

1 現在の訪問診療や往診、在宅医療における地域連携の現状と課題

	現状	課題	今後の在り方
訪問診療等の体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・同じ医師に在宅医を依頼することが多い</li> <li>・在宅医療専門の医療機関が現在2機関</li> <li>・地域の人口と在宅実施医療機関数から見て現状は足りている</li> <li>・医師の高齢化</li> <li>・一部在宅医療資源の少ない地域がある</li> <li>・皮膚科や耳鼻咽喉科等は他市の医療機関に協力を求める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療を行うマンパワー不足</li> <li>・グループ診療が進まない</li> <li>・在宅を補完する病院や施設の不足</li> <li>・特養やサ高住での急変対応</li> <li>・看取り対応可能な医師の不足</li> <li>・専門科の往診医が少ない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師から診療医を増やす努力としてアンケートを予定</li> <li>・在宅医療や看取りを行う医療機関の増加</li> <li>・0～3次予防（訪問看護の活用）</li> <li>・在宅医同士の連携強化</li> <li>・在宅医療介護連携コーディネーターの活用</li> <li>・専門科の往診医の増加或いは遠隔地へも往診可能な体制</li> </ul>
多職種連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅支援診療所を届け出る際に連携病院を記載している</li> <li>・緊急時・急変時の対応に係る方針が未決定のまま搬送される</li> <li>・夜間救急の患者の在宅での治療、方針などが不明なことがある</li> <li>・入退院支援として、連携シート活用の啓発を進めている</li> <li>・退院後の方向性の決定に家族の意向が重視されることがある</li> <li>・ケアマネ・訪看等の対応に個人差</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携病院があっても入院や緊急対応の保障がない</li> <li>・退院後の生活についての擦り合わせが不十分</li> <li>・退院後に必要なケアのスキルが不十分</li> <li>・急変時・見取りのACPが不十分</li> <li>・職員への情報の周知と対応の標準化</li> <li>・今後、在宅サービスを担う人材の減少</li> <li>・理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、栄養士等専門職の認知度や活用度が低い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携できる関係を平時から構築</li> <li>・かかりつけ医との連携が円滑にいくための調整</li> <li>・在宅医療や見取りの検討の際、対象者を中心とした連携体制を構築</li> <li>・ACPの促進</li> <li>・高齢者向け住宅・施設においても医療介護の連携が適切に行われる体制の構築</li> <li>・急変時のルール・マニュアルの作成</li> <li>・専門職の役割についての理解促進と必要に応じた専門職の活用の促進</li> </ul>

<その他意見>

- ・歯科医師会の事務所に在宅医療口腔ケアセンターを設けている
- ・泉州地域では、医療及び介護保険での訪問栄養指導をはじめとする管理栄養士の活躍の場が他の地域より少ない
- ・救急搬送時、医療の情報把握が不足する現状から「一人暮らし高齢者など緊急入院時に備えた覚書」を作成し今年度運用開始

2 新型コロナの自宅療養者や高齢者施設への往診や支援でどのような対応を行ったか

現状と課題	工夫したこと	今後の在り方
<ul style="list-style-type: none"> <li>・発熱者等の患家に訪看やヘルパー訪問拒否</li> <li>・高齢者施設の管理医が対応せず、医師会に協力依頼があった</li> <li>・施設のクラスターで必要な治療ができないことがあった</li> <li>・独居で理解が困難な方への電話対応に苦慮</li> <li>・失語症や失行のある方に対して、マスク着用により口系模倣を提示できず、制限が生じた</li> <li>・発熱患者の診療に追われ訪問診療ができない</li> <li>・訪問に必要な感染防止対策物品の確保</li> <li>・訪問を特定のスタッフに限定するため、通常の人員配置に影響が出る</li> <li>・接触機会の低減の為通所から訪問の需要が増加</li> <li>・全く初めての患者への訪問で苦労した</li> <li>・サービス担当者会議が中止となり情報が不足した</li> <li>・連携する機会の多様さが減った</li> <li>・面会不可のため、退院し自宅で看取りを行うケースの増加による対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関に積極的に往診するよう依頼文を出した</li> <li>・かかりつけ医の感染を想定し、コロナ代診システムを構築</li> <li>・自宅で独居の場合は電話で約束した場所に薬を置き、電話で服薬指導を実施</li> <li>・PPE脱衣時の感染を防ぐために普段から練習した</li> <li>・近隣住民への配慮として、玄関をグリーンゾーンにして室内で着脱した</li> <li>・医師会の医師・事務局・保健所・薬剤師・包括職員とが連携し、新型コロナ自宅療養者チームとして新型コロナ対応を行っている</li> <li>・通常の担当者会議やモニタリングでの内容は電話やメールにより情報共有</li> <li>・感染情報の共有はケアマネ連絡会等を活用</li> <li>・専門職への感染対策の研修や府民向けのパンフの配布や動画の配信</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者と医師が抗原検査で陰性の場合、施設内の隔離された部屋で訪問治療ができればよい</li> <li>・新型コロナ感染症関係で在宅診療医療機関及び訪問看護ステーションが休業で対応できない場合のバックアップ体制の構築</li> <li>・多職種でのチーム会議を随時開催、チーム員以外の医師会の医師、行政を交えた「新型コロナ自宅療養者の観察の会」の会議を年2～3回開催</li> <li>・コロナフレイル対策としての健康づくりと介護予防の推進</li> </ul>

### 3 今後の感染症や災害等、健康危機管理事象の発生時に対する平時からの取組や準備内容、今後の提案等

現在の体制	課題や工夫したこと	今後の在り方
<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和2年7月に災害時歯科医療救護マニュアルを作成した</li> <li>・支部でグルーピングしている。災害時に安全確認をする。危機管理室を通じて災害時の医薬品供給の条約を締結している</li> <li>・災害時の緊急支援者リストの作成（訪問する優先順位など）</li> <li>・水、保存食料、電池、ライトなどの備蓄</li> <li>・3年前に在宅医療・介護連携推進事業における多職種連携会議で市内の危機管理課も交えて話し合い、市内の災害時の情報共有は、ICT（MCS）を活用することとしている。</li> <li>・在宅の要介護3～5の認定を受けている方等を対象に避難行動要支援者名簿を作成し、本人の同意がある場合は名簿情報を平常時から外部提供し、災害時の避難支援等に役立てる「まちぐるみ支援制度」を実施</li> <li>・災害救援マニュアルにおいて、法人と契約している利用者限定し、安否確認マニュアルを作成済み</li> <li>・災害時要援護者名簿に基づく、地域での避難支援計画作成支援の実施</li> <li>・医療介護ネットワーク連絡会で「災害時支援情報」という高齢者の緊急連絡先や医療・介護ケアの情報を記入するシートを作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療を受けている患者への災害時対策について、ルール化や災害時における情報の共有方法の検討等、何らかの対策をしてみると回答した機関は11機関（約3割）であった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時対応等健康危機管理事象への備えに係る必要性や重要性が認識され、対策を実施する機関が増加する</li> <li>・MCS（メディカルケアステーション）などのツールを使い、災害時でも患者様に関する情報を共有できる仕組みを構築</li> <li>・研修会等を通して災害支援者の養成と強化</li> <li>・地域包括ケア会議で、災害時の対応について検討を進める</li> <li>・事業所単独のBCPではなく地域が協力し合える計画作成を目指すことができるよう、事業展開を検討</li> </ul>