

平成 28 年度南河内在宅医療懇話会 主要テーマ③診療所等への後方支援 まとめ

現状と課題

在宅医療	<p>◎連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院と在宅療養後方支援病院の提携をしている。提携はしていない病院でも何かあれば地域医療連携室に連絡して依頼。 ○連携会議：医師会と市内病院、医師会と訪問看護グループ、多職種との顔の見える連携会議（市が行い、医師会がバックアップ） <p>◎研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ○診療所を支える医師の生涯研修支援（知識のバックアップ）として在宅サロンを開催。 <p>◎体制作り</p> <ul style="list-style-type: none"> ○市の病院に常に入院できるベッド確保を要請し、可能な状態 ○在宅医が出張等のカバーをする体制（在宅医の会議） <p>◎課題：かかりつけ医の負担大</p> <ul style="list-style-type: none"> ○救急対応や24時間体制（長期休暇時含め） ○在宅主治医一人ですべて対応しなければいけないと考えることへのストレス。 ○在宅医は個々の問題を吸い上げることが困難（特殊例、個人情報等のため） <p>◎課題：他科連携、病診連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○在宅の患者が施設のロングステイに入ると、在宅医と患者が引き離されて施設の医師・看護師に主体がうつる。今までの主治医の方針が施設に入ると途切れてしまう ○診療所では対応困難な症例がある。（専門性、複数科にまたがる疾患、認知症高齢者などでよく認められる精神症状への対応） ○緊急時にとってくれる病院の不足 ○個々の診療所のコミュニケーションがとりづらい ○主病に対しても病院専門医へ相談できる体制の必要性 ○長期の他科受診が必要な場合の対応 <p>◎課題：人材不足</p> <ul style="list-style-type: none"> ○医師会の中で在宅診療をする人材の確保 若い医師、年齢を重ねた医師が撤退 <p>◎課題：その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ○各診療所が個別にしているのでそれぞれで支援の種類がちがうがそれを把握できていない
在宅歯科	<ul style="list-style-type: none"> ○時として患者家族が歯科医療を希望していない状態でも、日常生活を観察しているケアマネジャー、ヘルパーの方々から在宅歯科医療の依頼を受ける ○在宅歯科医療の導入をスムーズにするには、患者さんを取り巻くすべての医療・介護の従事者に歯科医療と口腔ケアの重要性と役割を理解いただくことが重要 ○患者が在宅から病院へ入院したり、介護施設に入所して歯科医療が中断してしまうことがある
在宅薬事	<ul style="list-style-type: none"> ○訪問後の報告書作成・提出。ケアマネのケアプラン作成時への助言。ケアマネ、ヘルパー等とのカンファレンス出席。 ○訪問時に患者の希望、訴え、残薬の数などを医師に報告している。不要な薬の提案なども行っている。 ○タイムロスが発生してしまうこともある。
地域	<ul style="list-style-type: none"> ○医師会を対象としたアンケートでは、往診・訪問診療受給者のうち75歳以上の割合が7割以上であり、要介護3以上が全体の半数以上を占めている。75歳以上の需給割合が高いため、今後、後期高齢者が増加することで往診・訪問診療が必要な対象者がますます増加することが見込まれる。 ○後方支援病院、ケアパス、副主治医制などの支援体制が十分ではない。 ○病院・介護保険施設等から在宅に戻る際の連携の仕組みづくりが出来ていない。 ○予防、治療を含めた「食事・栄養」の支援をしていくための研修会を開催し3年計画で人材育成中である ○緊急性の高い患者の受け入れ ○地域での懇話会・連携会議に管理栄養士へ参加の声がかからない

提案・要望

- ★関係者研修
 - *在宅医療に係る研修機能の充実（顔の見える関係作り、本音で話せる場の確保など）
 - *在宅医、施設の医師・看護師、病院の地域医療連携室 それぞれの考えを一致させるための指導講習会
- ★情報共有（ICT化などを進め、連携病院の医師に相談できるツール、患者の歯科医療情報を継続して共有するための連携手帳の様なツール、ハード面での情報提供例：血ガス、ハンディエコー等）
- ★仕組み作り
 - *在宅支援診療所に対しても対診の復活が必要。今の保険診療では在宅支援診療所の医師はすべての病態に対して一人に対応することが要求されていること事態が問題で、非現実的。現時点では他科からの訪問診療がなされても再診料しか請求できないシステムである為、例えば、大阪府あるいは市町村レベルで対診に対しても補助金を出すなどのインセンティブを与える。しかし、この際、不必要な他科受診を防ぐ為のルール作りも合わせて行う必要がある。更に、この対診システム作りに関しては、病院入院患者に対しても必要と思われる。将来的に保険診療システムに導入する為にも、大阪府には積極的に考えていただきたい
 - *地域全体のあらゆる医療資源の中でどうするか議論が必要。システムづくり。
 - *訪問看護師、医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）等を始めとした広域人材バンクの創設
 - *地域の中で主治医と副主治医を設ける体制作りが必要。その為にも患者の情報の共有が重要であり、この為にもICT化を進めていく必要がある。
- ★住民啓発（一般市民への理解を得るための一層の広報・啓発活動の促進）
- ★連携構築推進（地域包括ケアシステムの中で病院と地区の歯科医師会との協定による連携など）
- ★体制整備（介護者のレスパイトや緊急時に対応できるバックベッドなど）
- ★在宅栄養ケア（具体的に指導できる管理栄養士の活用、低栄養、嚥下障害の疾病の重症化予防の為に管理栄養士への栄養指導の指示箋の発行）