

	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 <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅患者薬剤管理指導の実績の増加 <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<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)
	<ul style="list-style-type: none"> ○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"> ○訪問歯科診療を実施する歯科医院の増加 <ul style="list-style-type: none"> ・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"> ○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 ○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"> ○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 	<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 ○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)
	<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 	<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) <ul style="list-style-type: none"> ・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)
	<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"> ○在宅医や訪問看護等の医療資源情報の一元化と共有 	<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
	<ul style="list-style-type: none"> ○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"> ○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)
	(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)	○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)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
		(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と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
(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	

	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)	
3 退院支援	(1)入院医療機関の職員の対応	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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)連携	<ul style="list-style-type: none"> ○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) 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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
	(3)市民の意識	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域完結型医療への理解促進 ○かかりつけ医の定着促進 	<ul style="list-style-type: none"> ○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
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っ て対応するような体制ができていくべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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)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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<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

吹田市地域医療推進懇談会での意見「かかりつけ医等の定着促進」について

	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) 病院と診療所との連携	<ul style="list-style-type: none"> ○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) ○逆紹介率が紹介率ほど高くない病院もある ○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 ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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) ○円滑な紹介・逆紹介の推進 ○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) 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○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 ○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)
	(2) 市民の意識	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○大病院志向のある方の存在 ○救急医療の相談先や受診先を知らない人43.9% ○医療機関に役割分担があることの認知度51.7% ○かかりつけ医がいる割合55.3% ○かかりつけ医がある人の7割が市内の診療所が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 ○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%) ○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%) ○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) ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○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 ○市民に対する地域の診療所の情報提供 ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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 ○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 ○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) ○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

かかりつけ医等の定着・促進