

第3回緩和ケアネットワーク研究会ご報告（ディスカッション・ワークのまとめ）

<ごあいさつ>

先日はご多忙の中、第3回緩和ケアネットワーク研究会にご参加くださりましてありがとうございました。お陰様で約100名の方にご参加頂き、盛況のうちに終わることができました。また、皆様にディスカッション頂いた内容をまとめましたのでご参照ください。とても貴重なご意見をたくさん頂くことができ感謝しております。

以下に、主催者側で皆様のご意見を基に作成した、より良い連携のためのご提案の内容を記載致しました。

後半はディスカッション内容の原文（一部意味が分かり易いよう意識した箇所があります）となります。

これからもお互い忌憚なく意見を交換し、より良い緩和ケアの提供を目指していきましょう。

横浜医療センター 緩和ケア内科部長 小川賢一

<研究会会場の様子>



<グループ・ディスカッションの様子>



～これからより良い連携のために工夫していくこと～
(皆様からのご意見を主催者側でまとめてみました)

<薬剤師との連携について>

(現状)

在宅医療において薬剤師としての役割を発揮したいと考えているが、どう関わればいいのか試行錯誤中。一方、医師や看護師も協働・連携することで患者・家族にメリットがあると感じている

(これから)

→カンファレンスへの薬剤師の参加、患者宅訪問時の薬剤師同行を検討。服薬管理の状況を含めた生活状況の情報を全職種で共有、その情報を処方時の参考にしたり、訪問回数の頻度などに活かしていく。

<退院カンファレンスのあり方>

(現状)

カンファレンスの必要性は理解しているが、必要なメンバーが揃わず、時に効果的でなかったり、時間が遷延したりして業務負担となる。

(これから)

→カンファレンスを効果的にするために、キー・インフォーマントのスタッフ（鍵となる

情報提供者)が出席できるよう病院側は配慮する。

カンファレンスの効率を上げるために、事前に要点を整理して出席者全員で共有し、開催時間を見積もって実施。時間短縮のために質問事項や気になる点も事前に担当者に提出して頂く。

<病院の努力事項>

(現状) 不足の容態悪化時のバックベッドの要望多数あり

(これから)

→引き続き症状コントロール不良時、急変時の対応などベッドの確保に努める。相談窓口を分かり易くし、在宅移行時に伝えておく。

<情報共有のあり方>

(現状) 病院の外来時の患者の状況、診察結果などがタイムリーにわかりにくい。入院時の状況がどうであったかについてどこに連絡して聞いたらよいかわからない。

(これから)

→緩和ケア外来では看護師が診療補助で同席するので、メモのやりとりやノートの交換が可能。入院時の患者さんの情報については平日であれば相談支援センターで対応可能。

現在治療が終了した方でも、病院への通院と地域医療の双方を利用している患者さんが少なくありません。しかし、患者さんとご家族が病院を退院して在宅療養に安心して委ねられる気持ちになったタイミングで往診医、訪問看護を始めとする地域医療従事者にスムーズにバトンタッチしていくことが、医療従事者と患者さん双方にとって良い結果につながる事を改めて感じました。病院の医療従事者としては、患者さんが安心して地域医療の従事者に医療とケアを委ねられるよう、情報提供や気持ちのケアに努めたいと思います。

*以下はディスカッション内容(原文:一部意識あり)となります。

意志決定支援

- ・在宅療養に伴い主治医が変更になる不安感がある、家族の希望を含める必要がある
- ・医師の説明だけでは患者は未消化。デリケートな部分もある。病院だけでは十分にIC出来ない事もある。
- ・本人が予後の事を聞いていないという時がある、本人への告知を家族がストップすることもある。

- ・(患者・家族は) 看取りの最後の場所をなかなか決められない
- ・意思決定が遅い、意思決定支援が難しい

退院前カンファレンスについて

- ・カンファレンスが 2 時間くらいかかったことがある。患者さんの要望、病状説明などは簡潔にすませて退院後について話をしたかった。
- ・退院カンファレンスは仕事を抜けての参加なので、時間等状況を知って欲しい。
- ・今の状態の説明でいっぱい、退院後のカンファレンスなのに時間がなかった。
- ・担当者会議などの時のようなまとめたレジュメがあると良いと思う
- ・退院後の急変時対応をはっきりさせておけば家族が安心
- ・退院が週末になってしまうことがある、出来れば平日が良いと思う
- ・土日に看護師が訪問に行けないことがあるので、カテーテルなどの処置日が土日にあたる人は病院で対応してくれる約束があればいいのではないか
- ・病院によって状況が異なる。カンファレンスは必要であるとは感じているが、お互いに時間調整が困難なこともある。
- ・ケアマネさんの力量に依るところがある
- ・主治医の参加があるとありがたい
- ・主治医から患者への説明が少なく関わり方が難しかった。
- ・医師が説明したが、患者家族が理解できていない場合もある。
- ・退院調整看護師と訪問看護師の連携が必要。活用して欲しい。
- ・往診医が想定したケースと違う返答がある場合がある。
- ・退院前カンファレンスには患者の事を良く知っている人に出席して欲しい(状況が良くわからないのに参加している看護師がいる)
- ・退院前カンファレンスに参加したのに関係者が揃っていない事があった。
- ・退院前カンファレンスが 1 回では足りない患者もいる
- ・カンファレンス開催時間が外来中であるため訪問診療の医師が参加しにくい
- ・退院前カンファレンスに必要な職種全員が参加出来ない
- ・算定がとれるので数年前より退院前カンファレンスが多くなった。しかし、在宅での担当者会議は高償ボランティア状態

サマリー・情報共有について

- ・IPOD などで医師に発信することもしている。メールなどで訪問時の様子を医師に伝えている。連携室の看護師さんとは間にはいつてもらおうことが多く色々情報をもらっている
- ・病院→在宅への情報、指示書が遅い
- ・病院から退院直後にデイサービスを利用する場合、平日ならまだ良いが土日となると情報が取れない(情報提供してもらえないことがあった)。老老介護の時はもっと大変、患者の入院中のことがわからない→病院としては急に退院が決まって家族に指導等ができない

ことがある。

- ・訪問診療、訪問看護の有無などの情報がわからない。

病院への要望

- ・入院中、病棟看護師さんへのお願い→在宅のシステム（サービスの内容、住宅の改修）などの知識を持ち患者さんに伝えて欲しい。
- ・治療内容、本人が知っていない事が多い。本人の考えていることが記入されていない。
- ・わからないこと、聞きたい事をどこに聞けばよいかわからない。相談センターなのか、何なら病棟にも電話してもよいか、タイミングを考えてしまう。
- ・相談支援センター、地域医療連携室さんと密に連携を取りたい。こういう時はどこに連絡すれば良いのか、明記してもらえると助かります。
- ・在宅と病院の連携が大切、退院前カンファレンスを行うことで、患者・家族に安心感を持ってもらっている。
- ・外泊中の訪問看護を取り入れてもらえると利用者の不安がなくなると思う。
- ・病院—在宅療養で、入退院が簡単に出来るようなシステムがあれば良いと思う。
- ・各種連携がとれるようになってきている
- ・外来受診の時、正確な情報が入らない、タイムリーに情報が入らない。病院側から連絡がもらえると有難い。問い合わせに困っている。
- ・緩和ケア、検査データ、CT画像があれば看護として助かる。
- ・バックベッドが欲しい。
- ・病院でも自宅でも看取る場面の差はあるが、情報共有が重要
- ・カンファレンスで医師から患者・家族へのIC内容を確認したい
- ・介護度が退院前のカンファレンスの時点でわかりにくいケースがあり、退院後のサービスが組みにくい。
- ・利用者への説明をしっかりとって欲しい。在宅・ホスピスにしても利用者の気持ちがついていけないまま病院から出されることが多い（訪問看護師より）。
- ・患者が外来通院中、情報が病院からくることが少ない。本人、家族からの情報だけでは困ることがある。

薬局・薬剤師さんへのお願い

- ・夜間や休日に処方してくれるところが増えると嬉しい。痛みなど悪化したときに対応が出来ないと病院へ運ぶしかない場合があるので、薬剤情報が欲しい。
- ・薬局によっては在庫がない場合があるので薬局間の連携が必要である。
- ・薬がない場合、代替提案薬の知識が必要。
- ・薬剤師さんの役割や何をしてもらえるかわからない面がある。在宅で薬のことを理解している家族は少なく、これからは本当に必要な存在だと思う。
- ・麻薬処方を多く持っているが使わずに終了する事がある。薬剤師さんの在宅との連携が

少ないと感じているがどうやってつなげていくべきかわからない→退院前カンファの参加やサービス担当者会議への参加はどうか

- ・訪問看護と薬剤師さんとの連携について。CSI 開始時、薬剤師さんと連携し同時に訪問できたのが良かった。
- ・患者さんの内服の管理方法が不明なことがある→カレンダー管理にするのか、袋管理課を薬剤師と訪問看護師と連絡しあいながら管理するのはどうか
- ・麻薬の取り扱いが少ない薬局があり、確認が必要。
- ・薬剤師の立場からでの意見、別の視点からの意見が欲しい。医師や看護師には言えないことでも薬剤師さんには言えることもある。他の職種が入る事での意見は必要。
- ・訪問看護師単独ではなく、薬剤師と同行することで得られるメリットがある。患者家族に専門的知識が入るため受け入れが良い。
- ・退院し服薬出来ないままストップしていた患者がいる。家族と同居していても管理する人がいないケースがある。薬剤師が介入していればもっと状況が違っていたと思う。
- ・医師が継続で処方した物の中に同様の薬があった。薬剤師から指摘して欲しい。

・痛みのコントロールが遅れてしまうケースがある→薬局も交えて（訪問調剤）、チームで対応していくのはどうか、往診日に皆で集まると良い。

- ・症状コントロール、痛みの調整で受診が難しい時が多い→早目に往診につなげて欲しい
- ・シリンジポンプに鍵がかかっている、病院にしか鍵がないので対応に困った。在宅に関わっている現場にも鍵を保管することが必要。

提案

- ・エンディングノートを連携に活用すると意志統一に役立つのではないか
- ・医師が対応してくれるまでのスピードに差やタイムラグがあり、患者さんに辛い思いをさせてしまうことがある→もう少し先を見越してオーダーして欲しい
- ・病院薬剤師は在宅医療への関わりが少ないので退院前のカンファに参加するのはどうか
- ・報告書や指示書等書類のやりとりだけでは状況が見えにくい。訪問看護・訪問診療もカンファに参加するので声をかけて欲しい。
- ・外来通院している患者の病状変化や相談など訪問医には相談しやすいが、病院へは少しハードルが高いこともある→患者さんにメモを渡して病院受診のときに持参してもらうのはどうか

連携・その他について

- ・せっかく退院したのにすぐに病院へ戻ってしまった。みとりの話もきちんとされていなかった。
- ・在宅に帰ってもリスク大の方は帰宅が難しい方は看護師としての対応が難しい。

・帰宅しすぐに病院に戻ってしまうと加算の点でも難しい。体制が作ってあればもう少し長く過ごせたと思う、もったいなかったと思う。

・他職種との連携の取り方が難しい。

・訪問薬剤師など新しく実践している活動を市民が知らないのでアナウンスする必要がある。

・医療費が払えない市民、経済状況が厳しい利用者が必要なケアを受け入れられない。

・各々の職種が一人で悩んでいる（相談できない、アセスメントが難しい）

・薬剤師が薬を届けると・・・内服出来ていない、日常生活に困っている等トラブルが多々生じている。ケアマネや医師に報告するが、その後の動きが見えない。

・日々も業務でいっぱいいっぱい身動きできないのが現状。

・薬剤の投与経路、管理方法は動画で提示できるようになったので安心。

・病院—診療所—訪問看護ステーションの連携はどうなっているのか

・外来は関わる時間がない、治療をいつまで続けるのか不明、現場での温度差を感じる。

これらはしょうがないのであるがままを受け入れている。

・脳神経内科系の患者は緩和ケア移行の時期、オピオイド使用のタイミングが不明瞭である（外科系ではオピオイド使用頻度が高いイメージがある）

・緩和ケアチームの有無にかかわらず、苦痛のないケアを行うために、様々な部門や専門職からのアドバイスで成り立つケースもある。

・金銭的問題で、緩和ケア介入の範囲が狭まるのではないか心配

・高齢者がん患者の増加はわかっているが、公費負担の問題もあり病院から退院せざるを得ない。

・緩和ケアが増加している。

・退院時の面談予約(2週間～1か月)、急変時の対応が難しい。

・連携の必要性は高いと思うが薬剤師に声がかかることが少ない

・退院できる状況ではないのに退院し、週1回の訪問で状況把握困難になるケース（特に独居の方）がある。

・独居の人で薬をトイレに流している人がいた。

ご意見・ご感想

<講演について>

・ 本日は、貴重な講義をありがとうございました。

・ 勉強になりました。データも興味深かったです。有り難うございました

・ データから見ることはなかなか苦手な点ですが、わかりやすく講演していただきありがたかったです。

<グループディスカッションについて>

- 本日のディスカッションで訪問看護の方々のお気持ちやお考えがわかりました。こうして話す機会がありましたことに感謝します。
- 多職種の方と意見交換する機会があり、それぞれの視点から話す事ができて良かった。
- 聴講かと思っていたらグループディスカッションでびっくりしました。でも、他職種、病棟ナースとお話する事ができてとても有効な情報も得られ、とても良い研修になりました。また参加したいと思います。研修の開催、進行お疲れ様でした。ありがとうございました。
- 色々な職種の方と話しが出来て良かったです。今後もこのような場を設けて頂けると心強いです。
- ディスカッションは正直苦手でしたが、今回は他職種の方とまた、同業者でも話す機会ももてて良かったと思いました。
- 時間がもう少し長いと良いですね。グループワークも、みなさんの考え思いを共有するだけで結果まで到達できず、**Time over** でした。
- 今日、グループワークがあつてよかったと思う。今日の内容、流れ等、すべて参考になりました。今後も参加したい。
- 他職種の方とお話する機会があつてよかった。今後の連携につなげていけるといいなと思った。ありがとうございました。
- 多職種の方とディスカッションを通し、有意義な意見、現状を聞く事が出来ました。
- もう少しディスカッションの時間があつたら良かったと思います。

<今後の要望、思うことなど>

- 不安な事など、抱えながら在宅で過ごす方々がいて、病院での受け入れをしていただけるので助かります。重症の患者さんには往診の先生を付けて下さい。宜しくお願ひします。救急車を呼び、心マをされる患者さんを多く見えています。(亡くなっているのに)
- 今後、訪問看護診療所が増え、在宅での看取りが増えてくる。その中で患者さんやその家族のニーズをしっかりと把握し、退院調整に繋げていきたいと思う。
- 理学療法士なので、普段看取り場面などに会う事はないのですが、皆様の話しなど聞いてとても勉強になりました。
- **MCS** を教えて頂き参考にさせていただきます。有り難うございました。
- 区は違いますが、とても参考になりました。
- 今回、病院の先生方のご意見を伺えなかったように思います。訪問看護師へ期待す

ることなど伺えればありがたいです。ご指示があれば動けますので活用下さい。

- とても参考になりました。地域連携がスムーズになると患者さん自身が、よりよい生活が、自宅に戻ることができるのかなぁと思います。
- 多職種がこんなに多くいる研修会に初めて参加しました。とても勉強になりました。またこんな機会があれば参加したいと思いました。
- もっと身近な関係になれると思います。
- 薬も利用者（介護者）に扱いやすいように進化している事を学べ、この様な会に参加する事で自分も高められて良かったと感じています。
- 退院カンファレンスで **Dr** の参加（病院・在宅）ができれば患者さんや家族がもっと安心できるのではと感じました。