

赤字: 作業部会で出た意見
 青字: 懇談会及び作業部会で共通して出た意見

「在宅医療推進の環境づくり」

	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)	
1 日常的な療養支援	(1) 医療供給体制の量的質的整備	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	
	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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) ○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) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○訪問看護のやりがいや魅力についての周知 ○病棟看護師の訪問看護への研修や出向等のしくみづくり ○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) 	
	(2) 関係機関との連携(多職種連携)	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○病院連携室の相談員同士の集まる機会がない 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○病院連携室同士が連携するような機会の設定 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○診療所医師と病院医師との関係づくり ○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) ○病院連携室同士の情報共有・連携促進の機会の設定
	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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) (訪問看護やケアマネとの研修会、退院支援ナースから退院支援の研修、病院と老健、地域包括との合同勉強会や事例検討会等) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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) 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	
	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○病院の連携室の対応の均てん化 	<ul style="list-style-type: none"> ○病院連携室同士の交流や情報交換の場の設定 	

	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)	
	(3)レスパイトケアの必要 (家族の支援)	○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) ○家族の介護疲労が限界のところまできている場合の、レスパイトが課題。	○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
	(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分からず不安(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
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	○診療所医師の負担軽減のための医師の連携体制の構築	○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
		○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)	○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	○急変時対応が必要な状態像についての患者側への適切な説明 (家族の介護力の向上)
		○薬局の夜間調剤対応等の負担	○薬局相互の連携体制の構築	○薬局相互の連携体制(グループ化)の必要性についての検討
	(2)急変時における入院受入れ体制の構築	○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 ・精神科疾患や認知症の方への対応 ○急変時の入院依頼を円滑にするための病院の受入れ体制等についての情報整理 ○診療所と病院との適切な情報提供による円滑な病診連携の促進 ○後方支援病院等の在宅医療を支えるしくみについての理解の促進 ○高度急性期からポストアキュートへの患者の流れの円滑化 ○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 ○各病院の急変時入院の受入体制等について、診療所への情報提供 ○病院が安心して入院受入れができるような情報提供のあり方についての周知 ○後方支援病院等の在宅医療を支えるしくみについて情報提供・啓発 ○高度急性期病床をもつ病院からの医療や看護のスキル向上支援による病病連携の促進	

	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)
	(3)施設入所者の急変時の対応 ○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るが、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
	(4)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 退 院 支 援	(1)入院医療機関の職員の対応 ○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せていない ○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) (退院支援した患者宅へ伺い、退院後どのような生活につながっているかを検証するなどのフィードバック等)
	(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 ○診療所の医師は外来もある中でカンファレンスへ多く参加するのは難しい。 ○病院医師もカンファレンスへの参加がない場合もある ○診療所医師に対するカンファレンスへの参加の声掛けも十分でない病院もある。 ○カンファレンスが病院の重要な業務であると、院内で十分認識されていない病院もある ○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 ○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 ・円滑な情報提供のしくみ ・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 ○診療所医師がカンファレンスに参加できなかった場合も、本人家族の在宅への受け止め等についての情報提供の工夫 ○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 ○開放型病床を利用した共同診療の推進 ○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
	(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

	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)
4 看取り	(1) 看取り対応可能な医療・介護の供給体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ○診療所医師及び病院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 ○看取りについて、本人・家族の意向の確認とその対応 ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○診療所医師及び病院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) 市民の意識	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅医療や在宅看取りについての情報がない ○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%) その理由は、住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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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