

地域のかかりつけ医（在宅療養支援診療所）

〔現状・課題〕

- ・医師が高齢になり、時間的、体力的・精神的な負担が大きい。
- ・在宅医療を担う新しい医師が増えない。
- ・他科の専門的な医療、処置、管理が難しい、アドバイスを受ける機会がない。
- ・医療報酬は高いが、看取りの実績等、認定のハードルが高い。事務手続きが煩雑

H30～
在宅医療体制
強化事業

〔提案・取組み〕

- ・医師会で認識を深めるための研修
- ・開業医の各診療科の専門性を考慮しネットワークづくり
- ・診療報酬に関する相談窓口の設置
非医師会員が入れば、在宅医の中でもすみ分けができる可能性もある（豊中）。

地域医療支援病院・在宅療養支援病院・在宅医療後方支援病院等

〔現状・課題〕

- ・病院とのルールづくりがなかなか進められない状況。
- ・バックベッドを確保されているという安心感がない。
- ・在宅療養支援病院や在宅医療後方支援病院の機能が十分発揮されていない。
- ・連携が十分でない。

H30～在宅医療移行支援事業

〔提案〕

ICTを活用した医療情報連携システム 救急以外でも受入病院を探すシステムの構築（二次医療圏の当番病院の設定、空床の情報開示）

歯科診療所（在宅療養支援歯科診療所）

〔現状・課題〕

- ・今後、在宅歯科が必要な患者が増えてきた時に対応できるか
- ・歯科医師のレベルに差があるため、在宅に関する技術のレベルアップを考えたい。
- ・市民や他職種への啓発事業はあるが、歯科医師に向け話す機会は少ない。
- ・口腔ケア管理が重要になっている時代である。

〔提案〕

歯科医師会にポータブルの往診用のタービンやモーターを配備
コーディネーターとしての歯科衛生士を配置する等、できるだけ顔の見える関係づくりが大切
在宅ケアステーションを立ち上げており迅速に対応する必要
入院中に歯科治療し、退院後の生活困難を防ぐ視点が必要
安全に食べること等の口腔保健啓発にも力を入れている。（中河内）

H30～
医科歯科連携推進事業

薬局（在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局）

〔現状・課題〕

- ・薬局の24時間365日対応は難しい。マンパワー不足
- ・薬の管理も情報も煩雑で問題になっている。
- ・訪問看護師とのすみ分け、ケアマネとの理解不足など。情報共有を進めていくこと必要。
- ・薬剤師の役割、相談窓口がわかりにくい。在宅に対応している薬局がわかりにくい。
- ・「お薬手帳」や「連絡帳」等、スマホ・紙媒体の両方で対応できるものもあるが、緊急時こそ機関を越えて情報共有できるツールの活用が必要。

〔提案・取組み〕

残薬管理など医師から指示もらうのが理想
訪問看護ステーションや医師と連携していくことが重要
在宅に対応できる薬局を増やすこと、それに伴う管理の難しさ・煩雑さを、Harmon（電子お薬手帳）を使って効率化していきたい。（豊能）
病院の薬剤部と勉強会など、薬薬連携も進めている。（豊能）
市内で可能な薬局の一覧を作り、行政の窓口などに配架（茨木市）
無菌剤の指導が可能な所は地域で届出をし圏域として確保していく。（北河内）
薬局の機能についてのマップ化・夜間緊急時対応薬局の輪番 地域連携における在宅医療サポート事業の実施（熊取町）

訪問看護ステーション

〔現状・課題〕

- ・毎年新規参入はあるが、閉鎖する事業所もある。まだまだ足りない。人材確保ができていない。
- ・単体で頑張ってもバックアップがしにくい。訪問看護連絡会ができ活動が活発になった。
単体での活動ではなく、地域の中で組織化することが大切。
- ・どの訪問看護ステーションにも利用者が利用しやすい システムづくりが求められる。
- ・歯科・薬科との連携で楽になった。

〔提案・取組み〕

教育ステーションでの 市民向けの啓発（訪問看護ステーションの利用方法やPR）
訪問看護師の育成、退院援助をスムーズにするための体験研修など 様々な事業を実施。
看護師不足という状況を改善するため看看連携の会も立ち上げる予定。（豊能）

在宅医療を支えるための医療機能【日常の療養支援・退院調整・急変時対応・看取り】

〔現状や課題〕

〔提案〕

取組み

退院支援

- ・病院から在宅への移行に関し、連携がとれていないケースが多い。
- ・受入れ体制が構築できていない中で突然退院してくるケースがある。
- ・在院日数の短縮化が影響し、在宅での医療が高度化し対応が難しい。
- ・他市町村との連携が課題。医師会、コーディネーターが他市町村の受入体制や関係機関との連携について状況を十分に把握しきれていないのが現状。
- ・連携室を置いていない病院との連携が十分にできない。
- ・かかりつけ医がない患者、またあっても訪問診療をしていない場合などは、受入れ先の調整が困難

〔提案〕

退院調整のルール作り 入院時（早期）からの退院調整が大切
重症のまま在宅帰ってくるケースに対しては、より早期からの退院調整が重要
病院と訪問看護ステーションとの連携が重要である
すべてのカンファレンスに出席できないためICTの活用が有効
訪問看護と病院との連携 医療の高度化に対応する訪問看護の技術支援

〔圏域での取り組み事例〕

医師会主体で緊急体制の病院と連携するシステムを稼働（南河内）
後方支援病床システムの情報を見れるように、医師会・訪問看護・介護の順に広めていく（北河内）
退院調整のルール化に向け、ケアマネが主治医に必ず連絡をとるよう指導を始めている（南河内）

日常の療養支援

- ・在宅医療を担う多職種との連携、多職種間の役割の理解不足
- ・在宅医療に関する情報、事業所情報などが不足
- ・患者の疾患ごとに支える受入体制の整備が必要
- ・急変時等の対応について、状態が安定している時に整理しておく必要がある。
- ・在宅医療について正しい知識をもち、適切に選択できるよう普及啓発が必要

〔提案〕

多職種チームでの対応がこれから求められる。チーム対応で人材も育つ。
主治医・副主治医制のチーム バックアップ医師との連携 サポート後方支援が必要 → 在宅医療体制強化事業
病院のレスパイト受け入れやヘルパー、かかりつけ医、診療所との関係が保ちやすくなるように意識し、組織化することが必要
資源集は非常によい。広く利用してもらえるようにマップを作成している。
冊子と電子化の両方あるのが理想である。一般向け、専門職向けの両方ある方がよい。
医師会を超えて情報共有シートを活用していければ良いと思う。最終的には、紙ベースから、公的な位置付けてクラウドを活用したシートの活用ができればと思う。
医療従事者向けに在宅医療の理解を深める研修会の開催

〔圏域での取り組み事例〕

虹ねっとに非医師会員が入れば、在宅医の中でもすみ分けができる可能性もある（豊中）
急変時に救急隊に情報を伝えられるように、連絡先等記入し、冷蔵庫等に入れておくキットが普及し少しは情報が得られるようになってきた。（北河内）
主治医・副主治医を用いた医師会在宅チームの結成（泉州）

急変時対応

- ・緊急時、夜間の受け入れや重症患者の受け入れ等が困難な場合がある。
- ・独居や高齢者の緊急入院時の情報がとれないことが多い。
- ・レスパイト入院、介護困難ケース、認知症、がん末期ケースの受け入れ体制が十分できていない。
- ・市内完結型・地域完結型にできれば良いが地域によっては難しい。
圏外・市外との連携も含めて考えていく必要あり。

〔提案〕

療養病床の利用を含む病床の確保
後方支援ベッドのシステムづくり（確保及び見える化）が必要 → 在宅医療移行支援事業
救急以外でも受入病院を探すシステムの構築 二次医療圏の当番病院の設定
空床の情報の開示 等
入退院紹介、逆紹介に関するルールづくり
圏域内外に関係なく、緊急時に対応できるように、かかりつけ医が持っている情報を迅速にキャッチするためのICT導入が必要。 → 在宅医療移行支援事業

〔圏域での取り組み事例〕

後方支援病床診療科別空床案内システムの運用を医師会、訪問看護事業所で行っている。（北河内）
ブルーカードシステム（休日夜間病状急変時システム）の構築し医療と介護連携の推進（南河内）
医師会実施の強化型住宅療養支援診療所病院連携システムを医師会が実施（南河内）

看取り

- ・在宅で終末を迎えることや看取りの意義について住民に啓発する必要がある。
- ・家族の在宅看取りの意向が変化する
- ・看取りのデータは実態が反映されていない。看取りを実施している医療機関はもっとある。

〔提案〕

在宅で終末を迎えることについて正しい知識をもち、適切に選択できるよう普及啓発が必要
緊急時対応を含めて、患者及び家族とのアドバンスケアプランニングの普及が大切
救急車で搬送され、必要のない救急医療を受ける場合もあり、患者家族の意識も含め消防や病院とのルールを作っていく必要がある。