

平成 28 年度第 2 回在宅医療における実践研修会（応用）グループ討議内容

テーマ：「在宅への移行に向けた治療の課題」

平成 29 年 2 月 2 日（木）

各グループの討議内容

A グループ

<課題>

在宅への移行に向けた課題

<主な議論内容>

- ・患者の背景を把握することが大事である（家族構成・症状・状態など）。
- ・経験のある医師からは、家族の理解を得たが家族以外（親族）の理解が得られないため、家族の意思が変化することがある。それが医療側のモチベーションの低下につながる。
- ・急変時の対応で一番困る症例は呼吸困難の患者への対応ではないか。在宅での管理はなかなか難しい。
- ・もっとケアマネージャーや訪問看護師のサポートが必要である。医療機関の負担が軽くなる。
- ・一般への啓蒙が必要。

<まとめ>

結論としては、一般の方々への終末期医療・がんの知識や情報を共有でき、福井県全体のがんに対する知識が高くなることが必要ではないか。

B・C グループ

<課題>

在宅での ACP について

<主な議論内容>

- ・ACP については基幹病院でされていることが多いのではないか。
- ・自分が良く知っている患者さんを基幹病院へ送り帰ってくる場合と初めての患者さん基幹病院から送られてくる場合とでは ACP のやり方や対応が違うのではないか。
- ・大きな病院から地域の病院への ACP の情報提供をどうするのが課題である。
- ・地域の医療機関や基幹病院の人達がきちんと対応しているのか疑問。情報提供書にも書かれていない。
- ・ACP についての議論をする意識がないのが現状。われわれ医療従事者が ACP について議論し、意思の疎通を持つ頃必要がある。
- ・また、ACP というものが地域の人たちに根付いていない。地域住民への啓もうが大事。
地域の人たちに ACP を認識してもらうこと、ACP の意味合いを理解していただくことが大事。エンディングノートの活用。対象の人たちに研修会・講演会を開く。

<まとめ>

- ・病気になる前から地域住民の啓もうが大事。
- ・かかりつけ医・総合病院間での情報提供・情報共有が重要。

D グループ

<課題>

どう在宅へ移行するのか

<主な議論内容>

患者・家族への説明、教育

- ・入院している患者・家族は在宅移行がどのようなことなのかがわからないのではないか。
- ・状態が良い時に、患者・家族に十分な説明がないまま退院したケースがあった。
- ・在宅医療を受け入れた後の求めていることへの確認や説明の不足、連携不足がある。
- ・介護する家族の受け入れに対する説明は、誰がどのようにするのか。
- ・在宅での患者・家族への教育、ACP が重要である。

在宅治療の問題

- ・医師が往診に行き、問題を持ち帰り他職種（薬剤師等）へ相談する。
- ・紹介先の病院と相談するなど連携している。
- ・在宅でのチーム医療の質 地域差（地域でチームを作っていかなければいけない）。
- ・在宅でチームが作れるか、どういう関係性が作れるかが大切。

<まとめ>

- ・重要なことは、退院前に受け入れ体制を確立する事が大切。介護と看護の組み合わせ話し合っておくこと。個人での対応は困難だが、訪問看護、介護を加えることにより対応が可能となることが多い。
- ・**病院は地域と密着している。鯖江武生は退院病院との連携によりサポート体制が構築されている。在宅への医療・介護を続けるうえで役に立っている。うまく活用していくことでチーム医療として実践できるのではないか

以上