

多職種の視点を反映した「在宅医療に関する課題」の抽出と概念化

○150人規模の多職種からなる医療福祉従事者を対象に在宅医療の課題抽出を行い、在宅医療の課題を概念化

- * 平成23年6月に松戸市内の医療福祉従事者166名を対象に多職種合同カンファレンスを実施（医師24名、歯科医師等10名、看護師41名、薬剤師23名、PT・OT5名、MSW23名、ケアマネジャー36名、市職員4名）
- * 参加者個々人が「松戸の在宅医療を推進するにあたっての課題や問題点」をポストイットに記入（166名が記入したポストイットの総数は611枚）。

◎当院事業スタッフで、KJ法を用い改めて全611枚の記述内容を再分類したところ、11個の上位カテゴリー（A～K）と26個の下位カテゴリーが抽出された（図1）。

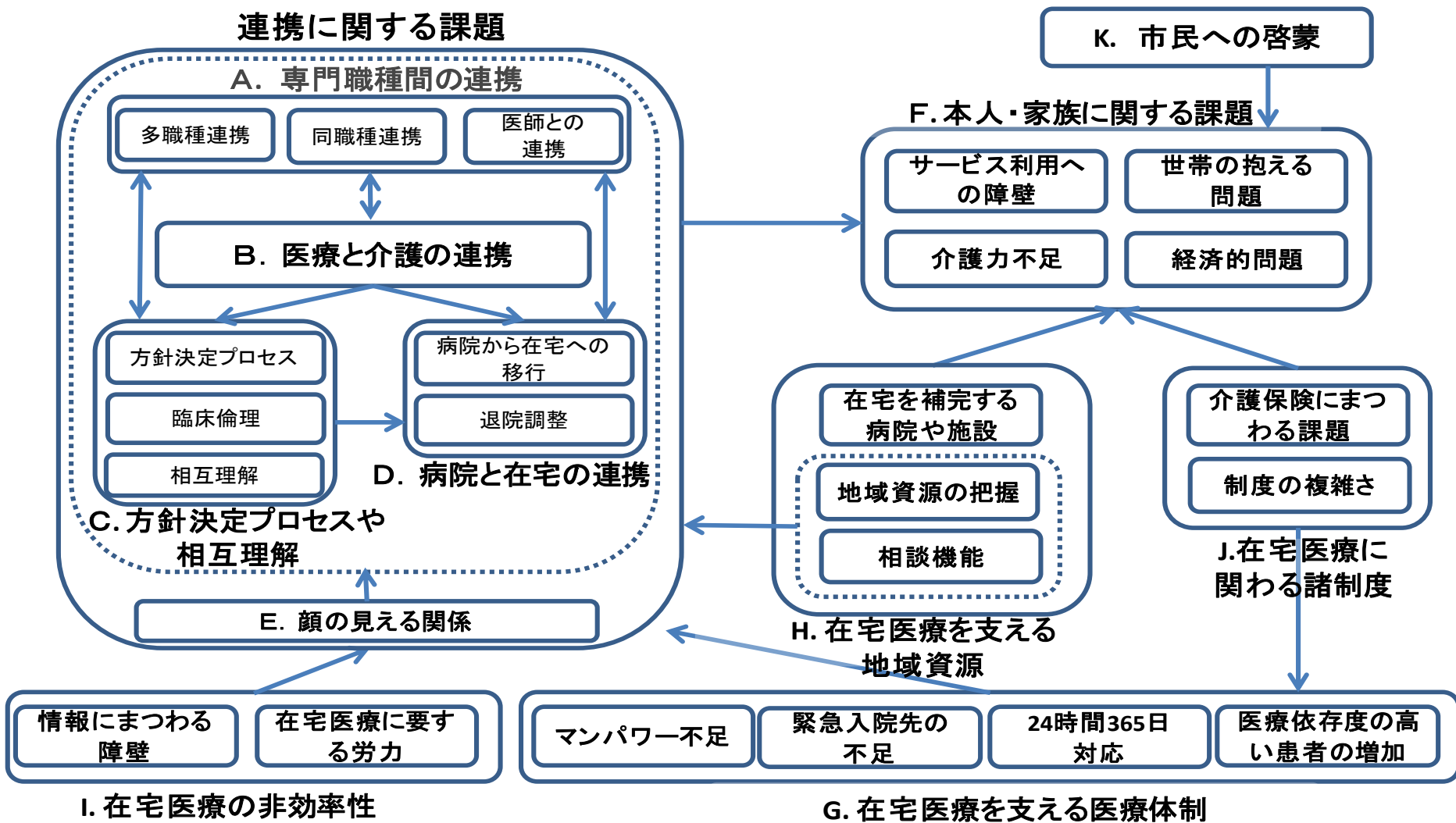


図1 「在宅医療の課題」に関する概念図

在宅医療の課題一覧

番号	項目	課題文
A. 専門職種間の連携		
1.	地域の中の連携(多職種連携)	多職種間で患者についての情報交換や話し合う機会が不足している
2.	地域の中の連携(同職種連携)	病棟医師と在宅医、看護師同士など、地域の同職種間での情報共有や交流が不十分である
3.	医師との連携	多忙な医師とは連絡がとりづらく、気後れすることもあるため連携が難しい
B. 医療と介護の連携		
4.	医療と介護の連携	医療側の生活への理解不足、介護側の医療に関する知識不足のため、お互いの理解や連携が不十分である
C. 方針決定や相互理解		
5.	方針決定プロセス	在宅療養は異なる機関に所属する多職種が関わるため、治療ケアの方針決定プロセスが不明確である
6.	臨床倫理	終末期における抗がん剤や胃瘻造設の適応等についての考え方が医療者間で統一されていない
7.	相互理解	多職種間での役割分担が不明確で、自分以外の職種の専門性やその限界を理解していない
D. 病院と在宅の連携		
8.	病院から在宅への移行	病院の医療者が在宅医療でどんなことができるかを把握していないため、スムーズに在宅へ移行できない
9.	退院調整	入院早期からの退院調整や退院前カンファレンスの開催等が不十分である
E. 顔の見える関係		
10.	顔の見える関係	連携の基盤となる顔の見える関係ができていない
F. 本人・家族に関する課題		
11.	サービス利用への障壁	医療や介護のサービス内容や意義などが理解されず、その導入や継続が難しい
12.	世帯の抱える問題	独居高齢者や認知症が増え、疾病や介護だけでなくその対応に苦慮する
13.	介護力不足	患者を支える介護力が不足していたり、家族の協力が得られにくい
14.	経済的問題	在宅療養の対象者には経済的問題がしばしば伴っているため、その対応に苦慮する
G. 在宅医療を支える医療体制		
15.	マンパワー不足	在宅医療に従事する専門職が不足しており、その需要の増加に対応しきれない
16.	緊急入院先の不足	急病に際しての緊急入院の受け入れ先の確保がままならず、その対応に苦慮する
17.	24時間365日対応	24時間365日切れ目なく在宅医療を提供する体制や工夫が不十分である
18.	医療依存度の高い患者の増加	看取りやがん・難病など医療ニーズの高い患者が増えているが、その受け入れ体制が不十分である
H. 在宅医療を支える地域資源		
19.	在宅を補完する病院や施設	入院、入所、レスパイト先といった在宅を補完する病院や施設が不足している
20.	地域資源の把握	医療機関や事業所の特徴や空き状況、地域資源全般についての把握が困難である
21.	相談機能	疾病や生活障害、制度活用等について従事者が相談できるところが不足している
I. 在宅医療の非効率性		
22.	情報にまつわる障壁	情報が分散している、共通のアプローチ方法がない等の理由で、多職種間での情報共有が不十分である
23.	在宅医療に要する労力	他職種・他機関との連携が必要であるため、書類作成や連絡、日程調整等に多大な労力を要する
J. 在宅医療にかかわる諸制度		
24.	介護保険にまつわる課題	医療保険との兼ね合いや限度額存在等から、在宅療養を支えるには現状の介護保険では不十分である
25.	制度の複雑さ	在宅療養は医療面と介護面の両面への介入が必要となるが、それらの諸制度が煩雑で分かりにくい
K. 市民への啓蒙不足		
26.	市民への啓蒙	在宅医療でできることやその意義について、市民への啓蒙が不足している