

医療福祉・在宅看取りの地域創造会議 第4回WG会議 要旨

2012/2/14 18:30～20:15

【要旨／①医療ワーキンググループ】

I. 往診拡大プロジェクト(案)について

- プロジェクトの名称について、往診＝求められていく。往診と在宅（訪問）診療の違いを理解したうえで、『在宅診療拡大プロジェクト』に変えた方がよい。
- 医師のモチベーションを上げ、医師ひとりで最大30件診られるように。
- 病院医師が忙しい理由の半分は外来であり、紹介外来に特化のうえ入院と救急に専念できるようになると良い。そして病院と開業医の役割を分けるべき。
- 守山市では医師会と連携し、在宅診療拡大モデル事業を進める。

II. 病院から在宅へのきっかけづくりについて

- 通院から在宅になるきっかけが難しく、患者側から在宅医療を希望しにくく、医師も地域や経験がないと、在宅医療に入っていけない。
- 在宅には検査が簡単にできないデメリットもある。
- 病院に通院する理由は入院しやすいイメージがあるが、かかりつけ医を持っていれば、入院はできるということを伝えることが必要。
- 病院も地域へ患者を帰そうとはしているが、地域連携室の活用の徹底が課題であり、在宅医療についても、病院関係者にいかに理解してもらうかが重要。

III. 訪問診療をすすめる上でのネックについて

- 在宅診療のネックの1つは駐車場であり、特に都市部では停めるところがない。在宅診療を推進するためには地域づくりも含め、行政としての働きかけも必要。

【要旨／②医療福祉連携ワーキング】

I. 普及・啓発関係

－事例集の検討等－

- 患者・家族とも退院後の療養方法を知らない。実際の方法の紹介する事例集のようなものを作り、病院の地域連携室等に配布し退院相談時に提供してはどうか。
- 実際に在宅療養から看取りをされた経験のある方から事例であること。また、地域資源が異なるので、地域毎の内容とすることが必要。
- 不足するサービスや課題等が確認することが出来るので、事例集作成プロセスが重要。

－看取りの啓発について－

- 看取りが事務的にならないよう、本人の気持ちの反映などを考えるツールも必要。
- 臓器移植カードのような考え方を示すものを作る等、国民全体が考える契機をつくり、在宅での長期療養を経ての看取りか、最後の時間を在宅で過ごす看取りかを分けて考えること必要。

Ⅱ. 他職種連携・病院・施設等と在宅の連携の課題関係

－病院・施設から在宅へ移行するための期間等－

- 病院内では看取りが完結できるが、ケアマネが在宅療養から看取りまでのプランニングは難しく、病院外で看取りを完結できる仕組みが必要。
- 病院は診療報酬等から早期退院を勧め、地域医療連携室も在宅療養の環境整備等を行わない。リハビリや環境整備等を時間をかけて行う必要がある。

－在宅移行するためのコーディネート関係等－

- 病院は急性期に対応する為の所であり、病院の医師は在宅を知らないのが現状であり、病院もコーディネートする余力がない。
- 若いドクターは、介護保険制度等在宅療養の環境について学ぶこともない。病院のドクターに在宅療養や地域資源を知ってもらうことが必要。
- 退院から在宅への移行期間が必要。この移行期間に集中的に看護や介護を利用できるよう、つなぎをスムーズにするための他職種等での顔が見える関係づくりが必要。
- 在宅に帰るときには、実際に訪問して生活環境を見ないとプランは出来ない。しかし、ケアマネジャーが医療機関へ話をするのはハードルが高く、訪問看護が適任だと思うが、今はできる人がやっている。

－軽度の人への対応－

- 要支援程度の軽度の人、コーディネートをやる人の不在、在宅環境の未整備、かかりつけ医の不在、等のケースがあり、特に独居ケース等では病院から施設へ入所がある。

－夜間対応・介護報酬関係－

- 在宅療養を進めて行くためには、介護する家族の不安を取り除くために、夜間等いつでも連絡することが出来る事が重要であり、その場合でも実際に訪問が不要で電話連絡で解決できることも多い。
- 今回の介護報酬改定では、評価されていた緊急の電話対応等が報酬に内包されてしまったことから、在宅医療の推進等とは反対方向の改定に感じる。看取りのために事業者が行っている事も評価する体系が必要。

*それぞれのワーキングでの意見を整理し、次回の議論につなげていく。