

平成29年度南河内在宅医療懇話会概要

日時：平成29年8月9日（水）14:00～16:00
場所：南河内府民センター 講堂

■議題（1）在宅医療の推進について

（資料に基づき、富田林保健所 企画調整課から説明）

- （資料1）・・・平成29年度在宅医療懇話会の進行について
- （資料2-1）・・・南河内保健医療計画関連会議体系図
- （資料2-2）・・・平成29年度 次期保健医療計画（第7次）策定スケジュール（案）
- （資料3）・・・在宅医療の推進（在宅医療懇話会 記載例）
- （資料4）・・・主要4事業の概要
- （資料5）・・・平成29年度地域医療介護総合確保基金（医療分）事業に関する意見まとめ【南河内圏域】
- （資料6）・・・南河内医療圏の現状
- （参考資料1）・・・平成28年度在宅医療懇話会における主な意見等
- （参考資料2）・・・在宅医療の推進 目標設定（例）
- （参考資料3）・・・各圏域からの意見聴取にかかる今後のスケジュール
- （参考資料4）・・・地域医療介護総合確保基金 概要
- （参考資料5）・・・地域医療介護総合確保基金事業一覧

（主な質問・意見等）

- 地域医療推進事業について、平成30年度以降は市町村の地域支援事業へ移行すると聞いている。市町村では交付金の使途が明確になっているのか。コーディネータ以外の事業に活用される可能性があるのではないかと不安がある。現在のコーディネータ雇用が難しくなっている。
- 資料6 南河内医療圏の現状についてのデータについて
それぞれのデータに出典は記載されているが、実態とは異なる部分も見受けられると思う。データ上の用語の定義等整理した上で数値を読み解く必要がある。

（大阪府からの主な回答）

- 市町村への地域支援事業に関する交付金については、確認し返答する。
- 事務局で把握できるデータというのはかなり限られたものでもある。今般、こういうデータを事務局が持っているという事実について委員へ情報共有したいという意図もあった。今後どのようなデータが必要になるのか等についても委員から意見をいただけたらと思う。

■議題（２）今後の取組みについて

（ワールドカフェ方式で意見交換）

（資料７）・・・平成２８年度懇話会（南河内）検討結果まとめ、今後の取組み（事務局案）

（主な意見）

○テーマ１「緊急時の患者受入れ体制整備」について

【課題】

- * 強化型在宅療養支援診療所・病院連携システムについて、診療報酬に課題あり。
- * 患者の疾患ごとに支える受入体制の整備が必要。そのため受入れの体制を在宅の時に整理しておく必要がある。また、退院時の患者情報について在宅の支援者と専門病院で共有認識しておくことが重要。
- * 「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、このような機関を越えて情報共有できるツールの活用が必要。
- * 緊急時も様々なケースがある。特殊な事例は事前調整準備しているからといって必ずしも直に受入れ可とはならない。

【解決策】

- * ブルーカードシステム（注）について、保健所単位くらいで連携ができないか。
- * 市域・圏域内外関係なく、緊急時に対応できるよう、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あり。

（注）夜間、休日などにおける患者急変時の対応システム

○テーマ２「退院調整のルール作り」について

【課題】

★早期からの退院調整の必要性

- * 在宅での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。
- * 重症のまま在宅へ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。
- * 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、受入れ先を探す調整が困難である。
- * 入院中に歯科治療ができず、「退院してすぐ歯科受診したい」という要望も多い。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。

★病院との連携

- * 退院と同時に介護保険申請を必要以上に勧める医療機関がある。
- * 病院の中に在宅専門の部門があってもよいのでは。

★ＩＣＴの活用

- * 今後退院カンファレンスの数も増えてくる。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。
- * システムのメーカーが多数あり、病院や市町村、各医師会が同じシステムを使うのは難しいと思うが、最低限の部分だけでも互換性を持たせてほしい。
- * 介護系の参画が少なく、医療・介護連携が難しい。

★在宅歯科治療

- * ニーズが高まっている中で、在宅歯科ケアステーションが立ち上がってから関係機関が相談しやすくなった。しかし、府からの援助は週３日のみ。また基金事業は平成２９年度までと聞いている。その後取組みが後退しないか危惧する。

★薬剤師の支援

- * 退院時に情報をもらえるよう、入院時に薬剤師会が薬剤情報を病院へ情報提供。しかし、薬局に診療報酬はつかないのが現状。

【解決策について】

- * 入院時からの退院調整が大切。
- * 退院時のルールがあれば有効である。退院前に病院－地域間である程度調整ができれば、在宅生活がスムーズに始まる。
- * 「病院が介護と連携する」というのは新しい概念。退院後にA D L等回復する例もあり、在宅療養の実態を病院医師・スタッフに啓発する必要がある。
- * 退院時にI C T導入を義務化し、医師側に診療報酬をつけないと難しいのでは。
- * 包括支援センターが窓口となり、退院調整のルール化に向け、必ず主治医とコンタクトをとるようにするなどケアマネジャーへの指導を始めている。「連携シート」などの情報共有ツールも活用している。

【その他】

- * 退院時カンファレンスの出席や退院調整等には診療報酬がついているが、そのために必要な人件費を考えると十分とは言えない。
- * 在宅につながる退院とは何かをそれぞれがもっと考える必要がある。診療所ですべての病態を受入れるのには無理がある。
- * 他市町村との連携が課題。医師会、コーディネータ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ことがある。MSWの存在は大きい。

○その他

- * 在宅医療のイメージを住民がどう持っているのか知る必要がある。
- * 施策化するには、きちんと予算化してもらわないと進まない。
- * 医師のリーダーシップがあると取組みを進めやすい。