

# -グループ討論-

## テーマ「在宅医療を推進する上での課題とその解決策」

グループ討論は、7グループに分かれてブレインストーミングを行い、KJ法にて整理し、発表を行いました。

### - グループ討論にて挙げられた主な課題 -

#### 連携

- ・大病院と在宅医との連携
- ・在宅医同士の連携
- ・医療と介護の連携
- ・連携室がない病院との連絡調整

#### マンパワー

- ・訪問看護事業所が少ない
- ・薬局はマンパワー不足で勤務時間外対応となり難しい
- ・看護師不足
- ・夜間の人員確保が困難

#### 地域・経済

- ・住民の在宅療養に関して知識が低い
- ・認知症、精神疾患の方は地域の受け入れができず集合住宅の入居を断られる
- ・経済的な問題から在宅サービスの利用につなげられない
- ・本人の希望通りじゃないが介護要によって難しケースがある

#### 在宅医不足

- ・看取りまで対応医師が少ない
- ・大病院で訪問診療をされていない
- ・往診対応医師を探すのに時間がかかる
- ・医師への負担が大きい
- ・訪問診療はできるが、夜の往診はできない

#### 情報共有

- ・ケアマネ側から在宅利用者の入院先確保が困難
- ・医療保険、介護保険の仕組みの簡素化し市民周知
- ・提供する側の意見が主で、受ける側のニーズが上がって来ない
- ・情報のやり取りの簡易化
- ・利用者へのインフォームドコンセント
- ・退院及び退院支援依頼の連絡が遅い
- ・訪問歯科診療で主治医等に情報が伝わりにくい

#### 人材育成

- ・疾患に対する理解ができていない
- ・事業所によってレベルの差がある
- ・介護職の吸引等の技術力不足

#### 本人・家族の問題

- ・家族の介護力不足
- ・本人と家族の意見が違う
- ・独居高齢者世帯、老々介護
- ・独居の方は服薬管理が難しい

#### その他

- ・在宅患者バックベツド確保が困難
- ・意見交換会、研修会の方が少ない



## 課題1 「在宅医を増やすには」

### 後方支援

- ・後方支援(病院)体制の確立
- ・訪看と後方支援HPとの連携
- ・市北部に後方支援病院がない。後方支援病院の増加
- ・相浦方面に訪問看護ステーションが少ない

### 連携

- ・在宅が難しくなったら、老健や病院で受けるシステムを作る
- ・多職種の話し合いを多く設ける
- ・救急対応できる病院と連携できる
- ・在宅医Dr.同士の連携(窓口を作る)
- ・在宅を意識したシンプルな医療機器器材に入院時から早期に移行
- ・交流の場を増やす(医師会でノミネーション)
- ・在宅医からキャパシティを(受入可能人数等)OPENにする
- ・在宅カンファに病院から出向く
- ・後方支援HPの充実したバックアップ
- ・耳鼻科と在宅医との協力連携

### 医師

- ・看取りまでしなくても良い在宅医を増やす
- ・Dr.同士が協力しやすい環境を作る
- ・Dr.の負担を減らす取り組みを考える
- ・翌朝の看取りでもOKとする
- ・国が在宅医を育成する
- ・医学部できちんと在宅医療を教育する
- ・若い医師には義務化
- ・高度医療時の病院からの指導
- ・在宅医の負担を減らす
- ・仕事の分担で効率化を図る
- ・在宅医のフォロー体制を作る
- ・疾患別に専門的に診れるDr.を増やす

### ネットワーク

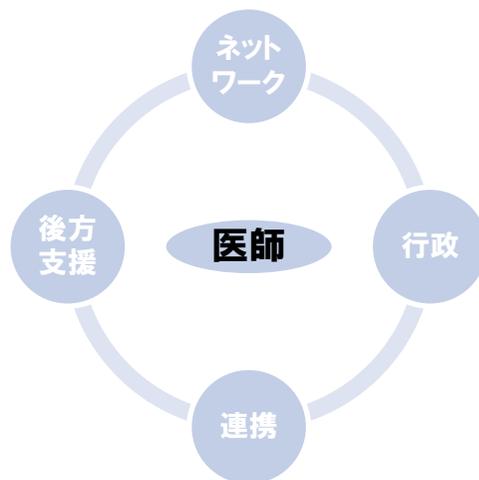
- ・在宅医同士でのネットワークを作ることで負担軽減
- ・グループを作るように促す、チームで診る
- ・スキル、レベル別のかかりつけ医
- ・離島での医療相談のITの利用

### 行政

- ・補助金
- ・人口を増やす
- ・在宅医に対する報酬の改正
- ・医科大学から補助(離島補助のような)
- ・経営モデルケースパターン呈示
- ・他県から呼ぶ
- ・国に報酬を働きかける
- ・在宅医の待遇を良くする
- ・国の政策の考え
- ・医学部で在宅医療の素晴らしさを教える
- ・有床診療所をつぶさない

### その他

- ・看護師の業務の内容の見直し(看護師の権限)
- ・勉強会や伝達研修を理解してもらう
- ・医師会主催で研修会をする
- ・大きなHPから個人医院へホームドクターの紹介を増やす
- ・事務の効率化(負担を減らす)



## 課題2 「家族・本人の理解を深めるには」

### 説明(病院側)

- ・大病院(急性期病院)へ入院中から、在宅への理解を深める(在宅への方向性)
- ・大病院(急性期病院)へ入院中から、その病院だけでなく訪問NSなどと一緒に家族へ説明
- ・入院中から在宅スタッフに来てもらい話をしてもらう
- ・在宅でも「看護」「リハビリ」なども可能であると説明
- ・看取りまでの説明。知識伝達(できれば病院で)
- ・24時間365日訪問できるということを医師・看護師・ケアマネなどから話をしてもらう
- ・在宅医療を知ってもらう。知識の問題。
- ・入院早期から在宅サービスの利用方法などを説明
- ・質問しやすい雰囲気。不安を軽減。
- ・わかりやすい言葉で何度も説明
- ・在宅医療制度のシンプル化。

### 末期

- ・末期状態に近い時は1度ではなく何度も「看取り」について説明する
- ・医療者と家族もケースバイケースと自覚する
- ・個人の自覚。国に頼らない。
- ・医師による家族へ終活教育の充実
- ・予後を共有する

### よく聞く(家族へ)

- ・医療と施設、家族、本人の介護に対する希望、方針統一
- ・緊急時の連携先の確保
- ・退院を勧める際に何が不安かしっかり聞く
- ・老々介護(認知症、脳梗塞後遺症)
- ・薬の剤型や服用後の回数の工夫
- ・子どもが遠方にいるので協力が得られない
- ・服薬コンプライアンスの向上

### よく説明する

- ・情報の発信
- ・最初の説明が大事
- ・在宅の支援やサービスをしっかりと説明する
- ・各事業所で繰り返しわかりやすく説明
- ・在宅サービスの講演・教室など(伝える)
- ・自分(私自身)が在宅医療についてもっと理解し、安心感をもってもらうよう勉強する
- ・早い時期から本人、家族の意向を聞く。意思を明確に
- ・退院前にサービスの説明を十分に行う
- ・普段からご家族とコミュニケーションを取る
- ・在宅での医療に対する不安の軽減
- ・家族、キーパーソンの方の情報も得て、その方を理解する
- ・在宅医療で何が不安かMSW、Dr. Nsが面談
- ・何でもできると思ってもらわない
- ・入院されたり、介護度が上がった時に、具体的に話し合いをする

### 広報

- ・公民館等での説明会・講話(勉強会、介護教室など)
- ・ビデオなどを地域で放映
- ・パンフレットなどを通し情報提供(在宅療養、がんの看取り等)
- ・家族の意識向上のための政策
- ・病院、介護施設での患者、家族に向けた「在宅医療教室」などの開催

### 統一した資料作り

- ・統一した資料作成と説明
- ・病院や施設での説明の統一
- ・動画作成  
→You Tube等
- ・自己決定能力のある人＝サロンに来れる人へアプローチ(包括が医療、介護に必要時依頼)
- ・看取り事例の共有
- ・本人、家族に在宅医療、介護ができる(金銭面含め)ことを説明するためのテンプレート等の準備