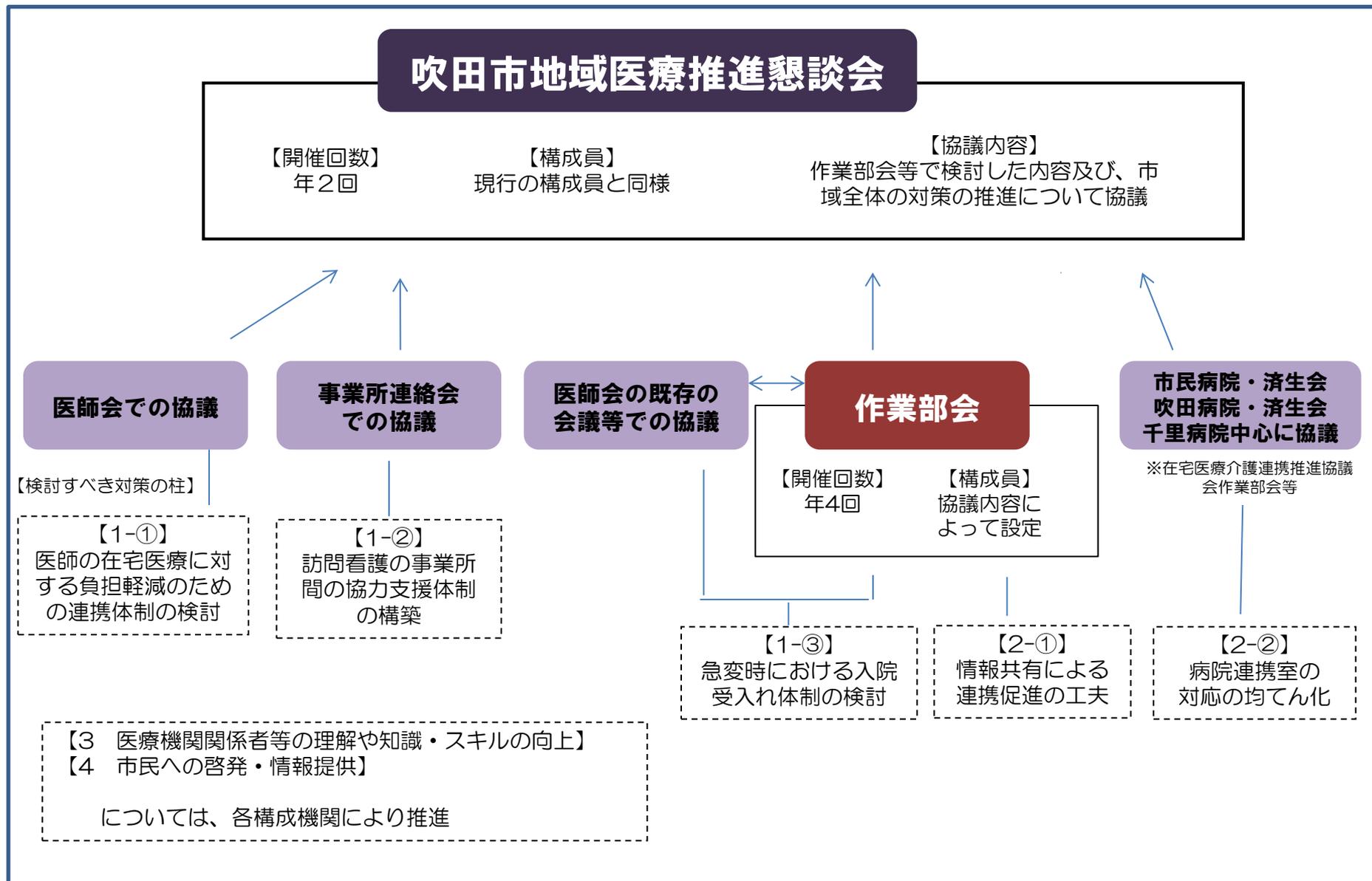
在宅医療や在宅療養、在宅看取り等についての知識や理解、技術の向上

(診療所医師・病院医師・病院看護師・退院支援担当者・
薬剤師・歯科医師・施設職員等)

3 市民への啓発・情報提供

適正な病床機能やかかりつけ医、在宅看取りと
いう選択肢、最期の迎え方等について、市民啓
発や情報提供のあり方の検討

平成29年度の検討体制と進め方のイメージ



平成29年度の検討体制と進め方のイメージ（修正版）

