

第8次医療計画に向けた在宅医療及び訪問看護等に係る課題と今後の方向性

	在宅医療の医療機能				
	【退院支援】	【日常の療養支援】	【急変時の対応】	【看取り】	
	＜円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制＞	＜患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、可能な限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供＞	＜急変時の対応が可能な体制＞	＜患者が望む場所での看取り体制の充実＞	
在宅医療の推進と普及啓発		課題（普及啓発） ○日常的な診療、服薬管理、口腔ケア、健康管理等を充実させるため、県民が、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等を持つことが必要 方向性 □必要に応じて専門的な医療につなぐ役割を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師を持つことの必要性について、関係機関と連携した普及啓発 □訪問医療サービスの普及啓発	課題（脳卒中・心血管疾患） ○脳卒中や心血管疾患が疑われる症状が出現した場合の迅速な救急搬送の要請や、心肺停止患者に対する除細動の実施について、県民への普及啓発が重要 ○循環器疾患予防の啓発が必要 方向性 □脳卒中や心血管疾患等の症状がある場合、速やかに救急搬送を要請するよう県民への普及啓発	課題（居宅等での看取り） ○住み慣れた環境のもとで最期を迎えられるよう、介護家族負担にも配慮した体制が必要 方向性 □関係機関への理解を深める普及啓発 □県民への意思決定支援に関する啓発	
	課題 県民が在宅医療を理解し、安心して選択できるよう普及啓発が必要 方向性 □在宅医療・介護サービスに関する普及啓発 □在宅での看取りについての講演会等の開催				
在宅医療提供体制の整備		課題（訪問診療往診） ○これまで訪問診療を担っていない医療機関や、新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進と、在宅主治医が相互に補完しあう連携協力体制が必要 方向性 □県在宅医療支援センターを拠点に在宅医療に取り組む医師の確保・養成 □在宅医療に取り組む医師相互の連携の支援 □在宅緩和ケアの充実（再掲） □医療機関間の連携やICT化等による対応力	課題（訪問リハビリ） ○医療機関におけるリハビリテーションから、生活期リハビリテーションを切れ目なく提供される体制が必要 方向性 □在宅で療養を支える医療・介護関係者とリハビリ専門職との連携協力体制の強化支援 □地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター等と市町村との連携強化 □生活機能の維持強化を図るリハビリテーションを提供し、介護予防・重度化防止に向けて、関係機関連携体制の強化 課題（訪問歯科診療） ○口腔の管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係が広く指摘されており、歯科医師だけでなく、歯科衛生士の口腔管理が必要 方向性 □口腔ケアの重要性の普及啓発 □研修会等を実施し歯科専門職を育成 □歯科医師・歯科衛生士と医師や訪問介護・看護職員等の連携促進 □摂食嚥下障害等に取り組む歯科専門職等の資質向上 課題（訪問薬剤管理指導） ○多様な病態の患者への対応する服薬指導の取組が必要 方向性 □薬剤師・薬局と多職種及び医療機関等関係機関との連携強化、薬局間連携の推進 □在宅医療における薬剤師による服薬指導の取組み推進 □麻薬調剤や無菌製剤の調剤を実施する薬局数の増加	課題（症状が急変したときの対応） ○急変時の対応に関する患者の不安や家族等の負担を軽減することが必要 ○速やかに適切な治療を受けられ、必要に応じて入院ができる環境が必要 方向性 □急変時も、在宅主治医や訪問看護等の対応が可能な連携体制支援 □入院医療機関における円滑な受入れなど後方支援体制の構築	課題（居宅等での看取り） ○患者や家族等が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が必要 方向性 □在宅緩和ケアの充実 □看取り体制の構築 □認定看護師や特定行為を行う看護師の確保 □「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の周知及びガイドラインに則した看取り支援の充実 □介護施設等による看取りの支援
		課題（訪問看護） ○訪問看護ステーション事業所や訪問看護師の増加と、機能強化に向けた盤石な体制づくりが必要 方向性 □訪問看護ステーションの規模拡大や機能強化 □小規模な訪問看護ステーションの相互支援 □業務の効率化や働きやすい環境づくりの推進 □訪問看護ステーションの設備整備等への支援 □訪問看護に従事する看護職員の育成・確保 □退院に向けた医療機関との共同指導			
在宅医療と介護連携の推進	課題（病院等からの退院支援） ○入院医療から在宅医療等への切れ目のない医療体制を確保するため、質の高い入退院支援の実施と、多職種連携の仕組みづくりが必要 方向性 □退院カンファレンス実施の促進 □医療と介護の多職種連携 □入退院の際に入院医療機関と介護支援専門員等が情報共有を行う入退院支援ルールの普及と運用促進 □入院初期から退院後生活を見据えた関連職種による退院支援	課題（訪問介護） ○訪問診療・訪問看護に加え、訪問介護サービスの一体的な提供が必要 方向性 □様々な介護ニーズに柔軟に対応できるよう、複合型サービス整備の推進 課題（訪問栄養食事指導） ○在宅療養における管理栄養士による訪問栄養食事指導の取り組みが必要 方向性 □在宅療養における適切な栄養管理の必要性について普及啓発	課題（家族等に対する支援） ○介護家族等負担軽減の支援が必要 方向性 □介護家族等のレスパイト等のための在宅患者のレスパイト入院等の支援 課題（多職種連携等） ○入院医療から在宅医療等への切れ目のない継続的な医療体制の確保のため、多職種連携と人材育成が必要 方向性 □医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、管理栄養士、リハビリ職員、歯科衛生士、介護支援専門員等の多職種間連携強化 □事例検討会などの実施や、ICTなどを活用した多職種ネットワークの構築		